Forum Opieki Długoterminowej

medi

ISSN 1643 – 1308 nakład 3000 egz.

Kwartalnik nr 4(77)
październik 2018

21. Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej

Godność i indywidualność osoby zależnej

KOLEJNE ZMIANY W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

medi pazdziernik 2018_ost.indd 1 2018-11-08 02:35:17

seni®

Seni Active

Majtki chłonne dla osób ze średnim i ciężkim nietrzymaniem moczu.

- dyskretne i niewidoczne pod ubraniem
- jak zwykła bielizna
- łatwe do zakładania i zdejmowania
- nie krępują ruchów
- pozwalają skórze oddychać

Zamów bezpłatną próbkę na **seni.pl**

Seni Active - dostępne w wielu rozmiarach i chłonnościach.

Forum Opieki Długoterminowej

medi

Szanowni Państwo!

Oddajemy w Państwa ręce październikowy numer kwartalnika Medi. Bieżący numer rozpoczynamy od analizy kolejnych, bardzo istotnych zmian przepisów dotyczących działalności DPS. Przez zawiłości aktualnie projektowanych zmian oraz ich konsekwencje dla funkcjonowania placówek opieki długoterminowej, przeprowadzi nas Grzegorz Baranowski.

Miesiąc wrzesień upłynął pod znakiem 21 Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej – niezwykle inspirującej, pełnej dyskusji, rozwiązań i nowych doświadczeń, którymi dzielili się uczestnicy konferencji i profesjonaliści z całego świata. Na łamach Medi prezentujemy kilka z wielu ciekawych wykładów – serdecznie zapraszamy do lektury. Wydarzeniem towarzyszącym konferencji było Sympozjum *„Czas na dobrą zmianę w opiece długoterminowej”*, którego organizatorem był Związek Stowarzyszeń „Koalicja na Pomoc Niesamodzielnym”. Każdy uczestnik sympozjum miał okazję wysłuchać ekspertów, wziąć udział w dyskusji, jak również wyrazić swoje zdanie na dyskutowane tematy w elektronicznym głosowaniu. Szczegółowe wyniki głosowania przedstawi Prezes Związku Stowarzyszeń – Elżbieta Szwałkiewicz.

Szanowni Państwo, numer październikowy jest ostatnim w tym roku. Dziękujemy, że byliście Państwo z nami i serdecznie zapraszamy do tworzenia kolejnych numerów kwartalnika Medi razem z nami! Śledzisz na bieżąco zmiany w opiece długoterminowej, zainteresowało Cię ciekawe rozwiązanie, a może w Twojej placówce udało się wdrożyć jedno z nich? Podziel się tym z nami, zainspiruj czytelników Medi, napisz na maila: katarzyna.rozmus@tzmo.com.pl, a my chętnie zamieścimy Twoje spostrzeżenia na łamach kwartalnika Medi.

Zapraszamy do lektury!
Redakcja Medi

WYDAWCA:
Fundacja
Razem Zmieniamy Świat

PRARTNER WYDANIA:
TZMO SA
Producent wyrobów
pod markami Seni, Matopat, Bella

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

REDAKTOR:
Katarzyna Rozmus-Gazda
katarzyna.rozmus@tzmo.com.pl

PROJEKT GRAFICZNY I SKŁAD:
APP – POLE ZNAKU
Agata Wajer-Gądecka

ADRES REDAKCJI:
UL. ŻÓŁKIEWSKIEGO 20/26
87-100 TORUŃ
tel. 056612-32-93
fax. 056 612-35-83

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

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

SPIS TREŚCI
październik 2018

WYZWANIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

06 Kolejne projektowane zmiany przepisów dotyczących działalności DPS
Grzegorz Baranowski

10 21. Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej

14 Seminarium. Czas na dobrą zmianę w opiece długoterminowej
Elżbieta Szwałkiewicz

TEORIA I PRAKTYKA

17 Różnica między nocą a dniem. Regenerujący sen
Heather Johnson

21 Umożliwianie podejmowania pozytywnego ryzyka – model wspierania wyboru i aktywnego stylu życia w środowisku domu opieki
Jo Croft

24 Nowe podejście do starzenia się: to nie tradycyjny dom opieki dla babci
Daniel Levitt

27 Żywienie ma znaczenie – szczególnie u osób starszych
Katarzyna Jasińska

O TYM TRZEBA ROZMAWIAĆ

30 Godność i indywidualność osoby zależnej
Leszek Guga

DOBRE PRAKTYKI

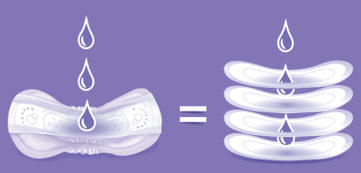
34 Zabezpieczenie zróżnicowanych potrzeb opiekuńczych niesamodzielnych osób starszych. Rozwiązania wdrażane w Szczecinie
Beata Bugajska

medi pazdziernik 2018_ost.indd 4 2018-11-08 02:35:20

seni®

Seni Lady

Dyskretny produkt na dyskretny problem



Wkładki urologiczne Seni Lady
są dużo bardziej chłonne
niż podpaski.

Zamów bezpłatną próbkę na **senilady.pl**

Kolejne projektowane zmiany przepisów dotyczących **działalności DPS**

GRZEGORZ BARANOWSKI
Dyrektor DPS dla Dorosłych w Bytomiu

Jeszcze nie uporaliśmy się z wdrożeniem rozwiązań o których mowa w ustawie z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw, a już niedługo należy przygotować się na zmiany dotyczące działalności domów pomocy społecznej oraz placówek zapewniających całodobową opiekę.

Na stronach Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w Warszawie ukazał się projekt zmiany ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Projekt znajdziecie Państwo na stronach internetowych BIP Ministerstwa, w zakładce pomoc społeczna/prawo/projekty aktów prawnych. Po wejściu w życie tychże przepisów – w proponowanym kształcie – zmienią zasadniczo pewne obszary działalności DPS, placówek całodobowych oraz innych instytucji realizujących zadania nadzoru nad działalnością tychże placówek.

Co zmieni się w działalności DPS?

Rewolucyjną zmianą w działalności DPS zaplanowaną w ramach niniejszego projektu będzie pojawienie się

medi pazdziernik 2018_ost.indd 6 2018-11-08 02:35:26

delegacji ustawowej dotyczącej możliwości prawnej uregulowania zasad zgłaszania przez mieszkańców wyjść poza teren DPS (dodanie w art. 55 ust. 2a). Warto zaznaczyć, iż do dnia dzisiejszego DPS-y regulują przedmiotowe kwestie w sposób samodzielny, jednak bez wyraźnej delegacji ustawowej. Wejście w życie niniejszego przepisu po raz pierwszy umożliwi uregulowanie tych kwestii, w sposób oparty na konkretnej podstawie prawnej. Zatem zmiana ta jest jak najbardziej pożądaną zmianą regulującą po wielu latach, tą jakże kontrowersyjną kwestię.

Ustawodawca przewiduje również dodanie przepisów umożliwiających dyrektorom DPS ograniczenie samodzielnego opuszczania domów przez mieszkańców z zaburzeniami psychicznymi, u których brak opieki zagraża ich zdrowiu lub życiu. Warto zaznaczyć, iż przepis ten nie dotyczy typów domów, a mieszkańców spełniających kryteria osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, w każdym typie domu. Oznacza to, iż w każdym z domów będzie istniała możliwość ograniczenia wyjść poza teren DPS mieszkańcowi spełniającemu kryteria o których mowa w projektowanym art. 55 ust. 2b.

Ustawodawca szczegółowo opisuje też sposób realizacji tego ograniczenia, określając tryb, wymogi i niezbędne formalności związane z pojawieniem się tego ograniczenia. Planowane zapisy ilustruje poniższa tabela.

Projekt zmiany ustawy zawiera również zmiany w przepisach dotyczące zasad wydawania decyzji o skierowaniu i ustaleniu odpłatności za pobyt w DPS, dotyczy to zarówno organów gminy jak i marszałków województwa – w przypadku domów o zasięgu regionalnym. Projektowane przepisy doprecyzowują również sposób postepowania podmiotów ustalających odpłatność w przypadku niewywiązywania się lub uchylania od ponoszenia odpłatności przez osoby zobowiązane do ponoszenia odpłatności za pobyt w DPS, a także zasady ich zwalniania z odpłatności.

