POMOCNICZE MATERIAŁY SZKOLENIOWE DLA UCZESTNIKÓW SZKOLEŃ Z ZAKRESU OPIEKI GERIATRYCZNEJ*

opracowane w ramach projektu systemowego

Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej

współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki

Praca zbiorowa pod redakcją
Prof. dr hab. Barbary Bień i dr n. med. Katarzyny Broczek

*przeznaczone dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych i terapeutów środowiskowych, do użytku wewnętrznego i wykorzystania wyłącznie w celach szkoleniowych na kursach realizowanych w ramach projektu „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej".

Warszawa, 2012 r.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Autorzy:

1. Prof. dr hab. Barbara Bień, Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku;
2. dr n. med. Katarzyna Broczek, Klinika Geriatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny;
3. dr n. med. Alicja Klich-Rączka, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński;
4. dr n. med. Zbigniew Machaj, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Geriatrii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu;
5. Mgr Ewa Majsterek, Departament Pielęgniarek i Położnych, Ministerstwo Zdrowia
6. Prof. nadzw. dr hab. Marek Żak, Katedra Rehabilitacji Klinicznej, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie.

Recenzent:

Prof. dr hab. Tomasz Grodzicki, Konsultant Krajowy w dziedzinie Geriatrii

I. Wprowadzenie

Katarzyna Broczek, Barbara Bień

Starzenie się populacji jest zjawiskiem, o którym coraz więcej słyszymy. Praktyczną konsekwencją tego procesu w wymiarze zdrowia jest to, że pracownicy ochrony zdrowia coraz częściej spotykają się z pacjentami w starszym wieku, w tym z osobami w zaawansowanym wieku podeszłym, którzy często są tzw. „trudnymi pacjentami" ze względu na wielochorobowość, współistnienie zaburzeń funkcji poznawczych i niesprawności fizycznej.

Liczba specjalistów w dziedzinie geriatrii w Polsce jest niewielka i obejmuje około 250 lekarzy posiadających specjalizację z geriatrii i około 300 pielęgniarek posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego. Dostępność specjalistycznej opieki geriatrycznej jest zatem niedostateczna. W funkcjonującym systemie ochrony zdrowia opieka nad starszym pacjentem realizowana jest w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) przy współpracy z deficytową siecią specjalistycznych poradni i oddziałów geriatrycznych. Lekarze POZ kontynuują i koordynują leczenie wielu wąskich specjalistów, napotykając na liczne dylematy terapeutyczne. Pracownicy POZ nie są dotąd przygotowani do sprawowania całościowej opieki geriatrycznej, która zbyt często utożsamiana jest z opieką długoterminową i paliatywną, podczas gdy jednym z podstawowych zadań geriatrii jest wczesne rozpoznawanie i leczenie oraz prewencja chorób wieku starszego.

Projekt systemowy pt. „*Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*" jest innowacyjnym przedsięwzięciem edukacyjnym, którego realizacja może przyczynić się do stworzenia podstaw dla nowej jakości opieki geriatrycznej w Polsce. Opracowane w ramach projektu programy kształcenia w zakresie opieki geriatrycznej dla poszczególnych grup zawodowych stanowią nowość na rynku ofert szkoleniowych w tym zakresie.

Lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci oraz opiekunowie medyczni i terapeuci środowiskowi biorący udział w szkoleniach realizowanych na podstawie tych programów zdobędą wiedzę i umiejętności przydatne w codziennej praktyce, a także będą mieli szansę stać się liderami w zakresie opieki geriatrycznej w swoich miejscach pracy i środowiskach.

Uczestnicy kursów zapoznają się z zasadami całościowej oceny geriatrycznej i interdyscyplinarnej opieki nad pacjentem w starszym wieku, a także przyswoją sobie algorytmy postępowania w konkretnych sytuacjach klinicznych i zakres świadczeń dla

pacjentów w starszym wieku z uwzględnieniem obowiązujących rozwiązań prawnych. Szkolenia umożliwią poznanie zakresu kompetencji wszystkich członków zespołu terapeutycznego i wypracowanie wspólnego języka, który jest koniecznym warunkiem współpracy w zespole.

W ramach projektu opracowano również niniejsze *Pomocnicze materiały szkoleniowe,* stanowiące integralną część programów kształcenia. Pierwsza część materiałów zawiera zwięzłe omówienie zasad całościowej oceny geriatrycznej (COG), stanowiącej standard postępowania diagnostycznego w geriatrii. Kolejna część definiuje rolę i zadania członków interdyscyplinarnego zespołu praktyków podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie COG w odniesieniu do pacjenta w środowisku jego zamieszkania. Ostatnią część materiałów stanowi zbiór standaryzowanych skal i testów stanowiących instrumentarium dedykowane praktykom opieki geriatrycznej do szacowania stopnia deficytu funkcji psychofizycznych niesprawnych osób starszych, bądź ryzyka problemu zdrowotnego. Ta część proponuje również metodę oceny sytuacji opiekunów rodzinnych osób starszych niesprawnych. Procedury te stosowane w ramach współpracy między praktykami mają na celu poprawę jakości życia starszej osoby i jej opiekuna rodzinnego poprzez planowanie i organizowanie kompleksowej opieki długoterminowej z poszanowaniem woli i godności osobistej osób starszych.

Autorzy programów szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej dla poszczególnych grup zawodowych wyrażają nadzieję, że udział w szkoleniu będzie dla uczestników motywacją do dalszego rozwoju zawodowego i przyczyni się do poprawy jakości opieki geriatrycznej.

II. Opis projektu

Ewa Majsterek

Narastające zjawisko starzenia się społeczeństwa wymaga wprowadzenia zmian w systemie opieki zdrowotnej skierowanej do osób starszych, które powinny być powiązane ze zmianami w systemie kształcenia kadr medycznych w zakresie geriatrii. Częściową odpowiedzią na te potrzeby może być realizowany w latach 2012-2015 przez Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie projekt systemowy pn. *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*, współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

Celem projektu jest poprawa opieki nad osobami w wieku podeszłym w Polsce poprzez podniesienie kompetencji kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej.

Szkoleniami objętych zostanie 2 000 lekarzy POZ, 2 000 pielęgniarek POZ, 1 000 fizjoterapeutów, 200 opiekunów medycznych oraz 200 terapeutów środowiskowych. Szkolenia realizowane będą na podstawie programów kształcenia opracowanych w ramach projektu przez zespoły ekspertów powołane w ramach Zespołu ds. gerontologii przy Ministrze Zdrowia.

Wykonawcy szkoleń zostaną wyłonieni w drodze zamówienia publicznego. Szkolenia realizowane będą w okresie: IV kwartał 2012 r. - II kwartał 2015 r. i będą bezpłatne dla uczestników. Koszt szkoleń pokrywany będzie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Dodatkowo, uczestnicy otrzymają wsparcie w postaci zwrotu kosztów zakwaterowania i dojazdu na szkolenie.

Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej, będące efektem realizacji projektu, powinno przyczynić się do wypracowania modelu opieki nad osobami starszymi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym w środowisku zamieszkania, opartego na współpracy poszczególnych grup zawodowych objętych projektem. W ramach projektu, na podstawie m.in. ankiet wypełnianych przez uczestników szkoleń oraz wywiadów z ekspertami, przeprowadzona zostanie ewaluacja obecnego systemu opieki nad osobami starszymi w Polsce. Na jej podstawie zostaną wypracowane założenia kompleksowej opieki nad osobami starszymi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunków jej realizacji, w tym poprawy systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej, co w efekcie powinno przyczynić się do poprawy sytuacji w tym zakresie.

Założeniem projektu jest także, aby jego realizacja przyczyniła się do wzrostu wiedzy w społeczeństwie, w tym wśród kadr medycznych oraz osób odpowiedzialnych za realizację i finansowanie świadczeń zdrowotnych na temat potrzeby sprawowania kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki nad osobami starszymi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Projekt jest przedsięwzięciem ogólnopolskim. Jego wartość wynosi ponad 22 mln złotych.

Więcej informacji można znaleźć na stronie internetowej projektu: www.geriatria.mz.gov.pl, do odwiedzenia której serdecznie zapraszamy.

III. Całościowa Ocena Geriatryczna [COG] standardem w interdyscyplinarnej ocenie i opiece nad pacjentem w wieku starszym

Barbara Bień

Definicja: Całościowa Ocena Geriatryczna jest wielowymiarowym, interdyscyplinarnym i zintegrowanym procesem diagnostycznym służącym do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (medycznych, fizycznych, psychicznych, socjalnych i społecznych) starszego pacjenta celem oszacowania obszarów deficytów funkcjonalnych i ustalenia priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych[1].

Cele COG:

- planowanie terapii;
- planowanie rehabilitacji;
- planowanie opieki długoterminowej;
- koordynacja celów wyznaczonych przez świadczeniodawców (eliminacja konfliktów);
- optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów.

Całościowa ocena geriatryczna daje szansę wykrycia problemów niewidocznych przy tradycyjnym podejściu medycznym do pacjenta w starszym wieku, a które okazują się tymi zasadniczymi z jego perspektywy i obiektywnie. Czasem wymagają one tylko niewielkiej interwencji, by diametralnie poprawić jakość życia i funkcjonowanie osoby starszej (nowe okulary, aparat słuchowy, balkonik, etc.)

Podmiotem COG może być każda osoba starsza, jednak procedura ta jest szczególnie rekomendowana do przeprowadzenia wśród tzw. pacjentów geriatrycznych:

- najczęściej w późnej starości;
- osób zniedołężniałych (*frail*);
- osób o złożonej niesprawności;
- osób w krytycznych momentach ich życia (stan po udarze, zawale, nagłe pogorszenie sytuacji ekonomicznej, wdowieństwo lub inne niezwykle stresujące sytuacje).

Przez pojęcie 'pacjent geriatryczny' najczęściej rozumie się chorego najstarszego, najbardziej schorowanego, skomplikowanego i zniedołężniałego, u którego współistnieje bardzo wiele procesów chorobowych i interakcji między nimi i stosowanym leczeniem oraz warunkami środowiskowymi (samotność, zubożenie, upadki z następowymi uszkodzeniami, zaniedbania

[1] Rubenstein LZ. An overview of comprehensive geriatric assessment. In Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R (eds): Geriatric Assessment Technology. The State of the Art. Milan, Editrice Kurtis, 1995, pp 1-9.

higieniczne i opiekuńcze, etc.). Prowadzi to do ogromnie wielu obrazów klinicznych zespołów chorobowych, których wykrywanie i prowadzenie jest dużym wyzwaniem intelektualnym. Przesiewową identyfikację pacjentów geriatrycznych zapewnia stosowanie kwestionariusza VES-13, honorowane przez NFZ w Polsce do rozliczania procedury COG w czasie hospitalizacji w oddziałach geriatrycznych (p. Rozdział 9.).

