

Geriatrya

Całościowa Ocena Geriatryczna w codziennej praktyce geriatrycznej i opiekuńczej

dr med. Małgorzata Fedyk-Lukasik

Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Proces starzenia się rozpoczyna się w 3. dekadzie życia. Polega na stopniowym, najpierw powolnym i stopniowo przyspieszającym zmniejszaniu się rezerw biologicznych organizmu. Skutkiem jest zmiana dynamiki patofizjologii, sposobu reagowania na czynniki chorobotwórcze, nakładanie się bagażu chorobowych doświadczeń coraz dłuższego życia, zmiana obrazu choroby. Celowe jest więc wyróżnienie okresu starczego w życiu człowieka, podobnie jak celowe jest odmiennie traktowanie okresu wzrastania i dojrzewania. Wobec zmian „po stronie pacjenta” wynikających z wieku modyfikacji powinno ulec także podejście profesjonalistów medycznych, z nakreśleniem nowej perspektywy, aktualizacji zagrożeń i celów zdrowotnych.

Odpowiedzią na problemy osób starszych i efektywnym narzędziem dopasowanym do wyzwań związanych z wiekiem jest Ca-

łościowa Ocena Geriatryczna (COG). COG to wielowymiarowy, wielodyscyplinarny proces diagnostyczny, służący gromadzeniu danych o medycznych, psychospołecznych i czynnościowych możliwościach oraz ograniczeniach pacjentów w wieku starczym.

Geriatrzy – klinicyści wykorzystują tak zebrane informacje do wsparcia skomplikowanego niekiedy procesu diagnostycznego i stworzenia kompleksowego planu terapii oraz opieki długoterminowej, do optymalizacji leczenia, zabezpieczenia doraźnej/podstawowej opieki medycznej, rehabilitacji, wreszcie do optymalnej alokacji środków i zasobów opieki zdrowotnej. Geriatrya najbardziej spośród wszystkich specjalności medycznych zbliża się do zasad medycyny holistycznej.

☒ ciąg dalszy na stronie 2

Od redakcji

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością oddajemy do Państwa rąk pierwszy numer biuletynu „Geriatrya i opieka długoterminowa”, opracowany w ramach projektu dofinansowanego przez Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego na lata 2009–2014 i Norweski Mechanizm Finansowy na lata 2009–2014, realizowany przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczy przy ulicy Wielickiej 267 w Krakowie. Historia ZOL przy Wielickiej, największej tego typu jednostki w kraju, jest nierozdzielnie związana z rozwojem geriatry jako dyscypliny medycznej i naukowej w Polsce, a to za sprawą osoby pana profesora Józefa Kocemby i zespołu stworzonej przez niego w obrębie ZOL pierwszej w Polsce kliniki geriatrycznej. Piszący te słowa, podobnie jak wielu autorów tekstów zamieszczonych w tym i kolejnych numerach naszego biuletynu, miał zaszczyt rozpoczynać swoją pracę lekarza i badacza pod czujnym okiem Szeffa. To on rozpałił w nas zainteresowanie problematyką wieku podeszłego, jednocześnie kładąc nacisk na solidne wykształcenie ogólnointernistyczne. Stworzył interdyscyplinarny zespół, który przez lata służył krakowskim seniorom. Dziś spośród siedmiorga jego wychowanków będących samodzielnymi pracownikami nauki aż pięcioro zajmuje się geriatryą i opieką długoterminową, a dwoje dalszych ma szansę wkrótce dołączyć do tego grona – największego w kraju think tanku zajmującego się geriatryą. Proszę zatem pozwolić, że ten projekt edukacyjny zadedykujemy naszemu Szeffowi, śp. profesorowi Józefowi Kocembie.

prof. dr hab. n. med. Jerzy Gąsowski
redaktor naczelny

Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

W numerze

Całościowa Ocena Geriatryczna w codziennej praktyce geriatrycznej i opiekuńczej

Komunikowanie się z pacjentem w opiece długoterminowej

Odleżyny. Część 1 – klasyfikacja, ocena ryzyka i profilaktyka

Żywnienie w geriatryi i opiece długoterminowej

Przegląd badań: Berkhemer i wsp. 2015, Basaria i wsp. 2015, Zywieli i wsp. 2015, Wang i wsp. 2015

Projekt Norweski wspiera krakowską opiekę długoterminową

Projekt „Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej” dofinansowany przez Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego na lata 2009–2014 i Norweski Mechanizm Finansowy na lata 2009–2014



Wsparcie udzielone przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię poprzez dofinansowanie ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego

www.eeagrants.org

Projekt jest współfinansowany ze środków MF EOG 2009–2014 i NMF 2009–2014 w ramach programu PL07 „Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych”

www.norwaygrants.org



Geriatrya

Skala VES-13			
oceniane obszary		ocena	
1 wiek badanego	60–74	0	
	75–84	1	
	85+	3	
2 samoocena stanu zdrowia	wspaniale lub dobre	tak = 0	
	przeciętne lub złe	tak = 1	
3 czy ma Pan/i znaczne trudności z wykonaniem poniższych czynności lub ich wykonanie jest niemożliwe	pochylenie, kucanie, klękanie	tak/nie	
	podnoszenie, dzwiganie przedmiotów o wadze około 4,5 kg	tak/nie	
	sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barków	tak/nie	
	pisanie lub utrzymywanie drobnych przedmiotów	tak/nie	
	przejście około 400 m	tak/nie	
	ciężka praca domowa, jak mycie podłóg lub okien	tak/nie	
	jeśli dwie (lub więcej) odpowiedzi są pozytywne, należy przyznać maksimum 2 punkty, a jeśli jedna, to 1 punkt	... pkt (0–2 pkt)	
	4 czy z powodu złego stanu zdrowia lub ograniczeń w sprawności ma Pan/i trudności z wykonywaniem następujących czynności lub ich nie wykonuje	zakupy produktów na potrzeby własne, np. produkty toaletowe, leki	tak/nie
		rozporządzanie własnymi pieniędzmi: śledzenie wydatków, opłacanie rachunków	tak/nie
		przejście przez pokój (również z pomocą kuli, laski lub balkonika)	tak/nie
wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie naczyń, ścieranie kurzu)		tak/nie	
kąpiel w wannie lub pod prysznicem		tak/nie	
jeśli choć jedna z odpowiedzi jest pozytywna, należy przyznać 4 punkty (maksimum)		... pkt (0 lub 4 pkt)	
razem	... maksimum = 10		

Interpretacja: uzyskanie 3 lub więcej punktów wskazuje na ryzyko znacznego pogorszenia stanu zdrowia, sprawności funkcjonalnej lub zgonu w ciągu najbliższych 2 lat i jest rekomendacją do przeprowadzenia COG.

Specyfiką COG jest nastawienie na dyskretne lub zamaskowane symptomy oraz ryzyko rozwoju tzw. wielkich problemów geriatrycznych (unieruchomienie, zaburzenia stabilności postawy i upadki, zaburzenia działania zwieraczy, upośledzenie funkcji poznawczych i depresja, zespoły jatrogenne).

Celem COG jest ustalenie:

- stanu funkcjonalnego i jakości życia,
 - priorytetów leczniczych i rehabilitacyjnych,
 - potrzeb i możliwości dalszego leczenia, rehabilitacji, opieki i warunków zamieszkania.
- COG odróżnia się od standardowej metodologii oceny medycznej w kilku kwestiach:
- dotyczy starszych osób, ze złożonymi problemami zdrowotnymi, zniedołężniałych, w krytycznych momentach życia,
 - koncentruje się na stanie czynnościowym i jakości życia,
 - wykorzystuje/powinna wykorzystywać wielospecjalistyczny zespół do realizacji zadań.
- COG obejmuje 4 podstawowe obszary:
- zdrowie fizyczne,
 - sprawność funkcjonalną,
 - zdrowie psychiczne,
 - uwarunkowania społeczno-środowiskowe.

Świadomość odmienności wieku starczego oraz odmienności potrzeb doprowadziła do wypracowania wielu testów badających przekrojowo poszczególne obszary życia, sprawdzonych w toku licznych badań klinicznych i o ugruntowanej przydatności w praktyce lekarskiej. Standaryzacja testów pozwala na wprowadzenie kanonu diagnostycznego, obiektywizację wyników, wykorzystanie w badaniach przesiewowych, porównywalność między pacjentami,

ośrodkami, monitorowanie efektów podjętych działań, rejestrację wyników i przeprowadzanie analiz, w tym ekonomicznych.

Badanie zdrowia fizycznego nie różni się istotnie od kanonów internistycznych (badania podmiotowe i przedmiotowe, laboratoryjne). Wywiad powinien być poszerzony o upadki, omdlenia, zmiany masy ciała, dysfunkcje zwieraczy, obecnie przyjmowane leki, w tym z własnej inicjatywy, elementy wywiadu neurologicznego, psychiatrycznego i środowiskowego. Pozyskane informacje powinny zostać zweryfikowane przez rodzinę lub opiekunów pacjenta. Badanie przedmiotowe należy poszerzyć o ogólne badanie neurologiczne, próbę ortostatyczną oraz orientacyjne badanie słuchu i wzroku.

Skala ADL wg Katza	
pacjent	samodzielny: TAK/NIE
kąpanie się (mycie się gąbką, kąpiel w wannie lub pod prysznicem)	nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest przy myciu jednej części ciała
ubieranie się	ubiera się bez pomocy, z wyjątkiem wiązania sznurówek
korzystanie z toalety	idzie do toalety, korzysta z toalety, poprawia ubranie, wraca z toalety bez pomocy (może używać laski lub chodzika, a w nocy basenu lub nocnika)
poruszanie się	przemieszcza się do/z łóżka lub na krzesło bez pomocy, może korzystać z laski lub chodzika
kontrolowane wydalanie moczu i stolca	całkowicie panuje nad zwieraczami, bez sporadycznych epizodów nietrzymania
jedzenie	odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem)

Interpretacja: 6–5 pkt – pełna sprawność, 4–3 pkt – umiarkowana niesprawność; <3 pkt – ciężka niesprawność

Już na tym etapie przeprowadza się identyfikację pacjenta wymagającego COG. Pomocną w tym zadaniu jest skala VES-13 (Vulnerable Elders Survey), zalecana przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne. Jest to badanie kwestionariuszowe, oparte na samoocenie stanu zdrowia i możliwości wykonywania codziennych czynności. Wynik punktowy zależy od stopnia samodzielności w codziennych czynnościach typowych. Uwagę zwracają wagi przypisane przedziałom wiekowym. Wynika z nich, że osoby po 85. roku życia zawsze powinny być poddane COG, niezależnie od braku innych wskazań.

Sprawność funkcjonalna jest wypadkową różnych deficytów, niezależnie od chorób je wywołujących i innych czynników (w tym genetycznych, psychicznych, środowiskowych). Ocena stanu funkcjonowania pozwala ukierunkować działania diagnostyczno-terapeutyczne i stanowi płaszczyznę porozumienia między stronami zaangażowanymi w opiekę geriatryczną.

Najczęściej stosowane badania tego obszaru

- ADL (Activities of Daily Living, skala Katza): czas trwania badania 2–4 min. Ocena dotyczy czynności podstawowych, samoobsługowych (ubieranie się, przemieszczanie się, higiena osobista, korzystanie z toalety, spożywanie posiłków, kontrola zwieraczy). Niezdolność do zaspokojenia tych potrzeb oznacza znaczną niesprawność, wymagającą stałej opieki, analizy sytuacji społecznej lub konieczność opieki instytucjonalnej. Kierowanie pacjentów do zakładów opiekuńczych finansowanych ze środków publicznych możliwe jest po wykonaniu testu Barthel, zbliżonego funkcjonalnie do testu ADL.
- I-ADL (Instrumental Activities of Daily Living skala Lawtona) – badanie wykonywane, gdy pacjent w badaniu ADL osiąga wysoki wynik punktowy – zaspokaja swoje potrzeby podstawowe. Ocena dotyczy czynności złożonych, instrumentalnych (prace domowe, naprawy domowe, zakupy, przygotowywanie posiłków, korzystanie z telefonu, samodzielne przyjmowanie leków, gospodarowanie pieniędzmi). Czas trwania badania 3–5 min.

Skala I-ADL według Lawtona**Czy potrafisz korzystać z telefonu?**

- bez pomocy 3
- z niewielką pomocą 2
- zupełnie nie jestem w stanie korzystać 1

Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru, np. komunikacją miejską?

- bez pomocy 3
- z niewielką pomocą 2
- zupełnie nie jestem w stanie podróżować, dopóki nie poczyni się specjalnych przygotowań 1

Czy wychodzisz na zakupy po artykuły spożywcze?

- bez pomocy 3
- z niewielką pomocą 2
- nie jestem w stanie robić jakichkolwiek zakupów 1

Czy możesz samodzielnie przygotowywać sobie posiłki?

- bez pomocy 3
- z niewielką pomocą 2
- nie jestem w stanie przygotowywać żadnych posiłków 1

Czy możesz samodzielnie wykonywać prace domowe, np. sprzątanie?

- bez pomocy 3
- z niewielką pomocą 2
- nie jestem w stanie wykonywać jakichkolwiek prac domowych 1

Czy możesz samodzielnie dokonywać drobnych napraw w domu, majsterkować?

- bez pomocy 3
- z niewielką pomocą 2
- nie jestem w stanie wykonywać nawet drobnych napraw ani majsterkować 1

Czy możesz samodzielnie wyprać swoje rzeczy?

- bez pomocy 3
- z niewielką pomocą 2
- nie jestem w stanie wyprać czegokolwiek 1

Czy samodzielnie przyjmujesz leki?

- bez pomocy, właściwe dawki we właściwym czasie 3
- z niewielką pomocą (ktoś przygotowuje leki i/lub przypomni o konieczności ich zażycia) 2
- nie jestem w stanie samodzielnie zażywać leków 1

Czy samodzielnie gospodarujesz pieniędzmi?

- bez pomocy 3
- z niewielką pomocą 2
- nie jestem w stanie gospodarować pieniędzmi 1

Interpretacja: bezwzględna liczba punktów ma znaczenie tylko w odniesieniu do konkretnego pacjenta, zmniejszenie tej liczby w czasie świadczy o pogarszaniu się stanu ogólnego.

