

Paweł W. Królik¹,
Ewa Rudnicka-Drożak²

¹Oddział Geriatryczny,
Szpital Specjalistyczny w Jasle
²Zakład Medycyny Rodzinnej,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Ocena geriatryczna w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej

Geriatric assessment in primary health care

STRESZCZENIE

Badania demograficzne od dawna zwracają uwagę na fakt starzenia się społeczeństw na całym świecie. Do 2030 roku odsetek osób w wieku powyżej 65 lat wzrośnie w krajach uprzemysłowionych z obecnych 15% do 22%. Jeszcze większego tempa nabierze przyrost liczby osób powyżej 80. roku życia. U osób w wieku podeszłym poza niezwykle istotnym spadkiem sprawności funkcjonalnej, bardzo ważnymi problemami stają się też zaburzenia poznawcze (demencja, majaczenie), depresja, zaburzenia równowagi i upadki, nietrzymanie moczu i kału, odleżyny i owrzodzenia, zaburzenia wzroku i słuchu, zespoły jatrogenne, wielochorobowość i wielolekowość. Zostały one po raz pierwszy opisane w 1976 roku przez Isaaca Bernarda, który użył terminu „wielkie problemy geriatryczne”. Uznał, że stany te reprezentują osoby kruche (*frail*). Wykazano, że zespoły geriatryczne znacznie silniej niż choroby przewlekłe na przykład choroba Parkinsona, udar mózgu czy niewydolność serca determinują niepełnosprawność pensjonariuszy ośrodków opieki długoterminowej. Podobnie w przypadku osób starszych pozostających w swoich domach ponad 80% ocenia swój stan zdrowia jako zły w sytuacji współwystępowania trudności w chodzeniu, silnego bólu czy też zaburzeń depresyjnych. Dlatego też zespoły geriatryczne powinny stać się celem interwencji, zróżnicowanych w zależności między innymi od stopnia zaburzeń poznawczych, mających na celu zmniejszenie ryzyka rozwoju niepełnosprawności. Niestety, diagnostyka i leczenie zespołów geriatrycznych w ramach oceny geriatrycznej w podstawowej opiece zdrowotnej pozostają nadal niepełne lub całkowicie pomijane. Najważniejszą przyczyną takiego stanu rzeczy jest brak czasu potrzebnego na jej przeprowadzenie. Nie bez znaczenia jest też brak informacji oraz narzędzi do jej wykonania. Pragmatyczne podejście do oceny geriatrycznej w warunkach opieki podstawowej powinno polegać na wykonywaniu krótkich testów przesiewowych, które identyfikują pacjentów geriatrycznych z zespołem kruchości (*frail*). Na drugim etapie powinna istnieć możliwość przeprowadzenia u nich całościowej oceny geriatrycznej.

Forum Medycyny Rodzinnej 2021, tom 15, nr 2, 72–80

Słowa kluczowe: pacjent geriatryczny, zespół kruchości, krótka ocena geriatryczna, lekarz rodzinny

Adres do korespondencji:

dr n. med. Paweł W. Królik
Oddział Geriatryczny Szpitala Specjalistycznego
ul. Lwowska 22, 38-200 Jasło
e-mail: pawkrollik@interia.pl

Copyright © 2021 Via Medica
ISSN 1897-3590
e-ISSN 1897-7839

ABSTRACT

Demographic research has long drawn attention to aging societies around the world. By 2030, the proportion of people over the age of 65 in industrialized countries will increase from 15% today to 22%. The number of people over 80 will increase even more. In the elderly, apart from an extremely significant decrease in functional efficiency, very important problems are also cognitive disorders (dementia, delirium), depression, balance disorders and falls, urinary and fecal incontinence, bedsores and ulcers, visual and hearing disorders, iatrogenic syndromes, multimorbidity and polypharmacy. They were described first in 1976 by Isaac Bernard, who used the term „giants of geriatric”. He considered that they represent vulnerable people (frail). It has been shown that geriatric syndromes determine the disability of residents of long-term care facilities much more strongly than chronic diseases, e.g. Parkinson's disease, brain stroke or heart failure. Similarly, in the case of community-dwelling older adults, more than 80% describe their health condition as poor in a situation of coexisting difficulties in walking, severe pain or depressive disorders. Therefore, geriatric syndromes should become the target of interventions, differentiated depending on e.g. the degree of cognitive impairment, in order to reduce the risk of disability. Unfortunately, the diagnosis and treatment of geriatric syndromes as part of the geriatric assessment in primary care are still neglected or incomplete. The most important reason for this is the lack of time needed to do it. The lack of information and tools to make it are also important. A pragmatic approach to geriatric assessment in a primary care is to make short screening tests that identify geriatric patients with vulnerable syndrome (frail). In the second step, it should be possible to do a comprehensive geriatric evaluation in these patients.

