

Klinika Geriatrii Akademii Medycznej w Białymstoku
Department of Geriatrics Medical University of Białystok

HALINA DOROSZKIEWICZ

Basic geriatric aid in Poland

Podstawowa opieka geriatryczna w Polsce

Jednym z podstawowych zadań opieki geriatrycznej jest wczesne wykrywanie czynników ryzyka wpływających na upośledzenie zdolności osób starszych do samodzielnego życia oraz taki kierunek działań profilaktycznych i leczniczych, który zapobiegałby narastaniu niesprawności i uzależnienia tych osób od opiekunów lub pomocy instytucjonalnej. Priorytetem w polityce zdrowotnej ludzi starszych jest dążenie do jak najdłuższego utrzymywania ich w pełni sprawności życiowej umożliwiającej samodzielne funkcjonowanie w środowisku zamieszkania i poprawa jakości ich życia. Zgodnie z opinią Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego [18] jednym z elementów polityki zdrowotnej państwa winno być budowanie efektywnego modelu opieki geriatrycznej na poziomie POZ. Jak wskazują badania ogólnopolskie rocznie około 80% osób w wieku 65 lat i starszych korzysta z ambulatoryjnych, a blisko 30% z domowych porad lekarskich, zaś co trzecia osoba kontaktuje się z pielęgniarką [1]. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne mając na względzie szeroko rozumiane potrzeby ludzi starszych wskazuje na konieczność: (1) stworzenia geriatrycznej opieki zdrowotnej opartej na powszechnym systemie ochrony zdrowia, realizowanym w ramach lecznictwa otwartego, (2) kompleksowego charakteru opieki geriatrycznej i zaspakajania jego potrzeb medycznych, psychospołecznych, (3) utrzymanie człowieka starszego w jego środowisku życiowym i zapewnienie mu maksymalnej samodzielności, (4) opieki zindywidualizowanej do potrzeb starszego człowieka, (5) stworzenia wielostronnego i interdyscyplinarnego systemu opieki geriatrycznej, (6) finansowania opieki nad ludźmi starszymi z wielu źródeł.

W stosunku do osób najstarszych opieka geriatryczna winna spełniać m.in. następujące funkcje: (1) profilaktycznej oceny sprawności fizycznej w zakresie czynności życia codziennego, funkcji poznawczych i emocji, (2) oceny zagrożeń środowiskowych i socjalnych, (3) rozpoznawania najważniejszych potrzeb niesprawnych osób starszych i ich opiekunów, (4) organizacji zaspakajania tych potrzeb, (5) prewencji wtórnej, (6) edukacji, (7) organizacji pomocy różnych praktyków: geriatry, pielęgniarki środowiskowej, pracownika socjalnego, lekarza psychiatry, rehabilitanta, psychologa, logopedy czy terapeuty zajęciowego i in.

Sytuacja w zakresie funkcjonowania i organizacji podstawowej opieki geriatrycznej w Polsce jest zróżnicowana. W przyjętym nowym modelu funkcjonowania POZ w Polsce, lekarz rodzinny pełni centralną rolę - jest on koordynatorem działań odpowiedzialnym za współpracę zarówno ze specjalistami (opieka otwarta i zamknięta) jak i innymi praktykami POZ, w tym pracownikami społecznymi [21]. Wprowadzony w Polsce model medycyny rodzinnej nawiązuje do doświadczeń systemów podstawowej opieki zdrowotnej funkcjonujących w Europie Zachodniej.

Reformujący się system ochrony zdrowia wraz z upowszechnieniem instytucji lekarza rodzinnego przyczynił się do zmian w zakresie funkcjonowania pielęgniarstwa w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), polegających na rozszerzeniu zakresu usług świadczonych przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne w nowych warunkach zatrudnienia poprzez kontraktowanie świadczeń pielęgniarstwa [24]. W nowym modelu POZ, pielęgniarstwo środowiskowe/rodzinne definiuje się jako dział pielęgniarstwa w podstawowej opiece zdrowotnej, który obejmuje opieką rodzinną,

poszczególnych jej członków oraz osoby samotne w środowisku ich życia i zamieszkania. Pielęgniarka środowiskowa/rodzinna to pielęgniarka pracująca w podstawowej opiece zdrowotnej, wypełniająca funkcje pielęgniarskie wobec rodziny i jej członków, społeczności lokalnej, w środowisku ich zamieszkania, w sytuacji zdrowia, choroby i niepełnosprawności. Kryterium oceny jej pracy jest uzyskanie korzystnej zmiany stanu oraz zwiększenie potencjału zdrowia poszczególnych członków rodziny [13].