Skutki przebytych, współistniejących, zarówno rozpoznanych, jak i ukrytych chorób, manifestują się u takich pacjentów w postaci tzw. wielkich zespołów geriatrycznych (od ang. *Geriatric Giants*), do których należy otępienie, depresja, majaczenie, niestabilność chodu i zaburzenia równowagi, upadki, niedożywienie kaloryczno-białkowe, hipotonia ortostatyczna, nietrzymanie moczu lub/i stolca, odleżyny, zaburzenia układu sercowo-naczyniowego, hormonalne, etc. Każdy z wymienionych problemów geriatrycznych stanowi sumę złożonych deficytów funkcjonalnych: narządowych (serce, mózg, wzrok, słuch, skóra, etc.) , układowych (krążenie, oddychanie, wydalanie, poznawanie, emocje, etc.) i społecznych (relacje rodzinne, samotność, niedostatek materialny, opiekuńczy, etc.). Ich wykrywanie jest łatwiejsze przy zastosowaniu baterii standaryzowanych testów wchodzących w zakres instrumentarium COG (p. Rozdział 9). Z tego powodu COG stanowi standard w podejściu geriatrycznym wobec starszego pacjenta[2].

Ideą podejścia geriatrycznego jest zespołowa i interdyscyplinarna współpraca wszystkich praktyków geriatrycznych – lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, opiekuna medycznego, terapeuty środowiskowego, pracownika socjalnego, a w razie potrzeby również logopedy, dietetyka, farmaceuty lub kapelana. Każdy z nich w pierwszej kolejności ocenia pacjenta za pomocą profesjonalnych metod przypisanych swojemu zawodowi, a jednocześnie dokonuje oceny funkcjonalnej lub interpretacji COG w celu zdefiniowania priorytetowych u indywidualnego pacjenta obszarów potrzeb. Te zdefiniowane wówczas problemy są poddawane fazie rozwiązywania przez poszczególnych członków zespołu w ramach interdyscyplinarnej współpracy. Procedurę podejścia geriatrycznego ilustruje rycina 1.

[2] Bień B. An older person as a subject of comprehensive geriatric approach. Rocz Akad Med Bialym. 2005; 50, Suppl. 1: 189-92.

Rycina 1. Etapy podejścia geriatrycznego stosowane wobec indywidualnego pacjenta geriatrycznego

I Etap	COG	✓ Ocena zdrowia, stanu klinicznego (zgodnie z profesją poszczególnych członków zespołu); ✓ Ocena sprawności fizycznej, psychicznej, społecznej (ocena kwestionariuszowa) i wspólna dyskusja nad wynikami; ✓ Ocena zasobów i dostępnych środków zaradczych (ze strony pacjenta oraz systemu opiekuńczego).
II Etap	Ustalenie celów interwencji i opieki	NEGOCJACJA między pacjentem a lekarzem: ✓ Czego pacjent najbardziej potrzebuje? ✓ Jakie są dostępne środki zaradcze, w jakim stopniu zadanie jest wykonalne?
III Etap	Specyfikacja planu działania	Podział zadań do wykonania między praktyków (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, opiekun medyczny, terapeuta środowiskowy, pracownik socjalny, etc.) odnośnie: ✓ terapii; ✓ pielęgnacji; ✓ rehabilitacji pacjenta; ✓ działań opiekuńczych, organizacyjnych w środowisku;
IV Etap	Regularna kontrola	Rewizja zadań w oparciu o uzyskane odpowiedzi na następujące pytania: ✓ Czy zachodzi poprawa jakiej oczekiwano? ✓ Czy zastosowany plan wymaga zmiany?

Do realizacji COG niezbędny jest dobrze współpracujący zespół praktyków geriatrycznych. Liderem jest zazwyczaj lekarz z racji na dominację problemów zdrowotnych, jednak w szczególnych przypadkach może nim być pielęgniarka POZ. To ona z racji na częstszą obecność w środowisku wcześniej dostrzega problemy z niego wynikające i to ona we współpracy z innymi podmiotami kieruje pracą zespołu.

Niezbędnym jednak warunkiem do efektywności pracy Zespołu są wspólne spotkania służące omawianiu sytuacji poszczególnych podopiecznych i delegowaniu zadań między sobą. W dyskusjach tych nie może zabraknąć głównego podmiotu – osoby starszej lub jej opiekuna rodzinnego. Często to ten ostatni wymaga pomocy, informacji i wsparcia psychicznego, czemu może służyć specjalny kwestionariusz zawierający skale do mierzenia stopnia obciążenia opieką, satysfakcji z opieki i efektywności sieci wsparcia.

Korzyści z podejścia geriatrycznego opartego o COG przedstawia metaanaliza Stucka i wsp.[3], w której wykazano redukcję ryzyka śmierci o 22% w ciągu roku, zwiększenie prawdopodobieństwa dalszego mieszkania we własnym mieszkaniu o 47%, redukcję re-hospitalizacji o 12% i poprawę stanu funkcjonalnego o 72%(!) w porównaniu do tradycyjnego podejścia medycznego.

IV. Rola lekarza POZ w ocenie i opiece geriatrycznej

Barbara Bień

Wobec stałego wzrostu odsetka ludzi starszych w populacji polskiej, lekarze POZ w coraz większym stopniu obarczeni będą świadczeniami na rzecz osób najstarszych, z wielochorobowością, złożoną niesprawnością, polifarmakoterapią i potrzebami opiekuńczymi, stając się nieuchronnie 'geriatrami pierwszej linii'. To oni są i będą najważniejszymi lekarzami dla tych najtrudniejszych i najbardziej kosztownych i skomplikowanych pacjentów. To do nich najwcześniej trafia starszy i niedołężny pacjent z nowym lub niepokojącym go problemem. Wiedza, którą lekarz wyniósł ze studiów i specjalizacji koncentruje się zwykle na konwencjonalnej medycynie, a pomija złożoność chorób i ich wzajemne interakcje, zwłaszcza w koincydencji z biologicznymi zasobami starzejącego się organizmu i polifarmakoterapią zlecaną przez niezależnie od siebie konsultujących specjalistów.

Celem podjętego szkolenia podyplomowego jest przybliżenie nie tylko specyfiki geriatrycznych problemów zdrowotnych i ich leczenia, ale również zasad całościowej oceny geriatrycznej we współpracy z pozostałymi praktykami podstawowej opieki geriatrycznej (p. Rozdział 3).

Powstaje pytanie, jaką rolę pełnić mają lekarze rodzinni wobec starszych pacjentów nie tylko w Polsce? Zadania można przypisać do trzech równoległych obszarów:

- **Działania prewencyjne i zapobiegawcze** powinny być rutynowo wdrażane wobec wszystkich podopiecznych. Znakomita większość ludzi starszych jest sprawna i czuje się dobrze, nawet jeżeli jest leczona przewlekle z powodu rozmaitych chorób. Działania wzmacniające stan zdrowia i sprawność seniorów poprzez doradztwo prozdrowotne, regularne kontrole zdrowia i sprawności, szczepienia przeciwgrypowe

[3] Stuck AE, Siu AL., Wieland GD, et. Al. Effects of comprehensive geriatric assessment on survival, residence, and function: A meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993; 342: 1032-36.

i przeciwpneumokokowe, badania przesiewowe w kierunku chorób nowotworowych, zaburzeń poznawczych lub depresji, zmniejszają prawdopodobieństwo nagłego pogorszenia zdrowia lub zwiększają szanse na wczesne, a poprzez to skuteczne leczenie i mniejsze obciążenie ich lekarza pierwszego kontaktu.

- **Działania medyczne uwzględniające specyfikę kliniczną starszych pacjentów**. Polegają one na poprawie umiejętności diagnozowania i prowadzenia złożonych stanów chorobowych wobec zmienionej biologii starszego organizmu, nietypowej i niewyraźnej symptomatologii chorób i większej wrażliwości na stosowane leki i ryzyko zespołów jatrogennych. Dotyczy to zwłaszcza tzw. chorób zależnych od wieku. Należy do nich otępienie, majaczenie i depresja. Ich występowanie nakłada się zazwyczaj na wcześniej istniejące problemy medyczne, jak choroby narządu ruchu, kardiologiczne, pulmonologiczne, nefrologiczne lub endokrynologiczne. Łącznie z upośledzeniem widzenia, słyszenia, mobilności, kontroli zwieraczy i innymi dysfunkcjami, zagrażają zniedołężnieniem, zwiększają ryzyko upadków i rozwoju spirali komplikacji, włącznie z odleżynami. W tej fazie życia i chorób, nawet najlepsza interwencja farmakologiczna nie jest w stanie optymalnie poprawić dobrostanu starszego pacjenta – potrzebne jest profesjonalne wsparcie ze strony pielęgniarki, fizjoterapeuty, opiekuna medycznego, terapeuty środowiskowego i innych praktyków w porozumieniu z osobą starszą lub jej opiekunem rodzinnym.
- **Logistyka** związana z organizacją interdyscyplinarnego współdziałania dostępnych w systemie opieki zdrowotnej praktyków, umiejętność kierowania zespołem, delegowania zadań wypływających z COG członkom zespołu oraz elastycznego reagowania na kolejne priorytety zdrowotne i środowiskowo-opiekuńcze.

V. Rola pielęgniarki POZ w ocenie i opiece geriatrycznej

Katarzyna Broczek

Zadania pielęgniarki POZ wobec osób w starszym wieku wykraczają poza zakres świadczeń udzielanych pacjentom z młodszych grup wiekowych, obejmując szereg problemów zdrowotnych typowych dla wieku podeszłego. Pielęgniarka jest partnerem w zespole interdyscyplinarnym kierowanym przez lekarza POZ, razem z fizjoterapeutą oraz, w zależności od potrzeb, pracownikiem socjalnym i innymi profesjonalistami. Może i powinna

przejąć rolę lidera zespołu, o ile główny problem pacjenta pozostaje w zakresie jej kompetencji, jest skutkiem zaniedbań pielęgnacyjnych, środowiskowych lub edukacyjnych. Pielęgniarka powinna koordynować pracę opiekunów medycznych, a także terapeutów środowiskowych obejmujących opieką pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Warunkiem dobrej współpracy jest umiejętność efektywnego komunikowania się z pacjentem i jego rodziną oraz w zespole interdyscyplinarnym.

Pielęgniarka dokonuje oceny stanu zdrowia pacjenta w starszym wieku posługując się metodami badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wykorzystując metody całościowej oceny geriatrycznej (COG). Oprócz oceny funkcjonowania układów krążenia, oddychania, moczowego i pokarmowego i in. pielęgniarka powinna zwrócić szczególną uwagę na stan skóry, stóp, ocenić sprawność narządów zmysłów, stan odżywienia oraz występowanie i nasilenie bólu. Umiejętność oceny stanu psychicznego, w tym funkcji poznawczych i stanu emocjonalnego osoby starszej umożliwi pielęgniarce wstępne rozpoznawanie objawów charakterystycznych dla zespołów otępiennych i zaburzeń depresyjnych i zreferowanie problemu lekarzowi, co umożliwi wczesne skierowanie pacjenta do dalszej diagnostyki. Ocena samodzielności pacjenta w zakresie podstawowych i złożonych czynności życia codziennego oraz sprawności chodu pozwoli na rzetelną ocenę sytuacji pacjenta, jego potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz potrzeby przystosowania otoczenia do stopnia upośledzenia sprawności pacjenta. Dokonywanie wyjściowej i okresowej wnikliwej oceny stanu zdrowia z wykorzystaniem COG ułatwi pielęgniarce szybkie rozpoznanie pogorszenia stanu zdrowia pacjentów przewlekle chorych, wymagającego pilnej diagnostyki i interwencji lekarskiej.

