

Model współpracy interdyscyplinarnej w optymalizacji leczenia pacjentów objętych stacjonarną opieką długoterminową w Stołecznym Centrum Opiekuńczo-Lecznicznym w Warszawie

Model of interdisciplinary team in optimizing the treatment of patients in Capital Center of Long-Term Care in Warsaw

Agnieszka Neumann-Podczaska^{1,2}, Barbara Misińska¹, Wojciech Borkowski¹,
Katarzyna Wieczorowska-Tobis²

¹Stołeczne Centrum Opiekuńczo-Leczniczne w Warszawie

²Pracownia Geriatrii, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Artykuł przedstawia założenia i metodologię działania Zespołu ds. Optymalizacji Leczenia powołanego w Stołecznym Centrum Opiekuńczo-Lecznicznym w Warszawie. Koncepcja zespołu interdyscyplinarnego powstała na podstawie badań prowadzonych od wielu lat na Uniwersytecie Medycznym im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Badania te dotyczą obszarów niezaspokojonych potrzeb osób starszych i wpływu podejścia interdyscyplinarnego na jakość opieki. W ramach spotkań zespołu w Stołecznym Centrum Opiekuńczo-Lecznicznym w Warszawie analizowane jest leczenie poszczególnych chorych: sprawność funkcjonalna, stosowana farmakoterapia i aktualne wyzwania opiekuńcze. Efektem działań Zespołu jest indywidualny plan opieki nad pacjentem, który jest następnie wdrażany i monitorowany celem poprawy funkcjonowania pacjentów i ich jakości życia. Artykuł zwraca uwagę na praktyczne aspekty współpracy interdyscyplinarnej i oceny na podstawie całościowej oceny geriatrycznej oraz ich rolę w optymalizacji opieki długoterminowej w Polsce. (*Gerontol Pol* 2025; 33; 276-282) doi: 10.53139/GP.20253335

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, zespół interdyscyplinarny, optymalizacja farmakoterapii, wielolekowość

Abstract

This article presents the assumptions and methodology of the Treatment Optimization Team established at the Capital Care and Treatment Center in Warsaw. The concept of an interdisciplinary team was developed based on research conducted over many years at Poznan University of Medical Sciences. This research addresses the unmet needs of older adults and the impact of an interdisciplinary approach on the quality of long-term care. During regular team meetings at the Warsaw Metropolitan Care and Treatment Center, the treatment of individual patients is analyzed: functional capacity, pharmacotherapy, and current care challenges. The outcome of the Team's work is an individualized care plan, which is then implemented and monitored to improve patient functioning and quality of life. The article highlights the practical aspects of interdisciplinary collaboration, comprehensive geriatric assessment and their role in optimizing long-term care in Poland. (*Gerontol Pol* 2025; 33; 276-282) doi: 10.53139/GP.20253335

Keywords: long-term care, interdisciplinary team, pharmacotherapy optimization, polypharmacy

Niezaspokojone potrzeby osób starszych

Starzenie się populacji w Polsce i Europie powoduje dynamiczny wzrost zapotrzebowania na opiekę długo-

terminową, szczególnie wśród osób starszych z wielochorobowością, zespołem słabości oraz narastającą niesprawnością. Wyniki projektu PolSenior 2 – największego badania populacyjnego osób starszych w Polsce

pokazały bardzo wysokie obciążenie populacji osób starszych w Polsce wielochorobowością, zespołami geriatrycznymi oraz ograniczeniami funkcjonalnymi, które istotnie wpływają na samodzielność i jakość życia. Najczęściej stwierdzano nadciśnienie tętnicze, choroby sercowo-naczyniowe, cukrzycę i otyłość, współistniejące z niską aktywnością fizyczną i problemami żywieniowymi. Wyniki badania Polsenior 2 wskazały też na ograniczony dostęp do opieki geriatrycznej i pilną potrzebę wdrażania zintegrowanych, interdyscyplinarnych modeli opieki, opartych na całościowej ocenie geriatrycznej i miernikach jakości [1].

