

CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA

Maria Kołomecka

Pracownia Gerontologii UM

CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA (COG)

- **WIELOKIERUNKOWY, ZINTEGROWANY PROCES DIAGNOSTYCZNY, KTÓREGO CELEM JEST USTALENIE ZAKRESU ZABURZENIA DOBROSTANU (wg definicji zdrowia WHO), USTALENIE PRIORYTETÓW LECZNICZO-REHABILITACYJNYCH, POTRZEB I MOŻLIWOŚCI ZAPEWNIENIA DALSZEGO LECZENIA/REHABILITACJI/OPIEKI (dom, dom opieki, zakład opiekuńczo-leczniczy, oddział szpitalny)**
- **OKREŚLENIE ZDOLNOŚCI OSOBY STARSZEJ DO SAMODZIELNEGO FUNKCJONOWANIA ORAZ USTALENIE POTRZEB ZDROWOTNYCH, PSYCHOLOGICZNYCH I SOCJALNYCH OSOBY W WIEKU PODESZŁYM**
- **OPTYMALNIE PRZEPROWADZANA PRZEZ ZESPÓŁ - LEKARZ, PSYCHOLOG, REHABILITANT, PIELĘGNIARKA, PRACOWNIK SOCJALNY**
- **BARDZO ISTOTNA WSPÓŁPRACA Z RODZINĄ CHOREGO**
- **COG OBEJMUJE - OCENĘ STANU CZYNNOŚCIOWEGO, OCENĘ STANU ZDROWIA FIZYCZNEGO, FUNKCJI UMYSŁOWYCH, OCENĘ SOCJALNO-ŚRODOWISKOWĄ**

COG - OCENA CZYNNOŚCIOWA

- **SKALA OCENY PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI ŻYCIOWYCH - SKALA KATZA (ADL - activities of daily living). NISKA PUNKTACJA ŚWIADCZY O NIEZDOLNOŚCI DO SAMODZIELNEGO FUNKCJONOWANIA**
- **OCENA ZŁOŻONYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO - SKALA LAWTONA (IADL - instrumental activities of daily living). OCENIA ZDOLNOŚĆ PODSAWOWEGO FUNKCJONOWANIA WE WSPÓŁCZESNYM OTOCZENIU, POZWALA NA PRZYBLIŻONE ZOBIEKTYWIZOWANIE POTRZEB CHOREGO W ZAKRESIE POMOCY/OPIEKI**
- **OCENA SPRAWNOŚCI CHOREGO wg SKALI BARTHEL - WYMAGANA PRZEZ NFZ PRZY KWALIFIKACJI DO PLACÓWEK OPIEKUŃCZYCH (40 punktów - granica finansowania przez NFZ)**

**SKALA OCENY PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI W ŻYCIU CODZIENNYM -
SKALA KATZA (ADL)**

	SAMODZIELNY	
	TAK	NIE
1. KĄPANIE SIĘ	1	0
2. UBIERANIE SIĘ I ROZBIERANIE	1	0
3. KORZYSTANIE Z TOALETY	1	0
4. WSTAWANIE Z ŁÓŻKA I PRZEMIESZCZANIE SIĘ NA FOTEL	1	0
5. SAMODZIELNE JEDZENIE	1	0
6. KONTROLOWANE WYDALANIE MOCZU I STOLCA	1	0

**PUNKTACJA - 5-6 – OSOBY SPRAWNE
3-4 – OSOBY UMIARKOWANIE NIESPRAWNE
=<2 – OSOBY ZNACZNIE NIESPRAWNE**

**.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

Wynik końcowy...../24

.Max. 24 punkty. Ogólna liczba punktów ma znaczenie tylko w odniesieniu do konkretnego pacjenta, spadek tej liczby w czasie świadczy o pogarszaniu się stanu ogólnego.

SKALA BARTHEL (tabela).....

COG - OCENA STANU FIZYCZNEGO

■SKALE POWSZECHNIE STOSOWANE W MEDYCYNIE - np. SKALA NIEWYDOLNOŚCI KRAŻENIA wg NYHA, KANADYJSKA SKALA OCENY CHOROBY WIEŃCOWEJ, APACHE itp.

■SKALA OCENY RÓWNOWAGI I GHODU - TINETTI

■OCENA RYZYKA UPADKÓW - SKALA TINETTI - ZBIORCZA OCENA FUNKCJI UKŁADU NERWOWEGO I KOSTNO-STAWOWEGO. NISKA OCENA - WSKAZUJE NA POTRZEBĘ WYPOSAŻENIA BADANEJ OSOBY W NOCNE OŚWIETLENIE PODŁOGI, PORĘCZE PRZY ŁÓŻKU, W ŁAZIENCIE, CHODZIK itd.

