

# Charakterystyka pacjentów najczęściej przyjmowanych do pielęgniarstwa długoterminowej domowej w latach 2019-2020 w województwie podlaskim – badania kohortowe

## Characteristics of patients most often admitted to nursing long-term home care in 2019-2020 in Podlaskie Voivodship – cohort studies

Wiesława Mojsa<sup>1</sup>, Dorota Citko<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup> Zakład Biostatystyki i Informatyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### Streszczenie

**Wstęp.** Celem pracy jest dostarczenie danych o pacjentach najczęściej przyjmowanych do pielęgniarstwa długoterminowej domowej w badanym przedziale czasowym oraz analiza zależności pomiędzy skalą Barthel a wiekiem, płcią i ICD-10 badanej grupy pacjentów. **Materiał i metody.** Badania były przeprowadzone na podstawie analizy dokumentacji medycznej. Analizowane dane pochodziły z bazy Podlaskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku o wszystkich pacjentach przyjętych do pielęgniarstwa długoterminowej domowej w latach 2019-2020 w województwie podlaskim, takie jak: wiek, płeć, wynik oceny skali Barthel oraz rozpoznanie (choroba zasadnicza) – kod ICD-10. **Wyniki.** Najczęściej przyjmowanymi pacjentami były osoby w wieku 80-93 lata ( $n = 1267$ , co stanowiło 55,26% ogółu w latach 2019-2020). Występuje istotna statystycznie zależność pomiędzy wynikiem skali Barthel a najczęściej występującymi głównymi rozpoznaniem ICD-10 (E, F, G, I, L, M, S) ( $p < 0,0001$ ). W grupie osób z wynikiem 0 pkt. w skali Barthel rozpoznania G stanowiły 20,7%, w grupie z wynikiem 5 pkt. – 24,3%, z wynikiem 10 pkt. – 14,9%, z wynikiem 15 pkt. – 17,2%, z wynikiem 20 pkt. – 15,8%, 25 – 13,3%, w grupie osób z wynikiem 30 pkt. i więcej – 5,6%. Istotna statystycznie zależność występuje też między wiekiem ( $p = 0,00987$ ) oraz płcią ( $p = 0,00052$ ) a najczęściej występującymi rozpoznaniem ICD-10. W najstarszej grupie pacjentów zaobserwowano wyższy niż w młodszych grupach odsetek rozpoznań F, I oraz S oraz niższy odsetek rozpoznań E, G, L, M. Wśród kobiet obserwowano wyższy niż wśród mężczyzn odsetek rozpoznań F, L, M i S, natomiast niższy odsetek rozpoznań E, G, I. **Wnioski.** 1. Osoby w wieku od 80 lat do 93 lat były przyjmowane do pielęgniarstwa długoterminowej domowej najczęściej – od 60 do 100 razy i więcej. Istotnie częściej przyjmowane były kobiety. 2. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy wiekiem i płcią pacjentów a wynikiem skali Barthel. 3. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy najczęściej występującymi ICD-10 a wiekiem i płcią badanych pacjentów. 4. Badania sugerują, że rozpoznania ICD-10 mogą wpłynąć na wynik skali Barthel. (Gerontol Pol 2022; 30; 222-228) doi: 10.53139/GP.20223028

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

### Abstract

**Introduction.** The aim of the study is to provide data on patients who were most often admitted to nursing long-term home care in the given time interval and to analyze the relationship between the Barthel scale and the age, gender and ICD-10 of the studied patients. **Material and methods.** The research was carried out on the basis of an analysis of medical records. The analyzed data came from the database of the Podlaskie Branch of the National Health Fund in Białystok, which includes all patients admitted to nursing long-term home care in 2019-2020 in the Podlaskie Voivodeship, such as: age, gender, Barthel assessment result and diagnosis (underlying disease)-code ICD-10. **Results.** The most commonly admitted patients were people aged 80-93 years ( $n = 1267$ , which accounted for 55.26% of the total in 2019-2020). There is a statistically significant relationship between the Barthel score and the most common major diagnoses of ICD-10 (E, F, G, I, L, M, S) ( $p < 0.0001$ ). In the group of people with a score of 0 points on the Barthel scale, G diagnoses accounted for 20.7%, in the group with a score of 5 points – 24.3%, with a score of 10 points – 14.9%, with the score of 15 points – 17.2%, with

