Forum Opieki Długoterminowej

medi

ISSN 1643–1308 nakład 3000 egz.

nr 1 (97) marzec 2026

BŁĘDNE KOŁO KRUCHOŚCI

DOJECHANI I WYPALENI

OPIEKA W KAŻDYM ROZMIARZE

damy radę

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.

Na stronie **www.damy-rade.info**

1. znajdź porady, filmy i wideowarsztaty

2. zamów bezpłatny Poradnik

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

3. weź udział w bezpłatnych szkoleniach online

Wśród tematów znajdziesz między innymi:

- Zaburzenia zachowania w demencji – jak sobie z nimi radzić?
- Wyzwania w codziennej opiece (higiena, pielęgnacja, trudne zachowania).
- Stres i wypalenie w opiece.
- Odżywianie podopiecznego.
- Dobór produktu chłonnego na nietrzymanie moczu z dofinansowaniem NFZ.
- Profilaktyka przeciwodleżynowa.

KONTAKT

infolinia: 801 105 555 (połączenie bezpłatne)
mail: fundacja@tzmo-global.com
www.damy-rade.info

PARTNER

seni®

Forum Opieki Długoterminowej

medi

MARZEC // 2026

Szanowni Państwo, Drodzy Czytelnicy!

WYDAWCA:
Fundacja TZMO
Razem Zmieniamy Świat

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

SKŁAD GRAFICZNY:
Małgorzata Bógdał

FOTO:
materiały własne oraz Freepik, Pexels

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 adiustacji nadsyłanych tekstów. Przedruk, kopiowanie lub powielanie w jakiejkolwiek formie wyłącznie za zgodą redakcji.

Tematami marcowego wydania Medi obdzieliliśmy sprawiedliwie wszystkie strony zaangażowane w opiekę długoterminową. Piszemy zatem o osobach wymagających pomocy i wsparcia, o problemach, z jakimi zmagają się ich profesjonalni opiekunowie, a także o sprawach interesujących tych, którzy sprawują opieką nad swymi bliskimi w warunkach domowych.

Staramy się, żeby w kolejnych numerach naszego pisma nie zabrakło wywiadów z ekspertami różnych dziedzin związanych z opieką. Tym razem z dr. hab. Rafałem Iwańskim rozmawiamy o wprowadzonym dwa lata temu rejestrze zdarzeń nadzwyczajnych (str. 5), Marzenę Grochowską pytamy o problemy samotności i osamotnienia, tak często dotykające mieszkańców domów pomocy społecznej (str. 15) a z prof. Karoliną Piotrowicz podążamy tropem zespołu kruchości – ważnego zagadnienia medycznego o którym mówi się – i słusznie – coraz więcej (str. 28).

Jakie w tym roku obowiązywać będą zasady dotyczące opieki wytchnieniowej? Kto skorzystać może z tej formy wsparcia w trybie dziennym lub całodobowym? Między innymi o tym w obszernym materiale pisze Michał Bochenek (str. 9). Z kolei Aleksander Biesiada i Patryk Bachurski poświęcili swój tekst chorobom otępiennym – z interesującej perspektywy opiekuna medycznego. Sporo miejsca poświęciliśmy także dramatycznemu problemowi wypalenia zawodowego wśród pracowników instytucji pomocy społecznej – mechanizmowi powstawania tego syndromu i metodom, które mają temu zagrożeniu przeciwdziałać (str. 20 oraz str 38).

Tradycyjnie, numer zamykamy materiałem z praktycznymi wskazówkami i poradami – w tym wypadku dotyczącymi odpowiedniego doboru i stosowania produktów chłonnych (str. 33).

Wszystkim naszym Czytelnikom życzymy inspirującej lektury!
Redakcja Medi

Forum Opieki Długoterminowej

medi

MARZEC // 2026

Wyzwania opieki długoterminowej

5 Rejestr już jest – a kiedy będą wnioski? – rozmowa z dr hab. Rafałem Iwańskim
Ryszard Warta

Prawo

9 Opieka wytchnieniowa w 2026 r. – a możliwości organizacyjne ZOL lub DPS
Michał Bochenek

Psychologia

15 Jesteśmy jak gołębie – rozmowa z Marzeną Grochowską
Ryszard Warta

20 Dojechani i wypaleni
Ryszard Warta

Zdrowie

25 Choroby otępienne w praktyce opiekuna medycznego
Aleksander Biesiada, Patryk Bachurski

28 Błędne koło kruchości – rozmowa z dr hab. Karoliną Piotrowicz
Ryszard Warta

Opieka

34 Opieka w każdym rozmiarze

Komentarz

38 Strefa zagrożenia
Ryszard Warta

Rejestr już jest

– A KIEDY BĘDĄ WNIOSKI?

