IntegraCare M2: Opieka Skoncentrowana na Osobie

Rośnie liczba osób starszych oraz osób żyjących z przewlekłymi schorzeniami i niepełnosprawnościami. Jednocześnie, budżety na opiekę zdrowotną i społeczną znajdują się pod coraz większą presją. Przyjęcie opieki skoncentrowanej na osobie jako standard wymaga fundamentalnych zmian w sposobie świadczenia usług oraz w rolach i relacjach między pacjentami, pracownikami służby zdrowia i zespołami. Moduł ten ma na celu zapewnienie szybkiego przeglądu podejścia do opieki skoncentrowanej na osobie, historii ewolucji różnych modeli oraz korzyści płynących z wyboru takiego modelu.

**Projekt ten został sfinansowany przy wsparciu Komisji Europejskiej. Niniejsza publikacja odzwierciedla wyłącznie poglądy autorów, a Komisja nie ponosi odpowiedzialności za jakiekolwiek wykorzystanie zawartych w niej informacji.*
Numer referencyjny projektu - 2020-1-ES01-KA202-082311

Czym jest opieka skoncentrowana na osobie?

Różne modele podejścia

Korzyści płynące z wyboru modelu opieki skoncentrowanej na osobie

Podsumowanie Modułu

Czym jest opieka skoncentrowana na osobie?

Streszczenie

Rośnie liczba osób starszych oraz osób żyjących z przewlekłymi schorzeniami i niepełnosprawnościami. Jednocześnie, budżety na opiekę zdrowotną i społeczną znajdują się pod coraz większą presją. Przyjęcie opieki skoncentrowanej na osobie jako standard wymaga fundamentalnych zmian w sposobie świadczenia usług oraz w rolach i relacjach między pacjentami, pracownikami służby zdrowia i zespołami. Moduł ten ma na celu zapewnienie szybkiego przeglądu podejścia do opieki skoncentrowanej na osobie, historii ewolucji różnych modeli oraz korzyści płynących z wyboru takiego modelu.

Cele nauki

1. Poszerzenie wiedzy na temat historii i definicji podejścia skoncentrowanego na osobie.
2. Zrozumienie różnic pomiędzy poszczególnymi modelami.
3. Zmotywowanie praktyków do stosowania podejścia skoncentrowanego na użytkowniku.

Spis treści

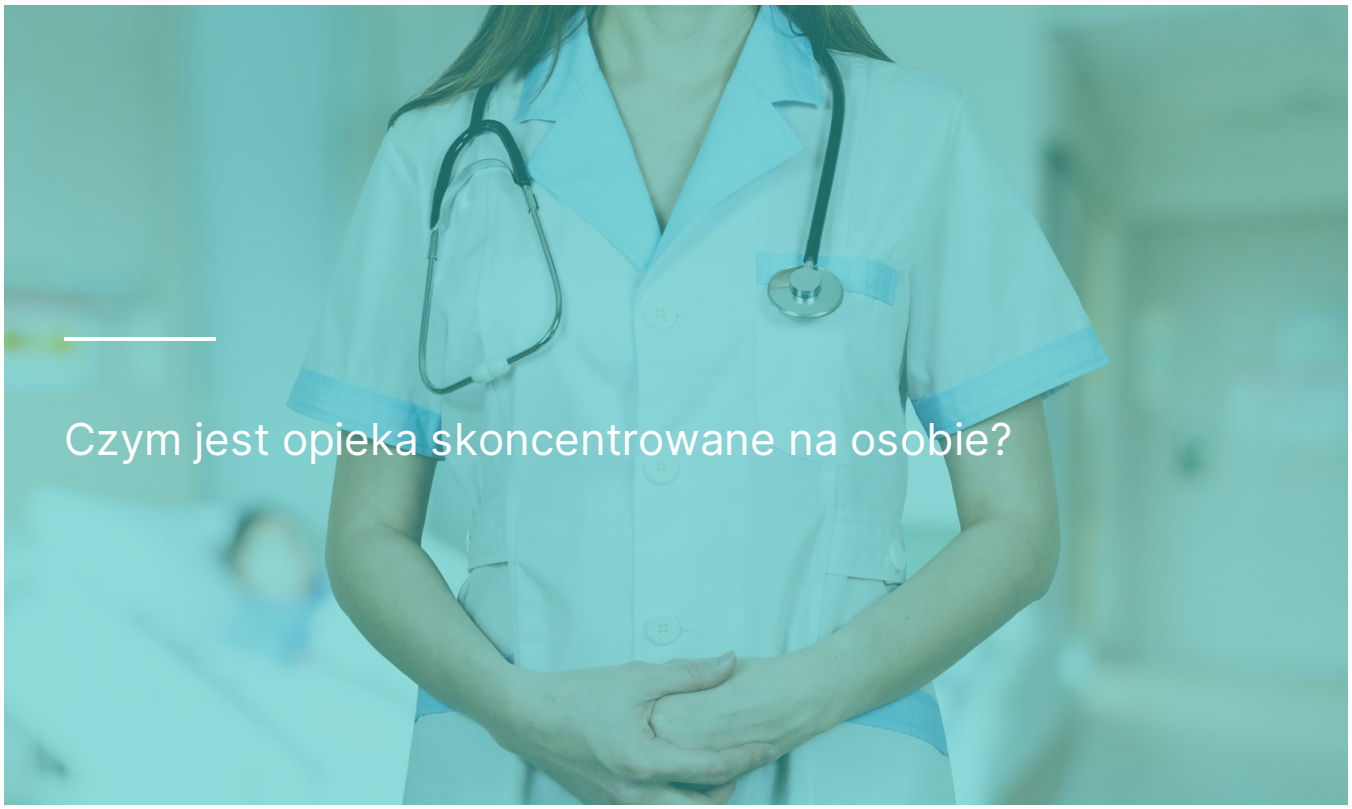
1. Czym jest opieka skoncentrowana na osobie?

