

# Analiza chorób i problemów zdrowotnych u pacjentów objętych pielęgniarstwą opieką długoterminową domową w województwie podlaskim w latach 2019-2020 – badania kohortowe

## Analysis of diseases and health problems of patients covered by long-term nursing care at home in Podlaskie Voivodeship in 2019-2020 – a cohort study

Wiesława Mojsa

Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### Streszczenie

**Wstęp.** Badanie miało na celu: przedstawienie struktury wieku i płci badanej grupy pacjentów, określenie jakie choroby i problemy zdrowotne zgodnie z klasyfikacją ICD-10 stanowią przyczynę utraty samodzielności pacjentów w wykonaniu podstawowych czynności życiowych, ustalenie czy istnieje wpływ płci na grupę wiekową z uwzględnieniem rodzaju zachorowania. **Materiał i metody.** W badaniu analizowane były dane z lat 2019-2020 z bazy Podlaskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku o wszystkich pacjentach ( $N = 2293$ ) z wynikiem oceny aktywności w życiu codziennym 0-40 punktów w skali Barthel. Analizowane były rozpoznania ICD-10 zapisane w dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych z zachowaniem schematu kodów alfabetycznych i numerycznych. **Wyniki.** Stwierdzono, że płeć ma istotny statystycznie wpływ na rozkład na grupy wiekowe pacjentów z rozpoznaniem F ( $p < 0,001$ ), G ( $p < 0,001$ ), I ( $p = 0,006$ ) oraz L ( $p = 0,0002$ ). Z rozpoznaniem F, mężczyźni istotnie częściej chorują przed 65 rokiem życia (41,90%) niż kobiety (10,04%). Na rozpoznania G, I oraz L kobiety istotnie częściej chorują w wieku przynajmniej 65 lat ( $G = 75,55\%$ ;  $I = 97,40\%$ ;  $L = 95,24\%$ ) niż mężczyźni ( $G = 51,69\%$ ;  $I = 93,12\%$ ;  $L = 79,25\%$ ). **Wnioski.** W kohorcie badanych pacjentów: 1. wiek badanych pacjentów istotnie wpływał na rozkład płci, 2. zauważa się istotne różnice pomiędzy grupami wiekowymi wśród kobiet i mężczyzn w grupach klasyfikacyjnych chorób ICD-10, 3. najczęściej wykrywalnymi chorobami ICD-10 były: choroby układu krążenia, choroby układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania oraz choroby skóry i tkanki podskórnej. (Gerontol Pol 2021; 29; 109-116),doi: 10.53139/GP.20212915

**Słowa kluczowe:** domowe świadczenia zdrowotne, skala Barthel 0-40, klasyfikacja ICD-10

### Abstract

**Introduction.** The aim of the study was: to present the age and gender structure of the studied patients group, to describe which diseases and health problems, according to the ICD-10 classification, are the reasons for the patients' loss of independence while performing basic life activities, to determine whether gender impacts the age group and type of disease. **Material and methods.** The study analyzed data from years 2019-2020, taken from the database of the Podlaskie Branch of the National Health Fund in Białystok, including all patients ( $N = 2293$ ) with everyday life activity at 0-40 points on the Barthel scale. ICD-10 diagnoses recorded in the medical records of patients were analyzed in accordance with the international classification of diseases and health problems, following the alphabetical and numerical code scheme. **Results.** It was found that gender has a statistically significant impact on the distribution of age groups of patients diagnosed with F ( $p < 0.001$ ), G ( $p < 0.001$ ), I ( $p = 0.006$ ) and L ( $p = 0.0002$ ). With the diagnosis of F, men are significantly more likely to become ill before the age of 65 (41.90%) than women (10.04%). Women are significantly more likely to suffer from G, I and L diagnoses at the age of 65 ( $G = 75.55\%$ ;  $I = 97.40\%$ ;  $L = 95.24\%$ ) than men ( $G = 51.69\%$ ;  $I = 93.12\%$ ;  $L = 79.25\%$ ). **Conclusions.** In the cohort of studied patients: 1. It was found that age of the studied patients significantly influenced the gender distribution, 2. There were significant differences between the age groups among women and men in the ICD-10 disease classification groups, 3. To determine the most frequently detectable ICD-10 diseases were: cardiovascular diseases, diseases of the nervous system, mental and behavioral disorders, and diseases of the skin and subcutaneous tissue. (Gerontol Pol 2021; 29; 109-116), doi: 10.53139/GP.20212915