Funkcjonujący od dwóch lat rejestr zdarzeń nadzwyczajnych poprawić miał bezpieczeństwo mieszkańców domów pomocy społecznej. Czy ten cel został osiągnięty? Co zrobić, by nie był to kolejny obowiązek sprawozdawczy, ale instrument realnie wspierający działanie tych placówek? O tym właśnie rozmawiamy z dr. hab. Rafałem Iwańskim, gerontologiem, ekonomistą i ekspertem w dziedzinie systemu pomocy społecznej.

Od początku 2024 szefowie domów pomocy społecznej prowadzić muszą rejestr zdarzeń nadzwyczajnych. Wynika to ze zmian w Ustawie o Pomocy Społecznej wniesionych nowelą z lipca 2023, przegłosowanych zresztą imponującą, ponadpartyjną większością 446 głosów. Według uzasadnienia, rejestr miał wzmocnić działania nadzorcze, ograniczyć skalę nieprawidłowości w domach pomocy społecznej i zwiększyć poczucie bezpieczeństwa ich mieszkańców. Udało się? Nadzór jest wzmocniony, skala nieprawidłowości spadła a mieszkańcy czują się bezpieczniejsi?

Nie mam żadnych przesłanek, na podstawie których mógłbym stwierdzić, że nastąpiła jakaś poprawa. Jesteśmy po drugim roku funkcjonowania tych przepisów, dla mnie sprowadza się to do sprawozdawczości, do kolejnego rejestru, którzy dyrektorzy prowadzą i wysyłają. Kiedy wczytywałem się w poszczególne zapisy dokonane przed dyrektorów DPS, były to opisy konkretnego zdarzenia a następnie informacje, jakie podjęto kroki, by zminimalizować straty – te jednostkowe, których doświadczył mieszkaniec. Nie natrafiłem jeszcze na żadne rozwiązania systemowe. Rejestr obejmuje trzy kategorie: wypadki, samouszkodzenia i obrażenia ciała. Nie natrafiłem na jakiś program, który by na przykład wsparł DPS-y w profilaktyce upadków, które zaliczane są do tzw. wielkich zespołów geriatrycznych.

A co do tego poparcia ponad podziałami politycznymi, to wydaje mi się, że może to wynikać z tego, że temat DPS-ów, czy pomocy społecznej, to nie jest coś, co podgrzewa emocje polityków i opinii publicznej.

I każda ze stron sceny politycznej chciałaby, tak przynajmniej deklaratywnie, żeby w domach pomocy mieszkało się jak najlepiej...

Mamy nagonkę na domy pomocy społecznej, co z kolei

wynika z promowanej na siłę koncepcji deinstytucjonalizacji – bez patrzenia na potrzeby, które mamy w środowisku, na strukturę opieki długoterminowej i to zarówno po stronie pomocy społecznej, jak i sektora ochrony zdrowia. Stąd taka narracja, że DPS-y to miejsca, które powinniśmy ograniczać, zamykać, likwidować, że cała opieka powinna być świadczona w środowisku. Jestem przeciwnikiem takiej polityki i takiej narracji. Uważam, że DPS-y są niezbędne, żebyśmy zabezpieczyli potrzeby. Powinniśmy więc działać odwrotnie: rozbudowywać zasoby stacjonarnej opieki długoterminowej, budować nowe DPS-y.

Jeżeli mamy upadki, które są najczęściej zgłaszane do rejestru, to w tym momencie zastanowitbym się, jak im przeciwdziałać? Jeżeli mamy domy pomocy w starych, adaptowanych do tych funkcji budynkach, to może zamiast domów, które działają w jakimś np. starym dworku, czy pałacu, wybudować nowoczesną placówkę pozbawioną barier architektonicznych, która byłaby bezpiecznym miejscem dla seniora, ale także ergonomicznym i bezpiecznym miejscem pracy dla pracownika.

Wraz z dr Anną Szafranek z Uniwersytetu w Białymstoku opublikowaliście państwo w „Zeszytach Naukowych" Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego tekst podsumowujący rok funkcjonowania zapisów o rejestrze. Bazą do tej analizy są dane z dwóch, biegunowo odległych od siebie polskich województw: zachodniopomorskiego i podlaskiego. Czy w tym porównaniu coś państwa szczególnie zaskoczyło?