Głównymi zadaniami pielęgniarki POZ w opiece geriatrycznej są:

- współpraca w zespole interdyscyplinarnym świadczącym opiekę geriatryczną, w tym głównie z lekarzem POZ i fizjoterapeutą;
- praktyczne posługiwanie się skalami wchodzącymi w skład COG, interpretacja wyników, ustalenie listy priorytetowych zadań, planowanie opieki i podejmowanie interwencji pielęgniarskich na podstawie COG;
- pielęgnowanie pacjentów geriatrycznych z uwzględnieniem odmienności wynikających z chorób somatycznych, zaburzeń psychicznych i upośledzenia sprawności funkcjonalnej;

- konstruowanie planu pielęgnowania z uwzględnieniem tzw. wielkich problemów geriatrycznych, np. zapobiegania upadkom, zespołowi kruchości (zespołowi słabości), niedożywieniu;
- pielęgnowanie pacjenta w podeszłym wieku z uwzględnieniem postępowania fizjoterapeutycznego opracowanego przez fizjoterapeutę oraz aktywizacja pacjentów w podeszłym wieku, w tym z zastosowaniem sprzętu pomocniczego;
- rozpoznawanie przypadków nagłego pogorszenia stanu zdrowia somatycznego i psychicznego wymagających pilnej interwencji medycznej, np. majaczenia w przebiegu ostrych chorób somatycznych;
- monitorowanie farmakoterapii, edukacja w zakresie sposobu przyjmowania leków (np. podawanych drogą wziewną) i dobór odpowiedniej metody nadzoru nad przyjmowaniem leków przez pacjentów z różnymi rodzajami niepełnosprawności;
- edukacja pacjentów i ich rodzin/opiekunów, szczególnie w zakresie: metod samoobserwacji i samokontroli, metod samoopieki i samopielęgnacji, zdrowego stylu życia, prewencji chorób związanych z wiekiem, prewencji upadków i niepełnosprawności, zasad prawidłowego żywienia, przystosowania otoczenia do potrzeb osoby niepełnosprawnej oraz zastosowania i zasad refundacji środków pomocniczych, możliwości uzyskania pomocy profesjonalnej w zakresie fizjoterapii, możliwości uzyskania świadczeń pomocy społecznej;
- analiza sytuacji rodzinnej/społecznej pacjenta, identyfikacja przypadków zaniedbywania i przemocy w rodzinie, współpraca z pracownikami opieki społecznej, przedstawicielami środowiska lokalnego oraz organizacjami pozarządowymi w zakresie budowania systemu wsparcia dla osób w starszym wieku;
- prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi standardami, z uwzględnieniem wyników COG;
- pomoc rodzinie w planowaniu i organizacji procesu opiekuńczego nad starszym i niesprawnym pacjentem.

VI. Rola fizjoterapeuty w ocenie i opiece geriatrycznej

Marek Żak

W kursie uczestniczyć mogą fizjoterapeuci zarówno posiadający tytuł specjalisty fizjoterapii/rehabilitacji ruchowej, jak i tytuł technika fizjoterapii, dlatego poniżej opisano rolę i zadania fizjoterapeutów z poszczególnych grup.

Podstawową rolą wszystkich fizjoterapeutów biorących udział w kursie jest współdziałanie z lekarzem i całym zespołem terapeutycznym biorącym udział w procesie leczenia i usprawniania pacjentów w wieku starszym oraz współpraca z rodziną lub opiekunami pacjenta oraz środowiskiem w którym przebywa pacjent.

Zadania fizjoterapeuty - magister specjalista fizjoterapii/rehabilitacji ruchowej – magister fizjoterapii/rehabilitacji ruchowej, w zależności od posiadanych kompetencji i uprawnień:

- planowanie szczegółowego przebiegu procesu fizjoterapii w danej jednostce chorobowej, dysfunkcji lub zaburzeniu czynnościowym, w oparciu o badanie lekarskie i badanie fizjoterapeutyczne;
- zlecanie zabiegów fizjoterapeutycznych i metod fizjoterapeutycznych w oparciu o diagnozę badania lekarskiego i badania fizjoterapeutycznego;
- wykonywanie lub nadzorowanie wykonania zabiegów fizjoterapeutycznych i metod fizjoterapeutycznych;
- wydawanie opinii odnośnie badania funkcjonalnego oraz przebiegu postępowania fizjoterapeutycznego osób poddawanych fizjoterapii;
- wydawanie opinii o stopniu niepełnosprawności;
- zlecanie odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych pacjentom w celu przeprowadzenia prawidłowego postępowania fizjoterapeutycznego;
- zlecanie programów postępowania fizjoterapeutycznego w celu podtrzymania i utrwalenia efektów tego postępowania oraz zapobiegania niepełnosprawności;
- zlecanie, prowadzenie lub nadzór nad terapią zajęciową i adaptacją do nowych warunków życia;

- opracowanie sposobu i czasu stosowania zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych;
- opracowanie materiałów informacyjnych z zakresu profilaktyki np. zapobiegania upadkom;
- kierowanie zespołem fizjoterapeutów biorących udział w postępowaniu fizjoterapeutycznym;
- kierowanie pacjenta na konsultacje do lekarzy specjalistów oraz na badania obrazowe narządu ruchu, w trakcie procesu diagnostyki, postępowania fizjoterapeutycznego i po zakończonym postępowaniu fizjoterapeutycznym.

Zadania fizjoterapeuty – licencjat, technik:

- prowadzenie zabiegów fizjoterapeutycznych w danej jednostce chorobowej, dysfunkcji lub zaburzeniu czynnościowym, w oparciu o badanie lekarskie i fizjoterapeutyczne oraz w oparciu o ustalony program terapii;
- wydanie oceny o przeprowadzonym zabiegu i reakcji organizmu na zabieg;
- prowadzenie zabiegów fizjoterapeutycznych w celu podtrzymania i utrwalenia efektów postępowania fizjoterapeutycznego oraz zapobiegania niepełnosprawności.
- prowadzenie terapii zajęciowej;
- kierowanie pacjenta na konsultacje do specjalistów fizjoterapii/ rehabilitacji ruchowej.

Rola fizjoterapeuty w całościowej ocenie geriatrycznej (COG) - magister specjalista fizjoterapii/rehabilitacji ruchowej – magister fizjoterapii/rehabilitacji ruchowej:

- przeprowadzenie badania fizjoterapeutycznego w celu ustalenia diagnozy funkcjonalnej u pacjenta z rozpoznaniem lekarskim zgodnie z COG;
- zaplanowanie przeprowadzenia badań kontrolujących przebieg leczenia i oceniających efektywność postępowania fizjoterapeutycznego zgodnie z COG;
- opracowanie szczegółowych kart badań specyficznych dla różnych jednostek chorobowych i kart informatycznych o przebiegu fizjoterapii zgodnie z COG;
- prowadzenie dokumentacji medycznej postępowania fizjoterapeutycznego zawierającej rozpoznanie, przebieg leczenia i badanie końcowe;
- wydawanie opinii odnośnie badania funkcjonalnego oraz przebiegu postępowania fizjoterapeutycznego osób poddawanych fizjoterapii.

Rola fizjoterapeuty w całościowej ocenie geriatrycznej (COG) - licencjat, technik:

- przeprowadzanie skróconego badania fizjoterapeutycznego przed zabiegiem w celu ustalenia aktualnych przeciwwskazań zgodnie z COG;
- prowadzenie dokumentacji medycznej postępowania fizjoterapeutycznego zawierającego przebieg leczenia.

VII. Rola opiekunów medycznych w ocenie i opiece geriatrycznej

Zbigniew Machaj

Wobec rosnących potrzeb opiekuńczych starzejącego się społeczeństwa, wraz z obserwowanym rozwojem technologii oraz specjalizacji medycznych i paramedycznych pojawia się coraz częściej zapotrzebowanie na profesję opiekuna medycznego osoby starszej. Ten stosunkowo nowy zawód, często niedoceniany wśród tradycyjnych pracowników ochrony zdrowia, ma szansę na ogromną popularność, zarówno wśród starszych wiekiem, przewlekle chorych i niesprawnych pacjentów, jak i interdyscyplinarnych zespołów praktyków geriatrycznych podstawowej opieki zdrowotnej.

Opiekun medyczny w opiece nad osobami starszymi powinien współpracować przede wszystkim z pielęgniarką i innymi praktykami POZ w zakresie:

- planowania i realizowania całościowej opieki geriatrycznej (COG) w interdyscyplinarnej współpracy z całym zespołem praktyków podstawowej opieki zdrowotnej;
- opracowania planu opieki nad starszym i niesamodzielnym pacjentem;
- pomocy w czasie wykonywania zabiegów pielęgniarskich;
- wykonywania poleceń pielęgniarki i lekarza odnośnie opieki;
- pomocy w zaspokajaniu potrzeb związanych z utrzymaniem higieny ciała lub wykonywania zabiegów higienicznych oraz utrzymywania w czystości i estetyce otoczenia pacjenta niesamodzielnego;
- pomocy niesprawnej osobie starszej w zaspokajaniu potrzeb związanych z odżywianiem i wydalaniem, a także w utrzymaniu aktywności ruchowej oraz użytkowaniu przedmiotów ortopedycznych i sprzętu rehabilitacyjnego;
- dezynfekcji i konserwacji przyborów i narzędzi stosowanych podczas wykonywania zabiegów pielęgniarskich;
- dokumentacji wykonywanych zabiegów i czynności;

- pomocy osobie starszej i niesprawnej w adaptacji do warunków życia w szpitalu oraz zmian związanych z przewlekła chorobą, udzielania wsparcia emocjonalnego, pomocy w komunikowaniu się z otoczeniem, zespołem opiekuńczym i terapeutycznym oraz innymi osobami;
- udzielania pomocy w stanach zagrożenia życia i zdrowia;
- postępowania zgodnie z zasadami etyki.

Opiekun medyczny winien posiadać wiedzę o nowoczesnym sprzęcie wspomagającym proces pielęgnacji i opieki, takim jak łóżka ortopedyczne z regulowaną wysokością i oprzyrządowaniem, materace przeciwodleżynowe, poduszki, sprzęt sanitarny do higieny, sprzęt ułatwiający przemieszczanie chorych, w tym podnośnik, wózki inwalidzkie, urządzenia stabilizujące pozycję i inne wyroby medyczne. Istotna jest ciągle uaktualniana znajomość przepisów dotyczących zasiłków, ulg, dopłat, refundacji (m.in. z NFZ) przy zakupie tych artykułów.

