

STANDARDY ŚWIADCZEŃ USŁUG MEDYCZNYCH W SPECJALNOŚCI

GERIATRIA

PROPOZYCJE

Opracowanie:

Dr n med. Derejczyk Jarosław

Dyrektor Szpitala Geriatrycznego w Katowicach, Wojewódzki Specjalista ds. Geriatrii województwa Śląskiego.

Dr n med. Jakrzewska-Sawińska Anna

Prezes WSWOP Hospicjum Domowe, kierownik Poradni Geriatrycznej i Wielkopolskiego Hospicjum dla Dorosłych (z chorobą nienowotworową) przy WSWOP Hospicjum Domowe

Lek med. Józwiak Andrzej

Ordynator Oddziału Geriatrycznego w Gnieźnie, Prezes Kolegium Geriatrów Polskich, Poradnia Geriatryczna przy WSWOP Hospicjum Domowe

Dr hab. n med. Wieczorowska-Tobis Katarzyna

Członek Komisji Geriatrii i Gerontologii Polskiej Akademii Nauk, Wiceprezes Kolegium Geriatrów Polskich, Poradnia Geriatryczna przy WSWOP Hospicjum Domowe, samodzielny pracownik naukowy

Prof. dr hab. Zbigniew Woźniak - konsultant socjolog, gerontolog

Członek Rady Programowej Ruchu Przeciw Bezradności Społecznej przy Rzeczniku Praw Obywatelskich

STANDARDY OPIEKI NAD LUDŹMI STARSZYMI

Problemy wieku starczego leczenie oraz pielęgnacja będą we współczesnym świecie coraz bardziej aktualne. Aby pomóc ludziom starszym trzeba wypracować taki schemat leczenia i pielęgnowania, który będzie jasno określał zadania lekarza, pielęgniarki, psychologa, terapeuty zajęciowego, rehabilitanta i wolontariusza. Standardy opieki medycznej nad ludźmi w podeszłym wieku, mają stanowić nowy model i wzór postępowania z człowiekiem starym. Stosując standard w opiece nad ludźmi w podeszłym wieku, wyżej wymieniony geriatryczny zespół będzie miał możliwość „całościowego” podejścia do pacjenta i jego problemu.

OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA OPIEKI GERIATRYCZNEJ

Medycyna geriatryczna zajmuje się schorzeniami osób w wieku podeszłym. Obecnie przyjętą granicą wieku podeszłego jest ukończony 65 rok życia. Celem medycyny geriatrycznej jest zachowanie maksymalnej sprawności i samodzielności pacjenta.

Opieka nad ludźmi starszymi w nowoczesnym społeczeństwie powinna być aktywna, wszechstronna i wykonywana w sposób profesjonalny, celem zachowania im korzystnego dla zdrowia trybu życia, a także jego promowaniu, zapobieganiu chorobom oraz leczenie występujących patologii. Do zadań opieki nad ludźmi starymi należy, także współdziałanie z chorym i jego opiekunami w szczególnie trudnych sytuacjach życiowych chorego.

Leczenie i diagnozowanie patologii w wieku podeszłym wymaga z jednej strony znajomości konsekwencji procesu starzenia, a z drugiej wiedzy na temat specyficzności symptomatologii zaburzeń wieku podeszłego, które są mało charakterystyczne i często zupełnie odmienne niż u osób młodszych.

Zespół geriatryczny

Opieka nad pacjentem w wieku starszym sprawowana jest przez 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.

Pod pojęciem opieki holistycznej rozumiana jest opieka lekarska, pielęgniarska, i rehabilitacyjna oraz pomoc psychosocjalna. Obejmuje ona również aspekty edukacyjne, gdyż pacjent świadomy ograniczeń wynikających z procesu chorobowego nakładającego się na podeszły wiek może czynnie uczestniczyć w procesie leczenia, a przede wszystkim zapobiegania niepełnosprawności wynikającej z jej powikłań. Z drugiej strony holistyczne podejścia do pacjenta obejmuje również edukację rodziny czy opiekunów w zakresie zasad opieki nad pacjentem w wieku podeszłym oraz pomoc w przypadku pogarszającego się zdrowia i związanej z tym niesprawności.

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

Warunkiem skuteczności działania zespołu jest właściwy jakościowo dobór personelu. *Pracownicy zaangażowani w opiece geriatrycznej winni rozumieć i akceptować jej zasady, oraz posiadać odpowiednie kwalifikacje.*

Zespół geriatryczny kierowany jest przez lekarza specjalistę medycyny geriatrycznej, w razie jego braku specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub medycyny paliatywnej, posiadającego umiejętności w zakresie medycyny geriatrycznej, z co najmniej kilkuletnim stażem pracy w zespole geriatrycznym oraz specjalizację w zakresie medycyny klinicznej. Pielęgniarka odpowiedzialna za pracę geriatrycznego zespołu pielęgniarskiego, szczególnie zespołu opieki domowej, powinna posiadać co najmniej pięcioletni staż pracy oraz kursy z zakresu geriatry lub medycyny paliatywnej. W skład zespołu wchodzić powinni również lekarze innych specjalności (neurolog, psychiatra, urolog, ortopeda, reumatolog, kardiolog, hematolog, chirurg i inni) z przygotowaniem do opieki na ludźmi starszymi, psycholog i rehabilitant oraz wolontariusze, którzy nie są pracownikami służby zdrowia. W każdym zespole przynajmniej jeden lekarz i jedna pielęgniarka powinni być wysoko wyszkolonymi i doświadczonymi specjalistami w zakresie medycyny geriatrycznej oraz jeżeli jest to możliwe, zatrudnieni na pełny etat.

Specyfika opieki nad ludźmi starymi

Medycyna geriatryczna wymaga uwzględnienia szczególnych sytuacji często z pogranicza innych dziedzin medycyny, takich sytuacji jak:

1. pielęgnacja chorego nieprzytomnego;
2. postępowanie z chorym z porażeniem kończyn;
3. postępowanie z chorym ze złamaniami w obrębie układu kostno - stawowego;
4. postępowanie z chorym pobudzonym psychomotorycznie;
5. postępowanie z chorym z bólem; przy bólu trudnym do uśmierzenia;
6. postępowanie z chorym, u którego występuje trudna do opanowania duszność;
7. postępowanie z chorym z nudnościami i wymiotami;
8. postępowanie z chorym, u którego występują zaparcia stolca;
9. postępowanie z chorym, u którego występują biegunki;
10. postępowanie z chorym, u którego występują zaburzenia w oddawaniu moczu
11. postępowanie z chorym z anoreksją i kacheksją, uczuciem szybko pojawiającego się zmęczenia;
12. postępowanie z chorym, u którego występują zmiany w obrębie jamy ustnej;
13. postępowanie z chorym, u którego występują owrzodzenia odleżynowe;
14. postępowanie z chorym, u którego występują owrzodzenia żyłakowe;
15. postępowanie u chorego z *krwawieniem*;
16. postępowanie z chorym ze świądem;
17. postępowanie z chorym z lękiem i niepokojem, okresową paniką, skłonnościami samobójczymi;
18. postępowanie z chorym z bólem duchowym, egzystencjalnym;
19. postępowanie z chorymi w agonii;

Zasady działania w geriatricii

Działalność jednostek opieki geriatricznej opiera się na następujących zasadach:

1. profilaktyka
2. rozpoznawanie i leczenie chorób występujących u ludzi starszych;
3. uśmierzanie objawów somatycznych;
4. wsparcie psychiczne i socjalne;
5. pomoc i edukacja rodziny/opiekunów

Kompleksowa ocena stanu chorego, wykonywana przez wszystkich członków zespołu geriatricznego, jest podstawą diagnozowania i leczenia w geriatricii. Specyfika pracy personelu geriatricznego wymaga nielimitowanego czasu porady, szczególnie wizyty domowej (często przekraczającym godzinę).

