

Rozdział I. Pacjent geriatryczny w opiece długoterminowej

1.1. Charakterystyka pacjenta geriatrycznego

Starzenie się społeczeństwa jest jednym z najważniejszych wyzwań współczesnej ochrony zdrowia. Wydłużenie życia jest osiągnięciem medycyny, lepszych warunków życia, profilaktyki i skuteczniejszego leczenia chorób przewlekłych. Nie oznacza to jednak, że dodatkowe lata życia są zawsze latami przeżywanymi w pełnym zdrowiu.

W praktyce pielęgniarstwie coraz częściej spotyka się pacjentów w podeszłym wieku, którzy wymagają stałej obserwacji, pomocy w codziennym funkcjonowaniu i profilaktyki powikłań. Przykładem może być pacjentka 82-letnia po złamaniu szyjki kości udowej. Nie wymaga ona wyłącznie kontroli leczenia ortopedycznego. Potrzebuje także oceny skóry, odżywienia, bólu, ryzyka upadku i wsparcia przy czynnościach dnia codziennego. Pacjent geriatryczny to osoba starsza, zwykle po 65. roku życia, u której występują problemy zdrowotne, społeczne i funkcjonalne charakterystyczne dla późnego okresu życia. Sam wiek metrykalny nie wystarcza jednak do pełnego opisu sytuacji pacjenta. Dwie osoby w tym samym wieku mogą znacząco różnić się sprawnością fizyczną, stanem psychicznym, poziomem samodzielności i zakresem potrzeb opiekuńczych. Dlatego w gerii ważne jest nie tylko rozpoznanie chorób, ale także ocena sprawności, samodzielności, funkcji poznawczych, nastroju, odżywienia, ryzyka upadków, stanu skóry oraz sytuacji rodzinnej i mieszkaniowej (WHO, 2015, s. 27–29).

WHO łączy zdrowe starzenie z utrzymaniem sprawności funkcjonalnej. Chodzi o zdolność osoby starszej do zaspokajania podstawowych potrzeb, poruszania się, podejmowania decyzji, utrzymywania relacji i uczestniczenia w codziennym życiu. Dlatego zdrowia seniora nie można oceniać wyłącznie przez liczbę rozpoznań medycznych. W praktyce pielęgniarstwie trzeba sprawdzić, czy pacjent może chodzić, jeść, ubierać się, kontaktować się z innymi ludźmi i wykonywać czynności na miarę swoich możliwości (WHO, 2020, s. 10–11).

W 2024 r. w Polsce żyło 10,0 mln osób w wieku 60 lat i więcej. Stanowiły one 26,6% ludności kraju, a prognozy wskazują, że do 2060 r. udział seniorów może wzrosnąć do 38,3%. Oznacza to większe zapotrzebowanie na świadczenia geriatryczne, opiekę długoterminową, rehabilitację, pielęgniarstwą opiekę domową oraz wsparcie rodzin opiekujących się osobami niesamodzielnymi (GUS, 2025, s. 10, 25).

Z punktu widzenia pielęgniarstwa szczególnie istotne jest połączenie danych demograficznych z oceną sprawności pacjenta. W badaniu Kozak-Szkopek i współautorów, obejmującym 359 pacjentów geriatrycznych hospitalizowanych w Warszawie, średni wiek badanych wynosił 79 lat, 51% pacjentów miało 80 lat lub więcej, a 66% badanych miało rozpoznanych więcej niż pięć chorób przewlekłych. Autorzy podkreślili, że słaby stan funkcjonalny był częstym problemem socjomedycznym, zwłaszcza u chorych przyjmowanych w trybie pilnym (Kozak-Szkopek et al., 2022, s. 79, 82).

Tabela 1. Wybrane dane uzasadniające znaczenie opieki geriatrycznej i długoterminowej w Polsce

Wskaźnik	Dane	Znaczenie dla pielęgniarstwa
Liczba osób w wieku 60 lat i więcej w 2024 r.	10,0 mln	Rosnąca liczba pacjentów starszych zwiększa zapotrzebowanie na opiekę geriatryczną i długoterminową.
Udział osób starszych w populacji Polski w 2024 r.	26,6%	Pacjent geriatryczny staje się jedną z podstawowych grup odbiorców świadczeń pielęgniarstwa.
Prognozowany udział seniorów w 2060 r.	38,3%	System ochrony zdrowia będzie wymagał większej liczby procedur profilaktycznych i opiekuńczych.
Koszty świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dotyczące osób 60+	86,2% kosztów tego rodzaju świadczeń NFZ	Opieka długoterminowa ma duże znaczenie kliniczne, organizacyjne i finansowe.
Udział ZPO/ZOL w kosztach świadczeń dla seniorów	66,3%	Placówki opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze są kluczowym miejscem pracy pielęgniarzek.
Udział pielęgniarstwa w kosztach świadczeń	21,3%	Ważna jest edukacja rodziny, ocena ryzyka odleżyn i monitorowanie stanu pacjenta w domu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny, Sytuacja osób starszych w Polsce w 2024 r., 2025, s. 10, 25, 58.

