

Forum Opieki Długoterminowej

medi

ISSN 1643-1308 nakład 3000 egz.

Kwartalnik nr 2(72)
czerwiec 2017

KRAJOWY MECHANIZM **PREWENCJI TORTUR**

Sposoby
motywacji personelu

Odwodnienie
osób starszych



Moim klientkom
polecam wkładki urologiczne Seni Lady,
bo wiem, że zapewniają najlepszą ochronę.

Seni Lady to optymalne rozwiązanie dla kobiet, które szukają sprawdzonej ochrony przy nietrzymaniu moczu. Wkładki Seni Lady są dużo bardziej chłonne niż podpaski, a zastosowane w nich osłonki boczne chronią przed wyciekami.

Seni Lady Extra Plus **nowy rozmiar**



seni

Więcej o ofercie Seni Lady na stronie www.seni.pl

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
robert.kujawa@tzm.com.pl

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

Redakcja zastrzega sobie prawo
skracać i adustacji nadawanych
tekstów. Przedruk, kopiowanie
lub powielanie w jakiegokolwiek formie
wyłącznie za zgodą redakcji.

Witamy w czerwcowym numerze Medi! W czasie rozmów z kadrą zarządzającą domów opieki społecznej, często przewijającym się motywem jest działalność Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur.

Ponieważ w temacie pojawia się bardzo dużo wątpliwości, niejasności i sprzecznych informacji, postanowiliśmy poprosić przedstawicieli KMPT o opisanie ich działalności na potrzeby instytucji opieki długoterminowej. Jesteśmy przekonani, że będą to informacje istotne dla naszych czytelników. Zachęcamy także do dzielenia się doświadczeniami z kontroli przeprowadzanych w Państwa instytucjach.

Wraz z wiekiem przychodzi stępienie zmysłów, które manifestuje się między innymi zmniejszonym pragnieniem, co z kolei prowadzi do odwodnienia. To nie jest bagatelna sprawa, odwodnienie może sprzyjać wielu chorobom i bardzo istotnie pogarszać stan zdrowia mieszkańców. Zachęcamy do zapoznania się artykułem o tym jak zapobiegać odwodnieniu osób starszych, autorka przedstawia w nim wiele cennych wskazówek.

Czy motywacja finansowa to dobry sposób zachęcania personelu do wykonywania obowiązków? Odpowiedź jest bardziej skomplikowana, niż mogłoby się wydawać. Ciekawe wyniki badań i wskazówki dla kadry zarządzającej przedstawiamy w artykule poświęconym pozafinansowym sposobom motywacji personelu.

Pozostałe artykuły traktują o języku migowym – i bardzo interesujących narzędziach jego wykorzystania w pracy instytucji, testamentie życia – trudnym i mało poznanym temacie z zakresu etyki i odpowiedzialności, a także o domu dziennego pobytu w Olsztynie – to kolejna tego typu jednostka opisana na łamach Medi.

Zapraszamy do lektury!

SPIS TREŚCI

czerwiec 2017

TEMAT NUMERU

06

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

ZARZĄDZANIE

09

Pozafinansowe sposoby motywacji personelu

14

W trosce o naszą przyszłość.
Zagrożenia płynące z reprivatyzacji - raport z konferencji

19

Dzienny Dom Opieki Medycznej w Olsztynie

OPIEKA U SCHYŁKU ŻYCIA

25

Właściwe nawodnienie podstawą zdrowia seniora

29

Nowoczesne rozwiązania w komunikacji personelu ochrony zdrowia
z pacjentem głuchym i niedosłyszającym oraz jego rodziną

33

„Testament życia” trudny temat

AKTUALNOŚCI

36

Opieka nad seniorami w Portugalii



PROGRAM

20. Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej i 15. Kongresu E.D.E.

Dyrektor instytucji opieki długoterminowej dzisiaj i jutro. Naciski, ustępstwa, kompromisy i rozwiązania

27-29 września 2017 r.

Centrum Kulturalno-Kongresowe „Jordanki”
Aleja Solidarności 1-3
Toruń

27 września 2017

17:00 UROCZYSTE OTWARCIE

Dyrektor domu opieki - menedżer czy czarodziej?
Rola domów opieki w naszym społeczeństwie

Prof. Piotr Błędowski /Polska/
Michael Kirschner /Szwajcaria/

WIECZÓR ARTYSTYCZNY I BANKIET

28 września 2017

9:00 – 11:00 SESJA I: DYREKTOR DOMU OPIEKI I JEGO KLIENT

Klient nasz pan!
Opieka nad osobami z demencją - kontekst etyczny
Wymagania dotyczące opieki i usług a rzeczywiste możliwości opiekunów

Moderator: Jiří Horecký /Czechy/
Aad Koster /Holandia/
Iva Holmerová /Czechy/
Sirpa Elisabet Salin /Finlandia/

9:00 – 12:00 PANEL DYSKUSYJNY DLA DYREKTORÓW DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ

11:30 – 13:30 SESJA II: DYREKTOR DOMU OPIEKI I JEGO PERSONEL

Kultura zespołu multidyscyplinarnego – Konsument/Pacjent/Klient/Człowiek
Szczęście potrzebuje towarzystwa, czyli satysfakcja pracy z ludźmi
Oczekiwania pracowników domów opieki a rzeczywistość
ECREAS - prezentacja projektu EDE i EAUSA

Moderator: Jiří Horecký /Czechy/
Matěj Lejsal /Czechy/
Artur Kasprowicz /Polska/
Marjo-Riitta Rikala /Finlandia/
Freek Lapré /Holandia/ Jiří Horecký /Czechy/

14:30 – 16:00 SESJA III: PERSPEKTYWY OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Od państwowego domu opieki do nowoczesnego usługodawcy.
Proces zarządzania domami opieki towarzyszący zmianie od 1. do 5. Pokolenia
Większe domy opieki = gorsza jakość życia: prawda czy mit?
Citoyennage: osoby starsze mówią do uszu personelu

Moderator: Prof. Piotr Błędowski /Polska/
Martina Pojer /Austria/
Jiří Horecký /Czechy/
Romain Gizolme /France/

16:30 – 18:00 SESJA IV: NOWE POTRZEBY DOTYCZĄCE OPIEKI

"Dbaj i lecz"
Nowe potrzeby pokolenia wyżu demograficznego

Moderator: Markus Leser /Szwajcaria/
Prof. Thomas Klie /Niemcy/
Anna Jörger /Szwajcaria/

19:30 WIECZÓR INTEGRACYJNY

29 września 2017

09:30 – 11:00 SESJA V: DYREKTOR DOMU OPIEKI WOBEC ZMIENIAJĄCEJ SIĘ RZECZYWISTOŚCI

Zarządzanie w czasach zmiany
Rola dyrektora w procesie zmian
Zmieniające się warunki pracy i oczekiwania wobec służb socjalnych

Moderator: Prof. Piotr Błędowski /Polska/
Grażyna Wójcik /Polska/
Fabio Bonetta /Włochy/
Hubert Perfler /Włochy/

11:30 – 13:00 SESJA VI: OPIEKA DŁUGOTERMINOWA POZA GRANICAMI EUROPY

Życie seniorów i opieka społeczna w Australii

Moderator: Markus Leser /Szwajcaria/



Partner:



Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

DR ALEKSANDRA IWANOWSKA
Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

W dniu 18 grudnia 2002 r. w Nowym Jorku Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej Protokół lub OPCAT¹). Przyjęcie Protokołu było ukoronowaniem długiej drogi, jaką przebyła społeczność międzynarodowa w kierunku podjęcia skutecznych środków w celu zapobieżenia stosowaniu tortur.

Zgodnie z art. 1, celem OPCAT jest wzmocnienie ochrony wszystkich osób pozbawionych wolności przed praktykami tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania przez utworzenie systemu regularnych, kontrolnych wizyt przeprowadzanych w miejscach, gdzie przebywają osoby pozbawione wolności. W związku z tym, Protokół przewiduje powołanie Podkomitetu ONZ do spraw prewencji tortur oraz zobowiązuje państwa sygnatariuszy do utworzenia, wyznaczenia lub utrzymania już istniejącego krajowego organu wizytującego, zwanego krajowym mechanizmem prewencji. Mandat krajowych mechanizmów prewencji obejmuje w szczególności prawo do regularnego sprawdzania sposobu traktowania osób pozbawionych wolności w miejscach zatrzymań,

przedstawiania właściwym władzom rekomendacji oraz przedstawiania propozycji i uwag odnośnie obowiązujących oraz projektowanych przepisów prawnych. Podobnie jak w przypadku Podkomitetu do spraw prewencji, krajowym mechanizmom prewencji powinny zostać przyznane szerokie uprawnienia w zakresie dostępu do miejsc zatrzymań oraz kontaktu z osobami pozbawionymi wolności.

Protokół nie określa precyzyjnie, jaki typ instytucji powinien pełnić rolę krajowego mechanizmu prewencji. Wprowadza jedynie wymóg zagwarantowania funkcjonalnej niezależności krajowych mechanizmów prewencji oraz niezależności ich personelu.

Polska ratyfikowała OPCAT w 2005 r.², natomiast krajowy mechanizm prewencji powołano w 2008 r. Funkcja ta powierzona została Rzecznikowi Praw Obywatelskich, który zgodnie z art. 1 ust. 4

ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich³ pełni rolę organu wizytującego do spraw zapobiegania torturom i innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu (krajowy mechanizm prewencji).

W związku z powyższym, funkcjonujący w ramach struktury Biura Rzecznika Praw Obywatelskich Zespół Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej KMPT) przeprowadza wizytacje we wszystkich miejscach pozbawienia wolności, o których mowa w art. 4 OPCAT. Pozbawienie wolności, zgodnie ze wskazaną regulacją OPCAT, oznacza bowiem jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno opuszczać, na mocy polecenia jakiejkolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej. Pojęcie „miejsce pozbawienia wolności”

używane jest tutaj w szerokim znaczeniu. Oznacza każde miejsce, gdzie przebywa osoba pozbawiona wolności, w szczególności: więzienia, posterunki policji, ośrodki dla cudzoziemców lub uchodźców, placówki resocjalizacyjne dla nieletnich, domy pomocy społecznej, ośrodki psychiatryczne, więzienia dla wojskowych i inne miejsca, gdzie przetrzymywane są osoby pozbawione wolności. Takimi miejscami są także zakłady opiekuńczo-lecznicze, gdyż mogą przebywać w nich osoby ubezwłasnowolnione.

W latach 2008 – 2016 przedstawiciele KMPT przeprowadzili łącznie 934 wizytacji miejsc detencji. W roku 2017 r. rozpoczęto wizytacje w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom w podeszłym wieku, przewlekle chorym i niepełnosprawnym oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych.

Charakterystyczną cechą wizytacji przeprowadzanych przez KMPT jest ich prewencyjny charakter. Oznacza to, że wizytacja KMPT nie jest związana z jakąkolwiek skargą, wnioskiem czy też doniesieniem prasowym, a wynika z ujęcia danej jednostki w rocznym harmonogramie pracy KMPT.

Wizytacje zawsze są niezapowiedziane, a ich celem jest analiza stanu przestrzegania praw osób pozbawionych wolności, zdiagnozowanie występujących w tym obszarze nieprawidłowości oraz sytuacji, w których potencjalnie może dojść do naruszenia tych praw. Do wizytacji nie można się zatem w żaden szczególny sposób przygotować – nie ma też takiej potrzeby. Przedstawiciele KMPT interesuje bowiem rzeczywiste funkcjonowanie placówki, traktowanie pacjentów, zapewnione im warunki i opieka. Jeśli można mówić o jakimkolwiek sposobie przygotowania do wizytacji to jest nim codzienne wypełnianie ciężących na personelu obowiązków z poszanowaniem godności pacjentów i przysługujących im praw.

W każdym z typów miejsc pozbawienia wolności czynności realizowane są w oparciu o jednakową metodologię. Pierwszym etapem podejmowanych działań jest ustalenie składu grupy wizytacyjnej. Zgodnie z wymogami zawartymi w OPCAT eksperci krajowych mechanizmów prewencji powinni posiadać odpowiednie umiejętności oraz

wiedzę zawodową. W skład Zespołu KMPT wchodziły osoby legitymujące się wykształceniem prawniczym (w tym osoba z ukończoną aplikacją prokuratorską oraz doktor nauk prawnych), socjologicznym (doktor nauk humanistycznych w zakresie socjologii),

psychologicznym, pedagogiczno-resocjalizacyjnym (jedna osoba w trakcie studiów z psychoterapii, druga z psychoterapii uzależnień) oraz kryminologicznym. W trakcie poszczególnych wizytacji pracownicy KMP wspomagani są również przez ekspertów

Pojęcie „miejsce pozbawienia wolności” używane jest tutaj w szerokim znaczeniu. Oznacza każde miejsce, gdzie przebywa osoba pozbawiona wolności, w szczególności: więzienia, posterunki policji, ośrodki dla cudzoziemców lub uchodźców, placówki resocjalizacyjne dla nieletnich, domy pomocy społecznej, ośrodki psychiatryczne (...). Takimi miejscami są także zakłady opiekuńczo-lecznicze, gdyż mogą przebywać w nich osoby ubezwłasnowolnione.



zewnątrznych z zakresu medycyny ogólnej, geriatrii, psychiatrii oraz psychologii.

Zespół przeprowadzający wizytację składa się przeważnie z czterech osób, przy czym jedna z nich pełni funkcję koordynatora zespołu odpowiedzialnego za przygotowanie raportu powizytacyjnego. Długość wizytacji zależy od wielkości jednostki oraz zidentyfikowanych na miejscu problemów, jednak zazwyczaj trwa ona od jednego do trzech dni.

Każda z wizytacji składa się z następujących etapów:

- ▶ rozmowa wstępna z kierownictwem jednostki,
- ▶ ogląd wszystkich pomieszczeń i terenu,
- ▶ przeprowadzenie grupowych i indywidualnych rozmów z osobami pozbawionymi wolności,
- ▶ przeprowadzenie rozmów z personelem,
- ▶ analiza dokumentacji,

▶ przedstawienie wstępnych uwag podczas rozmowy podsumowującej z kierownictwem jednostki.

