

**Bartosz J. Sapilak, Dagmara Pokorna-Katwak, Roma Roemer-Ślimak**

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

# Narzędzia geriatryczne w praktyce lekarza POZ – skala Barthel

## Geriatric tools in family physician practice – Barthel scale

### Streszczenie

Społeczeństwo polskie się starzeje i ma to realny wpływ na pracę lekarzy POZ. Ze względu na niedostatek geriatrów opieka nad osobami w wieku podeszłym stanowi w swojej kompleksowości coraz większe wyzwanie dla lekarzy rodzinnych. Wynika stąd potrzeba zaznajomienia się z podstawowymi narzędziami, które można wykorzystać do oceny stanu zdrowia w okresie starości i późnej starości. Niniejszy artykuł stanowi część cyklu prac, w którym przybliżamy lekarzom podstawowe narzędzia geriatryczne służące do oceny chorego w wieku 65+. W ten sposób umożliwimy lepsze porozumienie pomiędzy geriatrą a lekarzem POZ, a w sytuacji braku dostępu do specjalisty poprawę jakości leczenia pacjenta w wieku podeszłym w ramach POZ. W artykule omówiono skalę Barthel służącą do oceny sprawności pacjentów i ich kwalifikacji do opieki długoterminowej.

### Słowa kluczowe

pacjent w wieku podeszłym, skale geriatryczne, skala Barthel

### Abstract

Polish society is becoming elderly, and this has a real impact on the family doctor's practice. Due to the lack of geriatricians, patient care in the elderly is a growing challenge for family physicians. Hence the need to become more familiar with the basic tools that can be used to assess the health status of elderly patients. This article is part of a series of works, in which we introduce doctors to the basic geriatric tools for assessing a patient aged 65+. In this way, we allow better agreement between geriatricians and family physicians, due to poor access to a specialists it should improve the quality of treatment of elderly patients. In this article we discuss the Barthel scale used for assessment patients functional efficiency and their eligibility for long-term care.

### Key words

elderly patient, geriatric scales, the Barthel scale

## Wstęp

Społeczeństwo polskie nieustannie się starzeje. W 2015 r. osób w wieku 65+ było w Polsce ponad 6 mln i stanowiły one 15,8% ogółu populacji, a szacuje się, że w ciągu 20 lat odsetek ten się podwoi. Dodatkowo obserwujemy wyraźny wzrost liczby osób w późnej starości – tzw. fenomen podwójnego starzenia. W 1999 r. w grupie osób w wieku 60+ 12% ukończyło 80. rok życia, w 2050 r. udział ten wyniesie 29%. Przeciętna długość życia w Polsce stale rośnie, rocznie o 3,6 miesiąca dla mężczyzn i 2,1 miesiąca dla kobiet. Wiąże się to ze stopniowym zmniejszaniem się nadumieralności mężczyzn. W 2030 r. średnia długość życia w Polsce będzie wynosić dla kobiet 83,6 roku, a dla mężczyzn 77,5 roku [1].

Z jednej strony dzięki coraz bardziej zaawansowanej diagnostyce i efektywnej opiece medycznej, a także poprawie kondycji zdrowotnej Polaków spowodowanej m.in. prowadzeniem prozdrowotnego stylu życia zwiększa się jego długość, a z drugiej maleje liczba urodzeń. Główny Urząd Statystyczny od ponad 20 lat rejestruje spadek natężenia zgonów, a tym samym wydłużanie przeciętnego trwania życia. W 2015 r. w Polsce mężczyźni żyli przeciętnie 73,6 roku, a kobiety 81,6 roku. W porównaniu z 1990 r. było to dłużej odpowiednio o 7,4 i 6,4 roku [2].

