



21
International
Conference

Long-Term Care

Toruń, 26-28 września 2018

Opieka długoterminowa. Czy jest jedna droga rozwoju?

Materiały konferencyjne

Organizer:



Together we change
the world

Partner:

seni[®]
brand of TZMO SA

26 września 2018 – Otwarcie Konferencji

17:00 UROCZYSTE OTWARCIE

Tajemniczy ogród. O dziedziczeniu traumy. 3
Jadwiga Joško-Ochojska /Polska/

27 września 2018

**09:00 - 11:00 SESJA I: INDYWIDUALNE POTRZEBY A STANDARYZACJA USŁUG.
 DYLEMATY WSPÓŁCZESNEJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ**

Moderator: Dan Levitt /Kanada/

Nowe podejście do starzenia się: to nie tradycyjny dom opieki dla babci. 4
Dan Levitt /Kanada/

Promowanie samodzielności z wykorzystaniem struktury Pozytywnego Ryzyka. 6
Jo Croft /Anglia/

Godność i indywidualność osoby zależnej. Seni wspiera w opiece 9
Leszek Guga /Polska/

Zabezpieczenie zróżnicowanych potrzeb opiekuńczych niesamodzielnych osób
 starszych – rozwiązania wdrażane w Szczecinie. 11
dr hab. Beata Bugajska /Polska/

**11:30 - 13:00 SESJA II: WIZERUNEK INSTYTUCJI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ – JAK GO ŚWIADOMIE
 BUDOWAĆ?**

Moderator: Magdalena Jaworska-Nizioł /Polska/

Ujarzmić czwartą władzę. 13
Magdalena Jaworska-Nizioł /Polska/

Wizerunek domów opieki. Mylące doświadczenie z najdroższego w Europie systemu
 opieki nad osobami starszymi.
Jeroen van den Oever /Holandia/

Relacyjna koncepcja marketingu w opiece długoterminowej. 15
dr hab. Paweł Dobski prof. nadz. UEP /Polska/

14:00 - 16:20 SESJA III: Z CZYM MIERZY SIĘ ŚWIAT? RÓŻNE ASPEKTY OPIEKI NAD OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ

Moderator: prof. Daniela Soitu /Rumunia/

System Opieki Długoterminowej w Japonii. 17
Nobumasa Ohmori /Japonia/

Czy możemy pozytywnie ukształtować życie osób starzejących się? Pragnienia, zasoby i życiowe lekcje. 19
prof. Daniela Soitu /Rumunia/

Tworzenie różnicy pomiędzy nocą a dniem – kreowanie kultury regenerującego snu. 22
Heather Johnson /USA/

Starzenie się społeczeństwa Ukrainy: wnioski i perspektywy. 26
dr n. med. Czajkowska Wiera Władimirowna /Ukraina/

16:50 - 18:00 SESJA IV: ZARZĄDZANIE W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ W WARUNKACH BRAKU PERSONELU

Kierowanie personelem: „Tak, aby najlepsi pozostali” 29
Volker Rasche /Niemcy/

Rosnący problem braku wykwalifikowanej kadry pielęgniarско-opiekuńczej największym wyzwaniem w opiece długoterminowej 30
Beata Leszczyńska /Polska/

19:30 KOLACJA W RAMACH WIECZORU INTEGRACYJNEGO

CT PARK, ul. Szosa Bydgoska 3, Toruń

28 września 2018

09:30 - 12:30 WARSZTATY

Komunikacja z podopiecznym i rodziną - jak poruszać trudne zagadnienia
Leszek Guga /Polska/

Jadwiga Joško-Ochojska

Tajemniczy ogród. O dziedziczeniu traumy.



Prof. zw. dr hab. n. med. Jadwiga Joško-Ochojska jest lekarzem chorób wewnętrznych, neurofizjologiem, specjalistą zdrowia publicznego. Od 2002 r. jest kierownikiem Katedry i Zakładu Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej w Śląskim Uniwersytecie Medycznym. Główny obszar jej zainteresowań naukowych to medyczne aspekty stresu. Zajmuje się badaniami wpływu stresu na organizm, głównie na ośrodkowy układ nerwowy. Jako lekarz holistycznie postrzegający pacjenta zwraca uwagę na negatywne skutki stresu obniżające odporność organizmu pacjenta i umożliwiające powstawanie i rozwój wielu chorób. Jako epidemiolog zajmuje się także negatywnymi dla zdrowia skutkami stresu w wymiarze społecznym, w tym epigenetycznym dziedziczeniem traumy. W licznych wykładach prowadzonych także poza macierzystą uczelnią popularyzuje najnowszy, światowy dorobek badawczy, łącząc go z propozycjami profilaktyki i terapii.

Tajemniczy ogród jest piękny, ale trudno się przez niego przedrzeć, bo jest splątany, nieuporządkowany. Tak wyobrażamy sobie własne życie. Kiedy przeżywamy traumatyczne wydarzenia, nasze życie upodabnia się do ogrodu zdewastowanego, zniszczonego, zaniedbanego, opuszczonego, do którego próbujemy wejść, ale on jest zamknięty i nie potrafimy znaleźć klucza do zamka. Czujemy lęk, przerażenie, smutek, rozpacz, cierpienie, osamotnienie, gniew, złość, poczucie winy, żal, bezradność, uczucie niesprawiedliwości i ... wiele jeszcze innych negatywnych emocji. Najnowsze badania dowodzą, że na nasze życie wpływają nie tylko traumy przeżywane przez nas samych. Zmiany biologiczne wynikające z narażenia na stres rodziców, dziadków i pradziadków mają wpływ na potomstwo, poprzez zmiany w gametach, łożysku i środowisku w macicy ciężarnej. Zmiany te nazywamy transmisją międzypokoleniową. Dziedziczenie traumy dowiedziono w eksperymentach na zwierzętach i u ludzi w licznych badaniach osób, które przeżyły obozy koncentracyjne i traumy wojenne, choć rodzaj traumy nie decyduje o jej dziedziczeniu. Okazuje się, że zmiany patologiczne pojawiają się także u osób, które przeżyły różne inne traumatyczne wydarzenia i u ich potomków. Szkodliwe czynniki środowiskowe, stres, agresja, lęk, traumatyczne przeżycia, toksyny, leki, dieta, itp. działające zarówno na matkę jak i na ojca, odciskają się piętnem w następnych pokoleniach. Całe życie szukamy klucza do furtki tajemniczego ogrodu, chcemy go uporządkować, aby był zachwycający. Tym kluczem może być epigenetyka – wiedza o dziedziczeniu pozagenowym. Epigenetyczne zmiany zachodzą w DNA (np. poprzez przyłączanie grup metylowych do cytozyny), w histonach i mikroRNA. Metylacja cytozyny w konkretnych genach zmienia ich ekspresję i może spowodować różne zaburzenia, od chorób metabolicznych, poprzez nowotworowe, psychiczne, itd. Pamięć komórkowa, (epigenetyczna) decyduje więc między innymi o naszym zdrowiu i samopoczuciu. Na szczęście zmiany epigenetyczne to zmiany chemiczne i mogą być odwracalne. Możemy pozbyć się skutków traumatycznych przeżyć przodków, możemy uporać się z własnymi traumami, głównie poprzez zmianę stylu życia. Badania dowodzą, że radzenie sobie ze stresem, aktywność ruchowa, zdrowe odżywianie się i pozytywne emocje mają wpływ na mechanizmy epigenetyczne i mogą w ten sposób przerwać łańcuch zła.

Dan Levitt

Nowe podejście do starzenia się: to nie tradycyjny dom opieki dla babci.



Jest uznanym międzynarodowym mówcą, liderem w zakresie opieki dla osób starszych, pisarzem i gerontologiem specjalizującym się w pomaganiu innym w tworzeniu lepszego życia dla seniorów. Celem Dana jest nauczenie milionów ludzi jak zmienić życie osób starszych na całym świecie. Jako popularny profesjonalny mówca, wygłasza prelekcje inspirujące tysiące ludzi na czterech kontynentach. Dan nie daje ludziom szablonowych odpowiedzi, lecz naprowadza ich na właściwą drogę. Jego przemówienia pozostawiają odbiorców z nowym sposobem myślenia o starzeniu się, który jest niezbędny, by rozkwitnąć w XXI wieku.

Nowa era

Podczas najbliższego dziesięciolecia, w odpowiedzi na nieuchronnie zbliżający się napływ seniorów, w systemie opieki nad osobami starszymi nastąpić muszą znaczące zmiany. Potrzeba ta wynika z presji finansowej, demografii, technologii i z ogólnych oczekiwań na zmiany, co sugeruje, że transformacja mająca na celu ulepszenie systemu opieki nad osobami starszymi jest nie tylko wyczekiwana, ale również uznawana za konieczną. Przeprojektowanie modelu świadczenia opieki i zapewniania warunków mieszkaniowych dla starzejącej się populacji radykalnie zmieni sposób w jaki programy i usługi będą wspierały opiekę skupiającą się na potrzebach człowieka i jakości jego życia.

Zmiana kulturowa

Potrzeba transformacji modelu opieki nad osobami starszymi z zinstytucjonalizowanych, szpitalnych wręcz domów opieki w ośrodki życia, w których seniorzy doświadczają zindywidualizowanych usług, nabrała rozpędu dopiero w latach dziewięćdziesiątych, kiedy dr Bill Thomas, geriatra i absolwent Harvardu, założył Eden Alternative. Eden Alternative ukazuje, że miejsca, w których żyją osoby starsze muszą być środowiskami dla istot ludzkich, a nie sterylnymi zakładami leczniczymi. Stworzenie tak fundamentalnej zmiany sposobu, w jaki funkcjonuje dom opieki wymaga od zarządzających aktywnego zaangażowania i systematycznego kwestionowania status quo i jego założeń poprzez zadawanie pytań, takich jak na przykład, kto czerpie korzyści z obecnej struktury organizacyjnej.

Mały dom

Model małego domu to prywatne rezydencje dla 10-12 osób, w których oferowana jest kompleksowa opieka. W tym modelu wygody życia w domu łączą się ze zindywidualizowaną i kompleksową opieką pielęgniarstwa. W żaden sposób nie przypomina to domu opieki, a raczej dom rodzinny, ponieważ zapewnia on godność, prywatność i komfort życia w środowisku gospodarstwa domowego. Trudno zauważyć cokolwiek, co mogłoby określić żyjącą tu społeczność jako dom opieki. Każda rezydencja posiada wszechstronnie wykwalifikowanych pracowników, którzy zapewniają opiekę osobistą, przygotowują posiłki i prowadzą za seniorów dom. Rezydenci traktują wszechstronnego opiekuna osób starszych jak przyjaciela, a nie jak kogoś, kto jest po prostu kolejnym pracownikiem.

Miasteczko społeczne

Holenderskie Miasteczko Demencji (Dementia Village), podczas gdy zdobywało międzynarodową renomę, zmieniło postrzeganie tego, co ważne dla seniorów, pracowników i rodzin. Wszystkie cechy instytucji zniknęły. Długie korytarze zastąpiono bulwarami dla pieszych i ścieżkami do spacerów. Nie ma żadnych sterylnych, błyszczących podłóg odbijających światło lamp jarzeniowych. Żadni pomocnicy ubrani w stroje chirurga nie

popędzają rezydentów do jadalni, żeby zdążyli na posiłek. Wyjątkowa jest tutaj awangardowa filozofia, według której wolność równa się szczęście. W Miasteczku Demencji wszędzie jest bezpiecznie. Nikt nie może opuścić społeczności niezauważony.

Wspólnoty przyjazne seniorom

Stiftung Liebenau zarządza dziesiątkami wspólnot przyjaznych seniorom w całej Europie. Bezpośrednio po drugiej stronie wspólnego podjazdu dla rowerów i pieszych jednej wspólnoty opieki nad seniorami znajduje się wielopokoleniowy kompleks mieszkaniowy, gdzie dzieci, dorośli i seniorzy żyją wspólnie w spółdzielni mieszkaniowej. Rada koncentruje się na usługach dla siebie nawzajem, jak również na usługach dla sąsiedniej rezydencji seniora. Wspólnota wykonuje również projekty społeczne dla seniorów razem z szerszą społecznością, włączając w to pobliską szkołę podstawową, która wspiera miasteczko.

W Sydney w Australii, w starannie rozplanowanej dzielnicy, restauracja i ogródek kawiarniany serwują kawę i doskonałe menu dla gości w każdym wieku. Dzieci bawią się na świeżym powietrzu na sąsiednich placach zabaw, gdzie seniorzy patrzą w przyszłość, ciesząc się zwykłymi aktywnościami codziennego życia których wcześniej byli pozbawieni w domach opieki dla starszych osób. Miejscowi, włączając w to wielu aktywnych seniorów, przychodzą w tę okolicę nie tylko odwiedzić babcię. Przychodzą z powodu renomy serwowania pysznych i tradycyjnych od pokoleń, regionalnych posiłków. Matka z jednym dzieckiem w wózku i drugim spacerującym obok wchodzi do budynku aby odebrać książki ze społecznej biblioteki, a później odbiera trzecie dziecko, które chodzi do przedszkola ulokowanego w rezydencji dla seniorów. Wspólnoty umiejscowione są w samym środku dzielnicy i są częścią większego miasteczka, a nie są ulokowane obok sterylnej szpitala serwującego szpitalne jedzenie w domu opieki.