Szczegółowe informacje o wynikach przeprowadzonej wizytacji są przedstawiane w raporcie powizytacyjnym. Analiza stanu przestrzegania praw osób pozbawionych wolności dokonywana jest z uwzględnieniem takich obszarów problemowych jak traktowanie, opieka medyczna, prawo do informacji, kontakt ze światem zewnętrznym, działalność kulturalno-oświatowa, warunki bytowe. W raporcie opisywane są jednak wszystkie te obszary, w których stwierdzono nieprawidłowości, lub te, które pozytywnie wyróżniają ją na tle pozostałych. Końcowy rozdział poświęcony jest każdorazowo sformułowanym przez przedstawicieli KMPT zaleceniom. Adresatami raportu są zarówno dyrektor wizytowanej jednostki, jak i m. in. organy nadrzędne oraz sędzia sprawujący nadzór nad jednostką.

W związku z ograniczoną liczbą pracowników zatrudnionych w Zespo-

le KMPT weryfikacja wdrożenia sformułowanych zaleceń przeprowadzana jest głównie drogą korespondencyjną. W części przypadków podejmuje się jednak decyzję o rewizycji danej jednostki.

Realizacji zadań nałożonych na KMPT unormowaniami OPCAT, obok przeprowadzanych wizytacji, służy także działalność Zespołu polegająca m. in. na przygotowywaniu projektów wystąpień generalnych Rzecznika Praw Obywatelskich, udziale w konferencjach i naradach z przedstawicielami władz centralnych oraz kierownictwem poszczególnych typów jednostek, udział w konferencjach i warsztatach zagranicznych, opracowywanie raportów rocznych z działalności KMP oraz raportów tematycznych, a także organizacja konferencji służących promowaniu zawartych w nich wniosków.

Wszystkie informacje dotyczące działalności KMPT, w tym raporty z wizytacji poszczególnych placówek dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Praw Obywatelskich, w zakładce KMP: <https://www.rpo.gov.pl/pl/krajowy-mechanizm-prewencji>.

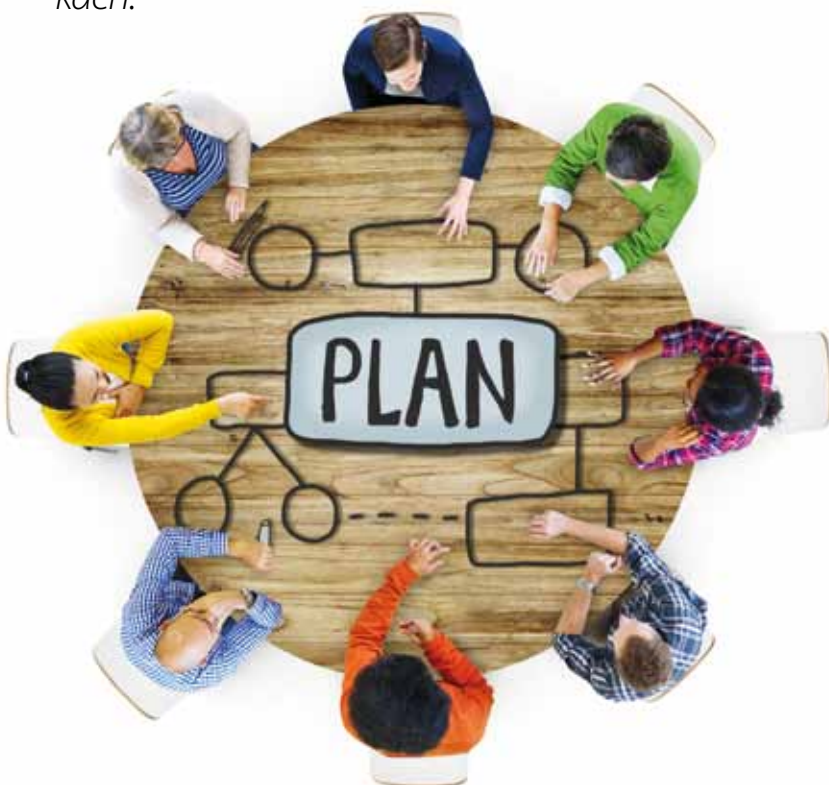
W oparciu o dotychczasowe doświadczenia działalności KMPT w Polsce bez wątpienia można uznać, że przeprowadzanie regularnych wizyt w miejscach zatrzymań jest skuteczną metodą w zapobieganiu torturom i innym formom znęcania się. Rozmowa z dyrektorami i personelem placówek i sygnalizowane przez nich problemy często były podstawą do podjęcia dialogu z władzami państwa na temat polepszenia sytuacji w tych placówkach.

Reasumując należy wskazać, iż cel działalności KMPT związany jest nie tylko z ujawnieniem zaistniałych w poszczególnych placówkach nieprawidłowości, ale przede wszystkim sygnalizowaniem pewnych obszarów problemowych, w których może dojść do naruszenia praw pacjentów, pobudzeniem dyskusji w tym zakresie i wyczuleniem personelu na wystąpienie sytuacji potencjalnie grożących niewłaściwym traktowaniem. ■

Przypisy:

- 1 Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment.
- 2 Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192.
- 3 Dz. U. z 2014 r., poz. 1648.

Rozmowa z dyrektorami i personelem placówek i sygnalizowane przez nich problemy często były podstawą do podjęcia dialogu z władzami państwa na temat polepszenia sytuacji w tych placówkach.



Pozafinansowe sposoby motywacji personelu

LESZEK GUGA
psycholog

Motywacja to popularne słowo, ale gdybyśmy zapytali dziesięć różnych osób o to, jak ją rozumieją, otrzymalibyśmy pewnie przynajmniej kilka różnych odpowiedzi. To wdzięczny temat, bo daje duże pole do interpretacji i praktycznie każda osoba zarządzająca zespołem zastanawia się, w jaki sposób zbudować ją u swoich pracowników.

Od połowy dwudziestego wieku wielu badaczy zastanawiało się nad tym, w jaki sposób funkcjonujemy w pracy. Co sprawia, że chcemy podjąć się niektórych zadań i jak możemy przekonać innych żeby wykonywali swoją pracę lepiej. Temat ten interesował zarówno ekonomistów, jak i psychologów, i chciałbym dzisiaj opowiedzieć Państwu o dwóch niezwykle ważnych eksperymentach i co z nich wynika dla praktyki zarządzania zespołem.

Jeden z najsłynniejszych eksperymentów dotyczących motywacji był przeprowadzony pod koniec lat 70-tych. Badacze obserwowali dzieci w przedszkolu i do udziału w badaniu wybrali te, które w swoim czasie wolnym, kiedy mogły robić cokolwiek chciały,



brały kartkę i kredki i zaczynały rysować. Przedszkolaki zostały podzielone na trzy grupy; dzieciom w pierwszej grupie pokazano dyplomy i powiedziano im, że otrzymają je w zamian za rysowanie – krótko mówiąc dzieci wiedziały, że jeżeli wykonają zadanie otrzymają za nie nagrodę. Drugiej grupie nie powiedziano o dyplomach, ale na koniec dnia dzieci, które skończyły swoje rysunki otrzymały je w nagrodę, mimo że się ich nie spodziewały. Trzecia grupa dzieci została poproszona o rysowanie, ale nie pokazano ani nie wręczono im dyplomów – rysowały ponieważ lubiły to robić i nie były w żaden sposób dodatkowo motywowane zewnętrznie. Badacze chcieli zweryfikować na ile

nagradzanie dzieci za czynność, którą wcześniej same z siebie lubiły, wpłynęło na ich zainteresowanie i czas na nią poświęcany.

Kolejnym etapem badania była ponowna obserwacja dzieci w ich przedszkolnym otoczeniu. Czy dodatkowe nagrodzenie wpłynęło na ich motywację? U dzieci, które nie spodziewały się nagrody, lub też wcale jej nie dostały nie zanotowano żadnych zmian – rysowały w swoim czasie wolnym tak, jak przed rozpoczęciem badania. Za to pojawiła się zmiana w grupie dzie-

ci, które były poinformowane o nagrodzie zanim zaczęły rysować – w swoim czasie wolnym rysowały wyraźnie mniej. Dlaczego?

Nagrody są najbardziej intuicyjnym narzędziem, po które sięgamy w motywowaniu. W zarządzaniu budowane są systemy premiowe, próbując przekonać siebie do wstawania, żeby biegać co rano przyznajemy sobie samym dodatkową zgodę na drobne przyjemności, lub obiecujemy swojemu dziecku prezent za same piątki na świadectwie. Mądrość ludowa mówi, że lepiej

Musimy wyróżnić dwa rodzaje motywacji: zewnętrzną i wewnętrzną. Ta pierwsza oznacza, że robię coś dlatego, że mam do tego jakiś powód, ta druga oznacza, że robię coś dlatego, że mam na to ochotę.

nagradzać niż karać i chętnie po owe nagrody sięgamy, kiedy chcemy przekonać kogoś, lub siebie samych, do zrobienia czegoś nowego, czegoś trudnego lub dania z siebie więcej.

Zatem co stało się z dziećmi w powyższym eksperymencie? Dlaczego dzieci, które spodziewały się nagrody za swoją pracę straciły później zainteresowanie rysowaniem, a dzieci które nie otrzymały dyplomu, lub dostały go z zaskoczenia, nie? Co ważniejsze, czy podobny efekt da się zaobserwować w warunkach bardziej zbliżonych do tych w rzeczywistej pracy?

Prawdziwe życie oczywiście nigdy nie jest takie proste i o ile przykład rysujących dzieci jest bardzo wdzięczny, to można przypuszczać, że mechanizmy rządzące motywacją osób dorosłych, które pracują aby zapewnić przyszłość (i teraźniejszość) sobie i swoim bliskim mogą być bardziej złożone. Aby sprawdzić to w warunkach laboratoryjnych należałoby przeprowadzić badanie, które poza odzwierciedleniem złożoności i różnorodności obowiązków, z jakimi stykamy się w pracy, byłoby również w stanie zapewnić wynagrodzenie i to takie, które pozwalałoby na zweryfikowanie intuicyjnej tezy,



że wysokie wynagrodzenie przekłada się na zaangażowanie w pracę. Organizacja takiego badania jest trudna, przede wszystkim ze względu na nakłady finansowe konieczne dla jego przeprowadzenia, ale jak pokazuje historia – nie niemożliwe. Dan Ariely, amerykański ekonomista i psycholog, razem z zespołem współpracowników, postanowili przeprowadzić badanie weryfikujące wpływ wysokiego wynagrodzenia na wyniki osiągane przez pracowników w Indiach, gdzie ze względu na zdecydowanie niższe koszty życia mogli zaproponować uczestnikom atrakcyjne, a nawet bardzo atrakcyjne wynagrodzenie.

Uczestnicy badania zostali podzieleni na grupy. Każda grupa na początku badania była informowana jakie wynagrodzenie otrzymają za realizację zadań – mogło to być 50 centów – odpowiednik wynagrodzenia za jeden dzień pracy w tej części kraju, 5 dolarów, lub 50 dolarów – kwota, na którą uczestnicy musieliby pracować przez pięć miesięcy. W trakcie badania ich zadaniem była realizacja wielu zadań podzielonych na trzy grupy – fizyczne, które wymagały siły, zręczności lub wytrzymałości jak na przykład przenoszenie pudeł z miejsca na miejsce. W zadaniach umysłowych najważniejsza była koncentracja i pamięć, a zadania z trzeciej grupy – heurystyczne – wymagały kreatywności i umiejętności poszukiwania rozwiązań.

Badaniego Ariely'ego było szansą na zweryfikowanie realnego wpływu wynagrodzenia na realizację zróżnicowanych zadań. Jednakże jego wyniki były bardziej złożone niż wcześniejszych eksperymentów. Na ogólnym, uśrednionym poziomie okazało się, że im większe wynagrodzenie otrzymywali uczestnicy indyjskiego badania, tym gorsze wyniki uzyskiwali, przy czym grupa otrzymująca bardzo wysokie wynagrodzenie osiągała wyraźnie gorsze wyniki od pozostałych dwóch. Badacze stwierdzili zatem, że wysokość wynagrodzenia w większości przypadków negatywnie odbija się na jakości pracy. Czułość nakazywałaby przyjrzeć się bliżej stwierdzeniu „w większości przypadków”, bo za tego typu zastrzeżeniami często kryją się ciekawe wyniki. Tak było i tym razem.

Tak jak wspomniałem uczestnicy badania wykonywali trzy rodzaje zadań.



Nie oznacza to, że gratyfikacja finansowa jest całkowicie szkodliwa – natomiast okazuje się, że lepiej jest, chcąc docenić pracownika, podnieść jego wynagrodzenie na stałe nawet o mniejszą kwotę, niż wynagradzać go jednorazowo.

Przeglądając się szczegółowym wynikiom badacze stwierdzili, że lepiej wynagradzani uczestnicy osiągalni gorsze wyniki w dwóch kategoriach ćwiczeń: umysłowych i heurystycznych. Tam, gdzie wymagana była koncentracja lub kreatywność wynagrodzenie nie przekładało się na lepszą realizację zadań, a wyniki wskazywały na to, że być może nawet w tym przeszkadzało. A co z zadaniami fizycznymi? Tutaj okazało się, że wpływ wynagrodzenia był pozytywny i bardzo silnie pozytywnie skorelowany z wysokością wypłaty. Zatem czy oznacza to, że pieniądze szkodzą przy pracy umysłowej natomiast pomagają przy pracy fizycznej? Jak to zwykle bywa w psychologii, prawidłowa odpowiedź brzmi „to zależy”.