Skala Barthel

czynność	nie potrafi	potrafi z pomocą	potrafi samodzielnie
spożywanie posiłków	0	5	10
przechodzenie z łóżka na wózek i odwrotnie	0	5	15
utrzymanie higieny osobistej	0	0	5
korzystanie z WC	0	5	10
mycie/kąpiel całego ciała	0	0	5
przejście 50 m (z ewentualną pomocą sprzętu)	0	5	10
chodzenie po schodach	0	5	10
jazda na wózku	0	0	5
ubieranie się i rozbieranie	0	5	10
kontrola zwieraczy odbytu	0	5	10
kontrola zwieraczy pęcherza moczowego	0	5	10

Interpretacja: 100–85 pkt – stan funkcjonalny dobry, 84–20 pkt – upośledzenie funkcjonalne średniociężkie, <20 pkt – ciężka niesprawność

Mini-Mental State Examination (MMSE)**Orientacja w czasie i w miejscu**

- Jaki jest teraz rok?
 Jaka jest teraz pora roku?
 Jaki jest teraz miesiąc?
 Jaka jest dzisiaj data (którego dzisiaj mamy)?
 Jaki jest dzisiaj dzień tygodnia?
 W jakim kraju się znajdujemy?
 W jakim województwie się znajdujemy?
 W jakim mieście się teraz znajdujemy?
 Jak nazywa się miejsce, w którym się teraz znajdujemy?
 Na którym piętrze teraz jesteśmy?

Zapamiętywanie

Wymienię teraz trzy słowa. Kiedy skończę, proszę, aby je Pan/Pani powtórzył/a (poniższe słowa wypowiadamy wolno i wyraźnie – jedno słowo na sekundę)

BYK MUR LAS

Proszę je zapamiętać, bo zapytam o nie powtórnie za kilka minut.

Uwaga i liczenie (za każdy poprawny wynik 1 pkt, maks. 5 pkt)

Proszę odejmować kolejno od 100 po 7, aż powiem „stop”.

Przypominanie

Proszę wymienić trzy słowa, które Pan/i miał/a wcześniej zapamiętać.

BYK MUR LAS

Funkcje językowe

Nazywanie Prosimy o nazwanie dwóch przedmiotów, które kolejno pokazujemy badanemu (ołówek, zegarek)

Jak nazywa się ten przedmiot?

Jak nazywa się ten przedmiot?

Powtarzanie

Proszę dosłownie powtórzyć następujące zdanie: „Ani tak, ani nie, ani ale”

Wykonywanie poleceń

Proszę uważnie posłuchać treści całego polecenia, a następnie wykonać te polecenia:

proszę wziąć kartkę do lewej/prawej ręki, złożyć ją oburącz na połowę, i położyć ją na kolana.

Pokazujemy badanemu tekst polecenia „Proszę zamknąć oczy”.

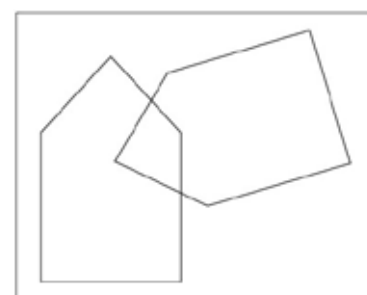
Proszę przeczytać to polecenie i je wykonać.

Pisanie

Dajemy osobie badanej czystą kartkę papieru i prosimy o napisanie dowolnego zdania: „Proszę napisać na tej kartce jakieś dowolne zdanie”

Praksja konstrukcyjna

Proszę przerysować ten rysunek tak dokładnie, jak tylko to możliwe.



Interpretacja: 28–30 pkt – norma, 24–27 pkt – zaburzenia funkcji poznawczych, 23 pkt – próg otępienia, 20–22 pkt – otępienie o małym stopniu zaawansowania, 19–10 pkt – otępienie o średnim stopniu zaawansowania, 9–0 pkt – otępienie głębokie

Geriatrya

Skala CAM do oceny jakościowych zaburzeń świadomości: splątanie/majaczenie

1. Ostro początek i fluktuujący przebieg zaburzeń świadomości **oraz**
2. Brak koncentracji uwagi (rozproszenie) **oraz**
3. Zdezorganizowane niespójne myślenie **LUB** zmieniony poziom świadomości (nadmierne pobudzenie, czujność/letarg/ospałość/stupor)

Interpretacja: muszą być spełnione wszystkie trzy warunki do rozpoznania splątania/majaczenia

Geriatryczna Skala Oceny Depresji „wersja 4-punktowa”

Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni, zakreślając właściwą odpowiedź

Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan/i zadowolony/a?	tak	nie
Czy ma Pan/i uczucie, że Pana/i życie jest puste?	tak	nie
Czy obawia się Panu/i, że może się Panu/i przydarzyć coś złego?	tak	nie
Czy przez większość czasu czuje się Pan/i szczęśliwy/a?	tak	nie

Liczba punktów: tak – 1, nie – 0

Interpretacja: liczba punktów 1 lub większa wskazuje na możliwość depresji i pacjent powinien być oceniony bardziej szczegółowo.

Geriatryczna Skala Oceny Depresji – „wersja 15-punktowa” wg Yesavage’a

Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni, zakreślając właściwą odpowiedź

1	Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan/i zadowolony/a?	tak	nie
2	Czy zmniejszyły się Pana/i zainteresowania lub aktywność (ilość zajęć)?	tak	nie
3	Czy ma Pan/i uczucie, że Pana/i życie jest puste?	tak	nie
4	Czy często czuje się Pan/i zdruzony/a?	tak	nie
5	Czy zwykle jest Pan/i w dobrym nastroju?	tak	nie
6	Czy obawia się Pan/i, że może przydarzyć się Pan/i coś złego?	tak	nie
7	Czy przez większość czasu czuje się Pan/i szczęśliwy/a?	tak	nie
8	Czy często czuje się Pan/i bezradny/a?	tak	nie
9	Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan/i w nim pozostać?	tak	nie
10	Czy uważa Pan/i, że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni?	tak	nie
11	Czy uważa Pan/i, że wspaniale jest żyć?	tak	nie
12	Czy czuje się Pan/i gorszy/a od innych ludzi?	tak	nie
13	Czy czuje się Pan/i pełen/pełna energii?	tak	nie
14	Czy uważa Pan/i, że sytuacja jest beznadziejna?	tak	nie
15	Czy myśli Pan/i, że większości ludzi wiedzie się lepiej niż Panu/Pani?	tak	nie

Za każdą odpowiedź „wytluszczoną” 1 punkt. Liczba punktów .../15

Interpretacja: 0–5 bez depresji, 6–10 depresja umiarkowana, 11–15 depresja ciężka

Test „Wstań i Idź” – Timed Up and Go (TUG)

Test służy między innymi do oceny chodu i sprawności funkcjonalnej. Przeprowadzenie testu: Badany siedzi na krześle z plecami opartymi o oparcie (odległość siedziska od podłoża 46 cm). Na komendę „START” badany ma za zadanie:

- wstać z krzesła,
- pokonać po płaskim terenie w normalnym tempie dystans 3 metrów,
- przekroczyć linię kończącą wyznaczony dystans,
- wykonać obrót o 180 stopni,
- wrócić do krzesła i ponownie zająć pozycję siedzącą.

Wynikiem testu jest czas potrzebny na wykonanie zadania.

Interpretacja: <10 s – norma, sprawność funkcjonalna prawidłowa, 10–19 s – badany może samodzielnie wychodzić na zewnątrz, nie potrzebuje sprzętu pomocniczego do chodzenia, samodzielny w większości czynności dnia codziennego, wskazana pogłębiona ocena ryzyka upadków (np. wykonanie testu Tinetti POMA), 20–29 s – częściowo ograniczona sprawność funkcjonalna, wskazana bardziej szczegółowa ocena, ≥30 s – znacznie ograniczona sprawność funkcjonalna, nie może sam wychodzić na zewnątrz, zalecany sprzęt pomocniczy do chodzenia, wymaga pomocy przy prawie każdej aktywności dnia codziennego. Czas wykonania testu wynoszący ≥14 s wskazuje na duże ryzyko upadków.

- A-ADL (Advanced Activities of Daily Living) – badanie aktywności wyższego rzędu (czas wolny, aktywność społeczna).

Skala Barthel jest uznanym przez NFZ narzędziem kwalifikacji do objęcia pacjenta opieką zakładu opiekuńczo-leczniczego, pielęgnacyjno-opiekuńczego czy długoterminową w warunkach domowych.

Badaniu obszaru zdrowia psychicznego służą testy oceniające

- funkcje poznawcze (orientację, zapamiętywanie, koncentrację, pamięć świeżą, funkcje językowe) – MMSE wg Folsteina (Mini-Mental State Examination), test rysowania zegara, Skrócony Test Sprawności Umysłowej wg Hodgkinsona (Abbreviated Mental Test Score – AMTS), rzadziej stosowane w praktyce testy Blessed’a, Katzmana, Pfeiffera, skala Hachinskiego,
- jakościowe zaburzenia świadomości (splątanie, majaczenie) – skala CAM (Confusion Assessment Method), skala DOS (Delirium Observation Scale),
- stan emocjonalny – Geriatryczna Skala Oceny Depresji (Geriatric Depression Scale – GDS) w wersji 4-punktowej lub 15-punktowej (wg Yesavage’a).

Integralną składową COG są: ocena stanu odżywienia i oszacowanie ryzyka upadków, ryzyka powstawania odleżyn, głównych przyczyn śmiertelności i radykalnego pogorszenia jakości życia w wieku starszym. Najczęściej wykorzystywanymi testami są tu:

- badanie chodu i równowagi – skala Tinetti, test „Wstań i idź”,
- ocena ryzyka powstania odleżyn – skala Norton,
- ocena stanu odżywienia – MNA (Mini Nutritional Assessment), NSIC (Nutrition Screening Initiative Checklist), rzadziej wykorzystywany, bardzo czuły, test SCALES (Sadness-Cholesterol-Albumin-Loss of Weight-Eating Problems-Shopping) wymagający testów laboratoryjnych (cholesterol, albumina) i uwzględniający komponentę emocjonalną.

Odżywienie i dotyczące tego obszaru informacje mieszczą się w zakresie standardowego badania, jednak ze względu na znaczną wrażliwość osób starszych na zaniedbania dietetycz-

ne należy wyróżnić ten obszar COG. Przyczyny sprzyjające niedożywieniu mogą być następujące:

- fizjologiczne: wynikają z osłabienia ośrodkowych i obwodowych mediatorów łaknienia, osłabienia zmysłów smaku i węchu, spowolnienia pasażu jelitowego,
- psychologiczne: depresja, zaburzenia poznawcze, alkoholizm,
- społeczno-ekonomiczne: ubóstwo, trudności w zakupach, przygotowaniu posiłków, izolacja społeczna,
- zdrowotne: zaburzenia żucia, dysfagia, zakażenia, nowotwory, choroby przewlekłe, np. niewydolność serca, przewlekła obturacyjna choroba płuc, reumatoidalne zapalenie stawów, zespoły zaburzonego wchłaniania, choroba Parkinsona, przyczyny jatrogenne, w tym polipragmazja.

Należy również zwracać uwagę na uwarunkowania sprzyjające otyłości – ekonomiczne skutkujące nieodróżnioną dietą czy „jedzeniem śmieciowym” czy aktywność fizyczną. Każda zmiana stanu zdrowia lub wystąpienie nowych objawów powinno skutkować wzięciem pod uwagę problemów żywieniowych jako ich potencjalnej przyczyny. Podstawowa ocena odżywiania obejmuje: pomiar masy ciała z wyliczeniem BMI i należynej masy ciała, zmiany masy ciała, leczenie i jego wpływ na stan odżywienia, ocenę stanu czynnościowego oraz jego wpływ na zdolność do przygotowania i spożywania posiłków, jakość diety, suplementację witamin i mikroelementów. Istotne znaczenie ma edukacja chorych w zakresie diety.

COG jest inicjowana i prowadzona przez lekarza geriatrę, lidera zespołu opieki geriatrycznej, najczęściej w reakcji na pojawiające się problemy sygnalizowane przez lekarza POZ lub przy wypisie ze szpitala. Niektóre zadania COG lider może delegować na współpracowników (np. wyspecjalizowaną pielęgniarkę w odniesieniu do kwestionariusza lub fizjoterapeutę w odniesieniu do wykonania testu „Wstań i idź” czy pomiaru prędkości chodu, wykonanie oceny socjalno-środowiskowej przez pracownika socjalnego). Postępowanie toczy się najczęściej w gabinetach/placówkach opieki medycznej/społecznej, jednak powinno być uzupełnione przynajmniej jedną wizytą w środowisku domowym pacjenta, co pozwala zoptymalizować wysiłki (łatwo wyobrazić sobie sytuację, w której zaleceń leczniczych bądź opiekuńczych nie da się wykonać bez poznania realnych możliwości ich realizacji). Ograniczenia finansowe i czasowe

Kwestionariusz oceny stopnia odżywienia MNA

A. Czy przyjmowanie pokarmów w okresie ostatnich trzech miesięcy zmniejszyło się z powodu utraty apetytu, problemów z trawieniem, żuciem czy polykaniem?

w dużym stopniu – 0 pkt

w umiarkowanym stopniu – 1 pkt

nie zaobserwowano – 2 pkt

B. Utrata masy ciała w ostatnich trzech miesiącach:

więcej niż 3 kg – 0 pkt

badana osoba nie wie, nie potrafi sprecyzować – 1 pkt

utrata masy ciała 1–3 kg – 2 pkt

bez utraty masy ciała – 3 pkt

C. Mobilność/zdolność do samodzielnego przemieszczania się:

nie opuszcza sam (sama) łóżka lub krzesła – 0 pkt

jest w stanie sam (sama) podnieść się z łóżka lub krzesła, lecz nie wychodzi na zewnątrz – 1 pkt

wychodzi samodzielnie z domu – 2 pkt

D. Czy w ciągu trzech ostatnich miesięcy wystąpiła u Pani/Pana choroba o przebiegu ostrym lub stres o znacznym nasileniu?

tak – 0 pkt

nie – 2 pkt

E. Problemy neuropsychologiczne

znacznego stopnia demencja lub depresja – 0 pkt

umiarkowanego stopnia demencja lub depresja – 1 pkt

bez problemów psychologicznych – 2 pkt

F. Wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI)

BMI <19 – 0 pkt

BMI 19–21 – 1 pkt

BMI 21 i <23 – 2 pkt

BMI 23 – 3 pkt

wynik końcowy: .../14 pkt

Interpretacja: liczba punktów w badaniu przesiewowym, maksymalnie 14 pkt.