Z kolei badania prowadzone od wielu lat przez zespół Pracowni Geriatrii Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu wykazały, że jednym z najważniejszych problemów klinicznych geriatrii w Polsce są wielolekowość (definiowana jako jednoczesne przyjmowanie co najmniej 5 preparatów na dobę) oraz polipragmazja (czyli stosowanie niewłaściwej farmakoterapii), która wiąże się z ryzykiem działań niepożądanych, interakcji i negatywnym wpływem na stan funkcjonalny [2]. Przeprowadzona w ramach tych badań analiza już przed wieloma laty wykazała stosowanie przez osoby starsze w Polsce leków potencjalnie przeciwwskazanych w geriatrii a także np. nieracjonalne stosowanie u jednego pacjenta połączeń dwóch inhibitorów konwertazy angiotensyny [3].

Szczególną grupą wymagającą dobrze skoordynowanej opieki stanowią osoby starsze z zaburzeniami funkcji poznawczych. W latach 2013-2019 w Pracowni Geriatrii Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej UMP prowadzono badania nad oceną farmakoterapii bólu u osób starszych z zaburzeniami funkcji poznawczych. W ramach tych badań, realizowanych w domach pomocy społecznej (DPS) w Wielkopolsce, wykazano wysoką skalę niedodiagnozowania bólu u osób z zaawansowanymi zaburzeniami funkcji poznawczych i nieefektywne jego leczenie. Wskazano także na możliwy związek bólu z zaburzeniami zachowania i – zamiast adekwatnej analgezji jako leczenia przyczynowego zaburzeń zachowania – wysoką częstość stosowania benzodiazepin i neuroleptyków, których profil działań niepożądanych u osób starszych z zaburzeniami funkcji poznawczych jest szczególnie niekorzystny [4,5].

W ramach analizy niezaspokojonych potrzeb osób starszych żyjących w środowisku z wykorzystaniem narzędzia EASY-Care wykazano także, że u osób starszych w Polsce dominują niezaspokojone potrzeby zdrowotne, w tym te dotyczące zdrowia psychicznego oraz społeczne, które często pozostają nierozpoznane w standardowej opiece medycznej. Najczęściej identy-

fikowano ograniczenia w czynnościach dnia codziennego, zaburzenia mobilności, przewlekły ból, problemy żywieniowe oraz objawy depresyjne i zaburzenia poznawcze. Istotnym obszarem były również potrzeby opiekuńcze i środowiskowe, w tym samotność, niedostateczne wsparcie nieformalnych opiekunów oraz bariery w dostępie do świadczeń zdrowotnych i socjalnych. Zastosowanie kwestionariusza EASY-Care ujawniło wielowymiarowy charakter tych problemów, wskazując na konieczność systematycznej, całościowej oceny geriatrycznej [6]. Wyniki te jednoznacznie uzasadniają potrzebę wdrażania w Polsce zintegrowanych, interdyscyplinarnych modeli opieki nad osobami starszymi.

Analogiczne wnioski dotyczą także osób starszych przebywających w instytucjach opieki długoterminowej w Polsce. Badania z zastosowaniem kwestionariusza CANE prowadzone na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu wykazały, że u osób starszych objętych opieką długoterminową występuje wysoki odsetek niezaspokojonych potrzeb, mimo formalnego dostępu do świadczeń [7]. Dotyczą one przede wszystkim obszarów psychospołecznych, emocjonalnych i autonomii, które są niedoszacowane przez personel, koncentrujący się głównie na potrzebach medycznych i pielęgnacyjnych. Szczególnie narażone na występowanie niezaspokojonych potrzeb są osoby starsze z zaburzeniami poznawczymi, u których potrzeby bólu, bezpieczeństwa i relacji społecznych często pozostają nierozpoznane. Wyniki te wskazują na konieczność wdrożenia zintegrowanego, skoncentrowanego na pacjencie modelu opieki długoterminowej, opartego na systematycznej wieloperspektywicznej ocenie potrzeb i koordynacji działań zespołu interdyscyplinarnego.

Pomimo rosnącej świadomości tych zaleceń, polski system opieki długoterminowej nadal funkcjonuje w sposób fragmentaryczny, bez wystandaryzowanej koordynacji modelu kompleksowej oceny geriatrycznej jako standardu postępowania oraz bez realnych mierników jakości.

W związku z powyższymi wyzwaniem konieczne jest opracowanie oraz wdrażanie modelu interdyscyplinarnego zespołu geriatrycznego, opartego na standaryzacji i ocenie jakości, optymalizacji farmakoterapii oraz całościowym podejściu do pacjenta.