Korzystanie z różnych form opieki geriatricznej wymaga skierowania lekarskiego, zgodnego z obowiązującymi przepisami o kierowaniu do leczenia szpitalnego lub specjalistycznego. Lekarz rodzinny razem z pielęgniarką środowiskową winien współdziałać z zespołem geriatricznym w leczeniu i opiece osób w wieku podeszłym.

Miejsce sprawowania i formy opieki geriatricznej:

- a) ambulatoryjna opieka geriatriczna – poradnia geriatriczna,
- b) opieka domowa – geriatriczny zespół opieki domowej przy poradni,
- c) dzienny ośrodek opieki geriatricznej – dzienny oddział szpitalny,
- d) stacjonarna opieka geriatriczna – oddział szpitalny,
- e) geriatriczny zespół konsultacyjny w instytucjach leczniczych, opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych – na bazie poradni i/lub oddziału geriatricznego,
- f) konsultacje udzielane lekarzom rodzinnym i lekarzom innych specjalności
- g) opieka paliatywno-hospicyjna w końcowej fazie życia – geriatriczny zespół opieki domowej przy poradni.

Program edukacji w zakresie opieki i pielęgnacji ludzi starszych

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 przeznaczone dla wszystkich członków zespołu, obejmują zasady opieki nad ludźmi starszymi, jej aspekty etyczne i prawne. Ponadto kształcą umiejętność rozumienia stanu psychicznego ludzi starych i ich rodzin, porozumiewanie się z nimi udzielanie porad. Formy kształcenia pracowników obejmują wspólne spotkania, wewnętrzne kursy, seminaria, warsztaty z wykorzystaniem programów szkoleniowych przygotowywanych również przez inne jednostki.

Realizacja opieki i pielęgnacji wymaga także wprowadzenia jednolitego systemu dokumentacji, który pozwoliłby na ciągłość monitorowania dynamiki starzenia się oraz wydolności czynnościowej organizmu, objawów chorobowych i efektów leczenia, *jak również określania potrzeb psychosocjalnych starego człowieka.*

Zapewnienie jakości i efektywności opieki nad ludźmi starszymi

Celem poprawy skuteczności działania zespoły zajmujące się opieką nad ludźmi starszymi zobowiązane są do okresowej analizy prowadzonej działalności. Ocena jakości jest zazwyczaj przeprowadzana za pomocą *następujących* wskaźników:

- oceny struktury - stanu organizowania jednostki
- oceny działalności
- oceny wyników opieki
- oceny satysfakcji pacjentów i ich rodzin/opiekunów

Ogólnym celem oceny jakości pracy zespołu jest zapewnienie takich warunków, w których zakres opieki przynosi najkorzystniejsze efekty dla pacjenta, niezależnie od sytuacji ekonomicznej. Podkreślić należy, że czynny charakter opieki nad starszymi ludźmi, jej wielokierunkowość oparta na

współpracy pracowników Służby Zdrowia i pracowników Opieki Społecznej, samorządu i organizacji pozarządowych jest istotną zasadą nowoczesnej opieki nad osobami w podeszłym wieku.

Normy

Zgodnie z zaleceniami WHO powinno funkcjonować ok. 20-25 łóżek w formie oddziałów stacjonarnych, 15-25 miejsc w oddziałach dziennych geriatrycznych oraz 1 poradnia (2 etaty lekarskie) na 100 – 120 tys. mieszkańców. Oddziały stacjonarne powinny stanowić odrębne jednostki organizacyjne, spełniać standardy- wymogi, zarówno w odniesieniu do pomieszczeń, wyposażenia, liczby personelu, liczby mieszkańców zamieszkałych w danym obszarze (w promieniu ok. 30 km), niezbędne jest dysponowanie odpowiednio wyszkolonym personelem, doświadczonym w sprawowaniu opieki nad ludźmi starszymi.

Przewiduje się potrzebę zakontraktowania minimum 400-500/miesiąc (4800-6000/rok) lekarskich porad ambulatoryjnych i ok. 200/miesiąc (2400/rok) lekarskich wizyt domowych na 100.000 mieszkańców. Przewidywana liczba pielęgniarskich wizyt domowych ok. 500 – 600 miesięcznie (6000 –7200 rocznie) na 100.000 mieszkańców. W opiece ambulatoryjnej pacjenci przyjmowani są z terenu miasta (dzielnicy lub powiatu), natomiast opieka domowa dotyczy pacjentów miasta, na którego terenie działa ośrodek i okolic w promieniu 30 km.

Charakterystyka produktów – *poradnia geriatryczna-porada ambulatoryjna; geriatryczny zespół opieki domowej- wizyta domowa:*

Poradnia geriatryczna – porada ambulatoryjna

Poradnia zajmuje się profilaktyką i leczeniem chorób występujących u osób starszych, których specyfika jest związana z jednej strony, z wielochorobowością i wieloprzyczynowością występujących zaburzeń, a z drugiej strony z zatarciem charakterystycznej symptomatologii jednostek

chorobowych, związanej z procesami starzenia się. Podstawą diagnozowania i leczenia w geriatricy jest tak zwana kompleksowa ocena geriatricy.

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

Personel:

1. lekarze – 2 etaty; kierownik - lekarz specjalista geriatra lub lekarz specjalista II^o z chorób wewnętrznych w trakcie specjalizacji z geriatricy,
2. personel pielęgniarski – 5-7 etatów, przeszkolony w zakresie pielęgniarstwa geriatricy lub z kilkuletnim stażem w oddziale geriatricy,
3. psycholog – 1 etat
4. rehabilitant – min.1 etat, wskazane 2 do 3 etatów (ze względu na zespół opieki domowej),
5. pracownik socjalny – ½ etatu lub inna forma zatrudnienia.
6. Ewentualnie wolontariusze (zespół opieki domowej).

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:

- gabinety lekarskie
- pokój zabiegowy
- gabinet rehabilitacji i fizykoterapii
- poczekalnia: krzesła, foteliki, domowy wystrój, zieleń, kwiaty, obrazy, stoliki, dostępność czasopism, materiałów informacyjnych, edukacyjnych, regał biblioteczny, książki;
- pomieszczenie pielęgniarki poradni geriatricy (kierującej pracą zespołu opieki domowej) oraz pielęgniarki – rejestratorki, regał na dokumentację, komputer do prowadzenia rejestru chorych i monitorowania przebiegu

porad, opieki i leczenia, szafka do leków, lodówka, sejf do przechowywania środków opioidowych, sprzętu jednorazowego użytku.

- Pomieszczenie dla pielęgniarek zespołu opieki domowej i 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 wizyty chorym.

2. Wskazane w miarę możliwości i potrzeb:

- Pomieszczenie koordynatora wolontariuszy
- Magazyn na sprzęt do wypożyczenia: infuzory bateryjne, nebulizatory, koncentratory tlenu, ssaki, sprzęt rehabilitacyjny higieniczno-pielęgnacyjny (w tym materace przeciwodleżynowe), łóżka, podnośniki itp.
- Czytelnia, biblioteka wyposażona w sprzęt audiowizualny, sprzęt do wyświetlania przezroczycy, folii, prowadzenia warsztatów - pomieszczenie na ok. 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 możliwość korzystania ze środków transportu – samochody służbowe.

Zespoły chorobowe i grupy schorzeń podlegające diagnozowaniu, leczeniu i rehabilitacji w poradni geriatrycznej i geriatrycznej opiece domowej stanowią załącznik 1.

Procedury diagnostyczne i terapeutyczne w poradni geriatrycznej:

Obejmują porady lekarskie, pielęgniarskie, psychologa, pracownika socjalnego rehabilitanta.

Czas trwania porady:

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

Szczegółowy zakres porad przedstawiony jest w załączniku 2.

