

Rola zespołu wieloprofesjonalnego w optymalizacji opieki długoterminowej – analiza przypadku klinicznego i implikacje systemowe

The role of the multiprofessional team in optimizing long-term care. A clinical case study and system implications

Alicja Kozłowska¹, Danuta Orzolek¹, Emilia Prus-Kupiec¹, Monika Śliwa¹,
Joanna Plichta¹, Marika Sonta¹, Ewa Roszkowska¹, Barbara Misińska¹,
Katarzyna Wieczorowska-Tobis², Agnieszka Neumann-Podczaska^{1,2}

¹ Stołeczne Centrum Opiekuńczo-Lecznicze w Warszawie

² Pracownia Geriatrii, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Celem pracy jest przedstawienie przypadku klinicznego pacjentki leczonej w Stołecznym Centrum Opiekuńczo-Leczniczym (SCOL) w Warszawie objętej interwencją zespołu wieloprofesjonalnego. Pokazano, jak z wykorzystaniem narzędzi całościowej oceny geriatrycznej (COG) (skale Barthel, test wg Blessed, skala Raskina, skrócona wersja testu Tinetti, skala Lawton, optymalizacja farmakoterapii) definiować plan postępowania i monitorować go podczas wdrażania. Takie działanie pozwoliło na efektywną poprawę sprawności funkcjonalnej pacjentki obejmującą poprawę stanu odżywienia, stabilizację funkcji poznawczych i psychicznych oraz zmniejszenie ryzyka upadków, a przez to zwiększenie samodzielności. Prezentowany przypadek ujawnia paradoks systemowy polegający na utracie kwalifikacji do objęcia opieką długoterminową mimo utrzymującej się niewystarczającej sprawności do samodzielnego funkcjonowania. (Gerontol Pol 2026; 34; 149-155) doi: 10.53139/GP.20263418

Słowa kluczowe: całościowa ocena geriatryczna, zespół wieloprofesjonalny, opieka długoterminowa

Abstract

The aim of this study was to present the clinical case of a patient treated at the Capital Center of Care and Treatment (Stołeczne Centrum Opiekuńczo-Lecznicze, SCOL) in Warsaw who underwent the multiprofessional team intervention. The study demonstrates how Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) tools (Barthel Index, Blessed test, Raskin test, Tinetti test - short version, Lawton scale, treatment optimization) can be used to define and monitor an individualized care plan during its implementation. This approach resulted in a significant improvement in the patient's functional status, including improved nutritional status, stabilization of cognitive and psychological functions, and a reduction in the risk of falls, leading to increased independence. The presented case also reveals a systemic paradox in which a patient may lose eligibility for long-term care despite persisting insufficient functional capacity for independent living. (Gerontol Pol 2026; 34; 149-155) doi: 10.53139/GP.20263418

Keywords: comprehensive geriatric assessment; multiprofessional team; long-term care

Wstęp

Wraz ze starzeniem się populacji rośnie liczba osób starszych wymagających długoterminowej, kompleksowej opieki medycznej. Pacjenci starsi charakteryzują się

wielochorobowością, współistnieniem problemów funkcjonalnych, poznawczych i społecznych oraz zwiększonym ryzykiem niekorzystnych zdarzeń zdrowotnych, co wymaga indywidualizacji procesu terapeutycznego. Za jedno z najskuteczniejszych narzędzi planowania i moni-

torowania opieki nad osobami starszymi uznawana jest całościowa ocena geriatryczna (COG) realizowana przez wieloprofesjonalny zespół terapeutyczny. Celem pracy jest przedstawienie przypadku pacjentki leczonej w Stołecznym Centrum Opiekuńczo-Lecznym (SCOL) w Warszawie - największym w Polsce podmiocie leczniczym realizującym całodobowo świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, pielęgnacyjno-opiekuńczej oraz rehabilitacyjnej; należącym do m.st. Warszawy oraz pokazanie wpływu opieki bazującej na COG i współpracy zespołu wieloprofesjonalnego na przebieg leczenia, funkcjonowanie chorej oraz identyfikację wyzwań systemowych związanych z opieką długoterminową. Model i metodyka współpracy wieloprofesjonalnej w optymalizacji leczenia pacjentów objętych stacjonarną opieką długoterminową wdrożona w SCOL opisana została w *Gerontologii Polskiej* w 2025 roku [1].

