

Forum Opieki Długoterminowej

medi1

ISSN 1643 - 1308 nakład 3500 egz.

Kwartalnik nr 3(69)
wrzesień 2016

Żywnienie

osób starszych

**Nowoczesne
technologie**

w opiece

XIX MIĘDZYNARODOWA
KONFERENCJA

OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Między nami kobietami

Zdarzają Ci się chwile „słabości”,
gdy głośno się śmiejesz, niespodziewanie
kichniesz lub coś podniesiesz?

To tylko kilka kropelek, ale odbiera Ci pewność siebie.

A może wyciek moczu jest bardziej obfity
i tak częsty, że uniemożliwia codzienne
aktywności i przyjemności?

**Aż co 4 kobietę na różnych etapach życia dotyczy
nietrzymanie moczu.**

seni
Lady

Dla pełnego zabezpieczenia i komfortu
przy nietrzymaniu moczu wybierz wkładki
urologiczne Seni Lady

- **dużo bardziej chłonne niż zwykłe podpaski**
- **z systemem URO Protect**



NOWE
kobiece delikatne
wyjątkowo chłonne



Bardziej anatomiczna forma dopasowuje się
do kobiecego ciała zapewniając dyskrecję i wygodę.



Oddychające materiały zapewniają poczucie świeżości
dzięki swobodnemu przepływowi powietrza.



Ostonki boczne chronią przed przeciekami,
nawet przy obfitym wycieku moczu.

medi

Szanowni Państwo!

WYDAWCA:
Fundacja
Razem Zmieniamy Świat

PARTNER WYDANIA:
TZMO SA
Producent wyrobów
pod markami Seni, Matopiat, Bella

RADA NAUKOWA:
prof. dr hab. med.
Anna Wilmowska-Pietruszyńska
prof. dr hab.
Zofia Kawczyńska-Butrym
dr n. med. Marta Podhorecka
mgr Janina Mirończuk
mgr Lilia Kimber-Dziwisz
mgr Grażyna Śmiarowska
dr n. med. Piotr Kowalczyk
dr n. med. Robert Ślusarz

REDAKTOR:
Robert Kujawa

PROJEKT GRAFICZNY I SKŁAD:
APP - POLE ZNAKU
Agata Wajer-Gądecka
poleznaku.pl

ADRES REDAKCJI:
ul. Żółkiewskiego 20/26
87-100 Toruń
tel. 056 612-32-93
fax. 056 612-35-83
redakcja.medi@gmail.com

PRENUMERATA:
Formularz zamówienia prenumeraty
znajduje się na stronie
www.razemzmieniamyswiat.pl
w zakładce Publikacje

Redakcja zastrzega sobie prawo
skręcania i adiacji nadsyłanych
tekstów. Przedruk, kopiowanie
lub powielanie w jakiegokolwiek formie
wyłącznie za zgodą redakcji.

Witamy we wrześniowym numerze kwartalnika poświęconego opiece długoterminowej – MEDI. Bieżący numer niemal w całości poświęcamy XIX Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej, która odbędzie się w dniach 27.09 – 29.09 w Toruniu. W numerze znajdują Państwo artykuły napisane przez prelegentów Konferencji.

Jednym z głównych tematów, które poruszymy na tegorocznej konferencji będzie sytuacja opieki długoterminowej na świecie. Troje naszych gości opisuje realia w swoich miejscach zamieszkania: Szwecji, Norwegii i Holandii. To trzy różne systemy, lecz problemy, z jakimi się borykają, okazują się bardzo uniwersalne.

Przedstawiamy także dwa głosy w dyskusji o nowoczesnych technologiach. Dynamiczny rozwój informatyki i technologii komunikacyjnych rodzi zupełnie nowe wyzwania na przecięciu etyki, autonomii, wygody i efektywności opieki. Poszukujemy swojej roli w tej nowej rzeczywistości i sposoby na proste wcielenie zdobyczy techniki dla ułatwienia życia opiekunów.

O efektach wdrożenia wytycznych żywieniowych w domach pomocy społecznej, przeczytają Państwo w artykułach autorstwa Anji Saletti i Agnieszki Guligowskiej. Żywnienie nieustannie pozostaje jednym z najważniejszych aspektów opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi, a problemy z niedożywieniem występują powszechnie.

Na sam koniec zapraszamy do zapoznania się z opisem planów pielęgnacji możliwych do stworzenia w aplikacji Seniorat.pl, a także do przeczytania wywiadu z dwiema osobami, które już stosują powyższe rozwiązania informatyczne w swoich instytucjach.

Zapraszamy do lektury!

SPIS TREŚCI

wrzesień 2016

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA NA ŚWIECIE

- 6** Rola państwa i rodziny w opiece długoterminowej nad osobami starszymi w Szwecji
- 11** Planowanie i koordynacja pracy społecznej i pielęgniarstwa na poziomie samorządowym
- 13** Gdzie mam mieszkać gdy będę stary, siwy i zagubiony?

NOWOCZESNE TECHNOLOGIE

- 17** Rola informatyki i komunikacji w opiece długoterminowej
- 20** Bezpieczna autonomia, czy dobra opieka? Etyczne rozważania otaczające wykorzystania technologii w opiece długoterminowej

ŻYWIENIE OSÓB STARSZYCH

- 24** Wpływ wdrożenia wytycznych żywieniowych na pracę personelu domu opieki i ich efekty kliniczne dla mieszkańców
- 29** Realizacja zaleceń żywieniowych przez osoby starsze ze środowisk domowych i z domów pomocy społecznej

AKTYWNOŚĆ OSÓB STARSZYCH

- 33** Aktywność fizyczna osób starszych w zależności od miejsca zamieszkania

SENIOMAT

- 37** Plany pielęgnacji co to takiego?
- 41** Plany pielęgnacji w Seniomat.pl rozmowa z praktykami

AKTUALNOŚCI

- 44** Konferencja „W trosce o jakość życia”
- 46** Prezentacja firmy Dr.Max

Bo skóra sama się nie obroni...

seni care

Specjalistyczna pielęgnacja skóry:

- bardzo suchej ■ **UREA**
- przy nietrzymaniu moczu
- w profilaktyce odleżyn



DELIKATNE OCZYSZCZANIE



pielęgnacja
głowy

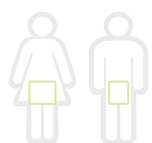


Preparaty Seni Care kompleksowo dbają
o skórę głowy, ciała oraz okolic intymnych

REGENERACJA



pielęgnacja
ciała



pielęgnacja
okolic
intymnych



SKUTECZNA OCHRONA



Więcej informacji na temat profilaktyki przeciwoleżynowej i opieki nad przewlekle chorym znajdziesz na stronach internetowych: **damy-rade.info** oraz **seni.pl**

Rola państwa i rodziny

w opiece długoterminowej nad osobami starszymi w Szwecji

LENNARTH JOHANSSON

W każdym kraju istnieje pewna forma systemu opieki nad osobami starszymi, chorymi lub niesamodzielnymi. Odpowiedzialność zwykle jest podzielona między rodzinę, państwo, wolontariat i rynek. To, w jaki sposób ciężar odpowiedzialności się rozkłada, zależy od tradycji, uwarunkowań prawnych, polityki zdrowotnej i społecznej, a także gospodarki kraju.

Tradycyjnie, rodzina, krewni i znajomi zawsze byli głównym źródłem pomocy i niepisana umowa międzypokoleniowa gwarantowała wsparcie, jako coś normalnego. Szwecja i pozostałe kraje skandynawskie zastąpiły umowę międzypokoleniową umową społeczną: opieka nad dziećmi, chorymi, niepełnosprawnymi i osobami w podeszłym wieku jest odpowiedzialnością społeczną.

Niemal wszystkie szwedzkie programy opieki społecznej są oparte na niezależności jednostkowej. Kultura Szwecji kładzie bardzo duży nacisk na osobistą niezależność, a więzy rodzinne powinny być dobrowolne, a nie obowiązkowe. Podwaliny stanowi filozofia promująca maksymalną niezależność od rodziny, nawet, jeśli zachodzi potrzeba otrzymywania pomocy w życiu codziennym.

Szwecja posiada dobrze rozwinięty system opieki społecznej, zapewniający opiekę zdrowotną i usługi socjalne, jak również rentę i ochronę socjalną swoim obywatelom w ciągu trwania ich życia. Ogólną zasadą działania opieki długo-

terminowej jest zapewnienie finansowanej przez państwo, szeroko dostępnej opieki dostosowanej do indywidualnych potrzeb, niezależnie od sytuacji ekonomicznej i rodzinnej, a więc zdejmującej z rodziny obciążenie obowiązkiem zapewnienia opieki. Podstawową ideą uniwersalistycznej natury opieki społecznej w Szwecji jest jej powszechna dostępność dla ubogich, przy zachowaniu atrakcyjności dla zamożnych.

Opieka nad osobami starszymi jest w Szwecji publiczną odpowiedzialnością i nie ma żadnych prawnych czy ustawowych wymagań określających powinność zapewnienia utrzymania rodzicom przez dzieci. Jednakże w przypadku, gdy rodzina wyraża chęć otoczenia opieką jej członka, to należy ich popierać i wspierać.

Opieka rodzinna nad osobami starszymi

Na przestrzeni lat, kilka badań pokazało kluczową rolę członków rodziny, jako opiekunów dla potrzebujących pacjentów. W przybliżeniu dwie trzecie całości usług opiekuń-

czych dla osób starszych jest zapewniona przez opiekunów nieformalnych, a udział osób starszych polegających na członkach rodziny wzrósł w ciągu ostatnich lat.

Do niedawna dane demograficzne dotyczące opieki nieformalnej nie były dostępne. W 2012 Narodowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej otrzymała od rządu zadanie przeprowadzenia ogólnokrajowego badania nieformalnych form opieki nad osobami z inwalidztwem i osobami starszymi. Badanie pokazało, że 18 procent społeczeństwa w wieku 18 lat i starszym, zapewnia codzienne wsparcie i opiekę, co przekłada się na ponad 1,3 miliona osób. Pod względem intensywności świadczonej opieki, ponad 400000 osób (6%) zapewnia opiekę codziennie, ponad 600000 (8%) raz w tygodniu, a około 300000 (4%) przynajmniej raz w miesiącu.

Świadczenie opieki procentowo najwyżej wypada wśród osób między 45 a 64 rokiem życia. 24 procent z nich deklaruje się, jako opiekunowie (około 580000). Starsze osoby (65+) również często świadczą opiekę, niewiele ponad 325000 (19%) określa siebie mianem opiekunów. Starsi opiekunowie oferują bardziej intensywną opiekę niż młodszy.



Wyniki pokazują również, że 8 procent opiekunów (niemal 70000 osób) musiało skrócić czas pracy zawodowej ze względu na obowiązki opiekuńcze, a 3 procent (29000) porzuciło

z tego powodu pracę zawodową. Spośród wszystkich opiekunów, kobiety zmniejszają liczbę godzin roboczych częściej niż mężczyźni (odpowiednio 9% do 6%).

Tab. 1.
Programy wsparcia dla rodzinnych opiekunów osób starszych

PROGRAMY WSPARCIA DLA RODZINNYCH OPIEKUNÓW OSÓB STARSZYCH

Pomoc finansowa		Pomoc niematerialna	
Płatny urlop	Zasiłek	Bezpośrednie wsparcie	Pośrednie wsparcie
Urlop opiekuńczy	Dodatek pielęgnacyjny	Informacja i doradztwo	Pomoc domowa
	Zasiłek opiekuńczy	Poradnictwo	Opieka dzienna
		Szkolenie/ edukacja	Krótkotrwały odpoczynek
		Grupy wsparcia	Domowa opieka medyczna
		Odpoczynek w domu	Urządzenia pomocnicze
		Urządzenia pomocnicze	Dostosowanie mieszkania
			Opieka instytucjonalna

Świadczenia pieniężne dla opiekunów w ramach Krajowego Ubezpieczenia Społecznego

Rodziny, które świadczą opiekę terminalną, mogą otrzymać czas wolny od pracy, urlop opiekuńczy z wynagrodzeniem pokrytym na mocy ustawy o Krajowym Ubezpieczeniu Społecznym (SFS 1999:799). Wynagrodzenie jest opodatkowane i wypłacane w terminie 100 dni dla każdego pacjenta (do wysokości 80% świadczenia chorobowego). Aby starać się o urlop opiekuńczy potrzebne jest zaświadczenie lekarskie. Pracodawca jest zobowiązany prawnie do utrzymania stanowiska zatrudnienia w czasie nieobecności pracownika. „Zajmowanie się opieką” nie oznacza dosłownie osobistego świadczenia opieki. „Rodzina” ma szeroką definicję i obejmuje także sąsiadów, przyjaciół i innych zastępców członków rodziny. W 2015, około 15700 osób skorzystało z urlopu opiekuńczego, co należy porównać z liczbą 90000 zgonów w Szwecji rocznie. Jako, że odnotowuje się 90000 zgonów rocznie w Szwecji, istnieje pole dla szerszego wykorzystania świadczenia.

Świadczenia pieniężne dla opiekunów nadawane przez władze lokalne.

Opiekunowie mogą otrzymać dodatek pielęgnacyjny: jest to świadczenie pieniężne netto przekazywane osobie niesamodzielnej, przeznaczone dla pomagającego członka rodziny. Miesięcznie jest to kwota prawie 4000 koron szwedzkich, czyli około 450 Euro. Uprawnienie do otrzymywania świadczenia oparte jest na ocenie stopnia niesamodzielności podopiecznego. Inną opcją jest zasiłek opiekuńczy polegający na tym, że władze lokalne zatrudniają członka rodziny. Zasiłek pokrywa pensję i ubezpieczenia socjalne, takie same jak dla formalnych opiekunów i jest opodatkowany, ale nie może być wypłacany osobom powyżej 65 roku życia. Także w tym przypadku samorząd decyduje czy oferować ten program, nie istnieją regulacje ogólnokrajowe. Dodatek pielęgnacyjny może być preferowanym rozwiązaniem, na przykład w przypadku, gdy osoba starsza mieszka w odległym miejscu, a w pobliżu mieszka jej dziecko, czy

w przypadku, gdy należy zapewnić usługi i opiekę starszym imigrantom, a samorząd nie dysponuje personelem mówiącym w danym języku czy znającym daną kulturę. Od roku 2006, dane o samorządowych świadczeniach pieniężnych nie należą już do oficjalnych danych statystycznych Szwecji. W tym roku, około 5300 osób otrzymało dodatek pielęgnacyjny w Szwecji i prawie 1900 osób będących opiekunami starszego członka rodziny otrzymało zasiłek opiekuńczy. Tego typu wsparcie gra obecnie niewielką rolę, jako że pomoc niematerialna jest przedkładana nad finansową.

Opis korzyści niematerialnych dla opiekunów

Bezpośrednie wsparcie to usługi i opieka skierowana bezpośrednio do opiekuna (informacje, poradnictwo, grupy wsparcia, odpoczynek domowy) a pośrednio do osoby, która podlega opiece (pomoc domowa, pomoc instytucjonalna, opieka dzienna, krótkoterminowe odciążenie w opiece, itd.). Bezpośrednie wsparcie jest oferowane przez wszystkie samorządy jako usługa ogólna, nie oparta na ocenie potrzeb. Intensywność, rodzaj i jakość zapewnionego wsparcia może się jednak różnić między poszczególnymi regionami.

Wszyscy mieszkańcy Szwecji wymagający opieki, niezależnie od wieku czy typu niesprawności, są objęci ustawą o Usługach Społecznych (SFS 2001:453). Ustawa nakłada na 290 gmin ostateczną odpowiedzialność za zapewnienie wszystkim swoim mieszkańcom wsparcia i pomocy. Pomoc niebezpośred-

nia jest dostępna po wykonaniu oceny potrzeb. Podstawową usługą w gminie jest pomoc domowa. Wlicza się tu pomoc w codziennych czynnościach, takich jak zakupy, gotowanie, sprzątanie i pranie, jak również opiekę osobistą - pomoc z kąpielą, wyjściem do toalety, ubieraniem się i wstawaniem z łóżka. Co więcej, istnieje szeroki zakres dodatkowych usług świadczonych przez gminę, np. domowa opieka zdrowotna, usługi transportowe, dowóz posiłków, alarmy bezpieczeństwa, dostosowanie domu, urządzenia wspomagające, itd.

W 2009 do ustawy dopisano punkt mówiący o tym, że opieka społeczna ma za zadanie zapewnienie wsparcia osobom zajmującym się krewnymi z chorobami przewlekłymi, osobami starszymi lub osobami z niepełnosprawnością. Każdy, kto uważa siebie za osobę opiekującą się bliskim, może się zgłosić i nie ma określonego zakresu pomocy, którą osoba musi zapewnić, aby się zakwalifikować. Prawo także nie określa rodzaju i jakości opieki, którą powinny zapewnić gminy (Johansson, Long & Parker, 2011; Schneider, Sundstrom, Johansson, & Tortosa, 2016).

Bezpośrednie i pośrednie wsparcie uzupełniają i czasami pokrywają się wzajemnie. Nie jest wykluczone, że osoba niesamodzielna otrzyma zarówno pomoc domową, jak i usługi opiekuńcze. Bezpośrednie i pośrednie wsparcie jest oczywiście także zapewnione przez opiekę medyczną, a dodatkowo wielu opiekunów otrzymuje pomoc z organizacji wolontariackich.

Bezpośrednie i pośrednie wsparcie uzupełniają i czasami pokrywają się wzajemnie. Nie jest wykluczone, że osoba niesamodzielna otrzyma zarówno pomoc domową, jak i usługi opiekuńcze. Bezpośrednie i pośrednie wsparcie jest oczywiście także zapewnione przez opiekę medyczną, a dodatkowo wielu opiekunów otrzymuje pomoc z organizacji wolontariackich.

Tab. 2.

Osoby w wieku 80 i starsze, korzystające z jakiegś formy opieki długoterminowej, stan na 1 października każdego z lat 2008-2015. Liczba i proporcje ludności, wartości zaokrąglone.

Rok	Ludność 80+	Otrzymujący pomoc domową		W instytucji opiekuńczej		Krótkoterminowa opieka instytucjonalna		Opieka dzienna	
	liczba	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
2008	493,113	113,571	23.0	76,971	15.6	8,086	1.6	7,704	1.6
2010	496,904	116,000	23.3	73,740	14.8	8,063	1.6	7,562	1.5
2011	498,218	118,852	23.9	72,941	14.6	7,800	1.5	7,537	1.5
2012	498,148	118,823	23.9	70,410	14.1	7,171	1.4	7,234	1.5
2013	497,717	115,235	23.2	64,301	12.9	5,932	1.2	6,481	1.3
2014	499,408	115,460	23.1	65,056	13.0	6,685	1.3	6,995	1.4
2015	501,560	118,353	23.6	65,126	13.0	6,600	1.3	6,912	1.4

*dane jednostkowe za rok 2009 są niedostępne

Źródło: Rejestr Pomocy Społecznej (Państwowa Rada Zdrowia i Opieki społecznej) i dane statystyczne demograficzne (Statistics Sweden) (National Board of Health and Welfare, 2016).

Od czasu reformy opieki społecznej w 1992, gminy są odpowiedzialne za wszelkie formy opieki instytucjonalnej. Obejmuje ona domy pomocy społecznej, instytucje mieszkalne, jak domy starości, domy usługowe i grupowe dla osób z demencją, itd.

Przez dziesięciolecia, szwedzka polityka i praktyka w opiece nad osobami starszymi kierowała się podejściem „starzenia na miejscu”, czyli zapewnienia usług i opieki w domu, a nie w instytucjach. Towarzyszyło jej stopniowe zmniejszenie zasobów instytucjonalnych. W latach 2000, nastąpiła 25% redukcja opieki zinstytucjonalizowanej. Odpowiednio większa proporcja i liczba wątłych osób w podeszłym wieku jest obecnie uzależniona od pomocy świadczonej w ich domach – zarówno pomocy formalnej, jak i nieformalnej, zapewnianej przez ich rodziny. Prowadzi to do negatywnych konsekwencji dla osób starszych i opiekunów rodzinnych. Zmniejszeniu formalnej opieki długoterminowej towarzyszyło zwiększenie odpowiedzialności rodzin na przestrzeni lat.

Podsumowanie dyskusji i refleksji dotyczących polityki

Polityka, ustawodawstwo i inne działania oparte o usługi w Szwecji, mają na celu pomoc i wsparcie dla podopiecznego i promowanie maksymalnej niezależności od rodziny. Historycznie, wsparcie dla rodziny było skierowane głównie do małżonków, np. żony opiekującej się mężem z demencją, a różne programy wspierające (przynoszące wytchnienie) stanowiły najważniejszą gałąź usług. Punkt dopisany do ustawy w 2009, mówiący o obowiązkowym wsparciu przez programy społeczne dla osób opiekujących się krewnymi, przyczynił się do szybkiego rozwoju usług wspierających, zwłaszcza wsparcia dla opiekunów osób starszych. Jednak organizacje opiekunów podniosły głosy krytyczne. Wskazują na brak dopasowania, jakości i wycucia czasowego wsparcia. Narzekają na wyszkolenie i umiejętności zawodowe opiekunów w gminach, nie będąc w stanie zrozumieć różnorodności warunków świadczenia opieki i sytuacji opiekunów. Co więcej, wynik indywidualnego

wsparcia opiekunów jest trudny do pokazania, jako że nie istnieje system dokumentacji lub statystyki obejmujący opiekunów.