**Keywords:** home health services, Barthel 0-40 scale, ICD-10 classification

## Wstęp

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa jest jedną z form świadczeń zdrowotnych wykonywanych w domu pacjenta obok hospicjum domowego dla dorosłych i dla dzieci, rehabilitacji leczniczej-domowej oraz świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych i dla dzieci wentylowanych mechanicznie. Przy przyjęciu do tej formy opieki domowej pacjenci oceniani są skalą Barthel [1], która jest narzędziem pomiaru samodzielności pacjentów w wykonaniu podstawowych czynności w codziennym życiu oraz diagnozowani są kryteriami zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 [2].

Wspólną cechą do wszystkich czynności w codziennym życiu jest poruszanie się. „Każda osoba w celu wykonania dowolnej czynności związanej z podnoszeniem, przemieszczaniem i poruszaniem się musi wykonać ruch” [3]. W przeciwnym razie należy się spodziewać, że będzie zmagać się z następstwami hipokinezy. Hipokineza określana jest jako obniżenie czynności ruchowej polegającej na uogólnionym lub ograniczonym spowolnieniu i zubożeniu ruchów. Przyczynami hipokinezy są: uszkodzenie ośrodków ruchowych lub dróg nerwowych, zmiany w mięśniach, występuje także w niektórych schorzeniach psychicznych [4].

Skalą Barthel ocenia się samodzielność podnoszenia i przemieszczania się oraz poruszanie najwyższą liczbą punktów-po 15. Wtedy pacjenci samodzielnie przemieszczają się z łóżka na krzesło, zachowują równowagę przy siedzeniu oraz balans podczas poruszania się po powierzchniach płaskich [1].

## Cel

Przedstawienie struktury wieku i płci badanej grupy pacjentów, określenie jakie choroby i problemy zdrowotne zgodnie z klasyfikacją ICD-10 stanowią przyczynę utraty samodzielności pacjentów w wykonaniu podstawowych czynności życiowych, ustalenie czy istnieje wpływ płci na grupę wiekową z uwzględnieniem rodzaju zachorowania.

## Materiał i metody

W badaniu analizowane były dane z bazy Podlaskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku o wszystkich pacjentach (N = 2293) z wynikiem oceny samodzielności w życiu codziennym 0-40 punktów w skali Barthel przyjętych do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w latach 2019-2020.

## Samodzielność w życiu codziennym

Skala Barthel jest skalą pozwalającą porównać stan chorego w różnym czasie po wystąpieniu choroby. Przy użyciu skali Barthel można ocenić samodzielność funkcjonowania pacjenta w zakresie podstawowych codziennych czynności (P-ADLs physical activities in daily living) pogrupowanych w osobnych modułach dotyczących samoobsługi oraz autonomii ruchowej pacjenta, np. poziom samodzielności: spożywania posiłków, przemieszczania się z łóżka na krzesło i z powrotem, codziennej higieny osobistej, korzystania z toalety, zdolności do samodzielnej kąpieli, chodzenia po płaskiej powierzchni, chodzenia po schodach, ubierania się, kontrolę oddawania moczu i stolca. Jest skalą rozbudowaną od 0-100 punktów [5].

## Klasyfikacja ICD-10

Analizowane były rozpoznania chorób i problemów zdrowotnych zapisanych w dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z międzynarodową klasyfikacją ICD-10 z zachowaniem schematu kodów alfabetycznych i numerycznych Światowej Organizacji Zdrowia [6]:

- A,B – wybrane choroby zakaźne i pasożytnicze,
- C – nowotwory,
- D – nowotwory oraz choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz wybrane choroby przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych,
- F – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
- G – choroby układu nerwowego,
- H – choroby oka i przydatków oka oraz choroby ucha i wyrostka sutkowatego,
- I – choroby układu krążenia,
- J – choroby układu oddechowego,
- K – choroby układu pokarmowego,
- L – choroby skóry i tkanki podskórnej,
- M – choroby układu mięśniowo – szkieletowego i tkanki łącznej,
- N – choroby układu moczowo – płciowego,
- Q – wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe,
- R – objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych,
- S,T – urazy, zatrucia i inne skutki działania czynników zewnętrznych,
- Y – zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu,
- Z – czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia.

