

KRYTERIA OCENY STOPNI NIESAMODZIELNOŚCI – DOŚWIADCZENIA DOTYCHCZASOWE I PROPOZYCJE DLA POTRZEB POLSKIEJ PRAKTYKI

Karol Pawlak

nr ORCID: 0000-0001-7665-3989

Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON

Agnieszka Ćwirlej-Sozańska

nr ORCID: 0000-0001-9958-6678

Uniwersytet Rzeszowski

Agnieszka Wiśniowska-Szurlej

nr ORCID: 0000-0001-6651-0861

Uniwersytet Rzeszowski

WPROWADZENIE

W ciągu ostatnich lat obserwuje się znaczny wzrost odsetka osób starszych w Polsce i na świecie. Postępujący proces starzenia się ludności stawia przed administracją państwową i samorządową zadania związane z opracowaniem celów polityki społecznej, które będą zaspokajały specyficzne potrzeby osób starszych. Stan zdrowia i funkcjonowania jednostki oraz jej środowisko determinują zapotrzebowanie na usługi o charakterze pielęgnacyjno-opiekuńczym. Priorytetem powinno stać się odpowiednie rozpoznanie obszarów życia codziennego, wymagających największego wsparcia oraz wdrożenie odpowiednich działań wspomagających dla najbardziej potrzebujących.

Celem artykułu jest przedstawienie istniejących sposobów oceny stopnia niesamodzielności oraz wskazanie propozycji systemowych rozwiązań dla ich oceny w Polsce.

NIESAMODZIELNOŚĆ

Zarówno w Polsce, jak i na świecie nie wypracowano dotychczas wspólnej, jednoznacznej definicji niesamodzielności. Termin ten pojawia się najczęściej w kontekście niepełnosprawności lub opieki długoterminowej. Określenie niesamodzielności jest niezwykle istotne w celu możliwości ustalenia rzetelnych kryteriów jej oceny. Wprowadzenie dokładnej definicji i kryteriów stanowi punkt wyjścia do zaplanowania różnych form zabezpieczenia społecznego. Istotne jest określenie precyzyjnych zasad i kryteriów orzekania o niesamodzielności i jej stopniu.

W raporcie Unii Europejskiej pt. *Health and long-term care in the European Union* niesamodzielność została określona jako: *ograniczenia fizyczne lub/i umysłowe uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w życiu codziennym i prowadzące do trudności w wykonywaniu takich czynności, jak: spożywanie posiłków, korzystanie z toalety, używanie telefonu, przyjmowanie leków, zarządzanie finansami i radzenie sobie ze sprawami urzędowymi, ubieranie się, kąpanie się, poruszanie się po swoim mieszkaniu, gotowanie i przygotowywanie posiłków, lekkie prace domowe, wstawanie i kładzenie się do/ z łóżka, wstawanie z fotela i siadanie, zakupy oraz okazjonalne ciężkie prace domowe* (EC 2007).

W dokumencie wydanym w 2008 r. przez Komisję Europejską pt. *Długoterminowa opieka zdrowotna w Unii Europejskiej* osoby niesamodzielne zostały zdefiniowane jako *osoby potrzebujące pomocy w podstawowych, codziennych czynnościach przez dłuższy czas*, zaś długoterminowa opieka zdrowotna może obejmować rehabilitację, podstawową pomoc medyczną, domową opiekę pielęgniarstwa, zapewnienie warunków mieszkaniowych oraz usługi, takie jak: transport, przygotowywanie posiłków, pomoc zawodowa oraz pomoc w radzeniu sobie z czynnościami dnia codziennego. Ponadto wskazano, że opiekę zapewnia się zazwyczaj osobom niepełnosprawnym fizycznie lub psychicznie, osłabionym, starszym oraz tym, które potrzebują specjalnej pomocy w radzeniu sobie z codziennymi czynnościami (KE 2008).

W polskim prawodawstwie nie zdefiniowano dotąd pojęć „niesamodzielność” oraz „osoba niesamodzielna”. W nomenklaturze orzeczniczej termin „niesamodzielność” definiowany jest najczęściej w kontekście powiązanym z najwyższym stopniem niepełnosprawności. Według zapisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych orzeczenie ustalające stopień niepełnosprawności stanowi podstawę do przyznawania ulg i uprawnień, w tym także świadczeń opiekuńczych i asystenckich.

