



## PODSUMOWANIE WYNIKÓW PRACY GRUP SENSINGU ZREALIZOWANEJ W 10 DZIELACH PROWINCJI LOMBARDZKO-WENECKIEJ

### **Temat 1: MODELE OPIEKI ZDROWOTNEJ I SPOŁECZNEJ W STYLU ŚW. JANA BOŻEGO**

Zaangażowane grupy sensingu: 1 dla każdego dzieła w Prowincji, łącznie 10 grup.

Skład poszczególnych grup i metodologia pracy: 2 pracowników świeckich, wspieranych przez uczestników Spotkania w Marsylii, przeprowadziło sensing we wszystkich grupach, przekazując ostateczne podsumowanie dla każdego z dzieł.

Model opieki nad pacjentem psychiatrycznym, geriatrycznym i opieki społecznej w Prowincji Lombardzko-Weneckiej jest podzielony na siedem momentów (pierwszy kontakt, przyjęcie, hospitalizacja, trudne wydarzenia, historia osobista, zakończenie/wypis, śmierć), które zostały zbadane we wszystkich strukturach w odniesieniu zarówno do organizacyjnej strony opieki, z dokładnym określeniem ról/zakresu obowiązków/odpowiedzialności, jak i w odniesieniu do charyzmatycznego zarysu działań podejmowanych przez personel medyczny. W szczególności, w odniesieniu do *pytania mającego na celu skupienie się na elementach ukazujących charyzmatyczną cechę opieki zgodnie ze stylem św. Jana Bożego* w różnych momentach opieki nad **pacjentem psychiatrycznym**, przyjęcie i relacja z rodziną wyłoniły się jako priorytet. Obok nich istotny był temat dzielenia się i zaangażowania, związany z dyspozycyjnością i otwartością oraz związany z holistycznym wymiarem opieki nad pacjentem.

W odniesieniu do *elementów ukazujących cechy opieki według stylu św. Jana Bożego* w różnych momentach opieki nad **pacjentem geriatrycznym** jako priorytety pojawiły się empatia, otwartość i dyspozycyjność. Obok nich istotne były tematy opieki/szacunku/ochrony podopiecznych i relacji z rodziną.

Warto zauważyć, że w słownictwie używanym przez współpracowników w odniesieniu do obu typów podopiecznych, termin "szpitalnictwo" nie pojawia się często jako założenie, ale raczej jako styl reprezentowany przez cechy i zachowania uważane za odnoszące się do wymiaru szpitalnictwa i wyrażające go, świadomie lub nieświadomie.

W odniesieniu do modelu opieki nad **podopiecznym opieki społecznej** (*Locanda di San Giovanni di Dio*) mocno akcentowany był temat przyjęcia/powitania jako typowego działania i stylu opieki w przypadku bezbronności i marginalizacji, zdolnego również do zintegrowania uwagi poświęconej zdrowiu i opiece. Wreszcie, styl opieki nad gościem – turystą w naszym **hotelu** w Varazze jest reprezentowany przez życzliwość i przyjazną atmosferę.

W następstwie tego złożonego procesu sensingu, przeprowadzonego we wszystkich dziełach Prowincji Lombardzko-Weneckiej, w przyszłości interesujące byłoby przeprowadzenie takiej samej ankiety wśród podopiecznych/pacjentów, odbiorców naszych usług, w celu dostosowania tego co doświadczą i postrzeżają personel i bracia do doświadczeń i opinii pacjentów/podopiecznych, również w celu podjęcia niezbędnych działań usprawniających.



## **Temat 2: ODKRYWANIE POWOŁANIA DO SZPITALNICTWA**

Zaangażowane grupy sensingu: jedna dla każdego dzieła w Prowincji, łącznie 10 grup.

**Skład poszczególnych grup i metodologia pracy:** 1 przedstawiciel grupy duszpasterskiej, 1 brat, 1 siostra, 1 osoba świecka (zaangażowana w misję), 1 osoba z kadry kierowniczej (zaangażowana w misję). Każda grupa w dziele przekazała podsumowanie tego, co wyłoniło się z przeprowadzonego procesu sensingu w danej strukturze.