Choćby to, że więcej zgłoszeń w przeliczeniu na liczbę mieszkańców zgłaszanych było w województwie podlaskim, głównie zresztą były to zgłoszenia upadków. Upadki są charakterystyczne, w okresie późnej starości ich ryzyko wzrasta bardzo mocno. Oczywiście, możemy je ograniczać, ale nie wyeliminujemy tego ryzyka do zera, bo wtedy mieszkaniec musiałby zaprzestać jakiejkolwiek aktywności ruchowej, a przecież także i ona jest ważna. Kiedy wczytywaliśmy się w szczegóły, odkrywaliśmy, że czasami były to upadki z poważnymi konsekwencjami, na przykład złamaniami, ale też niektóre DPS-y zgłaszały każdy upadek, także te, które nie miały tak poważnych konsekwencji, przynajmniej, nie były one tak opisane w tym materiale. Tu jest problem związany z tym, że dyrektorzy tak do końca nie wiedzą, co mają w tym rejestrze zgłaszać i te zgłoszenia były bardzo różne. I fakt, że w Podlaskiem było ich więcej.

Ta dysproporcja rzeczywiście jest frapująca. Zachodniopomorskie jest regionem ludniejszym, to 1,6 mln mieszkańców, Podlaskie to 1,1 mln. Liczba DPS-ów zgodna jest z tą proporcją, w województwie zachodniopomorskim jest ich więcej: 38 wobec 25 w Podlaskiem, nadto zachodniopomorskie placówki mają większą średnią liczbę mieszkańców.

Tak, u nas, w województwie zachodniopomorskim, mamy 4,3 tys. miejsc, w podlaskim jest ich o około 2 tys. mniej. Natomiast zgłoszeń było u nas 32, a w podlaskim 48.

> *Sprawozdawczość jest ważna i jest potrzebna, ale w niektórych wymiarach jest ona nadmierna*

No właśnie, na przekór temu, co podpowiadałyby zasady proporcji. Czy nie wynika to z tego, że w zapisie Ustawy o pomocy społecznej nie ma precyzyjnej, jednoznacznej definicji rejestrowanego zdarzenia nadzwyczajnego i czy to nie jest pewna słabość tych przepisów?

To podnosiliśmy w tym artykule. Pytanie, czy zdarzeniem nadzwyczajnym jest, gdy senior poślizgnie się w łazience, albo gdy ma zaburzenia równowagi, kiedy wstaje z łóżka? To się zdarza, poprzez odpowiednie wyposażenie możemy minimalizować tego typu ryzyko, ale czy rzeczywiście możemy to traktować jako wydarzenie nadzwyczajne? Czym innymi jest sytuacja, gdy mamy przypadki przemocy, np. pobicie jednego mieszkańca przez drugiego. Dyrektorzy DPS-ów dla osób przewlekle psychicznie chorych podkreślają, że mamy czasami bardzo trudne przypadki, bardzo trudnych mieszkańców, ale nie ma skutecznych narzędzi, żeby na takie sytuacje reagować. Wykonują tytaniczną pracę, żeby zabezpieczyć opiekę nad osobą, która jest agresywna czy pobudzona, zabiegając jednocześnie o bezpieczeństwo pozostałych mieszkańców i pracowników. Najczęściej zgłaszane są wypadki takie np. że pijany mieszkaniec zdewastował jakieś pomieszczenie. Ale mamy też takie zdarzenia jak wydanie niewłaściwego leku. Mamy procedury dotyczące zarządzania lekami i rzeczywiście takie zdarzenie wymaga podjęcia kroków prowadzących do tego, żeby to się nie powtarzało. Jak widać, do tego worka wrzucane są bardzo różne rzeczy, a dochodzą do tego próby samobójcze, czy przemoc seksualna.

Rzeczywiście, skala różnorodności tych zdarzeń jest uderzająca. Od tych najtragiczniejszych, wspomnianych przez pana prób samobójczych, aż po poparzenie się kawą, bo i taki wpis znalazł się w rejestrze. Absolutnie tego nie lekceważę, poparzenie się kawą może być niebezpieczne, ale trudno nie odnieść tu wrażenia, że ten worek jest jednak zbyt wielki.

Tak, i dodajmy, że to poparzenie kawą jest w tej samej kategorii, co zgon po samodzielnym oddaleniu się z placówki. Tego typu przypadki oddalenia się to bardzo poważny problem. Jeżeli mamy osoby z chorobami otępiennymi, z chorobą Alzheimera, to się niestety zdarza. Czy mamy więc stworzyć z DPS instytucję zamkniętą? W jaki sposób zabezpieczyć opiekę, żeby nie łamać praw mieszkańców, żeby DPS-y nie nabierały cech instytucji totalnej? Domy pomocy radzą sobie z tym i dobrze by było, gdyby ministerstwo zebrało te dobre praktyki, dobre rozwiązania i podpowiadało innym placówkom.

Tu dochodzimy do drugiej funkcji rejestru. W zamierzeniu, nie jest on prowadzony dla samej tylko rejestracji. Dane z domów, przekazywane są do organów prowadzących – np. starostów czy marszałków, ci przekazują je wojewodom, którzy przesyłają je dalej, do centralnego rejestru.