a score of 20 points – 15.8%, 25 – 13.3%, in the group of people with a score of 30 points and more – 5.6%. A statistically significant relationship also occurs between age ( $p = 0.00987$ ) and gender ( $p = 0.00052$ ) and the most common diagnoses of ICD-10. In the oldest group of patients, a higher rate of diagnoses of F, I and S and a lower rate of diagnoses of E, G, L, M were observed than in the younger groups. Among women, a higher rate of diagnoses of F, L, M and S was observed, while a lower percentage of diagnoses of E, G, I was observed. **Conclusion.** 1. People between the ages of 80 and 93 were admitted to nursing long-term home care most often – 60 to 100 times and more. Women were admitted more often. 2. There was no statistically significant relationship between the age and gender of the patients and the Barthel score. 3. A statistically significant relationship between the most common ICD-10 and the age and gender of the patients studied was demonstrated. 4. Research suggests that ICD-10 diagnoses may affect the Barthel score. (*Gerontol Pol* 2022; 30; 222-228) doi: 10.53139/GP.20223028

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

## Wstęp

W Polsce w latach 90-tych XX wieku nastąpił rozwój różnych form opieki długoterminowej. Prawne regulacje wskazują, że jednym z priorytetów zdrowotnych jest rozwój opieki długoterminowej ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności [1]. Utrata sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności wykonywanych w codziennym życiu powoduje ograniczenia funkcjonowania w dotychczasowym środowisku domowym i uzależnienie od opieki innych osób. Niesprawność w znaczeniu dysfunkcji życia codziennego można rozpatrywać na poziomie niezdolności do samodzielnego i niezależnego wykonywania zarówno podstawowych czynności życia codziennego „których utrzymanie wpływa na poczucie godności starszej osoby”, jak i złożonych czynności życia codziennego „których wykonanie warunkuje autonomię życia” [2]. Podstawowe czynności życia codziennego (P-ADLs, Physical Activities of Daily Living) to czynności samoobsługowe zawierające zakres zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, takich jak: spożywanie posiłków, utrzymanie higieny osobistej, ubieranie się, przemieszczanie się, kontrola mikcji i defekacji [3]. Osoba, która z powodu naruszenia funkcji organizmu traci możliwość samodzielnej egzystencji we własnym środowisku domowym, wymaga stałej pomocy ze strony opiekuna lub umieszczenia w instytucji opiekuńczej [3] po to, żeby wykonywanie tych czynności pozostało na poziomie akceptowalnym społecznie [4].

W Polsce sprawność w zakresie samodzielnego wykonywania P-ADLs oceniana jest 100-punktową skalą Barthel, przy czym poziom punktowy 0-40 jest ogólnokrajowym kryterium kwalifikacji pacjentów do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. Im niższa wartość punktowa oceny skalą Barthel tym bardziej pacjent jest niesamodzielny w wykonywaniu P-ADLs. Osoba zakwalifikowana jest w wysokim stopniu lub całkowicie zdana na opiekę innych osób.

## Cel

Celem pracy jest dostarczenie danych o pacjentach najczęściej przyjmowanych do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w badanym przedziale czasowym oraz analiza zależności pomiędzy skalą Barthel a wiekiem, płcią i ICD-10 badanej grupy pacjentów.

## Materiał i metody

Badania były przeprowadzone na podstawie analizy dokumentacji medycznej. Analizowane dane pochodziły z bazy Podlaskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku o wszystkich pacjentach przyjętych do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w latach 2019-2020 w województwie podlaskim, takie jak: wiek, płeć, wynik oceny skalą Barthel oraz rozpoznanie (choroba zasadnicza)-kod ICD-10.

