

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00477&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00477. Вибір місця догляду за пацієнтами похилого віку з довготривалими захворюваннями

Автор: Harriet Finne-Soveri  
Редактор оригінального тексту: Sari Atula  
Дата останнього оновлення: 2017-08-04

## Заклади для проживання та догляду за людьми похилого віку з довготривалими захворюваннями

- Організацією економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) визначено, що тривалий догляд за особою слід організовувати вдома або в інших закладах, і він може бути тимчасовим або постійним.
- Особа похилого віку з хронічним захворюванням може отримувати догляд з приводу його/її основного захворювання як вдома, так і в спеціальній установі. Вибір основного місця проживання та догляду може регулюватись національним або регіональним законодавством.
- Різні медичні установи, наприклад у Фінляндії, оцінювалися згідно із навантаженням з догляду таким чином, щоб особи, які потребують найменшого обсягу допомоги, розподілялися до закладів догляду з найменшою кількістю працівників, а ті, хто найбільше потребує догляду, розміщувалися в установах із найбільшим штатом. Рушійною силою такого типу оцінювання є економічність та здатність задовольняти різні потреби, але недоліком цього підходу є необхідність у переміщенні людей похилого віку протягом останніх років їхнього життя. Проте кадрова структура різних типів закладів догляду у Фінляндії протягом багатьох років стає дедалі

більш однорідною в плані рівня кваліфікації та кількості персоналу, хоча кількість працівників, які здійснюють догляд за особами, які проживають вдома, є нижчою, ніж для людей, які перебувають у закладах для проживання та догляду.

- Переїзд із дому є головним рішенням, що має найбільший негативний вплив на автономію людей похилого віку та змінює зміст решти їхнього життя.
- Синдром деменції є найважливішим захворюванням, що призводить до зміни місця лікування.

## Перебування вдома доказ 05934 | C

- У будь-яких випадках його/її особиста думка має бути почута, слід розглянути можливість продовження домашнього догляду. Відвідування пацієнта вдома дає найкраще уявлення про умови життя.
- Стороння допомога і перелаштування будинку допоможуть деяким пацієнтам похилого віку виконувати домашні справи.
- Необхідно оцінити тягар членів сім'ї та інших опікунів, які беруть участь у догляді та допомагають пацієнтам у повсякденному житті. Їх тягар може бути полегшений шляхом надання різних послуг. Пацієнт похилого віку має можливість відвідувати центр денного догляду для отримання послуг з догляду та підтримки соціальних контактів або він/вона може отримати медичну або медсестринську допомогу, а також послуги з реабілітації в умовах денного стаціонару, де пацієнт також може залишитись на ніч, щоб дати можливість доглядальникам відпочити і спокійно спати вночі.
- Також можна розглянути можливість допомоги госпітального рівня в домашніх умовах для пацієнтів похилого віку із гострими станами у вигляді переливання крові, внутрішньовенного введення антибіотиків або хіміотерапії.
- Якщо дозволено регуляторними документами, догляд у разі термінальних станів може надаватися співробітниками, які надають послуги з догляду на дому.

## Сімейний догляд

- Сімейний догляд передбачає організацію догляду або іншого типу погодинної або цілодобової підтримки в приватному будинку доглядальника або у власному будинку особи похилого віку. Орган місцевого самоврядування чи інша організація, відповідальна за

догляд за людьми похилого віку, укладає договір із сімейного догляду з особою (фізична особа або юридична особа, що надає такі послуги), для надання послуг із догляду за сім'єю.

*Коментар експерта.* В Україні послуги надають територіальні центри соціального обслуговування (постанова Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2009 року №1417).

- Сімейне піклування було визнано придатним для людей похилого віку, які є самотніми і відчувають себе незахищеними або мають м'які розлади пам'яті та для підтримки неформального піклування з боку власної сім'ї.

## Стационар на дому

- Схема стаціонару на дому передбачає надання медичної допомоги медичними працівниками пацієнтам вдома, що дає можливість уникнути госпіталізації до стаціонару.
- Така допомога надається пацієнтам, які проживають вдома, та у деяких випадках тим, хто проживає у притулках того чи іншого типу.
- Ефективність схеми стаціонарів на дому тотожна ефективності стаціонарної допомоги, але доказів її переваги мало [доказ 01174]В].