2. Różne modele podejścia.

3. Korzyści płynące z wyboru modelu opieki skoncentrowanej na osobie.

Czas trwania - 2 godzin

START



Historia i ewolucja podejścia skoncentrowanego na wokół osoby

Opieka skoncentrowana na osobie obejmuje sposób myślenia i wykonywania czynności, który postrzega ludzi korzystających z usług zdrowotnych i społecznych jako równych partnerów w planowaniu, rozwijaniu i monitorowaniu opieki, tak aby upewnić się, że spełnia ona ich potrzeby. Oznacza to umieszczenie ludzi i ich rodzin w centrum decyzji i postrzeganie ich jako ekspertów, współpracujących z profesjonalistami, aby uzyskać optymalny rezultat.

W przeszłości oczekiwano, że ludzie będą dopasowywać się do praktyk, które służby zdrowia i opieki społecznej uważały za najbardziej odpowiednie.

Aby skoncentrować się jednak na osobie, usługi muszą się zmienić i stać się bardziej elastyczne, żeby zaspokoić potrzeby ludzi w sposób, który jest dla nich najlepszy. Zakłada to pracę z ludźmi i ich rodzinami, aby znaleźć najlepszy sposób na zapewnienie im opieki. Takie partnerskie działanie może odbywać się na zasadzie jeden do jednego, gdzie poszczególne osoby biorą udział w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia i opieki, lub na zasadzie współpracy grupowej, w której społeczeństwo lub grupy pacjentów są zaangażowane w decyzje dotyczące projektowania i świadczenia usług.

The underlying philosophy is the same:

Podstawowy zamysł jest prosty: chodzi o robienie rzeczy <u>Z OSOBĄ</u>, a nie <u>OSOBIE</u>.

Nie ma uniwersalnej definicji opieki skoncentrowanej na osobie. Używa się również terminów takich jak skupienie na pacjencie, skupienie na rodzinie, skupienie na użytkowniku, zindywidualizowane lub spersonalizowane usługi. Niezależnie od używanych terminów, badania

w tym temacie dotyczą tego, co jest ważne dla pacjentów i tego, jak należy prowadzić opiekę skoncentrowaną na osobie, tak aby zapewnić jej pozytywne doświadczenia.