■RYZYKO POWSTAWANIA ODLEŻYN - SKALA NORTONA - UKIERUNKOWANIE DZIAŁAŃ PREWENCYJNYCH

■OCENA STANU ODŻYWIENIA (MNA - mini nutritional assesment)

■OCENA RYZYKA OPERACYJNEGO - GRUPUJE CHORYCH NA OPERACYJNYCH Z WYBORU, ZE WSKAZAŃ ŻYCIOWYCH ORAZ PRZEWIDZIANYCH DO LECZENIA PALIATYWNEGO

.SKALA OCENY RÓWNOWAGI I CHODU

.(Tinetti M. i wsp. 1986)

.RÓWNOWAGA (Badany siedzi na twardym krześle bez poręczy)

.1. Równowaga podczas siedzenia :

- . 0 = pochyla się lub ześlizguje z krzesła
- . 1 = zachowuje równowagę, zabezpieczony

.2. Wstawanie z miejsca :

- . 0 = niezdolny do samodzielnego wstania
- . 1 = wstaje, ale sam pomaga sobie rękoma
- . 2 = wstaje bez pomocy rąk

.3. Próby wstawania z miejsca :

- . 0 = niezdolny do wstania bez pomocy
- . 1 = wstaje, ale potrzebuje kilku prób
- . 2 = wstaje przy pierwszej próbie

.4. Równowaga bezpośrednio po wstaniu z miejsca (pierwsze 5 s.):

- . 0 = stoi niepewnie (zatacza się, przesuwa stopy, wyraźnie kołysze tułowiem)
- . 1 = stoi pewnie, ale podpira się, używając chodzika, laski lub chwytając inne przedmioty
- . 2 = stoi pewnie bez żadnego podparcia

.5. Równowaga podczas stania :

- . 0 = stoi niepewnie
- . 1 = stoi pewnie, ale na szerokiej podstawie (obie pięty w odległości > 10 cm od siebie) lub podpierając się laską, chodzikiem itp.
- . 2 = stoi ze stopami złączonymi, bez podparcia

.6. Próba trącania : (badany stoi ze stopami jak najbliżej siebie, badający lekko popycha

- . go, trzykrotnie trącając dłonią w klatkę piersiową na wysokości mostka)
- . 0 = zaczyna się przewracać
- . 1 = zatacza się, chwytając się przedmiotów, ale samodzielnie utrzymuje pozycję
- . 2 = stoi pewnie

.7. Próba trącania przy zamkniętych oczach badanego :

- . 0 = stoi niepewnie
- . 1 = stoi pewnie

.8. Obracanie się o 360 ° :

- . 0 = ruch przerywany
- . 1 = ruch ciągły
- . 2 = niepewne (zataczanie się chwytanie przedmiotów)

.9. Siadanie :

- . 0 = niepewne (źle ocenia odległość, opada na krzesło)
- . 1 = pomaga sobie rękoma lub ruch nie jest płynny
- . 2 = pewny, płynny ruch

RÓWNOWAGA - Wynik końcowy...../ 16

- **CHÓD** (Badany stoi obok badającego; idzie wzdłuż korytarza lub przez pokój – najpierw zwykłym krokiem, a z powrotem krokiem szybkim, ale w sposób bezpieczny, korzystając z laski lub chodzika, jeśli posługuje się nimi zwykle)

.10. Zapoczątkowanie chodu : (bezpośrednio po wydaniu polecenia)

- 0 = jakiegokolwiek niezdecydowanie (wahanie) lub kilkakrotne próby ruszenia z miejsca
- 1 = start bez wahan

.11. Długość i wysokość kroku :

A. Zasięg ruchu prawej stopy przy wykroku :

- 0 = nie przekracza miejsca stania lewej stopy
- 1 = przekracza położenie lewej stopy
- 0 = prawa stopa nie odrywa się całkowicie od podłogi
- 1 = prawa stopa całkowicie unosi się nad podłogą

B. Zasięg ruchu lewej stopy przy wykroku :

- 0 = nie przekracza miejsca stania prawej stopy
- 1 = przekracza położenie prawej stopy
- 0 = lewa stopa nie odrywa się całkowicie od podłogi
- 1 = lewa stopa unosi się całkowicie nad podłogą

.12. Symetria kroku :

