



Toruń, 27-29 września 2017

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

Materiały konferencyjne

Organizers:



Together we change  
the world



European Association  
for Directors and Providers  
of Long-Term Care Services  
for the Elderly



Polish Association  
of Organisers and Managers  
of Social Welfare  
and Health Protection



Polish Society  
of Long-Term Care

Partner:



brand of TZMO SA

---

27 września 2017 – Otwarcie Konferencji

---

**17:00 - 17:40 UROCZYSTE OTWARCIE**

**17:40 - 18:40 WYSTĄPIENIA PLENARNE**

Dyrektor instytucji opieki długoterminowej - menedżer czy czarodziej? <i>Prof. Piotr Błędowski /Polska/</i>	3
Rola instytucji opieki długoterminowej w naszym społeczeństwie <i>Michael Kirschner /Szwajcaria/</i>	5

---

28 września 2017

---

**09:00 - 11:00 SESJA I: DYREKTOR INSTYTUCJI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ I JEGO KLIENCI**

*Moderator: Jiří Horecký /Czechy/*

Klient nasz pan! <i>Aad Koster /Holandia/</i>	11
Opieka nad osobami z demencją - kontekst etyczny <i>Iva Holmerová /Czechy/</i>	15
Wymagania dotyczące opieki i usług a rzeczywiste możliwości opiekunów <i>Sirpa Elisabet Salin /Finlandia/</i>	19

**11:30 - 13:30 SESJA II: DYREKTOR INSTYTUCJI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ I JEGO PERSONEL**

*Moderator: Jiří Horecký /Czechy/*

Kultura zespołu multidyscyplinarnego – Konsument/Pacjent/Klient/Człowiek <i>Matěj Lejsal /Czechy/</i>	22
Szczęście potrzebuje towarzystwa, czyli satysfakcja pracy z ludźmi <i>Artur Kasprówicz /Polska/</i>	25
Oczekiwania pracowników instytucji opieki długoterminowej a rzeczywistość <i>Marjo-Riitta Rikala /Finlandia/</i>	27

### 14:30 - 16:00 SESJA III: PERSPEKTYWY OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

*Moderator: Prof. Piotr Błędowski /Polska/*

Od państwowej instytucji opieki długoterminowej do nowoczesnego usługodawcy.  
Proces zarządzania instytucją opieki długoterminowej towarzyszący zmianie od 1. do 5. pokolenia

28

*Martina Pojer /Austria/*

Większe instytucje opieki długoterminowej = gorsza jakość życia: prawda czy mit?

31

*Jiří Horecký /Czechy/*

Citoyennage: osoby starsze mówią do uszu personelu

32

*Romain Gizolme /Francja/*

### 16:30 - 18:00 SESJA IV: NOWE POTRZEBY DOTYCZĄCE OPIEKI

*Moderator: Markus Leser /Szwajcaria/*

"Dbaj i lecz"

34

*Prof. Thomas Klie /Niemcy/*

Nowe potrzeby pokolenia wyżu demograficznego

37

*Anna Jörger /Szwajcaria/*

29 września 2017

### 09:30 - 11:00 SESJA V: DYREKTOR INSTYTUCJI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ WOBEC ZMIENIAJĄCEJ SIĘ RZECZYWISTOŚCI

*Moderator: Prof. Piotr Błędowski /Polska/*

Zarządzanie w czasach zmiany

40

*Grażyna Wójcik /Polska/*

Rola dyrektora w procesie zmian

43

*Fabio Bonetta /Włochy/*

Zmieniające się warunki pracy i oczekiwania wobec służb socjalnych

47

*Hubert Perfler /Włochy/*

### 11:30 - 13:00 SESJA VI: DOBRE PRAKTYKI I TRENDY W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

*Moderator: Markus Leser /Szwajcaria/*

Wsparcie dla osób z demencją w Australii Wsparcie opiekunów i osób z behawioralnymi i psychologicznymi objawami demencji

49

*Prof. Colm Cunningham /Australia/*

Wyzwania i korzyści z zapewnienia wielokulturowej opieki dla osób starszych

53

*Peter Hennessy /Australia/*

Domy opieki w Europie: świadczenia publiczne i prywatne na przestrzeni minionych dziesięciu lat

56

*Daniel Molinuevo /Irlandia/*

*Piotr Błędowski*

## Dyrektor instytucji opieki długoterminowej - menedżer czy czarodziej?



Specjalista z dziedziny ekonomii, polityki społecznej i gerontologii. Dyrektor Instytutu Gospodarstwa Społecznego w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie, kierownik Zakładu Gerontologii Społecznej w Instytucie Pracy i Spraw Socjalnych.

W kręgu jego zainteresowań badawczych znajdują się: polityka społeczna, gerontologia społeczna oraz organizacja i finansowanie opieki długoterminowej. Kierownik największego projektu badawczego dotyczącego sytuacji ludzi starych w Polsce – PolSenior. Na zamówienie Ministerstwa Nauki i Informatyzacji kierował pracami badawczo-naukowymi na temat „Opieka długoterminowa i świadczenia opiekuńcze dla osób starszych – diagnoza i możliwości zaspokojenia potrzeb”.

Wiceprzewodniczący Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Członek Komitetu Nauk o Pracy i Polityce Społecznej PAN. Autor licznych publikacji naukowych poświęconych badanym zagadnieniom. Wszedł w skład Zespołu ds. Praw Osób Starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich.

Prowadził wykłady gościnne m.in. na Uniwersytetach w Mainz, Duisburgu, Kolonii, Lipsku oraz na Uniwersytecie w Dalian (Chiny).

Temat tegorocznej konferencji dotyczy niezwykle ważnego dziś, ale jeszcze bardziej istotnego w przyszłości zagadnienia, jakim jest sytuacja dyrektora placówki opiekuńczej. Podtytuł konferencji mówi sam za siebie: Pressure, Concessions, Compromises and Solutions. Mam przy tym wrażenie, że o wiele łatwiej mówić o Pressure, Concessions and Compromises niż o Solutions...

Dziś coraz więcej mówi się o deinstytucjonalizacji opieki. Sam proces rozwoju opieki nad osobami niesamodzielnymi w miejscu ich zamieszkania powinien zostać przeprowadzony, choć oczywiście nie jest to nowa idea. Skuteczna deinstytucjonalizacja oznaczać jednak będzie w praktyce nie tylko wzrost odsetka osób niesamodzielnych pozostających w swoich domach, ale i zwiększenie udziału osób najmniej samodzielnych wśród wszystkich mieszkańców placówek. Spowoduje to konieczność lepszego wyposażenia domów, dalszego podnoszenia poziomu przygotowania kadr, zwiększenia liczby opiekunów i pociągnie za sobą wzrost kosztów.

Dodatkowo trzeba się liczyć z tym, że proces starzenia się ludności i ograniczenie możliwości pełnienia przez rodzinę funkcji opiekuńczych wpłynie na dalsze podniesienie przeciętnego wieku mieszkańców placówek. Wiąże się z tym postępujący proces utraty samodzielności, wymagający większego nakładu pracy i czasu ze strony opiekunów.

Trudna sytuacja dyrektora domu wynika z jego specyficznego usytuowania w strukturze opieki długoterminowej. Dyrektor jest bowiem adresatem oczekiwań i roszczeń ze strony mieszkańców placówki i ich rodzin. Równocześnie jest zwierzchnikiem swoich pracowników, za których działania ponosi odpowiedzialność, a którzy do niego kierują swoje oczekiwania i postulaty. On wreszcie jest odbiorcą rozmaitych poleceń i jemu przekazują swoje decyzje przedstawiciele płatnika i ewentualnie instytucji założycielskiej. W środku tego trójkąta, narażony na naciski z każdej strony i poddany grze przeciwstawnych sobie interesów, tkwi dyrektor...

Obrazowo można by powiedzieć, że siedzi na beczce prochu, miotany nadchodzącymi nagle i z różnych kierunków huraganami. Jeżeli potrafi długo wytrwać na swoim stanowisku, to można wskazać przynajmniej dwie przyczyny tego stanu:

Po pierwsze, wcale nie jest łatwo o zastąpienie go lepszym dyrektorem. „Nowy” będzie mniej wypalony, ale wcale nie musi być lepiej przygotowany do pracy, w której poza wiedzą z zakresu zarządzania, psychologii i zdrowia publicznego potrzebne jest doświadczenie w obcowaniu z osobami słabymi i niesamodzielnymi, umiejętność poruszania się w gąszczu przepisów i ograniczeń oraz opanowanie sztuki godzenia sprzecznych interesów.

Po drugie, pomijając wyjątki, dyrektorem domu nie zostaje się z przypadku. Dom, jak żadna inna organizacja czy instytucja, wymaga nie tylko umiejętności menedżerskich, ale wrażliwości i zmysłu społecznego. Dyrektorzy domów stanowią wyjątkową kadrę – o specjalistycznej wiedzy, doświadczeniu oraz poczuciu odpowiedzialności, które nakazuje niekiedy postępować wbrew logice typowego przedsiębiorstwa.

Logika zarządzania placówką jest całkowicie odmienna od logiki zarządzania jakimkolwiek przedsiębiorstwem. Przede wszystkim – nie ma jednego kryterium sukcesu, jakim zazwyczaj w gospodarce jest zysk. Co więcej, sukces postrzegany przez trzy wymienione na początku grupy ma zupełnie inną formę. Często jest on trudno mierzalny, jak na przykład poprawa jakości życia mieszkańców placówki lub warunków pracy. Sukces finansowy placówki rzadko idzie w parze z jakością jej pracy, ale z kolei poprawa jakości nie zawsze wymaga nakładów finansowych.

Dla mnie – laika, obserwującego działania placówek z zewnątrz, graniczy to z czarodziejstwem. Dyrektor – sprawny menedżer czy zdolny czarodziej? Na czym polega tajemnica jego sukcesu? Zapewne na umiejętności identyfikacji najważniejszych do realizacji w danym momencie celów. Dodatkowo – na unikaniu doraźnych konfliktów między poszczególnymi celami, realizowanymi z myślą o trzech wskazanych już grupach interesów. To bardzo ważne, bowiem dyrektor nie powinien stać się „zakładnikiem” żadnej grupy. O jakości jego pracy decyduje samodzielność i towarzysząca jej odpowiedzialność.

Na koniec kilka słów o ostatnim elemencie tytułu konferencji: solutions. To właśnie takie spotkania, jak dzisiejsze, ułatwiają poszukiwanie rozwiązań i dobrych praktyk. Trudno o nich mówić w wykładzie inauguracyjnym, bo rozwiązania są często specyficzne dla poszczególnych krajów, filozofii ich polityki społecznej i prawodawstwa. Jedno wydaje mi się decydujące: dyrektor nie będzie musiał być czarodziejem, nie będzie musiał dokonywać cudów, jeśli cały obszar usług opiekuńczych zostanie dowartościowany i powszechnie uznany za ważny dla całego społeczeństwa.

*Michael Kirschner*

## Rola instytucji opieki długoterminowej w naszym społeczeństwie



Michael Kirschner jest współpracownikiem naukowym. Pracuje w Dziale ds. osób starszych w CURAVIVA – Organizacji Szwajcarskich Domów Opieki i Instytucji Społecznych.

Jak mówi przysłowie: «Stała jest tylko zmiana». Zatem, w nowoczesnym społeczeństwie pojawiają się dwa zasadnicze pytania. Po pierwsze, jeśli zmiana to coś stałego, jak więc możliwe jest istnienie tymczasowego porządku? Po drugie, jakim zmianom podlega ów porządek. Oba te pytania odnoszą się nie tylko do społeczeństwa jako takiego, lecz także do jego instytucji oraz, w szczególności, do ról jakie one pełnią. Są to podstawowe pytania tegorocznej konferencji «Dyrektor instytucji opieki długoterminowej dziś i jutro» oraz sesji i prezentacji odbywających się w jej ramach.

### Rola domów opieki w przeszłości

Rola domów opieki w społeczeństwie ulegała w przeszłości zasadniczym zmianom. Dotychczasowy rozwój instytucji świadczących opiekę długoterminową (LTC) można uprościć i podzielić na pięć typologii (por. Michell-Auli & Sowinski, 2013).

Generacja typu instytucjonalnego (1900 do 1950/60). Domy opieki, w których starsi, zazwyczaj samotni i biedniejsi ludzie («mieszkańcy») otoczeni byli opieką we wspólnych pokojach lub domach noclegowych, w których znajdowało się 8 bądź nawet więcej łóżek.

Generacja typu szpitalnego (1960 do 1980): Domy opieki bardziej przypominały szpitale; «mieszkaniec» stał się «pacjentem» wymagającym leczenia i opieki. Jakiegokolwiek braki w zdrowiu, które wymagały leczenia, znajdowały się w centrum uwagi.

Generacja typu mieszkalnego (od ok. 1980): Z punktu widzenia ich designu, domy opieki oparte są na pojęciu «przestrzeni życiowej». Centrum opieki i wsparcia stanowi model kompetencyjny (powiększanie istniejących zasobów i umiejętności). Samo „życie” staje się równie ważne, co aspekt «opieki».

Generacja typu społeczność mieszkalna (od ok. 1995): Domy opieki oparte na modelu wspólnoty mieszkaniowej z własnymi drzwiami frontowymi. Każdy z mieszkańców posiada swój własny, prywatny pokój. Duże kuchnie/jadalnie o otwartym planie mają nadrzędne znaczenie. Tutaj «normalność życia codziennego» jest priorytetem jeśli chodzi o sposób w jaki żyją mieszkańcy i jak zarządzana jest społeczność. W centrum uwagi znajdują się tutaj pomoc oraz wsparcie. Usługi związane z opieką są «nabywane» (usługi świadczone w domu opieki bądź poza nim). Centralnym elementem tej zmiany jest wzrost w kwestii uznania indywidualności, niezależności i samostanowienia o sobie osób starszych, które wymagają opieki.

Generacja typu hybrydowej przestrzeni życiowej (od ok. 2000): Świadczący opiekę zmieniają się w zdecentralizowanych, elastycznych i ściśle nakierowanych na potrzeby klienta dostawców usług. Niezależność, samostanowienie o sobie i normalność życia codziennego są tutaj zmaksymalizowane, pomimo potrzeby opieki



pielęgniarskiej i wsparcia. Jakość życia człowieka, w domu który jest mu znany bądź w nowo wybranym domu są tym, co liczy się najbardziej.

### Role domów opieki w społeczeństwie

Zachodzi stała ewolucja ról, jakie tego typu instytucje pełnią w społeczeństwie. Niektóre z ról lub nawet placówek istnieją nadal, inne znikają, a jeszcze inne rozwijają się na nowo. Rozważając rolę domów opieki w społeczeństwie, korzystamy z dobrze znanej teorii ról społecznych. Według niej, «aktorzy» grają wiele różnych ról. Domy opieki są aktorami nie tylko z punktu widzenia marketingu i spraw publicznych. Pełniąc różne role, domy opieki zachowują się w przewidywalny sposób, ponieważ do każdej roli przypisane są odpowiednie prawa, obowiązki, oczekiwania i normy, które muszą zostać spełnione. Konflikty w ramach jednej roli lub pomiędzy różnymi rolami są z góry zaprogramowane. Rozważając różne role domów opieki w społeczeństwie, chcemy w sposób przykładowy omówić cztery rodzaje ról.

Role kulturowe są rolami wyznaczonymi przez kulturę. Zazwyczaj przyjmowane automatycznie, są one najbardziej stałe, ponieważ oparto je na fundamentalnych wartościach (np. solidarność, sprawiedliwość). Opieka nad osobami starszymi w ramach rodzin, sąsiedztwa i społeczności stanowi podstawowe wartości kultury. Kultura tworzy ludzką rzeczywistość stąd pojęcie «społeczeństwo starzejące się», język i obrazy odnoszące się do wieku i do tego procesu. Jakie obrazy wieku, starzenia się i umierania dominują dziś w naszej kulturze? Jaka jest i jaka będzie wyznaczona przez naszą kulturę rola domów opieki? Biorąc pod uwagę silne mega trendy przenikające naszą kulturę takie jak indywidualizacja, urbanizacja, łączność, zdrowie (łącznie odpowiedzialne za zmianę demograficzną), zmianę pokoleniową, mobilność lub bezpieczeństwo, role domów opieki znajdują się pod presją. Pytaniem do debaty jest to w jaki sposób interpretowane i stosowane będą fundamentalne wartości w stwarzającym się społeczeństwie, w którym niedługo większość starszych wyborców będzie liczniejsza niż młodsze pokolenia?

