



**Fundusze
Europejskie**
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



OPRACOWANIE MERYTORYCZNE

**Model oceny elementów Całościowej Oceny Geriatrycznej
(eCOG) w Podstawowej Opiece Zdrowotnej**

WERSJA DO DYSKUZJI Z ZEPSOŁEM MERYTORYCZNYM I WYKONAWCZYM

lek. med. Katarzyna Hornowska-Suchoń

Spis treści

Wstęp	6
1. Cele i zadania procedury eCOG POZ	7
Celami procedury eCOG POZ są:	7
2. Model procedury eCOG POZ	8
2.1. Schemat organizacyjny procedury eCOG POZ	8
2.2. Interesariusze procedury eCOG POZ	9
2.3. Użytkownicy procedury eCOG POZ	11
2.4. Środowisko stosowania procedury eCOG POZ	11
3. Narzędzia używane w ramach procedury eCOG POZ	12
3.1. Opis narzędzi używanych w ramach procedury eCOG POZ	12
3.2. Warunki prawidłowego używania narzędzi używanych w ramach procedury eCOG	13
3.3. Ograniczenia i mocne strony dokonywania oceny chorego przy użyciu wybranych narzędzi	14
3.4. Przeprowadzenie zaproponowanej procedury przy pomocy aplikacji eCOG POZ	14
4. Rekomendowany przebieg procedury eCOG POZ	16
4.1. Mapa przebiegu procedury eCOG POZ	16
4.2. Przeprowadzenie wstępnej oceny geriatrycznej-etap wspólny do przeprowadzenia w placówce POZ, domu pacjenta, Domu Opieki	16
4.3. Przeprowadzenie eCOG POZ w placówce POZ	16
4.4. Przeprowadzenie eCOG POZ w domu pacjenta	16
4.5. Przeprowadzenie eCOG POZ w Domu Opieki	17
5. Rekomendacje dla procedury eCOG	20
5.1. Rekomendacje dla wstępnej oceny geriatrycznej w POZ	20
5.2. Rekomendacje dla drugiego etapu oceny geriatrycznej w POZ	20
Podsumowanie	22
Załączniki	23
A. Karta Oceny Geriatrycznej eCOG POZ	23
B. Narzędzia używane w ramach procedury eCOG	25
C. Skrócony Test Sprawności umysłowej Skrócony Test Sprawności Umysłowej	28
D. Test „Wstań i Idź” - Timed Up and Go (TUG)	30

Spis rysunków

Rysunek 1 Schemat organizacyjny procedury eCOG POZ.	10
Rysunek 2 Schemat eCOG POZ ocena pacjenta w placówce POZ.	17
Rysunek 3 Schemat eCOG POZ ocena pacjenta POZ przebywającego w domu.	18
Rysunek 4 Schemat eCOG POZ ocena pacjenta POZ przebywającego w całodobowym domu opieki.	19

Spis tabel

Tabela 1 Osoby wykonujące poszczególne badania w ramach procedury eCOG w zależności od posiadanych zasobów.	11
Tabela 2 Rekomendacje dla oceny geriatrycznej	20
Tabela 3 Rekomendacje dotyczące wdrożenia procedur opiekuńczych i leczniczych.	21

Spis skrótowców

ADL – skala podstawowych czynności życiowych wg Katza (ang. *Katz Activities of Daily Living scale*)

AMTS – skrócony test sprawności umysłowej (ang. *Abbreviated Mental Test Score*)

COG – Całościowa Ocena Geriatryczna

DDOM – Dzienny Dom Opieki Medycznej

DOS – skala obserwacji majaczenia (ang. *Delirium Observation Screening Scale*)

eCOG – elementy Całościowej Oceny Geriatrycznej

GDS-15 – 15-punktowa geriatryczna skala oceny depresji (ang. *15-item Geriatric Depression Scale*)

MNA-SF – kwestionariusz oceny stopnia odżywienia (ang. *Mini Nutritional Assessment Short-Form*)

POZ -Podstawowa Opieka Zdrowotna

TUG – test "wstań i idź" (ang. *Timed Up and Go*)

VES-13 – Vulnerable Elders Survey 13

Wstęp

Wykonanie badań przesiewowych u osób powyżej 60-ego roku życia zadeklarowanych w placówce Podstawowej Opieki Zdrowotnej stwarza możliwość oceny istotnych problemów zdrowotnych osób starszych, może dostarczyć informacji dotyczących ich sprawności funkcjonalnej, określenia barier w opiece oraz ustalenia zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze i socjalno-bytowe.

Występowanie u chorych po 60. roku życia szeregu chorób przewlekłych z towarzyszącymi wielkimi problemami geriatrycznymi, obecność polipragmazji oraz niesprawności funkcjonalnej wpływają na ilość hospitalizacji i jakość życia chorych¹. Osoby starsze z niesprawnością ruchową, niedożywione, niesamodzielne są w grupach ryzyka rozwoju majaczenia², powstawania odleżyn, zaburzeń zachowania towarzyszących deficytom poznawczym. Wymagają zatem szczególnej opieki, pielęgnacji oraz monitorowania w także w trakcie ich przebywania w domu lub ośrodkach opiekuńczych.

Wprowadzenie elementów Całościowej Oceny Geriatrycznej w Podstawowej Opiece Zdrowotnej może w istotny sposób poprawić jakość opieki, zmniejszyć liczbę hospitalizacji³, doprowadzić do szybszej identyfikacji istotnych problemów zdrowotnych i opiekuńczych mających bezpośredni wpływ na proces pielęgnacji i terapii chorego^{4,5}

Celem poniższego opracowania jest zaproponowanie schematu oceny pacjentów po 60. roku życia zadeklarowanych w placówce Podstawowej Opieki Zdrowotnej podczas wizyt w tejże placówce oraz podczas wizyt pielęgniarki środowiskowej w domu chorego (w przypadku chorych nie wychodzących z domu). Elementy oceny geriatrycznej proponowane są także pacjentom całodobowych domów opieki społecznej zadeklarowanych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej.

Proponowany schemat oceny starszego chorego zawiera przesiewowe skale i testy możliwe do wykonania w krótkim czasie, w dużej części przez personel pielęgniarski. Proponowana aplikacja eCOG POZ umożliwi dokonanie efektywnej oceny oraz wyłonienie grupy chorych wymagających pogłębionej oceny geriatrycznej.

¹Carpenter Ch, Shelton E, Susan Fowler S, et all. Risk Factors and Screening Instruments to Predict Adverse Outcomes for Undifferentiated Older Emergency Department Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Academic emergency medicine*, 2015;22:1–21

²Kalisvaart I, Vreeswijk R. Prevention of delirium in the elderly. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43 Suppl 3:19-24 van Zyl L, Seitz DP .Delirium concisely: condition is associated with increased morbidity, mortality, and length of hospitalization. *Geriatrics*. 2006 Mar;61(3):18-21.

³Graham E, Whitehead MA, O'Neill D, et all. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. ; (7): CD006211. doi:10.1002/14651858.CD006211.pub2

⁴Costa A, Hirdes J, Heckman G, at all Geriatric Syndromes Predict Postdischarge Outcomes Among Older Emergency Department Patients: Findings From the interRAI Multinational Emergency Department Study. *Academic emergency medicine*, 2014 Apr; 21(4): 422-433.

⁵Carpenter Ch, Shelton E, Susan Fowler S, et all. Risk Factors and Screening Instruments to Predict Adverse Outcomes for Undifferentiated Older Emergency Department Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Academic emergency medicine*, 2015;22:1–21

1. Cele i zadania procedury eCOG POZ

Celami procedury eCOG POZ są:

- identyfikacja grupy chorych po 60. roku życia wymagających poszerzonej diagnostyki geriatrycznej w celu określenia ich stanu zdrowia, stanu psychicznego i sprawności funkcjonalnej z użyciem zdefiniowanego zakresu skal i testów tworzących protokół procedury eCOG POZ
- wyłonienie chorych zagrożonych wystąpieniem wielkich zespołów geriatrycznych lub dotkniętych tymi dolegliwościami w celu uzyskania poprawy stanu ich zdrowia przez skuteczniejsze podejście diagnostyczne i terapeutyczne
- zebranie wywiadu odnośnie aktualnie przyjmowanych leków i suplementów diety i wypełnienie aktualnego schematu leczenia.
- identyfikacja grupy chorych wymagających wykonania Całościowej Oceny Geriatrycznej w oddziale geriatrycznym, poradni geriatrycznej lub DDOM-ie,
- wypełnienie i wydanie choremu Karty Oceny Geriatrycznej eCOG POZ- zawierającej wyniki przeprowadzonej oceny i zalecenia (patrz zał. A

2. Model procedury eCOG POZ

Elementy Całościowej Oceny Geriatrycznej zawierają:

1. wykonanie oceny chorego w podczas wizyty w POZ,
2. wykonanie oceny chorego POZ przebywającego w domu
3. wykonanie oceny chorego POZ przebywającego w Domu Opieki
4. rekomendacje dotyczące dalszej oceny w przypadku stwierdzenia nieprawidłowych wyników, zamieszczone na kartach eCOG POZ

2.1. Schemat organizacyjny procedury eCOG POZ

Przedstawiony poniżej schemat organizacyjny procedury eCOG POZ uwzględnia specyfikę pracy z osobami starszymi opartej o wybrane narzędzia diagnostyczne stosowane w geriatricii oraz o kluczowe zagadnienia dotyczące projektowania planów opieki. Populacja osób starszych jest heterogenna i wymaga zarówno indywidualizacji zaleceń, jak i jednoczesnego brania pod uwagę, oprócz problemów zdrowotnych i socjalno-ekonomicznych, poziomu sprawności funkcjonalnej pacjenta.