W świetle nowych kompetencji [25], zadania pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej obejmują: rozpoznawanie i ocenę potrzeb zdrowotnych podopiecznych, świadczenie usług w zakresie promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i działań zapobiegawczych, samodzielną realizację świadczeń pielęgnacyjnych, współdziałanie w realizacji świadczeń diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, współpracę z samorządem lokalnym, stowarzyszeniami, opieką społeczną, zakładami opieki zdrowotnej, w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń. Zgodnie ze specyfiką miejsca świadczenia usług, pielęgniarka środowiskowa/rodzinna podejmuje działania z zakresu: promocji zdrowia, profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, świadczeń leczniczych, świadczeń diagnostycznych, świadczeń rehabilitacyjnych. Pielęgniarka środowiskowa/rodzinna realizuje kompleksową opieką nad jednostką, rodziną i społecznością lokalną. Działania pielęgniarki są adresowane szczególnie do osób: zdrowych i chorych niezależnie od płci i wieku, dzieci od 6 tygodnia życia - zdrowych i chorych, osób niepełnosprawnych, osób w stanie terminalnym. Pielęgniarka środowiskowa/rodzinna współpracuje z następującymi osobami z: lekarzem rodzinnym, pediatrą, lekarzami poradni specjalistycznych stosownie do potrzeb podopiecznych, pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania, położną, pracownikiem socjalnym, lekarzami i pielęgniarkami zgodnie z potrzebami podopiecznych, innymi profesjonalistami oraz przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia rodziny, a także z przedstawicielami samorządu terytorialnego.

Pielęgniarka środowiskowa/rodzinna realizuje następujące funkcje: wychowawczą, opiekuńczą, promowania zdrowia, profilaktyczną, diagnostyczną, terapeutyczną, rehabilitacyjną, leczniczą w stosunku do podopiecznych objętych opieką.

Ponadto jej funkcje obejmują: realizowanie holistycznej, kompleksowej i indywidualnej opieki nad pacjentem, klientem i środowiskiem, planowanie, realizowanie i ocenianie świadczeń wykonywanych na rzecz podopiecznych oraz określanie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską w obszarze działania. W nowym systemie ochrony zdrowia pielęgniarka środowiskowa/rodzinna jest nie tylko partnerem lekarza wykonującym jego zlecenia w procesie leczenia, ale także podejmuje samodzielnie profesjonalne działania, realizując w sposób całościowy i ciągły proces pielęgnowania rodziny, poszczególnych jej członków w środowisku ich życia i zamieszkania, w sytuacji zdrowia, choroby, niepełnosprawności, a także hospitalizacji domowej i opiece terminalnej [13].

Do ukształtowania się pozycji i roli pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej w nowym systemie ochrony zdrowia zasadniczo przyczyniły się: Ustawa z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej, Rozporządzenie MZiOS z dnia 2 września 1997 roku do tej Ustawy, wskazujące rodzaj świadczeń, które pielęgniarka i położna mogą wykonywać samodzielnie oraz opracowanie nowego zakresu kompetencji pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej [19, 22, 25]. Nadrzędnym celem zmian w funkcjonowaniu pielęgniarstwa w podstawowej opiece zdrowotnej, jest wzrost autonomii zawodowej, zapewnienie wyższej jakości świadczeń, zwiększenie poziomu satysfakcji z wykonywanego zawodu oraz podniesienie statusu społecznego i ekonomicznego tak bardzo istotnego dla pielęgniarek [14].