Rosyjski ekonomista Antonii Surow sformułował teorię przełożonego-

agenta, który zakłada, że w relacji przełożony-pracownik (nazywany agentem) mamy do czynienia z konfliktem interesów – przełożony stara się przekonać pracownika do podjęcia działania, którego ten sam z siebie by się nie podjął. Pracownik zaś, ocenia polecenia i próby przełożonego z punktu widzenia swoich korzyści.

Przez długi czas zakładano, że ludzie zarówno w pracy, jaki i życiu codziennym dążą do maksymalizacji swoich korzyści. Jeżeli mam do wyboru dwa działania i za zrobienie jednego z nich otrzymam większą nagrodę, to powinienem zająć się właśnie nim. To założenie byłoby słuszne gdybyśmy zachowywali się w sposób całkowicie racjonalny, ale przecież wiemy, że nie zawsze tak jest i czasami musimy poradzić sobie z przewyciężeniem klasycznego „Gdyby mi

się chciało tak jak mi się nie chce”, choć rozsądek jasno mówi, że powinno mi się chcieć. Istnieją teoretycy, którzy zakładają, że w swoich zachowaniach mamy dwa dążenia; po pierwsze dążenie do przyjemności – nie korzyści, ale właśnie przyjemności, a po drugie zachowanie statusu quo. Ta druga część jest moim zdaniem ciekawsza i ważniejsza, albowiem oznacza ona, że operując nagrodami powinniśmy nie tylko brać pod uwagę samą atrakcyjność nagrody, ale również pokazać pracownikom, że warto ów status quo zmienić. I tutaj natrafiamy na kłopot związany z powyższą teorią.

Suworow postuluje, że agent-pracownik ma świadomość konfliktu interesów pomiędzy sobą, a przełożonym, w związku z tym interpretuje pojawienie się dodatkowej nagrody jako oznaki tego, że działanie, którego ma się podjąć jest wyjątkowo niewdzięczne. Myśli „gdyby to co robię było dla mnie dobre, to nic bym za to nie dostał”. Sugestia zatem jest jasna – nagrody szkodzą.

Ale moment! Przecież zarówno wśród dzieci w przedszkolu były takie, które dostały nagrodę (choć się jej nie spodziewały) i nie straciły zapału do rysowania, jak i w indyjskim eksperymencie były osoby, które dobrze realizowały zadania fizyczne, mimo wysokiej wypłaty. Jak te wszystkie elementy razem przekładają się na motywację pracowników w realnych sytuacjach?

Większość z nas pracuje, w większym lub mniejszym stopniu, po to aby utrzymać siebie i swoich bliskich. W związku z tym wynagrodzenie nie jest tylko dodatkiem do naszych obowiązków – jest powodem, dla którego w ogóle pracujemy. Przyjmuje się, że o motywacji, zaangażowaniu możemy mówić wtedy, kiedy podstawowe wynagrodzenie jest satysfakcjonujące. Kluczowe jest tutaj pojęcie „satysfakcji”, które może być bardzo różnie rozumiane. Zakłada się, że jest to takie wynagrodzenie, które pozwala nie tylko na zachowanie obecnego poziomu życia, ale również w długiej perspektywie daje możliwość jego podniesienia. Dopóki ten warunek nie jest spełniony, szanse na budowanie motywacji pracowników są mocno ograniczone.

Musimy wyróżnić dwa rodzaje motywacji: zewnętrzną i wewnętrzną. Ta pierwsza oznacza, że robię coś dlatego,

Okazuje się, że nagrody krótkoterminowo sprawdzają się w przypadku powtarzalnych zadań, które wymagają wykonania pewnych czynności i są w stanie, raz na jakiś czas, zmotywować pracowników do dania z siebie więcej. Niestety długoterminowo mają więcej wad – ograniczają samodzielność, zmniejszają satysfakcję z wykonywanej pracy i budują potrzebę eskalowania gratyfikacji – to, co kilkukrotnie było ocenione jako atrakcyjna nagroda, prędzej czy później staje się standardem i traci swoją moc motywowania.

że mam do tego jakiś powód, ta druga oznacza, że robię coś dlatego, że mam na to ochotę. Przez prawie cały 20. wiek skupiano się na motywacji zewnętrznej – przede wszystkim systemach opartych o nagrody i kary – finansowe, jak i pozafinansowe, ale badania z ostatnich 30-40 lat coraz dobitniej pokazywały, że ten system ma więcej wad i jest właściwie pozbawiony zalet.

Okazuje się, że nagrody krótkoterminowo sprawdzają się w przypadku powtarzalnych zadań, które wymagają wykonania pewnych czynności i są w stanie, raz na jakiś czas, zmotywować pracowników do dania z siebie więcej. Niestety długoterminowo mają więcej wad – ograniczają samodzielność, zmniejszają satysfakcję z wykonywanej pracy i budują potrzebę eskalowania gratyfikacji – to co kilkukrotnie było ocenione jako atrakcyjna nagroda, prędzej czy później staje się standardem i traci swoją moc motywowania. Co więcej, w przypadku zadań wymagających samodzielności i kreatywności nagrody działają destrukcyjnie, zarówno na poziomie motywacji do realizacji zadania, jak i później na jakość jego wykonania. Trochę tak, jak w klasycznym przykładzie „nie myśl o różowym słoniu” – zasoby wewnętrzne są skupione na nagrodzie i presji na uzyskanie dobrego wyniku, którą ona wywiera i okazuje się, że w takich warunkach, chcąc nie chcąc, ludzie funkcjonują gorzej.

Nie oznacza to, że gratyfikacja finansowa jest całkowicie szkodliwa – natomiast okazuje się, że lepiej jest, chcąc

docenić pracownika, podnieść jego wynagrodzenie na stałe nawet o mniejszą kwotę, niż wynagradzać go jednorazowo. Jeżeli już chcemy przekazać komuś bonus, powinno to być zrobione po fakcie i w miarę możliwości bez powiązania z konkretnym zadaniem. Lepsza jest sytuacja kiedy jestem nagradzany za całość mojej pracy, niż za wykonanie konkretnego zadania – tak, aby trudniej było, nawet mimowolnie wytworzyć powiązanie „skoro zrobiłem A to dostałem B” – bo takie właśnie rozumowanie jest niszczące dla motywacji.

Obecnie nacisk kładzie się na tworzenie warunków do rozwoju motywacji wewnętrznej pracowników. Zakłada się, że jeżeli tylko pracownicy są zadowoleni z warunków pracy to większe przełożenie na ich pracę będzie miało umożliwienie im rozwoju w poniższych trzech obszarach, niż indywidualna praca z każdą osobą nad jej motywacją zewnętrzną.

Daniel Pink wyróżnił trzy obszary budujące motywację wewnętrzną:

Autonomia – pierwszym elementem budującym motywację wewnętrzną pracowników jest samodzielność. Jest to element niezwykle trudny do uchwycenia, bo w naszej branży pracujemy w oparciu o harmonogramy, wytyczne i procedury. Tym niemniej, elementem niezwykle motywującym dla pracowników jest poczucie, że choć jakąś część swojej pracy mogą wykonać po swojemu, lub mogą samodzielnie podjąć choć część decyzji mających wpływ na to jak ona przebiega.

Mistrzostwo – motywacja wewnętrzna budowana jest przez chęć bycia co najmniej dobrym, a być może nawet coraz lepszym i lepszym w realizacji swoich zadań. To jest powód, dla którego jesteśmy w stanie poświęcić długie godziny na swoje hobby i godzinami majsterkować, czy też pielęgnować grządki. Radość z patrzenia na efekty swojej pracy jest kluczowa – warto włożyć wysiłek w pracę, której efekty widać. Mistrzostwo to obszar, w którym można podjąć najwięcej działań – może to być zarówno umożliwienie pracownikom rozwijanie swoich umiejętności (ale zgodnie z autonomią – w obszarze przez nich wybranym), może być to celebrowanie sukcesów, a może to być też stworzenie warunków, dla osób które chcą się w to zaangażować, do podzielenia się swoją wiedzą i doświadczeniem z innymi pracownikami.

Cel – to najbardziej ulotny element, który będzie mieć różne znaczenie dla różnych osób. Mówi on o tym, że łatwiej jest zaangażować się w pracę, jeżeli

wiemy dlaczego jest istotna. Łatwiej jest zaakceptować zmianę, jeżeli znamy jej przyczynę. To zmiana sposobu, w jaki budujemy argumentację i uzasadniamy dlaczego robimy to, co robimy. Najważniejszym sojusznikiem w budowaniu poczucia celu jest pytanie „Dlaczego?”, a największym wrogiem odpowiedź „Bo tak trzeba”.

Motywacja to temat niezwykle obszerny, ale mam nadzieję, że będę mógł jeszcze do niego kiedyś wrócić na łamach MEDI. Tymczasem zachęcam Państwa do zastanowienia się nad tym, jakie możliwości mają Państwa pracownicy do tworzenia swojej autonomii i mistrzostwa, i zrozumienia celu, dla którego robią to co robią. ■

Obecnie nacisk kładzie się na tworzenie warunków do rozwoju motywacji wewnętrznej pracowników. Zakłada się, że jeżeli tylko pracownicy są zadowoleni z warunków pracy, to większe przełożenie na ich pracę będzie miało umożliwienie im rozwoju w poniższych trzech obszarach, niż indywidualna praca z każdą osobą nad jej motywacją zewnętrzną.



W trosce o naszą przyszłość

ZAGROŻENIA PŁYNĄCE Z REPRYWATYZACJI - RAPORT Z KONFERENCJI

RENATA WOJDA
Dyrektor DPS Rogowo

*Dom, to nie miejsce w którym mieszkasz, ale miejsce,
gdzie Ciebie rozumieją...*

Te słowa Christiana Morgensterna pokazują, jak ważne są zrozumienie i akceptacja w życiu każdego człowieka. Dom dla wielu z nas to rodzina, ciepło, miejsce, gdzie czujemy się bezpieczni i do którego wracamy, mimo przebycia wielu, często krętych dróg. Czasem jednak drogi okazują się zbyt kręte, a przeszkody zbyt trudne do pokonania w pojedynkę, szczególnie jeżeli pojawia się choroba. W takim przypadku często stajemy się bezsilni, nie radzimy sobie z pomocą, bo przecież nie jesteśmy lekarzem, czy pielęgniarką. Nikt z nas nie uczył tego, jak radzić sobie ze zrozumieniem choroby. Pomocną dłoń dla takich ludzi wyciągają Domy Pomocy Społecznej, które co prawda są instytucjami, ale podejście do mieszkańca jest indywidualne, poparte wiedzą, praktyką i wieloletnim doświadczeniem. Jednym z takich Domów jest Dom Pomocy Społecznej dla przewlekle psychicznie chorych kobiet w Rogowie. Dom z ponad sześćdziesięcioletnią tradycją, położony w malowniczym parku w maleńkiej wiosce w powiecie gostyńskim. Dom w którym swoje miejsce na ziemi znalazło prawie sto pań, ciężko doświadczonych

przez życie. Od wielu lat pracownicy tego Domu walczą o akceptację i zrozumienie mieszkanek, zburzone w lokalnym środowisku. Pokazują, czym jest choroba psychiczna, edukują dzieci, młodzież i dorosłych. Uczą ich zrozumienia choroby, pokazują, że nie wolno się bać... Jednak do tego spokojnego Domu wdarł się strach i niepewność, a jego dyrekcja i pracownicy, którzy na co dzień służą innym pomocą, sami szukają wsparcia i pomocnej dłoni. Wszystko za sprawą reprivatyzacji, której widmo pojawiło się nad placówką, niczym „posłaniec śmierci”, który zbiera w Polsce obfite żniwo.

Miała być opieka i bezpieczeństwo, a jest płacz i niepewność

Mieszkanki Domu, te, które rozumieją, że za chwilę mogą zostać pozbawione poczucia bezpieczeństwa, są przerażone. – *Reprivatyzacja w odniesieniu do mieszkańców reprivatyzowanych domów pomocy społecznej oznacza oddzielenie, odseparowanie od bezpiecznego dla nich miejsca. Osoby, którymi miało się państwo zaopiekować i je chronić,*

Dom dla wielu z nas to rodzina, ciepło, miejsce, gdzie czujemy się bezpieczni i do którego wracamy, mimo przebycia wielu, często krętych dróg. Czasem jednak drogi okazują się zbyt kręte, a przeszkody zbyt trudne do pokonania w pojedynkę, szczególnie jeżeli pojawia się choroba. W takim przypadku często stajemy się bezsilni, nie radzimy sobie z pomocą, bo przecież nie jesteśmy lekarzem, czy pielęgniarką.

stają się ofiarami reprivatyzacji, na co pozwala państwo. Reprivatyzacja oznacza dla nich retraumatyzację i spycha je w ostatni, zdeorganizowany, czyli najgorszy dla prawidłowego funkcjonowania i zarazem bardzo niebezpieczny styl przywiązania, czy relacji interpersonalnych. Trzeba zatem zrobić wszystko, by im tego zaoszczędzić – mówi psycholog dr Marek Miotk, który współpracuje z Domem Pomocy Społecznej w Rogowie. Nikt, komu na sercu leży dobro mieszkańców nie zamierza stać bezczynnie. Powiat Gostyński i instytucje wchodzące w jego skład: Starostwo Powiatowe w Gostyniu, Dom Pomocy Społecznej w Rogowie, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gostyniu i Urząd Miejski w Krobi zorganizowały w marcu konferencję naukową „W trosce o naszą przyszłość”. Na miejsce konferencji wybrano Zespół Szkół Rolniczych w Grabonogu, znajdujący się w zespole parkowo - pałacowym nabytym na mocy porozumienia pomiędzy powiatem gostyńskim, a spadkobiercami w 2014 roku. Patronat naukowy nad konferencją objęła Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa w Poznaniu.