Tab. 1.
Przegląd projektowanych zmian ustawy oraz ich konsekwencje dla DPS

OBOWIĄZUJĄCE ZASADY	PODSTAWA PRAWNA	KONSEKWENCJE DLA DPS
Konieczność pozyskania zaświadczenia lekarskiego	Art. 55 ust. 2b	Podstawą ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania DPS będzie zaświadczenie lekarskie uzasadniające zasadność takiego ograniczenia.
Zakres czasowy ograniczenia	Art. 55 ust. 2c	Ograniczenie ma mieć zawsze charakter czasowy, nie dłużej niż na okres 6 m-cy.
Forma ograniczenia i tryb informowania o ograniczeniu	Art. 55 ust. 2d i 2 e	Ograniczenie musi mieć formę pisemną, skierowaną do osoby której dotyczy, wskazującej okres na jaki jest wydawane, uzasadnienie dokonania ograniczenia oraz pouczenie o możliwości dokonania odwołania. Informacja musi być doręczona mieszkańcowi którego to ograniczenie dotyczy lub przedstawicielowi ustawowemu.
Obowiązek informowania sądu opiekuńczego	Art. 55 ust. 2f	Dyrektor DPS ma obowiązek poinformowania właściwego miejscowo sądu opiekuńczego o ograniczeniu wyjść w terminie 3 dni od daty doręczenia ograniczenia.
Możliwości odwoławcze od ograniczenia i termin określone dla sądu	Art. 55 ust. 2g i 2 h	Mieszkaniec którego ograniczenie dotyczy, w tym mieszaniec ubezwłasnowolniony, przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny w linii prostej, rodzeństwo oraz opiekun faktyczny będą mogli występować z wnioskiem o uchylenie ograniczenia. Sąd będzie miał maksymalnie 14 dni na przeprowadzenie rozprawy w zakresie rozpatrzenia wniosku o uchylenie ograniczenia.
Skutki ograniczenia nałożonego na mieszkańca niezgodnie z prawem	Art. 55 ust. 2i	Projekt przewiduje również odpowiedzialność podmiotu prowadzącego DPS za niezgodne z prawem działania ograniczające. Oznacza to wprost odpowiedzialność odszkodowawczą.

medi pazdziernik 2018_ost.indd 7 2018-11-08 02:35:26

W ramach zaplanowanych zmian w przepisach pojawiają się przepisy porządkujące tryb pozyskiwania zezwoleń na prowadzenie placówek całodobowych, ale także tryb cofania przez Wojewodę wydanych uprzednio zezwoleń na prowadzenie placówek.

Rewolucyjne zmiany w działalności placówek zapewniających całodobową opiekę

Prawdziwa rewolucja dotyczy działalności o której mowa w art. 67 – 69 ustawy o pomocy społecznej, tj. prowadzenia działalności gospodarczej lub statutowej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku.

W ramach zaplanowanych zmian w przepisach pojawiają się przepisy porządkujące tryb pozyskiwania zezwoleń na prowadzenie placówek całodobowych, ale także tryb cofania przez Wojewodę wydanych uprzednio zezwoleń na prowadzenie placówek.

Projekt przewiduje analogiczne rozwiązania w zakresie zasad ograniczenia samodzielnego opuszczania placówki przez mieszkańca, jak opisany powyżej zakres ograniczenia obowiązujący w DPS. Przepisy przewidują również nieznaczne zmiany w standardzie usług bytowych obowiązujących w placówce, jednak ustalona zostaje również górna granica liczby miejsc w jednym budynku placówki zapewniającej całodobową opiekę na maksymalną ilość 100 mieszkańców.

Ustawodawca planuje również wprowadzenie normy prawnej ograniczającej możliwość umieszczania w placówkach całodobowych osób niepełnoletnich. Natomiast w przypadku osób całkowicie ubezwłasnowolnionych niezbędne będzie pozyskanie pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego, po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, właściwego miejscowo ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubezwłasnowolnionej.

Ostatnia planowana zmiana w przepisach w zakresie zasad prowadzenia placówek całodobowych dotyczy postulatów podnoszonych od przeszło 14 lat, jakim było wprowadzenie standardów zatrudnienia w placówkach całodobowych. Proponowane standardy mają charakter jakościowy (wskazujący wprost na kwalifikacje zatrudnianej kadry), jak i ilościowy (ustalający minimalne wymagania w zakresie wymiaru czasu pracy zatrudnianych pracowników). Ustawodawca zamierza wprowadzić dwa przepisy dotyczące

medi pazdziernik 2018_ost.indd 8 2018-11-08 02:35:32

zatrudnienia w placówkach. Zatem w art. 68a po pkt 3 proponuje się dodanie pkt 4 i pkt 5, które brzmią:

„4) do wykonywania czynności, o których mowa w art. 68 ust. 1 pkt 1, zatrudniać osoby posiadające kwalifikacje niezbędne do wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego, opiekuna w domu pomocy społecznej, opiekuna osoby starszej, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, opiekuna medycznego, albo osoby posiadające udokumentowane co najmniej 2-letnie doświadczenie zawodowe polegające na świadczeniu usług opiekuńczych osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku oraz ukończone szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy ;

5) zatrudniać osoby, o których mowa w pkt 4, w wymiarze 1/3 pełnego wymiaru czasu pracy na jedną osobę przebywającą w placówce, nie mniej niż w wymiarze 4,5 pełnego wymiaru czasu pracy, z tym że osobę fizyczną prowadzącą placówkę spełniającą warunki, o których mowa w pkt 4, zalicza się w wymiarze 1/2 pełnego wymiaru czasu pracy, a w przypadku prowadzenia więcej niż jednej placówki zalicza się w wymiarze 1/2 pełnego wymiaru czasu pracy tylko w jednej placówce."

Jak łatwo dostrzec, zaproponowane wymogi standardu zatrudnienia w placówkach są niższe niż przewidziane dla domów pomocy społecznej, jednak niewątpliwie jest już to znaczący postęp w profesjonalizacji usług realizowanych na rynku placówek całodobowych w Polsce.

Niewielka, jednak bardzo oczekiwana zmiana

Na koniec warto zaznaczyć, iż ustawodawca przewiduje również dokonanie zmian ustępu 4, w artykule 107 ustawy o pomocy społecznej. Proponowana zmiana wychodzi naprzeciw wielu postulatom dyrektorów i pracowników socjalnych DPS w zakresie częstotliwości przeprowadzania wywiadu środowiskowego z osobami zamieszkującymi w DPS. Zgodnie z proponowanym zapisem: *„W przypadku osób korzystających ze stałych form pomocy aktualizację sporządza się nie rzadziej niż co 6 miesięcy, mimo braku zmiany danych, a w przypadku osób przebywających w domach pomocy społecznej – nie rzadziej niż co 12 miesięcy"*. Zmiana ta zdecydowanie usprawni i zracjonalizuje pracę pracowników socjalnych w DPS.

Podsumowując warto zaznaczyć, iż proponowane przez Ministerstwo zmiany w przepisach wpisują się w oczekiwania środowiska domów pomocy społecznej, zatem należy mieć nadzieję na wdrożenie przedmiotowych przepisów w jak najszybszej perspektywie czasow. ■

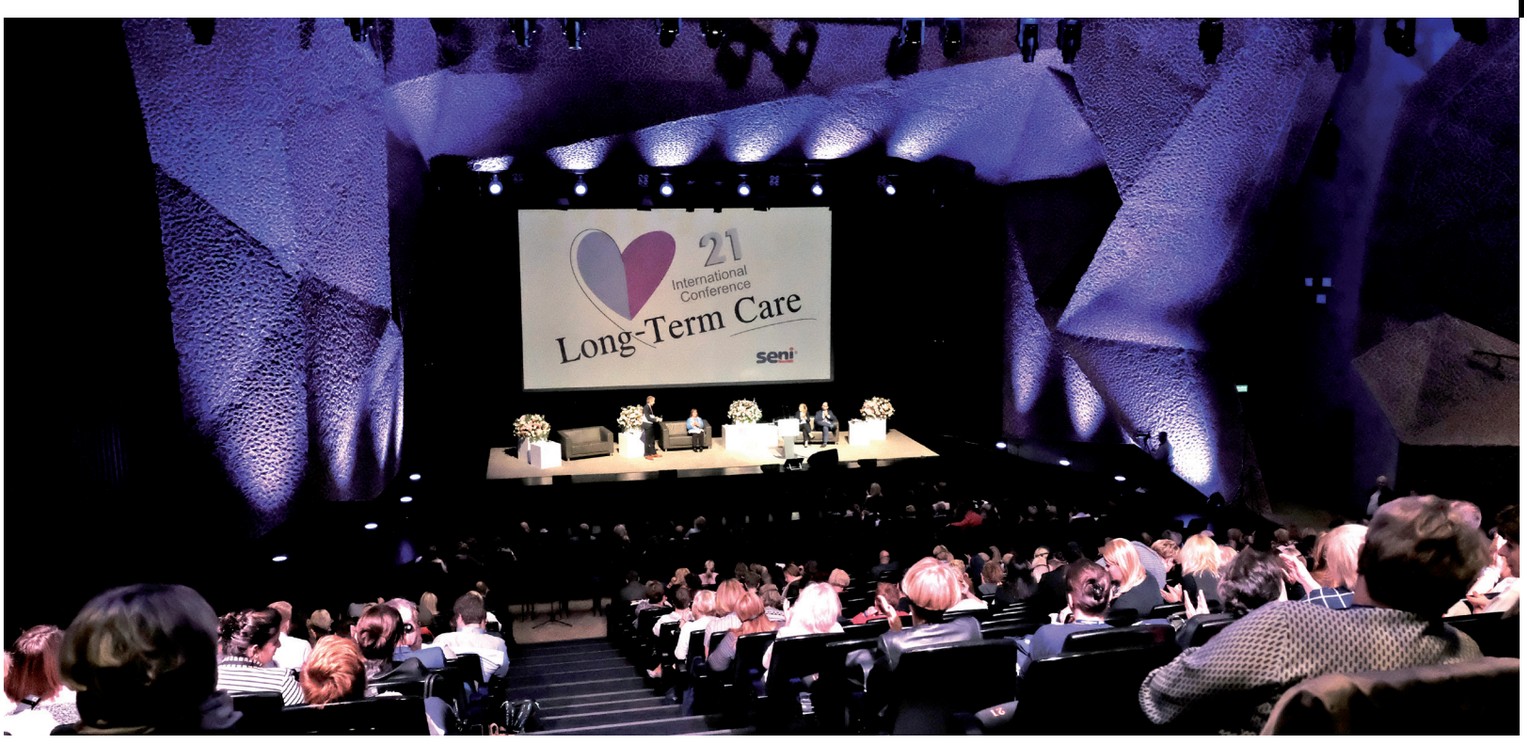
Proponowane standardy mają charakter jakościowy (wskazujący wprost na kwalifikacje zatrudnianej kadry), jak i ilościowy (ustalający minimalne wymagania w zakresie wymiaru czasu pracy zatrudnianych pracowników). Ustawodawca zamierza wprowadzić dwa przepisy dotyczące zatrudnienia w placówkach.

medi pazdziernik 2018_ost.indd 9 2018-11-08 02:35:38

21. Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej

Opieka długoterminowa. Czy jest jedna droga rozwoju?

