

Justyna Mazurek<sup>1</sup>, Joanna Rymaszewska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Akademicki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Psychiatrii, Akademia Medyczna we Wrocławiu

# Ocena potrzeb pacjentów w podeszłym wieku na podstawie *Camberwell Assessment of Need for the Elderly* — przegląd piśmiennictwa

## *Needs assessment of elderly patients based on the Camberwell Assessment of Need for the Elderly — literature review*

### Abstract

*Geriatrics is characterized by its holistic, comprehensive approach to the patient and its essence is to establish a hierarchy of problems and needs, whether health related or other of people at old age. The healthcare offered to elderly people should be oriented at possibly broadest approach to their problems and needs.*

*Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) includes 24 areas of needs of the elderly and 2 areas of the carer's. CANE takes into account physical, environmental, social and psychological needs as well.*

*Gerontol. Pol. 2012; 20, 1: 1–7*

**key words:** *CANE, needs, holistic approach to patient*

### Wstęp

Starzenie się społeczeństw, które wynika z wydłużania się średniej trwania życia i zmniejszenia stopy urodzeń, a jednocześnie z ciągłego postępu w medycynie, stanowi najbardziej charakterystyczną cechę demograficzną populacji wielu krajów, w tym także Polski. Wzrost liczby i odsetka ludzi starszych na świecie jest jednym z czynników najsilniej rzutujących na życie całych społeczeństw, a zwłaszcza na system opieki zdrowotnej, przed którym stawia się coraz to nowe wyzwania. Ze względu na starzenie się ludności wzrośnie przede wszystkim zapotrzebowanie na procedury geriatryczne, ponieważ stały wzrost liczby osób starszych oznacza zwiększenie liczby ich potencjalnych potrzeb.

Autorzy są zgodni co do faktu, że opieka nad osobami starszymi powinna być sprawowana wielopłaszczyznowo i kompleksowo [1], z uwzględnieniem hierarchii potrzeb pacjentów, koncentrując się na potrzebie lub potrzebach osiowych [2, 3]. Także relacja między potrzebami osób w podeszłym wieku — zarówno zaspokojonych, jak i niezaspokojonych — oraz jakością leczenia nie budzi wątpliwości [4]. Ponadto uważa się, że w najbliższym czasie wzrośnie znaczenie potrzeb pacjenta zarówno w praktyce klinicznej i monitorowaniu terapii, jak i w badaniach naukowych [5]. W tym kontekście ważne jest, by kompleksowo zdefiniować potrzeby osób w podeszłym wieku oraz określić realne możliwości ich zaspokajania.

Istnieje wiele narzędzi do oceny potrzeb. Większość z nich koncentruje się na osobach dorosłych w wieku poniżej 65. roku życia, cierpiących na przewlekłe schorzenia psychiczne. Można do nich zaliczyć, na przykład: *The Medical Research Council Needs for Care Assessment* [6] i jego zmodyfikowaną wersję

Adres do korespondencji:  
Justyna Mazurek  
Akademicki Szpital Kliniczny  
ul. Borowska 213, 50–556 Wrocław  
e-mail: Justyna\_Mazurek@poczta.onet.pl

*The Cardinal Needs Schedule* [7], *Camberwell Assessment of Need* [4] czy *The Bangor Assessment of Need Profile* [8]. Dostępne są także narzędzia oceny potrzeb w wybranych schorzeniach somatycznych, jak: *National Stroke Audit* — 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 *Functional Independence Measure* [11], *The Capabilities of Upper Extremity Instrument* [12] — do oceny potrzeb osób przebywających na oddziałach rehabilitacyjnych.