Np. w Szwajcarii, ewoluowały trzy różne modele opieki długoterminowej w 26 kantonach (Dutoit i in., 2016). W przypadku szwajcarskim, wydaje się iż, to nie kultura ogólna lecz społeczno-ekonomiczne systemy są silnym predykatorem definiującym rolę domów opieki w społeczeństwie. Model «Switzerland Central» istnieje w siedmiu niemieckojęzycznych kantonach w środkowej części Szwajcarii. Domy opieki stanowią tutaj podstawę opieki długoterminowej. Nie są one ostatnią opcją lecz raczej etapem życia człowieka. W podrównaniu z innymi częściami kraju, więcej osób żyje tutaj w domach opieki i przebywa w nich przez dłuższy czas. Z drugiej strony, model «Switzerland Latin», który można znaleźć w pięciu kantonach francusko i włoskojęzycznych, opieka długoterminowa świadczona jest głównie przez organizację o zasięgu ogólnokrajowym świadczącą usługi w zakresie opieki (Spitex). Domy opieki pełnią tutaj rolę ostatniego etapu opieki długoterminowej. Dla porównania, osoby mieszkające w domach opieki są starsze, wymagają więcej opieki i żyją w nich krócej. Model «Switzerland hybrid» istnieje w dziewięciu, głównie niemieckojęzycznych kantonach. Można tam spotkać oba rodzaje opieki długoterminowej oraz ich połączenie. Istnieje także pięć kantonów (wśród nich jeden francuskojęzyczny) nie mieszczących się w ścisłych granicach któregokolwiek z modeli wymienionych wyżej.

Jednakże, sondaże przeprowadzane wśród populacji pokazują, iż coraz większa część członków szwajcarskiego społeczeństwa w ogóle nie chce żyć w zaawansowanym wieku w domu opieki. Jedynie 8% respondentów życzy sobie umrzeć w domu opieki. (GfK, 2009). Wygląda na to, że nieaktualne spojrzenie na przeszłość – niezależnie od tego jaką transformację przeszły domy opieki – wyznacza podejmowanie przyszłych decyzji. Domy opieki nie są postrzegane jako «dobra alternatywa» czy «dobry dom» dla osób starszych i przez ich krewnych lecz raczej jako «ostateczna opcja», której należy unikać. (por. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014).

Role społeczno-ekonomiczne: Porównanie międzynarodowych faktów i analiza danych pozwalają odnieść wrażenie świadczące o różnorodności społeczno-ekonomicznych ról pełnionych przez domy opieki w społeczeństwach europejskich. Dane statystyczne dotyczące danego kraju, wyrażane są na przykład jako procentowy udział w populacji osób w wieku lat 80 i starszych, liczba miejsc w domach świadczących opiekę

długoterminową czy publiczne/prywatne wydatki na opiekę długoterminową itp. (por. Knight Frank, 2014; ECFIN, 2015; Eurostat, 2016; WHO, 2017; OECD, 2017).

Nie jest zaskakujące, iż rynek opieki zdrowotnej w Europie jest bardzo zróżnicowany na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym. Na poziomie krajowym, istnieją trzy główne typy rynków domów opieki (por. Knight Frank, 2014):

- Licencjonowane: wymagane są działania w celu uzyskania wcześniejszej zgody władz lokalnych poprzedzającej budowę, otwarcie i funkcjonowanie nowego domu opieki (np. Belgia, Francja, Włochy).
- Wolnorynkowe: dozwolone są działania związane z tworzeniem domów opieki w znacznej mierze bez ingerencji ze strony władz lokalnych i ogólnokrajowych. Istnieją jednakże pewne ograniczenia (np. Niemcy, Hiszpania, Zjednoczone Królestwo).
- Outsourcingowe: władze lokalne zlecają działania związane z funkcjonowaniem domów opieki prywatnym firmom, z którymi podpisywane są kontrakty zazwyczaj na okres od 3 do 10 lat. (Finlandia, Norwegia, Szwecja).

Obecnie, rynek domów opieki rozrasta się. W znacznej mierze dzieje się to dzięki sektorowi prywatnemu. Podczas gdy instytucje publiczne, nienastawione na zysk w dalszym ciągu dominują na niektórych z rynków europejskich (np. Francja, Szwecja, Szwajcaria), ich rola w ostatnich lat uległa zmniejszeniu. W związku z faktem, iż większość krajów europejskich stawia czoła ograniczeniom budżetowym, sektor publiczny nienastawiony na zysk nie posiada kapitału niezbędnego do remontowania obecnych budynków, nie mówiąc już o ich rozbudowie tak, aby mogły one sprostać obecnemu i przyszłemu popytowi.

W zależności od systemów politycznych, prawnych, gospodarczych, społecznych i opieki zdrowotnej, domy opieki pełnią wiele różnych ról. Niemniej jednak, właśnie dzięki temu zachowują się one w sposób przewidywalny, ponieważ do każdej roli przyporządkowano listę praw, obowiązków, oczekiwań i norm, które należy spełnić. Oto kilka przykładów:

- Uznawany dom opieki w gminie wiejskiej vs. grupa konkurencyjnych domów opieki działająca na krajowym rynku opieki długoterminowej.
- Dostawca usług finansowany ze środków publicznych lub ze środków prywatnych vs. instytucja generująca koszty działająca w ramach (nie)racjonalnego systemu opieki społecznej.
- Odbiorca płatności chroniony przez prawo vs. wydajny generator ekonomicznej wartości dodanej (np. miejsca pracy, szkolenie zawodowe, inwestycje).
- Dział opieki długoterminowej jako przyszły największy pracodawca w systemie opieki zdrowotnej i społecznej vs. gałąź domów opieki niezwłocznie wymagająca posiadania wykwalifikowanej i dobrze opłacanej kadry.
- Domy opieki kontrolowane przez władze państwowe vs. samokontrolujące się domy opieki działające w przejrzysty sposób, z własnej woli dostarczające dane i zapoczątkowujące procesy jakościowe w celu zdobycia certyfikatów (np. dla najlepszego pracodawcy czy w związku z najwyższą jakością życia w domu opieki).

Ostatnie zmiany, na przykład, w kierunku samokontrolujących się i działających w przejrzysty sposób domów opieki wskazują na pojawienie się nowych ról dla tego typu instytucji w społeczeństwie. Na przykład w Szwajcarii, domy opieki są zobligowane przez przepisy prawa do tego, aby przysyłać znaczne ilości danych za pomocą systemów oceniania do władz państwowych i ubezpieczycieli zdrowotnych, tak aby wyniki tych instytucji mogły zostać zmierzone. W przyszłości, tego typu placówki zobowiązane będą również do przysyłania większej ilości danych dotyczących jakości świadczonej przez nie opieki (np. wskaźniki odnośnie bólu, utraty wagi, fizycznego obezwładniania, stosowanych leków). Z drugiej jednak strony, można zauważyć zwiększającą się rozbieżność w odniesieniu do jakości i oznaczania placówek jako stosujących najlepsze praktyki bądź będących najlepszymi pracodawcami, jakości świadczonej opieki paliatywnej, doskonałości szwajcarskiej opieki lub bez barierowego miejsca do życia dla osób starszych. Aby utrzymać swoją legitymizację, domy opieki w coraz szybszym tempie zmieniają się w «kontrolowany generator wysokiej jakości danych». Sytuacja ta wywoływana jest przez



niepohamowaną biurokracją usiłującą poradzić sobie ze złożonością opieki długoterminowej w «starzejącym się społeczeństwie».

Role zależne od konkretnej sytuacji pojawiają się nieoczekiwanie w danej sytuacji. Najlepiej ilustruje tę niejasną rolę poniższy przykład. Kampanie w masowych mediach bądź «zażarte dyskusje» - nagła fala krytyki w mediach społecznościowych – skierowana przeciwko domom opieki, która pojawia się okresowo. Kiedykolwiek media donoszą o sprawie dotyczącej zaniedbań, przemocy bądź nadużyć, dany dom opieki zostaje natychmiast napiętnowany przez opinię publiczną. W zetknięciu z wcześniej określonymi prawami, obowiązkami, oczekiwaniami i normami, ów dom opieki musi spełnić rolę wyznaczoną przez daną sytuację. Dochodzi do pojawienia się konfliktów pomiędzy wyżej wymienionymi rolami. Dyrektor danego domu opieki musi przeprosić. Pracownicy placówki będą zaprzeczać o swojej winie. Zaburzona zostaje wiarygodność a wszelkie negatywne skutki tego typu sytuacji są trwałe. Jeżeli dana sprawa zostanie skierowana do sądu i zapadnie w niej wyrok uniewinniający, media nie są zainteresowane ponownym przyjrzeniem się jej.

Kolejny konflikt dotyczący roli zależnej od sytuacji pojawia się kiedy domy opieki, będące racjonalnymi przedsiębiorstwami, napotykają na nieracjonalne sytuacje w systemie społeczno-ekonomicznym. Mowa tutaj głównie o liczbie fałszywych zachęt stworzonych przez «system». W Szwajcarii, wprowadzono nowy system finansowania opieki długoterminowej w roku 2011. Od tego momentu, wymagana opieka mierzona jest na różnych poziomach w minutach dziennie (pomiędzy 20 a 220 minut) pokrywana jest ona z ubezpieczenia zdrowotnego (od 8 do 95 euro). Resztę pokrywają kantony, gminy i, w najlepszym razie, inne ubezpieczenia społeczne. Oczywiście, fałszywa zachęta została stworzona przez system, który rozróżnia pomiędzy opieką społeczną a zdrowotną. Ponieważ domy opieki maksymalizują minuty poświęcone na opiekę zdrowotną, aby pokryć koszty opieki społecznej, na którą nie otrzymują pieniędzy. Poza tym, istnieje zachęta do wyboru danych osób bądź do umieszczania ich na wyższych poziomach opieki.

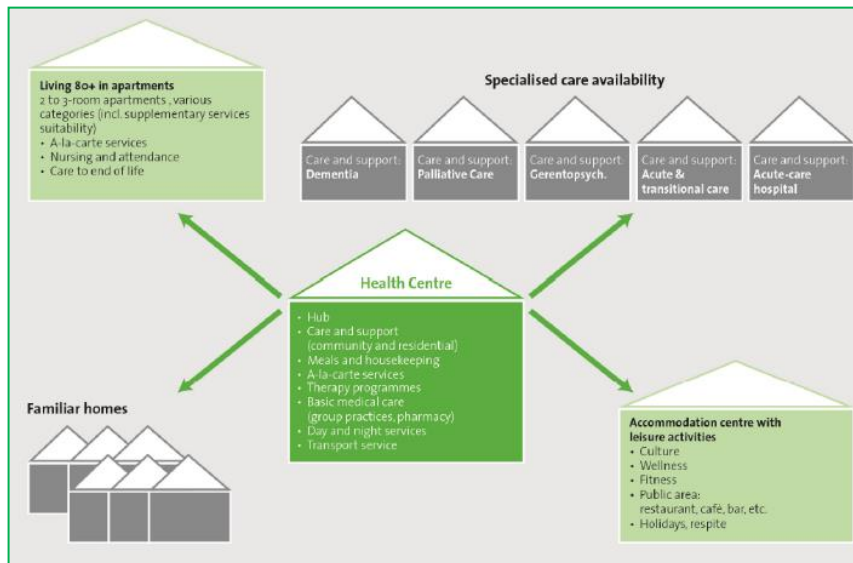
Role samodzielnie wyznaczone są rolami, które aktorzy biorą na siebie sami. Wiele z ról omówionych wcześniej zdaje się być rolami wyznaczonymi przez kulturę, społeczeństwo bądź społeczno-ekonomiczny system danego kraju. W jaki sposób domy opieki aktywnie kształtują swoją własną «rolę społeczną» nie tylko jako gracza na rynku lecz także w ramach społeczeństwa, które zmienia się pod względem społecznym i kulturowym? Komunikując się z potencjalnymi klientami, domy opieki reklamują się na wiele różnych, choć podobnych, sposobów takich jak «Twój nowy dom na starość», «Twój godny dom» lub «Tu gdzie żyje się jak w domu» i tak dalej. Pomimo faktu, iż domy opieki nie są już «poczekalniami na śmierć», niektóre poglądy i obrazy są głęboko zakorzenione w pamięci społeczeństwa.

W Szwajcarii, więcej osób umiera w placówkach świadczących opiekę (szpitalach, domach opieki) niż w którymkolwiek z sąsiednich krajów (Hedinger i in., 2014). Jak wspomniano wyżej, należy zmierzyć się z jasną sprzecznością. Pomimo faktu, iż jedynie 8% populacji życzyłoby sobie umrzeć w domu opieki bądź w szpitalu, ponad 80% osób w wieku powyżej 80 lat i 95% osób w wieku powyżej 90 lat umiera w szpitalu bądź w domu opieki (Obsan, 2016). Będzie także zwiększać się różnica pomiędzy wciąż rosnącymi oczekiwaniami klienta i skłonnością do zapłaty za opiekę. Lista życzeń może być nieskończenie długa lecz środki na ich spełnienie są ograniczone. Widzimy tutaj, iż samo społeczeństwo żyje w ogromnej sprzeczności.

### Przyszła rola domów opieki w społeczeństwie

Zarządzać czy być zarządzanym? Jest to prawdopodobnie najistotniejsze pytanie, w obliczu którego stoi dzisiaj dyrektor domu opieki. Ciąła zarządzające zazwyczaj tworzą strategię na okres od pięciu do dziesięciu lat. Aby odpowiedzieć na listę pytań, badania dotyczące przyszłości skupiają się na analizie długoterminowej. Jaka jest możliwa, pożądana i prawdopodobna przyszłość za 20 bądź 30 lat? Nie tylko decyzje inwestycyjne dotyczące remontów czy budowa nowych domów opieki składają się na spojrzenie długofalowe. Sama eliminacja przestarzałych i skończonych «modeli biznesowych», nie wspominając już o ramach politycznych, wymaga strategicznego myślenia na 20 bądź 30 lat do przodu.

Aby przewidzieć nadchodzącą zmianę, CURAVIVA Switzerland opublikowało «Model Mieszkania i Opieki 2030». Wskazuje on na piątą generację opieki nad osobami starszymi, opartą na czterech filarach. Życie w prywatności: Osoby starsze żyją w swoich własnych domach (o różnej wielkości), wraz ze wsparciem na miarę potrzeb i oczekiwań (usługi à-la-carte). Życie na poziomie do którego przywykła dana osoba starsza: Osoby wymagające opieki będą życzyć sobie możliwości zachowania standardu życia do którego przywykły, jeżeli będzie to możliwe. Życie w ramach społeczności: Aby dopełnić, «życie w prywatności», będzie istniał szereg możliwości w ramach danej społeczności (wspólne salony i czynności), służące sprostaniu różnorodnym potrzebom. Życie w sferze publicznej: Instytucja stanowi część lokalnej społeczności i na odwrót. Zapewniana jest interakcja społeczna. Szczególny nacisk kładziony jest na przestrzeń mieszkalną/okolicę, ponieważ przestrzeń życiowa (okolica wchodzi w skład budynku mieszkalnego i odwrotnie. Budynek stanowi część okolicy).



Living 80+ in apartments	Życie osób w wieku 80+ w mieszkaniach
2 to 3- room apartments, various categories (incl. supplementary services suitability)	Mieszkania 2 lub 3-pokojowe, różne kategorie (wł. odpowiedniość usług uzupełniających)
A-la-carte services	Usługi a-la carte
Nursing and attendance	Opieka pielęgnarska i obecność
Care to end of life	Opieka do końca życia
Specialised care availability	Dostępność opieki specjalistycznej
Care and Support:Dementia	Opieka i Wsparcie: Demencja
Care and support: Palliative Care	Opieka i wsparcie: Opieka Paliatywna
Care and support: Gerontopsych.	Opieka i wsparcie: Opieka psychologiczna nad osobami starszymi
Care and support: Acute and Transitional Care	Opieka i wsparcie: Opieka nagła i przejściowa
Care and support: Acute Care Hospital	Opieka i wsparcie: Szpital intensywnej terapii
Health Centre	Centrum Zdrowia
-hub	- ośrodek
- Care and Support (community and residential)	- opieka i wsparcie (w ramach społeczności i mieszkania)
- Meals and Housekeeping	- posiłki i prowadzenie domu
-A-la-Carte services	- usługi a-la-carte
Therapy Programs	programy terapeutyczne
- Basic Medical Care (group practices, pharmacy)	- podstawowa opieka medyczna (zajęcia grupowe, środki farmakologiczne)
- Day and night services	- usługi całodobowe

- Transport service	- usługi transportowe
Familiar homes	Znane domy
Accommodation Centre with Leisure Activities	Centrum mieszkalne zapewniające rozrywkę
-Culture	Kultura
-Wellness	Zdrowie
-Fitness	Dobra kondycja
-Public Area: restaurant, cafe, bar etc.	Przestrzeń publiczna: restauracja, kawiarnia, bar itp.
-Holidays, respite	Wakacje, wytchnienie

Fundamentalna z punktu widzenia roli osób świadczących opiekę, jest jakość życia osoby starszej w znanym jej domu lub w wybranym przez nią nowym miejscu zamieszkania. Właśnie ta kwestia liczy się najbardziej. Osoby świadczące opiekę stają się zdecentralizowanymi, elastycznymi i nakierowanymi na potrzeby klienta dostawcami usług. Chodzi tutaj o jednego gracza lub o różnorodny rynek opieki terminowej, bądź o dostarczanie usług z jednego źródła. Do dzisiejszych domów opieki należy urzeczywistnienie tej wizji przyszłości poprzez stworzenie nowych modeli biznesowych. Zarówno publiczni jak i prywatni udziałowcy bądź inwestorzy potrzebują dostrzec pewną wizję w swoich inwestycjach.