Opis przypadku

Pacjentka, lat 69, przyjęta do SCOL w listopadzie 2024 roku po długotrwałej hospitalizacji (od 29 września do 20 listopada 2024 roku). Przyczyną hospitalizacji była zdekompensowana alkoholowa marskość wątroby przebiegająca z masywnym wodobrzuszem, encefalopatią wątrobową oraz krwawieniem z żyłaków przełyku. W wywiadzie stwierdzono również zespół zależności alkoholowej, cukrzycę typu 2 oraz nawracające zakażenia układu moczowego. Przy zakończeniu hospitalizacji pacjentka prezentowała znaczne zaburzenia funkcji poznawczych uniemożliwiające jej podejmowanie świadomych decyzji dotyczących dalszego leczenia i opieki. Z uwagi na konieczność kontynuacji leczenia i pielęgnacji oraz brak możliwości zapewnienia odpowiedniej opieki w środowisku domowym przy dużym stopniu zależności od opieki osób z otoczenia i braku możliwości wyrażenia świadomej zgody na przyjęcie do placówki opiekuńczo-leczniczej, pacjentka została przyjęta do SCOL na mocy postanowienia sądu opiekuńczego (warunkiem przyjęcia do zakładu opiekuńczo-leczniczego jest wynik w skali Barthel nie przekraczający 40 punktów). W momencie wypisu ze szpitala pacjentce zlecono: furosemid 40 mg/dobę, jony potasu w dawce 782 mg /dobowo, spironolakton 200 mg/dobę. W czasie hospitalizacji nie podjęto leczenia farmakologicznego cukrzycy typu 2.

Stan pacjentki przy przyjęciu do SCOL

Przy przyjęciu do placówki stan ogólny oceniono jako średnio ciężki. Ciśnienie tętnicze: 119/86 mmHg, czyn-

ność serca: 96 /min, poziom glukozy w surowicy 194 mg% (glikemia przygodna).

Pacjentka była leżącą, wymagającą pomocy w prawie wszystkich podstawowych czynnościach dnia codziennego (tabela I). W badaniu przedmiotowym stwierdzono powiększenie obwodu brzucha związane z wodobrzuszem, hepatomegalię oraz zmiany troficzne podudzi z owrzodzeniami. Mowa pacjentki była bełkotliwa (dys-artria), występowały problemy z pamięcią i koncentracją. Występowały zaburzenia orientacji, rytmu snu i czuwania: bezsenność w nocy, z okresowym pobudzeniem (próbowała wychodzić przez uniesione barierki łóżka) oraz wzmożona senność w dzień.

Leczenie i opieka w SCOL

Pierwszy raz COG przeprowadzono przy przyjęciu do SCOL. Uzyskane wyniki stały się podstawą do opracowania indywidualnego planu terapeutycznego realizowanego przez wieloprofesjonalny zespół terapeutyczny. W chwili przyjęcia pacjentka była osobą leżącą, wymagającą całkowitej pomocy w większości czynności dnia codziennego, z nietrzymaniem moczu oraz znacznym ograniczeniem mobilności. W skali Barthel uzyskała 10 punktów, co odpowiada znacznemu stopniowi zależności od opieki osób z otoczenia. Skala Barthel jest narzędziem służącym do oceny stopnia samodzielności pacjenta w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego [2]. Ocenia ona takie aktywności jak wstanie z łóżka, ubieranie się, spożywanie posiłków, przemieszczanie się (po powierzchniach płaskich i po schodach), utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kontrolę zwieraczy, oraz kąpiel/mycie całego ciała. Wynik mieści się w zakresie od 0 do 100 punktów, przy czym wyższa liczba punktów oznacza większą samodzielność funkcjonalną. Skala Barthel jest powszechnie wykorzystywana w geriatric, rehabilitacji oraz opiece długoterminowej do monitorowania stanu funkcjonalnego pacjentów i planowania procesu terapeutycznego). Do objęcia opieką długoterminową kwalifikują się pacjenci, których wynik jest nie wyższy niż 40 punktów.