- 0 = długość kroku prawej i lewej stopy nie jest jednakowa
- 1 = długość kroku obu stóp wydaje się równa

.13. Ciągłość chodu :

- 0 = zatrzymywanie się między poszczególnymi krokami lub inny brak ciągłości chodu
- 1 = chód wydaje się ciągły

.14. Ścieżka chodu :(oceniać na odcinku ok.3 metrów, odnotować odchylenie rzędu 30cm)

- 0 = wyraźne odchylenie od toru
- 1 = niewielkie lub średniego stopnia odchylenie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych (laska itp.)
- 2 = prosta ścieżka bez korzystania z pomocy

.15. Tułów :

- 0 = wyraźne kołysanie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych
- 1 = nie ma kołysania, ale pacjent podczas chodu zgina kolana, plecy lub rozkłada ramiona
- 2 = pacjent nie kołysze tułowiem, nie zgina kolana, pleców, nie angażuje kończyn górnych ani nie korzysta z przyrządów pomocniczych

.16. Pozycja podczas chodzenia :

- 0 = pięty rozstawione
- 1 = pięty prawie stykają się podczas chodzenia

CHÓD - Wynik końcowy...../ 12

ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW...../ 28

• Wynik poniżej 26 pkt. wskazuje na problem, poniżej 19 pkt ryzyko upadku wzrasta 5 x.

OCENA RYZYKA UPADKÓW (TINETTI SF) (tabela).....

RYZYKO UPADKÓW - 2 - MINIMALNE; 1 - JEŚLI WYMAGA POMOCY URZĄDZEŃ TECHNICZNYCH –

RYZYKO ŚREDNIE; 0 - JEŚLI WYMAGA POMOCY OSÓB DRUGICH - RYZYKO DUŻE
UZYSKANIE CO NAJMNIEJ JEDNEGO 0 LUB DWÓCH 1 - KONIECZNOŚĆ KONSULTACJI Z FIZJOTERAPEUTĄ

SKALA OCENY RYZYKA ROZWOJU ODLEŻYN (NORTONA)(tabela).....

> 14 PUNKTÓW - BEZ RYZYKA

< 14 PUNKTÓW - ZWIĘKSZONE RYZYKO

.OCENA STANU ODŻYWIENIA (MNA)

.(Guigoz Y., Vellas B. i wsp. 1998)

.Screening

.A. Czy ograniczenie spożywania posiłków w ostatnich 3 miesiącach wiązało się

- . z utratą apetytu, albo z zaburzeniami połykania, żucia czy trawienia ?
- . 0 = ciężka utrata apetytu
- . 1 = umiarkowana utrata apetytu
- . 2 = bez utraty apetytu

.B. Spadek masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy

- . 0 = utrata > 3 kg
- . 1 = nie wiadomo
- . 2 = utrata 1-3 kg
- . 3 = bez utraty

.C. Stopień aktywności ruchowej

- . 0 = unieruchomienie w łóżku lub fotelu
- . 1 = umiejętność wstawania z łóżka lub fotela bez opuszczania mieszkania
- . 2 = pełna sprawność

.D. Czy pacjent w ciągu ostatnich 3 miesięcy przeszedł stres psychiczny lub

- . ciężką chorobę ?
- . 0 = tak
- . 1 = nie

.E. Zaburzenia neuropsychiczne

- . 0 = ciężka demencja lub depresja
- . 1 = łagodna demencja
- . 2 = bez zaburzeń psychicznych

.F. BMI (kg/m²) = masa ciała (kg) / wzrost (cm)

- . 0 = BMI < 19
- . 1 = 19 < BMI < 21

- . 2 = $21 < \text{BMI} < 23$
- . 3 = $\text{BMI} > 23$

Wynik końcowy...../14

.Screening score (max. 14 punktów)

- .12 lub więcej punktów - stan odżywienia prawidłowy, bez zagrożenia, nie wymaga kontynuacji MNA
- .11 lub mniej punktów - możliwość niedożywienia - kontynuacja MNA
- .

.MNA – Assessment

. **G.** Czy pacjent mieszka w domu rodzinnym ?

- . 0 = nie
- . 1 = tak

. **H.** Czy pacjent zażywa więcej niż 3 leki dziennie ?

- . 0 = nie
- . 1 = tak

. **I.** Obecność odleżyn, otarć naskórka lub owrzodzeń

- . 0 = tak
- . 1 = nie

. **J.** Ile pełnych posiłków dziennie spożywa pacjent ?

