

Justyna Mazurek¹, Joanna Rymaszewska², Jürgen Lurbecki³

¹Akademicki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

²Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu

³Physikalisches Therapiezentrum, Dorsten, Niemcy

CANE – Ocena Potrzeb Osób Starszych Camberwell i inne narzędzia oceny potrzeb osób w podeszłym wieku

CANE – Camberwell Assessment of Need for the Elderly and other tools to assess the needs of elderly people

STRESZCZENIE

Planując opiekę, w tym pielęgniarstwa, nad osobami starszymi należy uwzględnić kompleksowe rozpoznawanie ich potrzeb, z wykorzystaniem przeznaczonych do tego skal. W artykule przybliżono niektóre z nich, koncentrując się na Ocenie Potrzeb Osób Starszych Camberwell (CANE). Głównym celem CANE jest identyfikacja potrzeb starszych pacjentów. Narzędzie to może być przydatne zarówno w codziennej praktyce pielęgniarstwa, jak i wykorzystywane w badaniach klinicznych.

Problemy Pielęgniarstwa 2012, 20 (2): 260–262

Słowa kluczowe: potrzeby, CANE, osoby w podeszłym wieku, pielęgniarstwo opieka holistyczna

ABSTRACT

The healthcare offered to elderly people should be oriented at the possibly broadest approach to their needs, using research tools designed for this. This paper presents some of them, with concentration on the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). The aim of CANE is to identify elderly patient's needs. The tool can be a part of routine clinical nursing practice and clinical trials as well.

Nursing Topics 2012; 20 (2): 260–262

Key words: needs, CANE, the elderly, holistic nursing care

Wstęp

Geriatry jest nazywana inaczej medycyną wieku starszego. Należy ona do jednej z młodszych dyscyplin medycznych. Geriatry rozwinęła się w ostatnich dziesięcioleciach jako odpowiedź na powszechne i specyficzne potrzeby socjomedyczne i psychofizyczne osób w podeszłym wieku starzejących się społeczeństw [1, 2].

Zarówno medycyna wieku starszego, jak i pielęgniarstwo geriatryczne w mniejszym stopniu skupiają się na diagnozowaniu i leczeniu pojedynczych chorób, a w większym stopniu na rozpoznawaniu i rozwiązywaniu problemów polietiologicznych, które wynikają z wielochorobowości, specyficznej dla wieku podeszłego [3, 4]. Autorzy podkreślają zarówno konieczność podejmowanych działań w ramach interdyscyplinarnego zespołu, jak i kompleksowość i holistyczność opieki geriatrycznej [5]. Planując zatem opiekę na osobami starszymi, należy uwzględnić kompleksowe rozpoznawanie — z wykorzystaniem przeznaczonych do tego skal — i rozwiązywanie ich problemów i potrzeb.

scyplinarnego zespołu, jak i kompleksowość i holistyczność opieki geriatrycznej [5]. Planując zatem opiekę na osobami starszymi, należy uwzględnić kompleksowe rozpoznawanie — z wykorzystaniem przeznaczonych do tego skal — i rozwiązywanie ich problemów i potrzeb.

Skale oceniające potrzeby osób starszych

W ochronie zdrowia pojęcie potrzeby może mieć wiele znaczeń i dodatkowo ulegać zmianie w czasie. Wiele jest także narzędzi traktujących o potrzebach. Większość z nich koncentruje się na osobach dorosłych w wieku poniżej 65 rż., cierpiących na przewlekłe schorzenia psychiczne. Można do nich zaliczyć na przykład: *The Medical Research Council Needs for Care Assessment*

Adres do korespondencji: dr n.k.f. Justyna Mazurek, Akademicki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, ul. Borowska 213, 50–556 Wrocław, tel.: 695 180 984, e-mail: Justyna_Mazurek@poczta.onet.pl

[6] i jego zmodyfikowaną wersją *The Cardinal Needs Schedule* [7] czy *Camberwell Assessment of Need* [8]. Dostępne są także narzędzia oceny potrzeb w wybranych schorzeniach somatycznych, jak na przykład: *National Stroke Audit* (National Health Service, 1997) — u pacjentów po przebytych udarach, *Sheffield Screening Test for Acquired Language Disorders* [9], *The Care Needs Assessment Pack for Dementia* [10] — dla osób z demencją czy *The Capabilities of Upper Extremity Instrument* [11] — dla potrzeb osób na oddziałach rehabilitacyjnych.