W treści art. 4 pkt 1 tej ustawy za osobę o znacznym stopniu niepełnosprawności uważa się *osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji*. Niezdolność do samodzielnej egzystencji definiowana jest jako naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim: samoobsługę, poruszanie się i komunikację. W związku z zapisami ww. ustawy znaczny stopień niepełnosprawności utożsamiany jest z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

Zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych niepełnosprawność oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy¹. Za osobę niepełnosprawną uznaje się zaś taką, której stan fizyczny lub/i psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z normami prawnymi i społecznymi².

W 2014 r. przedstawiono projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym. W art. 2 tego projektu zdefiniowano osobę niesamodzielną jako *osobę, w stosunku do której wydano orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, ze wskazaniem na stopień niesamodzielności, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*³.

W definicjach stosowanych w dokumentach Ministerstwa Zdrowia wskazuje się, że osoba niesamodzielna to osoba, która z powodu długotrwałego lub trwałego upośledzenia funkcji organizmu (niepełnosprawności) w następstwie choroby, urazu lub wieku, dla zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych wymaga pomocy osoby drugiej (Ministerstwo Zdrowia 2012).

Departament Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach Działania 2.8 „Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym” PO WER zaproponował określenie osoby niesamodzielnej jako osoby, u której z powodu naruszenia sprawności organizmu stwierdzono konieczność stałej albo długotrwałej opieki lub/i pomocy innych osób w zakresie: odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała, higieny osobistej i otoczenia oraz prowadzenia gospodarstwa domowego⁴.

Pojęcie osoby niesamodzielnej zostało sformułowane w celu opracowania systemowych rozwiązań dla świadczeń z tytułu niesamodzielności, postępowania w sprawie przyznawania świadczeń, ich realizacji i zasad finansowania.

SPOSOBY POMIARÓW STOPNI NIESAMODZIELNOŚCI NA ŚWIECIE

W celu efektywnego i właściwego pomagania osobom potrzebującym wsparcia należy dokładnie poznać możliwości, potrzeby i problemy tych osób. W tym celu wykorzystuje się różne narzędzia, aby określić możliwości w zakresie podstawowych i złożonych czynności w życiu codziennym badanej osoby.

Podstawowymi narzędziami służącymi ocenie stopnia niesamodzielności w zakresie wykonywania prostych i złożonych czynności dnia codziennego są skale: ADL, IADL, Barthel, Skala Williamsa, Całościowa Ocena Geriatryczna (COG) (Zych 2007).

Skala Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego według Katza (*Activities of Daily Living* – ADL) służy do pomiaru niesamodzielności w zakresie wykonywania podstawowych czynności związanych z samoobsługą (tj. wykonywanie czynności higieny osobistej, ubieranie się, jedzenie, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych, korzystanie z toalety, sprawność motoryczna). Uzyskanie niskiego wyniku przez osobę badaną wskazuje na niezdolność do samodzielnego funkcjonowania oraz konieczność pomocy ze strony otoczenia w poszczególnych badanych obszarach (Borowiak 2008).

Kolejną skalą wykorzystywaną w celu określenia poziomu sprawności funkcjonalnej jest skala Barthel (*Index Barthel*). Ocena pacjenta według tej skali polega na dokonaniu analizy w odniesieniu do 10 czynności, takich jak: spożywanie posiłków, przemieszczanie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie/kąpiel całego ciała, poruszanie się, wchodzenie/schodzenie po schodach, ubieranie się i rozbieranie, kontrolowanie stolca, kontrolowanie moczu, którym przypisuje się odpowiednie wartości punktowe. Uzyskana w ten sposób punktacja pozwala na określenie stopnia samodzielności pacjenta (Bujanowska-Fedak 2013).

