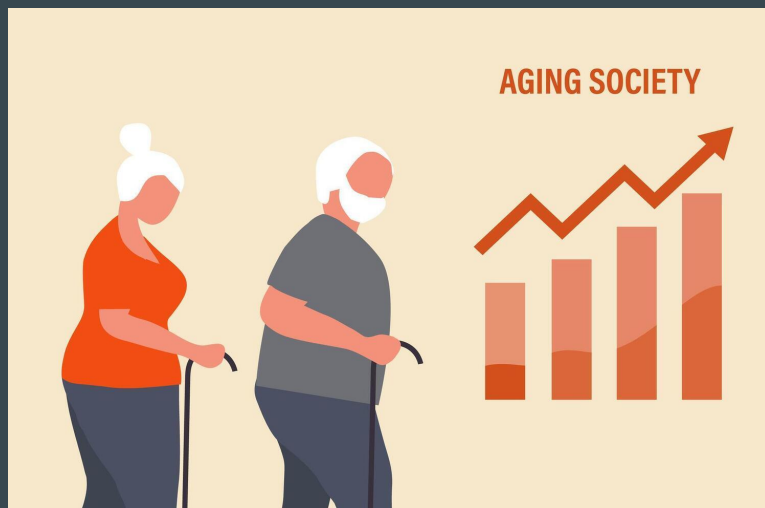


Całościowa Opieka Geriatryczna



lek. Zuzanna Banaszkiewicz

Medycyna rodzinna a geriatrya



- W Polsce osoby ≥ 65 r.ż. stanowią ok. 20% społeczeństwa
 - Liczba osób ≥ 80 r.ż. rośnie najszybciej – prognozy: ponad 1,5 mln w 2030 r.
 - Do roku 2050 seniorzy będą stanowić ponad 1/3 populacji
-

Pacjent geriatryczny - definicja

Pacjent geriatryczny to najczęściej osoba po 70. roku życia z wielochorobowością albo każda osoba powyżej 80. roku życia, niezależnie od stanu zdrowia.

- starzenie = ograniczenie rezerwy adaptacyjnej
- drobny stresor → duże konsekwencje („efekt domino”)
- wymaga podejścia interdyscyplinarnego

WHO za początek starości uznaje 60 r.ż.

Wyróżnia w niej 3 zasadnicze etapy:

wiek podeszły
60-74 r.ż.

wiek starczy
75-89 r.ż.

wiek sędziwy
≥90 r.ż.

Wielkie zespoły geriatryczne

- **Immobility** – ograniczenie ruchomości
- **Instability** – upadki, zaburzenia równowagi
- **Incontinence** – nietrzymanie moczu i stolca
- **Intellectual impairment** – otępienie, zaburzenia poznawcze
- **Depression** – zaburzenia emocji
- **Sensory impairment** – zaburzenia narządów zmysłów (wzrok, słuch)
- **Malnutrition** – niedożywienie
- **Polypharmacy** – wielolekowość
- Zespoły splątania, lękowe, bezsenność

Wszystkie te problemy prowadzą do niesprawności życiowej – utraty zdolności wykonywania podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego, a w konsekwencji zależności od osób trzecich.

Skala VES-13

narzędzie przesiewowe

identyfikacja pacjenta geriatrycznego

wynik ≥ 3 pkt - ryzyko pogorszenia stanu
ogólnego lub zgonu w perspektywie 2 lat

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 :		
	Pochylanie, kucanie, klękanie	Tak/ Nie	
	Podnoszenie, dźwiganie przedmiotów o wadze około 4,5kg	Tak/ Nie	
	Sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barku	Tak/ Nie	
	Pisanie lub utrzymywanie drobnych przedmiotów	Tak/ Nie	
	Przejście około 400 metrów	Tak/ Nie	
	Ciężka praca domowa jak mycie podłóg lub okien	Tak/ Nie	
	<i>Jeśli dwie (lub więcej) z odpowiedzi są pozytywne - należy przyznać maksimum 2 punkty, a jeśli jedna to 1 punkt</i>		
	 pkt (0 - 2 pkt)	
4	Czy z powodu złego 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	
	<i>Jeśli choć jedna z odpowiedzi jest pozytywna to należy przyznać 4 punkty (maksimum)</i>		
	 pkt (0 lub 4 pkt)	
	Razem maksimum =10	

Interpretacja: Uzyskanie 3 lub więcej punktów wskazuje na ryzyko znacznego pogorszenia stanu zdrowia, sprawności funkcjonalnej lub zgonu w ciągu najbliższych dwóch lat.

