

## Zasady funkcjonowania oddziału geriatrycznego w Niemczech na przykładzie Ewangelickiego Szpitala Lutherstift we Frankfurcie nad Odrą

### *Rules for how geriatric wards in Germany run on the example of the Evangelical Hospital Lutherstift in Frankfurt (Oder)*

Beata Niewiadomska

Oddział Geriatryczny Ewangelickiego Szpitala Lutherstift we Frankfurcie nad Odrą, Niemcy

#### Streszczenie

Oddział Geriatryczny Ewangelickiego Szpitala Lutherstift we Frankfurcie nad Odrą zapewnia stacjonarną geriatryczną opiekę medyczną w razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia oraz udziela świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji geriatrycznej (rehabilitacja jest w Niemczech niezbędnym elementem wszystkich podejmowanych działań geriatrycznych). Podstawowym założeniem leczenia geriatrycznego jest holistyczne podejście obejmujące biologiczno-psychologiczno-socjalne aspekty opieki oraz wielopłaszczyznową diagnostykę i terapię z uwzględnieniem stanu funkcjonalnego pacjenta, a nie wyłącznie leczenie chorób narządowych. Interdyscyplinarny zespół geriatryczny dokonuje całościowej oceny geriatrycznej oraz sporządza plan interwencji terapeutycznych w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta. *Geriatrics 2018; 12: 235-241.*

*Słowa kluczowe: pacjent geriatryczny, zespół geriatryczny, całościowa ocena geriatryczna, sprawność funkcjonalna*

#### Abstract

The Geriatric Ward of the Evangelical Hospital Lutherstift in Frankfurt/Oder provides stationary geriatric care for cases of sudden health deterioration and geriatric rehabilitation services. Rehabilitation is an essential element of all geriatric measures undertaken in Germany. The basic principle of the geriatric therapy is a holistic approach considering the biological, psychological and social aspects of medical care as well as a multi-level diagnostics and therapeutic approach. It takes into consideration the overall functional capacity of a patient instead of the separate treatment of organ diseases only. The interdisciplinary geriatric team conducts a comprehensive geriatric assessment and works out a therapy plan based on the needs of individual patients. *Geriatrics 2018; 12: 235-241.*

*Keywords: geriatrics, geriatric patient, geriatric team, overall geriatric evaluation, functional ability, functional fitness*

Niemieckie Towarzystwo Geriatryczne (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie), Niemieckie Towarzystwo Gerontologiczne i Geriatryczne (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie) oraz Federalne Stowarzyszenie Geriatryczne (Bundesverband Geriatrie) wspólnie wypracowały definicję pacjenta geriatrycznego, która jest wzorowana na definicji Sekcji Geriatrycznej Europejskiego Towarzystwa Lekarskiego (Union of European Medical Specialists – Geriatric Medicine Section) z roku 2008 [1].

Zgodnie z nią mianem pacjenta geriatrycznego określa się osoby powyżej 70. roku życia z charakterystyczną wielochorobowością, lub osoby po 80. roku życia, które z racji wieku charakteryzują się

zwiększonym ryzykiem wystąpienia powikłań, chroniczności chorób ostrych oraz utraty autonomii w wyniku obniżenia się sprawności funkcjonalnej (definiowanej jako samodzielność w zakresie czynności życiowych [2]). Federalny Sąd Socjalny (Bundessozialgericht – BSG) w 2005 roku orzekł ponadto, że opieką geriatryczną mogą być objęte także osoby po 60. roku życia, jeśli występuje u nich wielochorobowość charakterystyczna dla pacjentów geriatrycznych [3]. Federalny Sąd Socjalny (Bundessozialgericht) to najwyższa instancja Niemieckiego Sądu Socjalnego zajmującego się regulowaniem stosunków między państwem i obywatelem, rozstrzyganiem sporów dotyczących ubezpieczenia społecznego i pracy. Do jego kompetencji należą

ponadto sprawy pomocy społecznej, niepełnosprawności czy rozstrzygnięcie sporów między kasami chorych a lekarzami, dentykami i psychoterapeutami [4].