«Starzejące się społeczeństwo» musi znaleźć nie tylko polityczne «rozwiązania» pozwalające poradzić sobie z problemem finansowania «pułapki demograficznej» (ludzie starzeją się, przybywa osób starszych) oraz z kwestią nadchodzącej «dyktatury osób starszych» (większa liczba starszych wyborców niż młodszych). «Starzejące się społeczeństwo» musi uwolnić się od wielu kwestii związanych ze starzeniem się, które obecnie stanowią tematy tabu tj. starzenie się i umieranie. Właśnie w tej sytuacji domy opieki mogą być w stanie utrzymać wyjątkowy punkt sprzedaży zapewniając «dobre życie do końca» jako instytucje «inwestujące w ludzi».

#### Źródła:

- CURAVIVA Switzerland (2016). The 2030 Residential and Care Model of CURAVIVA Switzerland. The future of care for the elderly.
- Dutoit, L., Pellegrini, S. & Füglistner-Dousse, S. (2016). Langzeitpflege in den Kantonen. Drei Betreuungsmodelle (Obsan Bulletin 13/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- European Commission ECFIN (2015). The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060).
- European Commission (Directorate-General for Economic and Financial Affairs) & Economic Policy Committee (Ageing Working Group), 2016, Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability, ECFIN, Brussels.
- Eurostat (2016). Healthcare resource statistics – beds.
- GfK (2009). Palliative Care 2009. Bevölkerungsbefragung im Auftrag vom Bundesamt für Gesundheit.
- Hedinger, D. et al (2014). Moving to and dying in a nursing home depends not only on health. An analysis of socio-demographic determinants of place of death in Switzerland. PLoS ONE 9(11): e113236. doi:10.1371/journal.pone.0113236.
- Höpflinger, F. & Van Wezemael, J. (Hrsg.). (2014). Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends. Age Report III. Zürich: Seismo.
- Knight Frank (2014). European Healthcare: Care homes report 2014. Knight Frank Research Reports.
- Michell-Auli, P.; Sowinski, C. (2013). Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser. Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen. Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- OECD (2017). Long-term Care / Long-term Care Resources and Utilisation. OECD Health Statistics 2017.
- Obsan Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2016). Datensituation zu Palliative Care – Auswertung von Daten zum Sterbeort, Analyse im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- WHO (2017). European Health Information Gateway: Number of nursing and elderly home beds.

## Aad Coster

### Klient nasz pan!



Prezes zarządu EAHS (Europejskiego Stowarzyszenia Domów i Usług dla Osób w Podeszłym Wieku).

Po ukończeniu studiów ekonomicznych na Uniwersytecie Amsterdamskim, Aad Koster został zatrudniony w Holenderskim Instytucie Warunków Pracy (obecnie część TNO, Holenderskiej Organizacji Badań Stosowanych). Od 1990 do 1994 r. pracował jako doradca do spraw ekonomicznych i finansowych w ówczesnej Holenderskiej Federacji Opieki, a jego działalność dotyczyła m.in. przetargów grupowych. W późniejszym okresie został członkiem Narodowego Stowarzyszenia Opieki Domowej (poprzednik Z-org), gdzie pełnił stanowisko kierownika działu spraw pracowniczych, następnie objął stanowisko zastępcy dyrektora i w końcu dyrektora w Z-org. W latach 2008-2015 Koster był prezesem zarządu ActiZ, organizacji przedsiębiorców związanych z opieką. W latach 1993-2002 piastował także stanowisko w radzie miasta. W tym czasie przez 18 miesięcy zastępował radnego odpowiedzialnego za opiekę społeczną. Był także administratorem kilku organizacji sportowych. Od stycznia 2016 Koster podjął kilka projektów jako przedsiębiorca, doradca i członek rad nadzorczych organizacji opiekuńczych. Jest też prezesem Europejskiego Stowarzyszenia Domów i Usług dla Osób w Podeszłym Wieku.

### Wstęp

W niniejszym podsumowaniu mojej prezentacji na konferencji E.D.E. (Stowarzyszenia zrzeszającego dyrektorów domów opieki i osoby zaangażowane w świadczenie opieki długoterminowej) w Toruniu, wyjawię Państwu kilka faktów dotyczących zmian w zakresie długoterminowej opieki nad osobami starszymi w Holandii. Rząd wprowadza zasadnicze zmiany w zakresie opieki długoterminowej, które nie są podyktowane wyłącznie czynnikami ekonomicznymi, lecz także potrzebami oraz życzeniami klientów i mieszkańców, które ulegają nieustannym zmianom.

### Pozycja konsumentów i klientów

W ciągu całego swojego życia, większość osób w Holandii, jak również prawdopodobnie w wielu innych krajach, każdego dnia podejmuje decyzje dotyczące tego, co jeść, gdzie kupić jedzenie i ile pieniędzy na nie wydać. Taka sama zasada odnosi się także do innych wyborów dotyczących tego, gdzie mieszkać, jak urządzić dom, które auto kupić czy też jak spędzać czas i jakie mieć hobby.

Oczywiście decyzje dotyczące wyborów, których dokonują dane osoby są zależne od ich sytuacji finansowej i osobistej. W zasadzie jednak ludzie sami kierują większością dziedzin swojego życia.

Supermarkety, restauracje, dealerzy samochodowi, dostawcy usług oraz inne firmy starają się zaoferować swoim klientom jak najlepsze połączenie usługi, jej ceny i jakości. W myśl zasady: klient nasz Pan!

Pozycja zajmowana przez klientów pozwala im zachęcać firmy do tego, aby modyfikowały one swoją ofertę zgodnie z ich potrzebami i życzeniami. "Siła ich portfela" sprawia, że to oni rządzą. Oczywiście istnieją także sytuacje, w których firmy nie zmieniają swojej oferty wyłącznie dla pojedynczego klienta, lecz będą musiały wprowadzić zmiany, jeżeli duże grupy klientów zdecydują się na zaspokojenie swoich potrzeb gdzie indziej.

Do czasów ostatniej dekady, pozycja klientów w zakresie opieki nad osobami starszymi była zupełnie inna niż ta, którą zajmują klienci o których mowa wyżej. W przeciągu ostatnich 10 lat nastąpił wzrost świadomości w zakresie



opieki nad osobami starszymi w Holandii. Obecnie klienci decydują o wyborze wsparcia i usług, których wymagają.

### System holenderski

Pomimo faktu, iż w Holandii osoby starsze życzą sobie pozostać we własnych domach oraz w sąsiedztwie tak długo jak to tylko możliwe, w naszym kraju wskaźnik osób żyjących w domach opieki bądź w placówkach opiekuńczych jest najwyższy w Europie. Jest to jeden z powodów tego, iż w Holandii koszty opieki długoterminowej są najwyższe na świecie.

W ostatnich latach, rząd holenderski wprowadził kilka zasadniczych zmian dotyczących tego, w jaki sposób organizowana jest długoterminowa opieka nad osobami starszymi. Zmiany oparto na kilku zasadach wstępnych takich jak: w jaki sposób sprawić, aby ludzie byli w większym stopniu odpowiedzialni za to, jakie wsparcie jest im udzielane oraz rozglądali się w ramach własnej sieci społecznej, aby znaleźć potrzebne wsparcie. Muszą oni pokrywać większą część kosztów związanych ze wsparciem i opieką z własnej kieszeni. Ponadto, w przypadku, gdy dana osoba wymaga profesjonalnej opieki i wsparcia, musi być ono organizowane na poziomie lokalnym, na tyle na ile jest to możliwe, w najlepszym razie przez gminę.

Taka polityka doprowadziła do zamykania domów opieki w Holandii. W wyniku tego, iż zmniejszająca się liczba tych instytucji nie przebiegała w tym samym tempie co intensyfikacja opieki domowej, toczy się obecnie dyskusja dotycząca tego, w jaki sposób przyspieszyć wprowadzenie wspomnianych fundamentalnych zmian. Jest jasne, iż należy włożyć więcej wysiłku w tworzenie rentowych sieci społecznych działających na poziomie lokalnym.

Kolejnym rezultatem fundamentalnych zmian jest fakt, iż dostęp do domów opieki staje się coraz bardziej utrudniony. Średni wiek osób przyjmowanych do placówek tego typu jest znacznie wyższy. Ponadto, osoby starsze wymagają coraz bardziej kompleksowej opieki i wsparcia. W związku z tym, potrzeba zmian w strukturze pracowniczej domów opieki.

Reforma opieki długoterminowej w Holandii zaowocowała trzema różnymi ustawami:

1. Ustawą o Pomocy Społecznej (WMO): gmina decyduje o tym czy dana osoba może uzyskać pomoc w zakresie sprzątnięcia domu, dostępu do centrów opieki dziennej czy też ma prawo do otrzymania wózka inwalidzkiego bądź innego sprzętu;
2. Ustawa o Ubezpieczeniu Zdrowotnym ((Zvw): firma ubezpieczeniowa decyduje o tym czy dana osoba może otrzymać opiekę domową;
3. Ustawa o Opiece Długoterminowej (Wlz): władze centralne, reprezentowane przez instytucje regionalne, decydują o dostępie do domów opieki.

### Dwie krótkie historie

Opowiem historię starszego mężczyzny, który został zapytany przez pielęgniarkę o jego życie w placówce opiekuńczej. Powiedział jej, iż pomimo faktu, że jest usatysfakcjonowany jakością opieki, którą otrzymuje, nie jest on jednak zadowolony ze swojego życia w tej instytucji. W czasie kiedy żył w swoim własnym domu, na swojej własnej ulicy i w swojej własnej wsi, czuł się dobrze znanym i szanowanym przez wielu. Poza pracą a także kiedy przeszedł na emeryturę, jego hobby była naprawa różnego rodzaju zegarów. Osoby mieszkające w jego wsi często prosiły go o pomoc. Pozwalało mu to uszczęśliwiać okolicznych mieszkańców naprawami. Czuł, że może zrobić coś dla innych. Jednak kiedy znalazł się w domu opieki, był tam zupełnie nieznanym. Czuł się nieważnym.

Pielęgniarka zrozumiała jego potrzeby i zaproponowała, że może on wykorzystać wolne pomieszczenie w domu opieki, gdzie mógłby umieścić narzędzia i otworzyć swój dawny "warsztat" oraz przekazać wszystkim pozostałym mieszkańcom oraz ich rodzinom informację o tym, iż mogą oni przynosić do niego popsute zegarki. Mężczyzna



był bardzo szczęśliwy, mógł poświęcić się temu co kochał najbardziej i stał się mniej zależny od działań organizowanych przez dom opieki.

Kolejna historia dotyczy kobiety mieszkającej w domu opieki, która cierpiała na demencję. Każdego dnia, gdy nadchodziła pora, aby iść spać, stawiała się ona bardzo niespokojna i agresywna. Z tej przyczyny, zastosowano u niej leki psychotropowe. Nie przyniosło to jednak zbyt wielkich rezultatów. Na szczęście, pracownicy domu opieki poświęcili należytą ilość czasu na to, aby dowiedzieć się co może być przyczyną niepokoju u kobiety. Odkryto, że w przeszłości pracowała ona jako położna. W związku z tym, często musiała wstawać w środku nocy, aby nieść pomoc rodzącym kobietom. Z tego powodu kładła się ona spać w ubraniu. Pozwolono więc kobiecie sypiać u ubraniu, aby jej sen był spokojniejszy i aby nie trzeba było stosować żadnych środków farmakologicznych.

Wniosek jaki można wysnuć z tych opowieści jest następujący: należy ustalić kim jest mieszkaniec, kim jest klient, jaka jest jego sieć społeczna, jakie ma hobby oraz co chce robić przez resztę życia. Jakie ma marzenia, pragnienia i potrzeby? Najlepiej jest zacząć od zadania pytań tego typu wtedy, gdy dana osoba mieszka jeszcze we własnym domu, we własnej okolicy.

### Jakość opieki i jakość życia

Dwie historie, które opisano powyżej stanowią jedynie dwa przykłady zmian, które w tym momencie zachodzą w branży opieki zdrowotnej. Żywiłowo omawiane są tematy dotyczące jakości świadczonej opieki oraz życia. Jest oczywiste, iż jakość opieki musi być dobra, lecz często zdarza się, iż zasady i przepisy stosowane w codziennej pracy w celu zapewnienia należytej opieki są przeszkodą w realizacji potrzeb naszych klientów i mieszkańców w zakresie jakości ich życia. Staramy się na przykład zmniejszyć ryzyko upadku do zera, lecz może to doprowadzić do sytuacji, iż dana osoba całkowicie przestanie się ruszać. Klient nie może spacerować, wychodzić na zewnątrz a jakość życia zostaje podporządkowana jakości opieki.

W Holandii, sektor opieki długoterminowej rozpoczął wraz z rządem projekt pod nazwą "Godność i duma", w ramach którego dochodzi do wymiany wiedzy w zakresie nowych metod, dobrych praktyk oraz tego, w jaki sposób osiągnąć większą równowagę pomiędzy jakością opieki a jakością życia.

Projekt wskazuje na szereg narzędzi, które mogą zostać wykorzystane do zebrania marzeń, życzeń oraz potrzeb klientów. Wspomina się w nim o narzędziach stymulujących sieć społeczną, rodzina i przyjaciele w większym stopniu uczestniczą w udzielaniu wsparcia ojcu, matce czy partnerowi. Ponadto, w projekcie zawarto również przegląd metod szkoleniowych dla pracowników domów opieki pozwalający zmienić ich sposób pracy, sprawiający, że będą oni bardziej współpracować z siecią społeczną klienta oraz z wolontariuszami. Wszystkie te działania mają na celu poprawę jakości życia klientów i mieszkańców domów opieki.

Każda z instytucji świadczących opiekę zobligowana jest do przeprowadzenia wywiadów z kilkoma klientami bądź ich rodzinami na temat jakości wsparcia i opieki otrzymywanej od instytucji i jej pracowników. Wyniki wywiadów są istotne w trakcie corocznych negocjacji kontraktowych pomiędzy daną firmą ubezpieczeniową a placówką świadczącą opiekę. Kwestia jakości życia klientów odgrywa coraz większą rolę w tego typu negocjacjach.

### Czy spersonalizowany sposób finansowania jest pomocny?

Wciąż wiele musi zmienić się w opiece długoterminowej, aby bardziej dostosować ją oraz wsparcie do potrzeb, życzeń oraz marzeń klientów i mieszkańców. Jak wspomniano na początku tego podsumowania, pozycja klientów i mieszkańców domów opieki w dalszym ciągu nie jest taka sama jak pozycja klientów zanim zostaną oni klientami bądź mieszkańcami. Pomimo wysiłków podejmowanych zarówno przez rząd, jak i przez wiele organizacji zajmujących się opieką, profesjonalistów, sieci społeczne klientów oraz samych klientów, w dalszym ciągu

dochodzi do zbyt wielu sytuacji, w których zbyt mało uwagi poświęca się życzeniom i potrzebom klientów lub mieszkańców. Z tej właśnie przyczyny, rząd wprowadził narzędzie finansowania spersonalizowanego.

Założmy, że każdy dom opieki otrzymuje średnio 80 000 na każdego mieszkańca na swój rachunek bankowy. Musi on pokryć koszty związane z utrzymaniem budynku, energią, jedzeniem itp. Trzeba jednak także pamiętać o konieczności opłacenia pracowników, zapewnienia im należytego szkolenia i edukacji. Kolejnym aspektem jest kupno leków oraz finansowanie działań związanych z aktywnością społeczną, które oferuje dany dom.