Przy przyjęciu u pacjentki stwierdzono częściowe zaburzenia orientacji auto i allopsychicznej, deficyty pamięci świeżej, trudności w koncentracji uwagi oraz ograniczony krytycyzm wobec własnego stanu zdrowia. Kontakt słowny był utrudniony nie tylko z powodu dys-artrii, ale również zaburzeń funkcji poznawczych związanych z przebytą encefalopatią wątrobową. W teście oceny stanu funkcji poznawczych wg Blessed'a (ang. *Short Blessed Test*) uzyskała 15 punktów, co odpowiadało umiarkowanym zaburzeniom funkcji poznawczych (jest to narzędzie przesiewowe służące do oceny nasile-

nia zaburzeń poznawczych, wyższy wynik wskazuje na większe nasilenie deficytów poznawczych i większy stopień zależności od otoczenia [3].

W początkowym okresie pobytu pacjentka prezentowała obniżony nastrój związany z ciężkim stanem zdrowia, utratą samodzielności oraz zmianą środowiska życia. W skali Raskina uzyskała wynik 6 punktów (skala Raskina to narzędzie, służące do oceny ciężkości depresji na podstawie obserwacji klinicznej; wynik 6 wskazuje na łagodne do umiarkowanego nasilenie objawów) [4]. Wdrożono regularne oddziaływania psychologiczne ukierunkowane na poprawę adaptacji do pobytu w placówce, wzmacnianie motywacji do rehabilitacji oraz stymulację funkcji poznawczych.

Przy przyjęciu pacjentka była osobą leżącą, wymagającą pełnej pomocy przy przemieszczaniu się – ocena ryzyka upadków przy użyciu skali Tinetti była zatem niemożliwa do wykonania.

Program rehabilitacji realizowano etapowo. Początkowo koncentrowano się na pionizacji, poprawie siły mięśniowej oraz zapobieganiu skutkom długotrwałego unieruchomienia. W kolejnych miesiącach wdrożono trening funkcjonalny obejmujący naukę chodu, ćwiczenia równowagi, propriocepcji oraz ćwiczenia wzmacniające mięśnie posturalne.

Ocenę ryzyka upadków wykonano przy użyciu skróconego testu Tinetti [5,6], obejmującego ocenę zmiany pozycji z siedzącej na stojącą, utrzymania pozycji stojącej przez 5 s, przejścia 3 metrów, obrotu o 180° oraz ponownego przyjęcia pozycji siedzącej, przy czym za każdą z w/w czynności wykonaną bez pomocy przyznawane są 2 punkty.

Na podstawie wyników COG opracowano indywidualny plan terapeutyczny realizowany przez wieloprofesjonalny zespół obejmujący lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę, psychologa, logopedę, terapeutę zajęciowego oraz opiekuna medycznego. Prowadzono systematyczną optymalizację farmakoterapii. Początkowo zwiększono dawkę furosemidu z 40 mg do 80 mg/dobę w związku z narastaniem wodobrzusza i przyrostem masy ciała, włączono także leczenie pantoprazolem w dawce 20 mg/dobę z powodu dolegliwości dyspeptycznych oraz czasowo zastosowano hydroksyzynę w dawce 25 mg/dobę z powodu niepokoju i pobudzenia, a następnie odstawiono ją i zastąpiono trazodonem w dawce 75 mg/dobę w postaci o przedłużonym uwalnianiu.

W dalszym przebiegu pobytu dokonano kolejnych modyfikacji farmakoterapii wynikających ze zmieniającego się stanu klinicznego pacjentki. Po uzyskaniu stabilizacji gospodarki wodno-elektrolitowej zmniejszono dawkę spironolaktonu do 150 mg/dobę. Rozpoczęto również leczenie farmakologiczne cukrzycy typu 2

poprzez zastosowanie metforminy w dawce 1500 mg/dobę i gliklazydu w dawce 30 mg dobowo w postaci o przedłużonym uwalnianiu. Włączono także allopuryinol w dawce 100 mg/dobę z powodu współistniejących zaburzeń metabolicznych.

W trakcie pobytu pacjentka była dwukrotnie leczona z powodu zakażenia układu moczowego. W badaniach mikrobiologicznych wyhodowano *Klebsiella pneumoniae*, a leczenie przeciwbakteryjne prowadzono zgodnie z wynikami antybiogramu. Ponadto przeżyła epizod zapalenia oskrzeli wymagający leczenia zachowawczego.

