

## Ocena pacjenta starszego

### *The assessment of elderly patient*

Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Zakład Geriatrii i Gerontologii, Katedra Patofizjologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

#### Streszczenie

Opieka geriatryczna jest opieką holistyczną. Powinno się nią objąć pacjentów geriatrycznych, czyli wszystkich, u których występuje znaczne ryzyko pogorszenia sprawności. U chorych takich konieczne jest wykonanie kompleksowej oceny geriatrycznej. Aby z grupy osób starszych wyselekcjonować tych, którzy takiej ocenie powinni być podani, można zastosować skalę VES-13. Z kolei kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 jest narzędziem przeznaczonym do wypełniania przez osoby starsze, które ma służyć ocenie potrzeb i priorytetów zdrowotnych w praktyce lekarza rodzinnego. *Geriatrics 2010; 4: 247-251.*

*Słowa kluczowe: pacjent geriatryczny, kompleksowa ocena geriatryczna, VES-13, EASY-Care*

#### Summary

Geriatric care is a holistic kind of care. Its target are geriatric patients, i.e. such with high risk of decreased functional status. Comprehensive geriatric assessment is necessary for the screening of medical problems in these patients. To select those individuals from the elderly population, VES-13 scale can be used. For primary care physicians, the questionnaire EASY-Care Standard 2010 is recommended as the tool for self-assessment of patient's needs and health priorities. *Geriatrics 2010; 4: 247-251.*

*Keywords: geriatric patient, comprehensive geriatric assessment, VES-13, EASY-Care*

Starzenie się społeczeństw świata jest faktem niezaprzeczalnym. Pociąga ono za sobą konieczność zmian w sektorze ochrony zdrowia. Na szczęście jednak prowadzone na całym świecie badania porównujące stan zdrowia populacji osób starszych w tym samym wieku pokazują, że wraz z upływem czasu wyraźnie się on poprawia. Pozwala to uniknąć dramatycznego wzrostu liczby osób starszych wymagających opieki geriatrycznej. Niestety jednak wiadomo już od lat, że zdecydowaną większość pacjentów poradni i znacznej części oddziałów szpitalnych stanowią osoby starsze. Czy jednak wszystkie one wymagają opieki geriatrycznej?

Jednymi z najważniejszych cech opieki geriatrycznej są jej kompleksowość i holistyczność. Podkreśla się konieczność podejmowanych działań w ramach zespołu interdyscyplinarnego, którego członkowie,

mając dobrze zdefiniowane kompetencje, wspólnie działają na rzecz diagnozowania i terapii istniejących problemów klinicznych; terapii szeroko rozumianej, a więc obejmującej również wsparcie w tych dziedzinach, w których chory jest niesamodzielny. Zespół obejmuje, poza lekarzem prowadzącym, również innych przedstawicieli personelu medycznego, wśród których nie może zabraknąć profesjonalnie przygotowanej do pracy z chorym starszym pielęgniarki, fizjoterapeuty czy psychologa. Zespół taki musi współpracować z pracownikiem socjalnym, tak aby w szerokiej analizie nie zgubił sytuacji socjoekonomicznej chorego. W miarę potrzeb zespół może zostać rozszerzony o dietetyka. Prof. M. Berthel sformułował wręcz twierdzenie, że „prawdziwie profesjonalnym narzędziem w geriatryi nie jest skaner czy endoskop, ale jakość zespołu wielodyscyplinarnego” [1].

Zespół profesjonalistów działających na rzecz chorego starszego posługuje się narzędziami tworzącymi rodzaj systemu oceny, który określa się jako tzw. Kompleksową Ocenę Geriatryczną (KOG). Koncentruje się ona na zdefiniowaniu celów leczenia dla całego zespołu, zarówno krótkotrwałych, jak i długotrwałych oraz ustaleniu priorytetów postępowania, indywidualnych dla każdego chorego. W ramach KOG najważniejsze jest zdefiniowanie stanu funkcjonalnego i jego ograniczeń, a nie skoncentrowanie się na istniejących schorzeniach. U osób starszych bowiem wiele występujących zaburzeń niewyleczalnych daje dobre rokowanie, jeśli chodzi o poprawę sprawności funkcjonalnej. Wszelkie działania podejmowane w ramach KOG polegają więc na poszukiwaniu problemów odwracalnych i ich rozwiązaniu [2].