Jednak w myśl zasad finansowania spersonalizowanego, właścicielem owych 80 000 euro nie jest już organizacja świadcząca opiekę czy firma ubezpieczeniowa, lecz klient lub mieszkaniec bądź jego rodzina. Dzięki temu klient ma większy wpływ na to, w jaki sposób zapewniane jest mu wsparcie i opieka. Oczywiście, życzenia i potrzeby klienta muszą mieścić się w granicach budżetu wynoszącego 80 000 euro.

Chociaż istnieje również możliwość, aby klient (bądź jego rodzina) zapłaciła dodatkowo w celu uzyskania większego wsparcia. Doświadczenia związane z nowym narzędziem pokazują, iż zwiększają się możliwości kształtowania opieki w taki sposób, aby była ona bardziej dostosowana do potrzeb i życzeń klientów. Istnieje także możliwość, aby rodzina przejęła obowiązki związane z pielęgnacją rodzica bądź partnera, dzięki czemu budżet przeznaczony na tę część opieki może zostać przeznaczony na zaspokojenie innych potrzeb klienta.

Według prognoz, z tego narzędzia korzystać będzie więcej osób, gdyż pasuje ono do potrzeb nowego pokolenia klientów, które ulegają zmianie. Zależnie od "siły portfela" pozycja klientów będzie lepsza niż wcześniej.

## Wnioski

Nie sposób uniknąć tego, aby opieka długoterminowa w Holandii uległa zmianie z powodu zmieniających się potrzeb i życzeń następnego pokolenia klientów i mieszkańców. Nie sposób uniknąć zmian również ze względu na obecnych klientów i mieszkańców. Klient musi być panem! Według mojej opinii, zasadnicza zmiana wprowadzona przez rząd może być podyktowana czynnikami ekonomicznymi. Stanowi ona jednak zarazem szansę na wprowadzenie zmian w taki sposób, aby przyczyniło się to do wzrostu jakości życia klientów i mieszkańców.

Iva Holmerova

## Opieka nad osobami z demencją - kontekst etyczny



## Działalność społeczna i naukowa:

- A) w kraju – od 1997 r. członek założyciel i przewodnicząca (2003-2014) Czeskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego, od 2005 r. członek Rządowego Zespołu ds. Starzenia się. Przewodnicząca (2007-2011) i wiceprzewodnicząca (od 2011 r.) Czeskiego Towarzystwa Gerontologii i Geriatrii. Główny organizator i kierownik Praskich Dni Gerontologii (od 1996 r.). Członek komitetu naukowego Konferencji Geriatrycznej w Hradec (od 2002 r.).
- B) Za granicą – członek zarządu (od 2008 r.) i wiceprzewodnicząca (od 2010 r.) Alzheimer Europe. Od 2008 r. przewodnicząca czeskiego oddziału Międzynarodowego Centrum Długowieczności (ILC), członek ILC Global Alliance. Od 2012 r. członek zarządu międzynarodowego stowarzyszenia naukowego INTERDEM (Działania psychospołeczne wobec demencji). Uczestnik LOC WONCA World Conference 2014 i EAPC European Conference 2014. Członek komitetu naukowego Alzheimer Europe conference 2014.

W prezentacji omówiona zostanie kwestia wybranych aspektów etycznych związanych z należytą opieką nad osobami cierpiącymi na demencję. Chodzi głównie o to jak ważne jest postawienie prawidłowej diagnozy we właściwym czasie oraz zapewnienie wsparcia po jej postawieniu, udzielenie należytych informacji dotyczących diagnozy oraz o wymianę informacji w ramach zespołów świadczących opiekę itp. Głównym celem artykułu jest analiza problematyki opieki nad osobami będącymi w zaawansowanym stadium demencji jak również dylematów etycznych, które są z nią związane.

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.

U wielu 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 profesjonalni, jak i rodzinni 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 – Europejskiego Towarzystwa 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 acetylocholinoesteryzy 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 świadomi tego co kryje się pod pojęciem demencji i jakie zmiany może ona wywoływać w zachowaniu pacjentów, którzy na nią cierpią oraz w ich reakcjach na różne sytuacje. 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 „jedyne skuteczne i niezbędne”. 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 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, zaadoptowaniu 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 przeszkoloną osobę pomagającą, które łączą w sobie zarówno elementy działań społecznych jak i reminiscencję, stymulację sensoryczną oraz różnorodne, nieskomplikowane ćwiczenia kognitywne. Efekt CST na funkcje kognitywne jest podobny do efektu wywoływanego przez inhibitory acetylocholinoesterazy. 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 kognitywne. Zajęcia skupiają się na tematach związanych z różnymi dziedzinami życia takich 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 wymagające 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 opanowywania wchodziło także wykonywanie czynności przyjemnych jak również takich, które stanowią sensowne 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 je za pomocą niefarmakologicznych metod.

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. 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 u 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.

Podziękowania: Niniejsze streszczenie oraz wykład opracowane zostały na podstawie wyników projektu badawczego „Czech Austrian Long-Term Care Project DEMDATA GF16-34873L of Charles University Faculty of Humanities”, PALLIARE Erasmus+ KA 2 Project. Cytaty użyte w tekście pochodzą z publikacji The Lancet: Dementia prevention, intervention, and care: Gill Livingston, Andrew Sommerlad, Vasiliki Orgeta, Sergi G Costafreda, Jonathan Huntley, David Ames, Clive Ballard, Sube Banerjee, Alistair Burns, Jiska Cohen-Mansfield, Claudia Cooper, Nick Fox, Laura N Gitlin, Robert Howard, Helen C Kales, Eric B Larson, Karen Ritchie, Kenneth Rockwood, Elizabeth L Sampson, Quincy Samus, Lon S Schneider, Geir Selbæk, Linda Teri, Naaheed Mukadam. Published online July 20, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)

## Sirpa Elisabet Salin

# Wymagania dotyczące opieki i usług a rzeczywiste możliwości opiekunów



Sirpa Salin posiada stopień naukowy doktora, od 2011 roku pracuje jako starszy wykładowca w dziedzinie edukacji, badań i rozwoju w obszarze pielęgniarstwa gerontologicznego na Uniwersytecie Nauk Stosowanych w Tampere (Wydział Opieki Zdrowotnej). Jej praca obejmuje nauczanie pielęgniarstwa na różnych poziomach, przygotowywanie kursów pielęgniarstwa oraz planowanie i realizację projektów we współpracy ze szpitalami i ośrodkami zdrowia. Wcześniej pracowała cztery lata na stanowisku wykładowcy na uniwersytecie w Tampere oraz, przez dwa lata, jako kierownik projektu w szpitalu uniwersyteckim w tym samym mieście. W latach 1999-2005 pełniła funkcję dyrektora prywatnego domu opieki. W roku 2008 ukończyła pracę doktorską poświęconą krótkotrwałej terapii zastępczej dla osób starszych. Jej późniejsze badania dotyczą uczestnictwa osób starszych w specjalnych programach opiekuńczych, a także administrowania procesem opieki. Jest autorką ponad dziesięć artykułów naukowych oraz wielu innych publikacji. Rezultaty swoich badań naukowych prezentowała na konferencjach naukowych na trzech kontynentach. Recenzuje także artykuły dla fińskich i międzynarodowych czasopism naukowych.

Fińskie społeczeństwo starzeje się w szybkim tempie, a co za tym idzie, zmienia się cała struktura demograficzna. Prognozy wskazują, iż w szczególności wzrasta liczba osób w najstarszych przedziałach wiekowych, co zwiększa zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze ponieważ to właśnie osoby starsze cechują się największą niesamodzielnością. Aby sprostać wyzwaniom starzejącego się społeczeństwa należy podjąć zdecydowane działania.

Fiński system opieki społecznej i zdrowotnej ulega obecnie gruntownej przemianie, której celem jest zmniejszenie różnicy pomiędzy dobrostanem ludzi a ich zdrowiem, uczynienie usług bardziej dostępnymi i jednolitymi oraz ograniczenie wzrostu wydatków. Od początku XXI wieku struktury w sektorze opieki nad osobami starszymi były poddane państwowej reformie, która miała na celu umożliwić osobom starszym pozostanie i mieszkanie w swoich własnych domach, zredukować liczbę osób przebywających w placówkach opiekuńczych oraz skierować usługi szpitalne do osób mieszkających we własnych domach, a także do tych pacjentów, którzy niedługo zostaną wypisani do domu.

Większość osób starszych nie potrzebuje regularnie korzystać z usług społecznych lub zdrowotnych. Fiński rząd realizuje politykę, która ułatwia osobom starszym pozostanie w własnych domach jak najdłużej. Celem jest, aby do 2017 roku 92% osób powyżej 75 roku życia mieszkało samodzielnie we własnym domu lub ze wsparciem usług społecznych. Z tego odsetka, 13% osób ma mieszkać we własnym domu i otrzymywać regularną opiekę, 5% ma mieszkać w domach opieki przeznaczonych dla osób niewymagających opieki całodobowej, a pozostałe 3% ma mieszkać w placówkach świadczących opiekę długoterminową dla osób najbardziej niesamodzielnych. Do końca 2015 roku, 22% osób powyżej 75 roku życia otrzymało opiekę we własnym domu lub w domu opieki. W ostatnich latach odnotowano jednak spadek odsetka osób otrzymujących opiekę domową.

Aby zapewnić osobom starszym usługi społeczne i zdrowotne, fiński rząd uchwalił tak zwaną "ustawę o usługach dla osób starszych" mającą na celu promowanie dobrostanu osób starszych, wsparcie ich zaangażowania i środków finansowych oraz promowanie samodzielnego życia poprzez interweniowanie wtedy, kiedy możliwości

funkcjonalne osób starszych stają się obniżone lub zagrożone. Kolejnym ważnym celem jest zapewnienie dostępu do oceny usług oraz ich dostępności. Aby zrealizować nakazane prawem zobowiązania, rząd podejmuje działania mające na celu promowanie rozwoju opieki nad osobami starszymi w ich własnym domu, jak również opieki nieformalnej nad osobami we wszystkich grupach wiekowych. Działania te stanowią jedną z wiodących inicjatyw rządu, celem której jest zapewnienie zdrowia i sprawności na starość, co pozwoli na mieszkanie we własnym domu jak najdłużej.

Osoby starsze wraz ze swoimi rodzinami były świadkami wielkich zmian strukturalnych w sektorze opieki, które pociągnęły za sobą następujące tendencje. Więcej osób starszych otrzymuje opiekę medyczną w przypadkach nagłych, natomiast pobytu w szpitalach są z reguły krótkie. Od początku XXI wieku wygasa się opiekę zinstytucjonalizowaną, a procent osób otrzymujących opiekę domową spada, podczas gdy wzrasta waga opieki nieformalnej. Proces otrzymywania pomocy jest złożony i biurokratyczny, ponieważ system usług jest dość rozproszony. Pomimo ambitnych celów państwowych, sektor usług nie został poddany adekwatnym działaniom o charakterze reformy. Zintegrowane ścieżki opieki nie działają tak jak powinny, wskutek czego dochodzi do zbyt wielu przejść z jednej placówki do drugiej, zwłaszcza w przypadku osób w bardzo zaawansowanym wieku. To, że system opieki zdrowotnej i społecznej jest udoskonalany tylko częściowo powoduje cierpienie osób starszych i ich rodzin.

Według opublikowanego w 2013 roku raportu, 40% osób w wieku 55 – 70 lat (czyli przyszli użytkownicy usług opiekuńczych) chciałoby na starość pozostać we własnym domu, nawet gdyby pobyt w domu opieki nie wiązał się z żadnymi opłatami. Największe rozbieżności wśród ankietowanych osób dotyczyły wyboru miejsca zamieszkania. Większość osób chciałaby korzystać z usług opiekuńczych we własnym domu, nawet gdyby opieka instytucjonalna była w dużym stopniu dotowana przez państwo. Jednak znacząco mniejsza liczba osób wołałaby przenieść się do domu opieki przeznaczonego dla osób niewymagających całodobowej opieki, nawet gdyby było to dotowane w niewielkim stopniu. Ogólnie rzecz biorąc, osoby urodzone w okresie wyżu demograficznego w latach 50 gotowe są wydać pieniądze na usługi opiekuńcze.

W okresie między 2010 a 2025 rokiem sektor opieki zdrowotnej i społecznej potrzebować będzie od 79 000 do 125 000 nowych pracowników, głównie z powodu starzenia się społeczeństwa. W tym samym czasie pokolenie powojennego wyżu demograficznego będzie przechodzić na emeryturę. Bardzo trudno będzie zapewnić odpowiednią liczbę wykwalifikowanych pracowników sektora opieki. Opiekun osób starszych nie jest niestety atrakcyjnym zawodem, częściowo z tego powodu, że branża ta nie cieszy się pozytywnym wizerunkiem publicznym. Pielęgniarki, które niedawno ukończyły studia uważają, że opieka nad osobami starszymi nie pozwala im wykorzystywać specjalistycznych umiejętności ani wiedzy.

U ponad 40% osób starszych otrzymujących opiekę domową zdiagnozowano zaburzenia pamięci, a u ponad 80% zaburzenia poznawcze. Często takie osoby mieszkają same, a wiele z nich cierpi na samotność lub poczucie zagubienia. Opiekun domowy może być jedyną osobą, z którą mają kontakt w ciągu dnia lub tygodnia. Jak wynika z raportu sporządzonego przez Narodowy Instytut Zdrowia i Opieki Społecznej, zapotrzebowanie na opiekę domową wzrasta, podczas gdy spada liczba odpowiednich pracowników. Taka praca jest bardziej uciążliwa niż wcześniej, co objawia się wzrostem liczby dni, podczas których opiekunowie przebywają na zwolnieniu chorobowym. Liczba ta wynosi średnio 30 dni. Ci, którzy pracują z osobami starszymi uważają, że nie mają wystarczająco dużo czasu, aby wykonywać swoją pracę tak dobrze, jak by chcieli. Stosunek liczby pielęgniarek do liczby pacjentów jest tylko 20% tego, co w całodobowych domach opieki, a zasobów ludzkich jest jeszcze mniej wieczorami oraz w weekendy. Opieka domowa, którą mierzy się liczbą wizyt w danym domu, a nie ich długością, jest bardzo wymagającą pracą i pozostawia mało czasu na rehabilitację.

Jak wykazują badania, ci, którzy otrzymują opiekę domową nie są zadowoleni z poziomu wsparcia psychospołecznego, jakie są im zapewniane. Niemal połowa ankietowanych osób stwierdziła, że nie otrzymuje wystarczającej zachęty, aby zarządzać swoim życiem w sposób samodzielny. Usługi opiekuńcze są fragmentaryczne i zapewniane przez kilka stron, co utrudnia koordynację opieki oraz ustalenie odpowiedzialności w opiece nad pacjentem. Takie okoliczności mogą przyczynić się do osłabienia możliwości funkcjonalnych podopiecznego, w obliczu którego opiekun może tylko skierować go do szpitala. Wśród ankietowanych liczba przeniesień w ostatnich dwóch latach życia wahała się od zera do ponad stu, zwiększając się w miarę zbliżania się śmierci. Około 87% osób w próbie badawczej przeszło co najmniej jedno przeniesienie z domu do ośrodka opiekuńczego lub z jednego ośrodka opiekuńczego do drugiego w ostatnich dwóch latach życia. (Aaltonen i in. 2010)

Mądre rozwiązania mogą wnieść znaczący wkład w stworzenie społeczeństwa, które lepiej służy dobrostanowi osób starszych. Istotne jest, aby opracować nowe modele oraz konwencje działania, które stanowią odpowiedź na zmieniające się struktury społeczne. Technologia pociągnęła za sobą wiele możliwości dla sektora opieki nad osobami starszymi: wiele projektów eksperymentalnych jest prowadzonych obecnie w Finlandii. Ustawy, zalecenia dotyczące polityki, oraz projekty państwowe wskazują na lepszą przyszłość, w której osoby starsze pozostaną w pełni zaangażowanymi członkami społeczeństwa.

### Bibliografia:

Aaltonen M, Forma L, Rissanen P, Raitanen J & Jylhä M. 2010. Transitions in health and social service system at the end of life. *Eur J Ageing*, 7:91–100.

Eloranta, S., Arve, S., Viitanen, M., Isoaho, H. & Routasalo, P. 2012. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. *Hoitotiede* 24 (1), 14–26. Abstract in English.

Finne-Soveri H., Mäkelä M., Noro A., Nurme P. & Partanen S. 2014. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. *Terveystieteiden tutkimus. Suomen lääkärilehti* 69 (50-52), 3467-3473. Abstract in English.