Istnieje wiele różnych aspektów opieki skoncentrowanej na osobie, w tym:

- oposzanowanie wartości osoby i stawianie jej w centrum opieki
- ouwzględnienie preferencji i potrzeb osoby
- okoordynowanie i integrowanie opieki
- owspółpraca w celu zapewnienia dobrej komunikacji, informacji i edukacji
- ozapewnienie komfortu i bezpieczeństwa
- owsparcie emocjonalne

- ozaangażowanie rodziny i przyjaciół
- ozapewnienie ciągłości usług
- ooraz upewnienie się, że ludzie mają dostęp do odpowiedniej opieki, gdy jej potrzebują

Oś czasu podejścia skoncentrowanego na osobie

Terapia skoncentrowana na osobie jest humanistycznym podejściem opracowanym przez Carla Rogersa w 1950 roku.

Krok 1

Lata czterdzieste

Pierwszy okres charakteryzuje się rozwojem dwóch aspektów roli terapeuty: reagowaniem na uczucia, w odróżnieniu od reagowania na treść, oraz akceptacją, uznaniem i wyjaśnianiem pozytywnych, negatywnych i ambiwalentnych uczuć.

W 1942 roku Rogers wyraził swoje poglądy na temat skutecznej psychoterapii w swojej przełomowej książce Counselling and Psychotherapy. Rogers spopularyzował w niej termin "klient" w odniesieniu do odbiorcy poradnictwa i psychoterapii, co stanowiło pierwszy krok w odejściu od medycznego modelu choroby psychicznej. W swojej książce, Rogers przedstawił również swoją metodę "niedyrektywną", opartą na podstawowej hipotezie o rozwoju człowieka i zmianie osobowości.

Krok 2

Lata pięćdziesiąte

W 1950 roku Rogers nakreślił ramy i strukturę podejścia skoncentrowanego na kliencie.

Hipoteza ta koncentruje się na idei, że klient ma w sobie , ukrytą, jeśli nie jawną, zdolność do zrozumienia tych aspektów swojego życia i siebie, które powodują ból oraz posiada zdolność i tendencję do reorganizacji siebie i swojego życia w kierunku samorealizacji i dojrzałości w taki sposób, aby zapewnić sobie większy stopień komfortu wewnętrznego. W konsekwencji, funkcją terapeuty jest stworzenie takiej atmosfery psychologicznej, która pozwoli tej zdolności i sile aktywować się oraz nabrać skuteczności.

Krok 3

Lata sześćdziesiąte

Okres ten Jest naznaczony publikacją pracy *On Becoming a Person*. Zainteresowanie Rogersa koncepcją kongruencji i nacisk na doświadczenie i doświadczanie, bycie i stawanie się również sięga wstecz do tego czasu. Przez następne ćwierć wieku Rogers i jego współpracownicy wciąż rozwijali zastosowania podejścia skoncentrowanego na kliencie w różnych dziedzinach: edukacji, pracy grupowej, biznesie, przywództwie, twórczości, relacjach osobistych, komunikacji międzykulturowej, rozwiązywaniu konfliktów międzygrupowych, a nawet utrzymaniu pokoju międzynarodowego.

Krok 4

Lata siedemdziesiąte

Pod koniec 1970 roku amerykański psychiatra George Engel zaproponował potrzebę przeglądu modelu medycznego i promował przejście od medycznego do biopsychospołecznego modelu zdrowia - modelu, który jest obecnie powszechnie używany do promowania zmiany wymaganej do zapewnienia opieki skoncentrowanej na osobie. Zaproponował potrzebę czegoś więcej niż tylko zrozumienia uwarunkowań choroby, a mianowicie potrzebę modelu z inkluzywnym i holistycznym spojrzeniem na pacjenta, kontekst i system społeczny.

Krok 5

Lata dziewięćdziesiąte

Idee te zaczęły znajdować zastosowanie w opiece zdrowotnej w 1990 roku w USA, kiedy opracowano model opieki długoterminowej, aby rozwiązać zauważalne braki w sposobie wspierania osób ze schorzeniami przewlekłymi.

Krok 6

Pierwsza dekada XXI wieku

Wpływ modeli Engela i Rogersa sprawił, że większość krajów europejskich zaczęło stopniowo wprowadzać elementy modelu opieki skoncentrowanej na osobie we własnej publicznej służbie zdrowia.

Bardzo wpływowy Instytut Medycyny uznał "skoncentrowanie na pacjencie" jako jeden z sześciu filarów jakości opieki zdrowotnej. W ciągu następnej dekady idee koncentracji na osobie zaczęły pojawiać się z coraz większą regularnością, szczególnie w brytyjskiej polityce zdrowotnej.