Kolejny krok

Transformacja opieki nad osobami starszymi to ruch ogólnoswiatowy, przechodzący z obecnej rzeczywistości do uprzywilejowanej przyszłości dla następnego pokolenia rozwiązań opieki dla osób starszych. Rzucanie nowego światła na to, w jaki sposób seniorzy doświadczają starzenia jest kluczowe, ponieważ seniorzy przechodzą z życia niezależnego w życie, w którym korzystają z usług opieki dla osób starszych i domów opieki. Aby mieć pewność, że systemy zdrowotne będą nadal mogły spełniać potrzeby osób starszych, konieczne będzie zwiększenie wysiłków na rzecz wsparcia seniorów, aby mogli pozostać w swoich domach tak długo, jak to możliwe. Oczywiście, żadna pojedyncza interwencja nie zrównoważy popytu na łóżka w domach opieki i nie podtrzyma indywidualnych preferencji aby zostać w społeczności tak długo i tak niezależnie jak to możliwe. Na całym świecie wprowadza się wiele nowatorskich rozwiązań dotyczących sposobów na zaspokojenie potrzeb klienta i opiekuna w domu, często wymagając ulepszonej integracji w systemie opieki zdrowotnej oraz wykorzystywania nowych technologii. Wyzwaniem dla osób decyzyjnych w systemie zdrowotnym, instytucji świadczących usługi opiekuńcze i planistów jest odkrywanie nowych sposobów na usprawnienie wdrażania nowych rozwiązań mających na celu zaspokojenie nadchodzących potrzeb w sektorze opieki nad osobami starszymi.

Jo Croft

Promowanie samodzielności z wykorzystaniem struktury Pozytywnego Ryzyka.



Jest dyplomowaną pielęgniarką z ponad 25-letnim doświadczeniem w zarządzaniu domami opieki w Australii i Wielkiej Brytanii. Obecnie pracuje jako Menadżer Jakości w Colten Care Ltd., dostawcy usług opiekuńczych w południowej Anglii z 20 zakładami pielęgnacyjno-opiekuńczymi oraz domami opieki, wliczając w to 5 wyspecjalizowanych wspólnot opieki dla osób chorych na demencję, zapewniając pomoc ponad 1000 mieszkańcom. Jo opisuje swoją rolę jako wspieranie i mentoring menadżerów ośrodków oraz kierowników medycznych w utrzymywaniu zgodności z ustawodawstwem branży opiekuńczej, a także jako monitorowanie standardów świadczonej opieki. Jo wygłasza przemówienia na konferencjach w Wielkiej Brytanii i publikuje artykuły w NRC.

Ogólnie mówiąc, opiekunowie oraz pracownicy opieki długoterminowej z zapałem dążą do tego, aby stworzyć naszym podopiecznym, odpowiednie warunki, które pozwolą im żyć pełnią życia tak, jak to tylko możliwe, oraz cieszyć się jego najwyższą jakością.

W otoczeniu domu opieki, niezależnie od tego, czy grupa rezydentów jest młoda, czy starsza, psychicznie czy fizycznie niepełnosprawna, jakość usług, które świadczymy, skupia się na jakości „Przeżywania Doświadczeń” – dajemy naszym rezydentom motywację, aby mieli chęć wstać rano z łóżka, zapewniamy wydarzenia, na które oczekują z niecierpliwością i wspieramy ich poczucie celu oraz zdolność wyrażania wolności wyboru.

Większość z nas wolałaby myśleć, że dajemy naszym rezydentom wybór, ale w rzeczywistości wielu opiekunów i pracowników opieki ogranicza ten wybór z powodu strachu przed spowodowaniem niezamierzonej krzywdy. Prowadzenie aktywnego stylu życia wiąże się z podejmowaniem ryzyka i czasami bariery są nieświadomie stawiane w celu zapewnienia bezpieczeństwa. Często jest to konsekwencja, różnicy potrzeb, która istnieje pomiędzy dostarczaniem holistycznej, skupionej na człowieku opieki, a obowiązkiem ochrony naszych podopiecznych przed dającą się przewidzieć krzywdą.

Poprzez użycie narzędzia o nazwie Ocena Pozytywnego Ryzyka, tą różnicą potrzeb można efektywnie zarządzać¹, a poniższa prezentacja ukazuje, jak użycie tego prostego narzędzia może dowodzić słuszności obowiązku opieki, w tym samym czasie stojąc na straży swobód i praw rezydenta do stylu życia tak aktywnego, jak to tylko możliwe.

Narzędzie Oceny Pozytywnego Ryzyka może być zastosowane w różnorodnych miejscach opieki, w celu wsparcia rezydentów którzy cierpią na zaburzenia uczenia, demencję, ograniczenia ruchowe czy inne niepełnosprawności.

Prowadzenie aktywnego stylu życia jest ryzykowne, a my, jako w pełni sprawni dorośli ludzie, akceptujemy podejmowanie ryzyka jako część naszej codzienności. To bardzo przykre, gdy tak często profesjonaliści opieki zdrowotnej, pielęgniarki, czy opiekunowie wypowiadają stwierdzenia takie jak „On nie może tego zrobić, ma demencję.” Rodziny również często mają dobre intencje, ale wywierają niestosowną presję na rezydentów. Przykładem niech będzie córka, która mówi „Mamo, nie próbuj wstawać, zakręci ci się w głowie i się przewrócisz”, tylko dlatego, że trzy miesiące wcześniej jej mama przewróciła się i rozdarła sobie skórę. Powodem wypadku była infekcja układu moczowego, którą wspomniana matka wtedy przechodziła, a która

¹ Croft, J., 2017. Enabling positive risk-taking for older people in the care home. *Nursing & Residential Care* 19 (9), 515–19. <http://dx.doi.org/10.12968/nrec.2017.19.9.515>

została skutecznie wyleczona, lecz jej córka nadal odczuwa wyolbrzymiony strach przed tym, że jej matka mogłaby znowu upaść. W żadnym z powyższych obrazowych przypadków wypowiedzi z ust opiekunów lub członków rodziny nie były faktycznie trafne. Medyczna diagnoza fizycznej lub intelektualnej niepełnosprawności nie czyni automatycznie człowieka nieudolnym. Zdolności każdego człowieka, a co za tym idzie ryzyka stawiane przez ich konkretne niepełnosprawności, są całkowicie indywidualne i z tego powodu nasze podejście do planowania opieki, a w szczególności do naszej oceny i zarządzania ryzykiem musi być w taki sam sposób indywidualne. Nie istnieje jedna uniwersalna, magiczna formuła, a zrównoważone podejście można osiągnąć tylko poprzez poszanowanie indywidualizmu każdej osoby. Proces planowania opieki musi skupiać się na ocenie możliwości danego rezydenta.

Jako opiekunowie i pracownicy opieki nie możemy promować postawy 'chcieć to móc' bez zapewnienia, że nadal będziemy wypełniać nasz obowiązek opieki tak, aby chronić naszych rezydentów przed możliwą do przewidzenia krzywdą. Istnieje konieczność zbalansowania, na metaforycznej wadze wolności, wyboru i bezpieczeństwa, w tym samym czasie zdając sobie sprawę, że niemożliwe jest całkowite wyeliminowanie ryzyka. Co więcej, musimy zdawać sobie sprawę, że równowaga pomiędzy ryzykiem a korzyścią, będzie indywidualna dla każdego człowieka i dla każdej konkretnej sytuacji.

W celu zarządzania ryzykiem w sposób pozytywny (co zmaksymalizuje niezależność i pokona czynnik strachu bycia pociągniętym do odpowiedzialności gdy coś pójdzie źle) konieczne jest posiadanie stosownej i starannie przemyślanej strategii, która jest prawnie możliwa do obrony i dokładnie udokumentowana.

Narzędzie, którym zamierzam się z tobą podzielić, zbudowane jest na zasadach podejmowania decyzji możliwych do obrony² i zostało zaprojektowane tak, aby wspierać i dowodzić słuszności pro aktywnego, zrównoważonego i indywidualnego podejścia do zarządzania ryzykiem. Jednakże, zanim użyjesz lub zaadaptujesz to narzędzie do swojej sytuacji (do czego cię zapraszam), konieczne jest odniesienie się do twojego własnego narodowego lub państwowego ustawodawstwa.

Należy podkreślać wagę szkolenia pracowników na temat używania narzędzia Oceny Pozytywnego Ryzyka jako części planu opieki indywidualnej. Jest to pomocne w pozbyciu się strachu w sytuacji, gdy coś pójdzie źle, oraz wspiera stworzenie kultury zarządzania pozytywnym ryzykiem. Z tego powodu, raczej niż skomplikowane i drobiazgowo (choć jest solidne, gdy się je odpowiednio zastosuje), Narzędzie Oceny Pozytywnego Ryzyka, które prezentuję, jest bardzo proste w użytku w odniesieniu do każdego rezydenta, gdy tylko chciałby on podjąć aktywność zawierającą element ryzyka i która nie była wcześniej objęta inną formą powszechnie używanej oceny ryzyka w planie opieki (na przykład Ocena Ryzyka Upadku, itd.)

Narzędzie to obejmuje następujące kluczowe elementy:

- Opis zidentyfikowanego ryzyka (zazwyczaj aktywność, w której rezydent chciałby wziąć udział).
- Naturę tego ryzyka (co w tej konkretnej aktywności może potencjalnie spowodować krzywdę).
- Rozpoznanie potencjalnych korzyści z podjęcia ryzyka – porównanie potencjalnych korzyści i krzywd korzystania z tego, a nie innego wyboru aktywności, w tym samym czasie odzwierciedlając aspiracje rezydenta w zgodzie z jego wartościami i wierzeniami, ponieważ nie możemy zapominać, że głównym celem tego narzędzia jest wspieranie naszych podopiecznych tak, aby mogli żyć w sposób, w jaki chcą, a nie w sposób, jaki chcemy my, na tyle, na ile jest to wykonalne.
- Zapis każdej rady udzielonej przez osobę wspierającą rezydenta co do podjęcia decyzji (np. pielęgniarkę czy innego pracownika opieki zdrowotnej lub socjalnej) i uczestnictwa rodziny i innych przedstawicieli jeśli to stosowne, ponieważ mogą oni chcieć być obecni podczas dyskusji i ich poglądy powinny zostać wzięte pod uwagę, a także należy się do nich odpowiednio ustosunkować. Jest to wspólny proces.
- Miara ryzyka (przy użyciu prostej, ale solidnej tabeli wskaźnika ryzyka).

² Dix, M. & Smith, S. (2009). Managing Risk Positively: A guide for staff in Health and Social Care. <https://www.iwight.com/azservices/documents/riskmanagementguidance.pdf>

- Identyfikacja i zgoda rezydenta lub jego/jej przedstawiciela na wszelkie środki zapobiegawcze wymagane do zredukowania poziomu ryzyka przy użyciu wszystkich dostępnych środków w celu zminimalizowania potencjalnej krzywdy i zapewnienie, że najmniej restrykcyjne możliwości zostały zidentyfikowane i wdrożone. Wymaga to odrobiny myślenia lateralnego i pracy grupowej, a potrzeby muszą być konkretne dla jednostki i danych okoliczności.
- Dowód zgody (z odniesieniem do lokalnego ustawodawstwa).
- Odniesienia do jakichkolwiek innych istotnych aspektów planu opieki i zapewnienie, że plan ten jest w sposób odpowiedni przekazany wszystkim zaangażowanym oraz że jest regularnie recenzowany i oceniany (w celu zgodności z Procesem Pielęgowania).

Wynik Ryzyka kalkulowany jest oraz zapisywany jako środek 'przed i po'. 'Przed' oznacza zanim środki zapobiegawcze zostały zidentyfikowane, a 'po' – kiedy zostały już wdrożone, tym samym dowodząc zachowania należytej staranności w zarządzaniu ryzykiem, jako że celem środków zapobiegawczych jest udowodnienie zmniejszenia ryzyka w możliwych do zmierzenia warunkach.

Ważne jest, aby zauważyć, że na każdym etapie procesu oceny ryzyka nacisk kładziony jest na zachęcenie rezydenta do wyrażania swoich opinii i korzystania z możliwości wyboru, ponieważ to pozwala im stawać się pewnymi siebie i zyskiwać taką niezależność, jaka jest tylko możliwa. Gdy rezydent nie jest w stanie ocenić swoich zdolności i słabości, to na pracowniku opieki ciąży obowiązek zbadania luki pomiędzy postrzeganiem ryzyka przez rezydenta a jego realnym poziomem. Jeśli wynik ryzyka plasuje się pomiędzy średnim i wysokim, radziłabym, aby środki zapobiegawcze zostały podjęte w zgodzie z innymi członkami wielodyscyplinarnego zespołu, włączając w to, gdy konieczne, wyznaczoną pielęgniarkę rezydenta, lekarza ogólnego, fizjoterapeutę czy pracownika opieki zdrowia psychicznego, tym samym rozkładając odpowiedzialność poprzez dokumentowanie konsultacji.

Zamiast nakładać na naszych podopiecznych ograniczenia, we wszystkich naszych dyskusjach odnoszących się do planowania opieki indywidualnej odkrywamy możliwości i opowiadamy się za dążeniem do osiągnięcia celów i aspiracji naszych rezydentów. Pozytywne korzyści dla naszych podopiecznych niewątpliwie dadzą rezultaty i będą mogli nadal cieszyć się swoimi hobby i aktywnościami w których brali udział zanim znaleźli się pod naszą opieką. Możliwości jest wiele: gotowanie, ogrodnictwo, pływanie, gra w golfa a nawet przeloty balonem na ogrzane powietrze (!) i wiele innych dających satysfakcję aktywności, które wielu z nas uważa za rzeczy oczywiste.

Jeśli czujesz się teraz zainspirowany do zakwestionowania negatywnych konotacji związanych z koncepcją ryzyka, tak często rozważanego w kategoriach niebezpieczeństwa i ograniczania szkód, czyli sposobu postrzegania, który powinien zostać zastąpiony kulturą stwarzania możliwości i wsparcia z jak najmniejszą ilością ograniczeń, nie wahaj się skontaktować ze mną aby uzyskać więcej informacji na temat Podejmowania Decyzji Możliwych Do Obrony i egzemplarza szablonu Narzędzia Oceny Pozytywnego Ryzyka, które możesz zastosować oraz przystosować do swoich potrzeb.