## Analiza statystyczna

Analizy statystyczne wykonano z wykorzystaniem pakietu STATISTICA 13.3 TIBCO Software Inc. StatSoft

Polska. Za istotne statystycznie uznano wyniki na poziomie  $p < 0,05$ . Do weryfikacji badanych hipotez, mających na celu ustalenie związku pomiędzy analizowanymi cechami kategorycznymi, przygotowano adekwatne tabele kontyngencji oraz zastosowano nieparametryczny test niezależności Chi kwadrat.

Komisja Bioetyczna Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wyraziła zgodę na prowadzenie badań decyzją Nr R-I-002/391/2016. Dane były analizowane z zachowaniem anonimowości ochrony danych osobowych.

## Wyniki

Grupa badawcza stanowiła 2293 pacjentów. W podziale na płeć było 69,21% (1587/2293) kobiet i 30,79% (706/2293) mężczyzn. Strukturę wieku i płci badanych pacjentów przedstawia tabela I. Rozkład pomiędzy poszczególne grupy wiekowe wśród kobiet różni się istotnie od rozkładu mężczyzn ( $p < 0,001$ ). W wieku do 14 roku życia było 0,32% kobiet i 0,14% mężczyzn. W następnej grupie wiekowej od 15-39 lat kobiety stanowiły 1,70% pacjentów i 7,93% mężczyźni. W grupie wiekowej od 40-64 lat było 6,62% kobiet i 18,70% mężczyzn. W wieku od 65-79 lat kobiety stanowiły 19,66% i mężczyźni 30,03% badanych. Wśród pacjentów, którzy osiągnęli lub przekroczyli 80 r.ż. było 71,71% kobiet i 43,20% mężczyzn.

W podziale na wiek geriatryczny do 65 lat było 14,22% pacjentów natomiast w wieku 65 lat i więcej 85,78%. Do 65 r.ż. było 8,63% kobiet i 26,77% mężczyzn. W wieku 65 lat i więcej kobiety stanowiły 91,37% pacjentów natomiast mężczyźni 73,23%.

Tabela II przedstawia rozpowszechnienie chorób i problemów zdrowotnych u badanych pacjentów. Oznaczenia literami F (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania), G (choroby układu nerwowego), I (choroby układu krążenia) oraz L (choroby skóry i tkanki

podskórnej) stanowiły 80,375% wszystkich rozpoznań ICD-10 obejmujących litery od A do Z.

Tabela II. Rozpowszechnienie chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 u badanych pacjentów

Table II. Table II. The prevalence of diseases and health problems of ICD-10 in the studied patients

ICD-10	Liczba (N)	Procent (%)
A	2	0,087%
B	2	0,087%
C	26	1,134%
D	11	0,480%
E	59	2,573%
F	364	15,874%
G	481	20,977%
I	756	32,970%
J	24	1,047%
K	18	0,785%
L	242	10,554%
M	115	5,015%
N	24	1,047%
Q	7	0,305%
R	6	0,262%
S	130	5,669%
T	23	1,003%
Y	1	0,044%
Z	2	0,087%
Ogółem	2293	100%

Oznaczenia: jak w podrozdziale Klasyfikacja ICD-10

Stwierdzono, że płeć ma istotny statystycznie wpływ na rozkład na grupy wiekowe pacjentów z rozpoznaniem F ( $p < 0,001$ ), G ( $p < 0,001$ ), I ( $p = 0,006$ ) oraz L ( $p = 0,0002$ ). Z rozpoznaniem F, mężczyźni istotnie częściej chorowali przed 65 rokiem życia (41,90%) niż kobiety (10,04%). Jeśli chodzi o rozpoznania G, I oraz L to kobiety istotnie częściej chorowały w wieku przynajmniej 65 lat ( $G = 75,55\%$ ;  $I = 97,40\%$ ;  $L = 95,24\%$ ) niż

Tabela I. Struktura wieku i płci grupy badawczej

Table I. Age and gender structure of the research group

Parametry			Wiek					Ogółem
			0-14 lat	15-39 lat	40-64 lata	65-79 lat	80 lat i więcej	
Płeć	Kobiety	N	5	27	105	312	1138	1587
		%	0,32	1,70	6,62	19,66	71,71	
	Mężczyźni	N	1	56	132	212	305	706
		%	0,14	7,93	18,70	30,03	43,20	
Ogółem		N	6	83	237	524	1443	2293
		%	0,26	3,62	10,34	22,85	62,93	

$p < 0,001$

mężczyźni (G = 51,69%; I = 93,12%; L = 79,25%) co przedstawia tabela III.