Całościowa Ocena Geriatryczna

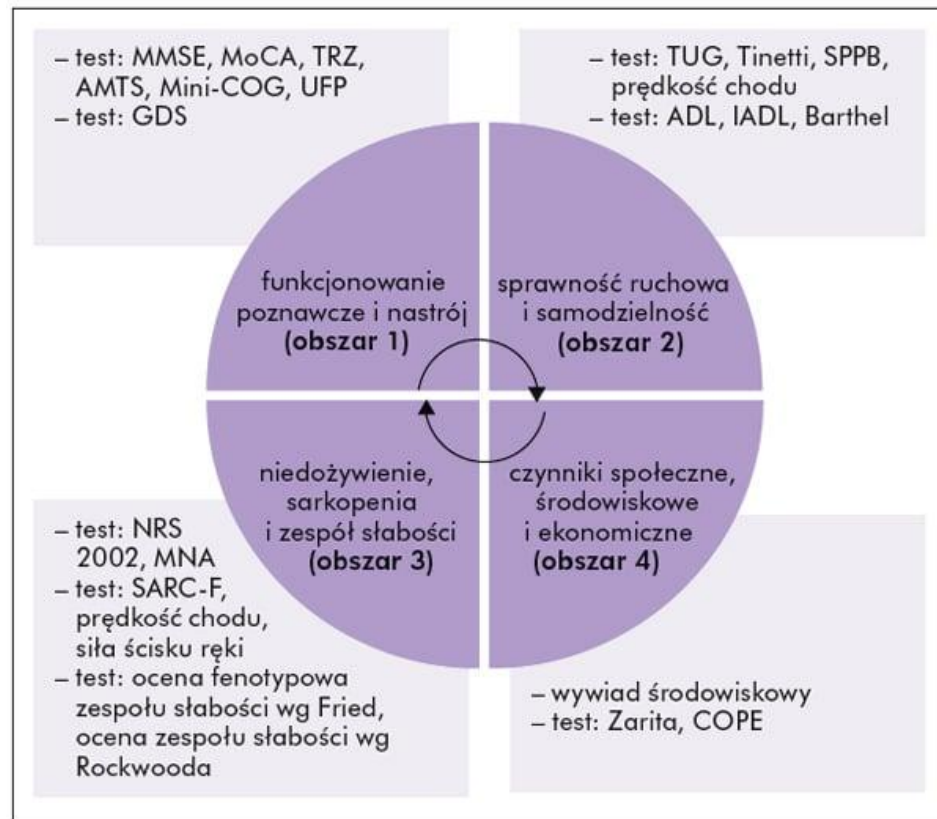
- ocena: zdrowie fizyczne, psychiczne, funkcjonalność, środowisko społeczne
- narzędzia przesiewowe
- zespół interdyscyplinarny

Cel?

Celem COG jest nie tylko diagnoza, ale też stworzenie spersonalizowanego planu opieki, który łączy interwencje medyczne, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne i społeczne.



COG:



Ocena samodzielności i sprawności ruchowej

Skala Katza/ ADL (Activities of Daily Living)

ocena podstawowych czynności
dnia codziennego

niska punktacja = niesamodzielność

Czynność	Opis	PACJENT SAMODZIELNY	
		TAK	NIE
Kąpanie się/ mycie się	Nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką, kąpiel w wannie/ prysznic		
Ubieranie się	Ubiera się bez żadnej pomocy, z wyjątkiem wiązania sznurówek		
Korzystanie z toalety	Idzie to toalety, korzysta z toalety, poprawia ubranie, wraca z toalety bez żadnej pomocy (może używać jako podpory laski lub chodzika albo też korzystać w nocy z basenu lub nocnika)		
Poruszanie się	Przemieszcza się z/do łóżka lub na krzesło bez pomocy (może korzystać z laski lub chodzika)		
Kontrolowane wydalanie moczu i stolca	Całkowicie panuje nad zwieraczami (bez sporadycznych epizodów nietrzymania)		
Jedzenie	Odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem)		

Wyniki (opis):

- 6 punktów – w pełni zachowane czynności
- 4 punkty – średniego stopnia upośledzenie
- 2 punkty – ciężkie upośledzenie czynnościowe

Skala Lawtona / IADL (Instrumental Activities of Daily Living)

ocena czynności złożonych
max 24pkt

SKALA OCENY ZŁOŻONYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO (SKALA LAWTONA) – IADL

1. Czy potrafisz korzystać z telefonu ?

- 3 = bez pomocy
- 2 = z niewielką pomocą
- 1 = zupełnie nie jesteś w stanie korzystać

2. Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru ?

- 3 = bez pomocy
- 2 = z niewielką pomocą
- 1 = zupełnie nie jesteś w stanie podróżować, dopóki nie poczyni się specjalnych przygotowań

3. Czy wychodzisz na zakupy po artykuły spożywcze ?

- 3 = bez pomocy
- 2 = z niewielką pomocą
- 1 = zupełnie nie jesteś w stanie robić jakichkolwiek zakupów

4. Czy możesz samodzielnie przygotować sobie posiłki ?

- 3 = bez pomocy
- 2 = z niewielką pomocą
- 1 = nie jesteś w stanie

5. Czy możesz samodzielnie wykonywać prace domowe (np. sprzątanie) ?

- 3 = bez pomocy
- 2 = z niewielką pomocą
- 1 = zupełnie nie jesteś w stanie

6. Czy możesz samodzielnie majsterkować / wyprać swoje rzeczy ?

- 3 = bez pomocy
- 2 = z niewielką pomocą
- 1 = nie jesteś w stanie

7. Czy samodzielnie przygotowujesz i przyjmujesz leki ?

- 3 = bez pomocy
- 2 = z niewielką pomocą
- 1 = nie jesteś w stanie

8. Czy samodzielnie gospodarujesz pieniędzmi ?

- 3 = bez pomocy
- 2 = z niewielką pomocą
- 1 = nie jesteś w stanie

Skala Barthel

kwalfikacja do ZOL
opieka długoterminowa

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 łózka 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 moc
		10	Kontroluje oddawanie moczu

Wynik końcowy/100 pkt.