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

Procedury diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne i pielęgnacyjne przewidziane w poradni geriatrycznej – załącznik 4

Wymagania sprzętowe (aparatura medyczna) w poradni.

Obligatoryjnie:

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

Wskazane:

- defibrylator i kardiomonitor, dopplerowski pomiar przyływu tętniczego, audiometr, lampa szczelinowa i polomierz dla konsultantów. Dostęp do badań USG, endoskopii, RTG.

Poradnia geriatryczna współpracuje z:

1. lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej,
2. oddziałami dla przewlekle chorych,
3. oddziałami szpitalnymi: internistycznym, neurologicznym, psychiatrycznym, okulistycznym, geriatrycznym,
4. zakładami rehabilitacji leczniczej,
5. zakładami pielęgnacyjno-opiekuńczymi i opiekuńczo-leczniczymi,
6. Hospicjami lub poradniami (oddziałami) opieki paliatywnej.

GERIATRYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI DOMOWEJ

Geriatryczna opieka domowa sprawowana przez zespół opieki domowej stanowi integralnie, ściśle związaną z poradnią geriatryczną formę działalności. Zespół opieki domowej obejmuje stałą, holistyczną wielodyscyplinarną opieką chorych geriatrycznych, których stan zdrowia lub bariery architektoniczne nie pozwalają na wyjście z domu i osobiste 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 wyjazdowego jest uzyskanie poprawy jakości życia poprzez:

- diagnozowanie i leczenie istniejących patologii
- pomoc w zachowaniu korzystnego dla zdrowia trybu życia poprzez wczesne wykrywanie problemów geriatrycznych
- zapobieganie pogłębianiu się niesprawności, przez rehabilitację geriatryczną, poprawę psychofizycznej kondycji chorego poprzez odpowiednie działania naprawcze (fizykoterapia, terapia zajęciowa, rehabilitacja, psychoterapia),
- edukację pacjenta oraz rodziny/opiekunów w zakresie ograniczeń związanych z istniejącą chorobą
- ponadto zespół wykonuje konsultacje specjalistyczne w innych jednostkach opieki medycznej na terenie jego działania.

Chory i rodzina otrzymują podczas każdej wizyty dokładnie zalecenia na piśmie odnośnie dalszego postępowania (leczenia) i są również informowani o zasadach prowadzenia domowej opieki geriatrycznej i dostępności do innych form leczenia.

Skład geriatrycznego zespołu opieki domowej

Zespół wyjazdowy tworzony jest w oparciu o personel poradni geriatrycznej. Trzon zespołu stanowią: lekarz, psycholog, pielęgniarka i rehabilitant. 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:

1. Rozpoznawanie potrzeb medyczno - opiekuńczych pacjenta.

2. Analiza zebranych informacji i ustalanie indywidualnych problemów chorego.
3. Planowanie zaspokajania stwierdzonych potrzeb medycznych
4. Realizacji planu opieki (lekarskiej, pielęgniarskiej, rehabilitacyjnej).
5. Ocena wyników i korekta działań.
6. 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 pielęgniarskiego.

Zadania pielęgnacyjne.

Zabiegi pielęgnacyjne wykonywane przez pielęgniarkę są bardzo ważnym elementem opieki nad ludźmi w podeszłym wieku. Szczególne znaczenie dla prawidłowego postępowania z osobami w podeszłym wieku ma ocena stanu sprawności w zakresie samoobsługi (skale Barthel, ADL, IADL). Dokonując takiej oceny, pielęgniarka może szybko i sprawnie określić, jakie czynności dnia codziennego pacjent jest w stanie wykonać sam, a w jakim stopniu jest uzależniony od pomocy osób drugih. Taka ocena pomaga ustalić plan opieki i jego sprawną realizację. Wśród czynności życia codziennego uwzględnia się takie jak: umiejętności samodzielnego wykonywania toalety ciała, ubierania się, załatwiania potrzeb fizjologicznych, czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, przygotowania i spożywania posiłków oraz dokonywania zakupów.

Kolejnym elementem opieki pielęgniarskiej nad ludźmi starszymi jest ocena nasilenia objawów chorobowych. Pielęgniarka może dostrzec niekorzystne

zmiany w funkcjonowaniu organizmu i zgłaszając to lekarzowi, może zapobiec pogorszeniu stanu zdrowia.

Zadania edukacyjne.

Poradnictwo dla pacjenta ma za zadanie *promowanie zdrowia*, profilaktykę powikłań poprzez przekazywanie informacji na temat choroby i postępowania pielęgnacyjnego. Umożliwić to ma m.in. rozpoznawanie przez chorego 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 pracy zespołu opieki domowej jest jednym z ważnych elementów jego pracy. Powinna być dokonywana systematycznie i przez wszystkich uczestniczących w pracy zespołu, przy współudziale chorego i opiekunów. Ma to wpływ na dostrzeganie własnych niedociągnięć i jest czynnikiem mobilizującym oraz wzmacniającym pozytywne zachowania, umożliwia też szybkie korygowanie stwierdzonych niedociągnięć.

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 zaburzenia otępienne, wyniszczenie o różnej etiologii, rozległe owrzodzenia lub odleżyny, brak zrostów po złamaniach lub masywne zmiany zwyrodnieniowe stawów.

Zakres porad, procedury diagnostyczne, terapeutyczne i rehabilitacyjne przewidziane w opiece domowej zawierają załączniki 2, 3 i 4.

Czas oczekiwania

Chorzy zgłaszający się po raz pierwszy po uprzednim uzgodnieniu terminu:

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

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

ODDZIAŁ GERIATRYCZNY STACJONARNY

Oddział geriatryczny – Kod resortowy 4060 wg Rozporządzenia MZ z 27.03.2000 r DzU Nr 30

Charakterystyka jednostki

Oddział sprawuje całościową całodobową opiekę medyczną, nad chorymi w wieku podeszłym. Zajmuje się profilaktyką, rozpoznawaniem, leczeniem i rehabilitacją schorzeń występujących u osób w wieku starszym (po 65 r.ż.). Dysponuje niezbędnym zabezpieczeniem technicznym i personelem o odpowiednich kwalifikacjach. Warunkiem prowadzenie procesu diagnostyczno leczniczego w oddziale geriatrycznym jest stosowanie wiedzy i podejścia geriatrycznego, które wydzieliły geriatrię z dziedziny chorób wewnętrznych i poszerzyły ją o elementy psychiatrii, neurologii i rehabilitacji..

Personel

Ordynator – lekarz specjalista w zakresie geriatrii. Lekarze bez tej specjalizacji klinicznej nie mogą prowadzić oddziału geriatrycznego. Uznaje się możliwość czasowego (do chwili uzyskania specjalizacji z geriatrii, lecz nie dłużej niż 3 lata) prowadzenia oddziału przez lekarza z drugim stopniem specjalizacji z chorób wewnętrznych, który ma otwartą specjalizację z geriatrii przez okres powyżej 1 roku (i nie dłużej niż 5 lat) i co najmniej 5-cio letni staż

pracy w oddziale geriatrycznym lub chorób wewnętrznych. Wymagana jest ponadto zgoda konsultantów krajowego i regionalnego z geriatrii.

Zespół lekarski: 1 lekarz na 10 łóżek, minimum 2 etaty. Wskazane, żeby minimum 1 posiadał specjalizację z geriatrii 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 w oddziale geriatrycznym.

Magister lub technik rehabilitacji. Minimum 1 etat na 20 łóżek.