Regularna ocena skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pozwoliła na indywidualizację farmakoterapii, ograniczenie stosowania leków niepotrzebnych oraz dostosowanie terapii do aktualnego stanu klinicznego pacjentki. Opisana wyżej optymalizacja farmakoterapii stanowiła jeden z kluczowych elementów kompleksowego postępowania terapeutycznego i przyczyniła się do poprawy stanu ogólnego, stabilizacji chorób przewlekłych oraz zwiększenia sprawności funkcjonalnej pacjentki.

Program rehabilitacji był realizowany etapowo. Początkowo koncentrowano się na pionizacji oraz zwiększaniu siły mięśniowej. W kolejnych miesiącach wdrożono trening chodu, ćwiczenia równowagi, propriocepcji oraz ćwiczenia funkcjonalne. Stopniowo uzyskano poprawę siły mięśniowej i zdolności lokomocyjnych, co umożliwiło samodzielne przemieszczanie się przy użyciu balkonika oraz aktywnego uczestnictwa w terapii ruchowej. Pomimo istotnej poprawy funkcjonalnej obserwowano objawy neurologiczne pod postacią chodu na szerokiej podstawie, niezborności ruchowej oraz drżenia zamiarowego, najprawdopodobniej stanowiące trwałe następstwo wieloletniego nadużywania alkoholu oraz przebytej encefalopatii wątrobowej.

Pacjentka uczestniczyła również w terapii logopedycznej, psychologicznej oraz terapii zajęciowej ukierunkowanej na poprawę funkcjonowania poznawczego, społecznego i emocjonalnego.

W wyniku kompleksowego postępowania terapeutycznego obejmującego leczenie choroby podstawowej, optymalizację farmakoterapii, rehabilitację, terapię logopedyczną, psychologiczną oraz aktywizację społeczną uzyskano znaczną poprawę funkcjonowania poznawczego. W kolejnej ocenie wynik testu wg Blessed'a wyniósł 0 punktów. Pacjentka pozostawała prawidłowo zorientowana auto- i allopsychicznie, utrzymywała logiczny kontakt słowny, wykazywała zachowaną zdolność przyswajania nowych informacji oraz poprawę pamięci operacyjnej i koncentracji uwagi. W badaniu psychologicznym nie obserwowano dezorganizacji myślenia ani objawów psychotycznych.

Spektakularne efekty obejmowały także poprawę sprawności funkcjonalnej - wynik skali Barthel zwiększył się z 10 pkt przy przyjęciu, przez 25 punktów w ocenie pośredniej, do 40 pkt natomiast wynik skali Lawton - skala złożonych czynności życia codziennego [IADL] z 11 do 13 punktów, co wskazuje na częściową poprawę zdolności wykonywania złożonych czynności życia codziennego [7,8]. Pomimo utrzymującej się zależności od wsparcia osób trzecich w niektórych obszarach funkcjonowania, pacjentka wykazywała większą samodzielność w codziennym funkcjonowaniu niż w momencie przyjęcia do placówki. Zmiany w poszczególnych czynnościach ocenianych w skali Barthel w trakcie pobytu pacjentki przedstawiono w tabeli I.

W kolejnych miesiącach obserwowano także stopniową poprawę funkcjonowania psychospołecznego. W skali Raskina wynik zmniejszył się z 6 do 3 punktów. Nastrój oceniano jako stabilny i adekwatny do sytuacji życiowej. Pacjentka aktywnie uczestniczyła w proponowanych formach terapii, utrzymywała prawidłowe relacje z personelem i współmieszkańcami oraz deklarowała satysfakcję z codziennego funkcjonowania.

Odnotowano również znaczną poprawę mobilności i zmniejszenie ryzyka upadków (wynik w skali Tinetti

10 pkt, przy przyjęciu test niemożliwy do przeprowadzenia).

Pacjentka z osoby leżącej z nietrzymaniem moczu wymagającym używania pieluchomajtek, z zaburzeniami orientacji i utrudnionym kontaktem słowno-logicznym stała się osobą aktywnie uczestniczącą w rehabilitacji, terapii zajęciowej i życiu społecznym oddziału. Nadal utrzymywały się obserwowane wcześniej objawy neurologiczne pod postacią dyzartrii, drżenia zamiarowego oraz chodu na szerokiej podstawie, które najprawdopodobniej stanowią trwałe następstwo wieloletniego nadużywania alkoholu i przebytej encefalopatii wątrobowej. W tabeli II zebrano wyniki COG przeprowadzonej przed i po interwencji zespołu wieloprofesjonalnego.