Krok 7

Druga dekada XXI wieku

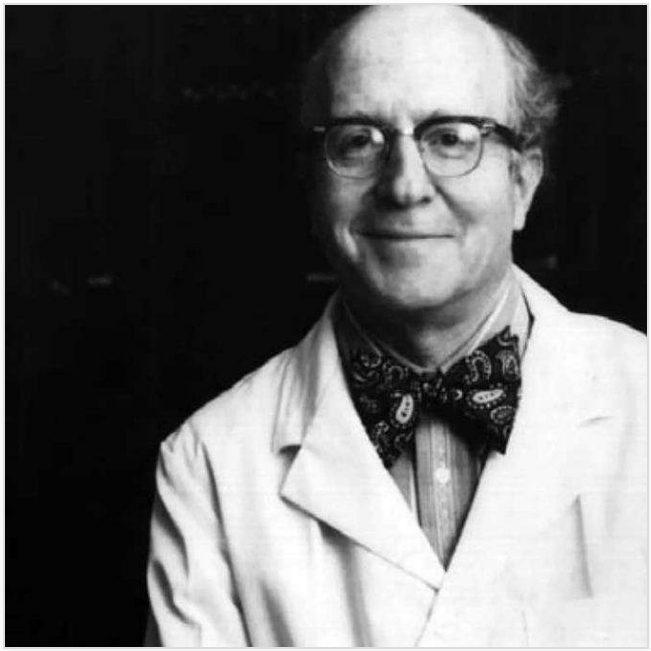
Druga dekada XXI wieku charakteryzowała się w Europie większym zaangażowaniem pacjentów i ich opiekunów na każdym poziomie służby zdrowia w celu zapewnienia bezpiecznej i odpowiedniej opieki zdrowotnej.

Dziś

W dzisiejszych czasach opieka skoncentrowana na osobie ma kluczowe znaczenie dla polityki wszystkich krajów europejskich.

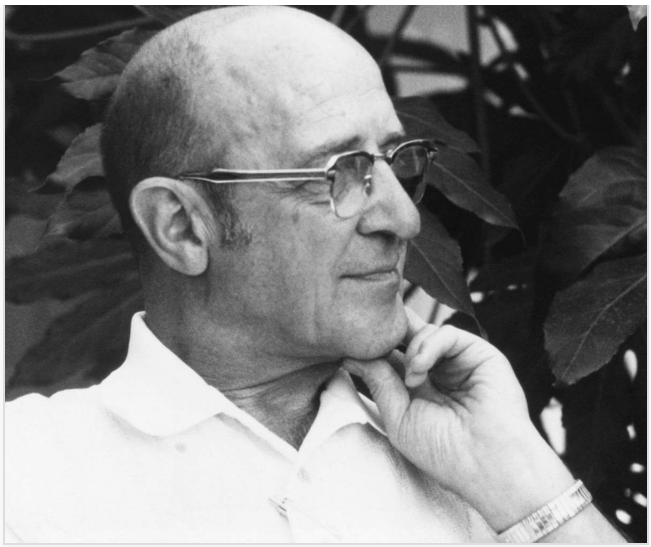
Założenie, że sama osoba stanowi centralny element opieki, jest obecnie uznawane za kluczowy element rozwoju wysokiej jakości opieki zdrowotnej.

George Libman Engel



Carl Ransom Rogers

George Libman Engel (1913-1999) urodził się w Nowym Jorku. Był on amerykańskim psychiatrą i spędził większość swojej kariery na University of Rochester Medical Center w stanie Nowy Jork. W 1977 roku Engel zaproponował potrzebę przeglądu modelu



Carl Ransom Rogers (1902-1987) urodził się w Illinois i był amerykańskim psychologiem, który spędził wiele lat pracując w środowisku akademickim, zajmując stanowiska na Ohio State University, University of Chicago i University of Wisconsin. W tym czasie

Inspirująca inicjatywa

Pierwsza Konstytucja Angielskiej Narodowej Służby Zdrowia

Doskonałym przykładem jest pierwsza konstytucja National Health Service (NHS) w Anglii określająca, czego ludzie mogą oczekiwać od NHS oraz nadając pacjentom prawa. Stwierdzono w niej, że "usługi NHS muszą odzwierciedlać potrzeby i preferencje pacjentów, ich rodzin i opiekunów. Pacjenci, w stosownych przypadkach, wraz z rodzinami i opiekunami, będą zaangażowani przy wszystkich decyzjach dotyczących ich opieki i leczenia". Prawa te zostały dodatkowo wzmocnione w kolejnych wersjach dokumentu.