Zastanawiam się, co teraz ministerstwo zrobi z tymi danymi. Mamy dwa lata obowiązywania rejestru i dotąd nie natrafiłem na informacje, jakie wnioski będą z tych danych wyciągane, co będziemy z tym dalej robić. Czy powstaną jakieś programy wspierające, bo na razie widzimy tylko programy kontrolujące DPS-y, a ja uważam, że przede wszystkim powinniśmy te placówki, ich mieszkańców i pracowników wspierać.

Mamy więc dane, są one agregowane, powinny być analizowanie, jak dalej powinno się z nich korzystać, jak sensownie wykorzystać taką bazę wiedzy?

Może tu będę troszeczkę naiwny, ale jeśli została wykonana jakaś praca, wprowadzone zostały nowe przepisy to mógłby np. powstać zespół w ministerstwie złożony nie tylko z urzędników, ale także praktyków pracujących w DPS-ach, tak żeby przeanalizować te dane i wyciągnąć z nich wnioski. Choćby dotyczące tego, jak doprecyzować przepisy, żeby to raportowanie ujednolicić, żeby wnioski wypływające z tych danych rzeczywiście dało się przełożyć na poprawę funkcjonowania placówek. Na razie tego przełożenia nie widzę. W oparciu o dane z roku czy dwóch, można by dać pewne rekomendacje, wprowadzić procedury postępowania, ale nie na zasadzie opresyjnej: kolejnych sprawozdań, kolejnego opisywania i papierologii, tylko wytycznych mogących wesprzeć pracowników bezpośrednio zaangażowanych w opiekę. O tym powinniśmy rozmawiać, ale nie na poziomie budowania kolejnej biurokracji, które nie daje żadnych efektów. Trzeba zacząć prowadzić politykę społeczną polegająca na wspieraniu tych, którzy są na pierwszej linii frontu.

> *Zastanawiam się, co teraz ministerstwo zrobi z tymi danymi. Mamy dwa lata obowiązywania rejestru i dotąd nie natrafiłem na informacje, jakie wnioski będą z tych danych wyciągane, co będziemy z tym dalej robić*

A ten front jest coraz dłuższy i coraz głębszy, bo wiadomo, że potrzeb w zakresie pomocy społecznej będzie gwałtownie przybywało.

Tak, a sami jeszcze robimy wyłomy w tych zasobach nie inwestując w opiekę stacjonarną. Za te zaniedbania zapłacimy w przyszłości spadkiem dostępności. Żeby utrzymać obecny poziom zabezpieczenia potrzeb, powinniśmy wybudować około dwustu nowych placówek.

A ile się buduje?

Prawie nic, bo obowiązuje wspomniana już narracja o tym, że DPS powinno się ograniczać. A mówimy tu jeszcze w kontekście spadku potencjału opiekuńczego rodzin. Nie tylko będzie wzrastała liczba osób potrzebujących wsparcia, ale też koszty opieki rosną gigantycznie. Bezpieczeństwo i w jakiejś mierze także komfort mieszkańców zależy od pracowników. Muszą to więc być dobrze przygotowani i dobrze wynagradzani pracownicy. To nie może być praca za minimalną krajową. Z drugiej strony wiemy, że jak podniesiemy uposażenia, które stanowią główną część składników kosztów, to w tym momencie mocno wzrasta miesięczny koszt pobytu. Dlatego powinniśmy zastanowić się, jak wprowadzić dodatkowe publiczne mechanizmy finansowania opieki w DPS-ach. To, co mówię jest niepopularne. Nie wierzę, że w środowisku da się zabezpieczyć opiekę nad rosnącą grupą osób niesamodzielnych, wymagających całodobowego wsparcia i nie mających wsparcia ze strony rodziny.

Także mam wrażenie, że najtwardsi zwolennicy deinstytucjonalizacji zmieniliby nieco swe stanowisko po wycieczce do DPS, np. wyspecjalizowanego w opiece nad osobami niepełnosprawnymi intelektualnie i zadaniu sobie następnie pytania, czy wszyscy jego mieszk-

kańcy mogliby funkcjonować w swym środowisku... Wróćmy do rejestru zdarzeń nadzwyczajnych. To nie jest jedyny rejestr. Osobno rejestrowane są np. przypadki zastosowana przymusu bezpośredniego. Rozumiem, że tych obowiązków sprawozdawczych jest znacznie więcej?