Rosnące znaczenie zagadnienia potrzeb osób starszych, a także wspomniana specyfika zgłaszanych przez nie dolegliwości psychofizycznych skłoniły naukowców do konstruowania odpowiednich narzędzi diagnostycznych ukierunkowanych na rzetelną i kompleksową ocenę potrzeb ludzi z tej grupy wiekowej. Zapotrzebowanie to dotyczyło przede wszystkim możliwości jednoczesnej oceny opinii pacjenta, opiekuna i personelu. Brakowało narzędzia kompleksowo oceniającego różne obszary życia osób w podeszłym wieku.

The Care Needs Assessment Pack for Dementia (CarenapD) — to narzędzie służące do oceny potrzeb osób z otępieniem, żyjących w społeczeństwie, a także ich opiekunów. Zostało ono stworzone przez interdyscyplinarny zespół opiekunów zatrudnionych w szpitalach dziennych, opiece społecznej, szpitalach i domach opieki. Skala umożliwia ocenę 7 obszarów potrzeb, a także wykrycie tych zaspokojonych i niezaspokojonych [12].

Threshold Assessment Grid (TAG) — jest wykorzystywany do szybkiej identyfikacji stopnia nasilenia objawów u pacjentów starszych cierpiących na zaburzenia psychiczne. Kwestionariusz TAG pozwala ocenić obszar bezpieczeństwa, zagrożenia i niepełnosprawność. Wyniki badań potwierdziły prawidłową budowę i wysoką jego rzetelność [13].

The Need of Support and Service Questionnaire (NSSQ) — to nowy instrument stworzony dla profesjonalistów trudniących się opieką psychiatryczną. Pozwala on oszacować zapotrzebowanie na pomoc (od materialnej do emocjonalnej) wśród osób niepełnosprawnych umysłowo. Za pomocą 8 pytań skierowanych do osoby badanej i 5-stopniowej skali jest oceniany poziom pomocy społecznej. Przeprowadzone testy wskazały na zadowalające właściwości psychometryczne NSSQ. Ponadto kwestionariusz może być stosowany przez osoby bez formalnego przygotowania [14].

Należy zaznaczyć, że Wattis i współautorzy zaproponowali model oceny potrzeb osób starszych z demencją, mieszkających na oddziałach dla przewlekle chorych poprzez ocenę poziomu ich zależności za pomocą *Clifton Assessment Procedure for Older People* lub *The Crighton Royal Behaviour Scale* [15]. Takie rozwiązanie może być użyteczne w celu wyznaczenia rzetelności różnych form opieki długoterminowej. Jednak

Rymaszewska i Szmigiel podkreślają, że poziom zależności nie musi jednoznacznie korelować z ogólnym poziomem potrzeb, o czym należy pamiętać, uwzględniając takie podejście do tematu potrzeb osób starszych [16]. Prezentowane powyżej skale nie doczekały się jeszcze polskich wersji.

Ocena Potrzeb Osób starszych Camberwell (CANE)

Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE [17, 18], wersja polska: Rymaszewska, 2007 Wrocław) to kwestionariusz, który powstał na bazie *Camberwell Assessment of Need* (CAN), narzędzia stworzonego w Londynie w celu oceny potrzeb osób z rozpoznaniem psychozy i koncentrującego się na 22 obszarach problemowych [8]. Obecnie CAN jest stosowane do oceny potrzeb różnych populacji. Skonstruowano także wersję skróconą CANE-S (*Short Appraisal Schedule*) [19]. CANE jest pierwszym narzędziem docelowo zaprojektowanym do oceny holistycznie rozumianych potrzeb osób starszych, przebywających zarówno w ośrodkach opieki zdrowotnej, jak i społecznej, nadającym się do stosowania w celach klinicznych i badawczych. Podstawą stworzenia CANE jest założenie, iż rozpoznanie potrzeby (zaspokojonej czy niezaspokojonej) oznacza identyfikację problemu oraz odpowiedniej interwencji, która może zlikwidować lub zredukować potrzebę.

