

Forum Opieki Długoterminowej

medi

ISSN 1643 - 1308 nakład 3000 egz.

Kwartalnik nr 3(65)
wrzesień 2015

WYDANIE
SPECJALNE

Międzynarodowa Konferencja
Opieki Długoterminowej

Seni Active

elastyczne majtki chłonne



Załóż je zamiast zwykłej bielizny i czuj się bezpiecznie i wygodnie w każdej sytuacji.



PREMIUM Quality



seni

Jeśli cierpisz na średnie lub ciężkie nietrzymanie moczu, a chcesz prowadzić aktywny tryb życia lub uczestniczyć w zajęciach rehabilitacji ruchowej

www.seni.pl

SENI ACTIVE SĄ DLA CIEBIE!

medi

Szanowni Państwo!

WYDAWCA:
Fundacja
Razem Zmieniamy Świat

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

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

REDAKTOR:
Hanna Szymkiewicz

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

ADRES REDAKCJI:
ul. Żółkiewskiego 20/26
87-100 Toruń
tel. 056 612-32-93
fax. 056 612-35-83
redakcja.medi@gmail.com

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

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

Wrześień to ważny miesiąc dla profesjonalistów działających w obszarze opieki długoterminowej. Kojarzy się przede wszystkim z Międzynarodową Konferencją Opieki Długoterminowej, która od 18 lat przyciąga do Torunia blisko tysiąc praktyków z całej Europy. To największe w Polsce wydarzenie, które umożliwia wymianę doświadczeń, integrację, a przede wszystkim zdobywanie wiedzy, jak radzą sobie z konkretnymi problemami poszczególne kraje. Niektóre z rozwiązań przedstawianych na tegorocznej konferencji prezentujemy również we wrześniowym wydaniu Medi.

Skupiamy się m.in. na tematach związanych z zarządzaniem w opiece długoterminowej, dotyczących zarówno personelu, jak i zaopatrzenia. Prezentujemy rozwiązania informatyczne, takie jak program Seniomat.pl – w rok po jego premierze, a także nowość – aplikację SeniControl, czyli dzienniczek mikcji w telefonie.

Poruszamy również tematykę związaną z opieką nad osobą u kresu jej życia. Zwracamy uwagę, jak ważne jest w takim momencie leczenie bólu, a także właściwa komunikacja z chorym, wymagająca od personelu dużego wyczucia. Każdy pacjent ma inne potrzeby i inaczej reaguje na to, co go spotyka. Zadaniem opiekunów jest respektowanie tych potrzeb i ochrona godności chorego do samego końca.

Redakcja
kwartalnika Medi

SPIS TREŚCI

wrzesień 2015

ZARZĄDZANIE

- 7** Seniomat.pl – droga ku nowoczesności
- 11** Jakość jako kryterium oceny ofert w zamówieniach publicznych po nowelizacji ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 29 sierpnia 2014 r. Podstawowe zagadnienia prawne
- 15** Wypalenie zawodowe czyli zgliszcza zaangażowania

OPIEKA U SCHYŁKU ŻYCIA

- 19** Komunikacja z pacjentem u kresu życia
- 22** Kontrola bólu w obliczu śmierci

INKONTYNENCJA

- 24** W Toruniu mówi się o inkontynencji. Podsumowanie europejskiego projektu „Continence/Incontinence: General Issues”
- 27** Inkontynencja i łamanie tabu dzięki nowym technologiom
- 30** Sucho i wygodnie

KONFERENCJA

- 32** XVIII Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej

Między nami kobietami

Zdarzają Ci się chwile „słabości”,
gdy głośno się śmiejesz, niespodziewanie
kichniesz lub coś podniesiesz?

To tylko kilka kropelek, ale odbiera Ci pewność siebie.

A może wyciek moczu jest bardziej obfity
i tak częsty, że uniemożliwia codzienne
aktywności i przyjemności?

**Aż co 4 kobietę na różnych etapach życia dotyczy
nietrzymanie moczu.**

seni
Lady

Dla pełnego zabezpieczenia i komfortu
przy nietrzymaniu moczu wybierz wkładki
urologiczne Seni Lady

- **dużo bardziej chłonne niż zwykłe podpaski**
- **z systemem URO Protect**



NOWE
kobiece delikatne
wyjątkowo chłonne



Bardziej anatomiczna forma dopasowuje się
do kobiecego ciała zapewniając dyskrecję i wygodę.



AIR
ODDYCHAJĄCE

Oddychające materiały zapewniają poczucie świeżości
dzięki swobodnemu przepływowi powietrza.



Ostonki boczne chronią przed przeciekami,
nawet przy obfitym wycieku moczu.

*„Życzyłbym sobie, aby aplikacja
ZUSowska tak wyglądała.”*

*„Największą zaletą jest to,
że zamówienie składa się szybko.”*

*„Znacznie ułatwił
obsługę wniosków refundacyjnych.”*

seniomat.pl

Na miarę nowoczesnej instytucji

*„Ja z tego skorzystam, aby nie mnożyły mi się
w dyżurce papiery i nie było zamieszania
– gdzie kto głowę umył, kto był kąpany, a kto nie.”*

*„Mam bieżący podgląd – co, kto –
i nie muszę sobie robić notatek.”*

*„Szybkie zamówienie, rewelacja po prostu:
klikam, wysyłam i czekam aż przywiozą mi pieluchy.”*

Instytucje Opieki Długoterminowej, które wprowadziły program Seniomat.pl, odnotowały:

- ➔ Znaczne skrócenie czasu poświęcanego na obsługę refundacji.
- ➔ Usprawnienie procesu zamawiania produktów chłonnych i środków pomocniczych, np. do pielęgnacji skóry.
- ➔ Istotne podniesienie standardu opieki, dzięki ułatwionej organizacji pracy.

Ty również zacznij korzystać z najlepszego rozwiązania dla nowoczesnej instytucji opieki długoterminowej!



Zarządzaj



Zamawiaj



Zyskuj

Seniomat.pl

droga ku nowoczesności

ROBERT KUJAWA

Europejskie Centrum Opieki Długoterminowej

Předstawiam panią Joannę, pielęgniarkę oddziałową w jednym z wielu domów pomocy społecznej w Polsce. Pani Joanna pracuje w zawodzie 25 lat, można więc śmiało powiedzieć, że poznała wszystkie tajniki tej pracy i niewiele jest w stanie ją zaskoczyć. Oto jak wygląda jej typowy dzień:

O godzinie siódmej pani Joanna rozpoczyna pracę. Po przebraniu się w fartuch i zmianie obuwia, ściskając kubek kawy, słucha swojej koleżanki – pani Joli, która właśnie kończy zmianę nocną i zdaje raport. Chociaż na oddziale leży 43 mieszkańców, rozmawiają głównie o panu Nowaku, który miał kiepską noc, wymagał trzykrotnej zmiany pieluchomajtek i podania dodatkowych leków. Jego temat dominuje krótką wymianę zdań. Pani Jola musi kończyć, spieszy się na autobus.

➔ **Przekazanie obowiązków mogłoby przebiegać prościej, gdyby obie panie kierowały się tym samym planem opieki, opartym na indywidualnych potrzebach podopiecznych. Wówczas wystarczyłoby szybki rzut oka na listę czynności i już byłoby wiadomo, jakie czynności zostały przeprowadzone przy pacjentach.**

O godzinie ósmej przychodzi pora karmienia podopiecznych. Na oddziale codzienna krzątanka, pielęgniarki cho-



dzą między pokojami, wymieniają uwagi. Pani Joanna ma za zadanie przejść się po salach i ocenić stan mieszkańców. To dość trudne zadanie, wymaga sporo

energii i dyscypliny, aby przeprowadzić je sumiennie. Kluczem do sukcesu jest upewnienie się, że wszystkie czynności pielęgnacyjne przy podopiecznych zo-

stały wykonane należycie. Pani Joanna zwraca uwagę zwłaszcza na możliwą konieczność zmiany diety.

➔ **Tymczasem wydruk indywidualnego planu opieki dla każdego z mieszkańców od razu dałby orientację o stopniu zaspokojenia potrzeb podopiecznych i wpłynąłby na przykład na postać diety przy śniadaniu. Mógłby stanowić także doskonałe archiwum wykonanych czynności, a przez to nie tylko narzędzie organizacji pracy personelu, ale także argument w rozmowie z rodzinami pacjentów.**

Następnie pani Joanna musi zagłębić się w dokumentach, ponieważ zbliża się koniec miesiąca i powinna zająć się wnioskami refundacyjnymi. To kluczowe dla zapewnienia mieszkańcom środków chłonnych. W ciągu tylu lat pracy nie zdołała polubić tej żmudnej rutyny: mozolnego wypełniania druczków, weryfikowania numerów kart i numerów PESEL. Pani Joanna dobrze wie, że nie może ciągle odkładać tego zadania, mu-

si znaleźć sześć godzin spokoju i wypisać czterdzieści trzy wnioski. To świetny wynik, dawniej potrafiło to zająć nawet dwa całe dni. Dłużej, jeśli pojawiały się błędy.

➔ **Z drugiej strony, sześć godzin to nadal bardzo dużo czasu – przecież nie jest to czas poświęcony podopiecznym. Tak rutynowe zadanie, jak wypisanie wniosków refundacyjnych na kolejny miesiąc, powinno zająć maksymalnie piętnaście minut. I jest to możliwe.**

W okolicach piętnastej stos wniosków refundacyjnych przestaje rosnąć, a na biurku pozostają dwie karty, którym skończyła się ważność. Pani Joanna wie, że to jej błąd; po prostu zapomniała, że jej dwóch podopiecznych powinno mieć wyrobione nowe karty. Przy dużym nawale obowiązków takie przeoczenie nie jest niczym dziwnym. Niestety dzisiaj nie ma już czasu, aby to poprawić, trzeba zająć się zamówieniem.

➔ **W natłoku informacji warto korzystać ze zdobyczy techniki, aby wspierać swoją pamięć. Wiele**

z tych rozwiązań jest całkowicie darmowych.

Pani Joanna zbiera kartki wypisane przez pielęgniarki, przepisuje pozycje na swój arkusz zamówienia. Stara się przypomnieć sobie, kto zamawiał dodatkowo kosmetyki do pielęgnacji skóry. Chyba nie zapomniała o nikim. Uruchamia faks i wsuwa do niego kartkę. Dla pewności dzwoni do dostawcy, aby zapytać, czy faks dotarł i czy zamówienie będzie zrealizowane.

➔ **Składanie zamówienia to kolejna czynność, która niepotrzebnie zajmuje sporo czasu. Na dodatek jest prawie tak stresująca jak wypełnianie wniosków – przecież tak łatwo o czymś zapomnieć lub popełnić pomyłkę, a w grę wchodzi spore pieniądze, których w DPS nigdy nie jest zbyt wiele.**

Chwilę po czwartej pani Joanna wychodzi z pracy. Jest spóźniona, dlatego przekazała sprawy swojej wieczornej zmienniczce pobieżnie. Ale to już rutyna, nic nie powinno się wydarzyć.



W nowoczesnej instytucji rutynowe podejście do podopiecznych to relikty czasów minionych. Przyszłość niesie ze sobą opiekę indywidualną i pełne dopasowanie do potrzeb podopiecznych – którzy są, bądź co bądź, klientami.

Dom pomocy społecznej, w którym pracuje pani Joanna, jeszcze nie uruchomił u siebie programu Seniomat.pl, a tym samym droga ku nowoczesności nie została jeszcze rozpoczęta. Seniomat.pl to program komputerowy zaprojektowany i stworzony we współpracy z domami pomocy społecznej, aby jak najlepiej odpowiadać na ich potrzeby i oczekiwania. Oprogramowanie działa w chmurze, jest więc niezależne od trwałości sprzętu, a obsługa odbywa się za pośrednictwem przeglądarki internetowej. Premiera programu miała miejsce w Toruniu, w czasie XVII Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej w 2014 roku.

Pierwszym krokiem do pracy w Seniomacie jest stworzenie bazy danych podopiecznych. Staje się ona elektroniczną kartoteką pacjentów, odporną na wypadki losowe, jest całkowicie niezależna od sprzętu, na którym jest obsługiwana. Użytkownik ma możliwość obsługi bazy z dowolnego komputera na całym świecie. Dzięki wbudowanym mechanizmom oceny stanu psychofizycznego podopiecznego, Seniomat.pl pomaga dobrać typ i rozmiar produktu chłonnego oraz produktów dodatkowych, np. produktów pielęgnacyjnych. Przydatną funkcją jest także ankieta przeciwoleżynowa, pozwalająca ocenić stan ran i dobrać odpowiedni opatrunek.