W dniach 26-28 września 2018 roku Toruń stał się światową stolicą opieki długoterminowej. Dlaczego? Ponad tysiąc uczestników z 25 krajów wzięło udział w Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej. Dyrektorzy domów pomocy społecznej, zakładów opieki długoterminowej i profesjonaliści związani z tematyką opieki długoterminowej spotkali się w Toruniu, by rozmawiać, dyskutować, a przede wszystkim inspirować się rozwiązaniami wdrażanymi w kraju i na świecie.



medi pazdziernik 2018_ost.indd 10 2018-11-08 02:35:50

Prof. Dan Levitt – prelegent, Dyrektor Tabor Village, członek zarządu Global Aging Network, Kanada

Myślę, że jest to jedna z najważniejszych konferencji na świecie, a zwłaszcza w Europie. W tej konferencji bierze udział ponad 1000 osób i wszyscy stawiają pytania dotyczące przyszłości opieki długoterminowej. Czy jest jedno rozwiązanie, czy powinniśmy iść każdy w innym kierunku? Przyglądamy się najlepszym praktykom z całego świata, mamy więc profesjonalistów z USA, Kanady, Japonii, z całej Europy oraz Anglii.

Mam zaszczyt zaprosić na konferencję w 2019 roku Fenomenalnie spędzicie tu czas, spotkacie kolegów z całego świata a zwłaszcza środkowej Europy. Wiele się nauczycie, poznacie najbardziej innowacyjne kierunki w opiece nad osobami starszymi. Konferencja jest wspaniale zorganizowana i prawdopodobnie nigdzie nie spotkacie w jednym miejscu większej liczby osób związanych z opieką długoterminową niż na tej konferencji.

Agnieszka Cysewska – Dyrektor, Dom Pomocy Społecznej w Sopocie

Konferencje Fundacji TZMO w Toruniu to zawsze duże wydarzenie dla całego środowiska pomocy społecznej, ochrony zdrowia i wsparcia dla osób niesamodzielnych.

W tym roku nie było inaczej: interesujące wykłady, ciekawi goście z Polski i z zagranicy oraz wiele świetnie zorganizowanych okazji do integracji i wymiany doświadczeń.

Do niezwykle inspirujących zaliczał się wykład Jo Croft z Anglii. Opieka nad chorymi na Alzheimera jest bardzo trudna. Dla bezpieczeństwa ograniczamy ich swobodę, żeby nie robili sobie krzywdy, zamykamy ich w coraz mniejszej przestrzeni. Jo Croft pokazała, że po rzetelnej ocenie sytuacji możliwe jest podjęcie ryzyka i wyjście ze strefy, która wydaje nam się niezbędna dla zachowania bezpieczeństwa.

Bezpieczna przestrzeń, stały harmonogram dziennych aktywności, powtarzalność zdarzeń są niezbędne w procesie leczenia i w terapii chorych otępiennie. Organizujemy im życie według naszych najlepszych intencji, ale czy pytamy, czego chcą? Może jednak mają odwagę, by zaryzykować i czasem wyjść z ograniczonej, bezpiecznej przestrzeni?

Wszystkie materiały konferencyjne oraz wykłady dostępne są na stronie: ***www.mkod.pl*** *oraz na kanale You Tube:* ***International Long-Term Care Conference in Torun***

medi pazdziernik 2018_ost.indd 11 2018-11-08 02:36:05

Konferencje Fundacji TZMO w Toruniu to zawsze duże wydarzenie dla całego środowiska pomocy społecznej, ochrony zdrowia i wsparcia dla osób niesamodzielnych. W tym roku nie było inaczej: interesujące wykłady, ciekawi goście z Polski i z zagranicy oraz wiele świetnie zorganizowanych okazji do integracji i wymiany doświadczeń.

Dodatkowo niestandardowe aktywności, jak jazda konna, czy lot balonem mogą stać się niezwykle satysfakcjonujące dla podopiecznych i ich opiekunów. Warto spróbować, warto zaryzykować. To była bardzo inspirująca prezentacja i zachęta do dyskusji.

Jak chronić się przed agresją i pomówieniami, a jednocześnie być otwartym na media, zwłaszcza lokalne, jak informować o naszych placówkach i naszej pracy? Dawać jasny przekaz nawet w nagłej, stresującej sytuacji? Skoro słowa kształtują rzeczywistość, to jak je przekazywać w sposób przystępny, jasny i bez niepotrzebnych emocji? Jeroen van den Oever z Holandii omawiając kwestie wizerunku domów opieki, przypomniał o roli rodzin podopiecznych. Zaproponował codzienną współpracę z bliskimi, aby żyli życiem DPSu, nie byli tylko jego gośćmi. To szansa na zmniejszenie poczucia stresu zarówno u nich, jak i ich bliskich zamieszkałych w domach opieki.Zamieszkanie w domu opieki jest trudną decyzją nie tylko dla Polaków. Na całym świecie dzieci chorych rodziców mają poczucie winy prowadzące do napięć z pracownikami DPSów. Współpraca z rodzinami eliminuje stres seniorów i ich rodzin, pokazuje możliwości instytucji, jak wyposażenie w sprzęty pomocnicze, których w prywatnych domach nie ma, pokazuje profesjonalizm placówki. Właśnie rodziny i wolontariusze mogą być najlepszymi ambasadorami domów pomocy społecznej. Wpuśćmy ich do środka, współpracujmy codziennie, aby żyli życiem DPSu, aby włączali się nawet w drobne, bieżące sprawy seniorów. Pokazujmy, co robimy, wyjaśniajmy dlaczego takie metody terapeutyczne, a nie inne wprowadzamy w naszych placówkach.

Wiedza to postawa do pozbycia się lęku i niepewności o to, czy dobrze robimy.

Prof. Anna Wilmowska – Pietruszynska w swojej prezentacji pokazała liczne dane statystyczne dotyczące demografii, zdrowia, pracowników w służbie zdrowia i pomocy społecznej. Jasno z nich wynika, że będziemy mieć coraz więcej pracy.

Elżbieta Kubicka – Główny specjalista, Dom Pomocy Społecznej Nr 1 w Gorzowie Wlkopolskim

Już 12 razy uczestniczyłam w Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej. Wrzesień bez Torunia? Byłby uboższy :) Zawsze jest to dla mnie święto, źródło inspiracji zawodowych. Co jest olbrzymią wartością tych spotkań, to także możliwość

medi pazdziernik 2018_ost.indd 12 2018-11-08 02:36:09

porównania rodzimych rozwiązań organizacji pomocy osobom zależnym z różnymi systemami z innych państw. Ciekawe wykłady, ludzie z pasją skutecznego pomagania, którym zależy, aby rozwiązania systemowe, organizacyjne, edukacyjne na rzecz osób niesamodzielnych ewaluowały we właściwym kierunku. No i towarzyszące Konferencji zaplecze firm produkujących sprzęt medyczny, oprogramowanie, producenci artykułów leczniczych, odżywczych itd., – zawsze coś nowego tu można zobaczyć, a później tylko starać się o pieniądze na zakup do własnego DPS. Spotkania z ludźmi z „branży" długoterminowej z całego kraju i świata w kuluarach – bezcenne. Organizatorom Konferencji należą się wielkie słowa uznania i szacunku za poziom wydarzenia, jego oprawę i za to, co robią umiejętnie łącząc biznes z wrażliwością społeczną, ale też funkcją edukacyjną. ■

*Rozpoczęliśmy już pracę nad programem przyszłorocznej konferencji. Jedno jest pewne – **22 Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej** odbędzie się w Toruniu w dniach **18-20 września 2019 r.** Już teraz mogą Państwo wpisać tę datę do swoich kalendarzy!*

ORGANIZATOR

fundacja TZMO
razem zmieniamy świat

PARTNER

seni®

medi pazdziernik 2018_ost.indd 13 2018-11-08 02:36:23

SEMINARIUM

Czas na dobrą zmianę w opiece długoterminowej

ELŻBIETA SZWAŁKIEWICZ
Prezes Zarządu Związku Stowarzyszeń „Koalicja na Pomoc Niesamodzielnym"

Organizatorom konferencji, Fundacji TZMO „Razem Zmieniamy Świat" serdecznie dziękujemy za okazaną pomoc w zorganizowaniu sesji i przeprowadzeniu bardzo ważnego dla Koalicji spotkania z realizatorami opieki długoterminowej w trzecim dniu 21 Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej, poświęconej koncepcjom rozwoju opieki długoterminowej. Tym samym udzieliliście Państwo Związkowi Stowarzyszeń „Koalicja na Pomoc Niesamodzielnym istotnego wsparcia w prowadzonej przez Koalicję kampanii społecznej „Czas na dobrą zmianę w opiece długoterminowej".