Testy statystyczne pokazujące zależność rozkładu na grupy wiekowe od płci wykonane były w grupach klasyfikacyjnych chorób. Tabela IV przedstawia rozpoznania IDC-10 zebrane w grupach klasyfikacyjnych.

W grupie klasyfikacyjnej F00-09 (zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi) wynik test statystycznego wyniósł  $p = 0,58$ . Zatem nie występuje istotna statystycznie zależność rozkładu na grupy wiekowe od płci – 97,87% kobiet i 100% mężczyzn z rozpoznaniem F00-09 było z grupy

Tabela III. Podział najczęściej rozpoznawanych ICD-10 ze względu na wiek i płeć pacjentów

Table III. Table III. Distribution of the most frequently diagnosed ICD-10 according to the age and gender of patients

ICD-10			
	Kobiety	Mężczyźni	Razem
<b>Wiek do 65 lat</b>			
	N; %	N; %	N; %
F	26; 10,04	44; 41,90	70; 19,23
G	67; 24,45	100; 48,31	167; 34,72
I	14; 2,60	15; 6,88	29; 3,84
L	9; 4,76	11; 20,76	20; 8,26
<b>Wiek 65 lat i powyżej</b>			
F	233; 89,96	61; 58,10	294; 80,77
G	207; 75,55	107; 51,69	314; 65,28
I	524; 97,40	203; 93,12	727; 96,16
L	180; 95,24	42; 79,25	222; 91,73
<b>p</b>			
F	<0,001		
G	<0,001		
I	= 0,006		
L	= 0,0002		

Oznaczenia:  $p < 0,05$  oznacza zależność istotną statystycznie; F – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania; G – choroby układu nerwowego; I – choroby układu krążenia; L – choroby skóry i tkanki podskórnej.

Tabela IV. Grupy klasyfikacyjne chorób zawierające najczęściej stawiane rozpoznania ICD-10 z podziałem na wiek i płeć pacjentów

Table IV. Disease classification groups containing the most common diagnoses of ICD-10, broken down by age and gender of patients

ICD-10					
	Wiek do 65 r. ż.		Wiek 65 lat i powyżej		p
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	
	N;	N;	N;	N;	
F00-09	5; 2,13	0; 0,00	230; 97,87	58; 100,00	0,58
F70-79	21; 100,00	44; 93,62	0; 0,00	3; 6,38	0,59
G20-26	2; 4,76	2; 5,41	40; 95,24	35; 94,59	0,70
G30-32	1; 1,37	5; 25,00	72; 98,63	15; 75,00	0,001
G35-37	27; 49,09	13; 52,00	28; 50,91	12; 48,00	0,81
G80-83	19; 26,03	62; 63,27	54; 73,97	36; 36,73	<0,001
I60-69	12; 4,86	15; 12,10	235; 95,14	109; 87,90	0,011
L80-99	9; 4,95	11; 22,00	173; 95,05	39; 78,00	<0,001

Oznaczenia:  $p < 0,05$  oznacza zależność istotną statystycznie; F – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F09 zaburzenia psychiczne organiczne; F70-79 upośledzenie umysłowe); G – choroby układu nerwowego (G20-26 zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowych; G30-32 inne choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego; G35-37 choroby demielinizacyjne układu nerwowego; G80-83 mózgowo porażenie dziecięce i inne zespoły porażenne); I – choroby układu krążenia (I60-I69 choroby naczyń mózgowych); L – choroby skóry i tkanki podskórnej (L80-L99 inne choroby skóry i tkanki podskórnej).

wiekowej od 65 lat wzwyż. W grupie klasyfikacyjnej F00-F09 dominowało otępienie naczyniowe.

Grupa klasyfikacyjna F70-F79 (upośledzenie umysłowe) objęła 100% kobiet i 93,62% mężczyzn znajdujących się w grupie wiekowej do 65 roku życia. Niezależnie od płci pacjenci chorowali w grupie wieku do 65 lat ( $p = 0,59$ ). W tej grupie chorób dominowało upośledzenie umysłowe znacznego stopnia.