### **Podstawowe założenia stacjonarnego leczenia geriatrycznego to:**

- holistyczne podejście uwzględniające biologiczno-psychologiczno-socjalne aspekty opieki nad pacjentem,
- wielopłaszczyznowa diagnostyka i terapia z uwzględnieniem stanu funkcjonalnego pacjenta zamiast leczenia tylko chorób narządowych,
- interdyscyplinarna opieka i terapia prowadzona przez zespół geriatryczny,
- zastosowanie narzędzi całościowej oceny geriatrycznej,
- preferowane leczenie szpitalne w oddziale geriatrycznym w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta (jest to związane z możliwością odwiedzin pacjenta w szpitalu przez jego krewnych i znajomych, do czego społeczeństwo niemieckie przywiązuje bardzo dużą rolę),
- postępowanie uwzględniające indywidualne potrzeby pacjenta,
- rehabilitacja geriatryczna jako kluczowy element w łańcuchu opieki geriatrycznej niezależnie od miejsca jej sprawowania. Podstawą rehabilitacji jest zawsze motywowanie pacjenta oraz aktywizująco-terapeutyczna opieka pielęgniarska. Cel terapeutyczny rehabilitacji geriatrycznej powinien być realny, np. powrót lub poprawa stanu funkcjonalnego do uzyskania samodzielności; uniknięcie lub zmniejszenie stopnia opieki osób trzecich; wypis pacjenta do miejsca zamieszkania).

### **System opieki geriatrycznej**

Ze względu na zachodzące zmiany demograficzne i stale rosnącą liczbę starszych osób w społeczeństwie, w Niemczech zauważono konieczność stworzenia systemu opieki geriatrycznej zapewniającego skuteczną opiekę nad osobami w podeszłym wieku oraz sieci wsparcia dla ich rodzin. Głównym założeniem systemu jest edukacja oraz współpraca pomiędzy świadczeniodawcami biorących udział w opiece nad pacjentem (lekarze rodzinni, przedstawiciele domów seniora i urzędu miasta oraz firm ortopedycznych) w celu zapewnienia optymalnego poziomu tej opieki. Przynależność do tego systemu jest dobrowolna.

Oddział Geriatryczny Ewangelickiego Szpitala Lutherstift w porozumieniu z partnerami z Frankfurtu i okolic już dzisiaj tworzy lokalną sieć opieki geriatrycznej. W zamiarach jest zbudowanie, wspólnie z innymi, bardziej oddalonymi instytucjami, wschodnio-brandenburskiego systemu opieki geriatrycznej ([www.geriatrie-brandenburg.de](http://www.geriatrie-brandenburg.de)).

### **Oddział geriatryczny Ewangelickiego Szpitala Lutherstift we Frankfurcie nad Odrą**

Oddział Geriatryczny w Ewangelickim Szpitalu Lutherstift we Frankfurcie nad Odrą na mocy umowy zawartej z Landem Brandenburgii (zgodnie z przepisami o ustawowym ubezpieczeniu zdrowotnym) gwarantuje stacjonarną geriatryczną opiekę medyczną w razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia oraz udziela świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji geriatrycznej (rehabilitacja ruchowa jest w Niemczech niezbędnym elementem wszystkich podejmowanych działań geriatrycznych).

Pacjenci ze współpracujących szpitali (Röhn-Klinikum we Frankfurcie nad Odrą, Sana-Herzzentrum w Cottbus, Helios Klinikum w Bad Saarow, szpital we Wriezen oraz szpital w Beeskow) są przyjmowani na oddział w trybie planowym, natomiast pacjenci z przychodni lekarza rodzinnego czy poradni specjalistycznych (neurologicznej, ortopedycznej itd.) są przyjmowani w trybie pilnym. W przypadku przyjęć w trybie pilnym ocenę wykonuje się na podstawie skali ISAR (Identification of Seniors at Risk) [5], która już w Izbie Przyjęć pozwala na identyfikację pacjenta ze zwiększonym ryzykiem niekorzystnych następstw leczenia. Skala ISAR to sześćelementowe narzędzie przesiewowe obejmujące pytania o dostępność opiekuna, wielolekowość, zaburzenia pamięci, hospitalizacje w ostatnim czasie, samoopiekę i wzrok.