Interpretacja: Im mniej punktów tym gorsza sprawność

Test Tinetti (POMA)

ocena równowagi i chodu

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 (<i>pierwsze 5 s.</i>)	stoi niepewnie (zatacza się, przesuwa stopy, wyraźnie kotłysz tułowiem)	0
	stoi pewnie, ale podpira się, używając chodzika, laski lub chwytając 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: (<i>badany stoi ze stopami jak najbliżej siebie, badający lekko popycha go, trzykrotnie trącając dłoń w klatkę piersiową na wysokości mostka</i>)	zaczyna się przewracać	0
	zatacza się, chwytając 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 °	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)

max 28 pkt

wynik <26 pkt - ryzyko upadków

wynik <19 pkt - 5x wzrost ryzyka

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 (bepośrednio po wydaniu polecenia, żeby iść)	jakiegokolwiek niezdecydowanie (wahanie) lub kilkakrotne próby ruszenia z miejsca start bez wahania	0 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
	nie przekracza miejsca stania prawej stopy	0
	przekracza położenie prawej stopy	1
B. Zasięg ruchu lewej stopy przy wykroku:	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 kolana, 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.

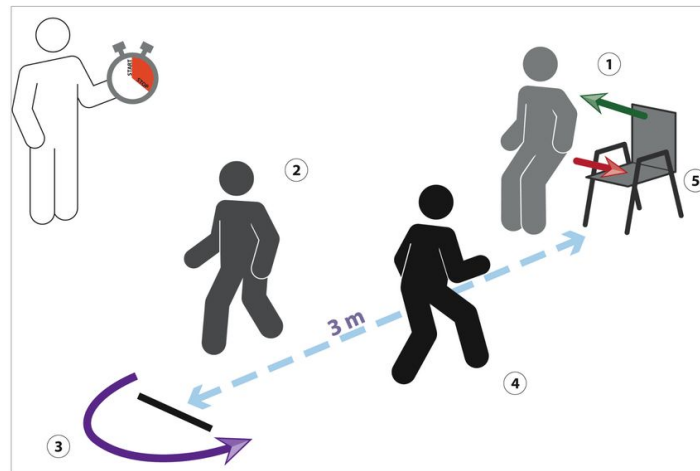
Test “Wstań i Idź” Timed Up and Go (TUG)

ocena chodu i sprawności
funkcjonalnej

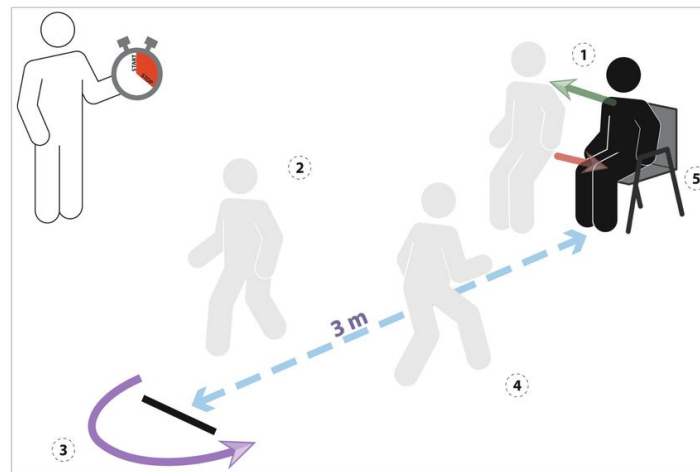
<10s - norma

>14s - duże ryzyko upadków

A



B



Ocena stanu ogólnego

MNA (Mini Nutritional Assessment)

ocena stanu odżywienia

wynik ≤ 11 pkt - możliwość niedożywienia

MNA – badanie przesiewowe

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

- o w dużym stopniu - 0 pkt
- o w umiarkowanym stopniu - 1 pkt
- o nie zaobserwowano - 2 pkt

B. Utrata masy ciała w ostatnich trzech miesiącach:

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

C. Mobilność / zdolność do samodzielnego przemieszczania się:

- o nie opuszcza sam (sama) łóżka lub krzesła - 0 pkt
- o jest w stanie sam (sama) podnieść się z łóżka lub krzesła, lecz nie wychodzi na zewnątrz - 1 pkt
- o 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?

- o tak - 0 pkt
- o nie - 2 pkt

E. Problemy neuropsychologiczne

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

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

- o BMI poniżej 19 - 0 pkt
- o BMI między ≥ 19 a 21 - 1 pkt
- o BMI ≥ 21 i < 23 - 2 pkt
- o BMI ≥ 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).

NRS 2002 (Nutritional Risk Screening)

ocena stanu odżywienia w
lecznictwie zamkniętym

OCENA RYZYKA ZWIĄZANEGO ZE STANEM ODŻYWIENIA
(NUTRITIONAL RISK SCORE, NRS 2002)

Pogorszenie stanu odżywienia		Nasilenie choroby (zwiększone zapotrzebowanie)	
Brak = 0	Prawidłowy stan odżywienia	Brak = 0	Zwykłe zapotrzebowanie
Lekkie = 1	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 3 miesięcy lub Spożycie pokarmu 50-75% w ostatnim tygodniu	Lekkie = 1	Np. złamanie uda Choroby przewlekłe (zwłaszcza powikłane) - marskość wątroby, POChP Radioterapia
Srednie = 2	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 2 miesięcy lub BMI 18,5-20,5 + zły stan ogólny lub Spożycie pokarmu 25-50% potrzeb w ostatnim tygodniu	Srednie = 2	Rozległe operacje brzuszne Udar mózgu Chorzy w wieku podeszłym – leczenie przewlekłe Pooperacyjna niewydolność nerek Chemioterapia
Ciężkie = 3	Utrata masy ciała > 5% w ciągu 1 miesiąca lub BMI <18,5 + zły stan ogólny lub Spożycie pokarmu 0-25% potrzeb w ostatnim tygodniu	Ciężkie = 3	Uraz głowy Przeszczep szpiku Chorzy w oddziale Intensywnej Terapii
Jeżeli wiek chorego przekracza 70 lat + 1 pkt			
Nasilenie:		Nasilenie:	Suma punktów:
Wynik: ≥3 – wskazane leczenie żywieniowe <3 – rozważ postępowanie zachowawcze, powtórz badanie za tydzień.			