Narzędzie składa się z 24 pozycji/obszarów potrzeb dotyczących pacjenta oraz dwóch dotyczących opiekuna, z których każdy skaluje się trzystopniowo: 0 — brak potrzeby (nie ma problemu, pacjent radzi sobie samodzielnie i nie wymaga żadnej pomocy, na przykład, kiedy pacjent pamięta o przyjmowaniu leków i zażywa je odpowiednio do zaleceń lekarza albo kiedy personel relacjonuje, że pacjent posiada odpowiednie warunki mieszkaniowe), 1 — potrzeba zaspokojona (potrzeba nieznaczna, w związku z którą jest stosowana odpowiednia, potencjalnie korzystna interwencja; kategoria ta jest stosowana także dla problemów, które normalnie nie miałyby znaczenia klinicznego oraz nie wymagałyby specyficznej interwencji, na przykład pacjent, który ma problemy z widzeniem lub gdy pielęgniarka środowiskowa nadzoruje codzienne przyjmowanie leków) oraz 2 — potrzeba niezaspokojona (ważny problem wymagający interwencji, w związku z którym pacjent nie otrzymuje odpowiedniej pomocy lub otrzymuje pomoc w niewystarczającym stopniu, na przykład, kiedy pacjent ma problemy z nietrzymaniem moczu w nocy pomimo korzystania 2-krotnie w nocy z toalety); 9 — brak danych oznacza, że respondent nie potrafi powiedzieć o problemach badanego i otrzymywanej pomocy.

Każdy obszar jest podzielony na sekcje, które oceniają pomoc ze źródeł nieformalnych, formalnych oraz satysfakcję pacjenta z otrzymywanej pomocy. Sekcja 1

ma za zadanie sprawdzić, czy obecnie istnieje potrzeba w danym obszarze. Sekcja 2 ocenia pomoc pochodzącą z nieformalnych (np. przyjaciele, sąsiedzi) źródeł pomocy w ciągu ostatniego miesiąca. Sekcja 3 odpowiada na pytanie, czy pacjent otrzymuje pomoc z lokalnej opieki zdrowotnej lub społecznej, która obejmuje płatnych opiekunów, opiekę stacjonarną, oddziały opieki długoterminowej, dziennej, szpitala, pielęgniarki środowiskowe lub inne formy pomocy. Sekcja 4 ocenia, czy personel, opiekun i badający są zdania, że pacjent ma odpowiednią do potrzeb pomoc. Zapisywana jest odpowiednio ocena pacjenta (P-T), badacza (B), opiekuna (O) oraz personelu — np. pielęgniarki (P-A).

Do każdej z potrzeb podano przykładowe pytania, pomocne przy ich ocenie, m.in.:

- Prace domowe — „Czy jest Pan/Pani w stanie sam/a zajmować się domem? Czy ktoś Panu/Pani pomaga?”
- Dbanie o siebie — „Czy ma Pan/Pani trudności z higieną osobistą — z myciem, obcinaniem paznokci, ubieraniem? Czy kiedykolwiek potrzebował Pan/Pani pomocy?”
- Codzienne zajęcia — „Jak Pan/Pani spędza swój dzień? Czy ma Pan/Pani wystarczająco zadań do wykonania?”
- Stres psychologiczny — „Czy czuł/a się Pan/Pani ostatnio bardzo smutny/a lub znużony/a?”
- Informacja na temat stanu zdrowia i leczenia — „Czy otrzymał/a Pan/Pani jasne informacje o swoim stanie zdrowia, lekach lub innym leczeniu? Czy chciał/a Pan/Pani takie informacje otrzymywać? Jak pomocne były te informacje?”
- Zasiłki/Świadczenia — „Czy ma Pan/Pani jakieś trudności z zarządzaniem swoimi pieniędzmi? Czy jest Pan/Pani zdolny/a do płacenia własnych rachunków?”

W analizach wykorzystuje się średnie liczby potrzeb, wyniki sumaryczne oraz wyznacza się współczynnik potrzeb zaspokojonych do niezaspokojonych. Jakość takiej dogłębnej i szerokiej oceny spotkała się z uznaniem wielu badaczy [18]. Podkreśla się, że rozpoznanie, zwłaszcza niezaspokojonych potrzeb, jest istotne ze względu na ich powiązania między innymi ze stanem zdrowia, jakością życia oraz wydatkami dotyczącymi opieki zdrowotnej [20]. Wyniki badań dowiodły, że skala ta może być rutynowo stosowana w celach klinicznych i badawczych [21]. W badaniach pilotażowych polskiej wersji narzędzia wskazano na jego wysoką trafność, rzetelność oraz praktyczność [22].

Podsumowanie

Profesjonaliści powinni być wyszkoleni i doświadczeni w pracy z osobami starszymi i posiadać odpowiednią wiedzę na temat klinicznych interwencji oraz podejmowania decyzji terapeutycznych. Powinni także posiadać

wiedzę na temat koncepcji potrzeb, potrzeb zaspokajanych oraz niezaspokajanych. Przedstawione w pracy narzędzia badawcze — ze szczególnym uwzględnieniem Kwestionariusza CANE — specyficzne dla oceny potrzeb osób w podeszłym wieku ułatwiają rozpoznawanie szeroko rozumianych potrzeb, a w konsekwencji sprawowanie kompleksowej opieki, w tym opieki pielęgniarskiej, nad pacjentami z tej grupy wiekowej.