## Kompleksowa Ocena Geriatryczna

Kompleksowa ocena geriatryczna, poza klasycznym badaniem podmiotowym i przedmiotowym, obejmuje zawsze analizę sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych. Kolejne jej elementy to ocena funkcji psychicznych (skryning w kierunku depresji i otępienia), ocena ryzyka upadków oraz niedożywienia [3]. Powinno się również ocenić występowanie i natężenie bólu, a także wziąć pod uwagę sytuację socjoekonomiczną chorego.

Użycie narzędzi KOG zdecydowanie zwiększa wykrywalność typowych dla starości zaburzeń. Podczas zjazdu IAGG (*International Association of Gerontology and Geriatrics*) - Regionu Europejskiego w 2006 w Ostendzie (Belgia) zaprezentowano dane wskazujące, że w zdefiniowanej grupie osób częstość występowania bólu wynosiła tylko 8%, jeśli nie zastosowano narzędzi KOG i aż 43% (a więc ponad 5 razy więcej) przy ich zastosowaniu. Do oceny bólu stosuje się najczęściej skalę VAS (ang. *Visual Analogue Score*), która odwzorowuje natężenie bólu na 10 cm linijce, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 - najsilniejszy ból, jaki można sobie wyobrazić. Chorym z najstarszych grup wiekowych użycie skali może sprawiać trudności, co zawsze należy brać pod uwagę.

Oczywistym jest, że u pacjentów ze znacznymi zaburzeniami funkcji poznawczych użycie skali VAS nie jest możliwe. Jednak to właśnie ci chorzy sprawiają największe problemy, jeśli chodzi o ocenę występowania i natężenia bólu, gdyż nie są w stanie zgłosić dolegliwości. Nerozpoznany ból przyczynia się do gorszego

funkcjonowania chorych, w sensie gorszej sprawności i gorszej jakości życia. Aby tego uniknąć, konieczne jest w przypadku ciężkich zaburzeń funkcji poznawczych, zastosowanie skal obserwacyjnych (np. skali DoloPLUS służącej do behawioralnej oceny bólu) [4].

Podobne dane odnośnie niedodiagnozowania w przypadku niezastosowania narzędzi KOG dotyczą np. zaburzeń funkcji poznawczych - klasyczne podejście pozwala na ich zdiagnozowanie u 34% chorych, podczas gdy użycie wyspecjalizowanych narzędzi KOG aż w 68%. Co ważne, niedodiagnozowanie dotyczy przede wszystkim chorych z niewielkim nasileniem zaburzeń. Wczesne wykrycie i zdiagnozowanie problemu pozwala, przynajmniej potencjalnie, na włączenie leczenia pozwalającego na utrzymanie sprawności funkcjonalnej przez dłuższy czas.

Dowodów na skuteczność KOG oraz, co najważniejsze, na jej walory ekonomiczne, dostarczają również dane pochodzące z Polski. Przy użyciu systemu informatycznego Pakietu Świadczeniodawcy stosowanego w Śląskim Oddziale Wojewódzkim NFZ porównano koszty leczenia losowo wybranych dwóch grup ponad 2000 chorych w wieku podeszłym w latach 2004-2006. Pierwszą z nich stanowiły osoby na początku okresu obserwacyjnego hospitalizowane w 3 oddziałach internistycznych, a drugą - w 3 oddziałach geriatrycznych. Okazało się, że średnie roczne koszty poniesione przez NFZ przez rok u chorych po hospitalizacjach internistycznych, a więc u których nie zastosowano KOG, były o ponad 25% wyższe (6908 zł/rok w stosunku do 5161 zł/rok) [5]. Mimo to do dzisiaj nie ma podjęto decyzji o refundacji przez NFZ procedury obejmującej KOG.