Skala Barthel jest ogólnopolskim narzędziem służącym do oceny samodzielności w wykonywaniu codziennych, podstawowych czynności życia codziennego, od w pełni sprawnego (100 pkt.) do niesamodzielnego (0 pkt.). Wymienione w skali czynności oceniane są punktami skokowo co 5 punktów (0, 5, 10, 15): 1. spożywanie posiłków: 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5-potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety, 10-samodzielny, niezależny; 2. przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 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. utrzymywanie higieny osobistej: 0-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych, 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami); 4. korzystanie z toalety (WC): 0-zależny, 5-potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam, 10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się; 5. mycie, kąpiel całego ciała: 0-zależny, 5-niezależny lub pod prysznicem; 6. poruszanie się po powierzchniach płaskich:

0-nie porusza się lub <50m., 5-niezależny na wózku, wliczając zakręty >50m., 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50m., 15-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski >50m.; 7. wchodzenie i schodzenie po schodach: 0-nie jest w stanie, 5-potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie, 10-samodzielny; 8. ubieranie się i rozbieranie: 0-zależny, 5-potrzebuje pomocy, ale może wykonać połowę czynności bez pomocy, 10-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.; 9. kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw, 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe), 10-panuje, utrzymuje stolec; 10. kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny, 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe), 10-panuje, utrzymuje moczu.

### 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,
- E – Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych,
- 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

Badane cechy zestawiono w postaci tabel wielodzzielnych/kontyngencji i scharakteryzowano wyznaczając częstość występowania (procent). Do badania zależności między zmiennymi jakościowymi użyto testu Chi-kwadrat niezależności. W celu zapewnienia wymaganych liczebności w badanych kategoriach, przy badaniu zależności dokonano, w razie potrzeby, połączenia odpowiednich podgrup. Do analizy statystycznej danych wykorzystano program Statistica wersja 13. Przy weryfikacji hipotez przyjęto poziom istotności  $\alpha = 0,05$ .

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

Najczęściej chorującymi pacjentami były osoby w wieku 80-93 lata ( $n = 1267$ , co stanowiło 55,26% ogółu w latach 2019-2020). Do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, od 60-80 razy przyjmowani byli pacjenci w wieku 80 lat oraz 93 lat ( $n = 127$  osób), od 80-100 razy pacjenci w wieku 81-85 lat i 91-92 lat ( $n = 616$  osób) oraz ponad 100 razy pacjenci w wieku 86-90 lat ( $n = 524$  osób).

Do analizy statystycznej zastosowano podział wieku pacjentów na grupy zgodnie ze wzrostem wieku – co 5 lat. W grupie 80-84 lat odnotowano 412 pacjentów (32,52%), w grupie 85-89 lat było 511 pacjentów (40,33%) oraz w wieku 90-93 lat 344 pacjentów (27,15%). Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy wiekiem a płcią badanych ( $p = 0,00025$ ). W grupie pacjentów w wieku 80-84 lata mężczyźni stanowili 27,7% (kobiety – 72,3%), w wieku 85-89 lat mężczyźni stanowili 20,4% (kobiety – 79,6%) a w wieku 90-93 lat – 15,7% (kobiety – 84,3%).

Ze względu na małą liczbę pacjentów, którzy uzyskali 40 punktów w skali Barthel (1,34%), do zbadania zależności między wiekiem a wynikiem skali Barthel kategorii 35 punktów i 40 punktów połączone zostały w jedną (podobnie dla kolejnej zależności między płcią a wynikiem skali Barthel). Brak jednego wpisu wyniku oceny punktowej w skali Barthel spowodował wykluczenie 1 pacjenta z analizy tzn.  $n = 1266$  (tabela I).

We wszystkich grupach wiekowych pacjenci, którzy zdobyli 0 punktów w skali Barthel stanowili ponad 30%, przy czym w grupie najstarszych osób (90-93 lat) odsetek ten był najwyższy i wynosił ponad 40%. Osoby, które zdobyły 5 pkt. stanowiły 13,6% (w wieku 80-84 lat),

Tabela I. Rozkład punktów skali Barthel: w poszczególnych grupach wiekowych, w zależności od płci badanych, dla głównych rozpoznań ICD-10

Table I. Distribution of Barthel scale points: in individual age groups, depending on the gender of the subjects, for the main diagnoses of ICD-10