„Wprowadzając dane pacjentów byłem ciekaw, czy rekomendacje produktów w Seniomacie pokryją się z rzeczywistością zamawianymi produktami. Pokryły się w 100%.”

**Tomasz Kosytko,
DPS Hospicjum, Bielsko-Biała**

Punktem wyjścia do stworzenia programu było założenie, że każdy podopieczny potrzebuje indywidualnego podejścia do jego sytuacji zdrowotnej. Z tego powodu centralnym punktem programu Seniomat.pl uczyniono plan pielęgnacji, czyli nowoczesny, elektroniczny odpowiednik tradycyjnych planów opieki, stosowanych w DPS. W przejrzysty i czytelny sposób, Seniomat.pl dzieli tydzień opieki na określone dni, a użytkownik ma możliwość zdefiniowania dowolnej liczby zmian oraz własnego zakresu czynności pielęgnacyjnych, tak aby jak najlepiej odwzorować w programie rzeczywisty sposób funkcjonowania instytucji. Efektem tych prac jest narzędzie pozwalające koordynować pracę personelu, na przykład przez ułatwianie przekazywania obowiązków, weryfikację wykonanych czynności czy stworzenie archiwum pielęgnacji mieszkańca. To także doskonałe narzędzie do pracy z rodziną podopiecznego – umożliwia wizualizację historii opieki, a także zbudowanie wizerunku instytucji jako ośrodka nowoczesnego i skoncentrowanego na potrzebach pacjentów. Prawidłowo skomponowany plan opieki przekłada się także na szybkość składania zamówienia – program oblicza prognozowane zapotrzebowanie na środki chłonne i produkty pomocnicze.

„W planie pielęgnacji wprowadzam miesięcznie dodatkowe produkty i wtedy składam zamówienie według planu: refundowane i nier refundowane. Nie muszę tego robić oddzielnie, co jest pomocne, bardzo skraca czas składania zamówienia. [...] Plany pielęgnacji są szczególnie przydatne w kontaktach z rodzinami, bo wtedy mamy zaznaczone czynności higieniczne, na wypadek zarzutów, że czegoś nie zrobiono. To jest element kontroli, wewnętrznej, weryfikacja, że jest coś zrobione.”

„Nie muszę nic notować, tylko wprowadzam w Seniomacie, jaki kto produkt zamawia. To się zmieniło na plus: mam bieżący podgląd zamawianych produktów i nie muszę robić notatek.”

**Elżbieta Dobrzyńska,
DPS Toruń**

„Plan pielęgnacji jest dobry, bo oblicza według mikcji, ile pieluchomajtek trzeba zamówić i jakie są najbardziej ergonomiczne dla osób z danym obwodem pasa. Uważam, że to dobre rozwiązanie.”

**Lilla Rolnicka,
DPS Toruń**

Osoby, które wdrożyły Seniomat.pl, podkreślają obsługę wniosków refundacyjnych jako jedną z najważniejszych korzyści, które program przyniósł. Kiedy kartoteka podopiecznych zostanie uzupełniona o dane z wniosków refundacyjnych,



zarządzanie nimi stanie się dużo prostsze niż metoda tradycyjna. Przygotowanie wniosków na kolejny miesiąc to tylko kilka minut, a na wydruku otrzymamy nie tylko wszystkie potrzebne dane pacjenta, kod choroby i nazwę środka, ale także dane osoby podpisującej wniosek ze strony DPS. Takie karty są automatycznie sprawdzone pod kątem poprawności formalnej. Jedyne, co trzeba uzupełnić, to pieczętka i podpis lekarza. Dla zapracowanych pracowników socjalnych ogromnym ułatwieniem jest także automatyczne przypomnienie o zbliżającym się terminie ważności karty zaopatrzenia miesięcznego.

„Seniomat.pl przyspieszył drukowanie wniosków, dzięki temu, że nie trzeba ich wypisywać, a wypisywanie wymaga ciszy, koncentracji. Pomyłka w jednej cyferce sprawia, że cały wniosek nadaje się do wyrzucenia. W Seniomacie robię to szybciej, już bez błędów – tu jest ta oszczędność czasowa. Cała procedura jest prosta.”

**Mariola Jurga,
DPS Pszczyna**

„Seniomat.pl znacznie ułatwił obsługę wniosków refundacyjnych. Po wydrukowaniu wniosków jest gotowy, co nas bardzo cieszy. Cieszy zwłaszcza wyeliminowanie błędów, które zdarzały się na etapie wypełniania odręcznego. Odpada nam droga obiegu tego dokumentu, on jest generowany na miejscu i od razu idzie do zamówienia.”

**Tomasz Kosyk,
DPS Hospicjum**

Z punktu widzenia użytkownika Seniomatu równie ważną jak obsługa wniosków refundacyjnych funkcjonalnością jest obsługa zamówień refundowanych i nierefundowanych. Program posiada zawsze aktualny cennik, który uwzględnia wszystkie warunki handlowe instytucji. Dzięki pracy wstępnej w postaci przygotowania planu pielęgnacji i wprowadzenia danych refundacyjnych, zamówienie produktów dla podopiecznych to kwestia paru kliknięć. Co więcej, zamówienie jest w pełni elektroniczne

i trafia bezpośrednio do dostawcy bez konieczności dodatkowego potwierdzenia za pośrednictwem telefonu, maila czy faksu.

„Zamówienie idzie szybciej, możemy też zaznaczyć, jakiego okresu dotyczy. Dobrze, że od razu widać też kwoty na zamówieniu. Wszystko widzę od razu, a wcześniej tak nie było. Wcześniej po wystawieniu trzeba było jeszcze wysłać faks jako potwierdzenie, teraz tego nie ma. [...] Szybcutko się zamawia. Klikamy w zamówienie i za dwa trzy dni jest, zdecydowanie szybciej.”

**Ewa Wanat,
DPSD Pogórze**

„Szybkie zamówienie to jest rewelacja po prostu. Po wprowadzeniu danych klikamy na nazwisko i już. Jeżeli wszystko mamy wprowadzone, to tak naprawdę klikam, wysyłam i czekam, aż przywiozą mi pieluchy. To jest rewelacyjna sprawa.”

**Lilla Rolnicka,
DPS Toruń**

Używanie programu Seniomat.pl w domach pomocy społecznej pozwala oszczędzić czas i znakomicie upraszcza proces zamówień. Dzięki tym oszczędnościom, jesteśmy w stanie nagrodzić każde tak złożone zamówienie punktami Seniomat.pl. Użytkownik gromadzi punkty na swoim koncie, a następnie może skorzystać z możliwości ich wymiany na nagrody, takie jak udział w Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej czy szkolenie z zakresu technik przemieszczania pacjenta.

„Pierwszą namacalną korzyścią z wprowadzenia Seniomatu jest ogromna oszczędność czasu.”

**Joanna Sudomierska
DPS Elbląg**

Jakość jako kryterium oceny ofert

w zamówieniach publicznych po nowelizacji ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 29 sierpnia 2014 r.

Podstawowe zagadnienia prawne

ZBIGNIEW POLITOWSKI
Radca prawny

Jakość została wymieniona w art. 91 ust. 2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.) (zwanej dalej ustawą Pzp) jako jedno z kryteriów oceny ofert. W tym zakresie ustawa nie ulegała zmianom. W poprzednim stanie prawnym zamawiający mógł, choć nie musiał, oprócz obowiązkowego kryterium ceny, stosować również kryterium jakości. Pomimo to, przez wiele lat kryterium jakości było stosowane rzadko.

Przelomem wydaje się dopiero nowelizacja art. 91 ustawy Pzp z dnia 29 sierpnia 2014 r. o zmianie ustawy – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2014 r., poz. 1232), która weszła w życie w dniu 19 października 2014 r. Powyższa nowelizacja zmieniła m.in. art. 91 ust. 2 nadając mu następującą treść: „Kryteriami oceny ofert są cena albo cena i inne kryteria odnoszące się do przedmiotu zamówienia, w szczególności jakość, funkcjonalność, parametry techniczne, aspekty środowiskowe, społeczne, innowacyjne, serwis, termin wykonania zamówienia oraz koszty eksploatacji.” Większe znaczenie miało jednak dodanie ust. 2a

o następującej treści: „Kryterium ceny może być zastosowane jako jedyne kryterium oceny ofert, jeżeli przedmiot zamówienia jest powszechnie dostępny oraz ma ustalone standardy jakościowe, z zastrzeżeniem art. 76 ust. 2, a w przypadku zamawiających, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 1 i 2, jeżeli dodatkowo wykazą w załączniku do protokołu postępowania, w jaki sposób zostały uwzględnione w opisie przedmiotu zamówienia koszty ponoszone w całym okresie korzystania z przedmiotu zamówienia.”

Pomijając w dalszych rozważaniach dwa specyficzne tryby, tj. zapytanie o cenę i licytację elektroniczną (w tych trybach jedynym kryterium oceny ofert

pozostaje cena), należy stwierdzić, że dodanie ust. 2a w art. 91 ustawy Pzp oznacza, iż aktualnie w zamówieniach publicznych zasadą jest stosowanie co najmniej dwóch kryteriów oceny ofert, tj. kryterium ceny oraz co najmniej jednego kryterium pozacenowego. Zamawiający może zastosować kryterium ceny jako jedyne kryterium oceny ofert tylko wyjątkowo, pod warunkiem łącznego spełnienia następujących warunków:

- ▶ przedmiot zamówienia jest powszechnie dostępny,
- ▶ przedmiot zamówienia ma ustalone standardy jakościowe,
- ▶ w przypadku zamawiających, o któ-

Ustawodawca dość skutecznie wymusił zatem odchodzenie od praktyki stosowania ceny jako jedyne kryterium oceny ofert i zmusił do stosowania kryteriów pozacenowych.

rych mowa w art. 3 ust. 1 pkt. 1 i 2 ustawy Pzp (czyli jednostek sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów o finansach publicznych oraz innych państwowych jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej) zamawiający dodatkowo musi wykazać w załączniku do protokołu postępowania, w jaki sposób w opisie przedmiotu zamówienia zostały uwzględnione koszty ponoszone przez zamawiającego w związku z korzystaniem z przedmiotu zamówienia przez cały okres tego korzystania.

Zastosowanie przez zamawiającego kryterium ceny jako jedyne kryterium oceny ofert bez spełnienia któregoś z powyższych warunków

stanowić będzie naruszenie art. 91 ust. 2a ustawy Pzp.

Według danych podanych przez Urząd Zamówień Publicznych, w 2014 r. przed nowelizacją postępowania z ceną jako jedynym kryterium oceny ofert stanowiły 85% łącznej liczby postępowań „ponadprogowych” (o wartości zamówienia równej lub wyższej od progów, o których mowa w art. 11 ust. 8 ustawy Pzp) i aż 93% łącznej liczby postępowań „podprogowych” (o wartości zamówienia poniżej progów, o których mowa w art. 11 ust. 8 ustawy Pzp). Po nowelizacji, do końca 2014 r., udział postępowań z ceną jako jedynym kryterium stanowił zaledwie odpowiednio 45% i 33%.¹ Ustawodawca dość skutecznie wymusił zatem odchodzenie od praktyki stosowania ceny jako jedyne kryte-

¹ „Informator Urzędu Zamówień Publicznych”, nr 6/2014, s. 3.

rium oceny ofert i zmusił do stosowania kryteriów pozacenowych.

Decyzja, jakie kryterium oceny ofert zastosować obok kryterium ceny, należy do zamawiającego. Zastosowanie w art. 91 ust. 2 ustawy Pzp wyrażenia „w szczególności” oznacza, że zawarte w tym przepisie wyliczenie kryteriów pozacenowych jest jedynie przykładowe, a zamawiający może zastosować również inne kryteria, niewymienione w art. 91 ust. 2. Nie ma również przeszkód, aby zamawiający zastosował więcej niż jedno kryterium pozaceno-

Nieprzypadkowo jednak ustawodawca, wśród kryteriów pozacenowych wymienionych w art. 91 ust. 2 ustawy Pzp, na pierwszym miejscu wymienia jakość. Zadowolająca jakość dostaw, usług lub robót budowlanych będących przedmiotem zamówienia publicznego zawsze będzie w interesie publicznym, a niewystarczająca jakość zagraża realizacji celów, którym udzielenie zamówienia publicznego ma służyć. Powyższe założenie wydaje się oczywiste. Ma jednak również swoją podstawę prawną w postaci art. 44 ust. 3 pkt 1) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.), który nakazuje dokonywać wydatków publicznych w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad: uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów.

Jakość nie może być zatem obojętna zamawiającemu, co oczywiście nie oznacza, że w każdym postępowaniu musi być zastosowane kryterium jakości.