Finnish Institute of Occupational Health. <https://www.ttl.fi/>

<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoja-rai-jarjestelmasta>

Lihavainen, K., Sipilä, S., Rantanen, T., Kauppinen, M., Sulkava, R. & Hartikainen, S. 2011. Effects of comprehensive geriatric assessment and targeted intervention on mobility in persons aged 75 years and over: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation* 26 (4), 314-326.

National Institute for Health and Welfare (2015). [https://www.thl.fi/thl-liferay-theme/images/thl\\_common/thl-logo-en.png](https://www.thl.fi/thl-liferay-theme/images/thl_common/thl-logo-en.png)

Ministry of Social Affairs and Health (2017). Quality recommendation to guarantee a good quality of life and improved services for older persons 2017–2019. Publications of the Ministry of Social Affairs and Health.

Ministry of Social Affairs and Health, 2011. Socially sustainable Finland 2020. Strategy for social and health policy. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3136-7>

Ministry of Social Affairs and Health, 2008. Quality recommendation to guarantee a good quality of life and improved services for older persons 2008–2017. Publications of the Ministry of Social Affairs and Health.

Pursiainen H. & Seppälä T. 2013. Hoivakodissa vai kotihoivassa? Suurten ikäluokkien halukkuus maksaa vanhuspalveluista. *Tutkimukset* 173, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. (In Finnish).

Suhonen, R., Röberg, S., Hupli, M., Koskeniemi, J., Stolt, M. & Leino-Kilpi, H. 2015. Muistipotilaiden optimaalisen palvelukokonaisuuden ominaisuudet. *Hoitotiede* 27 (4), 259-273. Abstract in English.



*Matej Lejsal*

## Kultura zespołu multidyscyplinarnego – Konsument/Pacjent/Klient/Człowiek



Od 2006 r. Matěj Lejsal pełni funkcję dyrektora Domu Sue Ryder w Pradze, organizacji pozarządowej świadczącej usługi socjalne i zdrowotne na rzecz seniorów. Jego główną rolą jest zarządzanie strategiczne organizacją, rozwój usług, praca nad innowacjami oraz zbieranie funduszy od darczyńców. Jest on również wykładowcą na Wydziale Opieki Społecznej i Zarządzania Zdrowiem Uniwersytetu Karola w Pradze, gdzie prowadzi zajęcia z zakresu gospodarki, gospodarki usług socjalnych i zdrowotnych, systemu opieki socjalnej i zdrowotnej oraz zarządzania zasobami ludzkimi. Ponadto od 2012 roku jest członkiem Rządowej Rady ds. Organizacji Pozarządowych i Non-profit, co pozwoliło mu zdobyć głęboką wiedzę na temat problemów związanych ogólnie z sektorem non-profit. Matěj Lejsal jest także zaangażowany w pracę wielu grup roboczych w Ministerstwie Spraw Społecznych oraz na szczeblu samorządowym.

### **Streszczenie:**

Podejście związane z interdyscyplinarnym zespołem (MDT) uznawane jest za jeden z najbardziej skutecznych i efektywnych sposobów świadczenia i planowania opieki. MDT 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 MDT. Artykuł oferuje głębszy wgląd w rezultaty podejścia MDT dla mieszkańców domów opieki oraz w metody zarządzania stosowane dla różnych kultur zawodowych jak i różnice w kompetencji członków MDT i skutecznych struktur komunikacji.

### **Wstęp:**

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 długotrwałą opiekę (LTC) w Republice Czeskiej donoszą o rosnącej liczbie osób o potrzebach, które są w wysokim stopniu złożone. (Prusa, 2013). Najnowsze badania (np. Nancarrow et al., 2015) sugerują, iż zwiększająca się złożoność potrzeb może zostać rozwiązana poprzez interdyscyplinarną pracę zespołową. Według niektórych autorów, współpraca na zasadzie multi-inter-trans stanowi ciągłość (Sfectu, 2013), używają oni danego terminu w danym kontekście, inni natomiast stosują podane pojęcia zamiennie. (Wilson, Pirrie, 2000). Definicja użyta przez Nancarrowa (Nancarrow et al., 2015, 438) została wykorzystana w niniejszej pracy. 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.”

Wnioski z badania Nancarrowa dokumentują znaczny efekt pozytywny dotyczący jakości usług świadczonych przez domy opieki działające w oparciu o zintegrowane podejście MDT. Integracja pracy oraz



podejścia w formie MDT zdaje się być jasnym celem związanym z zarządzaniem. W pierwszej kolejności należy rozważyć mediatory i przeszkody związane z wprowadzeniem podejścia MDT do domu opieki. Studium przypadku ilustruje wybrane aspekty związane z wprowadzeniem podejścia MDT do domu opieki.

### **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 ukierunkowany 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, opiekunowie<sup>1</sup>, terapeuci w zakresie żywienia, psychoterapeuci, terapeuci zajęciowi) były przez lata zaangażowane w świadczenie usług w domu opieki. Niezbędne okazały się wtedy nie tylko kompetencje (umiejętności i wiedza) w zakresie opieki bezpośredniej, ale również wynikające 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 linearno-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 MDT za „znacznie większą”. Ten sposób postrzegania intensywności zmiany może wynikać z faktu, iż zmiana ta pokazuje różnice pomiędzy kulturami zawodowymi (Hall, 2005). Członkowie MDT informowali o poczuciu „intensywnej komunikacji interpersonalnej”, „braku wyraźnego lidera w podejmowaniu decyzji”, „ciężaru odpowiedzialności za własną opinię” oraz „znacznie więcej dyskusji i konfliktów dotyczących bagatelnych kwestii”. Z drugiej jednak strony, wspomniano także o „wspaniałym 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 MDT 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 MDT. Natura celu pomogła w zmianie myślenia każdego z członków MDT 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 MDT:

- Zarządzające MDT, w którym każda specjalizacja reprezentowana jest przez menedżera (lub jednego specjalistę). Zarządzające MDT zaangażowane jest w planowanie strategiczne. Zespół odpowiedzialny

<sup>1</sup> 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.

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.

- Operacyjne MDT składa się z przedstawicieli każdej ze specjalizacji, którzy przydzielani są na stałe do danego "oddziału" oraz odpowiedzialne 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.
- MDT ds. Przypadku stworzone 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:

MDT 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 MDT muszą zaakceptować fakt, iż w wypadku podejścia MDT potrzebne jest „podejście nakierowane na Klienta” oraz zasoby dla samego zespołu.

### Literatura:

Borril 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 sanatale, 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.

*Artur Kasprowicz*

## Szczęście potrzebuje towarzystwa, czyli satysfakcja pracy z ludźmi



Doktor nauk ekonomicznych w zakresie biznesu i ekonomii zarządczej. Posiada doświadczenie i odnosi sukcesy w różnych środowiskach biznesowych. Prowadzi liczne projekty dotyczące zarządzania jakością, zarządzania zasobami ludzkimi, networkingu oraz komercjalizacji produktów i usług. Realizował również projekty związane z jakością zasobów ludzkich w organizacjach komercyjnych i organizacjach non-profit. Jego doświadczenie akademickie i badawcze dotyczy satysfakcji z pracy, analityki biznesowej oraz analizy zasobów ludzkich w organizacjach komercyjnych. Jest właścicielem i dyrektorem generalnym firmy Servitour Consulting oraz współwłaścicielem Centrum Rozwoju Zdrowia Dziecka w Bydgoszczy. Powołał również do życia fundację „Papillon”, która zapewnia pomoc dzieciom ze spektrum autystycznym.

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 zadowolenia 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 zrozumiałe.

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 koledze 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), poziomu 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 przewidywalną 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.



## Marjo-Ritta Rikala

# Oczekiwania pracowników instytucji opieki długoterminowej a rzeczywistość



Pielęgniarka dyplomowana, dyplomowany specjalista ochrony zdrowia, Wydział Usług na Rzecz Osób Starszych miasta Tampere, Finlandia

Marjo-Riitta pełni funkcję kierowniczą w obszarze opieki nad osobami starszymi. Oprócz wypełniania zwykłych obowiązków zawodowych koordynuje także prace nad oprogramowaniem wspomagającym jakość życia osób starszych. Wcześniej pracowała jako kierownik projektu w zakresie usług socjalnych, pielęgniarka oddziałowa na oddziale chirurgicznym oraz na stanowisku badawczym na Uniwersytecie w Tampere.

Finlandia to jeden z najszybciej starzejących się krajów Europy. Wzrost długości życia oraz niski wskaźnik urodzeń spowodują stałe zmiany w jej strukturze wiekowej. Liczba osób starszych wzrośnie, podczas gdy liczba dzieci oraz młodych ludzi spadnie tak, że zmniejszy się liczba ludności w wieku produkcyjnym. Zmiana w strukturze wiekowej wpłynie na całe społeczeństwo. Zapewnienie usług osobom starszym stanowi wyzwanie z powodu spadku liczby osób na rynku pracy.

Szacuje się, że około 16% ludności aktywnej zawodowo pracuje w sektorze opieki zdrowotnej i społecznej. W tym sektorze dominują kobiety – mężczyźni stanowią zaledwie 12% osób w nim zatrudnionych. Przejście na emeryturę tych pracowników będzie kolejnym wyzwaniem. Powstanie w wyniku tej fali emerytur zapotrzebowanie na pracowników w branży opieki instytucjonalnej i domowej.

Badania wykazują, że osoby pracujące w tej branży mają podobne oczekiwania wobec swojej pracy. Głównie spełniają one swoje zawodowe powołanie, aby pomagać osobom starszym. Oczekują, aby ich praca była interaktywna z elementem humanitarnym. Natura tej pracy ma nadać jej znaczenie. Pracownicy oczekują od kierownictwa równego i sprawiedliwego traktowania, jak również zaangażowania i konstruktywnych opinii.

Z kompleksowych badań ankietowych przeprowadzonych przez gminę wynika, że pracownicy tej branży otrzymują więcej wsparcia od swoich przełożonych niż kiedykolwiek dotąd. Badania też wykazują, że tendencje sprawiedliwego zarządzania wzrastają. Sprawiedliwe zarządzanie wiąże się z mniejszą ilością zwolnień chorobowych. Według wyżej wymienionych badań ankietowych oraz innych badań, praca w branży opieki jest wymagająca zarówno fizycznie, jak i mentalnie. Zwiększa się tempo pracy, jak również jej ilość. Wzrastają doniesienia o przemoc. Coraz więcej pracowników czuje, iż te zmiany są bardziej znaczące niż przedtem. Oczekują oni sprawnego zarządzania, otwartej interakcji oraz lepiej wyszkolonej kadry w swoich jednostkach. Dla nich liczą się dobra atmosfera w środowisku pracy oraz wsparcie przełożonych. Natura ich pracy oraz to, że mogą wpłynąć na jakość życia ich podopiecznych sprawiają, że ich satysfakcja z pracy rośnie, co z kolei przyczynia się do podwyższenia jakości świadczonych przez nich usług oraz jakości opieki w całej branży.

Nieustanne zmiany stanowią wyzwanie dla kierownictwa. Wspólnoty pracy powinny skorzystać z dostępnych danych w celu opracowania nowych inicjatyw.



## Martina Pojer

# Od państwowej instytucji opieki długoterminowej do nowoczesnego usługodawcy. Proces zarządzania instytucją opieki długoterminowej towarzyszący zmianie od 1. do 5. pokolenia



Osoba odpowiedzialna za domy opieki i ośrodki opieki dziennej w ramach Centrów Opieki Geriatrycznej Miasta Graz (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz). Obejmują one 4 domy opieki z 406 mieszkańcami oraz 2 ośrodki opieki dziennej, z których jeden specjalizuje się w opiece nad osobami z demencją.

## WYCIĄG

W ostatnich 50 latach domy opieki doświadczyły ogromnej zmiany paradygmatów. Kuratorium Niemieckiej Pomocy Geriatrycznej (KDA) opisuje 5 generacji domów opieki. 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 opieki 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 domy opieki były administrowane, dziś do kierowania placówkami niezbędne są kompetencje menadżerskie.

Od ponad 15 lat Geriatryczne Centra Zdrowia Miasta Graz (GGZ) konsekwentnie pracują nad rozszerzaniem portfolio usług dostosowanych 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 nowych placówek w 2015 r. doświadczyły zmiany paradygmatów.

Już od ponad 15 lat Geriatryczne Centra Zdrowia Miasta Graz (GGZ) konsekwentnie pracują nad rozszerzaniem 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 krótki okres czasu 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.

Równolegle 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.

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 odpowiedzialności stanowi nie lada wyzwanie.

W domach opieki w Austrii, a w szczególności w kraju związkowym Styria, dostępna jest nadmierna ilość łóżek. Aktualnie ich liczba przekracza już dziś zapotrzebowanie prognozowane na rok 2025 r. To prowadzi do ciągłej rywalizacji przedsiębiorstw, które stoją przed wyzwaniem zapewnienia wysokiego obłożenia, aby móc przetrwać finansowo. Wiele domów opieki w Styrii ogłosiło upadłość w wyniku takiego 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 ogólne potrzeby oraz potrzeba pomocy mieszkańcom rosną, podobnie jak oczekiwania członków ich rodzin.

Kuratorium Niemieckiej Pomocy Geriatrycznej (KDA) opisuje 5 generacji domów opieki. 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 niewielką potrzebą 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 obszerne 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 i światłem, 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 domy opieki 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

#### Organizers:



#### Partner:



## Jiri Horecky

# Większe instytucje opieki długoterminowej = gorsza jakość życia: prawda czy mit?



Jiří Horecký rozpoczął karierę zawodową jako dyrektor Caritas w czeskiej miejscowości Tabor, potem pracował jako dyrektor domu opieki w tym samym mieście. Obecnie jest prezesem Związku Pracodawców w Republice Czeskiej oraz prezesem czeskiego Stowarzyszenia Świadczeniodawców Opieki Społecznej. Jest także członkiem Rządowej Rady ds. Seniorów, Rządowej Rady ds. polityki uzależnień oraz Rządowej Rady ds. Administracji Publicznej. Pełni również funkcję doradcy ministra pracy i spraw społecznych. Na poziomie europejskim jest członkiem zarządu European Association of Homes and Services for the Ageing (EAHSA), a w roku 2016 został

wybrany na stanowisko prezesa E.D.E. - European Association for Directors and Providers of Long-Term Care Services for the Elderly. Jiří Horecký jest doktorem nauk ekonomicznych, posiada dwa tytuły magistra w dziedzinie administracji publicznej oraz dyplom licencjata w dziedzinie zarządzania.

Opieka długoterminowa nad osobami starszymi ulega znaczącym zmianom w Europie. Zmagamy się z niedoborem personelu i brakiem środków finansowych, podczas gdy oczekiwania wobec jakości oferowanych przez nas usług rosną.

Trwają dyskusje eksperckie nad sposobem świadczenia opieki, jej integracją, jej deinstytucjonalizacją, jak również opieką nad specyficznymi grupami docelowymi takimi jak osoby cierpiące na demencję. Dyskusje te również dotyczą między innymi zaangażowania rodziny, usług dla społeczności lokalnej oraz kwestii natury etycznej.

Jeden z tematów omawianych w zróżnicowanym stopniu, w zależności od kraju, dotyczy ogólnej natury domów opieki. Rodzi się pytanie: jaki powinien być „dobry i właściwy” dom opieki nad osobami starszymi? Jaka jest jego idealna wielkość, jeśli taka w ogóle istnieje? W niektórych państwach europejskich wielkość średniego domu opieki maleje, zaś w innych ona się nie zmienia. Jak rzeczywiście wygląda sytuacja w Europie? Jaka jest pojemność i wielkość domów opieki w poszczególnych krajach europejskich?

W Europie są domy opieki mieszczące setki łóżek a również takie mieszczące na przykład 10 łóżek. Kolejną kwestią poruszaną w tej debacie jest to, czy Państwo czy Komisja Europejska powinna regulować maksymalną pojemność domów opieki.

Kiedy stoi się przed decyzją o ustaleniu wielkości domu opieki należy zadać sobie dwa kluczowe pytania, albo inaczej mówiąc, należy rozważyć dwie kwestie: po pierwsze, w jaki sposób wielkość zakładu wpłynie na jego efektywność ekonomiczną oraz jakość zapewnionych w nim usług? To z kolei wpłynie na jakość życia osób mieszkających w nim. A po wtóre, jakie wskaźniki jakości powinniśmy brać pod uwagę?

Na koniec powinniśmy zadać sobie pytanie, czy naprawdę jest tylko jeden model stacjonarnej opieki długoterminowej, który jest dla wszystkich najlepszy.

## Romain Gizolme

### Citoyennage: osoby starsze mówią do uszu personelu



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

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.