Wiek		Skala Barthel									p
		0	5	10	15	20	25	30	35 lub 40	Razem	
80-84	n	128	56	56	43	35	35	29	30	412	0,08801
	%	31,07	13,59	13,59	10,44	8,5	8,5	7,04	7,27		
85-89	n	162	93	56	48	49	38	35	29	510	
	%	31,76	18,24	10,98	9,41	9,61	7,45	6,86	5,69		
90-93	n	138	39	45	41	24	22	14	21	344	
	%	40,12	11,34	13,08	11,92	6,98	6,40	4,07	6,00		
Ogółem	n	428	188	157	132	108	95	78	80	1266	
	%	33,81	14,85	12,40	10,43	8,53	7,50	6,16	6,32		
<b>Płeć</b>											
kobiety	n	343	145	123	110	82	70	60	61	994	0,74853
	%	34,51	14,59	12,37	11,07	8,25	7,04	6,04	6,14		
mężczyźni	n	85	43	34	22	26	25	18	19	272	
	%	31,25	15,81	12,50	8,09	9,56	9,19	6,62	6,99		
Ogółem	n	428	188	157	132	108	95	78	80	1266	
	%	33,81	14,85	12,40	10,43	8,53	7,50	6,16	6,32		

18,2% (w wieku 85 – 89 lat) oraz 11,3% (w wieku 90-93 lat). Pacjenci z wynikiem 10 pkt. w skali Barthel stanowili 11% – 13,6% w zależności od grupy wiekowej, 15 pkt. – 9,4% – 11,9%. Osoby, które zostały ocenione na 20 pkt., 25 pkt., 30 pkt., 35 i 40 pkt. nie przekraczały 10% w rozpatrywanych grupach wiekowych. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy wiekiem a wynikiem skali Barthel ( $p = 0,08801$ ). Zaobserwowano podobny rozkład punktów w skali Barthel w grupie kobiet i w grupie mężczyzn. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy płcią pacjentów a wynikiem skali Barthel ( $p = 0,74853$ ).

Rozpoznania najczęściej występujące u badanych pacjentów (E,F,G,I,L,M,S), które prezentuje tabela II, stanowiły 94,63% ( $n = 1198$ ) wszystkich ICD-10 ( $n = 1266$ ). W grupie osób w wieku 80-84 lat rozpoznania F stanowiły 13,7% rozpatrywanych najczęściej występujących rozpoznań, w grupie 85-89 lat 15,8% a w najstarszej grupie – 21,7%. Rozpoznania G w najmłodszej grupie wiekowej stanowiły 18,7% rozpatrywanych najczęstszych rozpoznań, w grupie 85-89 lat – 15% a w grupie 90-93 lat 9,9%. Rozpoznania I stanowiły odpowiednio 39,5%, 39,4% oraz 41,6%, rozpoznania L 12,6%, 12,7%, 9,3%, rozpoznania S stanowiły w poszczególnych grupach wiekowych odpowiednio 5,8%, 8,2% oraz 9,6%, rozpoznania M 5,53%, 6,57% oraz 5,42%, rozpatrywanych najczęściej występujących rozpoznań. Wykazano istotną statystycznie zależność między wiekiem a najczęściej występującymi rozpoznania-

mi ICD-10 ( $p = 0,00987$ ). W najstarszej grupie pacjentów zaobserwowano wyższy niż w młodszych grupach odsetek rozpoznań F, I oraz S oraz niższy, w porównaniu do młodszych grup, odsetek rozpoznań E, G, L, M. Wykazano istotną zależność między rozpoznaniem ICD-10 a płcią ( $p = 0,00052$ ). Wśród kobiet obserwowano wyższy niż wśród mężczyzn odsetek rozpoznań F, L, M i S, natomiast niższy odsetek rozpoznań E, G, I.

Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy wynikiem skali Barthel a najczęściej występującymi głównymi rozpoznaniem ICD-10 ( $p < 0,0001$ ). W grupie osób z wynikiem 0 pkt. w skali Barthel rozpoznania G stanowiły 20,7% (spośród rozpoznań E, F, G, I, L, M, S), w grupie z wynikiem 5 pkt. – 24,3%, z wynikiem 10 pkt. – 14,9%, z wynikiem 15 pkt. – 17,2%, z wynikiem 20 pkt. – 15,8%, 25 pkt. – 13,3%, w grupie z wynikiem 30 – 40 pkt. – 5,6%. W grupie osób z wynikiem 0 pkt. w skali Barthel rozpoznania L stanowiły 9,3%, w grupie z wynikiem 5 pkt. – 10,5%, z wynikiem 10 pkt. – 14,9%, z wynikiem 15 pkt. – 18,2%, z wynikiem 20 pkt. – 17,1%, 25 pkt. – 9,3%, w grupie osób z wynikiem 30 – 40 pkt. – 32,4%.

Rycina 1 ilustruje, że w grupie osób z wynikiem 0 pkt. w skali Barthel zaobserwowano wyższy niż w pozostałych grupach odsetek rozpoznań F i niższy odsetek rozpoznań M, w grupie z wynikiem 5 pkt. – wyższy niż w pozostałych grupach odsetek rozpoznań G, w grupie z wynikiem 25 pkt. – wyższy niż w pozostałych grupach odsetek rozpoznań I.

Tabela II. Rozkład najczęściej występujących rozpoznań ICD-10 ze względu na kategorie wiekowe, płeć oraz na skalę Barthel  
Table II. Distribution of the most common ICD-10 diagnoses by age, gender and Barthel

ICD-10	Wiek							p								
	80 – 84		85 – 89		90 – 93		Razem									
	n	%	n	%	n	%	n									
E	16	4,21	11	2,26	8	2,41	35	0,00987								
F	52	13,68	77	15,81	72	21,69	201									
G	71	18,68	73	14,99	33	9,94	177									
I	150	39,47	192	39,43	138	41,57	480									
L	48	12,63	62	12,73	31	9,34	141									
M	21	5,53	32	6,57	18	5,42	71									
S	22	5,79	40	8,21	32	9,64	94									
Ogółem	380		487		332		1199									
ICD-10	Płeć					Razem	p									
	kobiety		mężczyźni													
	n	%	n	%												
E	21	2,22	14	5,53	35	0,00052										
F	167	17,65	34	13,44	201											
G	128	13,53	49	19,37	177											
I	369	39,01	111	43,87	480											
L	124	13,11	17	6,72	141											
M	59	6,24	12	4,74	71											
S	78	8,25	16	6,32	94											
Ogółem	946		253		1199											
ICD-10	Skala Barthel														p	
	0		5		10		15		20		25		40> = 30			Razem
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n
E	12	2,9	5	2,8	6	3,9	0	0,0	2	2	0	0,0	10	6,9	35	<0,0001
F	84	22,8	27	17,8	22	18,2	18	18,2	15	19,7	15	20,0	20	18,5	201	
G	76	20,7	37	24,3	18	14,9	17	17,2	12	15,8	10	13,3	6	5,6	176	
I	173	47,1	72	47,4	63	52,1	46	46,5	36	47,4	43	57,3	47	43,5	480	
L	34	9,3	16	10,5	18	14,9	18	18,2	13	17,1	7	9,3	35	32,4	141	
M	5	1,4	5	3,3	15	12,4	14	14,1	12	15,8	7	9,3	13	12,0	71	
S	28	7,6	19	12,5	10	8,3	9	9,1	11	14,5	4	5,3	13	12,0	94	
Ogółem	367		152		121		99		76		75		108		1198	