Zamawiający może osiągnąć odpowiednią jakość również w inny sposób, tj. poprzez zawarcie wymagań jakościowych wyłącznie w opisie przedmiotu zamówienia będącym częścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia. W takim wypadku złożenie oferty niespełniającej tych wymagań oznaczać będzie niezgodność treści oferty z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia i skutkować będzie obowiązkiem odrzucenia takiej oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2) ustawy Pzp. Słabą stroną takiego rozwiązania jest potencjal-

ne zmniejszenie liczby ofert niepodlegających odrzuceniu i brak możliwości jakiegokolwiek premiowania jakości wyższej od wymagań zawartych w opisie przedmiotu zamówienia.

Zwłaszcza w przypadkach, gdy dana kategoria przedmiotu zamówienia występuje na rynku na różnych poziomach jakości, dla osiągnięcia przez zamawiającego optymalnej jakości celowe wydaje się posłużyć się przez zamawiającego zarówno opisem przedmiotu zamówienia, jak i kryterium jakości. W takim wypadku w opisie przedmiotu zamawiający zawiera jedynie minimalne wymagania jakościowe, które musi spełnić każda oferta pod rygorem jej odrzucenia. Jakość wyższa od minimalnych wymagań jakościowych zawartych w opisie przedmiotu zamówienia jest natomiast odpowiednio premiowana w kryterium jakości. Oferta spełniająca jedynie minimalne wymagania jakościowe zawarte w opisie przedmiotu zamówienia nie podlega zatem odrzuceniu, ale oferta spełniająca wymagania jakościowe wyższe od minimalnych otrzymuje dodatkowe punkty w kryterium jakości.

Zgodnie z art. 36 ust. 1 pkt 13 ustawy Pzp, zamawiający musi zawrzeć w specyfikacji istotnych warunków zamówienia opis kryteriów, którymi będzie się kierował przy wyborze oferty, wraz z podaniem znaczenia tych kryteriów i sposobu oceny ofert. Oczywiście dotyczy to również kryterium jakości.

W orzecznictwie Krajowej Izby Odwoławczej podkreśla się, że zastosowanie kryterium jakości wymaga szczególnie precyzyjnego opisu. Jeśli zamawiający decyduje się na zastosowanie kryterium jakości, ma obowiązek wskazać w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, jakie konkretne cechy przedmiotu zamówienia (zwane często podkryteriami) będzie brał pod uwagę przy ocenie ofert i jak te cechy będą przeliczane na punkty².

Decyzja co do wyboru podkryteriów jakości, w tym liczby tych podkryteriów, jak również sposobu ich przeliczenia na punkty należy do zamawiającego. Nie oznacza to jednak, że zamawiającemu pozostawiono pełną dowolność w tym zakresie.

2 Por. wyrok Krajowej Izby Odwoławczej dnia 15 lipca 2010 r. KIO/UZP 1327/10



Decyzja co do wyboru podkryteriów jakości, w tym liczby tych podkryteriów, jak również sposobu ich przeliczenia na punkty należy do zamawiającego. Nie oznacza to jednak, że zamawiającemu pozostawiono pełną dowolność w tym zakresie.

Po pierwsze, jak wynika z art. 91 ust. 2 ustawy kryteria muszą odnosić się do przedmiotu zamówienia. Art. 91 ust. 3 ustawy Pzp stanowi wprost, że kryteria oceny ofert nie mogą dotyczyć właściwości wykonawcy, a w szczególności jego wiarygodności ekonomicznej, technicznej lub finansowej. Zamawiający nie może zatem w ramach jakości oceniać cech wykonawcy, np. premiować punktami doświadczenia wykonawcy. Warto jednak zaznaczyć, że z mocy art. 5 ust. 1 ustawy Pzp powyższy zakaz nie obejmuje postępowań o udzielenie zamówień, których przedmiotem są usługi o charakterze niepriorytetowym.

Po drugie, w przypadku opisu kryterium jakości obowiązuje (tak jak w całym postępowaniu), wynikający z art. 7 ust. 1 ustawy Pzp, nakaz takiego przygotowania i przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówie-

nia, które zapewni zachowanie uczciwej konkurencji oraz równe traktowanie wykonawców. Wskazane przez zamawiającego podkryteria jakościowe muszą mieć uzasadnienie w obiektywnych potrzebach zamawiającego, czyli muszą być pożądane z perspektywy celów postępowania i realizacji zamówienia. Jeżeli zamawiający potrafi uzasadnić dokonany dobór podkryteriów swoimi obiektywnymi potrzebami, zastosowane podkryterium jakościowe powinno być uznane za zgodne z ustawą Pzp, nawet jeżeli ogranicza szanse niektórych wykonawców na uzyskanie zamówienia³.

Nie muszą być to przy tym podkryteria całkowicie mierzalne. Z natury kry-

3 Por. wyroki Krajowej Izby Odwoławczej z dnia 13 września 2013 r. KIO 2078/13 oraz z dnia 4 lipca 2014 r. KIO 1211/14; KIO 1221/14; KIO 1222/14



Zastosowanie przez zamawiającego kryterium ceny jako jedyne kryterium oceny ofert bez spełnienia któregośkolwiek z powyższych warunków stanowił będzie naruszenie art. 91 ust. 2a ustawy Pzp.

terium jakości wynika bowiem pewien margines subiektywizmu osób oceniających oferty; zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia opis kryterium przez zamawiającego powinien zminimalizować ten element subiektywności⁴. Opis ten powinien wskazywać, jakie cechy będą uznane za pożądane i wysoko ocenione, jakie zaś będą ocenione niżej oraz wyjaśniać mechanizm przeliczania tych cech na konkretną ilość punktów. Bardzo ważne jest, aby opis ten był jednoznaczny i precyzyjny; aby nie dawał wykonawcom podstaw do różnych interpretacji, zwłaszcza co do tego, jakie cechy decydować będą o uzyskaniu większej lub mniejszej ilości punktów⁵.

4 Por. wyroki Krajowej Izby Odwoławczej z dnia 6 stycznia 2010 r. KIO/UZP 1804/09, z dnia 16 czerwca 2014 r. KIO 1150/14 oraz z dnia 22 września 2014 r. KIO 1825/14

5 Por. wyrok Krajowej Izby Odwoławczej z dnia 21 października 2011 r. KIO 2165/11

Tak jak w przypadku wszystkich kryteriów, również dla kryterium jakości zamawiający musi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia podać znaczenie tego kryterium, czyli wyrażoną w procentach wartość danego kryterium (przy założeniu że suma wartości wszystkich kryteriów wynosi 100%). Określenie znaczenia kryterium jakości należy do zamawiającego. Decyzja zamawiającego w tym zakresie musi mieć jednak uzasadnienie w obiektywnych potrzebach zamawiającego. Dopuszczalne jest nawet (choć rzadko praktykowane) przyznanie kryterium jakości znaczenia dominującego, tj. wynoszącego ponad 50%, o ile zamawiający potrafi je uzasadnić swoimi obiektywnymi potrzebami⁶.

Podsumowując, wprowadzić orzecznictwo Krajowej Izby Odwoławczej ak-

6 Por. wyrok Krajowej Izby Odwoławczej z dnia 12 października 2010 r. KIO/UZP 2093/10; KIO/UZP 2094/10; KIO/UZP 2095/10

centuje pewne wymagania warunkujące prawidłowe zastosowanie kryterium jakości, nie powinno to jednak „odstraszać” zamawiających od korzystania z tego kryterium. Ustawa Pzp pozostawia zamawiającym dużo swobody w zakresie stosowania kryterium jakości, co pozwala wykorzystać to kryterium jako skuteczne narzędzie do wybrania oferty optymalnie odpowiadającej potrzebom zamawiającego. Należy podkreślić, że podstawowym warunkiem prawidłowego zastosowania kryterium jakości jest istnienie uzasadnienia dla przyjętych przez zamawiającego rozwiązań, odpowiadających jego obiektywnym potrzebom. Zamawiający, który potrafi uzasadnić swoimi obiektywnymi potrzebami zastosowane kryterium jakości, nie musi obawiać się zakwestionowania zastosowanego kryterium, ani przez Krajową Izbę Odwoławczą, ani przez organy kontroli.

Poza tym, zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia opis kryteriów wraz z podaniem znaczenia tych kryteriów i sposobu oceny ofert, może być wyjaśniany przez zamawiającego w trybie art. 38 ust. 1 ustawy Pzp. Przed upływem terminu składania ofert kryteria mogą również być zmienione przez zamawiającego na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy Pzp. Zatem nawet w wypadku popełnienia przez zamawiającego pewnych błędów w opisie kryterium, w tym kryterium jakości, zamawiający aż do upływu terminu składania ofert zachowuje możliwość samodzielnego naprawienia tych nieprawidłowości.

Zważywszy na wynikający z art. 91 ust. 2a ustawy Pzp obowiązek stosowania kryteriów pozacenowych oraz atrakcyjność kryterium jakości połączoną ze wzrostem świadomości zamawiających co do zasad prawidłowego stosowania tego kryterium, należy się spodziewać, że stosowanie kryterium jakości w zamówieniach publicznych będzie w najbliższym czasie spotykane coraz częściej. ■

Wypalenie zawodowe czyli zgliszcza zaangażowania

PROF. DR HAB. ALDONA GLIŃSKA-NEWEŚ
Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

*„Aby się wypalić,
trzeba najpierw płonąć.”*



Problem wypalenia zawodowego to nie tylko problem człowieka, którego ono spotyka. To także wielki problem instytucji, która go zatrudnia, bowiem wypalenie zawodowe dotyka pracowników najbardziej zaangażowanych, a więc najlepszych, najcenniejszych dla pracodawcy. Jest ono końcowym wynikiem procesu utraty złudzeń (rozzarowania), co oznacza, że początkiem tego procesu był stan wysokiego zaangażowania i motywacji.

Pojęcie wypalenia zawodowego pojawiło się po raz pierwszy w 1974 roku w artykule autorstwa Herberta Freudenberga, opisującym doświadczenia wolontariuszy w ośrodku dla narkomanów.² Ludzie ci, z początku entuzjastyczni, pełni pasji realizacji wspaniałej misji, stopniowo tracili zapał i zaangażowanie, popadając ostatecznie w stan krajcowego wyczerpania. Przemęczeniu to-

warczyło ciągle poirytowanie, reagowanie nadmierną złością, bóle głowy, bezsenność, zaburzenia postrzegania. Zaobserwowane zjawisko autor nazwał wypaleniem zawodowym i zdefiniował jako stan zmęczenia i frustracji wynikający z poświęcenia się jakiejś sprawie, co nie przyniosło oczekiwanej nagrody.

Początkowo zjawisko wypalenia było związane z wyczerpaniem fizycznym i psychicznym podczas pomagania innym. Sądzono więc, że dotyczy pracowników zawodów społecznych: lekarzy, pielęgniarek, nauczycieli, pracowników socjalnych, terapeutów.³ Praca w tych zawodach wymaga bliskiego kontaktu interpersonalnego i emocjonalnego zaangażowania w sprawy innych ludzi, co rodzi ryzyko braku dystansu do ich problemów, w efekcie doprowadzając do zbyt głębokiego ich przeżywania, niekiedy na równi z własnymi. Chociaż z czasem zauważono, że symptomy wypalenia zawodowego pojawiają się także w zawodach, w których nie występu-

ją tak intensywne kontakty z ludźmi (np. u inżynierów, programistów komputerowych, sekretarek), praca w ochronie zdrowia jest szczególnie na nie narażona.⁴ Wyjątkowe miejsce w tej grupie zajmują ci, którzy pracują z osobami przewlekle chorymi.⁵ Doświadczają oni nie tylko „typowych” stresów związanych z wykonywanym zawodem, ale także specyficznych stresorów wynikających ze szczególnej, długotrwałej relacji z pacjentem oraz ze specyfiki schorzeń, z których wiele ma charakter postępujący, nieuleczalny, prowadzący do przedwczesnej śmierci.

Do niedawna zjawisko wypalenia zawodowego otaczało pełne skrzępowania milczenie, wynikające z traktowania go jako niegodnego profesjonalistów.⁶ Wiele się od tego czasu zmieni-

1 A. M. Pines, Burnout; an existential perspective, [w:] Professional burnout: recent developments and research, pod red. W. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek, Taylor&Francis, London 1993, s. 44.

2 J. Wachowiak, Dysfunkcjonalne zachowania pracowników, Difin, Warszawa 2011, s. 90.

3 G. Nowak-Starz, B. Kozak, K. Zdziebło, Wpływ stresu związanego z pracą zawodową na występowanie zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych i zachowawczych, „Studia Medyczne” 2013, Nr 29 (1), s. 16.