## Проміжні сервіси

- Для догляду за літнім населенням можуть бути запропоновані різноманітні денні стаціонари та послуги з денного догляду, об'єм пропонуваної медичної допомоги в них варіює. Пацієнти користуються цими сервісами протягом певного періоду часу, відвідуючи заклад один або кілька разів на тиждень.
- Догляд, що пропонується денними стаціонарами, має на меті сприяння підвищенню якості життя. Ефективність такого догляду виявилась найкращою в умовах добре обладнаних денних стаціонарів, що надають геріатричні мультидисциплінарні послуги, [доказ 05935]В] а також у менш обладнаних денних стаціонарах, що обслуговують пацієнтів з деменцією.
- Також можуть бути запропоновані проміжні заклади нічного догляду, що триває від 24 годин до декількох тижнів; такі заклади включають в себе різні будинки для осіб похилого віку або будинки інтернатного типу в залежності від того, чому постала необхідність у догляді, а також від ступеню і характеру потреб пацієнта. Короткострокове перебування в будинках для людей похилого віку ефективно за умови збереженого функціонального стану пацієнта.

Гнучкість при узгодженні з потребами пацієнта визнана ефективною при наданні індивідуально спланованого короткострокового догляду.

### **Схеми патронажного догляду (притулки, будинки інтернатного типу та будинки догляду)**

- Численні схеми патронажного догляду охоплюють широкий спектр різновидів житлових приміщень, починаючи від варіантів розміщення, що дуже нагадують приватну квартиру, до будинків гуртового типу, розташованих поблизу закладів з надання допомоги. Термінологія залежить від країни, тому у фактичному значенні різних термінів залежно від місця проживання можуть бути великі відмінності. Такі схеми відрізняються від будинків для людей похилого віку тим, що мешканці такого житла як правило здатні підтримувати такий спосіб життя, що не відрізняється від звичайного життя вдома. У розвинених закладах з патронажних послуг допомога доступна 24 години на добу, 7 днів на тиждень.
- Наразі з точки зору навантаження з догляду структура населення у схемах патронажного догляду здається дещо простішою, ніж у будинках для осіб похилого віку. Оскільки найближчими роками суттєво зменшиться рівень інституційного догляду, більшість людей з довготривалими захворюваннями, які більше не в змозі справлятися із щоденними домашніми справами, будуть в подальшому жити в закладах патронажної допомоги.
- У багатьох випадках такі послуги є платними. Наприклад, відповідальністю мешканця може бути сплата вартості лікарських засобів, послуг прибирання, орендної плати або їжі. У деяких країнах такі платежі можуть покриватися державними субсидіями.
- Рівень пропонованих послуг дуже різниться. Якщо патронажний догляд розглядається як альтернатива, важливо передбачити кадровий розподіл, встановити кількість і частку підготовлених медичних сестер на зміну, нагляд за переміщенням мешканців та порядок догляду у нічний час.

### **Будинки сестринського догляду**

- Зазвичай пацієнти надходять до будинків для людей похилого віку для проживання на постійній основі, а порядок оплати залежить від країни. Рішення про довгострокову допомогу можуть бути скасовані, якщо мешканець більше не потребує такої послуги (наприклад, повернення додому після реабілітації).

## Лікарні для хронічних хворих

- Належна діагностика, скорочення часу перебування у стаціонарі та реабілітація є ключовими проблемами, з якими зараз зіштовхуються лікарні, що забезпечують догляд за людьми похилого віку.

## Вибір місця догляду за пацієнтами з довготривалими захворюваннями

- Вибір закладу догляду для пацієнта похилого віку має відбуватися в процесі оцінки потреби в догляді та у співпраці з пацієнтом. У цьому процесі використовується мультидисциплінарний підхід до визначення потреб пацієнтів шляхом оцінки наступних аспектів: фізичного, психологічного, когнітивного та соціального функціонування пацієнта, а також характеру перебігу наявних захворювань; при цьому всі перераховані аспекти повинні узгоджуватись із місцевими ресурсами.
- Особа, відповідальна за вибір закладу догляду, повинна добре орієнтуватися в наявних місцевих ресурсах та їхній відповідності вимогам до догляду за пацієнтами.
- Рішення стосовно вибору закладу догляду мають як соціальні наслідки, так і наслідки для політики охорони здоров'я, тому вони мають прийматися на місцевому рівні з використанням досвіду надання допомоги геронтологічного та геріатричного профілю.
- У деяких випадках можуть прийматися індивідуальні рішення, зважаючи на фінансове становище пацієнта.

