

Forum Opieki Długoterminowej

ISSN 1643-1308 nakład 3000 egz.

medi

kwartalnik nr 2/3 (89) lipiec 2022

Szacunek i podmiotowe podejście
wobec osób z niepełnosprawnością
Zmiany w DPS – szansa, czy zagrożenie?

**Międzynarodowa Konferencja
Opieki Długoterminowej**

Toruń, 13-15 września 2022 r.

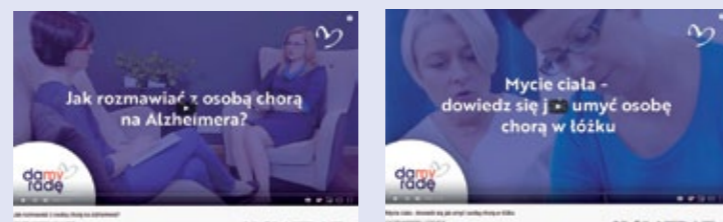


damy radę

Nowa sytuacja w kraju i na świecie wymaga nowych rozwiązań. Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat i marka Seni nieustannie wspiera w opiece, rozwijając szereg inicjatyw w strefie online. W ramach ogólnopolskiego projektu Damy Radę zapraszamy do korzystania z bezpłatnych narzędzi wspierających do pracy z osobami przewlekle chorymi oraz ich rodzinami, takich jak:

1. WIDEOWARSZTATY I FILMY INSTRUKTAŻOWE

Obraz wyraża więcej niż tysiąc słów. Dlatego stworzyliśmy i nieustannie rozwijamy bogatą bazę wideowarsztatów i filmów instruktażowych, w których odpowiadamy na najczęściej pojawiające się wątpliwości w pracy z osobami z demencją, pokazujemy jak prawidłowo wykonać czynności pielęgnacyjne, jak również udostępniamy porady psychologa i innych specjalistów.



2. BEZPŁATNE PORADNIKI

- „Jak opiekować się osobą przewlekle chorą w domu”
- „Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji”

Wykorzystaj te materiały dostępne bezpłatnie online do współpracy z opiekunami chorych.

Zapraszamy na stronę www.damy-rade.info, gdzie:

- znajdziesz wszystkie wideowarsztaty i filmy instruktażowe
- zamówisz bezpłatne poradniki
- znajdziesz harmonogram bezpłatnych certyfikowanych szkoleń online dla personelu pielęgniarstwo-opiekuńczego pracującego w domu pacjenta

Wideowarsztaty i filmy instruktażowe dostępne są również na kanale You Tube pod adresem:

www.youtube.com/DamyRadeinfo



Forum Opieki Długoterminowej

medi

LIPIEC // 2022

Szanowni Państwo!

Znieukrywaną przyjemnością przekazujemy lipcowe wydanie Medi - czego możecie się w nim spodziewać?

Zmiany w sektorze opieki długoterminowej wydają się być przesądzone. Bieżący numer otwieramy analizą tych zmian z perspektywy domów pomocy społecznej. Jaki jest ich kierunek, czy są one szansą czy zagrożeniem dla DPS? - na to pytanie odpowie Piotr Michałak. Spojrzenie na zmiany w OD uzupełniliśmy o perspektywę Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej - w wywiadzie z Karoliną Kramkowską porozmawiamy o tym na jakim etapie deinstytucjonalizacji jesteśmy oraz czego powinniśmy się spodziewać w najbliższym czasie.

Idealnym miejscem do dyskusji na temat wyzwań przed jakimi stoi OD jest 24. Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej. Już w dniach 13-15 września 2022 r., mamy szansę spotkać się stacjonarnie w Toruniu lub online. Zapraszamy do zapoznania się z programem Konferencji zamieszczonym w bieżącym Medi oraz do rejestracji na stronie mkod.pl.

Wiemy, jakim zainteresowaniem cieszy się dział **Prawo**, dlatego proponujemy dwa artykuły: *Zatrudnianie obcokrajowców na polskim rynku pracy* - dr Marcin Bąkiewicz przeanalizuje zmiany w tym zakresie po 24. lutego br. oraz *Opłaty za pobyt w DPS lub ZOL* - Michał Bochenek zdiagnozuje aktualne problemy z finansowaniem instytucji OD.

Szacunek i podmiotowe podejście wobec osób z niepełnosprawnością - jak to zrobić w praktyce? - bardzo ważny artykuł, w którym autorka Monika Karwacka proponuje ciekawe, praktyczne rozwiązania, dzięki którym zyskują zarówno podopieczni jak i personel.

W dziale **Opieka** zapraszamy również do zapoznania się z rozwiązaniami na lekkie i średnie nietrzymanie moczu, które w sposób skuteczny i dyskretny ochronią podopiecznych, dbając jednocześnie o ich komfort.

WYDAWCA:
Fundacja TZMO
Razem Zmieniamy Świat

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

REDAKCJA NAUKOWA:
mgr Grzegorz Baranowski
mgr Lilia Kimber-Dziwisz
dr n. med. Piotr Kowalczyk
mgr Janina Mirończuk
dr n. med. Marta Podhorecka
mgr Grażyna Śmiarowska
dr n. med. Robert Ślusarz

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

SKŁAD GRAFICZNY:
Małgorzata Bógdat

FOTO:
materiały własne oraz Freepik

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

PRENUMERATA:
Formularz prenumeraty
znajduje się na stronie
www.razemzmieniamyswiat.pl
w zakładce PROJEKTY - MEDI

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

Życzymy dobrej lektury!

Redakcja Medi

Organizator:



Razem Zmieniamy Świat

Partner:



Wyzwania opieki długoterminowej

- 5 Zmiany w domach pomocy społecznej – szansa, czy zagrożenie?
Piotr Michalak
- 9 Deinstytucjonalizacja – to proces, który już się rozpoczął
rozmowa z Karoliną Kramkowską
- 14 24. Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej – Program ramowy

Prawo

- 16 Obcokrajowcy na polskim rynku pracy – nowe wyzwanie dla instytucji pomocy społecznej
Marcin Bąkiewicz
- 21 Opłaty za pobyt w DPS lub ZOL – aktualne problemy
Michał Bochenek

Zdrowie

- 27 Przewlekła choroba nerek – cichy zabójca starszych pacjentów. Jak skutecznie diagnozować i jakie postępowanie realizować
Aleksander Biesiada

Opieka

- 31 Szacunek i podmiotowe podejście wobec osób z niepełnosprawnością – jak to zrobić w praktyce?
Monika Karwacka
- 38 Nawet kilka kropli...
Leszek Guga

Zmiany w domach pomocy społecznej

– SZANSA, CZY ZAGROŻENIE?

PIOTR MICHALAK // dyrektor DPS w Poznaniu,
Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Samorządowych DPS

Działalność domów pomocy społecznej (DPS) prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego jest co do zasady finansowana z budżetów tychże jednostek. Jednakże z uwagi na wysoki koszt utrzymania pensjonariusza w DPS, ustawodawca wprowadził w ustawie o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 Nr 64, poz. 593 t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1876) przepisy szczególne, które mają za zadanie współfinansowanie pobytu przez pensjonariusza oraz ewentualnie jego rodzinę.

Zgodnie z przywołaną ustawą o pomocy społecznej, obowiązani do wnoszenia opłaty za pobyt w DPS są w pierwszej kolejności mieszkańcy domu, w drugiej kolejności małżonek oraz zstępni przed wstępnymi, a w ostatniej kolejności gmina, z której osoba została skierowana do DPS. Ten stopniowalny sposób określenia osoby odpowiedzialnej do uiszczania opłaty za pobyt w DPS pozwala przynajmniej w części przenieść koszty utrzy-

mania pensjonariuszy DPS z jednostki samorządu terytorialnego na obywateli.

Jednak w obecnej sytuacji społeczno – gospodarczej, przy stale rosnącej inflacji, pogarszającej się sytuacji materialnej społeczeństwa oraz zmianach w systemie podatkowym, które generują mniejsze dochody jednostek samorządu terytorialnego, częściej zdarza się, że kandydaci do zamieszkania w DPS rezygnują, ze względów finansowych, zwłaszcza jeśli to rodzina musiałaby partycypować w płatno-

ściach. Również gminy niechętnie kierują osoby potrzebujące z uwagi na ponoszone koszty. Dochodzi do paradoksalnej sytuacji, w której politycy społeczni i statystyki wskazują na starzejące się oraz coraz bardziej schorowane społeczeństwo, a równocześnie spada zapotrzebowanie na formy instytucjonalnej pomocy społecznej – ze względu na koszty pobytu w DPS (pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca).

Powstaje zatem pytanie – jak zreformować DPS, aby były atrakcyjnym miejscem pobytu, racjonalnym ekonomicznie i odpowiadającym na potrzeby społeczne?

Powszechne jest już przekonanie, że Domy Pomocy Społecznej wymagają zmian w zakresie ich prowadzenia, finansowania oraz organizacji prawnej.

Niewątpliwie obecna sytuacja wielu Domów Pomocy Społecznej nie jest dobra. Wpływ na ten stan mają między innymi:

- Stale zmniejszająca się liczba skierowań do Domów Pomocy Społecznej - wynikająca z trudnej sytuacji finansowej rodzin i gmin, które zajmują się kierowaniem do naszych instytucji, przy równocześnie nie zwiększającej się podaży usług środowiskowych.
- Zwiększająca się liczba nowych miejsc w Zakładach Opiekuńczo – Pielęgnacyjnych i innych placówkach ochrony zdrowia, które z założenia są miejscami czasowego pobytu – ale ponieważ z punktu widzenia płatnika (gminy) nie generują kosztów, kierowany jest do nich klient, który powinien być pod opieką DPS.
- Należy również nadmienić, że finalnie pobyt w jednostkach podlegających NFZ jest znacznie droższy niż pobyt w Domach Pomocy Społecznej i jak wspomniano powyżej, niemalże całkowicie finansowany jest ze środków budżetu Państwa, w przeciwieństwie do jednostek pomocy społecznej finansowanych ze środków samorządu terytorialnego.
- Kolejnym istotnym problemem w prawidłowej realizacji zadań przez Domy Pomocy Społecznej są różnice w wynagrodzeniu personelu DPS i personelu zatrudnionego

w sektorze ochrony zdrowia. W tym roku po raz kolejny wynagrodzenia lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, ratowników medycznych decyzją rządu zostały podwyższone. Samorządów – z uwagi na ciągłe zmiany w systemie podatkowych i dochodach jednostek samorządu terytorialnego – na takie podwyżki nie stać.

- Ważnym aspektem jest również fakt, że zwiększanie wynagrodzeń pracowników ma bezpośredni wpływ na zwiększenie się kosztu utrzymania mieszkańca w Domu Pomocy Społecznej, a co za tym idzie konkurencyjności DPS na rynku usług społecznych. Wzrost kosztów utrzymania jednostek związany jest też z inflacją oraz wzrostem kosztów utrzymania bieżącego, głównie cen mediów i żywności.

Propozycje rządowe zawarte w „Strategii rozwoju usług społecznych – polityka publiczna na lata 2021 – 2030 (z perspektywą do 2035) rodzą wiele pytań i wątpliwości.

W zakresie domów pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży propozycje zmian obejmują w tym zakresie – zmniejszanie liczby miejsc w instytucjach na rzecz innych nieinstytucjonalnych form wsparcia dzieci z niepełnosprawnościami. Równocześnie Strategia wskazuje, że mieszkańcami tych domów są dzieci kierowane na podstawie postanowienia sądu rodzinnego lub na wniosek rodzica – za zgodą sądu rodzinnego, z których część kierowana jest do domu pomocy społecznej po wcześniejszym pobycie w rodzinie zastępczej lub placówce opiekuńczo – wychowawczej czyli w podmiotach pieczy zastępczej.



Proponuje się rozwój systemu wsparcia środowiskowego (zgodnie z ideą deinstytucjonalizacji) m.in. poprzez rozwój przedszkoli i miejsc opieki specjalistycznej, usługi asystenckie, partycypacyjne metody pracy z rodzinami, opiekę wytchnieniową etc. Powstaje pytanie w jaki sposób będzie to realizowane na terenach wiejskich? Czy DPS dla dzieci będą miały opłacany transport specjalistyczny dla dzieci niepełnosprawnych? Skąd będą brane kadry specjalistyczne do realizacji tych zadań? Kto będzie taką opiekę środowiskową organizował i koordynował?

Dorośli mieszkańcy naszych domów to osoby, które wymagają całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności i nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, a którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych w środowisku zamieszkania.

DPS oferuje usługi kompleksowe i interdyscyplinarne.

Propozycje zmian obejmują zmniejszanie liczby miejsc w DPS oraz opracowanie i rozwój pośrednich form wsparcia zapewniających opiekę w domach pomocy społecznej zgodnie

z ideą deinstytucjonalizacji, np. poprzez rozwój wolontariatu w ośrodkach, wprowadzenie formy rodzin wspierających lub zaprzyjaźnionych z mieszkańcem DPS, możliwości świadczenia przez dom usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób w nim niezamieszkujących, opieki wytchnieniowej czy wyodrębnienia i tworzenia filii (pojedynczych zespołów, mieszkań) w funkcjonujących już DPS (w ich strukturze), tak by zapewnić usługi zindywidualizowane do potrzeb, nastawione na wzmocnienie autonomii, podmiotowości i godności mieszkańca, a także tworzenie kameralnych mikrospołeczności w miejsce domów ze znaczną liczbą mieszkańców.

Propozycje rządowe obejmują – utrzymanie zasobów instytucji opieki całodobowej na poziomie niezbędnym i adekwatnym do liczby osób, których stan zdrowia i sytuacja rodzinna uniemożliwiają zapewnienie im opieki w środowisku zamieszkania. Umieszczenie osoby w instytucji całodobowej powinno być ostatnim, najmniej pożądanym ogniwem wsparcia. Ponadto dostosowanie systemu usług społecznych do stale rosnących potrzeb oraz rozwój dobrej jakości i przystępnych cenowo usług opiekuńczych świadczonych w środowisku zamieszkania lub środowisku lokalnym przez profesjonalnie przygotowany personel opiekuńczy – przy czym aktualnie prawie 11% gmin nie realizuje w ogóle usług opiekuńczych. Problematyczne kwestie dotyczą m.in.:

- Jaka będzie powszechność oferowanych usług środowiskowych i kto je będzie profesjonalnie realizował?
- Kto będzie taką opiekę środowiskową organizował i koordynował?
- Jak będzie prowadzony monitoring potrzeb i ich zaspokojenia?
- Kto będzie finansował opiekę środowiskową, utrzymywanie sieci wsparcia np. mieszkań chronionych?
- Jak zostaną rozwiązane kwestie transportu osób niesamodzielnych do dziennych placówek wsparcia lub w razie potrzeby do placówek służby zdrowia, czy zostaną dookreślone kryteria kwalifikacji do korzystania z transportu, kwestie odpłatności za transport?
- Jaka będzie rola DPS w systemie?
- Czy DPS będzie organizatorem – Centrum

- w którym będą organizowane usługi kompleksowe – stacjonarne i środowiskowe?
- Czy będzie możliwość wyboru usług świadczonych w DPS przez każdego użytkownika i stosowne różnicowanie standardów i opłat?
- Czy będzie możliwość, aby wszystkie usługi DPS były kalkulowane w koszykach usług i czy osoba np. nie wymagająca specjalistycznego usprawnienia, albo rezygnująca z zajęć terapii zajęciowej, będzie mogła ponosić mniejszą odpłatność?
- Czy będzie możliwość wyboru miejsca zamieszkania – w pokoju jednoosobowym czy wieloosobowym i czy będzie to brane pod uwagę przy kalkulowaniu kosztów pobytu?
- Czy NFZ będzie opłacał usługi medyczne w DPS?
- Czy działanie DPS będzie skoordynowane z systemem opieki długoterminowej w ramach systemu ochrony zdrowia?
- Czy prywatne DPS będą zrównane w standardach, prawach i obowiązkach z placówkami publicznymi?
- Czy proponowane standardy w zakresie wielkości DPS będą uwzględniać czynnik ekonomiczny i opłacalność prowadzenia DPS?
- Jakie będzie wsparcie państwa w realizacji tych zamierzeń, czy planowane jest wsparcie uczestników np. poprzez bon opiekuńczy możliwy do wykorzystania na opłacenie pobytu w DPS lub innych form wsparcia?
- Jak będzie wyglądało przekształcanie DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych, przy obecnej zapaści psychiatrii? Czy tego typu DPS będą przekształcane w placówki ochrony zdrowia? Czy jednak pozostaną w systemie pomocy społecznej – przy wsparciu finansowych NFZ?

Nie znamy odpowiedzi na te pytania.