4 M. Kulik, Cierpienie, które przerasta czyli o wypaleniu lekarzy pracujących z ludźmi przewlekle chorymi, „Studia z psychologii w KUL” 2008, Tom 15, s. 82.

5 K. Knypl, Zespół wypalenia zawodowego lekarzy, „Gazeta Lekarska” 2005-04, [pobrano z http://www.oil.org.pl/xml/nil-gazeta/numery/n2005/n200504/n20050409_01.07.2015].

6 P. Głąb, Lenistwo czy poważny problem? – syndrom wypalenia zawodowego, Insty-

to, aczkolwiek w dalszym ciągu odnosi się wrażenie, że jest to dolegliwość z kategorii „wstydlivych”, o których nie wypada rozmawiać w eleganckim towarzystwie. Sprawa jest o tyle zrozumiała, że jednym z pierwszych objawów wypalenia jest reakcja wyparcia tej dolegliwości z pierwszego planu świadomości. Z kolei środowisko często określa jej symptomy jako objaw lenistwa, humorów, złej woli.⁷ Niezmiennie oczekuje się bowiem od pracowników ochrony zdrowia – zwłaszcza od pielęgniarek – profesjonalizmu i perfekcjonizmu w wykonywaniu zaleconych procedur oraz postawy podporządkowania potrzeb osobistych interesom innych osób.⁸

Jedną z najpopularniejszych definicji łączy wypalenie zawodowe z wyczerpaniem emocjonalnym, depersonalizacją i obniżeniem poczucia dokonań osobistych.⁹ Zatem specyficzne symptomy wypalenia zawodowego odnoszą się do różnych sfer funkcjonowania człowieka; w sferze fizycznej może to być poczucie

zmęczenia, zaburzenia snu, bóle głowy, zmniejszenie odporności na infekcje, dolegliwości układu pokarmowego; w sferze emocjonalnej – poirytowanie, lęk, gniew, poczucie winy, apatia; w sferze behawioralnej – absencja, obniżenie jakości pracy, zwiększenie spożycia alkoholu, leków, kofeiny, nikotyny, objadanie się; w sferze interpersonalnej – przedmiotowe traktowanie pacjentów, dystansowanie się, przemoc werbalna lub fizyczna, izolowanie się od bliskich; w sferze postaw – cynizm, gruboskór-

ność, pesymizm, dehumanizacja podopiecznych, nieufność.¹⁰

Wypalenie pojawia się, gdy wysoko zmotywowani ludzie, pełni zapału i poświęcenia, wysoko stawiający sobie poprzeczkę, w pewnym momencie kariery uświadamiają sobie, że bez względu na to, jak ciężko pracują, nigdy nie osiągną pożądanego stanu – starania są nieistotne, pozbawione znaczenia, niewystarczające – pacjenci nie wykazują poprawy, współpracownicy przejawiają opór, nic się nie udaje. Jest

Wypalenie pojawia się, gdy wysoko zmotywowani ludzie, pełni zapału i poświęcenia, wysoko stawiający sobie poprzeczkę, w pewnym momencie kariery uświadamiają sobie, że bez względu na to, jak ciężko pracują, nigdy nie osiągną pożądanego stanu – starania są nieistotne, pozbawione znaczenia, niewystarczające – pacjenci nie wykazują poprawy, współpracownicy przejawiają opór, nic się nie udaje.

zatem wynikiem długotrwałego poczucia nieradzenia sobie w trudnej i obciążającej sytuacji.¹¹ Człowiek stopniowo traci kontrolę w układzie: własne oczekiwania (ideały, cele) – wymagania otoczenia (realne warunki pracy, oczekiwania i cele stawiane przez innych).

Zdaniem badaczy zjawiska najistotniejszym czynnikiem jest tu niedopasowanie jednostki do pracy.¹² Może ono być dwojakie: możliwości jednostki nie odpowiadają wymogom pracy (są zbyt niskie, zbyt wysokie lub całkowicie nieadekwatne) lub też zasoby dostępne w środowisku pracy są niedopasowane do oczekiwań i potrzeb jednostki.¹³ Często pracownicy zawodów społecznych, rozpoczynając pracę, posiadają jej wyidealizowany obraz – wierzą, że będą

mogli wykazać się kompetencjami, będą mieli autonomię, sprzęt, wdzięczność pacjentów i ich szacunek; w rzeczywistości zderzają się z biurokracją, przyziemnymi lub nierozwiązywalnymi problemami pacjentów, rywalizacją wśród kolegów z pracy.

Wskazać można cechy indywidualne sprzyjające wypaleniu zawodowemu, takie jak niska samoocena, niska odporność psychiczna, neurotyczność. Sprzyja mu również perfekcjonizm, w tym hołdowanie przekonaniom typu: „na-

leży być kompetentnym w każdej dziedzinie”, „powinno się angażować w problemy innych ludzi”, „należy być zawsze lubianym i szanowanym przez wszystkich”.¹⁴ Jednak nie tylko w człowieku należy szukać przyczyn wypalenia. Wielu badaczy przypisuje silniejsze znaczenie sprawcze czynnikom organizacyjnym. Są to m.in: nadmierny zakres obowiązków i przeciążenie, ciężar decyzji, naciski środowiskowe, naciski biurokratyczne, sprzeczne wymagania.¹⁵

Do tego należy dodać specyficzną sytuację w polskim systemie ochrony zdrowia – stres związany z reformami, akcjami protestacyjnymi, emigracją.

Wśród zasobów osobistych, które umożliwiają człowiekowi radzenie sobie z ryzykiem wypalenia zawodowego wymienia się m.in. poczucie własnej skuteczności, doświadczenie wsparcia społecznego, optymizm, poczucie własnej wartości, inteligencję emocjonalną.¹⁶ Zatem strategie zapobiegawcze ukierunkowane na jednostkę mogą polegać na zwiększaniu poczucia kompetencji zawodowych, wzbogacaniu warsztatu pracy, rozwijaniu umiejętności radzenia sobie ze stresem, kształtowaniu prawidłowego postrzegania

tut Psychoedukacji i Rozwoju Integralnego, s.2 [pobrano z http://www.ipri.com.pl/docs/wypalenie_zawodowe.pdf, 01.07.2015].

7 K. Rutkowska, Kompetencje społeczne – bufor wypalenia zawodowego pielęgniarek, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” Tom 18, Nr 4, s. 319.

8 J. Wachowiak, op.cit., s. 91.

9 Tamże, s.93.

10 J. Wachowiak, dz. cyt., s. 92-93.

11 M. Kulik, dz. cyt., s. 84.

12 J. Wachowiak, dz. cyt., s. 95.

13 M. Kulik, dz. cyt., s. 88-89.

14 A. Lewandowska, B. Litwin, Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2009, 55, 3, s. 86.

15 M. Kulik, dz. cyt., s. 82.

16 J. Wachowiak, dz. cyt., s. 102.

Nie tylko w człowieku należy szukać przyczyn wypalenia. Wielu badaczy przypisuje silniejsze znaczenie sprawcze czynnikom organizacyjnym. Są to m.in.: nadmierny zakres obowiązków i przeciążenie, ciężar decyzji, naciski środowiskowe, naciski biurokratyczne, sprzeczne wymagania.

rzeczywistości zawodowej, obniżaniu pobudzenia emocjonalnego poprzez relaksację, wypoczynek i zainteresowania pozazawodowe.¹⁷

Strategie indywidualne będą jednak nieefektywne, jeśli wraz z nimi nie wystąpią działania ukierunkowane na środowisko pracy, służące eliminowaniu uciążliwości i źródeł stresu. Eliminowanie części z nich znajduje się poza zasięgiem organizacji (np. niskie zarobki lub potrzeba kontaktu z cierpieniem chorych), tym bardziej więc znaczenia nabierają te narzędzia, które są dostępne zarządzającym. Przede wszystkim niezwykle ważne jest budowanie adekwatnego obrazu rzeczywistości zawodowej. Kształtowany jest on co prawda już w procesie edukacji, ale wpływ na niego ma również przebieg rekrutacji i adaptacji do pracy. Kandydat do zawodu musi być w pełni gotowy do podjęcia świadomej decyzji, czy jest w stanie zaakceptować i znosić warunki pracy.¹⁸ Wśród innych działań, pozwalających eliminować stres, a w konsekwencji zmniejszających ryzyko wypalenia zawodowego należy wymienić:

- ▶ dążenie do klarownego definiowania ról indywidualnych;
- ▶ zadbanie o potencjał motywacyjny

powierzanych pracownikom zadań, dający poczucie sprawowania kontroli w pracy;

- ▶ umożliwienie rozwoju osobistego;
- ▶ wspieranie działań służących „ładowaniu baterii”;
- ▶ budowanie pozytywnych relacji w pracy i docenianie codziennych wysiłków przez przełożonych i współpracowników.

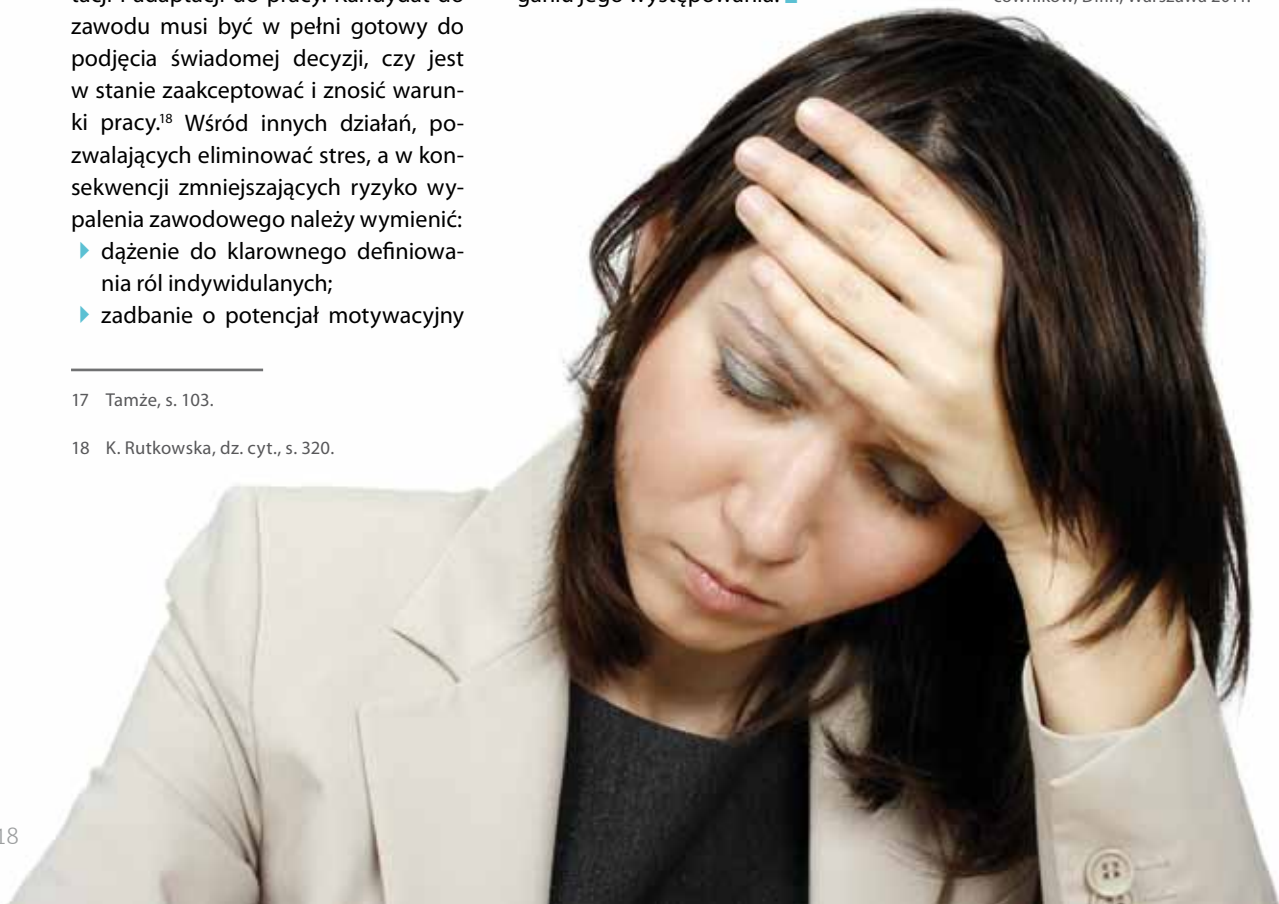
Podsumowując, wypalenie zawodowe to bardzo niebezpieczny syndrom, który rozwija się w długim okresie i podstępnie atakuje najbardziej zaangażowanych pracowników. Jego konsekwencje są ponoszone i przez pracownika, i przez organizację. Świadomość tego zjawiska, jego uwarunkowań i przyczyn pozwoli obu stronom podejmować odpowiednie kroki w zapobieganiu jego występowaniu. ■

LITERATURA

- Freudenberger H., Staff burn-out, „Journal of Social Issues”, No 1, s. 159-165.
- Głąb P., Lenistwo czy poważny problem? – syndrom wypalenia zawodowego, Instytut Psychoedukacji i Rozwoju Integralnego, [pobrano z http://www.ipri.com.pl/docs/wypalenie_zawodowe.pdf, 01.07.2015]
- Knypl K., Zespół wypalenia zawodowego lekarzy, „Gazeta Lekarska”, 2005-04, [pobrano z <http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2005/n200504/n20050409>, 01.07.2015].
- Kulik M., Cierpienie, które przerasta czyli o wypaleniu lekarzy pracujących z ludźmi przewlekle chorymi, „Studia z psychologii w KUL 2008, Tom 15.
- Lewandowska A., Litwin B., Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2009, 55, 3.
- Nowak-Starz G., Kozak B., Zdziebło K., Wpływ stresu związanego z pracą zawodową na występowanie zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych i zachowawczych, „Studia Medyczne” 2013, Nr 29 (1).
- A.M. Pines, Burnout; an existential perspective, [w:] Professional burnout: recent developments and research, pod red. W. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek, Taylor&Francis, London 1993.
- Rutkowska K., Kompetencje społeczne – bufor wypalenia zawodowego pielęgniarek, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” Tom 18, Nr 4.
- Wachowiak J., Dysfunkcyjne zachowania pracowników, Difin, Warszawa 2011.