### Kwestionariusz CANE

Kwestionariusz „Ocena Potrzeb Osób Starszych Camberwell” (CANE, *Camberwell Assessment of Need for the Elderly*) [13, 14]; wersja polska: Rymaszewska, Wrocław 2007) powstał na bazie *Camberwell Assessment of Need* (CAN) — narzędzia stworzonego w Londynie, w celu oceny potrzeb osób z rozpoznaniem psychozy, koncentrującego się na 22 obszarach problemowych [15]. Kwestionariusz CANE jest pierwszym narzędziem docelowo zaprojektowanym do oceny holistycznie rozumianych potrzeb osób starszych, przebywających zarówno w ośrodkach opieki zdrowotnej, jak i socjalnej, nadającym się do stosowania w celach klinicznych i badawczych. Podstawą stworzenia CANE jest założenie, że rozpoznanie potrzeby (zaspokojonej czy niezaspokojonej) oznacza identyfikację problemu oraz odpowiednią interwencję, która może zlikwidować lub zredukować potrzebę. Jakość takiej dogłębnej oceny spotkała się z uznaniem wielu badaczy [14]. Podkreśla się, że rozpoznanie potrzeb, zwłaszcza niezaspokojonych, jest istotne ze względu na ich powiązania między innymi ze stanem zdrowia, jakością życia oraz wydatkami dotyczącymi opieki zdrowotnej [16]. W badaniach dowiedziono, że skala ta może być rutynowo stosowana w celach klinicznych i badawczych [17]. Badania pilotażowe polskiej wersji narzędzia wskazały na jego wysoką trafność, rzetelność oraz praktyczność [17, 18].

### Kwestionariusz CANE w wybranych badaniach

Ponieważ pojęcie potrzeb i narzędzia ich oceny (w tym CANE) po raz pierwszy w opiece zdrowotnej zostały wprowadzone w Wielkiej Brytanii, tam też przeprowadzono najwięcej badań z tego zakresu [19]. Problematykę oceny potrzeb osób starszych podejmowano zarówno w zakresie populacyjnym, jak i klinicznym, uwzględniając placówki różnego typu: szpitale, ośrodki stacjonarne, ośrodki ambulatoryjne (tab. 1). Ocena szeroko rozumianych potrzeb starszych pacjentów ma, zdaniem wielu badaczy, istotne znaczenie

w praktyce klinicznej, w tym także w prowadzonym procesie rehabilitacji. W piśmiennictwie podkreśla się [20, 21], że osoby starsze, które przebywają w ośrodkach/klinikach opiekuńczo-leczniczo-rehabilitacyjnych w trybie stacjonarnym i wymagają rehabilitacji, mają często kompleksowe potrzeby dotyczące różnych obszarów (podstawowe, socjalne, funkcjonowania, zdrowotne). Średnia liczba potrzeb niezaspokojonych w tych badaniach wynosiła ponad 5, a obejmowały one głównie obszary: cierpienie psychiczne, związki osobiste, mobilność/upadki oraz wzrok/słuch, przy czym badani zidentyfikowali średnio mniej potrzeb (5,5) niż personel (8,1) i opiekunowie (8,3) [22]. W innych doniesieniach potwierdza się tę relację, choć dotyczą one innych obszarów: z punktu widzenia pacjenta potrzebą niezaspokojoną był najczęściej brak informacji o stanie zdrowia, natomiast z perspektywy personelu pierwsze miejsce zajmowały warunki mieszkaniowe, przygotowanie posiłków i samoopieka [21, 23]. Zbadano także osoby starsze przebywające na oddziałach internistycznych i chirurgicznych skierowane na badania psychiatryczne. Tu do najczęściej rozpoznawanych problemów należały: zaburzenia pamięci, stres psychiczny oraz unieruchomienie. Poza tym znacząco wyższy współczynnik niediagnozowanych potrzeb stwierdzono wśród mężczyzn [24], choć w innych badaniach nie potwierdzono tej zależności [25]. Potrzeby osób starszych rozpoznawano także u pacjentów z dwóch ośrodków dziennych o profilu psychiatrycznym. Najważniejszą obserwacją w tym badaniu był wysoki poziom potrzeb niezaspokojonych przed interwencją medyczną. Po trzech miesiącach dziennej opieki poziom ten spadł o ponad połowę, w zależności od badanej grupy [26]. Kolejne badanie dotyczyło pacjentów w wieku 75 lat i starszych, będących pod opieką praktyk lekarskich podstawowej opieki zdrowotnej. Obszary, w których najczęściej zgłaszali oni potrzeby niezaspokojone, dotyczyły: wzroku, słuchu, stresu psychologicznego i zakwaterowania. Co ciekawe, ich opiekunowie także wskazywali na podobne obszary: mobilność, wzrok, słuch i zakwaterowanie [16]. W innym doniesieniu zaobserwowano istotną korelację między poziomem potrzeb niezaspokojonych a jakością życia u pacjentów cierpiących na chorobę Alzheimera [27]. Klinicyści są zgodni co do tego, że w procesie oceny potrzeb konieczne jest uwzględnienie opinii pacjentów — osób starszych — ponieważ w całościowym podejmowaniu się oceny ich potrzeb nie istnieje tylko jedna, właściwa perspektywa [28]. Istnieją także doniesienia, że wskaźniki oparte na ocenie potrzeb są lepszym predykatorem jakości życia niż inne czynniki — kliniczne czy socjodemograficzne [29].