Technik fizykoterapeuta 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 mieścić się w kompleksie szpitalnym, w którym znajdują się oddziały o innych profilach. Może również być zlokalizowany w niezależnym obiekcie funkcjonującym samodzielnie.
- Komunikacja wewnątrzoddziałowa spełniać powinna zasady wymagane dla ruchu osób niepełnosprawnych (brak barier architektonicznych). W komunikacji między kondygnacjami muszą znajdować się windy przystosowane dla osób niepełnosprawnych.
- Ciągi komunikacyjne i korytarze winny być oporęczowane. Obiekt w nocy zabezpieczony być powinien w odpowiednie oświetlenie (np. przypadłogowe)
- W polu obserwacji nadzoru pielęgniarskiego musi znajdować się każda kondygnacja, na której przebywają się chorzy.

- Każdy oddział geriatryczny musi mieć dostęp do pokoju zabiegowego zlokalizowanego w jego centrum.
- Oddział musi posiadać pomieszczenie na świetlicę i jadalnię dla chorych.
- W każdym miejscu przebywania chorego docelowo powinna znajdować się sprawna instalacja przyzywowa.
- W oddziale geriatrycznym wskazane są sale o mniejszej liczbie łóżek. Na jednej sali powinno przebywać nie więcej niż 4 chorych.
- Każdy oddział geriatryczny posiadać powinien zaplecze rehabilitacyjne dla chorych w nim leczonych.

Cele i zadania oddziału geriatrycznego

- Oddział geriatryczny przeznaczony jest do wykonywania kompleksowych medycznych świadczeń zdrowotnych dla chorych po 65 roku życia.
- Celem pobytu chorego w oddziale geriatrycznym jest:
 1. Przywrócenie do stanu zdrowia osoby objętej hospitalizacją w określonym przedziale czasu a jeśli nie jest to możliwe ze względu na nieuleczalność choroby, podniesienie stanu funkcjonalno - czynnościowego osoby chorej na wyższy poziom, umożliwiającą opiekę w środowisku domowym.
 2. Spowolnienie rozwoju przewlekłych procesów chorobowych oraz zapobieganie ich zaostrzeniom tak by umożliwić jak najdłuższe funkcjonowanie chorego w jego środowisku domowym.
 3. Poprawa komfortu życia w przypadkach schorzeń nieuleczalnych, postępujących.
 4. Ustalenie stopnia nieodwracalności chorób przewlekłych. W przypadkach głębokich zaburzeń ustalenie wskazań do ewentualnego umieszczenia w ośrodku opiekuńczym lub opiekuńczo – leczniczym.
 5. Wtórna i trzeciorzędowa profilaktyka chorób u osób po 65 roku życia.
 6. Edukacja chorych ich rodzin i opiekunów dotycząca: postępowania wobec choroby u osoby w starszym wieku i sposobu prowadzenia jej leczenia.
- Oddział spełnia funkcje konsultacyjne w zakresie geriatry dla innych oddziałów szpitalnych oraz jednostek leczenia otwartego.

Zasady przyjmowania, czas oczekiwania i leczenia.

1. Oddział nie pełni ostrych dyżurów.
2. Podstawą przyjęcia do oddziału jest skierowanie lekarskie - zgodne z obowiązującymi przepisami o kierowaniu do szpitala - i obecność objawów lub schorzeń uzasadniających leczenie szpitalne.
3. Pacjent kierowany do oddziału geriatrycznego powinien spełniać kryterium wiekowe (ukończony 65 r.ż.) - w uzasadnionych przypadkach (np. diagnostyka otępienia w młodszym wieku) mogą być przyjęte osoby młodsze.
4. O przyjęciu chorego do oddziału geriatrycznego (również w szpitalu wieloprofilowym), w określonym terminie, decyduje ordynator lub lekarz pracujący w oddziale geriatrycznym wyznaczony przez ordynatora oddziału.
5. Maksymalny czas oczekiwania na usługę hospitalizacji do 30 dni.
6. Średni czas pobytu chorego w oddziale nie powinien przekraczać 30 dni.

Pozostałe warunki funkcjonowania oddziału

- W oddziale geriatrycznym chory ma zabezpieczony stały nadzór lekarski i pielęgniarski w miejscu gdzie odbywa się leczenie. Nadzór lekarski może być pełniony w trybie dyżurowym (również przez lekarzy posiadających odpowiednie kwalifikacje, nie zatrudnionych na stałe w oddziale).
- Zalecana ilość łóżek oddziału pozostająca pod nadzorem ordynatorskim jednej osoby wynosi od 20 do 40 łóżek. Pod nadzorem lekarza prowadzącego nie powinno znajdować się więcej jak 10 chorych.
- Na salach istnieć powinny ścienne przesłony międzyłóżkowe.
- Każdy oddział geriatryczny powinien posiadać 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 posiadać powinien dostęp do pracowni radiologicznej, endoskopowej i ultrasonograficznej (o ile nie wchodzą w strukturę oddziału).
- Każdy oddział geriatryczny powinien mieć dostęp do usług transportowych na wyjazdowe badania i odwozy dla swoich chorych.
- Wskazane jest, aby chorzy w oddziale mieli rekreacyjny teren zielony w pobliżu szpitala, z którego w nieskrępowany sposób mogą korzystać.
- Chorzy powinni móc korzystać w nieskrępowany sposób z: telefonu, ze świetlicy i z kaplicy.
- Osobom leczonym w oddziale należy zapewnić możliwość kontakt z kapłanem lub wskazanym przez chorego duchownym.

Sprzęt, który powinien być na wyposażeniu oddziału geriatrycznego:

Wyposażenie podstawowe

- Defibrylator
- Kardiomonitor: zalecane 1 na 20 łóżek
- Pompy infuzyjne do 500ml: minimum 1 na 20 łóżek
- Aparat EKG (12 odprowadzeń): 1 na 20 łóżek
- Aparaty do pomiaru RR
- Sprzęt do udzielania pierwszej pomocy – zestaw AMBU, zestaw do intubacji, dostęp do tlenu, ssak minimum 1 na 20 łóżek
- Glukometry
- Pulsoksymetr
- Łóżka o regulowanej wysokości z możliwością założenia drabinek.
- Przyłóżkowe urządzenia rehabilitacyjne (PUR)
- Wózki, parawany.
- Materace przeciwoleżynowe, zmiennociśnieniowe
- 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.

Wskazane:

dopplerowski pomiar przepływu tętniczego, audiometr, lampa szczelinowa, oftalmoskop i polomierz dla konsultantów, spirometr, zestaw do wysiłkowego EKG, zestaw Holterowski, dostęp do oznaczeń gazometrycznych. Przy oddziale wskazany jest bieżący dostęp do pracowni USG, gastrokopii i RTG.

Grupy schorzeń diagnozowanych i leczonych w oddziale geriatrycznym zawiera - załącznik 5.

Wykaz najczęściej stosowanych w oddziale geriatrycznym procedur lekarskich, psychologicznych, pielęgniarских i rehabilitacyjnych – załącznik 6.

Konsultacje – konieczny pełen dostęp do następujących specjalistów:

- Psychiatra (dostęp do konsultacji)
- Ortopeda (dostęp do konsultacji)
- Neurolog (dostęp do konsultacji)
- Okulista (docelowo dobór szkieł w trakcie pobytu w oddziale lub w poradni geriatrycznej)
- Laryngolog (docelowo audiogram w trakcie pobytu w oddziale lub w poradni geriatrycznej)
- Chirurg (dostęp do konsultacji)
- Urolog (dostęp do konsultacji)
- Onkolog-hematolog (planowanie i korekta chemioterapii)
- Kardiolog (dostęp do konsultacji)
- Ginekolog (dostęp do konsultacji)

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
- Pozarządowe organizacje charytatywne

Geriatryczny oddział (ośrodek) dziennego pobytu

Oddział dziennego pobytu sprawuje opiekę nad chorymi w starszym wieku (po 65 roku życia), 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

Powinna umożliwiać dogodny dojazd środkami komunikacji. Docelowo zalecane jest dowożenie pacjentów środkiem transportu oddziału.