W ostatnich latach, opinia publiczna skupiała się na fakcie ograniczania godzin pracy zawodowej, lub wręcz jej porzucania, celem sprostania obowiązkowi opiekuńczemu. To nowe spojrzenie spowodowało wzrost zainteresowania opieką nieformalną oraz sposobami na pogodzenie pracy zawodowej i opiekuńczej. Obecnie obserwujemy negatywną interakcję pomiędzy mniej dogodnymi usługami dla rodzin z osobami niepełnosprawnymi, a skróconymi godzinami pracy wynikającymi z obowiązków opiekuńczych. Siłą napędową tego zjawiska jest szybkie zmniejszenie liczby instytucji dla osób starszych (jak również liczby łóżek szpitalnych), co ewidentnie miało negatywne przełożenie na pracę ich dorosłych dzieci. Zmniejszająca się oferta usług opiekuńczych dla osób starszych spowodowała zwiększenie się opieki domowej (Rostgaard & Szebehely, 2012; Szebehely & Trydegard, 2012; Ulmanen, 2015).



Skandynawski model opieki społecznej, gdzie opieka nad osobami niepełnosprawnymi i starszymi jest obowiązkiem publicznym, okazał się efektywnym sposobem na zmniejszenie obciążenia rodzin. Pomimo cięć w systemie publicznej opieki, system szwedzki nadal jest szczodry w porównaniu do wielu krajów. Jednak jest oczywiste, że w przypadku remontowania systemu opieki społecznej, zwiększy się obciążenie rodzin. Jeżeli szwedzki model publicznej odpowiedzialności za opiekę nad dziećmi, niepełnosprawnymi i starszymi na przetrwać, musi zmierzyć się z jednym z największych wyzwań, czyli zrównoważenia finansowego. W perspektywie wielu lat istnieje także potrzeba rozwinienia systemu identyfikacji i oceny potrzeb, jako podstawy dopasowania wsparcia, które musi uwzględniać dynamikę, różnorodność i sposoby, w jaki potrzeby opiekuńcze zmieniają się w czasie. Ocena ryzyka opiekunów powinna być częścią normalnej procedury oceniającej i monitorowania osób potrzebujących opieki. Co więcej, zachodzi pilna potrzeba prowadzenia regularnych, reprezentatywnych statystyk i silnego monitoringu – lub systemu oceny, który pozwoli odpowiedzieć na pytania

o dopasowanie, skuteczność i jakość zapewnianego wsparcia.

Wnioski

Rodzina ma fundamentalną i niezastąpioną rolę w opiece nad dziećmi, osobami niepełnosprawnymi i starszymi w Szwecji. Najlepszym wsparciem dla opiekunów jest dostępność szczerego, przystępnego, atrakcyjnego cenowo systemu wsparcia społecznego, o wysokiej jakości dla podopiecznego. A system wsparcia bez-

pośredniego rodzin nie może zrekomensować lub zastąpić braku usług i opieki nad podopiecznym. Opieka długoterminowa dla osób starszych musi uwzględniać zarówno bezpośrednie, jak i pośrednie wsparcie rodziny i osoby potrzebującej opieki.

Nieformalna opieka nad osobą niepełnosprawną nie została włączona w szwedzką politykę rodzinną. Programy wsparcia dla opiekunów mogą być częścią zintegrowanej polityki opieki długoterminowej, polityki rodzinnej lub dodatkowej. Poprawiona ustawa z roku 2009, dotycząca wsparcia dla opiekunów nieformalnych, wskazuje na zerwanie z tradycyjnym szwedzkim modelem i rewizję istniejącej umowy społecznej. Wciąż jest to jednak polityka doklejona, a nie zintegrowana z innymi systemami prawnymi, takimi jak system emerytalny czy prawo pracy. Dlatego kwestie dotyczące opieki nieformalnej muszą być w pełni włączone w prawo rodzinne. W Szwecji nadal brakuje usług opiekuńczych skupionych na osobie i rodzinie – innymi słowy – spójnej polityki rodzinnej. ■



LENNARTH JOHANSSON

Psycholog, adiunkt/profesor nadzwyczajny na wydziale gerontologii, posiada ponad 35-cio letnie doświadczenie zawodowe w kwestii badań i rozwoju nad gospodarką mieszkaniową, usługami i opieką nad osobami starszymi, szczególnym zainteresowaniem darzy problematykę opieki nieformalnej/nieprofesjonalnej oraz polityki społecznej. Od roku 1993 do 2016 był starszym analitykiem w Krajowej Radzie ds. Zdrowia i Opieki Społecznej (The National Board of Health and Welfare) gdzie był odpowiedzialny za ocenę opieki nad osobami starszymi w kraju. W latach 2010 – 2016 był również niepełnoetatowym badaczem w Centrum Badań nad Starzeniem (ARC - Aging Research Center) na uniwersytecie medycznym - Karolinska Institutet. Obecnie piastuje on stanowisko głównego analityka w Centrum Badań Gerontologicznych w Sztokholmie w centrum Badań i Rozwoju, które jest ściśle powiązane z ARC - Aging Research Center.

Planowanie i koordynacja

pracy społecznej i pielęgniarstwa na poziomie samorządowym

LIV WERGELAND SØRBYE

W Norwegii, władze samorządowe obejmują około 400 gmin. W każdej gminie pracuje komitet Zdrowia i Opieki Społecznej (wybierany politycznie), który jest odpowiedzialny za prace społeczne i opiekę pielęgniarstwa. Norweski system opieki społecznej przez długie dekady był modelem opartym o instytucje. Osoby starsze, potrzebujące opieki przeprowadzały się do instytucji opieki długoterminowej na ostatnie 2-3 lata swojego życia. Dzisiaj, nowoczesne mieszkania pozwalają starym, schorowanym ludziom mieszkać u siebie.

W Polsce najliczniejszą grupą opiekunów osób starszych są ich dzieci (51.1%). Ponad 85% opiekunów mieszka w tym samym gospodarstwie domowym, lub innym, ale położonym blisko. Dla zapewnienia funkcji opiekuńczych, jak i rodzinnych, potrzebne jest spełnienie określonych warunków mieszkaniowych. Ich brak może sprawić, że rodzina nie będzie w stanie pokryć potrzeb osób starszych dotyczących opieki. W Norwegii, podobnie jak w Polsce i pozostałej części Europy, po-

pulacja w wieku produkcyjnym będzie znacznie obciążona pracą na rzecz pozostałych pokoleń. W Norwegii 74% osób pobierających usługi opiekuńcze żyje samodzielnie w domach. Zarówno w kraju, jak i na arenie międzynarodowej istnieje spore zainteresowanie „innowacjami” oraz „technologią inteligentnych domów”. Jednak dla osób z demencją, wiele nowoczesnych technologii czyni radzenie sobie z codziennym życiem trudniejszym niż dawniej. Aby te nowoczesne technologie mogły działać, opiekunowie rodzinni otrzy-

mują nowe zadania i odpowiedzialności. Krytyczny jest brak odpowiednich możliwości, umiejętności i kompetencji technologicznych, widoczny u niektórych opiekunów rodzinnych. Ważna jest indywidualna ocena. Teleopieka może być pomocą lub przeszkodą, a w każdym wypadku należy brać pod uwagę aspekty moralne.

Wiele zwykłych narzędzi badania funkcji poznawczych jest w stanie określić zachodzące w ciele zmiany. Wczesne symptomy pogorszenia się funkcji myślowych objawiają się

potrzebą pomocy w zagadnieniach finansowych lub bankowych, lub problemami z przestrzeganiem zaleceń dotyczących dawek leków. Większość osób (zwykle kobiet) odwiedza lekarza ogólnego w przypadku zauważenia jakichkolwiek symptomów choroby nowotworowej. W przypadku wczesnych stadiów demencji, zarówno dana osoba, jak i jej krewni mają tendencję do ignorowania objawów. Czasem prościej jest skontaktować się z organizacją wolontariacką (łatwo dostępną) na przykład przez telefon. To daje możliwość kontaktu z osobami, które mają czas wysłuchać i udzielić porady. W Norwegii istnieje dobra infrastruktura i mieszkańcy wierzą, że gminy będą się nimi opiekowały. Otrzymają formalną pomoc, nawet jeśli w pobliżu mieszkają członkowie ich rodzin.

Każda gmina ma swobodę organizowania swoich usług zdrowotnych i społecznych na własny sposób. Jednakże, to norweski rząd ponosi największą odpowiedzialność za zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej poprzez prawa i wytyczne.

Dzisiaj wszyscy Norwegowie wymagający 24-godzinnej opieki powinni zamieszkać w domu pomocy społecznej lub domu opieki. Plan Demencja zostanie wprowadzony w roku 2020, nakładając na gminy obowiązek zapewnienia zorganizowanej opieki dziennej dla osób z demencją.

Osoba wymagająca profesjonalnej pomocy powinna mieć ogólny, zindywidualizowany plan opieki. Ten plan, sporządzony w wersji pisemnej to „główny dokument”, którego zadaniem jest koordynacja opieki nad osobą z demencją, a także pomocy i wsparcia dla ich rodzin. Gminy są zachęcane do budowania zespołów wyspecjalizowanych w opiece nad pacjentami z upośledzeniem poznawczym. Indywidualny plan jest efektem pracy zespołowej pomiędzy różnymi specjalistami, pacjentem i jego drugą połówką. „Autorem” programu jest zwykle zawodowa pielęgniarka lub pracownik socjalny, w zależności od tego jaka jest główna dolegliwość osoby z otępieniem. Praca koordynacyjna jest długotrwałym procesem, a personel opiekujący się pacjentem wymienia się z czasem. Ważne jest, aby pacjent otrzymał wczesną

W Norwegii istnieje dobra infrastruktura i mieszkańcy wierzą, że gminy będą się nimi opiekowały. Otrzymają formalną pomoc, nawet jeśli w pobliżu mieszkają członkowie ich rodzin.

diagnozę i leczenie uzależnione od jego symptomów i potrzeb. Indywidualny plan posiada kalendarz, który pokazuje w które dni i o której godzinie przypadają wizyty różnych opiekunów formalnych i nieformalnych, a także kiedy pacjent zostanie przewieziony na zabieg lub do dziennego domu opieki. Celem jest pomoc osobom starszym w utrzymaniu jakości życia, bezpieczeństwa i aktywności dnia codziennego tak długo, jak to tylko możliwe. Każdy specjalista ma określone zadanie do wykonania. Plan powinien być zbudowany na szczegółowej ocenie geriatrycznej (międzynarodowa klasyfikacja funkcjonalna lub instrument oceny mieszkańca) pozwalającej dopasować odpowiedni tryb działania. Plan daje pacjentowi przewidywalność, a to przekłada się na odciążenie i wsparcie rodziny, redukując stres.

Pacjent z nieznacznym upośledzeniem poznawczym może bardzo skorzystać na pobycie w dziennym centrum opieki. Ciężkie upośledzenie umysłowe wymaga już mieszkania i opieki instytucjonalnej. Małżonek pacjenta może być

wypalony, zanim chory zostanie przeniesiony do domu opieki. Odpuszczają się i zapominają, że aby przenieść pacjenta do instytucji, muszą współpracować. Dla pacjentów dobrze jest, kiedy wśród liczego personelu napotkają znajomą twarz i ciepłą dłoń. Tak samo działa ulubiona muzyka i stare historie, które ożywią wspomnienia i zwiększą jakość życia. Wnuki budzą dobre uczucia, a podobną iskrę w oku osób starszych widzimy kiedy patrzą na psy - to aktywuje instynkt opiekuńczy wobec słabszych.

Podsumowanie

Osoby z upośledzeniem umysłowym potrzebują indywidualnego planu opieki dla zapewnienia jakości życia. Plan zbudowany na dokładnej ocenie geriatrycznej, będzie zawierał upodobania osoby starszej oraz zadania wykonywane przez opiekunów formalnych i nieformalnych. Celem takiego planu jest koordynacja optymalnej opieki dla pacjenta i zmniejszenie stresu związanego z obciążeniem opieką. ■



LIV WERGELAND SØRBYE

Profesor Sørbye pracuje na uniwersytecie VID w Oslo, w Norwegii, gdzie poświęciła się badaniom nad służbą zdrowia. Od 1980 pisze raporty i artykuły poruszające temat śmierci i umierania, dylematy etyczne i opiekę nad osobami starszymi. Posiada 12 lat doświadczenia jako polityk samorządowy i zna niuanse branży od strony administracyjnej i praktycznej.

Profesor Sørbye przez kilka kadencji pracowała w radzie Towarzystwa Chorób Nowotworowych. Pracowała także w różnych komitetach legislacyjnych; najnowszym dziełem jest zbiór narodowych wytycznych dla Norwegii, mających na celu przeciwdziałanie i leczenie niedożywienia. Profesor Sørbye jest członkiem Regionalnego Komitetu Etyki Medycznej i Badań Zdrowotnych w Oslo i pisze dla trzech pism naukowych. Była liderem norweskiego zaangażowania w program opieki domowej Ad Hoc.

Gdzie mam mieszkać

gdy będę stary, siwy i zagubiony?

ESTHER VERVAT

To może się wydawać dziwne pytanie, ale jest ono często zadawane przez mieszkańców Holandii. Zwłaszcza osoby starsze zadają to pytanie regularnie, ponieważ ostatnie zmiany w holenderskim systemie opieki zdrowotnej znacząco na nie wpłynęły. Dawniej bardzo częstym ruchem była przeprowadzka do domu spokojnej starości, gdy osiągnięto wiek 65 lat i utrzymano dobry stan zdrowia. Dziś sytuacja się zmieniła.

W wyniku nadchodzących zmian demograficznych i ograniczeń finansowych, system opieki zdrowotnej zmienia się. Zmiany te są niezbędne dla zapewnienia dostępności finansowej opieki i jej wydajności, bez negatywnego wpływu na jakość.

Dawniej koszt opieki medycznej i innych wydatków opiekuńczych (w opiece długoterminowej) był pokrywany przez fundusz chorych i Ustawę Ogólną dotyczącą Szczególnych Kosztów Zdrowotnych. Obie były formą narodowego ubezpieczenia społecznego (odejmowanego od wynagrodzenia). Od roku 2006 wprowadzono drobne zmiany. Fundusz chorych został zniesiony, zamiast tego każdy

mieszkaniec Holandii jest zobligowany do posiadania ubezpieczenia od wydatków medycznych i każda osoba po przekroczeniu 18 roku życia płaci więcej. Duże zmiany w holenderskim systemie opieki zdrowotnej nastąpiły w 2015. Ustawa Ogólna o Szczególnych Kosztach Zdrowotnych została zniesiona.

Reforma holenderskiego systemu ochrony zdrowia przyniosła ze sobą inne podejście do koncepcji opieki. Wymagała nowej perspektywy, z nowymi kluczowymi zasadami:

Te nowe, kluczowe zasady to:

► **Decentralizacja** – opieka w pobliżu. To oznacza, że osoby starsze mogą dłużej pozostać we własnych domach dzięki pomocy i wsparciu

opiekunów nieformalnych, ochotników i profesjonalistów

► **Uczestnictwo** – aktywnie uczestniczymy w życiu społecznym, dla niektórych osób starszych jest to oczywistość, ale nie należy jej przyjmować za pewnik.

► **Własna siła, samowystarczalność** – oznacza to, że węższa starsza osoba utrzymuje kontrolę na swoim życiem i sytuacją domową.

► **Współpraca** – Rozpoznanie potrzeby optymalnej współpracy pacjenta, opiekuna nieformalnego, ochotnika i profesjonalisty.

Nie jest celem niniejszego opracowania przedstawienie wszystkich prawnych zmian i regulacji, ale poniższe trzy zasady dotyczące finansowa-



nia i typu zapewnianej opieki zostaną omówione:

- ▶ **Ustawa o Wsparciu Społecznym (UWS)** – lokalne władze są odpowiedzialne za zapewnienie lekkich form opieki i wsparcia dla osób z ograniczeniami (mogą być fizyczne lub umysłowe), wsparcia dla nieformalnych (pierwszych) opiekunów, wsparcia samowystarczalności przez zapewnienie pomocy domowej. Lokalne władze pokrywają większą część kosztów, chociaż pewna opłata, której wysokość uzależniona jest od dochodów, musi zostać uiszczona.
- ▶ **Ustawa o Opiece Medycznej (UOM)** – Koszty opieki medycznej i opieki domowej (zapewnionej przez pielęgniarki środowiskowe), opieki osobistej i paliatywnej, są pokrywane przez ubezpieczenie zdrowotne, które jest obowiązkowe.
- ▶ **Ustawa o Opiece Długoterminowej (UOD)** – gdy opieka musi być zapewniona przez całą dobę, zwykle dotyczy pacjentów z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, pacjentów z poważnymi fizycznymi lub umysłowymi ograniczeniami, lub osoby starsze z wielochorobowością i chorobami złożonymi jak zespół Alzheimerowski. UOD to ubezpieczenie społeczne, płatność

dotatkowa zostaje potrącona od uposażenia. Każdy po przekroczeniu 18 roku życia musi opłacać opiekę zapewnianą na mocy powyższej ustawy, a składka zależy od wysokości dochodu.

Jako, że starsi, delikatni pacjenci muszą pozostać dłużej w środowisku domowym, ich sytuacja mocno się zmieniła. Samowystarczalność – ten termin pojawił się wcześniej. Wielu z wątpliwych staruszków nie może polegać na sobie samym. Wiele się zmieniło, nie tylko z punktu widzenia pacjentów, ale także opiekunów nieformalnych, jak i profesjonalistów zaangażowanych w opiekę. Staromodne domy spokojnej starości już nie istnieją, zostały przekształcone w domy opieki. Nie jest jednak możliwe, aby po prostu się tam przeprowadzić, należy posiadać skierowanie. Centrum Oceny Medycznej (COM) wydaje ocenę dotyczącą stanu zdrowia, w której określa ile opieki pacjent wymaga. Przed pacjentem długa droga, zanim trafi do domu opieki. Jest to utrudnienie zwłaszcza dla opiekunów nieformalnych, zajmujących się pacjentami z Alzheimerem. Faktem jednak jest, iż pacjenci pozostający dłużej w swoich domostwach, otrzymują więcej uwagi opiekunów. Przypadki nieobowiązkami opiekunów nieformalnych nie jest rzadkością.

Jak odpowiedzieć na powyższe zmiany?

W miastach i wsiach formuje się zespoły okręgowe. Różnice pomiędzy poszczególnymi zespołami bywają znaczne, ale można dostrzec również podobieństwa. Wszystkie pracują integralnie i w sposób wewnętrznie zdyscyplinowany. W obrębie zespołu mogą znaleźć się profesjonaliści z dziedziny Zdrowia, Opieki Społecznej, Opieki nad młodocianymi i innych powiązanych obszarów. Wadą zespołów jest to, że gminy mogą podchodzić do ich formowania na swój sposób. Specjalne przeszkolenie i ścieżki edukacyjne organizuje się dla profesjonalistów, aby byli w stanie zdiagnozować przypadki przeciążenia opiekuna nieformalnego. Opiekunowie nieformalni mogą korzystać z pomocy wolontariuszy, aczkolwiek jest to rozwiązanie, o którym rzadko pamiętają zarówno profesjonaliści, jak i opiekunowie nieformalni. W związku z tym szkolenie zawodowców jest niezbędne. Profesjonaliści i opiekunowie nieformalni muszą współpracować, każdy ze swojej perspektywy i ekspertyzy, różni lecz sobie równoważni. Dla zawodowców to nowy sposób myślenia i działania. Wykorzystanie pacjenta i jego siatki społecznej do zapewnienia opieki daje nowe możliwości, dzięki którym pacjenci pozostają w swoich domach tak długo, jak to możliwe. Należy zapewnić najwyższy poziom bezpieczeństwa.

Rola lekarza ogólnego

Delikatna osoba starsza w otoczeniu domowym może być lepiej monitorowana. Rola lekarza ogólnego uległa zmianie, jako że osoby starsze dłużej zamieszkują w swoich domach. Lekarz gra przewodzącą rolę w opiece domowej, którą zapewniają profesjonaliści. Skoro problemy narastają i komplikują się z wiekiem, lekarz musi otrzymać wsparcie, zwłaszcza gdy mamy do czynienia z otępieniem w każdej formie. Lekarz ogólny może skorzystać z pomocy specjalistów klinicznych z dziedziny geriatrici, którzy pracują w szpitalach. Mogą również nawiązać kontakt z geriatrami pracującymi w domach opieki. W Holandii istnieją również trenerzy otępienni, do których lekarz ogólny może zwrócić się w przypadku, gdy będzie miał

pytania z zakresu opieki nad osobą z demencją. Mogą do nich skierować opiekuna nieformalnego. Zwykle zatrudniona jest także pielęgniarka okręgowa, zajmująca się danym pacjentem. W całym kraju można zaobserwować bliską współpracę, która owocuje polepszeniem stanu opieki nad osobą starszą.

Lecz co możemy zrobić, gdy zapewniona opieka nie jest wystarczająca, a starsza i potrzebująca opieki osoba nie zostaje zakwalifikowana do domu opieki, a opiekun nieformalny jest przytłoczony obowiązkami? Również w tej dziedzinie widzimy nowe inicjatywy. Kilka przykładów dziennych zajęć, których forma zależy od potrzeby posiadania opieki.

- ▶ Zajęcia grupowe dla osób starszych, jak wspólne spożywanie posiłków raz w tygodniu lub poranne kawy. Wiele z tych czynności inicjowanych jest przez ochotników z lokalnych kościołów chrześcijańskich.
- ▶ Miejsce spotkań dla osób z demencją.
- ▶ Kawiarnia Alzheimer – projekt o zasięgu ogólnokrajowym, skupiony na opiekunach z partnerem lub innym krewnym dotkniętym demencją. Zwykle jeden konkretny temat jest omawiany. Często angażowani są profesjonaliści, którzy dzielą się wiedzą. Opiekunowie nieformalni często podkreślają, jak ważne jest przebywanie z osobami, które mają podobne zmartwienia – mogą dyskutować o podobnych problemach i uczyć się wzajemnie ze swoich doświadczeń.
- ▶ Pokoje dzienne, zwykle w instytucjach, skupione na osobach z niewielkim upośledzeniem umysłowym.