Oczywistym jest jednak, że KOG - ze względu na swój stopień skomplikowania, nie może być użyta u wszystkich chorych starszych, czyli osób w wieku 65 i więcej lat. Nie jest to zresztą konieczne. Priorytety leczenia u 65-letniej osoby z nadciśnieniem są takie same jak u osób młodszych, nie wymaga ona więc wdrożenia procedur geriatrycznych. Co innego chory w wieku 80 lat, u którego z nadciśnieniem współistnieją np. cukrzyca, przewlekła obturacyjna choroba płuc, choroba zwyrodnieniowa stawów, osteoporoza oraz otępienie o średnim stopniu zaawansowania. Współwystępowanie wielu chorób powoduje, że ocena zagrożeń dla sprawności funkcjonalnej jest w tym przypadku konieczna.

Pojawiają się więc pytania: kto jest zatem pacjentem geriatrycznym i komu opieka geriatryczna powinna być dedykowana?

## Definicja pacjenta geriatrycznego

Po długich dyskusjach na forum spotkań europejskich, Sekcja Geriatryczna Europejskiego Towarzystwa Lekarskiego (*Union of European Medical Specialists – Geriatric Section*) stworzyła definicję tzw. pacjenta geriatrycznego [6]. Według tej definicji pacjent geriatryczny to osoba z typową wielochorobowością w wieku podeszłym (najczęściej mająca ponad 70 lat) lub każda osoba w wieku 80 lat i więcej ze względu na związane z wiekiem zwiększone ryzyko wystąpienia złożonych patologii w wyniku m.in. znacznego ryzyka wystąpienia powikłań i poszczególnych zespołów chorobowych i tzw. „efektu domino”, wysokiego ryzyka chroniczacji chorób ostrych i znacznego ryzyka utraty autonomii w wyniku utraty sprawności funkcjonalnej. Takim chorym dedykowane być muszą działania kliniczne, prewencyjne, terapeutyczne i socjalne, a więc obejmujące wszystkie aspekty chorób u chorych starszych. Zwraca się uwagę, że do zapewnienia opieki pacjentom geriatrycznym potrzebna jest współpraca zespołu profesjonalistów zapewniająca kompleksową diagnostykę i terapię skoncentrowaną na sprawności funkcjonalnej, a obejmująca szerokie spektrum działań od tych o charakterze prewencyjnym, aż do tych z zakresu medycyny paliatywnej.

### **Jak jednak przełożyć tę definicję na praktykę?**

System wstępnej klasyfikacji pacjentów istnieje w wielu krajach, w których opieka geriatryczna jest dobrze rozwinięta. W Belgii na 110 istniejących szpitali 96% ma oddziały geriatryczne i stąd Belgia ma najwięcej ostrych geriatrycznych łóżek w Europie (ponad 70 na 100 tysięcy mieszkańców i ponad 40 na 10 tysięcy osób starszych [7]). W Belgii wszyscy chorzy po 75 roku życia przyjmowani do szpitali przechodzą wstępną kwalifikację według prostej skali obejmującej m.in. obecność zaburzeń funkcji poznawczych, poprzednią hospitalizację w ciągu poprzedzających 3 miesięcy oraz wielolekowość (stosowanie co najmniej 5 leków) [3]).

W Polsce obecnie zaproponowano użycie we wstępnej kwalifikacji skali VES-13 (ang. *Vulnerable Elders Scores*). Skala ta miałaby być (w razie zaakceptowania przez NFZ) używana dla wstępnej oceny chorych przyjmowanych do szpitali posiadających oddziały geriatryczne (szpitali takich jest w Polsce bardzo niewiele [8]). Jest to prosty kwestionariusz oceniający 13 wybranych elementów charakteryzujących pacjenta [9]. Uzyskanie 3 i więcej punktów w skali traktowane jest jako wynik pozytywny - pacjenci tacy wymagają pełnej

analizy KOG. Im wyższy wynik w skali VES-13, tym ryzyko pogorszenia stanu zdrowia jest większe [10].