Uzyskane przez chorą wyniki COG wskazują na poprawę funkcjonowania pacjentki we wszystkich analizowanych obszarach. Największą poprawę odnotowano w zakresie funkcji poznawczych, mobilności oraz sprawności funkcjonalnej. Uzyskane efekty były wynikiem skoordynowanych działań wieloprofesjonalnego zespołu terapeutycznego obejmujących leczenie choroby podstawowej, optymalizację farmakoterapii, rehabilitację, terapię logopedyczną, psychologiczną, zajęciową oraz kompleksową opiekę pielęgniarstwa i opiekuńczą.

Tabela I. Zmiany w poszczególnych czynnościach ocenianych w skali Barthel w trakcie pobytu pacjentki

Table I. Changes in individual activities assessed using the Barthel Index during the patient's stay

Czynność	Stan przy przyjęciu	Ocena pośrednia	Stan przy wypisie
Spożywanie posiłków	5	5	5
Przemieszczanie z łóżka na krzesło	5	10	10
Utrzymanie higieny osobistej	0	0	5
Korzystanie z toalety	0	0	5
Mycie całego ciała	0	0	0
Poruszanie się po powierzchniach płaskich	0	5	5
Wchodzenie i schodzenie po schodach	0	0	0
Ubieranie się	0	5	5
Kontrolowanie stolca	0	0	5
Kontrolowanie moczu	0	0	0
Łączny wynik	10 pkt	25 pkt	40 pkt

Tabela II. Wyniki COG przed i po interwencji zespołu wieloprofesjonalnego

Table II. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) results before and after the interprofessional team intervention

Obszar oceny	Narzędzie	Przy przyjęciu	Po interwencji
Sprawność funkcjonalna	Skala Barthel	25 pkt	40 pkt
Złożone czynności dnia codziennego	Skala Lawtona IADL	11 pkt	13 pkt
Mobilność i ryzyko upadków	Skrócony test rehensive	Niemożliwy do wykonania	10 pkt
Funkcje poznawcze	Test wg Blessedda	15 pkt	0 pkt
Objawy depresji	Skala Raskina	6 pkt	3 pkt

Dyskusja

Przedstawiony przypadek ilustruje korzyści wynikające z zastosowania modelu opieki opartego na całościowej ocenie geriatrycznej oraz ścisłej współpracy wieloprofesjonalnego zespołu terapeutycznego. Efektywność zespołów wieloprofesjonalnych w geriatрии, obejmujących lekarza, pielęgniarkę, farmaceutę, fizjoterapeutę, dietetyka, psychologa oraz innych specjalistów, którzy wspólnie planują i realizują indywidualny proces terapeutyczny jest dobrze udokumentowana w literaturze. Liczne badania wykazały, że takie podejście poprawia stan funkcjonalny pacjentów, zmniejsza ryzyko hospitalizacji i powikłań oraz wpływa na lepszą jakość życia osób starszych. Całościowa ocena geriatryczna prowadzona przez zespół wieloprofesjonalny jest obecnie uznawana za złoty standard opieki nad pacjentem geriatrycznym [9,10].

Pacjentka została przyjęta do zakładu opiekuńczo-leczniczego w stanie znacznej niesamodzielności, z wieloma współistniejącymi problemami zdrowotnymi obejmującymi zaawansowaną chorobę wątroby, zaburzenia funkcji poznawczych, ograniczenia funkcjonalne oraz zaburzenia mobilności. W trakcie kilkunastomiesięcznej obserwacji uzyskano poprawę w większości ocenianych obszarów funkcjonowania. Należy podkreślić, że uzyskany efekt nie był wynikiem pojedynczej interwencji, lecz konsekwencją wielokierunkowego działania obejmującego stabilizację stanu somatycznego, abstynencję alkoholową, poprawę stanu odżywienia, terapię psychologiczną oraz codzienną stymulację poznawczą realizowaną przez członków zespołu terapeutycznego. Potwierdza to skuteczność działania zespołów wieloprofesjonalnych w geriatрии i jest zgodne ze *Standardami postępowania w opiece geriatrycznej* opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, zgodnie z którymi opieka nad osobą starszą powinna być realizowana przez interdyscyplinarny zespół geriatryczny, którego działania opierają się na wynikach całościowej oceny geriatrycznej i wspólnym planowaniu procesu terapeutycznego [11].