Miejsca by nam zabrakło w tej rozmowie, gdyby opisać wszystkie te obowiązki. Sprawozdawczość jest ważna i jest potrzebna, ale w niektórych wymiarach jest ona nadmierna, co gorsza jest jeszcze taka tendencje, żeby co roku, co dwa lata, coś jeszcze dołożyć. Tak jakby to miało poprawić sytuację. Sam zajmuję się statystyką publiczną, sprawozdawczością. Czasami brakuje nam ważnych informacji, a z drugiej strony jest bardzo dużo informacji, które są nadmiernie zbierane i nie widać, żeby były one efektywnie wykorzystywane.

Dziękuję za rozmowę.

Ryszard Warta

Doktor habilitowany Rafał Iwański jest pracownikiem naukowym i wykładowcą Uniwersytetu Szczecińskiego, autorem wielu publikacji dotyczących pomocy społecznej opieki długoterminowej nad osobami starszymi, opieki paliatywnej, ekonomii społecznej, systemów pomocy społecznej.

Jest wiceprzewodniczącym zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, przewodniczącym Zachodniopomorskiego Komitetu Rozwoju Ekonomii Społecznej i sekretarzem International Society for Research on Solitude.

Usługami i pomocą społeczną zajmuje się także na poziomie praktycznym – jako specjalista ds. badań i ewaluacji w Centrum Usług Społecznych w Szczecinie.

REJESTR: JAK TO DZIAŁA?

1 Zasady funkcjonowania rejestru opisane są w art. 55c znowelizowanej w roku 2023 Ustawy o pomocy społecznej.

2 Dyrektor DPS prowadzi rejestr zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców domu, związanych z zagrożeniem ich życia i zdrowia. Wyszczególnione są trzy kategorie: wypadki, samouszkodzenia, obrażenia ciała.

3 Rejestr zawierać musi m.in. dane osoby zgłaszającej, opis zdarzenia i informację o podjętych działaniach następczych.

4 Co najmniej raz na kwartał zanonimizowane informacje o zgłoszeniach przekazywane są do organów samorządowych prowadzacych lub zlecających prowadzenie DPS (np. wójt, starosta, prezdent miasta czy marszałek wojewodztwa). Po otrzymaniu takich informacji, są oni zobowiązani do ich niezwłocznej weryfikacji „w celu analizy i oceny zasadności podjętych działań następczych".

5 Samorządy przekazują informacje zbiorcze o zgłoszeniach i działaniach następczych wojewodzie – także co najmniej raz na kwartał. Wojewoda, również nie rzadziej niż raz na trzy miesiace, przekazuje informację zbiorczą ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego – do rejestru centralnego.

Opieka wytchnieniowa w 2026 r.

– A MOŻLIWOŚCI ORGANIZACYJNE ZOL LUB DPS

MICHAŁ BOCHENEK //
prawnik,ekspert w sprawach pomocy społecznej

Opieka wytchnieniowa to dla osób niepełnosprawnych i chorych oraz członków ich rodzin cenne rozwiązanie. Polega w szczególności na czasowym zastąpieniu rodziny i opiekunów rodzinnych w sprawowaniu opieki nad bliskim – niesamodzielnym z powodu choroby lub niepełnosprawności. Opieka wytchnieniowa jest bardzo ważną pomocą, szczególnie w przypadku opiekunów, którzy pełnią tę rolę przez wiele miesięcy, a często również i lat. Warto wiedzieć, że opieka wytchnieniowa może być sprawowana zarówno doraźnie w domu pacjenta **lub w formie okresowych turnusów w domach pomocy społecznej**. Dzięki wyżej wymienionemu wsparciu osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki będą dysponować czasem, który będą mogły przeznaczyć na odpoczynek lub na załatwienie niezbędnych spraw życiowych. Usługi opieki wytchnieniowej mogą służyć również okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.

Przedmiotowe wsparcie adresowane jest do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

1) dziećmi od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub
2) osobami niepełnosprawnymi posiadającymi:
   a) orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
   b) orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem wymienionym w lit. a, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

– poprzez umożliwienie uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej, tj. odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością przez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie.

Ważne

– Usługi opieki wytchnieniowej muszą być prowadzone z poszanowaniem podmiotowości oraz potrzeb osób z niepełnosprawnościami.
– Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałego wsparcia w zakresie potrzeb życia codziennego. Warto zwrócić uwagę, że aktywność zawodowa, nie wyklucza członka rodziny lub opiekuna z możliwości uzyskania usługi opieki wytchnieniowej.