Piśmiennictwo

1. Bień B. Kompleksowa opieka geriatryczna. W: Grodzicki T, Kocemba J., Skalska A. (red.). Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Via Medica, Gdańsk 2007: 90–94.
2. Rustemeyer J. The beginnings of Clinical Geriatrics In Germany from the viewpoint of one of the first specialists in the field of geriatrics. Euro J. Ger. 2009; 11 (1): 7–10.
3. Bień B. Lekarz Rodzinny „geriatrą pierwszej linii”. Pol. Med. Rodz. 2002; 4: 171–176.
4. Platt D., Schuster H.P. Fortschreitende Entwicklungen in der Altersmedizin. Internist 2002; 43 (8): 929.
5. Wieczorowska-Tobis K. Ocena pacjenta starszego. Geriatria 2010; 4: 247–251.
6. Brewin C.R., Brugha T.S., MacCarthy B., Mangen S.P., Wing J.K. Principles and practice of measuring needs in the longterm mentally ill: The MRC Leeds for care assessment. Psychol. Med. 1987; 17: 971–981.
7. Marshall M., Gath D.H., Hogg L.J., Lockwood A. The Cardinal Need Schedule — a modified version of the MRC Needs for Care Assessment Schedule. Psychol. Med. 1995; 25 (3): 605–617.
8. Phelan M., Dunn G., Holloway F. i wsp. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. Brit. J. Psychiatr. 1995; 167: 589–595.
9. Syder D., Boddy M., Body R., Parker M. Scheffield Screening Test for Test for Acquired Language Disorders. Windsor, NFER-NELSON, 1993.
10. McWalter G., Estwood J., Marshall M., Mcwalter A., Toner H., Turvey T. A community needs assessment: The Care Needs Assessment Pack for Dementia (CarenapD): Its development, reliability and validity. Int. J. Geriatr. Psychiatr. 1998; 13 (1): 16–22.
11. Marino R.J., Shea J.A., Stineman M.G. The Capabilities of Upper Extremity Instrument: reliability and validity of a measure of functional limitation in tetraplegia. Arch. Phys. Med. Rehab. 1998; 79: 1512–1521.
12. Meaney A.M., Croke M., Kirby M. Needs assessment in dementia. Int. J. Geriatr. Psychiatr. 2004; 20 (4): 322–329.
13. Slade M., Powell R., Rosen A., Strathdee G. Threshold Assessment Grid (TAG): the development of a valid and brief scale to assess the severity of mental illness. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2000; 35 (2): 78–85.
14. Jansson L., Wennström E., Wiesel F.A. The Need of Support and Service Questionnaire (NSSQ): a brief scale to assess needs in clients with long-term mental disabilities. Nord J. Psychiatry 2005; 59 (6): 465–472.
15. Wattis P.J., Barker G., Hobson J. Needs for continuing care of dement people: a model for estimating needs. Psychiatr Bull. 1992; 16: 465–467.
16. Rymaszewska J., Szmigiel A. Potrzeby osób w starszym wieku — definicje i narzędzia oceny. Psychogeriatr. Pol. 2008; 5 (2): 95–104.
17. Reynolds T., Abas M., Hoe J. i wsp. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. Br. J. Psychiatry 2000; 176: 444–452.
18. Orrell M., Hancock G. (red.). CANE: Camberwell Assessment of Need of the Elderly. A needs assessment for older mental health service users. Gaskell Publications, London 2004.
19. Slade M., Loftus L., Phelan M., Thornicroft G., Wykes T. CAN: Camberwell Assessment of Need. A Comprehensive need assessment for people with several mental illness. London, Gaskell Royal Collage of Psychiatry, 1999.
20. Ruggeri M., Boneto C., Cristofalo D. i wsp. Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life: Multiwave follow-up study in community psychiatric practice. Brit. J. Psychiatr. 2005; 187: 121–130.
21. Walters K., Iliffe S., Orrell M., See Tai S. Assessing needs from patient, carer and professional perspectives: the Camberwell Assessment of Need for Elderly people in primary care. Age Ageing 2000; 29: 505–510.
22. Rymaszewska J., Klinger M., Klak R., Weyde W. Ocena potrzeb osób starszych przewlekle dializowanych. Psychogeriatr. Pol. 2007; 4 (4): 238–239.