≥12 pkt – stan odżywienia prawidłowy, bez zagrożenia, nie wymaga kontynuacji MNA, ≤11 pkt – możliwość niedożywienia, wskazana dalsza ocena, wykonanie pełnej wersji MNA

często nie pozwalają na przeprowadzenie pełnej oceny w każdym przypadku, częściej wykorzystywane są wybrane moduły COG, nakierowane na konkretne problemy. Podejście takie jest skuteczne w przypadku osób z mniejszymi ograniczeniami. Główny ciężar oceny spoczywa jednak na geriatrze, gdyż nawet sposób wypełnienia odpowiedniego kwestionariusza przez pacjenta może być wskazówką diagnostyczną dającą wgląd w jego możliwości poznawcze i motywację, a zaangażowanie do współpracy opiekunów lub rodziny pozwala ocenić poziom i jakość opieki.

Podczas badania podmiotowego należy pamiętać, że informacje pozyskane od pacjenta nie zawsze są prawdziwe, pełne, obiektywne, warto więc zawsze odnotować źródło oraz stopień wiarygodności, nawet w zakresie danych demograficznych.

W obszarze głównych dolegliwości i aktualnych chorób starsi pacjenci często prezentują liczne cierpienia i problemy lub kombinację niespecyficznych, pozornie niezwiązanych i lekceważonych dolegliwości, przypisywanych zaawansowanemu wiekowi, a nawet negację dolegliwości, a wizyta jest tylko wymuszona przez bliskich bądź opiekunów. Drugą trudność stanowi powszechne występowanie złożonych i licznych problemów, raczej jako reguła niż wyjątek. Dodatkowo mechanizmy patofizjologiczne sprawiają, że zaburzenia w jednym z układów/narządów ujawniają się w innym. Trzecią trudność to bariery komunikacyjne (czynniki kulturowe, zaburzenia pamięci, depresja, zaburzenia słuchu itp.), które mogą utrudnić chorym

skuteczne zwrócenie uwagi na swoje problemy. Na powyższe nakładają się wymagania systemu opieki zdrowotnej i sposoby refinansowania świadczeń medycznych, nakierowane na pojedyncze procedury i nieuwzględniające typowej dla wieku starczego wielochorobowości.

Zaawansowany wiek i rosące wraz z nim „zużycie organizmu”, liczba przebytych chorób i procedur to nie tylko trudności medyczne (wielochorobowość, polipragmatyzacja oraz związane z nimi zwiększenie ryzyka działań niepożądanych), ale także ryzyko zagubienia dokumentacji medycznej, często wygenerowanej w odległych miejscach. Zebranie wiarygodnych i możliwie pełnych informacji jest kluczowe dla dalszego postępowania.

Korzyść ze stosowania ustrukturyzowanych programów oceny geriatrycznej i konsekwentnie realizowanych programów opieki geriatrycznej wyraża się nie tylko poprawą jakości życia, lecz także w parametrach stanowiących punkty oceny stosowane w badaniach klinicznych, w zmniejszeniu śmiertelności oraz ponownych hospitalizacji. W odniesieniu do osób starszych wciąż trwa dyskusja nad zmianą paradygmatu celów terapii. Zaangażowanie zespołu specjalistów do opieki nad schorowaną, starszą i źle rokującą (co do wyleczenia i długości życia) osobą, zespołu realizującego priorytetowe zadania odwrócenia, zahamowania lub choćby opóźnienia niesprawności, poprawy lub choćby zachowania jakości życia, niesie ze sobą znaczne koszty, są one jednak mniejsze niż wydatki na opiekę nad zniedołężniałymi i zależnymi od pomocy opiekunów starcami.

Wybór testów do tabel na podstawie pozycji piśmiennictwa nr 1.

Piśmiennictwo

- Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Wyd. ViaMedica, Gdańsk 2006
- Standardy postępowania w opiece geriatrycznej Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez Ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. Warszawa 2013
- Stuck A.E., Siu A.L., Wieland G.D. i wsp.: Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032
- Reuben D.B., Tinetti M.E.: Goal-oriented patient care – an alternative health outcomes paradigm. *N. Engl. J. Med.* 2012; 366: 777
- Saliba S., Elliott M., Rubenstein L.A. i wsp.: The Vulnerable Elders Survey (VES-13): A tool for identifying vulnerable elders in the community. *JAGS* 2001; 49: 1691–1699
- Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh??. „Mini-Mental State”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *J. Psychiatr. Res.* 1975; 12: 189–198
- Inouye S. i wsp.: The confusion assessment method. *Ann. Inter. Med.* 1990, 113 (12): 941–948
- Podsiadlo D., Richardson S.: The Timed Up & Go: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1991; 39: 142–148
- Bohannon R.W.: Reference values for the timed up and go test: a descriptive meta-analysis. *J. Geriatr. Phys. Ther.* 2006; 29: 64–68
- Guigoz Y. i wsp.: Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool or grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res. Gerontol.* 1994; 2: 15–59
- Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.): Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, PZWL, Warszawa 2008
- Reuben D.B., Tinetti M.E.: Goal-oriented patient care – an alternative health outcomes paradigm. *N. Engl. J. Med.* 2012; 366: 9

Opieka długoterminowa

Komunikowanie się z pacjentem w opiece długoterminowej – dlaczego po rozmowie z nami pacjent niekiedy wie, że nie wie, choć nie mieliśmy zamiaru obudzić w nim Sokratesa

lek med. Dariusz Kubicz

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie; Zakład Dydaktyki Medycznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Umiejętność komunikowania się stała się w dzisiejszym świecie towarem, za który gotów jestem płacić więcej, niż za jakikolwiek inny.

John D. Rockefeller

Wstęp

Celem przyświecającym autorowi niniejszego artykułu jest udzielenie Czytelnikowi pewnych wskazówek dotyczących radzenia sobie z trudnościami w codziennej komunikacji z pacjentem w opiece długoterminowej i praktyce geriatrycznej (choć nie tylko), wypracowanych na podstawie wieloletniego doświadczenia w pracy w zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla osób dorosłych i w Zakładzie Dydaktyki Medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie. Opieka długoterminowa rozumiana jest tutaj jako opieka nad osobami wymagającymi wsparcia w wielu aspektach ich życia w dłuższym czasie¹.

Opieka długoterminowa



Efektywna komunikacja w opiece długoterminowej, gdzie większość stanowią pacjenci po 65. roku życia (czyli tym samym w geriatrici), przekłada się na określone korzyści w praktyce codziennej, takie jak:

- zmniejszenie ryzyka popełnienia błędu medycznego,
- wzmocnienie relacji z pacjentem,
- optymalne wykorzystanie ograniczonego czasu kontaktu z pacjentem,
- poprawa wyników leczenia².

Efektywne komunikowanie się z pacjentem jest rodzajem kompetencji, której nabycie nie jest możliwe po przeczytaniu jakiegokolwiek artykułu, ponieważ – jak w przypadku każdej kompetencji – składają się na nią obok wiedzy (możliwej do przekazania w artykule) również odpowiednie umiejętności i postawa (których *per se* nie sposób nabyć, czytając jedynie materiały źródłowe).

Odpowiednie kształtowanie umiejętności i postaw niezbędnych do skutecznej komunikacji jest możliwe jedynie poprzez odpowiednią praktykę w warunkach rzeczywistej interakcji z pacjentem lub w warunkach bardzo do niej zbliżonych (np. w pracowniach przystosowanych do trenowania określonych umiejętności). Doskonalenie umiejętności niezbędnych w komunikacji jest więc procesem, który najczęściej rozciągnięty jest na całe życie zawodowe.

Jak już wspomniałem, celem niniejszego artykułu jest przekazanie Czytelnikowi pewnej wiedzy i wskazówek dotyczących zasad efektywnego komunikowania się z pacjentem w opiece długoterminowej i geriatrici, choć mogą one mieć szersze aplikacje medyczne.

Komunikacja – od czego zależy skuteczny przekaz

Wydaje się, że jakość komunikacji w opiece długoterminowej, ale też bardziej ogólnie – w medycynie – jest uzależniona od trzech grup czynników:

- czynników zależnych od osoby podejmującej próbę komunikacji z pacjentem (lekarz,

pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta, opiekun – tzw. nadawca),

- czynników zależnych od osoby, do której kierowany jest przekaz (pacjenta, opiekuna, członka rodziny pacjenta – tzw. odbiorca),
- czynników zależnych od środowiska, w jakim zachodzi interakcja z pacjentem³.

Wiadomo ponadto, że wymiana informacji w trakcie komunikacji z pacjentem zachodzi dwoma kanałami: werbalnym (treść wypowiedzi) i niewerbalnym (to tzw. mowa ciała, czyli gesty, postawa ciała, mimika, ale też płynność wypowiedzi, ton, akcent i modulowanie głosu). Drugi z wymienionych kanałów wymiany informacji ma o wiele większe znaczenie niż treść wypowiedzi, dla sposobu w jaki postrzegany jest mówca – w dużej mierze decyduje o tym, czy wzbudza on zaufanie i empatię, czy wprost przeciwnie.

Skuteczna komunikacja w opiece długoterminowej jest więc sztuką optymalnego wykorzystania istniejących możliwości przez osobę podejmującą kontakt z pacjentem do uzyskania określonego celu w procesie opieki, diagnozowania czy leczenia poprzez odpowiednie przekazanie wymaganych do tego informacji.

Efektywna komunikacja w praktyce (co może zrobić lekarz, pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta lub opiekun)

Niezależnie od warunków, w jakich dochodzi do interakcji z pacjentem (mieszkanie pacjenta, sala chorych, poradnia, sala gimnastyczna), i od stanu pacjenta (pacjent względnie samodzielny, chodzący lub znacznie niesamodzielny, leżący), pierwszym i jednym z najważniejszych momentów tej interakcji jest nawiązanie kontaktu wzrokowego. Należy mu zawsze poświęcić wystarczająco dużo czasu, nawet kosztem przzerwania niektórych czynności (wypełnianie dokumentacji medycznej), ponieważ osoby nawiązujące kontaktu wzrokowego są uważane przez rozmówców za nieszczerze, ukrywające prawdę, niegodne zaufania. Kontakt wzrokowy

należy utrzymać co najmniej do momentu przywitania się z pacjentem i przedstawienia się. Nasze spojrzenie na tym etapie powinno ograniczać się do obszaru twarzy pacjenta. Truizmem jest stwierdzenie, że należy zachować pogodny wyraz twarzy, można się uśmiechnąć, jeśli kontekst sytuacji na to pozwala.

Kolejnym ważnym elementem ułatwiającym wytworzenie atmosfery zaufania jest sam moment przywitania z pacjentem i przedstawienia się. Autor jest gorącym zwolennikiem witania się z pacjentem poprzez podanie dłoni. W rozmowach z pacjentami po latach ich leczenia wielokrotnie słyszałem, jak wielkie znaczenie miał dla nich ten sposób przywitania przy pierwszym kontakcie (i podczas kolejnych wizyt). Mój wielki nauczyciel, prof. dr. hab. med. Józef Kocemba, zawsze witał się z pacjentami w ten sposób w trakcie wizyt lekarskich, przy czym miało to również aspekt praktyczny – uściskowi prawej dłoni towarzyszyło badanie tętna opuszkami palców lewej dłoni na tętnicy promieniowej pacjenta.

W czasie witania się z pacjentem należy, jeśli to możliwe, przyjąć pozycję pacjenta – wstać, jeśli pacjent stoi, a w przypadku pacjenta siedzącego na wózku pochylić się nieco, tak aby nasz wzrok znalazł się na wysokości wzroku pacjenta (pomaga to zniwelować poczucie dominacji, jakie może w pacjencie wytwarzać górujący nad nim rozmówca). W przypadku pacjentów leżących po przywitaniu i przedstawieniu się bardzo często siadam na brzegu łóżka, pytając pacjenta wcześniej o pozwolenie (jeszcze nigdy w swojej karierze zawodowej nie spotkałem się w takiej sytuacji z odmową). Znacznie ułatwia to stworzenie bardziej intymnych warunków do rozmowy, na przykład gdy odbywa się ona w sali chorych (można mówić nieco ciszej, pacjent wyraźnie widzi naszą twarz i usta w czasie rozmowy; gdy pacjent chce powiedzieć coś krępującego dla niego, można się łatwo pochylić w jego stronę).

Każda rozmowa powinna być prowadzona w warunkach komfortowych dla pacjenta – należy wcześniej przygotować miejsce do siedzenia dla niego i dla siebie. Korzystne wydaje się, by nasz fotel czy krzesło nie były wyższe od fotela czy krzesła pacjenta – ponownie pozwoli to uniknąć możliwego poczucia zdominowania, jakie może wytworzyć się w pacjencie, gdy siedzi niżej od nas.

W czasie rozmowy należy unikać gestów sprzecznych na pacjencie wrażenie zamknięcia: krzyżowania ramion na piersiach, wkładania rąk do kieszeni, zakładania nogi na nogę. Należy również unikać zbytniego odchylenia do tyłu (sprawia to wrażenie chęci ucieczki, zakończenia rozmowy), powinno się natomiast delikatnie pochylić w stronę pacjenta i umieścić dłonie w widocznym miejscu, w neutralnym położeniu.

Zerwanie kontaktu wzrokowego z pacjentem bywa oczywiście konieczne (często zachodzi potrzeba wypełniania różnorodnej dokumentacji), ale aby pacjent nie miał wrażenia, że przestajemy go słuchać lub że jest lekceważony, powinniśmy go poinformować, że przekazujemy nam ważne informacje, które musimy odnotować, co nie znaczy, że przestajemy go słuchać i nadal koncentrujemy się na tym, co mówi. Po odnotowaniu informacji należy ponownie nawiązać kontakt wzrokowy.