Trzeba pamiętać, że o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu (np. utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, korzystanie w 2026 r. z usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków z Funduszu w ramach innych programów Ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego, zwanego dalej „Ministrem", dotyczących usług opieki wytchnieniowej), uczestnik Programu jest obowiązany niezwłocznie poinformować gminę/powiat lub inny podmiot, któremu gmina/powiat zleciła realizację usług opieki wytchnieniowej lub od którego gmina/powiat nabywa usługi opieki wytchnieniowej, nie później niż w ciągu 7 dni od dnia nastąpienia zmiany. Zmiana okoliczności mających wpływ na prawo i warunki korzystania z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu, będzie skutkować zmianą przysługującego uczestnikowi Programu limitu godzin i dób usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu w ramach Programu w 2026 r. Nowy limit, z uwzględnieniem wcześniej wykorzystanych w 2026 r. godzin i dób usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu w ramach Programu bądź innych programów Ministra, będzie ustalany od dnia, w którym nastąpiły zmiany okoliczności w jakich znalazła się osoba korzystająca z omawianej opieki.

Usługi opieki wytchnieniowej mogą być świadczone w ramach:

1) pobytu dziennego lub
2) pobytu całodobowego

Uwaga

Omawiane usługi mogą być świadczone np. w DPS wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Gmina przyznaje usługi opieki wytchnieniowej w odniesieniu do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami, mieszkających na terenie danej gminy powiatu. Wyjątkowo członek rodziny osoby z niepełnosprawnością lub opiekun osoby z niepełnosprawnością może korzystać z usług opieki wytchnieniowej na terenie innej gminy niż gmina właściwa ze względu na jego miejsce zamieszkania i miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, nad którą sprawuje bezpośrednią opiekę, jeżeli gmina właściwa ze względu na jego miejsce zamieszkania i miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością nie przystąpiła do realizacji Programu lub jeżeli gmina właściwa ze względu na jego miejsce zamieszkania i miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością przystąpiła do realizacji Programu, ale wyczerpane zostały środki z Funduszu przyznane tej gminie na realizację Programu. Wskazana w zdaniu poprzednim możliwość to istotne udogodnienie w nie należących do wyjątków przypadków dużego zainteresowania tytułowymi usługami.

Ważne

Skorzystanie z usług opieki wytchnieniowej na terenie innej gminy wymaga zawarcia porozumienia pomiędzy zainteresowanymi jednostkami samorządu terytorialnego.

W pierwszej kolejności uwzględnia potrzeby:

1) członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, która stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły i placówki, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2025 r. poz. 881), nie uczy się lub nie studiuje,
2) nieaktywnych zawodowo członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, którzy mają ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością.

Przyznając usługi opieki wytchnieniowej bierze pod uwagę stan zdrowia i sytuację życiową uczestników Programu oraz osób z niepełnosprawnościami.

Usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego mogą być świadczone:

a) w ośrodku wsparcia,
b) osobom pełnoletnim, w domu pomocy społecznej świadczącym usługi wsparcia krótkoterminowego w formie dziennej,
c) osobom pełnoletnim, w domu pomocy społecznej prowadzonym przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2–4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, **w przypadku posiadania warunków infrastrukturalnych i organizacyjnych, oraz gdy świadczenie usług opieki wytchnieniowej nie wpłynie negatywie na usługi świadczone przez dom pomocy społecznej mieszkańcom domu,**
d) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa powyżej - w lit. a–c, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), na zasadach określonych w poszczególnych edycjach Programu Centra Opiekuńczo-Mieszkalne,
e) za uprzednią pisemną zgodą gminy – w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
f) za uprzednią pisemną zgodą gminy – w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu spełniającym kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411 z późn. zm.);

Usługi opieki wytchnieniowej **w ramach pobytu całodobowego** mogą być świadczone:

a) osobom pełnoletnim, w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym,
b) w ośrodku wsparcia,
c) osobom pełnoletnim, w rodzinnym domu pomocy,
d) **osobom pełnoletnim, w domu pomocy społecznej świadczącym usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,**
e) osobom pełnoletnim, w domu pomocy społecznej prowadzonym przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2–4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, **w przypadku posiadania warunków infrastrukturalnych i organizacyjnych, oraz gdy świadczenie usług opieki wytchnieniowej nie wpłynie negatywie na usługi świadczone przez dom pomocy społecznej mieszkańcom domu,**
f) osobom pełnoletnim, w placówce zapewniającej całodobową opiekę, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
g) w przypadku braku możliwości realizacji opieki wytchnieniowej w miejscach, o których mowa powyżej - w lit. a–f, istnieje możliwość zrealizowania opieki wytchnieniowej w centrum opiekuńczo-mieszkalnym (COM), w przypadku posiadania wolnych miejsc,
h) za uprzednią pisemną zgodą gminy – w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością,
i) za uprzednią pisemną zgodą gminy – w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu lub realizatora Programu, spełniającym kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

Zasadniczo usługi opieki wytchnieniowej mogą być świadczone, przez osoby pełnoletnie, niebędące członkami rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunami osoby z niepełnosprawnością lub osobami faktycznie zamieszkującymi razem z osobą z niepełnosprawnością, oraz:

– w przypadku wskazania przez realizatora usług:

a) posiadające dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących zawodach i specjalnościach: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu,

w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym, lub

b) posiadające co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu, oraz

– w przypadku wskazania przez uczestnika Programu w Karcie zgłoszenia do Programu – są przygotowane do świadczenia usług opieki wytchnieniowej, co zostanie potwierdzone oświadczeniem uczestnika Programu.