## Мета та принципи геріатричної оцінки

- Основною метою геріатричної оцінки є діагностика, лікування та реабілітація при захворюванні, що негативно впливає на функціональні можливості пацієнта. Якщо вищеперераховане неможливо, слід спробувати підтримати функціональний стан пацієнта шляхом компенсації будь-якого функціонального дефіциту. Якщо це також виявляється невдалим, слід надавати допомогу вдома або - у крайньому випадку - за межами будинку.

- Існує багато доказів ефективності комплексної мультидисциплінарної геріатричної оцінки та плану догляду і реабілітації, що базується на оцінці стану людей похилого віку, які живуть як вдома, так і в закладах догляду.
- Мета геріатричної оцінки - встановити, чи пацієнт
  - має будь-які захворювання або стани, що підлягають лікуванню або корекції, і чи може така корекція покращити його функціональну самостійність
  - має будь-які захворювання або стани, погіршення перебігу яких може бути значно сповільнене
  - має достатньо фізичних та психічних ресурсів для проведення реабілітації
  - має фізичні проблеми, пов'язані з наявним житлом або відсутністю належної допомоги, що призвели до зменшення функціональної незалежності
  - живе в умовах, що загрожують його безпеці, включаючи захворювання, фізичні проблеми з наявним житлом, подорожі на великі відстані чи залежність
  - насправді прагне потрапити до установи через самотність, нудьгу чи страх
  - має фінансові ресурси
  - має особисті уподобання стосовно установи майбутнього догляду.

## Проведення геріатричної оцінки

- Мета полягає у формуванні кращого розуміння медичних причин функціональних порушень та прогнозування перебігу основних захворювань. "Не вдається задовольнити свої побутові потреби" - це не діагноз.
- Оцінка охоплює когнітивне, психологічне та фізичне здоров'я пацієнта, а також функціональні можливості та соціальні умови життя. Для доповнення оцінки використовуються лабораторні тести та візуалізаційні методи обстеження.
- Вивчення попередніх медичних записів та співбесіда з пацієнтом та/або його/її представником, а також персоналом в попередніх місцях догляду є складовою частиною оцінки.
- Оцінка враховує потребу пацієнта в медичному обслуговуванні та реабілітації, а також допомогу, необхідну у повсякденному житті.

- Ступінь та характер послуг, що можуть надаватися пацієнтам вдома, слід співвідносити з наявними різноманітними послугами місцевих закладів догляду. Місцевими соціальними та медичними нормативними документами визначається те, як та для яких пацієнтів розподіляються заклади догляду.

## Команда з оцінки

- Лікар цієї команди має бути геріатром або іншим фахівцем, який має досвід у цій сфері.
- Поліпшення та підтримка функціонального стану, а також оцінка потреби в перевлаштуванні будинку або фізичній допомозі є сферою впливу фізіотерапевта, профпатолога або іншої особи, яка має досвід у цій галузі.
- Соціальний працівник допомагає в організації належної фінансової допомоги (грошова допомога на утримання, допомога з транспортом, грошова допомога з догляду тощо), та має бути добре ознайомлений з відповідним національним законодавством.
- Команда з оцінки за необхідності може проконсультуватися з іншими спеціалістами, включаючи ортопеда, хірурга, невропатолога, стоматолога, дієтолога, офтальмолога, фахівця з педикюрної практики або зі священнослужителем.
- Справедливість і відповідність рішень перевіряються за допомогою ефективних і надійних інструментів, спеціально розроблених для оцінки функціонального стану пацієнтів та потреб у допомозі. Використовуються також взаємно узгоджені критерії прийняття рішень.
- Проведення оцінки та прийняття рішень повинні виконуватись якнайшвидше.

