

Forum Opieki Długoterminowej

medi

ISSN 1643 - 1308 nakład 3000 egz.

Kwartalnik nr 3(73)
wrzesień 2017

Opieka
długoterminowa
na świecie

Wsparcie dla osób
z demencją

20 KONFERENCJA
**OPIEKI
DŁUGOTERMINOWEJ**

seni[®]
care

Niezbędnik pielęgnacji

dla osób z nietrzymaniem moczu



Chusteczki pielęgnacyjne
w rozmiarze XXL



Seni
oddychające
produkty chłonne



Pianka
myjąco-pielęgnująca



Krem
ochronny
z tlenkiem cynku

Krem
ochronny
z arginina

seni.pl

Profilaktyka odparzeń, odleżyn i pieluchowego zapalenia skóry

Specjalistyczne produkty Seni Care rekomendowane przez
personel Kliniki Budzik i Fundację Ewy Błaszczyk „Akogo?”



medi

Szanowni Państwo!

WYDAWCA:
Fundacja
Razem Zmieniamy Świat

PARTNER WYDANIA:
TZMO SA
Producent wyrobów
pod markami Seni, Matopat, 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.razemzmieniamywiat.pl
w zakładce Publikacje

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

Witamy we wrześniowym numerze Medi Forum Opieki Długoterminowej! Tradycyjnie wrzesień w opiece długoterminowej upływa pod znakiem konferencji w Toruniu, której dwudziesta edycja przypada właśnie w bieżącym roku. Na przestrzeni tych dwudziestu lat, konferencja rozrosła się z poziomu 100 uczestników w 1998, aż do 1200 w 2017. Wrześniowe spotkania wpisały Toruń na stałe w mapę wydarzeń branżowych związanych z opieką długoterminową. W tym roku Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej jest połączona z jubileuszowym, 15. Kongresem Europejskiego Stowarzyszenia Menedżerów i Dyrektorów Opieki Długoterminowej.

Niniejszy numer Medi dedykujemy w całości tematom, które poruszane będą na konferencji. W dziale poświęconym zarządzaniu, przytaczamy wystąpienia dotyczące interdyscyplinarnej kultury pracy zespołowej, satysfakcji z pracy z ludźmi oraz roli dyrektora w procesie zmian, które nieuchronnie czekają branżę opieki długoterminowej. Zawarliśmy tu wypowiedzi ekspertów z różnych krajów. Opisujemy także opiekę na świecie, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji w Australii, w ujęciu wykładowców akademickich Cunninghama i Hennesy'ego. Proces przekształcania domów pomocy społecznej na przestrzeni lat w Austrii opisuje pani Martina Pojer.

Dział poświęcony teorii i praktyce, zawiera artykuł pani Ivy Holmerowej, która opisuje charakterystykę demencji w domach pomocy społecznej. Anna Jorger przedstawia badania nad pokoleniem Baby Boomers, którzy właśnie przenoszą się do domów opieki. Romain Gizolme z Francji przedstawi projekt Citoyennage, nastawiony na opiekę uwzględniającą potrzeby seniorów.

Numer zamyka artykuł o chusteczkach – dlaczego wilgotne chusteczki SeniCare są lepiej przystosowane do pielęgnacji osób dorosłych niż chusteczki dziecięce.

Zapraszamy do lektury!

SPIS TREŚCI

wrzesień 2017

ZARZĄDZANIE

06 Interdyscyplinarna Kultura Pracy Zespołowej.
Konsument/Pacjent/Klient/Człowiek

09 Szczęście potrzebuje towarzystwa
czyli satysfakcja pracy z ludźmi

12 Rola dyrektora w procesie zmian

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA NA ŚWIECIE

17 Podejmowanie wyzwań i szans
wynikających ze zmian kulturowych

19 Dementia Support Australia.
zrozumieć i odpowiednio zareagować na przyczyny zachowania

24 Od państwowej instytucji opieki długoterminowej
do nowoczesnego usługodawcy.
Proces zarządzania zmianą w instytucjach opieki długoterminowej
od pierwszej do piątej generacji

TEORIA I PRAKTYKA

27 Demencja w placówkach opieki długoterminowej

32 Przedstawiciele pokolenia Baby Boomers w moim domu opieki.
Nowe potrzeby pokolenia Baby Boomers

35 CITOYENNAGE - gdy seniorzy mówią, a pracownicy opieki ich słuchają

NOWOŚCI PRODUKTOWE

38 Niezbędnik pielęgnacji osób z inkontynencją

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

Interdyscyplinarna Kultura Pracy Zespołowej

Konsument/Pacjent/Klient/Człowiek

MATEJ LEJŠAL
Dyrektor Domu Sue Ryder w Pradze
Czechy

Podjęcie związane z zespołem interdyscyplinarnym (ZI) uznawane jest za jeden z najbardziej skutecznych i efektywnych sposobów świadczenia i planowania opieki.

ZI tworzy unikalną strukturę komunikacji i konkretne strategie służące rozwiązywaniu problemów oraz konfliktów. Studium przypadku poświęcone wdrożeniu udanej opieki paliatywnej w instytucji będącej ośrodkiem opieki dla osób starszych ilustruje możliwe wyzwania i korzyści związane ze środowiskiem ZI.



Wydłużająca się średnia długość życia oznacza po prostu dłuższe życie. Wyzwaniem dla jakości lat dodanych do ludzkiego życia jest wydłużający się czas życia z chorobą oraz z potrzebą wsparcia w codziennych czynnościach życiowych (ADL). Placówki stacjonarne świadczące opiekę długoterminową (LTC) w Republice Czeskiej donoszą o rosnącej liczbie osób o wysocze złożonych potrzebach. (Prusa, 2013). Najnowsze badania (np. Nancarrow et al., 2015) sugerują, iż zwiększająca się złożoność potrzeb może zostać rozwiązana poprzez interdyscyplinarną pracę zespołową. W rozumieniu niniejszego artykułu interdyscyplinarny zespół jest „zespołem osób wśród których są specjaliści, pracownicy socjalni i administracyjni, często z różnych agencji, pracujący według tej samej polityki i zgodnie z podejściem opartym na skupieniu się na jasnym celu.”

Studium przypadku

Dom opieki Sue Ryder jest placówką opiekuńczą świadczącą długoterminową opiekę 52 osobom starszym, których średni wiek wynosi 87 lat. Pokoje oraz mieszkańcy podzieleni są na dwa „oddziały” z przyczyn organizacyjnych, technicznych i administracyjnych. Strategią placówki jest szczególny nacisk na świadczenie usług w sposób ukierunkowanych na osobę (Hrda, 2016). Integracja podejścia paliatywnego była decyzją podjętą w oparciu o wyniki złożonej oceny świadczonych usług dokonanej w 2015 roku. Proces niniejszej przemiany wiązał się ze stworzeniem struktury MDT oraz powiązanych struktur i działań. Opieka paliatywna jest ze swej natury oparta na interdyscyplinarnym podejściu. (Radbruch, 2009). Osoby wykonujące niektóre z zawodów (pielęgniarki, pracownicy socjalni, opiekunowie¹, terapeuci w zakresie żywienia, psychoterapeuci, terapeuci zajęciowi) były przez lata zaangażowane w świadczenie usług w domu opieki. Niezbędne okazały się wtedy nie tylko kompe-

1 Według czeskiego prawa opiekunowie stanowią odrębną grupę zawodową. Istnieje jednak niestety znaczna rozbieżność pomiędzy wiedzą i umiejętnościami wymaganymi przez pracodawców (są one o wiele większe) a edukacją i szkoleniem niezbędnym do tego, aby stać się profesjonalistą.



tencje (umiejętności i wiedza) w zakresie opieki bezpośredniej, co wynikało z wprowadzenia opieki paliatywnej. Zintegrowanie opieki paliatywnej wymagało nowych postaw w zakresie podejmowania decyzji, ponieważ musi być ona podjęta na drodze konsensusu wszystkich uczestników. Wymagana jest klarowność oraz dzielenie się postawami w odniesieniu do kwestii związanych z końcem życia w ramach zespołu. Koniecznością jest także odpowiedni poziom wzajemnego zaufania. Należało stworzyć procesy i nowe struktury służące wymianie informacji i planowaniu opieki. Początkowa struktura o liniowo-hierarchicznym charakterze stała się przeszkodą w skutecznej współpracy. Musiano wdrożyć zasady będące elementami pracy zespołowej.

Zmiana struktury zespołu (z liniowej na funkcjonalną) uznana została przez członków ZI za „znacznie większą”. Ten sposób postrzegania intensywności zmiany może wynikać z faktu, iż zmiana ta pokazuje różnice pomiędzy kulturami zawodowymi (Hall, 2005). Członkowie ZI informowali o poczuciu „intensywnej komunikacji interpersonalnej”, „braku wyraźnego lidera w podejmowaniu decyzji”, „ciężaru odpowiedzialności za własną opinię” oraz „znacznie więcej dyskusji i konfliktów doty-

czących bagatelnych kwestii”. Z drugiej jednak strony, wspomniano także o „wspólnym doświadczeniu wzajemnego zrozumienia”, „dzielenia się udanymi przypadkami związanymi z końcem życia i celebrowania ich (!)” Całościową ocenę zmiany przez pracowników można podsumować za pomocą słów „znacząca lecz bardzo pozytywna” Hall (2005), co sugeruje, iż jasny cel dla ZI służy jako mediator.

Połączenie opieki paliatywnej z jasnym celem (pozwolenie mieszkańcom za spędzenie ostatniej fazy życia zgodnie z ich własnymi upodobaniami) oraz mierzalne rezultaty (liczba mieszkańców z zaawansowanymi planami opieki, liczba mieszkańców, którzy zmarli tam gdzie sobie tego życzyli – „wskaźnik zgodności w odniesieniu do miejsca śmierci”) służyły jako mediatory dla zintegrowanego podejścia ZI. Natura celu pomogła w zmianie myślenia każdego z członków ZI z myślenia opartego na wyznaczaniu granic jego/jej obowiązków zawodowych i indywidualnej roli do myślenia opartego na oferowaniu jego/jej kompetencji (wiedzy, umiejętności, postaw) na rzecz zespołowego osiągnięcia (jakości życia mieszkańców).

Zasada jasnego i rozpoznawalnego celu zawarta jest w trzech konkretnych działach ZI:

- ▶ Zarządzający ZI, w którym każda specjalizacja reprezentowana jest przez menedżera (lub jednego specjalistę). Zarządzający ZI zaangażowany jest w planowanie strategiczne. Zespół odpowiedzialny jest za opracowanie polityki oraz standardów usług. Członkowie zespołu spotykają się co tydzień w celu uaktualnienia informacji. Na tym poziomie ma miejsce także comiesięczna ocena każdego przypadku.
- ▶ Operacyjny ZI składa się z przedstawicieli każdej ze specjalizacji, którzy przydzielani są na stałe do danego "oddziału" oraz odpowiedzialny jest za codzienne funkcjonowanie, dysponowanie dostępnymi zasobami (osobami, wiedzą, czasem, sprzętem oraz przestrzenią). Członkowie zespołu spotykają się codziennie w celu dzielenia się informacjami operacyjnymi oraz uaktualnieniami. Ma tam miejsce także cotygodniowa ocena przypadków priorytetowych, w której bierze udział lekarz.

- ▶ ZI do spraw przypadku stworzony jest dla każdego z mieszkańców. Zespół odpowiedzialny jest za indywidualne przypadki i kompleksowe planowanie opieki. Spotkania zespołu odbywają się co najmniej dwa razy w roku lub w razie potrzeby. Przypadki priorytetowe w stopniu wysokim (osoby będące w schyłkowej fazie życia) omawiane są codziennie lub nawet częściej.

Szanse

ZI wymaga ciągłego wsparcia oraz kultywowania wewnętrznej kultury. Nowi członkowie zespołu, jego dynamika oraz stałe różnice pomiędzy kulturami zawodowymi powodujące napięcia wymagają ciągłego wsparcia, rozwoju kompetencji i struktur wspierających (np. wymiana dokumentacji). Menedżerowie oraz członkowie ZI muszą zaakceptować fakt, iż w wypadku podejścia ZI potrzebne jest „podejście nakierowane na Klienta” oraz zasoby dla samego zespołu. ■

Literatura:

- Boriril et al. Team Working and Effectiveness in Health Care [Praca Zespołowa a Skuteczność w Opiece Zdrowotnej]. Dostępne pod adresem: <http://homepages.inf.ed.ac.uk/jeanc/DOH-glossy-brochure.pdf>
- HALL, Pippa. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers [Praca zespołowa między specjalistami z różnych dziedzin: Kultury zawodowe jako bariery]. *Journal of Interprofessional care*, 2005, 19,sup1: 188-196.
- HRDÁ, Karolína. Péče zaměřená na člověka v domově pro seniory [Opieka nakierowana na człowieka w domu opieki dla osób starszych].
- NANCARROW, Susan A., et al. Qualitative evaluation of the implementation of the Interdisciplinary Management Tool: a reflective tool to enhance interdisciplinary teamwork using Structured, Facilitated Action Research for Implementation [Ocena jakościowa wdrożenia Interdyscyplinarnego Narzędzia Administracyjnego: narzędzie refleksji poprawiające interdyscyplinarną pracę zespołową z wykorzystaniem Uporządkowanych, Ułatwiających Działanie Badań we Wdrażaniu]. *Health & social care in the community*, 2015, 23.4: 437-448.
- PRŮŠA, Ladislav. Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči [Efektywność ekonomiczna w zapewnianiu opieki nad beneficjentami świadczeń pielęgnacyjnych]. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-120-9, 2013.
- RADBRUCH, Lukas; PAYNE, Sheila. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. [Raport dotyczący standardów i norm w odniesieniu do hospicjów i opieki paliatywnej w Europie: część 1]. *European journal of palliative care*, 2009, 16.6: 278-289.
- SPECTU, Raluca. Collaborative practices in mental health care: multidisciplinary teamwork or inter-professional collaboration groups? [Praktyki oparte na współpracy w opiece zdrowotnej związanej ze zdrowiem psychicznym: interdyscyplinarna praca zespołowa czy międzyspecjalistyczne grupy współpracy?] *Management in sanatae*, 2013, 17.2: 21-24.
- WILSON, Valerie; PIRIE, Anne. Multidisciplinary teamworking indicators of good practice [Wskaźniki dobrych praktyk w interdyscyplinarnej pracy zespołowej]. *Scottish Council for Research in Education*, 2000.