Ważną skalą stosowaną w ocenie poziomu niesamodzielności badanej osoby jest skala IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*), która służy do oceny stopnia wykonywania złożonych codziennych czynności, takich jak: używanie telefonu, korzystanie z komunikacji publicznej, robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, wykonywanie czynności, takich jak: pranie, sprzątanie, przyjmowanie leków, rozporządzanie zasobami finansowymi (Zych 2007).

Do oceny niesamodzielności osób starszych często stosowanym zestawem narzędzi jest tzw. Całościowa Ocena Geriatryczna (COG). W ramach COG stosowana jest Pielęgniarska Skala Obserwacji Pacjentów Geriatrycznych (*Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients* – NOSGER). Jest to narzędzie składające się z 30 pytań. Oceny dokonuje opiekun osoby starszej w zakresie najbardziej odpowiadającym stanowi seniora. Skala obejmuje sześć obszarów: pamięć, instrumentalne aktywności codziennego życia, aktywności codziennego życia, nastroje i emocje, zachowania społeczne oraz zachowania destrukcyjne, zakłócające, asocjalne (Wysokiński 2013).

Interesujący w kwestii oceny niepełnosprawności i niesamodzielności jest ponadto Kwestionariusz oceny niepełnosprawności WHO (*Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*) (Üstün 2010). Został on opracowany na podstawie kompleksowego zestawu pozycji zawartych w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). WHODAS 2.0 jest praktycznym instrumentem oceny, który może mierzyć zdrowie i niepełnosprawność na poziomie populacji lub w praktyce klinicznej (Szveda-Lewandowska 2014). WHODAS 2.0 obejmuje poziom funkcjonowania w sześciu dziedzinach: funkcje poznawcze – rozumienie i porozumiewanie się, mobilność, dbanie o siebie, utrzymywanie dobrych stosunków z innymi ludźmi, aktywność życiowa – obowiązki domowe, uczestniczenie w życiu społecznym.

Narzędziem do mierzenia niesamodzielności jest też wskaźnik *The Indicator of Relative Need* (IoRN). Może być on wykorzystywany do podejmowania decyzji związanych ze świadczeniem usług opiekuńczych czy ich planowania. Jest on oparty na ocenie pracownika służby zdrowia, który odpowiada na pytania dotyczące 4 wymiarów niesamodzielności, obejmujących czynności związane z funkcjonowaniem w domu (takie jak poruszanie się po domu, korzystanie z toalety, jedzenie), czynności pielęgnacyjne, zdrowie psychiczne i dobre samopoczucie, kontrolę nad czynnościami fizjologicznymi. Punktacja jest uzależniona od stopnia, w jakim dana osoba może samodzielnie wykonywać dane czynności i funkcjonować w określonym obszarze (Sanders 2016).

Innym narzędziem wykorzystywanym do określenia stopnia niesamodzielności jest Pomiar Niezależności Funkcjonalnej (ang. *The Functional Independence Measurement* (FIM)). Służy on do pomiaru stopnia pomocy, której potrzebuje osoba niesamodzielna. Dzięki temu pomiarowi można zaplanować opiekę domową (Ricci 2006). FIM jest wykorzystywany do mierzenia niepełnosprawności fizycznej i poznawczej i kładzie nacisk na obciążenie związane z opieką. Narzędzie składa się z 18 elementów; 13 z nich dotyczy zagadnień związanych z motoryką, a pozostałe odnoszą się do kwestii kognitywnych (Glenny 2009).

Narzędziem wykorzystywanym do określenia potrzeb opiekuńczych jest Skala Zależności od Opieki (*Care Dependency Scale* – CDS), która dotyczy takich kwestii, jak: jedzenie, picie, postawa ciała, mobilność, ubieranie i rozbieranie się, higiena, unikanie niebezpieczeństw, komunikacji, kontaktu z innymi, poczucia ról i wartości, uczenie się umiejętności, działalność rekreacyjna. Skala jest zalecana przede wszystkim do wykorzystania przez personel medyczny (pielęgniarki) w szpitalach, ale również rozważa się jej wykorzystanie w opiece domowej. Na podstawie przeprowadzonej oceny można zaproponować określoną formę opieki (Lohrmann 2003).