Odleżyny – postępowanie profilaktyczne i leczenie odleżyn w świetle wytycznych i EBM

Część 1 – klasyfikacja, ocena ryzyka i profilaktyka

dr n med. Barbara Wizner

Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Skala problemu

Odleżyna jest obszarem miejscowego uszkodzenia skóry i/lub niżej położonych tkanek, najczęściej zlokalizowanym nad wyniosłością kostną, powstałym na skutek oddziaływania ucisku lub kombinacji ucisku i sił ścinających¹. Wystąpienie odleżyny w istotny sposób pogarsza jakość życia pacjenta – stanowi przyczynę dodatkowych dolegliwości bólowych, pogłębiającej się niesprawności i pogorszenia kondycji psychicznej. Obecność odleżyny, zwłaszcza zaawansowanych zmian, znacznie pogarsza rokowanie².

Dane dotyczące rozpowszechnienia odleżyn w warunkach szpitalnych mieszczą się w dość szerokim zakresie od 5,8% w USA³ do średnio 18,1% w Europie (8,3% we Włoszech do 23% w Szwecji)⁴.

Ostatnie dane amerykańskie pochodzące z National Nursing Home Survey, prowadzonego wśród 1,5 mln pensjonariuszy domów opieki pielęgniarstwa w USA w 2004 roku⁵, wskazują, że ogółem 1 na 10 pensjonariuszy ma odleżynę (11%) – od 2% do 28% w różnych domach opieki. W większości były to odleżyny II stopnia (50% wszystkich odleżyn) w klasyfikacji międzynarodowej (tab. 1). Podobnie rozpowszechnienie odleżyn w 58 domach opieki pielęgniarstwa z 7 krajów Europy oraz Izraela kształtowało się na poziomie 10% ogółem (od 4,8% do 15,8%).⁶

Należy jednak podkreślić, że do porównań dotyczących częstości występowania i analiz dotyczących nowych przypadków odleżyn należy podchodzić z dużą ostrożnością. Zasadniczą trudność sprawiają w tym względzie często niejednorodne grupy badanych pacjentów oraz różnorodność zastosowanych definicji odleżyn i metod pozyskiwania danych.

Klasyfikacja międzynarodowa odleżyn

W codziennej praktyce klinicznej wykorzystywanych jest kilka systemów klasyfikacji odleżyn; w Polsce najczęściej stosuje się 5-stopniową skalę Torrance'a⁷ i/lub 4-stopniową skalę kolorową⁷, określającą etap zaawansowania zmian i proces gojenia się odleżyn.



Klasyfikacja proponowana m.in. przez Europejski Panel ds. Odleżyn (European Pressure Ulcer Advisory Panel – EPUAP) z roku 2014¹ obejmuje zasadniczo 4-stopniowy system definiowania stopnia zaawansowania odleżyn, rozszerzony o dwie dodatkowe kategorie odleżyn przysparzających trudności z klasyfikacją. Obie dodatkowe kategorie funkcjonowały już wcześniej w USA i Kanadzie⁸ i są to:

- podejrzenie uszkodzenia tkanek głębokich z charakterystycznym brunatno-purpurowym przebarwieniem skóry przypominającym krwiaka,
- odleżyna niemożliwa lub bardzo trudna do sklasyfikowania – ze względu na całkowite wypełnienie rany tkanką martwiczą

czarną (suchą) lub rozplywną (żółtą) jej faktyczne rozmiary i głębokość nie mogą być jednoznacznie określone.

Aktualne polskie wytyczne⁷ nie zalecają w sposób jednoznaczny jednego wybranego systemu klasyfikacji odleżyn, co z pewnością utrudnia ocenę problematyki odleżyn w opiece ostrej i długoterminowej w Polsce – zarówno pod względem epidemiologicznym, jak i klinicznym. Powszechniejsze i jednolite zastosowanie tej międzynarodowej klasyfikacji w Polsce w codziennej praktyce medycznej i pielęgniarstwa z pewnością ułatwiłoby także porównywanie danych w skali kraju i międzynarodowej. Charakterystykę międzynarodowej klasyfikacji odleżyn przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Międzynarodowa klasyfikacja odleżyn NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel)* z 2014 roku

stadium odleżyny	międzynarodowy system klasyfikacji	
	charakterystyka	głębokość zmian – przykład
podejrzenie martwicy tkanek głębokich (przyczyna główna: ucisk/siły tnące)	skóra nieuszkodzona przebarwienie skóry purpurowe lub brązowe albo pęcherz wypełniony krwią	
I stopnia	skóra nieuszkodzona nieblednące/trwałe zaczerwienienie skóry	
II stopnia	ubytek skóry częściowy (bardzo płytkie owrzodzenie), obejmujący naskórek i/lub skórę właściwą albo pęcherz może być mylone z otarciem lub maceracją skóry	
III stopnia	ubytek skóry pełnej grubości i tkanki podskórnej: – widoczna tkanka tłuszczowa – zmiany nie przekraczają powięzi – obecność martwicy rozplywanej	
IV stopnia	ubytek tkanek pełnej grubości: – uszkodzona tkanka mięśniowa – widoczne ścięgna lub kość martwica nie wypełnia całości odleżyny	
niemożliwa do zdefiniowania	ubytek tkanek pełnej grubości faktyczna ocena głębokości zmian niemożliwa ze względu na całkowite pokrycie tkanką martwiczą suchą (czarną) lub rozplywną (żółtą)	

Opracowano na podstawie: Haesler E. (red.): National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Cambridge Media, Perth, Australia, 2014: 12–13

Zdjęcia odleżyn: Copyright NPUAP, used with permission.

Pielęgnacja

Prewencja odleżyn

Ocena ryzyka odleżyn

Z opublikowanego niedawno przeglądu systematycznego 54 badań wynika, że najsilniejszy i niezależny wpływ na rozwój odleżyn mają trzy elementy: mobilność i aktywność pacjenta, perfuzja (ze szczególnym uwzględnieniem roli cukrzycy) oraz ogólny stan skóry – rozumiany jako wrażliwość i podatność skóry na rozwój odleżyny, oceniany według kryterium: suchość, zaczerwienienie blednące, nieblednące zaczerwienienie, tj. I stadium odleżyny, rana odleżynowa i obecność odleżyny w przeszłości⁹. Inne znane czynniki ryzyka, takie jak wilgotność skóry, wiek, parametry hematologiczne (białko, albuminy, hemoglobina, limfopenia), stan ogólny i odżywienie, określono jako ważne, ale o mniejszym wpływie na rozwój odleżyn⁹.

Istotnym elementem, na który należy zwrócić uwagę, jest czas, w którym obserwuje się nowe przypadki odleżyn. W obserwacji 3233 starszych pacjentów hospitalizowanych w trybie nagłym u 201 (6,2%) wykryto co najmniej jedną nową odleżynę szpitalną, najczęściej II stopnia, w ciągu pierwszych dwóch dni hospitalizacji¹⁰. Oznacza to, że nawet połowa szpitalnych odleżyn rozwija się w ciągu kilku dni od przyjęcia pacjenta na oddział¹⁰ i do 70% w pierwszych dwóch tygodniach⁷.

W jednej z największych analiz przeprowadzonych w Polsce wśród 12 519 pacjentów hospitalizowanych na oddziałach leczenia zachowawczego 10% pacjentów było zagrożonych powstaniem odleżyny, najwięcej na oddziale neurologii – 18%¹¹. W grupie zwiększonego ryzyka odnotowano 2,8% nowych przypadków odleżyn, przy czym najwięcej incydentów odleżyn szpitalnych odnotowano wśród pacjentów oddziału internistyczno-geriatrycznego – 26%¹¹.

W zaleceniach Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa w sprawie profilaktyki odleżyn u pacjentów hospitalizowanych rekomenduje się, by każdy pacjent przyjęty na oddział został poddany ocenie w kierunku ryzyka wystąpienia odleżyn w ciągu pierwszych dwóch godzin od przyjęcia i aby ocena była powtarzana



co najmniej 2–3 razy na tydzień lub częściej, jeżeli stan pacjenta wymaga intensywnej pielęgnacji¹². Aktualne wytyczne międzynarodowe zalecają przeprowadzenie i udokumentowanie oceny ryzyka odleżyn wraz z dokładną oceną skóry możliwie najszybciej po przyjęciu pacjenta, maksymalnie w ciągu 8 godzin od przyjęcia, i powtarzanie tej oceny z częstotliwością dostosowaną do stanu pacjenta.

Warto podkreślić, na co zwracają uwagę również autorzy wytycznych, że **każdy pacjent jest potencjalnie narażony na wystąpienie odleżyn**¹³. Zaleca się zwłaszcza ocenę ryzyka u pacjentów przyjętych do ośrodków opieki specjalistycznej i domów opieki realizujących opiekę długoterminową, ale także w warunkach opieki podstawowej, domowej czy doraźnej¹³.

W ocenie ryzyka należy uwzględnić występowanie i wpływ na rozwój odleżyn następujących czynników:

- aktywność i ruchliwość pacjenta – samodzielna zmiana pozycji^{1,13}
- zaburzenia czucia^{1,13}

- występowanie odleżyny obecnie lub w przeszłości^{1,13}
- niedobory żywieniowe^{1,13}
- istotne zaburzenia funkcji poznawczych^{1,13}
- stan ogólny skóry^{1,13}
- perfuzja i natlenienie, parametry hematologiczne¹
- zaawansowany wiek¹.

Dokładna ocena skóry powinna uwzględniać występowanie bólu lub dyskomfortu w miejscach określonych przez pacjenta i obejmować ocenę:

- integralności skóry, zwłaszcza w miejscach narażonych na ucisk
- zmiany koloru skóry (zwłaszcza w poszukiwaniu zaczerwienienia)
- zmiany temperatury, jędrności i wilgotności skóry z powodu np. obrzęku, nietrzymania moczu czy występowania stanu zapalnego^{1,13}.

U pacjentów narażonych na zmiany w gospodarce wodnej i białkowej (z obrzękami uogólnionymi lub lokalnymi) zaleca się częstszą ocenę stanu skóry – co najmniej 2 razy w ciągu dnia¹.

W przypadku odnotowania nieblednącego zaczerwienienia należy niezwłocznie włączyć działania prewencyjne i kontrolować stan skóry co 2 godziny, aż do momentu ustąpienia zmiany¹³.

Zastosowanie narzędzi skryningowych ma za zadanie wyłącznie uzupełnienie informacji dotyczących ryzyka odleżyn u pacjenta uzyskanych z oceny stanu klinicznego pacjenta, a nie zastąpienie takiej oceny^{1,7,13}. Zaleca się zastosowanie narzędzi mających walidację do oceny ryzyka w określonej populacji^{1,7,13}. Spośród dostępnych walidowanych narzędzi do oceny ryzyka wystąpienia odleżyn, tj. skal Braden, CBO (Dutch Consensus Prevention of Bedsores), Douglas, Norton czy Waterlow, jedynie brytyjskie wytyczne poddają do rozważenia zastosowanie jednej z następujących: Braden, Norton lub Waterlow¹³. Charakterystykę tych trzech skal przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Charakterystyka wybranych skal oceny ryzyka wystąpienia odleżyn

obszary podlegające ocenie		
Skala Norton (Wielka Brytania, 1962)	Skala Waterlow (Wielka Brytania, 1985)	Skala Braden (USA, 1987)
stan fizyczny	wiek	percepcja sensoryczna
stan psychiczny	pleć	wilgoć
aktywność fizyczna	budowa ciała	aktywność
ruchliwość	apetyt	mobilność
czynność zwieraczy	stan skóry	stan odżywienia
	ruchliwość	siły tarcia/ścinające
	czynność zwieraczy	
	czynniki powiązane z niedożywieniem tkankowym	
	deficyty neurologiczne	
	rozległe operacje	
	leki	
podsumowanie – ryzyko odleżyn		
≤14 pkt	duże: 15–19 pkt bardzo duże: ≥20 pkt	dorośli: <16 pkt osoby starsze: <18 pkt

Pielęgnacja

Zalecenia dotyczące postępowania prewencyjnego

Niewielka liczba dobrej jakości badań z randomizacją, umożliwiających porównania w zakresie efektywności danej interwencji w zapobieganiu nowym przypadkom odleżyn, sprawia, że wnioski płynące z dostępnych badań stanowią dowody średniej czy niskiej jakości¹⁴. Dlatego aktualne rekomendacje opierają się często na dowodach pośrednich, tzn. prowadzonych wśród osób z innymi rodzajami ran przewlekłych, w dobrej kondycji ogólnej, i/lub opiniach eksperckich,^{1,13} w tym członków organizacji pacjentów.¹³

Rekomendacje wiodących grup eksperckich podsumowano w tabeli 3.