Szczęście potrzebuje towarzystwa

czyli satysfakcja pracy z ludźmi

ARTUR KASPROWICZ
Dyrektor generalny Servitour Consulting
Polska

W dzisiejszych czasach można już stwierdzić, iż korzyści materialne przestają grać główną rolę w zachowaniach pracowników, którzy w swoich wyborach w coraz większym stopniu uwzględniają korzyści natury psychospołecznej, w tym zadowolenie z miejsca pracy, satysfakcję zawodową oraz szczęście osobiste. Następuje coraz wyraźniejsze przejście z homo economicus do homo satisfactius. Sytuacja ta stawia zatem nowe wyzwania w zakresie budowania relacji w zespołach pracowniczych oraz realizacji ścieżek rozwoju zawodowego pracowników.

Analizując kapitał szczęścia pracownika w kontekście zarządzania organizacją można wskazać dwa podstawowe jego źródła:

- ▶ źródło osobiste, wynikające z realizacji celów osobistych,
- ▶ źródło szczęścia zbiorowego, wynikające z przynależności pracownika do grupy ludzi realizujących określone cele, zbieżne z celami organizacji, w której pracuje.

Stymulowanie kapitału szczęścia osobistego ważne jest z punktu widzenia interesów jednostki i roli, jaką pełni lub chce pełnić w wybieranych przez siebie relacjach społecznych





i biznesowych. Natomiast stymulowanie kapitału szczęścia przez Organizację ma zdecydowanie szerszy kontekst i tu rozwój pracownika (na każdej płaszczyźnie) interpretowany powinien być w perspektywie rozwoju całej Organizacji. Sytuacja optymalna ma miejsce wtedy, gdy potrzeby jednostki pokrywają się z celami i zadaniami stawianymi przez Organizację.

Prawdziwa wartość człowieka zawiera się w sile jego umysłu. Siła umysłu pozwala mu funkcjonować w warunkach ciągłej zmiany oraz wykorzystywania zmienności do realizacji celów osobistych, jako determinantów szczęścia. Również prawdziwa wartość Organizacji powinna zawierać się w sile umysłów jej pracowników, a ściślej rzecz ujmując w zbiorowej sile umysłów. W praktyce istnieją często duże rozbieżności pomiędzy indywidualnym umysłem pracownika a zbiorowym umysłem Organizacji, a osiągnięcie idealnego poziomu kapitału szczęścia w obu przypadkach jest trudne i nie przez wszystkich niezrozumiałe.

W indywidualnym umyśle większości pracowników największymi ograniczeniami w osiągnięciu stanu szczęścia są: przeszłość i przyszłość. Poprzez przeszłe relacje, zachowania czy sytuacje człowiek odczuwa negatywne uczucia takie jak: winę, żal, krzywdę, smutek, urazę, zgorzkniałość, zazdrość, etc. To właśnie te negatywne emocje determinują jego, również negatywne, samopoczucie w czasie teraźniejszym, np. po zwróceniu uwagi obrażony pracownik wprowadza nerwową atmosferę lub mniej efektywnie wykonuje swoje obowiązki planując zmianę pracy. Determinują również jego zachowania przyszłe, gdyż np. urażony pracownik na spotkaniu zespołu planować może odwet w przyszłości na koleżance lub przełożonym. Obniżony poziom satysfakcji odczuwa również pracownik, którego umysł zbyt dużo czasu poświęca negatywnym sytuacjom w przyszłości, które de facto nie wydarzyły się jeszcze lub się w ogóle nie wydarzą. Pojawiają się takie negatywne emocje jak: lęk, napięcie, stres, strach, obawa, niepewność.

Prawidłowe nastawienie umysłu indywidualnego tkwi w teraźniejszości, tylko „tu i teraz” jest on w stanie wygenerować optymalny poziom szczęścia. Jedynie człowiek szczęśliwy jest w stanie osiągnąć taki kapitał szczęścia, że będzie mógł tym szczęściem i radością dzielić się z innymi ludźmi, i to co za tym idzie:

- ▶ budować relacje interpersonalne na wysokim poziomie,
- ▶ pracować na wyższym poziomie zaangażowania zarówno swoim, jak i grupy,
- ▶ efektywnie i kreatywnie realizować swoje zadania,
- ▶ kreować wartości dodane np. wyższą jakość relacji z klientami, czy pozytywnie wpływać na wizerunek Organizacji.

W innym przypadku dzielić może się jedynie negatywnymi emocjami obniżając poziom szczęścia grupy lub karmić się szczęściem innych osób, również obniżając poziom szczęścia zbiorowego.

Jednym z podstawowych zadań każdej Organizacji jest tworzenie efektywnych grup pracowniczych. W końcu XX wieku efektywność w zarządzaniu zasobami ludzkimi była mierzona m.in. poprzez: efektywność czasu pracy, absencję pracowników, liczbę nadgodzin, rotację



pracowniczą (liczbę korzyści utraconych w wyniku odejść i czasu rekrutacji nowych pracowników), poziomem zadowolenia klientów, etc. Pracownik oceniany był na podstawie realizowanych planów i wskaźników, a nieefektywnych pracowników zwalniano z pracy. Dziś osoby zarządzające Organizacjami coraz częściej zdają sobie sprawę, iż zdecydowana większość w/w czynników jest wynikiem niskiego poziomu szczęścia indywidualnego pracownika i niskiego poziomu szczęścia grup pracowniczych. Można również stwierdzić, iż wysoki poziom szczęścia w zespołach (tworzony przez każdego pracownika z osobna) bezpośrednio wpływa na efektywność działań i osiągnięć Organizacji. To właśnie grupowy poziom satysfakcji wpływa na najważniejsze płaszczyzny rozwoju Organizacji, które obejmują w przypadku:

- ▶ **klienta** – jakość obsługi i świadczonych usług,
- ▶ **właścicieli** – trwałą rentowność, przejrzystość działania, dalekie perspektywy rozwoju firm,
- ▶ **partnerów i kontrahentów** – ciągłość działania, prawidłową i prze-

Prawdziwa wartość człowieka zawiera się w sile jego umysłu. Siła umysłu pozwala mu funkcjonować w warunkach ciągłej zmiany oraz wykorzystywania zmienności do realizacji celów osobistych, jako determinantów szczęścia. Również prawdziwa wartość Organizacji powinna zawierać się w sile umysłów jej pracowników, a ściślej rzecz ujmując w zbiorowej sile umysłów.

widywalną relacyjność, wzajemne korzyści,

- ▶ **społeczeństwa** – etyczne oraz moralne działania, wizerunek organizacji odpowiedzialnej społecznie. Zatem szczęście nie tylko potrzebuje towarzystwa – ono je tworzy, poszerza na optymalnie wysokim poziomie relacji.

Dbanie zatem o kapitał szczęścia grupowego pracowników determinuje wszelkie efekty optymalnego funkcjonowania Organizacji. Nie zapominając,

że na kapitał szczęścia grupy pracowników składa się poziom szczęścia każdego z jej uczestników.

Zacząto zdawać sobie sprawę, iż kierunek zależności jest odwrotny. Menadżerowie w dzisiejszych Organizacjach powinni zatem położyć nacisk na budowanie, monitorowanie i wzrost kapitału szczęścia w podległych im zespołach pracowniczych. ■

Rola dyrektora w procesie zmian

FABIO BONETTA

Dyrektor w ITIS (instytucja publiczna świadcząca usługi dla osób starszych),
Włochy

Po pierwsze muszę przyznać, że stanowisko menedżera w branży opieki społecznej to wspaniała praca, która pozwala mi na praktyczne zastosowanie moich własnych wartości etycznych oraz umiejętności administracyjnych. Dzięki temu mogę działać na rzecz poprawy jakości życia ludzi zgodnie z ogólnie przyjętą wizją społeczeństwa. Aby to osiągnąć, należy pozostać otwartym na przyszłość oraz posiadać innowacyjne podejście zarówno do procesów, jak i celów.

Nie przedłużając wstępu, chciałbym się przedstawić: mieszkam i pracuję Trieście we Włoszech. Miejscowość ta jest europejskim rekordzistą pod względem liczby mieszkańców powyżej 65 roku życia: stanowią oni niemal 30% populacji miasta. Od 2003 roku pełnię funkcję dyrektora założonej w 1818 roku państwowej firmy Itis, która świadczy usługi opiekuńcze. Dostarczamy usługi z zakresu opieki domowej, stacjonarnej, i półstacjonarnej nad osobami starszymi będącymi w stanie niesamodzielności. W skład prowadzonych przez nas zakładów wchodzi m.in.: chroniony obiekt mieszczący 411 łóżek, dzienne ośrodki pomocy społecznej, wspólnota mieszkaniowa z 20 lokalami mieszkalnymi oraz dom opieki społecznej z 18 mieszkańami. Ponadto zapewniamy rodzinom

wizyty domowe oraz opiekę zdrowotną w postaci rehabilitacji po przebyciu ciężkiej choroby. Nasza firma zatrudnia około 450 pracowników.

Zarządzanie jest zagadnieniem bardzo złożonym, łączącym w sobie elementy administracyjne, finansowe, i prawne. Nie można pominąć też spraw natury społecznej oraz socjalnej. Nasza placówka jest całkowicie autonomiczna: nie otrzymuje ona żadnych środków publicznych pochodzących z podatków ogólnych; jej dochód pochodzi z usług jakie oferujemy oraz ze zwrotu aktywów. W ciągu ostatnich dwudziestu lat, takie podmioty jak Itis uległy radykalnym zmianom. Te placówki, które swego czasu uważano za getta lub tajemnicze obiekty, od których lepiej było trzymać się z daleka, przetrwały się w nowoczesne centra usługowe będące jed-

nocześnie miejscami zamieszkania, pracy, jak i spotkań. Zostały one zintegrowane w strukturę miasta – młodzież chętnie odwiedza w nich swoich dziadków lub pradiadków, bez niepokoju czy nieprzyjemnych sytuacji, a promowane w nich wydarzenia kulturalne i artystyczne są dostępne dla szerokiej publiczności. Zyskanie uznania społeczno-go mieszkańców miasta stanowiło wyzwanie, ale to dzięki temu możemy teraz chwalić się wysokim poziomem zainteresowania naszymi usługami oraz kompletnym obłożeniem zaoferowanych łóżek. To świadczy o tym, że społeczeństwo nam ufa. Mieszkańcy są świadomi wysokiej jakości naszej pracy i mówią o tym innym, co stanowi niematerialne aktywa o dużej wartości. Dyrektor jest menedżerem, coachem zespołu operatorów, którzy stopniowo nabierali świa-

domości, że ich praca jest wartościowa i ma pozytywny wpływ na ludzi, którzy szukają efektywnych, stałych projektów życiowych opartych na godności człowieka. Droga zmian była radykalna, ponieważ bardzo trudno jest zmienić sposób działania, do którego jesteście przyzwyczajeni. To właśnie na tej płaszczyźnie, rola dyrektora jest najważniejsza: musi potrafić zrozumieć potrzeby społeczne, być pokorny i wytrzymały, oraz stale dążyć do zdobywania wiedzy i analizować przykłady sukcesu, aby być w stanie utworzyć taki model zarządzania, który jest dostosowany do kontekstu, w którym żyje i pracuje. W pracy dyrektora kluczowe są ciekawość i zamiłowanie do swojej pracy, wraz z niezachwianymi i wspólnymi zasadami etycznymi. Dyrektor musi potrafić dostosować się do każdej roli lub funkcji, a jednocześnie utrzymywać styl zarządzania charakterystyczny dla głowy rodziny, ponieważ odpowiedzialny jest za wspólnotę ludzi. Świadomość, że moja praca bezpośrednio wpływa na los wielu osób bezbronnych oraz ich rodzin towarzyszy mi na każdym kroku i pomaga mi podejmować działania mające na celu zapewnienie tym osobom opieki i usług najwyższej jakości.

Obecnie włoskie społeczeństwo nadal zapewnia osobom starszym dostęp do różnych świadczeń, co pomaga odciążyć ich rodziny od zobowiązań finansowych wynikających z opieki nad nimi. Nikt jednak nie może zagwarantować zapewnienia takich świadczeń w przyszłości, podczas gdy średnia długość życia wciąż rośnie, a osoby starsze stanowią coraz to większy procent populacji. To sprawia, że musimy myśleć o przyszłości. Przyszłość naszej branży kształtowana jest poprzez zdobytą przez nas wiedzę i doświadczenie oraz staranną i całościową interpretację teraźniejszości z myślą o rozwoju sektora usług osobistych. Można powiedzieć, że jeśli zatrzymamy się w miejscu, to będziemy zagubieni. Czasami jest mi bardzo ciężko wytłumaczyć to decydującym politycznym. Panuje nawyk myślenia o teraźniejszości bez uwzględnienia przyszłości po kolejnych wyborach. Każdy menedżer wie, że jeśli pracuje w sektorze publicznym, potrzeby i cele jego działalności często są uwarunkowane decyzjami ustawodawców. W przypadku pracy w zakładzie prywatnym, to cele

W pracy dyrektora kluczowe są ciekawość i zamiłowanie do swojej pracy, wraz z niezachwianymi i wspólnymi zasadami etycznymi. Dyrektor musi potrafić dostosować się do każdej roli lub funkcji, a jednocześnie utrzymywać styl zarządzania charakterystyczny dla głowy rodziny, ponieważ odpowiedzialny jest za wspólnotę ludzi.



właścicieli wpływają na sposób, w jaki działa dyrektor. Trudność jego zadania polega na tym, że funkcjonuje on jako „łącznik” pomiędzy dowodami zdobytymi w praktyce, potrzebami ludzi i pracowników, a decyzjami i celami osób odpowiadających za mianowanie go dyrektorem. Cele wyżej wymienionych stron często się od siebie różnią, a zachowanie między nimi właściwej równowagi wymaga zdolności do mediacji opartej na wysokim poziomie ludzkiej wyrozumiałości i kompetencji zawodowej. To właśnie posiadanie tych cech wyróżnia

rolę dyrektora. Kształt przyszłości zależy od tego, co robimy teraz.

