

Hvilke Barthel Index egner sig til hvilke formål?

Historien om Barthel Index er lang og skalaen er blevet anvendt til mange formål og modificeret til mange forskellige versioner. Det følgende er en redegørelse for Geriatrien i H:S's valg af en af de modificerede versioner af Barthel Index.

Valget skal ses i lyset af, at vi ønskede en valideret skala til måling af basal ADL, både som hjælpemiddel i det daglige kliniske tværfaglige samarbejde med den enkelte patient og som indikator i kvalitetsudvikling.

Barthel Index blev udviklet helt tilbage i 1958 (1). Målgruppen var uselekterede medicinske kronisk syge patienter (n=144), gennemsnitsalder 55 år (17,85) med overvægt af kvinder. Formålet var at analysere erfaringen med et instrument der kunne anvendes i målsætningen af patienternes rehabilitering. Skalaen gik fra 0-100 point og der kunne vælges mellem to kategorier i alle 10 items: afhængig eller ikke-afhængig af hjælp. Patienterne blev kategoriseret i fire grupper: 0-25 point = hjælpeløs, sædvanligvis inkontinent, 30-50 point: behov for væsentlig hjælp, men behøver ikke at blive liftet, ofte inkontinent, 55-75 point: behøver nogen hjælp til mobilisering, nogle er inkontinente, 80-100 point: uafhængige i kørestol, eller kan gå også på trapper, sædvanligvis kontinente. Indenfor alle grupperne sås en forbedring fra indlæggelse til maksimum rehabilitering.

I 1965 ændres point-givningen således at der er tre kategorier indenfor hvert item, (uafhængig, kan med nogen hjælp eller kan slet ikke) (2). Man kan give 0,5,10 eller 15 point indenfor et item. De forskellige items vægtes forskelligt, fx gives der max 15 point for mobilisering og max 5 point for personlig hygiejne. Efterfølgende er det næsten altid denne version af Barthel Index, der refereres til i undersøgelser hvor Barthel Index er anvendt som outcome mål, eller som "gold standard".

I 1988 ændrede Collin et al. (3) point-givningen til 0-20 point, da de "...felt that this (five-point increment) gave a misleading impression of its accuracy and so have rescored it in one-point increments, ranging 0-20." Indenfor de 10 items kan man således give 0,1,2 eller 3 point. Studiet er en reliabilitets undersøgelse og patienterne (n=25) er yngre helt ned til 12-25 år stroke eller head-injury patienter. Tre patienter er 66 år eller mere. Det er denne nye version der refereres til og anbefales i de nordiske retningslinier for geriatrik udredning (og som er oversat til norsk og dansk)(4) og i Britiske retningslinier (5).

I 1989 udviklede Shah et al. (6), et modificeret Barthel Index, baseret på udgaven fra 1965 (2). Formålet var at udvikle et instrumentet der var mere følsomt for ændringer indenfor hvert item, end den oprindelige version. Skalaen blev udviklet således at der indenfor hvert item kan gives 5 forskellige point, med den samme forskel i vægtning som beskrevet ovenfor. Målgruppen var stroke patienter (n=258). Shah et al. undersøgte den internale konsistens for både den originale (2) Barthel Index og det modificerede. Den internale konsistens er ikke tidligere undersøgt på Barthel Index. Resultatet af undersøgelsen var, at den modificerede udgave forbedrede mean-korrelationen indenfor 8 ud af 10 item og for skalaen som helhed. Den internale konsistens var høj for begge versioner, højest for den modificerede udgave. Den nye version var ikke mere besværlig at administrere end den gamle. Det er denne modificerede version der anvendes i Geriatrien i H:S og den der er vedlagt som appendix i den nye Geriatri Basisbog (7) og i den kommende Klaringsrapport fra DSG/DSIM. Hocking et al. (8) undersøger senere om Shahs version er bedre til

at vise ændringer over tid, de sammenligner den nye version med 0-20 point versionen og konkluderer at den modificerede Barthel ikke er bedre til at vise ændringer over tid.

I Geriatrien i H:S har vi valgt den modificerede version, oversat af to danske ergoterapeuter. Dels var personalet vant til denne version og ergoterapeuterne anbefalede den som let at anvende i klinisk praksis. Vi var interesserede i at anvende den mest valide skala der også kunne bruges til at vise forskel over tid hos den enkelte patient såvel som grupper af patienter, men også en skala der kunne give så meget klinisk information om patienterne som muligt. Sygeplejepersonalet, der anvender skalaen giver udtryk for at den er enkelt at lære og hurtig at udføre.

Hvis formålet med at anvende en ADL-skala alene er at få information om plejetyngde/færdighedstab i grupper (af patienter eller borgere) er Barthel-20 versionen (3) måske ligeså anvendelig som den modificerede version af Barthel-100 (6). Imidlertid er det vores erfaring at den modificerede udgave er bedst til klinisk anvendelse når et medlem af personalet selv skal vurdere den enkelte patients færdighedsniveau og handle derudfra i plejen. Resultatet er også lettere at kommunikere til andre i det tværfaglige team. Derudover skal den modificerede udgave indgå i den algoritme der prissætter geriatriske patienters indlæggelsesforløb.

Ingrid Poulsen, 2003-03-14

Referencer:

1. Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of Chronically Ill Patients: The influence of Complications on the Final Goal. South Med J. 1958; 51:605-9.
2. Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. Md State Med J 1965; 14: 61-5.
3. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel Index. a reliability study. Int. Disabil Studies 1988; 10:61-3..
4. Sletvold O, Engedal K, Tilvis A, Jonsson A, Schroll M, Schulz-Larsen K, Snædal J, Gustafson Y. Geriatrisk udredning I Norden. Nordiske retningslinier for geriatrisk udredning. Dansk selskab for Geriatri, 1997
5. The Royal College of Physicians of London and the British Geriatrics Society: Standardized assessment scales
6. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the Sensitivity of the Barthel Index for Stroke Rehabilitation. J Clin Epidemiol 1989; 42 (8): 703-709
7. Hansen FR, Schroll M, Moe C (red) Geriatri Basisbog. København: Munksgaard Danmark 2002
8. Hocking C, Williams M, Broad J, Baskett J. Sensitivity of Shah, Vanclay and Cooper's modified Barthel Index. Clinical Rehabilitation 1999; 13:141-7.