Profesjoniści i opiekunowie nieformalni muszą współpracować, każdy ze swojej perspektywy i ekspertyzy, różni lecz sobie równoważni. Dla zawodowców to nowy sposób myślenia i działania.

▶ Opieka dzienna w instytucji (Dom Opieki), skupiona na pacjentach z niewielkimi upośledzeniami, dla których uczestnictwo i nadzór są konieczne. Pacjent uczestniczy w jednej lub więcej półdniowych sesji w instytucji świadczącej opiekę dzienną. Choć zwykle odbywa się to w instytucjach, może również mieć miejsce na tak zwanych „farmach opieki”.

▶ Opieka nocna – w większości domów opieki istnieje możliwość przenocowania pacjenta przez kilka nocy w tygodniu. To zmniejsza ryzyko przytłoczenia opiekuna nieformalnego obowiązkami.

Co z domami pomocy społecznej?

Sytuacja stała się bardziej złożona, ponieważ osoba starsza dłużej przebywa w swoim środowisku domowym. W związku z tym problemy cechują się wielozłożonością i profesjonali-

sta musi być na to przygotowany. Dom opieki może zapewnić mniej złożoną opiekę i prostszą pomoc medyczną. Jeżeli zakres opieki staje się zbyt szeroki dla domu opieki, pacjent przenoszony jest do domu pomocy społecznej.

Trwa proces przekształcania wielu wcześniejszych domów opieki w małe domy pomocy społecznej. Każdy mały dom pomocy społecznej ma około 8-10 pacjentów. Zwykle cierpią oni na chorobę Alzheimera. Oprócz małych domów pomocy społecznej, istnieją także duże instytucje, które zajmują się pacjentami z poważnymi schorzeniami fizycznymi lub wymagają opieki psychogeriatrycznej.

Powstały oddziały rehabilitacji geriatrycznej, zwłaszcza w domach pomocy społecznej. Rehabilitacja geriatryczna to zadanie dla multidyscyplinarnego zespołu ekspertów





z tego zakresu, pod przewodnictwem specjalisty geriatry. Powstała dla osób starszych, obejmuje także krótki pobyt po hospitalizacji spowodowanej operacją, uszkodzeniem mózgu, etc.

W Holandii jest wielu profesjonalistów pracujących w domach pomocy społecznej. Wielu nie jest w pełni wykształconymi pielęgniarzami. Niezbędne jest zwiększenie liczby wykwalifikowanych pielęgniarzek, aby zapewnić odpowiednią jakość opieki i aby mogły przekazać wiedzę kolejnym opiekunom. Będą w stanie kształcić się wzajemnie. Wykonujemy dużo ciężkiej pracy, aby wiedza wszystkich zaangażowanych przełożyła się na dobro pacjenta.

Nawet w domach opieki, czy domach pomocy społecznej, jest miejsce dla opiekuna nieformalnego. Wymaga to nowego podejścia ze strony profesjonalisty, opuszczenia przez nich strefy komfortu i posiadania umysłu otwartego na wiedzę opiekunów nieformalnych o pacjencie.

Wszystkie te zmiany w opiece

domowej i instytucjonalnej stanowią wyzwanie przed pójściem naprzód. Wyzwaniem jest znalezienie optymalnej formy opieki dla danej osoby i jej osobistej siatki powiązań społecznych. Chodzi o zapewnienie spersonalizowanej opieki.

Na pytanie dokąd mogę pójść, gdy będę stary, siwy i zagubiony mamy częściową odpowiedź. Mam nadzieję, że będę mógł jak najdłużej mieszkać w swoim domu. A kiedy już nie

będę mógł, wiem, że będą czekały odpowiednie, wystarczające rozwiązania. ■

ESTHER VERVAT

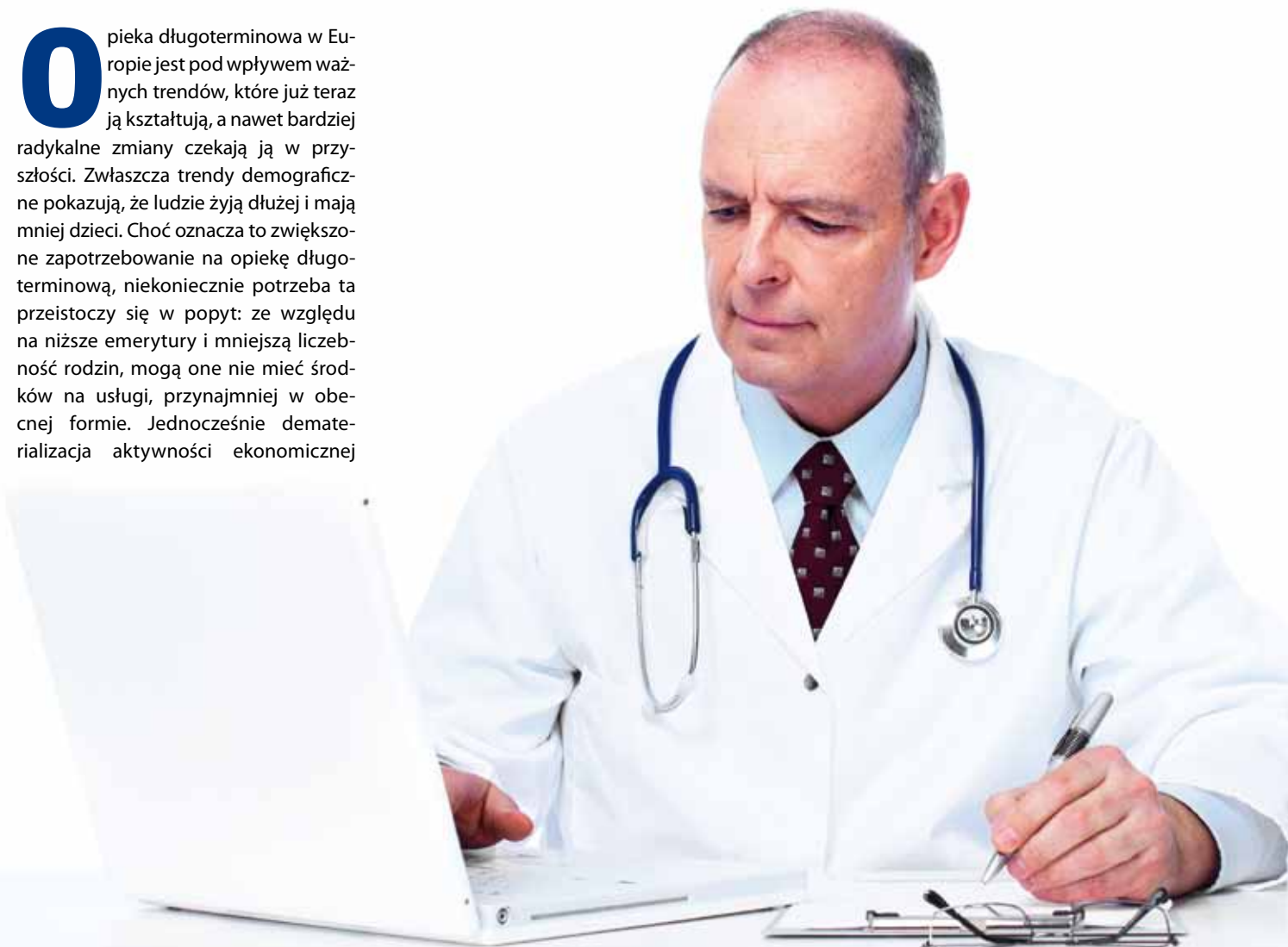
Esther Vervat pracuje jako dyplomowana pielęgniarzka w opiece nad osobami starszymi. Od czasu uzyskania tytułu zawodowego magistra w roku 2008 pracuje z osobami z niepełnosprawnością umysłową, młodymi, jak i starszymi. Przez ostatnie siedem lat pracowała w opiece nad osobami starszymi dotkniętymi demencją. W chwili obecnej Esther zatrudniona jest w firmie Novicare, gdzie pracuje jako dyplomowana pielęgniarzka w kilku instytucjach na terenie wschodniej Holandii.

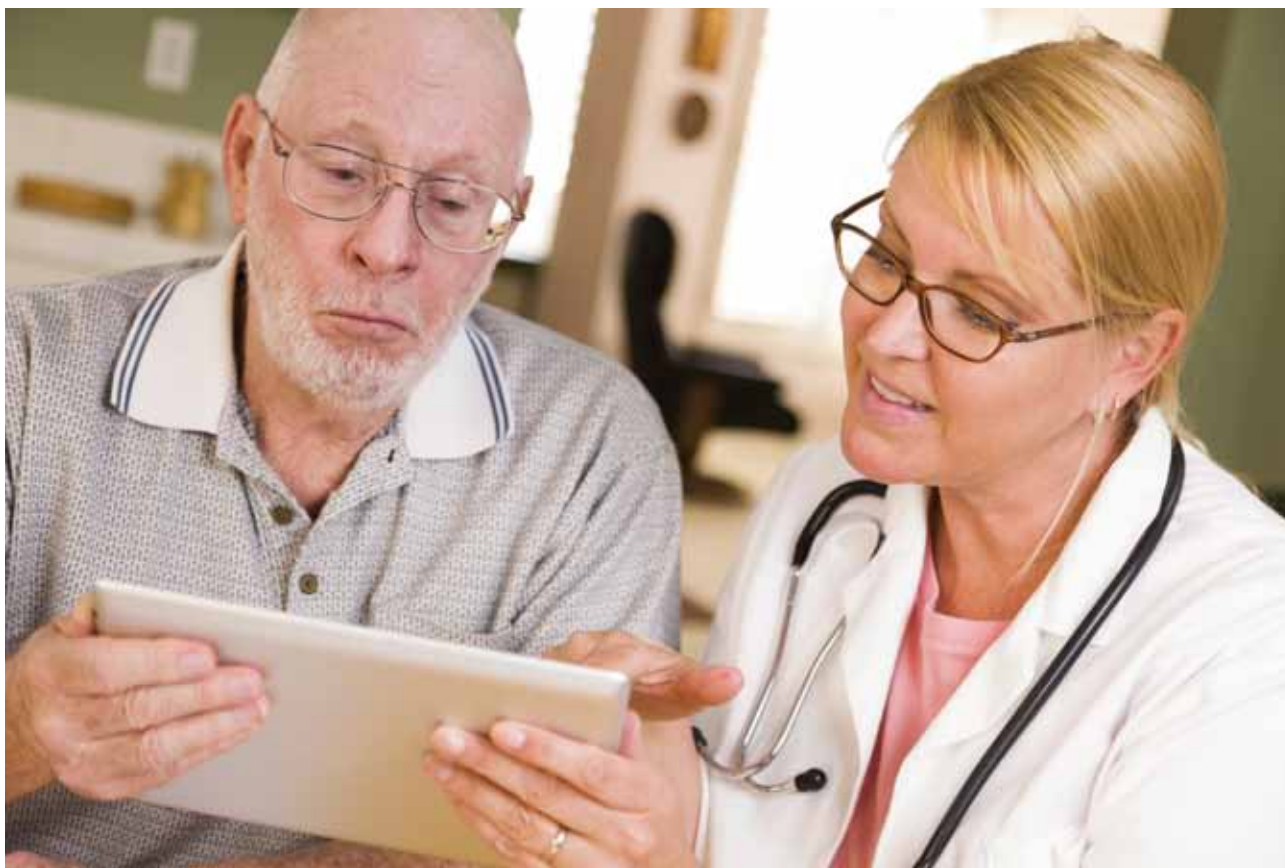


Rola informatyki i komunikacji w opiece długoterminowej

PROF. LUCA G. BRUSATI PH.D.

Opieka długoterminowa w Europie jest pod wpływem ważnych trendów, które już teraz ją kształtują, a nawet bardziej radykalne zmiany czekają ją w przyszłości. Zwłaszcza trendy demograficzne pokazują, że ludzie żyją dłużej i mają mniej dzieci. Choć oznacza to zwiększone zapotrzebowanie na opiekę długoterminową, niekoniecznie potrzeba ta przeistoczy się w popyt: ze względu na niższe emerytury i mniejszą liczebność rodzin, mogą one nie mieć środków na usługi, przynajmniej w obecnej formie. Jednocześnie dematerializacja aktywności ekonomicznej





Wykorzystanie technologii informatycznych i komunikacyjnych stawia zatem znaczne wyzwania przed kadrą zarządzającą, która także odczuje wpływ zmian, prawdopodobnie nawet w roli przekraczającej zakres ich zadań (np. przyciągnięcie zewnętrznych inwestorów).

przekłada się na wyższą mobilność podatników, co z kolei sprzyja konkurencji podatkowej i niższemu podatkowi. Oznacza to, że rządy będą miały mniej zasoby, a więc rządowe dopłaty z podatków ogólnych przeznaczone na opiekę długoterminową, także zostaną zmniejszone. Obecne kłopoty finansowe, siłą rzeczy pozostaną.

Cztery wzajemnie powiązane zmienne są składowymi finansowania: poziom usług (w ilości i jakości), ceny, dopłaty (czyli podatki ogólne) i produktywność. Jest sposób na wyjście z kompromisów: odejście od jednolitego świadczenia usług, oferowanie bardziej zróżnicowanych usług, skrojonych na miarę

potrzeb, preferencji i gotowości do płacenia różnych segmentów rynkowych i pobieranie stosownej opłaty. To podejście z jednej strony redukuje niepotrzebne koszty, a z drugiej wykorzystuje dodatkowy przychód. Odejście od jednolitego świadczenia usług stawia pod znakiem zapytania naszą tradycyjną definicję solidarności, ale w praktyce:

- ▶ Zwiększa dostępność i satysfakcję klienta
- ▶ Pozwala na finansowanie krzyżowe na większą skalę
- ▶ Jest prawdopodobne, że pomoże ochronić funkcjonalne zdolności podopiecznych opieki długoterminowej.

Technologie informatyczne i komunikacyjne mają wielką rolę do odegrania w tej zmianie.

Rola technologii informatycznych i komunikacyjnych

Jak dotąd technologia odgrywała stosunkowo marginalną rolę w sprawowaniu opieki długoterminowej, lecz jesteśmy niemal na pewno w przededniu wielkiego przełomu. W szczególności technologie oparte o internet mają potencjał, aby uczynić osiągnięcia w innych dziedzinach dostępne w organizacjach opiekuńczych. Rozwiązania technologiczne, które umożliwiają opiekę opartą na wskazaniach wyświetlanych na smartfonie opiekuna, są już na rynku. Gdy tylko opiekun wprowadzi dane o którymś pacjencie (lub dane te są automatycznie odczytywane przez czujniki, takie jak termometry, wagi lub łóżka, co nazywamy „Internetem rzeczy”), jego smartfon może zasugerować różne warianty czynności opiekuńczych. Podobne narzędzia mogą być używane dla zarządzania ryzykiem (np. do wyliczania automatycznie i w sposób ciągły ryzyka upadków dla wszystkich pacjen-

tów, lub ryzyka powstawania odleżyn), a także do zarządzania zasobami ludzkimi (np. dla określenia godzin pracy w przypadku absencji, lub do wdrożenia do pracy opiekunów zza granicy, którzy nie mówią płynnie w danym języku). Wzrastająca ilość dostępnych danych pozwala na identyfikację lepszych korelacji, przez co osiąga poziom wiedzy empirycznej nieosiągalnej przez opiekuna, choćby bardzo doświadczonego.

Te rozwiązania technologiczne zapewniają lepszą i bezpieczniejszą opiekę. Jako takie mają szansę zostać wdrożone w pierwszej kolejności przez tych dostawców usług, którzy chcą „zebrać śmietankę” z rynku. Z drugiej strony, cena rynkowa tych rozwiązań technologicznych jest ułamkiem korzyści finansowych, które zapewniają dzięki personalizacji opieki i racjonalizacji rozdziału nakładów. W krajach, gdzie częste są spory sądowe o nadużycia, te rozwiązania technologiczne zniechęcają do składania pozwów i zwiększają szansę na przetrwanie w sądzie, przez co redukują koszty i uwalniają trochę czasu personelu. W konsekwencji, dostawcy usług chcący konkurować ceną, również powinni użyć ich do zmniejszenia kosztów.

Implikacje dla kadry zarządzającej

Technologia jest dostępna, ale czy ludzie są gotowi? Zmiana jest nieunikniona, ze względu na wyzwania przedstawione na początku, ale może przebiegać gładko. Najbardziej prawdopodobnym scenariuszem dla innowacji technologicznych jest powtórzenie historycznego przejścia z manufaktury rzemieślniczej do przemysłowej. Po pierwsze, rozszerzona rola technologii informatycznych i komunikacji może być postrzegana jako zagrożenie dla tradycyjnego związku pacjenta i opiekuna – chociaż celem tych rozwiązań jest lepsza personalizacja opieki i lepsze zarządzanie ryzykiem. Po drugie, może się stać zarzewiem konfliktu ze związkami zawodowymi, w krajach gdzie mają silną pozycję. Jest tak dlatego, że te rozwiązania dają bardziej „inwazyjną” kontrolę nad zachowaniem poszczególnych opiekunów i co do zasady oferują możliwość podmiany zasobów, np. powierzenie zadania mniej doświadczonemu lub mniej



wykwalfikowanym pracownikom. Po trzecie, zagrażają przynajmniej niektórym z tradycyjnych ról menedżerów (zwłaszcza średniego szczebla), którzy z oczywistych powodów bywają starsi i mniej biegli w technologii, a przez to nie czują się komfortowo z innowacjami technologicznymi. Wykorzystanie technologii informatycznych i komunikacyjnych stawia zatem znaczne wyzwania przed kadrą zarządzającą,

która także odczuje wpływ zmian, prawdopodobnie nawet w roli przekraczającej zakres ich zadań (np. przyciągnięcie zewnętrznych inwestorów). Warto te zmiany badać z wyprzedzeniem i skorzystać z szans, które oferują. ■



LUCA BRUSATI

Jest doktorem zarządzania Uniwersytetu Bocconi z Mediolanu oraz profesorem nadzwyczajnym Uniwersytetu w Udine, gdzie kieruje laboratorium badawczym w dziedzinie ekonomii i zarządzania. Biegle posługuje się językiem angielskim oraz rosyjskim, pracował w ponad trzydziestu krajach na czterech kontynentach. Jako profesor wizytujący brał udział w programach studiów licencjackich, magisterskich, doktorskich oraz podyplomowych programach dla kadry zarządzającej. Od 1999 do 2001 roku pełnił funkcję dyrektora jednostki Zarządzania Usługami Zdrowia przy Europejskim Regionalnym Biurze WHO w Kopenhadze. Od 2011 roku regularnie udziela się na programach studiów magisterskich w Polsko-Amerykańskim Centrum Zarządzania działającym przy Uniwersytecie Łódzkim. Był również zapraszany jako prelegent podczas konferencji E.D.E. w Luksemburgu (2009) oraz Tallinie (2013). Zasiada w Komitecie Naukowym Włoskiego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Społecznej od czasu jego powołania w 2011 roku.

Bezpieczna autonomia, czy dobra opieka?

Etyczne rozważania otaczające wykorzystania technologii w opiece długoterminowej

ALISTAIR NIEMEIJER

Nowe technologie stanowią wielką nadzieję opieki długoterminowej, ponieważ mogą stanowić efektywną kosztowo odpowiedź na niedobór personelu przez zastąpienie lub wspomoczenie nadzoru ludzkiego. Z drugiej strony mogą być używane jako sposób na podniesienie jakości życia osób wymagających opieki (w tym osób z otępieniem). Tak liczne zastosowania technologii sprawiły, że stała się popularnym wyborem dla wielu dostawców usług opiekuńczych, skłaniając ich do inwestycji w jej przyszłość.

Nie wiadomo, czy nowe technologie spełniają pokładane w nich nadzieje w praktyce. Ich zastosowanie stanowi również pretekst do zadawania pytań natury etycznej. Te pytania dotyczą (między innymi) celu stosowania technologii (asystowanie czy monitorowanie), jej roli w procesie świadczenia opieki, ich wpływu na wolność jednostki, prywatność i godność. Dodatkowo obecne regulacje prawne są niewystarczające w dziedzinie nowych rozwiązań technologicznych, branża nie może się oprzeć o jasne zapisy normatywne. [...]

Przeprowadzona analiza piśmiennictwa (Niemeijer, 2010) pokazała, że użycie nowych technologii w opiece długoterminowej prowadzi do ożywionej debaty etycz-

nej. Analiza poruszanych tematów wskazała, że najczęściej w ten czy inny sposób przewijało się zagadnienie trzech perspektyw: ze strony instytucji, klienta i relacji opiekuńczej. Poza wyrazami entuzjazmu, wskazano na wiele wątpliwości krążących wokół tematów bez zagłębiania się w nie: (świadczenie opieki kontra) autonomia, godność, przyzwolenie i prywatność. Dodatkowo, mało uwagi poświęcono perspektywie klienta.