Pacjent geriatryczny często choruje na kilka chorób jednocześnie. W praktyce pielęgniarstwie są to między innymi choroby układu krążenia, cukrzyca, choroby zwyrodnieniowe stawów, przewlekła obturacyjna choroba płuc, otępienie, depresja, zaburzenia widzenia i słuchu, nietrzymanie moczu oraz zaburzenia równowagi. W badaniu Kozak-Szkopek i współautorów 66% hospitalizowanych pacjentów geriatrycznych miało rozpoznanych więcej niż pięć chorób przewlekłych. Pokazuje to, że wielochorobowość nie jest wyjątkiem, lecz częstym problemem w tej grupie pacjentów (Kozak-Szkopek et al., 2022, s. 79, 82).

Wielochorobowość łączy się zwykle z wielolekowością. Pacjent starszy może przyjmować kilka lub kilkanaście leków dziennie, przepisanych przez różnych specjalistów. W takiej sytuacji rośnie ryzyko interakcji lekowych, działań niepożądanych, pomyłek w

dawkowaniu oraz nieprzestrzegania zaleceń. Pielęgniarka ma tu istotną rolę praktyczną. Może obserwować reakcje pacjenta na leczenie, zwracać uwagę na senność, splątanie, zawroty głowy, spadki ciśnienia, zaburzenia łaknienia czy dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. W opiece długoterminowej takie obserwacje są szczególnie ważne, ponieważ personel pielęgniarski widzi pacjenta regularnie i może wcześniej zauważyć pogorszenie stanu zdrowia. U wielu seniorów występuje także zespół kruchości, nazywany zespołem słabości. Jest to stan zwiększonej podatności osoby starszej na nagłe pogorszenie zdrowia. Nawet infekcja, odwodnienie, upadek, zmiana leku lub krótka hospitalizacja mogą szybko obniżyć sprawność pacjenta. Osoba krucha gorzej toleruje leczenie i dłużej wraca do równowagi po chorobie. W praktyce pielęgniarskiej wymaga to regularnej obserwacji, spokojnego planowania opieki i unikania działań, które mogłyby dodatkowo osłabić pacjenta.

Pacjent geriatryczny jest narażony na wielkie zespoły geriatryczne. Z punktu widzenia pielęgniarki szczególne znaczenie mają upadki, odleżyny, majaczenie, nietrzymanie moczu i niedożywienie. Nie są to pojedyncze choroby, lecz złożone problemy wynikające z wieku, chorób przewlekłych, leków, unieruchomienia i ograniczeń funkcjonalnych. Aktualny standard opieki długoterminowej zwraca uwagę między innymi na ocenę ryzyka odleżyn, zaburzeń mobilności, bólu i powikłań unieruchomienia (Minister Zdrowia, 2026, s. 3–5). Na przykład upadek może być skutkiem osłabienia mięśni, zaburzeń widzenia, źle dobranych leków, niedociśnienia ortostatycznego albo przeszkód w otoczeniu. Dlatego opieka nad pacjentem starszym wymaga podejścia całościowego.

Istotnym elementem oceny pacjenta geriatrycznego jest sprawność w zakresie czynności dnia codziennego. Do podstawowych czynności zalicza się między innymi jedzenie, ubieranie się, korzystanie z toalety, przemieszczanie się, kąpiel i kontrolę zwieraczy. Do bardziej złożonych czynności należą robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, przyjmowanie leków, korzystanie z telefonu, zarządzanie pieniędzmi i prowadzenie gospodarstwa domowego. Utrata samodzielności w tych obszarach jest często momentem, w którym pacjent zaczyna wymagać opieki długoterminowej (OECD, 2005, s. 20).

Osoba starsza może doświadczać także zaburzeń poznawczych. Początkowo mogą one dotyczyć zapominania, trudności z koncentracją lub wolniejszego przetwarzania informacji. W bardziej zaawansowanym stadium pojawia się dezorientacja, trudność w rozpoznawaniu osób, zaburzenia mowy, problemy z oceną sytuacji i utrata zdolności do samodzielnego podejmowania decyzji. Dla pielęgniarki oznacza to konieczność dostosowania komunikacji. Polecenia powinny być krótkie, jasne i powtarzane spokojnym tonem. Ważne jest także

unikanie pośpiechu, ponieważ pacjent z zaburzeniami poznawczymi może reagować lękiem, oporem lub pobudzeniem.