**Tabela 1.** Wybrane badania z wykorzystaniem CANE  
**Table 1.** Selected studies using CANE

Badanie	Metoda/rodzaj badania	Populacja, liczebność	Narzędzia	Wyniki badania
Dech, Machleidt, 2004	Pacjenci hospitalizowani w domach opieki	Niemcy, Frankfurt i okolice 2 duże ośrodki opieki: n = 96 i n = 200, osoby w wieku 65 lat i powyżej	CANE MMSE Barthel Index GSD SF-36	Ustalenie rzetelności CANE dla oceny potrzeb psychosocjalnych i zdrowotnych osób starszych Wszystkie potrzeby w obszarach: mieszkania, posiłków, zajmowanie się domem są zaspokajane (97–100%) Wiele spośród potrzeb psychosocjalnych: codzienne zajęcia (39%), towarzysystwo/znajomi (25%) jest niezaspokajanych
Ashaye i wsp., 2003	Badanie prospektywne jednoroczne Osoby starsze z 2 szpitali dziennych z rozpoznaniem psychiatrycznym	Wielka Brytania, Londyn n = 58; n = 52 osoby w wieku 65 lat i powyżej	CANE CAPE-BRS HoNOS 65+	Duże podobieństwo w obydwu grupach pomiędzy potrzebami niezaspokojonymi, które zostały zaspokojone pod koniec pobytu Opieka szpitalna jest efektywna Ośrodki dzienne lepiej zaspokajają potrzeby osób starszych niż inne ośrodki opieki klinicznej
Fahy, Livingston, 2001	Badanie porównawcze pomiędzy grupami osób starszych przebywającymi w: 1. całodobowych ośrodkach mieszkaniowych 2. domach opieki (MHCOP) 3. szpitalach (MHCOP)	Wielka Brytania, Londyn (Camden i Islington) n = 77 osoby w wieku 65 lat i powyżej	CANE NPI	Podobieństwo pomiędzy potrzebami (CANE); różnice między liczbą i stopniem ciężkości objawów neuropsychiatrycznych (NPI) Badane ośrodki nadają się do sprawowania opieki nad osobami starszymi z różnym poziomem potrzeb Największą rozpiętość pomiędzy obszarami potrzeb zaobserwowano w szpitalach; najwyższy ogólny wynik CANE — w 24 h ośrodkach
Field i wsp., 2005	Badanie porównawcze pomiędzy grupą osób starszych w domach opieki w centrum miasta i w obszarze tzw. „nowych miasteczek”	Wielka Brytania, Harlow n = 51, n = 87 osoby w wieku 65 lat i powyżej	CANE MEAP	U 54% wszystkich pensjonariuszy występowała 1 lub więcej niezaspokojonych potrzeb Ich liczba nie różniła się pomiędzy dwoma grupami osób starszych Rezydenci z „centrum” choć są w gorszej formie psychicznej i fizycznej, to jednak w większym stopniu korzystają z lokalnych usług (np. transportu). W sposób bardziej pozytywny oceniają oni swoje usytuowanie