Ważnym parametrem jest struktura zgonów według wieku. W wyniku postępującego procesu starzenia się populacji rośnie liczba zgonów osób w starszym wieku. W 2015 r. liczba osób zmarłych w wieku 0–29 i 45–59 lat była mniejsza niż w roku poprzednim, w wieku 30–44 lat w zasadzie utrzymała się na zbliżonym poziomie, odnotowano natomiast wyraźny wzrost liczby zgonów wśród osób powyżej 60. roku życia ( $\Delta = +6,3\%$ ). W tej grupie 28,3% stanowiły zgony osób w wieku 60–74 lat, 43,4% w wieku 75–89 lat i 11,2% powyżej 89. roku życia [2].

Powyższe dane nie są jedynie suchymi liczbami z rocznika statystycznego, mają realne przełożenie na pracę lekarzy POZ. Opieka nad pacjentem geriatrycznym stanowi w swojej kompleksowości wyzwanie dla lekarzy rodzinnych. Sprostanie mu wymaga szerokiej wiedzy medycznej, doświadczenia i kompetencji w podejmowaniu decyzji klinicznych. Do dzisiaj nie zdefiniowano żadnego parametru, na podstawie którego można by określić początek starości. Populacja osób w wieku podeszłym jest bardzo heterogenna, dlatego wiek 65 lat jest umowną granicą rozpoczynającą okres geriatryczny. Przyjęto się wyróżniać trzy okresy starości:

- starość wczesną – 60–74 lat,

- starość późną – 75–89 lat,
  - starość bardzo późną (długowieczność) – 90+.
- Planowanie terapii utrudnia fakt, że we wczesnej starości wiele osób nie odczuwa dolegliwości związanych z wiekiem. Ponadto wiek biologiczny nie zawsze pokrywa się z wiekiem kalendarzowym i często jest u osoby starszej połączeniem osobniczych predyspozycji genetycznych oraz warunków społeczno-ekonomicznych. Szczególnie starość późna wiąże się z zagrożeniami i trudnościami w utrzymaniu sprawności funkcjonalnej, a wielkie problemy geriatryczne stają się wówczas codziennością. W opiece geriatrycznej rolą lekarza POZ jest utrzymywanie pacjentów w jak najlepszej sprawności funkcjonalnej, kontakt z opiekunami oraz motywowanie chorych do aktywności intelektualno-kulturalnej, zwłaszcza do kontaktów z otoczeniem i rodziną. Opieka taka powinna aktywnie dążyć do ograniczenia występowania tzw. wielkich problemów geriatrycznych. Terminem tym określa się typowe dla wieku podeszłego, przewlekłe, wieloprzyczynowe zaburzenia, które znacznie zwiększają ryzyko niesprawności i negatywnie wpływają na jakość życia. Ryzyko ich wystąpienia narasta z wiekiem. Należą do nich:

- niesprawność ruchowa i unieruchomienie,
- upadki, zaburzenia chodu i postawy,
- omdlenia,
- nietrzymanie moczu,
- nietrzymanie stolca,
- depresja,
- otępienie,
- odleżyny,
- majaczenia.

Starzenie się społeczeństwa i postęp w medycynie powodują wzrost kosztów opieki i świadczeń społecznych. Stanowią także wyzwanie organizacyjne dla systemu opieki zdrowotnej. W takiej sytuacji pojawia się nagląca potrzeba kształtowania funkcjonalnej opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku. Na świecie od kilkudziesięciu lat wdrażana jest w systemie opieki medycznej geriatra – specjalistyczna dziedzina medycyny zajmująca się zdrowiem i chorobami pacjentów w podeszłym wieku, opieką nad osobami starszymi i pomocą dla nich. Geriatra, integrując różne dziedziny medycyny, pozwala całościowo oceniać i rozwiązywać złożone problemy wieku podeszłego przy poszanowaniu odrębności biologicznych, psychicznych i społecznych tej fazy rozwojowej człowieka. Założenia geriatry ma oferować holistyczną opiekę wielodyscyplinarnego zespołu fachowców, aby zoptymalizować stan zdrowia

osób starszych, wspierać ich samodzielność, a także poprawić jakość życia. Efekty takie można osiągnąć w ramach specjalnego systemu opieki geriatrycznej, na który powinny się składać oddziały i poradnie geriatryczne, oddziały dzienne, wielodyscyplinarne zespoły szpitalne oraz zespoły zapewniające łączność z instytucjami opieki społecznej i opieką domową. W Polsce niestety liczba wyspecjalizowanych geriatrów jest dalece niewystarczająca.