Nie można pominąć stanu emocjonalnego pacjenta geriatrycznego. Starość bywa związana z utratą bliskich osób, ograniczeniem aktywności, samotnością, zależnością od innych oraz poczuciem bycia ciężarem dla rodziny. Depresja u osób starszych nie zawsze objawia się smutkiem. Często występuje apatia, utrata apetytu, bezsenność, drażliwość, skargi somatyczne albo rezygnacja z aktywności. Pielęgniarka, która ma regularny kontakt z pacjentem, może zauważyć takie zmiany szybciej niż lekarz lub rodzina.

Z tych powodów pacjent geriatryczny wymaga opieki obejmującej ciało, psychikę, funkcjonowanie społeczne i bezpieczeństwo. Dobra opieka pielęgniarska nie ogranicza się do wykonania zleceń medycznych. Obejmuje także rozmowę, obserwację, edukację, profilaktykę, wspieranie samodzielności i ochronę godności pacjenta.

Pacjent geriatryczny nie powinien być opisywany wyłącznie przez wiek metrykalny. W praktyce pielęgniarskiej ważniejsza jest ocena sprawności, chorób współistniejących, ryzyka upadków, odleżyn, zaburzeń poznawczych, niedożywienia i zakresu zależności od innych osób. Dane GUS pokazują, że w 2024 r. osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły 26,6% populacji Polski, a do 2060 r. ich udział może wzrosnąć do 38,3% (GUS, 2025, s. 10, 25). Oznacza to, że pielęgniarka będzie coraz częściej pracować z pacjentem starszym, przewlekle chorym i wymagającym stałej obserwacji. Ważne są proste działania wykonywane każdego dnia: ocena skóry, kontrola bólu, obserwacja apetytu, zapobieganie upadkom i spokojna komunikacja z pacjentem. Taka charakterystyka pacjenta prowadzi do kolejnego zagadnienia, czyli do opieki długoterminowej. To właśnie w tym systemie najczęściej organizuje się stałą pomoc dla osób starszych, niesamodzielnych i przewlekle chorych.

1.2. Opieka długoterminowa nad osobą starszą

Opieka długoterminowa jest formą stałego wsparcia dla osób, które przez dłuższy czas nie są w stanie samodzielnie zaspokajać podstawowych potrzeb życiowych. W polskim standardzie organizacyjnym obejmuje ona między innymi zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz pielęgnacyjną opiekę długoterminową w warunkach domowych (Minister Zdrowia, 2026, s. 1, 3). Dotyczy zwłaszcza osób starszych, przewlekle chorych, niesamodzielnych, po udarach, z otępieniem, chorobami neurodegeneracyjnymi lub znacznym ograniczeniem sprawności ruchowej.

OECD definiuje opiekę długoterminową jako zespół usług kierowanych do osób zależnych od pomocy w podstawowych czynnościach dnia codziennego przez dłuższy czas. Chodzi między innymi o pomoc w kąpieli, ubieraniu, jedzeniu, przemieszczaniu się, korzystaniu z toalety i wstawaniu z łóżka lub krzesła. Takie potrzeby wynikają najczęściej z przewlekłych chorób, niepełnosprawności fizycznej lub zaburzeń psychicznych (OECD, 2005, s. 20).

Opieka długoterminowa różni się od leczenia szpitalnego. Pacjent w szpitalu trafia zwykle z powodu nagłego pogorszenia zdrowia, diagnostyki lub leczenia ostrego stanu. Pacjent objęty opieką długoterminową potrzebuje natomiast codziennej pomocy, obserwacji, pielęgnacji i profilaktyki powikłań. Przykładem jest chory po wypisie ze szpitala po udarze. W domu albo w ZOL trzeba nadal kontrolować leki, dietę, połykanie, stan skóry, ryzyko zachłyśnięcia i możliwość bezpiecznego przemieszczania się. Celem nie jest tylko leczenie choroby, ale utrzymanie możliwie najlepszej jakości życia i zapobieganie dalszej utracie sprawności.

Opieka długoterminowa powinna być ciągła i dostosowana do indywidualnych potrzeb. Nie każdy pacjent wymaga takiego samego zakresu pomocy. Jedna osoba potrzebuje głównie wsparcia w przygotowaniu leków i kontroli stanu skóry. Inna wymaga karmienia, zmiany pozycji, profilaktyki odleżyn, pomocy w toalecie, rehabilitacji, kontroli bólu i stałej obserwacji. Dlatego podstawą dobrej opieki jest ocena potrzeb pacjenta, a następnie zaplanowanie działań pielęgniarских.