**Tabela 1.** Wybrane badania z wykorzystaniem CANE (cd.)  
**Table 1.** Selected studies using CANE

<b>Badanie</b>	<b>Metoda/rodzaj badania</b>	<b>Populacja, liczebność</b>	<b>Narzędzia</b>	<b>Wyniki badania</b>
Greaves i wsp., 2006	Populacja pacjentów w starszym wieku kierowana do konsultacji psychiatrycznej	Wielka Brytania, Londyn n = 117 osoby w wieku 66 lat i powyżej	CANE	Średnia wszystkich potrzeb = 7,18 (2,72 — zaspokojone; 4,46 — niezaspokojone) Najczęstsze niezaspokajane potrzeby: — zaburzenia pamięci (46,6%); — cierpienie psychiczne (46,2%); — mobilność (44,4%); — prace domowe (43,6). Znacząco wyższy współczynnik potrzeb niezaspokojonych u mężczyzn
Hancock i wsp., 2006	Pacjenci z domów opieki	Wielka Brytania n = 238 osoby w wieku 60 lat i powyżej	CANE	Poziom potrzeb zaspokojonych wynosił średnio 12,1, a niezaspokojonych — 4,4 Główna potrzeba zaspokojona: zdrowie fizyczne, a najczęstsze niezaspokojone to towarzystwo i znajomi, codzienne zajęcia Potrzeby niezaspokojone dodatnio korelowały z poziomem depresji, brak korelacji z funkcjami poznawczymi i stanem funkcjonalnym
Iliffe i wsp., 2004	3 grupy pacjentów: — z opieki podstawowej; — ze szpitala dziennego; — z domu opieki	Wielka Brytania, Londyn n = 311 n = 160 n = 73 osoby w wieku 65 lat i powyżej	CANE kwestionariusz pocztowy grupowy wywiad z wybranymi technikami	Obszary najczęściej niezaspokajanych potrzeb: pamięć, codzienne zajęcia, cierpienie psychiczne, towarzystwo/znajomi, mobilność/upadki Brak istotnych różnic odnośnie płci pacjentów W grupie pacjentów najstarszych najczęściej występowały niezaspokojone potrzeby w obszarach: mobilność/upadki, wzrok/słuch, mieszkanie
Meaney i wsp., 2005	Osoby starsze pozostające pod opieką różnych form opieki psychiatrycznej	Wielka Brytania n = 87 osób starszych n = 57 opiekunów n = 95 osób z personelu	CANE GHQ-12	Im wyższy wiek, a niższy wynik MMSE, tym więcej potrzeb niezaspokojonych Pacjenci mieszkający sami mieli więcej potrzeb niezaspokojonych Nie odnotowano istotnego związku: płeć a potrzeby

**Tabela 1.** Wybrane badania z wykorzystaniem CANE (cd.)  
**Table 1.** Selected studies using CANE

<b>Badanie</b>	<b>Metoda/rodzaj badania</b>	<b>Populacja, liczebność</b>	<b>Narzędzia</b>	<b>Wyniki badania</b>
Orrell i wsp., 2007	Grupa kontrolna i badawcza — poddana interwencji × 24 domów opieki	Wielka Brytania n = 238 osoby w wieku 60 lat i powyżej	CANE QoL-AD	Po 20-tygodniowej interwencji poziom potrzeb niezaspokojonych uległ redukcji Nie odnotowano istotnej różnicy między grupami CANE jest dobrym narzędziem do identyfikacji niezaspokojonych potrzeb
Reynolds i wsp., 2000	Badanie pilotażowe; pacjenci przebywający w psychiatrycznym szpitalu dziennym, ich opiekunowie i personel	Wielka Brytania Szwecja Stany Zjednoczone n = 101 osoby w wieku 65 lat i powyżej	CAN CANE	CANE składa się z 24 obszarów potrzeb (+ dwa obszary potrzeb opiekunów) i uwzględnia punkt widzenia personelu, opiekunów i pacjentów CANE jest dobrym narzędziem pod względem treści, budowy i użyteczności Współczynnik $K > 0,85$ wskazuje na wysoki poziom rzetelności CANE
Walters i wsp., 2000	Osoby starsze, opiekunowie i personel	Wielka Brytania, Londyn n = 55 n = 15 n = 55 osoby w wieku 75 lat i powyżej	CANE	Najczęstsze potrzeby niezaspokojone z punktu widzenia pacjentów: wzrok/słuch, cierpienie psychiczne, nietrzymanie moczu Najczęstsze potrzeby z punktu widzenia opiekunów: mobilność/upadki, wzrok/słuch, mieszkanie Najczęstsze potrzeby z punktu widzenia personelu: codzienne zajęcia, mieszkanie, mobilność/upadki. K test porównujący potrzeby pacjentów i personelu pokazuje brak zgodności w 18 z 24 obszarach potrzeb
Wieczorowska-Tobis i wsp., 2009	Dobór losowy z 4 miast wojewódzkich: Poznań, Wrocław, Białogostoku, Lublina	200 osób w wieku 75 lat i więcej	CANE, GDS, Index Barthel MMSE, Up and Go	Badanie w trakcie realizacji