Miarą ułatwiającą zaproponowanie adekwatnej formy opieki osobom niesamodzielnym jest *Community Client Need Classification System* (CCNCS), który przyporządkowuje osoby niesamodzielne do 5 różnych poziomów opieki (poziom 1 oznacza minimalny poziom opieki, poziom 5 wskazuje na najbardziej kompleksową opiekę). Narzędzie to jest wykorzystywane przez pielęgniarki, które oceniają pacjentów według takich kryteriów, jak: wsparcie psychospołeczne, wymagania dotyczące opieki fizycznej, wsparcie rodziny i opiekuna, potrzeby edukacyjne i promocja zdrowia, zarządzanie opieką, czynniki środowiskowe. Każde z kryteriów jest punktowane na podstawie określonych wskaźników. Narzędzie to pomaga pielęgniarkom w określaniu potrzeb osób, które objęte są opieką pielęgniarską podczas wizyt domowych (klienci z problemami psychicznymi, z niepełnosprawnością intelektualną, fizyczną, osoby starsze) (Walker 2009).

Innym narzędziem jest Minimalny Zestaw Informacji do Opieki Domowej (*Minimum Data Set for Home Care* – MDSHC), wykorzystywany do oceny osób, które korzystają z pomocy domowej. Podczas oceny brane są pod uwagę: funkcje poznawcze, komunikacja, patrzenie, słyszenie, usposobienie, funkcjonowanie w społeczeństwie, sytuacja nieformalnego opiekuna, aktywności ADL i IADL, kontrola zwieraczy, współistniejące schorzenia, karmienie, problemy ze skórą, jamą ustną, warunki mieszkaniowe, przyjmowanie leków. Narzędzie to jest przydatne w opiece domowej, do formułowania planów opieki, określania potrzeb w zakresie opieki medycznej i paramedycznej (Lepeleire 2012).

Innym narzędziem jest kwestionariusz *EASY-Care*, który pozwala na ocenę sprawności funkcjonalnej seniora w środowisku zamieszkania. Pozwala on na samoocenę stanu zdrowia, samopoczucia oraz zakresów wchodzących w obszar skali ADL i IADL. Zawiera również pytania badające stopień upośledzenia funkcji poznawczych oraz określające indywidualne potrzeby badanego (Bień 1999).

W ocenie funkcjonowania osób niesamodzielnych poza określeniem stopnia niesamodzielności w codziennym funkcjonowaniu

stosuje się również skale oceniające stan zdrowia, np. (Michałkiewicz 2012):

1) skala oceny odleżyn: klasyfikacja według Torrance'a, klasyfikacja odleżyn – tzw. system kolorowy, skala Norton, Waterlow, Douglas, Braden, CBO;

2) skale pozwalające na ocenę stanu neurologicznego: skala Hoehna i Yahra;

3) skala niewydolności krążenia według NYHA, kanadyjska skala oceny choroby wieńcowej.

Rzetelna ocena poziomu niesamodzielnosci jest niezbędna do identyfikacji trudności w funkcjonowaniu badanych, co pozwoli z kolei na przygotowanie odpowiednich programów wsparcia oraz prawidłową dystrybucję opieki.

PROPOZYCJA ROZWIĄZAŃ OCENY STOPNI NIESAMODZIELNOŚCI

W celu ujednolicenia systemu oceny stopni niesamodzielnosci oraz standaryzacji wsparcia dla osób zależnych w latach 2017–2019 realizowany jest projekt *Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych – nowe standardy kształcenia i opieki*⁵. Głównym założeniem projektu jest profesjonalizacja opieki nad osobami starszymi o różnym stopniu niesamodzielnosci w ich miejscu zamieszkania, w tym wypracowanie jednolitego systemu oceny niesamodzielnosci przez stworzenie jednolitej definicji osoby niesamodzielnej i stopni niesamodzielnosci oraz standardów usług asystenckich, opiekuńczych i teleopieki. W ramach realizacji projektu opracowana została definicja osoby niesamodzielnej oraz słowniczek pojęć stanowiących jej elementy składowe.