Istotnym elementem procesu terapeutycznego była również optymalizacja farmakoterapii. Pacjentka wymagała wielokrotnych modyfikacji leczenia związanych zarówno z przebiegiem marskości wątroby i wodobrzusza, jak i chorobami współistniejącymi. Systematyczna ocena skuteczności i bezpieczeństwa stosowanych leków umożliwiła dostosowanie terapii do aktualnego stanu klinicznego, ograniczenie ryzyka działań niepożądanych oraz poprawę kontroli chorób przewlekłych. Przypadek ten potwierdza, że optymalizacja farmakoterapii, prowadzona w ramach współpracy zespołu wieloprofesjonal-

nego z uwzględnieniem zasad racjonalnej farmakoterapii oraz indywidualnych potrzeb pacjenta, przyczynia się do ograniczenia wielolekowości i stosowania leków potencjalnie niewłaściwych, zmniejsza ryzyko działań niepożądanych oraz poprawia wyniki leczenia i sprawność funkcjonalną osób starszych [12-14].

Przedstawiony przypadek podkreśla znaczenie synergii działań wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Poprawa stanu chorej była efektem współpracy lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, logopedy, terapeuty zajęciowego oraz opiekuna medycznego. Każdy z członków zespołu oddziaływał na inny aspekt funkcjonowania pacjentki, a ich skoordynowane działania umożliwiły osiągnięcie efektów niemożliwych do uzyskania przy zastosowaniu wyłącznie pojedynczych interwencji.

Paradoks systemowy – poprawa jako kryterium wykluczenia

Przedstawiony przypadek także ujawnia istotną lukę systemową. Pacjenci, którzy dzięki kompleksowej opiece odzyskują część samodzielności, przestają spełniać kryteria pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, mimo że nadal pozostają osobami wysokiego ryzyka klinicznego i społecznego. W konsekwencji istnieje ryzyko nawrotu spożywania alkoholu, dekompensacji choroby podstawowej, ponownych hospitalizacji oraz konieczności kolejnego przyjęcia do placówki opieki długoterminowej. Powstaje w ten sposób ryzyko swoistego błędnego koła, w którym pacjent przechodzi między szpitalem, opieką długoterminową i środowiskiem zamieszkania a następnie wraca do leczenia szpitalnego, gdyż system nie zapewnia ciągłości wsparcia adekwatnego do rzeczywistych potrzeb.

Szczególnego podkreślenia wymaga sytuacja pacjentki po zakończeniu leczenia instytucjonalnego. Pomimo istotnej poprawy stanu funkcjonalnego, poznawczego i ogólnego nadal pozostaje ona osobą obciążoną wieloletnim zespołem zależności alkoholowej, przebytą encefalopatią wątrobową oraz zaawansowaną marskością wątroby. Oznacza to utrzymywanie się wysokiego ryzyka nawrotu zachowań związanych z uzależnieniem oraz ponownej dekompensacji stanu zdrowia. W przypadku wypisu do środowiska domowego pacjentka mogłaby powrócić do warunków, które wcześniej sprzyjały nadużywaniu alkoholu, zaniedbaniom zdrowotnym i nieregularnemu leczeniu. Alternatywą mogłoby być skierowanie do domu pomocy społecznej (DPS). Należy jednak pamiętać, że DPS pełni przede wszystkim funkcję opiekuńczo-społeczną, a jego mieszkańcy zachowują szeroki zakres autonomii i praw związanych