Oddział dzienny może być częścią kompleksu szpitalnego, poradni geriatrycznej lub samodzielną instytucją.

Personel

Lekarz – ½ do 1 etatu (w zależności od liczby chorych). Wskazany specjalista geriatra lub specjalista chorób wewnętrznych w trakcie specjalizacji z geriatryi. Dopuszcza się możliwość prowadzenia oddziału dziennego przez lekarza w trakcie jednej z wymienionych specjalizacji i minimum 3 – letnim stażem pracy – w tym 1 rok doświadczenia w opiece geriatrycznej (oddział lub poradnia).

Personel pielęgniarski – 2-3 etatów, wskazane przeszkolenie w ośrodku geriatrycznym.

Terapeuci zajęciowi – 1-2 etaty, po odpowiednim przygotowaniu zawodowym.

Rehabilitant, fizjoterapeuta – 1-2 etaty, technik lub magister.

Psycholog – wskazane ¼ - ½ 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 (fizykalne, psychologiczne, socjalne, terapię zajęciową) jak również farmakoterapię.

Cele działania 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 – w szerokim tego słowa znaczeniu.

Zalecane warunki lokalowe

- Lokalizacja na parterze lub w budynku z windą, obiekt pozbawiony barier architektonicznych.
- Pomieszczenia:
 1. Gabinet lekarski
 2. Gabinet zabiegowy
 3. Pomieszczenie terapii zajęciowej
 4. Gabinet fizykoterapii i rehabilitacji, w miarę możliwości wskazana sala gimnastyczna.
 5. Pomieszczenie rekreacyjne dla pacjentów (z fotelami i miejscami do odpoczynku w pozycji leżącej).
 6. Świetlica.
 7. Kuchnia i miejsce spożywania posiłków.
 8. Szatnia dla pacjentów, toalety.
 9. Pomieszczenie socjalne(z toaletą) i szatnia dla personelu.

Zasady przyjmowania i czas leczenia.

Do oddziału przyjmowani są pacjenci, którzy ukończyli 65 r.ż. z przewlekłymi schorzeniami grożącymi utratą samodzielności. W uzasadnionych przypadkach (schorzenia wieloskładnikowe) mogą to być osoby w młodszym wieku.

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

Przewidywane czasy pobytu w dziennym oddziale geriatrycznym - 6 do 12 tygodni.

Pobyt chorego w oddziale – minimum 6 godzin dziennie (zależnie od warunków pracy oddziału), we wszystkie dni robocze.

Czas oczekiwania na przyjęcie – trudny do określenia, zależny od długości leczenia w oddziale i ilości zgłoszeń.

Grupy schorzeń kwalifikujące do leczenia w oddziale geriatrycznym dziennym.

Wszystkie przewlekłe schorzenia wieku podeszłego nie wymagające intensywnej diagnostyki i terapii przy zachowanej zdolności pacjenta do samoobsługi. Przykłady podane w załączniku 8.

Procedury diagnostyczno terapeutyczne i laboratoryjne

Oddział mimo odrębnej specyfiki powinien być przygotowany do wykonywania pełnego zakresu procedur przewidzianych dla poradni geriatrycznej – załączniki 2 i 3.

Wymagania sprzętowe:

Obligatoryjnie:

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

Wskazane:

- Dopplerowski pomiar przepływu tętniczego, dostęp do badań USG, i RTG.

Sprzęt do fizykoterapii i rehabilitacji:

- sprzęt do elektroterapii: stymulatory, TENS, prąd galwaniczny, diadynamik, jontoforeza.
- Ultradźwięki.

- Sprzęt do laseroterapii i/lub terapii polem magnetycznym.
- Wskazany sprzęt do hydroterapii lub dostęp do pracowni wykonującej hydroterapię (masaże wirowe, kąpiele czterokomorowe, bicz wodne itp.)
- Sprzęt gimnastyczny: drabinki, materace, ławeczki gimnastyczne.
- Wskazany stepper lub bieżnia, cykloergometr lub rower treningowy.
- Zestawy do ćwiczeń rąk, rotory.
- Drobnny 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, OPIEKUŃCZYCH I OPIEKUŃCZO-LECZNICZYCH

Z uwagi na fakt, że w szpitalach przebywa bardzo duży odsetek ludzi starych, zespół ten oferuje specjalistyczne konsultacje tych pacjentów, wsparcie personelu medycznego, zapewnia również szkolenia. Główną rolą zespołu jest udzielanie porad personelowi medycznemu w zakresie diagnozowania i leczenia ludzi starych. Zespół współpracuje ściśle z ordynatorem i personelem oddziału. Leki zlecane przez konsultanta medycyny geriatrycznej są przepisywane przez asystenta oddziału. Rola i stopień aktywnego włączenia się i interwencji zespołu w opiekę i leczenie - postępowanie medyczne są uzgadniane i uzależniane od aktualnej sytuacji chorego. Porady i informacje udzielane bezpośrednio personelowi medycznemu bez kontaktu z chorym. Zespół udziela konsultacji zazwyczaj w towarzystwie lekarza leczącego; wizyta konsultacyjna może być jednorazowa, jeśli takie jest życzenie lekarza prowadzącego; ponowna wizyta wymaga kolejnego zlecenia.

Zgłoszenia chorych dokonywane są przez lekarza leczącego z różnych oddziałów: np. chirurgii ogólnej, onkologii, chorób wewnętrznych.

PODSUMOWANIE:

Opieka medyczna nad osobami w starszym wieku jest zadaniem wymagającym dużej wiedzy fachowej, specyficznego podejścia do chorego i uwzględniania wielu różnych, często niemedycznych czynników wpływających na stan zdrowia. Jest wszechstronną całościową opieką, polegającą na wykonywaniu w sposób wysoce umiejętny czynności i realizowaniu procesów, pozwalających zachować korzystny tryb życia, zapobiegać chorobom oraz pomagać w odzyskiwaniu zdrowia i poprawiać komfort życia. Za pomocą szerokiego spektrum działań leczniczych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych, pomaga w zachowywaniu samodzielności i niezależności w sferze somatycznej, psychologicznej i społecznej w takim stopniu i tak długo jak to jest możliwe. W ostatniej fazie życia powinna zapewnić ludziom starym spokojną i godną śmierć.

Opieka nad człowiekiem w podeszłym wieku nie jest tania. Jednak w wymiarze całościowym, fachowe i rozsądne wykonywanie odpowiednio dobranych procedur medycznych przez wyszkolony personel medyczny pozwalające na wczesną diagnostykę i wdrożenie leczenia, jest tańsze w stosunku do długotrwałych hospitalizacji z powodu powikłań zespołów geriatrycznych. Dobrym przykładem jest zestawienie kosztów diagnostyki i prewencji upadków z kosztami leczenia złamania szyjki kości udowej i jego następstw. Prawidłowa profilaktyka umożliwia również np. zmniejszenia częstości udarów mózgu oraz powikłań cukrzycy czy nadciśnienia.

Równie istotnym elementem zmniejszenia kosztów leczenia jest racjonalizacja farmakoterapii osób starszych. Jest to grupa chorych, u której polipragmazja jest zjawiskiem bardzo powszechnym, wynikającym z wielolekowości.

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

Załącznik 1.

Grupy schorzeń podlegające diagnozowaniu i leczeniu w poradni geriatrycznej:

1. choroby układu sercowo- naczyniowego:

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

2. choroby metaboliczne, endokrynologiczne, hematologiczne i z autoagresji:

- cukrzyca (w tym świeżo rozpoznana typu drugiego i powikłania cukrzycy), diagnostyka wola, nadczynność lub niedoczynność tarczycy, diagnostyka guzka tarczycy, diagnostyka i leczenie niedokrwistości, kontynuacja leczenia hematologicznego, alergie (w tym uczulenie na leki – dobrane preparatu nie alergizującego), choroby reumatoidalne.