Definicja – osoba niesamodzielna to osoba, u której z powodu naruszenia funkcji organizmu stwierdza się ograniczenia aktywności powodujące konieczność długotrwałego albo stałego wsparcia innej osoby w celu zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.

Słowniczek

Naruszenie (upośledzenie) – zmiana funkcji lub struktury ciała, taka jak utrata lub istotne odchylenie od stanu prawidłowego, które nastąpiły na skutek choroby lub urazu.

Funkcje ciała ludzkiego – procesy fizjologiczne poszczególnych układów. Rodzaje funkcji ciała zostały przyjęte zgodnie z ICF:

- funkcje psychiczne (w tym: intelektualne, poznawcze i emocjonalne),
- funkcje narządów zmysłów i ból,
- funkcje głosu i mowy,
- funkcje układu krążenia, krwiotwórczego, odpornościowego i oddechowego,
- funkcje układu trawiennego, wewnątrzwydzielniczego i funkcje związane z metabolizmem,
- funkcje układu moczowo-płciowego i funkcje rozrodcze,
- funkcje nerwowo-mięśniowo-szkieletowe i funkcje związane z ruchem,
- funkcje skóry i przydatków skóry.

Aktywność – wykonanie przez daną osobę zadania lub podjęcie działania.

Ograniczenia aktywności – trudności, jakie dana osoba może mieć w wykonaniu zadań lub podejmowaniu działań.

Wsparcie – czynności mające na celu poprawę funkcjonowania i redukcję ograniczeń aktywności wynikających z czynników kontekstowych.

Podstawowe potrzeby życiowe – obiektywne warunki życia, które muszą być optymalnie wypełnione dla uniknięcia choroby i subiektywnego złego samopoczucia.

Usługi opiekuńcze odnoszą się do potrzeb podstawowych ujętych w trzy kategorie:

1) mobilność (poruszanie, precyzyjne używanie rąk, zmienianie i utrzymywanie pozycji ciała, chodzenie, przemieszczanie się),

2) samoobsługa (mycie się, kontrola wydalania, ubieranie się, jedzenie, picie, przygotowanie posiłków, wykonywanie prac domowych),

3) kształtowanie codziennego życia i kontaktów społecznych (rozwiązywanie problemów funkcjonalnych, podejmowanie decyzji i zadań związanych z utrzymaniem mieszkania i prowadzeniem domu, inicjowanie i utrzymanie podstawowych kontaktów międzyludzkich, dbanie o swoje bezpieczeństwo, ochrona przed krzywdą fizyczną i emocjonalną, dbanie o zdrowie) (Kocowski 1978).

W projekcie przyjęto, że do oceny niesamodzielnosci i jej stopni niezbędne jest łączne stosowanie klasyfikacji WHO: *Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia* (ICF) oraz *Chorób i Problemów Zdrowotnych* (ICD10), gdyż samo określenie choroby daje wyobrażenie o deficycie zdrowotnym, ale nic nie mówi o deficytach funkcjonalnych człowieka, który tej choroby doświadcza. Aby opieka była efektywna, konieczna jest łączna ocena stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej w kontekście zdolności do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.

Dotychczas niepełnosprawność i niesamodzielność, jako następstwo choroby lub urazu, rozpatrywano z medycznego punktu widzenia, traktując ją jako problem jednostkowy osoby wymagający odpowiedniej opieki medycznej mającej na celu poprawę stanu zdrowia i funkcjonowania organizmu. Od rezolucji XXIX Światowego Zgromadzenia Zdrowia (1976 r.) trwały prace, które zakończono w 2001 r. przyjęciem ostatecznej wersji nowej klasyfikacji pod nazwą: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (*International Classification of Functioning, Disability and Health* – ICF).

ICF jest klasyfikacją cech charakterystycznych stanu zdrowia człowieka w kontekście jego indywidualnej sytuacji życiowej oraz wpływów otaczającego środowiska. Klasyfikacja ta jest oparta na zintegrowanym modelu biopsychosocjalnym. Zastosowanie narzędzia zbudowanego na podstawie powyższej klasyfikacji umożliwi pozyskanie szczegółowych i kompleksowych informacji na temat stanu niepełnosprawności i funkcjonowania człowieka w otaczającym go środowisku. ICF jest pierwszą klasyfikacją na świecie odpowiadającą na potrzeby ujednolicenia oceny. Pozwala ona na ocenę funkcjonowania osoby w powiązaniu z otoczeniem, w którym żyje oraz zasobami, jakimi dysponuje (Ćwirlej-Sozańska 2015).

Do oceny stopnia niesamodzielnosci w projekcie posłużono się następującymi kryteriami związanymi z ICF:

1) rozpoznanie choroby wraz z oceną stopnia uszkodzenia struktur i upośledzenia funkcji ciała,

2) ocena aktywności i uczestnictwa w powiązaniu z czynnikami środowiskowymi,

3) poziom wykonania danej czynności przez daną osobę.

Podstawę oceny stopnia niesamodzielnosci stanowią zdefiniowane aktywności i uczestnictwo, wyróżnione w następujących obszarach przypisanych do odpowiednich kodów ujętych w klasyfikacji ICF:

1) **mobilność** – ocenie podlega: zmienianie podstawowej pozycji ciała, utrzymywanie pozycji ciała, przemieszczanie się, precyzyjne używanie ręki, używanie rąk i ramion, chodzenie;

2) **samoobsługa** – ocenie podlega: mycie się, korzystanie z toalety, ubieranie się, jedzenie, picie, przygotowanie posiłków, wykonywanie prac domowych;

3) **kształtowanie codziennego życia i kontaktów społecznych** – ocenie podlega: skupianie uwagi, rozwiązywanie problemów, podejmowanie decyzji, podejmowanie pojedynczego zadania, realizowanie dziennego rozkładu zajęć, rozmowa, podstawowe kontakty międzyludzkie.

Do każdej z ocenianej aktywności wskazanych obszarów przygotowany został zestaw pytań i testów pozwalający sklasyfikować wynik badania do odpowiednich kategorii punktowych. Dla wszystkich kategorii zastosowano skalę zgodną z ICF: brak ograniczeń w aktywności (0–4%), niewielkie ograniczenia w aktywności (5–24%), umiarkowane ograniczenia w aktywności (25–49%), znaczne ogra-

niczenia w aktywności (50–95%), całkowite ograniczenia w aktywności (96–100%) (Üstün 2010).

W obliczaniu poziomu niesamodzielnosci zostanie także uwzględnione znaczenie (waga) każdego obszaru aktywności dla codziennego funkcjonowania osoby niesamodzielnej i określone w ujęciu procentowym: mobilność – waga 30%, samoobsługa – waga 50% oraz kształtowanie codziennego życia i kontaktów społecznych – waga 20%.

Zróznicowanie trzech stopni niesamodzielnosci przez przypisanie im powyższych punktów zostało dokonane na podstawie analizy dokumentów w wybranych krajach (Niemcy, Szwecja, Francja)⁶ oraz wieloletniego doświadczenia praktycznego w świadczeniu usług opiekuńczych i symulacji dokonywanych na podstawie opisów przypadków.

Dzięki uwzględnieniu w klasyfikacji ICF czynników kontekstowych (środowiskowych i osobowych) możliwe jest optymalne dopasowanie pomocy i wsparcia oferowanych przez np. pomoc społeczną i pielęgniarstwo środowiskowe. Podejście kontekstowe pozwala na optymalizację zasobów, którymi dysponują samorządy w zakresie usług opiekuńczych.

Powyższa metoda służy do uzyskania opisu stanu funkcjonowania jednostki w kontekście aktywności i uczestnictwa w określonym czasie. Sporządzenie karty profilu kategorialnego na podstawie ICF i zaznaczenie w standaryzowanym formularzu wsparcia niezbędnych zakresów usług asystenckich i opiekuńczych, opisanych także przez średni czas ich trwania, pozwoli osobie orzekającej o stopniu niesamodzielnosci jednocześnie uzyskać obiektywną ocenę funkcjonalną i zalecić adekwatne wsparcie. Czas niezbędny na sprawowanie opieki, obejmującej podstawową pielęgnację i opiekę (usługi opiekuńcze) oraz wsparcie w sprawach związanych z codziennym funkcjonowaniem w społeczności (usługi asystenckie) jest pragmatycznym dla praktyki opiekuńczej kryterium organizacji opieki i postępowania adekwatnego do oceny stopnia niesamodzielnosci.