Do każdej ludzkiej potrzeby zachodzącej w procesie starzenia się należy podchodzić z myślą o przyszłości. W takich centrach usługowych rodzinom i osobom starszym trzeba poświęcić dużo uwagi, muszą znaleźć w nich kogoś, kto będzie ich wysłuchiwał oraz posiadał należyty poziom kompetencji, dzięki któremu uzyskają skuteczne, zadowalające odpowiedzi. Odpowiedzi te muszą uwzględnić wszelkie opcje, od zapewnienia starszym osobom wspar-



Ideologiczne przeciwieństwo pomiędzy opieką domową a opieką w ośrodku opiekuńczym należy wykorzystać. Obie formy opieki, o ile są sprawowane profesjonalnie, kompetentnie i z użyciem innowacji technologicznych, należy zintegrować w ofertę podmiotów świadczących usługi osobiste.

cia pozwalającego im prowadzić samodzielny tryb życia, do opieki stacjonarnej w przypadku osób, którym zapewnienie właściwej opieki w ich własnym domu jest niemożliwe. Ideologiczne przeciwieństwo pomiędzy opieką domową a opieką w ośrodku opiekuńczym należy wykorzystać. Obie formy opieki, o ile są sprawowane profesjonalnie, kompetentnie i z użyciem innowacji technologicznych, należy zintegrować w ofertę podmiotów świadczących usługi osobiste. Ludzie, którzy zwracają się do domu opieki, muszą być pewni, że ich potrzeby, zarówno te materialne, jak i niema-

terialne, będą zaspokojone. Aby zrealizować te cele, należy podejść do zagadnień związanych z zarządzaniem w nowy sposób. Dyrektor musi działać tak, aby promować mentalny i fizyczny rozwój zarówno ludzi, jak i przestrzeni. Jego działania powinny propagować integrację opieki społecznej w życie codzienne, tworząc przy tym nowe możliwości. Pod tym względem ważne jest utworzenie multidyscyplinarnych i wielosektorowych zespołów, które potrafią sprostać wyzwaniom stworzenia i realizowania skutecznych projektów życiowych. Do tej pory usługi związane

z opieką nad osobami starszymi były przeważnie oderwane od innych systemów społecznych. Jednak takie usługi powinny stanowić część nowoczesnego społeczeństwa i rozwiązać problemy osób borykających się z niesamodzielnością. Aby to osiągnąć, trzeba umieć tworzyć alianse strategiczne z innymi sektorami życia społecznego, takimi jak świat badań naukowych, szkoleń technologicznych czy biznesu. Istotne jest prowadzenie dialogu ze światem gospodarczym, tak aby tworzyć partnerstwa oparte na wzajemnym szacunku. To z kolei pozwoli na podwyższenie jakości usług i polepszenie warunków życia zarówno dla tych, którzy korzystają z usług, jak i dla tych, którzy je zapewniają. Wystarczy pomyśleć o potrzebie dostosowania domów do potrzeb osób niesamodzielnych, o potrzebie zapewnienia im skomputeryzowanych infrastruktur służących do obserwacji, o możliwości zastosowania automatyki domowej, która pomogłaby im zachować swoją samodzielność. Należy zastanowić się, jak praca w sektorze opieki zdrowotnej jest dzisiaj odbierana, i o tym, jak ta praca jest mylona z pracą tak zwanych opiekunów,

właśnie wtedy, kiedy brakuje miejsc pracy, szczególnie dla młodych osób. Trzeba myśleć o rozwoju rodzajów ubezpieczeń na opiekę długoterminową dla tych, których na to stać, co pozwoli systemom publicznym poświęcić wszystkie inne dostępne środki finansowe na wsparcie dla osób o niższych zarobkach. Doświadczenie zdobyte w sektorze, w którym pracuję, pozwala mi stwierdzić, co następuje: system zareaguje na właściwy bodziec, ale proponowanie innowacyjnych pomysłów i wdrażanie ich w życie jest nadal niezbędne. Triest wybrano Europejską Stolicą Nauki 2020. Od kilku lat intensywnie pracujemy nad systemem badań i przedsiębiorstwami ze świadomością, że skuteczne działanie wymaga zastosowania innowacji technologicznych, do których mogą przyczynić się eksperci w sprawach społecznych. To właśnie na tym polu rola dyrektora jest najważniejsza - to on tworzy wizję i strategię osiągnięcia innowacji. Prawdziwą miarą dyrektora jest to, czy uznaje się go za kompetentnego rozmówcę, potrafiącego promować i przeprowadzać procesy innowacji. To jest prawdziwa akredytacja.

Trwałość usług opiekuńczych we Włoszech jest wątpliwa. Środki publiczne nie wystarczają na to, aby rodziny mogły unikać kosztów niezbędnych do uzyskania usług opieki nad starszymi osobami. Wiele osób poruszało teorie na temat modyfikacji struktur programów opieki socjalnej oraz opieki nad osobami niesamodzielnymi. Mimo, iż można mieć nadzieję, że takie zmiany naprawdę nastąpią, realistyczne podejście do sprawy wymaga, abyśmy uznali je za utopijne. Wobec tego, dyrektor musi wiedzieć jak pozyskać inne środki pieniężne. Istnieje wiele rodzajów środków, a my planujemy pozyskać fundusze unijne, co umożliwiłoby utworzenie relacji partnerskich, które pomogłyby w uzyskaniu dobrych wyników w oczach Komisji Europejskiej. Ponadto fundacje bankowe również oferują możliwości dofinansowania, ale trzeba uświadomić takim instytucjom znaczenie i konsekwencje społeczne związane z udzielonym przez nich wsparciem. Jeszcze jednym potencjalnym źródłem zasobów jest partnerstwo biznesowe, szczególnie jeśli chodzi o rozwój ścieżek innowacji. W ramach takiej współpracy, podmioty takie jak Itis mogą w sposób

Dyrektor musi działać tak, aby promować mentalny i fizyczny rozwój zarówno ludzi, jak i przestrzeni. Jego działania powinny propagować integrację opieki społecznej w życie codzienne, tworząc przy tym nowe możliwości. Pod tym względem ważne jest utworzenie multidyscyplinarnych i wielosektorowych zespołów, które potrafią sprostać wyzwaniom stworzenia i realizowania skutecznych projektów życiowych.



profesjonalny wypróbować nowe produkty i procesy oraz zapewnić partnerom ocenę i informację zwrotną, jednocześnie wzmacniając ich wizerunek. Inne przykłady to akcje typu zbiórka pieniędzy lub crowdfunding (finansowanie społecznościowe). Takie praktyki nie są jeszcze powszechne, ale odgrywają dużą rolę w tworzeniu silnych relacji pomiędzy światem usług osobistych a społeczeństwem, w tym między obywatelami i biznesami. W praktyce program pomocy społecznej musi wydostać się z „getta”, w którym wiele osób chciałoby, żeby został. Liderzy tych organizacji muszą pełnić rolę tłumaczy systemu, który musi napędzać rozwój społeczny, jak również rozwój gospodarczy, rynku pracy i technologiczny, ponieważ są one ściśle ze sobą powiązane. Podążanie wszystkimi tymi ścieżkami jest skomplikowane i wymaga zaangażowania, kompetencji i wartości etycznych, które można rozpowszechnić w ustrukturyzowanych organizacjach. Można w nich znaleźć oso-

by o wysokich kwalifikacjach zawodowych, tak samo jak w innych sektorach społeczeństwa. Chociaż jestem zdania, że niewielkie struktury mają swoje zalety, nie sądzę, aby dyrektorzy ośrodków o ograniczonym zakresie usług, czyli ośrodków z małą ilością łóżek, mogli w pełni rozwijać swoje umiejętności menedżerskie.

Wręcz przeciwnie, struktury które należy utworzyć powinny być zróżnicowane, ale muszą być prowadzone jak jednolity organ podporządkowany jednemu zarządowi. Oprócz takiego modelu zarządzania, nie możemy nigdy zapominać o podstawowej wartości ludzi – ich duszy – którą należy uwzględnić, i o którą należy dbać. Uważam, że usługi społeczne oraz ośrodki zapewniające opiekę nad osobami starszymi, jak i innymi bezbronnyimi osobami, powinny organizować i promować inicjatywy kulturalne i artystyczne, które uwzględniają całą naturę człowieka, w tym jego potrzeby, pragnienia i zainteresowania.

Kultura leży u podstaw godności człowieka. Nie do pomyślenia jest to, aby dopuścić do sytuacji, w której ignorujemy duchową naturę człowieka, w momencie, gdy potrzebuje on pomocy. A cóż może być lepsze, pod względem opieki nad duchową stroną człowieka, niż sztuka i kultura? Niż promowanie piękna? Takie podejście działa jak terapia; jest tym, czym proteza dla potrzeb ciała. Jeśli wdrożymy te aspekty do zarządzania ośrodkami opiekuńczymi, wzrośnie skuteczność naszej pracy, a my sami będziemy się udoskonalać.

W świetle tych rozważań należy sporządzić pewne propozycje. Należy docenić rolę dyrektora, nie tylko ze względu na jego stanowisko, lecz również ze względu na jego kompetencje oraz umiejętności etyczne i menedżerskie. To z tego względu powinniśmy promować tworzenie wyspecjalizowanego kolegium, które dałoby ludziom umiejętności niezbędne do podjęcia tego typu pracy. Taki proces nie musi być formalny. Wystarczyłoby, żeby umożliwiłby on organizacjom i firmom dostęp do profesjonalistów, którzy mają rozeznanie w tym sektorze; do tych, którzy potrafią określić konkretne i skuteczne drogi do podjęcia współpracy ze światem politycznym, zawodowym, administracyjnym i gospodarczym, jak również z systemem społecznym. Relacje ze środowiskiem zewnętrznym pozwalają na utrzymanie zarządzania wewnętrznego w taki sposób, żeby ewoluowało ono razem ze zmieniającymi się potrzebami sytuacji społecznej.

Być może nadszedł moment, w którym trzeba rozważyć zmianę funkcji dyrektorów ośrodków, czy usług dla osób starszych. Przy obecnym układzie, sposób zarządzania uwarunkowany jest różnymi czynnikami. Można by było zmierzyć się z niektórymi sprawami w lepszy sposób, w sytuacji gdy dyrektorzy tych ośrodków pełniliby w nich rolę raczej dyrektorów zarządzających. Z pewnością potrzebny jest wzrost świadomości ogólnej wartości naszej pracy, którą, moim zdaniem, należy wspierać analizą porównawczą, rozpowszechnieniem umiejętności i wiedzy za pomocą platform cyfrowych oraz zaangażowanych wspólnot. Celem tego wszystkiego byłoby stałe udoskonalanie zarządzania usługami, jakie oferujemy. ■



Podejmowanie wyzwań i szans wynikających ze zmian kulturowych

PETER C. HENNESSY
Prezes Jeta Group
Australia

W ciągu ostatnich czterdziestu lat Australia uległa przeobrażeniu pod względem kulturowym. Z europocentrycznego zaścianka zmieniła się w jedno z najbardziej dynamicznych i wielokulturowych społeczeństw na świecie. Dostrzegając potrzebę radykalnej zmiany, kolejne australijskie rządy podejmowały działania obejmujące propagowanie różnorodności kulturowej i wzmacnianie zasięgu ekonomicznego oraz społecznego rosnącej w szybkim tempie półkuli azjatyckiej.

Prawie 50% Australijczyków objętych spisem ludności z 2016 roku urodziła się za granicą lub miała co najmniej jednego rodzica, który urodził się w innym kraju. Chińska diaspora rozproszona po całej Azji stanowiła największą część przybyłych do Australii imigrantów. Na drugim miejscu tuż za nimi znaleźli się Hindusi z subkontynentu.

Niestety jednak, australijska branża opieki nad osobami starszymi ma trudności w sprostaniu zmianom społecznym pomimo faktu, iż liczba starzeją-

cych się Azjatów, którzy nazywają Australię „domem” rośnie bardzo szybko. Ze spisu ludności przeprowadzonego w 2016 roku wynika, iż azjatycka społeczność w Australii starzeje się w szybszym tempie niż ogół populacji.

Jak wyjaśnia prezes Jeta Group, Peter Hennessy, „branża zdominowana jest przez Kościół oraz organizacje charytatywne, które nie są w stanie dostosować się do zmian dotyczących praktyk kulturalnych i różnorodności religii”.

Jak dodaje Peter Hennessy, „skuteczna zmiana musiała być raczej na-

pędzana przez siłę pochodzącą z wewnątrz azjatyckiej społeczności w Australii niż przez usługodawców o ugruntowanej pozycji czy ustawodawców. Musiało być to połączenie azjatyckich wartości kulturowych, zachodnich standardów i zachowania procedur”.

Nasilające się wyzwanie stanowiło znaczącą „zmianę kulturową” dla młodszych członków azjatyckiej populacji urodzonych w Australii. Demografia ulega wpływom zachodu w coraz większym stopniu; dochodzi do odrzucenia tradycyjnych azjatyckich wartości takich jak nabożność synowska,

rodzina wielopokoleniowa i szacunek do osób starszych. Wszystko to doprowadziło do destabilizacji struktur rodzinnych i rozpowszechnienia się wykluczenia społecznego wśród starszych Australijczyków azjatyckiego pochodzenia.

Jednakże dzięki wysiłkom Australijczyka malezyjsko-chińskiego pochodzenia, zmiana była na wyciągnięcie ręki.

Tan Choe Lam, założyciel-wizjoner i dyrektor zarządzający, w wyniku doświadczeń związanych z opieką nad swoim schorowanym ojcem, które zmieniły także jego karierę zawodową, doszedł do wniosku, iż musi istnieć znacznie lepszy sposób opieki nad osobami starszymi, który nie wymagałby tak wielkiego poświęcenia.

Szukał on takiego rozwiązania dotyczącego opieki nad osobami starszymi, które pozwoli uwolnić przyszłe pokolenia Azjatów od ciężaru kulturowego jakim jest nabożność synowska, nie skazując jednocześnie starzejących się najbliższych im osób na rezygnację z czerpania radości z życia lub wykluczenie społecznie.

Tan Choe Lam wnikliwie przeanalizował modele opieki wykorzystywane na całym świecie, aby zyskać pewność, że jego wizja „spełnia wszystkie wymagania” w odniesieniu do akredytacyjnych norm dotyczących opieki, dostarczania usług, odpowiedzialności społecznej oraz rentowności ekonomicznej. Dzięki przeprowadzonej analizie, doszedł do wniosku, że najwłaściwszy będzie australijski model opieki o długiej tradycji.