Przykład wdrożenia modelu interdyscyplinarnego zespołu geriatrycznego w Stołecznym Centrum Opiekuńczo-Lecznym

W Stołecznym Centrum Opiekuńczo-Lecznym (SCOL), przy wsparciu zarządu placówki, w marcu

2025 powołano *Zespół ds. Optymalizacji Opieki*, którego działanie bazuje na najlepszych praktykach interdyscyplinarnej opieki geriatrycznej wynikających ze standardu opieki geriatrycznej opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne (PTG) [8]. Według standardu podstawą skutecznej opieki nad osobą starszą jest praca zespołu interdyscyplinarnego opartego na ścisłej współpracy przedstawicieli różnych zawodów. Zespół geriatryczny funkcjonuje w oparciu o całościową ocenę geriatryczną (COG), która umożliwia identyfikację problemów zdrowotnych, funkcjonalnych, psychicznych i społecznych pacjenta oraz zaplanowanie zindywidualizowanych, realistycznych i mierzalnych celów terapeutycznych, które następnie są realizowane.

Kluczową zasadą pracy zespołu jest regularna wymiana informacji, wspólne podejmowanie decyzji klinicznych oraz koordynacja działań, co pozwala na ograniczenie fragmentaryzacji opieki i minimalizację ryzyka błędów terapeutycznych. Standardy PTG podkreślają również znaczenie partnerskiego traktowania pacjenta i jego opiekunów, wspólnego z nimi podejmowania decyzji i uwzględniania preferencji chorego oraz dążenia do utrzymania jak największej samodzielności i jakości życia osoby starszej.

W skład powołanego w SCOL zespołu wchodzi: lekarz, pielęgniarka, farmaceuta, psycholog, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, logopeda, dietetyk i pracownik socjalny. Zespół podlega merytorycznej opiece prof. Agnieszki Neumann-Podczaskiej, która posiada kompetencje w zakresie prowadzenia zespołów interdyscyplinarnych w opiece nad osobami starszymi, potwierdzone dyplomem ukończenia i członkostwem w *European Academy for Medicine of Ageing (EAMA, Szwajcaria)*; jest też absolwentką stypendium Fulbrighta realizowanego w amerykańskim systemie opieki zdrowotnej Veterans Affairs w University of Kentucky w USA, gdzie uczestniczyła w spotkaniach zespołu geriatrycznego. Program studiów podyplomowych EAMA dedykowany jest lekarzom i koncentruje się na przywództwie w zespołach wielodyscyplinarnych, zarządzaniu złożonością kliniczną, co bezpośrednio przygotowuje do koordynowania opieki nad pacjentem starszym. Kompetencje te obejmują umiejętność integrowania perspektywy medycznej, pielęgniarskiej, dietetycznej, farmaceutycznej, psychologicznej i społecznej w celu podejmowania wspólnych decyzji klinicznych. Doświadczenie zdobyte w międzynarodowym środowisku EAMA stanowi podstawę do wdrażania nowoczesnych, zintegrowanych modeli opieki geriatrycznej, opartych na jakości, bezpieczeństwie pacjenta i efektywnej współpracy interdyscyplinarnej¹.

Praca zespołu w SCOL, zgodnie z wytycznymi PTG oraz modelem amerykańskim, opiera się na COG i ścisłej współpracy specjalistów reprezentujących różne zawody medyczne i społeczne. Zespół wspólnie identyfikuje problemy zdrowotne, funkcjonalne, psychiczne i społeczne osoby starszej oraz ustala zintegrowany, zindywidualizowany plan opieki, z jasno określonymi celami i odpowiedzialnością poszczególnych członków. Zgodnie z najlepszą praktyką funkcjonowania zespołów interdyscyplinarnych w SCOL obowiązuje zasada regularnej komunikacji zespołowej, wspólnego podejmowania decyzji i aktywne włączenia pacjenta i opiekunów w proces terapeutyczny. Takie podejście sprzyja poprawie jakości opieki, bezpieczeństwa pacjenta oraz utrzymaniu możliwie największej samodzielności i jakości życia osób starszych.