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Dyrektorów Samorządowych Domów Pomocy Społecznej proponuje do rozważenia propozycje, które płyną wprost ze środowiska domów pomocy społecznej. Wskazuje, że konieczne jest ujednoczenie standardów całodobowych usług dla osób starszych, niesamodzielnych czy niepełnosprawnych, niezależnie od sektora – samorządowy, publiczny, pozarządowy czy prywatny

– który tę usługę świadczy, albowiem wskazane byłoby, aby tego typu działalności umocowane były w obecnie obowiązującym prawie i osadzone były na tych samych obowiązkach. Aktualnie już należy wprowadzić zmiany w obecnie obowiązującej ustawie o pomocy społecznej, dotyczącej ponoszenia pełnej odpłatności w przypadku pozostawienia majątku trwałego przez osoby umieszczane w Domach Pomocy Społecznej. Nieuczciwe jest bowiem to, że w przypadku sprzedaży majątku trwałego - osoba zamieszkująca w DPS jedynie przez rok uiszcza pełną odpłatność, mimo iż posiada znaczne środki finansowe. Konieczne wydaje się uproszczenie systemu kierowania do DPS dla osób, które chciałyby ponosić pełną odpłatność, bez konieczności przeprowadzenia całego procesu administracyjnego. Wskazane jest umożliwienie realizacji projektu miejsc opieki wytchnieniowej w Domach Pomocy Społecznej w ramach posiadanych struktur, w wolnych miejscach pobytowych, czy też wprowadzenie zmian legislacyjnych umożliwiających Domom Pomocy Społecznej realizację pozostałych usług niezbędnych w wymiarze społecznym, przy jednoczesnym zachowaniu jakości w stosunku do ceny. Mogłyby to być między innymi usługi cateringowe, pralnicze, transportowe, hotelarskie, rehabilitacyjne, terapeutyczne, wsparcia psychologicznego, czy też umożliwienie, w już istniejących strukturach, tworzenia takich form jak mieszkania chronione, pobyty komercyjne, pobyty krótkookresowe.

Propozycje te nie wymagają radykalnych zmian legislacyjnych, a niewątpliwie przyczynią się do poszerzenia oferty domów pomocy społecznej – co przecież jest jednym z elementów deinstytucjonalizacji i równocześnie przyczynią się do ekonomicznego uzasadnienia prowadzonej działalności i racjonalnego wykorzystania zatrudnionej kadry i posiadanej bazy.

Niewybaczalnym błędem byłoby likwidowanie tego wszystkiego co tworzone było z takim trudem i wysiłkiem przez wiele lat, szczególnie w obliczu problemów związanych ze starzeniem się społeczeństwa oraz zmiany struktury rodziny. ●

Deinstytucjonalizacja

– TO PROCES, KTÓRY JUŻ SIĘ ROZPOCZĄŁ

rozmowa z **KAROLINĄ KRAMKOWSKĄ** //
specjalistką w Regionalnym Ośrodku Polityki Społecznej w Toruniu

W zeszłym roku na łamach Medi [nr 1 (86) marzec 2021] Pani Karolina Kramkowska napisała artykuł na temat deinstytucjonalizacji. Dzisiaj spotykamy się, żeby porozmawiać o tym, jak ten proces przebiega i czego możemy się spodziewać w najbliższym czasie.

KRG: Coraz częściej podejmowane są dyskusje na temat różnych możliwych scenariuszy związanych z deinstytucjonalizacją instytucji opieki długoterminowej.

Zacznijmy więc od tego, co na dzień dzisiejszy na temat deinstytucjonalizacji wiemy na pewno? Jaki jest aktualny stan prac?

Karolina Kramkowska: Wchodzimy w okres programowania (...), jest to (red. deinstytucjonalizacja) duży projekt, finansowany z pieniędzy unijnych, wymagający nowych regulacji i dokumentów, które pojawiają się sukcesywnie. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej poinformowało na swojej stronie interneto-

wej, że powstał już ostateczny kształt Strategii Rozwoju Usług Społecznych – dokument ściśle związany z deinstytucjonalizacją, ponieważ strategia wyznacza w jaki sposób mają powstawać nowe usługi, w jaki sposób mają być realizowane, komu dedykowane itd. Dość długo czekaliśmy na ten dokument – był on szeroko konsultowany, powstało kilka jego wersji. ROPSy, które będą realizowały strategię na poziomie województw również odnosiły się do tego dokumentu, naniósł swoje sugestie, bądź wskazywały inne grupy, które należałoby dotączyć do tych działań.

KRG: Powstała więc strategia, jaki jest następny krok?

Karolina Kramkowska: Następnym krokiem jest przygotowanie tak zwanych Regionalnych Planów Deinstytucjonalizacji, to są plany, które mają powstać na terenie każdego z województw, i mają się odnosić właśnie do tego dokumentu. To oznacza, że w każdym województwie powstaną plany w jaki sposób deinstytucjonalizacja mogłaby zaistnieć na poszczególnych szczeblach organizacyjnych, czyli w powiatach i gminach. Różne grupy realizatorów usług, którzy są zaangażowani w ten proces, są przypisani do różnych jednostek, np. DPSy są przy powiatach a inne instytucje np. pomocy społecznej są przy gminach – tak więc te wszystkie działania trzeba ze sobą skorelować i zaplanować je w perspektywie kolejnych lat.

KRG: Wydaje się być to bardzo trudnym zadaniem, zwłaszcza, że sama deinstytucjonalizacja jest postrzegana w różny sposób, przez różne grupy.

Karolina Kramkowska: Jeśli chodzi o deinstytucjonalizację, ja ją rozumiem jako rozwój usług społecznych.

Na początku Komisja Europejska dość mocno naciskała na to, by dość szybko likwidować instytucje stacjonarne na rzecz niestacjonarnych form. Ostatecznie kierunek trochę „zmięknął”, więc myślę, że nie

musimy się obawiać gwałtownych zmian. Natomiast deinstytucjonalizacja, która jest rozumiana jako rozwój usług społecznych – to się już dzieje. Przykładem, w którym deinstytucjonalizacja zadziałała jest zmniejszenie liczby placówek pieczy zastępczej – do 14 osobowych (dotąd było w nich kilkadziesiąt dzieci) i działania na rzecz rozwoju rodzinnej pieczy zastępczej.

KRG: Wróćmy do rozwiązań – w jaki sposób będzie realizowana strategia deinstytucjonalizacji w najbliższym czasie?

Karolina Kramkowska: Teraz mamy przed sobą bardzo ważny okres, w którym musimy przyrzeć się temu, co się dzieje w poszczególnych gminach, jakie usługi są świadczone, dla kogo, czy te usługi są w dostatecznym stopniu realizowane, czy potrzeby są zaspokajane, i co możemy zmienić, jakie usługi możemy rozwijać. To jest bardzo ważny etap – weryfikacji tego czym dysponujemy i jakie są potrzeby w poszczególnych gminach. Ponowna diagnoza gminy, tym razem pod kątem usług to zadanie dla każdej z nich.

KRG: Dużo się mówi o tym, jakie usługi należy zabezpieczyć w środowisku, a co z personelem i infrastrukturą, która jest niezbędna, żeby te usługi w środowisku zabezpieczyć?

Karolina Kramkowska: Ten rynek też badamy, z tego względu, że w nowej perspektywie są zabezpieczone pieniądze na szkolenia kadr, więc my też musimy wiedzieć i zbadać, jakimi zasobami dysponujemy, żebyśmy w momencie uruchomienia środków finansowych wiedzieli kogo i jak szkolić, jakie są faktyczne potrzeby na rynku pracy.

Na dzień dzisiejszy już wiemy, że brakuje na pewno opiekunów, pracowników socjalnych, brakuje asystentów osób z niepełnosprawnością.

Często, kiedy mówimy o rozwoju usług to gdzieś

podświadomie mamy na myśli miasto lub gminę, powiedzmy miejsko-wiejską, rzadko myślimy o gminie wiejskiej (a w Polsce najwięcej jest gmin wiejskich).

Nowe badania PolSenior 2 pokazują, jak trudna jest sytuacja na terenach wiejskich z usługami opiekuńczymi, ale też ze stanem zdrowia osób starszych. Ponad połowa osób po 70 rż na terenach wiejskich ma początki stanów demencyjnych. I teraz jak zobaczymy jaki jest dostęp do usług na terenach wiejskich, czyli to o co Pani pytała, kto tam pracuje, czy kto będzie tam pracował, to brak kadry jest poważnym

To jest bardzo ważny etap – weryfikacji tego czym dysponujemy i jakie są potrzeby w poszczególnych gminach.

Ponad połowa osób po 70 rż na terenach wiejskich ma początki stanów demencyjnych.

problem do rozwiązania. O ile personel w miastach jeszcze jest powiedzmy, do zorganizowania, o tyle niewiele osób marzy, żeby pracować w usługach opiekuńczych na wsi, gdzie między podopiecznymi jest kilka kilometrów (...) a nie wszyscy poruszają się samochodami.

Dużym wyzwaniem świadczenia usług na terenach wiejskich są warunki bytowe odbiorców usług. Wiele osób na terenach wiejskich (to też pokazują wspomniane badania) nie mają ciepłej wody, prądu i gazu, jak mamy mówić o świadczeniu usług opiekuńczych jak nie ma światła w domu itd.

Rozwój usług społecznych jest kwestią wieloaspektową, jest to proces i nie wszystko uda się zrobić na „tu i teraz”. My jesteśmy na początku tego procesu. Dwa lata wstecz zaczęliśmy dopiero rozmawiać o Centrach Usług Społecznych, deinstytucjonalizacji, więc trudno żebyśmy mieli jakieś spektakularne sukcesy w tym zakresie. Jest to ogromna zmiana i dla polityki społecznej, pomocy społecznej i też dla innych instytucji, które przy tym procesie współpracują.

KRG: Wspomniała Pani o Centrach Usług Społecznych - pisała Pani o nich również w artykule, jak zostały one zorganizowane, czy ta koncepcja się sprawdza?

Karolina Kramkowska: Tak, Centra zaczęły się budować, część powstała w pilotażu, część już poza pilotażem, na styczeń 2022 r. było 21 Centów w całym kraju. W kujawsko-pomorskim mamy takie Centrum w Toruniu i kolejne gminy już się przygotowują do utworzenia CUS. Na tą chwilę, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej szkoli gminy (Szkolenie wynikające z Rozporządzenia), żeby mogły założyć CUS (ponieważ teraz, żeby móc założyć CUS trzeba mieć najpierw wyszkolonych pracowników). ROPS wspiera gminy poprzez szkolenia pracowników, coaching dla osób zarządzających, spotkania świadomościowe w tym zakresie. Te działania przygotowują pracowników do ponownej diagnozy gminy pod kątem potrzeb, do

pracy w Centrach i rozwoju usług na swoim terenie. Często są to hybrydy Ośrodków Pomocy Społecznej i innych działań skoncentrowanych

na profilaktyce, edukacji, aktywizacji zawodowej i ogólnospołecznej np. seniorów.

KRG: Czy rozwój usług społecznych możemy traktować w kategoriach alternatywy do instytucjonalnych form opieki?

Karolina Kramkowska: Może być alternatywą, ale na zasadzie profilaktyki – usługi w środowisku powodują, że chory nie musi trafić do DPS. Nie traktowałbym tego jako alternatywy dla osób, które już tam są. Z pewnością nie dla wszystkich osób.

Z tego co wiem, w kilku województwach prowadzone są badania dotyczące tego, ile w ogóle osób ewentualnie i potencjalnie mogłyby z tego DPSu „wyjść”. W kujawsko-pomorskim również przygotowujemy się do takich badań, będą one prowadzone przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu. ROPSy są żywo zainteresowane tym, żeby sprawdzić, jaki jest stan podopiecznych DPS, czy w ogóle mają możliwość funkcjonowania poza DPS, jeśli tak to jakie usługi należałoby im zapewnić. Zdajemy sobie sprawę, że zwykle te osoby, które są na dzień dzisiejszy w DPSach, wymagają specjalistycznej opieki i wsparcia. W związku z tym, żeby mogły one jakkolwiek zaistnieć w środowisku spowrotem, mieszkać w nim, żyć - ta opieka musi być naprawdę dobrze skoordynowana i wieloetapowa. Na dzień dzisiejszy mamy jeszcze zbyt małą wiedzę. Musimy też wziąć pod uwagę, że stan pacjenta za rok, dwa może się pogorszyć i zwykle tak jest - i co wtedy?

KRG: Czyli zamykanie stacjonarnych, całodobowych form opieki długoterminowej nam nie grozi?

Karolina Kramkowska: Mówię oczywiście za siebie, ale myślę, że nie ma takiej opcji, żebyśmy na dzień dzisiejszy myśleli o likwidacji DPSów, bo fizycznie nie mamy co z ich pod-

opiecznymi zrobić. Trzeba pamiętać, że naszym obowiązkiem jest zapewnić tym ludziom jak najlepsze funkcjonowanie w tym miejscu w którym są. I moim zdaniem są grupy osób, które nigdy nie wyjdą z DPS, ponieważ my nie jesteśmy w stanie zapewnić takiej opieki w środowisku na tu i teraz, jakiej potrzebują. Moim zdaniem absolutnie odpada możliwość zamykania DPSów. A to na czym należałoby się skupić – to profilaktyka. Powinniśmy tak rozwijać usługi w środowisku, żeby zminimalizować liczbę osób, które będą musiały tam trafić. I w tym sensie, być może za ok 10 lat, będzie tych osób w DPS mniej. Nie dlatego, że będziemy „wyciągali” obecnych mieszkańców z instytucji, ale nie będą trafiały do nich nowi. Po przeprowadzeniu badań będziemy wiedzieli, ilu mieszkańców ma gotowość lub w ogóle chcieliby mieszkać poza domem pomocy społecznej i podejrzewam, że jest to garstka. My też musimy zapytać: czy te osoby w ogóle tego chcą? Część z tych osób mieszka w DPS od wielu lat i to jest ich dom, to jest ich bezpieczne miejsce

i wcale nie mają takiej potrzeby, żeby z tego domu wychodzić, tam mają opiekę, przyjaciół, tam mają swoje codzienne życie, miejsce w którym chcieliby dożyć swojej starości, swoich ostatnich dni. Trzeba do tego podejść racjonalnie, mądrze, ja zdecydowanie jestem za tym, żebyśmy tak rozwijali usługi w środowisku, żeby móc zaproponować alternatywę.

KRG: Wiemy, że deinstytucjonalizacja to proces, kiedy możemy spodziewać się realizacji kolejnych jego etapów?

Karolina Kramkowska: W najbliższym czasie jest przed nami przygotowanie Regionalnych Planów Rozwojów Usług Społecznych na poziomie województwa, kolejnym krokiem są działania na poziomie gminy, czyli to gminy będą przygotowywały swoje plany rozwoju usług i myślę, że to się zadzieje już wkrótce, na

jesieni 2022 r. W następnej kolejności pojawią się konkursy, pojawią się pieniądze unijne, które będą służyły temu, żeby te usługi rozwijać.

KRG: W jakiej perspektywie czasowej otrzymamy środki unijne?

Karolina Kramkowska: Myślę, że na przetomie roku (ostatni kwartał 2022/pierwszy kwartał 2023). Ten czas wynika z długiego okresu oczekiwania na ostateczny kształt dokumentów, co z kolei wynika z wielu konsultacji społecznych oraz międzybranżowych, konieczności współpracy dziedzin „na granicy” sektora zdrowia i pomocy społecznej. Na przykład Centra Zdrowia Psychicznego kiedyś były wyłącznie w sektorze zdrowia, teraz również w pomocy społecznej. Kluczowe jest, żeby dobrze to zaplanować, w sensie finansowania, realizacji na terenie gminy, dostępności specjalistów.

KRG: Jakie widzi Pani największe wyzwania w realizacji strategii deinstytucjonalizacji?

Karolina Kramkowska: W Polsce mamy duże rozwinięcie, są

gminy w których Centra Usług Społecznych sprawdzą się rewelacyjnie, bo gminy i OPSy działają prężnie, holistycznie, rozwijają się – pozostaje tylko kwestia ustrukturyzowania tych działań, ale są też oczywiście takie gminy, w których takich działań po prostu nie ma. Dużym wyzwaniem dla gminy jest również różnorodność zakresu usług, dopasowanie usług do potrzeb, często współpracy np. dwóch różnych gmin, czy gminy i powiatu – i na to też kładziemy nacisk.