Wskazania do przyjęcia na Oddział Geriatryczny obejmują:

- stan po udarze mózgu, choroby neurologiczne (np.: choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane),
- unieruchamiające schorzenia układu kostno-stawowego z bólem i znacznym ograniczeniem możliwości poruszania się, po wyczerpaniu możliwości leczenia ambulatoryjnego (np.: schorzenia zwyrodnieniowe i zapalne; osteoporoza ze złamaniami patologicznymi),

- stan po złamaniach kończyn leczonych zachowawczo lub za pomocą osteosyntezy lub endoprotezoplastyki,
- stan po amputacji (np.: przodostopia, podudzia, uda) lub po eksartikulacji w stawie kolanowym,
- choroby internistyczne, w przypadku braku wskazań do dalszego leczenia na oddziałach intensywnej opieki medycznej (np.: brak wskazań do dalszej wentylacji mechanicznej),
- stan po zabiegach w obrębie układu sercowo-naczyniowego, zabiegach chirurgicznych i neurochirurgicznych, jeśli stan pacjenta jest zbyt niestabilny do przekazania go do dalszego leczenia sanatoryjnego,
- zapotrzebowanie na internistyczno-geriatryczną diagnostykę oraz interwencję terapeutyczną u pacjentów, u których nie można przeprowadzić ich w warunkach ambulatoryjnych lub oddziału dziennego (np. chorzy leżący),
- ograniczenie sprawności funkcjonalnej u pacjentów leczonych z powodu niewydolności serca, zaostrzenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP), zapalenia płuc leczonego ambulatoryjnie,
- późne powikłania w przebiegu chorób metabolicznych, np. cukrzycy,
- przewlekłe zespoły bólowe,
- zapotrzebowanie na opiekę paliatywną u pacjentów geriatrycznych.

## Struktura Szpitala

Evangelicki Szpital Lutherstift jest szpitalem klinicznym Brandenburskiej Wyższej Szkoły Medycznej (Medizinische Hochschule Brandenburg im. Theodor Fontane) w Neuruppin. Szpital należy do sieci szpitali Evangelisches Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin. Składa się on z Oddziału Geriatrycznego, Dziennego Geriatrycznego Oddziału Szpitalnego we Frankfurcie nad Odrą oraz ze szpitala w Seelow, który posiada Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Chirurgii i Izbę Przyjęć.

Oddział Geriatryczny we Frankfurcie posiada 80 łóżek, w tym 5 łóżek przeznaczonych dla pacjentów o profilu paliatywnym, a Oddział Dzienny ma 15 miejsc pobytu.

## Personel Oddziału Geriatrycznego

Wytyczne dotyczące obsady personalnej oraz procedur terapeutycznych zostały szczegółowo opisane

przez Niemiecki Instytut Dokumentacji Medycznej i Informacji (Deutscher Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI), działający na zlecenie Federalnego Ministerstwa Zdrowia [6]. W oparciu o powyższe wytyczne Federalne Stowarzyszenie Geriatryczne (Bundesverband Geriatrie – BVG) wydało następujące zalecenia dotyczące obsady oddziałów geriatrycznych:

- lekarz – 1:10 łóżek. Do prowadzenia oddziału niezbędnych jest dwóch lekarzy posiadających specjalizację z dziedziny geriatry (ordynator i jego zastępca). Specjalizacja z geriatry jest w praktyce specjalizacją z chorób wewnętrznych i geriatry. Obecnie na Oddziale jest zatrudnionych 2 specjalistów chorób wewnętrznych i geriatry, z których jeden jest także specjalistą medycyny paliatywnej, ponadto jeden lekarz jest specjalistą medycyny rodzinnej, a pozostali są w trakcie specjalizacji, w tym dwóch przygotowuje się do egzaminu z chorób wewnętrznych i geriatry (egzamin obejmuje 2 części zdawane tego samego dnia – po egzaminie otrzymuje się tytuł specjalisty chorób wewnętrznych i geriatry; zasady uzyskiwania specjalizacji są regulowane na poziomie poszczególnych landów; w niektórych landach geriatry jest podspecjalizacją specjalizacji z chorób wewnętrznych),
- fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, psycholog i logopeda – łącznie 1:4,4 łóżek (wszystkie grupy zawodowe muszą brać udział w opiece geriatrycznej),
- pielęgniarki – 1:1,5 łóżek (stanowiska kierownicze w szpitalu zajmują pielęgniarki z wykształceniem wyższym, a na oddziałach pracują pielęgniarki z wykształceniem średnim; co najmniej jedna pielęgniarka musi mieć specjalizację z pielęgniarstwa geriatrycznego – obecnie na Oddziale pracują 4 pielęgniarki z tą specjalizacją),
- opiekunowie osób starszych – 1:1,5 łóżek (liczba opiekunów nie może przekraczać 25% personelu ze średnim wykształceniem),
- pracownik socjalny – 1:40 łóżek.