- . 0 = 1 posiłek
- . 1 = 2 posiłki
- . 2 = 3 posiłki

. **K.** Czy pacjent spożywa:

- . przynajmniej jeden produkt mleczny (mleko,ser,jogurt) dziennie? TAK/NIE
- . rośliny strączkowe lub jaja 2 lub więcej razy w tygodniu ? TAK/NIE
- . codziennie mięso, ryby lub drób ? TAK/NIE
- . 0,0 = jeżeli 0-1 x tak
- . 0,5 = jeżeli 2 x tak
- . 1,0 = jeżeli 3 x tak

. **L.** Czy w ciągu dnia pacjent spożywa 2 lub więcej posiłków zawierających

- . owoce lub warzywa ?
- . 0 = nie
- . 1 = tak

. **M.** Ile filiżanek/szklanek napojów (woda, sok, kawa, herbata, mleko, wino,...)

- . pacjent wypija dziennie ?
- . 0,0 = mniej niż 3
- . 0,5 = 3 do 5
- . 1,0 = więcej niż 5

. **N.** Ocena sposobu spożywania posiłków

- . 0 = wymaga karmienia
- . 1 = zjada samodzielnie, ale z trudnością
- . 2 = pełna samoobsługa

. **O.** Subiektywna ocena stanu odżywienia

- . 0 = pacjent uważa, że jest niedożywiony

- . 1 = nie potrafi ocenić lub stwierdza niewielkie niedożywienie
- . 2 = nie stwierdza zaburzeń stanu odżywienia
- .P.** Jak pacjent ocenia swój stan zdrowia w porównaniu z rówieśnikami ?
 - . 0,0 = nie tak dobry
 - . 0,5 = nie potrafi ocenić
 - . 1,0 = tak samo dobry
 - . 2,0 = lepszy
- .Q.** Obwód ramienia w połowie jego długości (MAC) w centymetrach :
 - . 0,0 = MAC poniżej 21
 - . 0,5 = 21 < MAC < 22
 - . 1,0 = MAC równy lub wyższy 22
- .R.** Obwód łydki (CC) w centymetrach :
 - . 0 = CC poniżej 31
 - . 1 = CC 31 lub więcej

Wynik końcowy...../ 30

- .Interpretacja** - 24 lub więcej – stan odżywienia dobry
- . - 17 – 23,5 – ryzyko niedożywienia
- . - poniżej 17 – niedożywienie

SKALA OCENY RYZYKA OPERACYJNEGO DLA CHORYCH PO 70 ROKU ŻYCIA
(wg. CUMMINSA) (tabela).....

WYNIK - 10 - 14 PUNKTÓW - CHORY OPERACYJNY
15 - 24 PUNKTÓW - OPERACJA PO PRZYGOTOWANIU
25 - 30 PUNKTÓW - LECZENIE PALIATYWNE

COG - OCENA STANU UMYSŁOWEGO

■SKALE OCENIAJĄCE ILOŚCIOWO CZYNNOŚCI POZNAWCZE (SPRAWNOŚĆ UMYSŁOWĄ) - **SKALA FOLSTEINA (MMSE** - mini mental state examination)- BADA NAJWAŻNIEJSZE ASPEKTY SPRAWNOŚCI UMYSŁOWEJ - ORIENTACJĘ, ZAPAMIĘTYWANIE, LICZENIE I KONCENTRACJĘ UWAGI, PAMIĘĆ ŚWIEŻĄ I FUNKCJE JĘZYKOWE

■**SKRÓCONY TEST SPRAWNOŚCI UMYSŁOWEJ** wg. **HODGKINSONA**

■**SKALA NIEDOKRWIENNA HACHINSKIEGO** - RÓŻNICOWANIE OTEPIENIA NACZYNIOWEGO I CHOROBY ALZHEIMERA

■SKALE OCENIAJĄCE STAN EMOCJONALNY (AFEKT, LĘK I DEPRESJĘ)

GERIATRYCZNA SKALA OCENY DEPRESJI YESAVAGE'A, SKALA DEPRESJI HAMILTONA

SKRÓCONY TEST SPRAWNOŚCI UMYSŁOWEJ

wg. HODGKINSONA (AMTS - abbreviated mental test score)

- ILE MA PAN/PANI LAT ?
- KTÓRA JEST GODZINA ? Z dokładnością do 1 godziny.
- ADRES, KTÓRY PANU/PANI PODAM, PROSZĘ POWTÓRZYĆ I POSTARAĆ SIĘ ZAPAMIĘTAĆ - UL. GRUSZKOWA 42.
- KTÓRY MAMY ROK ?
- JAKI JEST PANA/PANI ADRES ?
- KIEDY SIĘ PAN/PANI URODZIŁA ?
- W KTÓRYM ROKU ROZPOCZĘŁA SIĘ II WOJNA ŚWIATOWA ?
- JAK SIĘ NAZYWA PREZYDENT ?
- PROSZĘ POLICZYĆ WSPAK OD 20 DO 1.
- PROSZĘ POWTÓRZYĆ ADRES, KTÓRY PANU/PANI PODAŁAM.