Państwo polskie nie zdało egzaminu z rozwiązania problemu reprivatyzacji

Pierwszy panel konferencji poświęcony został zagrożeniom, jakie niesie ze sobą reprivatyzacja, a otworzyła go dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Rogowie Renata Wojda, dziękując



Reprywatyzacja w odniesieniu do mieszkańców reprywatyzowanych domów pomocy społecznej oznacza oddzielenie, odseparowanie od bezpiecznego dla nich miejsca. Osoby, którymi miało się państwo zaopiekować i je chronić, stają się ofiarami reprywatyzacji, na co pozwala państwo.

władzom samorządowym i rządowym oraz przedstawicielom instytucji pomocy społecznej z Wielkopolski i Dolnego Śląska za zainteresowanie tematem. Starosta Gostyński Robert Marcinkowski przedstawił wieloletnie i bardzo obciążające budżet samorządu zmagania Powiatu Gostyńskiego ze skutkami reprywatyzacji, bo aż pięć obiektów,

w których funkcjonują ważne instytucje powiatowe zostało objętych reprywatyzacją, w tym trzy jednostki pomocy społecznej. – *Problem nierozwiązania reprywatyzacji w skali całego kraju, szczególnie dotyczy Powiat Gostyński, a to dlatego, że państwo polskie nie zdało egzaminu z rozwiązania tego problemu* – mówił Robert Marcinkowski. Starosta po-

kazał również różne sposoby radzenia sobie z tym problemem, realizowane skutecznie przez władze Powiatu Gostyńskiego. Swoje wystąpienie wóldarz powiatu zakończył apelem do parlamentarzystów. – *Szanowni Państwo! Jeszcze nie jest za późno, żeby systemowo rozwiązać ten problem i zdjąć z pracowników pomocy społecznej i z mieszkańców domów pomocy społecznej ciężar niepewności co do ich przyszłości i przyszłości ich domów, miejsc, w których mieszkańcy znaleźli swój dom, czyli najważniejsze miejsce na ziemi* – podsumował Starosta Gostyński Robert Marcinkowski. Dobre praktyki Powiatu Gostyńskiego w temacie zmagania z reprywatyzacją, zauważył Senator RP Jan Filip Libicki, który podziękował organizatorom za podjęcie tak ważnego tematu. – *Z uwagą słucham Państwa głosów i wniosków dotyczących rozwiązania tego problemu, a Państwa bardzo dobre działania będę propagował w innych samorządach. Potrzebny jest oddolny nacisk na parlament, by wreszcie tego typu sytuacje rozwiązać w skali całego kraju* – mówił Senator Libicki.

Nieuprawnione oskarżenia o niegospodarność majątkiem powiatu

Władze powiatu często pozostają same na placu boju. Siadają do stołu negocjacyjnego ze spadkobiercami, którzy mają po swoje stronie przepisy prawa. Na szali waży się po jednej stronie los dzieci, młodzieży, osób chorych, a po drugiej stronie pieniądze, bo głównie na tym zależy spadkobiercom. Tylko, że pieniędzy w Starostwach brak. Poseł RP Wojciech Ziemniak, zadeklarował pomoc i podkreślił, że to właśnie pieniądze są głównym problemem, a potrzeba ich w olbrzymiej ilości, aby rozwiązać problem reprywatyzacji w skali całego kraju. Na fakt, iż pomoc państwa jest konieczna zwrócił uwagę Poseł RP Tomasz Ławniczak, który wskazywał, że nie tylko utrzymanie domów pomocy społecznej jest konieczne, ale także zwiększanie ich liczby, bo to ważny element rozwoju polityki senioralnej i tu potrzebna jest pomoc państwa. Poseł zwrócił również uwagę na to, iż zrzucanie tego problemu na barki starostów, to spychanie na nich nieuprawnionych oskarżeń o niegospodarność majątkiem powiatu.

Zamiast leczenia pogłębienie choroby

Skutki repywatyzacji dla mieszkańców domów pomocy społecznej mogą być tragiczne i właśnie tej tematyce poświęcony był drugi panel konferencji. – *Mieszkańcy DPS-ów dla psychicznie chorych muszą mieć zapewnione bezpieczne warunki życia, bo to podstawowy warunek leczenia, a każda zmiana dla nich jest szokiem, zaburza i dezorganizuje ich życie, pozbawia ich bezpiecznych warunków zapewniających zdrowienie, a przynajmniej niepogłębianie ich chorób* – mówił w swoim wystąpieniu dr Marek Miotk. Psycholog podkreślał, iż obawia się pogłębienia choroby. – *Każda zmiana to kolejna retraumatyzacja i jeszcze większe zdeorganizowanie ich osobowości, czyli zamiast leczenia mamy do czynienia z pogłębieniem ich choroby, która wyklucza tych ludzi z normalnego życia. Taką niszczącą zmianą będzie na pewno sytuacja likwidacji ich domów lub choćby tylko samo ich zagrożenie, a to grozi wybuchami agresji lub autoagresji. Pracownicy wkładają wiele serca w to, aby proces aklimatyzacji w Domu Pomocy przebiegał*

Pracownicy wkładają wiele serca w to, aby proces aklimatyzacji w Domu Pomocy przebiegał łagodnie, aby panie poczuły się bezpieczne. Dochodzi do zacieśniania więzi pomiędzy mieszkańcami, ale też budowany jest cały proces pozytywnych relacji mieszkaniac-pracownik.

łagodnie, aby panie poczuły się bezpieczne. Dochodzi do zacieśniania więzi pomiędzy mieszkańcami, ale też budowany jest cały proces pozytywnych relacji mieszkaniac-pracownik. – Każde zagrożenie dla prawidłowego funkcjonowania ich domu, czyli np. zamieszanie związane z repywatyzacją uruchamia też inny mechanizm obronny, jakim jest wyłączenie uczuć. To jest kolejna niebezpieczna sytuacja dla mieszkańców DPS-ów, ale też dla pracowników tych placówek. Innym mechanizmem, który pojawia się w przypadku zagrożenia dla miejsca, w którym żyją osoby z zaburzeniami

psychicznymi jest uzewnętrznienie emocji, co w praktyce powoduje zachowania niebezpieczne, a przynajmniej społecznie nieakceptowane. Inne mechanizmy, które się pojawią przy zagrożeniu likwidacją domu, to nadmierna wrażliwość na stres, czyli skłonność do nieprzewidywalnych zachowań wybuchowych, czy dysonocja, czyli odszczępienie się od siebie i od świata, w którym żyje. To powoduje m. in. niezrozumienie dla najbliższego otoczenia, które może objawić się potrzebą zniszczenia świata lub samego siebie – mówił w swoim wystąpieniu psycholog dr Marek Miotk.



Wszyscy uczestnicy konferencji są świadomi zagrożeń, jakie pociąga za sobą reprivatyzacja i tego, że tematem powinny zainteresować się władze rządowe. Senator RP Filip Libicki stwierdził absolutną potrzebę rozwiązania problemu reprivatyzacji przez państwo, podkreślając, iż konieczne jest zadbanie o to, by reprivatyzacja nie obejmowała obiektów służących celom społecznym.



Ziarno zostało zasiane...

Dyskusjom i wymianom doświadczeń poświęcona została trzecia część konferencji, a mianowicie panel dyskusyjny, który rozpoczął Członek Zarządu Powiatu Gostyńskiego Janusz Sikora. Dyrektor DPS w Kotlinie Janusz Krawiec przedstawił historię wymuszonego reprivatyzacją przeniesienia DPS-u z Zakrzewa do Kotliny. Zarówno Starosta Gostyński Robert Marcinkowski, jak i Przewodniczący Rady Powiatu Gostyńskiego Alfred Siama podkreślali wagę tej konferencji, ukazującej zagrożenia nierozwiązanego problemu reprivatyzacji, który dotyka samorządy, na których barki zrzucono ciężar rozliczania się ze spadkobiercami. Dyrektor DPS w Jarogniewicach Zbigniew Gordziej oraz Dyrektor DPS w Baszkowie Dionizy Waszczuk zwracali uwagę na trudną sytuację domów pomocy, których funkcjonowanie uratowało zabytkowe budynki, o których odzyskanie walczą teraz spadkobiercy. Domy Pomocy Społecznej, to nie tylko mieszkańcy, to nie tylko obiekty, to również całe rzesze pracowników. Doskonale przygotowana kadra, która codziennej, niełatwej pracy z mieszkańcem oddaje kawałek siebie. Właśnie na trudną sytuację pracowników domów nad którymi wisi topór likwidacji zwrócił uwagę dyrektor Gordziej. Wszyscy uczestnicy konferencji są świadomi zagrożeń, jakie pociąga za sobą reprivatyzacja i tego, że tematem powinny zainteresować się władze rządowe. Senator RP Filip Libicki stwierdził absolutną potrzebę rozwiązania problemu reprivatyzacji przez państwo, podkreślając, iż konieczne jest zadbanie o to, by reprivatyzacja nie obejmowała obiektów służących celom społecznym. Konferencję zakończył Członek Zarządu Powiatu Gostyńskiego Janusz Sikora, dziękując uczestnikom za wysłuchanie, a organizatorom za przygotowanie tak ważnej konferencji. – Ziarno zostało zasiane... – zakończył swoją wypowiedź Sikora. ■

Dzienny Dom Opieki Medycznej w Olsztynie

JOANNA SZWEDO

Kierownik zespołu terapeutycznego DDOM Caritas w Olsztynie

Caritas Archidiecezji Warmińskiej od listopada 2016 roku, realizuje projekt pilotażowego programu Ministerstwa Zdrowia, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) w obszarze: Wsparcia dla obszaru zdrowia na lata 2014-2020.

Dzienny Dom Opieki Medycznej jest innowacyjną formą sprawowania opieki nad osobami niesamodzielnymi.

Powstanie tego typu placówki ma na celu zdeinstytucjonalizowanie opieki nad osobami starszymi, niesamodzielnymi oraz sprawowanie tej opieki w warunkach możliwie zbliżonych do domowych.

Wsparcie kierowane jest głównie do osób po 65. roku życia, jednak jest możliwość kwalifikacji osoby potrzebującej, będącej w innym wieku. Każda sytuacja rozpatrywana jest indywidualnie.

Na wniosek pacjenta, rodziny, opiekuna, pielęgniarki, lekarza, pracownika socjalnego szpitala lub MOPSU/ GOPSU, kierownik zespołu terapeutycznego, w oparciu o dokumentację





medyczną oraz wywiad, wstępnie kwalifikuje pacjenta do objęcia opieką. Niezbędne dla projektu i kwalifikacji pacjenta dokumenty (skierowanie od lekarza, karta oceny stanu klinicznego) dostępne są na stronie internetowej: <http://www.olsztyn.caritas.pl/>, w zakładce Dzienny Dom Opieki Medycznej. Druki można również pobrać w siedzibie DDOM w Olsztynie przy ulicy Kościuszki 86. Ze względu na możliwe rozbieżności informacji, zawartej w dokumentacji medycznej a stanem faktycznym, ostateczna decyzja o przyjęciu, podejmowana jest po bezpośredniej ocenie stanu klinicznego chorego w placówce.

Pacjenci kierowani są do ośrodka przez lekarza POZ (hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 mies.), lub przez lekarza oddziału, w którym chory jest hospitalizowany (bezpośrednio po leczeniu szpitalnym).

Opieka w DDOM dedykowana jest dla osób niesamodzielnych, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką POZ i AOS, a jednocześnie nie wymagają one całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym. Decydująca w kwalifikacji jest samodzielność chorego, oceniana za pomocą skali Barthel. Obejmujemy opieką chorych, którzy uzyskują w ocenie 40-65 punktów.

W grupie pacjentów przebywających w DDOM znajdują się chorzy: po udarach, po złamaniach kończyn, po zabiegach neurochirurgicznych, z ranami przewlekłymi, SM, SLA. Obecnie 90% stanowią chorzy po udarze mózgu.

W ramach pobytu chorego w DDOM Caritas, realizowane są świadczenia zdrowotne z zakresu :

- ▶ opieki pielęgniarstwa, w tym edukacji pacjenta dotyczącej samoopieki i samopielęgnacji;
- ▶ doradztwa w doborze odpowiednich wyrobów medycznych;
- ▶ usprawniania ruchowego (fizjoterapia);
- ▶ stymulacji procesów poznawczych (opieka psychologiczna);
- ▶ terapii zajęciowej;
- ▶ przygotowania rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).

Chory w ciągu trzech dni od przyjęcia poddawany jest ocenie przez zespół terapeutyczny (geriatrę, lekarza rehabilitacji, pielęgniarkę, terapeutę zajęciowego, psychologa, fizjoterapeutę). Ocena dotyczy sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych, ocenę odżywienia, sprawności procesów poznawczych, stanu emocjonalnego, określenie niewydolności krążenia, ryzyka upadków. Dodatkowo u pacjentów powyżej 65. roku życia przeprowadza się całościową ocenę geriatryczną (COG), składająca się z oceny stanu czynnościowego i fizycznego, a także funkcji umysłowych oraz oceny socjalno-środowiskowej poprzedzonej wykonaniem oceny według skali VES-13.

Na podstawie wyników całościowej oceny, zostaje przygotowany indywidualny plan terapii, określający m.in. liczbę i rodzaj planowanych świadczeń, oraz czas ich trwania. Plan ten jest ewaluowany podczas cotygodniowych spotkań zespołu terapeutycznego.

Pobyt pacjenta planowany jest na min. 30 dni roboczych w zakresie 8-10 godzin dziennie, do 120 dni roboczych z możliwością skrócenia pobytu do 4 godzin na dobę po pierwszych 30 dniach opieki. Decyzję o czasie pobytu podejmuje zespół terapeutyczny.

Jak wygląda dzień pacjenta w DDOM Caritas?

Chorzy docierają do placówki. Zwykle przywożeni są przez pracujących członków rodziny, opiekunów. Osoby samotne korzystają z pomocy sąsiadów, znajomych, dojeżdżają dostępnym transportem miejskim lub taksówką.