Siłą rzeczy na barkach lekarzy POZ spocznie zatem obowiązek leczenia chorych w wieku podeszłym. Stąd wynika potrzeba poznania podstawowych narzędzi, które można wykorzystać do oceny stanu zdrowia chorych w okresie starości i późnej starości. Niniejszy artykuł stanowi część cyklu prac, w którym przybliżamy lekarzom podstawowe narzędzia geriatryczne. W ten sposób umożliwimy lepsze porozumienie pomiędzy geriatrą a lekarzem POZ, a w sytuacji braku dostępu do specjalisty poprawę jakości leczenia pacjentów w wieku podeszłym w ramach POZ. Łącznie umożliwiają one tzw. całościową ocenę geriatryczną (COG) – wielokierunkowy, zintegrowany proces diagnostyczny, którego celem jest ustalenie:

- zakresu zaburzenia dobrostanu,
- priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych, potrzeb i możliwości zapewnienia dalszego leczenia, rehabilitacji i opieki (dom, dom opieki, zakład opiekuńczo-leczniczy, oddział szpitalny),
- zdolności osoby starszej do samodzielnego funkcjonowania,
- potrzeb zdrowotnych, psychologicznych i socjalnych osoby w wieku podeszłym.

Optymalnie COG powinna być prowadzona przez zespół składający się z lekarza, psychologa, rehabilitanta, pielęgniarki i pracownika socjalnego. Bardzo istotna jest także współpraca z rodziną chorego w ramach COG. Całościowa ocena geriatryczna obejmuje ocenę stanu czynnościowego, zdrowia fizycznego, funkcji umysłowych i ocenę socjalno-środowiskową.

### Skala Barthel

Obecnie lekarze POZ najczęściej spotykają się ze skalą Barthel. Jest to formularz, który na mocy rozporządzenia ministra zdrowia od 23 grudnia 2010 r. stanowi podstawę kierowania pacjenta do ośrodków opieki długoterminowej oraz długoterminowej opieki pielęgniarskiej w miejscu zamieszkania. Rozporządzenie dotyczy placówek publicznych, ale przez analogię wykorzystywane jest także w ośrodkach prywatnych.

Omawiana skala została stworzona przez amerykańską pielęgniarkę D. Barthel w 1965 r. [3]. Pierwotnie miała umożliwić analizę wyników leczenia pacjentów po udarze oraz przewidywanie czasu ich powrotu do sprawności. Następnie znalazła zastosowanie także wśród lekarzy, fizjoterapeutów i pielęgniarek jako narzędzie do diagnostyki osób z chorobami układu kostno-stawowego. W Polsce skala Barthel jest używana także do określania wskazań do opieki długoterminowej (stacjonarnej i domowej). Jest to międzynarodowy kwestionariusz oceny sprawności pacjenta. Należy do grupy narzędzi oceniających podstawowe czynności życiowe (*activities of daily living* – ADL). Pozwala ocenić, jakie czynności pacjent może wykonać sam lub z pomocą, a których nie może wykonać wcale. Łączny wynik umożliwia podjęcie decyzji o kwalifikacji do opieki długoterminowej, jest uwzględniany podczas określania zapotrzebowania chorego na opiekę, co pozwala ustalić wysokość jej kosztów. Nie służy do bezpośredniej oceny stanu zdrowia, ale pozwala dokonać klinicznej oceny stanu sprawności w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych oraz stopnia zależności od innych osób. Dokument jest wypełniany przez pielęgniarkę środowiskową bądź przez lekarza.