Dlaczego opieka skoncentrowana na osobie jest ważna?

Upewnienie się, że pacjenci są zaangażowani w opiekę, jest obecnie uznawane za kluczowy element rozwoju wysokiej jakości służby zdrowia.

Pozostaje wiele do zrobienia, aby pomóc służbie zdrowia i usługom społecznym bardziej skoncentrować się na osobie, co stało się priorytetem w ciągu ostatniej dekady. Dzieje się tak dlatego, że umieszczenie ludzi w centrum opieki:

1. Podnosi **jakość** usługi.
2. Pomaga ludziom uzyskać opiekę **taką jakiej potrzebują i wtedy, gdy jej potrzebują**.
3. Aktywizuje osobę do samodzielnej opieki nad sobą.
4. **Redukuje presję** nałożoną na usługi zdrowotne i społeczne.

Różne modele podejścia

Podejście skoncentrowane na systemie a opieka skocentrowana na osobie

Opieka zdrowotna opierała się dawniej na systemowym modelu opieki: "opiece skoncentrowanej na systemie". Model ten był jednokierunkowym podejściem klinicznym. Na przełomie XXI wieku pracownicy służby zdrowia zaczęli słuchać głosu pacjentów i rodzin oraz zaczęli korzystać z modelu skoncentrowanego na osobie.

Opieka skoncentrowana na systemie:

- Decyzje dotyczące polityki, procedur i środowiska pracy są podejmowane wyłącznie przez kierownictwo.
- Pracownicy pierwszej linii nie są zaangażowani w proces decyzyjny.
- Tradycyjny model medyczny, w którym opieka jest napędzana diagnozą, zadaniami opiekuńczymi i osobami, które wykonują zadania.

Opieka skoncentrowana na osobie:

- Opieka, która jest skoncentrowana i zorganizowana wokół potrzeb zdrowotnych i oczekiwań ludzi i społeczności, a nie na samych chorobach.
- Opieka skoncentrowana na ludziach rozszerza koncepcję opieki skoncentrowanej na pacjencie na jednostki, rodziny, społeczności i społeczeństwo.

MODEL TRADYCYJNY	MODEL SKONCENTROWANY NA OSOBIE
• Opieka koncentruje się na diagnozach medycznych, niepełnosprawności i deficytach, przy użyciu ustandaryzowanych ocen i leczenia. • Harmonogramy i procedury są określane przez placówkę. • Specjaliści podejmują ważne decyzje dotyczące leczenia; podejmowanie decyzji jest scentralizowane. • Praca jest zorientowana na zadania, a personel rotuje obowiązkami. Personel wie, jak wykonywać zadania związane z każdym pacjentem instytucji. • Usługi są bezosobowe; obiekt jest postrzegany jako miejsce pracy personelu. • Działania ustrukturyzowane są dostępne tylko wtedy, gdy kierująca nimi osoba jest na dyżurze. • Koncentruje się na jakości leczenia określonej przez przepisy i standardy zawodowe. • Placówce brakuje atmosfery domu, co potencjalnie prowadzi do poczucia izolacji, samotności i bezdomności.	

MODEL TRADYCYJNY	MODEL SKONCENTROWANY NA OSOBIE
	• Nacisk kładziony jest na osobę oraz jej umiejętności, preferencje, wartości i indywidualne potrzeby. Niepełnosprawność jest tylko jednym z rozważanych czynników, lecz nie definiuje osoby. • Harmonogramy i procedury są elastyczne, aby móc dopasować się do preferencji i potrzeb danej osoby. • Osoba i jej sieć wsparcia podejmują decyzje dotyczące opieki, w razie potrzeby prosząc o odpowiednie porady . • Praca jest skoncentrowana na relacjach i cechuje się spójnymi zadaniami dla personelu. Personel wnosi osobistą wiedzę o pacjencie do procesu opieki. • Osoba jest obywatelem i jest wspierana w uczestnictwie w życiu społecznym ze współobywatelami. • Spontaniczne działania dostępne są przez całą dobę. • Koncentruje się na jakości życia, tak jak jest ona definiowana przez osobę. Co jest ważne dla danej osoby, a co nie? • Instytucja opieki jest domem danej osoby; osoba i personel dzielą poczucie wspólnoty i przynależności.