Niedożywienie - postępowanie

Przyczyny - apetyt/połykanie/żucie, liczba posiłków, płyny, leki; nastrój/ f. poznawcze; sytuacja socjana

Plan „food first” - 4-6 mniejszych posiłków, zagęszczanie energii i białka, modyfikacja konsystencji, nawodnienie; zapewnij asystę przy jedzeniu i logistykę zakupów.

Suplementacja/eskalacja - gdy dieta niewystarczająca → ONS; w ciężkich przypadkach konsultacja żywieniowa/dietetyk.

Aktywność fizyczna- codzienny chód + proste ćwiczenia oporowe → apetyt, masa, funkcja

Edukacja i wsparcie - instruktaż dla pacjenta/rodziny; pomoc środowiskowa

Monitorowanie - tydzień: masa, tolerancja posiłków/ONS, nawodnienie, skóra.
miesiąc: MNA/ocena funkcjonalna i aktualizacja planu.

Skala Norton

ocena ryzyka odleżyn

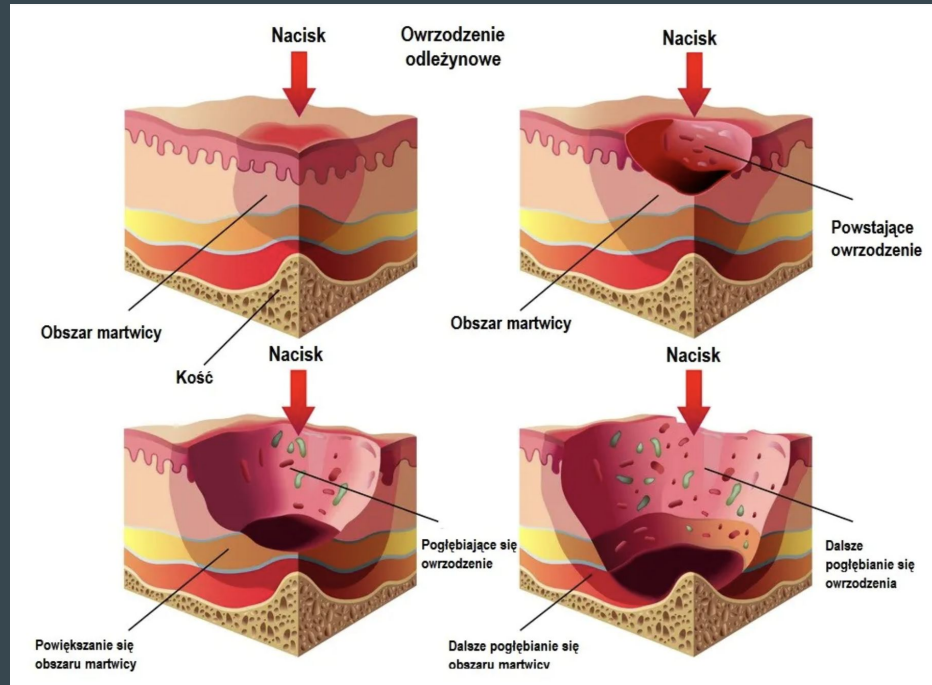
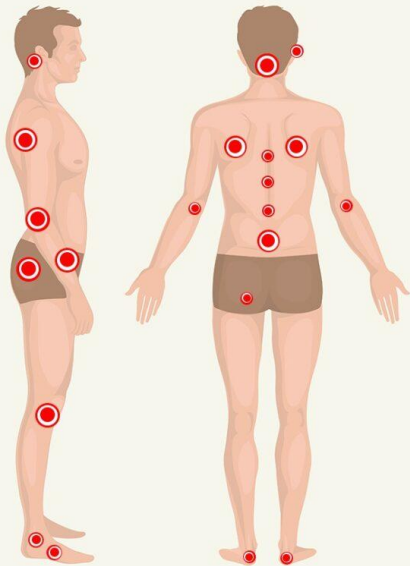
<14 pkt - ryzyko powstania odleżyn

Skala Norton

Stan fizyczny	Stan psychiczny/ świadomość	Aktywność fizyczna	Stopień samodzielności przy poruszaniu	Nietrzymanie moczu/kału
Dobry (4)	Pełna (4)	Chodzi samodzielnie (4)	Pełny (4)	Nie występuje (4)
Dość dobry (3)	Apatia (3)	Chodzi z pomocą (3)	Lekko ograniczony (3)	Sporadycznie (3)
Zły (2)	Zaburzona (2)	Siedzi (2)	Bardzo ograniczony (2)	Nietrzymanie moczu (2)
Bardzo zły (1)	Śpiączka (1)	Brak (1)	Brak (1)	Nietrzymanie moczu i kału (1)

Wynik poniżej 14 pkt wskazuje na zagrożenie powstania odleżyn

Obszary powstawania odleżyn

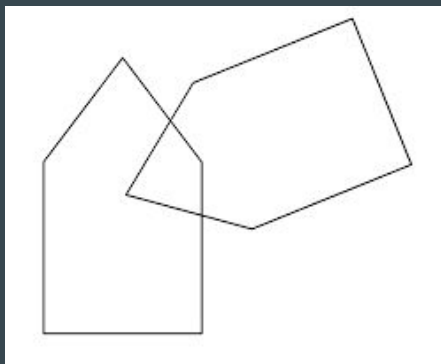


Odleżyny

Ocena funkcji poznawczych i nastroju

MMSE (Mini-Mental State Examination)

ocena funkcji poznawczych



KRÓTKA SKALA OCENY STANU PSYCHICZNEGO MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) - ARKUSZ DPOWIEDZI

1. ORIENTACJA W CZASIE I W MIEJSCU

Orientacja w czasie

Jaki jest teraz rok?..... []
Jaka jest teraz pora roku? []
Jaki jest teraz miesiąc? []
Jaka jest dzisiejsza data (którego dzisiaj mamy)? []
Jaki jest dzisiaj dzień tygodnia? []