Ważnym sprzymierzeńcem opiekunów medycznych w opiece nad osobami starszymi jest dynamicznie rozwijająca się telemedycyna pozwalająca na bieżąco śledzić podstawowe funkcje życiowe (ciśnienie krwi, tętno, oddech) oraz czujniki sygnalizujące zmianę pozycji ciała (upadki) bądź urządzenia lokalizujące miejsce pobytu osoby z zaburzeniami funkcji poznawczych.

Opiekun winien pozyskać do współpracy rodzinę osoby starszej/niepełnosprawnej, prowadzić jej edukację (w tym w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej) a także edukację samego podopiecznego w zakresie m.in. odżywiania oraz utrzymywać kontakt z MOPS, GOPS i regionalnymi organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz wspierania osób w podeszłym wieku.

VIII. Rola terapeuty środowiskowego w ocenie i opiece geriatrycznej

Alicja Klich-Rączka

Terapeuta środowiskowy jest nowym, w realiach polskich, zawodem stanowiącym istotne ogniwo w wielokierunkowej opiece nad starszym pacjentem. Stanowi on również swego rodzaju pomost pomiędzy opieką geriatryczną rozumianą głównie jako opieka nad somatycznie chorym, z wielochorobowością, z pogarszającą się sprawnością ruchową, a opieką psychiatryczną nad starszym pacjentem z zaburzeniami psychicznymi.

Głównym zadaniem terapeuty środowiskowego jest wielokierunkowa opieka w warunkach pozaszpitalnych nad pacjentem w starszym wieku z zaburzeniami funkcji poznawczych, nastroju oraz z zaburzeniami świadomości. Zadanie to realizowane jest poprzez:

- planowanie i organizowanie systemu wsparcia wobec osoby starszej z zaburzeniami psychicznymi;
- planowanie i organizowanie pomocy wobec osoby z otępieniem, z uwzględnieniem dostosowania zakresu tej pomocy do stopnia zaawansowania procesu chorobowego, współistniejących zaburzeń zachowania oraz możliwości rzeczywistego opiekuna osoby starszej;
- prowadzenie interwencji środowiskowych dotyczących pacjenta;
- udzielanie wsparcia emocjonalnego rodzinie/opiekunowi chorego, a także udzielanie informacji dotyczącej specyfiki zaburzeń, metod postępowania w określonych sytuacjach związanych z procesem chorobowym;
- udzielenie porad w przystosowaniu pomieszczeń w domu do postępującej niesprawności psychofizycznej;
- określenie zasad postępowania oraz przeciwdziałania niebezpieczeństwom związanym z agresją i autoagresją osoby starszej;
- profilaktykę upadków, udzielanie pomocy przy zmianie pozycji, wstawaniu i przemieszczaniu się osoby niedołężnej, organizowanie przestrzeni wokół pacjenta oraz znajomość technik bezpiecznego poruszania się, także z użyciem sprzętu wspomagającego;
- stosowanie elementów terapii motywującej;
- współpracę z pozostałymi osobami uczestniczącymi w leczeniu i opiece w ramach interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego sprawującego holistyczną opiekę nad pacjentem psychogeriatrycznym;

W celu realizacji powyższych zadań terapeuta środowiskowy musi uzyskać odpowiednie kompetencje i doświadczenie w zakresie postępowania z pacjentem psychogeriatrycznym.

Terapeuta środowiskowy powinien:

- posiadać umiejętność nawiązywania kontaktu z pacjentem w starszym wieku z zaburzeniami psychicznymi w starszym wieku, rozpoznania jego problemów psychosomatycznych, emocjonalnych, rodzinnych, socjalnych, oceny możliwości w

zakresie samoopieki osoby starej, chorej, niesamodzielnej oraz wsparcia w tym zakresie ze strony rodziny i otoczenia.

- poznać odrębności chorowania w starszym wieku oraz odrębności postępowania terapeutycznego.
- ocenić zdolności samoobsługowe osoby starszej w zakresie czynności dnia codziennego w oparciu o podstawowe skale stosowane w całościowej opiece geriatrycznej (np. Skala Barthel, skala ADL)
- ocenić stan funkcji poznawczych osoby starszej w oparciu o podstawowe przesiewowe testy stosowane do tej oceny (np. test rysowania zegara) oraz stan psychiczny w oparciu o geriatryczną skalę depresji.

IX. Wybrane narzędzia Całościowej Oceny Geriatrycznej rekomendowane do stosowania lub interpretacji dla praktyków POZ

1. SKALA OCENY INSTRUMENTALNYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO (I-*ADL, od ang. Instrumental Activities of Daily Living*) wg Lawtona *[Źródło: Lekarz Rodzinny, Dodatek, Marzec 2007]*

L.p	Czynność	TAK, samodzielny	NIE, niesamodzielny
1.	Użycie telefonu	1=Przynajmniej odbiera	0=NIE korzysta
2.	Zakupy codzienne	1=TAK	0=Nie lub z pomocą
3.	Przygotowywanie posiłków	1=TAK, samodzielnie	0=Nie, lub tylko podgrzewa
4.	Codzienne porządki	1=TAK, bez pomocy	0=Nie lub z pomocą
5.	Pranie	1=Jeśli cokolwiek pierze	0=Nie jest w stanie
6.	Środki transportu	1=Samodzielnie korzysta	0=Wymaga pomocy
7.	Własne leki	1=Zażywa w sposób właściwy	0=Wymaga jakiejkolwiek pomocy
8.	Rozporządzanie swoimi pieniędzmi	1=Samodzielnie, podczas codziennych zakupów	0=Nie posługuje się

Wynik: ……../8pkt.

Interpretacja: Im więcej punktów tym lepsza sprawność instrumentalna

2. SKALA OCENY INSTRUMENTALNYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO (*The Duke OARS Assessment of IADL Fillenbaum & Smyer, 1981, JG 36,55-62)*

I-ADL	Gdyby Osoba Starsza pozostawała sama, to czy zdolna byłaby wykonywać następujące czynności?	Nie-zdolny	Z pewną pomocą	Bez pomocy
IADL1	**Wykonywać prace domowe (np. czyszczenie podłóg)**	0	1	2
IADL2	**Przygotowywać sobie posiłki**	0	1	2
IADL3	**Chodzić po zakupy**	0	1	2
IADL4	**Rozporządzać swymi pieniędzmi**	0	1	2
IADL5	**Korzystać z telefonu**	0	1	2
IADL6	**Przyjmować swoje lekarstwa**	0	1	2

OGÓŁEM …… punktów:

Interpretacja: 0-4 poważnie zależna/y, 5 - 8 umiarkowanie zależna/y; 9-12 prawie niezależna/y lub niezależna/y

3. SKALA OCENY PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO (*ADL, od ang. Activities of Daily Living*) adaptowane wg Katza *[Źródło: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej: Podręcznik dla lekarzy i studentów. Red.: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Via Medica Kraków 2006]*

L.P.	Czynność	Wykonuje samodzielnie	Wymaga pomocy innej osoby
1.	Kąpiel całego ciała (natrysk lub wanna)	Tak=1	Nie=0
2.	Ubieraniu lub rozbieranie się	Tak=1	Nie=0
3.	Korzystanie z WC	Tak=1	Nie=0
4.	Przemieszczanie się z łóżka na fotel	Tak=1	Nie=0
5.	Spożywanie posiłków	Tak=1	Nie=0
6.	Kontrolowanie zwieraczy (moczu lub stolca)	Tak=1	Nie=0

WYNIK końcowy: ...../6 punktów

Interpretacja: 5-6 punktów – osoba sprawna; 3-4 punkty – osoba umiarkowanie niesprawna; <= 2 punkty – osoba poważnie niesprawna

4. INDEKS OCENY PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI w ŻYCIU CODZIENNYM wg Barthel *[Źródło: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej: Podręcznik dla lekarzy i studentów. Red.: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Via Medica Kraków 2006]*

L.P.	Czynność	Punkty	Poziom sprawności
1.	Spożywanie posiłków	0	Nie jest w stanie samodzielnie jeść
		5	Potrzebuje pomocy (krojenie, smarowanie) lub zmodyfikowanej diety
		10	**Samodzielne, osoba niezależna**
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem)	0	Nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu
		5	Większa pomoc (pomoc fizyczna, 1 lub 2 osoby)
		10	Mniejsza pomoc (pomoc słowna lub fizyczna)
		15	**Samodzielnie**
3.	Utrzymanie higieny osobistej	0	Potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych
		5	**Niezależny przy myciu twarzy, zębów, czesaniu, goleniu (z zapewnionymi pomocami)**
4.	Korzystanie z WC	0	Osoba zależna
		5	Potrzebuje trochę pomocy, ale może zrobić to sama
		10	**Niezależna – zdejmowanie, zakładanie, podcieranie**
5.	Mycie, kąpiel całego ciała	0	Osoba zależna
		5	**Osoba niezależna**
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich	0	Nie porusza się lub pokonuje <50m, zależny na wózku
		5	Niezależny na wózku
		10	Spacer z pomocą jednej osoby >50m
		15	**Niezależny, może używać laski/kuli**
7.	Schody	0	Nie jest w stanie chodzić po schodach
		5	Potrzebuje pomocy (słownej, fizycznej, przenoszenia)
		10	**Osoba samodzielna**
8.	Ubieranie się i rozbieranie	0	Zależny od innych osób
		5	Potrzebuje pomocy, ale część wykonuje bez pomocy
		10	**Niezależny (zapinanie guzików, zamka, sznurowanie)**
9.	Kontrolowanie oddawania stolca	0	Nie kontroluje oddawania stolca lub wymaga lewatyw
		5	Czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)
		10	**Kontroluje oddawanie stolca**
10.	Kontrolowanie oddawania moczu	0	Nie kontroluje moczu lub ma założony cewnik
		5	Czasami popuszcza mocz
		10	**Kontroluje oddawanie moczu**

Wynik końcowy ……/100 pkt.

Interpretacja: Im mniej punktów tym gorsza sprawność

5.Geriatryczna Skala Oceny Depresji „Wersja 4-punktowa” *[Źródło: Kwestionariusz Easy-Care, wersja polska]*

Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni, zakreślając właściwą odpowiedź:

1. Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan/i zadowolony/a? 1=Tak 0-Nie
2. Czy ma P. uczucie, że P. życie jest puste? 1=Tak 0-Nie
3. Czy obawia się P., że może przydarzyć się P. coś złego? 1=Tak 0-Nie
4. Czy przez większość czasu czuje się P. szczęśliwy/a? 1=Tak 0-Nie

LICZBA PUNKTÓW ……/4

Interpretacja: Liczba punktów 1 lub większa wskazuje na możliwość depresji i pacjent powinien być oceniony bardziej szczegółowo!

6.Geriatryczna Skala Oceny Depresji - „Wersja 15-punktowa” wg Yesavage’a JA

[Źródło: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej: Podręcznik dla lekarzy i studentów. Red.: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Via Medica Kraków 2006].

Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni, zakreślając właściwą odpowiedź:

1	Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan/i zadowolony/a?	TAK	**NIE**
2	Czy zmniejszyły się P. zainteresowania lub aktywność (ilość zajęć)?	**TAK**	NIE
3	Czy ma P. uczucie, że P. życie jest puste?	**TAK**	NIE
4	Czy często czuje się P. znudzony/a?	**TAK**	NIE
5	Czy zwykle jest P. w dobrym nastroju?	TAK	**NIE**
6	Czy obawia się P., że może przydarzyć się P. coś złego?	**TAK**	NIE
7	Czy przez większość czasu czuje się P. szczęśliwy/a?	TAK	**NIE**
8.	Czy często czuje się P. bezradny/a?	**TAK**	NIE
9	Czy zamiast wyjść wieczorem z domu woli P. w nim pozostać?	**TAK**	NIE
10	Czy uważa P., że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni?	**TAK**	NIE
11	Czy uważa P., że wspaniale jest żyć?	TAK	**NIE**
12	Czy czuje się P. gorszy/a od innych ludzi?	**TAK**	NIE
13	Czy czuje się P. pełen/pełna energii?	TAK	**NIE**
14	Czy uważa P., że sytuacja jest beznadziejna?	**TAK**	NIE
15	Czy myśli P., że większości ludzi wiedzie się lepiej niż Panu/Pani?	**TAK**	NIE

Za każdą odpowiedź „wytłuszczoną” 1 punkt.
Liczba punktów…… /15

Interpretacja: 0-5 bez depresji; 6-10 depresja umiarkowana; 11-15 depresja ciężka

7.TEST OCENY UPOŚLEDZENIA FUNKCJI POZNAWCZYCH (UFP) wg Blesseda (*Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. The association between quantitative measures of dementia and senile change in cerebral grey matter of elderly subjects. Br J psychiatry 1968; 114: 797-811; Ball LJ, Bisher GB, Birge SJ. A simple test of central processing speed: an extension of the Short Blessed Test. J Am Geriatr Soc 1999; 47: 1359-1363.) [Źródło: Kwestionariusz Easy-Care, wersja polska]*

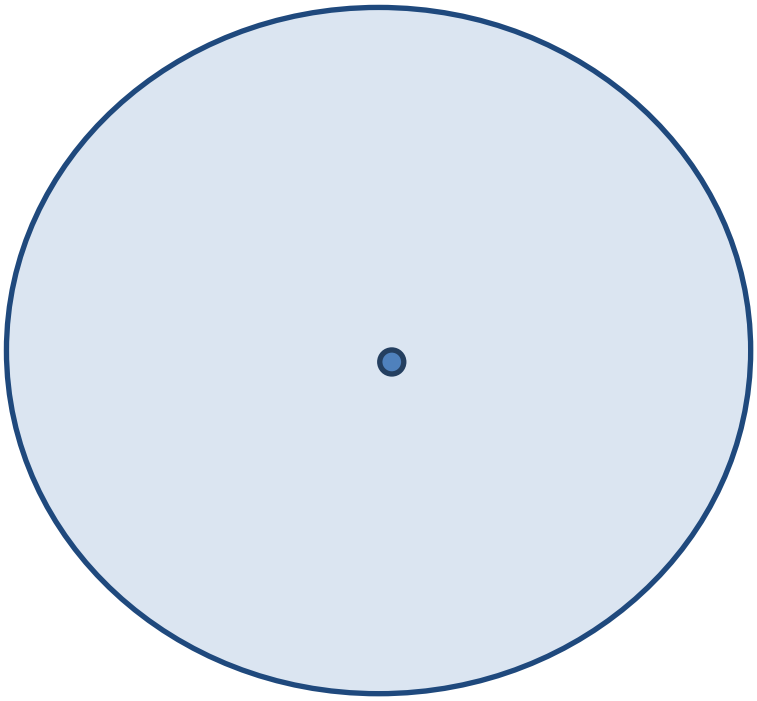
Lp	PYTANIE	Maksymalna liczba błędów możliwych do liczenia	Liczba błędów pomnożonych przez współczynnik	Wynik
1	Który mamy rok?	1	……..x 4	= …..
2	Jaki jest obecnie miesiąc?	1	……..x 3	= …..
Proszę powtórzyć następujące zdanie: **Jan Kowalski, ul. Sienkiewicza 42, Warszawa**				
3	Która w przybliżeniu jest godzina bez patrzenia na zegarek? (w granicach jednej godziny)	1	…… .x 3	= …..
4	Policz wstecz od 20 do 1	2	…… .x 2	= …..
5	Wymień miesiące w odwrotnej kolejności	2	…… .x 3	= …..
6	Powtórz zapamiętane zdanie (adres)	5	…… .x 3	= …..
			Suma punktów	

Instrukcja: Rejestruje się błędne odpowiedzi na pytania. Przy pytaniach 4. i 5. nawet przy większej liczbie błędów maksymalnie liczą się 2, a przy odtwarzaniu frazy pamięciowej (adres), zwraca się uwagę na każdy z pięciu elementów do odtworzenia. Po wpisaniu liczby błędów do kolejnej kolumny mnoży się je przez współczynnik i otrzymaną wartość, po wpisaniu do ostatniej kolumny, sumuje się jako wynik ostateczny. Maksymalna liczba punktów = 28.

Interpretacja: 0-10 stan prawidłowy lub łagodne UFP; 11-28 umiarkowane lub poważne UFP

8.TEST RYSOWANIA ZEGARA *(Watson YI, Arfken CL, Birge SL. Clock completion: an objective screening test for dementia. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 1235-1240)*

Instrukcja: Poleć pacjentowi wpisanie w tarczę zegara liczb oznaczających wszystkie godziny. Po ich poprawnym naniesieniu, poproś o narysowanie wskazówek zegara wskazujących godzinę 11.10



Istnieje kilka wariantów przeprowadzania i kryteriów oceny testu rysowania zegara. Nie jest błędem posługiwanie się tą lub inną interpretacją, ważna jest natomiast powtarzalność wykonywania testu i ocena wg tych samych kryteriów oceny.

Kryteria oceny Testu Rysowania Zegara wg Sunderlanda i wsp. *(Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego. Medisfera, Otwock, 2012.)*

10 – 6 punktów: *rysowanie całego zegara jest generalnie poprawne*

10 punktów: wskazówki są na właściwych pozycjach, np. wskazówka godzinowa zbliża się do godziny 3.

9 punktów: drobne pomyłki w położeniu wskazówek.

8 punktów: wyraźne błędy w położeniu wskazówek.

7 punktów: wskazówki są zdecydowanie źle położone.

6 punktów: niewłaściwe użycie wskazówek, np. oznaczenie wskazywanego czasu cyfrowo lub zakreślenie godzin, mimo powtarzania instrukcji.

5 – 1 p.: *rysowanie tarczy zegara (koła i cyfry) jest zaburzone*

5 punktów: grupowanie cyfr po jednej stronie zegara lub ich odwracanie.

4 punktów: dalsze zaburzenie sekwencji cyfr; zegar traci integralność – brakuje cyfr lub są poza tarczą.

3 punktów: tarcza i cyfry nie są ze sobą związane; brak wskazówek.

2 punktów: rysunek wskazuje, że coś z instrukcji zostało zrozumiane, ale bardzo słabo przypomina zegar.

1 punktów: próba rysowania nie zostaje podjęta, albo wyniku nie można zinterpretować.

Kryteria oceny Testu Rysowania Zegara 7/7 *(Watson YI, Arfken CL, Birge SL. Clock completion: an objective screening test for dementia. J Am Geriatr Soc 1993; 41:1235-1240).*

Oceniając test zwracamy uwagę na poprawne rozmieszczenie godzin we wszystkich 4 kwadrantach tarczy. Przyznajemy po punkcie, za każdy niżej wymieniony element:

1=są naniesione wszystkie godziny
1=godziny są właściwych miejscach
1=godziny są we właściwej kolejności
1=są obecne 2 wskazówki
1=wskazówki różnią się długością
1=wskazówka godzinowa poprawnie wpisana
1=wskazówka minutowa poprawnie wpisana

Interpretacja: Im więcej punktów tym lepiej. Pacjent ma 80% prawdopodobieństwo choroby Alzheimera, gdy w kwadrantach wpisał więcej lub mniej godzin niż 3.

9. 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]*

LP	Pytanie	1 punkt za poprawną odpowiedź
1	Ile ma P. lat?	
2.	Która jest godzina? (z dokładnością do 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 prezydent?	
9	Proszę policzyć wstecz od 20 do 1	
10	Proszę powtórzyć adres, który podałam(em)	
	Suma punktów	……./10

Interpretacja: >6 stan prawidłowy; 4-6 umiarkowane upośledzenie sprawności umysłowej; 0-3 poważne upośledzenie sprawności umysłowej.

10. SKALA CAM do oceny jakościowych zaburzeń świadomości: splątanie/ majaczenie

(*The Confusion Assessment Method: Inouye S. et al. Annals of Internal Medicine 1990, 113 (12) 941-948*)

1. Ostry początek i fluktuujący przebieg zaburzeń świadomości **oraz**
2. Brak koncentracji uwagi (rozproszenie) **oraz**
3. Zdezorganizowane niespójne myślenie **LUB** zmieniony poziom świadomości (nadmierne pobudzenie, czujność/ letarg/ ospałość/ stupor)

Interpretacja: Muszą być spełnione wszystkie trzy warunki do rozpoznania splątania/majaczenia

11. Skala DOS *(Delirium Observation Scale; Schuurmans et al. Research and Theory for Nursing Practice, 2003, 1, 31-50)*

Interpretacja: Trzy lub więcej objawów wskazuje na delirium

1. Podsypia podczas rozmowy lub aktywności;
2. Łatwo rozpraszany przez bodźce zewnętrzne;
3. Nie utrzymuje uwagi w konwersacji lub działaniu;
4. Nie kończy pytania lub odpowiedzi;
5. Podaje odpowiedzi nie pasujące do pytania;
6. Wolno reaguje na instrukcje;
7. Myśli, że jest gdzie indziej;
8. Nie wie jaka pora dnia jest obecnie;

9. Nie pamięta ostatnich zdarzeń;
10. Niespokojny/ wzburzony/ skubiący;
11. Usuwa wenflony, sondy, cewniki, etc.;
12. Łatwo lub gwałtownie zmienia się emocjonalnie (strach/złość/ rozdrażnienie);
13. Widzi, słyszy rzeczy, których nie ma.