Coraz większe znaczenie ma opieka skoncentrowana na osobie. Pacjent starszy powinien być traktowany jako człowiek z własną historią, przyzwyczajeniami, lękami, potrzebami i preferencjami. Jeśli jego stan na to pozwala, powinien mieć wpływ na codzienne decyzje: porę posiłku, ubiór, sposób zwracania się do niego, rodzaj aktywności i kontakt z rodziną. Takie podejście zmniejsza poczucie bezradności i pomaga zachować godność nawet wtedy, gdy pacjent wymaga dużej pomocy.

Nursing and Midwifery Board of Ireland wskazuje, że osoby starsze są zróżnicowaną grupą, mają różne doświadczenia życiowe, warunki środowiskowe, potrzeby i możliwości. Z tego powodu opieka pielęgniarська powinna być indywidualizowana, a nie oparta wyłącznie na rutynie. Dokument podkreśla też, że opieka długoterminowa obejmuje kontinuum usług zdrowotnych, osobistych i społecznych kierowanych do osób potrzebujących pomocy w czynnościach dnia codziennego (NMBI, 2009, s. 5–6).

W opiece nad osobą starszą duże znaczenie ma miejsce pobytu pacjenta. Wielu seniorów chce jak najdłużej pozostać we własnym domu. Jest to zrozumiałe, ponieważ dom daje poczucie bezpieczeństwa, ciągłości i kontroli nad życiem. Opieka domowa ma jednak swoje ograniczenia. Wymaga obecności rodziny lub opiekunów, odpowiednich warunków

mieszkaniowych, dostępności pielęgniarki, lekarza, rehabilitanta i sprzętu pomocniczego. Jeżeli pacjent wymaga całodobowej pomocy, a rodzina nie jest w stanie jej zapewnić, konieczna może być opieka instytucjonalna.

Opieka instytucjonalna bywa potrzebna u pacjentów z dużą niesamodzielnością, zaawansowanym otępieniem, ciężkimi zaburzeniami ruchowymi, ryzykiem odleżyn, zaburzeniami połykania, przewlekłymi ranami, koniecznością karmienia przez zgłębnik lub częstą potrzebą interwencji pielęgniarskich. Nie należy jej jednak postrzegać wyłącznie jako „ostatniego etapu” życia. Dobrze prowadzona placówka długoterminowa może zapewnić bezpieczeństwo, rehabilitację, kontakt społeczny, systematyczną pielęgnację i wsparcie rodziny.

Opieka długoterminowa wiąże się również z kosztami i organizacją systemu. Komisja Europejska wskazuje, że starzenie się społeczeństw oraz zmiany w strukturze rodzin zwiększają zapotrzebowanie na formalne usługi długoterminowe. Oznacza to konieczność rozwijania dostępnych, przystępnych finansowo i wysokiej jakości świadczeń dla osób niesamodzielnych (European Commission & Social Protection Committee, 2021, s. 25). Problem nie dotyczy więc wyłącznie pojedynczego pacjenta, ale całego systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Dużym wyzwaniem opieki długoterminowej jest zapewnienie ciągłości. Pacjent starszy może przechodzić między domem, szpitalem, rehabilitacją, poradnią, placówką długoterminową i opieką rodzinną. Przy każdej zmianie miejsca opieki trzeba przekazać informacje o lekach, diecie, wynikach badań, stanie skóry, ryzyku upadku, ryzyku zachłyśnięcia i zaleceniach pielęgnacyjnych. Jeśli pacjent po udarze wraca do domu bez informacji o konieczności modyfikacji diety, może dojść do zachłyśnięcia, zapalenia płuc, ponownej hospitalizacji i pogorszenia stanu ogólnego.

W polskich warunkach organizacyjnych trzeba odwołać się do aktualnego standardu opieki długoterminowej. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2 kwietnia 2026 r. wskazuje, że standard obejmuje ZOL, ZPO oraz podmioty udzielające świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w domu pacjenta. Dokument wymaga indywidualnego planu opieki, oceny ryzyka odleżyn, oceny zaburzeń mobilności, profilaktyki powikłań unieruchomienia i przekazywania informacji przy zmianie miejsca opieki (Minister Zdrowia, 2026, s. 1, 3–5).

Dokumentacja powinna wynikać z planu opieki. Powinna obejmować stan skóry, poziom samodzielności, ryzyko upadków, ryzyko odleżyn, przyjmowane leki, odżywienie, nawodnienie, ból, zachowanie, sen, wydalanie i reakcję na prowadzone działania. Zgodnie ze standardem MZ z 2026 r. dokumentowanie tych obszarów pomaga utrzymać ciągłość opieki,

zaplanować profilaktykę i przekazać rodzinie konkretne zalecenia (Minister Zdrowia, 2026, s. 3–7). Dokumentacja nie jest więc tylko formalnością. Jest narzędziem komunikacji między członkami zespołu.