Orientacja w miejscu

W jakim kraju się znajdujemy?..... []
W jakim województwie się znajdujemy? []
W jakim mieście się teraz znajdujemy? []
Jak nazywa się miejsce, w którym się teraz znajdujemy?..... []
Na którym piętrze się obecnie znajdujemy?..... []

2. ZAPAMIĘTYWANIE

Wymienię teraz trzy słowa. Kiedy skończę, proszę, aby je Pan/Pani powtórzył(a).

Poniższe słowa wypowiadamy wolno i wyraźnie (jedno słowo na sekundę).

BYK [] MUR [] LAS [] []

Proszę je zapamiętać, bo zapytam o nie powtórnie za kilka minut.

3. UWAGA I LICZENIE

Proszę odejmować kolejno od 100 po 7, aż powiem stop [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

4. PRZYPOMINANIE

Proszę wymienić trzy słowa, które Pan(i) miał(a) wcześniej zapamiętać.

BYK [] MUR [] LAS [] []

5. FUNKCJE JĘZYKOWE

Nazywanie

Prosimy o nazwanie dwóch przedmiotów, które kolejno pokazujemy badanemu (ołówek, zegarek)

Jak nazywa się ten przedmiot?..... []

Jak nazywa się ten przedmiot?..... []

Powtarzanie

Proszę dosłownie powtórzyć następujące zdanie:

Ani tak, ani nie, ani ale. []

Wykonywanie poleceń

a) Proszę uważnie posłuchać treści całego polecenia, a następnie wykonać to polecenie.

• proszę wziąć kartkę do lewej/prawej ręki []

• złożyć ją oburącz na połowę []

• i położyć ją na kolana []

b) Pokazujemy badanemu tekst polecenia zamieszczony na okładce: „proszę zamknąć oczy”.

Proszę przeczytać to polecenie i je wykonać []

Pisanie

Dajemy osobie badanej czystą kartkę papieru i prosimy o napisanie dowolnego zdania.

Proszę napisać na tej kartce jakieś dowolne zdanie []

6. PRAKSJA KONSTRUKCYJNA

Proszę przerysować ten rysunek tak dokładnie, jak tylko jest to możliwe..... []

Rysunek zamieszczony jest na odwrocie ARKUSZA ODPOWIEDZI

OGÓLNA LICZBA PUNKTÓW : []

Interpretacja wyników

30 - 27 - wynik prawidłowy

26 - 24 - zaburzenia poznawcze bez otępienia

23 - 19 - otępienie lekkiego stopnia

18 - 11 - otępienie średniego stopnia








10 - 0 - otępienie głębokie

Na wynik MMSE, oprócz stanu psychicznego badanego ma wpływ:

- sposób posługiwania się skalą przez badającego
- wiek i wykształcenie osoby badanej

Wiek (lata)	Liczba lat nauki					
	0	4	8	12	16	20
60	4	2	0	-1	-3	-5
65	4	3	1	0	-2	-4
70	5	3	1	0	-1	-3
75	6	4	2	0	-1	-3
80	6	5	3	1	0	-2
85	7	5	3	1	0	-1
90	8	6	4	2	0	-1

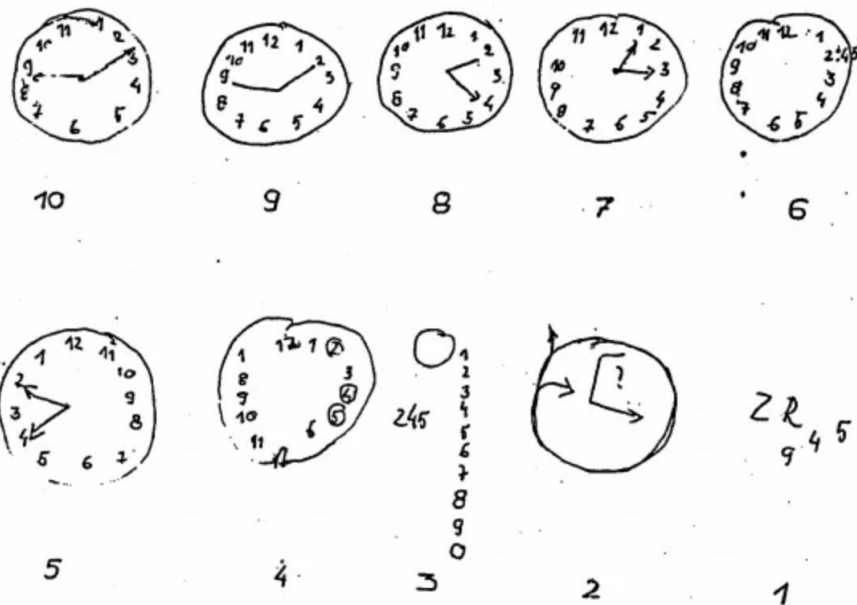
Sposób obliczania wyniku skorygowanego.