W procedurze eCOG POZ użyto od wielu lat znanych, sprawdzonych i uznanych skal oraz testów wykonywanych przez personel pielęgniarski (lub fizjoterapeutów, dietetyków klinicznych, psychologów) na oddziałach i w poradniach geriatrycznych. Bateria wybranych skal i testów zawiera VES-13, ADL, DOS, MNA-SF, AMTS, GDS-15, TUG. Poniższy schemat badania zawiera również ankietę wstępnej oceny geriatrycznej opracowaną przez zespół merytoryczny autorów projektu eCOG. Stanowi ona element badania podmiotowego przeprowadzanego w ramach wstępnej oceny i ma na celu identyfikację problemów zdrowotnych występujących u badanego, których współistnienie ma znaczący wpływ na rokowania dotyczące zmiany jego stanu zdrowia.

Etap wstępny procedury eCOG POZ polega na wykonaniu u każdego chorego, który ukończył 60 lat i nie znajduje się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, oceny w skali VES-13 oraz oceny z użyciem ankiety wstępnej oceny geriatrycznej. Wynik w skali VES-13 równy lub większy od 6i (lub) wynik ankiety wstępnej oceny geriatrycznej wynoszący 1 lub 2 wskazuje na konieczność wykonania elementów Całościowej Oceny Geriatrycznej. Przeprowadzany jest także wywiad dotyczący stosowanych leków.

W dalszym etapie procedury eCOG POZ chory podlega ocenie w skalach ADL, AMTS oraz skróconej wersji MNA (nazywaną MNA-SF).

Jeżeli eCOG jest przeprowadzany w domu pacjenta i wynik w skali AMTS wynosi poniżej 3 punktów wskazane jest wykonanie dodatkowo skali DOS.

W przypadku pacjentów przebywających w domach opieki w ramach procedury e COG POZ chory podlega ocenie w skalach ADL, DOS, skróconej wersji MNA (nazywaną MNA-SF) oraz TUG (jeżeli chory chodzi samodzielnie lub asekuje się sprzętem ortopedycznym bądź rehabilitacyjnym i nie ma przeciwwskazań do jego pionizacji) .

Jeżeli chory uzyskał 2 lub mniej punktów w skali DOS, powinien zostać oceniony badaniem AMTS. Jeżeli wynik badania AMTS wyniósł 7 lub więcej punktów, chory powinien zostać oceniony w skali GDS-15.

W przypadku pacjentów przebywających w domach opieki procedura e COG powinna być wykonywana regularnie w odstępach 3-6 miesięcznych, a także przy przyjęciu i przy wypisie chorego z placówki . Schemat organizacyjny procedury eCOG POZ przedstawiono na ryc. nr

Wyniki oceny procedurą eCOG POZ przedstawiane są w postaci Karty Oceny Geriatrycznej

Treść kart wynikowych procedury eCOG POZ zatwierdza lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej

nadzorujący wykonanie procedury eCOG.POZ

2.2. Interesariusze procedury eCOG POZ

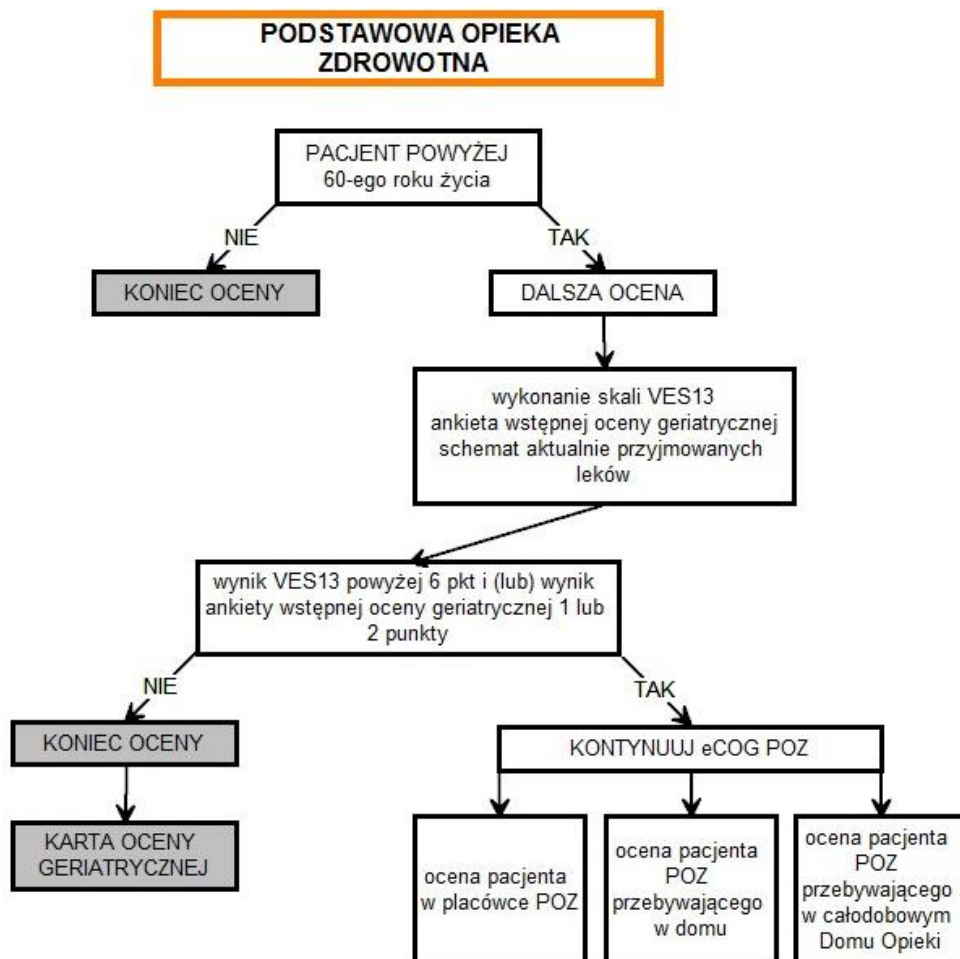
Projektując procedurę eCOG POZ, wyróżniono jej interesariuszy personalnych oraz instytucjonalnych ze strony organizacji publicznych i stowarzyszeń naukowych, a także ze strony placówek medycznych.

Interesariuszami personalnymi są osoby powyżej 60. roku życia korzystające ze świadczeń medycznych zapewnianych przez system opieki zdrowotnej w Polsce oraz rodziny i opiekunowie takich osób.

Interesariuszami instytucjonalnymi ze strony organizacji publicznych i stowarzyszeń naukowych są: Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Zakład Usług Społecznych, Komitet Ekonomiczny Rady Ministrów, Ministerstwo Gospodarki, Sekcja Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP, Naczelna Izba Kontroli, Rzecznik Praw Obywatelskich, Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia, Komitet Zdrowia Publicznego PAN, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, Naczelna Izba Pielęgniarska, Naczelna Izba Lekarska, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Towarzystwo Internistów Polskich, Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce.

Interesariuszami instytucjonalnymi ze strony placówek medycznych są: organy właścicielskie i zarządy szpitali publicznych oraz prywatnych, placówki POZ, ośrodki dzienne (Senior-WIGOR⁶, DDOM), ośrodki opieki długoterminowej.

⁶Program MRPiPS wspierający gminy w tworzeniu i prowadzeniu Dziennych Domów dla osób starszych.
<https://www.mpips.gov.pl/aktualnosci-wszystkie/seniorzy/art,8109,najwazniejsze-informacje-o-senior-wigor.html>



Rysunek 1 Schemat organizacyjny procedury eCOG POZ.