W pracy zespołu zastosowano COG z użyciem wystandardyzowanych narzędzi oceny stanu funkcjonalnego [9]. Oprócz wymaganej przez świadczeniodawcę finansującego pobytu w zakładach opiekuńczo-leczniczych oceny stanu czynnościowego za pomocą skali Barthel oraz oceny ryzyka odleżyn za pomocą skali Norton, u wszystkich pacjentów przeprowadzono ocenę funkcji poznawczych za pomocą testu upośledzenia funkcji poznawczych wg Blessed'a (*Short Blessed Test*) [10].

Ścieżka wykonania COG zależy od wyników oceny funkcji poznawczych oraz obserwacji psychologa. U pacjentów z pełnym logicznym kontaktem stosuje się:

- ocenę ryzyka upadków za pomocą skali Tinetti oraz testu *Timed Up and Go* (TUG)
- ocenę ryzyka niedożywienia za pomocą skali Mini Nutritional Assessment (MNA)
- ocenę ryzyka występowania depresji za pomocą geriatrycznej skali ryzyka depresji Geriatric Depression Scale (GDS)
- ocenę bólu u za pomocą numerycznej skali oceny bólu Numerical Rating Scale (NRS)

U pacjentów z zaburzeniami poznawczymi, którzy mogą nie rozumieć poleceń lub odpowiadać nieadekwatnie do sytuacji stosuje się:

- ocenę bólu za pomocą obserwacyjnej skali Abbey Pain Scale (APS) [11],
- ocenę nasilenia pobudzenia za pomocą Inwentarza Pobudzenia Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) [12],
- ocenę ryzyka niedożywienia za pomocą obserwacji klinicznej prowadzonej przez zespół interdyscyplinarny,
- ocenę ryzyka depresji za pomocą obserwacji psychologicznej.

¹ prof. Agnieszka Neumann-Podczaska jest jedyną w Europie farmaceutką, która na bazie dorobku naukowo-badawczego uzyskała specjalną zgodę EAMA na realizację kształcenia podyplomowego oraz członkostwo w EAMA.

Każdy członek zespołu wnosi do spotkań zespołu unikalną perspektywę, co umożliwia prowadzenie oceny pacjenta w sposób holistyczny, zgodnie z zasadami COG. Opiekę merytoryczną i moderowanie pracy zespołu pełniona jest metodą tutoringu. Tutor integruje perspektywy różnych specjalistów dbając o spójność

kliniczną i metodologiczną podejmowanych decyzji. Poprzez ukierunkowane pytania tutor nie podejmuje decyzji za zespół, ale umożliwia konstruktywną wymianę argumentów, ogranicza dominację jednej perspektywy zawodowej i wspiera proces wspólnego podejmowania decyzji skoncentrowany na osobie starszej. Metoda tu-

Tabela I. Skład zespołu ds. Optymalizacji Leczenia i zadania poszczególnych członków

Table I. Composition of the Treatment Optimisation Team and tasks of individual members

Członek zespołu	Rola w zespole
Lekarz geriatra	Diagnostyka wielochorobowości, ocena stanu klinicznego, planowanie i koordynacja interwencji medycznych
Pielęgniarka	Ciągła ocena stanu klinicznego i funkcjonalnego, obserwacja funkcjonowania w oddziale, realizacja interwencji pielęgnacyjnych, monitorowanie bezpieczeństwa pacjenta
Farmaceuta	Analiza farmakoterapii pod kątem skuteczności i bezpieczeństwa, identyfikacja ryzyka popilpragmazji i potencjalnych problemów lekowych (interakcji lek-lek i lek-choroba, działań niepożądanych, potencjalnie niepoprawnej farmakoterapii, stanu nieleczzonego, braku wskazań do farmakoterapii, nieoptymalnej (za niskiej/ za wysokiej dawki)
Psycholog	Ocena funkcji poznawczych i zaburzeń nastroju, wsparcie adaptacji pacjenta
Fizjoterapeuta	Ocena sprawności funkcjonalnej i wdrażanie działań ukierunkowanych na poprawę mobilności i prewencję upadków
Terapeuta zajęciowy	Udział pacjenta w proponowanej terapii, zaangażowanie, komunikacja potrzeb
Logopeda	Diagnoza i terapia zaburzeń połykania, mowy i komunikacji, wsparcie utrzymania komunikacji i zapobieganie aspiracji i niedożywieniu
Dietetyk	Ocena stanu odżywienia, planowanie oraz monitorowanie interwencji żywieniowych dostosowanych do potrzeb i ograniczeń chorego
Pracownik socjalny	Identyfikacja potrzeb środowiskowych i koordynacja dostępu do świadczeń opiekuńczych i socjalnych