Template		MMSE (praxis subtest) = 1 point Bourke et al. (1995) = 6 points	
Case A		MMSE (praxis subtest) = 1 point Bourke et al. (1995) = 6 points	<i>Normal elderly – No dementia</i>
Case B		MMSE (praxis subtest) = 0 point Bourke et al. (1995) = 5 points	<i>Mild Alzheimer's disease</i>
Case C		MMSE (praxis subtest) = 0 point Bourke et al. (1995) = 4 points	<i>Mild to moderate Alzheimer's disease</i>
Case D		MMSE (praxis subtest) = 0 point Bourke et al. (1995) = 3 points	<i>Moderate Alzheimer's disease</i>
Case E		MMSE (praxis subtest) = 0 point Bourke et al. (1995) = 2 points	<i>Moderate to severe Alzheimer's disease</i>
Case F		MMSE (praxis subtest) = 0 point Bourke et al. (1995) = 1 point	<i>Severe Alzheimer's disease</i>

MMSE przykłady

Test rysowania zegara (CDT)

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



Przykłady błędów popełnianych przez pacjentów w teście wg Sunderlanda z uwzględnieniem liczby punktów.

[1]

Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GDS)

0–5 pkt- bez depresji

6–10 pkt- depresja umiarkowana

11–15 pkt- depresja ciężka

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

Depresja vs otępienie

Obszar	Depresja	Otępienie
Początek	Podostry/reaktywny , często po stresorze; wahania nasilenia w ciągu dnia	Powolny, postępujący spadek funkcji przez miesiące–lata
Objawy	Skargi na pamięć/koncentrację , spowolnienie, anergia, lęk	Zaburzenia orientacji , języka, funkcji wykonawczych, błędy w czynnościach złożonych
Nastrój/ afekt	Obniżony , anhedonia, poczucie winy/pesymizm	Często apatia , zobojętnienie; mniej skarg emocjonalnych
Funkcjonowanie	„ Nie robi, bo nie ma siły/motywacji ”; realne umiejętności zwykle zachowane	„ Nie robi, bo nie potrafi ” – utrata nabytych umiejętności (ADL/IADL)
Sen i apetyt	Często bezsenność (wczesne wybudzanie), spadek apetytu	Rozregulowany rytm snu–czuwania, zapominanie o posiłkach

Ocena socjalno- środowiskowa

Potrzeby, zasoby, bariery...

- **Warunki mieszkaniowe & bezpieczeństwo:** bariery arch., higiena, ryzyko upadków/odleżyn; kto mieszka z pacjentem.
- **Sieć wsparcia:** rodzina/sąsiedzi/opiekunowie, realna dostępność (czas/odległość).
- **Zasoby & bariery:** transport, finanse/świadczenia, dostęp do usług (OPS, DPS, usługi opiekuńcze, sprzęt).
- **Rola i obciążenie opiekuna:** kto pomaga, ile godzin, trudności, potrzeby odciążenia.
- **Samodzielność dnia codziennego:** co pacjent **robi sam** , co **z pomocą** , czego **nie robi** .

Skale wykorzystywane w COG:

- **CANE** – 24 obszary potrzeb (funkcjonowanie, **status materialny** , kontakty społeczne, zdrowie) z perspektywy pacjenta, opiekuna i profesjonalisty.
- **Zarit Burden Interview (test Zarita)** – kwestionariusz nasilenia obciążenia opiekuna.
- **COPE Index** – przesiew **obciążenia opiekuna**
- **ADL (Katz) / IADL (Lawton) / Barthel**

Formy opieki długoterminowej

DPS – Dom Pomocy Społecznej

- **Dla kogo:** osoby wymagające stałej opieki i wsparcia w czynnościach życia codziennego.
- **Tryb przyjęcia & opłaty:** decyzja administracyjna gminy; opłatę wnoszą: mieszkaniec (do **70% dochodu**), a w razie potrzeby także rodzina/gmina.

ZOL – Zakład Opiekuńczo-Leczniczy

- **Dla kogo:** chorzy niewymagający hospitalizacji , ale niesamodzielni.
- **Kwalifikacja:** skierowanie + dokumentacja, ocena samodzielności (**Barthel ≤ 40** pkt).
- **Zakres świadczeń:** opieka lekarsko-pielęgniarska **24/7**, rehabilitacja, terapia zajęciowa.

ZPO – Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy

- **Dla kogo:** jak ZOL – pacjenci przewlekle chorzy, niesamodzielni, bez wskazań do ostrej hospitalizacji.
- **Zakres świadczeń:** całodobowa pielęgnacja, kontynuacja leczenia, rehabilitacja.

Hospicjum

- **Dla kogo:** chorzy wymagający **opieki paliatywno-hospicyjnej** . Skierowanie może wystawić m.in. lekarz **POZ**.

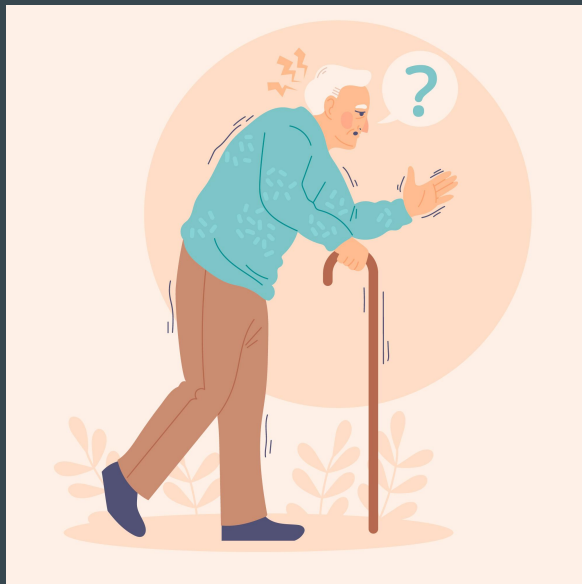
**Pacjent geriatryczny - na
co zwracać uwagę?**