Następnie przeprowadziliśmy sesję odwzorowania koncepcji (Niemeijer), aby zgłębić odpowiedź na pytanie co cechuje dobrą (czy w tym przypadku idealną) opiekę z wykorzystaniem technologii. Dalsza analiza pokazała, że osoby bezpośrednio zaangażowane w opiekę nad klientami

(np. opiekunowie formalni) są właściwie bardziej przejęci bezpieczeństwem pacjenta, a nie jego autonomią, niż osoby zajmujące się opieką na odległość (np. naukowcy). Co więcej, uczestnicy mieli trudność z rozwinięciem tematów etycznych, które wydawały im się istotne. Ostatecznie, „idealne” zastosowanie technologii w opiece długoterminowej jest postrzegane jako takie, które zachowuje dobrą równowagę pomiędzy autonomią i bezpieczeństwem, chociaż obie te wartości nieuniknienie dążą do konfliktu.

W badaniu etnograficznym (Niemeijer) szczególną uwagę poświęcono doświadczeniom personelu pielęgniarskiego i wspierającego, i jak wiązały się one z przewidywanymi, możliwymi korzyściami i wadami technologii, a także tego jak technologia jest przyjmowana przez klientów.

Badanie wykazało, że pewne zakładane wcześniej korzyści i budzące obawy wady technologii nie mają odzwierciedlenia w praktyce. Pielęgniarki i personel wspierający poddani badaniu używają niektórych urządzeń w sposób kreatywny i zindywidualizowany, jednakże w stosunku do innych technologii niechętnie podejmują ryzyko, przedkładając bezpieczeństwo ponad autonomię. Pewnym wytłumaczeniem może być obawa przed wypadkami, której bezpośrednim efektem jest podkreślanie bezpieczeństwa i fizycznej bliskości jako dominujących wartości w pracy pielęgniarek i personelu wspierającego. Co wydaje się leżeć u podstaw tej logiki to dominujący dyskurs represyjny ryzyka i bezpieczeństwa, lecz także fakt iż w kontekście opieki długoterminowej bioetyczny koncept autonomii jest trudny do naszkicowania.

Koncepcja autonomii zdaje się przenikać projekty nowych urządzeń jako ich norma, jako że doświadczenia klientów z nowymi technologiami w badaniu etnograficznym okazały się ambiwalentne – każde urządzenie niosło ze sobą własne konotacje i doświadczenia. Choć nowe technologie mogą zwiększać swobodę poruszania się klienta przez udostępnianie nowych przestrzeni, nie wszyscy klienci cenili lub radzili sobie z tą przestrzenią. Projektom nowych urządzeń zdawało się





Ostatecznie, „idealne” zastosowanie technologii w opiece długoterminowej jest postrzegane jako takie, które zachowuje dobrą równowagę pomiędzy autonomią i bezpieczeństwem, chociaż obie te wartości nieuniknienie dążą do konfliktu.

przyświecać pewne wyobrażenie idealnego użytkownika, jako kogoś, kto wie dokąd chce pójść i co zrobić. Taki wizerunek może stać w sprzeczności z rzeczywistym użytkownikiem, który mógłby skorzystać z większej swobody, ale jednocześnie potrzebuje dopasowanego do potrzeb wsparcia, aby móc się ową swobodą cieszyć.

Kolejną kwestią było „narzucanie się” urządzeń. Im mniej są one widoczne, tym mniej klienci zdają sobie sprawę z ich obecności, co pokazuje, że konsultacje z klientem (w odpowiedzi na opór przed środkami technicznymi) stają się coraz trudniejsze w miarę jak technologia staje się mniej zauważalna.

Te kluczowe odkrycia powinny być interpretowane w kontekście dwóch trendów naukowych:

- ▶ 1. Rozwój i promocja „etyki opieki długoterminowej”, która skupia się na rzeczywistym, społecznym kontekście, w którym żyją osoby starsze i uzależnione od opiekunów – gdzie mamy do czynienia z współzależnością częściej niż niezależnością (Agich).
- ▶ 2. Rosnącego koncepcyjnego i etyczno-empirycznego zainteresowania technologią w opiece nad przewlekłymi chorymi, która czerpie inspirację z dziedzin Nauki i Technologii – dyscypliny badającej interakcje nauki, technologii i społeczeństwa. Doprowadziła ona do ważnych, nowych spostrzeżeń dynamiki technologii i wartości w opiece długoterminowej (np. Mol et al., 2010; Pols, 2012).

Rozważając kluczowe odkrycia w świetle powyższych trendów naukowych, skłaniam się ku tezie, że opieka zdefiniowana jako „praktyka ryzyka” może promować autonomię klientów, jednakże wymagałoby to również innej koncepcji autonomii, która nie jest oparta na wąskiej bioetycznej koncepcji autonomii rozumianej jako niezależność i racjonalny wybór, ale jest bardziej wyuczona na kontekst społeczny, w którym ludzie żyją. Tym nie mniej, uwzględnienie klienta, którego zdolności decyzyjne są ograniczone stanowi wyzwanie. Co więcej, niewystarczająca procedura świadomej zgody w odniesieniu do zwiększającej się roli technologii, wymusza dodatkowe, wszechstronne podejście etyczne do technologii obecnej w praktyce opieki długoterminowej.

Mamy dwa różne podejścia etyczne, które można rozpatrywać: podejście możliwości Nussbauma, jako kryterium określającego dobre życie. Narzędzie może dostarczyć praktycznej procedury oceniania, czy technologia w opiece długoterminowej przyczynia się do „dobrego życia”. Druga jest koncepcja Verbeeka, pokazująca projekt technologiczny nie jako instrument, lecz jako pośrednik w wyrażaniu kształtowania naszego życia przez konkretne tech-

nologie, co także niesie implikacje dla etycznego wykorzystania (nowych) technologii.

Oba podejścia implikują bardziej wartościujące podejście do definiowania norm dobrej opieki w technologii, w oparciu o to, jak „dobre życie” może być dzięki nim osiągnięte, a nie z pozycji negatywnego wpływu na autonomię. Kiedy dążymy do moralnie zdrowej opieki z wykorzystaniem technologii w opiece długoterminowej, musimy nadal krytycznie oceniać praktyczne zastosowania nowych technologii, aby jasnym stało się jakie stawiamy przed nimi oczekiwania i w jaki sposób można je spełnić, mając na względzie normy domniemane i poziomy normatywne będące częścią samych technologii i praktyk.

Jednym z zaleceń dla branży jest zatem nie oczekiwanie na nadejście gotowych produktów (technologicznych) i następnie przeprowadzenie oceny czy są etycznie słuszne, lecz zaangażowanie się w znacznie wcześniejsze stadium koncepcyjne, gdy wkład branży dotyczący etyki jest siłą napędową tworzenia produktu. Z praktycznego punktu widzenia, proces ten może być zainicjowany, koordynowany i monitorowany przez organizacje branżowe i konsumenckie (w Holandii odpowiednio VGN i ACTIZ).

Przyszłe badania najlepiej jakby zawsze były oceniane z wielu perspektyw i kontekście, w jakim funkcjonują, przy użyciu wielu metod nastawionych na lokalne, a nie uniwersalne uwarunkowania. Powinny pokrywać szeroki przekrój punktów widzenia i doświadczeń wszystkich stron, w szczególności członków rodzin. Byłoby również wskazane przeprowadzenie dalszych badań dotyczących wdrożenia technologii, jako że takie badanie może dostarczyć nowych sposobów wglądu w to, jak powinna wyglądać normatywna ocena wykorzystania technologii w praktyce. ■

Literatura i dalsze źródła.

Niemeijer, A.R., Depla, M.F.I., Frederiks, B.J.M., Francke, A.L., Hertogh, C.M.P.M. (2014b). The use of surveillance technology in residential facilities for people with dementia or intellectual disabilities: A study among nurses and support staff. Exploring the benefits and draw-

backs. *American Journal of Nursing*, 114, 12: 38-47.

Niemeijer, A., Depla, M., Frederiks, B., Hertogh, C. (2014a). Autonomy under surveillance. The experiences of people with dementia and intellectual disabilities with surveillance technologies in residential care. *Nursing Ethics*. Published online before print June 9 doi: 10.1177/0969733014533237.

Niemeijer, A. (2014). Technologie voor kwetsbare mensen: hoe onschuldig is een elektronische medicijnadoos? *Zorg en Recht in Praktijk*, 1 (1): 17-21.

Niemeijer, A., Frederiks, B., Depla, M., Eefsting, J., Hertogh, C. (2013). The place of surveillance technology in residential care for people with intellectual disabilities: is there an ideal model of application. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57 (3): 201-15.

Niemeijer, A., Depla, M., Frederiks, B., Hertogh, C. (2012). Verantwoorde en zorgvuldige toepassing van toezichhoudende domotica in de residentiële zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking: Een handleiding voor zorginstellingen. Amsterdam: VUMC.

Niemeijer, A.R. (2012). The sweet promise of dignified technology? Intellectual disability, surveillance technology and human dignity. In: *Kijk anders, zie meer. Tien jonge wetenschappers over disability studies*. Den Haag: ZonMw.

Zwijssen, S.A., Depla, M.F.I.A., Niemeijer, A.R., Francke, A.L., Hertogh, C.M.P.M. (2012). Surveillance technology: an alternative

to physical restraints? A qualitative study among professionals working in nursing homes for people with dementia. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (2), 212-219.

Niemeijer, A.R., Frederiks, B.J.M., Depla, M.F.I.A., Legemaate, J., Eefsting, J.A. and Hertogh C.M.P.M. (2011). The ideal application of surveillance technology in residential care for people with dementia. *Journal of Medical Ethics*, 37(5): 303-10.

Zwijssen, S., Niemeijer, A.R., Hertogh, C.M.P.M. (2011). Ethics of using assistive technology in the care for community dwelling elderly people: An overview of the literature. *Ageing and Mental Health*, 15, 4: 419-27.

Zwijssen, S., Depla, M.F.I.A., Niemeijer, A.R., Francke, A.L., Hertogh, C.M.P.M. (2011). The concept of restraint in nursing home practice: a mixed-method study in nursing homes for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 23 (5): 826-834.

Niemeijer, A.R., Frederiks, B.J.M., Riphagen, I., Legemaate, J., Eefsting, J.A., Hertogh, C.M.P.M. (2010). Ethical and practical concerns of surveillance technologies in residential care for people with dementia or intellectual disabilities: an overview of the literature. *International Psychogeriatrics*, 22, 7: 1129-1142.



ALISTAIR NIEMEIJER

Alistair Niemeijer pracuje jako adiunkt/profesor nadzwyczajny w dziedzinie etyki w opiece na Uniwersytecie Nauk Humanistycznych w holenderskim Utrechtzie oraz habilituje się na VU University Medical Center w Amsterdamie. Jego doktorat skupiał się na kwestii etyki związanej z wykorzystywaniem technologii nadzoru (inwigilacji) w opiece długoterminowej. Ponadto był on również zaangażowany w inne projekty badawcze, w tym multidyscyplinarny projekt o technologii jako alternatywie do stosowania ograniczeń fizycznych w holenderskich domach opieki. Brał także udział w dwóch międzynarodowych projektach koordynowanych przez Alzheimer Europe na temat etyki w technologiach asystujących oraz etyki podejmowania decyzji w opiece nad pacjentami z demencją, co zaowocowało dwiema publikacjami w roku 2015. Obecnie przewodniczy multidyscyplinarnemu projektowi badawczemu, dotyczącemu kwestii godności człowieka w polityce zdrowotnej.

Wpływ wdrożenia wytycznych żywieniowych

na pracę personelu domu opieki i ich efekty kliniczne dla mieszkańców

ANJA SALETTI

Wydział zdrowia publicznego i nauk o opiece, żywieniu klinicznym i metabolizmie,
Uniwersytet w Upsali, Upsala

Z powodu dramatycznej zmiany demograficznej, która zaszła w Szwecji, jak i na całym świecie, do roku 2030 około jednej czwartej populacji Szwecji będą stanowiły osoby powyżej 65 roku życia, a 7% osoby w wieku powyżej 80 lat. Ostatnie dane są w pewnym stopniu sprzeczne w kwestii stanu zdrowia starszej populacji (1, 2). Thorslund i współautorzy prognozuje poprawę stanu zdrowia z równoległym wzrostem liczby problemów związanych ze zdrowiem. Może to mieć związek z ulepszonymi procedurami leczenia chorób przewlekłych (3).



Dobry status żywieniowy mieszkańców domów opieki, jak i adekwatne rutyny żywieniowe w opiece geriatrycznej mogą również dostarczyć podstaw do optymalnego funkcjonowania fizycznego i dobrej jakości życia tej najwrażliwszej części społeczeństwa. Jednocześnie, liczne raporty wskazują na nieakceptowalne warunki dotyczące żywienia, obsługi gastronomicznej i porcji posiłków (4, 5, 6) w opiece nad osobami starszymi. Badanie (7) obejmujące 12 europejskich państw, wykazało wysokie prawdopodobieństwo niedoży-

wienia lub zagrożenie niedożywieniem jako powszechne w tej grupie wiekowej. Niedożywienie jest związane z niepełnosprawnością funkcjonalną, upośledzeniem funkcji poznawczych, przedłużającymi się okresami hospitalizacji i zwiększoną śmiertelnością (4, 8, 9, 10). Jest to wiedza dobrze ugruntowana. Podejmowano wiele prób poprawy rutyn żywieniowych w opiece długoterminowej. Rząd w Szwecji podjął kilka inicjatyw na rzecz poprawy opieki nad osobami starszymi. W ciągu ostatnich 10 lat należy odnotować takie podejścia rządu do poprawy stanu żywienia populacji osób starszych jak rejestr jakości (Senior Alert) i zarządzenia dotyczące rutyny żywieniowej celem profilaktyki i leczenia niedożywienia. Również świadomość wagi prawidłowego żywienia wśród społeczeństwa wzrosła, tak jak i poziom zaawansowania zarządzaniem opieką długoterminową.

Badania wykazują, że złe struktury zarządzania, nieadekwatne szkolenia i edukacja pracowników, nieprzyjemne miejsca podawania posiłków (11), brak czasu dla personelu, stłoczenie mieszkańców i brak jasnego określenia i podziału odpowiedzialności (12) zostały zidentyfikowane jako bariery organizacyjne we wprowadzeniu optymalnej opieki żywieniowej osób starszych, mieszkańców domów opieki. Także problemy z komunikacją, niewystarczająca współpraca w obrębie zespołu (12, 13) i wrogie nastawienie personelu wobec żywienia i starzenia się, owocującą niedostateczną opieką żywieniową wobec mieszkańców (12). Niedostatek wiedzy o żywieniu wśród pielęgniarek (14) pogłębia problem.

Wytyczne są często wskazywane jako sposób na podniesienie jakości opieki (15). Aby jednak poprawa została odnotowana, należy zadbać o wdrożenie wytycznych. Wykonano pewną pracę na rzecz określenia efektywnego przełożenia wiedzy na praktykę, lecz nadal mamy do czynienia ze znacznym brakiem zrozumienia jak ten proces powinien wyglądać (16).

Niedawno doszło do spotkania badaczy i opiekunów w Kanadzie celem przedyskutowania strategii polepszenia spożycia artykułów żywnościowych i płynów wśród osób starszych będących pod opieką dłu-



goterminową (17). Główne wyznaczniki, na których skupiały się badania interwencyjne, to między innymi interakcje społeczne między mieszkańcami w porach posiłków, zdolność do samodzielnego jedzenia, otoczenie spożywania posiłków, nastawienie, wiedza i umiejętności personelu, odpowiednie pory spożywania a dyspozycyjność personelu, właściwości estetyczne i smakowe posiłków, obsługa i logistyka posiłków, wybór i różnorodność pokarmów, w końcu wartość odżywcza. Wskazano także sposoby wielorakiej odpowiedzi na każde z powyższych zagadnień. W podsumowaniu zawarto ułożoną w kolejności istotności agendę budowania i testowania procedur zwiększających spożycie pokarmów i płynów przez mieszkańców opieki długoterminowej.

W roku 2006 magistrat Upsali przyjął wytyczne żywieniowe do stosowania w opiece długoterminowej w

mieście. Wcześniejsze badanie, w ramach bieżącego projektu, w oparciu o kwestionariusz wykazało, że wiedza personelu opiekuńczego w zakresie wytycznych miejskich dotyczących żywienia była bardzo niska (18). W celu przeprowadzenia i oceny procesu wdrożenia, miasto zwróciło się z propozycją współpracy do Uniwersytetu w Upsali, Wydziału Zdrowia Publicznego i Nauk Opiekuńczych, Żywienia Klinicznego i Metabolizmu. Otrzymano granty z Ministerstwa Spraw Społecznych, które przeznaczono w części na uposażenie dwóch certyfikowanych dietetyków (JT, AS), zatrudnionych i związanych z Uniwersytetem w Upsali. Zadaniem dwojga dietetyków było wdrożenie wytycznych w życie. Miasto i uniwersytet postanowiły uczynić z tego wspólne przedsięwzięcie naukowe i uczynić proces możliwym do oceny według metodologii naukowej.

Cel badania:

Celem obecnego projektu było wdrożenie rutyny żywieniowej dobrej jakości w opiece długoterminowej na terenie szwedzkiego miasta.

Przedmiot badawczy:

Cztery instytucje opiekuńcze w Upsali, mieście średniej wielkości w Szwecji. Próbę doświadczalną stanowiły dostępne grupy, wyłonione drogą rozmów z kadrą zarządzającą. Próbę kontrolną dostosowano do próby doświadczalnej w oparciu o rodzaj świadczonej opieki (publiczna czy prywatna), przedmiot opieki (osoby starsze z demencją lub bez) i liczbę podopiecznych. Obie strategie zostały ukierunkowane na zespół praktyków, składający się z przełożonego, pielęgniarki przełożonej i 5-10 pracowników oddziałów opieki z każdego domu opieki (DO). W każdym DO mieszkało 40-48 mieszkańców, podzielonych na 2-3 oddziały. Celem badania była przede wszystkim opieka pielęgniarska. W badaniu mogli brać udział mieszkańcy niezdiagnozo-

wani z chorobą śmiertelną i przewidywaną długością życia powyżej 6 miesięcy.

Model badania i jego wdrożenia: Dwa modele wdrożenia wytycznych zostały uruchomione równolegle, opisano je poniżej jako A i B. Zbieranie danych przeprowadzono na koniec okresu wdrożenia wytycznych lub 18 miesięcy później. Wytyczne żywieniowe do wdrożenia skupiały się na:

- ▶ **1)** żywieniu (odżywianie przesiewowe, interwencyjne, ocena i jej efekty);
- ▶ **2)** żywności (grafik posiłków, przekąsek, okresu bez jedzenia w nocy); i
- ▶ **3)** atmosfera spożywania posiłków.

Atmosferę spożywania posiłków wprowadzono na bardziej przyjaznych użytkownikowi zasadach przy użyciu Modelu Pięciu Cech Posiłku (MPCP). MPCP to szablon, który obejmuje pięć cech posiłku, takich jak: pokój, produkt, spotkanie, kontrola zarządzającego i atmosfera, w celu zapewnienia optymalnego doświadczenia związanego ze spożywaniem posiłku (19).

▶ **A.** Badanie oparte na działaniu zwanym Zewnętrznym Moderatorem (ZM) to model wdrożenia oparty na czterech zasadach badania działania: planie, wykonaniu, obserwacji i refleksji. Badanie działania (20) obejmuje zarówno badaczy jak i praktyków, którzy wspólnie analizują sytuację, którą chcą zmienić. Model jest zatem interakcją pomiędzy badaczami i praktykami, którzy spotykają się regularnie w cyklu comiesięcznym celem wymiany refleksji, opinii, wsparcia i instrukcji. Praktykami są zarządzający, pielęgniarki i personel opiekuńczy z czterech domów opieki (grupa badana). W praktyce oznaczało to, że jeden z dietetyków (AS) spotykał się regularnie z opiekunami i wymieniało informacje zwrotne. Spotkania praktyków z ZM miały na celu zwiększenie poziomu wiedzy personelu na temat żywienia i pokonanie praktycznych przeszkód przez budowanie struktur i wyznaczanie celów personelowi. Przeprowadzano także audy-

Główne wyznaczniki, na których skupiały się badania interwencyjne, to między innymi interakcje społeczne między mieszkańcami w porach posiłków, zdolność do samodzielnego jedzenia, otoczenie spożywania posiłków, nastawienie, wiedza i umiejętności personelu, odpowiednie pory spożywania a dyspozycyjność personelu, właściwości estetyczne i smakowe posiłków, obsługa i logistyka posiłków, wybór i różnorodność pokarmów, w końcu wartość odżywcza.



ty praktyków. Przykładem może tu być ocena dietetyczna przeprowadzona przez samych członków personelu w ramach audytu wewnętrznego, podczas gdy zewnętrznym audytem były obserwacje w czasie posiłków prowadzone przez Moderatora. Zewnętrzny Moderator miał także rolę administracyjną i nadającą uprawnienia, co obejmowało ogólne planowanie spotkań, dbanie o motywację i wsparcie.

- **B.** Drugą metodą badawczą była konwencjonalna, trzygodzinna sesja edukacyjna (Zewnętrzna Wizytacja (ZW)) na temat wytycznych żywieniowych, skierowana do praktyków z dwóch kontrolnych domów opieki.

Wyniki badania obiema metodami zostały skrupulatnie porównane. Efekty wprowadzenia zmian zostały zmierzone z uwzględnieniem zarówno wskaźników procesowych, jak i rezultatu.