Tabela II. Pytania pomocnicze kierowane do zespołu leczącego pacjenta

Table II. Supporting questions for the patient's treatment team

Członek zespołu	Kluczowe pytania podczas spotkania zespołu
Lekarz geriatra	Jakie są kluczowe rozpoznania wpływające na funkcjonowanie pacjenta? Które schorzenia wymagają priorytetowej interwencji? Czy cele leczenia są adekwatne do stanu funkcjonalnego i rokowania? Czy plan terapeutyczny wymaga modyfikacji?
Pielęgniarka	Jak pacjent funkcjonuje w codziennej opiece? Czy obserwowane są objawy bólu, splątania lub pogorszenia stanu ogólnego? Jak wygląda adherencja do zaleceń i przyjmowania leków? Jakie problemy pojawiają się w praktyce opiekuńczej?
Dietetyk	Jaki jest aktualny stan odżywienia i ryzyko niedożywienia lub otyłości? Czy pacjent realizuje zalecenia żywieniowe? Czy występują bariery żywieniowe (apetyt, żucie, połykanie)? Jak dieta wpływa na choroby współistniejące?
Farmaceuta kliniczny	Czy występuje polipragmazja lub leki potencjalnie nieodpowiednie? Jakie interakcje lekowe mogą wpływać na stan pacjenta? Czy możliwa jest depreskrypcja? Jak poprawić bezpieczeństwo farmakoterapii?
Fizjoterapeuta	Jaki jest poziom sprawności funkcjonalnej i ryzyko upadków? Jakie interwencje rehabilitacyjne są możliwe? Czy środowisko pacjenta wymaga adaptacji? Jak monitorować postępy terapii?
Logopeda	Czy występują zaburzenia połykania lub komunikacji? Jakie zalecenia dotyczą bezpieczeństwa żywienia? Czy pacjent skutecznie komunikuje potrzeby? Czy konieczna jest modyfikacja konsystencji diety?
Psycholog	Jaki jest stan poznawczy i emocjonalny pacjenta? Czy występują objawy depresji lub lęku? Jak stan psychiczny wpływa na współpracę? Jakie formy wsparcia są wskazane?
Pracownik socjalny	Jakie jest zaplecze opiekuńcze pacjenta? Czy istnieją bariery środowiskowe lub finansowe? Jakie formy wsparcia instytucjonalnego są dostępne? Jak zabezpieczyć ciągłość opieki?

toringu wzmacnia jakość współpracy zespołowej i odpowiedzialność zespołu w procesie planowania i realizacji opieki.

W tabeli I umieszczono zadania poszczególnych członków zespołu.

W ramach bieżącej działalności Zespół typuje pacjentów zagrożonych polipragmazją i pogorszeniem stanu funkcjonalnego. W ramach spotkań zespołu dyskutowane są schematy potencjalnie niepoprawnej farmakoterapii i formułowane indywidualne plany opieki nad pacjentem, uwzględniające perspektywę wszystkich członków zespołu.

Prowadzone są także regularne wykłady edukacyjne podnoszące kompetencje personelu w zakresie kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki nad pacjentem przewlekłym chorym.

Regularnym cotygodniowym zadaniem Zespołu ds. Optymalizacji Leczenia jest ocena zleceń lekarskich pacjentów przebywających w SCOL. Analiza prowadzona jest w oparciu o kryteria potencjalnie niepoprawnej farmakoterapii Beers'a (wersja 2023), STOPP/START ver. 3 i STOPFall. Dodatkowo dla każdego schematu farmakoterapii obliczane jest obciążenie antycholinergiczne szacowane za pomocą kalkulatora ACB (anticholinergic burden calculator) [6].

W ramach regularnych spotkań zespołu interdyscyplinarnego omawiany jest stan funkcjonalny uwzględniający aspekt somatyczny, czynnościowy i psychiczny, udział w terapii zajęciowej i oczekiwania chorego.

Przykładowe obszary dyskutowane podczas spotkań zawarto w tabeli II.