Zespół słabości (frailty syndrome)

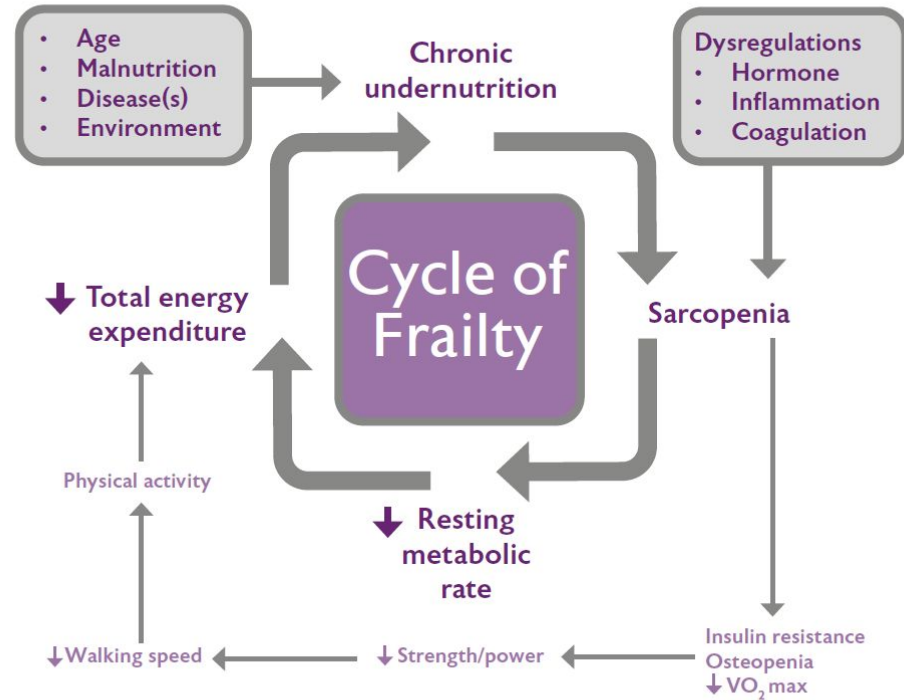
Zmniejszona rezerwa adaptacyjna organizmu w odpowiedzi na stresory (choroba, uraz, hospitalizacja) oraz zwiększona podatność na niesprawność i utratę samodzielności.

Objawy kliniczne:

- utrata masy ciała i mięśni (sarkopenia)
- osłabienie, szybkie męczenie się
- spadek aktywności fizycznej
- zaburzenia równowagi, upadki
- obniżony nastrój, depresja



Przyczyny



Polipragmazja - błędne koło

Przyjmowanie ≥ 5 leków jednocześnie

Konsekwencje:

- interakcje lekowe
- działania niepożądane (zawroty głowy, hipotonia, upadki)
- delirium i zaburzenia poznawcze
- większe ryzyko hospitalizacji i zgonu



Najczęstsze DN leków

BZD / Z-drugs: senność, ataksja, upadki, delirium

Opioidy: zaparcia, sedacja, upadki

NLPZ: krwawienia z pp, nefrotoksyczność, obrzęki/↑RR → unikaj z antykoagulantami

SSRI/SNRI: hiponatremia, możliwe QT

Neuroleptyki: hipotonia, objawy pozapiramidowe/QT; ↑ ryzyko udaru w demencji

Diuretyki: hipo-Na/K, odwodnienie

ACEI/ARB/ β-bloker/CCB: hipo-/hiperkaliemia, bradykardia, hipotonia; CCB: obrzęki/zaparcia

Hipoglikemizujące (insulina, SU): hipoglikemia

Antycholinergiki (pęcherz, TLPD, I-gen. p/hist.): suchość, zatrzymanie moczu, zaparcia, delirium

Jak przeciwdziałać polipragmazji?

- regularny przegląd lekowy
- stosowanie kryteriów STOPP/START
- deprescribing – świadome odstawianie leków
- upraszczanie schematów dawkowania
- monitorowanie stanu pacjenta
- współpraca z farmaceutą i rodziną pacjenta



Uzależnienie od benzodiazepin i Z-drugs - dlaczego problem?

- Często ordynowane „na sen i na nerwy”
- Przewlekłe stosowanie zamiast krótkoterminowego
- Tolerancja i zjawisko „rebound”
- Zależność fizyczna i psychiczna
- Maskowanie choroby podstawowej
- Istotne szkody funkcjonalne - Senność dzienna, zaburzenia pamięci/uwagi, ataksja, upadki
- Niebezpieczne interakcje z innymi lekami
- Trudne i długie odstawianie

Red flags



Wzorzec używania

- Szybka **eskalacja dawek** / skracanie odstępów
- **Wielokrotne „zagubione recepty”** , prośby o pilne e-recepty, „doktor-shopping”
- **Używanie doraźne do radzenia sobie z każdym stresem** („na wszystko”)

Objawy kliniczne

- **Dzienna senność, spowolnienie, ataksja** , niewyraźna mowa
- **Zaburzenia pamięci świeżej** , pogorszenie funkcji wykonawczych, majaczenie (zwłaszcza u 65+)
- **Upadki/złamania** , wypadki komunikacyjne
- **Paradoksalne odhamowanie/agresja** , labilność nastroju

Strategia postępowania

- **Nigdy nie odstawiaj nagle!** Zwykle -5-10% dawki co 1-2 tyg
- Jeśli objawy zbyt nasilone → **pauza** na 1-2 kroki, nie wracaj wyżej
- **Taper na leku wyjściowym** lub **konwersja na długodziałające BZD (np. diazepam)**
- **Wsparcie równoległe** : CBT-I/CBT, higiena snu, leczenie zaburzeń podstawowych (SSRI/SNRI/mirtazapina wg wskazań), edukacja dot. alkoholu/opioidów.
- **Z-drugs** - taper jak w BZD: -10-25% co 1-2 tyg. + **CBT-I obowiązkowo** ; rozważ melatoninę

Monitorowanie

- Kontrole co 2-4 tyg., ocena objawów odstawiennych (np. CIWA-B), **upadki/majaczenie** ,
prowadzenie pojazdów.