#### PUNKT WYJŚCIA

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 chętne 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:



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

#### EFEKTY I DALSZE PERSPEKTYWY

- 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 odpowiednie placówki.

#### PODSUMOWANIE

Citoyennage pozwala nam w pewnym sensie odwrócić role: tym razem to osoby starsze mówią, a opiekunowie ich słuchają. Projekt ten jest jednak korzystny dla wszystkich. Seniorzy odzyskują możliwość działania, opiekunowie doświadczają innego typu, często bardzo stymulującej relacji z podopiecznymi, a dyrektorzy placówek opieki zyskują impuls do nowych działań w swoich instytucjach.

Thomas Klie

“Dbaj i lecz”.

Rozgraniczenie na rzecz profilowania się profesjonalnej opieki?



Dr Thomas Klie, prawnik, profesor gerontologii na Uniwersytecie w Klagenfurcie w Austrii, profesor Protestantckiego Uniwersytetu Nauk Stosowanych we Freiburgu w Niemczech. Praca badawcza, którą zajmuje się w Instytucie Badań Społecznych (AGP) we Freiburgu, dotyczy zmian demograficznych i społecznych we współczesnym społeczeństwie, nadużyć wobec osób starszych oraz planowania polityki społecznej wobec osób starszych na poziomie lokalnym. Od 2013 r. przewodniczący rządowej komisji przygotowującej drugi raport o stanie zaangażowania społecznego, z ramienia niemieckiego Ministerstwa rodziny, osób starszych, kobiet i młodzieży..

Czy warto „rozłożyć” opiekę na tzw. *cure and care*, tj. leczenie i troskę oraz czy warto ponownie dopuścić podejście medyczne do dyskusji o opiece, dyskusji, która w końcu doprowadziła do rozwoju całościowego podejścia do opieki oraz nauki o opiece? Rozgraniczenie leczenia i troski pojawia się w różnych kontekstach, choćby w dyskusji o reformie strukturalnej *Opieka i udział*<sup>2</sup> oraz w ramach projektu *Wyzwanie: opieka*<sup>3</sup>, celem profilowania zrozumienia opieki, zakresu zadań i odpowiedzialności, ale także i wśród grup roboczych, zajmujących się opieką długoterminową. Rozgraniczenie na leczenie i troskę ukute zostało w języku angielskim. W języku niemieckim nie ma ono swojego odpowiednika. Jego zasadność, wymaga natomiast wnikliwej dyskusji. Można mieć zastrzeżenia, że (sztuczne) rozróżnienie między oraz rozgraniczenie na leczenie i troskę jest sprzeczne z całościowym podejściem do opieki, które z trudem ugruntowało się w ostatnich latach. U podstaw tego zarzutu leży nieporozumienie. Rozgraniczenie leczenia i troski nie ma na celu kwestionowania ani całościowego obrazu człowieka ani całościowego rozumienia opieki i leczenia. Raczej nawiązuje do opieki domowej, w przypadku której zadania takie jak pomoc, troszczenie się, załatwianie spraw czy pielęgnowanie – jednym słowem troska (ang. *care* lub *caring*) – przejmują z reguły członkowie rodziny, przyjaciele i częściowo sąsiedzi w sensie „wspólnoty mieszkaniowej”. Personel specjalistyczny podejmując aktywność ma wprawdzie na uwadze wszystkie aspekty potrzeby opieki, jednak w swoim działaniu ogranicza się do zadań, które można przyporządkować pojęciu leczenia (ang. *cure*). Skoncentrowanie się na zadaniach związanych z leczeniem (ang. *cure*) wynika nie tylko z faktu, że personel specjalistyczny nie otrzymuje wynagrodzenia za wszystkie zadania, lecz z tego, że troska (ang. *care*) jest i pozostaje w dalszym ciągu zadaniem danej „wspólnoty mieszkaniowej”<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> Hoberg/Klie/ Künzel 2013 Strukturreform Pflege und Teilhabe Freiburg

<sup>3</sup> AGP Freiburg (wyd.) (2014): Herausforderung Pflege – Modelle und Strategien zur Stärkung des Berufsfeldes Altenpflege. Abschlussbericht. [www.agp-freiburg.de](http://www.agp-freiburg.de)

<sup>4</sup> Por. na temat dyskusji o trosce: Klie, Thomas (2014): *Sorgende Gemeinschaft- Blick zurück oder nach vorne? Geteilte Verantwortung oder Deprofessionalisierung? Was steckt hinter den Caring Communities?* W: *Praxis PalliativeCare; demenz; Praxis Pflegen* (23), Str. 20–22. Kellehear, Allan (2005) *Compassionate Cities, Public health and end of life care*. Nowy Jork, Londyn

W nowoczesnym rozumieniu opieki, w sensie leczenia (ang. *cure*), profesjonalny personel opiekuńczy zajmujący się leczeniem domowym przejmuje w istotnym stopniu zadanie planowania, ustalania i kierowania procesem opieki. Taki profil zadań profesjonalnego personelu opieki oraz taka koncepcja ról, wynikająca z domowej potrzeby opieki, nie daje się przełożyć na środowisko kliniczne, można ją natomiast jak najbardziej powielać w kolektywnych formach opieki, jak grupy mieszkalne czy domy opieki. Także i tutaj istota profesjonalnego działania opiekuńczego może obejmować kierowanie procesem opieki oraz przejęcie wymagających czynności rzemieślniczych, które w stosowanym przez naukę o opiece rozróżnieniu pojęć wprowadzonych przez prawo społeczne takich jak opieka zasadnicza i opieka lekarska<sup>5</sup> byłyby przydzielone tej ostatniej.

Troska o dobro drugiego człowieka (ang. *caring*) w sferze domowej w pierwszej kolejności jest zadaniem członków rodziny oraz innych osób ważnych dla danego pacjenta, którzy ponoszą za niego odpowiedzialność (opiekują się nim). Odpowiedzialność za troskę w tym rozumieniu nie należy do głównych zadań profesjonalnych opiekunów, w przeciwieństwie do monitorowania jej. Niekiedy odpowiedzialność za troskę leży także po stronie innych profesjonalistów, na przykład pracowników opieki społecznej, którzy pomagają uporać się ze złożoną społeczną sytuacją kryzysową.

Troska i troszczenie się w żadnym wypadku nie leży tylko i wyłącznie w zakresie odpowiedzialności personelu opieki. Jasne jest jednak to, że właśnie w przypadku opieki długoterminowej leczenie (ang. *cure*) jest zawsze elementem wszelkiej interakcji dotyczącej pacjenta oraz troski, czyli troszczenia się, która koncentruje się na dobrym samopoczuciu człowieka, znajdującego się w trudnej sytuacji życiowej ukształtowanej przez chorobę lub potrzebę opieki.

W obliczu ograniczonych zasobów specjalistów w przyszłości będziemy zmuszeni zwracać uwagę na zaangażowanie specjalistów z zakresu opieki stosownie do ich zadań i kompetencji. Wyobrażenie, że specjaliści z zakresu opieki są odpowiedzialni przede wszystkim lub wyłącznie za całą troskę o ludzi wymagających opieki, jest nie tylko nierealistyczne i niemożliwe do sfinansowania: Takie wyobrażenie nie jest także zgodne z harmonijnym rozumieniem zawodów, które mają podtrzymywać zdolność poszczególnych osób, rodzin, wspólnot mieszkaniowych i życiowych do troszczenia się o osoby potrzebujące z uwzględnieniem ich stylu życia i kultury<sup>6</sup>.

Troszczenie się o siebie nawzajem jest i pozostanie głównym wyrazem ludzkiej solidarności w różnych formach współżycia i wspólnot mieszkaniowych. Podział na leczenie i troskę wynika z jednej strony z konsekwentnego nawiązywania do potrzeb osób przebywających w domu i wymagających pomocy. Personel specjalistyczny pełni tutaj zatem rolę wspierającą. Dodatkowo podział ten wywodzi się z szacunku wobec świata społecznego danego człowieka, świata który pragnie być respektowany w swojej własnej rzeczywistości i którego zdolność do zatroszczenia się o siebie należy wzmacniać.

Rozgraniczenie leczenia i troski odzwierciedla także to, na ile troszczenie się o pacjenta wymagającego lub niewymagającego opieki leży w zakresie obowiązków specjalistów z zakresu opieki, gdyż przecież i inne grupy zawodowe, jak choćby nieformalni pomocnicy czy wolontariusze, wnoszą w tym zakresie swój wkład. Wreszcie, rozgraniczenie takie zwraca uwagę na ograniczone zasoby wykwalifikowanego personelu opiekuńczego w kontekście konieczności uporządkowania na nowo zawodów medycznych oraz ich większego otwarcia w zakresie powierzonych im funkcji oraz przypisanych im kompetencji<sup>7</sup>.

<sup>5</sup> Por. na temat problematyki rozgraniczenia: Klie, Thomas (2014): LPK SGB XI vor §§ 14 ff Rz .8, w: Klie/Krahmer/ Plantholz (wyd.): Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. 4. nakł., Baden-Baden, 231-279

<sup>6</sup> Klie, Thomas (2014): Wen kümmern die Alten, Monachium

<sup>7</sup> Por. Fundacja Roberta Boscha (wyd.) (2013): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven, eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart

Rozgraniczenie leczenia i troski służy m. in. lepszemu ustrukturyzowaniu zakresów zadań i odpowiedzialności w opiece długoterminowej, osiągnięciu jasnego podziału ról oraz zadań między różnymi zawodami, grupami zawodowymi oraz wolontariuszami i nieformalnymi pomocnikami. W tym kontekście profesjonalnym opiekunom przypisuje się kluczowe zadania związane z kierowaniem i odpowiedzialnością. Równocześnie są oni współodpowiedzialni za opiekowanie się, za troskę o dobre samopoczucie pacjenta, za udany dzień powszedni oraz za „zarządzanie” życiem. Swoją specjalistyczną działalność opiekuńczą osadzają w całościowej trosce i wspierają ją. Literatura z zakresu nauki o opiece podaje: „*The essence of nursing is care*” (pol. istotą pielęgnacji jest troska). To zdanie pełni kluczową rolę w określaniu relacji troski i leczenia.<sup>8</sup>

Jak podkreśla teoria Leiningera o opiece specyficznej dla danej kultury pielęgnowanie (ang. *nursing*) w sensie opieki zawodowej skierowane jest na troszczenie się o pacjenta<sup>9</sup>. Według tej teorii troska stanowi istotę leczenia, powrotu do zdrowia, wzrostu człowieka, rozwoju, przeżycia i obchodzenia się ze śmiercią. Troszczenie się o drugą osobę staje się sednem i centralnym punktem opieki, jednakże nie koniecznie w działaniu, lecz w jej ukierunkowaniu na odtworzenie opieki samodzielnej lub na autonomię jednostki poprzez wsparcie opieki. W tym kontekście Orem wymienia trzy wymiary działania: edukacyjny, częściowo kompensacyjny i w pełni kompensacyjny<sup>10</sup>. W samym działaniu, czyli w aktywności pełnej troski, uczestniczą w różny sposób także i inne osoby.

Ukierunkowanie pielęgnowania na troskę jest także związane z emancypacją zawodów związanych z opieką wywodzących się z medycyny zdominowanej przez długi czas przez mężczyzn. Teorie na temat troski, pojawiające się w nauce o opiece, wzbogacają system leczenia w odniesieniu właśnie do opieki długoterminowej. Dodatkową pozwalają one z większą łatwością podejmować pytania osób wymagających opieki niż w przypadku medycyny leczniczej. Nie zmienia to jednak faktu, że opieka specjalistyczna – ukierunkowana na troskę – opiera się na określonej koncepcji ról, kompetencji i funkcji, co umiejscawia ją nie tyle w kontekście codziennej opieki, co opieki specjalistycznej.

W zakresie prawa świadczeń rozgraniczenie leczenia i troski daje możliwość wyjęcia dyskusji o finansowaniu specjalistycznych świadczeń opiekuńczych z w szczególności dalece nietransparentnego procesu udzielania świadczeń w opiece długoterminowej: każda osoba wymagająca opieki musi mieć prawo do opieki specjalistycznej, niezależnie od wybranego przez siebie systemu opieki domowej (zasiłek opiekuńczy, świadczenia rzeczowe czy świadczenia łączone). Zatem prawo do opieki specjalistycznej powinno zostać przejęte z XI kodeksu prawa socjalnego (SGB) do X kodeksu prawa socjalnego. Dzięki temu świadczenia w zakresie troski mogłyby być przydzielane w znacznie bardziej elastyczny sposób niż budżet świadczeń specjalistycznych i wykorzystywane odpowiednio do preferencji i zasobów świata społecznego<sup>11</sup>. W ten sposób rozgraniczenie leczenia i troski nabiera istotnego znaczenia politycznego, w zasadzie nieuznawanego dotychczas w dyskusji w zakresie nauki o opiece.

Miejmy nadzieję, że dyskusja nie doprowadzi ostatecznie do przejścia do niemieckich kodeksów pojęć *cure* i *care*, lecz do wiarygodnego profilowania się profesjonalnej opieki. Nowe pojęcie konieczności opieki, które w dalszym ciągu powinno obejmować potrzeby gospodarstwa domowego oraz częściowe potrzeby uczestniczenia, nie może służyć jako opis zakresu działania opieki specjalistycznej. Z tego względu pojęcie konieczności opieki, niezależnie od swojego brzmienia, wymaga profilowania się opieki specjalistycznej.

<sup>8</sup> Por. Leininger (1984): *Care – The Essence of Nursing and Health*. Detroit

<sup>9</sup> Por. Leininger (2002): *Cultural Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices*. W: *Journal of Transcultural Nursing* 13 (3), str. 189–192

<sup>10</sup> Por. Orem, Dorothea.E. (1995): *Nursing: concepts of practice*. 5th. edition. St. Louis, MO: Mosby

<sup>11</sup> Por. Heinze/Klie/Kruse (2015): *Neuinterpretation des Subsidiaritätsprinzips und wohlfahrtsstaatliche Herausforderungen im demographischen und sozialen Wandel*, w: *Sozialer Fortschritt* (i.E.).

Anna Jorger

## Nowe potrzeby pokolenia wyżu demograficznego



Anna Jörger jest współpracownikiem naukowym. Pracuje w Dziale ds. osób starszych w CURAVIVA – Organizacji Szwajcarskich Domów Opieki i Instytucji Społecznych.

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. Celem niniejszego wykładu jest rozważenie, jakie muszą być przyszłe struktury i usługi w zakresie mieszkania i życia osób potrzebujących wsparcia, aby zapewnić przedstawicielom pokolenia Baby Boomers udaną starość. Przyjrzymy się także sytuacji w Szwajcarii, jednak w ramach niniejszego referatu należałoby poszukać także podobieństw i różnic na płaszczyźnie międzynarodowej.

### **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 Wezemaal, 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)<sup>12</sup>. 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 Wezemaal, 2014, str. 31f.; Höpflinger & Perrig-Chiello, 2009, str. 13 i nast.).

<sup>12</sup> Więcej szczegółów o szwajcarskim pokoleniu Baby Boomers: Höpflinger & Van Wezemaal (2014, str. 18). Ogólnie o cechach charakterystycznych lat powojennych: Menning & Hoffmann (2009, str. 6).



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

W niniejszej części przedstawione zostaną przykłady aspektów w kontekście Szwajcarii, które mogą mieć znaczenie dla starszego pokolenia jutra oraz wymagań w zakresie życia i mieszkania osób starszych w przyszłości<sup>13</sup>. 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). Postawodawczy 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). Jednak 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 decentralnie, 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 dyspozycji specjalistyczne oferty opieki. Opieka stacjonarna 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

<sup>13</sup> To uogólnienie nie ma implikować, że w przypadku pokolenia Baby Boomers mamy do czynienia z heterogenną grupą. Wręcz przeciwnie. Jest to pokolenie bardzo zróżnicowane zarówno pod względem demograficznym, jak i socjologicznym (por. Guberman et al. 2011, str. 1143).

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 poprzez 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, którzy można kształtować.

### Literatura:

Bachmaier, H. (2015). Lektionen des Alters. Kulturhistorische Betrachtungen. Getynga: 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\\_pfleagemodell\\_2030\\_von\\_curaviva\\_schweiz\\_\\_mai\\_2016.pdf](https://www.curaviva.ch/files/O4TWKFK/fact_sheet__das_wohn__und_pfleagemodell_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.