3. choroby przewodu pokarmowego:

- choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy i zaostrzenia przewlekłego nieżytu żołądka lub dwunastnicy po weryfikacji gastroskopowej, marskości wątroby, przewlekłe zapalenia trzustki, przewlekłe zapalenia jelit,

4. choroby układu moczowego:

- ostre zakażenia odmiedniczkowe nerek, ostre zakażenie pęcherza moczowego, przewlekłe objawowe zakażenie układu moczowego, gruczolak prostaty, zaostrzenia przewlekłego zapalenia prostaty, impotencja męska,

przewlekła niewydolność nerek bez leczenia nerkozastępczego

5. 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,).

6. choroby ortopedyczne:

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

7. zespoły neurodegeneracyjne i psychiatryczne, choroby krążenia mózgowego i neurologiczne:

- diagnostyka przyczyn zespołów otępiennych i łagodnych zaburzeń pamięci (AAMI), otępienia we wszystkich stadiach choroby u chorych chodzących, diagnostyka i leczenie zespołów depresyjnych, zaburzenia zachowania, organiczne zaburzenia osobowości, zespoły pozapiramidowe (w tym choroba Parkinsona), diagnostyka przyczyn zawrotów głowy, zaburzenia świadomości, przemijające niedokrwienia mózgu i stany po udarach mózgu.

8. choroby układu oddechowego i laryngologiczne:

- zaostrzenie POChP, zespół astmatyczny, zapalenie oskrzeli – pozaszpitalne

Załącznik 2.

I. Porada lekarska - udzielenie porady w Poradni Geriatrycznej obejmuje:

1. wywiad geriatryczny, obejmujący poza wywiadem internistycznym również elementy wywiadu środowiskowego,
 - A. wywiad od opiekuna – pozwalający np. u pacjenta z otępieniem na weryfikację danych uzyskanych od pacjenta,
2. 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,
3. ocena nastroju i zaburzeń depresyjnych (np. Geriatryczna Skala Depresji),
4. ocena funkcji poznawczych – badanie przesiewowe w kierunku otępienia (np. test MMS i test zegara),
5. ocena sprawności funkcjonalnej (wg Skali ADL, IADL lub skali Barthel),
6. analiza wyników badań dodatkowych,
7. ewentualne zlecenie dodatkowych konsultacji specjalistycznych i badań diagnostycznych (EKG, USG, RTG, endoskopowe, densytometria),
8. ustalenie rozpoznania,
9. omówienie z chorym i/lub opiekunem istoty choroby i sposobu jej leczenia,
10. zapisanie zaleceń dla chorego – wydaje się choremu lub opiekunowi do domu,
11. wypisanie recept,
12. wskazana jest osobna rozmowa z opiekunem np. w przypadku otępienia czy depresji – dotycząca postępowania z chorym oraz włączająca opiekuna w proces leczenia,
13. zalecenia rehabilitacyjne i dietetyczne,
14. monitorowanie przebiegu terapii – w tym ocena nasilenia objawów chorobowych i ewentualnych działań niepożądanych i ubocznych leków,
15. porady telefoniczne,
16. prowadzenie dokumentacji lekarskiej.

II. Porada pielęgniarska:

1. zbieranie wywiadu,
2. badanie przedmiotowe,
3. ustalenie diagnozy i postępowania pielęgniarskiego,
4. interwencyjne podanie leków,
5. edukacja rodziny,
6. wydanie zaleceń dla chorego i opiekunów,
7. prowadzenie dokumentacji.

III Porada psychologa:

1. rozmowa z chorym i rodziną lub osobami opiekującymi się,
2. wykonanie niezbędnych badań neuropsychologicznych (np. diagnostyka otępienia)
3. ustalenie problemów i potrzeb psychologicznych,
4. określenie zakresu ewentualnego wsparcia,
5. udzielenie wsparcia (psychoterapia),
6. prowadzenie dokumentacji.

IV Porada pracownika socjalnego:

1. rozmowa z chorym, rodziną i osobami opiekującymi się,
2. sporządzenie genogramu,
3. ustalenie potrzeb i zakresu wsparcia socjalnego,
4. udzielenie możliwego wsparcia,
5. prowadzenie dokumentacji.

V Porada rehabilitanta:

1. wywiad i badanie przedmiotowe chorego,
2. określenie stopnia niesprawności fizycznej,
3. ustalenie zakresu i sposobu prowadzenia rehabilitacji,
4. prowadzenie zajęć i zabiegów rehabilitacyjnych
5. prowadzenie dokumentacji.

Załącznik 3

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

1. OB., morfologia krwi, rozmaz, płytki krwi, retikulocyty,
2. stężenie cukru we krwi na czczo i w 60 - 120 minut po posiłku,
3. badanie ogólne moczu,
4. aktywność transaminaz, fosfatazy zasadowej, GGTP, CPK,
5. stężenie kreatyniny, mocznika, klirens kreatyniny,
6. poziomy: sodu, potasu, wapnia, żelaza (lub TIBG),
7. stężenie cholesterolu (całkowity, LDL, HDL), trójglicerydów, CRP,
8. poziom białka całkowitego, elektroforeza,
9. protrombina (INR), fibrynogen, czas kaolinowo – kefalinowy,
10. fruktozamina lub hemoglobina glikozylowana, PSA, CEA,
11. stężenie B12 i kwasu foliowego,
12. badanie mikrobiologiczne moczu, płwociny, wydzieliny z ran,
13. HBs, anty HCV, TSH, fT4, fT3.

Inne badania diagnostyczne:

1. RTG płuc, kości, urografia,
2. USG (*jamy brzusznej, echokardiografia, tarczycy*),
3. EKG,
4. Panendoskopia, rektoskopia,
5. Densytometria,
6. Tomografia komputerowa.

Inne czynności medyczne:

1. psychoterapia,
2. zabiegi rehabilitacyjne (w tym kinezyterapia),
3. *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

Załącznik 4.

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

1. monitorowanie terapii, ocena nasilenia objawów w tym natężenia bólu przy użyciu analogowej skali wizualnej (VAS) oraz słownej,
2. ocena wydolności fizycznej przy użyciu skali Karnoffskiego oraz ECOG ,
3. pomiar ciśnienia tętniczego krwi
4. badanie per rectum
5. pomiar ciepłoty ciała
6. oznaczenie bilansu wodnego
7. pobieranie krwi żyłnej do badań
8. pobieranie wymazu
9. pobieranie moczu do badania
10. wykonanie badanie EKG
11. oznaczanie saturacji krwi przy użyciu pulsoksymetru (o ile jest to możliwe)
12. przygotowywanie i podawanie leków doustnych, domięśniowych, dożylnych i doodbytniczych
13. zakładanie zestawów typu igła motylek do długotrwałego podawania płynów,
14. zakładanie kontaktów dożylnych
15. obsługa kontaktów centralnych dożylnych (w tym portów) przygotowywanie i podawanie leków
16. obsługa infuzorów bateryjnych i sterowanych elektrycznie
17. obsługa pompy PCA do zwalczania bólu przy udziale chorego
18. prowadzenie aktywnego intensywnego leczenia objawów wymagających szybkiego uśmierzania z uwzględnieniem leczenia bólu zgodnie z zasadami zalecanymi przez WHO
19. Ciągła kontrolowana sedacja u chorych z trudnymi do opanowania objawami (duszności, pobudzenie psychomotoryczne)