Zasady modelu skoncentrowanego na osobie

- [ ] **Pamiętaj**, że pacjent / użytkownik jest osobą: Zbuduj z nim relację, poznaj osobę poza procesem leczenia.

- [ ] **Dziel się** władzą i odpowiedzialnością: Skup się na poszanowaniu preferencji; traktuj pacjentów jak partnerów przy wyznaczaniu celów, planowaniu opieki i podejmowaniu

decyzji dotyczących opieki, leczenia lub wyników.

- [ ] **Dostępność i elastyczność**: Zaspokajanie indywidualnych potrzeb poprzez wrażliwość na wartości, preferencje i potrzeby osoby. Umożliwiaj wybór, dostarczając aktualnych i kompletnych informacji w sposób, który osoba jest w stanie zrozumieć.

- [ ] **Koordynacja i integracja**: Współpracuj, aby zapewnić każdemu mieszkańcowi kluczowy kontakt. Chodzi o pracę zespołową, w której wszyscy dostawcy usług i systemy działają bezproblemowo maksymalizując korzyść pacjentów.

- [ ] **Środowisko**: Obejmuje to fizyczne, organizacyjne i kulturowe środowisko obiektu. Optymalne środowisko jest skonstruowane tak, aby zoptymalizować zdolność personelu do zapewnienia mieszkańcom opieki skoncentrowanej na osobie.

Porównanie

Skoncentrowanie na osobie	Skoncentrowanie na usłudze/systemie
Rozmowa z osobą.	Rozmawianie o osobie.
Planowanie z osobą.	Planowanie za osobę.
Koncentrowanie się na mocnych stronach, zdolnościach, umiejętnościach.	Koncentrowanie się na etykietach / diagnozie, deficytach.
Poszukiwanie rozwiązań, które mogą działać dla każdego, najlepiej w oparciu o społeczność.	Tworzenie wsparcia w oparciu o to, co działa dla osób z "tą diagnozą".
Wykonywanie działań w taki sposób, aby były one korzystne dla osoby.	Wykonywanie działań w taki sposób, aby były korzystne dla personelu lub służby.

Skoncentrowanie na osobie	Skoncentrowanie na usłudze/systemie
Członkowie rodziny i społeczność są postrzegane jako prawdziwi partnerzy.	Członkowie rodziny i społeczność są postrzegane peryferyjnie.

Korzyści płynące z wyboru modelu opieki skoncentrowanej na osobie

Jakie zmiany są możliwe dzięki opiece skoncentrowanej na osobie?

Opieka skoncentrowana na osobie może być wykorzystana do poprawy dowolnego aspektu opieki zdrowotnej, od umawiania się na spotkania, po podejmowanie decyzji dotyczących opieki paliatywnej. Opieka skoncentrowana na osobie jest wykorzystywana do poprawy jakości opieki zdrowotnej na wiele sposobów – na przykład:

- Zmniejszenie liczby skarg i poprawienie procesu dokonywania przyjęć na oddział psychiatryczny.

- Negocjowanie planu leczenia dla osób z nawracającymi problemami ze zdrowiem psychicznym, współpracując z nimi tak, aby zaplanować jak powinno wyglądać ich leczenie.

- Wspieranie osób żyjących z takimi schorzeniami, jak cukrzyca, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), depresja i chroniczny ból, aby same mogły skutecznie się o siebie zatroszczyć poprzez zorganizowaną edukację, szkolenia dla pracowników służby zdrowia i poprawę procesów organizacyjnych.

- Umożliwienie pacjentom dializowanym przeprowadzenia tak wielu z 13 kroków do zarządzania własnym leczeniem szpitalnym, z iloma sami czują się komfortowo.