Dużym wyzwaniem jest oczywiście przygotowanie usługi od początku do końca. Mam tu głównie na myśli personel i infrastrukturę. Dzisiaj widzimy w wielu gminach, powiatach i na poziomie wojewódzkim ogrom osób które chcą, które bardzo aktywnie działają, mają bardzo dobre pomysły, które byłyby w stanie wcielić, ale często blokadą jest to, że brakuje

nam personelu, żeby te inicjatywy zrealizować. Więc myślę, że ten proces sam się naturalnie blokuje, ze względu na to, że mamy bardzo dobry pomysł ale jeszcze brakuje nam komponentów do zrealizowania. Więc jestem przekonana, że wszystko jest do zrealizowania, ale potrzeba na to czasu. Trzeba do tego podejść wieloaspektowo. Jeśli chcemy wyszkolić personel, musimy dać mu czas, na nabycie tych umiejętności. Jeśli chcemy coś zrobić na terenach wiejskich, a nie ma tam teraz infrastruktury, np. jak ktoś chciałby mieć dzienny dom pomocy, ale nie ma żadnego budynku, z którego można skorzystać, to ten budynek trzeba zbudować. To są takie rzeczy bez których my po prostu nie ruszymy.

Oczywiście kwestie prawne też są istotne – mówi się o tym, żeby domy pomocy mogłyby świadczyć usługi na zewnątrz, tymczasem prawnie nie ma takiej możliwości. Przedstawiciele Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej zapowiadają, że pewne zmiany w tym zakresie mają nastąpić – kiedy dokładnie? Trudno powiedzieć. Zasadniczo myślę, że musimy się nastawić na proces. Musimy się otworzyć również mentalnie.

KRG: Otworzyć się mentalnie? Proszę doprecyzować.

Karolina Kramkowska: To co zawsze podkreślam i co jest bardzo ważne, a zarazem trudne to konieczność spojrzenia na usługi społecz-

ne nie z perspektywy pojedynczych instytucji i ich zadań, ale całościowo z perspektywy konieczności współpracy różnych specjalistów na rzecz tego samego klienta.

Mówiąc o konieczności zmiany mentalności mam na myśli również postrzeganie grupy odbiorców. Deinstytucjonalizacja, czy rozwój usług społecznych nie dotyczy tylko klientów ośrodków pomocy społecznej, bo często stawiamy tutaj znak równości, osoby korzystające z usług opiekuńczych czy innych, są z tzw. „opieki”, jak się kiedyś mówiło. To jest trochę stygmatyzujące, wielu klientów, również tych potencjalnych, nie korzysta z oferty usług społecznych, dlatego że nie chcą być postrzegani jako Ci, którzy „chodzą do opieki”. Chcemy zmienić ten wizerunek. Usługi będą miały charakter profilaktyczny, będą skierowane nie tylko do klientów OPSu, ale wszystkich mieszkańców gminy. Chciałabym podkreślić znaczenie profilaktyki w planowanych działaniach. Pomoc społeczna przez wiele lat działała w sposób interwencyjny, gdy coś się działo, zjawiał się pracownik socjalny, asystent rodziny. Programy profilaktyczne oczywiście były, ale chcemy położyć na nie większy nacisk.

Na dzień dzisiejszy jeszcze dużo pracy przed nami, żeby rozwijać usługi musimy mieć personel i infrastrukturę - dzisiaj jest tego za mało. Myślę, że krok po kroku, procesualnie będziemy realizowali postawione społecznie cele. ●



24. Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej

seni
PARTNER

HOLISTYCZNE PODEJŚCIE DO OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ Potrzeby i możliwości

13-15 września 2022 r.

Szanowni Państwo!

Ostatnie lata skupione były na bieżących potrzebach i wyzwaniach, które stawiała przed opieką długoterminową pandemia Covid-19 oraz tym jak w tych bezprecedensowych czasach dbać o potrzeby podopiecznych. Bogatsi o te doświadczenia, wyglądamy w przyszłość. Na 24. Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej w Toruniu chcielibyśmy rozmawiać o tym w jaki sposób całościowe podejście do potrzeb osoby niesamodzielnej może kształtować zmiany w kulturze opieki długoterminowej, ale też pomagać w radzeniu sobie z organizacyjnymi wyzwaniami, które przed nią stoją.



„Uważam, że pomysł, by w jednym miejscu spotkali się najlepsi praktycy i znawcy tematyki starzenia się oraz opieki, jest niespotykana w skali światowej!”

Teepa Snow (USA)



„Myślę, że jest to jedna z najważniejszych konferencji na świecie a zwłaszcza w Europie. W tej konferencji bierze udział ponad 1000 osób. I wszyscy stawiają pytania o przyszłość opieki długoterminowej. Przyglądamy się najlepszym rozwiązaniom z całego świata.”

prof. Dan Levitt (Canada)

PROGRAM RAMOWY

13 WRZEŚNIA 2022

WIECZÓR INAUGURACYJNY

14 WRZEŚNIA 2022

SESJA 1 Osoba niesamodzielna w strukturach opieki

Zmiany demograficzne i zmiany oczekiwań dotyczące okresu późnej dorosłości sprawiają, że sektor opieki długoterminowej staje przed nowymi wyzwaniami. W jaki sposób pogodzić możliwości zapewnienia opieki osobom, które jej potrzebują z jednoczesnym przybliżeniem tej opieki do miejsca ich zamieszkania? Jak zapewniać opiekę, która odpowiada nie tylko na zdrowotne potrzeby mieszkańca, ale podnosi również jakość życia, pomaga zmagać się z samotnością i daje poczucie sprawczości? Czy deinstytucjonalizacja jest możliwa, jakie formy przybiera, jak przebiega tam gdzie została wprowadzona?

SESJA 2 Holistyczne podejście do opieki - wpływ na stan zdrowia i samopoczucie podopiecznego

Jakość życia jest w znacznym stopniu zależna od stanu zdrowia podopiecznego. Samodzielność, sprawczość ale też kondycja psychiczna i fizyczna są z nim bezpośrednio powiązane. Dbałość o te wszystkie aspekty jest też powszechnie postrzegana jako podstawowe zadanie opieki długoterminowej. To oznacza działania prewencyjne, skupiające się na utrzymaniu zdrowia podopiecznych z jednej strony, a z drugiej działania rehabilitacyjne przywracające utracone sprawności oraz skupione na konsekwencjach przebytego Covid-19.

SESJA 3 Opieka długoterminowa wobec sytuacji kryzysowych

Kryzysy mogą przyjmować różną formę - mogą dotyczyć całą instytucję i być wyzwaniem organizacyjnym, ale mogą też być osobistym doświadczeniem pojedynczej osoby. Mogą być rozciągnięte w czasie i tak jak pandemia Covid-19 trwać przez kilka lat, lub być nagłym i krótkotrwałym wydarzeniem pozostawiającym po sobie długofalowe efekty. Niezależnie od ich formy - są trudnym doświadczeniem dla podopiecznych i personelu i przeprowadzenie przez kryzys wszystkich zaangażowanych w niego osób jest ważnym wyzwaniem dla osób zarządzających placówką.

SESJA 4 Nowoczesne rozwiązania w opiece długoterminowej?

Skoro tak wiele zmian dotyka sektor opieki długoterminowej - on też musi się zmieniać. Może to oznaczać stosowanie nowych technologii, inne metody i struktury pracy oraz zmiany w zakresie tego co opieka instytucjonalna może oznaczać. Zmieniające się oczekiwania dotyczące życia w okresie późnej dorosłości lub niepełnosprawności, wychodzenie im naprzeciw i zapewnienie możliwości organizacyjnych - stają się jednym z największych wyzwań opieki długoterminowej.

15 WRZEŚNIA 2022

Opieka długoterminowa w Polsce - czas wyjątkowych wyzwań

Ostatnie dwa lata wymagały od personelu i osób zarządzających placówkami opieki długoterminowej koncentracji na tym co bieżące i radzeniu sobie w bezprecedensowej sytuacji. Mimo tego jak wiele uwagi wciąż nas kosztują kwestie związane z pandemią - chcielibyśmy porozmawiać o dalszej perspektywie opieki długoterminowej w Polsce.

Konferencja hybrydowa:

- stacjonarnie, w Centrum Kulturalno-Kongresowym Jordanki, Aleja Solidarności 1-3, Toruń
- online na stronie www.mkod.pl (dostęp bezpłatny)!

ZAREJESTRUJ SIĘ NA MKOD.PL !



OBCOKRAJOWCY NA POLSKIM RYNKU PRACY

- NOWE WYZWANIE DLA INSTYTUCJI POMOCY SPOŁECZNEJ

Dr **MARCIN BĄKIEWICZ** // Prezes Zarządu Fundacji Conviventia

Konflikt zbrojny w Ukrainie spowodował wielką migrację setek tysięcy ludzi dotkniętych działaniami wojennymi. Po 24 lutego br. Polska stanęła w obliczu fali uchodźców, którzy masowo przekraczali polską granicę. Poza działaniami pomocowymi obywatele Ukrainy stali się też wyzwaniem dla polskiego rynku pracy. Artykuł stanowi próbę praktycznej odpowiedzi na liczne pytania kierowane przez pracodawców rozważających zatrudnienie obcokrajowców. Tekst jest też reakcją na narastające od lat problemy dyrektorów instytucji pomocy społecznej w zakresie pozyskiwania nowych pracowników. Czy zatem fala emigracji może ograniczyć wspomniany problem?

Podstawowe regulacje prawne

Nadzwyczajna sytuacja spowodowana falą migracji wymusiła pilne zmiany w polskim ustawodawstwie. Specjalne regulacje wprowadziła specustawa tj. ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem

zbrojnym na terytorium tego państwa. Ustawa o pomocy obywatelom Ukrainy stanowi pierwszą odpowiedź ustawodawcy na masowy napływ z terytorium Ukrainy obywateli tego państwa i innych cudzoziemców w związku z działaniami wojennymi. Głównym przedmiotem ustawy jest uregulowanie statusu pobytowego osób przybywających

z terytorium Ukrainy w okresie od dnia 24 lutego br. oraz towarzyszących temu statusowi uprawnień do określonych aktywności lub świadczeń. Dodatkowo należy podkreślić, że przepisy specustawy trzeba często czytać równoległe z przepisami ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Dopiero odpowiednie zastosowanie przepisów daje całościowy obraz regulacji dotyczących statusu obcokrajowca na polskim rynku pracy po 24 lutego 2022 r. Dynamicznie zmieniająca się sytuacja zmusza też do konieczności bieżącego śledzenia zmian i nowelizacji przepisów. Zasygnalizowania wymaga również fakt, że specustawa odnosi się też w swojej treści do statusu pracowniczego obcokrajowców przed 24 lutego tj. przyznaje określone uprawnienia obywatelom Ukrainy, którzy już przebywają na terytorium Polski i których nie można przypisać do grupy osób opuszczających aktualnie terytorium Ukrainy z powodu działań wojennych.

24 lutego 2022 r. a zmiany w statusie pracowniczym obcokrajowców

Wybuch konfliktu zbrojnego okazał się dla obcokrajowców pracujących już w Polsce, jak i ich pracodawców nie lada wyzwaniem wymagającym podjęcia nadzwyczajnych działań w oparciu o dotychczasowe i pilnie wprowadzanie nowe przepisy prawne. Na podstawie art. 42 ust. 1, 2, 3, 4 i 4a ustawy

o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy wyprowadzono odpowiedź na kluczowe pytanie co do definiowania statusu pracowniczego. I tak jeżeli ostatni dzień okresu pobytu obywatela Ukrainy na terytorium RP na podstawie wizej krajowej przypada w okresie od dnia 24 lutego 2022 r., okres pobytu na podstawie tej wizej oraz okres ważności tej wizej ulegają przedłużeniu z mocy prawa do dnia 31 grudnia 2022 r.; W takim przypadku w dokumencie podróży obywatela Ukrainy nie umieszcza się naklejki wizowej, natomiast należy podkreślić, że wiza krajowa w okresie przedłużenia okresu pobytu oraz okresu ważności nie uprawnia do przekroczenia granicy.

Do statusu pracowniczego obcokrajowca pośrednio odnoszą się też przepisy tzw. specustawy i zgodnie z jej art. 2 pobyt obywatela Ukrainy, który wjeżdża od 24 lutego br. do Polski uznaje się za legalny przez 18 miesięcy (nie dotyczy to jednak tych obywateli, którzy już mają w Polsce prawo do legalnego pobytu). Jeżeli ostatni dzień dopuszczalnego okresu pobytu obywatela Ukrainy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w ramach ruchu bezwizowego, przypada w okresie od dnia 24 lutego 2022 r., a pobyt ten rozpoczął się przed tym dniem, jego pobyt na tym terytorium uznaje się za legalny przez okres 18 miesięcy. Przykładowo: ruch bezwizowy kończy się z dniem 01.04.2022 r. – od tego dnia liczymy 18 miesięcy. Dodatkowo na podstawie art. 42 specustawy: Jeżeli ostatni dzień dopuszczalnego okresu pobytu obywatela Ukrainy na terytorium Polski: na podstawie wizej Schengen wydanej przez organ polski, na podstawie wizej wydanej przez inne państwo obszaru Schengen, przypada w okresie od dnia 24 lutego 2022 r., a pobyt ten rozpoczął się przed tym dniem, jego pobyt na tym terytorium uznaje się za legalny przez okres 18 miesięcy. Natomiast według art. 42 ust. 8 i 9 specustawy: jeżeli ostatni dzień okresu ważności: kart pobytu, polskich dokumentów tożsamości obywatela Ukrainy, dokumentów „zgoda na pobyt tolerowany” wydanych obywatelom Ukrainy przypada w okresie od dnia 24 lutego br. ulega on przedłużeniu z mocy prawa o okres 18 miesięcy.

Wjazd obywatela Ukrainy i specjalne uprawnienia

Na podstawie art. 3 specustawy: wjazd obywatela Ukrainy do Polski może zostać zarejestrowany przez komendanta placówki Straży Granicznej podczas kontroli granicznej. W innym przypadku Komendant Główny Straży Granicznej rejestruje pobyt obywatela Ukrainy na jego wniosek złożony nie później niż 90 dni od dnia wjazdu na terytorium RP. Dalej na podstawie art. 4 specustawy obywatelowi Ukrainy, którego pobyt na terytorium Polski uznaje się za legalny na podstawie wniosku złożonego w dowolnym organie gminy nadawany będzie numer PESEL. Wniosek jest składany osobiście w siedzibie organu gminy.

Zgodnie z art. 22 ust. 1 i 3 specustawy: obywatel Ukrainy, który korzysta ze specjalnych uprawnień od 24 lutego br. oraz każdy obywatel Ukrainy, który aktualnie przebywa legalnie w Polsce może podjąć legalnie pracę u każdego pracodawcy w Polsce bez żadnych dodatkowych formalności. Pracodawca ma obowiązek zgłosić fakt podjęcia pracy przez każdego obywatela Ukrainy do powiatowego urzędu pracy poprzez system elektroniczny praca.gov.pl w ciągu 14 dni od podjęcia pracy. W powiadomieniu podmiot powierzający wykonywanie pracy obywatelowi Ukrainy przekazuje: informacje dotyczące podmiotu powierzającego wykonywanie pracy, dane osobowe obywatela Ukrainy, rodzaj umowy pomiędzy podmiotem a pracownikiem, stanowisko lub rodzaj wykonywanej pracy, miejsce wykonywanej pracy.

Na podstawie art. 22 ust. 1a specustawy obowiązek składania powiadomienia, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy przypadku, w którym obywatel Ukrainy wykonuje pracę na terytorium RP zgodnie z przepisami art. 87 ustawy o promocji zatrudnienia. Pracodawcy w dalszym ciągu mogą występować o zezwolenie na pracę sezonową lub złożyć oświadczenie o powierzeniu wykonywania pracy cudzoziemcowi. Ponadto obywatel Ukrainy, który wcześniej legalnie pracował (przed dniem 24 lutego br.) w Polsce nie musi robić nic, by dalej móc legalnie praco-

wać u tego samego pracodawcy. Jeżeli chce zmienić pracodawcę nie potrzebuje do tego żadnego zezwolenia, wystarczy powiadomienie o podjęciu pracy lub nowe zezwolenie na pracę sezonową.

Zgodnie z art. 88z ust. 2 ustawy o promocji zatrudnienia powiatowy urząd pracy właściwy ze względu na siedzibę lub miejsce stałego pobytu podmiotu powierzającego wykonywanie pracy cudzoziemcowi wpisuje oświadczenie o powierzeniu wykonywania pracy cudzoziemcowi do ewidencji oświadczeń, jeżeli: cudzoziemiec jest obywatelem państw: Ukrainy, Białorusi, Gruzji, Rosji, Armenii, Mołdowy; praca cudzoziemca nie jest związana działalnością określoną w przepisach art. 90 ust. 9 – praca sezonowa, okres wykonywania pracy określony w złożonym oświadczeniu o powierzeniu wykonywania pracy cudzoziemcowi jest nie dłuższy niż 24 miesiące oraz dzień rozpoczęcia pracy wskazany w złożonym oświadczeniu nastąpi nie później niż 6 miesięcy od dnia złożenia oświadczenia oraz wysokość wynagrodzenia cudzoziemca nie będzie niższa od wynagrodzenia pracowników wykonujących pracę porównywalnego rodzaju lub na porównywalnym stanowisku.