Wskaźniki rezultatu:

Odnoszą się do efektów na mieszkańcach. Zmienne wynikowe to status żywieniowy, zdolności funkcyjne, zdolności poznawcze, jakość życia wynikająca ze stanu zdrowia i wskaźniki biochemiczne. Status żywieniowy określono na podstawie Mini Formularza Oceny Żywieniowej (MFOŻ) (21). Maksymalny wynik to 14. Wynik 0-7 punk-

tów wskazuje na niedożywienie, 8-11 oznacza zagrożenie niedożywieniem, a 12-14 dobry status odżywienia. Ocenę funkcjonalną przeprowadzono na podstawie skali ADL Barthel (22). Skrócony Przenośny Kwestionariusz Stanu Umysłowego (23) został użyty dla oceny kondycji umysłowej. Jakość życia w powiązaniu ze stanem zdrowia została oceniona na podstawie EQ-5D (24). Mieszkańcy cierpieli na wiele chorób towarzyszących. Dlatego oceniono śmiertelność na podstawie wskaźnika współwystępowania. Próbkę krwi pobrano dla analizy zawartości w osoczu witaminy D, albuminy, białka c-reaktywnego, kreatyniny, cystatyny C i oznaczenie stężenia insulinopodobnego czynnika wzrostu 1 (IGF-1).

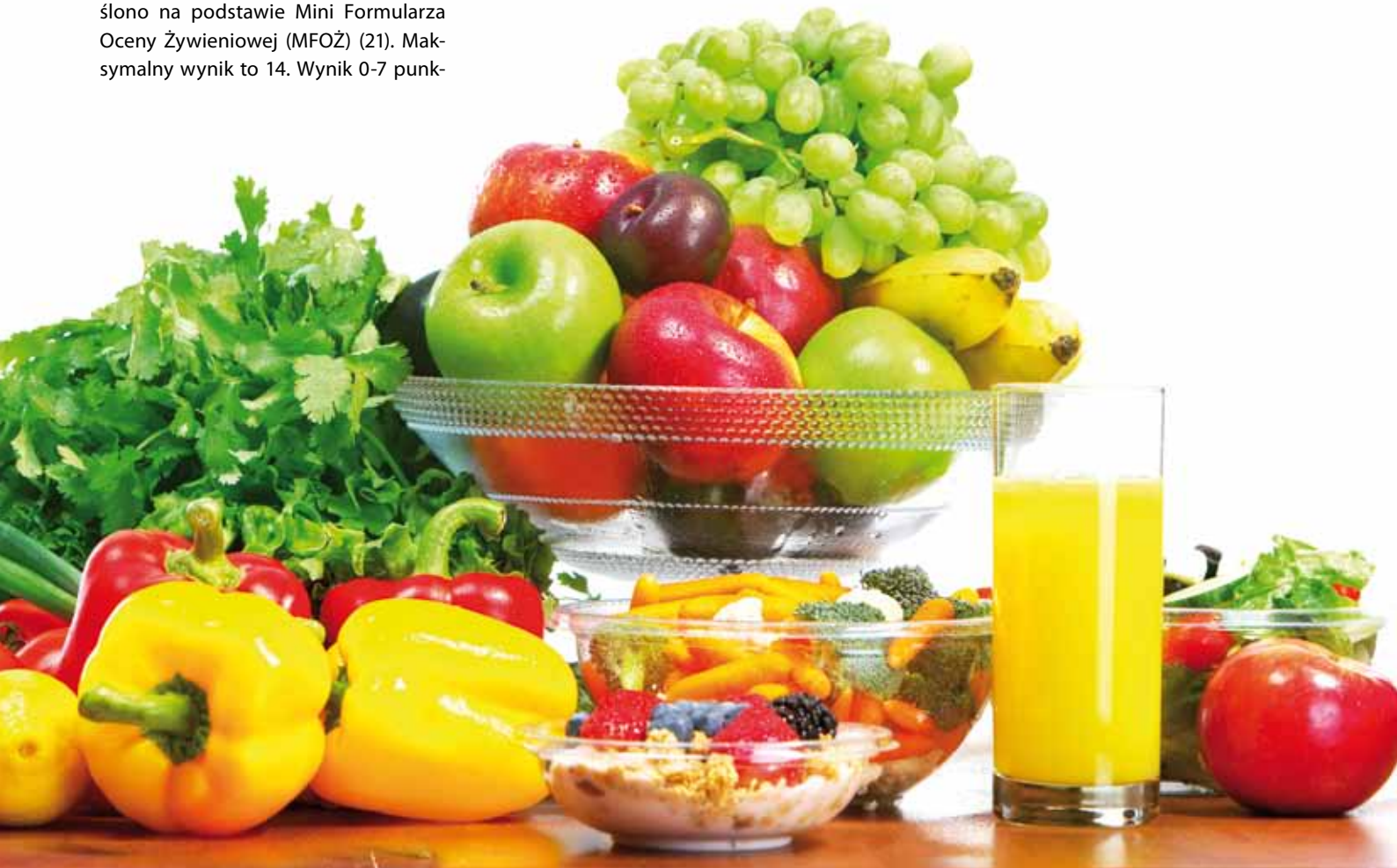
Wskaźniki procesowe:

Przeprowadzono wywiad skierowany do zarządzających, pielęgniarek i opiekunów z grupy badanej i kontrolnej. Pytania oparto na modelu w dyskursie realizacji (25). Główna hipoteza mówi, że opiekunowie powinni potrafić, chcieć i rozumieć wytyczne, aby realizacja zakończyła się sukcesem. Te środki służą ocenie, do jakiego stopnia personel pracuje w zgodzie z wytycznymi żywieniowymi. Kilka pomniej-

szych wskaźników zostanie poddanych analizie, na przykład stopień przesiewania celem diagnozy niedożywienia i wprowadzania żywieniowych planów opieki. Dla tego celu przeprowadzona zostanie analiza dokumentów. Wpływ wprowadzenia ulepszonych rytuałów związanych z jedzeniem jest mierzony przez obserwację posiłków i atmosfery im towarzyszącej.

Wstępne rezultaty:

Wdrożenie programu trwało 18 miesięcy, od 2009 do 2011. Wszystkie pomiary, próbki i obserwacje przed i po wdrożeniu zostały przeprowadzone i zgromadzone. Na 172 mieszkańcach przeprowadzono Mini Ocenę Żywności i określono, że 30% obecnych mieszkańców było niedożywione (26), a mniej niż 10% było dobrze odżywione. To alarmujące wyniki, chociaż opisują trochę lepszą sytuację niż ta zaobserwowana 15 lat wcześniej (27). Zmniejszone funkcje fizyczne i poznawcze były związane z nieoptymalnym odżywieniem. Dodatkowo, śmiertelność w ciągu 1 roku (OR 2.37) była zwiększona wśród niedożywionych mieszkańców (26). Badanie wyników, czyli efektów klinicznych na mieszkańcach, zostało przeanalizowane i zebrane w opraco-



wanie, które obecnie oczekuje na akceptację publikacji (28). W skrócie, stan odżywienia nie został zmieniony. Co interesujące, funkcje poznawcze były na stabilnym poziomie w tych domach opieki, gdzie wdrożono i przeprowadzono program, w przeciwieństwie do grupy kontrolnej, gdzie funkcje umysłowe pogarszały się znacznie dynamiczniej. Można spekulować, że koncentracja na interakcjach w czasie posiłków i ich atmosferze może wpływać na status umysłowy mieszkańców.

Określono poziom witaminy D (witaminy D 25-hydroksy w osoczu) i jej interakcji ze stanem odżywienia, funkcji umysłowych i funkcjonalnych mieszkańców instytucji opieki długoterminowej. Spośród 110 mieszkańców, dwie trzecie miało zmniejszony poziom 25-hydroksy witaminy D, czyli poniżej 50 nmol/L. Jeden mieszkaniec na czterech otrzymywał suplementację witaminy D. Nie zaobserwowano jasnej korelacji między poziomem witaminy D i oceną w skali Barthel, czy też stanem odżywienia, ale mieszkańcy suplementujący witaminę D mieli tendencję ($p=0.15$) do lepszego funkcjonowania (29).

Wskaźniki procesowe, takie jak wpływ na wiedzę i postawę personelu, są na tę chwilę poddawane analizie i zostaną zaprezentowane jesienią 2016. Jedno opracowanie jest gotowe do oceny, a bazuje na obserwacjach podawania posiłków, w tym zachowania personelu w porze posiłków. Atmosferę posiłków mocno poprawiono w grupie ZM w porównaniu do grupy Zewnętrznej Wizytacji, a wpływ na to miało nakrycie stołu, oferowanie napojów do wyboru, podawanie posiłków, interakcje między personelem i mieszkańcami i hałas z kuchni. Rutyna podawania posiłków pozostała bez zmian w obu grupach. ■

Literatura

1. Parker MG, et al. Health changes among Swedish oldest old: prevalence rates from 1992 and 2002 show increasing health problems. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005; 60: 1351-1355.
2. Rosén M, et al. From healthy survivors to sick survivors – implications for the twenty-first century. *Scand J Public Health* 2005; 33: 151-155.
3. Thorslund M, et al. [How do the elderly feel actually? Contradictory research results indicate both improved and impaired health]. *Lakartidningen* 2005; 102: 3119-3124.
4. Saletti A. Nutritional Status and Meal-time Experiences in Elderly Care Recipients. Thesis for doctoral degree. Stockholm: Karolinska Institutet; 2007.
5. Mattsson Sydner Y. Unempowered meal. About food and meals in the elderly care. Thesis for doctoral degree. Uppsala: Institutionen för hushållsvetenskap, Uppsala universitet; 2002.
6. Wikby K, et al. Nutritional status in elderly people admitted to community residential homes: comparisons between two cohorts. *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 232-8.
7. Kaiser MJ, et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 1734-8.
8. Persson MD, et al. Nutritional status using mini nutritional assessment and subjective global assessment predict mortality in geriatric patients. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 1996-2002.
9. Pirlich M, et al. The German hospital malnutrition study. *Clin Nutr* 2006; 25: 563-572.
10. Suominen M, et al. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *Eur J Clin Nutr* 2005; 59: 578-583.
11. Copeman J. Promoting nutrition in older people in nursing and residential homes. *Br J Comm Nurs* 2000; 5: 277-284.
12. Brown LE, et al. Nutritional care in care homes: experiences and attitudes of care home staff. *J Human Nutr Diet* 2008; 21: 373-406.
13. Crogan NL, et al. Barriers to nutrition care for nursing home residents. *J Gerontol Nurs* 2001; 12: 25-31.
14. Crogan NL, et al. Nutrition knowledge of nurses in long-term facilities. *J Cont Educ Nurs* 2001; 32: 171-176.
15. Mowe M, et al. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clin Nutr* 2006; 25: 524-532.
16. Grol R, et al. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patient's care. *Lancet* 2003; 362: 1225-1230.
17. Keller H, Beck AM et al. Improving Food and Fluid Intake for Older Adults Living in Long-Term Care: A Research Agenda *JAMDA* 2015;16:93-100
18. Törmä J, Sellgren M, Mattsson Sydner Y, Karlström B, Carlsson M, Cederholm T, Saletti A. Does nutritional guidelines ensure good routines in nutritional care of elderly subjects with community support? 31st ESPEN Congress on Clinical Nutrition and Metabolism. 29/8-1/9 2009 Vienna, Austria.
19. Gustafsson I-B, et al. The Five Aspects Meal Model: a tool for developing meal services in restaurants. *Journal of Food-service* 2006; 17: 84-93.
20. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. 4 ed. London: SAGE; 2004.
21. Kaiser M, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-(R)-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging* 2009; 13: 782-8.
22. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *State Med J* 1965;14:61-5
23. Pfeiffer E. A short portable mental state questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Ger Soc* 1975;23:433-441
24. Brooks R. Euroqol: The current state of play. *Health Policy* 1996;37:53-72
25. Lundquist L. Implementation Steering – an actor-structure approach. Lund: Studentlitteratur; 1987.
26. Torma J, Winblad U, Cederholm T, Saletti A. Does undernutrition still prevail among nursing home residents? *Clin Nutr* 2013;32:562-8
27. Saletti A, Yifter-Lindgren E, Johansson L, Cederholm T. Nutritional status according to Mini Nutritional Assessment in an institutionalized elderly population in Sweden. *Gerontology* 2000;46:139-45.
28. Törmä J, Winblad U, Saletti A, Cederholm T. Strategies to implement community guidelines on nutrition and their long-term clinical effects in nursing home residents. *J Nutr Health Aging* 2015;19:1:70-76.
29. Törmä J, Saletti A, Cederholm T. Plasma 25-OH Vitamin D concentrations in relation to nutritional status, functional ability and supplementation in nursing home residents. 32nd ESPEN Congress on Clinical Nutrition and Metabolism, 5-8/9 2010 Nice, France.

Realizacja zaleceń żywieniowych

przez osoby starsze ze środowisk domowych
i z domów pomocy społecznej

AGNIESZKA GULIGOWSKA, MAŁGORZATA PIĞŁOWSKA, PROF. TOMASZ KOSTKA
Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Odpowiednie odżywianie pełni ważną funkcję w profilaktyce niedożywienia, zapewnia dobry stan zdrowia, wspomaga terapię wielu chorób oraz wpływa na jakość życia osób starszych. Niestety sposób odżywiania większości seniorów w Polsce nie jest odpowiedni. Wraz z wiekiem wzrasta ryzyko niedożywienia.





Odpowiednie odżywianie pełni ważną funkcję w profilaktyce niedożywienia, zapewnia dobry stan zdrowia, wspomaga terapię wielu chorób oraz wpływa na jakość życia osób starszych. Niestety sposób odżywiania większości seniorów w Polsce nie jest odpowiedni (1). Wraz z wiekiem wzrasta ryzyko niedożywienia. Jego powstaniu sprzyja m.in.:

- ▶ Jadłowstręt (anorexia of aging) – dotyczy 21% osób po 65 roku życia, jest związany z zaburzeniem odczuwania smaku, zmianami hormonalnymi (2);
- ▶ Zły stan jamy ustnej i uzębienia (trudności w rozdrabnianiu pokarmu);
- ▶ Zmiany w układzie pokarmowym (nasilenie refluksu żołądkowo-przełykowego, zmniejszenie motoryki przewodu pokarmowego i pasażu jelitowego, występowanie zaparć, nadmierna produkcja gazów)

- ▶ Stosowana farmakoterapia (interakcje składników pokarmowych z przyjmowanymi lekami);
- ▶ Niepełnosprawność i ograniczona mobilność, trudność w samodzielnym jedzeniu (drżenie rąk);
- ▶ Towarzyszące choroby oraz ból, hospitalizacja w ciągu ostatniego roku/dwóch miesięcy;
- ▶ Brak wiedzy na temat zaleceń żywieniowych;
- ▶ Zaburzenia psychiczne (demencja, depresja – efekt błędnego koła);
- ▶ Izolacja społeczna, samotność lub ubóstwo;
- ▶ Stany lękowe, okres żałoby lub brak akceptacji podawanych posiłków.

Niewłaściwe odżywianie może prowadzić do wielu powikłań, takich jak (3):

- ▶ Sarkopenia – utrata masy mięśniowej wraz z osłabieniem siły mięśniowej lub zmniejszeniem sprawności fizycznej (4) (niedobór białka, wita-

miny D),

- ▶ Zespół słabości (Frailty Syndrome) – dotyczy 7% osób po 75 roku życia i 30% po 80 r.ż. – stan występowania zmniejszonej rezerwy czynnościowej i brak odporności na czynniki stresogenne (5) (niedożywienie),
- ▶ Opóźnione gojenie ran, pogorszona rekonwalescencja (niedobór białka, cynku, witamin),
- ▶ Osteoporoza (niedobór białka, wapnia, potasu, magnezu, witaminy D i K),
- ▶ Niedokrwistość (niedobór żelaza, witaminy B12, C),
- ▶ Zaburzenia immunologiczne (niedożywienie, niedobór białka i składników mineralnych).

Skrajne niedożywienie prowadzi do braku samodzielności, instytucjonalizacji i wzrostu śmiertelności (6).

Różnice w odżywianiu się osób starszych ze środowisk domowych i DPS-ów

Badania przeprowadzone przez Klinikę Geriatrii UM w Łodzi w latach 2014-2016 wśród pacjentów ze środowisk domowych i DPSów wykazały różnicę w pokryciu zapotrzebowania na poszczególne składniki odżywcze i energię. W badaniu wzięło udział 100 pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej oraz 100 osób ze środowisk domowych. W każdej z grup było po 69 kobiet i 31 mężczyzn, średnia wieku wynosiła 72,5. Wśród badanych przeprowadzono ocenę:

- ▶ stanu odżywienia (test MNA Mini Nutritional Assessment) (7),
- ▶ stanu funkcjonalnego (testy ADL, IADL),
- ▶ sprawność fizycznej (siła uścisku dłoni, test TUG),
- ▶ stanu psychicznego (test MMSE Mini Mental State Examination),
- ▶ struktury spożycia składników odżywczych wraz z oceną pokrycia zapotrzebowania wg norm (8).

Wyniki testu MNA wskazywały na niedożywienie lub zagrożenie niedożywieniem u ponad 50% badanych. Niestety byli to głównie mieszkańcy DPS-ów (13 osób z niedożywieniem, 67 osób zagrożonych niedożywieniem, natomiast w środowisku domowym tylko 1 osoba uzyskała wynik wskazujący na niedożywienie, a 21 na zagrożenie niedożywieniem. Średnie wyniki te-

stu wynosiły $23,6 \pm 5,2$ dla DPS, $27,2 \pm 4,2$ dla środowiska domowego.

Analiza spożycia poszczególnych składników pokarmowych wykazała liczne niedobory pokarmowe w obydwu badanych grupach. Jednak wśród pensjonariuszy DPS niedobory te były zdecydowanie wyższe. Mniej niż 10% pensjonariuszy realizowało zapotrzebowanie (na poziomie RDA, AI) na długołańcuchowe kwasy tłuszczowe, omega-3 (LChPUFA), witaminę D i C, foliany, wapń, potas, magnez oraz białko (9). Rekomendacje w zakresie spożycia sodu (RDA-UL), błonnika, % energii z sacharozy, witaminy E realizowało mniej niż 20% pensjonariuszy, a poniżej 40% z tej grupy pokrywało zapotrzebowanie na selen, witaminy B1, B6, B3, B12, cynk, miedź, wodę oraz zalecenia dotyczące % energii pochodzącej z tłuszczu.

Średnie spożycie witamin i składników mineralnych przez osoby ze środowisk domowych było o 20-50% wyższe niż w przypadku pensjonariuszy DPS. Największe różnice wykazano dla: białka i % energii z białka, LChPUFA, witamin C, B2, B3, B6, B12, A, E, folianów, a także dla potasu, wapnia, magnezu, żelaza, miedzi i wody. Mieszkańcy DPS spożywali więcej sacharozy (o 50%), tłuszczów nasyconych oraz sodu. Ich dieta miała niższą gęstość odżywczą.

Związek między odżywianiem a sprawnością fizyczną i psychiczną

Analizując korelacje zaobserwowano związek między lepszym wynikiem testów funkcjonalnych, a wyższym wynikiem MNA oraz wyższym spożyciem wody, aminokwasów egzogennych, % energii z białka, witamin B2, B3, B6, folianów, potasu, magnezu, żelaza, miedzi, cynku, manganu i niższym spożyciem węglowodanów i sacharozy.

Analogicznie lepszy wynik testu TUG i wyższa siła uścisku dłoni korelowały z wyższym wynikiem MNA. Funkcje poznawcze mierzone testem MMSE były oceniane wyżej u osób nie wykazujących cech niedożywienia wg MNA oraz spożywających więcej białka, cynku, witaminy D, E, B6, DHA.

Średnie spożycie witamin i składników mineralnych przez osoby ze środowisk domowych było o 20-50% wyższe niż w przypadku pensjonariuszy DPS. Największe różnice wykazano dla: białka i % energii z białka, LChPUFA, witamin C, B2, B3, B6, B12, A, E, folianów, a także dla potasu, wapnia, magnezu, żelaza, miedzi i wody. Mieszkańcy DPS spożywali więcej sacharozy (o 50%), tłuszczów nasyconych oraz sodu. Ich dieta miała niższą gęstość odżywczą.