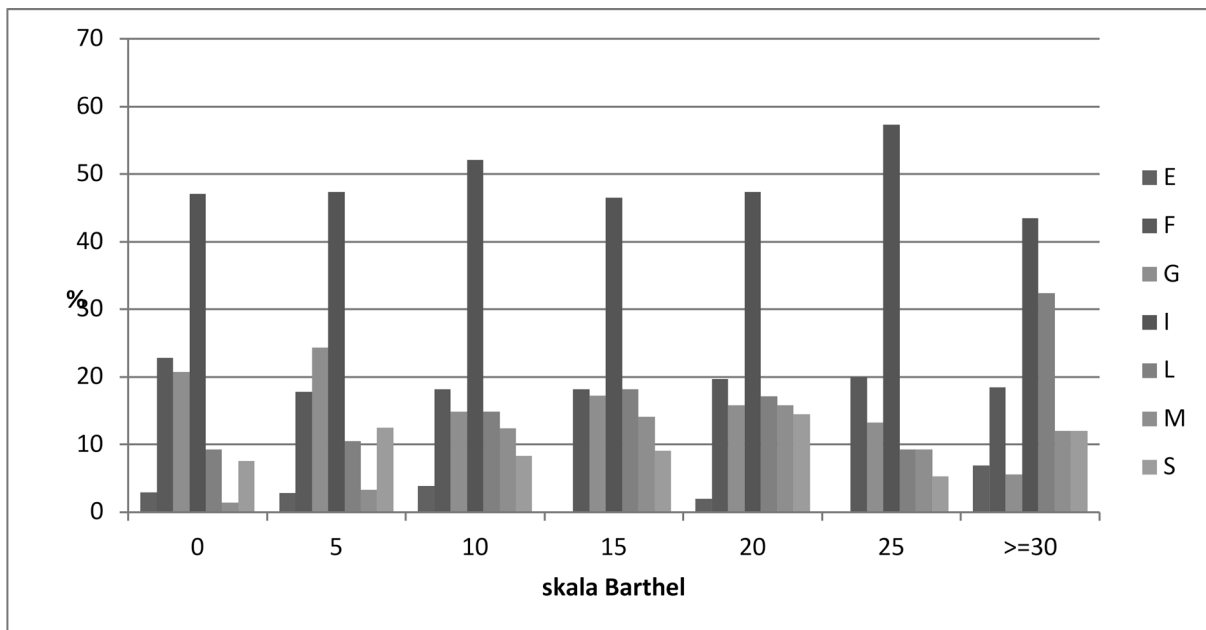
Oznaczenia: E-zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych; F-zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania; G-choroby układu nerwowego; I-choroby układu krążenia; L-choroby skóry i tkanki podskórnej; M-choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, S-urazy, zatrucia i inne skutki działania czynników zewnętrznych.

## Omówienie

Badania przedstawione w tej pracy poparte są diagnozą medyczną dla kohorty osób mieszczących się w przedziale punktowym 0-40 punktów w skali Barthel. Ze strony opieki zdrowotnej badanymi pacjentami opiekowały się pielęgniarki opieki długoterminowej domowej we współpracy z pielęgniarkami podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Najczęściej, od 60 do 100 razy i więcej, do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej przyjmowani byli pacjenci w wieku od 80-93 lat, co stanowiło ponad połowę (55,26%) wszystkich przyjętych w latach 2019-2020 w województwie podlaskim. W badanej gru-

pie pacjentów kobiety stanowiły istotną statystycznie większość. Struktura płci badanych pacjentów w wieku 80-84 lat była podobna, jak w populacji ogólnej. W wieku 85 lat i więcej kobiety stanowiły 72,22%, mężczyźni 27,78% [7].

Z publikacji Głównego Urzędu Statystycznego z 2020 roku wynika, że od roku 2006 obserwuje się stały wzrost osób chorujących przewlekłe a od roku 2016 spadek wskaźników procentowych osób przebywających pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską. W grupie osób, które osiągnęły lub przekroczyły wiek 80 lat było najwięcej osób chorujących przewlekłe (90,8%) oraz ze znacznym stopniem niepełnosprawności (6,5%), z któ-



Rycina 1. Wyniki skali Barthel w stosunku do wskaźników procentowych najczęściej rozpoznawanych ICD-10  
Figure 1. Barthel scores in relation to the percentage indicators most frequently recognized ICD-10

rych większość (84,6%) pozostawała pod opieką lekarską i pielęgniarską. Osoby od 80 lat wzwyż najczęściej (63,4%) deklarowały występowanie ograniczeń w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego, w tym 19,4% poważnych. Świadczenia lecznicze długoterminowe w domu pacjenta były wykonane w ciągu czwartego kwartału 2020 r. u 0,3% mieszkańców Polski.