Dodatkowe wsparcie dla pracownika

Na podstawie art. 29 obywatelowi Ukrainy, przebywającemu na terytorium Polski, którego pobyt na terytorium RP jest uznawany za legalny na podstawie art. 2 ust. 1 i który został wpisany do rejestru PESEL, mogą być przyznawane świadczenia pieniężne i niepieniężne na zasadach i w trybie ustawy o pomocy społecznej. Dodatkowo zgodnie z art. 31 obywatelowi Ukrainy przysługuje pomoc w postaci jednorazowego świadczenia pieniężnego w wysokości 300 zł na osobę, przeznaczonego na utrzymanie, w szczególności na pokrycie wydatków na żywność, odzież, obuwie, środki higieny osobistej oraz opłaty mieszkaniowe. Zgodnie z art. 26 obywatelowi Ukrainy przysługuje również prawo do pobierania: świadczeń rodzinnych, świadczenia wychowawczego, świadczenia dobrego start, rodzinnego kapitału opiekuń-

czego, dofinansowania obniżenia opłaty rodzica za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna. Dodatkowo na podstawie art. 12 ust.1 pomoc udzielana obywatelom Ukrainy polega na: zakwaterowaniu, zapewnieniu codziennego wyżywienia zbiorowego, zapewnieniu transportu do miejsc zakwaterowania lub miejsc, w których udzielana jest pomoc medyczna, finansowaniu przejazdów środkami transportu publicznego; zapewnieniu środków czystości i higieny osobistej oraz innych produktów. Wojewoda zapewnia pomoc, nie krócej niż przez okres 2 miesięcy od dnia pierwszego wjazdu na terytorium Polski. Na podstawie wspomnianego artykułu inicjatywę w zakresie pomocy mogą podjąć instytucje samorządu terytorialnego.

Każdy obywatel Ukrainy, który znalazł się w Polsce od 24 lutego br. ma zagwarantowany dostęp do publicznego systemu ochrony zdrowia, na tych samych zasadach co obywatele Polscy. Oznacza to, że bez przeszkód za darmo może korzystać z podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wszelkich zleczanych badań diagnostycznych oraz leczenia szpitalnego (art. 37). Ponadto, każdemu podmiotowi, w szczególności osobie fizycznej prowadzącej gospodarstwo domowe, który

zapewni zakwaterowanie i wyżywienie obywatelom Ukrainy, może zostać być przyznane na jego wniosek, świadczenie pieniężne z tego tytułu nie dłużej niż na okres 60 dni.

Status bezrobotnego i instrumenty wsparcia

Obywatel Ukrainy, który korzysta ze specjalnych uprawnień od 24 lutego br. oraz każdy

obywatel Ukrainy, który aktualnie przebywa legalnie może zarejestrować się w urzędzie pracy jako bezrobotny lub poszukujący pracy. Rejestracja obywateli Ukrainy odbywa się w oparciu o ustawę z dnia 24 lutego 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 kwietnia 2020 r. w sprawie rejestracji bezrobotnych i poszukujących pracy, które będzie stosowano odpowiednio. Zgodnie z § 8 ust. 5 ww. rozporządzenia - bez żadnych przeszkód powiatowe urzędy pracy będą mogły rejestrować obywateli ukraińskich nie posiadających kompletu dokumentów wymaganych do rejestracji. Osoby te jednak muszą wylegitymować się i potwierdzić swoją tożsamość. Jako osoby bezrobotne będą mogły rejestrować się kobiety powyżej 60. roku życia oraz mężczyźni powyżej 65. roku życia. Obywatel Ukrainy, który będzie zarejestrowany jako osoba bezrobotna będzie podlegał zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego.

Na podstawie art. 29 obywatelowi Ukrainy, przebywającemu na terytorium Polski, którego pobyt na terytorium RP jest uznawany za legalny na podstawie art. 2 ust. 1 i który został wpisany do rejestru PESEL, mogą być przyznawane świadczenia pieniężne i niepieniężne na zasadach i w trybie ustawy o pomocy społecznej.

Obywatele Ukrainy będą mogli korzystać z usług rynku pracy tak jak Polacy, w szczególności będą mogli korzystać z pośrednictwa pracy, poradnictwa zawodowego oraz szkoleń. Ustawa umożliwia swobodny dostęp do

instrumentów rynku pracy, aktywnych form pomocy oraz skierowanie do zatrudnienia za pośrednictwem urzędów pracy.

Według art. 50 ustawy o promocji bezrobotnym do 25 roku życia powiatowy urząd pracy w okresie do 4 miesięcy od dnia rejestracji powinien przedstawić propozycję zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, szkolenia, stażu, odbycia przygotowania zawodowego

dorostych, zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych lub robót publicznych albo innej formy pomocy określonej w ustawie. Na podstawie art.33 ust. 3 ustawy o promocji Bezrobotny ma obowiązek zgłaszania się do właściwego powiatowego urzędu pracy w wyznaczonym przez urząd terminie w celu przyjęcia propozycji odpowiedniej pracy lub innej formy pomocy proponowanej przez urząd lub w innym celu wynikającym z ustawy i określonym przez urząd pracy, w tym potwierdzenia gotowości do podjęcia pracy. Kolejnym instrumentem wsparcia może okazać się Fundusz Pracy. Na podstawie art. 40 ustawy o promocji zatrudnienia starosta inicjuje, organizuje i finansuje z Funduszu Pracy szkolenia bezrobotnych w celu podniesienia ich kwalifikacji zawodowych i innych kwalifikacji zwiększających szansę na podjęcie lub utrzymanie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej. Na podstawie art. 40a ustawy o promocji starosta na wniosek bezrobotnego, może sfinansować z Funduszu Pracy opłatę pobieraną za np. postępowanie nostryfikacyjne uzyskanych w Ukrainie dyplomów i świadectw.

Należy też zasygnalizować, że każdy obywatel Ukrainy, który przebywa legalnie w Polsce na podstawie ustawy z dnia 12 marca o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa lub ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach może podejmować i wykonywać działalność gospodarczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na takich samych zasadach jak Obywatele Polscy. Jedynym warunkiem prowadzenia działalności gospodarczej jest uzyskanie numeru PESEL. Takie uprawnienie może być interesujące dla podmiotów chcących wykonywać pracę w oparciu o model B2B.

Kilka uwag praktycznych

Kilka miesięcy doświadczeń w stosowaniu nowych regulacji w zakresie zatrudniania obcokrajowców na krajowym rynku pracy pozwala na wypracowanie kilku praktycznych wniosków, które mogą posłużyć jako wskazówki dla potencjalnych pracowników. Mimo dynamicznie zmieniających się przepi-

sów, które miały uprościć zatrudnianie obcokrajowców obserwuje się stabilizację i chęć coraz bardziej usystematyzowanej rekrutacji wśród pracowników z Ukrainy. Pracodawcy coraz częściej dostrzegają atuty zawodowe pracowników i doceniają ich kwalifikacje. Niestety wciąż najczęstszymi przeszkodami w zatrudnianiu są brak wystarczającej znajomości języka polskiego oraz brak krajowego potwierdzenia zdobytego w Ukrainie wykształcenia (nostryfikacja). Przeszkody te są realnymi barierami w zatrudnianiu, jednak praktyczne wykorzystywanie możliwości specustawy oraz ustawy o promocji zatrudnienia pokazują możliwe do zastosowania ścieżki pozyskania wartościowego pracownika. Dla przykładu wciąż deficytowym zawodem jest zawód pielęgniarki i w tym zakresie można wskazać dobrą praktykę polegającą na zatrudnieniu na staż bezrobotnej pielęgniarki z Ukrainy. W praktyce pracodawca pozyskuje pracownika ze wsparciem środków z urzędu pracy, który praktykuje pod nadzorem wykwalifikowanej polskiej pielęgniarki. Dodatkowo w tym czasie można równolegle prowadzić proces nostryfikacji wykształcenia (finansowanego z Funduszu Pracy).

Na zakończenie należy podkreślić jednak, że każdy przypadek trzeba traktować indywidualnie. Wskazane jest też, aby na bieżąco konsultować swoje zamiary rekrutacyjne z właściwym urzędem pracy.



Opłaty za pobyt w DPS lub ZOL

– AKTUALNE PROBLEMY

MICHAŁ BOCHENEK // ekspert w sprawach pomocy społecznej

Wdobie galopujących cen, kosztów życia i opłat za usługi - tematyka opłat za pobyt z domach pomocy społecznej (DPS) lub zakładach opiekuńczo - leczniczych (ZOL), zwanych dalej także „Ośrodkami” to zagadnienia istotne nie tylko dla osób, które wymagają pielęgnacji lub opieki. Szczególnie, z uwagi na zasady dyscypliny finansów publicznych - to zagadnienia niezwykle ważne dla pracowników i kierowników Ośrodków. Zasady dokonywania odpłatności za pobyt z DPS lub ZOL - w kontekście aktualnych problemów, które zostaną opisane w niniejszym artykule będą osadzone w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej lub systemu pomocy społecznej. Po-

nadto dynamiczna linia orzecznicza organów odwoławczych - samorządowych kolegiów odwoławczych (SKO) lub sądów administracyjnych (WSA lub NSA) - która zostanie zasygnalizowana w artykule - uwypuklił dany problem dotyczący odpłatności za pobyt w Ośrodkach, ale także ułatwi Kadrze Ośrodków na zmierzanie się z trudnościami. Jest to zamysłem i nadzieją autora artykułu.

ZOL

Zakłady opiekuńczo - lecznicze zapewniają pielęgnację pacjentów, którzy co prawda nie wymagają hospitalizacji, ale nie są samodzielni ze względu na stan zdrowia. Sprawują zatem opiekę medyczną całodobowo. ZOL głównie obejmują opieką pacjentów przewlekle cho-

rych, z niepełnosprawnością lub po ciężkiej chorobie albo zabiegu operacyjnym. To generuje olbrzymie koszty. Dla zobrazowania problemu, sygnalizacyjnie tylko warto wspomnieć, że przychody z tytułu świadczeń opiekuńczych kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) wraz z opłatami ponoszonymi przez pacjentów w ZOL nie pozwalały na pokrycie kosztów udzielania tych świadczeń przez większość objętych monitoringiem ZOL. Trzeba pamiętać, że ZOL są finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Pacjent powinien pokrywać tylko koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się stosując zasadę określoną w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.), dalej także „u.ś.o.z.”, zgodnie z którą świadczenioborca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury (od 1 marca 2022 r. to kwota 3346,10 zł.), z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczenioborca w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Tym samym podstawą do wyliczenia dla pacjenta limitu odpłatności za pobyt w ZOL, czyli za wyżywienie i zakwaterowanie jest jego miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Zgodnie z definicją wyrażoną art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 2 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.), dalej także „ustawa” lub „u.p.s.” za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o:

1. miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych i koszty uzyskania przychodu;
2. składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opie-

ki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach;

3. kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

Nie można jednak zapominać, że do dochodu ustalonego zgodnie opisanymi wyżej zasadami nie wlicza się:

1. jednorazowego pieniężnego świadczenia socjalnego,
2. zasiłku celowego,
3. pomocy materialnej mającej charakter socjalny albo motywacyjny, przyznawanej na podstawie przepisów o systemie oświaty,
4. wartości świadczenia w naturze,
5. świadczenia przysługującego osobie bezrobotnej na podstawie przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych,
6. świadczenia pieniężnego dla działaczy opozycji antykomunistycznej oraz osób represjonowanych z powodów politycznych,
7. dochodu z powierzchni użytków rolnych poniżej 1 ha przeliczeniowego,
8. świadczenia wychowawczego, o którym mowa w ustawie z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci,
9. świadczenia pieniężnego, o którym mowa w art. 8a ust. 1 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka,
10. świadczenia pieniężnego dla weteranów walk o wolność i niepodległość Polski,
11. nagrody specjalnej Prezesa Rady Ministrów przyznawanej na podstawie art. 31a ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów,
12. pomocy finansowej przyznawanej repatriantom,
13. środków finansowych przyznawanych w ramach działań podejmowanych przez organy publiczne, mających na celu poprawę jakości powietrza lub ochronę środowiska naturalnego;
14. zwrotu kosztów, o których mowa w art. 39a ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe,
15. rodzinnego kapitału opiekuńczego,
16. dofinansowania obniżenia opłaty rodzica

za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna, o którym mowa w art. 64c ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3,

17. kwotę dodatku energetycznego,
18. kwotę dodatku ośtonowego.

Przykład problemu z praktyki:

Czy ZOL udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach finansowania ze środków publicznych musi przyjąć ubezpieczonego pacjenta, który nie posiada żadnego dochodu? Odpowiadając na powyższe pytanie, trzeba odpowiedzieć - tak (zakładając oczywiście medyczne podstawy do przyjęcia osoby ubezpieczonej). W myśl art. 33a ust. 1 u.ś.o.z. świadczenioborca przysługują (a nie mogą przysługiwać - przyp. autora) świadczenia pielęgnacyjne lub opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Jest to konsekwencją posiadania ubezpieczenia zdrowotnego w ramach systemu opieki zdrowotnej.

Artykuł 33a u.ś.o.z. określa także delegację dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia w sprawie zasad wystawiania skierowań, dokumentacji wymaganej przy kierowaniu, jak również zasad odpłatności za pobyt w ZOL. Miesięczna opłata za pobyt w zakładzie opiekuńczym, obejmująca koszty wyżywienia i zakwaterowania, o której mowa w art. 18 u.ś.o.z. zwana dalej „opłatą”, jest ustalana przez kierownika ZOL. Opłatę ustala się ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu świadczenioborca przebywającego w zakładzie opiekuńczym. Co istotne dla praktyki, opłatę ustala się na podstawie dokumentów stwierdzających wysokość dochodu świadczenioborca, w szczególności:

1. decyzji organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej; do decyzji można załączyć zgodę świadczenioborca ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie opiekuńczym przez właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy ze świadczenia wypłaconego przez ten organ, lub

2. decyzji o przyznaniu zasiłku stałego; do decyzji można załączyć zgodę świadczenioborca ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego do odbioru tych należności przez zakład opiekuńczy.

Uwaga

W przypadku czasowej nieobecności świadczenioborca w zakładzie opiekuńczym w trakcie jego pobytu w tym zakładzie opiekuńczym, obliczając opłatę uwzględnia się liczbę dni pobytu świadczenioborca poza zakładem opiekuńczym, przy czym opłatę oblicza się w ten sposób, że za dni pobytu poza zakładem opiekuńczym opłata wynosi 70% opłaty pobieranej za dni obecności w zakładzie opiekuńczym.

Warto pamiętać, że ZOL powinien zasadniczo zapewnić pacjentowi nieodpłatnie: badania diagnostyczne, leki, pieluchomajtki, pieluchy. Rodziny nie mogą być zobowiązane do przynoszenia pieluch, opłacania transportu na konsultacje, np. do poradni specjalistycznych, czy do opłacania wizyt u specjalistów. Każdy ubezpieczony pacjent, który spełnia kryteria przyjęcia do ZOL, powinien być przyjęty bez względu na wysokość emerytury, zgodnie z prowadzoną przez ZOL kolejką oczekujących.

Przykład problemu z praktyki:

W kontekście trwającej wojny na Ukrainie pojawiło się w praktyce pytanie, kto ponosi odpłatność z tytułu zakwaterowania i wyżywienia (70%) obywatela Ukrainy nie posiadającego żadnego dochodu, w tym świadczenia emerytalnego (rentowego), przyjętego jednak do ZOL? Analizując przedmiotowy problem należy w pierwszej kolejności sięgnąć do rozwiązań zawartych w przepisach ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukra-

iny w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz.U. poz. 583 z późn. zm.), dalej także „u.p.o.u.”. W myśl art. 37 ust. 1 u.p.o.u. obywatel Ukrainy, którego pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest uznawany za legalny na podstawie art. 2 ust. 1, jest uprawniony do opieki medycznej udzielanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obejmującej świadczenia opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie, w jakim osobom objętym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym przysługuje prawo do świadczeń na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), z wyłączeniem leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej, a także podania produktów leczniczych wydawanych świadczeniobiorcom w ramach programów polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia. Tym samym stosujemy zasadniczo zasady właściwe do ubezpieczonych w powszechnym systemie zdrowotnym obywateli Rzeczypospolitej Polskiej. W konsekwencji w przypadku braku dochodów i możliwości samodzielnego opłacenia wyżywienia i zakwaterowania w ZOL przez obywatela Ukrainy nie ma podstaw i regulacji, które stanowiłyby np. o przeniesieniu obowiązku pokrycia tych kosztów na jednostki samorządu terytorialnego lub inne podmioty, instytucje.