17 Tamże, s. 103.

18 K. Rutkowska, dz. cyt., s. 320.



Komunikacja z pacjentem u kresu życia

DR MARIA ROGIEWICZ
Uniwersytet SWPS w Warszawie

Wiadomość o rezygnacji z radykalnego leczenia jest równoznaczna z niemożnością bycia wyleczonym. Rozpoczyna się ostatni etap życia, który może trwać dni, tygodnie, miesiące. Pacjent zbliża się do swojego kresu, do śmierci. Reakcje chorego na tę sytuację mogą być różne – od szoku, paniki do głębokiego smutku, bezradności, poczucia winy.

Potrzeba czasu, aby uporać się z tym faktem. Personel może pomóc w jak najlepszym wykorzystaniu tego czasu. Niezwykle ważne jest zastanowienie się, jak komunikować się z chorym w takiej sytuacji, na co być przede wszystkim wyczulonym, aby zbudować z nim relację i towarzyszyć mu do śmierci. Należy pamiętać, że odpowiedzialność za jakość komunikacji spoczywa na personelu.

Członkom personelu w budowaniu relacji pomaga:

- ▶ wiedza z zakresu dwustronnej komunikacji między nimi a chorym,
- ▶ wiedza o tym, co pacjent wie o swojej sytuacji,
- ▶ wiedza o tym, jakie są aktualne problemy i oczekiwania pacjenta,





Żal jest ważnym składnikiem przygotowywania się chorego do śmierci. Zbliżając się do niej, chory nieraz przeżywa żalobę po sobie samym. Personel powinien w tym czasie – przeżywania żaloby po sobie – być szczególnie uważny i pomagać w zrywaniu emocjonalnych więzi, słuchać, milczeć, BYĆ.

- ▶ wiedza o własnym funkcjonowaniu w tej relacji,
- ▶ wiedza o własnych ograniczeniach i możliwościach.

Oprócz wiedzy niezbędne są umiejętności takie jak:

- ▶ słuchanie aktywne i bierne, zadawanie pytań otwartych i zamkniętych,
- ▶ odczytywanie informacji werbalnych i niewerbalnych,
- ▶ zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa,
- ▶ okazywanie empatii,
- ▶ rozpoznawanie emocji własnych i chorego,
- ▶ umiejętność towarzyszenia w milczeniu.

Do trudności w komunikacji z pacjentem u kresu życia, leżących po stronie personelu, należy wymienić bariery takie jak:

- ▶ osądzanie,
- ▶ decydowanie za pacjenta,
- ▶ uciekanie od problemów pacjenta.

Oprócz barier utrudnieniem są zakłócenia takie jak:

- ▶ brak wiedzy,
- ▶ pewne cechy osobowości – m.in. bierność, niepewność, potrzeba znaczenia,
- ▶ brak zgodności w komunikacji werbalnej i niewerbalnej,
- ▶ mówienie językiem niezrozumiałym dla pacjenta.

Chory oczekuje od personelu:

- ▶ kompetencji,
- ▶ zapewnienia poczucia bezpieczeństwa,
- ▶ zapewnienia, że zostanie zrobione wszystko, aby nie cierpieć,
- ▶ wysłuchania i uspokajania,
- ▶ uszanowania swojej autonomii,
- ▶ możliwości wpływania na swoje życie,
- ▶ zainteresowania, prób zrozumienia,
- ▶ wsparcia,
- ▶ rozmów na prozaiczne, codzienne tematy,
- ▶ praktycznych wskazówek, jak się zachować, gdy pojawią się dolegliwości,
- ▶ dotyku z szacunkiem, troską,
- ▶ pomocy w przygotowaniu rodziny na swoje odejście.

Nie każdy pacjent ma takie oczekiwania, ale należy dowiedzieć się, jakie one są, jak są ważne i na ile realne.

Nie można pominąć rozmowy o potrzebach chorego. Bez tej wiedzy poruszamy się na zasadzie prób i błędów. Zbudowanie relacji jest niemożliwe. Trzeba dążyć do tego, aby pacjent mógł bezpiecznie mówić o wszystkich potrzebach, nawet tych uznawanych za banalne i niewłaściwe w jego sytuacji. To ostatni moment, kiedy ma szan-

Nadziei na wyleczenie nie ma, to fakt, ale co może ją podsycać, a co powstrzymywać? Na co można mieć nadzieję? To są tematy ważne do poruszenia z chorym, szczególnie na początku zbliżania się do kresu.

sę na ich zrealizowanie z pomocą personelu. Wśród potrzeb ważne miejsce zajmują marzenia, o które bezwzględnie trzeba pytać i ośmielać do ich wyartykułowania. Może pozwolenie sobie na zgłaszanie potrzeb, proszenie o pomoc w realizacji marzeń to pierwsza w życiu chorego sytuacja, gdzie myśli on o sobie.

Chory, który zdaje sobie sprawę ze swojego stanu, może obawiać się, że nie będzie umiał walczyć, wytrwać w nadziei i wierze, wykorzystać czasu, jaki jeszcze ma. Pomóc może propozycja podziału „dużej obawy” na mniejsze części i zastanowienie się nad konkretnymi sposobami poradzenia sobie. Jest to moment, gdy dokonuje on bilansu życia. Ważną rolę odgrywa tu przebaczenie. Przebaczenie samemu sobie, przebaczenie tym, przez których był krzywdzony i – jeżeli to możliwe – poproszenie o przebaczenie tych, których krzywdził. Brak przebaczenia wzmacnia ból egzystencjalny i poczucie osamotnienia, bezsensu, pustki.

Pacjent może wybrać kogoś z personelu na osobę, która będzie pełniła rolę łącznika między nim a rodziną w kwestii bilansu życia, rozmów na tematy egzystencjalne dotyczące poszukiwań sensu, celu życia. Chory nie jest w stanie rozmawiać na te tematy z bliskimi ze względu na dużą więź emocjonalną. Wybrana osoba ma pomóc w porzuceniu tych więzi i przekazać ważne informacje bliskim po jego śmierci.

Pacjent zadaje pytania „dlaczego ja?”, „dlaczego muszę umierać?”. Są to pytania, na które brak odpowiedzi, ale informują personel o cierpieniu, bólu duchowym, egzystencjalnym. Są zaproszeniem do rozmowy na temat umierania i śmierci. Jest to wyróżnienie dla wybranej osoby i informacja o zbudowanej relacji, ale należy zdawać sobie sprawę

z obciążenia, jakim ono może być. Aby było ono jak najmniejsze, należałoby:

- ▶ zrezygnować ze sztywnych scenariuszy rozmów,
- ▶ rozróżnić stresory osobiste i zawodowe – wypracować sposoby radzenia sobie z nimi,
- ▶ uporać się z własnymi poglądami na temat umierania i śmierci,
- ▶ być ciekawym drugiego człowieka, jego historii – bez oceniania.

Również emocje, które towarzyszą choremu od momentu diagnozy, u kresu życia mają szczególne znaczenie. Te emocje to lęk i nadzieja.

Nasilenie lęku zależy od doświadczeń związanych z pomocą otrzymywaną wcześniej, od postawy wobec umierania i śmierci. Personel może dowiadywać się o lęku u pacjenta z wysyłanych sygnałów werbalnych i niewerbalnych komunikowanych bezpośrednio i pośrednio. Zewnętrznym przejawem lęku jest gniew, który może być ogólny, przeniesiony, usprawiedliwiony, ukryty, stłumiony. Wiedza o tym pomaga w podtrzymywaniu, budowaniu relacji, umacnianiu poczucia bezpieczeństwa chorego.

Drugą emocją towarzyszącą choremu od diagnozy jest nadzieja. Dotyczy ona przyszłości i ma swoją funkcję – równoważy lęk, strach, zmęczenie, zwątpienie. Nadzieję należy podzielić na „nadziejki”, bo tylko wówczas, mimo strat, zawsze

jest „nadziejka”. Nadziei na wyleczenie nie ma, to fakt, ale co może ją podsycać, a co powstrzymywać? Na co można mieć nadzieję? To są tematy ważne do poruszenia z chorym, szczególnie na początku zbliżania się do kresu. Im bliżej do kresu, tym bardziej pacjent chce mieć nadzieję na to, że:

- ▶ nie będzie cierpiał,
- ▶ nie będzie ciężarem,
- ▶ będzie pamiętany.

Nadzieja może się chwiać, ginąć, ale mogą być też ciche formy utraty nadziei. Najtrudniej komunikować się z pacjentem, gdy brak mu nadziei. W takiej sytuacji ważne jest dowiedzenie się, co zostało utracone, a co jeszcze nie, aby pomagać budzić nadzieję, przygotowywać z chorym jego „osobisty pakiet nadziei” czy „pożyczać” nadzieję. Personel może wzmacniać nadzieję, „nadziejki” poprzez swoją obecność, udzielanie informacji, odpowiadanie w sposób życzliwy, cierpliwie na pytania, okazywanie zachowań opiekuńczych.

Kolejną emocją pojawiającą się u chorego jest żal za:

- ▶ utraconym funkcjonowaniem ciała,
- ▶ niezależnością,
- ▶ brakiem przyszłości,
- ▶ oddalaniem się od bliskich.

Żal jest ważnym składnikiem przygotowywania się chorego do śmierci. Zbliżając się do niej, chory nieraz przeżywa żalobę po sobie samym. Personel powinien w tym czasie – przeżywania żaloby po sobie – być szczególnie uważny i pomagać w zrywaniu emocjonalnych więzi, słuchać, milczeć, BYĆ.

Dla personelu i pacjenta trudna jest sytuacja, gdy nie ma zgody na odejście. „Nie tak miało być”. Dominują: agresja, złość, rozżalenie, bunt. Ważne, aby taki człowiek nie był sam. Trzeba być, bo to jedyne, co można mu dać. PEŁNĄ TROSKI I CIEPŁĄ OBECNOŚĆ. ■

Trzeba dążyć do tego, aby pacjent mógł bezpiecznie mówić o wszystkich potrzebach, nawet tych uznawanych za banalne i niewłaściwe w jego sytuacji. To ostatni moment, kiedy ma szansę na ich zrealizowanie z pomocą personelu.

Kontrola bólu w obliczu śmierci

PROF. TONY O'BRIEN

Lekarz specjalista medycyny paliatywnej
Cork University Hospital

Wolność od bólu to podstawowe prawo człowieka. Zasada ta jest ważna na wszystkich etapach życia, a staje się coraz ważniejsza w miarę, jak zbliżamy się do jego końca. W sytuacjach, w których medycyna nie może odwrócić lub zahamować nieubłagającego postępu choroby, robimy wszystko, co w ludzkiej mocy, aby złagodzić cierpienia pacjenta i kontrolować objawy choroby. Jest to szczególnie ważne dla pacjenta, ale też dla jego rodziny i przyjaciół w kontekście zmniejszenia późniejszego stresu towarzyszącego stracie bliskich.