Niestety jednak, brakowało w nim kluczowych elementów właściwych dla kultur azjatyckich: miłości, troski, radości, rodziny i pasji.

Zamiast godzić się na „status quo”, Tan Choe Lam ulepszył akredytowany australijski model tak, aby obejmował on azjatyckie wartości cenione przez rzeszę osób należących do poprzednich pokoleń.

W wyniku wizjonerskich poszukiwań i pasji, zrodził się nagradzany model opieki „Jeta 4H”, który cieszy się międzynarodowym uznaniem.

Dzięki połączeniu przyjętych i uznanych standardów opieki z podstawowymi azjatyckimi wartościami, z „4H” korzystają osoby wywodzące się z różnych kultur, co sprawia, iż zaproponowane rozwiązanie i ma prawdziwie wielokultu-

rowy charakter.

Jeta Gardens uważa się obecnie za największy i najbardziej odpowiedni pod względem kulturowym ośrodek dla seniorów w Australii i na półkuli południowej.

Model 4H

Osiągnięcia Jety w rozwoju i stosowaniu modelu opieki 4H są nagradzane w Australii oraz poza jej granicami. Kluczowe, nieodłączne filozofie, tworzą jedyne w swoim rodzaju środowisko do życia gwarantujące mieszkańcom opiekę i współczucie.

- ▶ **A Aging** – starzenie się w jednym miejscu
- ▶ **CJ Compassion and Joy** – współczucie i radość
- ▶ **EW East meets West** – wschód spotyka się z zachodem
- ▶ **4H**
 - **Pierwsze „H”** = Dom (Home). Musi wyglądać jak dom i sprawiać, że podopieczny czuje się jak w domu.
 - **Drugie „H”** = Hotel (Hotel). Oparcie raczej na pojęciu gościnności niż kliniki.
 - **Trzecie „H”** = Ośrodek Wczasowy (Holiday Resort). Wiele przestrzeni i udogodnień, jak w drogim ośrodku wypoczynkowym.
 - **Czwarte „H”** = Szpital (Hospital). Stanowi część składową, obsługiwany jest przez lekarzy, dyplomowane pielęgniarki, opiekunów i innych pracowników służby zdrowia w życzliwym otoczeniu.

„A” – starzenie się w jednym miejscu

W ujęciu koncepcyjnym: „wszystko pod jednym dachem”, w którym doświadczenie starzenia się od 50 do 100 lat odbywa się w funkcjonalnym, otwartym środowisku, które swoim zasięgiem obejmuje społeczność poza ośrodkiem.

- ▶ Samodzielne życie wraz z należyтым wsparciem w momencie, kiedy jest ono potrzebne.
- ▶ Dom Opieki lub opieka w miejscu zamieszkania.
- ▶ Całodobowy dom opieki (dom spokojnej starości), zapewniający opiekę mieszkańcom, którzy wymagają jej zarówno w mniejszym, jak i w większym stopniu, oferujący opiekę rehabilitacyjną i terapeutyczną, opiekę nad cierpiącymi na demencję, opiekę paliatywną, okazjonalną oraz telemedyczną.

„EW” – wschód (EAST) spotyka się z zachodem (WEST)

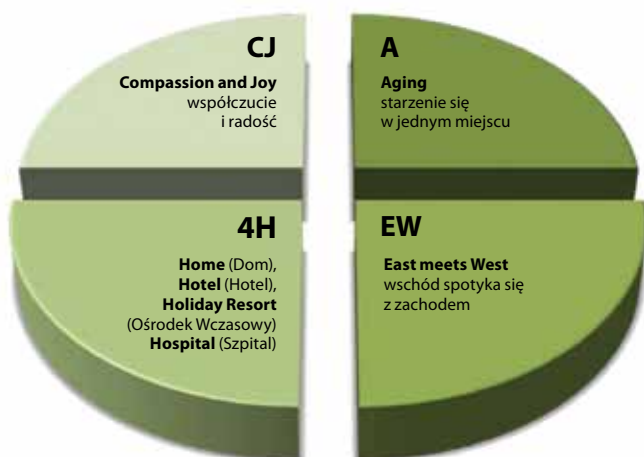
Połączenie najlepszych elementów stanowiących wartości Wschodu (zastosowanie nabożności synowskiej) oraz zachodniego systemu opieki nad osobami starszymi praktykowanego w Australii.

Osiągnięcia Jeta Group

Zbudowanie pionierskiej pozycji w branży opieki nad osobami starszymi od ponad 20 lat. Tan Choe Lam, założyciel dwóch nagradzanych obiektów w Australii i Malezji, stanowi międzynarodowy autorytet i jest liderem w branży.

Rozpoczęta w 2002 roku podróż, stała się rzeczywistością w Australii, Malezji i Chińskiej Republice Ludowej. ■

MODEL 4H



Dementia Support Australia

zrozumieć i odpowiednio zareagować na przyczyny zachowań

COLM CUNNINGHAM
Dyrektor Centrum Demencji HammondCare
Australia

Australijska organizacja do walki z demencją, DSA (ang. Dementia Support Australia) to instytucja sfinansowana przez rząd Australii, a prowadzona przez fundację HammondCare. W jej skład wchodzi poradnictwo w zakresie kontroli zachowań w chorobach demencyjnych, DBMAS (ang. Dementia Behaviour Management Advisory Service) oraz zespoły ds. reagowania w ciężkich przypadkach, SBRT (ang. Severe Behaviour Response Teams).

Dzięki sieci 24 biur w całej Australii, usługi te zapewniają dostęp do specjalistów w branży opieki nad osobami starszymi na obszarze kraju. Konsultanci DSA zapewniają doraźne wsparcie na miejscu, podtrzymując przy tym lokalną wiedzę i relacje.

Spośród 24 milionów Australijczyków, szacuje się, iż więcej niż 350 000 ludzi cierpi obecnie na demencję, a liczba ta ma wzrosnąć do około 900 000 do roku 2050. Zadaniem DSA jest poprawić jakość życia zarówno osób chorych na demencję, jak i ich opiekunów. DSA dąży do tego poprzez



OPIEKA DŁUGOTERMINOWA NA ŚWIECIE



DBMAS wspiera pracowników i opiekunów w świadczeniu pomocy zarówno w zwykłych, jak i w nagłych przypadkach, w środowiskach społecznościowych, a także mieszkalnych, oferując dostęp do informacji, poradnictwa, oceny sytuacji oraz krótkoterminowych interwencji osób ds. zarządzania przypadkami.

pracę nad zrozumieniem przyczyn zmian w zachowaniu u pacjentów z demencją oraz wspieranie pracowników domów opieki, opiekunów i innych osób świadczących usługi z tego tytułu.

DSA stanowi furtkę dla DBMAS i SBRT. Stanowią one bowiem jedną państwową instytucję. Oznacza to, iż właściwy członek zespołu odpowie we właściwym czasie na problemy lokalnej społeczności, a także zapewni ciągłość w świadczeniu usług.

DBMAS wspiera pracowników i opiekunów w świadczeniu pomocy zarówno w zwykłych, jak i w nagłych przypadkach, w środowiskach społecznościowych, a także mieszkalnych, oferując dostęp do informacji, poradnictwa, oceny sytuacji oraz krótkoterminowych interwencji osób ds. zarządzania przypadkami.

Narodowa organizacja SBRT to mobilny personel, wliczając w to certyfikowanych i dyplomowanych pielęgniarzy i pielęgniarki, pomocniczy personel medyczny oraz pracowników specjalistycznych, gotowych do zapewnienia odpowiedniej wiedzy i udzielenia porad osobom świadczącym usługi w zatwierdzonych ośrodkach opieki nad osobami starszymi, sfinansowanych przez Wspólnotę Narodów, dostarczając im wsparcia w zakresie dbania o potrzeby osób z poważnymi i bardzo poważnymi behawioralnymi i psychologicznymi objawami demencji, w skrócie BPSD (ang. *Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia*).

Kluczowymi elementami SBRT są specjalistyczne multidyscyplinarne zespoły pracowników służby zdrowia. Zapewniają oni szybką, mobilną odpowiedź na potrzeby osób z chorobami demencyjnymi w ośrodkach opieki nad osobami starszymi, które zostały skierowane do organizacji z rozpoznaniem „zachowań poważnych”.

Pomysł na tzw. „lotne brygady” ds. demencji nie jest niczym nowym. Nie-wielka liczba odnoszących sukcesy programów pilotażowych miała już wcześniej miejsce na obszarach Wielkiej Brytanii, Stanów Zjednoczonych oraz Australii. Wszystkie działały na podobnej zasadzie co SBRT, wliczając w to pracę zespołów multidyscyplinarnych. Obejmuje to również specjalistyczne wsparcie medyczne, świadczenie usług



mi” przy budowaniu relacji z ludźmi, a nie tylko z głosami po drugiej stronie słuchawki telefonu,

- ▶ zachowywanie państwowej spójności, przez siedziby na terenie każdego stanu i terytorium, co zapewnia obecność na poziomie lokalnym,
- ▶ zapewnianie szybkich odpowiedzi na wezwania i docieranie do miejsc położonych na odległych, wiejskich obszarach,
- ▶ usługi dopasowane indywidualnie, lecz również takie, które odpowiadają na specyficzne i różnorodne potrzeby osób pozostających w otoczeniu domowym, w domach opieki lub w środowisku szpitalnym,
- ▶ wsparcie ekspertów, bazujące na pielęgniarstwie, pomocniczej służbie zdrowia oraz specjalistycznej wiedzy medycznej,
- ▶ bycie proaktywnymi, zorientowanymi na otoczenie oraz jawnie odpowiedzialnymi.

Choć istnieje możliwość udzielenia wsparcia przez telefon w sprawie niektórych złożonych skierowań, to interwencja na miejscu zapewniana przez konsultantów DSA daje możliwość poświęcenia czasu osobie cierpiącej na demencję, zapewniając kompleksowe podejście do udzielanego wsparcia. Od marca 2017 roku DSA podjęło ponad 1985 miejscowych interwencji na terenie Australii.

Widok z lotu ptaka na rozległy krajobraz demencji w Australii, który to pozyskuje DSA, jest wyjątkową okazją na zarejestrowanie danych ze zdarzeń, rodzajów i przyczyn zmian zachodzących w zachowaniu osoby z demencją, co pozwala globalnie kształtować nasz sposób myślenia i rozumowania.

Kluczowym wnioskiem z pozyskanych danych jest to, że ból jest często niezgłaszany wśród populacji ludzi w podeszłym wieku, mimo tego, że ponad 70% skierowań, które przechodzą przez DSA okazuje się być powiązane z bólem. Stanowi to szczególną trudność dla osoby cierpiącej na demencję, kiedy komunikacja jest utrudniona, a dokładne zidentyfikowanie i poradzenie sobie z bólem staje się wyzwaniem.

Poniższe studium przypadku przedstawia ten problem poprzez skierowanie wysłane do SBRT wraz z zaleceniami, które zespół dostarczył w celu zarządzania zachowaniami wywołanymi

z początkowym naciskiem na ocenę sytuacji oraz zarządzanie zachowaniami, dopełniane przez szkolenie i wsparcie opiekunów. Pośród bardziej znanych z tego typu programów znajdują się Kansas Bridge Project oraz CHIP (ang. *Care Home In reach Programme*). Oba te projekty przedstawiają takie rezultaty, jak zmniejszenie objawów neuropsychiatrycznych, obniżenie 2-miesięcznego wskaźnika ponownych hospitalizacji, a także obniżenie poziomu zestresowania opiekuna. Programy te były

lokalne i krótkotrwałe, a model SBRT ma charakter ogólnokrajowy i trwały.

Skutkiem połączenia DBMAS i SBRT pod hasłem DSA jest płynna obsługa z jednym punktem wejścia dla programów poprzez ogólnokrajową infolinię telefoniczną. Linia telefoniczna DSA jest dostępna przez całą dobę, 7 dni w tygodniu, 365 dni w roku.

DSA świadczy usługi ogólnokrajowe z nastawieniem na “pokazywanie się”. Oznacza to:

- ▶ strategię “twardego stąpania po zie-



przez ból i niepokojące bodźce dźwiękowe.

Gdy zdiagnozowano u niego otępienie czołowo-skroniowe, Johnem zaopiekowała się jego żona, Tammy. Kiedy była ona w pracy, Johnem zajmował się ośrodek opieki zastępczej. Jednakże, wraz z rozwojem choroby, u Johna pojawiły się stany lękowe. Zaczął on także fizycznie atakować innych. Ośrodek opieki dziennej nie był już w stanie się nim zajmować, co zmusiło Tammy do podjęcia trudnej decyzji o umieszczeniu Johna w domu opieki.

W placówce, Johna określono jako osobę nieustannie chodzącą i agresywną fizycznie. Mając zaledwie 56 lat, John wciąż był aktywnym mężczyzną w do-

brej kondycji fizycznej. Fakt ten powodował u pracowników obawy, że John może zrobić krzywdę, któremuś z mieszkańców placówki bądź opiekunów.

John nie był już w stanie komunikować się werbalnie. Skierowano go więc do SBRT z uwagi na nasilenie się u niego zachowań tego typu, konsultanci SBRT odwiedzili placówkę, spędzili w niej kilka dni obserwując interakcje zachodzące pomiędzy Johnem, a jej pracownikami. Udało im się zidentyfikować możliwe przyczyny zachowania Johna. Zaobserwowali oni, iż pojawiające się u mężczyzny stany lękowe przeradzają się w pobudzenie w wyniku nadmiernej stymulacji hałasem (intruzji akustycznej), bądź niezaangażowania go w dostępne zajęcia.

Rady pozwalające opanować intruzję akustyczną:

- ▶ Zwiększanie świadomości pracowników w zakresie cichego spożycia posiłków, unikania wielu źródeł hałasu oraz uwzględnienie kwestii hałasu w kuchni pojawiającego się np. w trakcie wkładania naczyń do zmywarki.
- ▶ Umożliwienie wyboru cichych przestrzeni w ramach środowiska.
- ▶ Zredukowanie ilości niepotrzebnych bodźców z uwzględnieniem minimalizacji rozproszeń związanych z korzystaniem z telefonów bądź telewizorów.