Leszek Guga

Godność i indywidualność osoby zależnej. Seni wspiera w opiece



Ukończył psychologię organizacji na Uniwersytecie Łódzkim oraz szkołę trenerów zarządzania MATRIK. Od początku swojej kariery zawodowej związany z branżą farmaceutyczną i sektorem zdrowia. Specjalizuje się w tematyce stresu, poczucia kontroli i własnej skuteczności. Prywatnie fascynat gier i ich wykorzystania w edukacji.

W miarę jak robimy się coraz starsi, może się zdarzyć, że zaczynamy tracić kontrolę nad swoim ciałem. Na początku mogą to być nawet bardzo małe zmiany. Będąc nastolatkiem, mogliśmy wyspać się w kilka godzin, nawet śpiąc w niewygodnej pozycji. Teraz kiedy jesteśmy trochę starsi, już nieduża niewygodna oznacza niewyspanie i ból pleców, po których będziemy dochodzić do siebie przez cały dzień. To trywialny przykład, ale często pierwszy znak tego, że nie jesteśmy tak młodzi, jak nam się wydaje. Mimo to, nawet kiedy z wiekiem możemy pozwolić sobie na coraz mniej, cały czas uważamy siebie za takie same osoby jak kiedyś. To, że ból stawów utrudnia nam chodzenie po górach, nie zmienia faktu, że mentalnie nadal jesteśmy tą samą osobą co kilkanaście lat wcześniej.

Na skutek kolejnych zmian w organizmie, chorób i urazów, tych niedogodności może pojawiać się więcej i zebrane razem mogą prowadzić do częściowej lub całkowitej niesamodzielności. To trudny moment i trudny temat. Niezależnie od tego, czy niesamodzielność wkradała się w życie stopniowo, czy też pojawiła się nagle (na przykład na skutek urazu), zawsze oznacza to ogromne zmiany w życiu całej rodziny. To, jak ogromna jest to zmiana dla samej osoby niesamodzielnej, może niestety przejść niezauważone.

Zdarza się, że w celu usprawnienia codziennej opieki nad osobami starszymi lub niesamodzielnymi, zaczynamy podejmować za nie coraz więcej decyzji związanych z ich codziennym funkcjonowaniem. To my decydujemy o tym, co będą jeść na śniadanie, kiedy będą się myć, w co będą ubrane. Założymy im sweter, kiedy – według nas – robi się chłodno. Mycie zaplanujemy wtedy, kiedy to my będziemy mieć na to czas. Ubierzemy podopiecznych w to, co – według nas – jest odpowiednie. Tylko jak w tym wszystkim czują się nasi podopieczni? Nasze – niby drobne i oczywiste – decyzje z czasem mogą doprowadzić do sytuacji, kiedy nasi podopieczni nie mają już na nic wpływu. Pomimo naszych najlepszych intencji, przenosimy swoje nawyki z opieki nad dziećmi i jako „rodzice” mówimy osobom pod naszą opieką, co i kiedy mają robić. Taka stopniowa utrata możliwości podejmowania decyzji o swoim codziennym funkcjonowaniu, poza tym, że jest bolesna, zabiera też choremu motywację. Jaki jest sens starać się, kiedy i tak o wszystkim decyduje się za mnie? Warto czasem zastanowić się, czy nasze podejście do chorego nie budzi w nim uczucia frustracji, a nawet buntu. Jak my sami czulibyśmy się w takiej sytuacji? Myślę, że nie ma osoby, której nie zależałoby na tym, żeby możliwie jak najdłużej móc żyć zgodnie z dotychczasowymi przyzwyczajeniami.

Pamiętajmy, że samopoczucie chorego również wpływa na jego ogólny stan zdrowia. Osoba, której przyzwyczajenia są respektowane, czuje się szanowana i bardziej skora do „współpracy” niż osoba, która jest traktowana rutynowo i schematycznie.

Ważne jest poznanie preferencji podopiecznego. Warto porozmawiać z jego rodziną i dowiedzieć się, jakie ma przyzwyczajenia, co jest dla niego ważne i na co powinniśmy zwrócić uwagę podczas codziennej opieki.

Warto dowiedzieć się, czy chory lubi chodzić spać wcześniej i wstawać skoro świt, czy może woli czytać książki do późnego wieczora. Takich przyzwyczajzeń nie ma sensu zmieniać na siłę. Podobnie jest z preferencjami

dotyczącymi posiłków czy mycia. Spytajmy rodzinę, czy nasz podopieczny woli myć się rano, czy wieczorem, w wannie czy pod prysznicem. Jeśli tak bardzo wstydzi się zdjąć bieliznę przy opiece, że jest to dla niego bariera nie do przeskoczenia, pozwólmy mu na początku wykąpać się w bieliźnie. Z czasem, kiedy zbudujemy z tą osobą pozytywną relację, łatwiej będzie się jej przełamać.

Analogicznie postępujemy w przypadku schorzeń wieku podeszłego, szczególnie w przypadku tak „delikatnych” kwestii jak np. nietrzymanie moczu. Konieczność zmiany wyrobu chłonnego – czy to pieluchomajtek, czy wkładek urologicznych – zmusza opiekuna do przekroczenia bariery intymności, co nigdy nie jest łatwe. Dodatkowo, przekroczenie tej bariery stawia podopiecznego w jeszcze bardziej podległej pozycji. W takiej sytuacji szczególnie ważne jest zadbanie o komfort chorego i umożliwienie mu podjęcia decyzji w kwestii wyboru rodzaju wyrobów chłonnych, które preferuje ta konkretna osoba.

Nie sięgajmy rutynowo po pieluchomajtki dla wszystkich podopiecznych. Dowiedzmy się, co ta konkretna osoba stosowała do tej pory. Może woli stosować wkładki urologiczne, które kobietom kojarzą się z używanymi w młodości podpaskami. Zakres chłonności we wkładkach urologicznych jest tak duży, że spokojnie zabezpieczą zarówno osoby z kropelkowym, jak i ze średnim nietrzymaniem moczu. Wkładki urologiczne o najwyższej chłonności mogą być spokojnie stosowane jako odpowiednik dla majtek chłonnych / pieluchomajtek o najniższej chłonności.

Możemy spotkać na swojej drodze osoby, które nie chcą stosować żadnych wyrobów chłonnych, ponieważ nie chcą dopuścić do siebie myśli, że popuszczają mocz „jak małe dzieci”. Opór przed używaniem wyrobów chłonnych może dotyczyć także osób z demencją. W takiej sytuacji również nie powinniśmy narzucać im noszenia pieluch. Możemy zaopatrzyć je w majtki chłonne, które przypominają zwykłą bieliznę i ułożyć je w szufladzie z bielizną, jak gdyby były to zwykłe majtki. Wtedy chory sam może je założyć, co dodatkowo daje mu poczucie niezależności.

W przypadku, kiedy chory na stałe pozostaje w łóżku i decydujemy się na pieluchomajtki, zwróćmy uwagę nie tylko na dobór odpowiedniego rozmiaru i chłonności, ale także na to, jak o nich mówimy. Słowa zmieniają naszą ocenę sytuacji i nadają jej emocjonalne znaczenie. Szczególnie kiedy jest ona nowa i rzeczywistość, w jakiej znajdują się rozmawiające ze sobą osoby, nie jest jeszcze przez nie do końca opisana. Słowa mają wtedy moc kształtowania relacji i postaw. Jest różnica, czy powiemy, że ktoś nie może się zdecydować, czy też że podejmuje decyzje z rozmysłem. Podobnie, to jak zwracamy się do podopiecznych i jak mówimy o ich chorobie i o czynnościach pielęgnacyjnych, ma ogromne znaczenie. Zupełnie inaczej brzmi, czy zmienimy komuś pieluchomajtki albo produkt chłonny niż kiedy mówimy o zmianie „pampersa”. Taki mały detal ma wpływ na samopoczucie, ale również zmienia kontekst sytuacji, w której się znajdujemy – przenosi nas z realiów relacji pomiędzy dwojgiem dorosłych i poważnego rozmawiania o problemach zdrowia w realia w których problem nietrzymania moczu jest trywializowany, a jedna z osób jest przyrównywana do dziecka, zatem nie ma mowy o partnerskiej relacji.

Podobnie jest, kiedy do pielęgnacji chorego stosujemy kosmetyki powszechnie kojarzone z pielęgnacją dzieci i niemowląt. Mimo naszych szczerych intencji, możemy wywołać u chorego uczucie, że traktujemy go jak dziecko. To z kolei może pogłębić jego frustrację związaną z rosnącymi ograniczeniami i utratą niezależności. Dlatego do codziennej pielęgnacji wybieramy preparaty przeznaczone dla osób dorosłych i starszych. Okażemy w ten sposób szacunek dla wieku naszego podopiecznego.

Włączenie podopiecznego w decydowanie o sobie, ale również rozmowa o tym, jak chce być traktowany, jak chce, aby mówiono o jego zdrowiu i jego problemach, może mieć duże znaczenie nie tylko dla ich samopoczucia, ale również dla ich motywacji, a to z kolei do jak najdłuższego zachowania samodzielności w tak dużym zakresie, jak to możliwe. To bardzo ważna rzecz, a zdobyć ją można bardzo, bardzo prosto – po prostu rozmawiając.

dr hab. Beata Bugajska

Zabezpieczenie zróżnicowanych potrzeb opiekuńczych niesamodzielnych osób starszych – rozwiązania wdrażane w Szczecinie.



Doktor habilitowany nauk społecznych w dyscyplinie pedagogika (2016). Miejsce pracy: Katedra Pedagogiki Społecznej Uniwersytet Szczeciński. Od 2016 - dyrektor Wydziału Spraw Społecznych Urzędu Miasta Szczecin. Zainteresowania badawcze: pedagogika społeczna, gerontologia społeczna, pomoc społeczna i praca socjalna. Wiceprzewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Autorka ponad 60 prac, w tym m. in.: Tożsamość człowieka w starości. Studium socjopedagogiczne (Szczecin 2005); Przyszłościowa perspektywa czasowa w starości (Szczecin 2012 - współautorka); Podróż w czasie. Warsztat rozwoju osobistego osób starszych (Szczecin 2014 - współautorka) - książka zdobyła Nagrodę Teofrasta w kategorii najlepsza popularyzatorska książka psychologiczna roku 2015; The nine stage in the cycle of life – reflections on E.H. Erikson's theory In: Ageing&Society 37.2017

Proces starzenia się populacji Miasta Szczecin prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na opiekę długoterminową nad niesamodzielnymi osobami starszymi. Tym samym, miasto staje przed wyzwaniem tworzenia spójnego systemu wsparcia osób starszych, przy zastosowaniu alternatywnych, skutecznych i ekonomicznie efektywnych rozwiązań. Nowe podejście do pomocy społecznej w sferze polityki senioralnej odchodzi od tradycyjnego, polegającego na przyznawaniu świadczeń czy też miejsc dla osób niesamodzielnych w domach pomocy społecznej, na rzecz rozwoju usług aktywizacyjno - zapobiegawczych i wsparcia w środowisku zamieszkania. Zgodnie z nowoczesną wizją pomocy społecznej, całodobowa opieka instytucjonalna to ostateczna forma wsparcia osób starszych, stosowana wówczas, gdy wszystkie inne formy wsparcia okażą się niewystarczające. Najskuteczniejszą formą opieki nad osobami starszymi są usługi środowiskowe świadczone w miejscu zamieszkania. Ważne jest również odwołanie się do zasady subsydiarności, zgodnie z którą tworzy się warunki pozwalające na wykorzystanie w pierwszej kolejności potencjału opiekuńczego rodziny i najbliższego środowiska (sąsiedzi, przyjaciele, dawne środowisko zawodowe) a następnie, w miarę wzrastającego zapotrzebowania na opiekę włącza się w system wsparcia, inne grupy nieformalne i organizacje pozarządowe oraz instytucje samorządu terytorialnego. Wyznaczając kierunki polityki senioralnej w Szczecinie odwołano się również do zasad działania na rzecz osób starszych, przyjętych przez Zgromadzenie ONZ w 1991 roku, takie jak: niezależność, uczestnictwo, opieka, samorealizacja, godność.

W 2016 roku w Szczecinie mieszkało ponad 405 tys. osób z czego 74 tys. miało 65 lub więcej lat. Niemalże co piąty mieszkaniec miasta zaliczany był do grona seniorów według progów demograficznych, ekonomicznych, socjalnych oraz społecznych. Według prognozy demograficznej GUS, do roku 2050 niemalże potroi się liczba osób po 85 roku życia z tzw. kategorii sędziwej starości. Wraz z wiekiem rośnie ryzyko niesamodzielnosci oraz wzrasta zapotrzebowanie seniorów na pomoc i wsparcie w codziennym funkcjonowaniu.