Jeżeli pacjent jest w stanie wiarygodnie zrelacjonować historię dolegliwości bólowych, to taki opis ma wyjątkowe znaczenie. Nierzadko pacjenci u kresu życia tracą zdolność do opisanego bólu z powodu postępującego ogólnego osłabienia, zaburzeń funkcji poznawczych, zaburzeń świadomości lub śpiączki. W takich okolicznościach personel medyczny lub rodzina muszą dokonać własnej oceny ogólnego natężenia bólu i kontroli objawów choroby. Mają tu miejsce znaczące, osobozależne różnice w ocenie komfortu pacjenta, co utrudnia oszacowanie zapotrzebowania na leki przeciwbólowe.

Główne zasady, leżące u podstaw kontroli bólu, nie zmieniają się w przypadku pacjenta w stanie terminalnym. Dlatego niezwykle ważna jest specja-

listyczna i regularna ocena pacjenta w celu ustalenia przyczyny każdego przypadku bólu. Pacjenci mogą mieć różne dolegliwości bólowe, a każda z nich może mieć inną przyczynę. Możemy uznać, iż ból może być związany z poniższymi przyczynami:

- ▶ zdiagnozowaną patologią pierwotną,
- ▶ być następstwem leczenia,
- ▶ być całkowicie niezwiązany ze zdiagnozowaną patologią pierwotną lub jej leczeniem.

Ważne jest, aby zachować czujność w zakresie rozpoznania potencjalnie odwracalnych przyczyn bólu i cierpienia, takich jak zatrzymanie moczu lub zaparcia. Musimy zawsze dążyć do zlikwidowania odwracalnych przyczyn, o ile pacjent nie jest zbyt słaby i bliski

śmierci, co mogłoby spowodować dodatkowe cierpienie.

Wielu pacjentów pod koniec życia wymaga zastosowania opioidowych leków przeciwbólowych. Zazwyczaj chorzy wymagają dwóch sposobów dawkowania opioidów. Po pierwsze, pacjenci wymagają przyjmowania leków opioidowych regularnie i ma to wymiar profilaktyki, której celem jest zapobieganie wystąpieniu bólu. Takie administrowanie leków opioidowych jest niezależne od tego, czy pacjent w momencie przyjmowania leku zgłasza ból, czy też nie. Po drugie, pacjenci wymagają przyjmowania opioidowych leków przeciwbólowych w przypadku wystąpienia bólu przebijającego lub leków ratunkowej analgezji, które są podawane tylko, jeśli pacjent odczu-



wa ból mimo stosowania podstawowych dawek leków. U pacjentów, którzy regularnie przyjmują opioidowe leki przeciwbólowe, zastosowanie leków przeciwbólowych przy bólu przebijającym stanowi przydatną wskazówkę przy miareczkowaniu regularnej bazowej dawki leku przeciwbólowego. Ból przebijający może wystąpić spontanicznie bez identyfikowalnych czynników

wyzwalających lub przewidywalnie w odpowiedzi na łatwo rozpoznawalny czynnik wyzwalający, jak w przypadku poruszenia pacjenta ze zdiagnozowanym nieoperacyjnym złamaniem patologicznym.

W przypadku, gdy pacjenci nie tolerują doustnego przyjmowania długodziałających opioidowych leków przeciwbólowych, należy rozważyć wprowadzenie ciągłej podskórnej infuzji leków. W wyjątkowych sytuacjach może być wskazane dożylnie podawanie

Ból przebijający może wystąpić spontanicznie bez identyfikowalnych czynników wyzwalających lub przewidywalnie w odpowiedzi na łatwo rozpoznawalny czynnik wyzwalający, jak w przypadku poruszenia pacjenta ze zdiagnozowanym nieoperacyjnym złamaniem patologicznym.

leków. Przeszkórne podawanie leków opioidowych może być odpowiednie dla pacjentów, którzy mają już podawane leki w tej postaci, ale nie nadają się dla pacjentów z niekontrolowanym bólem lub dla tych, u których wymagane jest szybkie dostosowanie dawki leku. Lek przeciwbólowy w ratunkowej analgezji podaje się w dawce $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}$ podstawowej dawki dobowej opioidowego leku przeciwbólowego.

Jak zawsze w tym przypadku, lekarz stara się określić możliwie najmniejszą dawkę leku opioidowego, który skutecznie kontroluje ból, nie dając uciążliwych efektów ubocznych. Należy być szczególnie ostrożnym przy ordynowaniu leku pacjentom w stanie terminalnym, jak również w specjalnych grupach pacjentów, takich jak pacjenci z istotnymi zaburzeniami czynności nerek. U takich

pacjentów korzystne zastosowanie mają opioidy, takie jak fentanyl, alfentanil lub metadon. Ewentualnie lekarz może zdecydować się na zastosowanie bardziej znanych i łatwo dostępnych opioidów, takich jak oksykodon czy morfina, lecz należy wówczas zmniejszyć dawkę oraz częstotliwość ich przyjmowania. Zastosowanie wszelkich leków przeciwbólowych u pacjentów w stanie terminalnym powinno być zawsze w pełni wyjaśnione członkom rodziny pacjenta. ■

W Toruniu mówi się o **inkontynencji**

Podsumowanie europejskiego projektu
„Continence/Incontinence: General Issues”

DR N. MED. MARTA PODHORECKA
Katedra i Klinika Geriatrii
Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum w Bydgoszcz

W dniach 27 kwietnia – 1 maja 2015 roku odbył się w Toruniu projekt edukacyjny „Continence/Incontinence: General Issues”, który obejmował wykłady połączone z warsztatami. Inicjatorami spotkania byli: prof. Wilfried Schlüter ze Szkoły Wyższej w Zwickau (Niemcy) oraz prof. Katharina Oleksiw ze Szkoły Wyższej w Kärnten (Austria), którzy dbali o merytoryczny przebieg wydarzenia. Sponsorem projektu była Grupa TZMO – producent wyrobów pod marką Seni.



W projekcie uczestniczyli studenci i wykładowcy z Polski, Niemiec, Austrii, Turcji, Finlandii oraz pracownicy Grupy TZMO. Ich zadaniem było opracowanie nowych strategii działania w kwestii nietrzymania moczu, mając na uwadze znaczenie omawianego zagadnienia w opiece długoterminowej.

Zajmowanie się zagadnieniem nietrzymania moczu jest zajęciem wielokierunkowym. Z jednej strony należy skupić się na osobie dotkniętej tym schorzeniem, z drugiej strony także na jej bliskich. Wszyscy pacjenci oraz ich rodziny i bliscy powinni być doinformowani, zmotywowani, zaktywizowani, a chorzy zaopatrzeni. Głównym problemem jest zapewnienie pacjentowi niezależności i możliwie wysokiej jakości życia.

Nietrzymaniu moczu towarzyszy ogromny wstyd, jak niemal przy żadnym innym schorzeniu. Znaczna część pacjentów dotkniętych tą dolegliwością cierpi nie tylko w związku z problemami dotyczącymi higieny, ale również w związku z izolacją społeczną i skrępowaniem. Różne formy inkontynencji wymagają specyficznych metod diagnostycznych, terapii, opieki, a w przypadku osób starszych również opieki długoterminowej. Opieranie się jedynie na środkach chirurgicznych, psychologicznych i leczniczych nie jest wystarczające. Niezbędna jest wyspecjalizowana i interdyscyplinarna współpraca.

Tematem projektu były różnorodne zagadnienia związane z inkontynencją. Podczas spotkania uczestnicy omawiali anatomię i fizjologię układu moczowego, poruszali zagadnienia związane z higieną, produktami dla pacjentów oraz nowymi rozwiązaniami w dziedzinie opieki nad osobami z nietrzymaniem moczu. Priorytetowym tematem było jednak zagadnienie godności pacjenta dotkniętego nietrzymaniem moczu. W ramach powyższej tematyki prof. Wilfried Schlüter oraz prof. Katharina Oleksiw przeprowadzili wykład, który znacząco pobudził dyskusję wśród uczestników spotkania.

Projekt zakładał porównanie doświadczeń uczestników z różnych krajów oraz rozpoczęcie dyskusji o problemie nietrzymania moczu w celu znalezienia nowych rozwiązań dotyczących informowania społeczeństwa o możliwościach radzenia sobie z przedstawianym problemem. Ponadto, poruszał również zagadnienia związane z inkontynencją w różnych grupach wiekowych oraz sferę tabu, która nieodłącznie wiąże się ze schorzeniami przebiegającymi z nietrzymaniem moczu.

Uczestnicy, a w szczególności studenci, opierali się na doświadczeniach swoich, opiekunów oraz pacjentów. Swoje spostrzeżenia prezentowali również po przeprowadzeniu krótkich eksperymentów realizowanych podczas pobytu w Toruniu. Studenci mieli za zadanie m.in. znalezienie publicznych toalet w Toruniu i ocenę ich pod względem dostępności oraz warunków higienicznych.

Współdziałanie uczestników reprezentujących różne dziedziny nauki było bardzo konstruktywne, szczególnie w połączeniu z różnicami kulturowymi i językowymi. Współpraca interdyscyplinarna była wyzwaniem, jednak doprowadziła wszystkich do zapoznania się z zupełnie nowymi perspektywami. Studenci pracowali w małych, mie-



Kontrolowanie nietrzymania moczu jest zajęciem wielozadaniowym. Z jednej strony należy zająć się osobą dotkniętą schorzeniem, z drugiej strony jego lub jej bliskimi. Wszyscy pacjenci oraz ich rodziny i bliscy powinni być doinformowani, zmotywowani, zaktywizowani, a chorzy zaopatrzeni.

szanych grupach. Wymieniali się doświadczeniami dotyczącymi ich krajowych systemów zdrowotnych, refundacji oraz użycia produktów dla osób z nietrzymaniem moczu. Podczas wykładów i prezentacji uczestników i pracowników Grupy TZMO rodziły się ciekawe dyskusje dotyczące problemów w różnych krajach. Dzięki prezentacji Pana Ardamana Singh Sidhu, menadżera TZMO z Indii, uczestnicy mieli możliwość zapoznania się z sytuacją osób cierpiących na nietrzymanie moczu w południowej Azji.

W trakcie projektu studenci i wykładowcy odwiedzili także Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. Ks. Jerzego

Popiełuszki w Toruniu. Zapoznali się tam ze strategiami postępowania z osobami przewlekle chorymi wymagającymi opieki długoterminowej.

Jednym z wniosków wynikających ze spotkań był fakt, że analiza i porównanie sytuacji w różnych krajach jest jedynie pierwszym krokiem w kierunku polepszenia sytuacji osób cierpiących na nietrzymanie moczu.

W ostatnim dniu pobytu grupa odwiedziła fabrykę Plastica Sp. z o. o. wchodzącą w skład Grupy TZMO. Uczestnicy zapoznali się z innowacyjnymi i zaawansowanymi technologicznie wyrobami przeznaczonymi dla osób cierpiących na inkontynen-

cję. Przekazane informacje zwiększyły świadomość uczestników oraz przygotowały ich do myślenia o przyszłości. Pod koniec pobytu studenci przedstawili swoje prezentacje dotyczące scenariuszy postępowania z osobami cierpiącymi na inkontynencję w przyszłości. Końcowe pokazy były bardzo imponujące i udowodniły, że uczestnicy wykształcili własne podejścia dotyczące tematu. W efekcie powstały pomysły na konkretne projekty naukowe oraz strategie działań, które mogłyby zostać zrealizowane w przyszłości.

Udział w projekcie pozwolił jego uczestnikom poszerzyć wiedzę dotyczącą nietrzymania moczu oraz nawiązać nowe znajomości w międzynarodowym środowisku akademickim, które w przyszłości mogą zaowocować nawiązaniem konkretnej współpracy naukowej lub w zakresie promocji zdrowia. Postęp, jaki nastąpił po jedynie pięciu dniach, jednoznacznie pokazuje, że cele projektu zostały zrealizowane, a wiedza znacznie poszerzona. Żarliwa współpraca i rezultaty wspólnie spędzonego tygodnia sprawiły, że uczestnicy czuli się bardzo dumni z udziału w znaczącym międzynarodowym i interdyscyplinarnym wydarzeniu. ■

Inkontynencja



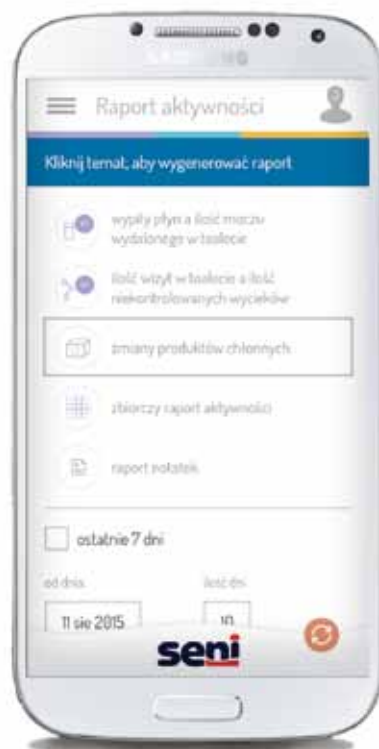
i łamanie tabu dzięki nowym technologiom

PIOTR CHROMIŃSKI
TZMO Training Group

Trzydzieści lat temu, gdy zaczynałem zajmować się zagadnieniem inkontynencji moczowej, był to temat tabu. Co się zmieniło od tego czasu i czy nowe technologie pozwalają łamać to tabu?