Na początek wykonywane są pomiary parametrów życiowych, i określenie zakresu pomocy w toalecie. Następnie zajęcia w sali ćwiczeń, gdzie każdy z pacjentów realizuje swój własny program usprawniania oparty o zalecenia lekarza rehabilitacji. W międzyczasie odbywają się zajęcia z psychologiem indywidualne lub grupowe, w zależności od potrzeby. Po nich, zajęcia w sali terapii zajęciowej, w której odbywają się ćwiczenia z zakresu:

- ▶ **ergoterapii** (dziewiarstwo, hafciarstwo, krawiectwo, wiklina papierowa)

Staramy się, aby cały proces terapeutyczny zawarty w indywidualnym planie usprawniania przebiegał w spokojnej, domowej atmosferze, bez pośpiechu, niepotrzebnych emocji. Półroczne doświadczenie pokazuje nam jak duży efekt daje połączenie tych wszystkich elementów.





Praca zespołu terapeutycznego oparta jest na wspieraniu chorego, edukacji, wykorzystywaniu jego własnych możliwości, aktywności, a nie wyręczaniu go. Wspólnie wypracowujemy sposoby radzenia sobie z konkretnymi problemami, u konkretnych pacjentów.

► **arteterapii** (rysunek, malarstwo, sztuki użytkowe, rzeźba, zdobnictwo, dekoratorstwo, muzykoterapia, choreografia, biblioterapia, hortiterapia, zajęcia kulinarne)

► **socjoterapii** (ludoterapia, relaksacja).

Około godziny 13:00 chorzy otrzymują obiad, a po nim podwieczorek. W tym czasie zespół obserwuje pacjentów, którzy wymagają pomocy, wsparcia, nauki spożywania posiłków. Ze względu na to, że większość chorych ma za sobą przebyty udar mózgu, wielu z nich ma problemy z przyjmowaniem pokarmów, przełykaniem.

Praca zespołu terapeutycznego oparta jest na wspieraniu chorego, edukacji, wykorzystywaniu jego własnych możliwości, aktywności, a nie wyręczaniu go. Wspólnie wypracowujemy sposoby radzenia sobie z konkretnymi problemami, u konkretnych pacjentów.

Po zakończonym obiedzie, kontynuowana jest terapia zajęciowa. Po niej chorzy przygotowani są do opuszczenia placówki.

W naszym DDOM celebруем z chorymi uroczystości. Wspólnie spędzamy czas m.in. przy wigilijnym stole, wielkanocnej zadumie. Zapewniamy możliwość posługi kapłańskiej. Organizujemy spotkania tematyczne np. spotkanie z policjantem w ramach programu „Bezpieczny Senior”. Przygotowujemy spotkania edukacyjne dotyczące możliwości zaopatrzenia w sprzęt wspomagający samoopiekę, a także przemieszczanie. Wiele osób bezinteresownie ubarwia pobyt naszych chorych, poprzez np. prowadzenie wspólnego kolędowania czy śpiewania piosenek bliskich sercu naszych podopiecznych. Do placówki przybywają dzieci z występami artystycznymi. Odwiedzają nas ludzie dobrego serca z okolicznościowymi wypiekami. W życie domu wpisała się tradycja uroczystych pożegnań pacjentów kończących pobyt. Wypłynęła ona z potrzeby serca. Dużo wtedy wzruszeń, łez wdzięczności i uśmiechu.

Pacjenci rozpoczynają pobyt w ośrodku po wielu trudnych, traumatycznych doświadczeniach. Często mają obniżony nastrój a nawet depresję, co potwierdza się w badaniach psychologa. Pobyt w DDOM z możliwością przebywania w grupie osób z podobnymi problemami, daje ogromny potencjał dla chorych. Grupa ta staje się grupą wsparcia. Chorzy otwierają się, zwiększa się ich motywacja do pracy, ćwiczeń, chęć żyć. Niejednokrotnie potrzebne jest wsparcie farmakologiczne, które możliwe jest dzięki zatrudnieniu w placówce lekarza geriatry. Czuwa on nad prawidłowym leczeniem chorego, który często cierpi na wiele chorób współistniejących, z koniecznością przyjmowania wielu leków.

Czas, w którym pacjent przebywa w ośrodku jest czasem wytchnienia dla opiekunów, rodziny. Daje to możliwość kontynuowania pracy zawodowej przez bliskich.

Celem pobytu chorego w placówce jest przygotowanie go do samodzielnego pobytu w domu, nauczanie spo-

sobów radzenia z problemami codziennymi. Praca zespołu terapeutycznego to też praca z rodziną chorego, opiekunami. Będąc w ciągłym kontakcie uczymy prawidłowej pielęgnacji, zapobiegania skutkom długotrwałego unieruchomienia (odleżyny, przykurcze), bezpiecznego przemieszczania. Wskazujemy drogi pomocy instytucjonalnej.

Mówimy o tym, jak zrefundować potrzebny sprzęt, jak dobrać środki chłonne w inkontynencji, jak zlikwidować bariery architektoniczne w miejscu przebywania chorego. Rodzina ma czas na załatwienie ważnych spraw i zorganizowanie otoczenia dla bliskiego.

Staramy się, aby cały proces terapeutyczny zawarty w indywidual-

Pobyt w DDOM z możliwością przebywania w grupie osób z podobnymi problemami, daje ogromny potencjał dla chorych. Grupa ta staje się grupą wsparcia. Chorzy otwierają się, zwiększa się ich motywacja do pracy, ćwiczeń, chęć żyć. Niejednokrotnie potrzebne jest wsparcie farmakologiczne, które możliwe jest dzięki zatrudnieniu w placówce lekarza geriatry.





nym planie usprawniania przebiegał w spokojnej, domowej atmosferze, bez pośpiechu, niepotrzebnych emocji. Półroczne doświadczenie pokazuje nam jak duży efekt daje połączenie tych wszystkich elementów. Pacjenci, którzy zakończyli pobyt w DDOM najczęściej poczynili duże postępy w samoopiece. Wzmocnienie siły mięśniowej, poprawa zakresu ruchomości w stawach, często zmniejszenie spastyczności w kończynach, zmniejszenie bólesności wpływa na poprawę transferu wózek – łóżko. Doskonalenie i nauka chodu otwiera możliwości przemieszczania pacjentów. Kontakt z innymi ludźmi, psychologiem, wspólne zajęcia terapeutyczne, wpływają na poprawę funkcji poznawczych oraz społecznych. Wspólna praca i możliwość dzielenia się problemami sprawia, że chorzy poprzez wzajemną mobilizację utwierdzają się w przekonaniu, że „warto”, że „dam radę”. ■

Właściwe nawodnienie

podstawą zdrowia seniora

AGNIESZKA GULIGOWSKA, TOMASZ KOSTKA.
Klinika Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Woda jest niezbędnym składnikiem pokarmowym, szczególnie w odniesieniu do osób starszych. Dzięki wodzie, w organizmie człowieka zachodzą wszelkie niezbędne dla życia procesy. Żaden inny związek chemiczny nie bierze udziału w tylu różnych funkcjach organizmu ludzkiego, co woda. Jest ona odpowiedzialna za transport składników odżywczych i usuwanie zbędnych produktów przemiany materii.

Ochronia i nawilża narządy wewnętrzne, gałkę oczną, mózg, rdzeń kręgowy, a także stabilizuje temperaturę ludzkiego ciała. Organizm aktywnie utrzymuje równowagę wodną w celu podtrzymania tych ważnych funkcji życiowych. Niestety wraz z wiekiem pojawiają się zaburzenia zarówno wydalania, jak i przyjmowania wody, w konsekwencji których może dojść do niebezpiecznego odwodnienia.

Dlaczego osoby starsze są bardziej narażone na odwodnienie?

Wiele czynników predysponuje seniorów do większego ryzyka odwodnienia. Największy wpływ ma zmniejszanie się wraz z wiekiem całkowitej zawartości wody w organizmie. U dziecka woda stanowi 75% masy ciała, natomiast u osoby starszej zaledwie 55%, dlatego też seniorzy szybciej odczuwają zdrowotne konsekwencje zbyt małego spożycia płynów, lub ich nadmiernej utraty.

Paradoksalnie, mimo iż proces odwodnienia postępuje tak szybko, seniorzy nie odczuwają pragnienia, zwyczajnie „nie chce im się pić”. Zjawisko zaburzonej sygnalizacji pragnienia nasila się po 60. roku życia, a także wraz z ograniczeniami



fizycznymi i upośledzeniem funkcji poznawczych.

Starsze osoby po udarach, z otępieniem, chorobą zwyrodnieniową stawów, lub chorobą Parkinsona mogą mieć trudności z samodzielnym piciem, trzymaniem kubka, mogą także u nich wystąpić zaburzenia połykania (dysfagia).

Kolejnym czynnikiem jest świadome ograniczenie ilości wypijanych płynów przez seniorów, którzy chcą w ten sposób ograniczyć częstość korzystania z toalety i ryzyko nietrzymania moczu. Sytuację dodatkowo pogarsza fakt, że część chorób zwiększa zapotrzebowanie na wodę, a niektóre leki (moczopędne, regulujące ciśnienie krwi, psychia-

tryczne) mogą powodować zwiększone oddawanie moczu.

Ile wody powinny dostarczać do organizmu osoby starsze?

Ustrój człowieka nie jest zdolny do magazynowania większej ilości wody, dlatego dla zapewnienia mu prawidłowych warunków do przebiegu procesów życiowych należy dostarczać ją regularnie. W literaturze istnieje kilka metod szacowania minimalnego zapotrzebowanie na wodę. W zależności od wieku zaleca się: 25 ml/kg masy ciała/ dla osób po 65 roku życia i 30 ml/kg/dzień poniżej 65 lat, absolutne minimum to 1500 ml wody dziennie, można także ocenić zapotrzebowanie w odniesieniu

do kaloryczności diety: 1 ml wody na 1 kcal spożywanej energii. Przeciętne jest to około 2-3 litrów wody, czyli 8-13 szklanek dziennie.

A ile wody w piją seniorzy?

Zaledwie 6% seniorów pije wodę w ilościach zgodnych z zaleceniami. Z badań przeprowadzonych w Klinice Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wynika, że problem niedostatecznego przyjmowania płynów pogłębia się wraz z wiekiem i jest bardziej nasilony wśród osób o niskim poziomie wykształcenia, a także wśród mieszkańców DPSów (spożywają oni z napojami i potrawami zaledwie 1,7 litra wody). Im osoba ma gorszy nastrój, jest mniej sprawna fizycznie i psychicznie, tym mniej wody spożywa. Problem nasila się także u osób gorzej odżywionych, chorujących na cukrzycę, chorobę niedokrwinną serca oraz po przebytym udarze.

Jakie są konsekwencje niedoboru wody w organizmie

Seniorzy, w szczególności mieszkańcy DPS, nie spożywają wystarczającej ilości wody, a tym samym mają zwięk-

Starsze osoby po udarach, z otępieniem, chorobą zwyrodnieniową stawów, lub chorobą Parkinsona mogą mieć trudności z samodzielnym piciem, trzymaniem kubka, mogą także u nich wystąpić zaburzenia połykania (dysfagia).



szone ryzyko odwodnienia – czyli stanu, w którym zawartość wody w organizmie spada poniżej wartości niezbędnej do jego prawidłowego funkcjonowania. W zależności od nasilenia niedoboru wody mogą wystąpić następujące kliniczne objawy odwodnienia:

- ▶ uczucie pragnienia
- ▶ ból głowy
- ▶ zmiana stanu psychicznego (pobudzenie lub zdezorientowanie)
- ▶ suche usta, popękane wargi
- ▶ gorączka, biegunka lub zaparcia
- ▶ niedociśnienie lub nadciśnienie tętnicze
- ▶ częstoskurcz (> 100 uderzeń na minutę)
- ▶ przyspieszony oddech
- ▶ niedawna szybka utrata masy ciała
- ▶ skąpomocz (oliguria) i/lub ciemny mocz
- ▶ suche oczy, wrażenie „piasku w oczach”
- ▶ zakażenie dróg moczowych
- ▶ wymioty
- ▶ wysoki stosunek azotu mocznikowego (BUN) do kreatyniny (>25:1) (mg/dl)
- ▶ wysoki ciężar właściwy moczu (>1,020)
- ▶ wysoki poziom sodu w osoczu (>150 mEq/L).

Odwodnienie jest częstą przyczyną hospitalizacji osób starszych, pogarsza rokowania, zwiększa umieralność. Przewlekły niedobór wody prowadzi do zaburzenia funkcji poznawczych, zwiększa ryzyko wystąpienia upadków i zaparć.

Gdzie szukać wody?

Aby nie dopuścić do tak poważnego stanu zagrażającego zdrowiu i życiu seniora należy zadbać o regularne dostarczanie wody do organizmu.

Najlepszym źródłem jest zwykła woda mineralna lub źródłana, niegazowana o temperaturze pokojowej. Należy wybierać wody o niskiej zawartości sodu, ale bogate w wapń, potas i magnez. W wielu miejscach Polski woda kranowa jest wodą bardzo dobrej jakości, należy jednak upewnić się, czy może być ona stosowana do bezpośredniego spożycia. Zaleca się, aby senior wypijał 6 szklanek wody między posiłkami. Aby uatrakcyjnić jej smak można dodać sok z cytryny, liście mięty, owoce (świeże lub zamrożone, np. czerwoną porzeczkę, kiwi, truskawki).



Najlepszym źródłem jest zwykła woda mineralna lub źródłana, niegazowana o temperaturze pokojowej. Należy wybierać wody o niskiej zawartości sodu, ale bogate w wapń, potas i magnez.

Niekiedy seniorzy preferują herbatę i kawę, niestety działają one odwadniająco. Aby zmniejszyć ten niekorzystny efekt, należy proponować napoje słabe lub dodatkowo popijane wodą. Kawę naturalną można zastąpić kawą zbożową, a herbatę czarną - herbatami owocowymi lub ziołowymi.

Dobrym źródłem wody będzie mleko i jego przetwory (jogurt, maślanek, kefir), a także rozcieńczone soki owocowe i warzywne oraz kompoty. Należy wybierać te bez dodatku cukru i soli.