Kwestionariusz skali Barthel zawiera 10 pytań analizujących zdolność badanego do wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego. Ocenie poddawane są następujące czynności:

- spożywanie posiłków,
- poruszanie się,
- ubieranie,
- rozbieranie,
- higiena osobista,
- korzystanie z toalety,
- kontrolowanie czynności fizjologicznych.

W zależności od formy pytania określa się stopień samodzielności lub uzależnienia chorego od pomocy innej osoby. Odpowiedzi punktowane są 2-, 3- i 4-stopniowo w zakresach 0–5, 0–5–10 lub 0–5–10–15 punktów. Łącznie można uzyskać od 0 do 100 punktów. Wyższy wynik wskazuje na większą samodzielność badanego. Przyjęto trzy przedziały wyniku skali:

- 0–20 punktów – osoba niezdolna do samoopieki, stan ciężki,
- 25–85 punktów – osoba wymagająca częściowej pomocy, stan średnio ciężki,
- 90–100 punktów – osoba samodzielna, stan lekki.

W Niemczech przy uznawaniu osoby za wymagającą stałej opieki bierze się pod uwagę wymiar czasu

niezbędnego do zapewnienia indywidualnej opieki w jednostce dobowej. Jeśli jest to 90 minut na dobę (w tym 2/3 czasu pochłaniania podstawowa pielęgnacja – higiena osobista, pomoc w przemieszczaniu się i spożywaniu posiłku), osoba kwalifikuje się do opieki długoterminowej. W jej ramach pacjent może skorzystać ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych realizowanych w zakładach stacjonarnych lub w warunkach domowych.

W naszym kraju podstawowym kryterium kwalifikacji podczas ubiegania się o szpitalną lub domową opiekę długoterminową jest uzyskanie 0–40 punktów w zmodyfikowanej skali Barthel. Długoterminową opieką domową mogą być objęci pacjenci przewlekle chorzy i unieruchomieni z powodu urazu, którzy nie muszą przebywać w szpitalu, a z różnych względów nie chcą lub nie mogą przebywać w zakładach opieki długoterminowej, natomiast potrzebują systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarstwa w warunkach domowych.

Załącznik 1 do artykułu stanowi karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do ZOL, która opiera się na skali Barthel [4].

#### Piśmiennictwo

1. Wasilewski P. Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym. Informacja o wynikach kontroli. NIK 2014; KZD-4101-003/2014.
2. Rutkowska L. Trawnie życia w 2015 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016.
3. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J 1965; 14: 61-65.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Dz.U. 255 poz. 1719.

#### Adres do korespondencji:

dr n. med. Bartosz J. Sapilak  
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
ul. Syrokomli 1  
51-141 Wrocław  
e-mail: bartosz.sapilak@umed.wroc.pl

**Załącznik 1**

Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do ZOL/ZPO

Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL .....

Lp.	Nazwa czynności	Wartość punktowa
1.	Spożywanie posiłków 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 – samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie) 0 – nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu 5 – większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby), może siedzieć 10 – mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 – samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 – potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych 5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 – zależny 5 – częściowo potrzebuje pomocy 10 – niezależny w dotarciu do WC oraz w zdejmowaniu, zakładaniu części garderoby	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 – zależny 5 – niezależny	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 – nie porusza się samodzielnie lub zależny na wózku 5 – do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego lub niezależny na wózku 10 – spacerzy z pomocą jednej osoby > 50 m 15 – niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego > 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 – nie jest samodzielny 5 – potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji 10 – samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 – zależny 5 – potrzebuje częściowej pomocy 10 – niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, wiązaniu sznurowadeł itp.	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność sprowokowania wydalania 5 – sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca 10 – kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie oddawania moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany 5 – sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 – kontroluje oddawanie moczu	
Wynik kwalifikacji		