2.3. Użytkownicy procedury eCOG POZ

Użytkownikami procedury eCOG POZ są pracownicy medyczni w sektorze ochrony zdrowia w placówkach publicznych i niepublicznych: personel pielęgniarski oraz lekarski Podstawowej Opieki Zdrowotnej. W zespołach wykonujących procedurę eCOG POZ osobami wspierającymi jej realizację będą fizjoterapeuci, psychologowie i dietetycy. Zespół wykonawców opisany powyżej współpracuje z lekarzem rodzinnym, opiekunami chorego oraz pracownikami opieki społecznej w sytuacjach wymagających projektowania planów opieki środowiskowej i instytucjonalnej. W tab. nr 1 wskazano wykonawców poszczególnych skal i testów wykonywanych w ramach procedury eCOG.

Tabela 1 Osoby wykonujące poszczególne badania w ramach procedury eCOG w zależności od posiadanych zasobów.

Wykonawca Badanie	Pielęgniarka	Fizjoterapeuta	Dietetyk	Psycholog	Lekarz
VES13	X				X
ankieta wstępnej oceny geriatrycznej	X				X
ADL	X				
DOS	X				
MNA-SF	X		X		
AMTS	X			X	X
GDS-15	X			X	X
TUG	X	X			X

2.4. Środowisko stosowania procedury eCOG POZ

Procedura eCOG POZ to proces diagnostyczny realizowany przez pracowników medycznych Podstawowej Opieki Zdrowotnej w celu określenia stanu somatycznego oraz stanu psychicznego i sprawności funkcjonalnej osoby powyżej 60 r.ż. spełniającej kryteria skali VES-13 kwalifikujące do dalszej oceny geriatrycznej. Celem procedury jest umożliwienie zaprojektowania optymalnego planu diagnostyczno-leczniczego oraz planu opieki nad chorym w środowisku placówki medycznej, placówki opieki długoterminowej i poza nimi. Zakres przeprowadzanego w ramach eCOG POZ procesu diagnostycznego jest określony podejściem i zdefiniowanymi procedurami zaczerpniętymi ze standardów udzielania świadczeń w geriatricznym zapisanych i opublikowanych w Gerontologii Polskiej z 2013 r. w t. 21. nrze 2.

3. Narzędzia używane w ramach procedury eCOG POZ

W procedurze eCOG POZ użyto narzędzi (skal, badań, testów) używanych na oddziałach i w poradniach geriatrycznych przez personel pielęgniarski (lub fizjoterapeutów, psychologów i dietetyków klinicznych), które z uwagi na swoje walory merytoryczne, udowodnione naukowo znaczenie oraz łatwość w przeprowadzeniu można zastosować w pracy klinicznej. Należą do nich VES-13, ADL, AMTS, GDS-15, MNA-SF, TUG, DOS. Ponadto zaproponowano ankietę wstępnej oceny geriatrycznej (zaproponowaną przez zespół ekspertów dla procedury eCOG) w , która ma na celu identyfikację istotnych problemów zdrowotnych występujących u chorego w starszym wieku.

3.1. Opis narzędzi używanych w ramach procedury eCOG POZ

Vulnerable Elders Survey (VES-13)⁷ służy do identyfikacji pacjentów wymagających Całościowej Oceny Geriatrycznej (COG)⁸. Uzyskanie 3 lub więcej punktów wskazuje na ryzyko znacznego pogorszenia stanu zdrowia, sprawności funkcjonalnej lub zgonu w ciągu najbliższych dwóch lat⁹. W zaproponowanej procedurze za punkt odjęcia przyjęto wynik równy 6, ponieważ wówczas badanie to charakteryzuje się istotną czułością i swoistością¹⁰. Uzyskanie w tym badaniu 6 lub więcej punktów kwalifikuje pacjenta do poszerzenia oceny geriatrycznej

Ankieta wstępnej oceny geriatrycznej zawiera pytanie o występowanie wymienionych 10 problemów/sytuacji klinicznych, które mają wpływ na rokowania dotyczące stanu zdrowia i proces planowania opieki nad chorym. Występowanie 3 lub więcej wskazanych czynników zwiększa prawdopodobieństwo pogorszenia lub pogłębienia niesprawności funkcjonalnej. Ankieta wskazuje również na wielkie zespoły geriatryczne i tym samym problemy pielęgnacyjne, które wymagają zabezpieczenia u badanego. Ankietę umieszczono na Karcie Oceny Geriatrycznej.

Skala ADL (Activities of Daily Living) wg Katza to skala oceniająca zdolność do wykonania podstawowych czynności życiowych przez osobę będącą podmiotem badania. Pozwala ona ocenić aktualny status funkcjonalny chorego, w tym jego zdolność do samoobsługi i zapotrzebowanie na pomoc osób innych^{11,12,13}. Uzyskanie 5 lub mniej punktów wymaga ustalenia jakiej formy pomocy w realizacji zadań podstawowych wymaga badany¹⁴.

DOS (Delirium Observation Scale)¹⁵ to skrócona do 13 punktów pielęgniarska skala służąca do oceny objawów klinicznych majaczenia u chorych znajdujących się w grupie ryzyka (ostre zachorowanie, zaburzenia funkcji poznawczych)¹⁶. Uzyskanie 3 lub więcej punktów w tej skali wymaga wdrożenia interwencji nefarmakologicznych i farmakologicznych, mających na celu zapobieganie i leczenie występowania delirium.

MNA-SF (The Mini Nutritional Assessment Short-Form) to skrócona wersja badania MNA. Charakteryzuje ją wysoka czułość w wykrywaniu ryzyka niedożywienia u chorych w starszym. MNA-SF jest przydatnym narzędziem służącym do oceny zarówno chorych mniej sprawnych,

⁷Saliba D, Elliott M, Rubenstein LZ et al. A Tool for Identifying Vulnerable Older People in the Community. *Journal of the American Geriatrics Society* 2001;49: 1691-1699.

⁸Fedyk-Lukasik M. Całościowa Ocena Geriatryczna w codziennej praktyce geriatrycznej i opiekuńczej. *Geriatryka i Opieka Długoterminowa*, 2015 nr 1, 1-5

⁹Derejczyk J, Grodzicki T, Jakrzewska-Stawińska A, Józwiak A, Klich A, Wieczorkowska- Tobis K. Standardy świadczeń usług medycznych w specjalności geriatryka. *Gerontol Pol*, 2005.3,2:67-83

¹⁰Kroc Ł, Socha K, Sołtysik B, Cieślak-Skubel A, Piechocka-Włochniak E, Błaszczak R, Kostka T. Validation of the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13) in hospitalized older patients DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2016.03.008>

¹¹Brach JI, Van Swearingen JM. Physical impairment and disability: relationship to performance of activities of daily living in community-dwelling older men. *Phys Ther*. 2002 Aug;82(8):752-61

¹²Multidimensional geriatric assessment in the acute hospital and ambulatory practice. *Schweiz Med Wochenschr*. 1997 Oct 25;127(43):1781-8

¹³Winchester F, Ellis R, Kosma M, et al. Predictors of ADL Disability in Culturally Diverse Older Adults. *Int J Exerc Sci*. 2009 Jul 15;2(3):202-214

¹⁴Kroc Ł, Socha K, Sołtysik B, Cieślak-Skubel A, Piechocka-Włochniak E, Błaszczak R, Kostka T. Validation of the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13) in hospitalized older patients DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2016.03.008>

¹⁵Schuermans et al. Dos 13. Delirium Observation Scale. *Research and Theory for Nursing Practice*, 2003,1,31-50.

¹⁶Milisen K, Lemiengre J, Braes T, Foreman MD. Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. *J Adv Nurs*. 2005 Oct;52(1):79-90.

w zawansowanym wieku, jak i młodszych, bez ograniczeń sprawności funkcjonalnej¹⁷. Uzyskanie niskiego wyniku w badaniu MNA-SF wiąże się z większym ryzykiem zgonu chorego¹⁸, wyższym ryzykiem instytucjonalizacji opieki nad chorym¹⁹. Uzyskanie w tej skali 11 lub mniej punktów wskazuje na konieczność dalszej oceny pełnym testem²⁰. Problem niedożywienia często dotyczy pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych lub z dysfagią. Badanie MNA-SF umożliwi wykrycie ryzyka wystąpienia niedożywienia wcześniej, zanim nastąpi spadek masy ciała i obniżenie się stężenia albumin w surowicy krwi^{21,22}.

AMTS (Abbreviated Mental Test Score) to badanie składające się z 10 pytań, które ma na celu przesiewową ocenę sprawności funkcji poznawczych osoby badanej²³. Uzyskanie mniej niż 6 punktów w skali AMTS wymaga dalszej szczegółowej oceny chorego, np. w ramach COG-u, ze względu na podejrzenie występowania otępienia. W przypadku, w którym wcześniejsza ocena objawów majaczenia w skali DOS wynosi 3 lub więcej punktów wykonanie AMTS powinno być odroczone do czasu ustąpienia objawów majaczenia.