Pozostali członkowie zespołu, tj. dietetyk, pielęgniarka diabetologiczna, pielęgniarka ze specjalizacją leczenia ran, muzykoterapeuta, są opcjonalni. Na Oddziale Geriatrycznym we Frankfurcie nad Odrą są zatrudnieni wszyscy wymienieni specjaliści. Szpitale nie mają obowiązku zatrudnienia kapelana, chociaż coraz częściej decydują się na to. W przypadku braku

kapelana zatrudniona jest osoba zwana Seelsorge, niereprezentująca żadnej religii, która towarzyszy duchowo pacjentom.

## Zespół geriatryczny

W ramach funkcjonowania oddziału geriatrycznego pacjentem zajmuje się interdyscyplinarny zespół terapeutyczny, który na podstawie przeprowadzonej całościowej oceny geriatrycznej (COG) sporządza indywidualny plan interwencji diagnostyczno-terapeutycznych. Omawianie wyników, modyfikacja interwencji terapeutycznych, rehabilitacyjnych oraz środowiskowych odbywa się regularnie w trakcie cotygodniowych spotkań zespołu geriatrycznego.

W skład zespołu wchodzi: lekarz geriatra, pielęgniarka ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, psycholog, logopeda i pracownik socjalny. Obowiązek uczestnictwa przedstawicieli tych grup zawodowych wynika z orzeczenia Federalnego Sądu Społecznego (Bundessozialgericht) [7], a niestosowanie się do niego uniemożliwia otrzymanie wynagrodzenia za wykonane procedury.

Zespołem geriatrycznym kieruje lekarz, który musi posiadać specjalizację w dziedzinie geriatrii. Do jego zadań należy (poza rutynowymi działaniami lekarskimi) wstępna ocena potencjału rehabilitacyjnego pacjenta i ustalanie zaleceń rehabilitacyjnych oraz dotyczących środków ortopedycznych (w porozumieniu z fizjoterapeutą i terapeutą zajęciowym), a także zaleceń dietetycznych (w porozumieniu z dietetykiem). Lekarz ponadto koordynuje konsultacje pacjentów przez innych specjalistów, przewodniczy spotkaniom i pracy zespołu geriatrycznego, oraz wspólnie z innymi członkami zespołu terapeutycznego ustala indywidualny program leczenia pacjenta.

Pielęgniarka z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego to pielęgniarka z wykształceniem średnim, powinna mieć co najmniej 6-miesięczne doświadczenie pracy na oddziale geriatrycznym, oraz odbyć 180-godzinny kurs zakończony egzaminem (według DIMDI)[8]. Pielęgniarka – w ramach COG – wykonuje:

- ocenę sprawności funkcjonalnej (samodzielności) w zakresie czynności życia codziennego przy użyciu skali Barthel (Barthel-Index) [8] oraz funkcji poznawczych przy użyciu rozszerzonej skali Barthel według Prosiegel i wsp. (Erweiterter Barthel-Index von Prosiegel et al. [9]) – ocena

wykonywana jest na początku i na końcu hospitalizacji,

- ocenę stanu odżywienia za pomocą testów MNA (Mini Nutritional Assessment)[10],
- ocenę ryzyka powstania odleżyn według skali Norton [11] i ocenę ran, w tym ran odleżynowych,
- ocenę natężenia bólu przy użyciu skali VAS (Visual Analog Scale) [12],
- ocenę ryzyka występowania zaburzeń połykania i ryzyka wystąpienia zapalenia płuc,
- ocenę ryzyka upadków, zakrzepicy żył głębokich, przykurczów i majaczenia zgodnie ze *Standardami niemieckiej sieci na rzecz rozwoju jakości w pielęgniarstwie* (Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP) [13].

Do kompetencji pielęgniarek należy poza tym opieka aktywizująco-profilaktyczno-terapeutyczna, usprawnianie funkcjonalne w zakresie zdobywania samodzielności w życiu codziennym, a także zaopatrywanie ran (pod nadzorem lekarskim i specjalisty leczenia ran).