SBRT zaoferował edukację pracowników placówki oraz zaproponował specjalistę w zakresie prowadzenia życia w sposób zaangażowany, aby pomógł on pracownikom ośrodka w zaangażowaniu Johna w zajęcia odpowiednie dla niego. Konsultanci SBRT zajęli się również kwestią dostępności w okolicy trenera personalnego posiadającego wiedzę w zakresie demencji, aby zaangażował on Johna w większą ilość ćwiczeń fizycznych. Konsultanci poświęcili się także kwestii korzystania z usług kręgarza, aby przynieść ulgę Johnowi w możliwych bólach pleców. Dodatkowo psychogeriatra wchodzący w skład SBRT przeanalizował leki przyjmowane przez Johna sugerując zmniejszenie dawki leków antypsychotycznych oraz próbę wykorzystania paracetamolu, by uśmierzać ból, a tym samym by zapobiec wywołaniu trudnych zachowań.

Rady w zakresie opanowywania bólu:

- ▶ Kompleksowe, dogłębne oraz regularne ocenianie poziomu bólu z wykorzystaniem niewerbalnej skali bólu, takiej jak skala bólu według Abbey'ego.
- ▶ Zastosowanie interwencji o charakterze niefarmakologicznym, które łagodzą ból np. masaż, gorące lub zimne kompresy, fizjoterapia oraz relaksacja.
- ▶ Zastosowanie interwencji o charakterze farmakologicznym – wyniki badań wskazują raczej na regularne niż doraźne stosowaniem środków przeciwbólowych u osób cierpiących na demencję.

Z uwagi na fakt, iż działania rozpoczęto w roku 2016, analiza skuteczności programu w redukowaniu zachowań będzie trwała nadal. Kluczowymi elementami analizy będą wyniki początkowe, stanowiące punkt odniesienia, oraz wyniki będące rezultatem interwencji z wykorzystaniem z wykorzystaniem NPI (**Inwentarza Neuropsychiatrycznego**) w domenach ważności, wrażliwości, niezawodności oraz łatwości zastosowania. Ponadto analizie poddana zostanie także ilość środków psychotropowych przyjmowanych przez pacjentów cierpiących na demencję (z wyłączeniem tych chorych, którzy wymagają intensywnej opieki) we wspomnianych punktach w czasie.

Początkowe ustalenia wynikające z badań prowadzonych przez **Lyketsosa** wskazują na przewagę tych domen zachowań.

Pozwala to DSA na ocenę skuteczności klinicznej usług na podstawie danego przypadku, jak również i na poziomie całego programu. Wyniki zamieszczone w poniższej tabeli ilustrują średnie wyniki początkowe i końcowe w różnych elementach narzędzi NPI. Oceniając wyniki NPI, spadek o 4 punkty (bądź spadek o 30% w stosunku do wyniku początkowego) uznawany jest za znaczący pod względem klinicznym. Ponadto, NPI może zostać wykorzystane w celu porównania częstotliwości każdej z domen w odniesieniu do danych DSA. Chociaż są to wstępne dane, co czyni je jednocześnie niejednoznaczными, sugerują one, iż niektóre z zachowań niepokojących prawdopodobnie wspomniane będą częściej niż inne. Warto zauważyć, iż zachowania związane

DSA świadczy usługi o wyjątkowym charakterze ponieważ zarówno ich skala, jak i objęcie nimi społeczeństwa tak różnorodnego, jakim jest społeczeństwo Australii, dostarczy istotnych danych i ustaleń dotyczących zjawiska, które zbyt często określane jest mianem „zachowań o charakterze demencyjnym”.

z pobudzeniem i agresją, które prawdopodobnie wywołałyby największy nieład/brak dyscypliny zawodowej wśród opiekunów zdają się być nadreprezentowane. Odwrotnie jest w wypadku zachowań takich jak Apatia/Zobojętnienie, które są wspomniane rzadko, co może z kolei sugerować, że prawdopodobieństwo uzyskania wsparcia przez klientów, którzy się nimi odznaczają jest niewielkie, niezależnie od faktu, iż wpływ tych zachowań na jakość życia jest dosyć istotny. Niniejsza analiza stanowi wgląd w różnicę pomiędzy zachowaniami wspomnianymi i tymi, które nie są wspomniane. Zauważa ona także wnioski stanowiące punkt odniesienia.

Zauważa ona także wnioski stanowiące punkt odniesienia.

DSA świadczy usługi o wyjątkowym charakterze ponieważ zarówno ich skala, jak i objęcie nimi społeczeństwa tak różnorodnego, jakim jest społeczeństwo Australii, dostarczy istotnych danych i ustaleń dotyczących zjawiska, które zbyt często określane jest mianem „zachowań o charakterze demencyjnym”. DSA będzie wspierane finansowo do roku 2019. Kluczową ambicją instytucji jest przekazanie przez nią naszego sposobu myślenia, języka i usług w celu zapewnienia lepszego wsparcia osobom cierpiącym na demencję. Zbyt często to, co uznane zostaje za zachowania o charakterze demencyjnym, ma swoje źródło w odniesieniu do zdrowia osób cierpiących na demencję, warunków, w których oni żyją czy opieki i wsparcia, które otrzymują. Celem organizacji jest, aby proponowane programy pomagały rozwijać zdolności, umiejętności, fachową oraz praktyczną wiedzę dotyczącą ‘zachowań o charakterze demencyjnym’, które cechują nie tylko pojedyncze placówki świadczące opiekę, lecz wiele z nich. ■

Tab. 1. Inwentarz Neuropsychiatryczny, wyniki początkowe i końcowe w różnych elementach narzędzi NPI.

	Średni wynik w momencie rozpoczęcia interwencji	Średni wynik w momencie wypisania pacjenta	Średnia zmiana wyniku (moment początkowy - moment końcowy)	Średnie zmniejszenie się wyniku w %
Domeny Całkowite	4.7	2.7	2.0	43%
Całkowite Nasilenie	9.8	4.4	5.4	55%
Całkowita Częstotliwość (NPI-NH)	16.6	1.4	15.2	92%
Całkowity Niepokój/Zakłócenia	13.7	5.0	8.7	64%
Całkowity Wynik NPI (NPI-NH)	39.3	4.8	34.5	88%

* spadek o 4 punkty bądź o 30% w stosunku do wyniku początkowego uznawany jest za znaczący pod względem klinicznym.

Od państwowej instytucji opieki długoterminowej do nowoczesnego usługodawcy

Proces zarządzania zmianą w instytucjach opieki długoterminowej od pierwszej do piątej generacji

MARTINA POJER
Kierownik Centrów Zdrowia Geriatrycznego
Graz, Austria

W ostatnich 50 latach instytucje opieki długoterminowej doświadczyły ogromnej zmiany paradygmatów. Kuratorium Niemieckiej Pomocy Geriatrycznej (KDA) opisuje 5 generacji domów pomocy społecznej. Wcześniej mówiono o „pensjonariuszach, którzy byli przetrzymywani”, dziś natomiast nowoczesne koncepcje kierują się normalnością dnia codziennego i koncentrują na integracji mieszkańców w placówkach.

Aby być gotowym na przyszłość, nowoczesne domy pomocy społecznej postrzegają siebie już dziś jako usługodawców. Wynika to z faktu, że potrzeba opieki oraz potrzeby mieszkańców rosną, podobnie jak oczekiwania członków ich rodzin. Równocześnie konkurencja i presja kosztowa są coraz większe, a sytuacja na rynku pracy coraz trudniejsza. W przeszłości instytucje opieki długoterminowej były administrowane, dziś do kierowania placówkami niezbędne są kompetencje menadżerskie.

Od ponad 15 lat Geriatryczne Centra Zdrowia Miasta Graz (GGZ) konsekwentnie pracują nad rozszerzeniem portfolio usług stosownie do potrzeb. Równocześnie tworzą one centrum wiedzy specjalistycznej w zakresie opieki i medycyny geriatrycznej i oferują dziś stopniowy system opieki geriatrycznej, który stale dostosowuje się do zmieniających się potrzeb ludzi starszych i społeczeństwa. Centra GGZ prowadzą 4 domy opieki i od momentu otwarcia pierwszego z nich w latach 60-tych do momentu powstania no-

wych placówek w 2015 r. doświadczyły zmiany paradygmatów.

Już od ponad 15 lat Geriatryczne Centra Zdrowia Miasta Graz (GGZ) konsekwentnie pracują nad rozszerzeniem portfolio usług stosownie do potrzeb. Równocześnie tworzą one centrum wiedzy specjalistycznej w zakresie opieki i medycyny geriatrycznej. Nasze przedsiębiorstwo prowadzi trzy obszary działalności: szpital, mieszkalne domy opieki oraz domy opieki dziennej, a także alternatywne



formy mieszkaniowe. Zgodnie z hasłem „U nas ludzie są w najlepszych rękach”, stopniowy system opieki geriatrycznej GGZ obejmuje ofertę stacjonarną, częściowo stacjonarną, a także ambulatoryjną, która może trwać przez krótki czas lub nawet latami. Oferta usług jest stale dostosowywana do zmieniających się potrzeb ludzi starszych, a także społeczeństwa. W tym celu ściśle współpracujemy ze szkołami wyższymi oraz instytucjami planowania zdrowia publicznego i korzystamy z wyników badań naukowych.

Równoległe do rozwoju centrum wiedzy specjalistycznej centra GGZ przeszły proces zarządzania zmianami (tzw. change management): stopniowo wdrażano i rozszerzano proces zarządzania projektami, jakością i ryzykiem, a także controlling i strukturyzowane sondaże. W 2010 r. i 2013 r. centra GGZ otrzymały certyfikację KTQ (Współpracy dla Przejrzystości i Jakości w Służbie Zdrowia). W 2014 r. otrzymaliśmy nagrodę państwową w dziedzinie jakości, natomiast w 2015 r. centra GGZ zostały uhonorowane nagrodą finalistów EFA, przyznawaną przez EFQM Excellence Award. Nasz sukces zawdzięczamy w dużej mierze innowacyjnym pracownikom.

Do naszego sukcesu przyczyniło się w dużej mierze zaangażowanie międzynarodowych ekspertów z dziedziny architektury oraz badań nad demencją, a także zaangażowanie pracowników i mieszkańców naszych domów. W trakcie trwania całego projektu przedstawiciele różnych grup zawodowych oraz specjaliści od higieny, techniki czy medycyny pracy współtworzyli zespół projektowy i dzielili się swoją wiedzą.

W związku z różnorodną ofertą centra GGZ działają w sektorze służby zdrowia, jak i opieki społecznej. Połączenie tych dwóch systemów, o tak różnym ustawodawstwie, formach finansowania i odpowiedzialnościach stanowi nie lada wyzwanie.

W instytucjach opieki długoterminowej w Austrii, a w szczególności w kraju związkowym Styria, występuje nadpodaż łóżek. Aktualnie ich liczba przekracza zapotrzebowanie prognozowane na rok 2025 r. To prowadzi do ciągłej rywalizacji przedsiębiorstw, które stoją przed wyzwaniem zapewnienia wysokiego obłożenia, aby móc

przetrwąć finansowo. Wiele instytucji opieki długoterminowej w Styrii ogłosiło upadłość w wyniku tego rozwoju sytuacji. Dodatkowo stoimy teraz w obliczu zmian, wynikających z nowelizacji austriackiej ustawy o służbie zdrowia i opiece pielęgniarstwa, a także migracji opiekunów, terapeutów i lekarzy do krajów z wyższym poziomem płac. Równocześnie rosną ogólne potrzeby mieszkańców i zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze. Rosną też oczekiwania członków ich rodzin.

Kuratorium Niemieckiej Pomocy Geriatrycznej (KDA) opisuje 5 generacji instytucji opieki długotermino-



wej. Wcześniej mówiono o „pensjonariuszach, którzy byli przetrzymywani”, dziś natomiast nowoczesne koncepcje kierują się normalnością dnia codziennego i koncentrują się na integracji mieszkańców w ośrodku:

► **1. generacja do początków lat 60-tych**

„Pensjonariusza” wymagającego opieki „przetrzymuje się” (wzorzec: areszt).

► **2. generacja lat 60-tych i 70-tych**

„Pacjenta” wymagającego opieki „leczy się” (wzorzec: szpital).

► **3. generacja lat 80-tych i 90-tych**

„Mieszkańca” wymagającego opieki „aktywuje się” (wzorzec: akademik/ dom mieszkalny).

► **4. generacja**

„Starsi ludzie doświadczają bezpieczeństwa i normalności” (wzorzec: rodzina).

► **5. generacja**

Starszych ludzi wymagających opieki integruje się w otoczenie mieszkalne (tworzenie kwartałów mieszkalnych).

Centra GGZ prowadzą 4 domy opieki i od momentu otwarcia pierwszego z nich w latach 60-tych, poprzez liczne przebudowy aż po otwarcia nowych obiektów były świadkiem zmiany paradygmatów. Przez te lata doświadczaliśmy zmian w zakresie grupy docelowej - od seniorów z potrzebą niewielkiego wsparcia aż po mieszkańców wymagających opieki.

W 2013 r. centra GGZ przeprowadziły generalny remont oraz rozbudowę najstarszego z domów opieki. W ciągu dwóch następnych lat wybudowały i uruchomiły dwie nowe placówki. W celu stworzenia nowej koncepcji

domów opieki przeprowadziliśmy obszernie badania rynku i liczne wizytacje, oraz zleciliśmy i pomagaliśmy w realizacji prac naukowych. Do naszego sukcesu przyczyniło się w dużej mierze zaangażowanie międzynarodowych ekspertów z dziedziny architektury oraz badań nad demencją, a także zaangażowanie pracowników i mieszkańców naszych domów. W trakcie trwania całego projektu przedstawiciele różnych grup zawodowych oraz specjaliści od higieny, techniki czy medycyny pracy współtworzyli zespół projektowy i dzielili się swoją wiedzą. Dzięki temu w najlepszy możliwy sposób dostosowaliśmy architekturę do środowiska pracy oraz procesów tak, aby zapewnić optymalną opiekę naszym mieszkańcom, co odzwierciedla się także w ich zadowoleniu.

W mieszkalnych domach opieki centra GGZ wdrożyły model wspólnoty mieszkalnej. W każdej z nich żyje wspólnie maksymalnie 15 mieszkańców, a centralny jej punkt stanowi strefa mieszkalna i strefa spożywania posiłków. Wspólne spędzanie dnia odgrywa tutaj bardzo istotną rolę. W zależności od zamiłowań i zdolności mieszkańcy integrowani są w życie codzienne. Również opieka stanowi element codzienności. Życie we wspólnocie zapewnia poczucie bezpieczeństwa oraz ochronę (w szczególności ludziom z demencją).