Temat w dziełach Prowincji rozważany był na podstawie *ośmiu zadanych pytań*, opracowanych w oparciu o książkę ks. N. Galante, "Accogliente perché accolto" [Przyjazny, ponieważ dobrze przyjęty], a odpowiedzi udzielone przez około 290 pracowników nie zawsze były jednolite. W odniesieniu do *tego, co łączy czyjeś imię z imieniem św. Jana Bożego (pytanie 1)*, pojawiły się: zachowania empatyczne, wymiar opieki i troska o chorych i potrzebujących, "robienie wszystkiego z miłością", struktura jako miejsce bezpieczeństwa i ochrony, a wreszcie znajomość św. Jana Bożego i znaczenie poczucia przynależności, które są różnie zakorzenione w strukturach i personelu ze względu na staż pracy i znaczną rotację, ukazującą również sytuacje, w których związek między pracownikami a instytucją jest jedynie zawodowy. W odniesieniu do pytania *o sposób, w jaki pokazujemy, że jesteśmy w służbie chorym (pytanie 2), odpowiedzi były następujące:* celem naszej pracy w dziele jest niesienie pomocy potrzebującym i chorym, w postawie bliskości, słuchania i relacji, w procesie humanizacji opieki, która jest trwała i ciągła w czasie, nie lekceważąc nieprzewidzianych okoliczności (brak personelu), które utrudniają naszą misję. W odniesieniu do *zasad i motywacji, które kierują zachowaniem pracowników w ich wyborach na rzecz chorych (pytanie 3)*, nacisk kładzie się na nadanie sensu naszej pracy, wychodząc od wartości Zakonu, ale także od indywidualnych motywacji opierających się na wartościach uniwersalnych, które stawiają osobę i jej przyjęcie w centrum, ze świadomością, że personel może z kolei znaleźć się na miejscu chorych, nie lekceważąc faktu, że najlepsze, co moglibyśmy lub chcielibyśmy zrobić, jest w każdym przypadku uwarunkowane przestrzeganiem przepisów, biurokracją, technicznymi i organizacyjnymi uwarunkowaniami różnego rodzaju, i ostatnie, ale nie mniej ważne, odczuwanym niekiedy poczuciem samotności i organizacyjnymi uwarunkowaniami chwili. W odniesieniu do pytania o to, *czy proces zmian i poprawy opieki nad pacjentami jest rzeczywiście w toku (pytanie 4)*, istnieje rozbieżność i niejednorodność odpowiedzi, w odniesieniu do których albo potwierdza się, że zachodzące zmiany są zauważalne przez osoby trzecie, spoza placówki lub podopiecznych; że, zmiana jest wskazywana jako nieistniejąca i raczej wszystko skupione jest na czystym przetrwaniu tu i teraz; lub tam, gdzie próba zmiany jest postrzegana jako mająca miejsce, jest ona limitowana przez ograniczenia w obszarze personelu, z ostatecznym ryzykiem oddalenia się od wymiaru wartości św. Jana Bożego. Ważny jest dialog ze świeckimi i instytucjonalnymi liderami organizacji.

Na pytanie, w *jaki sposób bracia i współpracownicy wzrastają razem (pytanie 5)*, odpowiadano, że fundamentalna jest codzienna konfrontacja, poprzez komunikację, dialog, współdzielenie i słuchanie, nie lekceważąc trudności, które mogą istnieć, i mając świadomość, że odpowiedzialność w dziełach z czasem będzie coraz bardziej powierzana współpracownikom, odrobina żalu z powodu nieobecności przeora, w miejscach, gdzie go brakuje. W szczególności w jednym dziele droga wspólnego rozwoju jest nakreślona jako wspólne podążanie, ramię w ramię. W odniesieniu do *sposobu, w jaki uważa się, że szpitalnictwo nabierze kształtu i widoczności w naszych placówkach (temat 6)*, wyłania się odpowiedzialność za ludzi, słuchanie, bliskość z rodzinami, elastyczność, szpitalnictwo, otwartość również na współpracowników, praca zespołowa, stosowanie modelu integralnej opieki. Elementy te są realizowane i doświadczane w rodzinnej atmosferze i w wymiarze świadczonej opieki, nie lekceważąc faktu, że często praca w nagłych wypadkach może osłabić takie odczucia. Na pytanie mające na celu sprawdzenie *czy relacja jest uważana za ważny element w zawodzie, a jeśli tak, to w jaki sposób jest ona budowana i pielęgnowana na co dzień (pytanie 7)*, odpowiedzi potwierdzają, że relacja jest podstawową i



ZAKON SZPITALNY ŚWIĘTEGO JANA BOŻEGO  
BONIFRATRY  
PROWINCJA LOMBARDZKO-WENECKA  
*Administracja centralna*

charakterystyczną cechą stylu opieki Bonifratrów i jest budowana poprzez słuchanie, dialog, komunikację, uprzejmość, życzliwość, cierpliwość, wymiar opieki do tego stopnia, że jest identyfikowana jako zasób i narzędzie terapeutyczne. Wreszcie, w odniesieniu do ankiety dotyczącej *opieki duchowej (pytanie 8)*, udzielone odpowiedzi odnoszą się do opieki duchowej prowadzonej przez braci, kapelana, siostry zakonne, organizowanych celebracji liturgicznych i inicjatyw duszpasterskich, wszyscy potwierdzają ich ogromne znaczenie i wagę w kontekście opieki integralnej.

W przypadku obu tematów realizacja proponowanych działań przez współpracowników i braci, w momentach pracy naznaczonych trudnościami w sferze osobistej i różnymi nieprzewidywalnymi sytuacjami, nakreśliło obraz obecności i odpowiedzialności wobec chorych, który nie jest oderwany od świadomości krytycznych kwestii przedstawionych i opisanych powyżej. Wyzwaniem pozostaje ciągle utrzymywanie motywacji zawodowej i indywidualnej oraz wzmacnianie poczucia przynależności w związku z rotacją, przeskokiem pokoleniowym i procesem międzykulturowości zachodzącym w opiece i uwarunkowanym warunkami czasowymi.

W zależności od stażu pracowników, interesujące byłoby określenie, za pomocą dodatkowej ankiety, czy myślą o przeszłości, czy doświadczają pewnej nostalgii za przeszłością, chociaż istnieje absolutna świadomość zmieniających się czasów w zarządzaniu i rolach zarządzania oraz silne uznanie wartości obecności braci, tam, gdzie jest to możliwe.

Koordinator grupy ds. sensingu  
Dr Mariagrazia Ardissonne