Spośród nowych technik wymienianych jako obiecujące w redukcji ryzyka wystąpienia odleżyn, zwłaszcza u pacjentów po uszkodzeniu rdzenia kręgowego, zwraca uwagę zastosowanie stymulacji elektrycznej mięśni w miejscach szczególnie narażonych na rozwój zmian odleżynowych. Ponieważ coraz więcej dowodów potwierdza skuteczność tej metody, została ona również uwzględniona w ostatnich wytycznych NPUAP i EPUAP.¹

Piśmiennictwo

- National Pressure Ulcer Advisory Panel EPUAP/APPIA. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Cambridge Media, Perth, Australia, 2014
- Khor H.M., Tan J., Saedon N.I. i wsp.: Determinants of mortality among older adults with pressure ulcers. Arch. Gerontol. Geriatr. 2014; 59 (3): 536–541
- Lyder C.H., Wang Y., Mettersky M. i wsp.: Hospital-acquired pressure ulcers: results from the national Medicare Patient Safety Monitoring System study. J. Am. Geriatr. Soc. 2012; 60 (9): 1603–1608
- Vanderwee K., Clark M., Dealey C. i wsp.: Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. J. Eval. Clin. Pract. 2007; 13 (2): 227–235
- Park-Lee E., Caffrey C.: Pressure ulcers among nursing home residents: United States, 2004. NCHS Data Brief 2009; 14: 1–8
- Onder G., Carpenter I., Finne-Soveri H. i wsp.: Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long Term care (SHELTER) study. BMC Health Serv. Res. 2012; 12: 5
- Szewczyk M.T., Sopata M., Jawieñ A. i wsp.: Zalecenia profilaktyki i leczenia odleżyn. Leczenie Ran 2010; 7 (3–4): 79–106
- Pressure ulcer prevention: an evidence-based analysis. Ont. Health Technol. Assess. Ser. 2009; 9 (2): 1–104
- Coleman S., Gorecki C., Nelson E.A. i wsp.: Patient risk factors for pressure ulcer development: systematic review. Int. J. Nurs. Stud. 2013; 50 (7): 974–1003
- Baumgarten M., Margolis D.J., Localio A.R. i wsp.: Pressure ulcers among elderly patients early in the hospital stay. J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci. 2006; 61 (7): 749–754
- Dzikowska M., Merklinger-Soma M., Gajda K.: Analiza występowania odleżyn u pacjentów przebywających w szpitalu specjalistycznym o profilu zachowawczym. Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (2): 162–170
- Zalecenia konsultanta Krajowego w dz. Pielęgniarstwa w sprawie prowadzenia profilaktyki odleżyn u pacjentów hospitalizowanych. <http://www2.mz.gov.pl/www2/index?mr=m7&ms=603&ml=pl&mi=603&mx=0&mt=6&my=602&ma=10433> (data dostępu: 25 maja 2015)
- Stansby G., Avital L., Jones K., Marsden G.: Prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care: summary of NICE guidance. Br. Med. J. 2014; 348: g2592
- Medical Advisory Secretariat: Pressure ulcer prevention: an evidence-based analysis. Ontario Health Technology Assessment Series 2009; 9 (2)

Tabela 3. Rekomendacje i wybrane dowody medyczne w zakresie kluczowych elementów profilaktyki odleżyn

obszary prewencji	wytyczne NPUAP i/lub NICE	evidence based medicine
prawidłowa pielęgnacja skóry	utrzymanie skóry czystej i suchej – u pacjentów z zaburzeniami czynności zwieraczy niezwłocznie po epizodzie inkontynencji zastosowanie środków myjących bilansujących pH skóry zastosowanie środków nawilżających skórę nie masować skóry, nie pocierać energicznie – zwłaszcza nad okolicą wyniosłości kostnych zabezpieczenie skóry w miejscach szczególnie narażonych na wilgoć opatrunkami lub preparatami ochronnymi zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu pomiędzy materacem specjalistycznym a skórą – kontrola wilgotności i temperatury skóry rozpoczęcie odpowiednich działań prewencyjnych w przypadku obecności nieblednącego zaczerwienienia i kontrola stanu skóry co 2 h do ustąpienia rumienia do rozważenia zastosowanie opatrunków z pianki poliuretanowej w miejscach narażonych na działanie sił tarcia i ścinających (np. kość krzyżowa, pięta) z jednoczesnym monitoringiem skóry i okresową zmianą opatrunku ¹	dowody niskiej jakości potwierdzające skuteczność schematu pielęgnacji skóry w zapobieganiu incydentom odleżyn I lub II stopnia u pacjentów z zaburzeniami czynności zwieraczy (RR = 0,41, 95% CI: 0,21–0,79) ¹⁴ dowody niskiej jakości potwierdzające skuteczność zastosowania środków o zbilansowanym pH w zapobieganiu powstawaniu odleżyn stopnia I i II w porównaniu z wodą i mydłem (RR = 0,32, 95% CI: 0,13–0,82) ¹⁴
zmiana ułożenia pacjenta i udogodnienia	dostosowanie częstości repozycji do zastosowanego podłoża specjalistycznego repozycja przynajmniej co 4 h w przypadku pacjenta z grupy dużego ryzyka ¹³ unikanie ułożenia pacjenta na wyniosłościach kostnych z zaczerwienieniem zastosowanie podkładów unoszących przy repozycji w miarę możliwości ułożenie ciała na płasko lub w przechyleniu ok. 30°, unikanie pozycji półleżącej i siedzącej w łóżku, uniesienie głowy względem podłoża maksymalnie do 30° nie stosować pierścieni lub urządzeń w kształcie pączka na miejsca narażone – ucisk na tkanki sąsiadujące wypracowanie planu uruchamiania pacjenta w łóżku lub przewlekle siedzącego i dokumentacja zmiany ułożenia	niskiej jakości dowody potwierdzają, że repozycja pacjenta co 4 h spoczywającego na materacu z lepkiej-elastycznej pianki poliuretanowej może być postępowaniem skuteczniejszym niż repozycja wykonywana co 2 lub 3 h i zastosowanie standardowego materaca piankowego (RR= 0,70, 95% CI: 0,52–0,93) ¹⁴
materace przeciwoleżynowe	zastosowanie materacy piankowych o wysokiej specyfikacji, reaktywnych – dostosowanych do potrzeb danego pacjenta u pacjentów siedzących przewlekle – zastosowanie podkładów zapewniających dystrybucję ucisku zastosowanie powierzchni aktywnych – materacy zmienności-nieniowych, gdy odpowiednio częsta zmiana pozycji jest niemożliwa	dowody umiarkowanej jakości potwierdzające większą skuteczność materacy piankowych o wysokiej specyfikacji w prewencji odleżyn w porównaniu ze standardowymi materacami piankowymi stosowanymi w szpitalach (RR = 0,31, 95% CI: 0,21–0,46) ¹⁴ niskiej jakości dowody potwierdzają większą efektywność w prewencji odleżyn, jeśli powierzchnia aktywna jest dostosowana do poziomu ryzyka charakteryzującego pacjenta (RR = 0,11, 95% CI: 0,03–0,46) ¹⁴
postępowanie dietetyczne	nie zaleca się suplementacji składników odżywczych ani płynów ukierunkowanej na prewencję odleżyn u pacjentów prawidłowo odżywionych, bez cech niedoborów	bardzo niskiej jakości dowody wskazują na redukcję ryzyka powstania odleżyn przy wprowadzeniu suplementów diety (RR = 0,85, 95% CI: 0,73–0,99) ¹⁴

Żywność i metabolizm

Żywność w geriatric i opiece długoterminowej – zagadnienia ogólne

lek. med. Ewa Klimek, lek. med. Agnieszka Parnicka

Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Stan odżywienia osób w podeszłym wieku zależy od wielu czynników, takich jak uwarunkowania genetyczne, zmiany fizjologiczne, ostre i przewlekle choroby towarzyszące, status społeczno-ekonomiczny, sprawność fizyczna i stan funkcji poznawczych. Zaburzenia odżywiania są częstym i poważnym problemem u osób w wieku podeszłym i obejmują zarówno

niedożywienie oraz wyniszczenie, jak i nadwagę oraz otyłość. Szacuje się, że w populacji europejskiej niedożywienie występuje u 23% pacjentów w wieku >65 lat, natomiast ryzyko niedożywienia u 46% (według Mini Nutritional Assessment)¹. Najczęściej niedożywienie stwierdzano u pacjentów oddziałów rehabilitacyjnych (51%) oraz u chorych hospitalizowa-

nych (39%), następnie wśród pensjonariuszy domów opieki (14%). Mimo że wśród osób starszych żyjących w środowisku domowym niedożywionych osób jest najmniej (6%), jednak spośród pozostałych tylko 63% jest prawidłowo odżywionych, a ponad 30% pacjentów jest zagrożonych niedożywieniem¹.

Żywność i metabolizm



W Polsce według danych z badania Polseńior wśród osób w wieku ≥ 65 lat niedowagę stwierdzono u 1,5% badanych (1,4% kobiet i 1,6% mężczyzn), nadwagę u 40,8% (36,4% kobiet i 44,6% mężczyzn), a otyłość u 31,9% (39% kobiet i 25,6% mężczyzn), przy czym częstość występowania otyłości zmniejszała się u osób w wieku >85 lat, natomiast częstość występowania niedowagi była istotnie większa u osób >90 . roku życia w porównaniu z pozostałymi badanymi grupami wiekowymi².

Podczas procesu starzenia dochodzi do zmian w składzie ciała. Zmniejsza się zawartość beztłuszczowej masy ciała, a zwiększa zawartość procentowa trzewnej tkanki tłuszczowej. Ponieważ głównym składnikiem beztłuszczowej masy ciała jest woda, również jej zawartość zmniejsza się w ustroju (o 17% u kobiet i o 11% u mężczyzn między 3. a 8. dekadą życia), a ubytek ten dotyczy przede wszystkim ilości wody wewnątrzkomórkowej, co tłumaczy zmniejszenie całkowitej ilości potasu w organizmie.³ Ponadto u kobiet w okresie menopauzy przyspiesza postępującą od 30. roku życia zmniejszenie gęstości kości, co w obecności czynników ryzyka (mała masa ciała, nieprawidłowa dieta z małą zawartością białka i wapnia, niedobór witaminy D, zmniejszona aktywność fizyczna) sprzyja rozwojowi osteoporozy, która wiąże się z ryzykiem złamań.

W związku z powyższym zmieniają się potrzeby żywieniowe osób w wieku podeszłym. Zmniejszenie beztłuszczowej masy ciała pociąga za sobą zwolnienie tempa podstawowej przemiany materii, a redukcja ilości spożywanych pokarmów zmniejsza termogenezę wywołaną dietą, co w połączeniu ze zmniejszeniem aktywności fizycznej⁴ w konsekwencji prowadzi do redukcji zapotrzebowania energetycznego o około 13–20%.

W sumie zmiany te powodują dodatni bilans energetyczny i tendencję do zwiększenia masy ciała w wieku średnim, natomiast pojawienie się w późniejszym wieku jadłowstrętu przesuwają bilans energetyczny w kierunku wartości ujemnych, sprzyjając zmniejszeniu wskaźnika masy ciała (*body mass index* – BMI) i zmniejszeniu masy tłuszczowej. Należy pamiętać, że zapotrzebowanie energetyczne bez względu na wiek

nadal w istotnej mierze zależy od stopnia aktywności fizycznej.⁵ W związku ze zmniejszeniem masy mięśniowej podaż białka w diecie wymaga zwiększenia do 1,0–1,2 g/kg mc./d, a nawet do 1,5 g/kg mc./d w przypadku osób starszych aktywnych fizycznie oraz u pacjentów z ostrymi lub przewlekłymi chorobami.⁶ U wielu starszych pacjentów występuje niedobór jelitowego enzymu laktazy, który utrudnia trawienie laktozy i powoduje powstawanie wzdęć, stanów spastycznych jelit i biegunki. Wpływa to na ograniczenie spożycia mleka i produktów mlecznych, co ze względu na ich dużą wartość odżywczą jest dla pacjenta niekorzystne.⁷ Starsze osoby narażone są również na odwodnienie ze względu na zmniejszone odczuwanie pragnienia, zamierzoną lub niezamierzoną redukcję w ilości przyjmowanych płynów, wpływ przyjmowanych leków (np. diuretyki) oraz choroby współistniejące. Ponadto choroby przewlekłe, takie jak cukrzyca, choroby przewodu pokarmowego czy niewydolność nerek, wymagają modyfikacji diety i zmiany nawyków żywieniowych. Stosowane leki mogą wpływać na łaknienie, wchłanianie składników odżywczych, metabolizm i wydalanie, a pożywienie może wchodzić w interakcje z przyjmowanymi lekami. Wpływ ten może być nasilony w związku ze zmianą objętości dystrybucji dla leków – odpowiednio zmniejszenie dla leków rozpuszczalnych w wodzie, a zwiększenie dla leków rozpuszczalnych w tłuszczach.

Niedożywienie według definicji proponowanej przez ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) to stan wynikający z braku wchłaniania lub braku spożywania pokarmu, prowadzący do zmiany składu ciała, a przez to do upośledzenia aktywności fizycznej i psychicznej organizmu, oraz wpływający niekorzystnie na wynik leczenia choroby podstawowej.⁷ Uwzględniając etiologię, rozróżnia się niedożywienie będące wynikiem głodzenia (*starvation-related undernutrition*) bez obecności stanu zapalnego (np. w jadłowstręcie psychicznym) i niedożywienie związane z chorobą (*disease-related undernutrition*), które w zależności od nasilenia obecnego stanu zapalnego podzielono na przewlekłe – z łagodnym lub umiarko-

wanym nasileniem stanu zapalnego (np. w przewlekłej chorobie nerek, chorobie nowotworowej, reumatoidalnym zapaleniu stawów), oraz ostre – w przypadku procesów zapalnych o znacznym nasileniu stanu zapalnego (np. w ciężkich zakażeniach, sepsie, oparzeniach czy urazach).⁸ O ile w przypadku niedożywienia związanego z głodem do uzyskania zadowalającego efektu terapeutycznego wystarcza odpowiednia interwencja żywieniowa, to w przypadku niedożywienia związanego z chorobą ze względu na nasilenie procesów katabolicznych jest ona niewystarczająca bez odpowiedniego leczenia powodującego ustąpienie stanu zapalnego.

Ryzyko niedożywienia zwiększa się wraz z wiekiem,^{2,9} a utrata masy ciała, bardziej niż jej zwiększenie, uważana jest za czynnik ryzyka zgonu.¹ Osoby starsze są szczególnie narażone na niedożywienie związane z chorobą, ponieważ wyjściowo mają mniejsze rezerwy metaboliczne, gorszy apetyt oraz wolniej powracają do zdrowia. Zważywszy na to, że stan odżywienia pacjenta przyjętego do szpitala pogarsza się z powodu choroby oraz stosowanych procedur medycznych, oraz że trudniej u starszego pacjenta uzyskać powrót do masy wyjściowej niż u młodszego,¹⁰ szczególnie istotne jest niedopuszczenie do gwałtownego zmniejszenia masy ciała w trakcie ostrego zachorowania lub hospitalizacji, gdyż prowadzi to do zmniejszenia aktywności fizycznej, sprzyja dalszej redukcji masy mięśniowej, unieruchomieniu oraz zwiększonej podatności na ostre zachorowania lub zaostrzenie chorób przewlekłych, a w konsekwencji jest czynnikiem ryzyka przedwczesnego zgonu i niesprawności oraz powoduje wydłużenie czasu hospitalizacji.

Przyczyn niedożywienia u osób w podeszłym wieku jest wiele; wśród nich wymienia się:

- jadłowstręt związany z wiekiem,
- zły stan jamy ustnej i uzębienia,
- zmiany w zakresie układu pokarmowego (zmniejszenie napięcia zwieracza przełyku, nasilenie refluksu żołądkowo-przełykowego, zmniejszenie motoryki przewodu pokarmowego i pasażu jelitowego, tendencja do zapań oraz nadmiernej produkcji gazów),
- brak wiedzy na temat zdrowego odżywiania,
- towarzyszące choroby oraz ból,
- stosowane leki,
- niesprawność,
- zaburzenia psychiczne (demencja, depresja),
- ubóstwo,
- samotność,
- izolację społeczną.