## Вибір відповідних інструментів оцінки

- Варто використовувати різні інструменти геріатричної оцінки; для кожного аспекту, що підлягає оцінці, повинен використовуватись окремий інструмент оцінювання. Перш, ніж вибрати інструмент для оцінювання клінічної практики, слід враховувати такі факти: обґрунтованість та надійність інструменту, його популярність на національному та міжнародному рівнях, можливість використання одного інструменту на різних рівнях догляду, його чутливість та специфічність щодо характеристик, які потрібно оцінити.

- Користувач повинен бути знайомий з методом оцінки і характеристиками інструменту, який він/вона використовує, а всі інструменти оцінювання повинні використовуватися тільки для тих цілей, для яких вони були розроблені та випробувані.
- Інструмент оцінювання завжди є лише допоміжним інструментом. Діагностичні рішення - це відповідальність лікаря.

## Фізичне функціонування та повсякденні справи Доказ 1 L07155 | D]

- Функціонування поділяється на інструментальну діяльність повсякденного життя (ІДПЖ) та активність у повсякденному житті (АПЖ).
  - ІДПЖ включає, наприклад, легку домашню роботу, приготування їжі, закупівлі, використання телефону, прийом лікарських засобів та ведення бюджету.
  - У міру прогресування слабкості пацієнт спочатку потребує допомоги в ІДПЖ, а поступово і в АПЖ, що включає в себе задоволення особистих гігієнічних потреб, купання, одягання, рух та переміщення, харчування та зміну положення в ліжку.
- Загальноприйняті інструменти для оцінки функціонального стану включають, наприклад, індекс Бартела, Вимірювання функціональної незалежності (FIM), Індекс Катц та багато інструментів, що використовуються для оцінки АПЖ та ІДПЖ у Системі інструментів оцінки резидентів установ із догляду (RAI) настанова  
L00470 | Оцінка функціонального с...]
- Інші інструменти та тести, особливо придатні для визначення функціонального стану людей похилого віку, включають, наприклад, тест Короткої фізичної продуктивності (SPPB), тест вставання зі стільця та ходьба з відліком часу (TUG), а також тест вставання зі стільця (піднятися зі стільця з положення сидячи) 5 або 10 разів.

## Когнітивне функціонування

- Геріатрична оцінка завжди включає в себе оцінку когнітивних функцій пацієнтів, але значимість такої оцінки є особливо важливою при виборі місця догляду.
- Інтелектуальне функціонування оцінюється в процесі бесіди та спостереження за пацієнтом, а також за допомогою спеціально розроблених тестів.

- Пакет інструментів оцінювання для діагностики порушень пам'яті та ранньої деменції, сформовано Шкалою стандартних діагностичних критеріїв (CERAD) [веб|<http://cerad.mc.duke.edu...>] рекомендується різними експертами.
- Кілька інструментів, призначених для встановлення стадії захворювання, також доступні для оцінки специфічних захворювань, що погіршують інтелектуальне функціонування. Ці інструменти допомагають точно визначити уражену область мозку і ступінь дефіциту. Діагноз захворювання, що спричиняє порушення інтелекту, встановлюється лікарем.
- Зазвичай використовувані інструменти для оцінки когнітивних функцій включають в себе Клінічну оцінку деменції, Шкалу оцінки психічного статусу (MMSE) та Шкалу когнітивних функцій (CPS) у системі оцінювання RAI.

## Психологічне функціонування

- Депресія є найпоширенішим психіатричним захворюванням у популяції людей похилого віку. Депресія може виникати ізольовано, вона може бути пов'язана з іншими захворюваннями або може бути нетиповою. Для діагностики та моніторингу відповіді на лікування депресії рекомендується застосування лікарем інструментів оцінювання, розроблених спеціально для людей похилого віку. Пацієнтам слід поставити прямі запитання щодо депресії.
- Інструменти, що часто використовуються для оцінки депресії, включають Геріатрична скринінгова шкала депресії (GDS) [настанова|00470|Оцінка функціонального с...], Шкала оцінки Гамільтона і Шкала Зунга. Шкала Корнелла та Рейтингова шкала депресії (DRS) в системі оцінювання RAI використовуються для оцінки депресії при деменції.
- Маячні розлади (параноя) посідають друге місце серед найпоширеніших психічних захворювань у людей похилого віку та можуть виникати самостійно або як один із багатьох симптомів розвитку деменції.
- Поведінкові проблеми виникають зазвичай у зв'язку з іншими психотичними симптомами [настанова|00471|Психози в осіб похилого ...] або захворюваннями та/або станами, що є індукторами деменції, і проявляються неприйнятною або непристойною поведінкою. Пацієнт помилково відчуває, сприймає або тлумачить своє оточення та робить хибні висновки. Поведінкові проблеми, особливо нічна