Opieka nad pacjentem geriatrycznym w POZ stanowi jedno z wielu zadań pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej w Polsce [11]. Wydaje się, że w Polsce wykorzystanie pielęgniarek środowiskowych w domowej opiece geriatrycznej jest znacznie mniejsze niż ma to miejsce w innych państwach z dobrze rozwiniętym systemem opieki geriatrycznej [7, 17]. Zdaniem gerontologów [17], to pielęgniarki środowiskowe mogłyby odgrywać coraz większą i coraz bardziej samodzielną rolę w procesie opieki nad starszym pacjentem w warunkach domowych. Pielęgniarka środowiskowa/rodzinna, mogłaby organizując systematyczny przegląd zagrożonych środowisk (samotność, niesprawność, zubożenie, otepienie), planując programy interwencyjne, synchronizując pomoc, nadzorując jej przebieg i skuteczność – stać się niezbędną i ważną postacią w systemie opieki podstawowej. Dzięki jej znajomości środowiska, operatywności i umiejętności współpracy z innymi praktykami podstawowej opieki geriatrycznej i instytucjami - mogłaby przejąć całość odpowiedzialności za realizację zadań opiekuńczo-pielęgnacyjnych, promocję zdrowia i prewencję oraz organizację złożonych potrzeb człowieka starego niesprawnego - to ona jest najbliższą pacjentowi

środowisku. W wielu krajach o rozwiniętej opiece geriatrycznej pielęgniarka środowiskowa jest centralną postacią w systemie opieki geriatrycznej [17]. To ona odgrywa rolę łącznika środowiska osoby starszej z pozostałymi praktykami, głównie z lekarzem i pracownikiem socjalnym. Świadczenie opieki nad ludźmi starszymi w Polsce mogłoby być wspierane pomocą personelu (opiekunka środowiskowa, siostra PCK lub innych instytucji, organizacji wolontarynych), których zadania koncentrować by się mogły na czynnościach typu usługowego (zakupy, dostarczenie obiadów, itp.) w ścisłej współpracy z personelem pielęgniarskim.

Rola pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej w Polsce po wprowadzeniu reformy służby zdrowia jest niedoceniana ani dostosowana do zasad jej funkcjonowania. W okresie poprzedzającym wprowadzenie reformy ochrony zdrowia, badania donosiły o niewłaściwym wykorzystaniu czasu pracy przez pielęgniarki środowiskowe, dużym obciążeniu zleceniami lekarskimi, zaś małym udzialem w rozpoznawaniu potrzeb podopiecznych i właściwej pielęgnacji [15]. Badania Zakładu Gerontologii Klinicznej i Społecznej AMB dotyczące problemów zdrowotnych i socjalnych ludzi starych wykazały, że domowe wizyty pielęgniarki środowiskowej są niezmiernie rzadką formą opieki [3, 23] co jest rażącem brakiem polskiego systemu ochrony zdrowia. Wyniki badań Bień [3] uzyskane w toku 15 – letniej obserwacji ludzi starych w Białymstoku, wykazały, iż odsetek osób wizytowanych (75 lat i więcej) w domu w ciągu roku przez lekarza wynosił odpowiednio 30%, zaś pielęgniarek 10%. W tym kontekście powstaje pytanie o właściwe wykorzystanie i umiejscowienie pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia.

Wyniki badań dotyczące stanu podstawowej opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi w województwie katowickim wskazują, iż rola pielęgniarki środowiskowej sprowadza się do wykonywania iniekcji, pomiaru RR, poziomu cukru, zmiany opatrunków, pobierania krwi do badań. Pielęgniarki skarżyły się na trudności we współpracy z instytucjami, organizacjami społecznymi i pozarządowymi oraz rodziną [8]. Negatywną ocenę wyrażały również pielęgniarki środowiskowe na temat opieki nad ludźmi starszymi w Chorzowie. Wskazywały na potrzebę doskonalenia jej zarówno na poziomie lecznictwa zamkniętego jak i otwartego. Pielęgniarki środowiskowe postulowały o utworzenie tzw. „służb pomocniczych” w postaci zespołów, które świadczyłyby usługi (za pewną odpłatnością) na rzecz ludzi starszych przebywających w domu bez opieki [16]. Badania przeprowadzone wśród praktyków podstawowej opieki zdrowotnej, wskazują na konieczność wprowadzenia szeregu zmian w opiece nad ludźmi starszymi. Zdaniem profesjonalistów istnieje konieczność wprowadzenia tzw. patronaży geriatrycznych wykonywanych przez pielęgniarki środowiskowe jak również wprowadzenia obowiązku rejestru ludzi w wieku 65 lat i więcej zarówno przez lekarzy, pielęgniarki środowiskowe i pracowników socjalnych [9]. W niektórych okręgach (w Zespołach Podstawowej Opieki Zdrowotnej) w Wielkiej Brytanii wprowadzono „rejesty osób w podeszłym wieku znajdujących się w stanie zagrożenia”. Osoby objęte regularnymi wizytami, to w szczególności ludzie powyżej 75 roku życia, mieszkający w samotności, z przewlekłymi chorobami, w żałobie lub w trudnych warunkach zamieszkiwania [10]. W Polsce postulowano i wdrażano ten model w latach 80 - tych, jednak wprowadzenie dowolności w wyborze lekarza rodzinnego uniemożliwiło kompleksową kontrolę tego procesu.