Eksperckie wykłady wprowadziły uczestników Sesji w zagadnienia niepełnosprawności i niesamodzielności na tle stanu zdrowia ludności, systemu zabezpieczenia społecznego, problemów kadrowych w opiece długoterminowej i oczekiwań społecznych. Z wykładów tych były wyłonione istotne kwestie wobec których osoba uczestnicząca mogła wyrazić swoje zdanie w formie elektronicznego głosowania jak również zorientować na ile jej poglądy są podzielane przez innych uczestników Sesji.

W elektronicznej dyskusji wzięli udział przedstawiciele różnych zawodów: pielęgniarki (53,8%), lekarze (7,7%), opiekunowie medyczni (3,8%), inne zawody (34,6%). Większość z nich pracuje w DPS (31%), a pozostali w ZOL/ZPO (20,7%), w szpitalu (20,7%), w domu pacjenta (3,4%) i innych miejscach (24,1). Świadczeniodawcy, zarządzający pracownikami (72%) są żywotnie zainteresowani jakie kierunki zmian zaproponują politycy i centralne władze w odpowiedzi na wyzwania demograficzno-epidemiologiczne. Większość opowiedziała się za zróżnicowaniem stanu niesamodzielności, czyli niezdolności do samodzielnej egzystencji na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Niepełnosprawności, Funkcjonowania i Zdrowia (WHO ICF) uznając, że jest ona niezbędna do orzekania o stopniu niezdolności do samodzielnej egzystencji (48,1%), a także umożliwi wyodrębnienie nowego ryzyka społecznego (39,8%) i stanowi podstawę reformy systemu opieki długoterminowej (54,6%). Tylko nieliczni (2,8%) uważają, że zróżnicowanie poziomu niesamodzielności nie wpłynie na politykę społeczną i poprawę sytuacji życiowej osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Wyraźnie wybrzmiał niepokój wywołany systematycznie pogarszającą się sytuacją finansową i kadrową w DPS oraz opiece długoterminowej. Ryzyko stąd płynące w całości jest przerzucone na świadczeniodawców oraz osoby niesamodzielne i ich opiekunów. Od lat dyskutuje się o utworzeniu funduszu pielęgnacyjnego, który zdaniem uczestników Sesji umożliwi stworzenie stabilnego źródła finansowania wsparcia osób niesamodzielnych (62%) i ułatwi racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi i wzmocni profilaktykę skutków chorób lub urazów (33,3%). Zdecydowana mniejszość uważa, że wprowadzenie funduszu pielęgnacyjnego może ograniczyć wsparcie społeczne dla osób z lekkim i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (11,1%) oraz dostępność do opieki długoterminowej

medi pazdziernik 2018_ost.indd 14 2018-11-08 02:36:23

finansowanej ze środków publicznych (14,8%). Stosunkowo dużo osób nie miało własnego zdania na ten temat.

Na potrzebę wprowadzenia zmian wskazuje także wyrażony pogląd, że polityka państwa w zakresie zabezpieczenia osób niesamodzielnych potrzebujących wsparcia wymaga reformy, opartej na indywidualizacji wsparcia społecznego, orzekanego na bazie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (WHO ICF) 83,7 %. Tylko niewielki odsetek twierdził, że polityka odpowiada na obecne postulaty osób niesamodzielnych oraz ich opiekunów (3,3%), jest adekwatna do możliwości aktualnie dostępnych środków publicznych (14,1%) oraz środków prywatnych (2,2%).

Uznano także, że jest potrzebna zmiana ustawy o pomocy społecznej, gdyż z uwagi na specyfikę wsparcie powinno być interdyscyplinarne i wymagające koordynacji świadczeń realizowanych przez różne resorty (74,1%) a z obecnej ustawy powinno być wyodrębnione wsparcie osób niesamodzielnych (38,9%). Część osób uważa, że nie trzeba zmian a wystarczy tylko zwiększyć poziom finansowania (11,1%).

Wielu problemów upatruje się także w tym, że w Polsce pojęcie opieki długoterminowej kojarzy się z opieką medyczną oddzieloną od opieki socjalnej i usług opiekuńczych świadczonej w systemie pomocy społecznej. Uczestnicy uznali, że opiekę długoterminową należy rozumieć przede wszystkim jako:

- zbiór działań medycznych i poza medycznych mających wpływ na funkcjonowanie i sprawność osób potrzebujących długotrwałej opieki (56,5%),
- usługi medyczne i opiekuńcze świadczone stacjonarnie lub w domu w długim okresie czasu (53,7%),
- długotrwałe leczenie, opiekę i pobyt w zakładach leczniczych (8,3%),
- długotrwały lub stały pobyt w placówkach opiekuńczych (15,7%).

Za warunki kluczowe dla poprawy jakości opieki w kontekście narastających problemów kadrowych w zakładach leczniczych i domach pomocy społecznej, uznano zwiększenie wynagrodzenia opiekunów oraz pielęgniarek.

Wypowiadano się także na temat kierunków jakie powinna obrać reforma opieki długoterminowej, i tak pierwszeństwo przyznano zwiększeniu poziomu finansowania (62,5%), a następnie zmianie charakteru świadczeń poprzez skoncentrowanie się tylko na pielęgnacji, opiece i nadzorze pielęgniarskim, przy zapewnieniu opieki lekarskiej na zasadach ogólnych (43,3%), zmianie kryteriów dostępności (28,8%) oraz wprowadzeniu długoterminowej opieki medycznej koordynowanej przez szpitale (11,5%). Uznano również, że usługi opiekuńcze powinny być standaryzowane gdyż środki publiczne powinny być wydatkowane na precyzyjnie opisany produkt a osoba niesamodzielna powinna otrzymać efektywne wsparcie, odpowiednie do jej stanu (58,7%) na poziomie jakości usług akceptowanym społecznie (56,9%). Jednak duża grupa zajęła stanowisko, że nie powinno być standaryzacji usług opiekuńczych gdyż osoba niesamodzielna lub jej opiekun prawny powinni decydować jakiej potrzebują pomocy (11,9%) i nie ma środków wystarczających na standaryzowane wsparcie adekwatne do potrzeb społecznych (4,6%). Kolejnym poruszanym problemem była opieka pielęgniarska w DPS oraz pielęgniarska długoterminowa opieka domowa i związane z tym problemy kadrowe. Stwierdzono, że pielęgniarki powinny zlecać i nadzorować procesy pielęgnacyjne wykonywane przez opiekunów formalnych i nieformalnych (np. rodzina) oraz wykonywać świadczenia zdrowotne i zabiegi lecznicze zgodnie z ich kompetencjami (80,4%). Inne zdanie, że wszystkie czynności, łącznie z podstawową pielęgnacją powinny osobiście wykonywać pielęgniarki należało do zdecydowanej mniejszości (16,7%).

Za warunki kluczowe dla poprawy jakości opieki w kontekście narastających problemów kadrowych w zakładach leczniczych i domach pomocy społecznej, uznano zwiększenie wynagrodzenia opiekunów(50,9%) oraz pielęgniarek (34,8%). Celem

medi pazdziernik 2018_ost.indd 15 2018-11-08 02:36:29

jest podniesienie atrakcyjności obu zawodów i zwiększenie liczby pracowników odciążających pielęgniarki. Ponadto ważne są warunki pracy czyli zapewnienie właściwej przestrzeni pielęgnacyjnej, sprzętu wspomagającego, przestrzeganie bezpiecznych technik pracy oraz norm zatrudnienia pielęgniarek i opiekunów (35,7%). Zwrócono także uwagę na potrzebę uznania opieki domowej za podstawową formę opieki długoterminowej wraz z instytucjonalnym wsparciem opiekunów nieformalnych – rodzinnych (25%).

Problem odciążania pielęgniarek dotyczy kwalifikacji i kompetencji opiekunów do wykonywania czynności pielęgnacyjnych. Zdecydowana większość sądzi, że każdy dyplomowany opiekun ma wystarczające kwalifikacje do wspierania osoby niesamodzielnej (17,3%), ale musi przejść dodatkowe szkolenie dotyczące specyfiki miejsca przebywania osoby niesamodzielnej – np. szpital, ZOL, ZPO, DPS, mieszkanie prywatne (52,7%). Jednak pozostali uważają, że nie, gdyż opiekunowie mają różne podstawy programowe kształcenia (27,3%) i część opiekunów należy do tzw. zawodów pomocy społecznej a inni do zawodów medycznych (25,5%).