W trakcie dyskusji formułowano indywidualny plan opieki nad pacjentem, uwzględniający ocenę stanu funkcjonalny chorego, modyfikację farmakoterapii, zaleceń pielęgnacyjnych, dietetycznych, usprawniania ruchowego, plan terapii zajęciowej, w zależności od potrzeb. Zalecenia kierowane były do poszczególnych członków zespołu zgodnie z ich zakresem działań w opiece nad pacjentem.

Rezultaty podjętych działań weryfikowane były na kolejnych spotkaniach, na których dyskutowano czy zalecenia możliwe były do wprowadzenia i jakie były ograniczenia w ich realizacji. Oceniano również efekty wprowadzonych interwencji.

Zmiany w receptariuszu Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego w Warszawie

Zespół ds. Optymalizacji Farmakoterapii powołany w SCOL przeprowadził także prace mające na celu modyfikację obowiązującego receptariusza. Pod uwa-

gę wzięto już przeprowadzone efektywne interwencje, które skutkowały m.in. ograniczeniem nieuzasadnionej preskrypcji, a także potrzebę wprowadzenia do leczenia nowych substancji czynnych lub modyfikacji ilości dotychczas stosowanych leków, ze względu na ich efektywność i bezpieczeństwo oraz najnowsze wytyczne optymalnej farmakoterapii w geriatrici.

W toku prac zidentyfikowano obszary, w których najczęściej dochodziło do nieuzasadnionej farmakoterapii lub błędów lekowych, takich jak np. zbędna farmakoterapia np. stosowanie inhibitorów pompy protonowej bez wskazań, stosowanie niektórych leków neuroleptycznych poza wskazaniami rejestracyjnymi (m.in. kwetiapi-ny) i potencjowanie niepoprawnej farmakoterapii osób z zaburzeniami funkcji poznawczych, stany nieleczone (np. brak adekwatnej analgezji).

Przegląd receptariusza umożliwił ponadto ograniczenie nieuzasadnionej suplementacji diety za pomocą preparatów wapnia, magnezu i żelaza, a także redukcję nieuzasadnionego stosowania probiotyków, co pozwala na poprawę bezpieczeństwa terapii i zmniejszenie ryzyka polipragmazji, która generuje działania niepożądane, interakcje i kaskady zapisywania, oznaczające konieczność wprowadzania kolejnych leków w celu leczenia działań niepożądanych.

Wprowadzone modyfikacje receptariusza, poprzez zwiększenie efektywności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów mają na celu podniesienie jakości opieki w SCOL a jednocześnie przyczyniają się do optymalizacji wydatków na leki.

Podsumowanie

Opieka długoterminowa w Polsce jest jednym z kluczowych obszarów systemu ochrony zdrowia w kontekście nadchodzących zmian demograficznych. Skala potrzeb, złożoność przypadków oraz dynamika starzenia się populacji wymagają transformacji systemowej opartej nie tylko na zwiększeniu nakładów finansowych, ale przede wszystkim na zmianie architektury systemu — w kierunku modeli opartych na jakości, mierzalnych rezultatach klinicznych i skutecznej koordynacji. Decydenci chętnie obecnie podejmują temat deinstytucjonalizacji, ale nawet najlepiej prowadzona deinstytucjonalizacja nigdy nie będzie oznaczać braku zapotrzebowania na opiekę instytucjonalną. Z założenia ma ona bowiem przedłużyć możliwość zamieszkiwania przez osoby starsze w środowisku, a nie ich wyprowadzkę z instytucji stąd dobra opieka instytucjonalna musi być elementem działań systemu.

Koncepcja *Value Based HealthCare* (VBHC), od lat rozwijana w systemach ochrony zdrowia o wysokiej

efektywności, powinna stanowić fundament dla budowania standardów opieki długoterminowej w Polsce. Oznacza to konieczność określenia mierników jakości, monitorowania wyników zdrowotnych, optymalizacji farmakoterapii, wprowadzania interdyscyplinarnych zespołów oraz całościowej oceny potrzeb pacjenta.

Przykład Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego pokazuje, że wdrożenie interdyscyplinarnego modelu, opartego na standardach klinicznych i systematycznej ocenie, prowadzi do wymiernej poprawy jakości opieki, we wszystkich wymiarach, w tym efektywności kosztowej czego namacalnym dowodem są zmiany w farmakoterapii (receptariusz). Może on stanowić model referencyjny dla innych placówek długoterminowych w Polsce.