WYNIK KOŃCOWY...../10

KAŻDA PRAWIDŁOWA ODPOWIEDŹ - 1 PUNKT. MAX. 10 PUNKTÓW.

>6 - STAN PRAWIDŁOWY, 4-6 - UPOŚLEDZENIE UMIARKOWANE, 0-3 - UPOŚLEDZENIE CIĘŻKIE

SKALA NIEDOKRWIENIA HACHINSKIEGO

(wersja skrócona)

- | | | |
|---|---|---------|
| 1 | NAGŁY POCZĄTEK OBJAWÓW | 0 lub 2 |
| 2 | STOPNIOWE POGORSZENIE | 0 lub 1 |
| 3 | WZGLĘDNIE DOBRZE ZACHOWANA OSOBOWOŚĆ | 0 lub 1 |
| 4 | SKARGI SOMATYCZNE | 0 lub 1 |
| 5 | NIEOPANOWANIE EMOCJI | 0 lub 1 |
| 6 | NADCIŚNIENIE TĘTNICZE W WYWIADZIE | 0 lub 1 |
| 7 | UDAR MÓZGU W WYWIADZIE | 0 lub 2 |
| 8 | OGNISKOWE PODMIOTOWE OBJAWY NEUROLOGICZNE | 0 lub 2 |
| 9 | OGNISKOWE PRZEDMIOTOWE OBJAWY NEUROLOGICZNE | 0 lub 2 |

WYNIK - 4 LUB WIĘCEJ PUNKTÓW WSKAZUJĄ NA OTEPIENIE NACZYNIOWE LUB OTEPIENIE TYPU MIESZANEGO

.GERIATRYCZNA SKALA OCENY DEPRESJI

.(YESAVAGE J. A. i WSP. 1983)

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

	TAK	NIE
▪		
.1. Czy jest Pan/Pani zadowolona z całego swojego życia ?	0	1
.2. Czy zmniejszyły się Pana/Pani zainteresowania i/lub ilość zajęć ?	1	0
.3. Czy ma Pan/Pani poczucie pustki w życiu ?	1	0
.4. Czy często czuje się Pan/Pani znudzony/a ?	1	0
.5. Czy zwykle jest Pan/Pani pogodny/a ?	0	1
.6. Czy obawia się Pan/Pani, że stanie się z Panem/Panią coś złego ?	1	0
.7. Czy przez większą część czasu czuje się Pan/Pani szczęśliwa ?	0	1
.8. Czy często czuje się Pan/Pani bezradna ?	1	0
.9. Czy woli Pan/Pani zostać w domu niż wyjść i spotkać się z ludźmi ?	1	0
.10. Czy uważa Pan/Pani, że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni ?	1	0
.11. Czy uważa Pan/Pani, że wspaniale jest żyć ?	0	1
.12. Czy czuje się Pan/Pani gorszy od innych ludzi ?	1	0
.13. Czy czuje się Pan/Pani pełen/na energii ?	0	1
.14. Czy uważa Pan/Pani, że sytuacja jest beznadziejna ?	1	0
.15. Czy myśli Pan/Pani, że większości ludzi wiedzie się lepiej niż Panu/Pani ?	1	0

▪ **Wynik końcowy/15**

- Punktacja 0 - 5 stan prawidłowy
- 6 - 10 depresja umiarkowana
- 11 - 15 depresja ciężka

COG - OCENA SOCJALNO-ŚRODOWISKOWA

▪ **OKREŚLENIE POTRZEB W ZAKRESIE OPIEKI I POMOCY, ZARÓWNO AKTUALNEJ JAK I DŁUGOTERMINOWEJ**

■ OCENA SOCJALNO - ŚRODOWISKOWA WINNA BYĆ PROWADZONA Z UDZIAŁEM PRACOWNIKA SOCJALNEGO, PIELEŃNIARKI ŚRODOWISKOWEJ I KONIECZNIE RODZINY PACJENTA