Warto w tym miejscu zaznaczyć inicjatywę Rzecznika Praw Pacjenta (RPP), który uznał za naruszające zbiorowe prawa pacjentów praktyki stosowane przez niektóre ZOL, polegające na ustalaniu dobowej opłaty za pobyt w ZOL-u bez obowiązkowego uwzględnienia dochodu pacjenta w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, a tym samym pobieraniu tej opłaty w wysokości wyższej niż 70% miesięcznego dochodu. Przy przyjmowaniu do niektórych ZOL, pacjenci byli zobowiązani do podpisu oświadczenia, że zobowiązują się do ponoszenia opłaty za pobyt w określonej konkretnie kwocie (niezgodnej z powszechnie obowiązującymi przepisami). Powyższa opłata została rzecz jasna narzucona z góry każdemu pacjentowi, niezależnie od jego sytuacji ma-

terialnej. W reakcji RPP zobowiązał te ZOL do poinformowania każdego pacjenta pisemnie, że ma możliwość ubiegania się o zwrot kwot pobranych w zawyżonej wysokości, a także przeproszenia tych pacjentów. Ponadto w postępowaniu sądowym RPP podkreślił, że ZOL miał w omawianych sprawach zawartą umowę z NFZ, a więc to NFZ jako płatnik publiczny ponosił odpłatność za udzielane świadczenia zdrowotne. W związku z powyższym ZOL był zobowiązany przestrzegać praw pacjenta określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849 z późn. zm.), a tym samym miał obowiązek zapewnić pacjentom równy dostęp do świadczeń zdrowotnych zgodnie z art. 6 ust. 2 tej ustawy.

DPS

Jeżeli usługi opiekuńcze świadczone w domu osoby tego wymagającej, w tym nawet specjalistyczne usługi opiekuńcze nie wystarczają, można skorzystać z całodobowych usług w domu pomocy społecznej (DPS). Zasadą jest, że pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca, z zastrzeżeniem, że ogłoszony średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca musi zapewniać realizację zadań na poziomie obowiązującego standardu.

Średni miesięczny koszt utrzymania w domu pomocy społecznej stanowi kwotę rocznych kosztów działalności domu wynikającą z utrzymania mieszkańców, z roku poprzedniego, bez kosztów inwestycyjnych i wydatków na remonty, powiększoną o prognozowany średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, przyjęty w ustawie budżetowej na dany rok kalendarzowy, podzieloną przez liczbę miejsc, ustaloną jako sumę rzeczywistej liczby mieszkańców w poszczególnych miesiącach roku poprzedniego, w domu. Dla praktyki istotne jest, to że średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca w domu pomocy społecznej o zasięgu gminnym - ustala wójt (burmistrz, prezydent miasta) i ogłasza w wojewódzkim dzienniku urzędowym, nie później niż do dnia 31 marca każdego roku. Natomiast w domu pomocy społecznej o zasięgu powia-

towym - ustala starosta i ogłasza w wojewódzkim dzienniku urzędowym, nie później niż do dnia 31 marca każdego roku.

Przykład problemu z praktyki:

Sama zmiana przez starostę średniego miesięcznego kosztu utrzymania w domu pomocy społecznej o zasięgu powiatowym nie jest podstawą do zmiany decyzji dla mieszkańca DPS w sprawie jego odpłatności za pobyt w DPS. Nie należy bowiem zmieniać decyzji ustalającej wysokość opłat mieszkańca za pobyt w DPS w przypadku, gdy jego dochód nie zmienił się powyżej 10% kryterium dochodowego dla osoby samotnie gospodarującej.

Ponadto musimy pamiętać, że zmiana wysokości odpłatności za pobyt w DPS powinna następować ze skutkiem „na przyszłość” tzn. nie wcześniej niż od dnia następującego po dniu doręczenia decyzji mieszkańcowi DPS, pod warunkiem nadania decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności. W ostatnim czasie w orzecznictwie można zaobserwować wyraźną tendencję orzeczniczą, zgodnie z którą art. 106 ust. 5 ustawy stanowi *lex specialis* w stosunku do uregulowań zawartych w k.p.a., dopuszczając przełamanie zasady ochrony praw dobrze nabytych na zasadach innych niż ustanowione w przepisach postępowania administracyjnego. Ustawodawca w redakcji art. 106 ust. 5 u.p.s. postuluje się bowiem pojęciami: „zmienia” i „uchyla” decyzję. Oznacza to, że zarówno zmiana decyzji pierwotnej przyznającej świadczenie z (...), jak i jej uchylenie mają charakter konstytutywny, bo tworzy, zmienia lub uchyla stosunki prawne, przy czym ta zmiana konkretnej sytuacji prawnej następuje z mocy samej decyzji. Jednak deklaratoryjność czy konstytutywność decyzji nie przesądza jeszcze o skutkach z niej wynikających. Należy więc uznać, że akt konstytutywny, kreujący określone prawa i obowiązki pozostaje w związku z zaistnieniem przesłanek faktycznych stanowiących podstawę powstania określonych skutków prawnych. W takiej sytuacji konstytutywna decyzja (akt) może działać zarówno z mocą na przyszłość, jak i z mocą wsteczną (wyrok NSA z 28 października 2009 r., sygn. akt: II GSK 153/09; wyrok NSA z 3 stycznia 2013

r., sygn. akt: I OSK 1129/12). Wobec powyższego przyjąć należy, że w sprawie zmiany odpłatności za pobyt w DPS, a tym samym zmiana decyzji na podstawie art. 106 ust. 5 u.p.s. może mieć skutek wsteczny. Okoliczności faktyczne uległy bowiem takim zmianom, że możliwe będzie ustalenie mieszkańcowi DPS opłaty za pobyt w domu w innej wysokości, niż pierwotnie ustalona. Jego sytuacja finansowa uległa bowiem istotnym modyfikacjom, które uzasadniają ustalenia takiej opłaty zgodnie z zasadami wynikającymi z u.p.s., wyjaśnionymi w powyższych rozważaniach

Konkluzja

W konkretnych okolicznościach danej sprawy decyzja zmieniająca odpłatność za pobyt w DPS, wydana w oparciu o art. 106 ust. 5 u.p.s. może wywoływać skutek wsteczny. Przyjmuje się, że do wyżej wymienionych okoliczności można zaliczyć, np. jednorazowe uzyskanie dochodu należnego za dany okres (art. 8 ust. 12 u.p.s.), którego kwotę ustawodawca nakazuje wręcz uwzględnić w dochodzie osoby lub rodziny przez okres, za który uzyskano ten dochód.

Nie jest bez znaczenia, że organ, który skierował osobę do DPS ma obowiązek przeprowadzić postępowanie o ustalenie odpłatności za pobyt w DPS w stosunku do wszystkich osób obowiązanych (najczęściej dzieci, wnuków). Jest to równoznaczne z tym, że na wstępie należy ustalić adresy zstępnych mieszkańca DPS oraz przeprowadzić z nimi rodzinny wywiad środowiskowy cz. II.

Przykład z praktyki:

W przypadku, gdy osób zobowiązanych do ponoszenia odpłatności za pobyt rodzina w DPS jest więcej, organ powinien objąć sprawę ustalenia wysokości odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej jednym postępowaniem i w jego toku poczynić ustalenia dotyczące ich sytuacji dochodowej i możliwości ponoszenia kosztów z tego tytułu. Rzeczą organu jest wówczas ustalenie wysokości kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy średnim miesięcznym kosztem utrzymania mieszkańca i wnoszoną przez niego opłatą, stanowiącą nie więcej niż 70% jego dochodów. Następnie organ winien

ustalić krąg osób zobowiązanych do wnoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej i podjąć działania zmierzające do ustalenia ich sytuacji dochodowej i w konsekwencji wysokości opłaty, przy czym nie jest wykluczone, że osoba zobowiązana wyrazi chęć ponoszenia pozostałych kosztów w całości.

Wysokość obciążeń osoby spełniającej kryterium dochodowe określone w art. 61 ust. 2 pkt 2 u.p.s. zależy jedynie od tego, o ile jej dochód przekracza kwotę kryterium dochodowego. Opłata nie może być wyższa od tej nadwyżki. Powyższe oznacza, że małżonek, zstępny, wstępny mieszkańca DPS, który:

a) posiada status osoby samotnie gospodarującej, ma ustawowy obowiązek wnosić opłaty za DPS, jeżeli posiadany dochód jest wyższy niż 300% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej (tj. $300\% \times 776 \text{ zł} = 2328 \text{ zł}$), jednak kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie może być niższa niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (tj. 2328 zł);

b) posiada status osoby w rodzinie, wnosi opłatę za pobyt w DPS, jeżeli posiadany dochód na osobę jest wyższy niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (tj. $600 \text{ zł} \times 300\%$), jednak kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie może być niższa niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (tj. 1800 zł).

Z aktualnego orzecznictwa

WSA w Olsztynie w wyroku z 21 marca 2020 r., sygn. akt: II SA/Ol 236/20, wyraził pogląd, że „zasada kolejności przyjęta w art. 61 ust. 1 u.p.s. oznacza, że w sytuacji, gdy osoba umieszczona w domu pomocy społecznej nie jest w stanie ponosić kosztów pobytu w placówce, obowiązek wnoszenia opłat spoczywa na małżonku, w następnej kolejności na zstępnych, w dalszej kolejności na wstępnych, a w jeszcze dalszej - na gminie, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej. Wnoszenie opłat nie obciąża równocześnie wszystkich zobowiązanych wymienionych w art. 61 ust. 1 u.p.s., obowiązek ten przechodzi na nich w kolejności ustalonej w powołanym przepisie. Nie można jednak mówić o kolejności w sytuacji wystąpienia obowiązku ponoszenia opłat

przez kilkoro zstępnych. Każdy z nich ma bowiem taki sam obowiązek ponoszenia opłat, a jedynie różnicować je może osiągnięte kryterium dochodowe każdego zstępного (por. wyrok WSA w Poznaniu z dnia 10 lipca 2019 r., sygn. akt IV SA/Po 381/19).

Podsumowanie

Spoglądając horyzontalnie na przedmiotową tematykę, autor zauważa niepokojącą perspektywę. Mianowicie dla opieki długoterminowej NFZ określił priorytet mający na celu rozwój opieki domowej. Nie kwestionując oczywiście podstaw do rozwoju opieki domowej, my praktycy wiemy jednak z doświadczenia zawodowego, że na pewnym etapie rozwoju problemów zdrowotnych opieka domowa w bardzo wielu przypadkach indywidualnych już nie wystarcza. Mamy tego odzwierciedlenie także w przepisach ustawy z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.), dalej także „u.p.s.” lub „ustawa”. W myśl art. 54 ust. 1 ustawy osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej. Jednak ust. 3 tego przepisu klaryfikuje już, że osoba wymagająca wzmożonej opieki medycznej kierowana jest na podstawie art. 33a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego. Biorąc zatem dodatkowo pod uwagę zmiany demograficzne zachodzące w starzejącym się społeczeństwie oraz konieczność zapewnienia dostępności świadczeń medycznych należy poddać pod poważną dyskusję i co ważne - odpowiednie decyzje - sposób finansowania Ośrodków. Dotychczasowy system finansowania Ośrodków nie będzie w stanie za kilka lat gwarantować bezpieczeństwa pacjentów w ZOL lub mieszkańców DPS. ●

Przewlekła choroba nerek

– CICHY ZABÓJCA
STARSZYCH PACJENTÓW.
JAK SKUTECZNIE DIAGNOZOWAĆ
I JAKIE POSTĘPOWANIE
REALIZOWAĆ

ALEKSANDER BIESIADA //

rezydent medycyny rodzinnej, lekarz hospicjum domowego, autor bloga mistrzpolikarp.pl

Przewlekła choroba nerek (PChN) jest coraz częściej występującym schorzeniem w populacji zarówno Polski, jak i światowej. Szacuje się, że może występować nawet u co 10 osoby, co daje 4 miliony Polaków zmagających się z chorobą.¹ Według międzynarodowej organizacji KDIGO PChN definiuje się jako utrzymujące się powyżej 3 miesięcy nieprawidłowości budowy lub czynności nerek, mające znaczenie dla zdrowia.

Jest to choroba podstępna, ponieważ mimo toczącego się procesu zapalnego prowadzącego do trwałych uszkodzeń początkowo może nie dawać żadnych objawów. Dlatego bardzo ważne jest to, aby osoby należące do grup ryzyka zachorowania były regularnie kontrolowane, co pozwoli odpowiednio wcześniej rozpocząć działania mające na celu spowolnienie rozwoju choroby.

Literatura:

1. Jazienicka-Kietb A, Babicki M, Krajewska M, Oko A, Mastalerz-Migas A. Przewlekła choroba nerek w praktyce lekarza POZ – diagnostyka, obraz kliniczny, postępowanie. *Lekarz POZ*. 2022;8(2):105-111.

Kto jest zagrożony?

Przede wszystkim osoby starsze, choć oczywiście nie tylko. Przewlekła choroba nerek może rozwijać się na podłożu wielu schorzeń, stąd starsi pacjenci zagrożeni są szczególnie. U dorosłych najczęstszą przyczyną są choroby cywilizacyjne, do których należą cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, miażdżycy oraz otyłość. Wpływ na pogorszenie wydolności nerek mają także pierwotne i wtórne choroby dotyczące tego narządu (np. kłębuszkowe zapalenia nerek, kamica nerkowa, czy zakażenia układu moczowego), a także osoby z chorobą nowotworową. Do rozwoju PChN silnie predysponuje również stosowanie leków nefrotoksycznych, nieodpowiednia dieta oraz palenie papierosów.²

Jakie są objawy?

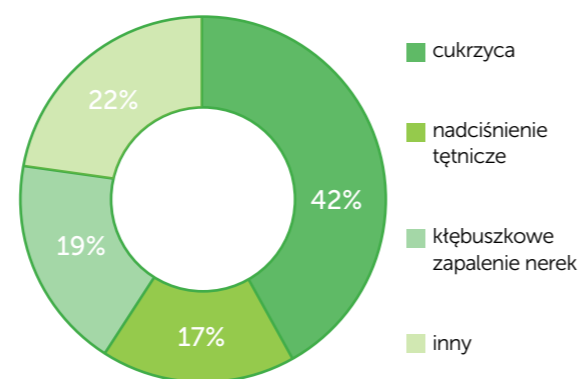
W początkowej fazie mogą nie występować żadne dolegliwości, co przy braku odpowiedniej czujności może opóźnić prawidłowe rozpoznanie. Często jedynymi objawami są te wynikające z podstawowej choroby, która przyczyniła się do rozwoju PChN, np. nadciśnienie tętnicze lub podwyższone wartości glukozy.

Wraz z postępowaniem choroby można zaobserwować dolegliwości dotyczące prawie każdego układu w organizmie człowieka. Co niezwykle istotne - pogarszają one codzienne funkcjonowanie pacjentów, zwłaszcza starszych. Coraz trudniejsza staje się także opieka nad tymi chorymi. Wśród tych objawów można wyróżnić:

- osłabienie, męczliwość
- niedokrwistość
- obrzęki kończyn
- nadciśnienie tętnicze
- zaburzenia ze strony układu pokarmowego
- duszność
- zwiększona podatność na zakażenia
- bóle kostne i zwiększone ryzyko złamań.³

Jakie badania należy wykonać?

Podstawowymi badaniami laboratoryjnymi, które należy wykonać w celu zdiagnozowania PChN są stężenia kreatyniny we krwi i wydalanie



białka z moczem. Skutecznym parametrem do oceny wczesnej postaci niewydolności nerek może być oznaczenie wartości uACR (poziom albuminy odniesiony do poziomu kreatyniny w moczu). Wartość tych parametrów silnie koreluje ze stopniem uszkodzenia nerek.

Na podstawie stężenia kreatyniny można oszacować stopień przesączania kłębuszkowego, czyli eGFR (*estimated glomerular filtration rate*), a w oparciu o niego określić stopień zaawansowania choroby.

Dodatkowymi nieprawidłowościami w badaniach laboratoryjnych są:

- niedokrwistość
- zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej i elektrolitowej
- gromadzenie się mocznika i kwasu moczowego we krwi
- krwimocz
- odchylenia wynikające z choroby podstawowej

U pacjentów z PChN należy regularnie kontrolować wartości ciśnienia tętniczego, gdyż jego skuteczne obniżenie jest ważnym elementem profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych.⁴ Istotna jest także kontrola poziomu cukru we krwi oraz w moczu, choć trzeba zwrócić uwagę na niektóre obecnie stosowane leki, które mogą być przyczyną pojawienia się cukru w moczu. Obecnie powszechnie dostępnym badaniem jest także USG nerek, które można wykonać celem zobrazowania narządu i oceny uszkodzeń.