Opieka długoterminowa powinna być opieką zespołową. Lekarz odpowiada za leczenie i decyzje medyczne. Pielęgniarka monitoruje skórę, ból, nawodnienie, odżywienie, wydalanie i zmianę stanu ogólnego. Fizjoterapeuta ocenia mobilność i dobiera ćwiczenia. Dietetyk wspiera żywienie, a psycholog może pomagać w lęku, apatii lub obniżonym nastroju. Rodzina wykonuje wiele codziennych czynności, dlatego powinna otrzymać jasne instrukcje. Pielęgniarka często łączy te elementy, ponieważ najczęściej widzi pacjenta w codziennych sytuacjach.

Nie można również pomijać rodziny. Rodzina często wykonuje wiele czynności opiekuńczych: podaje leki, pomaga w higienie, przygotowuje posiłki, zmienia pozycję ciała, organizuje wizyty lekarskie i wspiera emocjonalnie. Jednocześnie opiekunowie rodzinni są narażeni na przeciążenie, zmęczenie, konflikty zawodowe i pogorszenie własnego zdrowia. Raport National Academies podkreśla, że opiekunowie rodzinni odgrywają centralną rolę w codziennym wspieraniu osób starszych, ale sami wymagają edukacji, wsparcia i rozwiązań systemowych (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016, s. 1–3).

Edukacja rodziny jest stałym elementem opieki długoterminowej. Rodzina powinna wiedzieć, jak bezpiecznie pomagać w przemieszczaniu, jak zapobiegać odleżynom, jak obserwować skórę i kiedy zgłaszać pogorszenie stanu zdrowia. Instruktaż powinien być praktyczny. Pielęgniarka może pokazać, jak zmieniać pozycję pacjenta co określony czas, jak zabezpieczać pięty, jak rozpoznać utrzymujące się zaczerwienienie skóry, jak kontrolować ilość wypijanych płynów i kiedy skontaktować się z personelem. Dobra edukacja zmniejsza lęk opiekunów i poprawia bezpieczeństwo pacjenta.

Opieka długoterminowa oznacza stałe, zaplanowane i powtarzalne wsparcie osoby, która z powodu wieku, choroby lub niesamodzielności nie radzi sobie z podstawowymi czynnościami dnia codziennego. Nie jest to tylko pomoc opiekuńcza. Obejmuje ocenę potrzeb, profilaktykę powikłań, dokumentację, edukację rodziny i współpracę wielu specjalistów. Aktualny standard organizacyjny opieki długoterminowej podkreśla indywidualny plan opieki oraz systematyczną ocenę ryzyka, między innymi w zakresie odleżyn, mobilności, bólu i powikłań unieruchomienia (Minister Zdrowia, 2026, s. 3–5). W praktyce oznacza to konkretne czynności: obserwację skóry, kontrolę nawodnienia, ocenę bólu, pomoc w przemieszczaniu i przekazywanie rodzinie jasnych zaleceń. Następny podrozdział dotyczy roli pielęgniarki,

ponieważ to ona najczęściej wykonuje te działania na co dzień i jako pierwsza zauważa pogorszenie stanu pacjenta.

1.3. Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem geriatrycznym

Pielęgniarka jako pierwsza zauważa pogorszenie skóry, apetytu, bólu, orientacji lub mobilności pacjenta. Jej rola w opiece nad pacjentem geriatrycznym nie ogranicza się do czynności technicznych. Obejmuje obserwację, rozpoznawanie problemów, planowanie opieki, edukację, wsparcie emocjonalne oraz współpracę z rodziną i zespołem terapeutycznym. W opiece długoterminowej ma to szczególne znaczenie, ponieważ pacjent wymaga systematycznego kontaktu i powtarzanej oceny stanu zdrowia.

Ocena stanu pacjenta jest podstawą pracy pielęgniarki. Zgodnie ze standardem MZ z 2026 r. powinna ona obejmować między innymi ryzyko odleżyn, zaburzenia mobilności, ból, odżywienie, nawodnienie i potrzeby edukacyjne rodziny (Minister Zdrowia, 2026, s. 3–7). Trzeba także obserwować parametry życiowe, stan skóry, samodzielność, nastrój, orientację, sen i wydalanie. Ocena musi być powtarzana, ponieważ u pacjenta starszego nawet infekcja, odwodnienie lub zmiana leku może szybko doprowadzić do osłabienia, upadku, majaczenia albo utraty sprawności.

Profilaktyka jest codzienną częścią pracy pielęgniarki. W opiece geriatrycznej zapobieganie powikłaniom często ma większe znaczenie niż samo reagowanie na już powstały problem. Pielęgniarka zapobiega odleżynom przez ocenę ryzyka, kontrolę skóry, zmianę pozycji, dobór materaca przeciwoodleżynowego, pielęgnację skóry, dbanie o suchość bielizny i pościeli, wspieranie odżywienia oraz dokumentowanie zmian. Zapobiega upadkom przez ocenę równowagi, obserwację działania leków, usuwanie przeszkód, pomoc w przemieszczaniu i edukację pacjenta. Zapobiega odwodnieniu przez kontrolę podaży płynów i obserwację objawów, takich jak suchość śluzówek, senność, spadek ciśnienia czy zagęszczony mocz.