Jadłowstręt związany z wiekiem (*anorexia of aging*), dotyczący 21% osób powyżej 65. roku życia,¹¹ charakteryzuje się złożoną wieloczynnikową etiologią. Związany jest między innymi z pogorszeniem czucia smaku i węchu oraz wynikającym z tego zmniejszeniem odczuwania przyjemności towarzyszącej jedzeniu. Wiąże się z szybko osiąganym uczuciem sytości, spowodowanym zmniejszeniem relaksacji adaptacyjnej dna żołądka, szybszym docieraniem pokarmu do odźwiernika oraz zwolnieniem opróżniania żołądka.¹² Na zmniejszenie łaknienia wpływ mają także zaburzenia hormonalne (związane z wiekiem zwiększenie stężenia cholecystokininy i glukagonopodobnego peptydu 1 – GLP-1, zmniejszenie stężenia greliny i testosteronu)¹³ oraz obecność cytokin (IL-1, TNF- α) związanych z występowaniem

ostrzych i przewlekłych chorób zapalnych oraz chorób nowotworowych. U mężczyzn jednocześnie ze zmniejszeniem stężenia testosteronu zwiększa się stężenie leptyny, skutkując większym niż u kobiet zmniejszeniem apetytu.¹⁴

Związane ze starzeniem się zmniejszenie beztłuszczowej masy ciała i procentowe zwiększenie tkanki tłuszczowej oraz infiltracja mięśni tłuszczem sprzyjają pogorszeniu stanu funkcjonalnego i rozwojowi sarkopenii, którą charakteryzuje postępująca i uogólniona utrata masy mięśniowej oraz osłabienie siły mięśniowej lub zmniejszenie sprawności fizycznej.¹⁵ Sarkopenia występuje u 5–17% osób >65. roku życia zamieszkujących w domach, a częściej u pacjentów opieki długoterminowej i hospitalizowanych. Zmniejszenie masy ciała (>5 kg w ciągu roku), obok osłabienia mierzonego siłą uścisku dłoni, wyczerpania ocenianego skalą depresji CES-D, spowolnienia chodu oraz zmniejszonej aktywności fizycznej, jest też jedną ze składowych zespołu słabości (*frailty syndrome*), który dotyczy 7% osób po 65. roku życia i aż 30% osób po 80. roku życia.¹⁶ Oba zespoły mogą występować zarówno u osób niedożywionych, jak i otyłych, i wiążą się z wieloma poważnymi konsekwencjami, m.in. z niesprawnością fizyczną, utratą samodzielności, instytucjonalizacją oraz ze zwiększoną śmiertelnością. Wśród innych działań niepożądanych wynikających z niedożywienia wymienia się zmniejszenie masy mięśnia sercowego z następnym zmniejszeniem pojemności wyrzutowej, bradykardią, hipotonią, a nawet niewydolnością serca. Z kolei zmniejszenie masy mięśnia przepony i mięśni oddechowych powoduje zaburzenia wentylacji, upośledzenie odruchu kaszlowego i w konsekwencji sprzyja rozwojowi zapalenia płuc. Niedożywienie opóźnia gojenie ran i zwiększa ryzyko powstawania odleżyn. Prowadzi do zaburzeń immunologicznych, powoduje zwiększoną zachorowalność na choroby ostre i przewlekłe, opóźnia rekonwalescencję z chorób i wydłuża czas hospitalizacji. Zaburza działanie przewodu pokarmowego w postaci upośledzenia wchłaniania substancji odżywczych i zmniejszenia wydzielania soków

trawiennych, co może powodować biegunkę, a tym samym nasilać istniejące zaburzenia odżywiania. Duża utrata masy ciała powoduje zaburzenia termoregulacji, predysponując do hipotermii, która upośledza zaburzenia funkcji poznawczych.¹⁷ Niedożywienie może być również wczesnym objawem otępienia.

U osób starszych mimo braku cech niedożywienia mogą występować niedobory składników mineralnych, zwłaszcza żelaza (niedokrwistość), wapnia i witaminy D (osteoporoza).

U starszych osób zaznacza się tendencja do nadwagi i gromadzenia tkanki tłuszczowej ze względu na zwolnienie tempa przemian metabolicznych i zmniejszenie aktywności fizycznej. U kobiet po 60. roku życia zmniejsza się stężenie leptyny, co wiąże się ze spowolnieniem podstawowej przemiany materii, zwiększeniem apetytu i zwiększeniem masy ciała.¹⁸ Nadwagę i otyłość u osób starszych, podobnie jak u osób młodszych, określa się na podstawie wskaźnika BMI, gdzie zgodnie z kryteriami WHO¹⁹: nadwaga 25–29,9 kg/m², otyłość ≥30 kg/m², a otyłość olbrzymia ≥40 kg/m². Należy jednak pamiętać, że wskaźnik BMI dla osób w wieku podeszłym z wielu powodów jest niemiarodajny. Zmniejszenie wzrostu z powodu złamań kompresyjnych trzonów kręgowych może zawyżać wartość BMI i tym samym przesunąć graniczny zakres BMI w kierunku większych wartości – stąd wyższy punkt graniczny BMI dla niedożywienia u ludzi starszych (wynoszący 22 kg/m² zamiast 18,5). Dodatkowo brak możliwości przyjęcia pozycji stojącej lub znaczna kifoza mogą utrudniać lub uniemożliwiać pomiar wzrostu.

Otyłość wiąże się z poważnymi powikłaniami, takimi jak niesprawność, cukrzyca, choroby układu sercowo-naczyniowego, stłuszczenie wątroby, zespół bezdechu sennego czy choroby nowotworowe. Otyłość występująca w średnim wieku jest czynnikiem ryzyka wystąpienia otępienia w wieku podeszłym.²⁰ O ile otyłość u osób starszych zwiększa ryzyko śmiertelności całkowitej oraz śmiertelności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego i nowotworowych, to nadwaga wydaje się mieć działanie ochronne – tzw. paradoks otyłości.²¹ Zależność między

BMI a śmiertelnością ze wszystkich przyczyn przyjmuje kształt krzywej U. Najmniejsze ryzyko zgonu jest dla BMI 23–28 kg/m² u mężczyzn i BMI 21–28 kg/m² u kobiet, przy czym po osiągnięciu BMI >28 kg/m² śmiertelność z przyczyn sercowo-naczyniowych zaczyna się zwiększać zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet.²² Ponadto u pacjentów w podeszłym wieku może występować specyficzny rodzaj otyłości, wspomniana wyżej tzw. otyłość sarkopeniczna, gdzie mimo dużej masy ciała współistnieje mała masa mięśniowa.

Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania w populacji osób starszych oraz związanych z nimi konsekwencji dowodzi konieczności przeprowadzania regularnej oceny stanu odżywiania w celu odpowiednio wczesnej identyfikacji pacjentów z zaburzeniami odżywiania, oceny niedoboru składników odżywczych oraz zaplanowania i wdrożenia interwencji żywieniowej. Takie działanie stwarza możliwość poprawy stanu odżywiania, usprawnia rehabilitację, przyspiesza rekonwalescencję, skraca czas pobytu pacjenta w szpitalu, a tym samym zmniejsza koszty leczenia.

Piśmiennictwo

- Kaiser M.J., Bauer J.M., Ramsch C. i wsp.; Mini Nutritional Assessment International Group: Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2010; 58: 1734–1738
- Mosakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.): Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012
- Ritz P., Vol S., Berrut G. i wsp.: Influence of gender and body composition on hydration and body water spaces. *Clin. Nutr.* 2008; 27: 740–746
- Cooper J.A., Manini T.M., Paton C.M. i wsp.: Health ABC study. Longitudinal change in energy expenditure and effects on energy requirements of the elderly. *Nutr. J.* 2013; 6 (12): 73
- Rothenberg E.M.: Resting, activity and total energy expenditure at age 91–96 compared to age 73. *J. Nutr. Health Aging* 2002; 6: 177–178
- Bauer J., Biolo G., Cederholm T. i wsp.: Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2013; 14: 542–559
- Sobotka L. (red.): Podstawy żywienia klinicznego. Krakowskie Wydawnictwo Scientifica, Kraków 2013
- White J.V., Guenter P., Jensen G. i wsp.; Academy Malnutrition Work Group; A.S.P.E.N. Malnutrition Task Force; A.S.P.E.N. Board of Directors. Consensus statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition). *J. Parenter. Enteral Nutr.* 2012; 36: 275–283
- Imoberdorf R., Meier R., Krebs P. i wsp.: Prevalence of undernutrition on admission to Swiss hospitals. *Clin. Nutr.* 2010; 29: 38–41
- Roberts S.B., Fuss P., Heyman M.B. i wsp.: Control of food intake in older men. *JAMA* 1994; 272: 1601–1606
- Dorini L.M., Dominguez L.J., Barbagallo M. i wsp.: Senile anorexia in different geriatric settings in Italy. *J. Nutr. Health Aging* 2011; 15: 775–781
- Sturm K., Parker B., Wishart J. i wsp.: Energy intake and appetite are related to antral area in healthy young and older subjects. *Am. J. Clin. Nutr.* 2004; 80: 656–667
- MacIntosh C.G., Andrews J.M., Jones K.L. i wsp.: Effects of age on concentrations of plasma cholecystokinin, glucagon-like peptide 1, and peptide YY and their relation to appetite and pyloric motility. *Am. J. Clin. Nutr.* 1999; 69: 999–1006
- Morley J.E.: Decreased food intake with aging. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* 2001; 56 (2): 81–88. Review
- Cruz-Jentoft A.J., Baeyens J.P., Bauer J.M. i wsp.; European Working Group on Sarcopenia in Older People: Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing* 2010; 39: 412–423
- Fried L.P., Tangen C.M., Walston J. i wsp.; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group: Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* 2001; 56: M146–156
- Norman K., Pichard C., Lochs H., Pirlich M.: Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin. Nutr.* 2008; 27 (1): 5–15
- Perry H.M. 3rd, Morley J.E., Horowitz M. i wsp.: Body composition and age in Africa-American and Caucasian women: relationship to plasma leptin levels. *Metabolism* 1997; 46: 1399–1405
- Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech. Rep. Ser. 2000; 894: i–xii, 1–253
- Kivipelto M., Ngandu T., Fratiglioni L. i wsp.: Obesity and vascular risk factors at midlife and the risk of dementia and Alzheimer disease. *Arch. Neurol.* 2005; 62: 1556–1560
- Faeh D., Braun J., Tarnutzer S., Bopp M.: Obesity but not overweight is associated with increased mortality risk. *Eur. J. Epidemiol.* 2011; 26: 647–655
- Song X., Pitkaniemi J., Gao W. i wsp.; DECODE Study Group: Relationship between body mass index and mortality among Europeans. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2012; 66: 156–165



Opieka długoterminowa

☒ ciąg dalszy ze strony 6

W trakcie rozmowy z pacjentem bardzo pomaga delikatne potakiwanie głową – nasz rozmówca ma większe wrażenie, że nie tylko go słuchamy, ale również słyszymy. Można również wypowiadać stwierdzenia typu: „tak, rozumiem”, „tak, tak”, „rozumiem”, co dodatkowo utwierdza pacjenta w przekonaniu, że jest słyszany i rozumiany. Gdy chcemy, by pacjent zwrócił szczególną uwagę na jakiś fragment swojej wypowiedzi, można ten fragment powtórzyć – daje to do zrozumienia rozmówcy, aby skoncentrował się właśnie na tym aspekcie swojej wypowiedzi. W trakcie rozmowy z pacjentem powinno się również delikatnie wyrażać współczucie, gdy mówi on o szczególnie przykrych przeżyciach (bardzo pomocne są np. stwierdzenia typu: „wyobrażam sobie, że czuł się pan okropnie”, „to musiało bardzo boleć” i podobne).

Dobrze jest, gdy w czasie rozmowy z pacjentem siedzimy nieco bardziej bok do boku względem niego, a nie twarzą w twarz. Ustawienie twarzą w twarz względem rozmówcy jest przez niektórych odbierane jako postawa konfrontacyjna. Wyjątek stanowią pacjenci niedowidzący i/lub niedosłyszący, u których ustawienie twarzą w twarz może być wręcz pożądane – mogą pomagać sobie w zrozumieniu wypowiedzianych przez nas kwestii, czytając z ruchu warg. Podobnie ważne jest przesunięcie na bok barier podświadomie oddzielających nas od pacjenta (sterta książek na stole, laptop, wazon z kwiatami).

W szczególnie emocjonalnie ciężkiej dla pacjenta chwili, na przykład gdy wspomina on śmierć bliskiej osoby i płacze, dopuszczalne jest delikatne uściśnięcie ramienia lub barku pacjenta, czyli kontakt fizyczny, ale należy bardzo uważnie stosować ten rodzaj oddziaływania na pacjenta, aby wbrew woli pacjenta nie przekroczyć jego tzw. strefy intymnej (czyli obszaru wokół danej osoby, którego naruszenie powoduje, że czuje się ona niekomfortowo i skrępowana).

Czego można oczekiwać w komunikacji z pacjentem w wieku podeszłym?

Należy się przygotować, że pacjenci w podeszłym wieku woniej odbierają i przekazują informacje. Ze względu na łatwość utraty koncentracji należy zwrócić szczególną uwagę na okresowe uzyskiwanie informacji zwrotnych, świadczących o tym, że pacjent zrozumiał nasz przekaz – upewnić się, że wie, jak zażywać leki, że rozumiał konieczność wykonania badań dodatkowych, zadając pytania sprawdzające. Niektóre informacje trzeba powtarzać kilka razy, aby zostały właściwie odebrane. Bezwzględnie nie należy popędzać pacjenta – może to w nim wywołać wrogość i potrzebę zamknięcia się.

W trakcie rozmowy z pacjentem w podeszłym wieku należy się zatroszczyć o usunięcie z otoczenia wszelkich czynników mogących rozpraszać jego uwagę (np. włączony telewizor lub radio, hałas w tle spowodowany przez sprzęt gospodarstwa domowego, inne osoby w tym samym pokoju, hałas z ulicy przy otwartym oknie i podobne).