GDS (Geriatric Depression Scale) to badanie, które ma na celu przesiewową ocenę nastroju pacjenta²⁴. Uzyskanie w badaniu 4-punktową GDS (GDS-4) co najmniej 1 punktu wskazuje na zwiększone ryzyko współistnienia epizodu depresyjnego u osoby badanej^{25, 26}. Uzyskanie co najmniej 7 punktów w badaniu AMTS kwalifikuje w proponowanym modelu procedury eCOG POZ wykonanie oceny w skali GDS-15. W proponowanym przebiegu procedury eCOG wynik w skali GDS-15 powyżej 6 punktów interpretowany jest jako możliwość występowania depresji (bez różnicowania jej stopnia nasilenia).

TUG (Timed Up and Go) to badanie przesiewowe mające na celu ocenę chodu chorego i jego sprawności funkcjonalnej oraz ryzyka wystąpienia upadku. Wynik powyżej 12 sekund wiąże się z rosnącym prawdopodobieństwem upadków^{27, 28, 29, 30}. Taki wynik wskazuje na konieczność podjęcia szeregu działań zapobiegawczych, w tym odpowiedniej rehabilitacji chorego.

3.2. Warunki prawidłowego używania narzędzi używanych w ramach procedury eCOG

Właściwe przeprowadzanie badań stosowanych przy przeprowadzaniu procedury eCOG wymaga:

- przeszkolenia personelu w zakresie ich wykonywania,

¹⁷Vandewoude M, Van Gossum A. Nutritional screening strategy in nonagenarians: the value of the MNA-SF (mini nutritional assessment short form) in NutriAction. *J Nutr Health Aging*. 2013 Apr;17(4):310-4. Questionnaire based on items from validated screening instruments: the MNA-SF, the Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) and additional clinically relevant parameters (mobility, independence, social isolation and co-morbidities).

¹⁸Asimwe SB. Simplifications of the mini nutritional assessment short-form are predictive of mortality among hospitalized young and middle-aged adults. *Nutrition*. 2016 Jan;32(1):95-100.

¹⁹Donini LM, Poggiogalle E, Molino A, et al. Mini-Nutritional Assessment, Malnutrition Universal Screening Tool, and Nutrition Risk Screening Tool for the Nutritional Evaluation of Older Nursing Home Residents. *J Am Med Dir Assoc*. 2016 Aug 12.

²⁰Krzymińska-Siemienusko R, Wiczkowska-Tobis K. Ewolucja oceny niedożywienia u starszych chorych przy użyciu kwestionariusza MNA. *Geriatrics* 2012;6: 139-143

²¹Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006 Nov-Dec;10(6):466-85; discussion 485-7.

²²Schreiber FS, Becker I, Deckert P, Elsbernd H, Isensee C. Malnutrition and Laboratory Markers in Geriatric Patients. A Comparison of Neurologic-psychiatric, Internal and Trauma Surgical Diseases. *J Nutr Health Aging*. 2016 Apr;20(4):458-61.

²³Pendlebury S, Klaus S, Mather M, et al. Routine cognitive screening in older patients admitted to acute medicine: abbreviated mental test score (AMTS) and subjective memory complaint versus Montreal Cognitive Assessment and IQCODE. *Age and Ageing* 2015; 44: 1000-1005.

²⁴Ian M. Pomeroy, Christopher R, et al. The effectiveness of very short scales for depression screening in elderly medical patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Volume 16, Issue 3, pages 321-326, March 2001

²⁵Van Marwijk HW, Wallace P, de Bock GH, et al; Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. *Br J Gen Pract*. 1995 Apr;45(393):195-9.

²⁶Goring H, Baldwin R, Marriott A, et al. Validation of short screening tests for depression and cognitive impairment in older medically ill inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2004;19(5): 465-471.

²⁷Beauchet OI, Annweiler C, Assal F, et al. Imagined Timed Up & Go test: a new tool to assess higher-level gait and balance disorders in older adults? *Neurol Sci*. 2010 Jul 15;294(1-2):102-6.

²⁸Barry E, Galvin R, Keogh C, Horgan F, Fahey T. Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2014 Feb 1;14:14

²⁹Schoene D, Wu SM, Mikolajzak AS, et al. Discriminative ability and predictive validity of the timed up and go test in identifying older people who fall: systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2013 Feb;61(2):202-8.

³⁰Menant JC, Schoene D1, Sarofim M, Lord SR. Single and dual task tests of gait speed are equivalent in the prediction of falls in older people: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2014 Jul;16:83-104

- przeszkolenia personelu w zakresie ich interpretacji,
- przeszkolenia personelu w zakresie przestrzegania odpowiednich warunków przy wykonywaniu poszczególnych badań,
- zapewnienia odpowiednich warunków do ich wykonywania,
- dostarczenia dokładnych instrukcji wykonania poszczególnych badań,
- dostarczenia właściwych dokumentów wynikowych procedury eCOG nadających się do druku i dołączania do dokumentacji chorego,
- umożliwienia przeprowadzania procedury eCOG przy pomocy aplikacji komputerowej.

3.3. Ograniczenia i mocne strony dokonywania oceny chorego przy użyciu wybranych narzędzi

W proponowanym modelu procedury eCOG POZ użyto skal aktualnie stosowanych do oceny stanu funkcjonalnego pacjenta (VES-13), badań wykorzystywanych w Całościowej Ocenie Geriatrycznej (ADL, MNA-SF) oraz badań służących jako narzędzia przesiewowe (DOS, AMTS, GDS-15, TUG).

Powyższe narzędzia zostały przedstawione w pomocniczych materiałach szkoleniowych dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej (praca zbiorowa pod redakcją prof. dr hab. Barbary Bień i dr n. med. Katarzyny Broczek) opracowanych w ramach projektu systemowego pod nazwą *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej* współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Wspomniane materiały przeznaczono dla lekarzy i pielęgniarek POZ, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych i terapeutów środowiskowych.

Dobór sprawdzonych narzędzi, używanych w Całościowej Ocenie Geriatrycznej, umożliwia porównywanie uzyskiwanych wyników w czasie, np. podczas pobytu na oddziale geriatrycznym, kontroli w poradni geriatrycznej, pobytu w DDOM-ie, gdzie wykonanie COG-u jest obowiązkowe dla pensjonariuszy, którzy ukończyli 60 lat. Wykorzystanie skal i testów już używanych w programach edukacyjnych skierowanych do personelu medycznego umożliwia także szybsze wdrożenie procedury eCOG POZ. W proponowanym modelu procedury eCOG POZ zastosowano uproszczoną interpretację badań. Mają one na celu sygnalizować występowanie problemów opiekuńczych i zdrowotnych oraz zachęcać do przeprowadzenia bardziej szczegółowej oceny chorego. Zaproponowane badania nie wymagają dysponowania pogłębioną wiedzą w dziedzinie geriatrii.

3.4. Przeprowadzenie zaproponowanej procedury przy pomocy aplikacji eCOG POZ

Realizacja zaproponowanego schematu oceny chorego wymaga oddelegowania personelu pielęgniarskiego do wykonania testów geriatrycznych i udziału lekarza prowadzącego leczenie danego chorego do przygotowania karty wynikowej oceny geriatrycznej. Aby usprawnić procedurę, umożliwiono realizację zaproponowanego schematu oceny przy pomocy programu użytkowego przeznaczonego na komputer stacjonarny. Aplikacja komputerowa pozwala również gromadzić dane dotyczące wcześniej wykonanych badań.

Osoba oddelegowana do wykonania badania w ramach procedury eCOG POZ uzyskuje dostęp do aplikacji poprzez wprowadzenie swojego loginu i hasła. Zalogowana osoba ma możliwość wprowadzenia danych administracyjnych chorego (imię, nazwisko, pesel). Po wprowadzeniu wspomnianych danych do systemu, można albo wydrukować skale lub testy albo wykonać je, wprowadzając dane do aplikacji. Po zaznaczeniu odpowiedzi i zatwierdzeniu wpisu, system generuje wynik przeprowadzonego badania oraz prezentuje sugestie dotyczące kontynuacji oceny

chorego
w ramach procedury COG.

Funkcjonalność aplikacji pozwala na przedstawienie wykazu sugerowanych badań dla każdego chorego z osobna lub wygenerowanie listy pacjentów, u których wskazane jest wykonanie określonego badania z możliwością wydruku odpowiedniego formularza dla każdej z osób badanych, co pozwoli planować zadania oraz usprawni ocenę większej liczby pacjentów. Każdy formularz jest dostarczany w formacie umożliwiającym wydruk z danymi administracyjnymi chorego i nagłówkiem właściwym dla danej jednostki. Ponadto w obrębie danego badania obecne są ikony umożliwiające pominięcie wykonania testu z podaniem konkretnej przyczyny (np. zły stan ogólny pacjenta, brak możliwości wykonania badania z powodu nasilenia zaburzeń poznawczych lub występowania objawów majaczenia). Aplikacja udostępnia wgląd w przygotowaną instrukcję wykonania danego badania, dzięki czemu program zyskuje walor edukacyjny. Możliwa jest również personalizacja zaleceń przed zatwierdzeniem karty wynikowej do druku. Zmian może dokonać lekarz prowadzący danego chorego zależnie od jego stanu klinicznego.