Tabela 2. Wybrane działania pielęgniarskie w opiece długoterminowej wynikające z aktualnego standardu organizacyjnego

Obszar oceny/opieki	Przykładowe działanie pielęgniarskie	Znaczenie praktyczne
Ryzyko odleżyn	Ocena skóry, obserwacja ryzyka i stopnia zaawansowania odleżyn, wdrożenie profilaktyki.	Zapobiega bólowi, zakażeniom, pogorszeniu stanu ogólnego i wydłużeniu opieki.
Mobilność	Ocena ryzyka zaburzeń mobilności i motywowanie pacjenta do aktywności na miarę możliwości.	Zmniejsza ryzyko upadków, przykurczów i powikłań unieruchomienia.

Obszar oceny/opieki	Przykładowe działania pielęgniarские	Znaczenie praktyczne
Ból	Obserwacja objawów bólu, rozmowa z pacjentem i dokumentowanie reakcji na leczenie.	Pozwala wcześniej reagować, zwłaszcza u pacjentów z otępieniem lub zaburzoną komunikacją.
Odżywienie i nawodnienie	Kontrola spożycia posiłków i płynów, obserwacja masy ciała, zgłaszanie ryzyka niedożywienia.	Wspiera gojenie ran, odporność i utrzymanie siły mięśniowej.
Edukacja rodziny	Instruktaż dotyczący pielęgnacji skóry, zmiany pozycji, obserwacji objawów alarmowych i kontaktu z personelem.	Przenosi profilaktykę do domu pacjenta i zmniejsza ryzyko zaniedbań.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Minister Zdrowia, Rozporządzenie z dnia 2 kwietnia 2026 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej..., 2026, s. 3–7.

Pielęgniarka ma także duży udział w utrzymywaniu samodzielności pacjenta. Nadmierne wyręczanie pacjenta może przyspieszać utratę samodzielności. Jeżeli chory może sam umyć twarz, zjeść część posiłku, usiąść na brzegu łóżka albo wykonać proste ćwiczenie, warto go do tego zachęcać. Samodzielność, nawet częściowa, ma znaczenie fizyczne i psychiczne. Pomaga utrzymać sprawność, zmniejsza zależność od innych osób i wzmacnia poczucie godności.

Ważnym elementem pracy pielęgniarki jest komunikacja. Osoba starsza może mieć niedosłuch, zaburzenia widzenia, wolniejsze tempo rozumienia informacji albo lęk przed zadawaniem pytań. Komunikacja powinna być spokojna, jasna i dostosowana do możliwości pacjenta. Należy mówić wyraźnie, utrzymywać kontakt wzrokowy, unikać infantylizacji i nie rozmawiać o pacjencie tak, jakby nie był obecny. Nawet pacjent z otępieniem powinien być traktowany z szacunkiem.

Pielęgniarka pełni również funkcję edukacyjną. Edukuje pacjenta w zakresie przyjmowania leków, żywienia, nawodnienia, aktywności, higieny, bezpieczeństwa i obserwacji objawów alarmowych. Edukacja rodziny musi być praktyczna. Nie wystarczy powiedzieć: „trzeba zmieniać pozycję”. Należy pokazać, jak bezpiecznie obrócić pacjenta, jak zabezpieczyć pięty, jak ocenić zaczerwienienie skóry i kiedy zgłosić problem pielęgniarce lub lekarzowi. Dzięki temu rodzina wie, co ma robić, a pacjent jest bezpieczniejszy w domu.

Badania pokazują, że wiedza i postawy pielęgniarek mają znaczenie dla jakości opieki nad osobami starszymi. Fita i współautorzy ustalili, że tylko 37,2% badanych pielęgniarek miało dobry poziom wiedzy, a 45,7% korzystną postawę wobec opieki nad osobami starszymi (Fita et al., 2021, s. 1–3). Amsalu, Messele i Adane wykazali natomiast, że 57,3% badanych pielęgniarek miało niski poziom wiedzy o opiece geriatrycznej, a 65,7% nie uczestniczyło w szkoleniu z tego zakresu (Amsalu et al., 2021, s. 5). Z kolei Lampersberger, Lohrmann i

Großschädl opisali znaczenie pozytywnych doświadczeń kontaktu z osobami w wieku 80 lat i więcej w opiece długoterminowej (Lampersberger et al., 2024, s. 1, 11). Wyniki te pokazują, że opieka geriatryczna wymaga stałego kształcenia i pracy nad postawą personelu.