W Szczecinie w roku 2030 będzie mieszkać przeszło 27 tys. osób w wieku 80 i więcej lat, natomiast do roku 2050 ich liczba wzrośnie do 36 tys. Prognozy demograficzne wskazują na zjawisko podwójnego starzenia się populacji. Za półtorej dekady znacząco wzrośnie liczba młodych emerytów po 60 lub 65 roku życia, przy równoczesnym wzroście liczby osób z okresu zaawansowanej starości, wkraczających w „czwarty wiek”. Według szacunków, co drugi 80-latek wymaga wsparcia i pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Wzrastać będzie również liczba jednoosobowych gospodarstw domowych prowadzonych przez osoby starsze. Tak więc, zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńcze na rzecz niesamodzielnych osób starszych będzie w najbliższych latach systematycznie rosnąć. Do roku 2045 liczba osób w wieku 85 i więcej lat ulegnie potrojeniu. Uwzględniając prognozy demograficzne, z myślą o ograniczaniu negatywnych skutków procesu starzenia się populacji, w Szczecinie wyznaczane są nowe standardy w opiece nad seniorami. Jednym z podstawowych

założeń jest zmiana podejścia do opieki nad osobami starszymi. W szczególności w kwestii odejścia od modelu opieki instytucjonalnej. Z myślą o zabezpieczeniu zróżnicowanych potrzeb niesamodzielnych osób starszych dla Szczecina priorytetowe stało się:

I. Rozwój alternatywnych dla domów pomocy społecznej form opieki całodobowej, bardziej przyjaznych osobom starszym, w szczególności:

1. Intensyfikacja rozwoju zasobu mieszkań chronionych, poprzez zwiększanie liczby mieszkań chronionych do 5-ciu, w każdym kolejnym roku, w latach 2018 - do 2030, z uwzględnieniem Prawobrzeża;
2. Rozwój systemu mieszkalnictwa wspomaganego we współpracy z STBS i TBS Prawobrzeże, (m.in. w rewitalizowanych przestrzeniach miasta)
3. Tworzenie rodzinnych domów pomocy dla osób starszych.

II. Tworzenie systemu wsparcia środowiskowego:

1. Optymalizacja funkcjonowania dziennych ośrodków wsparcia poprzez m.in.:
 - a) profilowanie pracy ośrodków wsparcia dziennego, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wsparcie osób z demencją, w tym chorobę Alzheimera oraz niepełnosprawność (osoby niewidome, niedosłyszące i inne);
 - b) zlecenie prowadzenia ośrodków wsparcia organizacjom pozarządowym;
 - c) poszerzanie zakresu usług ośrodka na rzecz wsparcia osób w środowisku zamieszkania;
 - d) rozwój wolontariatu opiekuńczego, w tym osób w „trzecim wieku” na rzecz osób w „czwartym wieku”
2. Rozwój usług środowiskowych we współpracy z organizacjami społecznymi (np. usługi transportowe, adaptacja pomieszczeń, dowóz żywności, zakupy, drobne naprawy) i szkołami (np. ciepły posiłek) umożliwiającymi osobom starszym samodzielne funkcjonowanie w środowisku;
3. Doskonalenie jakości usług opiekuńczych w środowisku;
4. Rozbudowanie wsparcia środowiskowego dla niesamodzielnych seniorów oraz członków ich rodzin, z uwzględnieniem opieki wytchnieniowej;
5. Rozwój sieci klubów seniora.

III. Wsparcie rodziny w procesie opieki nad osobami starszymi chorymi na choroby otępienne

- a) Kontynuacja unikatowego w skali kraju świadczenia pieniężnego „Bon opiekuńczy: Alzheimer 75”
- b) Diagnoza potrzeb rodzin opiekujących się osobami starszymi chorymi na chorobę Alzheimera we współpracy z Uniwersytetem Szczecińskim
- c) kompleksowe wsparcie opiekunów rodzinnych w sprawowaniu opieki nad niesamodzielnymi seniorami.

Magdalena Jaworska-Nizioł

Ujarzmić czwartą władzę.



Z wykształcenia filolog polski, z zawodu dziennikarz i rzecznik prasowy. A po kilku latach przeszłam na drugą stronę barykady i z dziennikarza stałam się, z biegiem czasu, rzecznikiem prasowym, który na co dzień współpracuje z przedstawicielami mediów..

Jak napisał Paulo Coelho „Wszystko ma swoją cenę. A informacja to jeden z najdroższych towarów na świecie”. Niestety jest przy tym towarem o krótkiej dacie ważności. W wirtualnym świecie żyje jedynie krótką chwilę. Przez kilka godzin powtarzają ją wszystkie media w serwisach jako „news” dnia, jest lajkowana i udostępniana na portalach społecznościowych, do momentu, gdy pojawi się inny, ważny temat, czy wydarzenie. Przy całej swej kruchości jeszcze jedno jest znamienne... choć znika z pierwszych stron gazet, z wiadomości i social mediów, już na zawsze pozostanie po niej ślad. W każdej dowolnej chwili będzie można do niej wrócić. Gdy mówiono i pisano o nas dobrze zawsze możemy się tym faktem szcycić, gorzej kiedy został przygotowany nierzetelny, niepochebny lub szkalujący tekst, bo na zawsze będzie rysą na naszym życiorysie.

Coraz więcej osób przyjmuje pogląd, że współczesne media są „czwartą władzą”. Telewizja, gazety, radio i oczywiście wszystkie portale społecznościowe mają ogromny wpływ na nasz sposób myślenia. Media, które z założenia powinny jedynie przekazywać informacje, są wykorzystywane do kształtowania postaw i opinii społecznych. Ulegają także manipulacji, skupiając się na osiągnięciu własnego zysku, powodują zniekształcenie postrzegania przez nas rzeczywistości. Co gorsze, tragiczne obrazy i historie rozgrywającej się ludzkiej tragedii malowane są przez dziennikarzy „kolorowym pędzlem”, bo „Kłopot prasy polega na tym, że nic co normalne, nie jest interesujące.” (Saul Bellow).

Jak ujarzmić „czwartą władzę”? Poddać się? Stanąć do walki? A może podpisać pakt o nieagresji?

Presja czasu, pod którą działają dziennikarze często niestety prowadzi do sytuacji patologicznych. Za wszelką cenę chcą sprzedać artykuł lub materiał i dzięki temu zwiększyć zyski swoich redakcji. Niedoświadczone prawo, nadużycia władzy, nieludzkie traktowanie dzieci, osób niepełnosprawnych, czy starszych to problematyka, dla której zawsze znajdzie się miejsce w serwisach informacyjnych i na łamach prasy. Oczekiwanie na autoryzację lub potwierdzenie newsa może oznaczać, że temat spadnie, albo - co gorsza - podchwyci go konkurencyjna stacja lub gazeta. Zdarza się, że trzeba podjąć ryzyko i wypuścić go bez ostatecznego potwierdzenia licząc na to, że osoby, które są bohaterami materiału nie są wyposażone w wiedzę i narzędzia, które pozwolą się im bronić. Naszym zadaniem jest nabycie umiejętności, które dadzą nam siłę, by stanąć oko w oko z dziennikarzami.

Wszyscy zdajemy sobie sprawę, że jesteśmy świadkami zjawiska demograficznego, które powoduje konieczność rozwoju różnych form opieki nad najstarszą generacją. Naukowcy przewidują, że między rokiem 1975 a 2025 odnotujemy wzrost populacji osób starszych aż o 214%. Proces wydłużania się życia jest rezultatem poprawy warunków życia, postępu technicznego i medycznego. Równolegle obserwujemy zmianę modelu rodziny. Już coraz rzadziej funkcjonują domy wielopokoleniowe, których członkowie wzajemnie zapewniają sobie opiekę. Systemy opieki nad seniorami są najlepiej rozwinięte w tych krajach, w których te zagrożenia dostrzeżono wcześniej, a przy tym zasobność finansowa pozwalała na rozwiniętą pomoc dla osób potrzebujących wsparcia:

niepełnosprawnych, dzieci i seniorów. Z jednej strony mamy do czynienia z systemem pomocy społecznej działającym pod nadzorem właściwych organów i tym samym mniej narażonym na patologie. A z drugiej zjawisko starzenia się społeczeństwa i coraz większych potrzeb w zakresie zapewnienia opieki najłabszym buduje „szarą strefę”, która działa poza regułami prawa i rodzi wiele niebezpieczeństw. Ujawnianie nieprawidłowości w jej funkcjonowaniu i pokazywanie krzywdy tych, którzy nie mogą się bronić powinno być obowiązkiem dziennikarzy. Jednak muszą oni pamiętać o konsekwencjach swoich tekstów, materiałów i audycji. Aby zniszczyć wizerunek wystarczy jeden program, czy artykuł, który żyć będzie w mediach przez góra kilka dni... a odbudowa dobrego imienia często staje się niemożliwa. Instytucje pracujące w ramach szeroko rozumianej pomocy społecznej lub instytucje publiczne wyjątkowo często wystawione są na atak medialny. Wynika to pewnie w dużej mierze ze specyfiki tej sfery, ale także niestety braku w tego typu jednostkach chociażby podstawowych narzędzi służących do komunikacji ze społeczeństwem, a o wykwalifikowanych specjalistach od public relations, czy rzecznikach prasowych można jedynie pomarzyć.

Wystarczy jeden telefon od zatroskanego obywatela, list od członka rodziny klienta np. domu pomocy społecznej, wpis na portalu społecznościowym, czy e-mail do redakcji, by wywołać lawinę trudności. Pierwsze niewinne pytania, wątpliwości i prośby o odniesienie się do danej sytuacji bez właściwej strategii mogą przerodzić się w kryzys, który pogrzebie nasz dotychczasowy dorobek, pracę i zaangażowanie. A wystarczy posiąść podstawowe informacje o naszych prawach i obowiązkach, by wyjść z takiego spotkania bez większych ran.

Joseph Pulitzer opisując współczesne sobie dziennikarstwo stwierdził: „Strach przed prasą udaremnił więcej przestępstw, korupcji i niemoralności niż prawo” - i to stwierdzenie pozostaje wciąż jak najbardziej aktualne. W Polsce władza ustawodawcza, wykonawcza i sędziowska ustanawia prawo i czuwa nad jego przestrzeganiem, przy tym przedstawiciele każdej z tych władz są nieustannie kontrolowani i krytykowani przez przedstawicieli „czwartej władzy” - dziennikarzy. Media spełniają zatem niezmiernie istotną rolę - jako przedstawiciele społeczeństwa czuwają nad wywiązywaniem się z obowiązków przez funkcjonariuszy publicznych i transparentnością życia publicznego. Można śmiało powiedzieć, że jednym z ważniejszych osiągnięć państwa prawa jest to, że dziennikarze dopóki sami nie złamią prawa mogą poprzez swoją pracę swobodnie pełnić funkcję krytyczną i kontrolną.

Jednostki publiczne lub podmioty świadczące usługi publiczne powinny zabiegać o dobrą reputację i skuteczną komunikację. Dzięki nowoczesnym narzędziom, np. Internetowi, mamy możliwość tworzenia alternatywnego, niż tylko medialnego, obrazu danej jednostki. Właściwe zarządzanie informacją umożliwia stworzenie obrazu instytucji, która jest zintegrowana z otaczającym ją środowiskiem oraz realizującej zadania z zakresu użyteczności publicznej, poniekąd dąży także do uzyskania w świadomości społeczeństwa potrzeby funkcjonowania poszczególnej jednostki. A najprostszą i najszybszą metodą kontaktu z otoczeniem i mediami mogą stać się strony internetowe, które zdecydowana większość placówek posiada. To my jesteśmy odpowiedzialni za zamieszczane na nich treści, więc mogą się one stać naszą alternatywą dla „złej prasy”. Czasem zdarza się tak, że kilkusekundowy filmik opublikowany na Facebooku wywoła lawinę dobrot i niewiarygodnych wręcz zdarzeń o czym przekonały się Siostry Dominikanki prowadzące Dom Chłopaków. Ich historia współpracy z mediami powinna być przykładem tego, jak nawet na pierwszy rzut oka zamknięta społeczność, wydawałoby się wręcz wyizolowana z realnego życia, potrafi odnaleźć się w świecie szukających sensacji dziennikarzy.

Trudno znaleźć złoty środek i najlepsze metody, które pozwolą ustrzec się przed sytuacją kryzysową. Musimy jednak przygotować się na to, że finał będzie miała w mediach. I tylko od nas będzie zależało jaki obraz zostanie opublikowany.

dr hab. Paweł Dobski prof. nadz. UEP

Relacyjna koncepcja marketingu w opiece długoterminowej.



Dr hab. Paweł Dobski prof. nadz. UEP – pracownik naukowo - dydaktyczny Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, wykładowca Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. L.Koźmińskiego w Warszawie, oraz Wyższej Szkoły Bankowej. Lider projektów szkoleniowych i konsultingowych w zakresie wdrażania systemów ISO 9001: 2015, ISO 14 001: 2015, ISO 27001:2017, Standardów Akredytacyjnych oraz ochrony danych osobowych - RODO w ponad 300 podmiotach leczniczych. Autor ponad 100 publikacji poświęconych tematyce marketingowej i zarządzania przez jakość w podmiotach leczniczych opieki zdrowotnej.

Przyjęcie paradygmatu marketingu relacyjnego sprawia, że zasadniczo zmienia się sposób postrzegania organizacji usługowej. Wybór tej wersji marketingu wskazuje na model zarządzania marketingowego wpisany w kontekst strategii pro jakościowej. Jest to model takiego zarządzania, które nie zmierza do przekształcenia rynkowego otoczenia w sferę wpływów i dominacji, ale wykorzystując marketing relacyjny, zmierza do wchłonięcia tego, co zewnętrzne, do włączenia klientów i interesariuszy w strukturę organizacyjną.

Wzrost zainteresowanie problematyką jakości usług dało się zauważyć na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych. Od połowy lat osiemdziesiątych do dnia dzisiejszego kwestia jakości jest jednym z najczęściej poruszanych zagadnień w opracowaniach dotyczących marketingu usług. Bardzo często problematykę jakości usług podejmowali tacy autorzy jak Ch. Grönroos, E.Gummesson, L.L.Berry, A.Parasuraman, V.Zeithmal, R.C.Lewis, B.M.Booms, V.E.Sasser, P.R.Olsen, D.D.Wyckhoff³.