Literatura:

2. <https://podyplomie.pl/wiedza/wielka-interna/1181,diagnostyka-przewleklej-choroby-nerek>
3. <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.14.2>
4. Pugh D, Gallacher PJ, Dhaun N. Management of Hypertension in Chronic Kidney Disease [published correction appears in Drugs. 2020 Sep;80(13):1381]. Drugs. 2019;79(4):365-379.

Kto powinien się badać?

Przede wszystkim osoby z grupy ryzyka, czyli **chorujące na cukrzycę, nadciśnienie i otyłość**. Bardzo ważne jest także to, aby do badań przesiewowych w kierunku PChN włączyć **osoby w podeszłym wieku**. W przypadku ludzi starszych często można spotkać się ze współwystępowaniem wymienionych chorób, co jeszcze bardziej zwiększa ryzyko niewydolności nerek. Wraz z wiekiem dochodzi także do fizjologicznego obniżenia się eGFR⁵, co nawet bez obecności innych chorób może doprowadzić do utraty prawidłowej funkcji nerek i wszelkich powikłań związanych z tym stanem.

Jak monitorować?

Podobnie jak do wstępnej diagnostyki, tak i przy monitorowaniu choroby użytecznym wskaźnikiem jest eGFR. Na jego podstawie możliwe jest określenie postępu oraz ocena wprowadzonego leczenia.

Coraz większe znaczenie przypisuje się także wymienionemu wcześniej wskaźnikowi uACR (*urine albumin-to-creatinine ratio*), który określa stosunek białka do kreatyniny wydalanych w moczu. Badania wskazują na to, że może być stosowany do przewidywania ryzyka niewydolności nerek.⁶

Częstość wykonywania badań w celu monitorowania czynności nerek powinna być dopasowana indywidualnie do stanu chorego i zwiększana wraz z zaawansowaniem choroby. W przypadku wystąpienia niepokojących objawów mogących wskazywać na zaostrzenie przewlekłej choroby konieczna jest natychmiastowa ocena.

Jak można zapobiegać i leczyć?

Na każdym etapie choroby ważne jest to, aby eliminować czynniki prowadzące do jej postępu. Do takich działań należy:

- redukcja masy ciała w przypadku nadwagi i otyłości
- ograniczenie spożycia soli w diecie
- zaprzestanie palenia papierosów

Literatura:

5. Phoon RK. Chronic kidney disease in the elderly - assessment and management. Aust Fam Physician. 2012 Dec;41(12):940-4.
6. Al-Wahsh H, Lam NN, Quinn RR, et al. Calculated versus measured albumin-creatinine ratio to predict kidney failure and death in people with chronic kidney disease. Kidney Int. 2022;101(6):1260-1270.
7. <https://www.mp.pl/szczepienia/artykuly/wytyczne/230398,jak-szczepic-osoby-z-przewlekla-choroba-nerek-i-po-przeszczepieniu-nerki>

- wprowadzenie regularnej aktywności fizycznej
- zadbanie o odpowiednie nawodnienie organizmu

Ze względu na obniżoną odporność i zwiększoną podatność na infekcje zaleca się każdemu choremu coroczne szczepienia przeciwko grypie, a w przypadku bardziej zaawansowanej choroby także przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B i pneumokokom.⁷

Leczenie polega przede wszystkim na zahamowaniu postępującego pogarszania się czynności nerek poprzez leczenie choroby podstawowej. Bardzo ważna jest także profilaktyka chorób sercowo-naczyniowych, gdyż PChN wiąże się ze zwiększonym ryzykiem incydentów zakrzepowych, a przez to także wystąpienia takich powikłań jak choroba wieńcowa oraz udar mózgu.

W przypadku wystąpienia schyłkowej niewydolności nerek niezbędne jest włączenie leczenia nerkozastępczego, czyli dializoterapii oraz kwalifikacji pacjenta do przeszczepu nerki, co także wiąże się z wieloma zagrożeniami dla chorego.

Jak postępować u seniorów?

Osoby w podeszłym wieku stanowią wyjątkową grupę chorych, ponieważ mimo tego, że są oni najbardziej zagrożeni postępowaniem choroby, postępowanie w przypadku osób starszych, zwłaszcza w zaawansowanym stadium choroby, wymaga pewnych modyfikacji.

O ile konieczność redukcji ciśnienia tętniczego jest bardzo istotnym elementem terapii u każdego chorego, o tyle należy jednak pamiętać, że u osób starszych przewlekłe chorujących na nadciśnienie zbyt intensywne obniżanie jego wartości może być źle tolerowane i prowadzić wręcz do zaostrzenia PChN.

W przypadku osób starszych szczególnie ważne jest zadbanie o **prawidłowe nawodnienie**. Wraz z wiekiem zmniejsza się odczuwanie pragnienia, a z powodu innych dolegliwości, np. nietrzymania moczu bądź trudności z jego oddawaniem,

seniorzy często świadomie ograniczają ilość przyjmowanych płynów.⁸

Należy także zwrócić szczególną uwagę na leki, gdyż często ze względu na wiele występujących u nich schorzeń, pozostają oni pod opieką różnych specjalistów, którzy prowadzą ich leczenie niezależnie od siebie. Może to doprowadzić do sytuacji, kiedy przyjmują oni kilka leków moczopędnych zwiększających ryzyko odwodnienia czy też leki mogące wchodzić ze sobą w interakcje oddziałując tym samym niekorzystnie np. na nerki.

Osoby starsze są zagrożone wystąpieniem zespołu kruchości, który wiąże się z ryzykiem bardzo szybkiego pogarszania się stanu zdrowia.

Jakie są powikłania i zagrożenia?

Nerki pełnią w naszym organizmie wiele ważnych funkcji, zatem ich postępująca niewydolność wiąże się z wieloma negatywnymi skutkami.

Prawidłowo funkcjonujące nerki są odpowiedzialne za wytwarzanie erytropoetyny, czyli hormonu pobudzającego tworzenie krwinek czerwonych. Postępująca niewydolność nerek może doprowadzić do niedokrwistości i jej powikłań, zatem konieczne może okazać się także wprowadzenie leczenia niedokrwistości w zależności od wartości hemoglobiny przy pomocy preparatów żelaza lub pochodnych erytropoetyny, które także nie są pozbawione skutków ubocznych.⁹

W związku z zaburzoną gospodarką wapniowo-fosforanową dochodzi do zagrożenia wystąpienia powikłań ze strony układu kostnego, takich jak osteoporoza i osteodystrofia, czyli za-

burzenia strukturalne kości. Wraz ze zwiększonym ryzykiem upadków u osób starszych może to prowadzić do patologicznych złamań kości, które często wiążą się z długotrwałymi hospitalizacjami i ograniczeniem aktywności seniorów, co tylko pogłębia ich problemy zdrowotne.¹⁰

Wraz z pogarszającą się czynnością nerek przeciwwskazane jest także stosowanie środków kontrastowych często wykorzystywanych do badań obrazowych, np. tomografii komputerowej. Może to niekorzystnie wpłynąć na diagnozowanie innych chorób ze względu na ograniczenie możliwości diagnostyki.

Przy postępującej niewydolności nerek i zmniejszaniu się wartości eGFR zachodzi konieczność modyfikacji leczenia także innych chorób współtowarzyszących. W przypadku wielu leków przy obniżającej się wartości eGFR należy zmodyfikować dawkę, tak by utrzymać ich skuteczność oraz zapobiec nefrotoksyczności. Część dotychczas stosowanych leków może okazać się także przeciwwskazana przy zbyt niskich wartościach eGFR.

Jaka jest rola opiekunów?

Przede wszystkim profilaktyka i edukacja chorych. Należy zwracać szczególną uwagę na osoby starsze oraz obciążone chorobami mogącymi prowadzić do PChN, którzy często stanowią tę samą grupę pacjentów. Bardzo ważne jest również to, aby dopasować właściwe leczenie, a w odpowiednim momencie skierować do nefrologa. Zapewnienie optymalnego leczenia (w tym chorób współistniejących, np. cukrzycy) prowadzi do zmniejszenia ryzyka progresji choroby nerek, poprawia jakość życia chorych i zmniejsza ich zależność od opiekunów. ●

Dla lekarzy zajmujących się pacjentami obciążonymi lub zagrożonymi przewlekłą chorobą nerek Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej przygotowało platformę edukacyjną i kurs (około 4 godzin materiałów video). Całość dostępna jest za darmo na stronie: www.pchn.edu.pl

Literatura:

- Przewlekła choroba nerek. Podręcznik dla lekarza praktyka. J. Dutawa, F. Kokot, Warszawa 2019
- Portolés J, Martín L, Broseta JJ, Cases A. Anemia in Chronic Kidney Disease: From Pathophysiology and Current Treatments, to Future Agents. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:642296. Published 2021 Mar 26. doi:10.3389/fmed.2021.642296
- Nickolas TL, Leonard MB, Shane E. Chronic kidney disease and bone fracture: a growing concern. *Kidney Int*. 2008;74(6):721-731.

Szacunek i podmiotowe podejście wobec osób z niepełnością sprawnością

– JAK TO ZROBIĆ W PRAKTYCE?

MONIKA KARWACKA // pedagożka specjalna, wykładowczyni akademicka, szkoleniowiec, zarządzająca ośrodkiem wsparcia dla dorosłych osób z wieloraką niepełnosprawnością. W pracy terapeutycznej promuje budowanie podmiotowej relacji opartej o zrozumienie potrzeb osób z niepełnosprawnością.

Tradycyjny medyczny model wsparcia osób z niepełnosprawnościami, utożsamiany z podejściem paternalistycznym, spotyka się z uzasadnioną krytyką. Paternalizm to asymetryczna relacja między pracownikiem-specjalistą, a osobą wspieraną. W relacji tej specjaliście przypisywana jest władza, wiedza i wpływ. Autonomia i możliwość decydowania

o sobie są ograniczane, co uzasadnia się stanem, w jakim znajduje się osoba wspierana. Zakłada się, że ze względu na pewne cechy – na przykład chorobę, wiek, niewielkie życiowe doświadczenie, niepełnosprawność intelektualną czy brak istotnych informacji o własnej sytuacji i skutkach działania – osoba nie może kierować swoim życiem, wymaga kontroli i pomocy. Decyzje podejmuje więc specjalista, który uznaje,

że jego doświadczenie życiowe i zawodowe, zajmowana pozycja społeczna legitymuje to, by wiedzieć lepiej, co jest ważne, dobre, potrzebne innym... Specjalista zarządza życiem osoby wspieranej, oczekuje podporządkowania, zgadzania się z jego opiniami i decyzjami. W ten sposób zredukowana jest godność osoby potrzebującej wsparcia, odbierana jest autonomia i możliwość samostanowienia. Krytyka relacji paternalistycznej między pomagającym (specjalistą) a osobą przyjmującą wsparcie, negatywna ocena przedmiotowego traktowania osób zależnych doprowadziła do przyjęcia w wielu krajach modelu **opieki skoncentrowanej na osobie**.

Po raz pierwszy terminu opieka skoncentrowana na osobie (person centered care - PCC) użył w 1988 roku Tom Kitwood, chcąc w ten sposób odróżnić medyczne podejście do opieki nad osobami z demencją od podejścia humanistycznego, w którym kluczowa jest relacja i komunikacja. Tom Kitwood w swoim podejściu do opieki umieścił w centrum oddziaływań nie chorobę oraz stan pacjenta, lecz OSOBE, wokół której powinna być zorganizowana opieka. Podkreślał, że należy zaprzestać zapewniania opieki zgodnie z tym co dobre i wygodne dla instytucji i jej personelu. Zachęcał, by pracownicy skupiali się na tym JAK świadczone jest wsparcie i nieustannie zadawali sobie pytanie CZEGO POTRZEBUJE osoba, z którą pracują, co jest DLA NIEJ WAŻNE.

Troska o dobrą jakość życia osób korzystających z wsparcia długoterminowego przekłada się w wielu krajach na zmiany w politykach społecznych i reorganizację zarządzania ośrodkami wsparcia. Coraz częściej sięga się do założeń opieki skoncentrowanej na osobie, które zmieniają opiekę z tradycyjnej opartej o model medyczny i zbliżają ją do modelu społecznego, gdzie osobista autonomia, wybór oraz godność osoby wspieranej są stawiane na pierwszym planie.

Czy opieka skoncentrowana na osobie jest powszechna? Niestety nie, ale staje się coraz bardziej dostępna. Można powiedzieć, że jesteśmy w procesie zmiany w kulturze opieki długoterminowej.

Kreowanie kultury troski o godność, szacunek

i podmiotowość wymagają rewizji sposobu myślenia oraz działania usługodawców i pracowników ośrodków wsparcia. Nowa kultura opieki ma powodować, by osoby wspierane czuły się wysłuchane i ważne, by wiodły satysfakcjonujące wspierane życie zamiast wegetować, żyć z dnia na dzień.

4K opieki długoterminowej skoncentrowanej na osobie

Istotę opieki długoterminowej skoncentrowanej na osobie można opisać w 4 punktach: **kultura, komunikacja, kooperacja, korzyści**.

W opiece skoncentrowanej na osobie należy brać pod uwagę środowisko kulturowe z jakiego wywodzi się osoba - wartości i preferencje dotyczące stylu życia, religijność, przywiązanie do tradycji, przyzwyczajenia oraz życiowe doświadczenia. Dokładne poznanie mieszkańca ułatwia dostosowanie się do jego potrzeb, co jest kluczowym elementem podmiotowego traktowania.

Wysokiej jakości opieka opiera się na skutecznej dwustronnej komunikacji, w której osoba korzystająca z wsparcia (i jej bliscy) są na bieżąco informowani i mają możliwość zadawania pytań o zakres opieki, stan zdrowia, możliwości leczenia, rokowania itp. Chodzi też o stworzenie mechanizmów włączania mieszkańca (i jego rodziny) w budowanie planu opieki i wsparcia oraz umożliwienie podejmowania kluczowych decyzji o własnym życiu. Opieka skoncentrowana na osobie uznaje prawo do decydowania o tym, jak osoba dba o swoje zdrowie, jaki tryb życia prowadzi, w jakie aktywności się angażuje. Przeniesienie uwagi z choroby i stanu pacjenta na jego doświadczenia, potrzeby oraz preferencje przynosi wymierne rezultaty. Badania wskazują, że mieszkańcy rzadziej chorują i szybciej wracają do zdrowia, poprawia się ich jakość snu. Poczucie wpływu na życie, zadowolenie z bycia zauważonym i wysłuchanym zmienia funkcjonowanie emocjonalne osób korzystających z opieki długoterminowej. Pojawia się chęć działania, zmniejsza nasilenie zachowań trudnych takich jak upór, negatywizm, agresja słowna i fizyczna. Stan ten wpływa na większą satysfakcję z pracy wśród specjalistów. Personel jest w mniejszym stopniu wypalony zawodowo, ma większe poczucie zadowolenia z wykony-

wanych obowiązków i rzadziej zmienia pracę.

Od czego rozpocząć zmianę?

Istnieje wiele sposobów na powiązanie przedstawionego podejścia z codziennym życiem osób z niepełnosprawnością intelektualną przebywających w domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-rehabilitacyjnych i innych ośrodkach długoterminowego wsparcia. W praktyce okazuje się, że wiele zmian nie zawsze wymaga zaangażowania dużych nakładów finansowych. Zmiana wymaga zwykle korekty w sposobie organizacji pracy, a przede wszystkim zmian mentalnych u osób zarządzających i pracujących w ośrodkach długoterminowego wsparcia.

Moc słów

Pomyśl o dwóch słowach - instytucja i dom.

Co przychodzi Ci na myśl, gdy słyszysz słowo instytucja? Zazwyczaj słowo instytucja przychodzi na myśl ograniczenie wolności osobistej i przestrzeni fizycznej. Kojarzy się z zamknięciem i odizolowaniem.

Co przychodzi Ci na myśl, gdy słyszysz słowo dom? Dla wielu osób kojarzy się ono z przynależnością, wspólnotą, poczuciem bezpieczeństwa i własną przestrzenią.

Gdzie wolałbyś mieszkać?

Język, jakim się postugujemy, po pierwsze, odzwierciedla sposób myślenia i przyjęty system wartości, po drugie buduje rzeczywistość – wpływa na zachowanie innych i kształtuje międzyludzkie relacje. Można więc poprzez sposób komunikacji wzmacniać negatywne nastawienie czy utrzymywać stereotypy. Wraz ze zmianą kultury wsparcia w ośrodkach długoterminowej opieki ewolucji musi ulec styl komunikacji, tak aby specjalistyczna terminologia, jak i język potoczny używany przez pracowników opieki długoterminowej nie odzwierciedlały orientacji medycznej i instytucjonalnej. W największym skrócie można powiedzieć, że „język skoncentrowany na osobie” jest głównym narzędziem wyrażania wobec niej szacunku, gdyż stawia osobę na pierwszym miejscu i akcentuje jej mocne strony oraz zasoby. Mieszkańcy ośrodków opieki długoterminowej zamiast poleceń, nakazów i zakazów spotykają się z zaproszeniami, zachętami i propozycjami (słyszysz „zatrzymaj

się” zamiast „nie idź”; „zapraszam na kolację” zamiast „chodź na kolację”; „chciałbym, żebyś...” zamiast „musisz”; „pomogę ci wstać” zamiast „nie wstawaj, bo upadniesz”).