Skala obejmuje wiek, samoocenę stanu zdrowia oraz ocenę niesamodzielności (z powodu stanu zdrowia) w wykonywaniu czynności życiowych. Są to:

- zakupy (produkty toaletowe, leki),
- rozporządzanie własnymi pieniędzmi (śledzenie wydatków, opłacanie rachunków),
- wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie, ścieranie kurzu),
- przejście przez pokój (przy pomocy kuli, laski, o ile używa),
- kąpiel (w wannie lub pod prysznicem),
- pochylanie, kucanie, klęknięcie,
- podnoszenie, dźwiganie ciężaru o wadze około 4,5 kg,
- pisanie lub utrzymywanie drobnych przedmiotów,
- sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barku,
- przejście około 1,5 km,
- wykonywanie ciężkiej pracy domowej (mycie podłóg, okien).

Wiek 85 lat i więcej oceniany jest w skali VES-13 na 3 punkty, czyli każda osoba w późnej starości poddana być powinna okresowej kompleksowej analizie stanu zdrowia. U osób tych ze względu na znaczne ograniczenie rezerwy czynnościowej narządów ryzyko niesprawności, w przypadku wystąpienia jakiegokolwiek patologii, jest bowiem znaczne. Tak więc skala VES-13 jest zgodna z europejską definicją pacjenta geriatrycznego, wskazując wiek, powyżej którego pacjenci powinni być traktowani szczególnie, choć różni się wskazanym wiekiem kalendarzowym - w definicji jest to 80 lat. Analogiczne są konsekwencje wielochorobowości mierzonej ograniczeniem sprawności w zakresie czynności życiowych.

Skala VES-13 jest rekomendowana do użycia u chorych starszych onkologicznych podczas kwalifikacji do chemioterapii [11,12]. Została ona jednak stworzona jako uproszczona wersja KOG i stąd pomysł użycia jej w badaniach przesiewowych.

## **Skala EASY-Care 20101 w ocenie chorych starszych**

W praktyce lekarza rodzinnego zastosowanie mają inne skale. Jedną z zaakceptowanych jest kwestionariusz EASY-Care, stworzony z myślą o pacjencie starszym mieszkającym w środowisku; może on jednak być również użyty do analizy chorych przebywają-

cych w instytucjach [13,14]. Skala przeznaczona jest do samodzielnego użycia przez chorych, choć może być zastosowana przez pielęgniarki czy pracowników socjalnych, którzy mogą pomóc choremu w wypełnieniu kwestionariusza.

EASY-Care ma być, na wzór KOG, narzędziem służącym do porozumiewania pomiędzy personelem zajmującym się chorymi z najstarszych grup wiekowych. Skryning wykonany przy pomocy skali ma służyć wyselekcjonowaniu pacjentów z grup ryzyka, którzy wymagają interwencji lekarza pierwszego kontaktu. Skala, poza aspektami medycznymi, porusza również aspekty socjoekonomiczne i ocenę systemów wsparcia. Jest polecana do corocznej analizy chorych z najstarszych grup wiekowych (w Wielkiej Brytanii, na terenie, której powstała skala, są to osoby powyżej 75 roku życia).

Pierwsze polskie wersje skali powstały prawie równoległe z oryginalną anglojęzyczną [15,16]. Najnowsza, poddana obecnie weryfikacji w wielu krajach świata, wersja nosi nazwę EASY-Care Standard 2010.

Pierwsza część kwestionariusza poświęcona jest zebraniu informacji o samym pacjencie (dane osobowe, chory występujące itd.), a druga - właściwej ocenie potrzeb i priorytetów zdrowotnych i opiekuńczych. W ramach analizy ocenie poddaje się 7 głównych obszarów, czyli:

1. widzenie, słuch i komunikację z otoczeniem (w tym posługiwanie się telefonem),
2. dbanie o samego siebie (np. samodzielność podczas kąpieli oraz sprawność zwieraczy),
3. radzenie sobie w środowisku (w tym samodzielne wstawanie z łóżka, ale i zrobienie zakupów),
4. bezpieczeństwo (m.in. poczucie bezpieczeństwa w domu i poza domem, ale i poczucie dyskryminacji),

5. miejsce zamieszkania i finanse (zadowolenie z miejsca zamieszkania, poczucie bezpieczeństwa finansowego),
6. stan zdrowia (m.in. używki: picie alkoholu, palenie papierosów, ale i regularność ćwiczeń fizycznych czy mierzenia ciśnienia),
7. zdrowie psychiczne i samopoczucie (w tym wypełnienie czasu wolnego, uczucie osamotnienia i obawy o utratę pamięci, ale i występowanie bólu).