20. Wykonywanie zabiegów przy łóżkowych, zmiany pozycji ciała i pielęgnacji oraz współdziałanie przy transporcie chorego, po podaniu środków analgetycznych
21. stosowanie przezskórnej stymulacji przeciwbólowej
22. aktywne uśmierzanie dolegliwości, przykrych objawów w okresie agonii
23. infuzje dożylnie glukozy i płynów elektrolitowych
24. prowadzenie żywienia pozajelitowego
25. toaleta tchawicy i drzewa oskrzelowego u chorych z tracheostomią
26. prowadzenie nebulizacji i *aerosoloterapii*
27. prowadzenie pielęgnacji i leczenia zmian w obrębie jamy ustnej oraz bolesnego połykania
28. prowadzenie żywienia przez zgłębnik, przetoki żołądkowe,
29. założenie sondy żołądkowej
30. karmienie chorego z zaburzeniem połykania
31. wykonywanie wlewek doodbytniczych leczniczych i przeczyszczających wykonanie ręcznego wydobycia stolca
32. przezcewkowe opróżnienie pęcherza moczowego i zakładanie cewnika do pęcherza moczowego
33. płukanie pęcherza
34. płukanie pochwy
35. monitorowane, nowoczesne leczenie odleżyn, zmiana opatrunków pielęgnacja przeciwoodleżynowa przy zastosowaniu programu monitorowania
36. chirurgiczne zaopatrzenie odleżyn
37. opatrywanie owrzodzeń żyłakowych, zwalczanie przykrych zapachów
38. zakładanie opatrunków w przypadku krwawień
39. stosownie kompresów chłodzących i rozgrzewających
40. prowadzenie edukacji chorego i członków rodziny w zakresie obsługi zestawu typu motylek, wenflonów, przygotowywanie leków ampułkowych i doustnych, obsługi pomp infuzyjnych, profilaktyki i leczenia odleżyn, postępowania w sytuacjach nagłych
41. wymiana worka stomijnego
42. kąpiel chorego

43. zabiegi higieniczne i pielęgnacyjne (w tym wymiana bielizny osobistej)
44. wymiana środków higienicznych jednorazowego użytku (pieluchy, tampony, cewniki zewnętrzne)
45. dokonywanie zmian pozycji, ciała przenoszenie unoszenia chorego przy użyciu podnośnika
46. zapobieganie odleżynom

Procedury rehabilitacyjne

1. uruchamianie chorego w łóżku
2. uruchamianie chorego poza łóżkiem, wysadzanie na fotel, na wózek sedesowy, pionizacja, wyprowadzanie do toalety, na balkon
3. prowadzenie rehabilitacji ruchowej i oddechowej
4. uczenie korzystania z wózka inwalidzkiego
5. gimnastyka oddechowa,
6. rehabilitacja ruchowa – kinezyterapia (gimnastyka, ćwiczenia, masaże), zabiegi fizykoterapeutyczne

Procedury pielęgnacyjno-higieniczne

Inne procedury

1. prowadzenie konferencji rodzinnych z udziałem lekarza, pielęgniarki, pracownika socjalnego, psychologa przygotowania rodziny do opieki nad chorym, informacji, rozwiązywania problemów oraz zbliżającego się zgonu bliskiej osoby
2. prowadzenie rozmów – wspierających, informacyjnych z chorym i rodziną,
3. wsparcie duchowe
4. muzykoterapia
5. wszelkiego rodzaju terapia kreatywna prowadzona przez terapeutę zajęciowego
6. zajęcia psychoterapeutyczne prowadzone przez psychologa
7. interwencje kryzysowe

Procedury edukacyjne- instruktaż, wypożyczanie sprzętu

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

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

1. rozpoznawanie potrzeb socjalnych pacjentów i ich rodzin (rozmowy, wywiad rodzinny, tworzenie genogramów)
2. tworzenie, we współdziałaniu z rodzinami indywidualnych programów wsparcia oraz pomoc w ich realizowaniu;
3. udzielanie zindywidualizowanej, dostosowanej do aktualnych potrzeb pomocy, również wyręczającej;
4. pomoc w uzyskiwaniu świadczeń z pomocy społecznej oraz w organizowaniu usług opiekuńczych;
5. prowadzenie szeroko pojętej działalności informacyjnej o możliwościach 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 różnorodnych możliwości uzyskania pomocy i wsparcia – instytucjonalnej, organizacji pozarządowych i współdziałanie z nimi;

8. gromadzenie oraz pomoc w wykorzystaniu materiałów dotyczących aktualnej sytuacji prawnej pacjentów i ich rodzin w czasie choroby i osierocenia
9. działalność szkoleniowo edukacyjna.

Procedury realizowane przez psychologa w ramach wizyty w zakresie opieki geriatrycznej wykonywane poradni lub w domach pacjentów:

1. psychologiczna ocena pacjenta i osób odpowiedzialnych za opiekę, przy pomocy: wywiadu – rozmowy,
2. sporządzanie indywidualnej diagnozy psychologicznej, obserwacje w warunkach domowych
3. psychoterapia: bezpośrednia (odreagowująca, racjonalna, relaksacyjna, wizualizacja, podtrzymująca, wspierająca)
4. psychoterapia pośrednia: rodziny w czasie trwania choroby pacjenta, rodziny w okresie przeżywania żałoby;
5. współpraca psychologa z lekarzem, pielęgniarką, pracownikiem socjalnym, wolontariuszem; działania wspierające – zabezpieczające przed zespołem „wypalenia” wśród członków zespołu geriatrycznego;
6. działalność szkoleniowo – edukacyjna

Załącznik 5.

Grupy diagnoz w placówce geriatrycznej

W poszczególnych grupach podano najczęściej spotykane w oddziale geriatrycznym jednostki chorobowe

1. Choroby układu sercowo-naczyniowego

Niewydolność krążenia:

- ostra niewydolność serca
- przewlekła zastoinowa niewydolność serca

Nadciśnienie tętnicze i jego powikłania

- Zespół dysregulacji ciśnienia krwi (hipotensja ortostatyczna, poposiłkowa, wahania RR)
- Następstwa niedokrwienne hypotonii
- Nadciśnienie tętnicze z przełomami lub niewydolnością lewej komory

Choroba niedokrwienna 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 zagrożenia zatorowego
- Zespoły MAS przed wszczępieniem rozrusznika

Inne choroby serca

- Kardiomiopatie
- Zapalenie mięśnia sercowego/wsierdzia
- Tętniakowatość 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

Choroby metaboliczne, endokrynologiczne, hematologiczne i z autoagresji

- Cukrzyca świeżo rozpoznana typu drugiego
- Cukrzyca typu drugiego z powikłaniami narządowymi wymagającymi leczenia
- Cukrzyca niewyrównana
- Posterydowa niewydolność kory nadnerczy
- Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole, guzki)
- Choroby przysadki

Choroby hematologiczne, zaburzenia krzepnięcia

- Niedokrwistości – diagnostyka i leczenie
- Choroby rozrostowe układu krwiotwórczego (szpiczak mnogi, białaczki)

Kolagenozy i innej choroby z autoagresji

Alergie i uczulenie na leki – dobranie preparatu nie alergizującego

Zaburzenia wodno - elektrolitowe

- Dyselektrolitemie polekowe oraz niezależna od leków odwadniających i wymiotów
- Diagnostyka hipokalcemii i hiperkalcemii
- Zespoły odwodnienia i przewodnienia

Choroby reumatoidalne

- Reumatoidalne zapalenie stawów
- Dno moczanowa

Choroby przewodu pokarmowego

- Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy
- Ostre polekowe owrzodzenie przewodu pokarmowego
- Zaostrzenie nieżytu żołądka lub dwunastnicy po weryfikacji gastroskopowej
- Marskość wątroby
- Zaostrzenie zapalne dróg żółciowych w przebiegu kamicy
- Przewlekłe zapalenie trzustki
- Płyn w brzuchu o nieustalonej etiologii
- Diagnostyka biegunki lub innych dolegliwości despeptycznych
- Podostra niedrożność jelit (bez wskazań do leczenia chirurgicznego)
- Przewlekłe zapalenia jelit
- Uchyłkowatość jelita grubego z okresami zaostrzeń zapalnych
- Przetoka odżywcza, stomia jelitowa wymagające leczenia szpitalnego z powodu zespołu wieloniedoborowego
- Diagnostyka krwawienia z przewodu pokarmowego (bez wskazań do leczenia chirurgicznego)