W grupach klasyfikacyjnych G20-26 (zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowych) i G35-37 (choroby demielinizacyjne układu nerwowego) nie stwierdzono istotnego wpływu płci na rozkład na grupy wiekowe (G20-26  $p = 0,70$ ; G35-37  $p = 0,81$ ). Niezależnie od tego czy pacjent był kobietą czy mężczyzną dominująca większość pacjentów z rozpoznaniem G20-26 to osoby w wieku od 65 lat wzwyż – 95,24% kobiet i 94,59% mężczyzn oraz z rozpoznaniem G35-37 w wieku do 65 lat – 49,09% kobiet i 52,00% mężczyzn. W grupie chorób G20-G26 dominowało rozpoznanie choroby Parkinsona natomiast w grupie G35-G37 dominowało rozpoznanie stwardnienia rozsianego.

W grupach klasyfikacyjnych G30-32 (inne choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego) i G80-83 (mózgowe porażenie dziecięce i inne zespoły porażenne) wykazano istotny statystycznie wpływ płci na rozkład na grupy wiekowe, na poziomie istotności odpowiednio  $p = 0,001$  i  $p < 0,001$ . W grupie klasyfikacyjnej G30-32-nazwanej: inne choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego w tym najczęściej rozpoznawaną chorobę Alzheimera, mężczyźni istotnie częściej chorowali w wieku poniżej 65 roku życia (25,00%) niż kobiety (1,37%). W wieku od 65 lat istotnie częściej chorowały kobiety (98,63%) niż mężczyźni (75,00%). W grupie klasyfikacyjnej G80-83-mózgowe porażenie dziecięce i inne zespoły porażenne w tym porażenie połowicze oraz porażenie kończyn dolnych i czterokończynowe, w wieku poniżej 65 lat istotnie częściej chorowali mężczyźni (63,27%) niż kobiety (26,03%). Natomiast kobiety istotnie częściej (73,97%) niż mężczyźni (36,73%) chorowały w wieku starszym, powyżej 65 r.ż.

Istotny statystycznie ( $p = 0,011$ ) wpływ płci na grupy wiekowe stwierdzono w grupach klasyfikacyjnych I60-69-choroby naczyń mózgowych (które stanowiły 47,07% rozpoznań chorób układu krążenia, w tym I69-następstwa chorób naczyniowych mózgu było dominującym rozpoznaniem I-38,66%) oraz L80-99- inne choroby skóry i tkanki podskórnej zgodnie z nomenklaturą ICD-10 (które stanowiły 95,87% rozpoznań chorób skóry i tkanki podskórnej, w tym L89-owrzodzenie odleżynowe dominowało wśród rozpoznań L-59,26%) ( $p < 0,001$ ). Rozpoznania z grup klasyfikacyjnych I60-69 oraz L80-L99 mężczyźni istotnie częściej mieli stwier-

dzone poniżej 65 lat (I60-I69 12,10%; L80-L89 22,00%) niż kobiety (I60-I69 4,86%; L80-L89 4,95%). Z drugiej strony kobiety istotnie częściej chorowały na choroby z grupy I60-69 oraz z grupy L80-99 w wieku od 65 lat wzwyż (odpowiednio: I60-69 95,14%; L80-99 95,05%) niż można to zaobserwować u mężczyzn (I60-I69 87,90%; L80-99 78,00%).