Dla potrzeb praktyki rekomenduje się, by trzem stopniom niesamodzielnosci (ocena według ICF) odpowiadały trzy przedziały czasowe oferowanej pomocy:

- I stopień niesamodzielnosci do 2 godzin dziennie w tzw. dni robocze (tu czas opieki może być sumowany na konkretny dzień lub dni w tygodniu),
- II stopień niesamodzielnosci do 4 godzin dziennie (we wszystkie dni tygodnia),
- III stopień niesamodzielnosci do 6 godzin dziennie (we wszystkie dni tygodnia).

Wskaźnik czasu ma bezpośrednie przełożenie na organizację wsparcia w praktyce – normy zatrudnienia opiekunów. Z tego powodu kryterium czasu opieki jest ważnym wskaźnikiem poziomu wsparcia (wskazującym na stopień niesamodzielnosci).

W ramach prowadzonego projektu zaproponowane rozwiązanie będzie testowane, walidowane oraz poddane ostatecznej modyfikacji.

KONKLUZJE

Stan zdrowia i funkcjonowania jednostki oraz jego środowisko determinują zapotrzebowanie na usługi o charakterze leczniczym, rehabilitacyjnym i pielęgnacyjno-opiekuńczym. Chcąc precyzyjnie określić stopień niesamodzielnosci, zaleca się stosowanie ujednoliconej jej definicji. Kryteria oceny stopni niesamodzielnosci powinny opierać się na Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia.

Zastosowanie ICF do oceny niesamodzielnosci pozwala na zastosowanie wspólnego języka usprawniającego komunikację między różnymi dyscyplinami i sektorami. Zapewnia zoptymalizowanie planowania i dopasowania wsparcia ze strony pomocy społecznej i środowiskowej do indywidualnych potrzeb osób niesamodzielnosci. Zapewnienia również system kodowania dla sprawniejsze-

go zarządzania informacją w systemach opieki zdrowotnej, a także umożliwiają zapis stanu zdrowia w języku uniwersalnym (w formie kodów), co pozwala na porównanie wyników w skali międzynarodowej.

¹ DzU z 2018 r., poz. 511 z późn. zm.

² DzU. z 2011, nr 127, poz. 721.

³ Projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym 2014, [http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/Projekty/8-020-969-2018/\\$file/8-020-969-2018.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/Projekty/8-020-969-2018/$file/8-020-969-2018.pdf) [dostęp 18.09.2018].

⁴ https://efs.mrpips.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0027/6957/regulamin_konkursu_osoby_starsze_23.11.2016.pdf [dostęp 18.09.2018].

⁵ <https://efs.mrpips.gov.pl/skorzystaj/naboru/konkurs-nr-powr.02.08.00-ip-03-00-00216> [dostęp 18.09.2018].

⁶ Tłumaczenie dokumentów zostało dokonane w ramach projektu *Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnosci – nowe standardy kształcenia i opieki*.