Forum Medycyny Rodzinnej 2021, tom 15, nr 2, 72–80

Key words: geriatric patient, frailty, brief geriatric assessment, general practitioner

WSTĘP

Wytyczne „WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016–2026” wskazują na konieczność reorganizacji dotychczasowego modelu opieki zdrowotnej z priorytetowym traktowaniem opieki podstawowej i socjalnej oraz współpracę między nimi. Kładą nacisk na potrzebę zastępowania niektórych form pomocy tymi, które są bardziej wydajne, czyli przejściem z opieki stacjonarnej na ambulatoryjną i podstawową. Tworzenie silnych systemów opieki podstawowej jest niezbędne, aby dotrzeć do całej populacji, zrozumieć potrzeby i preferencje wszystkich pacjentów, zagwarantować im powszechną i kompleksową opiekę i pomoc. Podkreślona została konieczność jej koordynacji szczególnie w przypadku osób ze

złożonymi problemami zdrowotnymi, w tym najstarszych, tworzenie multidyscyplinarnych zespołów opieki podstawowej i kierowanie do nich większych środków przeznaczonych na ochronę zdrowia [1].

PACJENT GERIATRYCZNY

Pacjentami wymagającymi szczególnej opieki są osoby w okresie późnej starości, z wieloma dolegliwościami, często z pewnym rodzajem niepełnosprawności, w krytycznych momentach swojego życia (zaostrzenia chorób przewlekłych, pojawienie się nowych schorzeń), nierzadko w trudnej sytuacji osobistej (samotność, zubożenie, zaniedbania higieniczne) z wysokim ryzykiem nagłego pogorszenia ich stanu zdrowia lub nawet śmierci. Są to tak zwani pacjenci geriatryczni czyli *frail* [2]. Opieka nad nimi powinna być

Zespół geriatryczny jest terminem stosowanym w odniesieniu do powszechnych wśród starszych pacjentów schorzeń, których nie można opisać, używając tradycyjnych kryteriów (definicji) chorób poszczególnych narządów

Zespoły geriatryczne można badać i podjąć kroki naprawcze, ale też profilaktyczne, wyprzedzające ich rozwinięcie się, posługując się oceną geriatryczną

prowadzona przez zespół geriatryczny w ramach całościowej oceny geriatrycznej (COG) w ścisłej współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Dowody na skuteczność COG przeprowadzanej podczas hospitalizacji na oddziałach geriatrycznych są znane od dawna [2–4]:

- zmniejszenie tempa spadku sprawności funkcjonalnej,
- większe szanse na dłuższe życie po opuszczeniu szpitala,
- mniejsza liczba rehospitalizacji.

W praktyce największy ciężar całościowej oceny i opieki nad pacjentami geriatrycznymi, wobec deficytu geriatrów oraz trudności w zebraniu i koordynowaniu w ramach COG pracy również innych specjalistów, pomimo częstych też problemów z właściwym doborem poddawanych ocenie pacjentów, spoczywa na lekarzach POZ [5].

ZESPOŁY GERIATRYCZNE

Zespół geriatryczny (*geriatric syndrome*) jest terminem stosowanym w odniesieniu do powszechnych wśród starszych pacjentów schorzeń, których nie można opisać, używając tradycyjnych kryteriów (definicji) chorób poszczególnych narządów. Są to zaburzenia funkcjonalne i poznawcze, niedożywienie, upadki, nietrzymanie moczu, odleżyny i owrzodzenia, bezsenność, majaczenie, wielochorobowość czy wielolekowość. Mimo że bardzo istotne dla zdrowia, ale też samopoczucia osób starszych, mając olbrzymi wpływ na jakość ich życia, często też powodując niepełnosprawność, są pomijane w codziennej praktyce. Przyczyny leżą po stronie zarówno pacjentów, jak i lekarzy [6]. Problemy zdrowotne osób starszych są mniej oczywiste w diagnozowaniu z racji nietypowej prezentacji oraz kłopotów z komunikacją z chorymi (utrata słuchu, pogorszenie wzroku, kłopoty z pamięcią itp.). Tak zwana banalizacja objawów uznawanych często za elementy procesu normalnego starzenia się (nietrzymanie moczu, gorszy apetyt, kłopoty z poruszaniem się itp.), ograniczenia czasowe