Owoce i warzywa, zarówno te świeże jak i gotowane zawierają od 70-90% wody, spożywanie zalecanych 5 porcji dziennie nie tylko dostarczy wody, ale także niezbędnych składników mineralnych, witamin i błonnika.

Zupy, musy, galaretki, kisiele to także potrawy bogate w wodę. Należy

jednak dbać o ich jakość, unikać dodatków poprawiających ich smak, zapach i kolor. Galaretki i kisiele należy przygotowywać z naturalnych soków lub kompotów poprzez ich zagęszczenie żelatyną lub mąką ziemniaczaną.

Produkty spożywcze dostarczające wodę należy zawsze dobierać indywidualnie do preferencji seniora, ale także do jego stanu zdrowia i możliwości psychofizycznych. Cukrzycy powinni unikać cukrów prostych, osoby z chorobą trzustki - surowych warzyw i owoców, osoby z nietolerancją laktozy - świeżego mleka. Jeżeli występują zaburzenia połykania, konsystencja płynów powinna być zmieniona przez zastosowanie preparatów zwiększających gęstość płynów, tak aby nie dopuścić do zachłystowego zapalenia płuc. Osoby, które wymagają leczenia żywieniowego i nie mogą



Woda to jeden z najważniejszych, a zarazem „wszechobecnych” składników pożywienia seniora oraz substancja, bez której w organizmie nie zachodziłyby procesy, istotne dla jego prawidłowego funkcjonowania.

przyjmować posiłków doustnie, muszą pokryć zapotrzebowanie na płyny poprzez żywienie dojelitowe lub pozajelitowe.

Jak poprawić stan nawodnienia mieszkańców DPSów?

Do działań prewencyjnych, które warto wprowadzić w DPSach należy zaliczyć:

- ▶ opracowanie i wdrożenie programu nawodnienia mieszkańców, pamiętając o przeszkoleniu całego personelu,
- ▶ zapewnienie odpowiednich naczyń do picia, szczególnie dla osób z dysfunkcjami oraz dostępności do wody i napojów, np. kompotu, także między posiłkami,
- ▶ stosowanie systemu indywidualnego monitorowania poziomu spożycia wody,
- ▶ regularna obserwacja mieszkańców

w kierunku objawów odwodnienia (skóra, oczy, ból głowy),

- ▶ kontrolowanie koloru i objętości moczu (słomkowe zabarwienie świadczy o prawidłowej ilości płynów, natomiast ciemny kolor sygnalizuje zbyt mały poziom wody w organizmie. Użyteczne mogą być skale barwy moczu, powieszone w toaletach i rozdawane podczas szkoleń),
- ▶ rozwieszenie napisów promujące picie wody np. „Na ból głowy najlepsza jest szklanka wody”, „Czy wypiliś już dzisiaj minimum 6 szklanek wody?”, „Zadbaj o swoje zdrowie napij się wody”, „Świeża woda - zdrowia doda”,
- ▶ wprowadzenie do harmonogramu dnia stałych pór nawadniania „10:30 - Pijalnia wody”, „20:00 Czas na wodę”,
- ▶ oferowanie wody lub „mokrych” potraw przed lub po rutynowych

zajęciach np. fizjoterapii, spacerze, przy przyjmowaniu leków,

- ▶ ułatwienie korzystania z toalety lub stosowanie wkładek w przypadku problemów z trzymaniem moczu, tak, aby zwiększona podaż wody nie powodowała stresu u osób starszych.

Opracowanie takiego programu przynosi wymierne korzyści zdrowotne dla mieszkańców. Doskonałym przykładem takiego sukcesu jest stworzenie „Klubu wody” w Dom Opieki dla osób starszych w Suffolk w Wielkiej Brytanii. Mieszkańców zachęcano do picia od 8 do 10 szklanek wody dziennie, każdy z nich miał dzbanek wody w swoim pokoju, a dystrybutory wody zainstalowano w całym domu. W rezultacie odnotowano mniejszą liczbę upadków, znaczną poprawę stanu zdrowia, zmniejszenie liczby wizyt lekarskich, zmniejszenie stosowania środków przeczyszczających i infekcji dróg moczowych, mniejsze pobudzenie wśród osób z demencją, a także lepszą jakość snu.

Podsumowanie

Woda to jeden z najważniejszych, a zarazem „wszechobecnych” składników pożywienia seniora oraz substancja, bez której w organizmie nie zachodziłyby procesy istotne dla jego prawidłowego funkcjonowania. Zwracajmy więc uwagę na ryzyko niedostatecznego nawodnienia oraz często niejednoznaczne sygnały, jakie wysyła odwodniony organizm. Lepiej bowiem zapobiegać niż leczyć! ■

Literatura

- Gawęcki J., Hryniewicz L., Żywnienie człowieka. Podstawy nauk o żywieniu. 2008, PWN, Warszawa
- Popkin BM, D’Anci KE, Rosenberg IH. Water, hydration, and health. *Nutr Rev.* 2010 Aug;68(8):439-58.
- Begum MN, Johnson CS. A review of the literature on dehydration in the institutionalized elderly. *E SpenEur E J ClinNutrMetab.* 2010; 5:e47-e53.
- Bernstein M., *Nutrition for the Older Adult*. Jones and Bartlett, USA.
- Lewandowicz M, Krzymińska-Sięmaszko R., Zaburzenia połykania w praktyce dietetyki. *Postępy Dietetyki w Geriatrii i Gerontologii.* 2017;1(3):25-30

Nowoczesne rozwiązania w komunikacji personelu ochrony zdrowia z pacjentem głuchym i niedosłyszającym oraz jego rodziną

MGR PIEL IRENA SIKORA-MYSŁEK
Pielęgniarska Opieka Długoterminowa
Z-ca Dyrektora Medycznego „HOSPMED” w Częstochowie

Inwalidztwo narządu słuchu, a w szczególności jego najbardziej zaawansowane formy – głuchoty, wymagają specjalnego podejścia ze strony osób opiekujących się i współpracujących w zespole terapeutycznym. Podstawą jednak uzyskania dobrych wyników w czynnościach rehabilitacyjnych jest nawiązanie kontaktu słowno-pojęciowego z pacjentem z wadą słuchu.

Wychodząc naprzeciw tej potrzebie wprowadzono kształcenie w zakresie języka migowego. Język migowy jest językiem naturalnym, który posiada własny zakres słownictwa oraz odrębną gramatykę. Nie jest on jednak uniwersalny. Przekonanie o jego uniwersalności wynika z gestów czy założeń, że znaki migowe mogą oznaczać obiekty. Należy odróżnić naturalny język migowy od Systemu Językowo-Migowego (SJM). SJM jest sztucznym językiem stworzonym przez osoby

słyszące celem ułatwienia komunikacji z osobami głuchymi i ich rodzinami. System ten wprowadził dużo nowych własnych znaków, które odpowiadają znaczeniom języka polskiego. Gramatyka SJM jest oparta na gramatyce języka polskiego. Należy zaznaczyć, iż język migowy wymaga od osoby, która porozumiewa się z osobą głuchą i niedosłyszającą zastosowania elementów nie-manualnych takich, jak: mimika twarzy czy ruchy ciała, które mają konkretne znaczenie dla osoby z uszkodzeniem słuchu i mowy. Języki migowe wystę-

pują w kilku odmianach, nawet w jednym kraju może być stosowany więcej niż jeden język migowy. Dla przykładu w Belgii funkcjonują dwa języki migowe (wersja belgijska odmiany francuskiej i wersja migowa języka flamandzkiego). Istnieje międzynarodowy system komunikowania się określany jako International Sign-IS. System ten jest używany podczas konferencji, debat, sympozjów naukowych, gdzie uczestnikami są osoby głuche i niedosłyszające, które znają inną odmianę języka migowego.

Należy nadmienić, iż są dwa warianty języka międzynarodowego :

1. Gestuno-migowe esperanto jako oficjalny język Światowej Federacji Głuchych

2. ASL- zalecany do nawiązywania swobodnych kontaktów na świecie z Amerykańskim Językiem Migowym.

Polski Język Migowy nie ma obecnie przyjętej formy pisanej. Najlepszym i jednak sprawdzonym sposobem jest dostęp do filmów, które w pełni oddają wykonywany w trakcie migania ruch czy mimikę twarzy osoby migającej. Warto zachęcać również do nagrywania swoich wypowiedzi, aby móc poprawnie komunikować się, poprawiać błędy czy kontrolować swoje ruchy ciała. Poza rozwijaniem

kompetencji językowych, kurs PJM powinien zawierać informacje dotyczące kultury Głuchych, a kursanci przełamywać swoje stereotypy dotyczące osób niesłyszących i ich rodzin. Poznać odpowiednie zachowania w trakcie komunikacji niewerbalnej. Nauczanie języka migowego jest dziedziną rozwijającą się. Jednak rozwój badań nad nauczaniem PJM, a także nowe możliwości, jak np. nowelizacja Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej umożliwia prowadzenie nauki języka migowego, która pozwala przyjąć pozytywne nastawienie i podniesienie jakości kursów PJM.

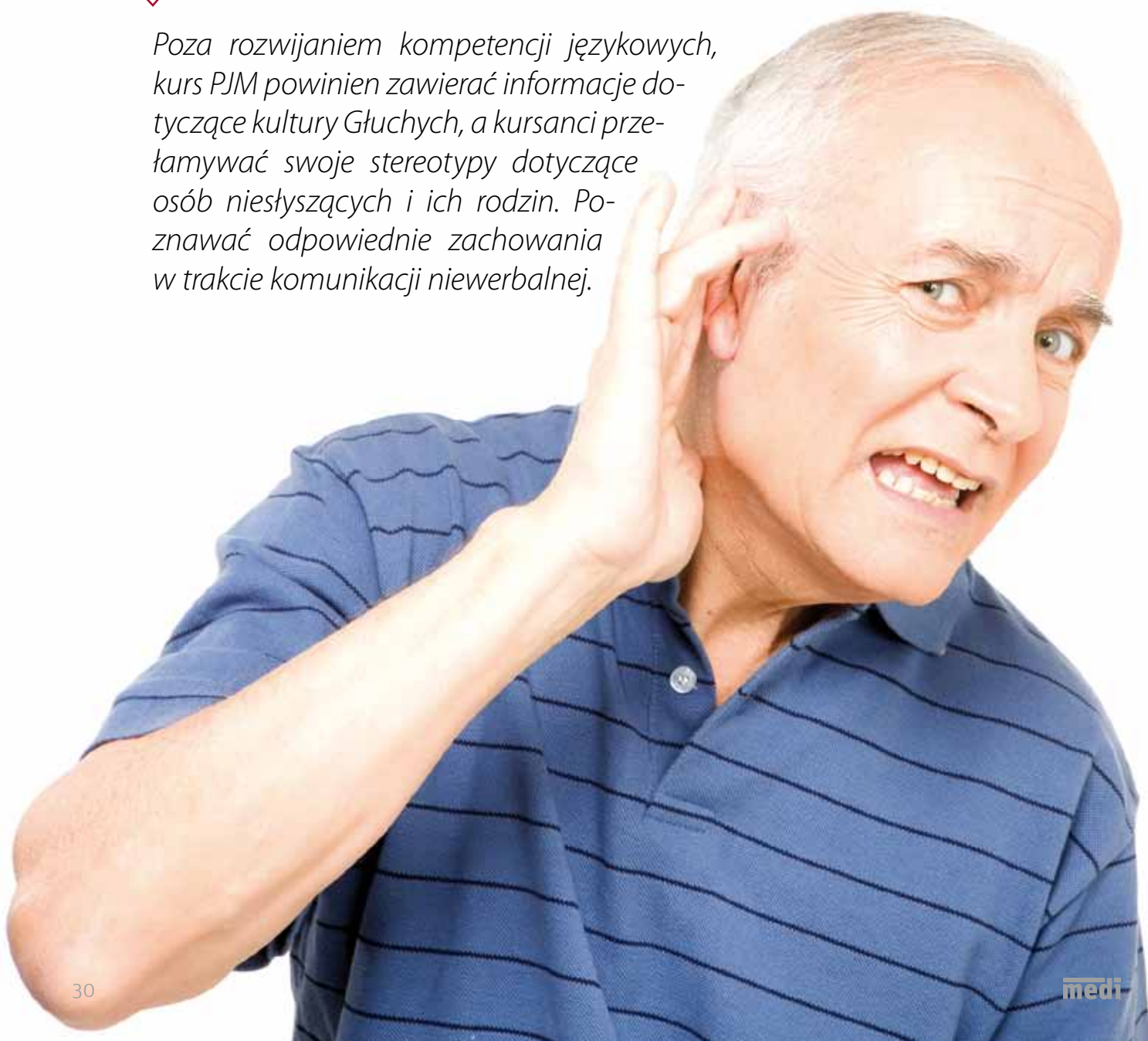
Wiarygodne informacje na temat nauki języka migowego oraz sposobu posługiwania się nim można uży-

skać w Polskim Związku Głuchych. Natomiast aktualne wiadomości do wykorzystania dla osób głuchych i niedosłyszących oraz rodzin na terenie UE można zaczerpnąć z Europejskiego Związku Osób Niesłyszących (EUD) oraz z Światowej Federacji Głuchych (WFD).

Zgodnie z Ustawą z dn. 19 sierpnia 2011 o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Nr 209, poz.1243) obowiązuje wszystkie instytucje, organizacje i zakłady opieki zdrowotnej do poznania i stosowania języka migowego przy codziennym kontakcie z osobami z upośledzeniem słuchu i mowy.

Technologia, która umożliwia obsługę osób głuchych w urzędach i innych miejscach publicznych to SKN.

Poza rozwijaniem kompetencji językowych, kurs PJM powinien zawierać informacje dotyczące kultury Głuchych, a kursanci przełamywać swoje stereotypy dotyczące osób niesłyszących i ich rodzin. Poznać odpowiednie zachowania w trakcie komunikacji niewerbalnej.