Wykorzystanie aplikacji eCOG POZ umożliwia szybką i sprawną ocenę wielu pacjentów. Schemat badań został tak zaprojektowany, aby zminimalizować czas potrzebny do przeprowadzenia procedury. Po prawidłowym wprowadzeniu danych i wygenerowaniu karty wynikowej, dane dotyczące chorego są archiwizowane i pozostają dostępne dla użytkowników aplikacji eCOG POZ i mogą stanowić w przyszłości punkt odniesienia do kolejnej oceny. Interfejs aplikacji został zaprojektowany w sposób ergonomiczny, tak, aby obsługa programu była intuicyjna i aby zminimalizować czas niezbędny do obsługi samej aplikacji.

4. Rekomendowany przebieg procedury eCOG POZ

Procedura eCOG przebiega dwuetapowo. Pierwszym etapem jest wstępna ocena geriatryczna za pomocą skali VES-13 oraz ankiety wstępnej oceny geriatrycznej. W przypadku, w którym chory został zakwalifikowany do drugiego etapu procedury wykonywane są elementy oceny geriatrycznej.

4.1. Mapa przebiegu procedury eCOG POZ

Wykonanie eCOG POZ służy określeniu czy chory kwalifikuje się do:

- Całościowej Oceny Geriatrycznej, która może być wykonana na oddziale geriatrycznym, w poradni geriatrycznej lub DDOM-ie. Istotnym wydaje się zapisanie na skierowaniu, iż chory wymaga wykonania COG-u.

Wykonanie elementów oceny geriatrycznej wymaga wydania choremu **Karty Oceny Geriatrycznej** (patrz zał. A.),

4.2. Przeprowadzenie wstępnej oceny geriatrycznej-etap wspólny do przeprowadzenia w placówce POZ, domu pacjenta, Domu Opieki

W przedstawionym schemacie każdy chory po 60. roku życia nie znajdujący się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia podlega ocenie w skali VES-13. Uzyskanie w skali VES-13 wyniku równego 6 lub więcej punktów bądź wiek przekraczający 75 lat kwalifikuje chorego do wykonania procedur eCOG POZ.

Również wykonanie ankiety wstępnej oceny geriatrycznej, pozwala na wyłonienie zagadnień, których występowanie ma wpływ na dobór rodzaju opieki nad starszym chorym oraz identyfikuje ryzyko ewentualnej instytucjonalizacji. Uzyskanie w ww. ankiecie wyniku 2 i więcej punktów kwalifikuje chorego do wykonania procedur eCOG POZ.

Zapisywany jest również schemat aktualnie przyjmowanych leków wraz z ich dawkami.

4.3. Przeprowadzenie eCOG POZ w placówce POZ

Pacjent zakwalifikowany do dalszego etapu procedury eCOG POZ podlega ocenie w skalach ADL, AMTS oraz skróconej wersji MNA (nazywaną MNA-SF).

Wyniki oceny procedurą eCOG POZ przedstawiane są w postaci:Karty Oceny Geriatrycznej

Treść kart wynikowych procedury eCOG POZ zatwierdza lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej nadzorujący wykonanie procedury eCOG POZ

4.4. Przeprowadzenie eCOG POZ w domu pacjenta

Pacjent zakwalifikowany do dalszego etapu procedury eCOG POZ podlega ocenie w skalach ADL, AMTS oraz skróconej wersji MNA (nazywaną MNA-SF).

Jeżeli eCOG jest przeprowadzany w domu pacjenta i wynik w skali AMTS wynosi poniżej 3 punktów wskazane jest wykonanie dodatkowo skali DOS.

Wyniki oceny procedurą eCOG POZ przedstawiane są w postaci:Karty Oceny Geriatrycznej

Treść kart wynikowych procedury eCOG POZ zatwierdza lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej nadzorujący wykonanie procedury eCOG POZ

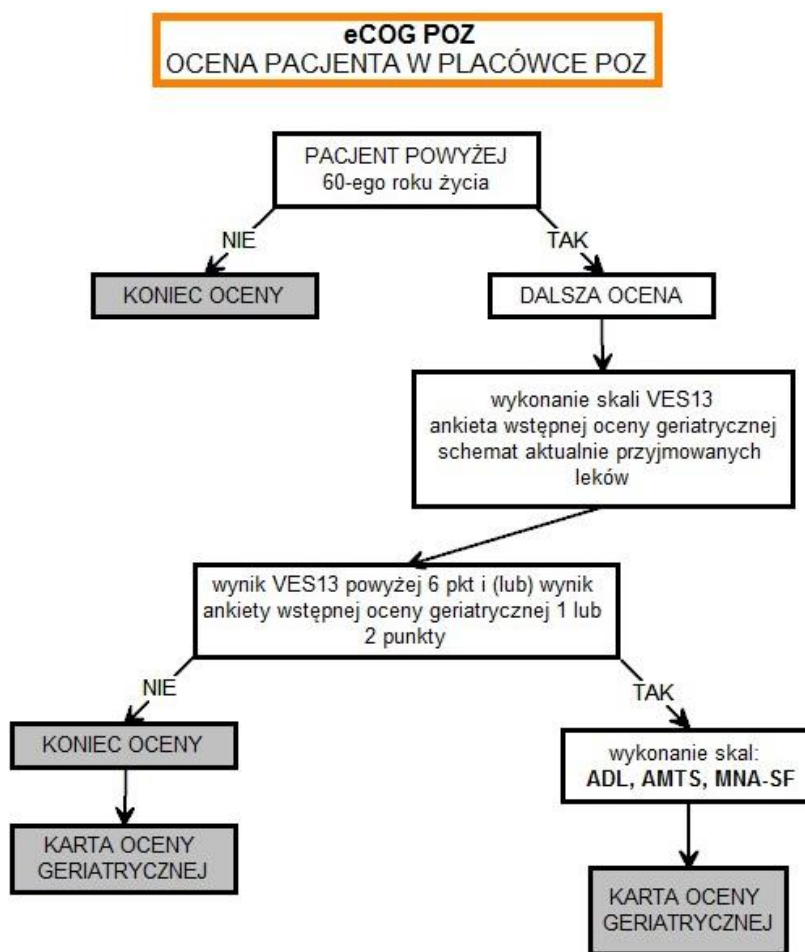
4.5. Przeprowadzenie eCOG POZ w Domu Opieki

W przypadku pacjentów przebywających w domach opieki w ramach procedury eCOG POZ chory podlega ocenie w skalach ADL, DOS, skróconej wersji MNA (nazywaną MNA-SF) oraz TUG (w przypadku, w którym chory porusza się samodzielnie, dopuszcza się asekurację sprzętem ortopedycznym i nie ma przeciwwskazań do jego pionizacji)

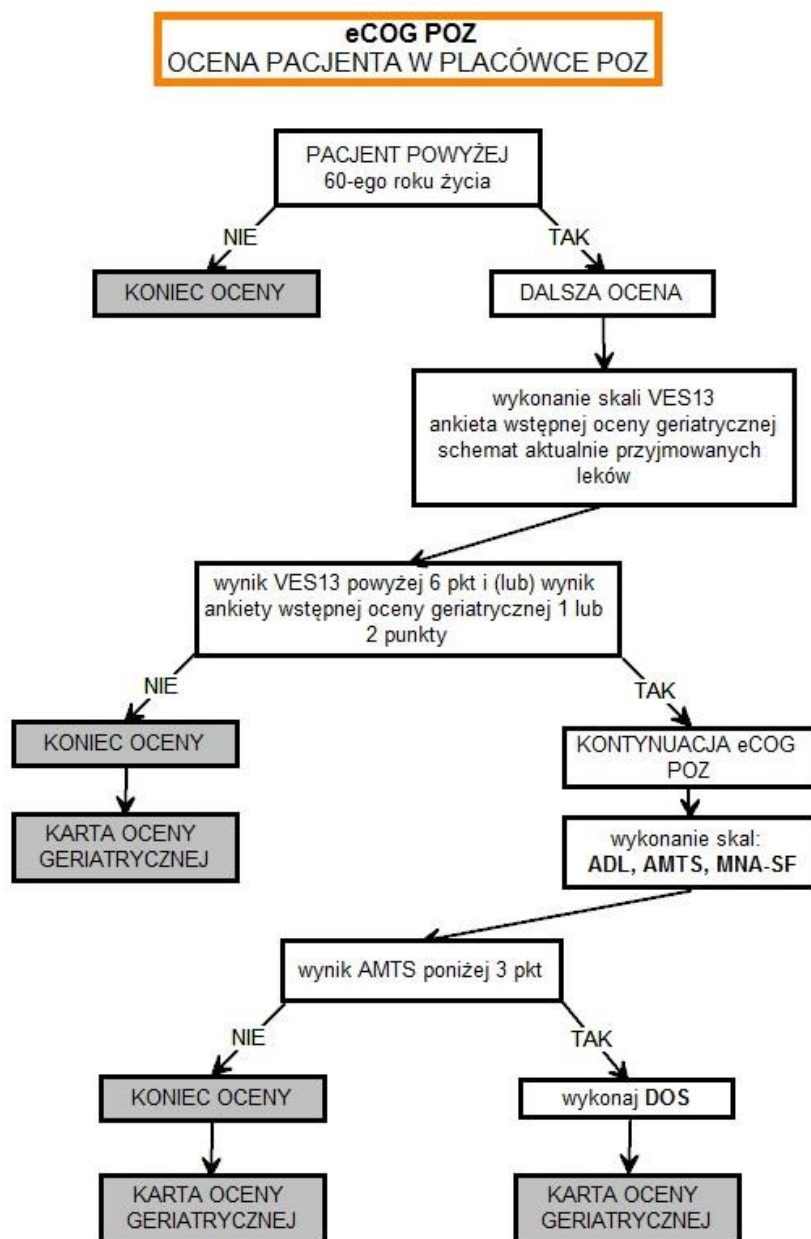
Jeżeli chory uzyskał 2 lub mniej punktów w skali DOS, powinien zostać oceniony badaniem AMTS. Jeżeli wynik badania AMTS wyniósł 7 lub więcej punktów, chory powinien zostać oceniony w skali GDS-15. Schemat organizacyjny eCOG POZ został przedstawiony na ryc. 4.