12. Skala Hachinskiego (wersja skrócona) do oceny ryzyka niedokrwienia mózgu *[Źródło: Lekarz Rodzinny, Dodatek, Marzec 2007]*

1. Nagły początek objawów 0-2 punkty
2. Stopniowe pogorszenie 0-1 punkt
3. Względnie dobrze zachowana osobowość 0-1 punkt
4. Skargi somatyczne 0-1 punkt
5. Nieopanowanie emocji 0-1 punkt
6. Nadciśnienie tętnicze w wywiadzie 0-1 punkt
7. Udar mózgu w wywiadzie 0-2 punkty
8. Ogniskowe podmiotowe objawy neurologiczne 0-2 punkty
9. Ogniskowe przedmiotowe objawy neurologiczne 0-2 punkty

Instrukcja: brak objawu - 0; dyskretne objawy - 1 punkt; wyraźne objawy - 2 punkty
Wynik końcowy ……../13;
Interpretacja: Wynik 4 lub więcej wskazuje na otępienie naczyniowe lub typu mieszanego

13. Skala Norton – ocena ryzyka rozwoju odleżyn *[Źródło: Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.) Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. PZWL, Warszawa, 2008]*

Czynnik ryzyka	Punktacja			
	4	3	2	1
Stan fizyczny	dobry	dość dobry	ciężki	bardzo ciężki
Stan świadomości	pełna przytomność i świadomość	apatia	zaburzenia świadomości	stupor lub śpiączka
Aktywność (zdolność przemieszczania się)	chodzi samodzielnie	chodzi z asekuracją	siedzi	leży w łóżku
Ruchliwość (stopień samodzielności przy zmianie pozycji ciała)	pełna	w małym stopniu ograniczona	bardzo ograniczona	całkowita niesprawność
Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej	pełna sprawność zwieraczy	sporadyczne moczenie się	częste nietrzymanie moczu	całkowite nietrzymanie moczu i stolca

Suma punktów 14 i poniżej wskazuje na ryzyko rozwoju odleżyn

14. 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)*

Test służy między innymi do oceny chodu i sprawności funkcjonalnej.

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

- wstać z krzesła;
- pokonać po płaskim terenie w normalnym tempie dystans 3 metrów;
- przekroczyć linię kończącą wyznaczony dystans;
- wykonać obrót o 180 stopni;
- wrócić do krzesła i ponowne przyjąć pozycję siedzącą.

Wynikiem testu jest czas potrzebny do wykonania zadania.
Interpretacja:
< 10 sekund – norma, sprawność funkcjonalna prawidłowa;
10-19 sekund – badany może samodzielnie wychodzić na zewnątrz, nie potrzebuje sprzętu pomocniczego do chodzenia, samodzielny w większości czynności dnia codziennego, wskazana pogłębiona ocena ryzyka upadków (np. wykonanie testu Tinetti POMA);
20-29 sekund – częściowo ograniczona sprawność funkcjonalna, wskazana bardziej szczegółowa ocena;
≥ 30 sekund – znacznie ograniczona sprawność funkcjonalna, nie może wychodzić sam na zewnątrz, zalecany sprzęt pomocniczy do chodzenia, wymaga pomocy przy prawie każdej aktywności dnia codziennego.

Czas wykonania testu wynoszący ≥ 14 sekund wskazuje na duże ryzyko upadków.

15. Ocena chodu, równowagi i ryzyka upadków przy pomocy testu Tinetti (POMA) (*Tinetti M.E. 1986 Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc, 34: 119-126); Abrams W.B., Beers M.H., Berkow R. (1995) The Merck Manual of Geriatrics second edition. Whitehouse Station, Merck Research Laboratories, New York).*

W teście Tinetti (POMA) *Performance Oriented Mobility Assessment* ocenia się wykonanie 16 zadań, w tym 9 pozwalających na ocenę utrzymania równowagi przy wykonywaniu różnych czynności i 7 oceniających chód.
Instrukcja: Zgodnie z zaleceniami ocenia się punktowo poszczególne zadania, za których wykonanie badany otrzymuje 0, 1 lub 2 punkty w zależności od stopnia stwierdzonej nieprawidłowości.

Test Tinetti POMA (*Performance Oriented Mobility Assessment)* **Ocena równowagi, chodu i ryzyka upadków**

RÓWNOWAGA Badany powinien siedzieć na twardym krześle bez poręczy		
1.Równowaga podczas siedzenia	pochyla się lub ześlizguje z krzesła	0
	zachowuje równowagę, zabezpieczony	1
2. Wstawanie z miejsca	niezdolny do samodzielnego wstania	0
	wstaje, ale sam pomaga sobie rękoma	1
	wstaje bez pomocy rąk	2
3.Próby wstawania z miejsca	niezdolny do wstania bez pomocy	0
	wstaje, ale potrzebuje kilku prób	1
	wstaje przy pierwszej próbie	2
4.Równowaga bezpośrednio po wstaniu z miejsca *(pierwsze 5 s.)*	stoi niepewnie (zatacza się, przesuwa stopy, wyraźnie kołysze tułowiem)	0
	stoi pewnie, ale podpiera się, używając chodzika, laski lub chwyta inne przedmioty	1
	stoi pewnie bez żadnego podparcia	2
5.Równowaga podczas stania	stoi niepewnie	0
	stoi pewnie, ale na szerokiej podstawie (obie pięty w odległości > 10 cm od siebie) lub podpierając się laską, chodzikiem itp.	1
	stoi ze stopami złączonymi, bez podparcia	2
6.Próba trącania: *(badany stoi ze stopami jak najbliżej siebie, badający lekko popycha go, trzykrotnie trącając dłonią w klatkę piersiową na wysokości mostka)*	zaczyna się przewracać	0
	zatacza się, chwyta się przedmiotów, ale samodzielnie utrzymuje pozycję	1
	stoi pewnie	2
7.Próba trącania przy zamkniętych oczach badanego	stoi niepewnie	0
	stoi pewnie	1
8.Obracanie się o 360 º	ruch przerywany	0
	ruch ciągły	1
	niepewne (zataczanie się chwytanie przedmiotów)	0
	pewne	1
9.Siadanie	niepewne (źle ocenia odległość, opada na krzesło)	0
	pomaga sobie rękoma lub ruch nie jest płynny	1
	pewny, płynny ruch	2
RÓWNOWAGA – Wynik końcowy		

Test Tinetti POMA (*Performance Oriented Mobility Assessment)* **Ocena równowagi, chodu i ryzyka upadków**		
CHÓD Badany powinien stać obok badającego; iść wzdłuż korytarza lub przez pokój – najpierw zwykłym krokiem, a z powrotem krokiem szybkim, ale w bezpieczny sposób (podpierając się laską lub używając chodzika, jeśli posługuje się nimi na co dzień)		
10.Zapoczątkowanie chodu *(bezpośrednio po wydaniu polecenia, żeby iść)*	jakiekolwiek niezdecydowanie (wahanie) lub kilkakrotne próby ruszenia z miejsca	0
	start bez wahania	1
11.Długość i wysokość kroku A. Zasięg ruchu **prawej** stopy przy wykroku:	nie przekracza miejsca stania lewej stopy	0
	przekracza położenie lewej stopy	1
	prawa stopa nie odrywa się całkowicie od podłogi	0
	prawa stopa całkowicie unosi się nad podłogą	1
B. Zasięg ruchu **lewej** stopy przy wykroku:	nie przekracza miejsca stania prawej stopy	0
	przekracza położenie prawej stopy	1
	lewa stopa nie odrywa się całkowicie od podłoża	0
	lewa stopa unosi się całkowicie nad podłogą	1
12.Symetria kroku	długość kroku prawej i lewej stopy nie jest jednakowa	0
	długość kroku obu stóp wydaje się równa	1
13.Ciągłość chodu	zatrzymywanie się między poszczególnymi krokami lub inny brak ciągłości chodu	0
	chód wydaje się ciągły	1
14.Ścieżka chodu *(odnotować odchylenie rzędu 30cm na odcinku ok.3 metrów wytyczonego toru)*	wyraźne odchylenie od toru	0
	niewielkie lub średniego stopnia odchylenie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych (laska itp.)	1
	prosta ścieżka bez korzystania z pomocy	2
15.Tułów	wyraźne kołysanie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych (laska itp.)	0
	nie ma kołysania, ale pacjent podczas chodu zgina kolana, plecy lub rozkłada ramiona	1
	pacjent nie kołysze tułowiem, nie zgina kolan, pleców, nie angażuje kończyn górnych ani nie korzysta z przyrządów pomocniczych	2
16.Pozycja podczas chodzenia	pięty rozstawione	0
	pięty prawie stykają się podczas chodzenia	1
CHÓD - Wynik końcowy		
ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW (Równowaga + Chód)		

Interpretacja: Wynik poniżej 26 z maksymalnych 28 punktów wskazuje na istnienie ryzyka upadków, a uzyskanie mniej niż 19 punktów oznacza, że ryzyko upadków u danej osoby wzrasta pięciokrotnie.

16. Ocena hipotonii ortostatycznej

Pomiar ciśnienia tętniczego w pozycji leżącej (najlepiej po przynajmniej 15-minutowym leżeniu), a następnie powtórzony w ciągu (1) i 3 minucie po pionizacji.
Interpretacja: Za dodatni wynik testu przyjmuje się spadek wartości skurczowego ciśnienia tętniczego przynajmniej o 20 mm Hg LUB rozkurczowego, przynajmniej o 10 mm Hg.

17. Ocena widzenia– badanie przesiewowe

Test Snellena do bliży – czytanie tekstu z tablicy w okularach do bliży, z odległości około 30 cm, badanie każdego oka osobno (kolejno zasłonięte lewe i prawe oko). Wynik zapisujemy ze

skali uwidocznionej na tablicy dla najdrobniejszego poprawnie przeczytanego tekstu dla każdego oka osobno.
Test Snellena do dali – badany siedzi w okularach do dali (o ile są używane) w odległości około 5 m (5 dużych kroków) od tablic umieszczonych na wysokości wzroku w miejscu dobrze oświetlonym. Prosimy o odczytywanie kolejnych rzędów liter, wykonując badanie każdego oka osobno (kolejno zasłonięte lewe i prawe oko) i zapisujemy wynik zgodnie z oznaczeniem na tablicy dla każdego oka osobno (np. pacjent czyta litery z dziesiątego wiersza od góry – zapisujemy 5/5, co oznacza, że czyta z odległości 5 metrów litery, które powinien czytać z odległości 5 metrów lub pacjent czyta tylko największą literę, czyli pierwszy rząd z odległości 5 metrów – zapisujemy: „5/50", co oznacza, że czyta z odległości pięciu metrów, a powinien czytać z odległości 50 metrów). W przypadku, gdy badany nie rozpoznaje największego znaku (litery) – wykonujemy próbę odczytywania największego znaku z odległości, kolejno, 4 m, 3 m, 2 m, 1 m (i zapisujemy jako np. „3/50"). Jeśli pacjent nie rozpoznaje znaków z odległości 1 m – wykonujemy próbę liczenia palców z odległości 1 m lub mniejszej i zapisujemy: „liczy palce"
Gdy pacjent nie rozróżnia liczby palców nawet przed oczyma, sprawdzamy zdolność widzenia ruchu – poruszamy ręką z góry na dół, lub z boku na bok, pytając badanego o kierunek ruchu (i zapisujemy „r.r.p.o." = ruchy ręki przed okiem). Jeśli pacjent nie widzi ruchów ręki badamy poczucie światła, prosząc pacjenta o lokalizację źródła światła z latarki i zapisujemy: „poczucie światła". Jeśli pacjent nie widzi światła zapisujemy: „całkowita ślepota" z zaznaczeniem którego oka dotyczy.