Gdy prowadziłem pierwsze szkolenia w tym temacie i brałem udział w pierwszych konferencjach, wszyscy potwierdzali, że o inkontynencji/nietrzymaniu moczu się nie mówi, równocześnie podkreślając, że to tabu trzeba łamać. Dzieliłem się wówczas ze wszystkimi swoją opinią, że nawet jeśli inkontynencja przestanie być tematem tabu, to nigdy nie przestanie być tematem wstydlivym. Jest w tym zawarta pewna prawda, że wszystko, co związane z naszym wydalaniem, jest dla nas krępujące, jednak na szczęście coraz częściej zaczynamy otwarcie o tym mówić. Różne organizacje oraz firmy produkujące wyroby na nietrzymanie moczu wpływają na detabuizację tej dolegliwości. Samo rozmawianie o problemie skutkuje tym, że umiejętniej dobieramy słowa do opisanie tak delikatnej sprawy.





Dobrze byłoby, gdyby nie trzeba było się martwić o finansowanie na pomocnicze środki chłonne, ale tak nie jest. Aspekt finansowy mocno wpływa na nasze życie. Nawet jeśli w wielu krajach jest przewidziana refundacja na wyroby chłonne, to ma ona swoje limity, więc trzeba umieć mądrze zarządzać zakupami.

swoje limity, więc trzeba umieć mądrze zarządzać zakupami.

Jednym z pierwszych kroków, które miały pomagać zapanować nad częścią finansową, było stworzenie programu Seniomat, który pozwala kontrolować koszty i zarządzać produktami na nietrzymanie moczu. Program ten przede wszystkim pomaga uświadomić sobie, jaki stopień nietrzymania moczu ma pacjent i jaką chłonność wyrobu należy dla niego dobrać, aby pokryć jego faktyczne zapotrzebowanie przy jednoczesnej kontroli wydatków. Chodzi o to, by nie przepłacać, gdyż – jak pokazuje nasze szerokie doświadczenie – użytkownicy wyrobów chłonnych często wybierają zbyt wysoką chłonność, z samego

założenia „żeby tylko nie przeciekło”. Należy tu zaznaczyć, że dobry jakościowo produkt to optymalna chłonność, co nie zawsze oznacza chłonność najwyższą. Tak właśnie prowadziliśmy nasze działania edukacyjne i rozmowy o inkontynencji/nietrzymaniu moczu w instytucjach. Jednak personel medyczny instytucji to tylko część osób, które opiekują się podopiecznymi z nietrzymaniem moczu. Jest też przecież jeszcze opieka domowa, czyli rodziny opiekujące się swoimi bliskimi, a nawet samodzielne i aktywne osoby dotknięte inkontynencją (najczęściej w stopniu lekkim). Kobiety w takiej sytuacji radzą sobie zazwyczaj, używając tradycyjnych podpasok i często potrzebują około 3 lat, by udać się

Ponadto, zaczynamy dostrzegać nie tylko aspekt psychosocjalny, ale i aspekt ekonomiczny. Dobrze byłoby, gdyby nie trzeba było się martwić o finansowanie na pomocnicze środki chłonne, ale tak nie jest. Aspekt finansowy mocno wpływa na nasze życie. Nawet jeśli w wielu krajach jest przewidziana refundacja na wyroby chłonne, to ma ona

do lekarza, gdy problem się nasila. Wówczas może jednak już być za późno, by zacząć skutecznie sobie z nim radzić. Inne badania pokazują, że osoba dotknięta problemem inkontynencji w pierwszym kroku najczęściej kieruje się po informacje do producenta wyrobów chłonnych. Dlaczego tak się dzieje? Ponieważ w ten sposób może zachować anonimowość – nie musi mówić nikomu o swoim problemie. Dowiaduje się więcej o swojej przypadłości z Internetu, ulotek lub broszur reklamowych. Jak więc łamać tabu w takiej sytuacji? Po pierwsze, musimy zrozumieć poczucie wstydu, które rodzi się wraz z pojawiającą się dolegliwością. Po drugie, musimy zadbać o intymność, a wraz z nią o prawo do prywatności. Dzięki temu, w bezpieczny sposób będziemy mogli zachęcić daną osobę do rozmowy na ten temat. Co w dzisiejszych czasach jest najbardziej prywatną i osobistą rzeczą spośród dobrodziejstw współczesnej techniki? Do niedawna mówiło się, że to tzw. PeCet, gdzie skrót „PC” oznacza Personal Computer, czyli komputer osobisty. Jednak wraz z rozwojem technologii pojawiła się jeszcze bardziej prywatna i osobista rzecz – telefon komórkowy. Dzisiaj prawie każdy ma swój prywatny numer telefonu komórkowego, a współczesne wynalazki to hybrydy telefonu i komputera, czyli tzw. smartfony. Oprócz tego są jeszcze inne urządzenia mobilne typu tablet. Przez swoją mobilność towarzyszą nam one w życiu codziennym. Na nich przechowujemy dzisiaj nasze prywatne zdjęcia, filmy, kontakty. Na nie pobieramy nasze ulubione aplikacje i programy.

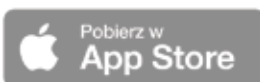
Przyjmując więc za punkt wyjścia: 1. intymność i prywatność każdego z nas, 2. urządzenie, które zawsze nam towarzyszy i 3. detabuizację inkontynencji przed samym sobą, postanowiliśmy stworzyć aplikację mobilną dla każdego. Tak powstała SeniControl App – aplikacja, której zadaniem jest przede wszystkim kontrolowanie tego, co niekontrolowane... czyli niekontrolowanego nietrzymania moczu. Jak to się dzieje? Poprzez wprowadzanie danych aplikacja pozwala uświadomić

Poprzez wprowadzanie danych aplikacja pozwala uświadomić sobie nasze codzienne przyzwyczajenia, czyli: jak często chodzimy do toalety, ile płynów na dobę wypijamy, czy też to, jak często zdarzają nam się epizody nietrzymania moczu i ile faktycznie (w ciągu dnia, tygodnia, miesiąca) zużywamy produktów.

sobie nasze codzienne przyzwyczajenia, czyli: jak często chodzimy do toalety, ile płynów na dobę wypijamy czy też to, jak często zdarzają nam się epizody nietrzymania moczu i ile faktycznie (w ciągu dnia, tygodnia, miesiąca) zużywamy produktów. Aplikacja jest mobilną formą dzienniczka mikcji, a więc

dzienniczka, w którym odręcznie wpisywało się dotychczas powyższe informacje, tak aby sprawdzić przede wszystkim stopień nietrzymania moczu (lekki, średni, ciężki) i dobrać do niego odpowiednią chłonność produktu. Ta forma nie dawała jednak żadnej bezpośredniej odpowiedzi, nie mówiła o nieporęczności długości i kartki papieru.

Aplikacja SeniControl App daje nam dużo więcej niż tylko świadomość naszych codziennych czynności związanych z nietrzymaniem moczu. Przede wszystkim został w niej zastosowany specjalny algorytm. Pozwala on przeliczyć wszystkie wprowadzane do aplikacji dane, tak aby po trzech dniach sumiennego wypełniania otrzymać automatyczną informację o stopniu nietrzymania moczu i sugerowanych produktach z ich optymalną ilością na dobę. Dodatkowo, aplikacja umożliwi wprowadzenie wielu profili. Oznacza to, że można jej używać nie tylko dla siebie, ale także wykorzystać ją jako opiekun z myślą o swoim podopiecznym czy nawet o kilku podopiecznych. Tak prowadzony mobilny dzienniczek mikcji gromadzi informacje, które mogą być przydatne nie tylko do wyboru właściwego produktu chłonnego (co często stanowi duży problem), lecz daje również możliwość wygenerowania statystyk, które można wykorzystać podczas wizyt u lekarza. Ta wiedza na pewno ułatwi diagnozę, zaplanowanie pomocy i pozwoli kontrolować koszty związane z zakupem wyrobów na nietrzymanie moczu. Wykorzystanie aplikacji mobilnej SeniControl pomaga oswoić problem, zanim zdecydujemy się pójść do lekarza, a także pozwala lepiej zrozumieć swój indywidualny przypadek, jeśli jest już diagnoza. W jednej i w drugiej sytuacji zostaniemy skierowani na odpowiedni produkt chłonny i przyczynimy się do detabuizacji inkontynencji – najpierw przed samym sobą. A to już pierwszy, bardzo ważny krok. ■



SeniControl App

Sucho i wygodnie

MARTA MALESZEWSKA
Expert Seni

seni

Fit & Dry

Fit&Dry to nowa cecha pieluchomajtek Super Seni, dzięki której lepiej dopasowują się do ciała i dają większe poczucie suchości. Jak to możliwe? Dzięki nowej, ulepszonej konstrukcji wkładu chłonnego.

Skuteczność działania produktu chłonnego w dużej mierze zależy od jego dobrego dopasowania. Przed dobraniem pieluchomajtek należy zmierzyć obwód części biodrowo-taliowej użytkownika. Dobór rozmiaru oparty na tych pomiarach pozwoli zapobiec wyciekowi spowodowanemu odstawianiem za dużego produktu od ciała, a także uniknąć obtarć lub odleżyn wynikających ze zbyt dużego ucisku skóry przez za małą pieluchę. Pieluchomajtki Super Seni są dostępne w 5 rozmiarach – od XS po XL – aby kwestia odpowiedniego rozmiaru nie podlegała kompromisowi.

W celu zapewnienia użytkownikom jeszcze większego komfortu, producent wprowadził modyfikację kształtu wkładu chłonnego, nadając mu bardziej anatomiczną formę. Teraz pieluchomajtki Super Seni we wszystkich chłonnościach są jeszcze bardziej dopasowane do anatomii użytkownika. Są węższe w kroku, a powierzchnia wkładu chłonnego jest nieco zmniejszona, przy czym chłonność wyrobu pozostała taka sama.

Skąd pomysł na taką zmianę? Otóż materiał chłonny znajdujący się na obrze-

żach wkładu chłonnego jest w znikomym stopniu wykorzystywany podczas codziennego użytkowania. Masa chłonna z obrzeży została więc przeniesiona do części centralnej – tam, gdzie dochodzi do wydalania moczu i potrzebne jest szybkie, efektywne wchłanianie. Dzięki temu zabiegowi pieluchomajtki Super Seni szybciej chłoną i skuteczniej odprowadzają wilgoć, a skóra pozostaje bardziej sucha.

Trudno przecenić znaczenie suchości dla skóry okolic intymnych. Dla jej zapewnienia pieluchomajtki Super Seni już od kilku lat posiadają na powierzchni wkładu chłonnego włókninę dystrybucyjną EDS (Extra Dry System). Dzięki

specjalnemu ułożeniu włókien, pomagają ona rozprzecznić mocz po większej powierzchni. Jednocześnie, po rozprzeczzeniu, włóknina EDS pozostaje sucha, co pozwala zapewnić suchość również skórze okolic intymnych.

Efektom zastosowania nowej konstrukcji wkładu chłonnego jest jeszcze lepsza ochrona skóry przed kontaktem z moczem. Zmniejsza to ryzyko maceracji, podrażnień czy odparzeń, a pielęgnacja jest łatwiejsza. Dodatkowo, dzięki anatomicznemu wkładowi chłonnemu Fit & Dry pieluchomajtki Super Seni lepiej dopasowują się do ciała i są jeszcze bardziej wygodne. ■

Fit

- ▶ większy komfort użytkowania
- ▶ lepsze dopasowanie do ciała, zwłaszcza w części krokowej
- ▶ większa dyskrecja

Dry

- ▶ lepsze wchłanianie = mniejsze ryzyko wycieków
- ▶ większe poczucie suchości
- ▶ krótszy kontakt skóry z moczem = mniejsze ryzyko podrażnień

nowość

Super Seni Quatro



oddychające pieluchomajtki o najwyższym poziomie chłonności

Super Seni Quatro zostały stworzone z myślą o osobach:

- ▶ z najcięższym stopniem nietrzymania moczu
- ▶ obłożnie chorych, leżących

Fit&Dry – nowy, anatomiczny wkład chłonny skupiony w części centralnej, gdzie najbardziej liczy się suchość



Oddychająca powierzchnia całego produktu **minimalizuje ryzyko odparzeń.**



Podwójny wkład chłonny z superabsorbentem zapewnia wysoką chłonność wyrobu i **redukcję nieprzyjemnego zapachu.**



System umożliwia szybszą i dokładniejszą dystrybucję wilgoci dając **większe poczucie suchości.**

Mogą być stosowane zarówno przy inkontynencji moczowej, jak i kałowej.