Fizjoterapeuta jest specjalistą w dziedzinie fizjoterapii lub rehabilitacji ruchowej z tytułem licencjata. Od 2017 roku zalecane jest przez Federalne Stowarzyszenie Geriatryczne szkolenie geriatryczne dla fizjoterapeutów w postaci specjalistycznego kursu zakończonego egzaminem. Fizjoterapeuta – w ramach COG – przeprowadza ocenę mobilności pacjenta i ryzyka upadków (wykonywane na początku i na końcu hospitalizacji) na podstawie:

- testu Tinetti (POMA) [14],
- testu “wstań i idź” (TUG – Timed Up and Go wg Podsiadło D i Richardson S [15]),
- testu Esslinger Transferskala [16] (ocena zapotrzebowania na pomoc osób z otoczenia podczas transferu pacjenta z krzesła na wózek inwalidzki).

Do zadań fizjoterapeuty – poza fizjoterapią i masażem – należy m.in. przygotowanie do zaprotezowania po amputacji kończyny oraz nauka chodzenia z protezą kończyny dolnej czy zamówienie odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego (np. wózek inwalidzki).

Terapeuta zajęciowy jest specjalistą z tytułem licencjata. Podobnie jak w przypadku fizjoterapeutów, Federalne Stowarzyszenie Geriatryczne zaleca dla tej grupy zawodowej szkolenie geriatryczne w postaci specjalistycznego kursu zakończonego egzaminem. Terapeuta zajęciowy bierze udział w ocenie geriatrycznej. Do jego kompetencji należy:

- przesiewowa ocena stanu emocjonalnego w stopniu podstawowym za pomocą Geriatrycznej Skali Oceny Depresji według Yesavage'a (GDS, Geriatric Depression Scale) [17],
- przesiewowe badanie funkcji poznawczych w kierunku otępienia: test Mini Mental State Examination (MMSE) wg Folsteina [18], Test Rysowania Zegara wg Shulman i wsp. (Uhrentest) [19] oraz test neuropsychometryczny DemTect [20],
- wykonanie testu wykrywającego zespół zaniedbywania połowiczego (Neglect-test).

Do procedur terapeutycznych wykonywanych przez terapeutę zajęciowego należy terapia motoryczno-funkcjonalna, aktywizacja umiejętności poznawczych i neuropsychologicznych, terapia zaburzeń oralno-motorycznych (w porozumieniu z logopedą) oraz zamawianie odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego (np. chwytak).

Psycholog jest specjalistą z tytułem magistra. Do zadań psychologa należy przeprowadzanie testów psychometrycznych u pacjentów po udarach mózgu i pacjentów z chorobami neurologiczno-psychiatrycznymi, tj. zespół otępienny, choroba Parkinsona czy zaburzenia depresyjne (np.: CERAD – The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease – bateria testów klinicznych i europsychologicznych służących do oceny pacjentów z kliniczną diagnozą choroby Alzheimera [21]; Test zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung (TFDD) – do wczesnego rozpoznawania otępienia i różnicowania z depresją[22]). Prowadzi on psychoterapię oraz interwencje kryzysowe dla członków rodzin po utarciu bliskich.

Logopeda z tytułem licencjata jest odpowiedzialny za diagnostykę i leczenie zaburzeń połykania, rozpoznawanie i leczenie afazji, zaburzeń mowy oraz terapię zaburzeń oralno-motorycznych (w porozumieniu z terapeutą zajęciowym). Dla tej grupy także zalecany jest specjalistyczny kurs geriatryczny.

Pracownik socjalny zapewnia pomoc dla pacjenta i jego rodziny w rozwiązywaniu problemów socjalno-bytowych, tj. pomoc w przygotowaniu wniosków (testament życia, pełnomocnictwo prewencyjne, wniosek o przyznanie stopnia niepełnosprawności, skierowanie do sanatorium, do dalszego ambulatoryjnego leczenia ran lub do specjalistycznej ambulatoryjnej opieki paliatywnej, zlecenie na podawania leków). Do jego kompetencji należy również koordynowanie zamawiania odpowiedniego zaopatrzenia ortope-

dycznego, umawianie rozmów lekarskich z rodziną pacjenta i aktywny udział w planowaniu wypisu pacjenta. W przypadku wypisu do miejsca zamieszkania, pracownik socjalny organizuje zespół opieki pielęgniarskiej, zespół pomocy domowej, catering, miejsce w dziennym domu opieki oraz udostępnia połączenie alarmowe dla seniorów. Jeśli wypis do miejsca zamieszkania jest niemożliwy, pracownik organizuje krótko- lub długoterminową opiekę w domu spokojnej starości, mieszkaniu wspomaganym lub mieszkaniu dla pacjentów z otępieniem łagodnym lub umiarkowanym.