Zasadniczą rolę w sprawowaniu opieki nad ludźmi starszymi, odgrywa przygotowanie zawodowe pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych. Jak wskazują badania w Polsce przygotowanie zawodowe pielęgniarek środowiskowych do pracy z człowiekiem starszym jest niewystarczające. Pielęgniarki postulują o poszerzenie programu kształcenia przed i podyplomowego o zagadnienia z zakresu gerontologii [12]. Domagają się również stworzenia możliwości specjalizacji z pielęgniarstwa geriatrycznego. Braki edukacyjne w tym zakresie rzutują na problemy, na które pielęgniarki napotykały w pracy z człowiekiem starszym. Z uwagi na rosnące zapotrzebowanie na usługi pielęgniarskie na rzecz ludzi starszych i konieczność dostosowania systemu ochrony zdrowia do potrzeb seniorów, gerontolodzy postulują o obowiązkowe wprowadzenie zagadnień z zakresu geriatryki do programów nauczania pielęgniarek i lekarzy zarówno w kształceniu przeddyplomowym we wszystkich uczelniach medycznych oraz szkoleniu podyplomowym, oraz określenie roli pielęgniarki i lekarza w podstawowej opiece geriatrycznej [20].

Nowe zasady funkcjonowania służby zdrowia obowiązujące od 01.01.1999 roku, nie wpłynęły istotnie na poprawę sytuacji ludzi w starszym wieku w systemie opieki zdrowotnej naszego państwa [2]. W przyjętym nowym modelu funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej skład zespołu opieki środowiskowej nie uległ zmianie. Najbardziej niekorzystne znaczenie dla dezintegracji

podejścia opiekuńczego miał prawny rozdział Resortu Zdrowia od Resortu Pomocy Społecznej w 1990 roku. Opieka zdrowotna i socjalna, tak ważna w przypadku ludzi starszych, była przez wiele lat zintegrowana przynależnością do wspólnego Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Zespół opieki środowiskowej w składzie lekarz rejonowy, pielęgniarka środowiskowa, pracownik socjalny funkcjonował w Polsce w ramach lecznictwa podstawowego i pozytywnie był oceniany przez środowisko podopiecznych jak również ekspertów polityki zdrowotnej [2]. Obecnie opieka geriatryczna rozumiana jako współpraca lekarza, pielęgniarki środowiskowej, pracownika socjalnego formalnie nie istnieje, a jej skromne przejawy cechuje wewnętrzna dezintegracja. Samodzielność pielęgniarek środowiskowych polega na ich osamotnieniu w działaniu, gdyż nie mają one wpływu na pracę innych członków zespołu działającego na rzecz osób starszych. Sytuacja ta nie wpływa pozytywnie na jakość świadczeń wobec starszych podopiecznych.