Aby z sukcesem wdrażać rozwiązania kwaterowe, oprócz innowacyjnego zarządcy niezbędne jest także odpowiednie planowanie przestrzenne oraz społeczne. Równocześnie stoimy przed wyzwaniem rosnącej potrzeby opieki mieszkańców. Coraz istotniejszą rolę zaczyna odgrywać medycyna i opieka paliatywna. W przyszłości instytucje opieki długoterminowej będą musiały, bardziej niż kiedykolwiek wcześniej, postrzegać siebie jako usługodawcę.

I tak jak w przeszłości były one administrowane, tak dziś w kierowaniu placówką niezbędne stały się kompetencje menadżerskie. ■

Literatura:

Das Bundesministerium für Gesundheit erarbeitet vom Kuratorium Deutscher Altershilfe, „Hausgemeinschaften. Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus“, Köln 2000

Demencja

w placówkach opieki długoterminowej

IVA HOLMEROVÁ

Przewodnicząca Czeskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego,
członek zarządu i wiceprzewodnicząca Alzheimer Europe.
Czechy

U osób mieszkających w placówkach opieki długoterminowej demencja pojawia się niezmiernie często. Według różnych badań, można stwierdzić, iż 70-90% (lub nawet więcej) osób mieszkających w instytucjach tego typu żyje z demencją. W naszych badaniach wykazaliśmy, iż w Republice Czeskiej procent osób cierpiących na demencję jest różny w zależności od typu instytucji. Niemniej jednak wciąż chodzi o bardzo znaczącą liczbę: w placówkach będących domami opieki nad osobami starszymi jest to 66%. W instytucjach świadczących opiekę specjalną chodzi o liczbę rzędu 95% i więcej.

Uwielu z tych osób nigdy nie zostaje postawiona diagnoza – pomimo będącego ogólnie znaną prawdą faktu, iż prawidłowa diagnoza postawiona we właściwym czasie warunkuje późniejsze zapewnienie należytej opieki. Używając pojęcia prawidłowa diagnoza postawiona we właściwym czasie, mamy na myśli cały proces diagnostyczny, który jest niezbędny do tego, aby postawić prawidłową diagnozę poczynając od przeprowadzenia odpowiednich badań, a kończąc na sukcesywnym

odkrywaniu całości problemu, będącym wynikiem współpracy całego zespołu, zależnie od potrzeb i oczekiwań osoby cierpiącej na demencję. Diagnoza jest niezmiernie istotna zarówno z punktu widzenia dalszego życia osoby cierpiącej na demencję, jak i opieki, którą otoczony jest chory. Pomimo faktu, iż obecnie istnieją już niezwykle zaawansowane oraz kosztowne metody diagnostyczne, które pozwalają na bardziej dogłębną diagnozę choroby Alzheimera, oraz innych chorób prowadzących do demencji, wykorzystywane

są one jednak głównie do prowadzenia badań naukowych. Diagnoza demencji nie jest tak kosztowna jak ma to miejsce w przypadku innych chorób. Wymaga ona przeprowadzenia wywiadu chorobowego i prawidłowej jego oceny, przeprowadzenia testu podstawowych funkcji kognitywnych, podstawowych badań laboratoryjnych, a w szczególności starannych badań klinicznych oraz oceny ich wyników. Zarówno profesjonaliści, jak i rodzeni opiekunowie mogą dostarczyć informacji dotyczących objawów demencji. Informacje

te stanowią istotną podstawę procesu diagnostycznego. Należałoby także przeprowadzić podstawowe testy kognitywne takie jak np. MiniCog, MMSE – Mini Mental State Examination, test rysowania zegara, MoCA – Montrealski Test do Oceny Funkcji Poznawczych. Należy mieć na uwadze fakt, iż populacja mieszkańców domów opieki jest populacją, w której demencja występuje powszechnie. Z tej przyczyny, zaleca się aktywne poszukiwanie symptomów demencji. Ponadto, według zaleceń towarzystw naukowych, testy funkcji przeprowadzane we wszystkich placówkach opiekuńczych, łącznie

z funkcjami kognitywnymi powinny stanowić część całkowitej oceny funkcji zarówno w momencie przyjęcia pacjenta do instytucji, jak również i później, w trakcie jego pobytu. Takich zaleceń udziela między innymi EUGMS – Europejskie Towarzystwo Medycyny Genetycznej.

Należy mieć na uwadze, iż, w przypadku pewnych typów demencji, istnieją leki pozwalające zmniejszyć niektóre z jej objawów, np. wykorzystywane w leczeniu pacjentów z chorobą Alzheimera inhibitory acetylocholinesterazy mają pozytywny efekt nie tylko na funkcje kognitywne, lecz mogą

zmniejszyć także niektóre z neuropsychiatrycznych i/lub behawioralnych symptomów demencji. W tym przypadku, zastosowanie antydepresantów może poprawić ogólny stan człowieka, oraz jakość jego życia. Z symptomami neuropsychiatrycznymi, o których wspomniano wyżej, a zwłaszcza z psychozą, która może pojawić się wraz z postępem demencji, również można sobie poradzić dzięki zastosowaniu odpowiedniej terapii farmakologicznej. Należy także zwrócić uwagę na fakt, iż zmiany w stanie somatycznym mogą nie tylko nasilić objawy demencji lecz także wpłynąć na pojawienie się ostrego majaczenia itp. u osób cierpiących na demencję. Z tej przyczyny, kluczową rolę odgrywa zapewnienie chorym należytej opieki oraz lekarskiego nadzoru.

Postawienie prawidłowej diagnozy we właściwym czasie, dokonanie oceny funkcji oraz ustalenie potrzeb stanowią podstawę dla zapewnienia należytej opieki w placówkach tego typu. Informacje te powinny być w należyty sposób rozpowszechniane pomiędzy członkami zespołu świadczącego opiekę. Powinni oni rozumieć swoich klientów i ich potrzeby. Mają oni także być

Postawienie prawidłowej diagnozy we właściwym czasie, dokonanie oceny funkcji oraz ustalenie potrzeb stanowią podstawę dla zapewnienia należytej opieki w placówkach tego typu. Informacje te powinny być w należyty sposób rozpowszechniane pomiędzy członkami zespołu świadczącego opiekę.



świadomości tego, co kryje się pod pojęciem demencji i jakie zmiany może ona wywoływać w zachowaniu pacjentów, którzy na nią cierpią. W mojej opinii, istnieje kilka kluczowych filarów opieki nad cierpiącymi na demencję - czynników, które sprawiają, iż opieka świadczona jest w sposób należyty. Do tych czynników zaliczamy: poznanie osoby i jego/jej problemów (łącznie z rodzajem demencji oraz cechami, które są dla niej charakterystyczne, stopniem zaawansowania choroby, zmianami w zachowaniu) oraz empatyczne zrozumienie jego/jej potrzeb. Ponadto chodzi także o podstawową wiedzę na temat demencji oraz umiejętność pracy w zespole opartej na wymianie wiedzy, spostrzeżeń oraz doświadczeń z innymi członkami zespołu.

Bardzo często pojawiają się pytania dotyczące tego, jak zapewnić najlepszą opiekę osobom cierpiącym na demencję, w jaki sposób można i należy ją świadczyć, jakie metody opieki są najbardziej skuteczne. Istnieje również wiele różnych kierunków oraz „szkół” przedstawiających swoje metody jako najbardziej skuteczne bądź nawet, co gorsza, jako „jedyną skuteczną i niezbędną”. Może to być na przykład bezkrytyczne wykorzystywanie modelu biograficznego, walidacji, czy wielu innych sposobów propagowanych w celach komercyjnych, które są często bardzo drogie. Pomimo faktu, iż częścią wielu z nich są elementy dobrych praktyk, brak jest dowodów naukowych potwierdzających ich skuteczność. Według tekstu opublikowanego na łamach *The Lancet* w lipcu 2017, „najskuteczniejsze psychospołeczne terapie są zazwyczaj multimodalne, nakierowane na indywidualne potrzeby chorego, obejmują one także szkolenie opiekunów, które ma na celu zwłaszcza poprawę ich umiejętności komunikacyjnych oraz zdolności radzenia sobie z sytuacjami problematycznymi. Istotna jest także adaptacja środowiska, w którym świadczona jest opieka. Nie istnieją cudowne środki pozwalające walczyć z demencją, nie ma też interwencji, które przyniosą poprawę we wszystkich jej symptomach. Prawda ta odnosi się zarówno do leków, jak i do metod o charakterze nefarmakologicznym. Konieczne jest więc ukierunkowanie działań na mniejsze, konkretne



nie istnieją cudowne środki pozwalające walczyć z demencją, nie ma też interwencji, które przyniosą poprawę we wszystkich jej symptomach. Prawda ta odnosi się zarówno do leków, jak i do metod o charakterze nefarmakologicznym. Konieczne jest więc ukierunkowanie działań na mniejsze, konkretne i dobrze zdefiniowane cele.

ne i dobrze zdefiniowane cele”. Można stwierdzić, iż również w niniejszym tekście mowa jest o wspomnianych wyżej filarach należytej opieki: znajomość konkretnego pacjenta, wiedza na temat demencji, komunikacja. Powinniśmy także dodać jeszcze jedną zasadę: umiejętność świadczenia opieki w sposób należyty, polegający na zdolności przyjmowania odpowiednich postaw, zaadaptowaniu środowiska, w którym świadczona jest opieka oraz umiejętność wyboru pomiędzy wieloma działaniami i metodami, tak, aby te, które zostaną zastosowane w jak najwyższym stopniu odpowiadały potrzebom i oczekiwaniom osób cierpiących na demencję.

Wśród metod opartych na dowodach naukowych możemy wymienić na przykład stymulację kognitywną (CST – Cognitive Stimulation Therapy), której skuteczność została potwierdzona największą ilością badań. Terapia ta ma zazwyczaj charakter grupowy, dzięki czemu możliwe jest jej stosowanie w domach opieki, szczególnie u pacjentów znajdujących się w lekkim bądź średnim stadium demencji. Na terapię składają się sesje prowadzone przez przeszkolonego asystenta, które łączą w sobie zarówno elementy działań społecznych jak i reminiscencję, stymulację sensoryczną oraz różnorodne, nieskomplikowane ćwiczenia kognitywne. Efekt CST na funkcje kognitywne jest



Wraz ze rozwojem demencji wzrasta również potrzeba opieki i wsparcia. Utrata niezależności, pogorszenie się stanu somatycznego, narastająca wrażliwość i słabowitość sygnalizują postęp choroby oraz zwiększającą się potrzebę kompleksowego podejścia obejmującego jeszcze bardziej wyspecjalizowaną opiekę zdrowotną.

podobny do efektu wywołanego przez inhibitory acetylocholinoestery. W związku z tym została ona zalecona jako standardowa część opieki przez instytucje pochodzące z różnych krajów (np. w Wielkiej Brytanii terapię zarekomendował NICE).

Jest to interwencja natury złożonej. Standardowy model CST przewiduje terapię grupową składającą się z 14 sesji tematycznych (stworzono podstawowy program dla 14 różnych zajęć, które można zmieniać i uzupełniać). Zajęcia te, odbywają się dwa razy w tygodniu, a każde z nich trwa około 45 minut. Lekcje rozpoczynają się działaniami rozgrzewkowymi o niekognitywnym charakterze – rozmową, ćwiczeniami na siedząco, śpiewaniem. Później następują różne ćwiczenia ko-

gnitywne. Zajęcia skupiają się na tematach związanych z różnymi dziedzinami życia, takimi jak na przykład: wspomnienia z dzieciństwa, przygotowywanie posiłków, czerpanie przyjemności z jedzenia, bieżące wydarzenia, wykorzystywanie pieniędzy, gry towarzyskie, gry karciane, scenki, gry słowne itd. – wszystko zależnie od zwyczajów panujących w danym miejscu. Na model CST składają się różne rodzaje działań zorganizowane w sposób posiadający strukturę. Można go wykorzystywać w różnych typach instytucji świadczących opiekę na rzecz chorych znajdujących się w stadium demencji w przedziale od lekkiego do średniego.

U osób cierpiących na demencję pojawiają się często także symptomy o charakterze neuropsychiatrycznym

(znane także jako BPSD – behawioralne i psychologiczne symptomy demencji). Najważniejszymi z nich są psychoza i pobudzenie.

Pojawienie się psychozy i pobudzenia może być spowodowane przyczynami dającymi się wyleczyć, takimi jak delirium. Może być to związane także z pogorszeniem się słuchu bądź któregośkolwiek innego ze zmysłów, lub też dyskomfortem, chorobą fizyczną czy bólami wymagającymi leczenia. Wszystkie z wymienionych tutaj sytuacji wymagają odpowiedniej terapii oraz opieki. Na psychozę bądź pobudzenie mogą również mieć wpływ czynniki takie, jak nieodpowiednie podejście do pacjenta ze strony personelu oraz środowisko działające zbyt stymulująco, które może wpływać w szczególności na zwiększone pobudzenie. Wszystkie z wymienionych przyczyn powinny być wzięte pod uwagę, analizowane oraz leczone w każdym wypadku, gdy tylko jest to możliwe. Również tutaj dostrzec można olbrzymią rolę, jaką odgrywa praca zespołowa. Wynika to z faktu, iż pracownicy świadczący bezpośrednią opiekę na rzecz pacjentów posiadają bez wątpienia najwięcej informacji na temat danego człowieka, jego problemów, objawów. Pielęgniarki z kolei, mogą dostarczać kluczowych informacji dotyczących zmian w stanie zdrowia. Zachodzi także konieczność późniejszego wzięcia pod uwagę wszelkich informacji oraz dokonania ich oceny wraz z udziałem lekarza. Istnieje także potrzeba kontaktu z innymi, która dotyczy również osób cierpiących na demencję. Wszystkie te czynniki stanowią podstawę do stworzenia planu radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Na plan składają się zarówno opieka jak również i zastosowanie terapii farmakologicznej w przypadkach, gdy zachodzi taka potrzeba. Absolutną koniecznością jest to, aby wszyscy członkowie zespołu byli zaznajomieni z planem oraz postępowali zgodnie z nim dostarczając jednocześnie informację zwrotną pozwalającą na dalszą poprawę jakości świadczonych usług.