Uwaga

W obecnym stanie prawnym, w przypadku, gdy usługi opieki wytchnieniowej mają być świadczone dla członków rodziny lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad małoletnimi – w odniesieniu do osób, które mają świadczyć usługi opieki wytchnieniowej, muszą zostać spełnione warunki określone w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1802 z późn. zm.).

Limit godzin i dób usług opieki wytchnieniowej w 2026 r. finansowanych ze środków Funduszu przypadających na jednego uczestnika Programu wynosi nie więcej niż:

3) 240 godzin dla usługi opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu dziennego;

4) 14 dób dla usługi opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu całodobowego.

Co istotne, uczestnik Programu może skorzystać w 2026 r. z obydwu form usług opieki wytchnieniowej finansowanych ze środków Funduszu.

Limity, o których mowa wyżej dotyczą również:

1) członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawującego bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością,

2) więcej niż jednego członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub więcej niż jednego opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawujących bezpośrednią opiekę nad jedną osobą z niepełnosprawnością,

3) więcej niż jednego członka rodziny osoby z niepełnosprawnością lub więcej niż jednego opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprawujących bezpośrednią opiekę nad więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością.

Uwaga

Maksymalna długość nieprzerwanego świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego wynosi 12 godzin dla jednego uczestnika. Usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego mogą być świadczone w godzinach 6.00-22.00. Warto zwrócić uwagę, że nie można korzystać z usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego przed lub po usłudze opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego, w czasie kiedy możliwe jest świadczenie usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego.

Usługa opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego wynosi co najmniej 12 godzin nieprzerwanego świadczenia usługi i obejmuje nocleg osoby z niepełnosprawnością, co najmniej w godzinach 22.00-6.00. Jedna doba usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego nie przekracza 24 godzin nieprzerwanego świadczenia usługi.

W ramach usługi opieki wytchnieniowej zapewniane jest okresowe wsparcie w zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością, w zastępstwie członków rodziny lub opiekunów sprawujących na co dzień bezpośrednią opiekę. Usługi opieki wytchnieniowej polegają na zastępowaniu członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością, w bieżących czynnościach życia codziennego dotyczących zabezpieczenia potrzeb osoby z niepełnosprawnością, takich jak:

1) w czynnościach samoobsługowych (np. utrzymanie higieny osobistej),

2) w przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp), w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.

Rodzaj i zakres godzinowy usług opieki wytchnieniowej powinien być uzależniony od osobistej sytuacji uczestnika Programu, z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością, nad którą uczestnik Programu sprawuje opiekę.

Uczestnik Programu, któremu przyznano pomoc w postaci usługi opieki wytchnieniowej nie ponosi odpłatności za realizację usługi w ramach Programu. Koszty związane bezpośrednio z realizacją usług opieki wytchnieniowej finansowane z Programu:

1) w ramach pobytu dziennego, nie mogą przekroczyć 55 zł brutto za godzinę zrealizowanych usług opieki wytchnieniowej, wykonanych w odniesieniu do jednej osoby z niepełnosprawnością,

2) w ramach pobytu całodobowego, nie mogą przekroczyć:

a) 600 zł brutto za dobę zrealizowanych usług opieki wytchnieniowej, wykonanych w odniesieniu do jednej osoby z niepełnosprawnością, z zastrzeżeniem lit. b,

b) 800 zł brutto za dobę zrealizowanych usług opieki wytchnieniowej, wykonanych w odniesieniu do jednej osoby z niepełnosprawnością posiadającej orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną.

Ważne

Przez kwotę brutto rozumie się kwotę wynagrodzenia wraz z kosztami pracy (przez koszty pracy zatrudniającego należy rozumieć sumę wynagrodzeń (brutto) oraz składek na ubezpieczenia społeczne, Pracownicze Plany Kapitałowe, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz odpisów na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych, poniesionych przez zatrudniającego).