- Wspieranie użytkowników usług zdrowia psychicznego poprzez zatrudnianie pracowników wsparcia rówieśniczego (osób z doświadczeniem wokół problemów ze zdrowiem psychicznym) jako części zespołu opieki zdrowotnej, w celu zapewnienia praktycznego, fizycznego i emocjonalnego wsparcia dla osób, przyczyniając się do znacznego zredukowania liczby pobytów w szpitalu osób, z którymi pracowali.

- Wspieranie kobiet w decyzji, czy powinny poddać się mastektomii, czy operacji zachowującej pierś, a mężczyzn z powiększoną prostatą w decyzji czy brać leki, poddać się operacji lub może dokonać zmian w stylu życia.

Opieka skoncentrowana na osobie w praktyce: przykłady sukcesu

Aby opieka zdrowotna była bardziej skoncentrowana na osobie, służby i praktycy muszą być otwarci na szeroki zakres podejść i inicjatyw. W tej sekcji przedstawimy kilka przykładów wykonywanej pracy, mającej na celu dostarczenie inspiracji i pomocy tym, którzy chcą wprowadzić w życie opiekę skoncentrowaną na osobie.

Ogólnokrajowa kampania

Cześć, nazywam się...

założona przez Kate Granger, lekarkę żyjącą z nieuleczalnym rakiem, mająca na celu zachęcić wszystkich pracowników do przedstawiania się po imieniu i informowania o swojej funkcji podczas

Współpraca oparta na doświadczeniu

Metoda poprawy doświadczeń pacjentów w opiece zdrowotnej, która obejmuje zbieranie relacji pacjentów i personelu, a następnie łączenie ich w celu opracowania poprawy usług. Ta oparta na dowodach metoda została opracowana przez

Opieka skupiona na osobie i rodzinie

Proces poprawy jakości, który koncentruje się na dwóch równoległych aspektach ochrony zdrowia: procesie opieki (sposób organizacji opieki) i

interakcje personelu z pacjentami i ich rodzinami (interakcje międzyludzkie). To oparte na dowodach

“Co jest dla mnie ważne?”

Tablica informacyjna umieszczona nad łóżkami, aby każdy mógł zobaczyć, co jest najważniejsze dla danego pacjenta. Tablice magnetyczne służą do zapisywania preferencji i priorytetów pacjentów, takich jak to, czy życzą sobie mieć przyjaciół i

Czy opieka skoncentrowana na pacjencie może zaoszczędzić finanse?

Istnieją dowody na oszczędności kosztów i zmniejszoną częstotliwość korzystania z usług związanych z procedurami opieki w przypadku modelu skoncentrowanego na osobie. Na przykład:

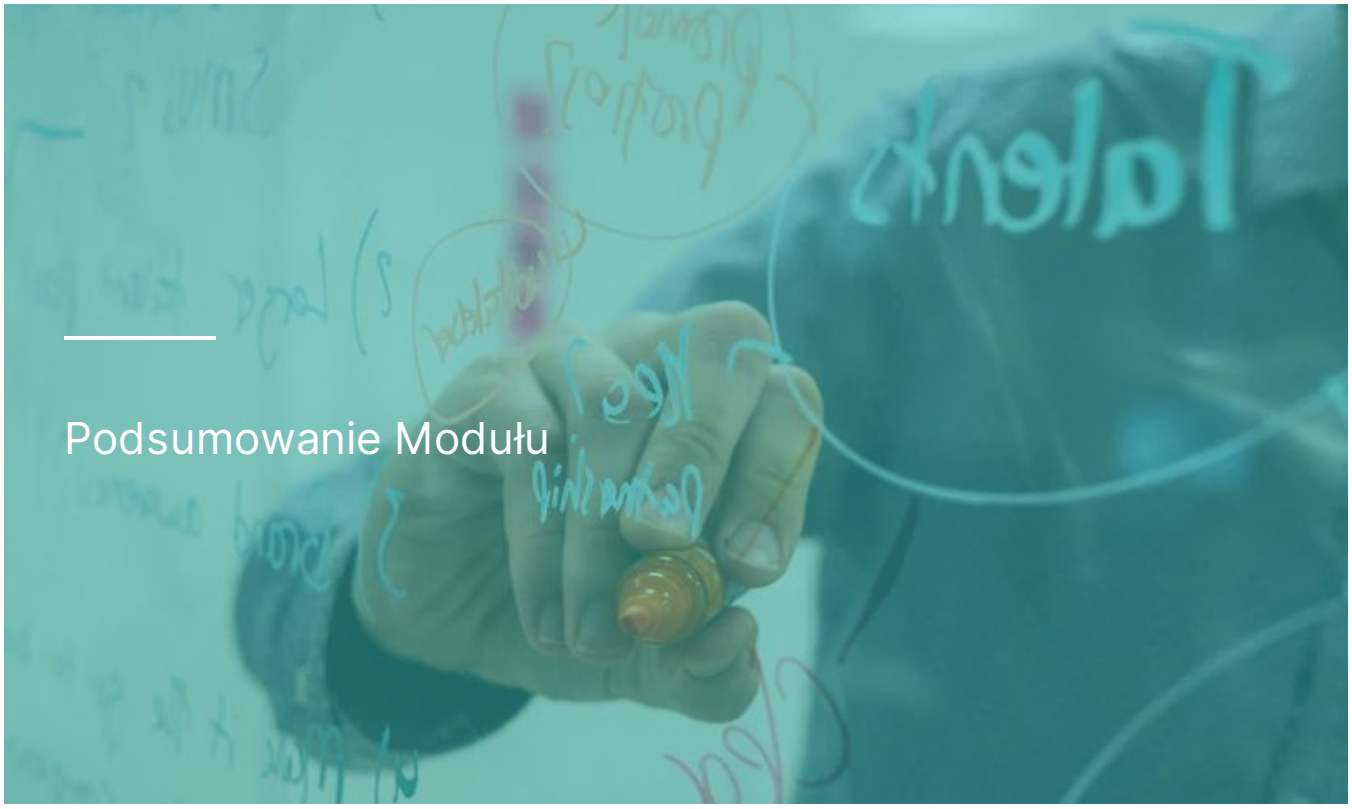
Kiedy ludzie są lepiej poinformowani, **mogą wybierać różne metody leczenia** – często te, które są mniej inwazyjne i tańsze.

Osoby, które są wspierane w skuteczniejszym zarządzaniu własną opieką, **rzadziej korzystają z usług szpitalnych** w nagłych wypadkach.

Osoby, które biorą udział we wspólnym podejmowaniu decyzji, **częściej trzymają się swojego planu leczenia** i prawidłowo przyjmują leki.

Umożliwiając pacjentom dokonywanie wyborów dotyczących tego, czego potrzebują, opieka skoncentrowana na osobie oferuje korzystniejszy stosunek jakości do ceny poprzez dopilnowanie, że wydatki przeznaczane są na te rzeczy, które pacjenci cenią najbardziej.

Podsumowanie Modułu



Opieka skoncentrowana na osobie nie polega jedynie na dawaniu ludziom tego, czego chcą, lub dostarczaniu informacji. Chodzi o rozważenie ludzkich pragnień, wartości, sytuacji rodzinnych, okoliczności społecznych i stylu życia;

jest to postrzeganie osoby jako jednostki i wspólna praca nad opracowaniem odpowiednich rozwiązań.

Kluczowe terminy

Podejście skoncentrowane wokół systemu	Mówienie o osobie. Planowanie za osobę. Koncentracja na etykietach / diagnozie, deficytach. Tworzenie wsparcia w oparciu o to, co działa dla osób z tą diagnozą. Działania są przeprowadzane w ten sposób, ponieważ
Podejście skoncentrowane wokół osoby	Rozmowa z osobą. Planowanie z osobą. Koncentracja na mocnych stronach, zdolnościach, umiejętnościach. Znalezienie rozwiązań, które mogą działać dla każdego, najlepiej w oparciu o społeczność. Działania są przeprowadzane w ten

Tradycyjny model opieki

Opieka koncentruje się na diagnozach medycznych, niepełnosprawności i deficytach, kierując się standardami. Harmonogramy i procedury są określane przez placówkę. Personel podejmuje ważne decyzje dotyczące leczenia. Praca jest zorientowana wokół

Skoncentrowanie na osobie w praktyce

Udane przykłady zastosowania podejścia skoncentrowanego na osobie:

- “Witam, nazywam się...”
- Wspólne projektowanie oparte na doświadczeniu
- Opieka skoncentrowana