BIBLIOGRAFIA

- Bień B. (1999). *Kwestionariusz EASY-Care: Założenia i metodologia badań*, „Gerontologia Polska”, nr 7(2), s. 37–41.
- Borowiak E., Kostka T. (2010). *Analiza sprawności funkcjonalnej osoby w starszym wieku, rola pielęgniarki w zespole geriatrycznym*, w: K. Wierczowska-Tobis, D. Talarzka (red.), *Geriatra i pielęgniarstwo geriatryczne*, Warszawa, s. 15–28.
- Bujnowska-Fedak M.M., Kumięga P., Sapilak B.J. (2013). *Ocena sprawności funkcjonalnej osób starszych w praktyce lekarza rodzinnego w oparciu o wybrane skale testowe*, „Family Medicine & Primary Care Review”, No. 15(2), s. 76–79.
- Ćwirlej-Sozańska A., Wilmonska-Pietruszyńska A. (2015). *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – model biopsychospołeczny*, „Bezpieczeństwo Pracy – Nauka i Praktyka”, nr 8(527), s. 10–13.
- European Commission (2007). *Health and Long-Term Care in the European Union*, Special Eurobarometer, Brussels.
- Glenny C., Stolee P. (2009). *Comparing the Functional Independence Measure and the interRAI/MDS for use in the functional assessment of older adults: a review of the literature*, „BMC Geriatrics”, Vol. 9, Issue 52, s. 2.
- Kocowski T. (1978). *Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa*, Wydawnictwo Politechniki Wrocławskiej, Wrocław, s. 11–15; 118–122.
- Komisja Europejska (2008). *Długoterminowa opieka zdrowotna w Unii Europejskiej*, Luksemburg.
- Lepeleire J.D., Balus F. (2012). *Minimum Data Set-Home Care- as an additional tool in the admission procedure for a nursing home*, „Journal of Nursing Education and Practice”, Vol. 2, Issue 1, s. 83.
- Lohrmann C., Dijkstra A., Dassen T. (2003). *The Care Dependency Scale, An Assessment Instrument for Elderly Patients in German Hospitals*, „Geriatric”, Vol. 24, Issue 1, s. 41–43.
- Michałkiewicz H., Wróbel J. (2010). *Całościowa Ocena Geriatryczna. Narzędzie ważne również dla fizjoterapeutów*, „Zamojskie Studia i Materiały”, nr 1(35), s. 91–96.
- Ministerstwo Zdrowia (2012). *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce*, Warszawa.
- Ricci N.A., Lemos N.D., Orrico K.F., Gazzola J.M. (2006). *Evolution of the functional independence of elderly patients from a home care service through the point of view of caregivers*, „ACTA FISIATR”, Vol. 13, Issue 1, s. 26–31.
- Sanders J.R. (2016). *Developing approaches to measure dependency across different domains of need in later life: an exploration of the relationship between need and care receipt using the English Longitudinal Study of Ageing*. A thesis submitted to the University of Stirling for the degree of Ph.D. in the School of Applied Social Science, s. 145–146.
- Szweda-Lewandowska Z. (2014). *Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi*, w: W. Koczur, A. Rączaszek (red.), *Polityka społeczna wobec problemu bezpieczeństwa socjalnego w dobie przeobrażeń społeczno-gospodarczych*, „Zeszyty Naukowe Wydziałowe”, nr 179, Uniwersytet Ekonomiczny, Katowice, s. 215–224.
- Üstün T.B., Kostanjsek N., Chatterji S., Rehm J. (2010). *Measuring Health and Disability, Manual for WHO Disability Assessment Schedule. WHODAS 2.0*, WHO, Geneva.

Walker J., Hendry C. (2009), *A review of literature on the measurement of patient dependency, workload and workload planning and allocation within the context of nursing in the community*, „District Nursing Section: Community Nursing Workload literature review”, New Zealand, s. 17–18.

Wysokiński M., Fidecki W., Gębala S. (2013), *Ocena samodzielności osób starszych hospitalizowanych na oddziałach internistycznych*, „Gerontologia Polska”, nr 21(3), s. 89–97.

Zych A.A. (2007), *Leksykon gerontologii*, Impuls, Kraków.

SUMMARY

A common definition of dependence and dependence degree has not been so far established. Yet, it is crucial for the planning of a range of social welfare services. In order to unify the system of dependence degree assessment and the standardization of support for dependent subjects, a project entitled “Professionalising of the support and welfare services for dependent subjects – new standards of education and care” is being run in the years 2017–2019. Its main aim is to professionalize the care of older adults of various degree of dependence, at their place of residence, and also the design of a unified system of dependence assessment. To assess dependence and its degrees we used the WHO classifications: Functioning, Disability and Health (ICF) and Diseases and Related Health Problems (ICD10). Application of a tool based on these classifications will allow for obtaining complex information on the problems to the functioning of subjects in their environment.

Keywords: aged, disability, long-term care, ICF

Authors' affiliation: 1) Association „Disabled for the Environment EKON, 2) i 3) University of Rzeszow.