## Omówienie

Przedstawiona w pracy analiza ICD-10 dotyczyła pacjentów potrzebujących pomocy w wykonaniu zwykłych czynności codziennego życia, zmagających się z samodzielnym poruszaniem się we własnym domu. Można więc przyjąć, że wskazane choroby i problemy zdrowotne ICD-10 stanowią przyczynę kliniczną dla której pacjent wymaga pomocy medycznej w domu. Wyniki pokazały również różnorodność wieku pacjentów oraz jego wpływ na rozkład płci. Należy pamiętać, że w niektórych krajach Europy stosowane są ograniczenia w opiece domowej ze względu na wiek tzn. do opieki domowej przyjmowane są osoby w wieku 65 lat i więcej [7]. Grupa pacjentów objęta badaniem w podziale na wiek geriatryczny stanowiła 14,22% pacjentów do 65 roku życia, pozostali pacjenci byli w wieku 65 lat i więcej (85,78%). Wskaźnik procentowy pacjentów w wieku do 65 lat pokazany w pracy był zbliżony do badań europejskich (15,2%) [8]. Przedstawionych w pracy pacjentów można porównać z aktualną literaturą polską [9,10]. Utrudnienia dotyczą opisu pacjentów ze stacjonarnej opieki długoterminowej [9] lub pacjentów z ograniczeniem do osób starszych [10]. Struktura wieku pacjentów obejmowanych opieką długoterminową stacjonarną wskazuje, że w wieku 65 lat i więcej wskaźnik procentowy był niższy (75%) niż pacjentów w bieżącym badaniu (85,78%). W wieku 41-64 lat pacjentów było więcej – 20% w porównaniu do 10,34% w prezentowanym badaniu (porównanie pominęło jeden rocznik pacjentów i objęło wiek 40-64). Więcej też było osób do 40 roku życia (5% vs. 3,88%). Z opisu osób starszych w opiece długoterminowej domowej wynika, że najliczniejszą grupę stanowiły osoby od 76-90 lat (59,5%) [10] w porównaniu do najliczniejszej grupy pacjentów, którzy osiągnęli lub przekroczyli 80 lat (62,93%) przedstawionych w tej pracy oraz w porównaniu do 40% osób 80-letnich i starszych niesprawnych biologicznie z poważnymi ograniczeniami opisanymi w ogólnopolskich badaniach populacyjnych [11]. Badania te opisują również dzieci do 14 roku życia niesprawnych biologicznie z poważnymi ograniczeniami w wykonywaniu zwykłych czynności życiowych. W tej najmłodszej grupie dzieci dają się zauważyć wahające się wskaźniki pro-

centowe co 5 lat: 0-4 lat 1,6%, 5-9 lat 0,8%, 10-14 lat 2,2%. Od 15 roku życia widoczny jest regularny wzrost procentowy [11]. W niniejszej pracy najmłodszy pacjent do 14 roku życia stanowili nieliczną grupę 0,26% pacjentów – wszyscy z ograniczeniami w wykonywaniu zwykłych czynności życiowych.

W bieżącym badaniu na najczęściej rozpoznawane ICD-10 były zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F) u 15,87% pacjentów, choroby układu nerwowego (G) u 20,98% pacjentów, choroby układu krążenia (I) u 32,97% pacjentów i choroby skóry i tkanki podskórnej (L) u 10,55%. W tym ogólnym podziale można było znaleźć zależność płci na rozkład na grupy wiekowe. Mężczyźni istotnie częściej chorowali na F przed 65 rokiem życia niż kobiety natomiast kobiety istotnie częściej chorowały na G, I, i L w wieku 65 lat i więcej niż mężczyźni. Z badań powszechnych ludności Polski wynika, że wśród dorosłych osób posiadających status osoby niepełnosprawnej prawnie schorzenia psychiczne wystąpiły u 11% (częściej u kobiet 12% niż u mężczyzn 10%) i upośledzenia umysłowe u 9% (częściej u mężczyzn 6% niż u kobiet 3%), schorzenia neurologiczne wystąpiły u 38% (częściej u kobiet 40% niż u mężczyzn 37%), schorzenia układu krążenia u 47% (częściej u kobiet 49% niż u mężczyzn 45%) [12].

W ICD-10 zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi znajdują się w grupie klasyfikacyjnej F00-F09, w której mieszczą się rozpoznania otępień (F00-F03) [6]. Otępienie uważa się za związane z wiekiem. Następstwem otępienia jest znaczące pogorszenie codziennego funkcjonowania, w późniejszej fazie w zakresie podstawowych czynności codziennego życia [13]. Z bieżącej pracy wynika, że zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi w tym też otępienie (najczęściej naczyniowe) występowały u pacjentów 65-letnich i starszych niezależnie od płci. W populacji ogólnej osoby niepełnosprawne intelektualnie (autor zastąpił nazwą niepełnosprawność intelektualna wcześniej używaną nazwę upośledzenie umysłowe) stanowią niewielką jej część. Osoby starsze to mały procent wśród osób niepełnosprawnych intelektualnie [14]. W nomenklaturze ICD-10 upośledzenia umysłowe znajdują się w grupie klasyfikacyjnej chorób F70-F79 zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F) [6]. Rozpoznanie upośledzeń umysłowych różnego stopnia wiąże się z określeniem u osób dorosłych wieku umysłowego oraz czy osoby wymagają opieki lub leczenia [14]. Z prezentowanych badań wynika, że niezależnie od płci upośledzenie umysłowe stwierdzono u pacjentów w wieku do 65 lat (dominowało upośledzenie umysłowe znacznego stopnia).