Osoby głuche mogą w pełni samodzielnie funkcjonować w przestrzeni publicznej. Jednym z warunków jest sprawna komunikacja między nimi, a pracownikami punktów obsługi klienta-pacjenta. Zatrudnienie tłumacza języka migowego jest czasami zbyt dużym wydatkiem i nie zapewnia wymaganej elastyczności obsługi. W konsekwencji niesłyszący muszą przybyć z osobą towarzyszącą, a więc zgodzić się na utratę samodzielności. W Polsce został wprowadzony SKN – System Komunikacji Niewerbalnej Seventica, który umożliwia szybką i skuteczną komunikację z osobami niesłyszącymi posługującymi się językiem migowym w dowolnym czasie i na każdym poziomie. SKN opiera się na bezpośrednim i dwustronnym dostępie wideo (online) do Contact Center przez dedykowane urządzenie peryferyjne i łącza internetowe. Na SKN składają się następujące elementy: urządzenie końcowe, łącze dostępne (Internet), stanowisko tłumacza (w ramach Contact Center) oraz system zarządzający połączeniami. SKN oparte jest na najlepszych rozwiązaniach do przesyłania audio i wideo.

Korzyści z usługi SKN są następujące:

- ▶ **Społeczne** – działanie przeciw wykluczeniom,
- ▶ **Integracyjne** – zniesienie barier w komunikacji,
- ▶ **Samodzielność** – pomoc w załatwianiu spraw w podmiotach leczniczych bez konieczności udziału osoby trzeciej,
- ▶ **Formalne** – spełnienie wymagań Ustawy o języku migowym w przypadku instytucji publicznych,
- ▶ **Kontakt bezpośredni** – bezpośrednia obsługa osób niesłyszących z wykorzystaniem tabletów lub urządzeń stacjonarnych w punkcie obsługi klienta,
- ▶ **Kontakt zdalny** – obsługa osób niesłyszących za pośrednictwem strony www.

Umożliwia to osobie głuchej uzyskanie potrzebnych informacji bez konieczności przychodzenia do placówki. Dzięki umieszczeniu na stronie www odpowiedniego przycisku, osoba niesłysząca poprzez połączenie wideo, komunikuje się z personelem



Osoby głuche mogą w pełni samodzielnie funkcjonować w przestrzeni publicznej. Jednym z warunków jest sprawna komunikacja między nimi, a pracownikami punktów obsługi klienta-pacjenta.



obsługi klienta za pośrednictwem tłumacza.

Usługa SKN Seventica pozwala w dowolnym miejscu i o dowolnym czasie połączyć się drogą internetową z tłumaczem. Powiadomienia SMS w tej usłudze pozwalają na usprawnienie kontaktów z pacjentami dzięki możliwości szybkiej i zautomatyzowanej wysyłki wiadomości SMS. Powiadomienia SMS wysyłane są bezpośrednio z programu informatycznego wykorzystywanego w placówce medycznej. Powiadomienia SMS dostępne są w ramach Otwartego Systemu Ochrony Zdrowia, za pomocą której placówka medyczna ma możliwość zautomatyzowanej wysyłki wiadomości SMS do pacjentów bezpośrednio z systemu medycznego obsługiwanego w placówce opieki zdrowotnej.

Korzyści dla osoby niesłyszącej

- ▶ intuicyjna obsługa systemu,
- ▶ wygoda nieograniczonego dostępu on-line do certyfikowanych tłumaczy języka migowego,

- ▶ bezproblemowa komunikacja z instytucją,
- ▶ gwarancja prawidłowego przekazu informacji oraz należytego rozwiązania spraw w instytucji,
- ▶ brak konieczności wcześniejszego umawiania się na spotkanie w obecności tłumacza,
- ▶ ułatwione i usprawnione funkcjonowanie w społeczeństwie,
- ▶ poczucie samodzielności. ■

Literatura:

- ASLTA. Standards for Learning American Sign Language. A Project of the American Sign Language Teachers Association [online] [dostęp 05.07.2015].
- Baker-Shenk, C. (1985) The Facial Behavior of Deaf Signers: Evidence of a Complex Language. W: American Annals of the Deaf, nr 130 (4)
- Bardalini T. (1956) O wadach słuchu i mowy. Warszawa PZWL
- Hulka A., Zarębska K. (red) (1972) Praca socjalna w rehabilitacji inwalidów. Warszawa PZWL
- Jacobs, R. (1996) Just HOW Hard Is It to Learn ASL: The Case for ASL as a Truly Foreign Language. W: L. Ceil (red) Multicultural Aspects of Sociolinguistics in Deaf Communities. Washington: Gallaudet University Press
- Kowal J. (2008) Zagadnienia metodyczne i problemy organizacyjne lektorów PJM. W: E. Twardowska (red) Stan badań nad Polskim Językiem Migowym. Łódź: Polski Związek Głuchych Oddział Łódzki
- MEN (2014) Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych. (DZ.U. 2014 poz. 1993 §3.1 ust. 2).
- Szczepankowski B. (1974) Kształcenie w zakresie języka migowego. Warszawa Polski Związek Głuchych
- Szczepankowski B. (1986) Lektorat języka migowego. Warszawa Centralny Związek Spółdzielni Inwalidów, Polski Związek Głuchych
- „Świat ciszy” czasopismo dla niesłyszących i nie tylko- numery archiwalne
- Świdziński, M. (2005) Języki migowe. W: T. Gałkowski, E. Szeląg, G. Jastrzębowska (red) Podstawy neurologopedii. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego
- Tomaszewski, P., Gałkowski, T., Rosik, P. (2003) Nauczanie polskiego języka migowego jako obcego języka: Czy osoby słyszące mogą przyswoić język Wizuálny? W: M. Świdziński, T. Gałkowski (red) Studia nad kompetencją językową i komunikacją niesłyszących. Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Polski Komitet Audiofonologii, Instytut Głuchoniemych im. ks. Jakuba Falkowskiego
- Tomaszewski, P., Rosik, P. (2003) Czy Polski Język Migowy jest prawdziwym językiem? W: M. Świdziński, T. Gałkowski (red.) Studia nad kompetencją językową i komunikacją niesłyszących. Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Polski Komitet Audiofonologii, Instytut Głuchoniemych im. ks. Jakuba Falkowskiego
- Wilcox, S., Wilcox, P. (1991) Learning To See: American Sign Language as a Second Language. Language in Education: Theory and Practice. New Jersey: Center for Applied Linguistics. Prentice-Hall.
- Vallotton, C. (2011) Signing with Babies and Children. [online] [dostęp 05.07.2015].

„Testament życia” trudny temat

DR N. MED. EWA CZECZELEWSKA

Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Mazovia Innowacyjna Szkoła Wyższa w Siedlcach

Testament życia - jest to prawo człowieka do złożenia dyspozycji, co do braku zgody na leczenie, podtrzymywania życia w sytuacji, gdy osoba ta znajdzie się w stanie nierokującym żadnych możliwości wyleczenia czy też w stanie wegetatywnym. Przykładem testamentu życia może być noszone przez niektórych oświadczenia o braku zgody na leczenie czy przetoczenie krwi.





W polskim prawie zagadnienie testamentu życia nie zostało uregulowane, jednak tego rodzaju oświadczenia chorych mogą być wiążące na podstawie ogólnych przepisów dotyczących autonomii woli. Potwierdzeniem jest uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego z 27 października 2005 roku (III CK 155/05), które brzmi następująco „oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, jest dla lekarza wiążące, jeśli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny”. Testament życia może się również przyczynić do uniknięcia konfliktów pomiędzy rodziną chorego i personelem medycznym, oraz ewentualnych roszczeń prawnych.

Brak zgody na leczenie to fanaberia czy prawo człowieka?

U chorego z powodu pogorszenia się stanu zdrowia dochodzi do ograniczeń we wszystkich sferach ludzkiej egzystencji, w tym fizycznej i psychicznej,

jednak nie dochodzi do utraty podmiotowości i godności. Podmiotowość ma charakter subiektywny, wiąże się z nią poczucie tożsamości, wolności, indywidualności i hierarchii wartości. Zarówno w deklaracji Praw Człowieka ONZ jak i konstytucji, licznych ustawach oraz konwencjach podkreśla się prawa, w tym godność i podmiotowość ludzką. W Polsce prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, reguluje ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w rozdziale 5 Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie

świadczeń zdrowotnych. W świetle tej ustawy, decyzję o zaprzestaniu leczenia, a zwłaszcza zaprzestaniu uporczywej terapii, powinien podjąć pacjent wspólnie z lekarzem. W sytuacji, gdy chory chce kontynuacji leczenia, które nie przynosi korzyści, a wiąże się ze znacznym obniżeniem jakości życia – należy mu zaproponować zasięgnięcie opinii innych lekarzy. Jednak w przypadku, gdy chory będzie trwał przy swojej decyzji, należy uszanować jego wolę. Niestety nawet w obecnych czasach, poczucie podmiotowości chorego jest często zależne od postawy innych, w tym bliskich chorego i zespołu medycznego.

Z moralnego punktu widzenia sedacja nie może być stawiana na równi z eutanazją, której opieka paliatywna się bezwzględnie przeciwstawia. Sedacja w opiece paliatywnej jest elementem terapii, a jej celem jest uśmierzanie cierpienia, a nie przyspieszenie śmierci pacjenta.

Cienka granica między eutanazją, a testamentem życia

Jak mówił bioetyk ks. dr Jan Kaczowski: jeśli ból jest tak ogromny, że jedynym sposobem walki z nim jest podawanie coraz większej dawki leków, nawet przy założeniu, że może to doprowadzić do wcześniejszego zgonu, mamy prawo je podać. Robimy to nie po to, żeby chorego zabić, ale po to, by go nie bolało. Liczy się intencja, z jaką podajemy lek. Twierdził także, że nie wszystko, co technicznie możliwe, jest godziwe etycznie. Wielokrotnie w swoich wypowiedziach podkreślał – eutanazja – nie, odstąpienie od uporczywej terapii – tak, testament życia – tak, by każdy mógł w nim wyrazić swoją wolę dotyczącą tego, na jakie procedury medyczne pod koniec życia się zgadza, a na jakie nie. „Testament życia” jest wypełnieniem woli pacjenta. Podanie śmiertelnego zastrzyku to eutanazja, ale odstąpienie np. od dializy, na jakie zdecydował się Jan Paweł II – to wyrażenie woli. Gdybyśmy się zgodzili na eutanazję, to wówczas medycyna przestałaby służyć człowiekowi. Medycyna ma człowieka leczyć, a nie zabijać. Nie może ta sama ręka raz leczyć, a raz unicestwiać.

Sedacja paliatywna – to lek na cierpienie, o który może prosić chory

Sedacja paliatywna, kontrolowana, terminalna, różnie ją nazywają, ale w większości etycy są zgodni, że jest dopuszczalna, a nawet zalecana w sytuacji skrajnego cierpienia bez możliwości przyniesienia pacjentowi ulgi. Niektórzy porównują ją do biernej eutanazji, co jest kompletnie nieprawdziwe, jak twierdzi lekarz związany z medycyną paliatywną Tomasz Dzierżanowski. Nie doprowadza się przecież do skrócenia życia, a jedynie odbiera świadomość cierpienia. Ta forma ostatecznej terapii nie powinna przyspieszać śmierci i musi być przy tym akceptowalna etycznie. Z moralnego punktu widzenia sedacja nie może być stawiana na równi z eutanazją, której opieka paliatywna się bezwzględnie przeciwstawia. Sedacja w opiece paliatywnej jest elementem terapii, a jej celem jest uśmierzanie cierpienia, a nie przyspieszenie śmierci pacjenta.

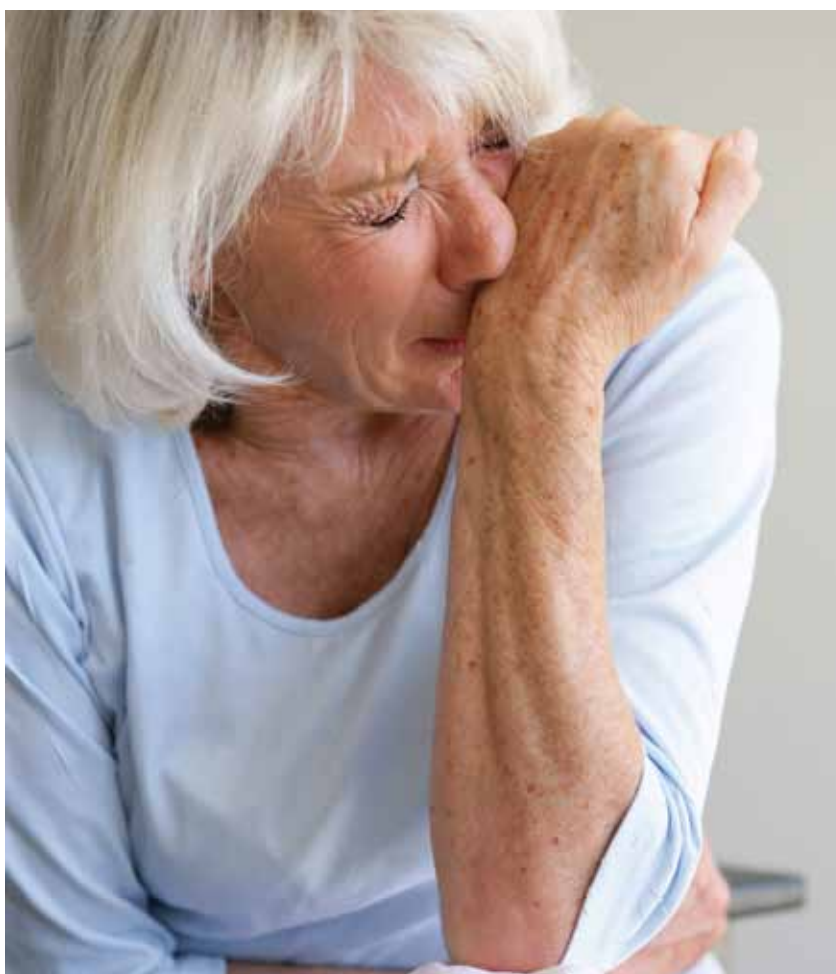
Kto najczęściej ogranicza prawo chorego do wyrażenia swojej woli