Zaleca się, aby w skład planu zapobiegania pobudzeniu, oraz innym neuropsychiatrycznym objawom i ich opanowywaniu, wchodziło także wykonywanie czynności przyjemnych, jak również takich, które stanowią sen-

sowne zajęcie. Warto zwrócić uwagę na rolę zaangażowania społecznego oraz stymulacji sensorycznej – zgodnie z preferencjami danego chorego. Na terapię farmakologiczną decydujemy się dopiero w wypadku, gdy objawy są na tyle poważne, iż nie sposób opanować ich za pomocą nefarmakologicznych metod.

Wraz z rozwojem demencji wzrasta również potrzeba opieki i wsparcia. Utrata niezależności, pogorszenie się stanu somatycznego, narastająca wrażliwość i słabowitość sygnalizują postęp choroby oraz zwiększającą się potrzebę kompleksowego podejścia obejmującego jeszcze bardziej wyspecjalizowaną opiekę zdrowotną. Niemniej jednak, opieka zdrowotna musi stanowić jedynie część kompleksowej opieki świadczonej pacjentom cierpiącym na demencję. Ponadto należy także brać pod uwagę inne potrzeby psychospołeczne oraz duchowe.

Pomimo faktu, iż demencja jest w zasadzie chorobą postępującą, której przyczynami są głównie nieuleczalne i śmiertelne jednostki chorobowe (takie jak choroba Alzheimera, otępienie czołowo-skroniowe, oraz inne rodzaje chorób neurodegeneracyjnych), problematyce zaawansowanej demencji nie poświęcono jak dotąd takiej ilości uwagi, która odpowiadałaby jej istotności. Międzynarodowy zespół projektu Palliare (który został sfinansowany z programu Erasmus+) przeprowadził integracyjny przegląd dostępnej literatury, badania jakościowe dotyczące doświadczeń osób znajdujących się w zaawansowanym stadium demencji oraz członków ich rodzin w poszczególnych krajach, przegląd dotyczący polityki poszczególnych krajów i dokumentów międzynarodowych zajmujących się problematyką praw człowieka oraz demencji. Wspomniane wyżej badania przeprowadzono w 7 europejskich krajach, które brały udział w projekcie (Szkocja, Republika Czeska, Finlandia, Portugalia, Słowacja, Hiszpania, Szwecja). Na podstawie zgromadzonych informacji i doświadczeń powstały zalecenia dotyczące najlepszych praktyk przyjęte i szeroko omówione w gronie ekspertów w ramach dwóch międzynarodowych konferencji konsensualnych. Zalecenia dotyczące dobrych praktyk zostały opublikowane i są dostępne na stronie

internetowej projektu Palliare. Obejmują one kilka domen, które zespół badawczy uznaje za kluczowe z punktu widzenia należytej opieki nad osobami znajdującymi się w zaawansowanym stadium demencji.

Wyróżniono 6 najistotniejszych dziedzin:

- ▶ ochrona praw i godności osób cierpiących na demencję,
- ▶ planowanie opieki,
- ▶ radzenie sobie z objawami,

- ▶ zachowanie możliwie najlepszej jakości życia,
- ▶ wspieranie rodziny i przyjaciół,
- ▶ rozpowszechnianie dobrych praktyk.

Mamy nadzieję, iż te zalecenia mogą stać się punktem wyjścia do dalszej dyskusji na temat opieki nad osobami znajdującymi się w zaawansowanym stadium demencji oraz do dalszej poprawy poziomu świadczonej opieki. ■



Przedstawiciele pokolenia Baby Boomers w moim domu opieki

nowe potrzeby pokolenia Baby Boomers

ANNA JÖRGER

Curaviva

Organizacja szwajcarskich domów pomocy społecznej i domów opieki

Pokolenie Baby Boomers odgrywa istotną rolę w społeczeństwie zarówno ze względu na swoją liczebność, jak i wartości, nastawienie i style życia, które je współkształtują. Z tego względu potrzeby tego pokolenia mają istotne znaczenie przy tworzeniu struktur i usług dla starszego pokolenia jutra.

Kim są przedstawiciele pokolenia Baby Boomers?

Pojęcie Baby Boomers odnosi się do pokolenia wyżu demograficznego po II wojnie światowej, który trwał do połowy lat 60-tych XX w. Przy czym szczyt urodzeń w poszczególnych krajach przypadał na różne okresy i osiągał różne wartości (por. Menning & Hoffmann, 2009, w szczególności str. 6 i nast.). W Szwajcarii do pierwszego wzrostu wskaźnika urodzeń doszło jeszcze podczas wojny, mianowicie między 1943 r. a 1950 r. Kolejny szczyt obserwowano w latach 1957-1966 (por. Höpflinger & Van Wezemaël, 2014, str. 35 i nast.).

Dzisiejsi przedstawiciele tego pokolenia, tj. 50-latkowie do 75-latków, przeżywali fazę socjalizacji i zdolności

do pracy zarobkowej w specyficznych warunkach socjalnych, społecznych i gospodarczych, które jednak w różnych krajach mogły być różne. Mam tutaj na myśli choćby ekspansję systemu oświaty, ruch pokojowy czy destandaryzację wielu dziedzin życia, które przyniosły większe możliwości wyboru np. w zakresie zawodu czy związków (por. Bachmaier, 2015, str. 24).¹ Takie warunki ramowe wpłynęły na życiowe biografie, a także na system wartości i nastawienie do życia przedstawicieli pokolenia Baby Boomers. Pokolenia, które istotnie wpłynęło

na społeczeństwo w aspekcie demograficznym. Aktualnie ta liczna grupa pokoleniowa stopniowo się starzeje. Równocześnie jej przedstawiciele mieli mniej dzieci niż ich rodzice. W związku z powyższym, wraz ze wzrostem średniej oczekiwanej długości życia – w szczególności osób starszych – dochodzi do „podwójnego demograficznego starzenia się społeczeństwa” (por. Höpflinger & Van Wezemaël, 2014, str. 31f.; Höpflinger & Perrig-Chiello, 2009, str. 13 i nast.).

Wymagania pokolenia Baby Boomers w zakresie życia i mieszkania w starszym wieku

Poniżej przedstawiam przykłady, zaczerpnięte ze Szwajcarii, czynników, które mogą mieć znaczenie dla

¹ Więcej szczegółów o szwajcarskim pokoleniu Baby Boomers: Höpflinger & Van Wezemaël (2014, str. 18). Ogólnie o cechach charakterystycznych lat powojennych: Menning & Hoffmann (2009, str. 6).

starszego pokolenia jutra oraz wymagań w zakresie życia i mieszkania osób starszych w przyszłości.² W związku z ogólnie rosnącą średnią oczekiwaną długością życia stale wydłużać się będzie późniejszy okres życia przedstawicieli pokolenia Baby Boomers (por. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, str. 23). Postzawodowy etap życia kształtowany będzie przez coraz bardziej aktywny tryb życia, co wynika z faktu rosnącej średniej oczekiwanej długości życia, ale także dobrej sytuacji ekonomicznej przynajmniej pewnej części starzejącego się pokolenia Baby Boomers (por. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, str. 18 i 38; Höpflinger & Perrig-Chiello, 2009, str. 19f. i 63). Życie w mobilnym i zmieniającym się społeczeństwie sprawiło, że pokolenie Baby Boomers stało się innowacyjne, chętne do nauki i otwarte na nowinki techniczne. Nieco młodsze starsze pokolenie cechuje dodatkowo mobilność transportowa (por. Höpflinger & Perrig-Chiello, 2009, str. 20, 42 & 76). Z drugiej strony w ostatnich latach wzrosła liczba jednoosobowych gospodarstw domowych, co jest związane z „(...) większą samodzielnością ekonomiczną i społeczną, z większą częstotliwością rozwodów w późniejszym wieku oraz ze wzmożoną indywidualizacją nowego pokolenia emerytów – przede wszystkim starszych kobiet (...)” (Höpflinger & Perrig-Chiello, 2009, str. 114).

W ostatnich dziesięcioleciach w Szwajcarii obserwuje się odchodzenie od domów starości na rzecz domów opieki z coraz wyższym średnim wiekiem nowych pensjonariuszy. Równocześnie rozszerza się zakres usług ambulatoryjnych oraz alternatywnych form mieszkania dla ludzi w starszym wieku (por. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, str. 144 i nast.). Rozwój ten wynika z potrzeb wielu seniorów, aby możliwie długo żyć i mieszkać w swoim własnym domu, także wtedy, gdy niezbędne staje się wsparcie lub nawet opieka (por. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, str. 147). Jed-

2 To uogólnienie nie ma implikować, że w przypadku pokolenia Baby Boomers mamy do czynienia z homogeniczną grupą. Wręcz przeciwnie. Jest to pokolenie bardzo zróżnicowane zarówno pod względem demograficznym, jak i socjologicznym (por. Guberman et al. 2011, str. 1143).



Dzisiejsi przedstawiciele tego pokolenia, tj. 50-latkowie do 75-latków, przeżywali fazę socjalizacji i zdolności do pracy zarobkowej w specyficznych warunkach socjalnych, społecznych i gospodarczych, które jednak w różnych krajach mogły być różne.

nak to życzenie, by móc zestarzeć się w swoim domu, jest coraz częściej – jak stwierdza Van Wezemaal (2014, str. 211 & 213 i nast.) – życzeniem pobożnym. Wraz z pokoleniem Baby Boomers, które w przyszłości w większym stopniu będzie zdane na wsparcie innych, pojawi się nowa pilna potrzeba stworzenia takich warunków mieszkaniowych, które będą dostosowane do wieku oraz potrzeb mieszkańców.

Poniżej przedstawiony zostanie model opieki i mieszkania 2030, stworzony przez CURAVIVA Schweiz. Model ten stanowi wizję, ukazującą, w jakim kierunku musi rozwijać się opieka nad osobami starszymi, aby umożliwić udane starzenie się starszych pokoleń jutra.

Model opieki i mieszkania 2030 stworzony przez CURAVIVA Schweiz

W modelu opieki i mieszkania 2030 opieka nad osobami starszymi nie sprowadza się już do „budynku”, lecz rozumiana jest jako przedsiębiorstwo usługowe, które funkcjonuje niecentralnie, a więc na miejscu u seniora. Osoby potrzebujące pomocy otrzymują opiekę oraz wsparcie w gospodarstwie domowym i w codziennych czynnościach w miejscu, w którym mieszkają, np. w domu seniora lub w swoim własnym domu. Osoby starsze ze szczególnymi potrzebami opieki, choćby z uwagi na choroby otępienne czy kres życia (opieka paliatywna) mają do wyboru oferty specjalistycznych usług opiekuńczych. Opieka sta-



cjonarna i ambulatoryjna są zatem równie ważne i uzupełniają się wzajemnie tam, gdzie jest to tylko możliwe.

Wraz z przywróceniem do przestrzeni społecznej mieszkania i życia starszych ludzi w zasadniczo każdym wieku angażuje się drobne wsparcie dzielnic i sąsiadów. Równocześnie dostępne są profesjonalne usługi (w zakresie zdrowia i hotelarstwa), z których można skorzystać w zależności od potrzeby i sytuacji. Dzięki temu w każdym wieku i w każdej potrzebie powinna być zapewniona odpowiednia pomoc. W ten sposób starsi ludzie otrzymują wsparcie, a ich brakujące umiejętności i zdolności formalnie i nieformalnie kompensuje pomoc innych.

Model opieki i mieszkania 2030 stworzony przez CURAVIVA Schweiz nawiązuje do doświadczeń i rozwoju w branży szwajcarskich domów starości oraz domów opieki w ostatnich dziesięcioleciach i łączy je w wizję, uwzględniając przy tym w szczególności dwa gerontologiczne podejścia spójnej całości. Szczególne znaczenie odgrywa

w tym kontekście psychologiczna teoria „udanego” lub „dobrego” starzenia się (Baltes & Baltes, 1992, w szczególności str. 28 i nast.). Udanie starzenie się odnosi się tutaj do udanej adaptacji do zmian biologicznych, psychologicznych i społecznych, występujących w starszym wieku, przy pomocy różnych strategii. Podczas „optymalizacji” przez selekcję i kompensację wzmacniane są rezerwy możliwości (optymalizacja), równocześnie pewne dziedziny życia i cele życiowe są dostosowywane do zmieniających się okoliczności (selekcja) oraz następują procesy kompensacyjne dla ograniczonych funkcji. Drugim istotnym teoretycznym punktem zaczepienia jest zgodność lub „dopasowanie” ludzi i środowiska (ang. „Person-Environment-Fit”), o którym wspomina Kahana et al. (2003) i który ma decydujące znaczenie dla zaspokojenia potrzeb starszych ludzi. Te dwa podejścia łączy zorientowanie się na indywidualne potrzeby seniorów oraz na udostępnieniu takiego środowiska, które umożliwi zaspokojenie potrzeb

przy równoczesnym uwzględnieniu i wsparciu istniejących zasobów seniorów. Starszy wiek postrzegany jest tutaj jako okres życia, który można kształtować. ■

Literatura:

- Bachmaier, H. (2015). *Lektionen des Alters. Kulturhistorische Betrachtungen*. Getyn-ga: Wallstein.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1992). *Problem «Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung»*. W: Baltes P. B. & J. Mittelstrass (wyd.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*, Berlin: Walter de Gruyter, 1–34.
- CURAVIVA Schweiz (2016): *Das Wohn- und Pflegemodell 2030 von CURAVIVA Schweiz. Die Zukunft der Alterspflege*. Z dn. 02.08.2017: https://www.curaviva.ch/files/O4TWKFK/fact_sheet__das_wohn__und_pflege-modell_2030_von_curaviva_schweiz__mai_2016.pdf
- Guberman, N., Lavoie, J.-P., & Olazabal, I. (2011). *Baby-boomers and the 'denaturalisation' of care-giving in Quebec*. In *Ageing and Society*, 31(7), 1141–1158.
- Höpflinger, F. & Perrig-Chiello, P. (2009). *Die Babyboomer. Eine Generation revolutioniert das Alter*. Zurich: wyd. Neue Zürcher Zeitung.
- Höpflinger, F. & Van Wezemaal, J. (wyd.) (2014). *Age Report III: Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends*. Zurich i Genewa: Seismo.
- Kahana, B., Kahana, M., Kahana, E. & Lovegreen, L. (2003): *Person, Environment, and Person-Environment Fit as Influences on Residential Satisfaction of Elders*. W: *Environment and Behavior*, 35(3), Thousand Oaks: Sage Publications, 434–445.
- Menning, S. & Hoffmann, E. (2009). *Die Babyboomer – ein demografisches Porträt. Report Altersdaten 2. Deutsches Zentrum für Altersfragen*. Berlin.
- Van Wezemaal, J. (2014). *Über Massstäbe und Ideologien – Gedanken zum privaten Wohnen im Alter*. W: F. Höpflinger & J. Van Wezemaal (wyd.), *Age Report III: Wohnen im höheren Lebensalter, Grundlagen und Trends*. Zurich i Genewa: Seismo, str. 211–222.
- Zimmerli, J. (2014). *Räumliche Entwicklung und Umzugsbereitschaft der Babyboomer*. W: F. Höpflinger & J. Van Wezemaal (wyd.), *Age Report III: Wohnen im höheren Lebensalter, Grundlagen und Trends*. Zurich i Genewa: Seismo, str. 179–187.