z pełnieniem przez placówkę roli miejsca zamieszkania. W praktyce oznacza to, że możliwości oddziaływania terapeutycznego i monitorowania abstynencji są znacznie bardziej ograniczone niż w podmiocie leczniczym. Paradoksalnie więc pacjentka może utracić część korzyści osiągniętych podczas wielomiesięcznej terapii prowadzonej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Opisany przypadek wskazuje na potrzebę rozwoju modeli pośrednich określanych w literaturze jako *step-down care*. Model ten stanowi skuteczne, dobrze udokumentowane rozwiązanie w opiece długoterminowej, zapewniając płynne przejście pacjenta z leczenia szpitalnego do opieki pośredniej i rehabilitacyjnej [15]. Pozwala on ograniczyć liczbę ponownych hospitalizacji, poprawić wyniki funkcjonalne oraz lepiej dostosować poziom opieki do aktualnych potrzeb chorego. Termin ten odnosi się do zorganizowanej opieki przejściowej przeznaczonej dla pacjentów, którzy nie wymagają już intensywnego leczenia szpitalnego ani całodobowej opieki medycznej, jednak nadal potrzebują nadzorowanej rehabilitacji, monitorowania stanu zdrowia, wsparcia terapeutycznego i koordynacji opieki. Wprowadzenie ta-

kich rozwiązań mogłoby umożliwić utrzymanie efektów osiągniętych w trakcie leczenia, ograniczyć liczbę rehospitalizacji oraz zmniejszyć ryzyko nawrotu zachowań prowadzących do pogorszenia stanu zdrowia.

Wnioski

Prezentowany model działania zespołu wieloprofesjonalnego wdrożony w Stołecznym Centrum Opiekuńczo-Lecznym stanowi przykład skutecznej optymalizacji opieki nad pacjentem geriatrycznym. Jego zastosowanie prowadzi do poprawy wyników klinicznych oraz jakości życia pacjentów. Jednocześnie opisywany przypadek ujawnia niedoskonałości systemowe, w szczególności brak ciągłości opieki po poprawie stanu pacjenta. Dalejszy rozwój opieki długoterminowej w Polsce powinien koncentrować się na tworzeniu zintegrowanych modeli opartych na jakości, koordynacji i rzeczywistych potrzebach pacjentów.

Konflikt interesów / Conflict of interest
Brak / None

Piśmiennictwo/References

1. Neumann-Podczaska A, Misińska B, Borkowski W, Wieczorowska-Tobis K. Model współpracy interdyscyplinarnej w optymalizacji leczenia pacjentów objętych stacjonarną opieką długoterminową w Stołecznym Centrum Opiekuńczo-Lecznym w Warszawie. *Gerontol Pol* 2025;33;276-82.
2. Barthel DW, Mahoney FI. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
3. Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. The Association Between Quantitative Measures of Dementia and of Senile Change in the Cerebral Grey Matter of Elderly Subjects. *British Journal of Psychiatry*. 1968;114(512):797-811.
4. Raskin A, Schulterbrandt J, Reatig N, McKeon JJ. Differential response to chlorpromazine, imipramine, and placebo: A study of subgroups of hospitalized depressed patients. *Archives of General Psychiatry*. 1970;23(2):164-73.
5. Marottoli RA, Richardson ED, Stowe MH, Miller EG, Brass LM, Cooney LM Jr, Tinetti ME. Development of a test battery to identify older drivers at risk for self-reported adverse driving events. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1998;46(5):562-8.
6. Tinetti ME. Performance-Oriented Assessment of Mobility Problems in Elderly Patients. *J Am Geriatr Soc*. 1986;34(2):119-26.
7. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179-86.
8. Graf C. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale. *American Journal of Nursing*. 2008;108(4):52-62. doi:10.1097/01.NAJ.0000314810.46029.74.
9. Comprehensive Geriatric Assessment for Older Adults. Ellis Gordon, Gardner M, Tsiachristas A, i wsp. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;(9):CD006211.
10. World Health Organization. Integrated Care for Older People (ICOPE): Guidelines on Community-Level Interventions to Manage Declines in Intrinsic Capacity. Geneva: WHO; 2017.

11. 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. *Gerontologia Polska*. 2013;21(2):33–47.
12. Szoszkiewicz M, Szafarkiewicz Z, Szkudelski F, et al. Lessons from the STOPPCog criteria: prevalence of potentially inappropriate medications for cognition and their association with a cognitive status - a cross-sectional study. *Front Pharmacol*. 2026;17:1814603.
13. National Institute for Health and Care Excellence. Multimorbidity: clinical assessment and management (NG56).
14. World Health Organization. Medication Safety in Polypharmacy. Geneva: WHO; 2019.
15. Mary D. Naylor, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs*. 2011;30(4):746-54.