активність та агресія, можуть збільшити тягар доглядача та оточення пацієнта, а також поставити під загрозу безпеку пацієнта та інших людей.

- Для оцінки поведінкових проблем можуть бути використані відповідні інструменти, такі як опитувальник Коген-Менсфілда (СМАІ) або Шкала оцінки поведінки в системі оцінки RAI.

### **Догляд та навантаження з догляду**

- В даний час робоче навантаження оцінюється за допомогою різноманітних інструментів, що вимірюють внесок персоналу у догляд. Одним з найбільш вивчених інструментів, що часто використовуються, є Групи утилізації ресурсів (RUG-III) в системі оцінки RAI. Ця шкала використовується у багатьох країнах, наприклад, у Сполучених Штатах, як підстава для виплат в установах довгострокового догляду. Потреби в ресурсах також можуть бути визначені за допомогою вимірювань на основі діяльності.
- Важливо щоб особа, яка шукала місце для догляду, та постачальник послуг з догляду узгоджувалися за відповідністю вимог до догляду та рівнем догляду, що пропонується. Для оцінки того, чи відповідає штат у запропонованому місці догляду потребам пацієнта та вимогам щодо допомоги, під час вибору місця догляду застосовуються різні шкали використання ресурсів.

### **Стан здоров'я**

- Часте користування послугами поза межами робочого часу та лікарняними послугами, а також залучення різних постачальників медичних послуг свідчить про нестабільність стану здоров'я.
- Перед вибором місця догляду слід оцінювати доступність медичних установ і можливість подальшого спостереження. Якщо жоден інший інструмент не доступний, оцінка може полягати у визначенні відсотка підготовлених медсестринських кадрів серед персоналу, що здійснює догляд, та доступність лікаря.
- Медсестринські навички, необхідні для підтримки стану здоров'я пацієнтів, включають спостереження за показниками рівня глюкози в крові, заміну сечових катетерів та догляд за стомою. Основний догляд означає допомогу в повсякденній діяльності.
- Шкала змін у здоров'ї, термінальних стадіях захворювань та ознаків і симптомів (CHES) в системі оцінки RAI може використовуватись для оцінки стабільності стану здоров'я пацієнта.

## Соціальне функціонування

- Соціальне функціонування є відносним поняттям, на нього можуть впливати як зовнішні чинники, такі як розташування квартири в багатоповерховій будівлі без ліфта або відсутність зовнішнього освітлення, так і внутрішні фактори, такі як погіршення пам'яті, погане орієнтування у місцевості або небажання спілкуватися.
- Соціальне функціонування зменшується внаслідок порушення фізичного, психологічного або когнітивного функціонування. Відмова від соціальних функцій та попередніх інтересів може бути проявом або першою ознакою інших важливих проблем.
- Оцінка соціального життя пацієнта може бути шляхом до першопричини недіагностованих захворювань та/або інших проблем. Крім того, під час вибору місця догляду необхідно розглядати доступність соціальної взаємодії.

## Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[Пов'язані 00523\]](#) [Choosing the place of ca...]

## Джерела інформації

R1. Colombo F, et al. Help Wanted? Providing and paying for long-term care. OECD Publishing 2011 [\[веб|https://www.oecd.org/els...\]](#).