## Grażyna Wójcik

### Zarządzanie w czasach zmiany



Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu.  
Dyrektor Home Health Care Ltd,  
Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Grażyna Wójcik posiada bogate doświadczenie w rozwijaniu usług z zakresu opieki pielęgnacyjnej i zdrowotnej, zarówno na szczeblu krajowym, jak i międzynarodowym. Pełniła funkcję dyrektora ds. usług pielęgniarstwa w jednym z Instytutów Narodowych, głównego eksperta ds. pielęgniarstwa w polskim Ministerstwie Zdrowia oraz kierownika studiów podyplomowych z zakresu pielęgniarstwa w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Jest także uznanym w Europie ekspertem do spraw pielęgniarstwa (WHO, EFN). Od 2004 r. właścicielka i zarządca Home Health Care Ltd., świadczącego usługi opieki domowej w czterech polskich województwach..

*„Nie odkryjesz nowych lądów, jeśli nie zgodzisz się stracić z pola widzenia brzegu na długi czas.”*

#### Cel prezentacji:

Celem artykułu jest przedstawienie współczesnych uwarunkowań zarządzania w warunkach dynamicznych zmian i roli kadry zarządzającej w tym procesie.

#### Wprowadzenie

Zmiany w organizacjach zachodziły zawsze, jednak nigdy nie były tak bardzo nasilone w sensie rozległości, intensywności i częstotliwości jak obecnie. Bezprecedensowy rozwój naukowy i technologiczny, skok cywilizacyjny, które są naszym udziałem od kilku ostatnich dekad, powodują, że warunki pracy i zasady współżycia społecznego zmieniają się nie na przestrzeni pokoleń, lecz w ciągu zaledwie kilku lat.

Wszystkie organizacje niezależnie od swojego charakteru czy też uwarunkowań zewnętrznych w których funkcjonują podlegają uniwersalnej regule znanej jako teoria równowagi organizacyjnej (March, Simon 1964), w myśl której warunkiem przetrwania i rozwoju organizacji jest jej zdolność do zaspakajania potrzeb, aspiracji i oczekiwań uczestników oraz zachowania równowagi materialnej i społecznej z otoczeniem.

Podobnie jak każdy z nas, tak i organizacja, aby żyć, działać i rozwijać się musi przystosowywać się do otoczenia, w którym funkcjonuje. Musi spełniać w stopniu akcentowanym przez otoczenie, wymagania które są formułowane pod jej adresem. Zasada ta dotyczy zarówno organizacji dużych jak i małych.

Niepewność w otoczeniu organizacyjnym oraz procesy zachodzące w obrębie organizacji towarzyszyły od zawsze firmom, niezależnie od sektora w którym one się znajdują. Czynnikiem różnicującym sytuację poszczególnych organizacji może być natomiast poziom złożoności oraz dynamika zmian, które oddziałują na organizacje. Zmianom w otoczeniu organizacji towarzyszą także zmiany w rozumieniu pojęcia samej organizacji, ulegają bowiem rozmyciu granice organizacji. Organizacje stają się sieciowe, wirtualne, oparte na dodawaniu wartości w procesie świadczonych wzajemnie w ramach wewnętrznej gospodarki rynkowej usług.

Każda z organizacji posiada naturalne mechanizmy dostosowawcze do niewielkich zmian które zachodzą lub zaszły w otoczeniu, są to tzw. zmiany adaptacyjne, które nie zagrażają rozwojowi lub bezpieczeństwu firmy ale

też nie wymagają szczególnego zaangażowania i odwagi decyzyjnej Kierownictwa. Jednym z obszarów w którym zachodzą stałe zmiany jest naturalny ruch kadrowy w firmie, ale także zmiana struktury dostawców czy chociażby zmiany przepisów prawa pracy.

We współczesnych realiach życia gospodarczego i społecznego, czyli w czasach kiedy zmieniły się modele komunikacji społecznej, nowe technologie pojawiają się niemal każdego dnia, klienci i społeczeństwo oczekują najwyższej jakości towarów i usług, firmy zmuszone są do radzenia sobie na otwartym rynku o charakterze globalnym, co jest tożsame z byciem skazanym na funkcjonowanie w warunkach nieustających zmian.

Historia pokazuje jednak, że organizacje bardzo często funkcjonują zgodnie z przyjętymi i utrwalonymi w przeszłości systemami wartości, zasad i procedur. Najczęściej z dużym opóźnieniem dostosowują się do zmieniających się potrzeb odbiorców, własnych uczestników ale także otoczenia. Przykłady niedostosowania jakości usług i standardu obsługi klientów obserwujemy w Polsce w wielu dziedzinach np. w szkolnictwie wyższym, ale także w sektorze zdrowia.

### Zmiana w organizacji

Przygotowywanie do wprowadzania zmiany w organizacji narusza utrwalone schematy działań, podział ról i władzy, dostęp do zasobów czy też równowagę sił wewnętrznych, czyli w naturalny sposób narusza status quo czyli otwiera pole konfliktów wewnątrzorganizacyjnych. Dlatego też jednym z bardzo trafnych stwierdzeń definiujących wpływ zmiany na organizację jest stwierdzenie że „zmiana boli” i tylko najlepsi podejmują dobrowolnie wyzwanie planowego wprowadzania zmian. Jak wynika z danych Harvard Business Review, aż 70% projektów w których celem ma być reorganizacja pracy lub zmiana kultury organizacyjnej nie przynosi oczekiwanych efektów, dlatego inicjowanie procesu wdrażania zmian powinno być poprzedzone analizą potencjalnych zagrożeń i korzyści czyli oceną tzw. kosztów zmiany i szans na jej wdrożenie.

W praktyce zarządczej najczęściej obserwujemy zmiany wymuszone uwarunkowaniami zewnętrznymi lub zagrożeniami w funkcjonowaniu organizacji (Kmiotek 2012). Do przyczyn tych należą między innymi:

- Nowe regulacje prawne
- Zmiany technologiczne
- Wstrząsy ekonomiczne
- Zmiany w strukturze własnościowej
- Trendy społeczne
- Konkurencja i inne zagrożenia

Zarządzanie zmianami należy dzisiaj do podstawowych umiejętności każdej organizacji, ale tych umiejętności należy się uczyć. Nie ma jednego, najlepszego modelu wprowadzania i zarządzania zmianą, gdyż każda organizacja stanowi niepowtarzalny model społeczno-technologiczny i musi wypracować lub znaleźć własną koncepcję radzenia sobie ze zmianami (Wawrzyniak 2004). Organizacje o pozytywnej orientacji na zmiany są bardziej skuteczne we wdrażaniu zmian niż organizacje, które postrzegają zmiany jako zjawisko negatywne, ryzykowne; osiągają one również niższy poziom zdolności organizacji do zmian. Najbardziej rozwojowym podejściem w zarządzaniu strategicznym jest koncepcja antycypacji zmian czyli podejmowanie działań wyprzedzających nowe uwarunkowania w otoczeniu lub w samej organizacji. Podejście takie może doprowadzić do zbudowania przewagi konkurencyjnej, lub też ograniczyć straty na które mogłaby zostać narażona organizacja w wyniku nowych uwarunkowań.

Ale zawsze należy pamiętać, że proces zmian w organizacji to „swoista podróż w nieznane”, a posiadana wiedza i umiejętności to tylko „mapa naszej drogi”, która zawsze może dostarczyć nieoczekiwanych wyzwań.

### Przywództwo w procesie zmian

Oczekiwania w stosunku do lidera zmian zarówno ze strony uczestników procesu zmian, jak również całej organizacji oraz jej najbliższego otoczenia są stosunkowo wysokie. Postrzegany jest on jako gwarant skuteczności wdrażanego procesu, odpowiedzialny za każdy z obszarów w nim się pojawiających. Niewątpliwie sprostanie tym



oczekiwaniom w dużym stopniu uwarunkowanie jest osobistymi cechami lidera zmian, ze szczególnym wskazaniem na: komunikatywność, szczerość, charyzmę, empatię, realizm, umiejętność podejmowania decyzji oraz gotowość do podejmowania odpowiedzialności.

W świetle współczesnych badań, kluczowe znaczenie w procesie zmian odgrywa przywództwo transformacyjne, które wiązane jest z oddziaływaniem charyzmatycznego przywódcy na jego zwolenników (naśladowców). Przecistawiane jest ono przywództwu transakcyjnemu, w którym lider używa nagród i kar jako instrumentów pozwalających mu uzyskać pożądane zachowania. Przywódca transformacyjny odznacza się tym, iż ma wizję, którą potrafi przekazać pozostałym pracownikom, posługując się przy tym odpowiednią symboliką, i umie zachęcać do osiągania doskonałości w tym, co wykonują. Przywódca transformacyjny wywiera wpływ na kulturę organizacyjną, powodując zmiany w systemach wartości pracowników, ich aspiracjach, potrzebach i celach.

W nawiązaniu do sentencji Heraklita „panta rhei” należy zauważyć, iż wobec rosnącej zmienności i złożoności otoczenia, lider – przywódca, jako osoba zarządzająca organizacją, w tym zachodzącymi w niej procesami zmian, musi odznaczać się gotowością w zakresie nowych sposobów kreowania rzeczywistości, umiejętnością tworzenia wizji przyszłości i skutecznego jej wdrożenia. To właśnie on jest gwarantem osiągnięcia sukcesu w zakresie wdrażanej zmiany i to on kształtuje proces zarządzania nią, tym samym bez wątpienia odgrywa kluczową rolę w procesie zarządzania zmianą na poziomie organizacji. Dysponując określonymi predyspozycjami, umiejętnościami, a także zasobami i instrumentami organizacyjnymi, może to czynić w sposób skuteczny. Przywódca współczesnej organizacji, chcąc osiągnąć sukces, zmuszony jest nie tylko do szybkiego dostosowania firmy do różnorodności otoczenia, lecz także do wyprzedzania i w miarę możliwości kreowania rzeczywistości [Peters 2001]

### Podsumowanie

Zmiana jest współcześnie procesem nieuniknionym. Dla organizacji jest koniecznością, ale także szansą na rozwój, dla pracowników często problemem, źródłem obaw, niekiedy wyzwani. Aby przedsiębiorstwa mogły przetrwać i konkurować na rynku, muszą szybko i skutecznie adaptować się do powstających zmian, podążać za nimi, a nawet bardzo często je wyprzedzać. Zmiana jest, więc jedną ze stałych organizacji.

Organizacje nie mogą posługiwać się teoretycznymi modelami wprowadzania zmian, lecz muszą poszukiwać własnych strategii zarządzania zmianami. Skuteczne i trwałe zmiany organizacja w dużej mierze zawdzięcza przywództwu. Pojęcie przywództwa oraz fenomen tego zjawiska wciąż pozostaje tematem niedostatecznie poznany. Jednocześnie zaś przywództwo bywa jednym z istotniejszych elementów prowadzących do sukcesu organizacji. Przywódca w procesie zmiany w organizacji wskazuje kierunek oraz wizję. Jego zadaniem jest motywowanie do wydajności oraz kreatywnej pracy w procesie zmian.

### Literatura:

- Bridges W.; Zarządzanie zmianami. Jak maksymalnie skorzystać na procesach przejściowych., Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008,
- Ciuk S.; Nowe kierunki w badaniach nad przywództwem, [w:] M. Kostera (red.), Nowe kierunki w zarządzaniu, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
- Koźmiński A.; Zarządzanie. Teoria i praktyka., PWN, Warszawa 2006,
- Kmiotek K., T. Piecuch; Zachowania organizacyjne teoria i przykłady. Wyd. Difin, Warszawa 2012
- Krupa K.; Ewolucja procesu zmian organizacyjnych. Wybrane poglądy i koncepcje, Łódź 2003,
6. Wendt R.; Zarządzanie zmianą w polskiej firmie. Jak w praktyce wykorzystać szansę na rozwój, Dom Wydawniczy Zacharek 2010.



## Fabio Bonetta

### Rola dyrektora w procesie zmian



Fabio Bonetta pracuje obecnie jako dyrektor generalny w instytucji publicznej, która świadczy usługi dla osób w podeszłym wieku. Posiada wyższe wykształcenie prawnicze, od ponad 30 lat pracuje w instytucjach służących osobom starszym oraz osobom niepełnosprawnym (w szczególności z upośledzeniami wzroku). Współpracuje z wieloma instytucjami w obszarze służb socjalnych, opieki zdrowotnej oraz opieki długoterminowej. Autor artykułów poświęconych opiece społecznej oraz organizacji opieki długoterminowej. W ostatnim okresie z powodzeniem pracuje nad połączeniem zagadnień kulturowych z usługami opieki długoterminowej..

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. Już nie przedłużając wstępu, chciałbym się przedstawić: mieszkam i pracuję w 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 osobiste. 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 mieszkaniami. 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, przerodziły się w nowoczesne centra usługowe będące jednocześnie 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, i promowane w nich wydarzenia kulturalne i artystyczne są dostępne dla szerokiej publiczności. Zyskanie uznania społecznego 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 świadomości, 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 jesteśmy przyzwyczajeni. To właśnie na tej

płaszczynie rola dyrektora jest najważniejsza: musi potrafić zrozumieć potrzeby społeczne, być pokorny i wytrwały, 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 zapewniania 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 decydentom 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 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 należyty poziom kompetencji, dzięki któremu uzyskają skuteczne, zadowalające odpowiedzi. Odpowiedzi te muszą uwzględnić wszelkie opcje, od zapewnienia starszym osobom wsparcia 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 niematerialne, 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 niesamodzielnnością. 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.

Należy pomyśleć o potrzebie dostosowania domów do potrzeb osób niesamodzielnych, o potrzebie zapewnienia im skomputeryzowanych infrastruktur służących do ich obserwowania, o możliwości zastosowania automatyki domowej, która pomogłaby im zachować swoją samodzielność. Należy pomyśleć o tym, 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. Należy pomyśleć 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 osobistych 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 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 osoby 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 bezbronnymi 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 coż 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 umożliwił 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.

Organizers:

Together we change  
the world



European Association  
for Directors and Providers  
of Long-Term Care Services  
for the Elderly



Polish Association  
of Organisers and Managers  
of Social Welfare  
and Health Protection



Polish Society  
of Long-Term Care

Partner:



## Hubert Perfler

### Zmieniające się warunki pracy i oczekiwania wobec służb socjalnych



Hubert Perfler jest przewodniczącym Regionalnego Instytutu Rittmeyera dla Osób Niewidomych. Jest przewodniczącym Friuli Venezia Giulia Branch oraz Komitetu Narodowego Włoskiego Stowarzyszenia Niewidomych, w którym zaczynał pracę na początku kariery. Obecnie jest także przewodniczącym Centrum Goethego w Trieście.

Na obecnym etapie musimy znaleźć inny sposób świadczenia usług społecznych: kryzys finansowy, trudne sytuacje życiowe oraz brak konkretnych usług sprawiają, że nie jesteśmy w stanie zaspokoić każdej potrzeby. Musimy stworzyć więcej możliwości dla osób starszych i niepełnosprawnych oraz wzbogacić ofertę zajęć dla nich przeznaczonych. Ponadto rosnąca długość życia naszych podopiecznych stanowi wyzwanie pod względem usług, które możemy zaoferować.

Przyjmując powyższe cele jako punkt wyjścia, chciałbym wygłosić przemówienie oparte na moich własnych doświadczeniach w branży opieki długoterminowej, a mianowicie na mojej pracy w ośrodku Instituto, gdzie jestem prezesem. W naszej placówce oferujemy usługi i zajęcia dla osób starszych i niepełnosprawnych, w tym osób z niepełnosprawnością sprzężoną.

W swoim wystąpieniu spróbuję przeanalizować obecną sytuację naszej branży. Poruszę kwestie związane z kryzysem finansowym, brakiem właściwej jakości usług, ogólnym brakiem usług oraz odosobnieniem towarzyszącym pracownikom naszej branży. Wszystkie te czynniki utrudniają nam skuteczną pracę z osobami o szczególnych potrzebach.

Następnie omówię aktualny poziom możliwości operacyjnych: Jakie projekty pozwolą nam w opłacalny sposób utrzymać oferowanie usług społecznych w dzisiejszych czasach? To jest właśnie pytanie, na które chciałbym spróbować odpowiedzieć. Moja analiza uwzględnia ograniczenia prawne i systemowe ściśle związane z moją dziedziną pracy.

W każdym razie, w mojej opinii odpowiedź na wyżej wymienione pytanie będzie istotna także w innych kontekstach. Zakończę moje przemówienie analizą możliwości usług, ze szczególnym uwzględnieniem rzeczywistości osób starszych i niepełnosprawnych.

Osobiście mam nadzieję, że naszej branży uda się zwiększyć świadomość, że potrzeby osób starszych bardzo się różnią od potrzeb ogółu społeczeństwa, a potrzeby niepełnosprawnych osób starszych są tym bardziej szczególne.