Podobne znaczenie ma doświadczenie zawodowe. Amsalu, Messele i Adane wskazali, że wiedza pielęgniarek w zakresie opieki geriatrycznej wiąże się z doświadczeniem i przygotowaniem do pracy z pacjentem starszym (Amsalu et al., 2021, s. 1–2). Nie oznacza to, że sama liczba lat pracy automatycznie gwarantuje wysoką jakość opieki. Doświadczenie powinno być łączone z aktualną wiedzą, szkoleniami, procedurami i refleksją nad praktyką.

W opiece długoterminowej znaczenie ma również postawa wobec starości. Negatywne stereotypy dotyczące starości mogą pogarszać komunikację i ograniczać aktywizowanie pacjenta. Jeżeli osoba starsza jest z góry traktowana jako bierna, trudna albo „nierokująca”, personel może rzadziej zachęcać ją do samodzielności. Lampersberger, Lohrmann i Großschädl wskazali, że pozytywne doświadczenia kontaktu z osobami starszymi wiążą się z bardziej pozytywną postawą pielęgniarek wobec pacjentów w wieku 80 lat i więcej (Lampersberger et al., 2024, s. 1–3). Z tego powodu w kształceniu pielęgniarek potrzebne są nie tylko procedury, ale także rozwijanie empatii i rozumienia starości.

Pielęgniarka powinna także działać jako rzecznik pacjenta. Pacjent starszy, zwłaszcza z zaburzeniami poznawczymi lub zależny od opiekunów, może mieć ograniczoną możliwość samodzielnego wyrażania potrzeb. Pielęgniarka może zauważyć ból, dyskomfort, zaniedbanie higieniczne, źle dobrane leczenie, brak okularów, niedopasowany aparat słuchowy, niewłaściwe żywienie lub ograniczenie kontaktu z rodziną. W takich sytuacjach jej obowiązkiem jest reagowanie i zgłaszanie problemu odpowiednim osobom.

Istotna jest również opieka nad skórą. U pacjentów geriatrycznych skóra jest cieńsza, bardziej sucha, mniej elastyczna i bardziej podatna na urazy. Osoba unieruchomiona, niedożywiona lub nietrzymająca moczu jest szczególnie narażona na odleżyny i uszkodzenia skóry związane z wilgocią. Regularna kontrola skóry, delikatna higiena, ochrona przed wilgocią, natłuszczanie, zmiana pozycji i odpowiedni sprzęt są podstawą profilaktyki.

Kolejnym obszarem jest żywienie. Niedożywienie u osób starszych bywa niedostrzegane. Pacjent może jeść mniej z powodu braku apetytu, zaburzeń połykania, źle dopasowanej protezy, depresji, bólu, samotności albo nieodpowiedniej konsystencji posiłków. Niedożywienie zwiększa ryzyko infekcji, odleżyn, osłabienia mięśni, upadków i gorszego gojenia ran. Pielęgniarka powinna obserwować ilość spożywanych posiłków, masę ciała, stan jamy ustnej, nawodnienie i ewentualne trudności w połykaniu.

W opiece nad pacjentem geriatrycznym ważne jest także leczenie bólu. Osoby starsze nie zawsze zgłaszają ból wprost. Mogą być apatyczne, niespokojne, unikać ruchu, mieć problemy ze snem albo odmawiać jedzenia. U pacjentów z otępieniem ocena bólu jest jeszcze trudniejsza, ponieważ chory może nie umieć nazwać dolegliwości. Pielęgniarka powinna obserwować mimikę, napięcie mięśni, reakcję na dotyk, zmianę zachowania i parametry życiowe.

Część pacjentów opieki długoterminowej znajduje się u kresu życia. Wtedy celem opieki nie zawsze jest przedłużanie życia za wszelką cenę. Ważniejsze może być łagodzenie bólu, duszności, lęku, samotności i zapewnienie spokojnych warunków umierania. WHO wskazuje, że opieka paliatywna poprawia jakość życia pacjentów i ich rodzin przez wczesne rozpoznawanie cierpienia, ocenę bólu oraz leczenie problemów fizycznych, psychospołecznych i duchowych (WHO, 2020c). Pielęgniarka jest wtedy blisko pacjenta i rodziny. Jej spokojna obecność, jasna komunikacja i reagowanie na cierpienie mają duże znaczenie.

Aktualne badania potwierdzają, że sama obecność procedur nie wystarcza, jeśli personel nie ma aktualnej wiedzy i pozytywnych doświadczeń w kontakcie z osobami starszymi. Amsalu, Messele i Adane wykazali, że 57,3% badanych pielęgniarek miało niski poziom wiedzy o opiece geriatrycznej, a 65,7% nie uczestniczyło w szkoleniu z tego zakresu (Amsalu et al., 2021, s. 5). Z kolei Lampersberger, Lohrmann i Großschädl wskazali, że pielęgniarki opieki długoterminowej prezentowały postawy neutralne lub pozytywne wobec osób w wieku 80 lat i więcej, a pozytywny kontakt międzypokoleniowy może wzmacniać jakość opieki (Lampersberger et al., 2024, s. 1, 11).

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem geriatrycznym obejmuje ocenę stanu zdrowia, profilaktykę, pielęgnację, edukację, komunikację i współpracę z rodziną oraz zespołem terapeutycznym. Największą wartość praktyczną mają działania wykonywane regularnie: ocena skóry, kontrola bólu, obserwacja odżywienia, zapobieganie upadkom, dokumentowanie zmian i edukacja opiekunów. Pielęgniarka jest też osobą, która może wcześniej zauważyć pogorszenie apetytu, nastroju, orientacji albo mobilności. Jej praca ma więc znaczenie kliniczne, ale także organizacyjne i społeczne. Dobrze prowadzona opieka pielęgniarska zmniejsza ryzyko powikłań, wspiera rodzinę i pomaga pacjentowi zachować godność. To prowadzi do kolejnego rozdziału pracy, czyli do odleżyn jako jednego z najważniejszych problemów pielęgnacyjnych u pacjentów unieruchomionych i objętych opieką długoterminową.

Bibliografia APA

Amsalu, E. T., Messele, T. A., & Adane, M. (2021). Exploring the effect of professional experience on knowledge towards geriatric care among nurses working in adult care units. *BMC Geriatrics*, 21, Article 227. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02156-3>

Barber, S. L., van Gool, K., Wise, S., Woods, M., Or, Z., Penneau, A., Milstein, R., Ikegami, N., Kwon, S., Bakx, P., Schut, E., Wouterse, B., Flores, M., & Lorenzoni, L. (2021). Pricing long-term care for older persons. World Health Organization and Organisation for Economic Co-operation and Development.

Czarnecka, J., Mazur, K., Prasek, K., & Krzych-Fałta, E. (2022). Postawy studentów pielęgniarstwa wobec pacjentów geriatrycznych i ich potrzeb. *Gerontologia Polska*, 30, 101–106. <https://doi.org/10.53139/GP.20223016>

European Commission & Social Protection Committee. (2021). 2021 long-term care report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume I. Publications Office of the European Union.

Fita, F., Mekonnen, H. S., Endalew, H. L., & Azagew, A. W. (2021). Knowledge, attitude, and associated factors towards older people care among nurses working at public hospitals in West Shoa zone, Oromia region, Ethiopia. *BMC Nursing*, 20, Article 248. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00774-1>

Główny Urząd Statystyczny. (2025). Sytuacja osób starszych w Polsce w 2024 r. Warszawa-Białystok: GUS.

Główny Urząd Statystyczny. (2025). Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 r. Warszawa-Kraków: GUS.

Kozak-Szkopek, E., Samul-Jastrzębska, J., Lipińska, A., Błachucki, B., & Broczek, K. (2022). Functional assessment of geriatric in patients admitted in acute and planned setting. *Gerontologia Polska*, 30, 79–88. <https://doi.org/10.53139/GP.20223006>

Lampersberger, L. M., Lohrmann, C., & Großschädl, F. (2024). Nurses' perspectives on old age and caring for adults aged 80 years and older: A cross-sectional study in long-term care. *BMC Nursing*, 23, Article 850. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02503-w>

Llena-Nozal, A., Barszczewski, J., & Rauet-Tejeda, J. (2025). How do countries compare in their design of long-term care provision? A typology of long-term care systems. OECD Health Working Papers, No. 182. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/44f5453a-en>

Minister Zdrowia. (2026). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2026 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Dz.U. 2026, poz. 497.

Ministerstwo Zdrowia. (2026). Komunikat Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Ministerstwo Zdrowia. (2024). Opieka długoterminowa - przykłady międzynarodowych rozwiązań.

Ministerstwo Zdrowia. (2024). Raport z konsultacji społecznych: Opieka długoterminowa w Polsce.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). Families caring for an aging America. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/23606>

Narodowy Fundusz Zdrowia. (b.d.). Przewodnik dla opiekunów osób niesamodzielnych.

Nursing and Midwifery Board of Ireland. (2009). Working with older people: Professional guidance. NMBI.

OECD. (2024). Is care affordable for older people? OECD Health Policy Studies. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/450ea778-en>

Pacjent.gov.pl. (2026). Pielęgniarska domowa opieka długoterminowa.

World Health Organization. (2020a). Decade of healthy ageing: Baseline report. World Health Organization.

World Health Organization. (2020b). UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030. World Health Organization.

World Health Organization. (2020c, August 5). Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>