Na podstawie zebranych informacji ustala się listę najważniejszych potrzeb i priorytety działań. Dodatkowo, przygotowuje się analizę ryzyka hospitalizacji i ryzyka upadków. Skala może być zatem również użyta do oceny dynamiki zmian w czasie. Jednak zawiera ona dane deklarowane przez osobę starszą, więc należy być świadomym, że jest to zdecydowanie obraz subiektywny. Może on być jedynie modyfikowany pod wpływem informacji od rodziny/przyjaciół. Kwestionariusz nie pozwala na ocenę chorych z zaburzeniami funkcji poznawczych o znacznym nasileniu, gdyż informacje od chorego nie mogą być wtedy jednoznacznie traktowane jako wiarygodne. Należy zdawać też sobie sprawę, że kwestionariusz jest dość rozbudowany i jego wypełnienie zajmuje średnio 30-60 minut.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Wieczorowska-Tobis  
Zakład Geriatrii i Gerontologii  
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu  
ul. Święcickiego 6, 60-781 Poznań  
Tel./Fax: (+48 61) 8546573  
E-mail: kwt@tobis.pl

## Piśmiennictwo

1. Berthel M. Kruchość zobowiązuje. Rynek Zdrowia 2010;63:56.
2. Wieczorowska-Tobis K, Rajska-Neumann A, Styszyński A, Józwiak A. Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego. Geriatr Pol 2006;2:38-40.
3. Wieczorowska-Tobis K, Grodecka-Gazdecka S. Pacjent onkologiczny - geriatryczny punkt widzenia. Geriatria 2010;4:203-8.
4. Kachaniuk H. Eliminacja i profilaktyka bólu w starości. W: Wieczorowska-Tobis K, Talarska D (red). Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Warszawa: PZWL; 2008. str. 324-33.
5. Derejczyk J, Bień B, Kokoszka-Paszko J, Szczygieł J. Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy - czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? Gerontol Pol 2008;16:149-59.
6. www.uemsgeriaticmedicine.org

7. Baeyens JP. Belgian care programme for older patients. *J Nutr Health Aging* 2010;14:474-5.
8. Kropińska S, Wieczorowska-Tobis K. Opieka geriatryczna w wybranych krajach Europy. *Geriatria* 2009;3:12-6.
9. Min L, Yoon W, Mariano J, Wenger NS, Elliott MN, Kamberg C, et al. The vulnerable elders-13 survey predicts 5-year functional decline and mortality outcomes in older ambulatory care patients. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:2070-6.
10. Min LC, Elliott MN, Wenger NS, Saliba D. Higher vulnerable elders survey scores predict death and functional decline in vulnerable older people. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:507-11.
11. Mohile SG, Bylow K, Dale W, Dignam J, Martin K, Petrylak DP, et al. A pilot study of the vulnerable elders survey-13 compared with the comprehensive geriatric assessment for identifying disability in older patients with prostate cancer who receive androgen ablation. *Cancer* 2007;109:802-10.
12. Luciani A, Ascione G, Bertuzzi C, Marussi D, Codecà C, Di Maria G, et al. Detecting disabilities in older patients with cancer: comparison between comprehensive geriatric assessment and vulnerable elders survey-13. *J Clin Oncol* 2010;28:2046-50.
13. Philp I, Newton P, McKee KJ, Dixon S, Rowse G, Bath PA. Geriatric assessment in primary care: formulating best practice. *Br J Community Nurs* 2001;6:290-5.
14. Bath P, Philp I, Boydell L, McCormick W, Bray J, Roberts H. Standardized health check data from community-dwelling elderly people: the potential for comparing populations and estimating need. *Health Soc Care Community* 2000;8:17-21.
15. Bień B, Wojszel ZB, Wilmańska J. Care of the frail elderly in population studies. *Pol Merkur Lek* 2000;9:775-8.
16. Wojszel ZB, Bień B, Polityńska B. [The assessment of the functional state of elderly people by family physician with the help of EASY-Care questionnaire]. *Pol Merkur Lek* 1999;6:167-70.