Wyniki oceny procedurą eCOG POZ przedstawiane są w postaci: Karty Oceny Geriatrycznej

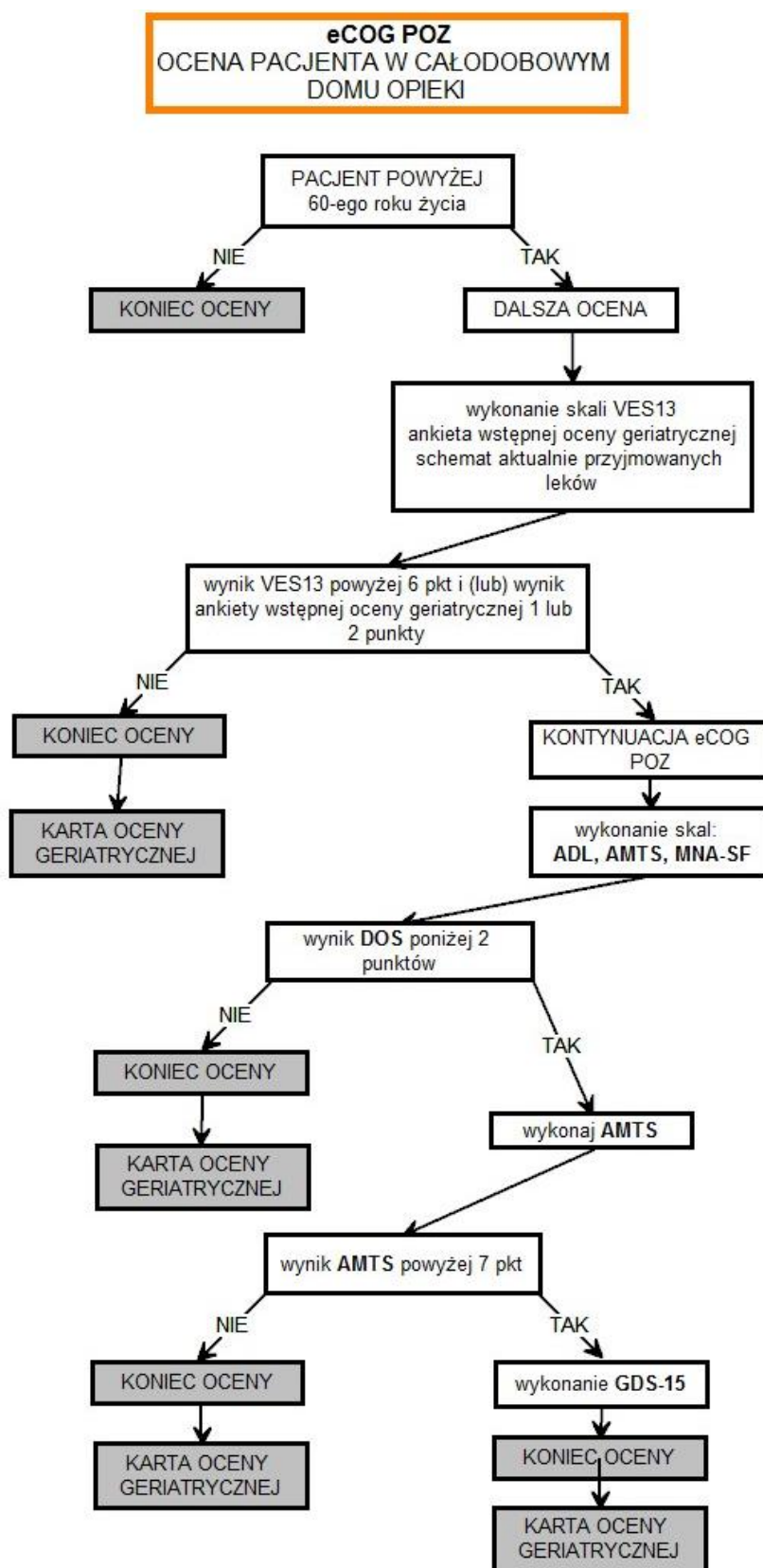
Treść kart wynikowych procedury eCOG POZ zatwierdza lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej nadzorujący wykonanie procedury eCOG POZ



Rysunek 2 Schemat eCOG POZ ocena pacjenta w placówce POZ.



Rysunek 3 Schemat eCOG POZ ocena pacjenta POZ przebywającego w domu.



Rysunek 4 Schemat eCOG POZ ocena pacjenta POZ przebywającego w całodobowym domu opieki.

5. Rekomendacje dla procedury eCOG

W niniejszym rozdziale przedstawiono zaproponowane rekomendacje e COG

5.1. Rekomendacje dla wstępnej oceny geriatrycznej w POZ

- Rekomendowane jest wykonanie oceny w skali VES-13 u każdej osoby, która ukończyła 60. rok życia.
- Rekomendowane jest wykonanie elementów Całościowej Oceny Geriatrycznej u każdej osoby, która uzyskała w skali VES-13 wynik równy 6 lub więcej punktów.
- Rekomendowane jest wykonanie ankiety wstępnej oceny geriatrycznej u każdej osoby, która ukończyła 60. rok życia.
- Rekomendowane jest wykonanie elementów Całościowej Oceny Geriatrycznej u każdej osoby, która uzyskała w ankiecie wstępnej oceny geriatrycznej wynik 2 i więcej punktów
-

5.2. Rekomendacje dla drugiego etapu oceny geriatrycznej w POZ

Rekomendacje dla elementów oceny geriatrycznej w POZ przypisano do poszczególnych badań wykonywanych w ramach procedury eCOG POZ. Przedstawiono je w tab. 8.

Rekomendacje dotyczące wdrożenia procedur opiekuńczych i leczniczych generowane na podstawie przeprowadzonej oceny geriatrycznej przedstawiono w tab. 9.

Tabela 2 Rekomendacje dla oceny geriatrycznej

Nazwa skali lub testu	Rekomendacje dla drugiego etapu oceny geriatrycznej POZ
ADL	rekomendowane jest obowiązkowe wykonanie oceny w tej skali podczas e COG POZ w placówce POZ, w domu pacjenta oraz w całodobowym domu opieki
DOS	rekomendowane jest obowiązkowe wykonanie oceny w tej skali podczas e COG w domu pacjenta jeśli wynik AMTS wynosi 3 i mniej punktów, rekomendowane jest obowiązkowe wykonanie oceny tej skali podczas eCOG w Domu Opieki
AMTS	rekomendowane jest obowiązkowe wykonanie tego badania e COG POZ w placówce POZ, w domu pacjenta oraz w całodobowym domu opieki jeśli wynik DOS wynosi poniżej 2 punkty
GDS-15	rekomendowane jest wykonanie badania w całodobowym domu opieki , jeżeli wynik badania AMTS wynosi 7 lub więcej punktów
TUG	rekomendowane jest odstąpienie od badania, w przypadku eCOG POZ w placówce POZ oraz domu pacjenta a także w przypadku jeżeli pionizacja chorego jest niemożliwa rekomendowane jest obowiązkowe wykonanie badania podczas e COG POZ w całodobowym domu opieki jeżeli chory porusza się samodzielnie lub asekurowując się sprzętem ortopedycznym
MNA-SF	rekomendowane jest obowiązkowe wykonanie skali podczas e COG POZ w placówce POZ, w domu pacjenta oraz w całodobowym domu opieki

Tabela 3 Rekomendacje dotyczące wdrożenia procedur opiekuńczych i leczniczych.