Projekt standardów opieki długoterminowej opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia stanowi krok w kierunku porządkowania tego obszaru, jednak środowiska medyczne oraz interesariusze sektora wskazują, że dokument zawiera zbyt ogólne zapisy i wymaga doprecyzowania [13]. Brakuje jasno określonych wskaźników jakości, definicji ról zespołów interdyscyplinarnych, wymogów dotyczących standardów oceny i mierzalnych efektów klinicznych.

Aby sprostać rosnącym wyzwaniom starzejącego się społeczeństwa, konieczne jest stworzenie spójnego, opartego na dowodach systemu opieki długoterminowej, który będzie oceniany przez pryzmat efektów zdrowotnych, jakości życia pacjentów oraz bezpieczeństwa terapii. Tylko takie podejście pozwoli na zbudowanie efektywnego, nowoczesnego i odpornego na wyzwania demograficzne systemu opieki w Polsce.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Podziękowania

Autorzy niniejszej pracy składają podziękowania wszystkim członkom zespołu interdyscyplinarnego pracującym w Stołecznym Centrum Opiekuńczo-Lecznicznym w Warszawie za ich zaangażowanie i merytoryczny wkład w realizację działań oraz współpracę, która ma kluczowe znaczenie dla jakości działań i osiągnięcia założonych celów. Autorzy doceniają otwartość na wymianę doświadczeń, które wzbogaciły proces pracy zespołowej.

Piśmiennictwo/References

1. Błędowski P, Chudek J, Grodzicki T i wsp.. PolSenior2: Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem – rekomendacje strategiczne dla Rządu i Samorządów. Gdański Uniwersytet Medyczny; 2022.
2. Rajska-Neumann A, Wieczorowska-Tobis K. Polypharmacy and potential inappropriateness of pharmacological treatment among community-dwelling elderly patients. *Arch Gerontol Geriatr.* 2007;44(Suppl 1):303-9.
3. Rajska-Neumann A, Wieczorowska-Tobis K, Schulz M, Breborowicz A, Grzeskowiak E, Oreopoulos DG. Duplicate use of angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors in a community-dwelling elderly population in Poland. *Arch Gerontol Geriatr.* 2007;44(Suppl 1):295-301.
4. Nowak T, Neumann-Podczaska A, Tobis S, Wieczorowska-Tobis K. Characteristics of pharmacological pain treatment in older nursing home residents. *J Pain Res.* 2019;12:1083-9. doi: 10.2147/JPR.S192587. PMID: 31114294; PMCID: PMC6489860.
5. Nowak T, Neumann-Podczaska A, Deskur-Śmielecka E, Styszyński A, Wieczorowska-Tobis K. Pain as a challenge in nursing home residents with behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clin Interv Aging.* 2018;13:1045-51.
6. Ryszewska-Łabędzka D, Tobis S, Kropińska S, Wieczorowska-Tobis K, Talarska D. The Association of Self-Esteem with the Level of Independent Functioning and the Primary Demographic Factors in Persons over 60 Years of Age. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(4):1996.
7. Tobis S, Wieczorowska-Tobis K, Talarska D, Pawlaczyk M, Suwalska A. Needs of older adults living in long-term care institutions: an observational study using Camberwell Assessment of Need for the Elderly. *Clin Interv Aging.* 2018;13:2389-95. doi: 10.2147/CIA.S145937. PMID: 30538435; PMCID: PMC6254588.

8. Bień B, Błędowski P, Broczek K i wsp. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. *Gerontol Pol.* 2013;21(2):33-47.
9. Bień B, Broczek K. (red). Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej* opracowane w ramach projektu systemowego Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej, Warszawa 2012.
10. Katzman R, Brown T, Fuld P, et al. Validation of a short Orientation-Memory-Concentration Test of cognitive impairment. *Am J Psychiatry.* 1983 Jun;140(6):734-9.
11. Katzman R, Brown T, Fuld P, et al. Validation of a short Orientation-Memory-Concentration Test of cognitive impairment. *Am J Psychiatry.* 1983;140(6):734-9. doi: 10.1176/ajp.140.6.734. PMID: 6846631.
12. Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated behaviors in the elderly. I. A conceptual review. *J Am Geriatr Soc.* 1986;34(10):711-21. doi: 10.1111/j.1532-5415.1986.tb04302.x. PMID: 3531296.
13. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wykaz-prac-legislacyjnych>.