Wnioski i najważniejsze zalecenia

W oparciu o analizę literatury (10) i wyniki przedstawionych badań własnych, sformułowano następujące zalecenia:

1. Należy regularnie co 6 miesięcy dokonywać analizy stanu odżywienia wśród pensjonariuszy DPS, np. przy użyciu testu MNA, a także określić indywidualne przyczyny ograniczenia przyjmowania posiłków i w razie potrzeby wdrożyć procedury profilaktyczne.
2. Niedobory pokarmowe i ryzyko niedożywienia starać się zredukować poprzez realizację zaleceń żywieniowych:
 - ▶ spożywać 4-5 posiłków o regularnych porach,
 - ▶ dostosować wielkość porcji do zapotrzebowania energetycznego,
 - ▶ podawać różnorodne produkty żywnościowe i potrawy,
 - ▶ spożywać 5 porcji dziennie warzyw i owoców w miarę możliwości w postaci surowej (soki, musy, koktajle, zupy krem). Doskonałym źródłem wit. C są porzeczki i truskawki (np. jako dodatek do naleśników), pasta ze słodkiej papryki, napój z zielonej pietruszki. Folianów dostarczą zielone warzywa lub ciecierzycy podawane w po-

staci potrawki, kremu, farszu do naleśników, bułeczek (11),

- ▶ wypijać odpowiednią ilość płynów w ciągu dnia (minimum 6-7 szklanek); można uwzględnić wśród nich mleko lub fermentowane napoje mleczne (jogurt, kefir i maślanka), a także wody mineralne o zwiększonej zawartości wapnia oraz szklankę 100% soku warzywnego lub owocowego, jako jedną z 5 porcji warzyw lub owoców,



- ▶ codziennie spożywać co najmniej 3 porcje mleka i/lub przetworów mlecznych o zmniejszonej zawartości tłuszczu. Można np. maślaną kę połączyć z owocami, powstanie truskawkowy lub jagodowy koktajl, biały ser z owocami – serek owocowy. Alternatywnym źródłem wapnia mogą być migdały lub sezam, najlepiej w postaci zmiśowanej,
 - ▶ codziennie spożywać jedną porcję 100–150 g mięsa, drobiu lub ryby (wielkość porcji dotyczy produktu po obróbce kulinarnej) w postaci lekkostrawnej, połączonej z warzywami, np. zapiekanka, faszerowane cukinie, ryba po grecku, pasty mięsno-warzywne,
 - ▶ wprowadzić do jadłospisu jajka w postaci lekkostrawnej, dostarczą wysokiej jakości białka, witamin z grupy B i witaminy D,
 - ▶ w każdym tygodniu spożywać porcję tłustej ryby morskiej (np. śledź, makrela, łosoś), najlepiej podawać ją w małych porcjach, aby nie obciążać trzustki. Ryby są źródłem długołańcuchowych kwasów tłuszczowych i witaminy D,
 - ▶ ograniczyć spożycie tłuszczu, głównie pochodzenia zwierzęcego i cukierniczego (olej palmowy), stosować tłuszcze roślinne: olej rzepakowy, oliwa z oliwek, olej lniany,
 - ▶ ograniczyć spożycie żywności wysokoprzetworzonej i słodczy oraz słodkich napojów (np. typu cola), zawierają duże ilości fosforanów i cukru,
 - ▶ sól stosować z umiarem, ale dbać o aromatyczność potraw poprzez dodatek warzyw (koperek, szczypiorek, pietruszka) ziół (estragon, bazylię, kurkumę, kmień i in.),
 - ▶ pamiętać o regularnej aktywności fizycznej, najlepiej na świeżym powietrzu (np. spacer) – poprawia apetyt, reguluje poziom glukozy i insuliny.
3. Podczas posiłków stworzyć odpowiednią atmosferę (brak pośpiechu, komfort, możliwość personalizowania posiłków, odpowiedni zapach).
 4. Prowadzić edukację w zakresie zdrowego odżywiania (wykłady dla personelu i warsztaty lub konsultacje dla pensjonariuszy). Warto nawiązać współpracę z Uniwersytetami Medycznymi (kierunek dietetyka)

i zapraszać studentów na praktyki.

5. Wyposażyć pensjonariuszy, którzy z powodu dysfunkcji rąk (np. drżenie, osłabienie mięśni dłoni, problemy z chwytaniem) nie mogą jeść samodzielnie w sztuce umożliwiające samodzielne jedzenie.
6. W przypadku niedożywienia wdrożyć leczenie dietetyczne poprzez żywieniowe enteralne (chirurgicznie lub endoskopowo wytworzona przetoka odżywcza wprowadzająca zgłębnik do żołądka-gastrostomia, dwunastnicy-duodenostomia lub jelita czczego-jejunostomia (12)). ■

Literatura

1. Guligowska AR, Pigłowska M, Smigielski J, Kostka T. Inappropriate pattern of nutrient consumption and coexistent cardiometabolic disorders in elderly people from Poland. *Pol Arch Med Wewn.* 2015;125(7-8):521-531
2. Morley J.E.: Decreased food intake with aging. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* 2001; 56 (2): 81–88.
3. Norman K., Pichard C., Lochs H., Pirlich M.: Prognostic impact of disease related malnutrition. *Clin. Nutr.* 2008; 27 (1): 5–15
4. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Aging* 2010; 39:412.
5. Gabrys T., Bajorek A., Malinowska-Lipień I. Zespół słabości – zasadniczy problem zdrowotny osób starszych. Część I., „Gerontologia polska” http://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2016/05/201501_Gerontologia_005.pdf
6. Söderström L., Rosenblad A., Adolfsson

E. T., Saletti A. Nutritional status predicts death in older people: A prospective cohort study. *Clin. Nutr.*, 2014; 33: 291–295

7. Opis testu MNA <http://www.mna-elderly.com/>
8. Jarosz M. (red.): Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2012
9. Bauer J., Biolo G., Cederholm T. i wsp.: Evidence based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT AGE Study Group. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2013; 14: 542–559
10. Franklin R., Bernstein M., Nutrition for the Older Adult. Jones & Bartlett Publishers, 2014.
11. Abellan van Kan G, Gambassi G, de Groot LC, Andrieu S, Cederholm T, André E, Caubère JP, Bonjour JP, Ritz P, Salva A, Sinclair A, Vellas B, Daydé J, Dregnaucourt J, Latgé C. Nutrition and aging. The Carla Workshop. *J. NutrHealth, Aging.* 2008 Jun-Jul;12(6):355-64
12. Poradniki ESPEN dotyczące żywienia enteralnego w języku polskim; <http://www.polspen.pl/edukacja/espen-guidelines-tlumaczenie/>

AGNIESZKA GULIGOWSKA

Dietetyk, żywieniowiec, promotor zasad zdrowego odżywiania. Absolwentka SGGW i UŁ. Obecnie w ramach doktoratu na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi prowadzi w Klinice Geriatrii badania w zakresie wpływu diety na proces starzenia się organizmu ludzkiego. Członek Polskiego Towarzystwa Dietetyki, Stowarzyszenia Dietetyków Polskich, Polskiego Stowarzyszenia Osób z Celiakią i na Diecie Bezglutenowej. Od kilku lat pełni funkcję dyrektora merytorycznego w Akademii Dietetyki. Autorka artykułów o tematyce żywienia osób starszych, które ukazały się w czasopiśmie krajowych i zagranicznych. Od 20 lat profesjonalnie zajmuje się dietoterapią. Nieustannie pogłębia wiedzę i doskonali warsztat uczestnicząc w szkoleniach i konferencjach.



Aktywność fizyczna osób starszych

w zależności od miejsca zamieszkania

JOANNA KOSTKA, TOMASZ KOSTKA, EWA BOROWIAK
Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Starzenie związane jest ze stopniowym obniżaniem się poziomu aktywności fizycznej. Osoby starsze rzadziej podejmują jakąkolwiek aktywność i zazwyczaj jest to aktywność o mniejszej intensywności. Zmiany związane z bezczynnością potęgują skutki będące następstwem starzenia organizmu, co zwiększa ryzyko wystąpienia wielu chorób i doprowadza do stopniowego zmniejszania się sprawności funkcjonalnej.

Poziom aktywności fizycznej może być dodatkowo determinowany przez środowisko zamieszkania. W jednym z naszych badań oceniliśmy poziom aktywności fizycznej mierzony wielkością wydatku energetycznego wśród osób starszych zamieszkujących trzy różne środowiska: miejskie, wiejskie oraz zinstytucjonalizowane (domy opieki). Najbardziej aktywni okazali się być mieszkańcy wsi, podczas gdy rezydenci domów opieki charakteryzowali się najmniejszym wydatkiem energetycznym. Wyniki te nie były zaskakujące. Sposób życia i charakter pracy związany z mieszkaniem na wsi (dbanie o gospodarstwo, uprawa pola, hodowla zwierząt) wymaga większego zaangażowa-

nia. Wielu autorów zwraca uwagę na niski poziom aktywności fizycznej mieszkańców domów opieki. Wśród barier ograniczających aktywność wymienia się czynniki takie jak słaby stan zdrowia, ograniczenia fizyczne, brak energii, przekonanie, że aktywność fizyczna może spowodować lub zaostrzyć ból, depresja i przygnębienie, obawa przed upadkiem, brak nawyku aktywności fizycznej. Aktywność utrudniają także bariery organizacyjne i środowiskowe, takie jak: niedostateczna ilość lub wręcz brak personelu, który mógłby organizo-





Aktywne osoby starsze osiągają lepsze wyniki w testach funkcji poznawczych w porównaniu do nieaktywnych, co tłumaczy się kilkoma możliwymi mechanizmami, takimi jak: zwiększenie przepływu mózgowego, zwiększenie metabolizmu mózgowego, redukcja czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, stymulacja wzrostu neuronów i ich przetrwania.

wać zajęcia, brak lub nieodpowiednie zaplecze do organizowania ćwiczeń, brak ławek/krzeseł na korytarzach lub na zewnątrz obiektów dla odpoczynku,

co mogłoby zachęcić mniej mobilnych pensjonariuszy do spacerów. W jednym z badań dyrektorzy francuskich domów opieki za jedną z większych

przeszkód w organizacji aktywności fizycznej dla swoich podopiecznych uważają bariery finansowe. Problem ten może w jeszcze większym stopniu dotyczyć Polski, ponieważ Polska na opiekę długoterminową wydaje mniej pieniędzy niż inne kraje OECD. Często zwraca się uwagę na brak zainteresowania mieszkańców domów opieki jakąkolwiek aktywnością fizyczną. Sugeruje to, że nie są oni świadomi zagrożeń związanych z bezczynnością i nie znają potencjalnych korzyści płynących z podejmowania regularnej aktywności fizycznej. Dlatego warto jest prowadzić działania edukacyjne w zakresie korzyści zdrowotnych płynących z ćwiczeń oraz sposobu ich wykonywania.

Regularna aktywność fizyczna jest jednym z najważniejszych elementów promocji zdrowia w podeszłym wieku i czynników umożliwiających tzw. pomyślne starzenie się (successful ageing). Istnieją dowody, że ruch na poziomie zalecany przez WHO wiąże się z ponad 30% spadkiem śmiertelności ogólnej, a osoby aktywne, nawet jeśli podejmują aktywność na poziomie mniejszym niż rekomendowany, charakteryzują się o 20% mniejszym ryzykiem zgonu w porównaniu z osobami nieaktywnymi. Badania dowodzą, że regularna aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko rozwoju szeregu stanów i chorób związanych z wiekiem, m.in. takich jak: choroby układu krążenia, cukrzyca, niektóre nowotwory (rak piersi, rak jelita grubego), osteoporoza, otyłość, depresja. Regularne podejmowanie aktywności fizycznej wiąże się także z redukcją ryzyka upadku, mniejszą częstością występowania infekcji oraz lepszą jakością życia i poziomem funkcji poznawczych. Aktywne osoby starsze osiągają lepsze wyniki w testach funkcji poznawczych w porównaniu do nieaktywnych, co tłumaczy się kilkoma możliwymi mechanizmami, takimi jak: zwiększenie przepływu mózgowego, zwiększenie metabolizmu mózgowego, redukcja czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, stymulacja wzrostu neuronów i ich przetrwania. Aktywność fizyczna sprzyja też aktywności i integracji społecznej, co również może mieć pozytywny wpływ na funkcje poznawcze.

Zgodnie z zaleceniami WHO i towarzystw naukowych w skład progra-

mu aktywności osób starszych powinny wejść ćwiczenia wytrzymałościowe, oporowe, równoważne i rozciągające.

Ćwiczenia aerobowe (wytrzymałościowe/tlenowe) to ćwiczenia, których celem jest poprawa wydolności organizmu. Do przykładów takiej aktywności należy marsz, marszobieg, bieg, jazda na rowerze, pływanie, NordicWalking. Cechą wspólną tych ćwiczeń jest jednocześnie zaangażowanie wielu grup mięśniowych, na odpowiednio dostosowanym poziomie obciążenia i kontynuowanie wysiłku przez dłuższy okres czasu (co najmniej 10min). Zaleca się wykonywanie tych ćwiczeń co najmniej 150 min. tygodniowo (np. spacer po parku przez 30min 5 razy w tygodniu) z umiarkowaną intensywnością lub co najmniej 75 min. w tygodniu na poziomie intensywnym. Wysiłek umiarkowany oznacza wysiłek z intensywnością, która powoduje przyspieszenie oddechów i wzrost częstości skurczów serca, podczas którego zużycie tlenu wzrasta 3-6 krotnie w stosunku do zużycia spoczynkowego. Wyjaśniając pacjentowi poziom intensywności można posłużyć się określeniem, że wysiłek ma być tak intensywny, żeby możliwa była rozmowa podczas ćwiczenia, ale nie-

możliwy śpiew. W przypadku wysiłku intensywnego przyspieszenie oddechów jest tak duże, że nie jest możliwa również rozmowa (np. biegane)

Ćwiczenia oporowe powinny być wykonywane co najmniej 2-3 razy w tygodniu i obejmować kilka najważniejszych grup mięśniowych. Istotą ćwiczeń oporowych jest wykonywanie ruchu z dodatkowym obciążeniem. Każde ćwiczenie należy powtórzyć 10-15 razy. Opór podczas ćwiczeń mogą stanowić ciężarki, taśmy elastyczne, ale także przedmioty codziennego użytku, takie jak puszki, butelki z wodą itd. Bardzo dobrym obciążeniem jest ciężar własnego ciała wykorzystywany podczas takich ćwiczeń jak: przysiady, wspięcie na palce, czy opady na ścianę. Możliwe jest także korzystanie z wyposażenia siłowni, w tym coraz bardziej popularnych siłowni plenerowych. Inspiracją do ćwiczeń z oporem mogą stanowić czynności dnia codziennego np.: wstawanie z krzesła. Podczas takich ćwiczeń pobudzane są do ruchu nie tylko pojedyncze mięśnie, ale całe zespoły, w wielu złożonych płaszczyznach, angażując jednocześnie mechanizmy odpowiedzialne za równowagę i kontrolę postawy.

Ćwiczenia z oporem należy poprzedzić rozgrzewką, a podczas ćwiczeń należy pamiętać o skoordynowaniu ćwiczenia z oddechem - przed należy wykonać wdech, podczas pokonywania oporu - wydech i ponowny wdech podczas opuszczania ciężaru.

Ćwiczenia równoważne - celem tych ćwiczeń jest doskonalenie reakcji równoważnych. Wykonywanie tych ćwiczeń zaleca się szczególnie osobom ze zwiększonym ryzykiem upadku oraz upośledzoną mobilnością. Powinny być wykonywane co najmniej 3 razy w tygodniu przez kilka minut. Do przykładów tych ćwiczeń zaliczyć można stanie ze złączonymi stopami (mała płaszczyzna podparcia), stanie na jednej nodze, ćwiczenia na niestabilnym podłożu (na piłkach, poduszkach sensomotorycznych, platformach, chodzenie po miękkim podłożu). Podczas ćwiczeń należy zapewnić odpowiednią asekurację i bezpieczeństwo - np. możliwość oparcia się o ścianę, chwycenia stabilnego krzesła, innej osoby.

Program aktywności osób starszych powinien być uzupełniony ćwiczeniami rozciągającymi (co najmniej 2 razy w tygodniu) w celu zwiększenia zakresu ruchu w stawach, przywrócenia ich





prawidłowego ustawienia, poprawy elastyczności tkanek okołostawowych oraz zapobiegania zmianom postawy ciała. U osób starszych zalecany jest raczej stretching statyczny (utrzymywanie pozycji rozciągniętej przez kilkanaście-kilkadziesiąt sekund), niż ćwiczenia polegające na wykonywaniu gwałtownych, szarpanych ruchów.

Jeśli starsza osoba z jakiegokolwiek powodu (poziom sprawności, towarzyszące choroby, brak motywacji) nie jest w stanie osiągnąć zaleczonego poziomu aktywności fizycznej, zaleca się bycie na tyle aktywnym, na ile jest to możliwe. Zdrowi seniorzy przed rozpoczęciem programu aktywności na poziomie rekreacyjnym nie wymagają specjalnych konsultacji, czy badań. Jednak w przypadku występowania chorób przewlekłych lub poważniejszych dolegliwości podjęcie dodatkowych środków ostrożności (m.in. konsultacja lekarska, pogłębiona diagnostyka), czy modyfikacja programu (zmniejszenie intensywności, dobór odpowiednich ćwiczeń) mogą być wskazane. ■

Literatura:

Arem H, Moore SC, Patel A, Hartge P, Berrington de Gonzalez A, Visvanathan K, et al. Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA Intern Med.* 2015 Jun;175(6):959–67

Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, Skinner JS. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2009 Jul;41(7):1510–30

Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR i wsp. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc* 2011;43(7):1359.

Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, Macera CA, Castaneda-Sceppa C; American College of Sports Medicine; American Heart Association. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation.* 2007 Aug 28;116(9):1094–105

Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurol.* 2014 Aug;13(8): 788–94

Pickering G, Brunet F, Roussel M, Pastor JM. Evaluation of the offer of physical activity for the elderly in a region of France. *Arch Gerontol Geriatr.* 2001 Aug;33(1):1–6.

TOMASZ KOSTKA



Absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Łodzi w roku 1986. Specjalizacje z chorób wewnętrznych, medycyny sportowej, geriatrii, rehabilitacji medycznej. Od 2005 roku profesor nauk medycznych i kierownik Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Na dorobek naukowy składa się ponad 200 publikacji, dwa podręczniki, 25 rozdziałów w podręcznikach. Recenzent w kilkunastu pismach anglojęzycznych. Staże, szkolenia i stypendia krajowe i zagraniczne: Szwajcaria, Wielka Brytania, Francja, Szwecja. 8 wypromowanych doktorów nauk medycznych. Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu UM 2008; Wiceprezes ds. Nauki Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej 2005-2013; Członek Komisji Geriatrii i Gerontologii Komitetu Patofizjologii Klinicznej Polskiej Akademii Nauk 2003; Członek Komisji Biologii Starzenia Polskiej Akademii Nauk 2008; Członek Zespołu do spraw Gerontologii przy Ministrze Zdrowia RP 2007; Przewodniczący Rady Społecznej SP ZOZ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. N. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi 2006; Zastępca Dyrektora ds. Naukowych Instytutu Reumatologii w Warszawie 2011-2012.

Członek European Academy for Medicine of Ageing (EAMA) 2004; Członek Rady Naukowej Gerontologii Polskiej 2005; Geriatrii Polskiej 2005; Medycyny Sportowej 2007; Medycyny Wieku Podeszłego 2011; Polityki Zdrowotnej (*Journal of Health Policy, Insurance and Management*) 2012; Studiów Medycznych 2013; Członek Editorial Board „Scientific Yearbook. Studies on Sport and Physical Education” 2007-2011; „Current Gerontology and Geriatrics Research” 2010; „European Geriatric Medicine” 2010 „Polish Journal of Rehabilitation Research” 2012; „Journal of Aging Science” 2012; Editor-in-Chief „World Research Journal of Sports Medicine” 2013-2014; Ekspert Comité Permanent des Médecins Européens w Brukseli (Action Group A3 on Prevention of frailty and functional decline) 2013; Editor-in-Chief „World Research Journal of Medicine” 2014; Członek Editorial Board „Frontiers in Geriatric Medicine” 2014; Konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii 2015; Członek Advisory Board Members „Current Issues in Sport Science (CISS)” 2016

Plany pielęgnacji

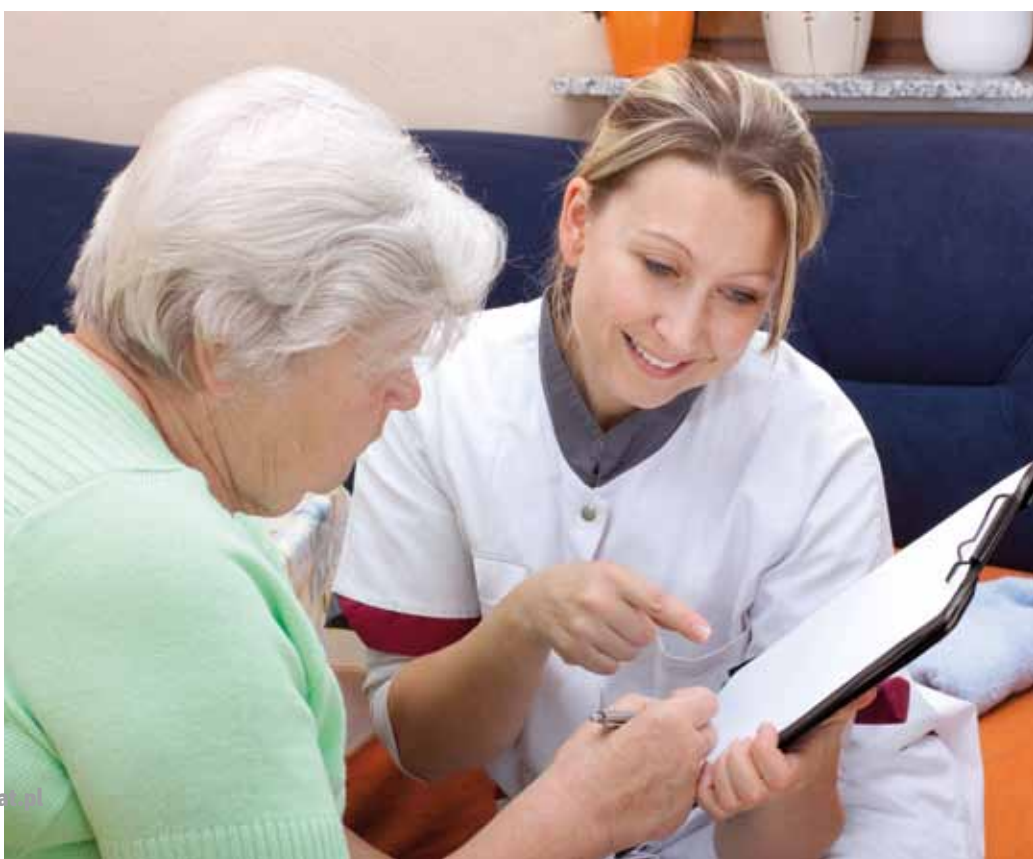
co to takiego?