Jak się często okazuje ocena jakości usługi zasadniczej często dokonywana jest przez pryzmat nie tylko wyniku końcowego, ale także z perspektywy usług towarzyszących. W przypadku oceny jakości np. usług medycznych należy wziąć pod uwagę asymetryczność ról jaka ma miejsce w relacjach jakie zachodzą pomiędzy personelem medycznym – profesjonalistami w danej dziedzinie, a pacjentami. Pacjent nie jest bowiem w stanie ocenić kwalifikacji personelu medycznego, ani poprawności wykonywanych zabiegów. Może jedynie ocenić wynik końcowy leczenia, a więc czy nastąpiła poprawa bądź powrót do zdrowia lub też na przykład przebieg procesu rehabilitacji. Pacjent zwraca często uwagę na tzw. miękkie elementy usługi. Ocenie zatem podlega: higiena i bezpieczeństwo w podmiocie leczniczym, uprzejmość personelu oraz wychodzenie naprzeciw oczekiwaniom pacjentów, zasób i stopień zrozumienia uzyskiwanych informacji, itp. W przypadku usług medycznych należy pamiętać, że jakość jest różnie postrzegana. Można wyróżnić trzy perspektywy oceny:

- ✓ Dla personelu medycznego jakość usług związana jest z samodzielną kontrolą wykonywanych działań,
- ✓ Dla pacjenta ważny jest wynik końcowy leczenia oraz miękkie elementy usługi,
- ✓ Dla instytucji finansujących o jakości decyduje dostępność i zakres świadczonych usług.

³ Ch Grönroos, Strategic Management and Marketing in the Service sector, Swedish School of Economics and Business Administration, Helsinki 1982; E.Gummesson, Models of Professional Services Marketing, Marknadstekniskt Centrum, Stockholm 1979; E.Gummesson, Quality Management in Service Organisations, ISQA 1983; A.Parasuraman, V.Zeithmal, L.L.Berry, A Conceptual Model of service Quality and Its Implications for Future Research Journal of Marketing, autumn 1985, W.E.Sasser, P.R.Olsen, D.D.Wyckhoff, Management of Service Operations, Text and Cases, Allyn and Bacon, Boston Ma 1978; R.C.Lewis, B.H.Booms, The Marketing Aspects of Services Quality w: Emerging Perspectives on Services Marketing Association, Chicago 1983

Na zmianę zachowań nabywców i dostawców świadczeń wpływa przydatne pacjentowi prawo wyboru lekarza rodzinnego, lekarza specjalisty i podmiotu leczniczego. Pacjent, oprócz możliwości wyboru oczekuje wyczerpującej informacji, łatwiejszego dostępu do wyższej jakości świadczeń, wysokiej kultury ich realizacji. Ponadto korzysta z pomocy prawników, jeżeli zajdzie podejrzenie spowodowania uszczerbku na zdrowiu na skutek lekkomyślności lub niedbalstwa w leczeniu. Pacjenci oczekują od systemu wzrostu poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, wydłużenia długości życia i poprawy jego jakości⁴. Optymalną sytuację, w której zarówno lekarz, jak i pacjent wykazują pełną zgodność w dążeniu do celu, jakim jest zdrowie, zakłada teoria T.Parsonsa. Taki idealny model rzadko jednak występuje w rzeczywistości.

Oceniając charakter relacji lekarz – pacjent E. Emanuel i L. Emanuel przedstawiają cztery podstawowe modele⁵:

- *model paternistyczny*, w którym lekarz decyduje, jaki sposób leczenia jest najodpowiedniejszy i stara się nakłonić pacjenta do wyrażenia zgody;
- *model informacyjny*, w którym lekarz jako ekspert – profesjonalista dostarcza stosownych informacji, a pacjent dokonuje wyboru metod leczenia;
- *model interpretacyjny*, w którym lekarz dostarcza informacji zarówno o stanie zdrowia pacjenta, jak o ryzyku i korzyściach związanych z różnymi sposobami leczenia. Lekarz występuje tu zarazem w roli doradcy, pomagając pacjentowi w podejmowaniu decyzji, jak i trybu postępowania, który najbardziej odpowiada jego osobowości;
- *model wspólnego naradzania się*, w którym lekarz, występując w roli nauczyciela lub przyjaciela, rozpoczyna dialog z pacjentem, aby rozważyć wszystkie plusy i minusy różnych metod oraz wybrać najodpowiedniejszy sposób leczenia.

Za ostatnim modelem optuje A.B.Barbour⁶. Opisuje on model stosunków między pracownikami służby zdrowia a pacjentami, który nazywa *modelem wzrostu troski o pacjenta*. Za partnerstwem opowiada się także T.Quill,⁷ przyjmując w swoim modelu cztery założenia, a mianowicie:

1. każdy uczestnik procesu leczenia ponosi określoną odpowiedzialność,
2. kontakty opierają się na obopólnej zgodzie i nie są obowiązkowe,
3. istnieje wola negocjowania,
4. każda ze stron musi odnieść jakąś korzyść z tych układów

Reasumując należy pamiętać, że jakość usług medycznych nie tylko jest pojęciem wielowymiarowym ale także jest sferą za którą ponoszą odpowiedzialność wszyscy pracownicy, na każdym szczeblu w organizacji. Błąd popełniony na jednym etapie może skutkować pomyłkami na kolejnych. W podnoszeniu jakości usług medycznych, a tym samym minimalizowaniu ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych pomocne mogą okazać się znormalizowane systemy zapewnienia jakości takie jak normy ISO np. ISO 9001:2015 oraz standardy akredytacyjne nadzorowane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

⁴ J.R.Łuczak, *Lekarz rodzinny i jego pacjent w zmieniającym się otoczeniu*, Zdrowie i Zarządzanie, tom I, 1999 nr 5, s. 11.

⁵ E.Emanuel, L.Emanuel, *Four Models of the Physician – Patient Relationship*, JAMA, 1992, s. 267, za: T.Gordon, W.S.Edwards, *Pacjent jako...*, op.cit., s. 38.

⁶ A.Barbour, *Humanistic Patient Care: A Comparison of the Disease Model and the Growth Model*, za: T.Gordon, W.S.Edwards, *Pacjent jako...*, op.cit., s. 38.

⁷ T.Quill, *Partnership in Patient Care: A Contractual Approach*, Ann. Int.Med. 1983, s. 239, za: T.Gordon, W.S.Edwards, *Pacjent jako...*, op.cit., s. 39.

Nobumasa Ohmori

System Opieki Długoterminowej w Japonii.



Przewodniczący i założyciel Medical Corporation Tatsuoka Social Welfare Corporation Tatsuoka. Zarządza 1 przychodnią medyczną, 10 placówkami dla osób starszych, 1 domem opieki dla niepełnosprawnych, 3 terapeutycznymi wspólnotami mieszkaniowymi dla osób cierpiących na demencję, oraz 35 centrami serwisowymi opieki domowej Finlandia to jeden z najszybciej starzejących się krajów Europy. Wzrost długości życia oraz niski wskaźnik urodzeń spowodują stałe zmiany w jej strukturze wiekowej. Liczba osób starszych wzrośnie, podczas gdy liczba dzieci oraz młodych ludzi spadnie tak, że zmniejszy się liczba ludności w wieku produkcyjnym. Zmiana w strukturze wiekowej wpłynie na całe społeczeństwo. Zapewnienie usług osobom starszym stanowi wyzwanie z powodu spadku liczby osób na rynku pracy.

Analizując zmiany w japońskiej strukturze demograficznej, można zauważyć, że w obecnej strukturze społecznej na każdą osobę starszą przypadają 2,6 osoby. Szacuje się, że w roku 2060, z powodu wciąż starzejącej się populacji oraz coraz niższego wskaźnika urodzin, ten stosunek wynosić będzie 1,2 osoby na każdego starszego obywatela.

Podczas gdy społeczeństwo się starzeje, zwiększają się potrzeby opieki długoterminowej, między innymi z powodu większej liczby osób starszych wymagających opieki długoterminowej oraz wydłużającego się czasu tej opieki. W międzyczasie, ze względu na czynniki, takie jak moda na rodziny nuklearne (małe rodziny dwupokoleniowe), czy starzenie się opiekunów w rodzinach, środowisko wokół rodziny uległo zmianie. Z tego powodu w 2000 roku w Japonii ustanowiono System Ubezpieczeń Opieki Długoterminowej.

Ideą Systemu Ubezpieczeń Opieki Długoterminowej jest wsparcie niezależności osób starszych, a nie tylko zapewnienie opieki osobistej. Jest to system, którego użytkownicy otrzymywać mogą zintegrowane usługi zdrowotne, medyczne i socjalne od różnorodnych pośredników na podstawie własnych preferencji. Ponadto, wiąże się to z zaadaptowaniem systemu ubezpieczeń społecznych, w którym relacja pomiędzy korzyściami a obciążeniami jest jasna i klarowna.

Usługi Ubezpieczeń Opieki Długoterminowej świadczone dla osób powyżej 65 roku życia które zaczynają potrzebować opieki lub wsparcia z jakiegokolwiek powodu, a także dla osób pomiędzy 40 a 64 rokiem życia, które zaczynają cierpieć na choroby związane z wiekiem, takie jak nieuleczalna choroba nowotworowa lub reumatoidalne zapalenie stawów, i z tych powodów zaczynają potrzebować opieki lub wsparcia.

Szacuje się, że liczba seniorów powyżej 65 roku życia w 2025 osiągnie 36,57 miliona oraz osiągnie poziom szczytowy w wysokości 38,78 miliona w roku 2042. Ponadto, procent seniorów powyżej 75 życia także będzie rósł, przekraczając 25% w roku 2055.

W roku 2025, pokolenie tzw. 'baby boomers' (osób urodzonych w okresie wyżu demograficznego w latach 50. XX wieku) osiągnie wiek powyżej 75 lat. W tej sytuacji w Japonii konieczne będzie korzystanie ze struktury nazywanej Wspólnotowym Systemem Opieki Zintegrowanej.

Wspólnotowy System Opieki Zintegrowanej zapewnia wszechstronny dostęp do opieki zdrowotnej, pielęgnarskiej i zapobiegawczej, a także miejsca zamieszkania i środki do życia. Dzięki temu systemowi osoby starsze mogą przeżyć resztę swojego życia według własnych preferencji, w znanych sobie środowiskach, nawet jeśli będą w dużej mierze potrzebować opieki długoterminowej. Ponadto, jako że szacuje się, że liczba osób

starszych cierpiących na demencję również będzie rosła, Wspólnotowy System Opieki Zintegrowanej jest kluczowy dla wsparcia współżycia społecznego osób starszych z demencją.

Ustanowienie Wspólnotowego Systemu Opieki Zintegrowanej zbudowanego na regionalnej autonomii i niezależności jest niezbędne zarówno dla władz samorządowych, jako ubezpieczycieli Systemu Ubezpieczeń Opieki Długoterminowej, jaki dla prefektur.

prof. Daniela Soitu

Czy możemy pozytywnie ukształtować życie osób starzejących się? Pragnienia, zasoby i życiowe lekcje.



Profesor socjologii na Wydziale Socjologii i Pracy Socjalnej, Uniwersytet Aleksandra Jana Cuzy w Jassach, Rumunia. Główne obowiązki: przygotowanie kursów, nauczanie i ocena studentów. Koordynacja prac końcowych i rozpraw doktorskich. Członek komisji oceny końcowej prac doktorskich. Działalność badawcza. Kursy: Opieka społeczna dla osób starszych, Starsza rodzina, Poradnictwo w zakresie pracy socjalnej, Poradnictwo w zakresie rozwoju osobistego, Praca socjalna stosowana.

Bezbronność społeczna jest często związana z procesem starzenia się. Społeczny wymiar podatności na zagrożenia odzwierciedla egzogeniczny lub też zewnętrzny czynnik i mechanizm podatności na zagrożenia. Do najczęściej wymienianych czynników mogących mieć wpływ na życie osób starszych należą: status społeczno-gospodarczy (ang. SES), deprywacja, wsparcie społeczne, izolacja lub wykluczenie społeczne, sieci społeczne, zaangażowanie społeczne, panowanie nad sytuacją życiową i poczucie kontroli nad nią, kapitał społeczny oraz spójność społeczna.

W naszej pracy poruszamy te kwestie, koncentrując się na niebezpieczeństwie związanym ze stereotypowym podejściem do starzenia się. Cechy bezbronności społecznej są podkreślane w specyficznych i zróżnicowanych kontekstach.

Starzenie się jest procesem indywidualnym, opierającym się na różnych stylach życia, różnych problemach osobistych i społecznych osób starszych, na ich oczekiwaniach i proponowanych rozwiązaniach. Stereotyp jednorodności procesu starzenia się oraz powiązanie pewnego wieku ze słabością i zagrożeniami to czynniki, które podtrzymują podatność społeczeństwa na zagrożenia społeczne.

Opowiadamy się za podejściem transformacyjnym, ukierunkowanym na rozwój, na dynamizację służb prewencji ryzyka, na aktywizację obecnych i przyszłych pokoleń dorosłych w późnym wieku oraz na zwiększenie zaangażowania społecznego. Jednocześnie możemy wykorzystać koncepcję przebiegu życia, opracowaną przez G.H. Elder Jr. (1975, 1997, 2003). Zgodnie z nią, określona jednostka może być aktywnym podmiotem własnych zmian w kontekście historycznym, społecznym, ekonomicznym, politycznym, wspólnotowym, który ingeruje i wpływa na osobiste doświadczenia, wydarzenia i przemiany.

Oznacza to, że usługi opracowane dla obecnych grup osób starszych nie są już odpowiednie dla przyszłych pokoleń. My, jako młodzi dorośli, możemy już teraz kształtować nasze starzejące się życie.

Proces ten obejmuje zarówno pracę zgodnie z naszymi pragnieniami i indywidualnymi potrzebami, jak i zaangażowanie się w opracowywanie polityk działania i usług, których będziemy potrzebować w starszym wieku.

Będziemy mieli przyszłość, którą budujemy, szacunek, który zawdzięczamy sobie i usługi społeczne, które przygotowujemy! Obecnie dzieci i młodzież, przyszli opiekunowie w dziedzinie opieki długoterminowej, muszą dowiedzieć się o tych kwestiach już teraz, poprzez bezpośrednie interakcje z osobami posiadającymi trzy razy więcej lat niż oni sami, mieszkającymi w domach lub w ośrodkach, ale posiadającymi zrozumienie sensu życia, które to mogą przekazać innym.

W Unii Europejskiej, według danych scentralizowanych przez Europejski Urząd Statystyczny – Eurostat, Rumunia zajmuje trzecie miejsce jako liczba bezwzględna wśród państw o największym spadku liczby ludności, zaraz po Niemczech (-187 000 2015 r.) i Włoszech (-161 800). W 2015 r. w Rumunii urodziło się około 185 000 dzieci, a liczba zgonów wyniosła ponad 260 000. Mamy tu do czynienia z wyłącznie ujemnym przyrostem

naturalnym – w ciągu jednego roku populacja Rumunii straciła ponad 75 000 osób. Osoby starsze stanowią prawie 20% ludności (25% na niektórych obszarach wiejskich).

Sytuacja ta przywodzi na myśl pewne pytania: Jak wygląda życie tych ludzi? Jak było wcześniej? Co myślą o swoim życiu, wydarzeniach, wpływach i kierunkach? Jaki jest najlepszy sposób na odnalezienie odpowiedzi na te pytania?

Podejście zorientowane na przebieg życia umożliwia powiązanie czynników wczesnego etapu życia w przypadku chorób osób dorosłych poprzez ich wystawienie na zagrożenia w trakcie życia lub poprzez stopniową degradację, której siła skumulowała się w wyniku poszczególnych epizodów choroby, niekorzystnych warunków środowiskowych i zachowań zwiększających ryzyko chorób przewlekłych i śmiertelności.

Rozwój ludzkości oraz ten związany z cyklem życia wynikają ze wspólnych zasad, takich jak:

- rozwój człowieka przez całe życie;
- znaczenie wydarzeń w historii życia - nie jako sytuacji statycznej, ale jako kierunku, który z nich wynika;
- aktywna rola jednostki w budowaniu własnego rozwoju – jednostka jako aktywny czynnik własnego rozwoju;
- zależą również od okresów doświadczanych przez kohorty jednostek;
- elastyczność osobowości i życia behawioralnego;
- wpływ normatywny i charakterystyka wieku w rozwoju indywidualnym poprzez powiązane z tym role.

Dlaczego wybraliśmy perspektywę zorientowaną na przebieg życia? Może być ona przydatna jako teoria w wyjaśnianiu i studiowaniu: ścieżki życia jednostek, argumentów na temat znaczenia wydarzeń i okresów historycznych doświadczanych przez kohorty jednostek oraz strategii adaptacyjnych, które ludzie wybierają poprzez zmiany dotyczące statusu i roli, a także doświadczanie negatywnych zmian i tym podobne.

Jest to właściwe podejście do badania zmian środowiskowych oraz ich wpływu na indywidualny rozwój poprzez ewolucyjną konceptualizację. Wiek - jest to przebieg życia poprzez szereg relacji społecznych. Trzecia cecha wyznacza osobę aktywną w kształtowaniu własnego przebiegu życia, a czwarta podkreśla rolę wpływów historycznych w procesach życiowych i rozwojowych jednostki.

Różnice można zobaczyć tylko poprzez analizę pojedynczej kohorty:

- starszej grupy, urodzoną w latach 1935-1945; jest to okres zbliżony do średniej długości życia (78 kobiet; 69 mężczyzn) i mają pewne interesujące cechy z perspektywy przebiegu życia. Były to: dzieci z czasów drugiej wojny światowej; małe i piękne ruchy „flower power”; rodzice rumuńskich dzieci z wyżu demograficznego; budowniczości przemysłu i „nowego socjalistycznego społeczeństwa rumuńskiego”; pierwsi emeryci po 1990 r. (zaczynający się w wieku 50, 55 lat);
- dorośli, aby stawić czoła „okresowi przejścia” po 1990 r., walczący o zatrudnienie i domy dla siebie i swoich małych dzieci;
- pokolenie „trzeciego wieku/trzeciej młodości” po 1990 r. i „czwarte/trzecie pokolenie” po 1990 r.

Ich spostrzeżenia, poglądy, postawy, praktyki i zachowania związane z wydarzeniami i doświadczeniami życiowymi niosą ze sobą lekcje życia oferowane w samą porę młodym pokoleniom i przyszłym specjalistom w dziedzinie opieki długoterminowej.

Indywidualne różnice są nadal widoczne w ciągu życia, w tym również w późniejszym okresie dorosłości. Edukacja w okresie dzieciństwa i rodzicielskim pozostaje czynnikiem wpływającym na całe życie.

Zmiany środowiskowe mają wpływ na rozwój indywidualny, jak na przykład migracja ze wsi do miasta, czy też zmiana miejsca pracy – z rolnictwa na fabrykę, z domu we wsi na mieszkanie w mieście. Dla uczestników,

pomimo nowych strukturalnych zasad demokracji, społeczna reprezentacja stosunków społecznych jest w dalszym ciągu obecna. Widzieliśmy, że jednostka odgrywa aktywną rolę w kształtowaniu własnego przebiegu życia i że historyczne wpływy oddziałujące na życie wchodzą w interakcje z poszczególnymi procesami rozwojowymi.

Heather Johnson

Tworzenie różnicy pomiędzy nocą a dniem – kreowanie kultury regenerującego snu.



Heather Johnson rozpoczęła swoją karierę w opiece długoterminowej jako doradca żywieniowy w wieku 15 lat. Posiada ona 24 lata doświadczenia w zawodzie pielęgniarskim. Na przestrzeni ostatnich 14 lat poświęcała się pracy w różnych dyżurach jako pielęgniarka oddziałowa w domu opieki społecznej w mieście Buffalo. Oprócz pracy jako pielęgniarka oddziałowa, Heather wraz z kierownictwem i wsparciem Empiry skutecznie przeprowadziła liczne projekty polegające na zachętach finansowych opartych o wyniki. W czasie swojej pracy w Elim Care, asystowała przy pomyślnym wdrażaniu różnych inicjatyw mających na celu poprawy jakości usług. Dodatkowo, z powodzeniem nadzorowała wdrożenie dwuletniego programu mającego na celu poprawy jakości snu przez sąsiedniego dostawcy usług opiekuńczych. Ma wprawę w wyborze strategii wspierających pomyślnego wdrożenia, nadzoru, i oceny programów mających na celu polepszenie funkcjonowania placówek opiekuńczych. W sierpniu w 2016 roku, Heather dołączyła do zespołu Empiry w roli doradcy klinicznego oraz specjalisty ds. wdrożeń programów.

Empira to konsorcjum dostawców usług dla starzejącej się społeczności, kierujące się ideą „wiedz więcej i rób to lepiej” w sposób, który polepsza doświadczenia związane z procesem starzenia się poprzez kulturowanie współpracy i transferu wiedzy. Nazwa „Empira” pochodzi od angielskiego słowa *Empirical*, które oznacza uczenie się dzięki wiedzy, doświadczeniu i obserwacji, a nie tylko z samego nabywania wiedzy. Empira jest opartą o współpracę organizacją non-profit, działającą w celu poprawy jakości i składającą się z czterech dostawców usług wspomagających proces starzenia się, pochodzących z ponad 25 domów opieki na miejskich i wiejskich terenach Minnesoty. Członkami Empiry są takie jednostki, jak Presbyterian Homes and Services, Volunteers of America, St. Therese oraz Elim Care¹. Organizacje te połączyły siły w 2001 roku, mając na celu wspólną wizję osiągnięcia doskonałości w zakresie wychodzenia naprzeciw i zaspokajania wyjątkowych potrzeb osób starszych poprzez praktyczne zastosowanie sprawdzonych rozwiązań, doświadczenie w zakresie usług związanych z procesem starzenia się oraz konsultacje z ekspertami w danej dziedzinie.

Wierzmy w to, że z próby zakwestionowania często zakorzenionego już w tradycji status quo, wyłoni się lepsze i bardziej holistyczne podejście do opieki. Nasze konsorcjum wspólnie pracuje nad osiągnięciem wspólnego celu, jakim jest rozwój opieki medycznej o charakterze holistycznym, skoncentrowanej na osobach, poprzez tworzenie i wdrażanie naszych flagowych programów. Należą do nich: Zapobieganie Upadkom, Regeneracyjny Sen, Ekspresja Behawioralna i ResoLute (ang. *Resident Empowered Solutions on Living until the End*)².

„Gdybym miał godzinę na rozwiązanie problemu, a moje życie zależałoby od niego, poświęciłbym 55 minut na zastanowienie się nad samym problemem, a tylko pięć minut na jego rozwiązanie” – Albert Einstein.

Przytoczone powyżej słowa Alberta Einsteina odnoszą się do zastosowania analizy przyczyn źródłowych (RCA³). RCA jest procesem wykorzystywanym, aby zrozumieć przyczyny problemu oraz czynniki, które prowadzą do generowanych przez niego skutków zanim dokona się wyboru co do właściwego działania zmierzającego do rozwiązania problemu. RCA ma zasadnicze znaczenie dla wprowadzania cennych zmian i ograniczania

- 1 Wymienione organizacje zajmują się charytatywną pomocą i opieką nad osobami starszymi – przyp. tłum.
- 2 Program mający na celu udzielanie wsparcia osobom w podeszłym wieku i ich rodzinom – przyp. tłum.
- 3 Ang. *root cause analysis*.

ponownego występowania problemów. Prowadzi to do rozwiązań i interwencji, które są trwałe, ponieważ są ukierunkowane na przyczynę problemu, a nie na jego skutki. RCA jest kluczowym elementem przy osiągnięciu pomyślnych wyników we wszystkich naszych flagowych programach.

RCA rozpoczyna się od dochodzenia mającego na celu zidentyfikowanie prawdziwego problemu, który należy rozwiązać lub którym należy się zająć, a nie poprzez udzielenie pomocy doraźnej. Badania w zakresie opieki długoterminowej często kończą się bez przeanalizowania możliwych przyczyn. RCA pyta „Dlaczego?“, dopóki nie zostanie odkryta pierwotna przyczyna, dla której coś się wydarzyło. Identyfikacja przyczyny lub przyczyn pozwala na wdrożenie skoncentrowanych działań na rzecz poprawy.

Dla przykładu, jeżeli pacjent cierpi z powodu utraty masy ciała, to zamiast od razu posuwać się do kroków mających na celu zwiększenie jej poprzez suplementację żywieniową, pacjenta powinno się po pięciokroć spytać „dlaczego?“:

1. Dlaczego pacjent traci wagę?

Odpowiedź: Nie przyjmuje wystarczającej ilości kalorii.

2. Dlaczego nie przyjmuje wystarczającej ilości kalorii?

Odpowiedź: Bierze zaledwie kilka kęsów z każdego spożywanego posiłku.

3. Dlaczego bierze zaledwie kilka kęsów z każdego spożywanego posiłku?

Odpowiedź: Odczuwa ból podczas przeżuwania pokarmu.

4. Dlaczego odczuwa ból podczas przeżuwania pokarmu?

Odpowiedź: Ponieważ posiada ubytek w zębie.

5. Dlaczego posiada ubytek w zębie?

Odpowiedź: Ponieważ nie dba o higienę swojej jamy ustnej.

Kiedy już pozyskamy wszystkie informacje, jesteśmy w stanie określić, jakie czynności podjąć, aby poprawić istniejący stan rzeczy.

Leczenie – wyleczyć zęba.

Środki zapobiegawcze – zadbać o lepszą higienę jamy ustnej.

Co się stało w powyższym scenariuszu? Pacjent nie potrzebował suplementacji żywienia. Potrzebował pomocy w zakresie higieny jamy ustnej. Suplementacja żywienia mogłaby się początkowo sprawdzać, ale jaka byłaby tego cena w kwestii jakości życia pacjenta?

W tym przykładzie można zobaczyć, w jaki sposób zidentyfikowanie przyczyny doprowadziło do pomyślnego rozwiązania, które zapobiegnie ponownemu wystąpieniu problemu lub ograniczy jego występowanie. Jest to analiza przyczyn źródłowych.

Czy kiedykolwiek zastanawialiście się nad powszechnymi problemami, z jakimi borykają się usługi świadczone w zakresie procesu starzenia się? Czyż nie byłoby wspaniale mieć magiczną różdżkę i móc rozwiązywać wszystkie problemy stojące przed naszą branżą, takie jak: choroby układu moczowo-płciowego, nietrzymanie moczu, infekcje, utrata wagi, upośledzenie funkcji poznawczych, spadek czynnościowy, depresja, lęk, ból, upadki, leki przeciwpsychotyczne i polifarmacja.

Jako gałąź przemysłu z roku na rok wprowadzamy coraz to nowsze rozwiązania, ale nadal są wyzwania, którym należy sprostać. Ile razy pracował/-a Pan/Pani nad jedną z inicjatyw wymienionych powyżej? Nawet przy pozytywnych wynikach, gdy tylko uwaga zostanie przeniesiona na inną kwestię, problem prawdopodobnie powróci. Dzieje się tak, gdy nie spędza się wystarczająco dużo czasu na próbach zrozumienia źródłowej

przyczyny problemu i na dążeniach do wypracowania rozwiązań mających na celu manipulację samym wynikiem, a nie tylko problemem.

Nie możemy kierować się mentalnością polegającą na rozwiązywaniu problemów w oparciu o listę standardowych działań interwencyjnych. Interwencje te muszą być dopasowane do konkretnych przyczyn. Zbyt często bowiem standardem jest zbieranie wyników i wdrażanie tradycyjnych praktyk bez zrozumienia wszystkich czynników, które doprowadziły do problemu. Istnieje wiele rodzajów tradycyjnych praktyk, które stały się powszechnie stosowanymi standardami, ale niekoniecznie najlepszymi możliwymi do zastosowania w opiece długoterminowej.

Empira stworzyła program snu regeneracyjnego po zidentyfikowaniu przerywanego snu jako głównego czynnika (przyczyny źródłowej) odpowiedzialnego za niektóre z najbardziej wymagających, wymienionych powyżej problemów w domach opieki i w przypadku opieki stacjonarnej (w szpitalach).

Sen ma zasadnicze znaczenie dla ogólnego dobrego samopoczucia. Jest to rzeczywiście jedyny taki czas, kiedy nasze ciało przechodzi emocjonalne i fizyczne uzdrowienie i odbudowę. Piramida potrzeb Maslowa klasyfikuje sen jako fundamentalny dla fizjologicznych potrzeb wszystkich ludzi, tak samo ważny jak jedzenie, woda, schronienie i ciepło. Sen jest podstawą dla naszego ogólnie pojętego zdrowia w każdym wieku. W tym właśnie czasie wspomnienia są cementowane, emocje są przetwarzane, a stres jest łagodzony. Wszystko to wpływa na umysł. Oddziaływania na organizm obejmują: odbudowę i regenerację komórek, odbudowę tkanek, regulację hormonalną oraz tworzenie i uwalnianie komórek odpowiedzialnych za odporność (komórki T4). Sposób, w jaki śpimy i w jaki się budzimy zależy, od rytmu okołodobowego naszego ciała oraz homeostazy procesów snu i budzenia się. Ludzie zostali stworzeni jako istoty funkcjonujące za dnia – budzimy się wraz ze wschodem słońca i przygotowujemy się do snu, kiedy słońce zachodzi i zastępuje je księżyc. Z tego co wiemy i co potwierdzają badania, zdrowa osoba w podeszłym wieku potrzebuje 7-9 godzin ciągłego snu w nocy. Przyjrzelśmy się kilku pracom badawczym, które dotyczyły zaburzeń snu w środowiskach zajmujących się opieką długoterminową. W jednym z takich badań, przeprowadzonym przez Harvard Medical School, opisano dziesięć najpoważniejszych zaburzeń snu w środowiskach opieki długoterminowej i w przypadkach zamieszkania zbiorowego. Jako zespół badaliśmy, testowaliśmy i odkrywaliśmy najlepsze rozwiązania i rodzaje działań interwencyjnych, o których mowa poniżej.

Pięć z dziesięciu głównych rodzajów zaburzeń snu oraz wypracowane przez Empirę rozwiązania i działania interwencyjne:

1. **Hałas:** rezydenci zidentyfikowali jako najbardziej niepokojący hałas pochodzący z głośnych alarmów osobistych oraz rozmów personelu zwłaszcza gdy dotyczyły one kwestii związanych z ich stanem zdrowia, wymagających omówienia spraw dotyczących niezbędnej im opieki oraz gdy słyszeli padające w nich swoje nazwisko.

Rozwiązania i działania interwencyjne: unikać korzystania z alarmów osobistych. W sposób naprzemienny układać grafik personelu sprawującego opiekę nad rezydentami, tak aby dopasować się do potrzeb rezydentów, którzy będą mogli zgodnie ze swoimi potrzebami budzić się i chodzić spać o określonym czasie. Unikanie przybywania do ośrodka dodatkowego personelu i rozpoczynania pracy przed godziną 8 rano. Wyeliminować nocne zmiany personelu.

2. **Światło:** rezydenci, którym dostarcza się zbyt dużo światła, gdy próbują spać (zapalenie jednego ze świateł podczas obchodu), oraz ci otrzymujący mniej niż 1000 luksów pełnego spektrum światła w godzinach budzenia się, posiadają znacznie zmniejszoną szansę na doświadczenie regeneracyjnego snu.

Rozwiązania i działania interwencyjne: włączanie świateł w korytarzu sterowane timerami (włączane o godzinie 8:00 i wyłączane o godzinie 20:00), w nocy korzystanie ze światła żółtego, lampek typu

hug light lub innych, dyskretnych źródeł światła. Zapewnienie dostępu do światła dziennego o pełnym spektrum we wszystkich strefach wspólnych. Wszystkie zasłony okienne pozostawione otwarte w godzinach dziennych w celu upowszechniania cyklu dobowego oraz promowanie i zachęcanie rezydentów do aktywności na świeżym powietrzu i do spędzania czasu w dobrze oświetlonych częściach budynku.

3. **Środowisko do spania:** najczęściej zgłaszane niedogodności dotyczyły niekomfortowych powierzchni do spania (materace, poduszki, koce).

Rozwiązania i działania interwencyjne: stosowanie materaców o wysokiej gęstości. Omawianie preferencji dotyczących środowiska do spania podczas przyjmowania, a także uwzględnienie tychże preferencji przy układaniu planu opieki.

4. **Drzemki:** częste oraz długie, przerywane drzemki zaburzają cykl snu i czuwania. Optymalnie drzemki powinny trwać maksymalnie 30 minut lub mniej i odbywać się tylko raz w ciągu dnia, o ile nie rzadziej. Urządzenie drzemek dłuższych niż 30 minut „okrada cię z potrzeby snu w nocy”.

Rozwiązania i działania interwencyjne: zastosowanie specjalnych pojemników na przedmioty pobudzające zaangażowanie oraz związane ze stymulowaniem środowiskowym, zapewniając dostęp do przedmiotów pobudzających aktywność i dbając o to, aby były one interesujące dla rezydentów będących pod opieką ośrodka. Należy zadbać o tworzenie i praktykowanie działań i okazji do zaangażowania w tym czasie, który tradycyjnie byłby „czasem na drzemkę”. Należy więc pytać rezydentów, co by im się podobało i co skłoniłoby ich do pozostania w stanie czuwania. Upewnij się, że cały personel i wszyscy członkowie rodziny są również świadomi, gdzie znajdują się przedmioty i pojemniki służące pobudzeniu aktywności. Należy wyjaśnić rezydentom, ich rodzinom oraz członkom personelu „dlaczego” tak postępować.

5. **Leki:** Czas podawania leków i działania niepożądane zakłócające sen ciągły.

Rozwiązania i działania interwencyjne: wyeliminowanie zbędnych leków podawanych w nocy. Dostosowanie czasów podawania leków do cyklu snu i czuwania poszczególnych pacjentów oraz przeanalizowanie możliwych działań niepożądanych (np. senności) z uwzględnieniem czasu podawania leków.

„Zrobiłam wtedy to, co wiedziałam jak należy zrobić. Teraz, kiedy wiem więcej, robię to lepiej” – powiedziała Maya Angelou. Dopóki nie zna się lepszego sposobu, nie można robić danej rzeczy lepiej. Poczuj inspirację i siłę, aby dokonywać zmian dzięki nowo nabytej wiedzy. W Empirze mówimy „Ponieważ teraz wiesz więcej, możesz to robić lepiej.”

www.empira.org

dr n. med. Czajkowska Wiera Władimirowna

Starzenie się społeczeństwa Ukrainy: wnioski i perspektywy.



Członek grupy ekspertów Ministerstwa Zdrowia Ukrainy w zakresie medycyny paliatywnej i hospicyjnej. Członek Zarządu Centrum Gerontologii i Geriatrii Ukrainy. Prezes Stowarzyszenia na Rzecz Osób Starszych i Niepełnosprawnych Ukrainy.

Biorąc pod uwagę odsetek osób w wieku 60 lat i więcej Ukraina jest jednym z 30 najstarszych krajów świata. Według krajowych prognoz demograficznych oczekuje się, że w połowie wieku liczba osób w wieku powyżej 60 lat wzrośnie z 22% (2017) do 40%. Przy tym, liczba ludności w wieku produkcyjnym ma silną tendencję spadkową z 62% w 2017 do 47% w roku 2050. Należy zauważyć, że starzenie się ludności, zwłaszcza na Ukrainie jest spowodowane niskim przyrostem naturalnym i wysoką śmiertelnością bez znacznego zwiększenia długości życia. W rankingu krajów świata pod względem wskaźnika średniej długości życia Ukraina zajmuje 111 miejsce (71 lat). Zauważono zjawisko "nadmiernej śmiertelności" mężczyzn w wieku produkcyjnym: 38% mężczyzn w wieku 20 lat nie osiąga 60 lat. Dlatego w populacji 80 lat i więcej kobiety stanowią ponad 70%.

W wyniku starzenia się ludności zwiększa się liczba osób z wieloma schorzeniami przewlekłymi i zmniejszoną zdolnością do samoobsługi, potrzebujących opieki medycznej i społecznej oraz wsparcia psychologicznego, zwiększa się nacisk na służby medyczne i społeczne. Według badań Instytutu Gerontologii Narodowej Akademii Nauk Medycznych Ukrainy zapotrzebowanie ludności w opiece długoterminowej (pacjenci z zawałami serca, udarami mózgu, chorobą Parkinsona, chorobą Alzheimera) wzrasta gwałtownie wraz ze wzrostem wieku z 3% wśród 60-latków do 24% wśród 80-latków i wyżej. Już teraz na Ukrainie, około 700 tys. osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych wymaga stałej opieki medycznej i socjalnej w pełnym zakresie, 500 tys. potrzebuje kompleksowej (zespołowej) opieki paliatywnej i hospicyjnej.

W warunkach kryzysu gospodarczego niezbędne jest zoptymalizowanie systemu świadczenia pomocy geriatrycznej i paliatywnej, przede wszystkim poprzez zwiększenie roli średniego i specjalistycznie przeszkolonego młodszego personelu medycznego do opieki nad chorymi w domu i instytucjach specjalistycznych, posiadających szerokie wykorzystanie nowoczesnych środków opieki w celu zapewnienia niezbędnego poziomu jakości życia pacjentów.

W rankingu krajów świata w zakresie postępu społecznego Ukraina zajmuje 62 miejsce i głównymi wyzwaniami, związanymi ze starzeniem się w naszym kraju są te, które dotyczą funkcjonowania rynku pracy, systemu opieki zdrowotnej, rozwoju usług społecznych i edukacyjnych. W odpowiedzi na te wyzwania, Ukraina przyjęła zobowiązania międzynarodowe, odnoszące się w szczególności do implementacji 17 Celów Zrównoważonego Rozwoju w okresie do roku 2030, przyjętych na szczycie ONZ we wrześniu 2015 roku, a także podpisania i wdrożenia Układu o stowarzyszeniu z UE.

W tym kontekście, 11 stycznia 2018 Rada Ministrów Ukrainy zatwierdziła Strategię polityki państwowej dotyczącą zdrowego i aktywnego starzenia się ludności w okresie do 2022 roku, opracowaną w celu wykonania przez Ukrainę Madryckiego planu działania w kwestii starzenia się społeczeństw.

W celu racjonalnego wykorzystania zasobów przewidziano skoncentrowanie wysiłków na takich priorytetach w odniesieniu do osób w podeszłym wieku, jak: poprawa warunków do samorealizacji i uczestnictwa

w procesach rozwoju społecznego; zdrowie i pomyślność; tworzenie środowiska sprzyjającego aktywności w życiu; stworzenie systemu ochrony praw tych osób.

Przesłankami do pomyślnej realizacji strategii są zatwierdzone w latach 2013-2016 państwowe standardy opieki społecznej, obejmujące: opiekę dzienną, opiekę domową, adaptację społeczną, poradnictwo, profilaktykę, reprezentację interesów, opiekę paliatywną, opiekę stacjonarną dla osób, które utraciły zdolność do samoobsługi. Około 2 milionów osób, głównie osób starszych, otrzymuje świadczenia socjalne w zakresie tych standardów. Ponadto został przyjęty również krajowy program społeczny dotyczący kwestii starzenia się populacji, ukierunkowany na zapewnienie udziału osób w podeszłym wieku w życiu społecznym, wzmocnienie zdrowia, poprawa jakości życia osób starszych, stworzenie bardziej korzystnych warunków do życia.

Jednym z ważnych "przekrojowych" zadań Programu jest przeszkolenie i podwyższenie kwalifikacji zawodowych personelu. Minimalne zapotrzebowanie Ukrainy to 20,5 tysiąca specjalistów ds. opieki, przeszkolonych w zakresie podstaw medycyny, psychologii, pomocy społecznej i wsparcia duchowego.

W tym celu, na bazie Instytutu Gerontologii Narodowej Akademii Nauk Medycznych Ukrainy zostało utworzone Centrum Dodatkowego Kształcenia Zawodowego mające na celu przygotowanie młodszych kadr pielęgnarskich ds. opieki nad chorymi i pracowników społecznych. Zostały opracowane programy szkoleń: krótkoterminowe – 1-dniowe - jednotematyczne, średnioroczne - 5 dni - wielodyscyplinarne i długoterminowe: od 0, 5 do 9 miesięcy - podstawowe z przydzieleniem specjalności pracowniczej. Główne tematy szkoleń: terminologia, pojęcie gerontologii i pracy socjalnej, podstawy opieki długoterminowej, ruchu i pielęgnacji ciała, opieki paliatywnej, psychologicznych aspektów pracy z pacjentami, techniki komunikacji, profilaktyki emocjonalnego wypalenia się, pracy z rodziną pacjenta.