oraz brak specjalistycznych szkoleń dla pracowników ochrony zdrowia są kolejnymi przyczynami zbyt małego zainteresowania tymi zagadnieniami. Wreszcie, problemy leżące poza tradycyjnym zainteresowaniem medycyny, związane ze środowiskiem, w którym chorzy mieszkają, nierzadko współlistnieją z problemami zdrowotnymi i zakłócają ich leczenie. Dodatkowo lekarze nie mają często narzędzi i wskazówek do ich oceny. W konsekwencji wynik badania *Assessing Care of Vulnerable Elders-2* (ACOVE-2), które objęło 644 pacjentów z powtarzającymi się upadkami, nietrzymaniem moczu i zaburzeniami poznawczymi wykazał, że stany te były związane z gorszą jakością świadczonej im opieki zarówno w aspekcie ogólnomedycznym, jak i geriatrycznym (QOC, *quality of care*) [7]. Co więcej, w każdym przypadku należałoby też przeprowadzić analizę priorytetów i oczekiwań pacjentów odnośnie do ich stanu zdrowia i metod leczenia. Okazuje się bowiem, że jedną z najważniejszych dla osób w podeszłym wieku spraw jest niezależność (autonomia) związana nierozzerwalnie z możliwością poruszania się (mobilnością) oraz utrzymaniem relacji międzyludzkich. Izolacja i samotność są dla starszych pacjentów czynnikami ryzyka wielu negatywnych problemów zdrowotnych. Osoby starsze chcą być samowystarczalne i czuć kontrolę nad swoim życiem. Dlatego często nie sygnalizują problemów i nie proszą o pomoc [6–9].

OCENA GERIATRYCZNA

Zespoły geriatryczne można badać i podjąć kroki naprawcze, ale też profilaktyczne, wyprzedzające ich rozwinięcie się, posługując się oceną geriatryczną. Termin ten jest używany w odniesieniu do oceny przeprowadzanej przez indywidualnego lekarza, najczęściej lekarza POZ lub geriatrę oraz do bardziej intensywnego programu multidyscyplinarnego czyli całościowej oceny geriatrycznej. Całościowa ocena geriatryczna pozwala opracować skoordynowany i zintegrowany plan leczenia i działań następczych poprzez wdrożenie tak

zwanego spersonalizowanego planu opieki PCP (*personalised care plan*), który powinien być zaakceptowany i indywidualnie dobrany dla każdej starszej osoby [używane jest też określenie CSP (*care and support plan*)]. Ułatwia on podejmowanie skutecznych działań w momencie wystąpienia niepokojących objawów, czyli tak zwanych *red flags* pogorszenia się ich stanu klinicznego (pojawienie się gorączki, tachykardii, hipotonii ortostatycznej itp.), funkcjonalnego (pacjent nie może wstać z łóżka, chodzić, korzystać z toalety itp.) czy zaburzeń poznawczych (niepokój, bezsenność, objawy majaczenia itp.), przy obecności odpowiednich systemów wsparcia, również w warunkach domowych [10–12].

Całościowa ocena geriatryczna stała się kamieniem węgielnym nowoczesnej opieki geriatrycznej. Proponuje podejście skoncentrowane przede wszystkim na ocenie stanu funkcjonalnego osób w podeszłym wieku. Zajmuje się też problemem złożonych korelacji u pacjentów z wielochorobowością zgłaszanych przez nich dolegliwości, czy wreszcie indywidualnymi oczekiwaniami chorych zmieniającymi się wraz z ich starzeniem się. Jest najlepszą metodą zintegrowanej opieki nad pacjentami w podeszłym wieku z licznymi zespołami geriatrycznymi, a więc chorych *frail*, planowania i podjęcia odpowiedniego leczenia, monitorowania jego wyników, czy wreszcie, co jest również bardzo istotne, pozwala na lepszą alokację dostępnych środków [8, 10, 11, 13]. Jej zakres oraz intensywność różnią się w zależności od miejsca (*settings of care*), w którym jest przeprowadzana (POZ, szpitalny oddział ratunkowy, oddział geriatry, dom opieki długoterminowej itd). Całościowa ocena geriatryczna nie jest możliwa do wykonania w pełnym zakresie we wszystkich warunkach z powodu między innymi braku czasu potrzebnego na jej przeprowadzenie, konieczność koordynowania pracy zespołu wielu specjalistów czy wreszcie braku refundacji niektórych jej elementów [12, 14, 15].

KRÓTKIE TESTY PRZESIEWOWE

W warunkach opieki podstawowej z oczywistych względów ocena geriatryczna jest mniej kompleksowa i bardziej ukierunkowana na problemy. W przypadku zgłaszania ich wielu, co zdarza się najczęściej, można rozważyć zastosowanie tak zwanej toczącej się oceny (*rolling assessment*) w trakcie kilku wizyt [10]. Sama ocena stanu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz sytuacji społecznej choro- trwa zazwyczaj dłużej niż 60 minut, bez uwzględnienia czasu potrzebnego na zaplanowanie odpowiedniej interwencji [16]. Objęcie całościową oceną geriatryczną pacjentów „zbyt zdrowych” z wysokim poziomem sprawności fizycznej, umysłowej i funkcjonalnej (*fit elderly*) byłoby bardzo czasochłonne, natomiast osoby starsze, które są już niepełnosprawne (*disabled elderly*) nie korzystają z COG wykonywanej w warunkach domowych. Właściwe są dla nich interwencje ukierunkowane na konkretne problemy, na przykład program fizjoterapii lub program opieki pielęgniarskiej w ich domach (zwłaszcza w przypadku osób starszych niedawno wypisanych ze szpitala) [6, 17]. Oceną geriatryczną powinni być objęci pacjenci z grupy pośredniej, tj. z dwiema lub więcej przewlekłymi chorobami (stosujący ≥ 5 leków), bez lub z niewielką niepełnosprawnością, w celu spowolnienia przewidywanego spadku ich sprawności funkcjonalnej [6, 18]. Kolejnym celem dla oceny geriatrycznej są pacjenci przed zaplanowanymi interwencjami chirurgicznymi lub onkologicznymi. Chodzi o identyfikację osób zagrożonych zdarzeniami niepożądanymi, zaproponowanie odpowiedniego postępowania w okresie okołoperacyjnym, zmniejszenie częstości powikłań po operacji i długości hospitalizacji [19]. Ponieważ COG jest procedurą bardzo skomplikowaną, potrzebne są prostsze metody do codziennego stosowania w opiece podstawowej. Pragmatyczne podejście do oceny geriatrycznej w praktyce POZ powinno opierać się na przeprowadzaniu krótkich testów przesiewowych, tak zwanych *brief geriatric assessment*

”
Całościowa ocena geriatryczna nie jest możliwa do wykonania w pełnym zakresie we wszystkich warunkach

”
Oceną geriatryczną powinni być objęci pacjenci z grupy pośredniej, co najmniej z 2 przewlekłymi chorobami (stosujący ≥ 5 leków), bez lub z niewielką niepełnosprawnością, w celu spowolnienia przewidywanego spadku ich sprawności funkcjonalnej

Wybór odpowiednich metod powinien opierać się na kwestiach praktycznych i szacowanej przydatności do profilu badanej populacji

Tabela 1. Skala FRAIL

Table 1. FRAIL Scale

F	Zmęczenie: <i>fatigue</i>	Uczucie zmęczenia przez większość lub cały okres 4 tygodni
R	Oslabienie: <i>resistance</i>	Trudność/nie jest w stanie pokonać 10 schodów bez odpoczynku
A	Mobilność: <i>aerobic</i>	Trudność/nie może przejść przez ulicę (kilkaset metrów)
I	Choroby: <i>illness</i>	Występowanie > 5 chorób
L	Waga: <i>loss of weight</i>	Utrata > 5 % masy ciała w ciągu 6 miesięcy

≥ 3 pozytywne odpowiedzi wskazuje chorych frail

w celu identyfikacji pacjentów, którzy będą potrzebować dalszej kompleksowej oceny geriatrycznej lub określonych interwencji. Wybór odpowiednich metod powinien opierać się na kwestiach praktycznych i szacowanej przydatności do profilu badanej populacji. Taka krótka ocena geriatryczna powinna zostać zakończona w ciągu 15 minut. Kontrolne badanie należy powtarzać co rok [6].

Zasadniczo istnieje zatem konsensus w sprawie dwuetapowego podejścia do oceny geriatrycznej przeprowadzanej w warunkach POZ, która powinna obejmować:

- pacjentów w wieku 75–80 lat i starszych, z co najmniej 2 chorobami przewlekłymi,
- pacjentów przed planowymi zabiegami operacyjnymi i onkologicznymi.

Pierwszy etap przy użyciu na przykład kwestionariusza PRISMA-7, EASY-Care lub skali FRAIL identyfikuje pacjentów kruchych (*frail*), a więc chorych, z licznymi zespołami geriatrycznymi. Na drugim etapie u pacjentów, u których w czasie skriningowej oceny geriatrycznej wykonanej w POZ stwierdzono problemy wielu obszarów powinna istnieć możliwość przeprowadzenia całościowej oceny geriatrycznej, również w warunkach szpitalnych [6, 14, 20].

Kwestionariusz PRISMA-7 jest zdecydowanie prostszym w porównaniu z EASY-Care narzędziem diagnostycznym. Składa się z 7 pytań [11, 21]:

- czy masz więcej niż 85 lat?
- czy jesteś mężczyzną?
- czy masz problemy zdrowotne, które ograniczają twoją aktywność?
- czy masz kogoś, kto regularnie ci pomaga?

- czy masz problemy zdrowotne, które zmuszają cię do pozostania w domu?
 - czy w razie potrzeby masz w pobliżu kogoś, na kogo możesz liczyć?
 - czy regularnie używasz laski, chodzika lub wózka inwalidzkiego do poruszania się?
- Co najmniej 3 pozytywne odpowiedzi wskazują chorych, którzy będą wymagali dalszej oceny.

Prostym narzędziem diagnostycznym jest też proponowany przez *International Association of Nutrition and Ageing* (IANA) kwestionariusz FRAIL [22–24] (tab. 1).

Do wstępnej oceny pacjentów może też służyć formalna i nieformalna ocena prędkości chodu, ponieważ jest ona związana ze stanem funkcjonalnym osób starszych, niepełnosprawnością, chorobami przewlekłymi, wielolekowością, zaburzeniami poznawczymi, depresją, długością hospitalizacji czy niektórymi elementami wsparcia społecznego [25, 26].

Według wytycznych *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) z 2016 roku, oceniając zespół słabości w POZ można rozważyć użycie [25]:

- nieformalnej oceny prędkości chodu, na przykład czasu przejścia z poczekalni do gabinetu,
- formalnej oceny prędkości chodu, na przykład czasu przejścia 4 metrów > 5 sekund,
- oceny stanu zdrowia, którą zgłasza pacjent z wynikiem ≤ 6 pkt w skali od 0 do 10 pkt,
- kwestionariusza PRISMA-7 z wynikiem ≥ 3 pkt.

Można też korzystać z innych możliwości, na przykład testu „wstań i idź” (*time up-and-go*

test), w którym przekroczenie 10 sekund na wstanie z krzesła, przejście 3 metrów, zawrócenie i przyjęcie pozycji siedzącej wskazuje na chorych *frail* [11, 12].

Nieco bardziej złożona, zawierająca testy przesiewowe kilku zespołów geriatrycznych jest opracowana w Szwajcarii krótka ocen geriatryczna (BAT, *brief assessment tool*) (tab. 2). Wstępna ocena poziomu sprawności funkcjonalnej przed BAT zawiera cztery elementy [27]:

- czy potrafisz się ubrać?
- czy możesz samodzielnie przygotować posiłek?
- czy możesz zrobić zakupy?
- czy możesz dokonać płatności?

Warto zaznaczyć, że zastosowanie różnych metod skriningowych nie zastąpi wstępnej oceny czyli tak zwanego *eyeball* osoby starszej przeprowadzonej przez doświadczonego lekarza rodzinnego. Identyfikacja pacjentów *frail* pomoże w ustaleniu tych, którzy najbardziej skorzystają z możliwości, jakie daje COG. Z kolei COG pomoże zdiagnozować przyczyny leżące u podstaw zespołu kruchości i podjąć działania zmniejszające wrażliwość (*vulnerability*). Zapewnienie, że chorzy *frail* będą mieć wcześniejszy dostęp do COG jest nie tylko sprawiedliwe, ale zmniejsza ryzyko wystąpienia związanych z zespołem kruchości zdarzeń niepożądanych, zwłaszcza hospitalizacji i instytucjonalizacji [15].

KORZYŚCI Z OCENY GERIATRYCZNEJ W POZ

Jedna z ostatnich analiz, która objęła badania kontrolowane z randomizacją, metaanalizy i systematyczne przeglądy badań, poczynwszy od 1990 roku, przeprowadzona przez Pilotto i wsp. [13], opublikowana w 2017 roku w „Journal of the American Medical Directors Association” potwierdziła, że hospitalizacje na oddziałach geriatrycznych były krótsze i mniej kosztowne, wiązały się z większą niezależnością funkcjonalną, rzadszym kierowaniem chorych do ośrodków opieki długoterminowej po opuszczeniu szpitala oraz z wyższą satysfakcją wśród pacjentów, członków ich rodzin, lekarzy i pielęgniarek. Wykazała również, że ocena

geriatryczna przeprowadzona w warunkach domowych oparta na stałym kontakcie telefonicznym i wizytach pielęgniarki oraz w zależności od potrzeb również innych specjalistów jest skuteczna w ograniczaniu spadku sprawności funkcjonalnej oraz umieralności osób w podeszłym wieku. Nie wykazano natomiast takich korzyści z konsultacji przeprowadzanych podczas hospitalizacji przez zespoły geriatryczne oraz z ambulatoryjnych konsultacji geriatrycznych [13].

Proces oceny geriatrycznej opiera się na podstawowym zespole składającym się z lekarza i pielęgniarki, ewentualnie też pracownika socjalnego czy fizjoterapeuty. Coraz częściej może zmierzać (obecna sytuacja epidemiczna) w kierunku tak zwanego zespołu wirtualnego (*virtual team*), którego skład jest uzupełniany w miarę potrzeb o innych specjalistów, na przykład psychologa, psychiatrę, dietetyka, fizjoterapeutę, audiologa, dentystę czy optyka, badania mogą być przeprowadzane w różnych miejscach i w różnych terminach, a komunikacja między członkami zespołu odbywa się telefonicznie lub mailowo [6, 13, 14].

OCENA GERIATRYCZNA NADAL NIE JEST ZINTEGROWANA Z POZ

Pomimo korzyści, które ze sobą niesie ocena geriatryczna (różne jej modele) nadal nie jest dostatecznie wykorzystywana w placówkach POZ, nie włączono jej do rutynowej praktyki lekarzy rodzinnych. Ograniczona tak zwana wartość dodana (*addend value*), aspekt czasochłonności badania oraz podejście do leczenia wielochorobowości i zapobiegania powikłaniom chorób zogniskowane na specyficzności pojedynczych chorób są najprawdopodobniej głównymi przyczynami małego zainteresowania oceną geriatryczną [28]. Należy też przyznać, że dostępne obecnie dowody kliniczne jej korzyści w POZ są ograniczone, czasami też sprzeczne, z różnymi ustaleniami w zależności od badanej populacji i przyjętego modelu oceny [6]. W codziennej praktyce lekarze rodzinni radzą sobie z wieloma problemami zdrowotnymi osób starszych, opierając się

**”
Ocena geriatryczna
przeprowadzona
w warunkach domowych
jest skuteczna
w ograniczaniu
spadku sprawności
funkcjonalnej oraz
umieralności osób
w podeszłym wieku**

Tabela 2. Krótka ocena geriatryczna w praktyce lekarza POZ

Table 2. Brief assessment tool for general practitioners

Zespół	Test	Interpretacja
Upośledzenie funkcji poznawczych	<p>Mini-COG:</p> <ul style="list-style-type: none"> — poprosz o zapamiętanie 3 słów — poprosz o narysowanie zegara z zaznaczonymi godzinami oraz wskazówkami na godzinie 11:10 lub 8:20 (polecenie można powtórzyć) — poprosz o powtórzenie zapamiętanych słów 	<p>Zegar: 2 pkt jeśli cyfry oznaczające godziny oraz wskazówki zegara są rozmieszczone prawidłowo, W przeciwnym razie 0 pkt Przypominanie: 1 pkt/1 słowo Interpretacja: 0–2 pkt: prawdopodobnie pogorszenie funkcji poznawczych 3–5 pkt: prawdopodobnie brak zaburzeń poznawczych</p>
Zaburzenia nastroju	<ul style="list-style-type: none"> — czy w ciągu ostatniego miesiąca często miałeś uczucie złego nastroju, przygnębienia lub beznadziejności? — czy w ciągu ostatniego miesiąca często odczuwałeś brak zainteresowania lub przyjemności z tego co robisz? 	<p>Jeśli przynajmniej 1 odpowiedź brzmi „tak”, można podejrzewać depresję</p>
Zaburzenia chodu i równowagi/upadki	<p>Czy upadłeś w ciągu ostatniego roku?</p> <p>Obserwacja pacjenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> — jak wstaje z krzesła — jak utrzymuje równowagę — jak się porusza — czy zatrzymuje się podczas rozmowy — jak siada 	<p>Zwiększone ryzyko upadku jeśli odpowiedź brzmi „tak”</p>
Zaburzenia widzenia	<p>Ocena pola widzenia z tablicy Snellena</p>	<p>Zgodnie z wynikami testu</p>
Pogorszenie słuchu	<p>Test szeptu:</p> <p>Wyszepecz pytanie do każdego ucha, stojąc za pacjentem</p>	<p>Podejrzenie uszkodzenia słuchu, jeśli pacjent nie może odpowiedzieć na pytania</p>
Nietrzymanie moczu	<ul style="list-style-type: none"> — czy masz trudności z utrzymaniem moczu lub występuje gwałtowne parcie na mocz? — czy masz czasami trudności z dotarciem do toalety na czas? — czy masz mimowolne oddawanie moczu podczas kaszlu lub wysiłku? — czy czasami nosisz podpaski? 	<p>Jeśli jedna odpowiedź brzmi „tak” prawdopodobne nietrzymanie moczu</p>
Niedożywienie	<p>Utrata masy ciała > 5% w ciągu 1 miesiąca lub > 10% w ciągu 6 miesięcy</p>	<p>Niedożywienie przy spełnieniu kryteriów</p>
Osteoporoza	<p>Czy zmniejszył się twój wzrost odkąd skończyłeś 25 lat?</p> <p>Pomiary:</p> <ul style="list-style-type: none"> — odległość potylicy–ściana — odległość żebra–miednica 	<p>Zwiększone ryzyko osteoporozy jeśli</p> <ul style="list-style-type: none"> — zmniejszył się wzrost > 4 cm u kobiet — zmniejszył się wzrost > 6 cm u mężczyzn — odległość potylicy–ściana > 0 cm — odległość żebra–miednica < 2 cm

często na intuicyjnym procesie ustalania priorytetów w leczeniu. Wydają się przy tym zbyt paternalistyczni w procesie podejmowania decyzji. Nie doceniamy znaczenia dla osób starszych codziennych problemów funkcjonalnych i społecznych, głównie ze względu na wpływ paradygmatu biomedycznego. Dystansujemy się od nich, argumentując że nie są one częścią naszych kompetencji i stanowią element normalnego procesu starzenia się. Zbyt często oczekujemy, że nasi pacjenci będą radzić sobie z nimi sami [29].

PODSUMOWANIE

Skrining w postaci krótkiej oceny geriatrycznej powinien w ramach POZ identyfikować pacjentów z ograniczeniami funkcjonalnymi (*frail*), ale też osoby w podeszłym wieku z poważnymi chorobami czy rozpoczynającą się niepełnosprawnością, ułatwiając im preferencyjny dostęp do całościowej oceny geriatrycznej, a dalej intensywnych interwencji medycznych w tym rehabilitacji [15]. Lekarze rodzinni są idealnie przystosowani do włączenia oceny geriatrycznej do swojej praktyki, ponieważ mają możliwości i przede wszystkim umiejętność skoncentrowania swojej uwagi na pacjencie z uwzględnieniem subtelności dotyczących stanu zdrowia każdego z nich, również w kontekście społecznym. Korzystne mogą być nawet najprostsze metody tak zwanej krótkiej oceny geriatrycznej pacjentów w podeszłym wieku zgłaszających się do swoich lekarzy rodzinnych [30].

PIŚMIENNICTWO:

- World Health Organization. WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026. Placing people and communities at the Centre of health services. Executive Summary 2015.
- Bień B, Błędowski P, Broczek K, et al. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. Gerontologia Polska. 2013; 21(2): 33–47.
- Bień B, Błędowski P, Broczek K et al. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. Gerontologia Polska 2013; 21(2): 33–47.
- Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, et al. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ*. 2009; 338: b50, doi: [10.1136/bmj.b50](https://doi.org/10.1136/bmj.b50), indexed in Pubmed: [19164393](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19164393/).
- Welsh TJ, Gordon AL, Gladman JR. Comprehensive geriatric assessment- a guid for the non-specialist. *Int J Clin Pract*. 2014; 68(3): 290–293.
- Seematter-Bagnoud L, Büla C. Brief assessments and screening for geriatric conditions in older primary care patients: a pragmatic approach. *Public Health Rev*. 2018; 39: 8, doi: [10.1186/s40985-018-0086-7](https://doi.org/10.1186/s40985-018-0086-7), indexed in Pubmed: [29744236](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29744236/).
- Min L, Kerr EA, Blaum CS, et al. Contrasting effects of geriatric versus general medical multimorbidity on quality of ambulatory care. *J Am Geriatr Soc*. 2014; 62(9): 1714–1721, doi: [10.1111/jgs.12989](https://doi.org/10.1111/jgs.12989), indexed in Pubmed: [25123154](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25123154/).
- World Health Organization: Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017.
- Lette M, Stoop A, Lemmens LC, et al. Improving early detection initiatives: a qualitative study exploring perspectives of older people and professionals. *BMC Geriatr*. 2017; 17(1): 132, doi: [10.1186/s12877-017-0521-5](https://doi.org/10.1186/s12877-017-0521-5), indexed in Pubmed: [28645251](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28645251/).
- Elsawy B, Higgins KE. The geriatric assessment. *Am Fam Physician*. 2011; 83(1): 48–56, indexed in Pubmed: [21888128](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21888128/).
- Bridges J, Flatley M, Meyer J. Guidance on best practice in acute care. *Nursing Older People*. 2009; 21(10): 18–21, doi: [10.7748/nop2009.12.21.10.18.c7405](https://doi.org/10.7748/nop2009.12.21.10.18.c7405).
- Turner G, Clegg A. British Geriatrics Society, Age UK, Royal College of General Practitioners. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age Ageing*. 2014; 43(6): 744–747, doi: [10.1093/ageing/afu138](https://doi.org/10.1093/ageing/afu138), indexed in Pubmed: [25336440](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25336440/).
- Pilotto A, Cella A, Pilotto A, et al. Three Decades of Comprehensive Geriatric Assessment: Evidence Coming From Different Healthcare Settings and Specific Clinical Conditions. *J Am Med Dir Assoc*. 2017; 18(2): 192.e1–192.e11, doi: [10.1016/j.jamda.2016.11.004](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.11.004), indexed in Pubmed: [28049616](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28049616/).
- Ward KT, Reuben D. Comprehensive geriatric assessment. UpToDate 2017. www.uptodate.co.
- Romero-Ortuno R. Frailty in Primary Care. *Interdiscip Top Gerontol Geriatr*. 2015; 41: 85–94, doi: [10.1159/000381170](https://doi.org/10.1159/000381170), indexed in Pubmed: [26301982](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26301982/).
- Morley JE, Little MO, Berg-Weger M. Rapid Geriatric Assessment: A Tool for Primary Care Physicians. *J Am Med Dir Assoc*. 2017; 18(3): 195–199, doi: [10.1016/j.jamda.2016.11.017](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.11.017), indexed in Pubmed: [28108203](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28108203/).
- Bouman A, van Rossum E, Nelemans P, et al. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8: 74, doi: [10.1186/1472-6963-8-74](https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-74), indexed in Pubmed: [18387184](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18387184/).