Nazwa skali lub testu	Rekomendacje do Karty Oceny Geriatrycznej eCOG POZ
Ankieta Wstępnej Oceny Geriatrycznej	rekomendowane jest wsparcie chorego w wybranych czynnościach higienicznych, jeżeli wynik ankiety wynosi 3 lub więcej punktów
ADL	rekomendowana jest stała opieka osób drugich nad chorym, jeżeli wynik ADL wynosi 0-2 punkty rekomendowane jest konieczne objęcie chorego opieką osób drugich, jeżeli wynik ADL wynosi 3-4 punkty
DOS	rekomendowane jest wdrożenie działań zapobiegawczych, jeżeli wynik w skali DOS wykonanej w domu pacjenta lub Domu Opieki wynosi 3 lub więcej punktów rekomendowane są <ul style="list-style-type: none"> • ocena stężenia glukozy dwa razy w ciągu doby co 12 godzin, w tym w godzinach nocnych, • ocena wartości ciśnienia tętniczego dwa razy w ciągu doby, co 12 godzin, • ocena stężenia elektrolitów: sodu, potasu, chloru • prowadzenie bilansu płynów przyjętych i wydalonych, • wdrożenie wczesnej interwencji farmakologicznej lub nefarmakologicznej przeciwko majaczeniu
AMTS	jeżeli wynik AMTS-u wynosi 6 lub mniej punktów rekomendowane jest (profilaktyczne) powtórzenie badania oceny funkcji poznawczych po upływie roku lub w razie pojawienia się zaburzeń pamięci, jeżeli wynik AMTS-u wynosi 7 lub więcej punktów
GDS -15	rekomendowane jest wykonanie testu podczas e COG POZ w całodobowym Domu Opieki, jeśli wynik AMTS wynosi 7 i więcej punktów rekomendowana jest bardziej szczegółowa ocena nastroju, jeżeli wynik GDS-15 wynosi 6 lub więcej punktów rekomendowane jest (profilaktyczne) powtórzenie badania oceny nastroju po upływie roku lub w razie pojawienia się dolegliwości bólowych, jeżeli wynik AMTS-u wynosi 5 lub mniej punktów
TUG	rekomendowane jest wykonanie przez fizjoterapeutę oceny ryzyka upadków oraz zapotrzebowania na sprzęt ułatwiający poruszanie się, jeżeli wynik TUG wynosi 14 lub więcej sekund
MNA-SF	rekomendowana jest dalsza ocena i wykonanie oceny w skali MNA w pełnej wersji, jeżeli wynik MNA-SF wynosi 11 lub mniej punktów

Podsumowanie

Wprowadzenie procedury elementów Całościowej Oceny Geriatrycznej w POZ może w istotny sposób poprawić jakość opieki, zmniejszyć liczbę hospitalizacji oraz zapewnić lepszą jakość opieki nad chorym w warunkach ambulatoryjnych. Wprowadzenie elementów Całościowej Oceny Geriatrycznej w POZ może doprowadzić do szybszej identyfikacji istotnych problemów opiekuńczych wpływających bezpośrednio na proces pielęgnacji i terapii już oraz dostarczyć informacji odnośnie sprawności funkcjonalnej i potrzeb zdrowotnych chorego zadeklarowanego do placówki POZ

Procedura eCOG POZ składa się ze wstępnej oceny geriatrycznej wykonywanej za pomocą skali VES-13 oraz ankiety wstępnej oceny geriatrycznej, których wynik kwalifikuje pacjentów do dalszej procedury eCOG POZ

Proponowany schemat oceny zawiera baterię skal i testów możliwych do wykonania przez personel medyczny w krótkim czasie, a proponowana aplikacja eCOG POZ dodatkowo przyspiesza ten proces. Wykorzystane narzędzia oceny umożliwiają obiektywną ocenę sprawności funkcjonalnej oraz zapotrzebowania chorego na opiekę.

Załączniki

A. Karta Oceny Geriatrycznej eCOG POZ

KARTA OCENY GERIATRYCZNEJ eCOG

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

ETAP WSTĘPNY			
Wynik VES-13:	pkt (liczba uzyskanych punktów w skali VES-13)		
Ankieta wstępnej oceny geriatrycznej	pkt (liczba uzyskanych punktów w ankiecie)		
	<ul style="list-style-type: none"> nie stwierdzono obecności czynników obniżających sprawność funkcjonalną (0 pkt) obecne prawdopodobieństwo pogorszenia sprawności funkcjonalnej (1-2 pkt) obecne ryzyko pogłębienia niesprawności funkcjonalnej (3 lub więcej pkt) wskazane wsparcie pacjenta(tki) w wybranych czynnościach higienicznych (3 lub więcej pkt) 		
<p>Wynik VES-13 powyżej 6 pkt i (lub) wynik wstępnej ankiety oceny geriatrycznej 1 lub 2 pkt</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">kontynuacja eCOG</p>			
Wykonano następujące skale/testy oceny geriatrycznej eCOG (ZAKREŚLIĆ):			
Skale	ADL	AMTS	MNA-SF
Skale	DOS	GDS-15	TUG
Skala ADL:	wynik oceny: pkt		
zakreśl odpowiedź zależnie od ilości uzyskanych punktów w skali ADL przy wypisie	<ul style="list-style-type: none"> poważna niesprawność w zakresie podstawowych czynności życia codziennego ocenianych w skali ADL. Wskazana stała opieka osób drugich. Istnieje prawdopodobieństwo, że pacjent(ka) jest lub będzie niezdolny do samodzielnej egzystencji (0-2 pkt) umiarkowana niesprawność w zakresie podstawowych czynności życia codziennego ocenianych w skali ADL. Konieczne objęcie pacjenta(tki) opieką osób drugich (3-4 pkt) pacjent(ka) sprawny(a) w zakresie podstawowych czynności życia codziennego ocenianych w skali ADL. 		
Skala MNA-SF	wynik oceny: pkt		
zakreśl odpowiedź zależnie od ilości uzyskanych pkt	<ul style="list-style-type: none"> w przesiewowym badaniu stanu odżywienia ocenianego skróconą wersją MNA stwierdzono możliwość wystąpienia niedożywienia. Wskazana dalsza ocena i wykonanie oceny w pełnej wersji skali MNA (<1 pkt) wynik przesiewowy badania stanu odżywienia ocenianego w MNA-SF w granicach normy (12-14 pkt) 		
Skala AMTS	wynik oceny: pkt		
zakreśl odpowiedź zależnie od ilości uzyskanych pkt	<ul style="list-style-type: none"> w przesiewowym badaniu stwierdzono głębokie zaburzenia sprawności umysłowej. Wskazana bardziej szczegółowa ocena funkcji poznawczych w okresie niewystąpienia majaczenia (0-3 pkt) w przesiewowym badaniu stwierdzono umiarkowane zaburzenia sprawności umysłowej. Wskazana bardziej szczegółowa ocena funkcji poznawczych w okresie nie wystąpienia majaczenia (4-6 pkt) wynik przesiewowego badania w granicach normy. Wskazane (profilaktyczne) powtórzenie badania po upływie roku lub w razie pojawienia się zaburzeń pamięci (7-10 pkt) 		

<p>Skala DOS</p> <p>zakreśl odpowiedź zależnie od ilości uzyskanych pkt (każdy wynik równy 3 lub więcej pkt wskazuje na obecność majaczenia)</p>	<p>wynik oceny: pkt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nie stwierdzono obecności objawów majaczenia ocenianych w skali DOS (0 pkt) • stwierdzono prawdopodobieństwo występowania objawów majaczenia niespełniającego kryteriów skali DOS. Obecne ryzyko rozwoju majaczenia w przeszłości (1-2 pkt) • stwierdzono występowanie objawów majaczenia spełniającego kryteria skali DOS (3 i więcej pkt)
<p>Skala GDS-15</p> <p>zakreśl odpowiedź zależnie od ilości uzyskanych pkt</p>	<p>wynik oceny: pkt</p> <ul style="list-style-type: none"> • w przesiewowym badaniu stwierdzono nie stwierdzono istotnych zaburzeń. Wskazane (profilaktyczne) powtórzenie badania po upływie roku lub w razie nasilenia się dolegliwości bólowych (0-5 pkt) • w przesiewowym badaniu stwierdzono prawdopodobieństwo współistnienia epizodu depresyjnego. Wskazana bardziej szczegółowa ocena (6-15 pkt)
<p>Test TUG</p>	<p>wynik oceny: sekund</p> <ul style="list-style-type: none"> • wynik testu w granicach normy. Szybkość chodu i sprawność funkcjonalna prawidłowa (≤ 13 sekund) • wynik testu nieprawidłowy. Wolne tempo chodu. Wskazana do wykonania przez fizjoterapeutę oceny ryzyka upadków oraz zapotrzebowania na sprzęt ułatwiający poruszanie się (≥ 14 sekund)