W ramach planu państwowego z Ministerstwem Polityki Społecznej Ukrainy organizowane są średnioterminowe seminaria szkoleniowe dla pracowników socjalnych ze wszystkich regionów Ukrainy. Program szkolenia seminarium został opracowany w Instytucie Gerontologii Ukrainy wspólnie z Caritas Ukrainy i Bella Trade Sp. z o.o., zatwierdzony przez Radę Naukową Instytutu i Ministerstwo. Efektem szkolenia są testy mające na celu skontrolowanie wiedzy i wydanie Certyfikatu, uprawniającego do pracy w zakresie opieki nad osobami starszymi.

W tym samym czasie zauważa się w kraju znaczny niedobór personelu ds. opieki z powodu bardzo wysokich wskaźników migracji ludności zdolnej do pracy. Można powiedzieć, że migracja zarobkowa dla Ukrainy jest jednym z podstawowych problemów. Tak więc, w 2018 r. około 5 - 8 milionów Ukraińców (12-19% populacji) wyjechało do krajów Europy Wschodniej, 2/3 z nich chce pozostać tam na stałe. Główne przyczyny potencjalnej emigracji: propozycje dobrze płatnej pracy (28%), przedłużający się konflikt zbrojny na Ukrainie (27%), problemy gospodarcze w kraju (17%), powody rodzinne (15%), brak warunków do samorealizacji (8%), niestabilność polityczna (5%). Potwierdzają to również rankingi międzynarodowe: Ukraina zajmuje 107 miejsce pod względem poziomu dobrobytu, 118 miejsce pod względem dochodu narodowego brutto na mieszkańca oraz 123 miejsce pod względem poziomu zadowolenia z życia! Tylko w ciągu roku Ukraińcy otrzymali największą liczbę zezwoleń na pobyt w UE - 589 tys. lub 17,6% ogółu zezwoleń. Spośród nich 87% - zapewniła Polska.

A to wszystko jest dużym problemem dla Ukrainy, związanym z ryzykiem obniżenia poziomu potencjalnego PKB, zmniejszeniem siły roboczej i możliwości wzrostu gospodarczego kraju w przyszłości, zwiększeniem związanych ze starzeniem się społeczeństwa potrzeb ludności w opiece oraz niedoborem odpowiedniego personelu. Jednak w ciągu najbliższych 2-3 lat migracja zarobkowa z Ukrainy będzie rosła z powodów: niemożności szybkiego wyrównania luki płacowej między Ukrainą a krajami UE (minimum 3-krotnie); kontynuacji wojny w Donbasie (migracja zarobkowa ludności ze Wschodu Ukrainy), zmiany w "modelu wyjazdu

do krajów UE" (bez wizy), a także z innych powodów. Według prognoz, całkowita liczba migrantów zarobkowych do Polski wyniesie około trzech milionów osób (10% ludności Polski!).

Zadaniem Ukrainy jest kształtowanie adekwatnej polityki ukierunkowanej na zapewnienie społeczno-ekonomicznych standardów, które będą zaspokajać potrzeby ludności, zachowanie potencjału kadrowego i stabilności finansowej.

W tym przypadku istotnym elementem jest rozwój długoterminowych świadczeń opieki geriatrycznej na rzecz ludności, co jest odzwierciedleniem stopnia odpowiedzialności państwa za jakość życia osób starszych, dodatkowej gwarancji w zakresie realizacji praw konstytucyjnych osób starszych do ochrony zdrowia i bezpiecznej opieki w okresie starości.

"Błogostawieni wszyscy, którzy w jakikolwiek sposób świadczą miłosierdzie i niech oni miłosierdzia dostąpią, jak Bóg nam kazał" Św. Jan Paweł II.

Volker Rasche

Kierowanie personelem: „Tak, aby najlepsi pozostali”



Specjalista w dziedzinie księgowości i zarządzania przedsiębiorstwami społecznymi. Posiada 30 lat doświadczenia w prowadzeniu warsztatów dla osób niepełnosprawnych. Od 2006 kieruje działem płac i zarządzania aktywami w fundacji Protestant w Neuerkerode, w Niemczech. Zainteresowania: Ubezpieczenie opieki i opieki długoterminowej w Niemczech; rozwój ubezpieczenia opieki od 1995 roku; zarządzanie pracownikami; wymogi wobec personelu pielęgniarstwa i kierownictwa; zapewnianie jakości; nowy system oceny; kontrola jakości.

Czy warto „rozłożyć” opiekę na tzw. *cure and care*, tj. leczenie i troskę oraz czy warto ponownie dopuścić podejście medyczne do dyskusji o opiece, dyskusji, która w końcu doprowadziła do rozwoju całościowego podejścia do opieki oraz nauki o opiece? Rozgraniczenie leczenia i troski pojawia się w różnych kontekstach, choćby w dyskusji o reformie strukturalnej *Opieka i udział* oraz w ramach projektu *Wyzwanie: opieka*, celem profilowania zrozumienia opieki, zakresu zadań i odpowiedzialności, ale także i wśród grup roboczych, zajmujących się opieką długoterminową. Rozgraniczenie na leczenie i troskę ukute zostało w języku angielskim. W języku niemieckim nie ma ono swojego odpowiednika. Jego zasadność, wymaga natomiast wnikliwej dyskusji. Można mieć zastrzeżenia, że (sztuczne) rozróżnienie między oraz rozgraniczenie na leczenie i troskę jest sprzeczne z całościowym podejściem do opieki, które z trudem ugruntowało się w ostatnich latach. U podstaw tego zarzutu leży nieporozumienie. Rozgraniczenie leczenia i troski nie ma na celu kwestionowania ani całościowego obrazu człowieka ani całościowego rozumienia opieki i leczenia. Raczej nawiązuje do opieki domowej, w przypadku której zadania takie jak pomoc, troszczenie się, załatwianie spraw czy pielęgnowanie – jednym słowem troska (ang. *care* lub *caring*) – przejmują z reguły członkowie rodziny, przyjaciele i częściowo sąsiedzi w sensie „wspólnoty mieszkaniowej”. Personel specjalistyczny podejmując aktywność ma wprawdzie na uwadze wszystkie aspekty potrzeby opieki, jednak w swoim działaniu ogranicza się do zadań, które można przyporządkować pojęciu leczenia (ang. *cure*). Skoncentrowanie się na zadaniach związanych z leczeniem (ang. *cure*) wynika nie tylko z faktu, że personel specjalistyczny nie otrzymuje wynagrodzenia za wszystkie zadania, lecz z tego, że troska (ang. *care*) jest i pozostaje w dalszym ciągu zadaniem danej „wspólnoty mieszkaniowej”.

W nowoczesnym rozumieniu opieki, w sensie leczenia (ang. *cure*), profesjonalny personel opiekuńczy zajmujący się leczeniem domowym przejmuje w istotnym stopniu zadanie planowania, ustalania i kierowania procesem opieki. Taki profil zadań profesjonalnego personelu opieki oraz taka koncepcja ról, wynikająca z domowej potrzeby opieki, nie daje się przełożyć na środowisko kliniczne, można ją natomiast jak najbardziej powielić w kolektywnych formach opieki, jak grupy mieszkalne czy domy opieki.

Beata Leszczyńska

Rosnący problem braku wykwalifikowanej kadry pielęgniarsko-opiekuńczej największym wyzwaniem w opiece długoterminowej.



Beata Leszczyńska – pełni funkcję Prezesa Zarządu ORPEA POLSKA (wcześniej MEDI-system) od 2014 r. W 2016 r. z sukcesem przeprowadziła proces włączenia firmy do Grupy ORPEA – największej sieci ośrodków opieki długoterminowej w Europie. Obecnie realizuje strategię rozwoju sieci domów opieki i klinik rehabilitacyjnych w całej Polsce. Pracę w branży farmaceutycznej i medycznej rozpoczęła 15 lat temu jako przedstawiciel naukowy w firmach Altana Pharma oraz Nutricia, a następnie menedżer ds. sprzedaży w firmie Promed. Od 2008 r. w prywatnym sektorze medycznym – najpierw w firmie LuxMed, później Centrum Medycznym ENEL-MED, gdzie odpowiadała za zarządzanie siecią 10 placówek diagnostyki obrazowej jako dyrektor pionu diagnostyki, a później dwóch szpitali, pełniąc funkcję dyrektora ds. szpitali i diagnostyki. Absolwentka Wydziału Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie oraz MBA dla Kadry Medycznej na Akademii Leona Koźmińskiego w Warszawie.

1. W Polsce i na świecie zaczyna dramatycznie brakować pielęgniarek – alarmujące statystyki

- Na tysiąc mieszkańców Polski przypada zaledwie 5,4 pielęgniarki (w Szwajcarii 17,5; w Niemczech 13; w Czechach 7,9).
- W żadnym innym kraju europejskim problem braku pielęgniarek nie jest dziś tak drastyczny jak w Polsce. W rankingu OECD, który opisuje ich liczbę przypadającą na tysiąc mieszkańców, Polska z wynikiem 5,4 zajmuje ostatnie miejsce.
- Średnia wieku pielęgniarek w polskiej służbie zdrowia - to 54 lata
- W ciągu kilku najbliższych lat prawie 50 tys. z nich nabędzie uprawnienia emerytalne. Wskaźnik 5,4 spadnie w 2030 r. do 4 – wtedy na jedną pielęgniarkę będzie przypadać 250 osób!
- Braki kadrowe pogłębia mała liczba młodych osób wchodzących do zawodu – w 2017 r. edukację skończyło ok. 500 pielęgniarek, po zaświadczeniu o prawie do wykonywania zawodu zgłosiło się 140 (a po dokumenty potrzebne do zatrudnienia za granicą od 2004 r. zgłosiło się już 20 000 pielęgniarek i położnych)

2. Problem dostrzegają polskie władze – „reforma służby zdrowia, w tym zaradzenie problemowi braku lekarzy i pielęgniarek, to jedno z najważniejszych wyzwań, przed jakimi stoi obecnie rząd”

- Zwiększamy nabór i liczbę miejsc na studia medyczne, uruchamiamy takie kierunki na nowych uczelniach, ale zanim te kadry zostaną wykształcone, trochę czasu będzie musiało upłynąć
- W zreformowanych szkołach branżowych kładzie się nacisk na kształcenie kadr na potrzeby służby zdrowia i przyznała, że argumentem dla lekarzy i pielęgniarek muszą być też atrakcyjne zarobki
- Pielęgniarki i pielęgniarze, którzy rozpoczynają pracę w publicznej służbie zdrowia, otrzymują w większości wypadków wynagrodzenie na poziomie płacy minimalnej. Ministerstwo zamierza stworzyć dla nich **specjalny system stypendialny**. Przez pierwsze dwa lata wdrażania się do pracy mogliby oni otrzymywać dodatkowe kilkaset złotych. Stypendium byłoby niezależne od wysokości wynagrodzenia wynegocjowanego przez pielęgniarkę czy pielęgniara. Pieniądze miałyby otrzymać również doświadczone pielęgniarki, które prowadziłyby młodsze koleżanki i kolegów – dowiedziała się gazeta „Codzienna” w MZ-ecie. Środki mają pochodzić z funduszy unijnych.

3. Szpitale i placówki opiekuńcze coraz częściej zatrudniają personel opiekuńczy, który jest niewykwalifikowany i borykają się z rotacją personelu opiekuńczo-pielęgniarskiego.

W odpowiedzi na ten problem, ORPEA POLSKA wprowadza rozwiązania, które mają na celu przyciągnięcie i zatrzymanie w pracy wykwalifikowanej kadry pielęgniarsko-opiekuńczej.

- **Współpracuje** z uczelniami kształcącymi pielęgniarki, rehabilitantów i inny personel (staże, praktyki)
- **Uruchamia** kształcenie opiekunów (własna szkoła)
- **Uruchamia** program rozwoju dla pracowników bez wykształcenia, program rozwoju dla wybranych opiekunów medycznych
- **Finansuje** kształcenie pielęgniarskie
- **Otwiera się** na rynki wschodnie
- **Wprowadziła** system premiiowy dla opiekunów
- **Organizuje regularne** szkolenia dla personelu pielęgniarsko-opiekuńczego prowadzone przez ekspertów zagranicznych z Grupy ORPEA
- **Buduje etos** opiekuna osoby starszej - komunikacja wewnętrzna, treści edukacyjne w gazecie firmowej, konkursy z nagrodami

4. DOBRE PRAKTYKI

Szwajcarzy zadali też sobie pytanie, kto w całym systemie jest najbliżej obu stron – pacjenta i całego personelu szpitala. – Nie mieliśmy wątpliwości, że taką rolę odgrywa pielęgniarka. Wie najwięcej na temat chorego, co wynika nie tylko z poświęcanego mu czasu, ale też większej swobody w relacjach i zaufania, jakim obdarza ją pacjent. Do czasu zmiany systemu pielęgniarki pracowały tam podobnie jak dzisiaj w Polsce. Miały wiele obowiązków, a odpowiedzialność za pacjenta była rozproszona pomiędzy cały personel. Autorzy reformy zdecydowali, by tę rozproszoną odpowiedzialność skupić w rękach jednej osoby – pielęgniarki. Pielęgniarki umieszczono więc w centrum systemu (**tzw. model primery nursing**) jako odpowiedzialne za planowanie i koordynację opieki medycznej nad pacjentem, zarządzanie pracą personelu medycznego na oddziale (np. fizjoterapeutów, radiologów, dietetyków, psychologów, pomocy, stażystów itd.). Pielęgniarka przydziela im zadania, wypełnia dokumentację medyczną pacjenta, pomaga również zorganizować dalszą opiekę, jeśli po wyjściu ze szpitala ten nadal jej potrzebuje.