Zasady przygotowywania wypisów pacjentów z niemieckich szpitali (Entlassmanagement) regulują przepisy ubezpieczenia zdrowotnego z dnia 01.10.2017. Jest to umowa ramowa zapewniająca pacjentom (niezależnie od wieku) ciągłość opieki medycznej. Nakłada ona na szpitale obowiązek tzw. leczenia rekonwalescencyjnego, obejmującego wystawianie recept, umawianie terminów na następne badania diagnostyczne czy konsultacje, zapewnienie ambulatoryjnej opieki pielęgnacyjnej itd. Jej wprowadzenie ma na celu także unikanie kosztów związanych z powtarzanymi niepotrzebnie procedurami diagnostyczno-terapeutycznymi oraz zamawiania niepotrzebnego zaopatrzenia ortopedycznego.

## Możliwości diagnostyczne i lecznicze w ramach pobytu w Oddziale Geriatrycznym

Pacjenci geriatryczni stanowią heterogenną grupę wymagającą indywidualnego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego. Na przykład u pacjenta przyjętego w trybie planowym z oddziału chirurgii urazowej po operacji zaopatrzenia złamania nasady bliższej kości udowej po upadku, którego pacjent nie może sobie przypomnieć, indywidualnie zaplanowana interwencja diagnostyczna powinna wyjaśnić przyczynę upadku, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia kolejnego epizodu. W zależności od potrzeby może ona obejmować np. tomografię komputerową głowy, test Schellonga, badanie EKG metodą Holtera, 24-godzinną rejestrację ciśnienia tętniczego czy badanie ultrasonograficzne tętnic szyjnych.

Z tego powodu w skład Oddziału wchodzi: laboratorium, pracownia radiologiczna z systemem telemetrycznym, pracownia USG i pracownia badań endoskopowych. Możliwe jest także wykonanie echokardiografii, EKG wysiłkowego, 24-godzinnej

rejestracji EKG/ciśnienia tętniczego, testu Schellonga (diagnostyka hipotensji ortostatycznej), bodypletyzmoграфии czy fiberoskopowej oceny zaburzeń połykania (FEES – fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing). Inne badania dodatkowe i konsultacje odbywają się w ramach współpracy z ambulatoryjnymi specjalistami i innymi szpitalami.

### Rozliczanie świadczeń medycznych

Rozliczanie odbywa się zgodnie z Ustawą o wynagrodzeniu dla szpitali (Krankenhausentgeltgesetz z dnia 23.04.2002r.), dotyczącą wyceny wykonywanych procedur medycznych. Rozliczenie odbywa się na podstawie katalogu, w którym poszczególne świadczenia medyczne zostały wycenione w postaci ryczałtów. Dla stacjonarnego leczenia geriatrycznego został utworzony Katalog Operacji i Procedur (OPS – Operationen und Prozedurenschlüssel) uwzględniający rozpoznanie podstawowe, długość pobytu i stopień niepełnosprawności pacjenta. Szpital zobowiązuje się do zapewnienia optymalnej dla danej osoby opieki geriatrycznej i przestrzegania odpowiednich procedur, które zostały opisane jako *Minimalne kryteria OPS 8-550* przez *Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)* [23]. Są one następujące:

- 8-550.0 – tygodniowy pobyt obejmujący diagnostykę i farmakoterapię oraz 10 tzw. terapii: w tym 9 indywidualnych i 1 grupową,
- 8-550.1 – dwutygodniowy pobyt obejmujący odpowiednio 20 terapii: w tym 18 indywidualnych i 2 grupowe,
- 8-550.2 – trzytygodniowy pobyt obejmujący odpowiednio 30 terapii: w tym 27 indywidualnych i 3 grupowe.