Choroby układu moczowego

- Ostre zakażenie odmiedniczkowe nerek
- Ostre zakażenie pęcherza i dróg moczowych
- Przewlekłe objawowe zakażenie układu moczowego
- Przerost i guz prostaty
- Zaostrzenia przewlekłego zapalenia prostaty
- Diagnostyka krwiomoczu
- Impotencja męska
- Kamica nerkowa, moczowodowa lub pęcherzowa
- Zaostrzenie przewlekłej niewydolności nerek
- Ostra i przewlekła niewydolność nerek bez leczenia nerkozastępczego

„Zespoły geriatryczne”- diagnostyka i leczenie

- Geriatryczny zespół jatrogenny
- Chory gorączkujący z niejasnych przyczyn
- Diagnostyka wysokiego OB.
- Nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych

- Diagnostyka zespołu polimetabolicznego
- Zespół dehydratacji i/lub dyselektrolitemii
- Odleżyny w fazie katabolizmu do leczenia szpitalnego
- Nietrzymanie moczu i stolca
- Postępujący spadek wagi ciała
- Przebyte duże zabiegi operacyjne z niegojącymi się ranami
- Przygotowanie chorego po 70 roku życia do zabiegu operacyjnego
- Diagnostyka upadków

Choroby ortopedyczne

- 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 do rehabilitacji z powodu unieruchomienia
- Osteoporoza/osteomelacja ze złamaniami lub świeżymi deformacjami kostnymi
- Ostry zespół bólowy z objawami korzeniowymi w odcinkach: szyjnym, piersiowym bądź lędźwiowym kręgosłupa

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

Choroby nowotworowe – diagnostyka, ewentualnie kontynuacja leczenia po ustaleniu terapii przez onkologa, leczenie schorzeń współistniejących

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 nie poddające się leczeniu ambulatoryjnemu

Załącznik 6.

Wykaz najczęściej stosowanych podstawowych procedur lekarskich i psychologicznych

- Wywiad geriatryczny
- Badanie fizykalne – 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, TK, endoskopowych, densytometria, spirometria, EKG wysiłkowe)
- Wykonanie testów przesiewowych w kierunku zaburzeń poznawczych i depresji (skale: MMS, GDS, ADL, test zegara)
- 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 rozpoznania ostatecznego
- Plan rehabilitacji z pisemnymi wskazówkami
- Omówienie z chorym lub opiekunem istoty choroby i sposobu jej leczenia
- Zapisanie zaleceń w karcie dla chorego – wydaje się choremu do domu
- Wypisanie recept
- Wypisanie wniosku na przedmiot zaopatrzenia ortopedycznego
- Rozmowa z opiekunem; u około połowy badanych i hospitalizowanych chorych
- Zalecenia dietetyczne w trakcie edukacji w szpitalu i jako zalecenia 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
Wykonania 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
Założenie okładów –kompresu przymoczek maści
Gimnastyka oddechowa
Odsysanie dróg oddechowych
Nacierania pleców i oklepywanie
Toaleta przeciwodleżynowa
Zapewnienie bezpieczeństwa/ założenie barierki
Podawanie leków
Zmiana bielizny pościelowej i osobistej
Ścielenie łóżka
Kąpiel pod nadzorem w łazience
Mycie chorego
Podawania miski z wodą i przyborów toaletowych
Podmywanie krocza
Mycie głowy
Obcinanie paznokci
Podawania miski z preparatem grzybobójczy do moczenia stóp
Toaleta jamy ustnej
Pomoc w mokrej dezynfekcji sztucznej szczęki
Golenie twarzy i okolic łonowych
Pomoc w przemieszczaniu się do toalety
Podawania i odbierania basenu, kaczki
Zmiana pieluchomajtek
Karmienie i pojenie chorego
Karmienie przez zgłębnik
Pomiar temperatury
Pomiar tętna
Pomiar RR
Ważenie chorego
Pomiar obwodów
Wykonywanie EKG
Monitorowania akcji serca
Pomiar glikemii na glukometrze
Pobranie krwi na badania z żyły
Przygotowanie surowicy do badania

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

Procedury 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 – zależnie od potrzeb i możliwości.

Załącznik 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
Wydalenie Na, K i Ca z moczem.
Aktywność transaminaz, fosfatazy zasadowej, LDH, GGTP, CPK, CK MB
Stężenie kreatyniny, mocznika, klirens kreatyniny
Poziom Na, K, Ca, P, Fe
Stężenie cholesterolu z frakcjami, trójglicerydów, CRP, bilirubiny
Poziom 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, płwociny, żółci, wydzieliny z rany,
HBS, Hbe, anty HCV, TSH, fT4, T3, przeciwciała ANA i inne,
immuno elektroforeza, Krzywa wchłaniania Fe.
Ocena mielogramu.
Metabolity katecholamin w moczu
Kortyzol w dobowej zbiórce moczu

.....|

W opracowaniu wykorzystano następujące materiały:

Aldona Bartłomiejczak	Funkcje pielęgniarki w domu opieki społecznej. Praca magisterska, 1996, niepublikowana
Beata Kaczmarek	Standardy opieki pielęgniarskiej nad ludźmi w podeszłym wieku. Praca magisterska, 1996, niepublikowana
Anna Jakrzewska-Sawinska	Przygotowanie do zmian związanych z procesem starzenia się. Eurag 1996,.Socius 1996
Anna Jakrzewska-Sawinska	Standardy opieki pielęgniarskiej nad ludźmi w podeszłym wieku. Eurag 1996,.Socius 1996
Anna Jakrzewska-Sawinska	Standardy szkolenia wolontariuszy w opiece nad nad ludźmi starszymi. Eurag 1996,.Socius 1996
Anna Jakrzewska-Sawinska	Program poprawy sytuacji ludzi starych w Poznaniu. Ekspertyza na zlecenie Urzędu Miasta Poznania. 1998
Anna Jakrzewska-Sawinska	Cierpiący człowiek. Rozdział w Opieka nad umierającym wyrazem naszego szacunku dla życia. Zielona Góra 1998
Beata Kaczmarek	Standardy opieki pielęgniarskiej nad ludźmi w podeszłym wieku. Praca magisterska 1996. praca niepublikowana
Anna Jakrzewska-Sawińska, Katarzyna Wieczorowska-Tobis, Renata Kroll, Andrzej Józwiak	Opieka nad osobami w wieku podeszłym w poradni geriatrycznej przy WSWOP „Hospicjum Homowe” - doświadczenia własne. Streszczenie zjazdowe. Zjazd PTG, Gdańsk 30.05.02-1.06.2002
Anna Jakrzewska-Sawinska, Krzysztof Sawinski, Katarzyna Wieczorowska-Tobis, Teresa Świrydowicz	Opieka wolontariuszy - skuteczny element holistycznej pomocy osobom w wieku podeszłym: doświadczenia Poradni Geriatrycznej przy WSWOP „Hospicjum Domowe”. Streszczenie zjazdowe. Zjazd PTG, Gdańsk 30.05.02-1.06.2002
Beata Kaczmarek	Standardy opieki pielęgniarskiej nad ludźmi w podeszłym wieku. Praca magisterska 1996. praca niepublikowana
Krystyna de Walden-Gałaszko	Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych. Gdańsk 2000
Praca zbiorowa	Standard produktów (świadczeń) kontraktowanych przez Kasy Chorych w specjalności medycyna paliatywna
Praca zbiorowa	Standard produktów (świadczeń) kontraktowanych przez Kasy Chorych w specjalności geriatryka
Praca zbiorowa	