Coraz częściej podkreśla się także rozbieżność między subiektywną oceną potrzeb pacjenta i personelu medycznego. Slade i wsp. dowiedli, że przy porównywaniu ocen obydwu grup to odpowiedzi pacjentów okazują się być bardziej rzetelne [19]. Opinie opiekunów i pacjentów były natomiast bardziej zgodne, gdy ci pierwsi lepiej znali sytuację i potrzeby osób starszych [30].

We wspomnianych wyżej badaniach Greavesa i wsp. wykazano, że liczba niezaspokojonych potrzeb istotnie koreluje ze sprawnością funkcjonalną [24]. Autorzy innych badań donoszą, że potrzeby osób w starszym wieku, zaspokojone i niezaspokojone, wiążą się wyraźnie z odczuwaną przez nie jakością życia, a pośrednio — jakością leczenia [4]. Jeszcze inni badacze są zdania, że przedłużająca się hospitalizacja dodatkowo koreluje z niezaspokojonymi potrzebami. Także szybkie wypisywanie starszych pacjentów z ostrych oddziałów psychiatrycznych ma silny związek z ich niezaspokojonymi potrzebami, a wiele spośród tych osób mogłoby odnieść korzyść z rehabilitacji prowadzonej w różnych formach opieki pośredniej, tzw. *intermediate care* [31]. Badacze niemieccy zwracają uwagę, że długoterminowy system opieki koncentruje się głównie na sferze fizycznej starszych pacjentów, zaniedbując ich potrzeby psychosocjalne [32, 33]. Potwierdzono to także w jednym z pierwszych badań z użyciem CANE, przeprowadzonym na terenie Niemiec [34].

Skalę CANE zastosowano także w polskich badaniach, uwzględniając zarówno opinie badanego, jak i badacza, w celu oceny potrzeb osób starszych długotrwale dializowanych, a także określenia trafności i rzetelności kwestionariusza [17]. Ocenę spójności wewnętrznej przeprowadzono za pomocą współczynnika alfa Cronbacha, który dla ogólnych wyników oceny potrzeb w obu badanych grupach był wysoki i wyniósł: 0,857 dla pacjentów, a dla badacza — 0,841. Zgodność między oceną potrzeb w opinii pacjenta i badacza sprawdzono za pomocą współczynnika kappa Cohena, który dla całości kwestionariusza wyniósł 0,864. Stwierdzono współzależność dodatnią w parach pozycji: pamięć a samoobsługa, pieniądze, zajmowanie się domem oraz samoobsługa a zajmowanie się domem. Dowiedziono, że im dłuższy czas trwania opieki, tym niższa łączna liczba potrzeb,

zwłaszcza zaspokojonych, odwrotnie niż w badaniu Patona i wsp. [35]. Ponadto stwierdzono, że im wyższy wynik MMSE, tym niższa była liczba niezaspokojonych potrzeb. Podobny rezultat prezentują badania Field i wsp. [36]. Osoby o niezaspokojonych potrzebach (w ocenie badacza) w obszarze dotyczącym pamięci miały istotnie niższe MMSE.

Obecnie pod kierownictwem prof. dr hab. n. med. Katarzyny Wieczorowskiej-Tobis realizowany jest polski projekt badawczy pt.: „Ocena przydatności kwestionariusza CANE w analizie potrzeb opiekuńczych osób starszych — możliwość optymalizacji opieki i jej kosztów”. Celem badania jest analiza zjawiska niesprawności w najstarszej grupie wiekowej i potrzeb z tym związanych, a także ocena zakresu koniecznego wsparcia oraz czynników determinujących zapotrzebowanie na opiekę. Wyniki badania pozwolą na określenie potrzeb osób w podeszłym wieku i możliwości ich zaspokojenia w zakresie utrzymania samodzielności, a także zapewnią możliwość wyodrębnienia podgrupy osób zagrożonych utratą samodzielności [37].