ROBERT KUJAWA

Europejskie Centrum Opieki Długoterminowej

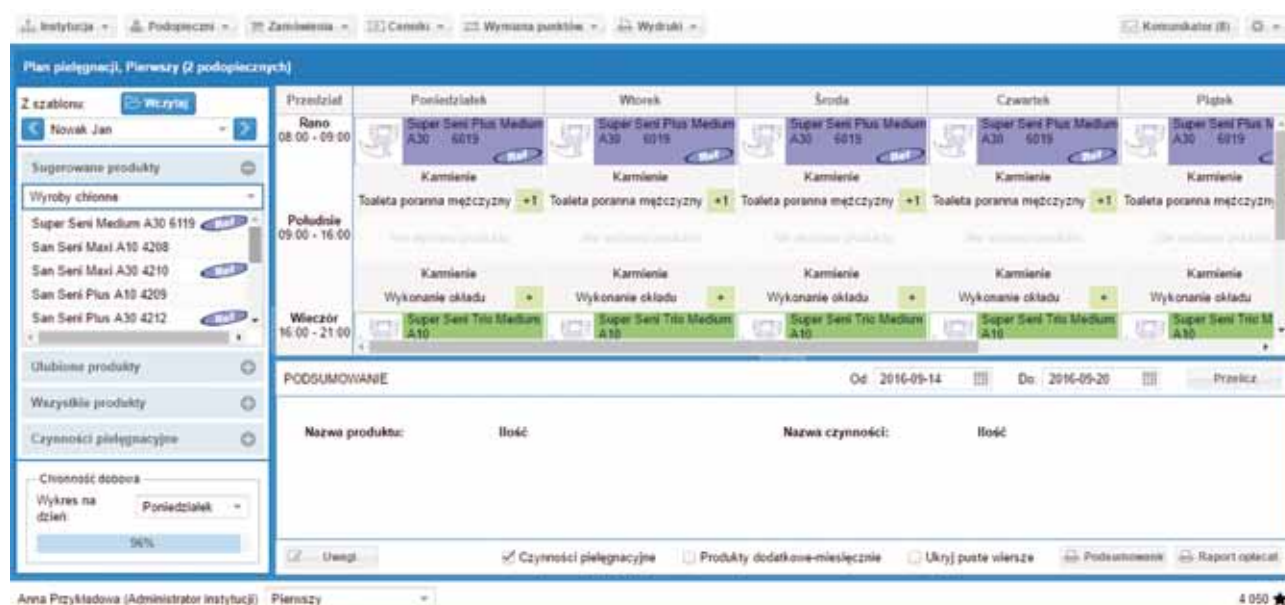
Każdy koordynator zespołu terapeutyczno-opiekuńczego stoi przed wyzwaniem sprawnej i efektywnej organizacji pracy pielęgniarek i opiekunek. To trudne zadanie, w którym należy wykazać się ekwilibrystyczną umiejętnością pogodzenia zawsze niewystarczających zasobów ludzkich i wymogów mieszkańców, których dobro jest celem nadrzędnym pracy personelu. Poziom komplikacji zadania podnosi także ilość informacji, które należy zbilansować – natłok danych, które należy wziąć pod uwagę potrafi przytłoczyć, lub sprawić, że przetwarzane będą wyłącznie te najważniejsze.

Aby uporać się z zadaniem organizacji pracy, kierownicy zespołów stosują różne narzędzia, które wypracowują sobie w toku zdobywania doświadczenia, lub przyjmują zastane rozwiązania z całym ich balastem niedoskonałości. W praktyce okazuje się, że najczęściej stosowanym narzędziem w pracy kadry zarządzającej jest karta czynności pielęgnacyjnych – mniej lub bardziej rozbudowana. Od wersji najprostszej, która jest po prostu kartą kąpiel i/lub wypróżnień, do wersji bardziej rozbudowanych, zawierających więcej czynności pielęgnacyjnych. Niestety ustawodawca nie przychodzi tutaj z pomocą, nie dostarcza jasnych wytycznych, co powinna zawierać dokumentacja pielęgnacyjna w DPSie. Dopiero kontrole urzędowe weryfikują założenia.



Rys. 1.

Widok planu pielęgnacji w programie Seniomat.pl



Istnieje jednak darmowe narzędzie, które jest w stanie pomóc w ustanowieniu standardu pielęgnacji w Domu Pomocy Społecznej. Chodzi o plany pielęgnacji oferowane przez aplikację Seniomat.pl – narzędzie proste w budowie i obsłudze, ale posiadające ogromny potencjał. Plany pielęgnacji w programie Seniomat.pl to sposób na zbudowanie standardu pielęgnacji w sposób szybki i przejrzysty dla wszystkich pracowników.

Narzędzie ma dwie odsłony – elektroniczną i drukowaną. W wymiarze elektronicznym, plan pielęgnacji pozwala na dobranie produktu chłonnego do rzeczywistych wymagań mieszkańca, z uwzględnieniem jego stanu inkontynencji, stanu psychofizycznego i wymiarów fizycznych. Służy do tego prosta ankieta, wypełniana na początku pracy z programem. Udzielone odpowiedzi mają przełożenie na podpowiedzi programu dotyczące zalecanych produktów chłonnych, z uwzględnieniem ich rozmiarów i chłonności. Plan pielęgnacji jest wyposażony także we wskaźnik kontynencji, który pokazuje jak chłonność wybranych produktów pokrywa wymagania danej osoby w ciągu doby. Użytkownik korzystając ze wskaźnika chłonności może spróbować dobrać produkty w taki sposób, aby końcowy koszt dla mieszkańca był jak najniższy.

Plan pielęgnacji jest tabelą, pokazującą tydzień opieki. Liczba wierszy odpowiada liczbie zmian personelu – czyli cykli, w których pracują opiekunowie. W kolumnach pokazane są dni tygodnia. Użytkownik ma możliwość wypełnienia tabeli zgodnie z porządkiem pracy w instytucji, indywidualnie dla każdego podopiecznego, lub zastosowania szablonu pielęgnacji – jeżeli większość czynności wykonywanych w Instytucji jest taka sama dla wszystkich podopiecznych.

Narzędziem przenoszącym plany pielęgnacji z komputera do pracy opiekunów na oddziałach są wydruki. Każdy z nich w określony sposób przedstawia to, co wprowadzono w Seniomacie i pozwala na organizację pracy zespołu opiekuńczo-terapeutycznego. Poniżej przedstawiamy dwa, najczęściej stosowane wydruki w Domach Pomocy Społecznej:

1. Wydruk na tydzień

Przedstawia harmonogram czynności pielęgnacyjnych w ujęciu na jednego mieszkańca. Dodatkowo uwzględnione są wyroby chłonne i produkty pielęgnacyjne, co daje pełen obraz potrzeb pielęgnacyjnych danej osoby. Wydruk taki przewidziano do zastosowania „przy łóżku” podopiecznego, aby personel mógł na miejscu zweryfikować status wykonania wszystkich czynności, oraz łatwo przekazywać sobie pracę między zmianami. Seniomat umożliwia hurtowy wydruk kart tygodniowych dla wszystkich podopiecznych w instytucji.

2. Wydruk na miesiąc

Harmonogram opieki w ujęciu miesięcznym pozwala na jeden rzut oka określić jakie czynności są wykonywane na oddziale i jak przebiega opieka nad poszczególnymi podopiecznymi. Dostosowanie wydruku może sprowadzić go do prostego planu kąpeli, jeżeli takie są wymagania użytkownika, lecz może być także rozbudowane do kompleksowego narzędzia kontroli opiekunów. Wypełnione karty miesięczne pracy opiekunów budują historię pracy całego oddziału i mogą stanowić znakomite narzędzie współpracy z rodzinami.

Plany pielęgnacji oferowane w aplikacji Seniomat to narzędzie o bardzo dużych możliwościach. Pełne wykorzystanie tych rozwiązań upraszcza pracę kierownika ze-

Rys. 2.

Wydruk tygodniowego planu pielęgnacji dla jednego mieszkańca z uwzględnieniem czynności pielęgnacyjnych i produktów chłonnych.

Nowak Jan
DPS TEST

Pierwszy

seniomat.pl

	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela
Rano 08:00 - 09:00	SUPER SENI PLUS MEDIUM A30 6019 Karmienie Zmiana pieluchomajtek Toaleta poranna mężczyzny	SUPER SENI PLUS MEDIUM A30 6019 Karmienie Zmiana pieluchomajtek Toaleta poranna mężczyzny	SUPER SENI PLUS MEDIUM A30 6019 Karmienie Zmiana pieluchomajtek Toaleta poranna mężczyzny	SUPER SENI PLUS MEDIUM A30 6019 Karmienie Zmiana pieluchomajtek Toaleta poranna mężczyzny	SUPER SENI PLUS MEDIUM A30 6019 Karmienie Zmiana pieluchomajtek Toaleta poranna mężczyzny	SUPER SENI PLUS MEDIUM A30 6019 Karmienie Zmiana pieluchomajtek Toaleta poranna mężczyzny	SUPER SENI PLUS MEDIUM A30 6019 Karmienie Zmiana pieluchomajtek Toaleta poranna mężczyzny
Południe 09:00 - 16:00	Karmienie Wykonanie okładu	Karmienie Wykonanie okładu	Karmienie Wykonanie okładu	Wykonanie okładu Karmienie	Karmienie Wykonanie okładu	Karmienie Wykonanie okładu	Karmienie Wykonanie okładu
Wieczór 16:00 - 21:00	SUPER SENI TRIO MEDIUM A10 Karmienie Zmiana pieluchomajtek Toaleta wieczorna	SUPER SENI TRIO MEDIUM A10 Karmienie Zmiana pieluchomajtek Toaleta wieczorna	SUPER SENI TRIO MEDIUM A10 Karmienie Zmiana pieluchomajtek Toaleta wieczorna	SUPER SENI TRIO MEDIUM A10 Karmienie Zmiana pieluchomajtek Toaleta wieczorna	SUPER SENI TRIO MEDIUM A10 Karmienie Zmiana pieluchomajtek Toaleta wieczorna	SUPER SENI TRIO MEDIUM A10 Karmienie Zmiana pieluchomajtek Toaleta wieczorna	SUPER SENI TRIO MEDIUM A10 Karmienie Zmiana pieluchomajtek Toaleta wieczorna
Noc 21:00 - 07:00	Zmiana pozycji	Zmiana pozycji	Zmiana pozycji	Zmiana pozycji	Zmiana pozycji	Zmiana pozycji	Zmiana pozycji

Produkty dodatkowe:

Nazwa	Jedn.	Ilość
SC KREM MYJĄCY OP		1

Rys. 3.

Wydruk miesięcznego harmonogramu pielęgnacji mieszkańca DPS z zaznaczeniem czynności wykonanych.

Nowak Jan
DPS TEST

Oddział: Pierwszy

seniomat.pl

Miesiąc: wrzesień 2016

Zmiana	Czynności	01 Cz	02 Pt	03 So	04 N	05 Pn	06 Wt	07 Śr	08 Cz	09 Pt	10 So	11 N	12 Pn	13 Wt	14 Śr	15 Cz	16 Pt	17 So	18 N	19 Pn	20 Wt	21 Śr	22 Cz	23 Pt	24 So	25 N	26 Pn	27 Wt	28 Śr	29 Cz	30 Pt
Noc	Karmienie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																					
	Wykonanie okładu	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																					
	Zmiana pieluchomaitek	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																					
Południe	Karmienie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																					
	Wykonanie okładu	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																					
	Zmiana pieluchomaitek	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																					
Rano	Karmienie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																						
	Wykonanie okładu	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																						
	Zmiana pieluchomaitek	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																					
Wieczór	Karmienie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																						
	Wykonanie okładu	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																						
	Zmiana pieluchomaitek	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																					

społu terapeutyczno-opiekuńczego, jak również poszczególnych opiekunów – co z kolei przekłada się na dobrobyt podopiecznego. Aplikacja Seniomat.pl, łącznie z modu-

łem planów pielęgnacji, jest całkowicie bezpłatna, dlatego najlepiej przetestować możliwości programu we własnej Instytucji. ■

Plany pielęgnacji w Seniomat.pl

rozmowa z praktykami

MONIKA BANASIAK

kierownik działu opiekuńczo-terapeutycznego, Domu Pomocy Społecznej „Chemic” w Warszawie

KATARZYNA KĘPA

kierownik zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, Domu Pomocy Społecznej w Popkowie

W marcowym numerze Medi pisaliśmy o braku standaryzacji usług opiekuńczych w placówkach opieki długoterminowej i sposobach, które dyrektorzy i kierownicy stosują, aby taką standaryzację wytworzyć. Seniomat.pl jest bezpłatnym programem, który może stanowić rozwiązanie w sytuacji braku standardu. Oferowana funkcjonalność znana jako plany pielęgnacji, to proste narzędzie o bardzo dużych możliwościach: pozwala dostosować program do realiów każdego domu pomocy społecznej i stworzyć rdzeń organizacyjny, regulujący pracę zespołu opiekunów.

Prezentujemy wywiad przeprowadzony z dwoma osobami, które postanowiły wykorzystać plany pielęgnacji oferowane przez Seniomat.pl w swojej codziennej pracy. Monika Banasiak (MB) jest kierownikiem działu opiekuńczo - terapeutycznego w Domu Pomocy Społecznej „Chemic” w Warszawie. Katarzyna Kępa (KK) jest kierownikiem zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w DPS w Popkowie. Zapytajmy o ich spostrzeżenia.

Jak długo pracujecie z wykorzystaniem planów pielęgnacji? Dla ilu pacjentów wykorzystujecie to narzędzie?

MB: Obecnie plany pielęgnacji zastosowane są dla stu osób czyli dla wszystkich Mieszkańców, którzy znajdują się w naszej Placówce. Z wykorzystaniem w/w planów pracujemy około pół roku.

KK: W sumie plany pielęgnacji ma około 40 osób. Wybraliśmy podopiecznych wymagających większego zaangażowania ze strony personelu. Nie jest to konkretny oddział, mieszkańcy przebywają na pięciu oddziałach. Korzystamy z planów ok. 6 miesięcy.

Ile osób personelu korzysta z wydruków planów pielęgnacji?

MB: Z planów pielęgnacji korzysta około 25 osób. Są to opiekunowie i pokojowe czyli personel, który wykonuje czynności pielęgnacyjne u Mieszkańca, a następnie wpisuje je do indywidualnej karty Podopiecznego. Następnie korzystam z nich ja, jako kierownik zespołu i dyrektorka.

KK: Z wydruków korzystały panie pielęgniarki, które są zobligowane do prowadzenia dokumentacji pielęgnacyjno-opiekuńczej. Wydruki przekazywano personelowi, po-



między zmianami – czynności są wykonywane codziennie, więc prawie każda pielęgniarka miała z nimi do czynienia. Około 20 osób.

Jak personel podchodził do wprowadzenia nowego narzędzia?

MB: W początkowej fazie wprowadzania planów opór personelu był dość duży. Pracownicy boją się zmian oraz są niechętni nowościom. Przekonanie personelu do planów pielęgnacji wymagało czasu, jednakże cztery miesiące funkcjonowania wydruków pokazują duży postęp w ich prawidłowym wypełnianiu i większe zaangażowanie pracowników w projekt. Problemy z wypełnianiem wydruków, błędy wpisów w rubrykach czy zwykła niewiedza zostały zniwelowane dzięki indywidualnemu podejściu do pracownika i pokazaniu pozytywnej strony wprowadzanej zmiany, na przykład rzadszej zmiany pieluchomajtek, która jest wynikiem lepszego doboru produktu. Obecnie personel bardzo dobrze sobie radzi z doku-

Pracownicy boją się zmian oraz są niechętni nowościom. Przekonanie personelu do planów pielęgnacji wymagało czasu, jednakże cztery miesiące funkcjonowania wydruków pokazują duży postęp w ich prawidłowym wypełnianiu i większe zaangażowanie pracowników w projekt.

mentacją i nie słyszę negatywnych komentarzy na jej temat. Ustaliliśmy także harmonogram dokonywania wpisów do planów pielęgnacji. Daliśmy personelowi na to dodatkowy czas, po 15 minut przy przerwie obiadowej i 15 minut przy przerwie śniadaniowej. W/w przerwy są wydłużone właśnie po to, żeby pracownik mógł spokojnie wypełnić indywidualne karty Mieszkańców. Reasumując, uważam iż aktualnie wydruki planu pielęgnacji funkcjonują

całkiem dobrze. Zostały wpisane i zaakceptowane w planie naszych codziennych obowiązków.

KK: Przed wprowadzeniem planów pielęgnacji mieliśmy spotkanie z oddziałowymi, które zgłaszały swoje uwagi i spostrzeżenia. Dokumentacja u nas funkcjonowała w podobnej formie, więc nie było tutaj trudności. Należy dążyć do tego, aby w jednostkach pomocy społecznej dokumentacja była bardziej ujednolicona, w przeciwnym wypadku każda placówka ma swoją dokumentację, inną od pozostałych. A dzięki Seniomatowi wprowadza-

my ujednolicenie. Zdarza się, że mieszkańcy przechodzą z jednego domu do drugiego, Seniomat sprawia, że dokumentacja jest zrozumiała i czytelna.

Po wprowadzeniu Seniomatu, kiedy się człowiek wdroży i wprowadza wszystko systematycznie, to plany są przydatne w pracy i nawet proste. Ważne jest pozytywne nastawienie do zmian i nowości.

W jaki sposób wydruki weszły w skład dokumentacji stosowanej w Instytucji?

MB: Jest to podręczny raport personelu. Pozostawiliśmy dotychczasową dokumentację jednakże zmodyfikowaliśmy ją tak, aby nie była zbyt czasochłonna. Aktualnie sporządzam wydruk dzienny z Seniomatu, który następnie uzupełniają opiekunowie poprzez wpisanie jakie wykonano czynności pielęgnacyjne. Raport ten pozwala na szybki wgląd w pracę personelu danego dnia, w szczególności dyrektorowi placówki, dla którego ja z kolei sporządzam podsumowanie danego tygodnia, w którym umieszczam następujące dane: kto z Podopiecznych został wykąpany, których Mieszkańcy wymagali wzmożonej opieki ze strony personelu, których Mieszkańców nie było na terenie naszej Placówki i z jakiego powodu (hospitalizacja, urlop, itp.). Pracuję na podstawie dostarczonych przez opiekunów wypełnionych raportów dziennych – na ich podstawie powstaje raport zbiorczy tygodniowy. Ten raport trafia do dyrekcji i zapewnia wygodny przegląd sytuacji.

KK: Używaliśmy wydruku „na miesiąc” ponieważ ta forma nam najbardziej odpowiadała. Zresztą miesięczny raport daje szerszy obraz podopiecznego. Na początku personel mówił, że kolejny dokument nie jest potrzebny, ale potem okazywało się, że to pomaga i zajmuje niewiele czasu. Jest to sprawna i przejrzysta forma wypełniania dokumentacji. Po miesiącu wypełniony arkusz trafia do indywidualnej dokumentacji mieszkańca (do segregatora). Każdy, kto weźmie dokumentację do ręki, nie ma problemu z jej odczytaniem i zrozumieniem. Łatwo odczytać stan sprawności naszego podopiecznego.

Odnotowuję określonym znakiem czynność w planie pielęgnacji (zaznaczając czy mieszkaniec wykonuje ją sam, czy z pomocą). Ważne, że jest możliwość dostosowania szablonu pielęgnacji Seniomatu do tego jakie rzeczywiście wykonujemy czynności. W chwili obecnej wydruk funkcjonuje jako dokumentacja, która jest pomocna przy pisaniu comiesięcznych obserwacji, a także przy tworzeniu indywidualnych planów wsparcia. Plan pielęgnacji z wszystkimi czynnościami, które wykonujemy przy podopiecznym daje nam podgląd czynności wykonanych przy podopiecznym oraz obrazuje jego sytuację. Plan pielęgnacji umożliwia też sprawny, szybki raport między dyżurującymi.

Czy możesz opisać, jakie zmiany nastąpiły po wprowadzeniu planów pielęgnacji?

MB: Przede wszystkim mam większy wgląd w to, co robią pracownicy, a co za tym idzie zwiększyła się jakość wykonywanej pracy. Dzięki składaniu podpisów pod wykonaną czynnością u danego Mieszkańca wiem, kto ją zrealizował. Codzienne odprawy z personelem opiekuńczym pozwoliły na usprawnienie komunikacji dotyczącej wykonywanych zadań, zarówno pomiędzy nami jak i sa-

mymi pracownikami. Plany stały się formą przypomnienia. Uzupełnianie kart dwa razy w ciągu dnia pozwala na bieżąco zweryfikować czy wszystkie czynności u Mieszkańca zostały zrealizowane, a jeżeli któraś została pominięta, wykonać ją. Jednakże podstawową zaletą wprowadzenia planów pielęgnacji jest możliwość obserwacji zmian stanu psychofizycznego Mieszkańca, co daje możliwość zarówno szybszej reakcji jak i zapewnienia właściwej w danym momencie opieki. Dla mnie jako kierownika działu opiekuńczo - terapeutycznego stanowi to klucz do zapewnienia jak najlepszej opieki naszym Podopiecznym.

Dzięki kartom mogę wychwycić czynności, które „umykały” zespołowi i zwrócić na nie uwagę, co jest wielką korzyścią z wprowadzenia Seniomatu. Przykładem może być ustalenie przyczyny nieprzyjemnego zapachu moczu w jednym z pokoi. Wypełnianie karty indywidualnej pielęgnacji wykazało, że Mieszkanica sama zmieniała sobie pieluchomajtki, niekoniecznie wtedy gdy zachodziła taka potrzeba. Personel nie wykonywał tej czynności u Podopiecznej, gdyż uważał, iż jest to osoba sprawna, mogąca sama poradzić sobie z tą czynnością. Od kiedy zaczęliśmy kontrolować zmianę pieluchomajtek przez plan pielęgnacji nie mamy żadnych problemów z nieprzyjemnymi zapachami. To pokazuje jaki wpływ ma wprowadzana zmiana zarówno na pracę personelu, jak i na jakość życia Mieszkańca.