Modyfikacja stosowanej przez pracowników restrykcyjnej ma realny wpływ na samopoczucie i budowanie tożsamości osób korzystających ze wsparcia. Może sprawić, że przestaną one być identyfikowane przez pryzmat choroby, niepełnej sprawności, wieku, zachowań trudnych czy koniecznej opieki. Poczują się traktowane z godnością i należnym każdemu człowiekowi szacunkiem.

Właściwa komunikacja odgrywa zasadniczą rolę w zapewnianiu opieki skoncentrowanej na osobie. Tom Kitwood, prekursor opieki skoncentrowanej na osobie w pracy z osobami z demencją, zwracał uwagę na znaczenie stosowania pewnych strategii językowych, które ułatwiają skuteczną komunikację. Do strategii tych zaliczały uznanie, negocjacje, facylitacja i walidacja.

Uznanie - zauważenie osoby dotyczy takich zachowań komunikacyjnych jak powitanie i pozdrowienia, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, zwracania się do osoby po imieniu, komplementowanie i wyrażanie uznania („Dzień dobry, Panie Janie”; „Jak Pani minęło popołudnie?”; „Dobrze Panią widzieć”; „Zawsze Pan pamięta o...”; „Poradziła sobie Pani z...”). Negocjacje wiążą się z pozyskaniem od osoby informacji o jej potrzebach i preferencjach („Woli Pan kawę czy herbatę?”; „Czy jest Pani zimno?”; „Czy chce Pani zostać sama?”; „W czym mogę pomóc?”). Facylitacja polega na wspólnym działaniu lub pomocy osobie w wykonaniu tego, z czym ma problem („Zrobimy to razem.”; „Chciałaby Pani koca. Już podaję.”; „Po kolacji włączę Panu ulubioną muzykę.”). Walidacja wiąże się z zaakceptowaniem uczuć i emocji osoby, byciem empatycznym.

Opisane strategie, jak się okazuje, mają charakter uniwersalny, i można je z powodzeniem stosować wobec każdej grupy osób korzystających z wsparcia długoterminowego.

W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną ważne jest, by pracownicy ośrodków opieki długoterminowej znali systemy komunikacji alternatywnej i wspomagającej (Augmentative and Alternative Communication - AAC). Komunikacja alternatywna i wspomagająca

obejmuje różnorodne techniki i narzędzia, które wspierają możliwości porozumiewania się i rozumienia języka. Przykładami takich rozwiązań jest na przykład język migowy, piktogramy, Makaton, symbole obrazkowe Mówik czy PCS (picture communication symbols). AAC umożliwia wyrażanie myśli, pragnień, potrzeb i uczuć oraz nawiązywanie relacji społecznych.

Skuteczna komunikacja służy zrozumieniu i zaspokojeniu przez personel opieki potrzeb osób korzystających z wsparcia. Efektywna komunikacja powoduje zmniejszenie dyskomfortu emocjonalnego oraz występowania zachowań trudnych - pobudzenia, agresji i autoagresji czy oporu i bierności u mieszkańców.

Mieć wpływ

Pomyśl o dwóch słowach - mieszkaniec i pacjent. Jakie uczucia wywołują?

Słowo mieszkaniec podkreśla relacje między osobą a miejscem albo osobą i społecznością – mieszkaniec domu, mieszkaniec osiedla, ulicy...

Słowo pacjent zazwyczaj kojarzy się z instytucją - życiem zależnym, którego ramy wyznaczają godziny przyjętych procedur medycznych.

Kim chciałbyś być? Gdzie chciałbyś żyć – w domu czy instytucji?

Skoncentrowanie się na osobie to odejście od kultury, w której instytucja i personel dyktują zasady wpływające na komfort życia mieszkańców. Specjaliści dążą do indywidualizacji wsparcia i maksymalizacji niezależności poprzez, na przykład, swobodę godzin kładzenia się spać i budzenia, swobodę wyboru miejsca spożywania posiłku (pokój lub jadalna), zindywidualizowane podawanie leków (wizyta w gabinecie pielęgniarki, wizyta pielęgniarki w pokoju mieszkańca zamiast ustawiania się w szereg, dostosowanie godzin świadczenia usług opiekuńczych i medycznych do indywidualnych potrzeb i stylu życia), zindywidualizowane tematycznie zajęcia związane z zainteresowaniami mieszkańca. Warto szukać w tym względzie nie szablonowych rozwiązań, dostarczać nowych doświadczeń i pozostawiać wolność wyboru udziału w aktywnościach, takich jak programy fitness, wellness, joga, warsztaty czy konkursy kulinarne, zajęcia dla majsterkowiczów, kursy szycia itp. Oferta zajęć aktywizujących i tera-

peutycznych nie powinna być narzucana i mieć obligatoryjnego charakteru. Mieszkańcy powinni mieć prawo dokonywania autonomicznego wyboru dotyczącego udziału oraz poziomu zaangażowania w zajęcia. Wśród specjalistów częste jest przekonanie, że osoby z niepełnością intelektualną muszą podlegać ciągłej, całożyciowej terapii i stymulacji. Brakuje koniecznej równowagi między aktywnością a czasem na odpoczynek. Tymczasem nadmiar stymulacji może prowadzić do bierności oraz wycofywania, ale także może być przyczyną rozdrażnienia i niepokoju.

Ośrodki wsparcia długoterminowego skoncentrowane na osobie wdrażają różnego rodzaju sposoby służące poznawaniu mieszkańców, ich preferencji oraz historii życia poprzez pozyskanie informacji od samego mieszkańca, ale także przyjaciół i członków rodziny. Zwykle to długotrwały proces, jednak poświęcenie czasu na poznanie potrzeb mieszkańców jest ważne, aby móc stworzyć dobre warunki życia - spersonalizować rutynę, zastanowić się nad obszarami aktywizacji i terapii.

W przypadku osób posiadających mniejsze możliwości opisanie swoich potrzeb oraz doświadczeń życiowych, źródłem informacji mogą być oprócz rodziny także pracownicy z innych ośrodków wsparcia. Pewnym rozwiązaniem w tym zakresie, dostępnym w Polsce, jest Paszport Życia - zbiór wystandaryzowanych informacji dotyczących między innymi takich obszarów jak stan zdrowia, potrzeby, emocje. Innym źródłem informacji o osobie z niepełnością intelektualną może być **Paszport komunikacyjny**. Zaznaczyć należy, że narzędzie to można wykorzystać w wspieraniu także innych grup - osób starszych, osób z demencją, po wylewach i udarach.

Forma paszportu umożliwia zebranie informacji w przystępny sposób, aby pomóc w szybkim poznaniu i zrozumieniu potrzeb oraz zachowań osoby. Paszporty są szczególnie ważne, kiedy osoba zmienia miejsce pobytu lub pojawiają się w jej życiu nowi ludzie. Paszport zwykle składa się ze strony tytułowej z miejscem na fotografię osoby oraz kilku lub kilkunastu stron, na których zapisane są najważniejsze dane o osobie wzbogacone zdjęciami, grafiką i symbolami PCS. Paszport zawiera także informacje o sposobie

komunikowania się danej osoby, informacje dotyczące głównych obszarów życia - rodzina, zainteresowania, ważne wydarzenia, jedzenie i picie, sytuacje, w których osoba wymaga wsparcia itp. Paszport pisany jest w pozytywny sposób, z perspektywy osoby z niepełnością intelektualną. W praktyce paszporty komunikacyjne to zwykle pojedyncze laminowane kartki formatu a5 spięte w taki sposób, by tworzyć książkę. Spotkać można też inne rozwiązania - plansze ścienne, pojedyncze małe kartki zapinane na karabińczyku, trójdzielne ulotki oraz paszporty w wersji elektronicznej. Często paszporty mają jednostronicową formę i zawierają informacje o różnych aspektach funkcjonowania osoby lub skupiają się na jednym, konkretnym obszarze życia (jedzenie, wizyta u lekarza, toaleta itp.). W zagranicznych ośrodkach popularne są Jednostronicowe Profile Osobiste (One Page Profile). Profile przekazują informacje w trzech

aspektach - co jest ważne dla osoby, co ludzie w niej lubią i cenią oraz informacje specjalistyczne dotyczące niezbędnego wsparcia.

Poniżej znajduje się przykład paszportu komunikacyjnego osoby z niepełnością intelektualną - mieszkanki domu pomocy społecznej. Ważnym elementem zbierania informacji o osobach z niepełnością intelektualną jest określenie strefy działań oszczędzających. By zapewnić komfort fizyczny i emocjonalny należy ustalić wszelkie sytuacje wywołujące napięcie, będące źródłem stresu, wywołujące zachowania trudne. Mogą być to zarówno informacje o doświadczonych traumach, urazach, negatywnych doświadczeniach czy awersji dotyczącej osób, miejsc i aktywności.

Oto przykłady zapisów dotyczący sfery działań oszczędzających: „Kobieta boi się poparzenia gorącą wodą podczas kąpieli i mycia rąk – należy najpierw sprawdzić temperaturę wody, a na-

Przykład paszportu komunikacyjnego osoby z niepełnością intelektualną - mieszkanki domu pomocy społecznej.

O MNIE

Mam na imię Anna. Mam 35 lat. Mieszkalam w Poznaniu. Chodziłam do Warsztatu Terapii Zajęciowej, a potem pracowałam w sklepie z biżuterią. Umiem piec różne ciasta. Słabo słyszę. Jestem osobą z niepełnością intelektualną. Mam siostrę Basię, która studiuje resocjalizację.

JAK SIĘ ZE MNĄ KOMUNIKOWAĆ

- Mów wolno i wyraźnie, patrząc na mnie
- Zmniejsz hałas w otoczeniu
- Czekaj, aż poproszę, żebyś powtórzył co mówisz
- Czekaj, aż odpowiem na pytania
- Umiem czytać proste teksty pisane drukowanymi literami
- Rozumiem polecenia
- Umiem dokonywać złożonych wyborów

O TYM MUSISZ PAMIĘTAĆ

- Słabo słyszę
- Potrzebuję więcej czasu na wykonanie różnych czynności
- Nie lubię marchewki z groszkiem
- Boję się pijanych ludzi
- Jestem samodzielna
- Przeklinam, zwłaszcza, gdy się mnie pośpiesza

CO ZNACZĄ MOJE ZACHOWANIA

- Jeśli nic nie mówię i jestem smutna, to znaczy, że tęsknię za siostrą. Włącz mi nagranie jej głosu.
- W nocy budzę się i jestem zdezorientowana. Włącz światło przy moim łóżku i poczekaj, aż się uspokoję. Możesz mnie potrzymać za rękę.

CO MOŻEMY ROBIĆ RAZEM

- Możesz ze mną rozmawiać o Poznaniu, tworzeniu ceramiki, kosmetykach i pieczeniu ciast
- Lubię słuchać muzyki ludowej
- Dobrze radzę sobie z puzzlami
- Jestem otwarta, czasami podobają mi się nowe aktywności - zaproponuj coś

MOJE ZWYCZAJE

- Nie jem śniadania, ale chętnie wypiję kawę

stępnie umożliwić to Pani A.”; „Pan B. obawia się psów. Gdy Mężczyzna odczuwa, że pies zbliża się zbyt blisko może zareagować krzykiem lub uderzeniem się po głowie. Należy kontrolować odległość między zwierzętami a Panem B. W przypadku wystąpienia zachowań trudnych pomocne jest chwycenie Mężczyzny pod rękę i zapewnienie uspokajającym tonem o bezpieczeństwie”; „Pani C. wspominając dom rodzinny może się wzruszyć i płakać. Pomocna w tej sytuacji może być rozmowa telefoniczna z rodziną lub oglądanie albumu ze zdjęciami. Należy przyjąć emocje Kobiety.”

Badania nad jakością życia osób przebywających w ośrodkach wsparcia długoterminowego ujawniają pewną prawidłowość między zadowolającą oceną i satysfakcjonującym życiem, a możliwością decydowania o sobie i niezależnością w takich obszarach jak: godziny odpoczynku, rodzaj podejmowanych aktywności, wyżywienie i rodzaj ubioru. Dlatego dąży się, by zamiast zapewniać ograniczone i powtarzające się menu, poznać preferencje żywieniowe mieszkańca i umożliwić wybór dań. Jeśli jest to trudne ze względów organizacyjnych dąży się, by w wybrane dni podawać posiłek na podstawie sugestii mieszkańca. Dodatkowo dba się o dostępność przekąsek i możliwość przygotowania jedzenia poza przyjętymi godzinami spożywania posiłków.

Bycie aktywnym i potrzebnym, posiadanie zadań i obowiązków również wiąże się z poczuciem satysfakcjonującego życia. Pracownicy ośrodków wsparcia promują więc niezależności i samodzielności mieszkańców, pozwalają osobie (z niepełnosprawnością) zrobić wszystko, co może i potrafi we właściwym sobie tempie. Pospieszanie i wyręczanie osób z niepełnosprawnością intelektualną, tylko dlatego, że specjalista może zrobić to lepiej lub szybciej, jest wyrazem paternalizmu i uprzedmiotowienia. Taki sposób postępowania prowadzi też do wyuczonej bezradności i bierności.

Atmosfera miejsca – poczucie bycia u siebie

Pomyśl, czym się kierujesz wybierając miejsce na wakacyjny pobyt. Przypomnij sobie, czy zdarzyło się byś wyjeżdżając z domu rodzinnego zabierał ze sobą ważne dla Ciebie i ulubio-

ne przedmioty – zdjęcie osób bliskich, koc czy poduszkę... A może pamiętasz pobyt w szpitalu, gdzie odebrano Ci prywatne przedmioty i odzież? Jak wtedy się czułeś?

Atmosfera miejsca tworzona jest poprzez wiele elementów – organizację i estetykę przestrzeni, wyposażenie pokoi, wielkość pomieszczeń. Wpływ na atmosferę miejsca mają także ludzie. Dlatego w opiece długoterminowej, która stawia w centrum swoich oddziaływań mieszkańca, przykładą się dużą wagę do budowania relacji ze współmieszkańcami – sąsiadami oraz rozwijanie poczucia bycia w domu. Przykładami działań, które stają się standardem w tego typu ośrodkach, jest budowanie rytuałów powitalnych nowych mieszkańców, przedstawianie pracowników i nowych sąsiadów, świętowanie ważnych wydarzeń.

Środowisko przyjazne mieszkańcom ma być tak zaaranżowane, by jak najbardziej przypominało warunki domowe. Systematycznie dąży się więc do tworzenia mniej licznych, kameralnych ośrodków wsparcia, w których mieszkańcy żyją jak w małych gospodarstwach domowych. Ale nawet w większych ośrodkach podejmuje się wysiłki, by przestrzeń była „mniej medyczna” i bardziej spersonalizowana. Dbą się o możliwość korzystania z przestrzeni zewnętrznych (taras, ogród, altana, uprawa roślin, hodowla pszczoł itp.). Tworzy się większą ilość mniejszych pomieszczeń wspólnych, które zastępują tradycyjne świetlice – sale do słuchania muzyki, oglądania telewizji, uprawiania hobby, sale fitness, pokoje spotkań z bliskimi. W ten sposób powstaje przestrzeń sprzyjająca podejmowaniu aktywności w mniej ustrukturyzowany sposób (poza „grafikiem” zajęć), co ułatwia teźnawiazywanie relacji społecznych. W efekcie wyraźnie oddziela się przestrzeń osobistą mieszkańca od przestrzeni usługowych i wspólnych, a wśród pracowników rozwija się myślenie, że pracują w domu mieszkańca i poniekąd tam goszczą. Umożliwienie mieszkańcowi stworzenia środowiska przypominającego dom, z którego się przeprowadzili jest ważne dla zwiększenia poczucia bezpieczeństwa oraz skrócenia procesu adaptacji do nowych warunków życia. Kadre zarządzające ośrodkami wsparcia długoterminowego zachęca się, by pokoje mieszkańców

były wyposażone w niezbędny sprzęt specjalistyczny (na przykład podnośnik, ssak medyczny) i mieszkańiec mógł przestrzeń dowolnie spersonalizować poprzez wybór koloru ścian, ustawienie mebli i roślin, zawieszenie obrazów. Ważne jest, aby osoby korzystające ze wsparcia mogły mieć przedmioty, które przypominają im o ich życiu przed przeprowadzką – własną odzież, fotografie, bibeloty, książki, a nawet zwierzęta.