W tym przypadku pojęciem terapii określa się sesję usprawniania/aktywizacji/rehabilitacji geriatrycznej. Terapią grupową nazywa się zajęcia terapeutyczne, w których uczestniczy co najmniej 2 pacjentów np.: grupowe zajęcia z gotowania (Kochgruppe) – zajęcia prowadzi terapeuta zajęciowy z dietetykiem w specjalnie do tego wyposażonym pomieszczeniu kuchennym, przystosowanym także dla pacjentów poruszających się na wózkach inwalidzkich czy osób z niedowładami. Czas każdej terapii (indywidualnej lub grupowej) wynosi co najmniej 30 minut. Czas realizacji COG nie jest wliczany do czasu wykonywanych procedur terapeutycznych.

Szpital zobowiązuje się do przeprowadzenia w pierwszej dobie pobytu COG w zakresie co najmniej 4 obszarów (samodzielność, ocena funkcji poznawczych i emocji, mobilność), oraz na koniec hospitalizacji w zakresie 2 obszarów (samodzielności i mobilności). Ponadto szpital jest zobowiązany do prowadzenia regularnych cotygodniowych spotkań zespołu geriatrycznego, gdzie wymagana jest obecność przedstawicieli wszystkich grup zawodowych. Wykonanie procedur jest systematycznie kontrolowane przez kasy chorych.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Beata Niewiadomska

Klinik für Geriatrie

Evangelisches Krankenhaus Lutherstift

Heinrich-Hildebrand-Straße 22

15232 Frankfurt (Oder)

☎ (+48 22) 627 39 86

✉ beata.niewiadomska@t-online.de

### Piśmiennictwo/References

1. www.uemsgeriaticmedicine.org
2. Tobis S, Jakrzewska-Sawińska A, Talarska D, Wieczorowska-Tobis K. Wieloprofesjonalność opieki w geriatrui. Now Lek. 2013;82:51-5.
3. Mindestalterrechtsprechung des Bundessozialgerichts bei der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung, Das Bundessozialgericht (BSG) Urteil vom 23.06.2015 (B 1 KR 21/14).
4. Bundessozialgericht Rechtliche Grundlagen; www.bsg.bund.de
5. Thiem U, Greuel HW, Reingraber A i wsp. Positionspapier zur Identifizierung geriatrischer Patienten in Notaufnahmen in Deutschland. Z Gerontol Geriat. 2012;45:310-4.
6. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information; Rechtliche Grundlagen; www.dimdi.de.
7. Auslegungshinweise der MDK-Gemeinschaft zur Kodierprüfung der OPS 8-550\* Version 2018 Kompetenz-Centrum Geriatrie 2018.

8. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryl State Med J.* 1965;21:61-5.
9. Prosiegel M, Böttger S, Schenk T i wsp. Der Erweiterte Barthel-Index-eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. *Neurol Rehab.* 1996;1:7-13.
10. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev.* 1996;54(1 Pt 2):59-65.
11. Norton D. Calculating the risk: reflections on the Norton Score. *Decubitus.* 1989;2:24-3.
12. Gagliese L, Weizblit N, Ellis W i wsp. The measurement of postoperative pain: a comparison of intensity scales in younger and older surgical patients. *Pain* 2005;117:412-20.
13. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP),www.dnqp.de
14. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1986;34:119-26.
15. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up and Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc.* 1991;39:142-8.
16. Runge M, Rehfeld G. Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen. Team. 2. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2001:64.
17. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982-1983;17(1):37-49.
18. Folstein MF, Folstein SE, McMugh PR. „Mini-Mental State“. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician *J Psychiatr Res.* 1975;12:189-98.
19. Shulman KI, Shedletsky R, Silver I. The challenge of time: clock drawing and cognitive function in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatr.* 1986;1:135-40.
20. Kessler J, Calabrese P, Kalbe E, et al. DemTect: Ein neues Screening-Verfahren zur Unterstützung der Demenzdiagnostik. *Psycho.* 2000;26:343-7.
21. Morris JC, Heyman A, Mohs RC, et al. The consortium to establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD): Clinical and neuropsychological Assessment Alzheimer's disease. *Neurology.* 1989;39:1159-65.
22. Ihl R, Grass-Kapanke B. TFDD – Test zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung. Karlsruhe: Dr. Willmar Schwabe GmbH &Co. KG; 1999.
23. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) Kapitel 8. Nicht operative therapeutische Massnahmen (8-55...8-60 Frührehabilitative und physikalische Therapie) DIMDI 1994-2018, Niemiecki Instytut Dokumentacji Medycznej i Informacji należący do Federalnego Ministerstwa Zdrowia.