KK: Na początku wprowadziłam wszystkie dane do Seniomatu, uzupełniłam ankietę, skalę itd. Jeszcze raz rzetelnie dokonaliśmy pomiarów, aby dostosować rozmiar produktu. Okazało się, że część mieszkańców używa produktów o zbyt dużych rozmiarach. Skorzystaliśmy z sugestii programu i zastosowaliśmy pieluchomajtki o mniejszych rozmiarach, a niektórym osobom zmieniliśmy na produkty o zwiększonej chłonności. Uzyskaliśmy korzyści ekonomiczne, bo podopieczny mniej dopłaca do produktu – przy przejściu z rozmiaru L na M mamy oszczędność ok. 15 złotych na wniosku. Z kolei w przypadku, gdy zgodnie z podpowiedzią Seniomatu zastosowaliśmy większą chłonność, nie ma już potrzeby dokupowania dodatkowych pieluchomajtek z odpłatnością 100%. Włączenie Super Seni Plus do wniosku pozwala oszczędzić około 50zł w produktach płatnych na 100%.

Bardzo często korzystamy ze „ściągawki” w postaci planu pielęgnacji, gdzie zawarty jest czytelny obraz podopiecznego podczas omówień, zebrań, tworzenia indywidualnych planów wsparcia oraz pisania obserwacji. Jest dobrym dokumentem dla przełożonych jak również rodzin, daje informację o tym co zostało wykonane u podopiecznego. Po uzupełnieniu planu opieki widzimy w jakim stopniu mieszkaniec wymaga naszej pomocy. Nie trzeba wertować całej dokumentacji, żeby dowiedzieć się podstawowych informacji o zakresie sprawności mieszkańca.

Czy program wpłynął na lepsze dopasowanie zamawianych produktów chłonnych do wymagań instytucji?

MB: Oczywiście. Seniomat przedstawia pełną gamę produktów TZMO, której wcześniej nie znałam. Obecnie mogę zapoznać się zarówno z nowościami jak i pogłębić swoją wiedzę na temat użytkowanych produktów. Stan psy-

chofizyczny Mieszkańca często zmienia się dynamicznie, co powoduje konieczność dokonywania zmiany dotychczas użytkowanego produktu chłonnego. Podchodzimy indywidualnie do naszych Podopiecznych, przykładowo w ciągu dnia Mieszkaniec korzysta z majtek chłonnych, ponieważ samodzielnie chodzi do toalety, natomiast na noc zakładamy pieluchomajtki, gdyż osoby w podeszłym wieku mają trudności z wybudzeniem się i tym samym szybkim dotarciem do toalety – potrzebują zatem chłonnieszego wyrobu. Dopasowanie rozmiaru to już sprawa indywidualna i zależy w znacznym stopniu od budowy ciała, co powoduje czasami wyjście poza standard. Dzięki platformie Seniomat zastąpiliśmy wyrób chłonny stosowany na noc z Super Seni Plus na Super Seni Trio. Dotychczas zmienialiśmy naszym Podopiecznym pieluchomajtki kilka razy w ciągu nocy, obecnie potrzeba tak częstej wymiany pieluchomajtek w nocy została ograniczona.

KK: Tak! Jak zamawialiśmy pieluchomajtkiienne, po wypełnieniu całej ankiety o podopiecznym, Seniomat zalecał bardziej chłonne. I przesłaliśmy na nocne pieluchomajtki, z efektem bardzo pozytywnym – to są te oszczędności rzędu 50zł, o których mówiłam wcześniej. U niektórych osób okazało się, że zalecane są pieluchy anatomiczne – wykorzystaliśmy je do zwiększonej aktywności i mobilizacji podopiecznego do korzystania w ciągu dnia z toalety, z pozytywnym efektem. Gdybym jednak nie znała produktów, to Seniomat z powodzeniem pomógłby mi dopasować odpowiedni produkt czy specjalistyczny opatrunek.

Zatem podsumowując: czy warto używać planów pielęgnacji?

MB: Mogę powiedzieć dlaczego warto używać całego Seniomatu. Zaczęłabym od tego, że największym plusem jaki daje program jest możliwość składania zamówienia przez Internet. Jest to po pierwsze uproszczenie procedury zakupu, możliwość zapoznania się z każdym produktem i dobór odpowiedniego, po drugie pozwala zaoszczędzić czas, który mogę poświęcić Mieszkańcom i pracownikom. Ponadto możliwość druku wypełnionego zlecenia na pieluchomajtki znacznie skraca czas realizacji zlecenia. Nie ma konieczności mozolnego, ręcznego wypisywania kilkudziesięciu wniosków, wystarczy wydruk i podpis lekarza. I oczywiście plany pielęgnacji, tak jak już wcześniej wspomniałam dzięki nim, mamy większy wgląd w pracę zespołu, wiemy kto jaką czynność wykonuje, możemy zaobserwować jak zmienia się stan Mieszkańca, co możemy jeszcze zrobić, na co zwrócić uwagę. Jest to również ułatwienie w kontaktach z rodzinami Mieszkańców, które również chcą mieć wpływ na jakość opieki nad Podopiecznym i poddają nas „kontrol”. Możemy wówczas przedstawić wydruk potwierdzający wykonywane przez personel czynności. Kończąc warto wspomnieć także o punktach przyznawanych za składanie zamówień przez program, które możemy zamienić na szkolenia dla personelu np. szkolenie z pierwszej pomocy. Jest to ogromna pomoc dla placówek, które posiadają ograniczone środki przeznaczone na szkolenia. Dzięki takiemu rozwiązaniu możemy regularnie, bezpłatnie i na wysokim poziomie szkolić pracowników.



KK: Każdy musi przekonać się sam - nie dowiesz się, dopóki nie spróbujesz. Do wszystkiego potrzeba czasu i pozytywnego nastawienia. Teraz wiem, że mam wypisane czynności, które mogę sobie dostosować do indywidualnych potrzeb podopiecznego. Mamy możliwość dopasowania Seniomatu do swoich warunków. Jeśli mamy dokumentację tradycyjną, papierową, to ona w pewien sposób ogranicza (jest szablonowa). Seniomat daje możliwość zmian, można dopisać lub usunąć czynność jeżeli już nie jest aktualna. Myślę że, gdyby każdy miał dostęp do komputera z internetem, to przesłalibyśmy na dokumentację elektroniczną - oszczędność czasu, uniknięcie gromadzenia dokumentacji w wersji papierowej, itp. Seniomat pomaga w doborze produktów, rozmiarów, łatwo też dokonać zamówienia zarówno materiałów chłonnych jak i środków kosmetycznych i opatrunków. Po uzupełnieniu planu powstaje całościowy obraz podopiecznego - o ile wykonuje się to rzetelnie. Cieszyło nas to, jak wyszły oszczędności np. mniejsza odpłatność za pieluchomajtki, dobrze dopasowany produkt, czyli brak przecieków moczu, więc i zmniejszenie ilości ubrań i pościeli do prania.

Dziękuję za rozmowę! ■

Konferencja W trosce o jakość życia

ALEKSANDER KOLAŃSKI
Koordynator merytoryczny konferencji

Stowarzyszenie Na Rzecz Przewlekłe Chorych „Chronica” zaprasza na konferencję pt. „W trosce o jakość życia”, która odbędzie się 21 października 2016 roku. Będzie ona kontynuacją dwóch wcześniejszych konferencji, które obejmowały swą tematyką problemy, pojawiające się w pracy z pacjentem długotrwale unieruchomionym i nie-samodzielnym.



Konferencji przewodniczyła Pani mgr Grażyna Śmiarowska, która pełni funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych dla województwa kujawsko-pomorskiego. Pierwsza z nich nosiła tytuł „Otępienie – problem, któremu musimy stawić czoła” i skierowana była do wszystkich, którzy mają w pracy kontakt z osobami z chorobą otępienną. Z dużym zainteresowaniem uczestników spotkały się wykłady specjalistów pracujących z pacjentami w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym im. ks. J. Popiełuszki w Toruniu oraz lekarzy specjalistów psychiatrów - Marzeny Maryniak-Wiśniewskiej i Jarosława

Łączkowskiego. Uczestnicy mieli okazję otrzymać odpowiedzi na nurtujące ich pytania w panelach dyskusyjnych.

W dniu 7 listopada 2014 roku w ramach realizowanego programu pt. „Konsultacje i warsztaty dla opiekunów i rodzin osób czekających na pobyt w stacjonarnej placówce opieki” odbyła się druga konferencja pt. „Razem pomóżmy pomagać”. Skierowana była do pielęgniarek i opiekunek z województwa kujawsko-pomorskiego sprawujących opiekę w domu chorego. Organizatorzy w trakcie przeprowadzonych wcześniej konsultacji w domach pacjentów zapoznali się z problemami, które spotykają rodziny i opiekunów osób niesamodzielnych oczekujących na pobyt w placówce opieki długoterminowej. Wpływ choroby na kondycję rodziny oceniany jest przez pryzmat radzenia sobie z chorobą. Niestety ocena ta jest najczęściej negatywna, zwłaszcza, jeżeli rodzina nie radzi sobie z chorobą i sytuacjami z nią związanymi. Pociąga to za sobą ograniczenie działalności w wielu sferach życia społecznego innych członków rodziny. Decyzja o przekazaniu osoby chorej pod opiekę do placówki instytucjonalnej jest trudna i podejmowana najczęściej w sytuacji nie radzenia sobie z trudnościami. Problemy, które najczęściej towarzyszą chorobie to pojawiające się u opiekunów przeciążenia układu ruchu, odleżyny u chorych oraz utrudniona komunikacja otoczenia z podopiecznym. W formie wykładów i warsztatów dostarczono uczestnikom praktycznej i teoretycznej wiedzy na powyższe tematy.

„W trosce o jakość życia” to konferencja naukowa dla 100 pracowników domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i zakładów opiekuńczo-leczniczych z województwa kujawsko-pomorskiego. Uczestnicy będą mogli uzyskać informacje dotyczące metod pracy z pacjentami z uszkodzeniem mózgu. Konferencja zostanie zorganizowana w formie wykładów, podczas których zaprezentowane zostaną tzw. „dobre praktyki”. Prelegentami będą przedstawiciele wybranych placówek (ZOL, ZPO, DPS), które są zaangażowane w podnoszenie jakości swoich usług poprzez liczne działania ponadstandardowe. Ponadto zaproszeni naukowcy przedstawiają materiały, które wskażą celowość stosowania terapii u pacjentów z uszkodzeniem mózgu w przewlekłej fazie choroby.

Zakres tematów, które zostaną przedstawione podczas wystąpień:

1. Pracownik naukowy UMK: Naukowe podstawy pracy z pacjentem z uszkodzeniem mózgu.
2. Dr med. lek. specjalista rehabilitacji medycznej: Znaczenie pracy z pacjentem z uszkodzeniem mózgu w trzecim okresie choroby.
3. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. ks. J. Popiełuszki w Toruniu: „Szansa na powrót” - interdyscyplinarna terapia pacjentów z dysfunkcjami mózgu o różnej etiologii.
4. Fundacja ŚWIATŁO w Toruniu: Prezentacja własnych doświadczeń w pracy z pacjentem z uszkodzeniem mózgu.
5. NZOZ CM EPIMIGREN Krzysztof Nicpoń: Neurorehabilitacja pacjentów z uszkodzeniem mózgu.
6. Dom Pomocy Społecznej im. dr Leona Szumana w Toruniu: Różne formy aktywizacji chorych z uszkodzeniem mózgu.



7. Specjalistyczne Centrum Pielęgnacyjno-Opiekuńcze Ewa-Med. w Obornikach Śląskich: Prezentacja własnych doświadczeń w pracy z pacjentem z uszkodzeniem mózgu.

Szczegółowy program konferencji zostanie zamieszczony w listopadzie br. na profilu ZPO w Toruniu na Facebooku. Można się tam też zapoznać z informacjami dotyczącymi wszystkich działań w zakresie podnoszenia standardów pracy z pacjentem prowadzonych w ZPO w Toruniu we współpracy ze Stowarzyszeniem „Chronica”. Zapraszamy na nasze strony:

<http://www.zpotorun.pl/> i <http://www.chronica.pl/>

Wszelkie szczegółowe informacje są dostępne pod nr telefonu: **56 6574290**.

Zaproszenia na konferencję zostaną rozesłane do placówek ZPO, ZOL i DPS z województwa kujawsko-pomorskiego. Wszystkie nasze konferencje finansowane są przez Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko Pomorskiego. ■

Apteki Dr.Max

Prezentacja firmy

REKLAMA

Dr.Max Polska jest częścią holdingu zarządzającego największymi sieciami aptek w Czechach (25% udziału) i na Słowacji (15%). Łącznie w skład grupy wchodzi ponad 850 aptek. W Polsce, zarządzamy ponad 370 aptekami. Nasze plany rozwoju sięgają jednak znacznie dalej.



PentalInvestments jest środkowo-europejską grupą inwestycyjną specjalizującą się w sektorach private equity i real estate. Powstała w 1994 roku, zaczynając działalność jako broker giełdowy. W 2000 roku firma rozpoczęła inwestycje w sektorze private equity, by w 2005 roku rozszerzyć swoją działalność o rynek nieruchomości, tworząc segment real estate.

Licząc na początku swojej działalności 5 osób grupa, zatrudnia obecnie 200

pracowników w 7 oddziałach (Praga, Bratysława, Warszawa, Monachium, Li-massol, Amsterdam i Jersey) oraz ponad 30.000 osób w spółkach portfelowych, co daje jej pozycję jednego z najbardziej znaczących pracodawców w regionie. W Polsce PentalInvestments ma udziały w spółkach:

Dr.Max Polska, Empik Group Media-&Fashion i największej sieci prywatnych szpitali i klinik EMC MedicalInstitute.

Penta w sektorze ochrony zdrowia

Firma jest zaangażowana w sektor ochrony zdrowia od 2002 roku, inwestując w ubezpieczenia medyczne, szpitale, ambulatoria, apteki i laboratoria analityczne. Jako prywatny inwestor stara się zwiększyć jakość usług dla pacjentów poprzez zapewnienie ich dostępności oraz poprawę efektywności działania. Rosnące zapotrzebowanie na finansowanie i modernizację czyni sektor prywatny naturalnym partnerem dla branży medycznej.

Penta z sukcesem wdrożyła model biznesowy aptek dyskontowych oferujących pacjentom niskie ceny i najlepszą opiekę farmaceutyczną. Jego główne elementy to:

- ▶ jedna, silna marka Dr.Max i wspólny koncept marketingowy we wszystkich 3 krajach,
- ▶ wykorzystanie efektu skali w strategii holdingu,
- ▶ stały rozwój we wszystkich 3 krajach, zarówno poprzez rozwój organiczny jak i akwizycje,
- ▶ silna i stała współpraca kadry zarządzającej w 3 krajach.

Misja i wartości firmy

Dr.Max działa na rzecz poprawy opieki zdrowotnej Polaków, gwarantując dostęp do pełnego asortymentu leków w niskich cenach. Nasze apteki to nieod-

łączny element nowoczesnego systemu opieki zdrowotnej. Codziennie wspieramy proces leczenia, ale również pomagamy utrzymać dobry stan zdrowia. Nie stalibyśmy się jedną z największych sieci aptek w Europie Środkowo-Wschodniej, gdyby nie wartości, którymi kierujemy się od początku istnienia firmy. Są to wartości, które będą nam towarzyszyć zawsze.

- ▶ Zaufanie
- ▶ Jesteśmy profesjonalistami, bo od naszej pracy zależy zdrowie innych ludzi.
- ▶ Empatia
- ▶ Słuchamy potrzeb naszych pacjentów, aby pomagać w rozwiązywaniu ich problemów.
- ▶ Opieka
- ▶ Leczymy, ale również pomagamy utrzymać dobry stan zdrowia.
- ▶ Przystępność
- ▶ Jesteśmy blisko ludzi, tworząc apteki pierwszego wyboru.
- ▶ Niskie ceny dla zdrowia
- ▶ Pracujemy, żeby obniżyć koszty leczenia.

Struktura organizacyjna

Tajemnicą sukcesu firm osiągających dynamiczny rozwój jest utrzymanie balansu pomiędzy zarządzaniem centralnym, a pozostawieniem części kompetencji w lokalnych strukturach firmy. Sercem firmy Dr.Max są apteki. To dla ich sprawnego funkcjonowania powstała centrala, której jedynym zadaniem jest wsparcie wszystkich obszarów działania aptek. Pisząc o strukturze organizacyjnej Dr.Max należy zaznaczyć, że nasza firma jest rozwijana w myśl dwóch fundamentalnych zasad mówiących o tym, iż zbyt duża centralizacja prowadzi do paraliżu decyzyjnego, ale całkowita decentralizacja prowadzi do bałaganu.

Filozofię naszej pracy można podsumować zatem złotym środkiem: pozwólmy działać, ale działajmy wspólnie.

Pozycja rynkowa

Polacy doceniają zaangażowanie i pasję z jaką realizujemy swoją misję. Każdego roku notujemy wzrost odwiedzin, a grupa naszych stałych pacjentów rośnie w bardzo szybkim tempie. W rezultacie już teraz sieć aptek Dr. Max jest jedną z największych w Europie Środkowo-Wschodniej. Potwierdzają to statystyki:



- ▶ **1,6 miliona** – tylu Polaków odwiedza miesięcznie apteki Dr.Max,
- ▶ **60 %** – o tyle przewyższamy w ujęciu rocznym sprzedaż średniej apteki rynkowej,
- ▶ **80 %** – o tyle przewyższamy średnią liczbę pacjentów przeciętnej apteki rynkowej.

Dzięki temu możemy nadal rozвивać naszą sieć i otwierać kolejne oddziały. Statystyki potwierdzają, że jesteśmy potrzebni i spełniamy oczekiwania pacjentów. Nie odnieśliśmyby sukcesu, gdyby nie ich zaufanie. To ono motywuje do dalszej pracy i rozwoju.

Zespół

Farmaceuci, technicy farmacji, dermatokonsultanci – słowem liczący prawie 2000 osób zespół specjalistów Dr.Max. Jego zadaniem jest dbanie o zdrowie i pozytywne relacje z pacjentami. Dlatego poza kwalifikacjami i doświadczeniem istotna jest odpowiedzialność, cierpliwość, komunikatywność, wysoka kultura osobista i pogodny usposobienie. Wiemy, że dzięki temu dysponujemy zespołem na najwyższym poziomie, a nasi klienci zawsze uzyskają profesjonalne i fachowe porady w zakresie zdrowia, urody oraz profilaktyki zdrowotnej.

Podstawowymi wartościami naszej firmy są: zaufanie, empatia, opieka oraz przystępność. Wystarczy jedna z nich, by zainteresować się losami Domów Pomocy Społecznej. Wszystkie 4 obligują nas do aktywnego wsparcia placówek pomocy społecznej w pełnej rozciągłości

Współpracujemy:

- ▶ **PROFESJONALNIE** – masz zawsze wsparcie merytoryczne; jesteśmy zawsze na czasie ze zmianami na listach leków refundowanych;
- ▶ **SZEROKO** – zadamy o recepty narkotyczne, jak i również o kompleksowy odbiór odpadów;
- ▶ **ELASTYCZNIE** – długie terminy, możliwość dopasowania, podejście indywidualne. Nie są to dla nas trudne warunki;
- ▶ **SYSTEMOWO** – mamy osobny dział, który zajmuje się wyłącznie współpracą z placówkami DPS. Wiemy, gdzie jesteśmy dziś i doskonale zdajemy sobie sprawę, gdzie będziemy za 2 lata. Nasze działania są równie precyzyjne, co przemysłowe;
- ▶ **WIELOSTRONNIE** – w portfolio naszych usług są nie tylko formaty biznesowe; wspieramy również działania społecznie odpowiedzialne. Dbamy o dopełnienie naszej oferty aktywnościami dodatkowymi;
- ▶ **EDUKACYJNIE** – dbamy o wzrost świadomości pacjentów i współpracujących z nami placówkami. Wiemy, że szkolenia są rzeczą podstawową.

W perspektywie kraju jesteśmy najlepszym Partnerem. Placówki, które z nami pracują, otrzymują indywidualne warunki, kompleksową i dedykowaną opiekę, pełne wsparcie merytoryczne i prawne, dodatkowo wartości wynikające z profilu naszej działalności.

Pozwól sobie pomóc, przystępując do najlepszych. ■



Jak opiekować się osobą przewlekle chorą w domu

- jak pielęgnować, aby uniknąć odleżyn
- jak łatwo i bezpiecznie zmieniać pieluchomajtki
- jak bezpiecznie przemieszczać

Zorganizuj z nami warsztaty dla opiekunów nieformalnych w Twojej instytucji!

www.damy-rade.info
tel. 801 105 555

*Dane według raportu Fundacji Razem Zmieniamy Świat, 12.2015

seni

Seni wspiera opiekę nad osobami przewlekle chorymi.

damy radę

Pomogliśmy już ponad 150 000 rodzin*



SENI ACTIVE - majtki chłonne
nowoczesny wyrób chłonny przypominający zwykłą bieliznę

SUPER SENI - pieluchomajtki
tradycyjne zabezpieczenie na każdy stopień nietrzymania moczu

SENI CARE
produkty pielęgnacyjne i przeciwdrożdżynowe dla osób z nietrzymaniem moczu

Więcej na seni.pl