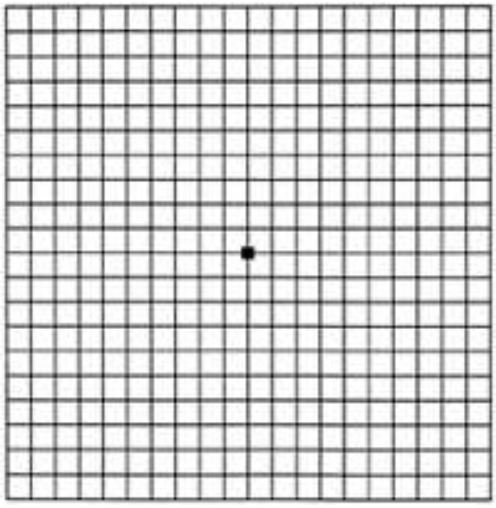
18. Ocena słuchu – badanie przesiewowe

Test szeptu: Słuch oceniamy z odległości 6 m (sześć dużych kroków). Polecamy badanemu powtarzanie sekwencji liczb wypowiadanych szeptem:

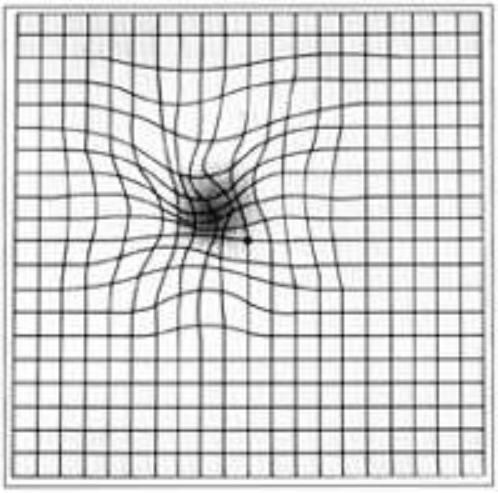
6 m: 99 88 76 85
5 m: 44 25 14 33
4 m: 4 92 73 56
3 m: 21 35 52 78
2 m: 1 19 27 94
1 m: 39 3 45 51
<1 m: 44, 25, 3, 8

Wynik podajemy w metrach odległości, z której badany bezbłędnie powtórzy kolejne liczby.
INTERPRETACJA: 1 m lub mniej – znaczne upośledzenie słuchu; 2-5 m nieznaczne lub średnie upośledzenie słuchu; 6 m norma.

19. Test Amslera stosowany do oceny widzenia w obrębie dołka środkowego siatkówki w kierunku przesiewowego wykrywania zależnego od wieku zwyrodnienia plamki żółtej (AMD, Age-related Macular Degeneration).
Instrukcja: Badanie przeprowadza się dla każdego oka osobno. Test polega na obserwacji z odległości 30 cm **siatki Amslera**, będącej kwadratem o boku 10 cm podzielonym czarną albo białą siatką linii przecinających się co 0,5 cm.
Należy zadać pacjentowi następujące pytania:
- Czy wszystkie linie są liniami prostymi?
- Czy wszystkie kwadraty mają taki sam rozmiar?



Siatka Amslera



Siatka Amslera widziana przez pacjenta ze zwyrodnieniem plamki żółtej

20. 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., Talarska D. (red.) Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, PZWL, Warszawa, 2008]*

MNA – badanie przesiewowe

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 - l pkt
- bez problemów psychologicznych - 2 pkt

F. Wskaźnik Masy Ciała (BMI *body mass inde)*

- BMI poniżej 19 - 0 pkt
- BMI między $\geq$ 19 a 21 - l pkt
- BMI $\geq$ 21 i < 23 - 2 pkt
- BMI $\geq$ 23 - 3 pkt

WYNIK KOŃCOWY: ……./14 punktów

Interpretacja: Liczba punktów w badaniu przesiewowym, maksymalnie 14 punktów.

12 lub więcej punktów – stan odżywienia prawidłowy, bez zagrożenia, nie wymaga kontynuacji MNA;

11 lub mniej – możliwość niedożywienia (wskazana dalsza ocena, wykonanie pełnej wersji MNA)

21. Identyfikacja pacjenta geriatrycznego

Skala VES-13 została skonstruowana jako narzędzie do identyfikacji osób starszych zagrożonych nagłym pogorszeniem stanu zdrowia lub zgonem w przebiegu chorób zależnych od wieku. Rekomendowana jest do szerokiego stosowania przez świadczeniodawców w oparciu o wywiad bezpośredni lub przez telefon *(Saliba, S, Elliott M, Rubenstein LA, Solomon DH, et al. The Vulnerable Elders Survey (VES-13): A Tool for Identifying Vulnerable Elders in the Community. JAGS 2001;49:1691-1699)*

Lp.	Domeny		**Punkty**
1	WIEK	60-74	**0**
		75-84	**1**
		85+	**3**
2	Samoocena stanu zdrowia	Wspaniałe lub dobre	**0**
		Przeciętne lub złe	**1**
3	Znaczne trudności lub niezdolność w samodzielnym wykonywaniu czynności z powodu stanu zdrowia:	Zakupy (produkty toaletowe, leki)	**1**
4		Rozporządzanie własnymi pieniędzmi (śledzenie wydatków, opłacanie rachunków)	**1**
5		Wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie, ścieranie kurzu)	**1**
6		Przejście przez pokój (przy pomocy kuli, laski, o ile używa)	**1**
7		Kąpiel (w wannie lub pod prysznicem)	**1**
8		Pochylanie, kucanie, klękanie	**1**
9		Podnoszenie, dźwiganie ciężaru o wadze około 4,5kg	**1**
10		Pisanie lub utrzymywanie drobnych przedmiotów	**1**
11		Sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barku	**1**
12		Przejście około 1,5 km	**1**
13		Wykonywanie ciężkiej pracy domowej (mycie okien, podłóg)	**1**

Interpretacja: Trzy lub więcej punktów identyfikuje pacjenta geriatrycznego rekomendując przeprowadzenie u niego COG.

22. Karta Całościowej Oceny Geriatrycznej [Dokument honorowany przez NFZ do rozliczania dodatkowo punktowanej procedury za COG]

Nazwisko i imię; .....PESEL.....
Data badania..... Liczba lat edukacji..... Adres i tel. ośrodka kierującego
……
Wymagane noszenie: Okularów, Tak.....Nie..... Aparatu słuchowego Tak..... Nie.....
Realizowane noszenie okularów, Tak.....Nie..... Aparatu słuchowego Tak..... ..Nie.....
Opiekun: ……stan pokrewieństwa ……
Adres.....Tel.....
Reaktywna sytuacja stresowa do 2 lat wstecz: Nie ; Tak (utrata roli zawodowej/ rodzinnej, utrata bliskiej osoby, nieuleczalna choroba, nieleczony zespół bólowy; narkoza ; samotność, inne ……).
Opis stanu skóry .....
……
Opis stwierdzanych ograniczeń ruchomości w stawach
.....
Przebyte złamania kości (od 60 r. ż.); lokalizacja..... Obwód ramienia w cm.....Obwód podudzia w cm.....Test BERG/ skrócony test Tinetti
.....
Zalecenia odnośnie aktywności ruchowej/ chodu
……
……
Nietrzymanie moczu: TAK/NIE; jeśli TAK: naglące: Tak/Nie wysiłkowe: Tak/Nie
Odleżyny: Nie/Tak - Lokalizacja.....Skala BRADEN/Norton.....
Skala BARTHEL Pkt...../ ADL .....Skala IADL .....
15-pkt. Geriatryczna Skala Oceny Depresji..... Skala MMSE*; Norma oczekiwana .....
Wynik.....
Uwagi.....
.....Test
Rysowania Zegara ...../7 pkt. Inne testy*
.....
Uzależnienie od leków Tak/Nie ..... Jatrogenny zespół geriatryczny po …
……..Przebyty TIA: Tak/Nie Udar Tak/Nie

Parametry o znaczeniu rokowniczym

Spadek wagi > 6 kg/6miesięcy	Stwierdzana wartość.....
Hiponatremia < 135 mmol/L	Stwierdzana wartość .....
Hipoalbuminemia < 3,7 g/dl	Stwierdzana wartość.....
Limfopenia < 1200 μl^3	Stwierdzana wartość.....
Hipocholesterolemia <185 mg%	Stwierdzana wartość.....
CRP > 6 mg/L	Stwierdzana wartość.....
pO2 < 60 mmHg*	Stwierdzana wartość.....
eGFR < 35 ml/min	Stwierdzana wartość.....
Hipotonia ortostatyczna: Tak/Nie	Wynik testu z L-DOPA* >20%.....
Glikemia na czczo 2 x > 100 mg%	Tak/ Nie Epizody hipoglikemii Tak/Nie ……

Wynik TSH ..... Wynik B 12* Prawidłowy/Nieprawidłowy **opcjonalnie*

23. Ocena sytuacji opiekuna rodzinnego przy pomocy Kwestionariusza COPE

Dane dotyczące OPIEKUNA

DATA URODZENIA OPIEKUNA: (dzień/miesiąc/rok) .....

JAK W SPOSÓB OGÓLNY OKREŚLIŁBY PAN/I SWOJE ZDROWIE?:

Bardzo dobre ☐ Dobre ☐ PRZECIĘTNE ☐

Złe ☐ Bardzo złe ☐

JAKI JEST PAŃSKI STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA Z OSOBĄ, KTÓRĄ SIĘ PAN/I OPIEKUJE?

Współmałżonek/Partner ☐ Rodzeństwo ☐

Dziecko ☐ Synowa lub zięć ☐

Inny członek rodziny ☐ Przyjaciel/Sąsiad ☐

PŁEĆ OPIEKUNA: Mężczyzna ☐ Kobieta ☐

STAN ZATRUDNIENIA OPIEKUNA: W pełnym wymiarze godzin ☐ W niepełnym wymiarze godzin ☐

Emerytura/renta ☐ Bezrobotny/a ☐ Student (studia dzienne) ☐

GDZIE PAN/I I OSOBA, KTÓRĄ SIĘ PAN/I OPIEKUJE MIESZKACIE?