Stwierdzono, że jeśli poświęci się pacjentowi co najmniej 60 sekund niczym niezakłóconej

uwagi, to wystarcza, by miał on wrażenie, że poświęcono mu „znaczącą ilość czasu”⁴.

W przypadku pacjentów w wieku podeszłym wykazujących deficyty słuchu i/lub wzroku korzystne jest ustawienie się twarzą w twarz. Daje to szansę na usprawnienie przekazu informacji poprzez czytanie z ruchu ust i ogranicza wpływ czynników rozprasających uwagę chorego⁵.

W przypadku pacjentów w podeszłym wieku bardzo duże znaczenie ma również kontakt wzrokowy – sprawia, że czują się oni bardziej komfortowo⁶.

Kolejnym ważnym aspektem w kontakcie z osobami w wieku podeszłym jest konieczność mówienia wolno, wyraźnie i głośno, choć oczywiście nie należy krzyczeć^{5,6}.

Należy wypowiadać krótkie, proste zdania i używać prostych słów. Trzeba unikać żargonu medycznego i skomplikowanego słownictwa technicznego.

Należy również uważać, by w rozmowie z pacjentami w wieku podeszłym poruszać jeden temat na raz – zdolność przetwarzania przez nich informacji może być ograniczona i mogą mylić wątki.

Wszystkie zalecenia przekazywane pacjentowi należy uprościć i przekazać w formie pisemnej, najlepiej w postaci dokładnych instrukcji, na przykład „proszę zażyć lek na naciśnięcie zaraz po wstaniu z łóżka rano”, „po śniadaniu proszę trzy razy obejść blok dookoła, odpocząć 10 minut i ponownie obejść blok trzy razy” i podobne. Można w ten sposób zbudować listę czynności ważnych dla zdrowia pacjenta, które może on łatwo codziennie powtarzać, posługując się tą listą⁶.

Ważne jest również częste streszczanie przekazanych dotychczas informacji i zachęcanie pacjenta do zadawania pytań oraz wyrażania swoich wątpliwości.

Środowisko a komunikacja

Aktywność pacjentów w wieku podeszłym jest często największa w godzinach porannych i popołudniowych. Dlatego wszystkie spotkania z nimi lepiej planować w tym czasie. Daje to największą szansę wykorzystania najkorzystniejszego okresu w ciągu doby w celu komunikacji z pacjentem. Pacjenci oczekujący na spotkanie powinni mieć przygotowane wygodne miejsce do siedzenia w zapewniającym spokój pomieszczeniu, co pozwoli uniknąć przedwczesnego zmęczenia spowodowanego czynnikami rozprasającymi uwagę. Personel pracujący z osobami w wieku podeszłym powinien pamiętać, że osoby te często są przywiązane do klasycznych i tradycyjnych wartości – należy to uszanować również jeśli chodzi o wygląd personelu czy formę, w jakiej personel zwraca się do pacjentów w wieku podeszłym. Dlatego też nie należy się obrażać, jeśli senior zwraca się do pielęgniarki „siostrzo”, a nie „proszę pani”.

Oświetlenie pomieszczeń, w których przebywają osoby w podeszłym wieku, powinno być jasne i równomiernie rozmieszczone.

Należy być przygotowanym do fizycznej pomocy pacjentom – niektórzy będą wymagali pomocy przy wstawaniu z fotela, inni przy szukaniu drogi do toalety.

Należy również często sprawdzać, co dzieje się z pacjentami oczekującymi na spotkanie, konsultację czy badanie – uspokoi ich to i da poczucie bezpieczeństwa.

Zwracając się do pacjenta, należy często używać jego nazwiska (np. „tak, pani Kowalska”) lub imienia („tak, pani Mario”) – daje to pacjentowi poczucie osobistej wartości.

Gdy pacjent wychodzi po wizycie, należy go odprowadzić do drzwi lub jego pokoju – da mu to poczucie bezpieczeństwa i troskliwej opieki roztoczonej nad nim.

Podsumowanie

Autor żywi nadzieję, że przedstawione w tak skrótowej formie wskazówki na temat zasad komunikacji z pacjentami w opiece długoterminowej i praktyce geriatrycznej, stanowiącej bardzo duży wycinek opieki długoterminowej, będą pomocne dla Czytelnika w jego praktyce w życiu codziennym, co być może pozwoli pacjentom uniknąć popadania od czasu do czasu w swoisty sokratejski stan – po spotkaniu z nami nigdy nie będą już musieli powtarzać stwierdzenia przypisywanego temu wielkiemu greckiemu filozofowi – *scio me nihil scire* (wiem, że nic nie wiem).

Piśmiennictwo

1. <http://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>
2. http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/talking_with_your_older_patient.pdf
3. Caris-Verhallen W.M., de Groot I.M., Kerkstra A., Bensing J.M.: Factors related to nurse communication with elderly people. J. Adv. Nurs. 1999; 30 (5): 1106–1117
4. Baker S.K.: Thirty ways to make your practice more patient-friendly. W: Woods D. (red.): Communication for doctors: How to improve patient care and minimize legal risk. Radcliffe, Oxford 2004
5. Breisch S.L.: Elderly patients need special connection. Am. Acad. Orthop. Surg. Bull. 2001; 49 (1)
6. Dreher B.B.: Communication skills for working with elders. Springer, New York 1987

geriatria serwis dla lekarzy



mp.pl

medycyna praktyczna dla lekarzy

mp.pl/geriatria

Bezpieczeństwo i korzyść czynnościowa z leczenia inwazyjnego niedokrwiennej udaru mózgu (Berkhemer i wsp., NEJM 2015; 372: 11–20)

Leczenie donaczyniowe udaru niedokrwiennej spowodowanego zamknięciem proksymalnych odcinków tętnic śródczaszkowych jest uważane za procedurę efektywną w przypadku ostrego udroźnienia naczyń. Do niedawna jednak brakowało dowodów na to, że taka procedura poprawia rokowanie funkcjonalne u leczonych chorych. Do badania MR CLEAN włączono 500 pacjentów w wieku 23–96 lat (średnia 65 lat), z których 89% przed włączeniem do badania otrzymało dożylne leczenie trombolityczne alteplazą. Następnie pacjenci randomizowani byli do grupy eksperymentalnej i kontrolnej. Lecze-

nie eksperymentalne polegało na donaczyniowym podaniu alteplazy. U 82% z tych pacjentów zastosowano również usuwalne stenty donaczyniowe. Leczenie musiało zostać przeprowadzone w ciągu 6 godzin od wystąpienia objawów udaru. Głównym punktem końcowym ocenianym w trakcie badania był osiągnięty po 90 dniach wynik w zmodyfikowanej skali Rankin. Pacjenci leczeni inwazyjnie mieli o 60% mniejsze ryzyko uzyskania niekorzystnego funkcjonalnie (>2) wyniku w zmodyfikowanej skali Rankin. W liczbach bezwzględnych przełożyło się to na obserwację, że 13,5% więcej chorych

leczonych interwencyjnie uzyskało wynik wskazujący na niezależność funkcjonalną. Korzyść była podobna niezależnie od wieku pacjenta (<80 i ≥80 lat). Nie odnotowano różnic między grupami, jeśli chodzi o powstawanie wtórnego ukrwotoczenia ogniska udarowego, jednak w grupie poddanej interwencji stwierdzono statystycznie istotnie większą częstość występowania udaru niedokrwiennej w innym niż pierwotnie zajęty obszar krążenia mózgowego (5,6% w grupie interwencyjnej i 0,4% w grupie kontrolnej).

Suplementacja testosteronu u starszych mężczyzn nie wywołuje subklinicznego uszkodzenia układu sercowo-naczyniowego, ale nie poprawia funkcji seksualnych (Basaria i wsp., JAMA 2015; 314: 570–581)

Mimo coraz powszechniejszego stosowania testosteronu przez starszych mężczyzn jego skuteczność i bezpieczeństwo nie były do niedawna wystarczająco wyjaśnione. W ramach trzyletniego badania Testosterone's effects on atherosclerosis progression in aging men (TEAAM) 156 pacjentów z małym lub prawidłowym stężeniem testosteronu zrandomizowano do leczenia testosteronem (7,5 g 1% maści/d, dawka dostosowywana do uzyskania stężenia w zakresie 500–900 ng/dl), a 152 pacjentów otrzymywało placebo. Do badania włączono mężczyzn powyżej 60. roku życia. Pierwszorzędowymi punktami końcowymi były: grubość kompleksu intymy i medii tętnicy szyjnej wspólnej oraz zawartość wapnia w tętnicach wieńcowych (calcium score). Wtórnymi punktami końcowymi były funkcja seksualna i jakość życia związana ze stanem zdrowia. Trzyletnie stosowanie testosteronu nie wiązało się z istotnym zwiększeniem grubości kompleksu intymy i medii tętnicy szyjnej wspólnej ani z istotnym zwiększeniem zawartości wapnia w tętnicach wieńcowych. Autorzy zwracają jednak uwagę,

że nie da się stąd wprost wywieść konkluzji co do klinicznego bezpieczeństwa stosowania testosteronu w odniesieniu do takich punktów końcowych jak śmiertelność sercowo-naczyniowa, występowania udaru mózgu czy zawału serca. Miary jakości życia związanej ze stanem zdrowia, poziom libido czy liczba zbliżeń intymnych również nie różniły się istotnie między grupami,

choć w poszczególnych punktach oceny, takie miary jak libido, osiąganie orgazmu i zadowolenie ze stosunku wykazywały nieistotny statystycznie trend do poprawy w grupie stosującej testosteron. Pacjenci leczeni testosteronem mieli istotnie większe stężenie hemoglobiny i wskaźnik hematokrytu oraz większe stężenie swoistego antygenu sterczowego.



Majaczenie okołoperacyjne zwiększa koszty hospitalizacji okołozabiegowej (Zywił i wsp., *J. Bone Joint Surg. Am.* 2015; 97: 829–836)

Hospitalizacja jest niezależnym czynnikiem zwiększającym ryzyko majaczenia. Majaczenie jest również częstym powikłaniem postępowania zabiegowego, zarówno diagnostycznego, jak i leczniczego. Choroby stanowiące przyczynę hospitalizacji i instrumentacji są kolejną przyczyną powstawania majaczenia. Intuicyjnie wydaje się, że majaczenie powinno zwiększać koszty hospitalizacji. Zywił i wsp. przebadali 242 pacjentów w wieku 65–103 lat, którzy ulegli złamaniu nasady bliższej kości udowej, pod kątem wystąpienia powikłań okołoperacyjnych, w tym maja-

czenia, ocenianego za pomocą narzędzia *confusion assessment method* (CAM). Autorzy wykazali, że u niemal połowy (48%) badanych pacjentów w okresie okołoperacyjnym rozwinęło się majaczenie. Majaczenie wydłużyło pobyt w szpitalu przeciętnie o 7,4 dnia. W okresie dwuletniej obserwacji całkowity koszt związany z wystąpieniem majaczenia w obserwowanej grupie oszacowano na około 1 milion dolarów kanadyjskich. Warto podkreślić, że koszt wystąpienia majaczenia u pojedynczego pacjenta wyniósł przeciętnie 8286 dolarów kanadyjskich, a 95%

przedział ufności 3690–12881 dolarów kanadyjskich. Wyniki przedstawione przez Zywił i wsp. podkreślają rolę, jaką w warunkach hospitalizacji (zwłaszcza zabiegowej) odgrywa przeciwdziałanie tzw. wielkim problemom geriatrycznym, w tym majaczeniu. Wydaje się, że wprowadzenie odpowiednio dobranych interwencji mogących zapobiec majaczeniu nie tylko pozwoli poważnie zredukować koszty hospitalizacji, ale przede wszystkim zmniejszy ryzyko zdrowotne związane z powikłaniami majaczenia i przedłużonej hospitalizacji.

Ciśnienie tętnicze mierzone śródoperacyjnie a ryzyko majaczenia po zabiegu (Wang i wsp., *PLoS One* 2015; 10: e0123892)

Leczenie zabiegowe jest związane z ryzykiem majaczenia. Autorzy artykułu prześledzili zależność pomiędzy przeciętnym średnim ciśnieniem tętniczym podczas operacji ortopedycznej a ryzykiem wystąpienia majaczenia dwa dni po zabiegu. Stu trzech pacjentów poddanych zostało leczeniu operacyjnemu w znieczuleniu odcinkowym. Średni wiek chorych wynosił 82 lata, u 25% stwierdzono cechy pogorszenia funkcji poznawczych przed zabiegiem operacyjnym. 85% pacjentów miało przed zabiegiem zdiagnozowane nadciśnienie tętnicze. Chorzy przed zabiegiem przyjmowali średnio (odchylenie standardowe) 4 (3) leki. Średnie ciśnienie skurczowe przed zabiegiem wynosiło 134 (17) mm Hg, rozkurczowe 70 (11) mm Hg, a średnie ciśnienie tętnicze 94 (15) mm Hg. Średni wynik *minimal state examination* (MMSE) wynosił przed zabiegiem 25 (5) punktów. Ocenianym punktem końcowym była zależność między przeciętnym średnim ciśnieniem tętniczym podczas operacji a ryzykiem wystąpienia majaczenia w drugiej dobie po zabiegu. Zależność między średnim ciśnie-

niem tętniczym a ryzykiem wystąpienia majaczenia przyjmuje kształt krzywej j z punktem przegięcia przy 80 mm Hg. U pacjentów z przeciętnym średnim ciśnieniem tętniczym podczas operacji >80 mm Hg, ciśnienie wyższe o 10 mm Hg wiązało się z 2,3-krotnym zwiększeniem ryzyka wystąpienia

majaczenia. U pacjentów z przeciętnym średnim ciśnieniem tętniczym podczas operacji <80 mm Hg wykazano odwrotną zależność. Przeciętne średnie ciśnienie tętnicze podczas operacji niższe o 10 mm Hg wiązało się z 4,8-krotnym zwiększeniem ryzyka majaczenia w drugiej dobie po zabiegu.



Projekt Norweski wspiera krakowską opiekę długoterminową

dr med. Janusz Czekaj

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie

Nikt nie jest tak stary, aby nie wierzył, że może żyć jeszcze rok.