Podjęto także ogólny problem braku pielęgniarek w kontekście pielęgnacji podstawowej (świadczenie towarzyszące) i pielęgnacji specjalistycznej (świadczenie zdrowotne) pacjentów niesamodzielnych przebywających w zakładach leczniczych. Postawiono pytanie czy opiekun medyczny powinien mieć poszerzone kompetencje o wybrane czynności pielęgniarskie. Zdecydowania większość dopowiedziała twierdząco, ale pod warunkiem zdobycia dodatkowych kwalifikacji (40,2%), wykonywania czynności na zlecenie i w ramach odpowiedzialności pielęgniarki (10,7%), a w przypadku braku dodatkowych kwalifikacji opiekun może wykonać czynność pielęgnacyjną w wyjątkowych okolicznościach po uprzednio odbytym szkoleniu i na zlecenie pielęgniarki (47,3%). Jednak wiele osób stwierdziło, że kompetencje opiekuna powinny dotyczyć tylko podstawowej pielęgnacji i opieki (24,1%).

W dyskusji znalazły swoje miejsce także coraz bardziej odczuwalne problemy z zabezpieczeniem opieki mieszkańcom DPS, którzy wymagają stałej opieki pielęgniarskiej z powodu choroby przewlekłej. Zdecydowana większość uznała, że osoba ta powinna przebywać w ZOL/ZPO (47,8%) lub NFZ powinien pokryć koszty opieki medycznej, szczególnie pielęgniarskiej realizowanej w DPS (45,6%).

Także zastanawiano się, czy domy pomocy społecznej mogą poszerzyć swoją ofertę i zaproponować usługi pomocowe osobom niesamodzielnym mieszkającym w pobliżu DPS. Jedni twierdzili, że nie, gdyż wszystkie potrzeby DPS są pokrywane z budżetu samorządu i innych dotacji (15,9%), a DPS powinien koncentrować się tylko na potrzebach mieszkańców wyraziło(28,0%). Inni sądzą, że byłoby to źródło dodatkowych dochodów (23,4%), ale tylko w sytuacji gdy wszystkie zarobione przez DPS środki przeznaczone będą na jego potrzeby (50,5%).

Ponieważ potrzebę zmiany w opiece długoterminowej odczuwa większość osób z nią związanych, to zastanawiano się, kto powinien kierować reformą opieki długoterminowej i zdecydowana większość stwierdziła, że powinna to być specjalnie do tego powołana instytucja (np. pełnomocnik rządu ds. reformy opieki długoterminowej) (65,4%) i że jest potrzebna funkcja Konsultanta Krajowego do spraw opieki długoterminowej (87,4%) ■

medi pazdziernik 2018_ost.indd 16 2018-11-08 02:36:34

Różnica między nocą a dniem **regenerujący sen**

HEATHER JOHNSON
pielęgniarka, Empira, USA

Empira to konsorcjum dostawców usług dla starzejącej się społeczności, kierujące się ideą „wiedz więcej i rób to lepiej" w sposób, który polepsza doświadczenia związane z procesem starzenia się poprzez kultywowanie współpracy i transferu wiedzy. Nazwa „Empira" pochodzi od angielskiego słowa Empirical, które oznacza uczenie się dzięki wiedzy, doświadczeniu i obserwacji, a nie tylko z samego nabywania wiedzy.

Empira jest opartą o współpracę organizacją non-profit, działającą w celu poprawy jakości i składającą się z czterech dostawców usług wspomagających proces starzenia się, pochodzących z ponad 25 domów opieki na miejskich i wiejskich terenach Minnesoty. Członkami Empiry są takie jednostki, jak Presbyterian Homes and Services, Volunteers of America, St. Therese oraz Elim Care[1]. Organizacje te połączyły siły w 2001 roku, mając na celu wspólną wizję osiągnięcia doskonałości w zakresie wychodzenia naprzeciw i zaspokajania wyjątkowych potrzeb osób starszych poprzez praktyczne zastosowanie sprawdzonych rozwiązań, doświadczenie w zakresie usług związanych z procesem starzenia się oraz konsultacje z ekspertami w danej dziedzinie.

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

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

1 Wymienione organizacje zajmują się charytatywną pomocą i opieką nad osobami starszymi – przyp. tłum.

2 Program mający na celu udzielanie wsparcia osobom w podeszłym wieku i ich rodzinom – przyp. tłum.

medi pazdziernik 2018_ost.indd 17 2018-11-08 02:36:42

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

Przytoczone powyżej słowa Alberta Einsteina odnoszą się do zastosowania analizy przyczyn źródłowych (RCA[3]). RCA jest procesem wykorzystywanym, aby zrozumieć przyczyny problemu oraz czynniki, które prowadzą do generowanych przez niego skutków zanim dokona się wyboru co do właściwego działania zmierzającego do rozwiązania problemu. RCA ma zasadnicze znaczenie dla wprowadzania cennych zmian i ograniczania ponownego występowania problemów. Prowadzi to do rozwiązań i interwencji, które są trwałe, ponieważ są ukierunkowane na przyczynę problemu, a nie na jego skutki. RCA jest kluczowym elementem przy osiąganiu pomyślnych wyników we wszystkich naszych flagowych programach.

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

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

1. Dlaczego pacjent traci wagę?
Odpowiedź: Nie przyjmuje wystarczającej ilości kalorii.
2. Dlaczego nie przyjmuje wystarczającej ilości kalorii?
Odpowiedź: Bierze zaledwie kilka kęsów z każdego spożywanego posiłku.
3. Dlaczego bierze zaledwie kilka kęsów z każdego spożywanego posiłku?
Odpowiedź: Odczuwa ból podczas przeżuwania pokarmu.
4. Dlaczego odczuwa ból podczas przeżuwania pokarmu?
Odpowiedź: Ponieważ posiada ubytek w zębie.
5. Dlaczego posiada ubytek w zębie?
Odpowiedź: Ponieważ nie dba o higienę swojej jamy ustnej.

Kiedy już pozyskamy wszystkie informacje, jesteśmy w stanie określić, jakie czynności podjąć, aby poprawić istniejący stan rzeczy.
Leczenie – wyleczyć zęba.
Środki zapobiegawcze – zadbać o lepszą higienę jamy ustnej.

Co się stało w powyższym scenariuszu? Pacjent nie potrzebował

3 Ang. *root cause analysis*.

medi pazdziernik 2018_ost.indd 18 2018-11-08 02:36:46

suplementacji żywienia. Potrzebował pomocy w zakresie higieny jamy ustnej. Suplementacja żywienia mogłaby się początkowo sprawdzać, ale jaka byłaby tego cena w kwestii jakości życia pacjenta?

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

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

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

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

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

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

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

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

Rozwiązania i działania interwencyjne: unikać korzystania z alarmów

Pieluchomajtki o podwyższonej chłonności zapewniają spokojny, nieprzerwany sen dla osób z nietrzymaniem moczu.
Podwyższona chłonność i odczucie komfortu wpływa na długość oraz jakość snu podopiecznych. Ogranicza konieczność zmiany pieluchomajtki przez personel, dzięki czemu pozwala podopiecznym cieszyć się dłuższym, regenerującym snem.

Super Seni Plus dostępne w rozmiarach od XS do XXL

Super Seni Trio dostępne są w rozmiarach od S do XL

Super Seni Quatro dostępne są w rozmiarach od S do XL

medi pazdziernik 2018_ost.indd 19 2018-11-08 02:36:47

osobistych. W sposób naprzemienny układać grafik personelu sprawującego opiekę nad rezydentami, tak aby dopasować się do potrzeb rezydentów, którzy będą mogli zgodnie ze swoimi potrzebami budzić się i chodzić spać o określonym czasie. Unikanie przybywania do ośrodka dodatkowego personelu i rozpoczynania pracy przed godziną 8 rano. Unikać nocnych zmian personelu.

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

Rozwiązania i działania interwencyjne: włączanie świateł w korytarzu sterowane timerami (włączane o godzinie 8:00 i wyłączane o godzinie 20:00), w nocy korzystanie ze światła żółtego, lampek typu hug light lub innych, dyskretnych źródeł światła. Zapewnienie dostępu do światła dziennego o pełnym spektrum we wszystkich strefach wspólnych. Wszystkie zasłony okienne pozostawione otwarte w godzinach dziennych w celu upowszechniania cyklu dobowego oraz promowanie i zachęcanie rezydentów do aktywności na świeżym powietrzu i do spędzania czasu w dobrze oświetlonych częściach budynku.

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

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

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

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

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

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

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

www.empira.org

medi pazdziernik 2018_ost.indd 20 2018-11-08 02:36:53

UMOŻLIWIANIE PODEJMOWANIA pozytywnego ryzyka

model wspierania wyboru i aktywnego stylu życia w środowisku domu opieki

JO CROFT
pielęgniarka z ponad 25-letnim doświadczeniem
w zarządzaniu domami opieki w Australii i Wielkiej Brytanii,
menadżer jakości w ColtenCare Ltd, ANGLIA

Ogólnie mówiąc, opiekunowie oraz pracownicy opieki długoterminowej[1] z zapałem dążą do tego, aby stworzyć naszym podopiecznym odpowiednie warunki, które pozwolą im żyć pełnią życia tak, jak to tylko możliwe, oraz cieszyć się jego najwyższą jakością.