W każdej chłonności Super Seni znajdziesz odpowiedni rozmiar dla Twojego podopiecznego. Produkt podlega refundacji.

XVIII



Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej

Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej – od lat rozpoznawana jako element Toruńskich Dni Opieki Długoterminowej (TDOD) – to bez wątpienia największe w Polsce wydarzenie, które co roku skupia blisko tysiąc profesjonalistów działających na rzecz osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych i starszych.



Uczestnicy konferencji cenią sobie przede wszystkim możliwość wymiany doświadczeń oraz zdobywania wiedzy: jak radzą sobie z konkretnymi problemami poszczególne kraje, gdzie i jak realizowane są najbardziej efektywne formy terapii, rehabilitacji i aktywizacji niesamodzielnymi pacjentów.

Wysoki poziom merytoryczny konferencji gwarantuje stała współpraca z liderami i twórcami opieki długoterminowej w Polsce i za granicą, konsultantami krajowymi, a także opinio-twórczymi środowiskami działającymi w tym sektorze. Co roku w roli prelegentów występują specjaliści w dziedzinie geriatrici, pielęgniarstwa, rehabilitacji oraz przedstawiciele wielu innych specjalności, którzy działają na rzecz zapewnienia osobom przewlekle chorym najwyższego poziomu opieki i pielęgnacji.

Do tej pory w Toruniu gościli, zarówno w charakterze wykładowców, jak i uczestników, przedstawiciele niemal wszystkich krajów europejskich – nie tylko praktycy, lecz także naukowcy, politycy i przedstawiciele biznesu. Dzięki temu konferencja stwarza możliwości nawiązania współpracy i rozwijania konkretnych projektów, które z powodzeniem mogą być realizowane zarówno w Polsce, jak i za granicą.

W tym roku tytuł konferencji: „Zrozumieć osobę niesamodzielną – trudne sytuacje w opiece długoterminowej” ma na celu zwrócenie uwagi na konieczność holistycznego podejścia do chorego. Rozwój nowoczesnych terapii, rehabilitacji, aktywizacji musi iść w parze z dbałością o stan ducha i psychiki człowieka, a w szczególności z respektowaniem jego praw i uznaniem, że choroba i niesamodzielnosc nie mogą pozbawiać godności.

W ramach pierwszej sesji odbędzie się dyskusja z udziałem praktyków oraz naukowców z Polski i z zagranicy na temat konfliktu wartości pomiędzy „dobrem pacjenta” a jego prawem do samostanowienia. W ramach dyskusji prelegenci spróbują odpowiedzieć na pytania: czy wiek lub choroba może ograniczać konstytucyjne prawo do decydowania o sobie? Jakie są granice i kto powinien o nich decydować? Czy i jak jesteśmy w stanie określić,



czyje prawa powinny być respektowane w pierwszej kolejności – pacjentów, współmieszkańców czy personelu medycznego wypełniającego swoje zadania? Na pewno nie znajdziemy jednoznacznych odpowiedzi, bo każda sytuacja wymaga indywidualnego rozpatrzenia, ale postaramy się pokazać szeroką perspektywę wspomnianych problemów i przedstawić rozwiązania, które są stosowane w różnych placówkach.

Druga sesja będzie przebiegała pod hasłem inkontynencji i będzie nawiązywała do projektu „Continence/Incontinence: General Issues”, który odbywał się w kwietniu w Toruniu z udziałem studentów z Polski, Austrii, Niemiec, Turcji i z Finlandii. Wykładowcy i studenci, którzy brali udział w kwietniowych warsztatach, przedstawią problematykę inkontynencji z różnych perspektyw. Prof. Katharina Oleksiw skupi się na godności osób cierpiących na NTM, Prof. Wilfried Schlüter przedstawi propozycje działań dla osób kierujących placówkami opieki długoterminowej i pomocy społecznej, studenci – Alexandra Fiedler i Gerald Santer zaprezentują rozwiązania wypracowane w ramach kwietniowego projektu, a Piotr Chromiński opowie o nowej aplikacji Seni-Control, czyli o osobistym dzienniczku mikcji dostępnym na smartfony.

Podczas trzeciej sesji prelegenci skupią się na opiece nad chorymi w terminalnej fazie choroby. W tematykę sesji wprowadzi nas prof. Małgorzata Krajnik. Następnie dr Maria Rogiewicz przedstawi dużą rolę właściwej komunikacji z pacjentami u kresu życia, a prof. Tony O'Brien opowie o tym, jak leczy się ból umierających pacjentów w Irlandii.

Czwarta sesja będzie obejmowała część wykładową i praktyczną. Najpierw prof. Olaf Scupin przedstawi zagadnienie kinestetyki z naukowej perspektywy, a następnie odbędzie się praktyczny pokaz konkretnych technik przemieszczania pacjentów. Kolejny wykład w tej sesji będzie poświęcony zastosowaniu zasad kinestetyki w odniesieniu do pacjentów ze spastycznością i przykurczami.

Ostatnia sesja będzie poświęcona zarządzaniu w opiece długoterminowej. Prelegenci odpowiedzą, jak motywować pracowników, wzmacniać ich satysfakcję z pracy i minimalizować ryzyko wypalenia zawodowego. Z kolei w drugiej części sesji wykładowcy skupią się na zarządzaniu finansami oraz zastosowaniu nowoczesnych technologii w placówkach opieki długoterminowej. ■



XVIII MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

**Zrozumieć osobę niesamodzielną
– trudne sytuacje w opiece długoterminowej**

**Toruń
15-17 września 2015**

MIEJSCE KONFERENCJI:

Aula UMK
ul. Gagarina 11
87-100 Toruń

KONTAKT:

Biuro Konferencyjne
Europejskie Centrum Opieki Długoterminowej
tel./faks **56 612 35 83, 612 35 60**
E-mail: ecod@tzmo.com.pl

Więcej informacji na stronie www.tdod.pl

ORGANIZATORZY:



TZMO SA

PATRONAT HONOROWY:

PREZYDENT MIASTA TORUNIA
Pan Michał Zaleski

PATRONAT MERYTORYCZNY:



POLSKIE
TOWARZYSTWO OPIEKI
DŁUGOTERMINOWEJ

PROGRAM

15 września

Aula UMK, ul. Gagarina 11

18.00 Uroczysta inauguracja

- ▶ Wykład inauguracyjny
„Zrozumieć osobę niesamodzielną – radzenie sobie z trudnymi sytuacjami w opiece długoterminowej”
prof. dr Wilfried Schlüter
Honorowy Prezes E.D.E., Wydział Zdrowia i Pielęgniarstwa w Szkole Wyższej Zwickau, Niemcy
- ▶ Wieczór artystyczny i bankiet

16 września

Aula UMK, ul. Gagarina 11

9.00 – 11.00 PANEL DYSKUSYJNY

Konflikt wartości – „dobro pacjenta” a jego prawo do samostanowienia

Przewodniczący: **prof. dr hab. Piotr Błędowski**

- ▶ **dr Grażyna Rogala-Pawelczyk**
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w latach 1999-2007
- ▶ **Lilia Kimber-Dziwisz**
Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych, Kierownik Zakładu Opieki Długoterminowej w Radomiu
- ▶ **Ewa Kordaczuk**
Dyrektor Fundacji Laurentius prowadzącej Dom Pomocy Społecznej w Olsztynie
- ▶ **dr Michał Balcerzak**
Katedra Praw Człowieka UMK w Toruniu
- ▶ **Martin Kalbermatter**
Dyrektor Domu Opieki *Haus der Generationen St. Anna*, Szwajcaria

11.00 – 11.30 PRZERWA KAWOWA

11.30 – 13.00 SESJA II

Inkontynencja – czy w przyszłości przestanie być tematem tabu?

Przewodnicząca: **prof. dr Wilfried Schlüter**

- ▶ Godność a inkontynencja w opiece długoterminowej
prof. dr Katharina Oleksiw
Wydział Zdrowia i Spraw Socjalnych w Szkole Wyższej Kärnten, Austria
- ▶ Propozycje działań dla kierujących placówkami opieki długoterminowej
prof. dr Wilfried Schlüter
Honorowy Prezes E.D.E., Wydział Zdrowia i Pielęgniarstwa w Szkole Wyższej Zwickau, Niemcy
- ▶ Inkontynencja jako zagadnienie dotyczące wszystkich pokoleń
Aleksandra Fiedler
Wydział Zdrowia i Pielęgniarstwa w Szkole Wyższej Zwickau, Niemcy
Gerald Santer
Wydział Zarządzania w Opiece i Ochronie Zdrowia w Wyższej Szkole Kärnten, Austria
- ▶ Inkontynencja pod kontrolą
Piotr Chromiński
TZMO Training Group

13.00 – 14.30 PRZERWA OBIADOWA

14.30 – 16.00 SESJA III

Przewlekłe chory w terminalnej fazie choroby

Przewodnicząca: **dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik**

- ▶ Opieka nad osobami u schyłku życia
dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik
Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej CM w Bydgoszczy
- ▶ Komunikacja z pacjentem u schyłku życia
dr Maria Rogiewicz
Uniwersytet SWPS w Warszawie
- ▶ Specyfika leczenia bólu w opiece długoterminowej u chorych u schyłku życia
prof. Tony O'Brien
Cork University Hospital, Irlandia

16.00 – 16.30 PRZERWA KAWOWA

16.30 – 18.00 SESJA IV

Koncepcja kinestetyki – ezoteryka czy nauka?

Przewodniczący: **prof. dr Olaf Scupin**

- ▶ Naukowa perspektywa koncepcji kinestetyki
prof. dr Olaf Scupin
Dyrektor Instytutu Coachingu i Doradztwa Organizacyjnego przy Wydziale Nauk Społecznych Wyższej Szkoły im. Ernsta Abbe w Jenie, Niemcy
- ▶ Praktyczny pokaz przedstawiający wykorzystanie koncepcji kinestetyki
Barbara Hühnel
Trener kinestetyki, Niemcy
Eva Vojtkova
Magister z zakresu opieki długoterminowej i Kandydat Master z zakresu Case Management, Niemcy
- ▶ Kinestetyka u osób ze spastycznością i przykurczami
Barbara Hühnel
Trener kinestetyki, Niemcy

19.00 KOLACJA w ramach wieczoru integracyjnego

Centrum Targowe Park, Szosa Bydgoska 3

17 września

Aula UMK, ul. Gagarina 11

10.00 – 11.30 SESJA V

Wyzwania w zarządzaniu placówkami opieki długoterminowej

Przewodniczący: **dr Artur Kasprowicz**

- ▶ Satysfakcja z pracy a efektywność i wydajność pracowników
dr Artur Kasprowicz
Wyższa Szkoła Bankowa w Toruniu
- ▶ Motywowanie w sytuacjach kryzysowych
dr Grażyna Wójcik
Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
- ▶ Wypalenie zawodowe czyli zgłiszcza zaangażowania
prof. dr hab. Aldona Glińska-Noweś
Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania, UMK w Toruniu
- ▶ Ocena jakości jako jeden z kluczowych elementów optymalizacji zakupów
Zbigniew Politowski
Radca Prawny

11.30 OBIAD

seniomat.pl

Program do optymalizacji zarządzania produktami pielęgnacyjnymi

Wsluchając się w problemy instytucji opieki długoterminowej na całym świecie stworzyliśmy całkowicie bezpłatne, uszyte na miarę potrzeb narzędzie: Seniomat.pl. Ta nowoczesna aplikacja pomaga usprawnić pracę placówek opieki długoterminowej, takich jak domy pomocy społecznej, zakłady opiekuńczo-lecznicze czy hospicja.

Poprzez wspomaganie procesu zarządzania kosztami placówki i optymalizację procesu składania zamówień, aplikacja Seniomat.pl pozwala zyskać więcej czasu na to, co naprawdę się liczy: opiekę nad podopiecznymi.

seniomat.pl

Wpisz szukaną frazę...

O programie Seniomat.pl krok po kroku | Kontakt Zaloguj się do aplikacji Seniomat.pl

Na miarę nowoczesnej instytucji

Zarządzaj Zamawiaj Zyskuj

+ Dołącz do Seniomat.pl

O programie Dział wymiany nagród Aktualności

Program Seniomat od kilku lat z powodzeniem działa w Niemczech, a także rozwija się intensywnie we Francji, Irlandii i Czechach.

Teraz dostępny także w Polsce!