W grupie chorób układu nerwowego (G) opisane zostały 4 grupy klasyfikacyjne ze względu na sposób rozłożenia rozpoznania. W dwóch grupach klasyfikacyjnych nie stwierdzono istotnego wpływu płci na rozkład na grupy wiekowe: do 65 lat oraz 65 lat i powyżej. Niezależnie od płci pacjenci mieli stwierdzone zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowych (G20-G26) w wieku od 65 lat wzwyż oraz choroby demielinizacyjne układu nerwowego (G35-G37) w wieku do 65 lat. W grupie G20-G26 dominowało rozpoznanie choroby Parkinsona a w grupie G35-G37 dominowało rozpoznanie stwardnienia rozsianego. Wiek rozpoznania choroby Parkinsona w wieku starszym i rozpoznania stwardnienia rozsianego w wieku młodszym niż 65 lat opisane jest również w badaniach populacyjnych [15,16]. W przypadku tych dwóch rozpoznania progresja objawów manifestuje się utratą stabilności postawy podczas stania i chodzenia oraz zaburzeniami autonomicznymi tj. trudnościami z utrzymaniem i oddawaniem moczu oraz opróżnianiem pęcherza moczowego, różnego rodzaju zaburzeniami oddawania stolca i ortostatyczne spadki ciśnienia. Chorzy borykają się z samodzielnym poruszaniem się, przemieszczaniem się i podnoszeniem się co w znacznym stopniu utrudnia im samodzielność życiową [15,16].

W prezentowanym badaniu w grupie klasyfikacyjnej G30-G32 nazwanej: inne choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego dominowało rozpoznanie choroby Alzheimer. Istotnie częściej chorowali mężczyźni w wieku do 65 lat a od 65 roku wzwyż istotnie częściej chorowały kobiety. Przypadki o wcześniejszym początku zwykle przebiegają szybciej i częściej towarzyszą im inne niż poznawcze zaburzenia neuropsychiatryczne. W zaawansowanym stadium choroby u pacjentów pojawiają się liczne objawy neurologiczne związane z uszkodzeniem układu ruchu a także takie objawy jak: zaburzenia chodu oraz zaburzenia utrzymania moczu i stolca [13].

W grupie klasyfikacyjnej chorób G80-G83-mózgowe porażenie dziecięce i inne zespoły porażenne w tym porażenie kończyn dolnych i czterokończynowe i porażenie połowicze istotnie częściej rozpoznawano u mężczyzn w wieku poniżej 65 lat natomiast u kobiet w wieku 65 lat i wzwyż. Różnorodność deficytów neurologicznych zależy od lokalizacji oraz rozległości zmian w układzie nerwowym. Może charakteryzować się całkowitym lub częściowym brakiem ruchu kończyn, twarzy, często z towarzyszącymi zaburzeniami czucia i zaburzeniami mowy. Chorzy mają problemy z chodem, spożywaniem posiłków, polykaniem, mową, widzeniem. Wśród zaburzeń czynności nerwowych wymienia się

brak zdolności do wykonywania czynności życia codziennego [17].

Choroby naczyń mózgowych znajdują się w grupie klasyfikacyjnej I60-I69. U badanych pacjentów zdominowane było przez rozpoznanie I69 – następstwa chorób naczyniowych mózgu czyli powikłania po udarach mózgu [18]. Różnice dotyczyły płci do wieku pacjentów. Mężczyźni istotnie częściej mieli rozpoznawane choroby naczyń mózgowych w wieku do 65 lat niż kobiety a kobiety w wieku 65 lat i więcej. Dominacja rozpoznania następstw chorób naczyniowych mózgu w grupie chorób naczyniowych mózgu splotło się z dominacją rozpoznania L89 – owrzodzenia odleżynowego w grupie chorób L80-L89 nazwanych: innymi chorobami skóry i tkanki podskórnej. Według literatury odleżyny rozwijają się bardzo często u osób po urazach rdzenia kręgowego (ok.80%) i u 10-15% osób obłożnie chorych. Obok obniżenia czynności ruchowych wiek opisywany jest największym determinantem ryzyka rozwoju odleżyn oraz płeć żeńska [19]. U pacjentów unieruchomionych, niedożywionych, z zaburzeniami psychicznymi odleżyny powstają bez względu na wiek [19].