Analizy statystyczne opublikowane przez Główny Urząd Statystyczny w 2020 roku pokazują też surowe współczynniki zachorowalności i chorobowości na 10 tys. ludności według płci w 2016r., z podziałem na kody ICD-10. Wymienione analizy wykorzystane były podczas pilotażowego gromadzenia danych w ramach projektu Eurostatu przeprowadzonego w latach 2019-2020 [7]. Wykaz pokazuje niektóre, wybrane jednostki chorobowe zdefiniowane na podstawie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (X Rewizja) ICD-10 zakodowane literami, które prezentuje niniejsza praca, takie jak: E, F, G, I, M i S. Brak jest rozpoznań zakodowanych literą L.

Z niniejszych badań wynika, że pacjenci z rozpoznaniem: E-zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych, F-zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, G-choroby układu nerwowego, I-choroby układu krążenia, L-choroby skóry i tkanki podskórnej, M-choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, S-urazy, zatrucia i inne skutki działania czynników zewnętrznych, najczęściej wracali do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. Oznacza to, że rozpoznania tych grup chorób

dominowały (stanowiły 94,63% wszystkich rozpoznanych ICD-10) wśród pacjentów najczęściej przyjmowanych do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. Wśród najstarszych pacjentów, w wieku 90-93 lata, zaobserwowano istotnie wyższy niż w młodszych grupach odsetek rozpoznań F, I oraz S i niższy w porównaniu do młodszych grup (80-84 lat i 85-89 lat), odsetek rozpoznań E, G, L, M. Kobiety miały istotnie wyższy niż mężczyźni odsetek rozpoznań F, L, M i S natomiast niższy odsetek rozpoznań E, G, I.

Skala Barthel jest narzędziem oceny samodzielności wykonywania 10 podstawowych czynności codziennego życia od niesamodzielnego (0 pkt.) do samodzielnego (100 pkt.). „Warunkiem przetrwania w stanie niesamodzielnego egzystencji jest opieka innej osoby, bez tej opieki człowiek niesamodzielny dozna cierpienia, choroby, wyniszczenia organizmu (...)” [9]. Niesamodzielnosc może powstać w wyniku przebiegu choroby przewlekłej lub urazu. Z prezentowanych badań wynika, że w grupie pacjentów, którzy uzyskali 0 pkt. w skali Barthel zaobserwowano wyższy niż w pozostałych grupach, z wyższą wartością punktową, odsetek rozpoznań F i niższy odsetek rozpoznań M, w grupie z wynikiem 5 pkt. – wyższy niż w pozostałych grupach odsetek rozpoznań G, w grupie z wynikiem 25 pkt. – wyższy niż w pozostałych grupach odsetek rozpoznań I.

## Wnioski

1. Osoby w wieku od 80 lat do 93 lat były przyjmowane do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej

- najczęściej – od 60 do 100 razy i więcej. Istotnie częściej przyjmowane były kobiety.
2. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy wiekiem i płcią pacjentów a wynikiem skali Barthel.
  3. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy najczęściej występującymi ICD-10 a wiekiem i płcią badanych pacjentów.
  4. Badania sugerują, że rozpoznania ICD-10 mogą wpłynąć na wynik skali Barthel.
- Konflikt interesów/Conflict of interest  
Brak/None

### Piśmiennictwo/References

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych. Dz. U. z dnia 2009 r., Nr 137, poz. 1126.
2. Bień B, Wojszel ZB, Wilmańska J, i wsp. Starość pod ochroną. Opiekunowie rodzinni niesprawnych osób starych w Polsce. Porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego. Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2001.
3. Wojszel BZ. Geriatryczne zespoły niesprawności i usługi opiekuńcze w późnej starości. Analiza wielowymiarowa na przykładzie wybranych środowisk województwa podlaskiego. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Praca habilitacyjna. Wyd. Uniwersyteckie Trans Humana, Białystok 2009.
4. Szwałkiewicz E. Opiekun medyczny w praktyce. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2022.
5. Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową – załącznik nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. 2015 poz. 1658);
6. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume I, 2009.
7. Wojtyniak B., Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. Wyd. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020.
8. Główny Urząd statystyczny. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020r. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2021.