Kwestionariusz CANE w pełnej wersji jest dostępny u autorki jego polskiego tłumaczenia, prof. dr hab. n. med. Joanny Rymaszewskiej (Joanna.Rymaszewska@am.wroc.pl).

### Wnioski

Przedstawione badania z użyciem CANE wskazują na wysoką trafność i rzetelność kwestionariusza, a jednocześnie — na jego praktyczność i efektywność, co czyni go atrakcyjnym narzędziem w ocenie potrzeb osób starszych w szeroko rozumianej opiece zdrowotnej. Potwierdzono także, że problem potrzeb osób starszych jest złożony, a kompleksowa ocena problemów pacjentów z tej grupy wiekowej wydaje się uzasadniona.

Rezultaty prezentowanych dotąd badań stanowią podstawę do ich kontynuowania i poszerzania wiedzy na temat tego obszaru problemowego. Wyniki kompleksowej oceny potrzeb osób starszych — poparte wielośrodkowymi projektami badawczymi — mogą mieć istotne znaczenie w efektywnym planowaniu oraz sprawowaniu opieki nad pacjentami w podeszłym wieku.

**Streszczenie**

Geriatricę cechuje holistyczne, czyli całościowe podejście do pacjenta, a jej istotą jest ustalenie hierarchii problemów oraz potrzeb zdrowotnych i pozdrowotnych osób w podeszłym wieku. Planując zatem opiekę nad starszymi pacjentami, należy uwzględnić kompleksowe rozwiązywanie ich problemów i potrzeb.

Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) obejmuje 24 obszary potrzeb osób starszych oraz 2 obszary dotyczące opiekuna. Uwzględniane są zarówno potrzeby fizyczne, środowiskowe oraz socjalne, jak i psychologiczne.