Dodatkowym elementem budowania środowiska domowego jest strój specjalistów. Badania wykazały, że kiedy mieszkańcy ośrodków długoterminowego wsparcia widzą pracowników w uniformach czy medycznych fartuchach czują się i zachowują jako bardziej zależni i chorzy. Tradycyjny „instytucjonalny mundur” jest coraz częściej zastępowany normalnym ubraniem, co służy praktycznej wygodzie, ale też zmniejsza dystans między partnerami interakcji. Prywatny, domowy strój powoduje, że pracownicy nie są postrzegani jako zdystansowani i obcy. Możliwość używania prywatnego stroju dotyczy także osób korzystających z ośrodków wsparcia. Szpitalna piżama czy ujednolicone dresy i kombinezony są przejawem depersonalizacji – odarcia ze wszystkiego co na co dzień komunikuje światu kim osoba jest: miłośnikiem hip-hopu, klasycznej elegancji, koloru czarnego czy fanem klubu piłkarskiego. Dlatego w ośrodkach wsparcia długoterminowego piżama jest odzieżą przeznaczoną wyłącznie do snu. Wszystkich mieszkańców, również niesamodzielnych i długotrwale unieruchomionych, zachęca się do przebierania po nocy i wyboru stroju. Nie dokonuje się też grupowych, hurtowych zakupów odzieży.

Być w relacji z innymi

Pomyśl o sytuacjach, w których straciłeś – z różnych przyczyn – możliwość utrzymywania kontaktu z przyjaciółmi i bliskimi. Ktoś dla Ciebie ważny wyprowadził się, zmarł... Czy potrafisz wyobrazić sobie pustkę, która powstaje, gdy ze względu na chorobę lub wiek nie można się komunikować, samodzielnie wybrać numeru telefonu do ukochanej osoby... Jak dotkliwie jest poczucie straty, która dotyczy zarówno własnej sprawności, utraconych relacji i opuszczonego miejsca życia.

Jak poradziłbyś sobie w tej sytuacji?

Ośrodki długoterminowego wsparcia skoncentrowane na osobie dbają nie tylko o utrzymanie relacji ze współmieszkańcami, ale pomagają też w pielęgnacji relacji z przyjaciółmi i rodziną. Zadanie to ułatwia rozwinięta technologia – dostęp do telefonów komórkowych, możliwość prowadzenia wideorozmów, korzystanie z mediów społecznościowych itp. W niektórych ośrodkach opieki długoterminowej regularnie organizuje się odwiedziny w dawnym miejscu zamieszkania, wizyty u rodziny, sąsiadów i przyjaciół.

Trudności we wdrażaniu opieki skoncentrowanej na osobie wynikają z szeregu barier – począwszy od niezrozumienia założeń tej filozofii pracy, poprzez ograniczenia organizacyjne związane ze zbyt małą ilością pracowników, przeciążeniem procedurami administracyjnymi, po zbyt dużą liczbę mieszkańców. To oczywiste, że pełne wdrożenie opieki skoncentrowanej na osobie wymaga zmian systemowych, jednak warto zastanowić się nad pojedynczymi możliwościami do realizacji elementami zmiany dającymi osobom korzystającym ze wsparcia realną poprawę jakości życia. W zmianie kultury wsparcia najważniejszym czynnikiem zapewniającym jakość opieki, najważniejszym elementem zmiany jest PRACOWNIK. Umiejętności zawodowe oraz wysoka inteligencja społeczno-emocjonalna pracowników są kluczem do upodmiotowienia osób zależnych i wysokiej jakości opieki nasyconej szacunkiem. ●

ARTYKUŁ SPONSOROWANY

Nawet kilka kropli...



LESZEK GUGA // psycholog, szkoleniowiec marki Seni

Wychodzisz na zewnątrz. Na niebie jest kilka chmur, ale świeci słońce, jest ciepło. Piękna pogoda. Nagle, czujesz na swojej twarzy kilka kropli. Wyciągasz przed siebie rękę żeby się upewnić. Po kilku chwilach czujesz jak spada na nią kolejnych kilka kropli. Oho – pada. Wystarczy tych kilka kropli, żebyśmy pomimo ładnej pogody uznali, że to deszcz. Nie ignorujemy ich, bo wiemy że za kilka chwil te kilka kropli może zamienić się w ulewę, a nikt nie lubi być przemoczony.

Nie w każdym temacie jesteśmy tak ostrożni i zapobiegawczy. Statystyki dotyczące nietrzymania moczu nieubtęganie pokazują, że początki tej przypadłości są ignorowane i ten okres kiedy zdarza się od czasu do czasu zgubić kilkanaście kropli często jest traktowany dość pobłaźliwie – jako naturalny element starzenia, jako drobniaczek, jako coś co można zignorować. Badania dotyczące epidemiologii nietrzymania moczu pokazują, że najwięcej osób zmagających się z lekkim nietrzymaniem moczu, natomiast jego bardziej zaawansowane stopnie dotyczą proporcjonalnie mniejszej ich liczby.

Mały problem, duże konsekwencje

Lekkie nietrzymanie moczu jest najczęściej występującym nasileniem tej przypadłości. Ze względu na różnice anatomiczne, częściej dotyka kobiet, ale statystyki mówią, że może dotyczyć też jednego na ośmiu mężczyzn. Jego pojawienie się ma duży wpływ na jakość życia osób, których dotyka. Oznacza często rezygnację z towarzystwa, aktywności, obniżenie samopoczucia i samooceny. Poza efektami psychospołecznymi niesie ze sobą ryzyka

do anatomii każdej z płci. Większe poziomy chłonności dostępne są w refundacji.

Choć wkładki **Seni Lady** i **Seni Man** mogą z zewnątrz wyglądać podobnie do zwykłych podpasek mają od nich znacznie większą chłonność – bo są przystosowane do chłonięcia moczu i dzięki temu zapewniają poczucie suchości. Ta suchość ma również duże znaczenie zdrowotne – wkładka wiąże moc wewnątrz,



Wkładki Seni Lady dzięki specjalnym właściwościom i konstrukcji są doskonałym zabezpieczeniem przy nietrzymaniu moczu. Dostępne są w 9 rozmiarach, a każdy z nich różni się poziomem chłonności, żeby móc dobrać produkt odpowiedni do potrzeb.

zdrowotne – przede wszystkim infekcje układu moczowego, ale również pogorszenie stanu skóry pod wpływem kontaktu z drażniącymi czynnikami znajdującymi się w moczu. Wracając do analogii ze wstępu, przy takiej ilości problemów, które wiążą się nawet z najłżejszym stopniem nietrzymania moczu możemy powiedzieć – z małej chmury, duży deszcz. W przypadku deszczu mamy do wyboru wiele, właściwie takich samych parasoli. W problemie tak intymnym jak nietrzymanie moczu na szczęście możemy zaproponować naszym podopiecznym znacznie więcej opcji. Najczęstszym rozwiązaniem są wkładki urologiczne. Są one dostępne w wersji dla kobiet i mężczyzn, dopasowanej swoim kształtem

ograniczając kontakt skóry z drażniącymi substancjami znajdującymi się w moczu. Co najważniejsze, ograniczają one powstawanie nieprzyjemnego zapachu. Ten jeden element dla wielu osób oznacza pokonanie ogromnej przeszkody w kontaktach z innymi ludźmi – obawy, że inni poczną ode mnie nieprzyjemny zapach.



Wkładki urologiczne dla mężczyzn ze średnim nietrzymaniem moczu **Seni Man Super**

Najlepiej nic nie zmieniać

Duża, jeżeli nawet nie największa bariera dotycząca korzystania z produktów chłonnych w lekkim nietrzymaniu moczu znajduje się w głowach mieszkańców. Dla wielu osób, konieczność korzystania z produktu chłonnego może wydawać się czymś niepotrzebnym, a dla wielu panów niemęskim. W takiej sytuacji chcemy mówić o wszystkich zaletach, które wiążą się ze skorzystaniem z takiej formy zabezpieczenia. Warto podkreślać, że nietrzymanie moczu nie musi nic zmieniać w codziennym życiu mieszkańca, zdecydowanie się na odpowiednio dopasowany produkt chłonny będzie praktycznie nieodczuwalną zmianą a przyniesie wiele korzyści.

- **Higiena** – wkładki sprawiają, że bielizna pozostanie sucha i nie będzie uczucia swędzenia skóry, ani nie pojawią się podrażnienia, które potrafią towarzyszyć nawet niewielkiemu nietrzymaniu moczu.
- **Bezpieczeństwo** – wkładka urologiczna sprawi, że nawet jeżeli zdarzy się popuścić większą ilość moczu zostanie ona wchłonięta i nikt nie zauważy ani nie poczuje, że cokolwiek się wydarzyło.

Masz do wyboru 9 poziomów chłonności, z których 5 wyższych jest refundowanych. Dobierz produkt o chłonności odpowiedniej do potrzeb.



- **Samodzielność** – takie produkty są tylko dodatkowym zabezpieczeniem „na wszelki wypadek”, nadal można samodzielnie korzystać z toalety, samodzielnie rozbierać się i przebierać. Wkładka będzie znajdować się w bieliźnie i będzie działać kiedy będzie potrzebna.

- **Komfort** – wkładki na nietrzymanie moczu są dyskretne, oddychające i pozwolą pozostać we własnym ubraniu.

Więcej niż klasyka

Dla tych, dla których pozostanie we własnym ubraniu jest tak ważne, a ich nietrzymanie moczu się pogłębia, klasycznym rozwiązaniem są majtki chłonne takie jak Seni Active. Biała bielizna chłonna jest dostępna w kilku poziomach chłonności, które pozwalają na poradzenie sobie ze średnim nietrzymaniem moczu. Takie produkty przypominają codzienną bieliznę dając jednocześnie poczucie suchości i umożliwiając samodzielne korzystanie z toalety. Dają pewność siebie i pozwalają pozostać aktywnym, korzystać z życia i towarzystwa innych, mimo nasilającego się nietrzymania moczu.

Seni Active



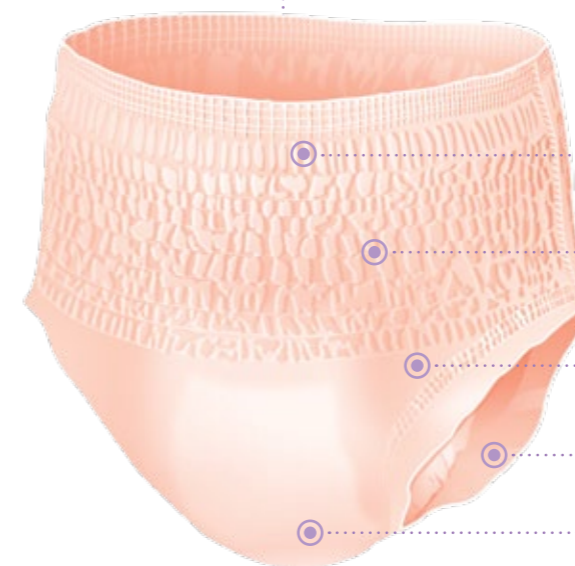
- Seni Active Normal
- Seni Active Super
- Seni Active Plus

Teraz marka Seni proponuje nowe rozwiązanie – kobiece majtki chłonne w delikatnym brzoskwiniowym kolorze: **Seni Lady Pants**. Dzięki nowoczesnej konstrukcji o zwiększonej ilości superabsorbentu są one produktem dyskretnym i niewidocznym pod ubraniem, będąc jednocześnie w stanie związać znaczną ilość moczu. Dlatego to dobre rozwiązanie dla kobiet z lekkim i średnim nietrzymaniem moczu. Dzięki jeszcze większemu podobieństwu do zwykłej bielizny sprawdzą się nie tylko u osób, które będą sobie cenić ich kobiecy wygląd, bardziej anatomiczny kształt czy obniżony stan, ale również dla osób, które np. ze względu na życie z jedną z form demencji mają trudności z zaakceptowaniem innego produktu chłonnego. Przekonując mieszkańców do

skorzystania z **Seni Lady Pants** można podkreślać szereg ich zalet. Wszystkie pluse związane z higieną, bezpieczeństwem, samodzielnością i komfortem, o których mówiliśmy w przypadku wkładek urologicznych nadal będą miały odniesienie do Seni Lady Pants, ale mają one jeszcze kilka dodatkowych korzyści.

Seni Lady Pants są produktem o anatomicznym kształcie i obniżonym stanie. Dzięki swojej budowie są w stanie związać nawet dużą ilość moczu będąc jednocześnie produktem blisko przylegającym do ciała, niewidocznym pod ubraniem. To może dawać mieszkańcom większą łatwość w wykonaniu pierwszego kroku, przewyciężenia swoich oporów i zdecydowania się na korzystanie z produktu chłonnego.

Seni Lady Pants



- Niższy stan - jeszcze bardziej dyskretnie
- Miękką włóknina w delikatnym brzoskwiniowym kolorze
- Oddychające na całej powierzchni
- Kontrola zapachu i poczucie suchości
- Dostosowane do kobiecej anatomii

Majtki chłonne zakładane jak zwykła bielizna stworzone z myślą o osobach:

- które poruszają się same lub przy pomocy
- podczas treningu toaletowego i treningu pęcherza
- które odmawiają noszenia pieluchomajtek na rzepy np. u osób z demencją (otępieniem)
- po zabiegach, w trakcie rehabilitacji

Nawet jeżeli czasem nie jest łatwo przekonać mieszkańców do sięgnięcia po rozwiązanie na nietrzymanie moczu, to dzięki mnogości opcji w ofercie Seni można wybrać produkt, który z jednej strony jest wystarczająco chłonny, z drugiej daje mieszkańcowi poczucie bezpieczeństwa, komfort i poczucie, że rozpoczęcie noszenia produktu chłonnego nie jest dużą zmianą dla niej lub dla niego. Dzięki temu zdecydowanie się

na takie zabezpieczenie będzie łatwiejsze a to ogromnie ważny krok do tego, aby każda osoba była zabezpieczona nawet w sytuacji kiedy nietrzymanie moczu nie jest jeszcze nasilone. Bo i w przypadku deszczu i w przypadku naszego zdrowia – nie lekceważmy nawet kilku kropel. ●

Kontynent Kobiet

- nowy projekt o nietrzymaniu moczu i zdrowiu kobiet

Zależy nam na tym, aby każda kobieta miała dostęp do rzetelnej wiedzy o nietrzymaniu moczu, wiedziata, u jakiego specjalisty szukać wsparcia i jak sobie radzić z inkontynencją.



KONTYNET
Kobiet

Na naszej stronie
www.kontynentkobiet.pl

- zapiszesz się na bezpłatne webinary i warsztaty
- znajdziesz cenne porady i wskazówki
- zamówisz poradnik i próbki wkładek urologicznych

Zamów bezpłatny poradnik

77 faktów o (nie)trzymaniu moczu, o których PORA MÓWĆ OMIARZE

Dowiedz się, jak zadbać o zdrowie i jakość życia przy nietrzymaniu moczu.

Webinary

Zachęcamy do udziału w bezpłatnych webinarach na temat nietrzymania moczu prowadzonych przez specjalistów.

Porady

SZCZERZE – SKĄD SIĘ TO BIERZE?

Czym jest nietrzymanie moczu? Jakiego są jego przyczyny? Jak często powinniśmy oddawać moczu? Na te i wiele innych pytań odpowiedzi znajdziesz w naszych poradach.

PIELĘGNACJA W OPIECE

MYCIE BEZ WODY

Krem myjący 3 w 1



Pianka myjąco-pielęgnująca



Szampon w pianie



AKTYWACJA

Żel aktywizujący



Olejek pielęgnacyjny



SKUTECZNA OCHRONA

Krem ochronny z arginina



Krem ochronny z tlenkiem cynku



WYGODNE OCZYSZCZANIE

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care



Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care Sensitive

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care Maxi



Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care inti+

PIELĘGNACJA SUCHEJ I WYMAGAJĄCEJ SKÓRY

DELIKATNE OCZYSZCZANIE

Delikatny żel myjąco-natuszczający



Odżywczy kremowy żel do mycia



Szampon nawilżający



REGENERACJA

Balsam regenerujący do skóry suchej



Emulsja intensywnie nawilżająca



Odżywczy krem do rąk



Odżywczy krem do stóp



Krem do suchej zrogowaciałej skóry



KOMFORT OPIEKI

Neutralizator zapachu



Podfoliowane myjki higieniczne



Myjki higieniczne



Ślińniki higieniczne z kieszonką



Ręczniki higieniczne air-laid



Kobięco
i dyskretnie
z nową bielizną chłonną

seni®
Lady
PANTS



Zamów
bezpłatną
próbkę
na seni.pl



- W delikatnym brzoskwiowym kolorze
- Poczucie suchości
- Kontrola zapachu
- Idealne dopasowanie

Na lekkie
i średnie
nietrzymanie moczu