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

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

Poprzez użycie narzędzia o nazwie Ocena Pozytywnego Ryzyka, tą różnicą potrzeb można efektywnie zarządzać[2]. Narzędzie Oceny Pozytywnego Ryzyka może być zastosowane w różnorodnych miejscach opieki, w celu wsparcia rezydentów, którzy cierpią na zaburzenia uczenia, demencję, ograniczenia ruchowe, czy inne niepełnosprawności.

Prowadzenie aktywnego stylu życia jest ryzykowne, a my, jako w pełni sprawni dorośli ludzie, akceptujemy podejmowanie ryzyka jako część naszej codzienności. To bardzo przykre, gdy tak często profesjonaliści opieki zdrowotnej, pielęgniarki, czy opiekunowie, wypowiadają stwierdzenia takie jak „On nie może tego zrobić, ma demencję." Rodziny również często mają dobre

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

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

medi pazdziernik 2018_ost.indd 21 2018-11-08 02:36:53

Medyczna diagnoza fizycznej lub intelektualnej niepełnosprawności nie czyni automatycznie człowieka nieudolnym. Zdolności każdego człowieka, a co za tym idzie ryzyka stawiane przez ich konkretne niepełnosprawności, są całkowicie indywidualne i z tego powodu nasze podejście do planowania opieki, a w szczególności do naszej oceny i zarządzania ryzykiem musi być w taki sam sposób indywidualne.

intencje, ale wywierają niestosowną presję na rezydentów. Przykładem niech będzie córka, która mówi „Mamo, nie próbuj wstawać, zakręci ci się w głowie i się przewrócisz", tylko dlatego, że trzy miesiące wcześniej jej mama przewróciła się i rozdarła sobie skórę. Powodem wypadku była infekcja układu moczowego, którą wspomniana matka wtedy przechodziła, a która została skutecznie wyleczona, lecz jej córka nadal odczuwa wyolbrzymiony strach przed tym, że jej matka mogłaby znowu upaść. W żadnym z powyższych obrazowych przypadków wypowiedzi z ust opiekunów lub członków rodziny nie były faktycznie trafne. Medyczna diagnoza fizycznej lub intelektualnej niepełnosprawności nie czyni automatycznie człowieka nieudolnym. Zdolności każdego człowieka, a co za tym idzie ryzyka stawiane przez ich konkretne niepełnosprawności, są całkowicie indywidualne i z tego powodu nasze podejście do planowania opieki, a w szczególności do naszej oceny i zarządzania ryzykiem musi być w taki sam sposób indywidualne. Nie istnieje jedna uniwersalna, magiczna formuła, a zrównoważone podejście można osiągnąć tylko poprzez poszanowanie indywidualizmu każdej osoby. Proces planowania opieki musi skupiać się na ocenie możliwości danego rezydenta.

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

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

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

Należy podkreślać wagę szkolenia pracowników na temat używania narzędzia Oceny Pozytywnego Ryzyka jako części planu opieki indywidualnej. Jest to pomocne w pozbyciu się strachu w sytuacji, gdy coś pójdzie źle, oraz wspiera stworzenie kultury zarządzania pozytywnym ryzykiem. Z tego powodu, raczej niż skomplikowane i drobiazgowe (chociaż jest solidne, gdy się je odpowiednio zastosuje), Narzędzie Oceny Pozytywnego Ryzyka, które

medi pazdziernik 2018_ost.indd 22 2018-11-08 02:36:54

prezentuję, jest bardzo proste w użytku w odniesieniu do każdego rezydenta, gdy tylko chciałby on podjąć aktywność zawierającą element ryzyka i która nie była wcześniej objęta inną formą powszechnie używanej oceny ryzyka w planie opieki (na przykład Ocena Ryzyka Upadku, itd.).

Narzędzie to obejmuje następujące kluczowe elementy:

- Opis zidentyfikowanego ryzyka (zazwyczaj aktywność, w której rezydent chciałby wziąć udział).
- Naturę tego ryzyka (co w tej konkretnej aktywności może potencjalnie spowodować krzywdę).
- Rozpoznanie potencjalnych korzyści z podjęcia ryzyka – porównanie potencjalnych korzyści i krzywd korzystania z tego, a nie innego wyboru aktywności, w tym samym czasie odzwierciedlając aspiracje rezydenta w zgodzie z jego wartościami i wierzeniami, ponieważ nie możemy zapominać, że głównym celem tego narzędzia jest wspieranie naszych podopiecznych tak, aby mogli żyć w sposób, w jaki chcą, a nie w sposób, jaki chcemy my, na tyle, na ile jest to wykonalne.
- Zapis każdej rady udzielonej przez osobę wspierającą rezydenta co do podjęcia decyzji (np. pielęgniarkę czy innego pracownika opieki zdrowotnej lub socjalnej) i uczestnictwa rodziny i innych przedstawicieli jeśli to stosowne, ponieważ mogą oni chcieć być obecni podczas dyskusji i ich poglądy powinny zostać wzięte pod uwagę, a także należy się do nich odpowiednio ustosunkować. Jest to wspólny proces.
- Miara ryzyka (przy użyciu prostej, ale solidnej tabeli wskaźnika ryzyka).
- Identyfikacja i zgoda rezydenta lub jego/jej przedstawiciela na wszelkie środki zapobiegawcze, wymagane do zredukowania poziomu ryzyka, przy użyciu wszystkich dostępnych środków w celu zminimalizowania potencjalnej krzywdy. Wymaga to odrobiny myślenia lateralnego i pracy grupowej, a potrzeby muszą być konkretne dla jednostki i danych okoliczności.
- Dowód zgody (z odniesieniem do lokalnego ustawodawstwa).
- Odniesienia do jakichkolwiek innych istotnych aspektów planu opieki i zapewnienie, że plan ten jest w sposób odpowiedni przekazany wszystkim zaangażowanym oraz że jest regularnie recenzowany i oceniany (w celu zgodności z Procesem Pielęgnowania).

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

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

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

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

jocroftquality@gmail.com

medi pazdziernik 2018_ost.indd 23 2018-11-08 02:36:56

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

DANIEL LEVITT
Dyrektor Tabor Village, członek zarządu Global Aging Network, KANADA

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

medi pazdziernik 2018_ost.indd 24 2018-11-08 02:37:00

Nowa era

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

Mały dom

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

Miasteczko społeczne

Holenderskie Miasteczko Demencji (Dementia Village), podczas gdy zdobywało międzynarodową renomę, zmieniło postrzeganie tego, co ważne dla seniorów, pracowników i rodzin. Wszystkie cechy instytucji zniknęły. Długie korytarze zastąpiono bulwarami dla pieszych i ścieżkami do spacerów. Nie ma żadnych sterylnych, błyszczących podłóg odbijających światło lamp jarzeniowych. Żadni pomocnicy ubrani w stroje chirurga nie popędzają rezydentów do jadalni, żeby zdążyli na posiłek. Wyjątkowa jest tutaj awangardowa filozofia, według której wolność równa się szczęście. W Miasteczku Demencji wszędzie jest bezpiecznie. Nikt nie może opuścić społeczności niezauważony.

Bezpośrednio w sąsiedztwie jednej wspólnoty opieki nad seniorami znajduje się wielopokoleniowy kompleks mieszkaniowy, gdzie dzieci, dorośli i seniorzy żyją wspólnie w spółdzielni mieszkaniowej. Rada koncentruje się na usługach dla siebie nawzajem, jak również na usługach dla sąsiedniej rezydencji seniora.

Wspólnoty przyjazne seniorom

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

W Sydney w Australii, w starannie rozplanowanej dzielnicy, restauracja i ogródek kawiarniany serwują kawę i doskonałe menu dla gości w każdym wieku. Dzieci bawią się na świeżym powietrzu na sąsiednich placach zabaw, gdzie seniorzy patrzą w przyszłość, ciesząc się zwykłymi aktywnościami codziennego życia, których wcześniej byli pozbawieni w domach opieki dla

medi pazdziernik 2018_ost.indd 25 2018-11-08 02:37:05

Na całym świecie wprowadza się wiele nowatorskich rozwiązań dotyczących sposobów na zaspokojenie potrzeb klienta i opiekuna w domu, często wymagając ulepszonej integracji w systemie opieki zdrowotnej oraz wykorzystywania nowych technologii.

starszych osób. Miejscowi, włączając w to wielu aktywnych seniorów, przychodzą w tę okolicę renomy serwowania pysznych i tradycyjnych od pokoleń, regionalnych posiłków. Matka z jednym dzieckiem w wózku i drugim spacerującym obok wchodzi do budynku aby odebrać książki ze społecznej biblioteki, a później odbiera trzecie dziecko, które chodzi do przedszkola ulokowanego w rezydencji dla seniorów. Wspólnoty umiejscowione są w samym środku dzielnicy i są częścią większego miasteczka, a nie są ulokowane obok sterylnego szpitala serwującego szpitalne jedzenie w domu opieki.