*Gerontol. Pol. 2012; 20, 1: 8–11*

**słowa kluczowe: CANE, potrzeby, holistyczne podejście do pacjenta**

**Piśmiennictwo**

- Raspe H., Ekkernkamp., Matthis C., Mittag O., Raspe O. Bedarf an rehabilitativen Leistungen. Theorie und Empirie. Rehabilitation 2005; 44: 325–334.
- Bij A.K. von der, Laurant M.G.H., Wensing M. Effectiveness of physical activity intervention for older adults. Am. J. Prev. Med. 2002, 22: 120–133.
- Meier-Baumgartner H.P., Renteln-Kruse W. von. Goals in rehabilitation: assessment and outcome evaluation. Ther. Umsch. 1997, 54: 337–339.
- 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. Br. J. Psychiatr. 1995; 167: 589–595.
- Martin C.R., Metcalfe M.S., Tweed A.E. A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients diagnosed with end-stage renal disease. Br. J. Clin. Psychol. 2004, 43: 51–64.
- Brewin C.R., Brugha T.S., MacCarthy B., Mangan 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.
- Marshall M., Gath D.H., Hogg L.I., Lockwood A. The Cardinal Need Schedule — a modified version of the MRC Needs for Care Assessment Schedule. Psychol. Med. 1995, 25: 605–617.
- Carter M.F. Developing reliability in client-centred mental health needs assessment. J. Ment. Health 1996, 5: 233–244.
- Syder D., Boddy M., Body R., Parker M. Scheffield Screening Test for Test for Acquired Language Disorders. Windsor, NFER-NELSON, 1993.
- 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: 16–22.
- McDowell I., Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. New York, Oxford U Pr 1996.
- 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.
- 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.
- Orrell M., Hancock G. (red.). CANE: Camberwell Assessment of Need for the Elderly. A needs assessment for older mental health service users. Gaskell Publications, London 2004.
- 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. Br. J. Psych. 2005, 187: 121–130.
- Walters K., Illife 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.
- Rymaszewska J., Klinger M., Klak R., Weyde W. Ocena potrzeb osób starszych przewlekle dializowanych. Psychogeriatr. Pol. 2007; 4: 238–239.
- Rymaszewska J., Klak R., Synak A. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) — badanie polskiej wersji narzędzia. Psychoteriatr. Pol. 2008; 5: 105–113.
- Slade M., Phelan M., Thornicroft G. A comparison of needs assessed by staff and by epidemiologically representative sample of patients with psychosis. Psychol. Med. 1998; 28: 543–550.
- Hancock G., Challis D., Orrell M., Woods B. The needs of older people with dementia in residential care. Int. J. Geriatr. Psychiatry 2006; 21: 43–49.
- Orrell M., Hancock G., Hoe J., Woods B. A cluster randomized controlled trial to reduce the unmet needs of people with dementia living in residential care. Int. J. Geriatr. Psychiatry 2007; 22: 1127–1134.
- Hancock G.A., Orrell M., Reynolds T., Thornicroft G., Woods B. The needs of older people with mental health problems according to the user, the care, and the staff. Int. J. Geriatr. Psychiatr. 2003; 18: 803–811.
- Illife S., Drennan V., Lenihan P., Orrell M., See Tai S., Walters K. The development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice. Br. J. Gen. Pract. 2004; 54: 914–918.
- Greaves S., Bhat M., Miranda-Castillo C., Orrell M., Quazi A., Regan C. The unmet needs of referrals to old age psychiatry liaison services. Psychogeriatr. Pol. 2006; 3: 175–182.
- Fahy M.A., Livingston G.A. The needs and mental health of older people in 24-hour care residential placements. Aging Ment. Health 2001; 5: 253–257.
- Ashaye O.A., Livingston G., Orrell M. Does standardized needs assessment improve the outcome of psychiatric day hospital care for older people? A randomized controlled trial. Aging Ment. Health 2003; 7: 195–199.
- Hoe J., Hancock G., Livingston G., Orrell M. Quality of life of people with dementia in residential care homes. Tr. J. Psychiatry 2006; 188: 406–464.
- Slade M. Needs assessment. Involvement of Staff and users will help to meet needs. Tr. J. Psychiatry 1994; 165: 293–296.
- Neville P., Balidon S., Boyle A. A descriptive survey of acute bed usage for dementia care in old age psychiatry. W: Rymaszewska J., Szmigiel A. Potrzeby osób w starszym wieku — definicje i narzędzia oceny. Psychogeriatr. Pol. 2008; 5: 95–104.
- McCrone P., Bhui K., Craig T. i wsp. Mental health, service use and costs among Somali refugees in the UK. Acta Psychiatr. Scand. 2005; 111: 351–357.
- Paton J.M., Fahy M.A., Livingston G.A. Delayed discharge — a solvable problem? The place of intermediate care in mental health care of older people. Aging & Mental Health 2004; 8: 34–39.
- Weyerer S., Ames D., Mann A.H. Praevalenz von Depression und Demenz bei Altenheimbewohnern. Z. Gerontol. Geriatr. 1995; 28: 187–196.
- Richter D., Liekenbrock A., Lowens S. Need for psychosocial nursing care in a psychogeriatric nursing home. Z. Gerontol. Geriatr. 2000; 33: 17–23.
- Dech H., Machleidt W. Relevance and applicability of the CANE in the German health care system. W: Orrell M., Hancock G. (red.). CANE: Camberwell Assessment of Need for the Elderly. Gaskell, London 2004: 29–34.
- Paton J.M., Fahy M.A., Livingston G.A. Delayed discharge — a solvable problem? The place of intermediate care in mental health care of older people. Aging & Mental Health 2004; 8: 34–39.
- Field E., Hancock G., Orrell M., Walker M. The Needs of Older People in Sheltered Housing. A Comparison of Inner City and New Town Areas. Journal of Housing for the Elderly 2005; 19: 107–117.
- Wieczorowska-Tobis K., Talaraska D., Kachaniuk H. i wsp. Ocena przydatności kwestionariusza CANE w analizie potrzeb opiekuńczych osób starszych. Założenia projektu badawczego. Geriatria 2010; 4: 176–180.