W tym samym mieszkaniu ☐

W innym mieszkaniu, ale w tym samym budynku ☐

W pobliżu (odległość krótkiego spaceru) ☐

Około 10minut samochodem/autobusem/pociągiem ☐

Około 30 minut samochodem/autobusem/pociągiem ☐

Około 1 godziny samochodem/autobusem/pociągiem☐

Ponad 1 godzinę samochodem/autobusem/pociągiem☐

COPE INDEKS

(1) W	Mówiąc ogólnie, czy czuje Pan/i wystarczające wsparcie pełniąc rolę opiekuna? Zawsze **4** Często **3** Czasami **2** Nigdy **1**
(2) P	Czy uważa P., że dobrze radzi sobie P. w roli opiekuna? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
(3) N	Czy uważa P, że pełnienie opieki stawia przed P. zbyt wysokie wymagania? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
(4) N	Czy sprawowanie opieki stwarza problemy w P. stosunkach z przyjaciółmi? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1 nie dotyczy 1
(5) N	Czy sprawowanie opieki ma niedobry wpływ na P. zdrowie fizyczne? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
(6) N	Czy sprawowanie opieki stwarza problemy w P. stosunkach z rodziną? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1 nie dotyczy 1
(7) N	Czy sprawowanie opieki powoduje, że ma P. trudności finansowe? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
(8) N	Czy w roli opiekuna czuje się P. jak w sytuacji bez wyjścia? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
(9) W	Czy czuje się P. dobrze wspierany przez swoich przyjaciół i/ lub sąsiadów? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1 nie dotyczy 1
(10) P	Czy uważa P., że sprawowanie opieki jest dla P. warte trudu? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
(11) W	Czy czuje P. wystarczające wsparcie ze strony rodziny? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1 nie dotyczy 1
(12) P	Czy istnieją dobre stosunki (relacje) między P. a osobą, którą się P. opiekuje? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
(13) W	Czy czuje P. dobre wsparcie ze strony służby zdrowia i pomocy społecznej? (np. publicznej, prywatnej, woluntarnej)? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1 N/A 1
(14) P	Czy czuje P., że ktoś docenia P. jako opiekuna? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1 N/A 1
(15) N	Czy sprawowanie opieki wywiera niedobry wpływ na P. emocjonalne samopoczucie? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
	Czy jest jeszcze coś, o czym chciałby Pan/i nam powiedzieć?

Wskazówki odnośnie stosowania COPE-Indeksu

COPE-Indeks został opracowany - jako wstępne narzędzie przesiewowe - do rozpoznawania celowości wspierania opiekunów rodzinnych ludzi starszych. Instrument ten polecany jest do stosowania w dwojaki sposób.

A) Narzędzie może być używane dla ułatwienia dialogu między opiekunem a praktykiem opieki zdrowotnej lub społecznej na temat ważnych aspektów pełnienia opieki. Przyczynia się do poznania powiązań opiekuńczych z podopiecznym. Dialog prowadzony przez opiekuna z samym sobą może sugerować potrzebę dalszej szczegółowej oceny. Sugerujemy, jak przeprowadzić tę bardziej wnikliwą ocenę w sekcji „Pogłębione rozpoznanie sytuacji opiekuńczej", poniżej.

B) Narzędzie może być stosowane do precyzyjnego określenia sposobu postrzegania sytuacji opiekuńczej przez opiekuna, aby ustalać obszary jego potrzeb. Można to osiągnąć przez sumowanie odpowiedzi opiekuna na pytania COPE-Indeksu. Szczegółowa analiza statystyczna COPE-Indeksu (Balducci et al., 2008) wykazuje, że Indeks zawiera w sobie trzy podskale: Negatywny Wpływ Opieki, Pozytywna Wartość Opieki oraz Jakość Wsparcia.

Negatywny Wpływ Opieki oceniają pytania:

3. Czy uważa P, że pełnienie opieki stawia przed P. zbyt wysokie wymagania?
4. Czy sprawowanie opieki stwarza problemy w P. stosunkach z przyjaciółmi?
5. Czy sprawowanie opieki ma niedobry wpływ na P. zdrowie fizyczne?
6. Czy sprawowanie opieki stwarza problemy w P. stosunkach z rodziną?
7. Czy sprawowanie opieki powoduje, że ma P. trudności finansowe?
8. Czy w roli opiekuna czuje się P. jak w sytuacji bez wyjścia?
15. Czy sprawowanie opieki wywiera niedobry wpływ na P. emocjonalne samopoczucie?

Pozytywną Wartość Opieki oceniają pytania:

2. Czy uważa P., że dobrze radzi sobie P. w roli opiekuna?
10. Czy uważa P., że sprawowanie opieki jest dla P. warte trudu?
12. Czy istnieją dobre stosunki (relacje) między P. a osobą, którą się P. opiekuje?
14. Czy czuje P., że ktoś docenia P. jako opiekuna?

Jakość Wsparcia oceniają pytania:

1. Mówiąc ogólnie, czy czuje Pan/i wystarczające wsparcie pełniąc rolę opiekuna?
9. Czy czuje się P. dobrze wspierany przez swoich przyjaciół i/ lub sąsiadów?
11. Czy czuje P. wystarczające wsparcie ze strony rodziny?
13. Czy czuje P. dobre wsparcie ze strony służby zdrowia i pomocy społecznej? (np. publicznej, prywatnej, woluntarnej)?

Można dodawać odpowiedzi na pytania **w obrębie** każdej z podskal poprzez sumowanie punktów odpowiedzi, jak następuje: Zawsze = 4 Często = 3 Czasami = 2 Nigdy = 1

(odpowiedź 'Nie Dotyczy' jest zawsze punktowana = 1)

Wysoka punktacja w skali ***Negatywnego Wpływu Opieki*** może sugerować, że opiekun pozostaje w stresie z powodu świadczenia opieki. **Niska** punktacja na skali ***Pozytywnej Wartości Opieki*** może wskazywać, że opiekun osiąga niewielką satysfakcję z pełnienia opieki, podczas gdy **niska** punktacja w skali ***Jakości Wsparcia*** może wskazywać, że opiekun nie czuje się wspierany w jego roli.

Ważne jest, by rozważyć punktację **każdej** ze skal, aby już na wstępie poszerzyć rozumienie potrzeb opiekuna.

Dla przykładu, opiekun z wysoką punktacją w skali Negatywnego Wpływu Opieki, umiarkowaną punktacją w skali Jakości Wsparcia i wysoką punktacją w skali Pozytywnej Wartości Opieki (satysfakcja) przedstawia odmienny profil potrzeb, aniżeli opiekun, którego cechuje wysoka punktacja w skali Negatywnego Wpływu Opieki, wysoka Jakość Wsparcia i niska Pozytywna Wartość Opieki (satysfakcja z opieki).

Pierwszy opiekun może odczuwać stres wynikający z pełnienia opieki, ale ma szanse na zwiększenie satysfakcji z roli opiekuna i większej woli kontynuowania opieki, o ile jakość wsparcia ulegnie poprawie.

Drugi opiekun czuje się w pełni wspierany w jego roli, ale nadal jest zestresowany i nie odczuwa satysfakcji z opieki. Taki opiekun może wymagać doposażenia go w dodatkowe umiejętności w celu poprawy jego satysfakcji z opieki i obniżenia poziomu stresu lub można rozważać sposoby odciążenia go z obowiązków opiekuńczych.

Niezależnie od punktacji uzyskanej w trzech podskalach, COPE Kwestionariusz dostarcza ważnych informacji pomocnych do interpretacji uzyskanych wyników w kontekście sytuacji życiowej opiekuna. Uwzględnienie wszystkich informacji powinno upoważniać do wyrobienia wstępnego poglądu na temat indywidualnych potrzeb opiekuna, jak również wskazań odnośnie potrzeby przeprowadzenia dalszej, pełnej oceny.

Podskale **nie posiadają referencyjnych wartości progowych**. Oznacza to, że pojedyncza wartość punktowa nie może być podstawą do dzielenia opiekunów na zestresowanych i nie zestresowanych, tych posiadających lub

nie posiadających satysfakcji z opieki, ani tych czujących lub nie odczuwających wsparcia w ich roli opiekuna. Dzieje się tak, ponieważ negatywny wpływ opieki, pozytywna wartość z pełnienia opieki, jak również jakość sieci wsparcia stanowią pewne kontinuum i nie mają właściwości problemów klinicznych takich jak depresja, czy lęk.

Jednakże, dla informacji można dodać, że ostatnie badania brytyjskie pokazują, że mniej niż 15% opiekunów ma **16 lub więcej punktów** w skali Negatywnego Wpływu Opieki, mniej niż 15% opiekunów ma **10 lub mniej punktów** w skali Pozytywnej Wartości Opieki i mniej niż 15% opiekunów osiąga **6 lub mniej punktów** w skali Jakości Wsparcia.

Osoby oceniające mogą być świadome, że opiekun uzyskujący:

- więcej niż 15 punktów w skali Negatywnego Wpływu Opieki **lub**
- mniej niż 10 punktów w skali Pozytywnej Wartości Opieki **lub**
- mniej niż 6 punktów w skali Jakości Wsparcia,

może dawać podstawę do uważnego rozważenia okoliczności jego sytuacji opiekuńczej.

Opiekun, który osiąga:

- **więcej niż 15 punktów w skali Negatywnego Wpływu Opieki oraz**
- **mniej niż 10 punktów w skali Pozytywnej Wartości Opieki oraz**
- **mniej niż 6 punktów w skali Jakości Wsparcia**

jednoznacznie wymaga szczególnej i pilnej uwagi i dalszego, bardziej szczegółowego rozpoznania jego sytuacji opiekuńczej.

Pogłębione rozpoznanie sytuacji opiekuńczej

COPE Indeks został specjalnie przeznaczony dla opiekunów i praktyków w celu rozpoznawania rozmaitych aspektów pełnienia opieki w celu zastosowania najbardziej właściwych form pomocy i wsparcia wspólnie zidentyfikowanych i uzgodnionych. O ile jest rozważana konieczność bardziej szczegółowej dyskusji lub dalszej oceny wówczas warto rozważyć użycie dodatkowego narzędzia, które zostało skonstruowane w sposób komplementarny do COPE Indeksu:

TRUDNOŚCI ZWIĄZANE z OPIEKĄ [***Carers Assessment of Difficulties Index*** **(CADI)**], ZADOWOLENIE ZE SPRAWOWANIA OPIEKI [***Carers Assessment of Satisfactions Index*** **(CASI)**] oraz RADZENIE SOBIE z OPIEKĄ [***Carers Assessment of Managing Index*** **(CAMI)**] są kwestionariuszami, które dostarczają pogłębionej wiedzy na temat tego, z jakiego rodzaju trudnościami opiekunowie borykają się obecnie, co odbierają jako przynoszące satysfakcję z opieki oraz jaki rodzaj działań podejmują, aby poradzić sobie ze świadczeniem opieki. Takie informacje pozwalają na dogłębne zrozumienie sytuacji opiekuńczej, by podjąć pilne działania. Tym niemniej, stosowanie tych wskaźników wymaga umiejętności, troski, a co ważne właściwej odpowiedzi.

Piśmiennictwo:

Balducci, C., Mnich, E., McKee, K.J., Lamura, G., Beckmann, A., Krevers, B., Wojszel, B., Prouskas, C., Bien, B., Nolan, M. & Öberg, B. (2008). Negative impact and positive value in caregiving: Validation of the COPE Index in a 6-country sample of carers. The Gerontologist, 48, 276-286

UK: Kevin McKee, Senior Lecturer, Sheffield Institute for Studies on Ageing, University of Sheffield,
Samuel Fox House, Northern General Hospital, Sheffield S5 7AU
Email: k.j.mckee@sheffield.ac.uk

Poland: Barbara Bień, Professor, Department of Geriatrics, Medical University of Białystok, ul. Fabryczna 27, 15-471 Białystok.
Email: bien@umb.edu.pl