Kolejny krok

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

medi pazdziernik 2018_ost.indd 26 2018-11-08 02:37:07

Żywienie ma znaczenie

szczególnie u osób starszych

ARTYKUŁ SPONSOROWANY

KATARZYNA JASIŃSKA
mgr inż. biotechnologii, Kierownik Produktów w kategorii żywienie doustne Fresenius Kabi

Właściwie zbilansowana dieta, zawierająca odpowiadającą potrzebom osób starszych ilość składników odżywczych, w tym białka i energii, warunkuje prawidłowe funkcjonowanie organizmu oraz dodaje sił i poprawia sprawność podczas wykonywania codziennych czynności.

Stan, w którym organizm nie otrzymuje z pożywieniem wystarczającej ilości składników odżywczych niezbędnych w zdrowiu i w chorobie, prowadzi do niedoborów pokarmowych i niedożywienia. Niedożywienie wpływa niekorzystnie na samopoczucie osoby starszej, prowadzi do licznych infekcji, powstawania odleżyn, utrudnia gojenie ran i przedłuża powrót do zdrowia po urazie czy operacji.

Przyczyny niedożywienia u osób starszych

Przyczyn niedożywienia u osób starszych jest wiele, a ich podstawą są liczne zmiany fizjologiczne zachodzące w procesie starzenia i przyczyniające się do zmniejszenia apetytu, utrudnionego połykania, rozdrabniania i poboru

medi pazdziernik 2018_ost.indd 27 2018-11-08 02:37:14

Zarówno choroby, jak i stosowane leki mogą powodować utratę apetytu i zaburzenia smaku, upośledzać trawienie pokarmów i wchłanianie substancji odżywczych.

pokarmów przez osoby starsze. Należy też zwrócić uwagę na proces sarkopenii, który jest naturalną częścią procesu starzenia, polegający na stopniowym, postępującym zmniejszeniu masy mięśniowej. Od 30 r. ż następuje utrata 8% masy mięśniowej w każdej dekadzie życia, a nasilenie procesu następuje po 70 r. ż. Sarkopenia sprzyja większej chorobowości, śmiertelności, osteoporozie i ryzykom złamań. Sarkopenia występuje u 29% starszych dorosłych żyjących niezależnie i u 14 do 33% starszych przebywających w domach opieki.

Duże znaczenie ma też wielochorobowość i związane z tym stosowanie jednocześnie kilku leków. Zarówno choroby, jak i stosowane leki mogą powodować utratę apetytu i zaburzenia smaku, upośledzać trawienie pokarmów i wchłanianie substancji odżywczych.

Dysfagia, czyli trudność w połykaniu

Zaburzenia połykania (dysfagia) to trudności w przyjmowaniu i przechodzeniu kęsów pokarmu z jamy ustnej do gardła i dalej do żołądka. Dysfagia może być powodem niedożywienia, a jej częstość w populacji ogólnej szacuje się na poziomie 7%. Problem rośnie wraz z wiekiem i u osób w podeszłym wieku może sięgać 33 - 40%. Do przyczyn dysfagii zalicza się: schorzenia neurologiczne, wady rozwojowe, stany zapalne błony śluzowej, uszkodzenia mechaniczne, nowotwory oraz napromieniowanie. Objawy, które mogą sugerować problem z połykaniem to: zaleganie treści pokarmowej, krztuszenie się podczas jedzenia, wypływanie pokarmu z jamy ustnej. Ostatecznie problem dysfagii stwierdza lekarz prowadzący na podstawie wywiadu, obserwacji oraz po przeprowadzeniu badania przechodzenia pokarmu np. metodą videofluoroskopii.

W diecie osoby z dysfagią niezbędne jest wprowadzenie zagęszczonych pokarmów w postaci ułatwiającej połykanie. Produktem dopasowanym do potrzeb osoby, u której występuje problem z połykaniem jest Fresubin Y Ocreme – odżywka medyczna o aksamitnej, łatwej w połykaniu konsystencji kremu. Fresubin Yocreme jest dodatkowo delikatnie kwaskowy, dzięki czemu wpływa pozytywnie na wydzielanie śliny, niezbędnej w procesie

medi pazdziernik 2018_ost.indd 28 2018-11-08 02:37:15

połykania oraz jest produktem wysokobiałkowym zapewniającym wyższe zapotrzebowanie na białko osób starszych.

Skutki niedożywienia u osób starszych

Niedożywienie ma wiele negatywnych skutków: nie tylko zwiększa ryzyko chorób, ale też pogarsza rokowanie w przypadku chorób przewlekłych, po poważnych zabiegach czy operacjach; zwiększa ryzyko trudnych do przewidzenia komplikacji związanych z zachorowaniem czy operacją; odbiera siły, energię i chęć do życia; utrudnia proces gojenia ran, zwiększa ryzyko powstawania odleżyn, wydłuża proces hospitalizacji.

U osób starszych utrata siły i masy mięśniowej wynikająca z niedożywienia często jest nieodwracalna i przyczynia się do spadku sprawności fizycznej. Dlatego istotne jest zwracanie uwagi na ilość i jakość pokarmu przyjmowanego przez osobę starszą, a szczególną opieką powinny być objęte osoby mieszkające same, przygotowujące się do zabiegów operacji, przebywające w szpitalu czy zakładach opiekuńczych. Właściwe żywienie ma też kolosalne znaczenie w przypadku osób z starszych z chorobami neurologicznymi:

- po udarze, gdzie niezwykle istotna jest podaż białka i energii, aby przyspieszyć proces rekonwalescencji,
- cierpiących na Alzheimera, gdzie standardową dietę należy dodatkowo uzupełnić w kwasy omega – 3 (EPA i DHA).

Bardzo ważną grupą pacjentów są też osoby z chorobą nowotworową, gdzie prawidłowe odżywienie jest niezbędnym elementem terapii onkolologicznej. Jak pokazują obserwację niekontrolowana utrata masy ciała u chorych onkolologicznych jest częsta i dodatkowo osłabia organizm.

Jak rozpoznać niedożywienie u osoby starszej

Rozpoznanie niedożywienia może opierać się na wywiadzie żywieniowym dotyczącym ilości i jakości spożywanych posiłków; ocenie siły mięśniowej poprzez badanie siły uścisku dłoni (np. za pomocą siłomierza); należy zwrócić uwagę na niekontrolowana utratę masy ciała w przeciągu 3 – 6 miesięcy (jeśli pacjent nie waży się regularnie, o utracie masy ciała może świadczyć luźna lub zsuwająca się z palca obrączka/pierścionek, uczucie luźniejszych ubrań); można też wspomóc się poprzez określenie BMI (body mass index - wskaźnik masy ciała). Do badania niedożywienia stosowane są też różnego rodzaju skale np.: kwestionariusz oceny stanu odżywienia Nutritional Risk Score (NRS) 2002, Mini Nutritional Assessment (MNA), czyli krótki kwestionariusz oceny stanu odżywienia i inne.

Jak zapobiegać niedożywieniu u osób starszych

Profilaktyka niedożywienia obejmuje przede wszystkim zapewnienie odpowiedniej dobowej podaży energii i składników odżywczych, w przypadku osób starszych szczególną uwagę należy zwrócić na właściwą podaż energii, białka, błonnika, witamin makro i mikroelementów. Bardzo ważna jest też odpowiednia podaż wody. W uzupełnieniu diety osoby starszej pomocne są doustne suplementy pokarmowe, nazywane odżywkami medycznymi. Produkty te są kompletnym źródłem składników odżywczych (biała, węglowodanów i zdrowych tłuszczy) oraz witamin i mikroelementów. Dodatkowo odżywki dedykowane dla osób starszych zawierają argininę i glutaminę niezbędne w procesie gojenia ran i odleżyn. Warte polecenia są odżywki medyczne:

- **Fresubin Protein Energy Drink** bogata w białko oraz argininę i glutaminę oraz niezbędne w diecie osób starszych witaminy w tym wit D, K witaminy z grupy B i pierwiastki śladowe. Dieta dostępna jest w 3ech wersjach smakowych: poziomka, orzech i czekolada;

- **Diben Drink** odżywka dedykowana dla osób z cukrzycą, która również dostarcza kompletnych składników odżywczych, a dodatkowo charakteryzuje się niskim IG (Indeks Glikemiczny), wysoką zawartością błonnika i dobrym profilem lipidowym dla łatwiejszej kontroli poziomu glikemii. Dieta dostępna jest w dwóch wersjach smakowych: owoce leśne i pralinowy;

- **Supportan Drink**, dieta szczególnie wskazana dla osób starszych z chorobami onkologicznymi oraz silnie wyniszczonych w przebiegu różnych chorób. Supportan Drink to dieta bogata w białko dla uzupełnienia niedoborów oraz o wysokiej zawartości kwasy omega-3 (EPA i DHA). Kwasy omega – 3 wspierają odporność, działających przeciwzapalnie i wpływają korzystnie na apetyt. Dieta dostępna jest w dwóch wersjach smakowych: cappuccino i owoce tropiklane.