## Wnioski

1. Wiek badanych pacjentów istotnie wpływał na rozkład płci.
2. Zauważa się istotne różnice pomiędzy grupami wiekowymi wśród kobiet i mężczyzn w grupach klasyfikacyjnych chorób ICD-10.
3. Najczęściej wykrywalnymi chorobami ICD-10 były: choroby układu krążenia, choroby układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania oraz choroby skóry i tkanki podskórnej.

## Podziękowania

Składam podziękowania Dyrektorowi Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia za współpracę z Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku.

Konflikt interesów/conflict of interest

Brak/None

## Piśmiennictwo/References

1. Karta oceny świadczeniobiorey kierowanego do objęcia/objętego pielęgniarstwem opieką długoterminową domową. Załącznik nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 r. (poz.1719).
2. Skierowanie do objęcia pielęgniarstwem opieką długoterminową domową. Załącznik nr 7 do Zarządzenia Nr 69/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 6 listopada 2014 r.
3. Crozier L, Cozens S. Teoria podłoża nerwowo-mięśniowego a efektywność podnoszenia, przemieszczania i poruszania się. W: Szwałkiewicz E. (red.). Zasady podnoszenia i przemieszczania pacjentów. Przewodnik dla pielęgniarzek. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner; 2000. ss. 23-7.
4. Komender J, Mossakowski J, Orłowski T. (red.). Wielki słownik medyczny. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1996. ss. 474.
5. Kaźmierski R, Niezgodna A. Skale neurologiczne w neurologii. W: Kozubski W, Liberski PP. Neurologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Tom 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2014. ss. 83-5.
6. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume I, 2009.
7. Genet N, Boerma W, Kroneman M. (reds.). Home care across Europe. Current structure and future challenges. www.euro.who.int.
8. Foebel AD, Hirdes JP, Heckman GA. (reds.). Diagnostic data for neurological conditions in interRAI assessments in home care, nursing home and mental health care settings: a validity study. BMC Health Services Research 2013,3:457.
9. Guzak B. Charakterystyka pacjentów obejmowanych opieką długoterminową. W: Zielińska E, Guzak B, Syroka-Marczewska K. Opieka długoterminowa. Uwarunkowania medyczne i prawne. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2018. ss. 31-2.
10. Irzyniec T, Nowak-Kapusta Z, Franek G. osoby starsze objęte pielęgniarstwem domową opieką długoterminową. Geront. Pol. 2016, 24: 207-213.
11. Główny Urząd Statystyczny. Stan zdrowia ludności Polski w 2014r. Warszawa: Informacje i opracowania statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego; 2016: Tabl. VII/1 Ludność według niesprawności biologicznej UE.

12. Główny Urząd Statystyczny. Stan zdrowia ludności Polski w 2014r. Warszawa: Informacje i opracowania statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego; 2016:108-114.
13. Sobów T, Barcikowska M, Liberski PP. Zespoły otępienne. W: Kozubski W, Liberski PP. Neurologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Tom 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2014. ss. 255-83.
14. Cooper SA, Holland AJ. Otępienie i zły stan zdrowia psychicznego u starszych osób niepełnosprawnych intelektualnie. W: Florkowski A, Gałęcki P. (reds.). Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u osób niepełnosprawnych intelektualnie. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban&Partner; 2010. ss. 168-88.
15. Sławek J. W: Kozubski W, Liberski PP. Neurologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Tom 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2014. ss.285-301.
16. Członkowska A, Losy J. W: Kozubski W, Liberski PP. Neurologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Tom 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2014. ss. 565-97.
17. Ślusarz R. Pielęgnowanie chorych w starszym wieku ze schorzeniami neurologicznymi. W: Kędziora-Kornatowska K, Muszaliak M. (red.). Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007. ss. 241-69.
18. Tan WA. Starzenie się a układ sercowo-naczyniowy. W: Runge MS, Ohman EM. Kardiologia Nettera. Tom 2. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban&Partner; 2009. ss. 469-77.
19. Rosińczuk J, Uchmanowicz I. Odleżyny-profilaktyka i leczenie. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2014.