Ruch i prewencja upadków

Szybka identyfikacja ryzyka

- **Pytania:** ≥ 1 upadek w ostatnim roku? Uczucie chwiejności? Lęk przed upadkiem? Zawroty przy wstawaniu?
- **Testy:** TUG, Tinetti, ocena zmysłów
- **Leki do przeglądu:** BZD/Z-drugs, opioidy, TLPD/SSRI (hipotonia), neuroleptyki, H1-antyhistaminowe

Zalecenia

- **150–300 min/tydz. wysiłku umiarkowanego albo 75–150 min/tydz. intensywnego**
- **Ćwiczenia „antyupadkowe”:** pozycje stojące z mniejszym podparciem, kroki, przenoszenie ciężaru, zmiany kierunku, „zadania podwójne”
- **Suplementacja** - witamina D, wapń, białko
- **Adaptacja środowiska** - oświetlenie nocne, usunąć dywany/kable/progi, poręcz w łazience i na schodach, stabilne obuwie

Kalendarz szczepień seniorów

SZCZEPIONKA PRZECIWIW	WIEK (LATA)		
	50-59	60-64	>65
Grypie (IIV)	1 dawka co roku, w czasie sezonu infekcyjnego (najlepiej na początku sezonu)*		
Błonicy, tężcowi, krztuścowi (Tdap)	1 dawka co 10 lat		
Covid-19	Liczba dawek zależy od historii szczepień i aktualnych zaleceń		
Wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (HBV)	3 dawki (osoby, które nie były wcześniej szczepione)		
Pneumokokom (PCV, PPSV)	1 dawka PCV-13 lub PCV-20	1 dawka PCV-13 lub PCV-20	1 dawka PCV-13+ PPSV-23 lub 1 dawka PCV-20
Półpaścowi (RZV)	2 dawki w odstępie 2-6 miesięcy		
Syncyotialnemu wirusowi oddechowemu (RSV)	1 dawka		
Kleszczowemu zapaleniu mózgu (KZM)	3 dawki + dawki przypominające co 3-5 lat		
Wirusowemu zapaleniu wątroby typu A (HAV)	2 dawki (osoby, które nie były wcześniej szczepione)		
Meningokokom (MenB, MenACWY)	MenB- 2 dawki, MenACWY- 1 dawka		

*dla osób w wieku ≥60 lat szczepionką zalecaną jest szczepionka wysokodawkowa, w przypadku jej niedostępności lub braku akceptacji przez pacjenta – szczepionka standardowa.

- szczepienia zalecane dla wszystkich nieuodpornionych osób w tym wieku
- szczepienia zalecane, gdy występują dodatkowe czynniki ryzyka (np. medyczne, zawodowe, związane ze stylem życia)

IIV - szczepionka przeciw grypie, inaktywowana; Tdap - szczepionka przeciw błoniczy, tężcowi i krztuścowi; Covid-19 - szczepionka przeciw Covid-19; HBV (Hepatitis B Vaccine) - szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B; PCV - skoniugowana szczepionka przeciw pneumokokom; PPSV - polisacharydowa szczepionka przeciw pneumokokom; RZV - szczepionka przeciw półpaścowi; RSV - szczepionka przeciw syncyotialnemu wirusowi oddechowemu; KZM - szczepionka przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu; HAV (Hepatitis A Vaccine) - szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu A; MenB - szczepionka przeciw meningokokom grupy B; MenACWY - szczepionka przeciw meningokokom grupy A, C, W, Y lub C.

Narzędzia w COG

Obszar oceny	Narzędzie	Co ocenia?
Czynności dnia codziennego	ALD (Katz)	podstawowe czynności samoobsługi
	IADL (Lawton)	czynności złożone, samodzielność w życiu
Odżywienie	MNA (Mini Nutritional Assessment)	stan odżywienia, ryzyko niedożywienia
Funkcje poznawcze	MMSE Test rysowania zegara	otępienie, zaburzenia poznawcze
Nastrój	GDS (Geriatric Depression Skale)	depresja u osób starszych
Ryzyko upadków	Test Tinetti (POMA)	chód, równowaga
Ryzyko odleżyn	Skala Norton	ocena skóry i czynników ryzyka

Podsumowanie

COG to proces, nie jednorazowa ocena.

Patrz całościowo – zdrowie, psychika, funkcjonalność, środowisko społeczne

Uprość farmakoterapię – im mniej leków, tym bezpieczniej

Zawsze pytaj o ruch i żywienie – to fundament sprawności seniora

Angażuj rodzinę i opiekunów – partnerzy w terapii, nie obserwatorzy

Bądź koordynatorem – łącz opiekę specjalistyczną, pielęgnacyjną i społeczną

Profilaktyka > interwencja

Pytania?



zuzbanaszkievicz@gmail.com