Badania wskazują [6], iż rola pielęgniarki środowiskowej po wprowadzeniu reformy ochrony zdrowia w opiece nad ludźmi starszymi nie uległa zmianie. W zdecydowanej większości jej zadania koncentrują się na wykonywaniu świadczeń o charakterze leczniczo-diagnostycznym, zaś najrzadziej na rozpoznawaniu i ocenie potrzeb, co wskazuje na niewłaściwą strukturę świadczeń oraz niski udział pielęgniarek w zadaniach samodzielnych. Opieka pielęgniarska przybiera charakter zleceniowo-zabiegowy, co jest niepokojącym zjawiskiem zwłaszcza wobec przemian demograficznych i społecznych

Badania lokalne wykazały, iż aktualny system środowiskowej opieki pielęgniarskiej nie jest w pełni wydolny, bowiem zatrudnienie i organizacja środowiskowej opieki nie uwzględnia parametrów demograficznych, co z góry zakłada nierówny dostęp do świadczeń pielęgnacyjnych osób starszych i potencjalnie powoduje przeciążenie pielęgniarek obowiązkami opiekuńczymi w starych demograficznie dzielnicach miasta [5, 6].

Zapewne sytuacja w tym zakresie jest bardzo zróżnicowana, niepoznana i wymaga prowadzenia pogłębionych badań.

Niezdefiniowana rola i pozycja pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej w zespole praktyków podstawowej opieki geriatrycznej, uzasadnia konieczność podejmowania badań nad określeniem miejsca pielęgniarki w systemie ochrony zdrowia. Niewielki zasięg i stereotypowy charakter środowiskowej opieki nad ludźmi starszymi w dobie dokonujących się przemian i możliwości organizacyjno – prawnych wymaga bliższego poznania uwarunkowań aktualnej sytuacji. Mając na uwadze fakt, iż najbliższe dwudziestolecie ma być w Polsce okresem najintensywniejszego wzrostu populacji ludzi starszych, pozycja pielęgniarki środowiskowej winna stać się szansą wykorzystania jej, jako brakującego ogniwa w systemie opieki nad ludźmi starszymi. Podniesienie statusu i kompetencji pielęgniarki środowiskowej w geriatrycznej opiece zdrowotnej mogłoby poprawić wydolność systemu opiekuńczego nad ludźmi starszymi, przeciwdziałać niepotrzebnej, kosztownej lub przedwczesnej instytucjonalizacji i hospitalizacji osób starszych, jak również wzmocnić pozycję, motywację i satysfakcję zawodową pielęgniarek.

PIŚMIENNICTWO

1. Bień B.: Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie (w): Polska starość. Red. B. Synak. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, 78-100.
2. Bień B. i wsp.: Opieka zdrowotna i społeczna nad ludźmi starszymi w Polsce w okresie reform systemowych. Gerontologia Polska 1999, 7 (3-4):29-44.
3. Bień B.: Wpływ pozaontogenetycznych uwarunkowań starzenia na zdrowotną i psychosocjalną sytuację ludzi starych: 15- letnie przekrojowo - sekwencyjne badania kohortowe ludzi starych w Białymstoku. Praca hab. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej, Białystok 1996.
4. Doroszkiewicz H., Bień B. Uwarunkowania satysfakcji zawodowej pielęgniarek środowiskowych z opieki nad ludźmi starymi. Gerontologia Polska 2004, 12(1):37-43.
5. Doroszkiewicz H., Bień B.: Środowiskowa opieka pielęgniarska nad osobami w późnej starości. Gerontologia Polska 2003, 11 (1):22-26.
6. Doroszkiewicz H.: Spektrum świadczeń pielęgniarki środowiskowej realizowanych wśród starszych podopiecznych w środowisku miejskim. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2003,(3):93-97.
7. Doroszkiewicz H., Bień B.: Pielęgniarka środowiskowa szansą naprawy systemu podstawowej opieki geriatrycznej. Medycyna Rodzinna 2001, (3-4):155-158.