Marek Tulliusz Cyncero

Wszyscy przyzwyczailiśmy się do widoku krakowskich ulic pełnych młodych i roześmianych ludzi, stale gdzieś się spieszących, a w wolnych chwilach przesiadujących w parkach z książką na kolanach, zapelniających szalenie zakole Wisły w czasie Juwenaliów, tłumnie wiwatujących na krakowskim Rynku w czasie organizowanych tam koncertów, imprez sportowych czy kulturalnych.

Myślimy wówczas, że ten nasz Kraków jest taki młody i optymistyczny, a młodzież tak liczna.

Wystarczy jednak przejść ulicami Miasta Kraka w lipcu lub sierpniu, kiedy studijujący na krakowskich uczelniach studenci wyjeżdżają do domu – jeszcze może Rynek Główny czy Plac Nowy na krakowskim Kazimierzu zapelniają się wieczorami turystami lub pozostałymi w mieście młodymi ludźmi, ale w innych miejscach, oddalonych od Śródmieścia czy Kazimierza, widuje się puste chodniki i ulice. To chyba bardziej zbliżony do demograficznej rzeczywistości obraz dzisiejszego Krakowa – miasta coraz bardziej „starego”.

Nie jest już obecnie żadną tajemnicą, że w 2020 roku szacunkowy odsetek osób w wieku poprodukcyjnym w Krakowie wyniesie około 23% – oznacza to, że niemal co czwarty mieszkaniec Krakowa będzie emerytem¹.

Bardzo ciekawe informacje na temat struktury demograficznej województwa małopolskiego i prognoz jej zmian do 2050 roku zawierają dane GUS przedstawione na rycinie 1. Z tych danych wynika, że w województwie małopolskim w 2050 roku co 10. osoba będzie miała co najmniej 80 lat (dla porównania – w 2013 roku odsetek ten wynosił 3,8%). Nie trzeba chyba nikomu tłumaczyć, jak duże wyzwanie dla sektora ochrony zdrowia będzie stanowiła taka struktura ludności.

Prognozy te nie są lekceważone. Od wielu lat Urząd Miasta Krakowa, w tym osobiście Prezydent Miasta Krakowa, prof. Jacek Majchrowski, podejmuje starania zmierzające do zapewnienia godnej jesieni życia mieszkańcom miasta, co wyraża się w wielu podejmowanych przez niego inicjatywach.

Jednym z ważnych ogniw tych starań jest Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, mieszczący się w Krakowie przy ul. Wielickiej 267.

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie rozpoczął działalność w 1970 roku jako Dom Spokojnej Starości. Pierwszy pawilon (pawilon numer 1) wybudowano w 1970 roku. Wtedy to

na terenie placówki zamieszkali pierwsi pensjonariusze. Pawilon numer 4 został oddany do użytku w 1979 roku. Został on przeznaczony i w pełni dostosowany do potrzeb osób wymagających całodobowej opieki medycznej i pielęgnacyjnej. W pawilonie numer 4 zlokalizowano pomieszczenia Kliniki Geriatrii ówczesnej Akademii Medycznej im. Mikołaja Kopernika w Krakowie. Wieloletnim jej kierownikiem był prof. dr hab. n. med. Józef Kocemba.

W 1991 roku zarządzeniem wojewody krakowskiego zmieniono statut i nazwę placówki na Dom Spokojnej Starości – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy. Utworzono w nim 4 oddziały dla osób przewlekle chorych, 1 oddział kliniczny, a także oddział dla osób sprawnych ruchowo i rencistów. W 1994 roku zmieniono nazwę placówki na Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie. Pod tą nazwą placówka działa do dnia dzisiejszego. W tym samym roku powołano do życia Krakowską Poradnię Opieki Paliatywnej. W 1996 roku na mocy zarządzenia wojewody krakowskiego zakład przekształcono w Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej.

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie działa na mocy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Świadczy całodobową kompleksową opieką medyczną głównie dla mieszkańców Krakowa i województwa małopolskiego, ale także dla pacjentów z pozostałych regionów Polski. Zakład realizuje swoje zadania w ramach lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego.

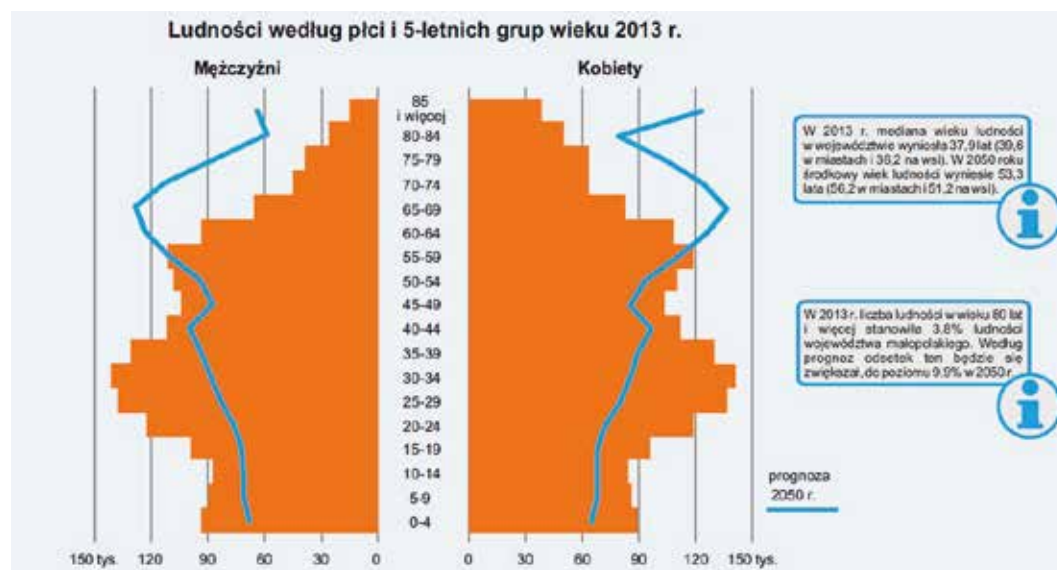
Do zakładu przyjmowani są pacjenci w wieku od 18 lat do późnej starości z przewlekłymi

chorobami internistycznymi, geriatrycznymi, w tym z zespołami otępiennymi, chirurgiczno-ortopedycznymi, neurologicznymi, reumatologicznymi i onkologicznymi, wymagający ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagający hospitalizacji na oddziale szpitalnym, mający zakończone leczenie szpitalne, zakończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego.

Zakład w swoim funkcjonowaniu przypomina bardziej szpital leczenia długoterminowego, gdzie przebywają najczęściej chorzy pacjenci – ma on podobną do szpitala kadrę (m.in. lekarze, pielęgniarki, psychologowie, fizjoterapeuci), choć struktura ilościowa personelu jest inna niż na oddziale szpitalnym. Zakład jest często niesłusznie mylony z domem pomocy społecznej, a stanowi raczej ogniwo pośrednie pomiędzy szpitalem a domem pomocy społecznej w opiece nad najczęściej chorymi i niepełnosprawnymi pacjentami.

Obecnie w zakładzie przebywa ponad 500 pacjentów, w tym 395 chorych na oddziale ogólnym, 87 chorych na oddziale psychiatrycznym i 28 chorych na oddziale stacjonarnym medycyny paliatywnej. Ponad 100 osób objętych jest opieką poradni paliatywnej działającej w strukturze zakładu.

Organizacja opieki i leczenia dla tak olbrzymiej grupy pacjentów stanowi wielkie wyzwanie dla osób zarządzających zakładem. Podejmowane są nieustanne starania, aby pozyskać środki umożliwiające poprawę jakości opieki i leczenia.



Ryc. 1. Prognoza ludności dla województwa małopolskiego do 2050 roku. Małopolski Ośrodek Badań Regionalnych, Urząd Statystyczny w Krakowie

Aktualności projektu



Na początku 2013 roku Urząd Miasta Krakowa wraz z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym w Krakowie przystąpił do opracowania projektu pod nazwą „Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo-Lecznym w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej”.

Projekt złożono do Ministerstwa Zdrowia w czerwcu 2013 roku. Wiadomość o jego zatwierdzeniu do realizacji uzyskano w sierpniu 2014 roku – okazało się, że został on bardzo wysoko oceniony przez Ministerstwo Zdrowia – znalazł się na siódmym miejscu w kraju, wyprzedzając kilkaset innych projektów złożonych w ramach Programu PL 07 „Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych”, dofinansowanego z Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009–2014.

W omawianym projekcie zaplanowano cztery główne działania merytoryczne:

- przebudowę pawilonu nr 4 Zakładu Opiekuńczo-Lecznym w Krakowie wraz z zakupem wyposażenia,
- rozwój wsparcia indywidualnego nad pacjentem,
- rozwój terapii zajęciowych w ZOL,
- stworzenie i wdrożenie programu informacyjno-edukacyjnego „Złoty wiek”.

Z oczywistych względów infrastruktura pawilonu nr 4, oddanego do użytku w 1979 roku, wymagała gruntownej modernizacji. Dzięki niej stworzone zostaną lepsze warunki dla przebywających w nim pacjentów: powiększone zostaną sale chorych, ułatwiony zostanie dostęp do łazienek i toalet (zwłaszcza dla osób z deficytami ruchowymi), zostanie zakupiony nowy sprzęt. Z pewnością znacznie poprawi to

jakość opieki i leczenia. Obecnie w pawilonie nr 4 prowadzone są intensywne prace remontowo-budowlane.

Bardzo ciekawie i nowatorsko zaplanowano drugie z wymienionych działań – rozwój wsparcia indywidualnego nad pacjentem, którego głównym celem jest wsparcie pacjentów i ich opiekunów w zakresie umiejętności przydatnych w opiece długoterminowej realizowanej w środowisku, w którym przebywa pacjent.

W ramach tego działania uruchomiono bezpłatną wypożyczalnię sprzętu medycznego – specjalistycznych łóżek dla osób obłożnie chorych, zmiennociśnieniowych materacy przeciwodleżynowych, wózków kołowych i balkoników ułatwiających chodzenie.

Wsparcie indywidualne pacjentów wymagających opieki długoterminowej, w tym głównie w podeszłym wieku, to nie tylko bezpłatna wypożyczalnia sprzętu medycznego, lecz także bezpłatne wsparcie merytoryczne w postaci indywidualnego doradztwa w miejscu przebywania pacjenta realizowanego przez lekarza, pielęgniarkę, psychologa, rehabilitanta i pracownika socjalnego. W ramach tego wsparcia osoby niesamodzielne, w podeszłym wieku, przewlekłe chore, przebywające we własnym środowisku mogą uzyskać bezpłatne porady fachowe na temat leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji. Niebagatelne znaczenie ma wsparcie psychologa, który pomaga nie tylko pacjentom, ale często również ich opiekunom borykającym z problemem wypalenia w opiece nad niepełnosprawną osobą w domu. W załatwianiu wszystkich spraw formalnych pomóc może pracownik socjalny. Wszystko to może się przyczynić do poprawy jakości życia pacjentów i ich opiekunów, a być może oddalić perspektywę konieczności skorzystania z opieki instytucjonalnej.

Kolejnym kierunkiem działania jest rozwój terapii zajęciowych w zakładzie. Autorzy projektu doskonale zdają sobie sprawę z tego, jak ważne jest aktywizowanie osób objętych opieką instytucjonalną i umożliwienie im przebywania w interakcji z różnorodnymi środowiskami. Dlatego też podjęto działania zmierzające do organizacji szeregu rodzajów terapii zajęciowych, w tym hortiterapii – ogrodoterapii, arteterapii – muzykoterapii, biblioterapii, filmoterapii, animaloterapii – dogoterapii.

Już dziś pacjenci uczestniczą bardzo licznie w tych rodzajach terapii zajęciowych, a uśmiech na ich twarzach jest najlepszą nagrodą dla personelu realizującego projekt.

Ostatnim z wymienionych, ale nie najmniej ważnym kierunkiem działania w projekcie, jest rozwój i wdrożenie programu informacyjno-edukacyjnego „Złoty wiek”.

W jego ramach realizowane są następujące działania:

- organizacja dwuletniej specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dla pielęgniarek,
- stworzenie i realizacja cyklu szkoleń i konferencji z zakresu opieki długoterminowej, geriatry i gerontologii dla lekarzy,
- stworzenie systemu wsparcia dla pacjentów i ich opiekunów – organizacja szkoleń stacjonarnych adresowanych do pacjentów i opiekunów,
- stworzenie wydawnictwa poświęconego opiece długoterminowej i geriatry,
- działania informacyjne mające na celu zapobieganie chorobom związanym ze stylem życia oraz zachęcające do planowania zdrowej starości.

Obecnie w toku jest szkolenie specjalizacyjne z geriatry dla 50 pielęgniarek. Realizowane są również praktyczne szkolenia z opieki długoterminowej dla pacjentów i ich opiekunów.

W przygotowaniu są kolejne numery niniejszego biuletynu omawiającego bieżące problemy opieki długoterminowej i geriatry, a także dwie międzynarodowe konferencje oraz cykl szkoleń dla lekarzy.

Mam nadzieję, że realizowany przez Zakład Opiekuńczo-Lecznym w Krakowie program „Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo-Lecznym w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej” zaowocuje poprawą jakości leczenia i opieki sprawowanej nad osobami wymagającymi opieki długoterminowej, w tym osobami w wieku podeszłym.

Liczę również na to, że program zapoczątkuje wiele działań zmierzających do poprawy jakości życia osób najbardziej niesamodzielnych i dlatego wymagających największego wsparcia.

Piśmiennictwo

1. Program Aktywności Społecznej i Integracji Osób Starszych na lata 2015–2020 – załącznik do Uchwały nr VIII/112/15 Rady Miasta Krakowa z dnia 4 marca 2015 r. w sprawie przyjęcia Programu Aktywności Społecznej i Integracji Osób Starszych na lata 2015–2020; https://www.bip.krakow.pl/_inc/rada/uchwaly/show_pdf.php?id=76038

Wsparcie udzielone przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię poprzez dofinansowanie ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego

www.eeagrants.org

Projekt jest współfinansowany ze środków MF EOG 2009–2014 i NMF 2009–2014 w ramach programu PL07 „Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych”

www.norwaygrants.org