B. Narzędzia używane w ramach procedury eCOG

KARTA WSTĘPNEJ OCENY GERIATRYCZNEJ eCOG POZ

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Skala VES-13 w wersji z oryginalną punktacją (standardy postępowania w opiece geriatrycznej 2013, stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, str. 30)

OCENIANE OBSZARY			ocena:
1	Wiek badanego	60-74	0
		75-84	1
		85+	3
2	Samoocena Stanu Zdrowia	Wspaniałe lub dobre	TAK = 0
		Przeciętne lub złe	TAK = 1
3	Czy ma Pan/i znaczne trudności z wykonaniem poniższych czynności lub ich wykonanie jest niemożliwe:		
	Pochylenie, kucanie, klękanie.		TAK/NIE
	Sięganie lub utrzymywanie ramion powyżej barków.		TAK/NIE
	Pisanie lub utrzymanie drobnych przedmiotów.		TAK/NIE
	Przejęcie około 400 metrów.		TAK/NIE
	Ciężka praca domowa jak mycie podłóg lub okien.		TAK/NIE
	Jeśli dwie (lub więcej) z odpowiedzi są pozytywne – należy przyznać maksimum 2 punkty, a jeśli jedna, to 1 punkt	 pkt (0-2 pkt)
4	Czy z powodu stanu zdrowia lub ograniczeń w sprawności ma Pan/i trudności z wykonywaniem następujących czynności lub ich nie wykonuje:		
	Zakupy produktów na potrzeby własne, np. produkty toaletowe, leki		TAK/NIE
	Rozporządzanie własnymi pieniędzmi: śledzenie wydatków, opłacanie rachunków		TAK/NIE
	Przejście przez pokój (również przy pomocy kuli, laski lub balkonika)		TAK/NIE
	Wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie naczyń, ścieranie kurzu)		TAK/NIE
	Kąpiel w wannie lub pod prysznicem		TAK/NIE
	Jeśli choć jedna z odpowiedzi jest pozytywna, to należy przyznać 4 punkty (maksimum)	 pkt (0 lub 4 pkt)
RAZEM		 pkt (max 10 pkt)

Jeżeli uzyskano 6 i więcej punktów w skali VES-13, to chory:

- podlega dalszej ocenie na oddziale szpitalnym w przypadku, gdy zostaje przyjęty na oddział szpitalny,
- wymaga wykonania pełnej kompleksowej oceny geriatrycznej w poradni geriatrycznej lub na oddziale geriatrycznym.

KARTA OCENY GERIATRYCZNEJ eCOG

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Lp	Nazwa leku, jego postać, jego dawka	Informacje odnośnie sposobu przyjmowanie leku
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		

C. Skrócony Test Sprawności umysłowej Skrócony Test Sprawności Umysłowej

(AMTS, Abbreviated Mental Test Score, wg Hodgkinsona) [Źródło: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej: Podręcznik dla lekarzy i studentów. Red.: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Via Medica Kraków 2006]

Imię i Nazwisko

PESEL:

Oceny nie wykonujemy gdy wynik badania Skalą DOS wynosi ≥ 3 pkt. Wykonujemy ją gdy wynik skali DOS wynosi 0 - 2 pkt;

Lp	Pytanie	1 punkt za poprawną odpowiedź
1	Ile ma P. lat?	
2.	Która jest godzina? (z dokładnością do jednej godziny)	
3	Adres, który powiem proszę powtórzyć i zapamiętać: „ul. Gruszkowa 42”	
4	Który mamy rok ?	
5	Jaki jest P. adres?	
6	Kiedy się P. urodził (a)?	
7	W którym roku rozpoczęła się II wojna światowa?	
8	Jak się nazywa nasz obecny prezydent?	
9	Proszę policzyć wstecz od 20 do 1	
10	Proszę powtórzyć adres, który podałam(em)	
	Suma punktów/10

Interpretacja uzyskanego wyniku:

0-3 pkt. - W przesiewowym badaniu stwierdzono głębokie zaburzenia sprawności umysłowej. Wskazana bardziej szczegółowa ocena funkcji poznawczych.

4-6 pkt.- W przesiewowym badaniu stwierdzono umiarkowane zaburzenia sprawności umysłowej. Wskazana bardziej szczegółowa ocena funkcji poznawczych..

7-10 pkt. -Wynik przesiewowego badania w granicach normy. Wskazane (profilaktyczne) powtórzenie badania za rok lub w razie pojawienia się zaburzeń pamięci

Podpis i pieczętka osoby wykonującej ocenę

3. Kwestionariusz oceny stopnia odżywienia (Guigoz Y et al.: *Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool or grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology* 1994; 2:15-59) [Źródło: *Wieczorowska-Tobis K., Talarńska D. (red.) Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, PZWL, Warszawa, 2008*]

A. Czy przyjmowanie pokarmów w okresie ostatnich trzech miesięcy zmniejszyło się z powodu utraty apetytu, problemów z trawieniem, żuciem czy połykaniem?

- w dużym stopniu – 0 pkt.
- w umiarkowanym stopniu – 1 pkt
- nie zaobserwowano – 2 pkt.

B. Utrata masy ciała w ostatnich trzech miesiącach:

- więcej niż 3 kg – 0 pkt.
- badana osoba nie wie, nie potrafi sprecyzować – 1 pkt
- utrata masy ciała 1-3 kg – 2 pkt.
- bez utraty masy ciała – 3 pkt.

C. Mobilność/zdolność do samodzielnego przemieszczania się:

- nie opuszcza sam (sama) łóżka lub krzesła – 0 pkt.
- jest w stanie sam (sama) podnieść się z łóżka lub krzesła, lecz nie wychodzi na zewnątrz – 1 pkt
- wychodzi samodzielnie z domu - 2 pkt.

D. Czy w ciągu trzech ostatnich miesięcy wystąpiła u pani/pana choroba o przebiegu ostrym lub stres o znacznym nasileniu?

- tak – 0 pkt.
- nie – 2 pkt.

E. Problemy neuropsychologiczne:

- znacznego stopnia demencja lub depresja – 0 pkt.
- umiarkowanego stopnia demencja lub depresja – 1 pkt
- bez problemów psychologicznych – 2 pkt.

F. Wskaźnik Masy Ciała (BMI, ang. *Body Mass Index*)

- BMI poniżej 19 – 0 pkt.
- BMI między 19 a 21 – 1 pkt
- BMI > 21 i ≤ 23 – 2 pkt.
- BMI > 23 – 3 pkt.

WYNIK KOŃCOWY:/14 punktów

D. Test „Wstań i Idź” - Timed Up and Go (TUG)

Test „Wstań i Idź” - Timed Up and Go (TUG) (Podsiadlo D., Richardson S.: The Timed Up & Go: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991;39:142-148; Bohannon RW.: Reference values for the timed up and go test: a descriptive meta-analysis. J Geriatr Phys Ther 2006;29:64-68)

Imię i Nazwisko

PESEL:

Rekomendowane jest odstąpienie od badania, jeżeli pionizacja chorego jest niemożliwa.

Rekomendowane jest wykonanie badania, jeżeli chory porusza się samodzielnie lub asekurując się sprzętem ortopedycznym.

Test służy między innymi do oceny chodu i sprawności funkcjonalnej.

Przeprowadzenie testu: Badany siedzi na krześle bez oparcia na łokcie, z plecami opartymi o oparcie (odległość siedziska od podłoża około 46 cm). Na komendę "START" badany ma za zadanie:

- wstać z krzesła;
- pokonać po płaskim terenie w normalnym tempie dystans 3 metrów;
- przekroczyć linię (lub punkt) kończąca/y wyznaczony dystans 3 metrów;
- wykonać obrót o 180 stopni;
- wrócić do krzesła i ponownie przyjąć pozycję siedzącą.

Wynikiem testu jest czas (w sekundach) potrzebny do wykonania zadania od usłyszenia słowa start do chwili kiedy badany zakończy siadanie na krześle.

Wynik testu: (sekundy)

Interpretacja uzyskanego wyniku:

< 13 sekund - Wynik testu w granicach normy. Szybkość chodu i sprawność funkcjonalna prawidłowa

>14 sekund - Wynik testu nieprawidłowy. Wolne tempo chodu. Wskazana ocena ryzyka upadków, ustalenie przyczyn spowolnienia chodu oraz rozważenie zaopatrzenia (ocena z udziałem fizjoterapeuty) badanej osoby w sprzęt ortopedyczny ułatwiający poruszanie się.

Podpis i pieczętka osoby wykonującej ocenę