18. Stijnen MMN, Van Hoof MS, Wijnands-Hoekstra IYM, et al. Detected health and well-being problems following comprehensive geriatric assessment during a home visit among community-dwelling older people: who benefits most? *Fam Pract*. 2014; 31(3): 333–340, doi: [10.1093/fampra/cmu015](https://doi.org/10.1093/fampra/cmu015), indexed in Pubmed: [24736294](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24736294/).
19. Partridge JSL, Harari D, Martin FC, et al. The impact of pre-operative comprehensive geriatric assessment on postoperative outcomes in older patients undergoing scheduled surgery: a systematic review. *Anaesthesia*. 2014; 69 Suppl 1: 8–16, doi: [10.1111/anae.12494](https://doi.org/10.1111/anae.12494), indexed in Pubmed: [24303856](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24303856/).
20. Morley JE. Frailty screening comes of age. *J Nutr Health Aging*. 2014; 18(5): 453–454, doi: [10.1007/s12603-014-0457-9](https://doi.org/10.1007/s12603-014-0457-9), indexed in Pubmed: [24886726](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24886726/).
21. Binder E. Frailty and older adults. Exercise for Aging Adults. 2015: 123–129, doi: [10.1007/978-3-319-16095-5_10](https://doi.org/10.1007/978-3-319-16095-5_10).
22. Woo J, Yu R, Wong M, et al. Frailty Screening in the Community Using the FRAIL Scale. *J Am Med Dir Assoc*. 2015; 16(5): 412–419, doi: [10.1016/j.jamda.2015.01.087](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.01.087), indexed in Pubmed: [25732832](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25732832/).
23. Morley JE, von Haehling S, Anker SD, et al. From sarcopenia to frailty: a road less traveled. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2014; 5(1): 5–8, doi: [10.1007/s13539-014-0132-3](https://doi.org/10.1007/s13539-014-0132-3), indexed in Pubmed: [24526568](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24526568/).
24. Malmstrom TK, Miller DK, Morley JE. A comparison of four frailty models. *J Am Geriatr Soc*. 2014; 62(4): 721–726, doi: [10.1111/jgs.12735](https://doi.org/10.1111/jgs.12735), indexed in Pubmed: [24635726](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24635726/).
25. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). The Grants Register 2018. 2018: 540–541, doi: [10.1007/978-1-349-94186-5_836](https://doi.org/10.1007/978-1-349-94186-5_836).
26. Tian Qi, Zhang M, Deng Y, et al. Does Gait Speed Replace Comprehensive Geriatric Assessment in the Elderly? *International Journal of Gerontology*. 2016; 10(4): 232–236, doi: [10.1016/j.ijge.2016.03.010](https://doi.org/10.1016/j.ijge.2016.03.010).
27. Senn N, Monod S. Development of a Comprehensive Approach for the Early Diagnosis of Geriatric Syndromes in General Practice. *Front Med (Lausanne)*. 2015; 2: 78, doi: [10.3389/fmed.2015.00078](https://doi.org/10.3389/fmed.2015.00078), indexed in Pubmed: [26636085](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26636085/).
28. Ferrat E, Bastuji-Garin S, Paillaud E, et al. Efficacy of nurse-led and general practitioner-led comprehensive geriatric assessment in primary care: protocol of a pragmatic three-arm cluster randomised controlled trial (CEpiA study). *BMJ Open*. 2018; 8(4): e020597, doi: [10.1136/bmjopen-2017-020597](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020597), indexed in Pubmed: [29654038](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29654038/).
29. Junius-Walker U, Wrede J, Schleef T, et al. What is important, what needs treating? How GPs perceive older patients' multiple health problems: a mixed method research study. *BMC Res Notes*. 2012; 5: 443, doi: [10.1186/1756-0500-5-443](https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-443), indexed in Pubmed: [22897907](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22897907/).
30. Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Med*. 2012; 10: 4, doi: [10.1186/1741-7015-10-4](https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-4), indexed in Pubmed: [22236397](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22236397/).