8. Fojt E., Franek G.: Stan podstawowej opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi w województwie katowickim. Zeszyty Problemowe PTG 1996, (4):15-19.
9. Franek G., Fojt E.: Priorytety opieki geriatrycznej w opinii profesjonalistów. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2000, supl. 30:71-76.
10. Garrett G.: Potrzeby zdrowotne ludzi starszych. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1990.
11. Instrukcja nr 4/85 z dn. 28.X. 1985 r. w sprawie pielęgniarstwa środowiskowego. 1. (Dz. Urz. MZiOS Nr 12 poz. 48).
12. Kachaniuk H.: Opieka geriatryczna-zadania i przygotowanie zawodowe w opinii pielęgniarek środowiskowych. Zeszyty Problemowe PTG 1997, (4):50-52.
13. Kawczyńska - Butrym Z.: Rodzina – zdrowie - choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001.
14. Kopczyńska-Sikorska J. i wsp.: Miejsce i rola pielęgniarki środowiskowej w Polsce w aspekcie jej nowych zadań w zespole lekarza rodzinnego. *Zdrowie Publiczne* 1993, 2:87-89.
15. Kowalska A.: Wykorzystanie czasu pracy przez pielęgniarki środowiskowe w Łodzi i woj. łódzkim. Teoria i praktyka organizacji ochrony zdrowia. *Podstawowa Opieka Zdrowotna w Polsce*. IMP, Łódź 1990, 131-138.
16. Naworska B. i wsp.: Opieka nad ludźmi starszymi w opinii pielęgniarek. *Pielęgniarka i Położna* 1997, 39 (4):18-20.
17. Pędich W.: Opieka geriatryczna w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (w): *Lekarz ogólny. Zadania i organizacja pracy*. Red. M. Latański, R.N. Braun, K. Kuszewski. Polskie Towarzystwo Medycyny Ogólnej i Środowiskowej, Lublin 1992, 211-218.
18. Pędich W.: Postulaty Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego dotyczące opieki nad ludźmi starszymi w reformowanym systemie ochrony zdrowia w Polsce (w): *Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce: aspekt medyczny i społeczno – demograficzny*. Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. J. Nofera, Łódź 2000, 19-30.
19. Rozporządzenie z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (DZ.U. 1997, Nr 116, poz. 750).
20. Stanowisko Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii dotyczące roli geriatrii w systemie ochrony zdrowia w Polsce. *Służba Zdrowia* 2000 nr 61-64 (2954-2957).
21. Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o instytucję lekarza rodzinnego. Materiał przygotowany na zlecenie MZiOS, Warszawa luty 1998.
22. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (DZ.U. 1996, Nr 91, poz. 410, z późniejszymi zmianami).
23. Wojszel Z.B. i wsp.: Sytuacja zdrowotna ludzi starszych dzielnicy Białystok - Antoniuk i zapotrzebowanie na świadczenia medyczne. *Zdrowie Publiczne* 1997, CVII, 1-2:32-35.
24. Wójcik G., Pietrzak A.: Kontraktowanie świadczeń pielęgniarstwa w warunkach transformacji systemu ochrony zdrowia. *Zdrowie i Zarządzanie* 1999, 1(1):33-37.
25. Zakres kompetencji pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej (w): *Pielęgniarstwo* 2000, 1995, 6 (23). Wkładka specjalna nr 2.

STRESZCZENIE

Pogarszanie się zdrowia i sprawności wraz ze starzeniem prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na usługi medyczne i pielęgnacyjne – opiekuńcze. Konsekwencją jest „geriatryzacja opieki zdrowotnej”, która oznacza niewspółmiernie wysoki odsetek ludzi starszych wśród świadczeniobiorców systemu ochrony zdrowia w porównaniu do ich udziału w populacji. Z tego względu należy budować sprawny system środowiskowej opieki nad ludźmi starszymi, w którym obok lekarza rodzinnego, pracownika socjalnego, psychologa czy rehabilitanta jedną z głównych ról mogłaby odegrać pielęgniarka środowiskowa – potencjalnie najlepszy ekspert w zakresie środowiskowych problemów ludzi starych.

Praca ma charakter poglądowy, prezentuje funkcjonowanie podstawowej opieki geriatrycznej w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem niedocenianej roli pielęgniarek w środowiskowej opiece geriatrycznej.

SUMMARY

The deterioration of health and fitness with age leads to an increase in the demand for medical and nursing-care services. A consequence of this is the „geriatrization of medical care” – a disparity between the number of elderly using the health care system and the percentage of elderly in the population. Because of

this there is a need to build an efficient system of community care for elderly, where apart from the GP, social worker, psychologist or rehabilitant one of the main roles could be played by the community nurse – potentially the best expert in the subject of community problems of the elderly.

The work is a survey presenting the functioning of basic geriatric health in Poland concentrating in particular on the role of nurses in community geriatric care.