Moim zamiarem nie jest stworzenie podziałów osób starszych na niepełnosprawnych (także z niepełnosprawnością sprzężoną) i pełnosprawnych (lub na tych cierpiących na wiele chorób), lecz podkreślenie, że starzejące się osoby niepełnosprawne mają prawo do konkretnych usług, których ogół społeczeństwa nie potrzebuje.



Dzięki przełomom w medycynie oraz postępowi w opiece społeczno-oświatowej, zwiększa się średni wiek osób niepełnosprawnych, przez co musimy zwracać uwagę na problemy tych, którzy się starzeją. Na koniec chciałbym podzielić się jeszcze jedną myślą – życzę nam wszystkim, którzy pracują na rzecz osób przebywających w ośrodkach opieki długoterminowej, żebyśmy byli zdolni do stawienia czoła faktowi, że my sami również się starzejemy. Jako że osoby mające co najmniej 50 lat już liczą się jako osoby starsze, śmiało możemy powiedzieć “to my jesteśmy osobami starszymi”!

Organizers:



Together we change  
the world



European Association  
for Directors and Providers  
of Long-Term Care Services  
for the Elderly



Polish Association  
of Organisers and Managers  
of Social Welfare  
and Health Protection



Polish Society  
of Long-Term Care

Partner:



## Colm Cunningham

# Wsparcie dla osób z demencją w Australii. Wsparcie opiekunów i osób z behawioralnymi i psychologicznymi objawami demencji



Profesor Colm Cunningham jest Dyrektorem Centrum Leczenia Demencji, HammondCare. Colm prowadzi australijskiemu i międzynarodowemu zespołowi liczącemu ponad 200 członków, którzy zajmują się prowadzeniem badań, edukowaniem i doradztwem. Centrum Leczenia Demencji kieruje jednostką stanowiącą odpowiedź na zachowania demencyjne, Dementia Support Australia, która ma na celu ponowne zastanowienie się nad znaczeniem wyrażenia „zachowanie wymagające troski”.

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 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. Niewielka 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 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 ziemi” przy budowaniu relacji z ludźmi, a nie tylko z głosami po drugiej stronie słuchawki od 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 pośród 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 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 dobrej 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 spożywania posiłków, unikania wielu źródeł hałasu oraz uwzględniania 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 opowiadają się raczej za regularnym niż doraźnym 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 Neuropsychiatric Inventory (NPI, inwentarz neuropsychiatryczny) 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.

	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.

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 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. Zawiera 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.



*Peter Hennessy*

## Wyzwania i korzyści z zapewnienia wielokulturowej opieki dla osób starszych



Peter Hennessy, Prezes Jeta Global, posiada czterdziestoletnie doświadczenie w sektorze medycznym oraz w sektorze opieki nad osobami starszymi. W trakcie swojej długoletniej kariery, podjął wyzwania stawiane przez branżę i zmiany społeczne. Dzięki analizie współczesnych kwestii związanych z planowaniem w Australii i za granicą, Peter posiada należyte umiejętności pozwalające mu świadczyć usługi w sposób bezkompromisowy. Posiada on także wyższe wykształcenie w dziedzinie administracji w zakresie zdrowia, analizy demograficznej, badań społecznych, księgowości oraz zarządzania. Poza działalnością związaną z Jeltą, Peter zasiada w kilku lokalnych i międzynarodowych radach oraz organach statutowych. W uznaniu jego zasług na polu zdrowia i opieki nad osobami starszymi, Peter został asystentem w Centrum Badań nad Populacją i Zdrowiem Środowiska na Griffith University w Brisbane (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 starzejących 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 napędzana 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 protokołów przekazania”.

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 rozpowszechnieniu 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 zarówno 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.

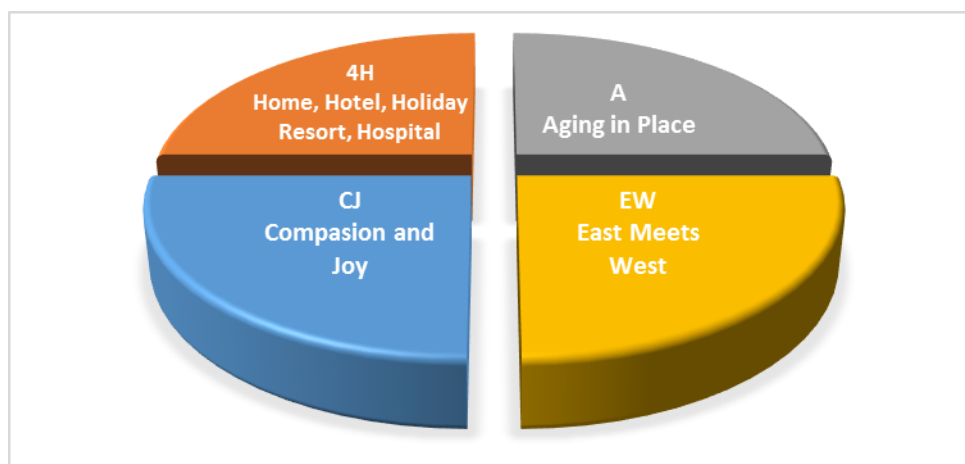
Dzięki połączeniu przyjętych i uznanych standardów opieki z podstawowymi azjatyckimi wartościami, z „4H” korzystają osoby wywodzące się z różnych kultur, co sprawia, iż zaproponowane rozwiązanie i ma prawdziwie wielokulturowy charakter.

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.

#### MODEL 4H



**4H**

**A** Aging (starzenie się w jednym miejscu)

**CJ** Compassion and Joy (współczucie i radość)

**EW** East meets West (wschód spotyka się z zachodem)

#### **4H (LEGENDA)**

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.

1. Samodzielne życie wraz z należyтым wsparciem w momencie kiedy jest ono potrzebne.
2. Dom Opieki lub opieka w miejscu zamieszkania.
3. 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.

#### **E W – 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 JETY**

Pionierska pozycja 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.

*Daniel Molinuevo*

## Domy opieki w Europie: świadczenia publiczne i prywatne na przestrzeni minionych dziesięciu lat



Daniel Molinuevo pracuje jako urzędnik ds. badań w Dziale Polityki Społecznej Eurofoundu od roku 2010. Jego badania dotyczące zdrowia i opieki społecznej skupiają się na jakości i dostępności usług, warunkach pracy oraz różnicach pomiędzy prywatnym i publicznym świadczeniem usług. Obecnie zaangażowany jest on w kilku projektów badawczych. Studiował socjologię w Salamance (Hiszpania) oraz na Uniwersytecie Humboldtów w Berlinie. Posiada tytuł magistra w dziedzinie polityki europejskiej oraz administracji uzyskany na Kolegium Europejskim w Brugii oraz tytuł magistra w dziedzinie europejskiej polityki społecznej uzyskany na London School of Economics, gdzie pracował jako badacz.

Koszty opieki nad coraz starszą populacją od dawna stanowią problem dla Unii Europejskiej. W corocznej analizie wzrostu gospodarczego przeprowadzonej w 2017 roku która rozpoczęła proces europejskiego semestru Komisja Europejska wezwała do zwiększenia inwestycji w sektor opieki długoterminowej w celu odciążenia opiekunów rodzinnych. Komisja podkreśliła także potrzebę poprawienia efektywności oraz dostępności takich usług, uwzględniając spodziewany wzrost nakładów związanych z opieką wynikających z starzenia się społeczeństwa oraz postępu technologicznego. W swoich corocznych zaleceniach skierowanych do państw członkowskich, dotyczących sposobów sprawnego gospodarowania środkami publicznymi oraz unikania nadmiernego zaciągania długów, zarówno Komisja Europejska, jak i Rada Unii Europejskiej zwykle zwracają się o ograniczenie kosztów opieki długoterminowej. Konkretnie zalecenia skierowane do każdego kraju zwykle skupiają się na poprawie stosunku nakładów do jakości usług opieki długoterminowej, zapewniając przy tym dostępność takich usług oraz poprawę ich jakości. Ponadto w swojej analizie strukturalnych wyzwań finansowych przeprowadzonej w 2016 roku, Komisja Europejska doszła do wniosku, że Republika Czeska, Estonia, Łotwa, Holandia i Polska mogą zwiększyć efektywność wydatków zmieniając nacisk z opieki instytucjonalnej na opiekę domową.

Pomimo znaczenia opieki długoterminowej na poziomie UE, oficjalne dane udostępnione przez Eurostat nie rozróżniają typu własności placówek świadczących takie usługi (choć takie dane są dostępne dla innych podmiotów, takich jak szpitale). Nowe sprawozdanie opracowane przez Eurofound na temat domów opieki dla starszych Europejczyków stanowi najbardziej kompleksowy do tej pory raport, mający na celu zebranie danych na temat publicznych domów opieki, jak również ośrodków prywatnych oraz pozarządowych organizacji non-profit. Raport ten zawiera także informacje uzyskane na podstawie różnorodnych badań, analiz i ankiet na temat różnic pomiędzy dostępnością, jakością i efektywnością usług świadczonych w placówkach publicznych i prywatnych. Informacje zawarte w sprawozdaniu zostały zgromadzone przez sieć korespondentów Eurofound. Źródłami danych były urzędy statystyczne oraz różnorodne badania.

W ciągu ostatnich 10 lat odnotowano zwiększoną liczbę domów opieki niemal we wszystkich państwach, dla których dostępne są dane. W Rumunii, Słowacji i Słowenii liczba prywatnych domów opieki podwoiła się (aczkolwiek wyjściowo była niewielka). W tym samym czasie liczba państwowych domów opieki albo maleje (Chorwacja, Czechy, Francja, Niemcy, Norwegia, Słowenia oraz Wielka Brytania (Szkocja)), albo też rośnie w wolniejszym tempie niż ma to miejsce w przypadku prywatnych domów opieki (Cypr, Litwa, Rumunia i Słowacja).

Wyjątkami tutaj są Malta i Hiszpania. Liczba państwowych domów opieki w obu tych krajach rośnie w stopniu większym niż w przypadku prywatnych ośrodków. Skutkiem tego, jak pokazują najnowsze dane, jest fakt, iż podmioty prywatne zarządzają niemal wszystkimi domami opieki w Niemczech, Grecji i Holandii, a także ponad 75% całkowitej liczby domów opieki w Wielkiej Brytanii, Irlandii i we Włoszech. państwowe domy opieki stanowią w przybliżeniu jedną trzecią wszystkich domów opieki w Hiszpanii, na Malcie, we Francji, w Chorwacji oraz na Cyprze. Procentowy rozdział państwowych i prywatnych domów opieki jest bardziej wyrównany w Rumunii, Słowacji, Austrii oraz Słowenii. W Norwegii, Litwie i Danii ponad 90% domów opieki należy do państwa.

We wszystkich krajach, dla których dostępne są dane, za wyjątkiem Hiszpanii, liczba oraz procentowy rozdział miejsc opieki wzrosły w większym stopniu w prywatnych domach opieki niż w państwowych. W Belgii i Norwegii liczba miejsc w domach opieki non-profit wzrosła bardziej niż w przypadku domów opieki prowadzonych przez podmioty komercyjne, podczas gdy w Wielkiej Brytanii (Szkocja) sytuacja była wręcz przeciwna. Najnowsze dane pokazują, że usługi świadczone przez podmioty prywatne stanowią ponad dwie trzecie wszystkich miejsc opieki w Grecji, Holandii (gdzie tego typu usługi świadczy się niemal wyłącznie non-profit), Wielkiej Brytanii (Szkocja), Irlandii, Hiszpanii oraz Belgii. We Francji, Austrii, na Malcie, na Litwie i w Rumunii procentowy rozkład miejsc w państwowych i prywatnych domach opieki jest mniej więcej na takim samym poziomie. Świadczenie usług ze środków publicznych stanowi około 70% tych usług ogółem w Czechach, na Litwie, w Polsce, na Słowacji oraz Słowenii, a także blisko 90% w Norwegii.

W niektórych krajach odnotowuje się znaczące różnice pomiędzy rozmiarami państwowych i prywatnych domów opieki. Na Słowenii i Malcie państwowe domy opieki posiadają dwukrotnie więcej miejsc niż wynosi to przeciętna ich liczba w domach prywatnych. Na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat przeciętny rozmiar prywatnych domów opieki w Czechach, na Malcie, Litwie oraz w Hiszpanii zwiększył się znacząco, podczas gdy liczebność miejsc w państwowych domach opieki zmalała lub pozostała bez zmian.

Skutkiem tych zmian w domach opieki jest fakt, iż w Grecji, Holandii, Niemczech i Szkocji prawie wszyscy usługobiorcy znajdują się w prywatnych domach opieki. Procentowy rozkład pensjonariuszy między państwowymi a prywatnymi domami opieki na Cyprze, Litwie, we Francji, w Rumunii, Finlandii, na Węgrzech i Słowacji utrzymuje się na zbliżonym poziomie. W Chorwacji i Szwecji liczba pensjonariuszy w państwowych domach opieki wynosi więcej niż 70% całkowitej liczby osób korzystających z usług domów opieki.

Jakie są konsekwencje wzrostu świadczenia tego typu usług przez podmioty prywatne? W niektórych krajach prywatne domy opieki nie zapewniają dostępu do takiej gamy specjalistycznych usług medycznych, jak w przypadku państwowych domów opieki. W miarę, jak świadczenie usług przez podmioty prywatne wzrasta, kwestia kosztów najprawdopodobniej nabierze na znaczeniu, chyba, że nastąpi zwiększenie dofinansowania ze środków publicznych. Istnieją też różnice w położeniu poszczególnych typów domów opieki, z czego bardziej prawdopodobną lokalizacją dla prywatnych domów opieki będą obszary miejskie. Różnice co do typów pensjonariuszy są uwarunkowane rentownością usług, jakich ci wymagają; na przykład, w większości państw, w których dostępne były informacje na temat proporcji liczby pracowników do liczby pensjonariuszy, wyższy wskaźnik odnotowano w państwowych domach opieki.

Brak jest uzgodnionych wskaźników jakości, zwłaszcza tych, dotyczących jakości życia usługobiorców w ramach opieki długofalowej. Jakość usług w państwowych i prywatnych domach opieki różni się z państwa na państwo, a badania naukowe zwykle skupiają się na takich aspektach związanych z jakością, które to łatwiej jest zmierzyć. Niektóre wskaźniki prezentują różnice w takich kwestiach, jak posiadanie oddzielnych pokoi, poziom higieny, możliwość wybrania posiłków i zajęć przez pensjonariuszy, podejście personelu, poziom odżywiania, ciągłość opieki, profilaktyczna opieka zdrowotna oraz poziom zapewnianej opieki.



Różnice w efektywności między prywatnymi i państwowymi domami opieki wydają się być w dużym stopniu zdeterminowane przez koszty personelu i różnice w profilu pensjonariuszy; na państwowe domy opieki przypada często procentowo więcej pensjonariuszy mających problemy zdrowotne lub generujących mniejsze zyski.

Liczne badania podkreślają to, jak prywatne podmioty świadczące usługi stają przed dylematem cięcia kosztów poprzez zmniejszanie jakości świadczonych usług lub zwiększania cen, a tym samym, tracenia na konkurencyjności i/lub dochodowości. Badania dokumentujące różnice pomiędzy różnymi rodzajami podmiotów świadczących usługi muszą też ukazywać, czy udoskonalanie jednego z obszarów nie odbywa się kosztem reszty.

W celu lepszego monitorowania zakresu państwowo i prywatnie świadczonych usług, niezbędnym jest posiadanie jasnych, wspólnych definicji umożliwiających zbieranie danych o różnych typach usług świadczonych w zakresie opieki długofalowej oraz o podmiotach te usługi świadczących. Definicje i dane na temat świadczenia usług w formie państwowej, non-profit i komercyjnej powinny brać pod uwagę status prawny, prawo własności oraz działalność gospodarczą podmiotów świadczących usługi.

Badania zebrane w naszym przeglądzie wskazują na różnice w dostępności, jakości i efektywności usług. Mając wyniki różniące się od badania do badania i od państwa do państwa, aby móc wyciągnąć bardziej jednoznaczne wnioski co do różnic w świadczonych usługach, kluczowym jest zgromadzić badania i dokonać systematycznego ich przeglądu na poziomie krajowym i europejskim. Odkrycia i dane mogą zostać wykorzystane na poziomie europejskim (a zwłaszcza w ramach Europejskiego Semestru), by lepiej zrozumieć stopień różnego rodzaju świadczenia usług.

Organizers:

Together we change  
the world



European Association  
for Directors and Providers  
of Long-Term Care Services  
for the Elderly



Polish Association  
of Organisers and Managers  
of Social Welfare  
and Health Protection



Polish Society  
of Long-Term Care

Partner: