

## ARTYKUŁ POGLĄDOWY

**Bartosz Janusz Sapilak, Dagmara Pokorna-Kałwak, 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 the family physician's practice – Barthel scale

### Streszczenie

Społeczeństwo polskie nieustannie się starzeje, co ma realne przełożenie na pracę lekarzy POZ. Ze względu na niedostatek geriatrów opieka nad pacjentem geriatrycznym stanowi w swojej kompleksowości coraz większe wyzwanie dla lekarzy rodzinnych. Wynika z tego potrzeba zaznajomienia się z podstawowymi narzędziami, jakie można wykorzystać do oceny stanu zdrowia chorych w okresie starości i późnej starości. Niniejszy artykuł stanowi początek cyklu prac, w którym będziemy przybliżać lekarzom podstawowe narzędzia geriatryczne służące ocenie chorego 65+. Umożliwiają one 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 niniejszym artykule omówiona zostanie skala Barthel służąca do oceny sprawności pacjentów i ich kwalifikacji do opieki długoterminowej.

### Słowa kluczowe

pacjent w wieku podeszłym, skale geriatryczne, skala Barthel

### Abstract

Polish society is getting elderly. This has a real impact on the family doctors practice. Due to the insufficient number of geriatricians, elderly patient care, given its comprehensive nature, is a growing challenge for family physicians. Hence there is a need to become more familiar with the basic tools that can be used to assess the health status of elderly patients. This article is the beginning of the series, in which we will introduce the basic tools to evaluate patients in age 65+. In this way, we allow better understanding between the geriatrician and the family physician, and if a specialist is inaccessible it should improve the quality of treatment of elderly patients. In this article we will discuss the Barthel scale used for assessment of patients' functional efficiency and eligibility for long-term care.

### Key words

elderly patient, geriatric scales, 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 ulegnie podwojeniu. 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. odsetek ten wyniesie 29%. Przeciętna długość życia w Polsce stale się zwiększa, 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 maleje liczba urodzeń, z drugiej 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. Raporty GUS od ponad 20 lat rejestrują spadek natężenia zgonów, a tym samym wydłużanie przeciętnego trwania życia. W 2015 r. w Polsce mężczyźni żyli przeciętnie 73,6 roku, natomiast kobiety 81,6 roku – w porównaniu z 1990 r. żyliśmy zatem 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 wieku starszym. W 2015 r. liczba osób zmarłych w wieku 0–29 i 45–59 lat była mniejsza niż w roku poprzednim, w wieku 30–44 w zasadzie utrzymała się na zbliżonym poziomie, odnotowano natomiast wyraźny wzrost liczby zgonów wśród osób po 60. roku życia ( $\Delta = +6,3\%$ ). W grupie tej 28,3% stanowiły zgony osób w wieku 60–74 lat, 43,4% – zgony osób w wieku 75–89 lat i 11,2% – zgony osób w wieku powyżej 89 lat [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, którego można by użyć do określenia początku starości. Populacja osób w wieku podeszłym jest bardzo heterogenna, dlatego wiek 65 lat jest umowną granicą rozpoczynającą okres geriatryczny zdrowia

i życia człowieka. Przyjęło się wyróżniać trzy okresy starości:

- wczesną – 60–74 lat,
- późną – 75–89 lat,
- 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 wypadkową indywidualnych i osobniczych predyspozycji genetycznych oraz warunków socjalno-ekonomicznych, w jakich pacjent żyje. Szczególnie starość późna wiąże się z zagrożeniami i trudnościami w utrzymaniu sprawności funkcjonalnej, a wielkie problemy geriatryczne występujące u chorych stają się 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 ograniczania 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 osób starszych. 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 socjalnych. Stanowią także wyzwanie organizacyjne dla systemu opieki zdrowotnej. W tej sytuacji pojawia się nagła potrzeba kształtowania funkcjonalnej opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku. Na świecie od kilkadziesiąt lat w systemie opieki medycznej wdrażana jest geriatra – specjalistyczna dziedzina medycyny zajmująca się osobami w podeszłym wieku – ich zdrowiem, chorobami, opieką i pomocą dla nich. Geriatra, integrując różne dziedziny medycyny, pozwala całościowo oceniać i rozwiązywać złożone problemy wieku podeszłego przy poszanowaniu odrębności bio-

logicznych, psychicznych i społecznych tej fazy rozwojowej człowieka. Z założenia geriatrya ma oferować holistyczną opiekę multidyscyplinarnego zespołu fachowców, aby zoptymalizować stan zdrowia osób starszych, ich samodzielność, a także poprawić jakość ich życia. Efekty takie można osiągnąć w ramach specjalnego systemu opieki geriatrycznej, na który powinny się składać oddziały i poradnie geriatryczne, oddziały dzienne, multidyscyplinarne zespoły szpitalne oraz zespoły zapewniające łączność z instytucjami opieki społecznej i opieką domową. W Polsce niestety liczba wyspecjalizowanych geriatrów jest dalece niewystarczająca, szacuję, że obecnie jest nas ok. 400, przy czym aktualnie ministerstwo otworzyło jedynie 28 miejsc rezydencjonalnych z geriatry, w tym aż 10 w województwie małopolskim, po 5 w śląskim i kujawsko-pomorskim, a aż 5 województwom nie przyznano ani jednego miejsca. Jednocześnie w Polsce dysponujemy 2 łózkami na oddziałach geriatrycznych na 100 tys. mieszkańców.

Siłą rzeczy obowiązek leczenia chorych w wieku podeszłym spocznie na barkach lekarzy POZ.

Stąd wynika potrzeba poznania podstawowych narzędzi, które można wykorzystać do oceny stanu zdrowia chorych w okresie starości i późnej starości. Niniejszy artykuł stanowi początek cyklu prac, w którym będziemy przybliżać lekarzom podstawowe narzędzia geriatryczne służące ocenie chorego w wieku 65+. Umożliwią one lepsze porozumienie pomiędzy geriatrą a lekarzem POZ, a w sytuacji braku dostępu do specjalisty poprawę jakości leczenia pacjenta 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,
- ustalenie priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych, potrzeb i możliwości zapewnienia dalszego leczenia, rehabilitacji i opieki (dom, dom opieki, zakład opiekuńczo-leczniczy, oddział szpitalny),
- określenie zdolności osoby starszej do samodzielnie funkcjonowania,
- ustalenie potrzeb zdrowotnych, psychologicznych i społecznych osoby w wieku podeszłym.

Optymalnie COG powinna być prowadzona przez zespół, w którego skład wchodzi nie tylko lekarz, lecz także psycholog, rehabilitant, pielęgniarka i pracownik socjalny. Bardzo istotna jest także współpraca z rodziną chorego. Całościowa ocena geriatryczna obejmuje ocenę stanu czynnościowe-

go, zdrowia fizycznego, funkcji umysłowych i ocenę socjalno-środowiskową.

### Skala Barthel

Obecnie lekarze POZ najczęściej spotykają się ze skalą Barthel, dlatego zostanie ona omówiona jako pierwsza. Jest to formularz, który rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. stanowi podstawę kierowania pacjenta do ośrodków opieki długoterminowej oraz długoterminowej opieki pielęgniarskiej w miejscu zamieszkania. Rozporządzenie dotyczy placówek publicznych, ale skala w analogiczny sposób jest wykorzystywana także w ośrodkach prywatnych.

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

Kwestionariusz skali Barthel obejmuje 10 pytań analizujących zdolność badanego do wykonywania podstawowych czynności każdego dnia. 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 dwu-, trzy- lub czterostopniowo: 0–5 punktów, 0–5–10 punktów lub 0–5–10–15 punktów. Łącznie można uzyskać od 0 do 100 punktów. Wyższy wynik wskazuje na większą samodzielność badanego. Przyjęto trzy przedziały wyników:

- 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, uznając osobę za wymagającą opieki stałej, bierze się także pod uwagę czas niezbędny dla zapewnienia indywidualnej opieki w wymiarze dobowym. Jeśli jest to 90 min/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 Polsce podstawowym kryterium kwalifikacji do szpitalnej lub domowej opieki długoterminowej jest uzyskanie w zmodyfikowanej skali Barthel wy-

niku w zakresie 0–40 punktów. 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 pielęgnarskiej w warunkach domowych.

W załączniku przedstawiono formularz *Karty oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego*, która opiera się na skali Barthel.

#### Piśmiennictwo

1. Wasilewski P. Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym. Informacja o wynikach kontroli. NIK 2014; KZD-4101-003/2014.
2. Rutkowska L. Trwanie życia w 2015 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016.
3. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J* 1965; 14: 61-65.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 1658).

#### Adres do korespondencji:

dr Bartosz Janusz Sapilak  
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej  
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich  
ul. Syrokomli 1  
51-141 Wrocław  
e-mail: bartosz.sapilak@umed.wroc.pl

## WZÓR

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM<sup>1)</sup>**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel <sup>2)</sup>

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

.....

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

Lp.	Czynność <sup>3)</sup>	Wynik <sup>4)</sup>
1	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> 0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 - samodzielny	
3	<b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b> 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
6	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> 0 - nie porusza się lub < 50 m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	

7	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny	
8	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	
10	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b> 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz	
		<b>Wynik kwalifikacji<sup>5)</sup></b>

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga<sup>1)</sup> skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym<sup>1)</sup>

.....

.....

.....

.....  
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego  
albo lekarza zakładu opiekuńczego<sup>6)</sup>

.....  
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia  
zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego<sup>6)</sup>

<sup>1)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>2)</sup> Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”.  
Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą.  
Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

<sup>3)</sup> W lp. 1–10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

<sup>4)</sup> Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

<sup>5)</sup> Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1–10.

<sup>6)</sup> Dotyczy oceny świadczeniobiorcy, wg skali Barthel, przebywającego w zakładzie opiekuńczym.