R2. Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care. Cochrane Database Syst Rev 2005;(3):CD000356. [\[PubMedID|16034853\]](#)

R3. Shepperd S, Iliffe S, Doll HA et al. Admission avoidance hospital at home. Cochrane Database Syst Rev 2016;9():CD007491. [\[PubMedID|27583824\]](#)

R4. Shepperd S, Doll H, Broad J et al. Early discharge hospital at home. Cochrane Database Syst Rev 2009;(1):CD000356. [\[PubMedID|19160179\]](#)

R5. Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE et al. Hospital at home: home-based end-of-life care. Cochrane Database Syst Rev 2016;2():CD009231. [\[PubMedID|26887902\]](#)

R6. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD et al. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993;342(8878):1032-6. [\[PubMedID|8105269\]](#)

## Настанови

- [Настанова 00470](#). Оцінка функціонального стану в осіб похилого віку.
- [Настанова 00471](#). Психози в осіб похилого віку.

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05934](#). Personal assistance for older adults (65+) without dementia.  
Дата оновлення: 2008-04-17  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Older adults (65+) without dementia receiving personal assistance may express greater satisfaction and fewer unmet needs than participants receiving other services. There are no data about mental health, cost and the long term impacts of personal assistance.
- [Доказовий огляд 01174](#). Hospital at home versus in-patient hospital care.  
Дата оновлення: 2017-02-26  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Hospital at home services appear not to provide outcomes that would differ from inpatient hospital care but home care appears to increase patient satisfaction. End of life home-care programmes appear to increase the number of patients who will die at home.
- [Доказовий огляд 05935](#). Medical day hospital care for older people versus alternative forms of care.  
Дата оновлення: 2015-08-21  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Medical day hospital care for the elderly appears to be more effective than no intervention but appears to have no clear advantage over other forms of comprehensive elderly medical services.
- [Доказовий огляд 07155](#). Physical rehabilitation for older people in long-term care.  
Дата оновлення: 2013-04-16  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Physical rehabilitation for long-term care residents might possibly reduce disability, but effects seem to be quite small and might possibly not be applicable to all residents.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: ebm00477    Ключ сортування: 022.031    Тип: EBM Guidelines

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-08-04

---

Автор(и): Harriet Finne-Soveri    Автор(и) попередніх версій статті: Annamajja SutelaUlla Aalto    Редактор(и): Sari Atula  
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe    Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd  
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

---

Навігаційні категорії  
EBM Guidelines    Geriatrics

---

### Ключові слова індексу

speciality: Geriatrics    speciality: Gerontology    Activities of Daily Living    ADL    Aged    Assisted Living Facilities  
Care at home    Care facility    Care need assessment    Chronic Disease    Chronically ill    Coping    Day hospital  
Dementia care units    Frail Elderly    Functional assessment    Functional capacity    Functional class    Functioning  
Geriatric Assessment    Health Services for the Aged    Health Status    Home Care Services    Homes for the Aged  
Hospital-at-home    Hospitals, Chronic Disease    Housing for the Elderly    Institutional care    Intermediate care services  
Long-stay patient    Long-Term Care    Long-term care facility    Long-term care institution    Multidisciplinary care  
Multidisciplinary rehabilitation    Nursing Homes    Old age home    Old people's home    Progressive Patient Care  
Sheltered accommodation    Sheltered housing    Testing    Assistive devices    Autonomy    Barthel    Care plan  
Care staff    CDR    CERAD    CHES    Clinical Dementia Rating    CMAI    Cognitive functioning

Настанова 00477. Вибір місця догляду за пацієнтами похилого віку з довготривалими захворюваннями

---

---

Cognitive Performance Scale    Cohen-Mansfield Agitation Inventory    Community Health Centers    Concurrent Review  
Depression Rating Scale    Cornell Scale    CPS    DRS    FIM    GDS    Geriatric Depression Scale    Hamilton Rating Scale  
Home alteration    Hospice Care    Housing    IADL    Instrumental Activities of Daily Living    Katz    Measurement  
Medical Staff    Mental functioning    MMSE    Multiprofessionality    Nursing Assessment    Nursing staff  
Patient Care Planning    Patient Participation    Physical functioning    RAI    Rehabilitation    Resident Assessment Instrument  
Resource Utilization Groups    Retirement home    RUG-III    Social functioning    Social services    Wards    Zung Scale  
icpc-2: A28    icpc-2: A67    icpc-2: A97    icpc-2: A99    icpc-2: P67    icpc-2: P70