Chory przykuty do łóżka zdany jest na łaskę i niełaskę swojej rodziny. Jeśli ma szczęście i w domu panują zdrowe relacje i zasady, to może liczyć na godne przejście przez cierpienie, otoczony miłością, współczuciem i troską. Choć wydaje się, że minęły już czasy, kiedy o stanie chorego rozmawiano się wyłącznie poza jego pokojem, mimo to rodzina chce zazwyczaj chronić bliskiego, nie ujawniając mu prawdy o jego stanie zdrowia. Jednak w istocie chroni wyłącznie siebie. Przekazywanie prawdy choremu o jego stanie zdrowia, ma chronić godność człowieka. Jeśli ciężko choremu nie powiemy, jaki jest jego stan zdrowia, to straci do nas zaufanie. A mimo to rodzina nadaje sobie takie prawo i decyduje, aby nie mówić prawdy osobie bliskiej np. „nie mówmy mamie, bo ona się załamie...”. Rodzina może w nieskończoność budować nadzieję choremu, jednak w ten sposób pozbawia bliską osobę

autonomii podejmowania decyzji, która obejmuje także wolę wyrażenia jej w testamencie życia. Na takie działanie rodziny nie powinno być przyzwolenia, bo kto z nas nie chciałby znać prawdy o swoim stanie zdrowia, czy o sytuacji, w jakiej się znajduje. ■

Literatura:

- K. de Walden-Gałuszko, A. Ciałkowska-Rysz, Medycyna paliatywna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015
- T. Dzierżanowski, Zimne wody Styksu, Terra Media, Poznań 2011
- K. Kubisiowska, Rak po Polsku, rozmowa z Justyną Pronobis-Szczylik i Cezarym Szczylikiem, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2014
- J. Kaczowski, Grunt pod nogami, Wydawnictwo WAM, Kraków 2016
- K. de Walden-Gałuszko, A. Kaptacz, Pielęgniarstwo opieki paliatywnej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017
- K. de Walden-Gałuszko, Psychoonkologia w praktyce klinicznej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011



Opieka nad seniorami w Portugalii

GRAŻYNA ŚMIAROWSKA

Dyrektor Zakładu Opiekuńczo-Pielęgnacyjnego im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu

AGNIESZKA FURMAŃSKA-MARUSZAK

Adiunkt w Zakładzie Polityki Społecznej Instytutu Socjologii UMK

Przez wiele pokoleń Portugalia była krajem silnych więzi rodzinnych, wielopokoleniowych z tradycjami pielęgnowania wartości religijnych. W związku z tym opieka nad osobami niesamodzielnymi z tytułu wieku czy choroby sprawowana była w większości przypadków przez opiekunów nieformalnych czyli przez członków rodziny.



Podobnie jak w innych krajach, następujące zmiany demograficzne tj.: załamanie się modelu rodziny wielopokoleniowej, wzrost zatrudnienia kobiet, wzrost liczby osób po 65 r.ż. spowodowały, że państwo stanęło wobec konieczności zabezpieczenia pomocy instytucjonalnej osobom niesamodzielnym (zależnym). Eurostat prognozuje, że w Portugalii, podobnie jak w Polsce, w 2060 roku 1/3 populacji będą stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej. Potrzeby opiekuńcze związane będą także z rosnącym odsetkiem populacji w wieku 80 lat i więcej, która z dużym prawdopodobieństwem będzie wymagała jakieś formy wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Prognozuje się, że odsetek ten wyniesie w Polsce 12,3%, a w Portugalii 13,5% (Lanzeri 2011).

Mając na względzie te uwarunkowania oraz prognozy demograficzne

portugalski rząd podjął decyzję o opracowaniu specjalnych długofalowych programów, które pozwoliłyby na:

- ▶ określenie potrzeb ludności w zakresie zabezpieczenia pomocy w przypadku niesamodzielności,
- ▶ poprawę dostępności do usług pomocowych w formie instytucjonalnej jak i pozainstytucjonalnej,
- ▶ wypracowanie odpowiednich standardów jakości opieki,
- ▶ wypracowanie zasad koordynacji pomiędzy sektorami pomocy społecznej i służby zdrowia.

Do końca lat 90-tych państwo zapewniało opiekę długoterminową w bardzo niewielkim zakresie, a lukę tę częściowo wypełniała działalność pozarządowych organizacji charytatywnych (Misericórdias). W 1994 roku powstał Narodowy Program PAII – Zintegrowanego Wsparcia dla Osób Starszych, a od 2006 roku wdrożony został Narodowy Program Zintegrowanej Opieki Długoterminowej, w wyniku którego powstała sieć placówek zajmujących się osobami starszymi i niesamodzielnymi (RNCCI = Narodowa Sieć Zintegrowanej Opieki Długoterminowej).

Skoncentrowano się głównie na wsparciu rodzin opiekujących się osobami starszymi lub niesamodzielnymi w domu chorego. Powstała także sieć dziennych i całonocnych ośrodków realizujących usługi opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne dla osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych. Sieć ta, zgodnie z przyjętym planem Integracji Społecznej od 2006 roku, jest sukcesywnie rozwijana ze szczególnym naciskiem na pomoc osobom najbardziej niesamodzielnym. Od początku zakładanym priorytetem były działania integracyjne, które opierały się na partnerstwie między istniejącymi instytucjami w różnych sektorach.

Placówki opieki instytucjonalnej zapewniają wyżywienie, pielęgnację i pomoc w uzyskaniu opieki medycznej w ośrodkach zdrowia. Korzystające z nich osoby ponoszą niewielkie opłaty, których wysokość zależy od dochodu. Zakłady pielęgnacyjne prowadzone przez organizacje pozarządowe także pobierają opłaty od pacjentów i ich rodzin, lecz są one niższe niż w państwowych zakładach, przy czym



Doświadczenia portugalskie w zakresie tworzenia systemu opieki długoterminowej wskazują wyraźnie na konieczność integracji służb społecznych i sektora służby zdrowia oraz pokazują wyraźne korzyści z tego wynikające. Bardzo dużą rolę przypisuje się lekarzowi pierwszego kontaktu, który z założenia ma największą wiedzę na temat potrzeb swoich podopiecznych.

zakłady Misericórdias oferują lepsze warunki. Istnieją również prywatne zakłady komercyjne, jednakże większości społeczeństwa nie stać na pokrycie kosztów pobytu w takich placówkach. W związku z tym władze państwowe wspólnie z gminami i organizacjami pozarządowymi rozwijają opiekę domową, obejmującą pielęgnację przewlekle chorych.

Przykłady dobrych praktyk. Wskazówki dla Polski

Polska obecnie stoi wobec szeregu problemów związanych z organizacją opieki długoterminowej. Brak jest przede wszystkim konkretnego planu działania w zakresie pomocy oso-

bom niesamodzielnym z tytułu wieku czy choroby. W świadomości osób zajmujących się opieką długoterminową zaistniała już taka potrzeba, lecz nie został wytyczony żaden kierunek.

Doświadczenia portugalskie w zakresie tworzenia systemu opieki długoterminowej wskazują wyraźnie na konieczność integracji służb społecznych i sektora służby zdrowia oraz pokazują wyraźne korzyści z tego wynikające. Bardzo dużą rolę przypisuje się lekarzowi pierwszego kontaktu, który z założenia ma największą wiedzę na temat potrzeb swoich podopiecznych. Skonsolidowanie usług zdrowotnych, opiekuńczych i społecznych oraz zapewnienie pełnej dostępności i ciągłości



Zlokalizowany w szpitalu św. Anny oddział ortopedii geriatrycznej przywraca sprawność fizyczną osobom starszym (nawet powyżej setnego roku życia) po różnego typu złamaniach. Podstawowym założeniem jego działania jest jak najszybsza, od momentu urazu, interwencja chirurgiczna i równie szybka rehabilitacja pooperacyjna.

tych świadczeń jest wyzwaniem wielu państw. W Portugalii, w odróżnieniu od innych państw, opieka nad osobami starszymi we wszystkich zakresach opiera się w największym procencie na działalności organizacji pozarządowych (non – profit), które są wspierane, dotowane i kontrolowane przez służby państwowe.

Naszą szczególną uwagę przykuły działania dotyczące opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, gdzie szczególnie potrzebne są działania integrujące oraz tworzenie różnorodnych form wsparcia dla tej

grupy osób. Odwiedzany przez nas szpital Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa stanowi dobry przykład działań koordynujących opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami intelektualnymi. Oprócz świadczeń szpitalnych, prowadzone są także inne formy wsparcia jak opieka dzienna, rehabilitacja społeczna i zawodowa, opieka w środowisku domowym oraz mieszkania nadzorowane.

Nasze zainteresowanie wzbudził szpital św. Anny (Hospital de Sant'Ana) działający w ramach kompleksu Santa Casa da Misericórdia de Lisboa,

który oferuje usługi zdrowotne i profilaktyczne dla mieszkańców Lizbony zarówno w aspekcie leczniczym, jak i rehabilitacyjnym. Zlokalizowany w szpitalu św. Anny oddział ortopedii geriatrycznej przywraca sprawność fizyczną osobom starszym (nawet powyżej setnego roku życia) po różnego typu złamaniach. Podstawowym założeniem jego działania jest jak najszybsza, od momentu urazu, interwencja chirurgiczna i równie szybka rehabilitacja pooperacyjna. Działania poprzedzone są dobrą diagnostyką uwzględniającą uwarunkowania zmian zachodzących w procesie starzenia się organizmu. Z prezentowanych danych statystycznych wynika, że efekty takiej procedury są rewelacyjne - prawie w 80 do 90 % przypadków zakończono usprawnieniem pacjenta. Ponadto ośrodek mieści się w przepięknym miejscu nad oceanem, gdzie widok i lekka bryza wzmacnia działania terapeutyczne.

W Polsce na zabieg chirurgiczny po złamaniu szyjki kości udowej (jeżeli nie jest oznaczony jako pilny przypadek) oczekuje się od kilku dni do kilkunastu tygodni, a na rehabilitację jeszcze dłużej. W tej sytuacji szanse na odzyskanie sprawności są znikome.

W ramach naszych portugalskich doświadczeń odwiedziliśmy także Dom Seniora Casas da Cidade Sénior Residence dla osób w różnym wieku w tym starszych i niesamodzielnych pełniący rolę hotelu z całym zapleczem rekreacyjnym i rehabilitacyjnym. W ramach kompleksu Casas da Cidade działa szpital ogólny z silnym naciskiem na niektóre kluczowe specjalności, takie jak kardiologia, onkologia, ortopedia, neurochemia i położnictwo - ginekologia, a także wspomniany Dom Seniora oferujący pokoje mieszkalne przeznaczone dla osób starszych samodzielnych, jak i dla tych, które potrzebują wsparcia w czynnościach dnia codziennego. Casas da Cidade oferuje także zintegrowaną opiekę nad pacjentami zależnymi (wraz z psychogeriatricą i oddziałem opieki paliatywnej) oraz usługi rehabilitacyjne (w tym ortopedię, rehabilitację neurologiczną i układu sercowo-naczyniowego oraz warsztaty terapii zajęciowej). Usługi opieki zdrowotnej mają tu więc charakter interdyscyplinarny koordynowane

przez jeden podmiot. Jest to działalność prywatna, w niewielkim stopniu dofinansowana ze środków państwowych. Dom zapewnia świetne warunki pobytu na stałe lub czas określony w zależności od możliwości finansowych i potrzeb.

Wnioski

Mocną stroną portugalskich rozwiązań w zakresie opieki nad seniorami jest podjęta próba integracji i koordynacji działań w zakresie świadczonych usług. W ramach Narodowej Sieci Zintegrowanej Opieki Długoterminowej (RNCCI) oferowane są nie tylko usługi opieki długoterminowej, ale także szkolenia skierowane głównie do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie zasad koordynacji świadczeń oraz poprawy zarządzania informacją. Dodatkowo na uwagę zasługuje fakt dużej aktywności organizacji pozarządowych świadczących bezpośrednio usługi opiekuńcze, które są finansowane przez państwo. Potrze-

by opiekuńcze seniorów, podobnie jak w Polsce, nie są w pełni zaspokojone, a dalszy rozwój demograficzny naszych krajów będzie stawiał przed sektorem opieki kolejne wyzwania. ■

Literatura:

Lanzieri G. (2011), The greying of the baby boomers. A century-long view of ageing in European populations, Eurostat, Statistics in Focus, nr 23.

MARIE-EVE JOËL SANDRINE DUFOR-KIPPELEN SANDA SAMITCA - THE LONG-TERM CARE SYSTEM FOR THE ELDERLY IN PORTUGAL - European Network of Economic Policy Research Institutes and Assessing Needs of Care in European Nations

Article Silvina Santana, Nina Szczygiel, and Patrícia Redondo " Integration of care systems in Portugal: anatomy of recent reforms" Published online 24 July 2014.



Erasmus+

Publikacja powstała przy wsparciu programu Unii Europejskiej Erasmus+ „Kształcenie zawodowe w obszarze usług pielęgnacyjno opiekuńczych - doświadczenia Portugalii jako dobra praktyka dla Polski”. Publikacja odzwierciedla jedynie stanowisko jej autorów i Komisja Europejska oraz Narodowa Agencja Programu Erasmus+ nie ponoszą odpowiedzialności za jej zawartość merytoryczną.



seni

65
YEARS OF TZMO
25
TZMO SA



Oddychające majtki chłonne Seni Active
dla osób ze średnim i ciężkim nietrzymaniem moczu.

Więcej o produktach na **seni.pl**