CITOYENNAGE

gdy seniorzy mówią, a pracownicy opieki ich słuchają

ROMAIN GIZOLME

Dyrektor AD-PA, Project Manager w Citoyennage,
psycholog i etnolog.
Francja

Dzięki regularnie organizowanym spotkaniom i corocznym konferencjom, inicjatywa AD-PA daje osobom starszym, wymagającym stałej opieki, okazję do dzielenia się przemyśleniami i potrzebami, a także do wpływania na własne życie codzienne.

Mimo trudności związanych ze starzeniem się, a często także z niepełnosprawnością, to właśnie osoby starsze, wymagające opieki w specjalnych ośrodkach lub w domu, mogą najlepiej wypowiadać się o starości, o życiu codziennym seniorów i o tym, jak można poprawić jego jakość. Często jednak pracownicy opieki i rodziny mówią w imieniu osób starszych, co stwarza ryzyko niewzięcia pod uwagę ich prawdziwych potrzeb, oczekiwań i życzeń.

Aby oddać głos seniorom i pozwolić im w pełni korzystać z praw obywatelskich, Stowarzyszenie Dyrektorów Zakładów Opieki nad Osobami Starszymi (l'Association des Directeurs au service des Personnes Agées – AD-PA) rozpoczęło projekt Citoyennage.





Zakres działania

Projekt Citoyennage stworzyło w 1996 r. AD-PA, zrzeszające 2000 dyrektorów placówek oferujących opiekę domową oraz zakładów opieki dla osób starszych.

W swoich działaniach w terenie Citoyennage opiera się na lokalnych przedstawicielach w poszczególnych regionach i departamentach, korzystając także ze wsparcia swoich członków.

Od momentu utworzenia Citoyennage rozwinął się w czterech regionach: Owernii, Bretanii, Ile-de-France i regionie Rodan-Alpy. Projekt obejmuje grupy chętnych osób starszych z około pięćdziesięciu placówek – w sumie, w zależności od roku, od 250 do 300 seniorów rocznie.

Obszar działania

Misją Citoyennage (nazwa projektu powstała ze skrótu słów „citoyenneté” – obywatelskość i „grand âge” – wiek starszy) jest zapewnienie osobom starszym szansy wypowiedzenia się w ważnych dla nich kwestiach życia codziennego, co jest możliwe dzięki regularnym spotkaniom w ciągu całego roku.

Co roku projekt Citoyennage odbywa się w trzech etapach:

- ▶ W czasie seminarium regionalnego chętnie osoby starsze, będące pod opieką uczestniczących w projekcie placówek i ośrodków zapewniających opiekę domową, wybierają temat rozważań na dany rok.

Poruszano m.in. następujące zagadnienia:

- Animacja i życie społeczne,
- Rola i udział rodziny, relacje z otoczeniem,
- Jak pozostać obywatelem w domu opieki,
- Jak zachować otwarty umysł... by móc wciąż się rozwijać,

- Solidarność międzypokoleniowa,

- ▶ Uczestnicy pracują nad danym zagadnieniem przez szereg tygodni, spotykając się w swoich placówkach i uczestnicząc w spotkaniach osób z różnych ośrodków.
- ▶ Organizowane są 2-3 dniowe konferencje regionalne, odbywające się w przytulnym miejscu poza placówkami opieki, tak by uczestnicy mogli pogłębić dyskusję na wybrany temat.

W wyniku takich corocznych spotkań powstają raporty zawierające konkretne zalecenia i propozycje, które mogą być następnie wdrażane przez członków Citoyennage w poszczegól-

Misją Citoyennage (nazwa projektu powstała ze skrótu słów „citoyenneté” – obywatelskość i „grand âge” – wiek starszy) jest zapewnienie osobom starszym szansy wypowiedzenia się w ważnych dla nich kwestiach życia codziennego, co jest możliwe dzięki regularnym spotkaniom w ciągu całego roku.

nich placówkach i ośrodkach zapewniających opiekę domową.

Konkretne działania

- ▶ Ośrodki biorące udział w projekcie: organizacja wstępnych spotkań, finansowanie konferencji (wynajem, noclegi etc.), wskazanie osoby odpowiedzialnej za projekt.
- ▶ Kształcenie specjalistów: podczas seminariów organizowane są 2-3-dniowe szkolenia dla opiekunów osób starszych.
- ▶ Subwencje: wsparcie finansowe organizacji lokalnych, fundacji.

Konkretne działania

Dla osób starszych Citoyennage jest sposobem na zwiększenie autonomii i aktywności, pozwalając im wpływać bezpośrednio na jakość własnego życia. Projekt tworzy przestrzeń dla zabierania głosu i wymiany doświadczeń, wzmacnia relacje społeczne i kontakty między placówkami opieki i ośrodkami zapewniającymi opiekę domową, umożliwiając promowanie dobrych praktyk. Dzięki Citoyennage w poszczególnych strukturach można też wyłonić potencjalnych kandydatów do CVS (Rad ds. życia społecznego).

Opiekunom projekt Citoyennage daje szansę na wysłuchanie drugiej strony, nabranie dystansu i poddanie refleksji własnej praktyki zawodowej. To także inny sposób na nawiązywanie więzi z podopiecznymi.

Dyrektorom ośrodków projekt pozwala na poprawę jakości działań, dając możliwość przywrócenia seniorom należnego im miejsca.

Dbanie o rozwój projektu

- ▶ Zapewnienie jak najlepszej promocji projektu, tak by zmobilizować jak najwięcej osób.
- ▶ Zadbanie o to, by w poszczególnych placówkach projekt nabrał konkretnych kształtów i własnej dynamiki.
- ▶ Tworzenie takich raportów z corocznych konferencji, które zawierają konkretne propozycje, możliwe do wdrożenia przez osoby starsze i odpowiednio placówki.

Podsumowanie

Citoyennage pozwala nam w pewnym sensie odwrócić role: tym razem to osoby starsze mówią, a opie-

kunowie ich słuchają. Projekt ten jest jednak korzystny dla wszystkich. Seniorzy odzyskują możliwość działania, opiekunowie doświadczają innego typu, często bardzo stymulu-

cej relacji z podopiecznymi, a dyrektorzy placówek opieki zyskują impuls do nowych działań w swoich instytucjach. ■

Dla osób starszych Citoyennage jest sposobem na zwiększenie autonomii i aktywności, pozwalając im wpływać bezpośrednio na jakość własnego życia. Projekt tworzy przestrzeń dla zabierania głosu i wymiany doświadczeń, wzmacnia relacje społeczne i kontakty między placówkami opieki i ośrodkami zapewniającymi opiekę domową, umożliwiając promowanie dobrych praktyk.



Niezbędnik pielęgnacji osób z inkontynencją

MARTA MALESZEWSKA
Ekspert Seni

W wielu placówkach to rodzina podopiecznego dostarcza produkty pielęgnacyjne – szampony, chusteczki do oczyszczania skóry, kremy ochronne. Nie zawsze są to produkty dostosowane do stanu zdrowia i potrzeb podopiecznego. Oddanie osoby bliskiej do domu opieki jest często nowym doświadczeniem i rodzinie brakuje odpowiedniej informacji o potrzebach osoby wymagającej profesjonalnej opieki.



Rodzina często kieruje się swoim doświadczeniem i dostarcza takie produkty, których sama używa. Niejednokrotnie są to typowe produkty drogeryjne, kierowane do szerokiego grona odbiorców, lub produkty znane z pielęgnacji niemowląt. Skojarzenie z produktami używanymi do mycia i ochrony skóry niemowląt nasuwa się automatycznie, ponieważ przebywanie w zakładach opiekuńczych często oznacza stan wymagający używania różnego typu produktów chłonnych. Tymczasem skóra osób dorosłych, a zwłaszcza starszych, nie tylko ma inną strukturę i potrzeby, ale też wymaga oczyszczania na większej powierzchni.

Najlepszym przykładem są chusteczki pielęgnacyjne. Chusteczki dziecięce mają przeważnie powierzchnię 10x15 cm, a zdarza się, że rodzina przynosi jeszcze mniejsze chusteczki (np. przeznaczone do odświeżania lub do higieny intymnej). Takie chustecz-

ki są najczęściej dostępne w popularnych supermarketach i najbardziej rozpoznawalne. Wiele osób nie wie natomiast o istnieniu dużych chusteczek pielęgnacyjnych dedykowanych specjalnie dla dorosłych. Są one dostępne m.in. w ofercie producentów pieluchomajtek dla osób dorosłych takich jak Seni. Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care są dwukrotnie większe od tradycyjnych chusteczek dziecięcych – mają powierzchnię 20x30 cm, porównywalną do wielkości kartki papieru A4. Dzięki temu jedna chusteczka dla dorosłych może oczyścić dużą część skóry, co jest wygodne dla opiekuna/pielęgniarki/sanitariusza, ponieważ szybko (nawet jednym ruchem) można oczyścić skórę okolic intymnych.

Rodziny mieszkańców domów opieki mogą kupić chusteczki pielęgnacyjne Seni Care w sklepach medycznych, aptekach lub w sklepach internetowych. Ich cena – 10-14 złotych za opakowanie 80 sztuk – wydaje się wysoka w stosunku do ceny chusteczek dziecięcych – 4-6 złotych za opakowanie ok. 60 sztuk. Warto jednak pamiętać, że jedna chusteczka dla dorosłych może zastąpić 4 chusteczki dziecięce, więc opakowanie chusteczek Seni Care (80 szt.) wystarczy na dłużej – na czas, w którym zużyte zostałyby ok. 5-6 opakowań chusteczek dziecięcych. Chusteczki pielęgnacyjne dla dorosłych są więc bardziej ekonomicznym sposobem dbania o higienę osób dorosłych.

Chusteczki Seni Care dostępne są w opakowaniu z plastikowym zamknięciem (klapką), dzięki czemu pozostają szczelnie zamknięte i dłużej zachowują odpowiednią wilgotność. Są odpowiednie dla wrażliwej skóry (hipoalergiczne) i przebadane dermatologicznie, a dzięki przyjaznemu dla skóry pH 5,5 delikatnie oczyszczają, nie niszczą warstwy ochronnej skóry. Nie zawierają alkoholu, parabenów oraz formaldehydów. Występują w dwóch wariantach.

Dla osób wrażliwych na intensywne zapachy odpowiednie będą chustecz-

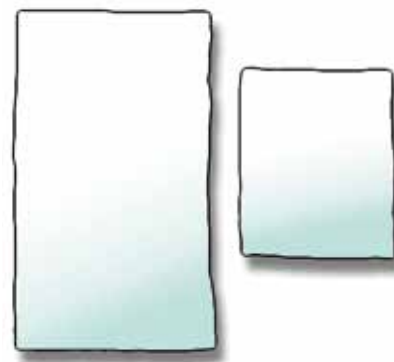
Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care są dwukrotnie większe od tradycyjnych chusteczek dziecięcych – mają powierzchnię 20x30 cm, porównywalną do wielkości kartki papieru A4. Dzięki temu jedna chusteczka dla dorosłych może oczyścić dużą część skóry, co jest wygodne dla opiekuna/pielęgniarki/sanitariusza, ponieważ szybko (nawet jednym ruchem) można oczyścić skórę okolic intymnych.

ki Seni Care Sensitive, które nie zawierają dodatków perfumujących. Na rynku jest dostępnych niewiele produktów tego typu (nawet chusteczki dziecięce mają zazwyczaj dodatki zapachowe), dlatego warto zwrócić uwagę na te chusteczki. Dodatkowo, zawierają one alantoinę i aloes łagodzące podrażnienia wrażliwej skóry. Ten wariant chusteczek jest wykonany z grubszego, bardziej mięsistego materiału o specjalnej fakturze, który bardzo dobrze zbiera zabrudzenia. Seni Care Sensitive są dostępne w dużym opakowaniu (68 sztuk) z plastikowym zamknięciem.

Częste oczyszczanie skóry okolic intymnych jest niezbędnym elementem dbania o higienę osób z nietrzymaniem moczu. Oba rodzaje chusteczek pielęgnacyjnych są wygodnym rozwiązaniem przy codziennym myciu skóry bez użycia wody, które nie tylko nie wysusza skóry tak mocno jak woda z mydłem, ale też pozwala opiekunowi szybko zadbać o zabrudzoną skórę.

Innym produktem, szczególnie cenionym przez opiekunów, jest pianka Seni Care skutecznie oczyszczająca z pozostałości moczu i kału. Pianka zawiera Sinodor, który niweluje ich zapach na skórze, a przez to rozprzestrzenianie się w powietrzu, pozwalając zminimalizować nieprzyjemny zapach w placówce. Sinodor jest zawarty także w dwóch kremach ochronnych Seni Care (z arginina i tlenkiem cynku), które zabezpieczają skórę przed skutkami długotrwałego kontaktu z drażniącymi substancjami zawartymi w moczu i kale. Wszystkie te produkty stanowią niezbędny pielęgnacji dla osób z nietrzymaniem moczu i warto wska-

zywać je rodzinom jako podstawowe zaopatrzenie kosmetyczne. Będzie to z korzyścią zarówno dla podopiecznego, u którego skóra będzie w lepszej kondycji, jak i dla personelu, który będzie mógł sprawniej wykonać swoje obowiązki. ■



Rys. 1. Porównanie rozmiaru chusteczki SeniCare i chusteczki dla dzieci



**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