Odżywki doustne charakteryzują się zawartością wysokiej jakości składników odżywczych w łatwoprzyswajalnej postaci napoju mlecznego wolnego od laktozy, glutenu do wyboru w różnych smakach. Doustne suplementy pokarmowe Fresubin, Diben i Supportan mogą być stosowane jako uzupełnienie diety np. pomiędzy posiłkami, a w przypadku osób nie przyjmujących innych posiłków, mogą być jedynym źródłem pełnowartościowego odżywienia. Dodatkowo wymienione produkty charakteryzują się wysoko ocenianym przez pacjentów smakiem oraz bardzo dobrą tolerancją ze strony przewodu pokarmowego, dzięki czemu produkt można wypić szybko bez nieprzyjemnych konsekwencji.

Stosowanie doustnych suplementów pokarmowych, jako uzupełnienie zwyczajowo spożywanej diety, pozwala na uzupełnienie ważnych składników odżywczych i zapobiega niebezpiecznej utracie masy ciała. Zbilansowana dieta, dobrana do potrzeb osoby starszej wpływa na poprawę stanu zdrowia, wzmacnia efekty leczenia czy rehabilitacji. W konsekwencji czego dochodzi do poprawy jakości życia osób starszych, ich rodzin oraz przyspiesza powrót do normalnego funkcjonowania. ■

Więcej cennych informacji na temat żywienia jest dostępnych na stronie: ***www.zywieniemaznaczenie.pl***

medi pazdziernik 2018_ost.indd 29 2018-11-08 02:37:19

Godność i indywidualność osoby zależnej

LESZEK GUGA
psycholog

W miarę jak robimy się coraz starsi, może się zdarzyć, że zaczynamy tracić kontrolę nad swoim ciałem. Na początku mogą to być nawet bardzo małe zmiany. Będąc nastolatkiem, mogliśmy wyspać się w kilka godzin, nawet śpiąc w niewygodnej pozycji. Teraz kiedy jesteśmy trochę starsi, już nieduża niewygoda oznacza niewyspanie i ból pleców, po których będziemy dochodzić do siebie przez cały dzień. To trywialny przykład, ale często pierwszy znak tego, że nie jesteśmy tak młodzi, jak nam się wydaje.

Mimo to, nawet kiedy z wiekiem możemy pozwolić sobie na coraz mniej, cały czas uważamy siebie za takie same osoby jak kiedyś. To, że ból stawów utrudnia nam chodzenie po górach, nie zmienia faktu, że mentalnie nadal jesteśmy tą samą osobą co kilkanaście lat wcześniej.

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

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

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

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

Warto dowiedzieć się, czy chory lubi chodzić spać wcześnie i wstawać skoro świt, czy może woli czytać książki do późnego wieczora. Takich przyzwyczajeń nie ma sensu zmieniać na siłę. Podobnie jest z preferencjami dotyczącymi posiłków czy mycia. Spytajmy rodzinę, czy nasz podopieczny woli myć się rano, czy wieczorem, w wannie czy pod prysznicem. Jeśli tak bardzo wstydzi się zdjąć bieliznę przy opiekunie, że jest to dla niego bariera nie do przeskoczenia, pozwólmy mu na początku wykąpać się w bieliźnie. Z czasem, kiedy zbudujemy z tą osobą pozytywną relację, łatwiej będzie się jej przełamać.

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

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

Wkładki urologiczne Seni Lady są cztery razy chłonniejsze niż podpaski i stanowią doskonałe zabezpieczenie przy lekkim i średnim nietrzymaniu moczu. Hydrofobowe osłonki boczne chronią przed wyciekami, a zastosowany w nich superabsorbent zapobiega powstawaniu nieprzyjemnego zapachu. Do wyboru różne poziomy chłonności.

Majtki chłonne Seni Active zalecane przy średnim i ciężkim nietrzymaniu moczu. Przypominają zwykłą bieliznę, dzięki czemu nie wywołują u chorego natychmiastowej chęci pozbycia się ich. Do wyboru różne poziomy chłonności i rozmiary od S do XL.

medi pazdziernik 2018_ost.indd 31 2018-11-08 02:37:27

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

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

Podobnie jest, kiedy do pielęgnacji chorego stosujemy kosmetyki

Mimo naszych szczerych intencji, możemy wywołać u chorego uczucie, że traktujemy go jak dziecko. To z kolei może pogłębić jego frustrację związaną z rosnącymi ograniczeniami i utratą niezależności. Dlatego do codziennej pielęgnacji wybierajmy preparaty przeznaczone dla osób dorosłych i starszych. Okażemy w ten sposób szacunek dla wieku naszego podopiecznego.

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care do oczyszczania skóry osób starszych i przewlekle chorych – są dwa razy większe niż chusteczki dziecięce, a przez to dużo wygodniejsze w użyciu.

medi pazdziernik 2018_ost.indd 32 2018-11-08 02:37:33

Kremy ochronne pomocne przy profilaktyce odparzeń i odleżyn u osób starszych i przewlekle chorych.

Krem ochronny z argininą Seni Care do codziennej profilaktyki - zapobiega odpażeniom i podrażnieniom skóry.

Krem ochronny z tlenkiem cynku Seni Care do stosowania na zaczerwienienia - regeneruje odpażoną skórę.

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

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

POLSKIE TOWARZYSTWO GERONTOLOGICZNE

Produkty Seni i Seni Care są rekomendowane przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne

medi pazdziernik 2018_ost.indd 33 2018-11-08 02:37:36

Zabezpieczenie zróżnicowanych potrzeb opiekuńczych niesamodzielnych osób starszych

ROZWIĄZANIA WDRAŻANE W SZCZECINIE

BEATA BUGAJSKA
Dyrektor Wydziału Spraw Społecznych Urzędu Miasta Szczecina

Proces starzenia się populacji Miasta Szczecin prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na opiekę długoterminową nad niesamodzielnymi osobami starszymi. Tym samym, miasto staje przed wyzwaniem tworzenia spójnego systemu wsparcia osób starszych, przy zastosowaniu alternatywnych, skutecznych i ekonomicznie efektywnych rozwiązań. Nowe podejście do pomocy społecznej w sferze polityki senioralnej odchodzi od tradycyjnego, polegającego na przyznawaniu świadczeń, czy też miejsc dla osób niesamodzielnych w domach pomocy społecznej, na rzecz rozwoju usług aktywizacyjno - zapobiegawczych i wsparcia w środowisku zamieszkania.

Zgodnie z nowoczesną wizją pomocy społecznej, całodobowa opieka instytucjonalna to ostateczna forma wsparcia osób starszych, stosowana wówczas, gdy wszystkie inne formy wsparcia okażą się niewystarczające. Najskuteczniejszą formą opieki nad osobami starszymi są usługi środowiskowe świadczone w miejscu zamieszkania. Ważne jest również odwołanie się do zasady subsydiarności, zgodnie z którą tworzy się warunki pozwalające na wykorzystanie w pierwszej kolejności potencjału opiekuńczego rodziny i najbliższego środowiska (sąsiedzi, przyjaciele, dawne środowisko zawodowe) a następnie, w miarę wzrastającego zapotrzebowania na opiekę włącza się w system wsparcia, inne grupy nieformalne i organizacje pozarządowe oraz instytucje samorządu terytorialnego. Wyznaczając kierunki polityki senioralnej w Szczecinie odwołano się również do zasad działania na rzecz osób starszych, przyjętych przez Zgromadzenie ONZ w 1991 roku, takie jak: niezależność, uczestnictwo, opieka, samorealizacja, godność.

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

medi pazdziernik 2018_ost.indd 34 2018-11-08 02:37:36

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

Najskuteczniejszą formą opieki nad osobami starszymi są usługi środowiskowe świadczone w miejscu zamieszkania. Ważne jest również odwołanie się do zasady subsydiarności, zgodnie z którą tworzy się warunki pozwalające na wykorzystanie w pierwszej kolejności potencjału opiekuńczego rodziny i najbliższego środowiska (sąsiedzi, przyjaciele, dawne środowisko zawodowe)...

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

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

II. Tworzenie systemu wsparcia środowiskowego:

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

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

- kontynuacja unikatowego w skali kraju świadczenia pieniężnego „Bon opiekuńczy: Alzheimer 75";
- diagnoza potrzeb rodzin opiekujących się osobami starszymi chorymi na chorobę Alzheimera we współpracy z Uniwersytetem Szczecińskim;
- kompleksowe wsparcie opiekunów rodzinnych w sprawowaniu opieki nad niesamodzielnymi seniorami. ■

medi pazdziernik 2018_ost.indd 35 2018-11-08 02:37:45

NIEZBĘDNIK PIELĘGNACJI

seni® care

dla osób z nietrzymaniem moczu

DERMATOLOGICALLY TESTED hypoallergenic

Seni - oddychające produkty chłonne

+

Krem ochronny z argininą

Krem ochronny z tlenkiem cynku

Pianka myjąco-pielęgnująca

Chusteczki pielęgnacyjne

POLSKIE PRODUKTY w dobrej cenie

seni.pl

Profilaktyka odparzeń, odleżyn i pieluchowego zapalenia skóry

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

FUNDACJA EWY BŁASZCZYK Akogo? ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO

medi pazdziernik 2018_ost.indd 36 2018-11-08 02:37:46