Uwaga zasadnicza w kontekście możliwości organizacyjnych ZOL lub DPS

Usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego mogą być świadczone:

a) osobom pełnoletnim, w domu pomocy społecznej świadczącym usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego,

b) osobom pełnoletnim, w domu pomocy społecznej prowadzonym przez podmioty niepubliczne, o których mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2–4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, **w przypadku posiadania warunków infrastrukturalnych i organizacyjnych, oraz gdy świadczenie usług opieki wytchnieniowej nie wpłynie negatywie na usługi świadczone przez dom pomocy społecznej mieszkańcom domu,**

Osoba objęta usługami opieki wytchnieniowej w DPS ma prawo do:

a) korzystania z pomocy osoby świadczącej usługi w wymiarze i zakresie uzgodnionym z Realizatorem,

b) bycia traktowanym przez osobę świadczącą usługi z szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych,

c) wymagania od osoby świadczącej usługi sumiennego i starannego wykonywania czynności zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy,

d) wymagania od osoby świadczącej usługi zachowania poufności w zakresie danych i informacji o sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej oraz w zakresie danych i informacji o sytuacji zdrowotnej, życiowej i materialnej członków rodziny osoby objętej usługami,

e) podjęcia przez osobę świadczącą usługi niezbędnych działań w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia, tj. wezwania odpowiednich służb ratunkowych,

f) poszanowania woli w zakresie sposobu wykonywania czynności opiekuńczych, jeżeli nie wiążą się z obniżeniem jakości usług lub ich opóźnieniem,

g) złożenia wniosku o zmianę osoby świadczącej usługi wraz z uzasadnieniem w formie ustnej lub pisemnej.

Osoba objęta usługami opieki wytchnieniowej w DPS zobowiązana jest do:

a) współpracy z personelem DPS, w którym świadczone są usługi opieki wytchnieniowej i osobą świadczącą usługi w miarę jej możliwości,

b) traktowania osoby świadczącej usługi z należytym szacunkiem, z zachowaniem form grzecznościowych i zasad kultury osobistej,

c) współpracy z przydzieloną osobą świadcząca usługi bez względu na wygląd, pochodzenie, wiek, płeć itp.,

d) nieprzekraczania granic prywatności w relacjach z osobą świadczącą usługi oraz niewykorzystywania relacji z osobą świadczącą usługi do realizacji własnych interesów,

e) wymagania od osób świadczących usługi jedynie tych usług, które zostały ustalone,

f) potwierdzenia własnoręcznym podpisem na karcie rozliczenia usług opieki wytchnieniowej, każdego dnia po zakończeniu świadczenia usług.

Zachowania niedopuszczalne w stosunku do osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej w DPS:

a) stosowanie przemocy wobec osoby świadczącej usługi (szturchanie, popychanie, rzucanie przedmiotami);

b) podnoszenie głosu na osobę świadczącą usługi;

c) stosowanie obraźliwych i wulgarnych zwrotów;

d) dyskryminowanie ze względu na wygląd, pochodzenie, wiek, itp.;

e) zachowania przekraczające granicę sfery intymnej;

f) wymuszanie na osobie świadczącej usługi czynności wykraczającej poza zakres i wymiar usług, które zostały ustalone,

Osoba objęta usługami opieki wytchnieniowej w DPS nie powinna:

a) pożyczać pieniędzy osobie świadczącej usługi;

b) pożyczać pieniędzy od osoby świadczącej usługi;

c) przekazywać korzyści majątkowych osobie świadczącej usługi, w szczególności mieszkania, pieniędzy, cennych przedmiotów;

d) udzielać pełnomocnictwa, w tym notarialnego osobie świadczącej usługi do rozporządzania swoim majątkiem ani do reprezentowania przed władzami państwowymi, urzędami, organami administracji publicznej, sądami, podmiotami gospodarczymi, osobami fizycznymi, a także do składania oświadczeń oraz wniosków procesowych w kontaktach z wymienionymi podmiotami.

Jesteśmy jak gołębie

Czy samotność oznacza to samo, co osamotnienie? Czy postawa roszczeniowa może mieć związek z poczuciem samotności? Jakie stereotypy utrudniają wypracowanie dobrych relacji między opiekunami o osobami dotkniętymi samotnością? Rozmawiamy z Marzeną Grochowską: coachem, trenerką odporności psychicznej, prowadzącą szkolenia dla pracowników domów pomocy społecznej.

Ile jest prawdy w stereotypowym przekonaniu, że mieszkańcy domów pomocy społecznej są skazani na samotność, czy osamotnienie.
Może zacznijmy od tego, że samotność i osamotnienie to nie są pojęcia tożsame.

Choć w powszechnym odczuciu traktuje się je jak synonimy, w rzeczywistości oznaczają co innego.
Właśnie. Samotność ma obiektywny wymiar – co wskazuje, ile mam deficytu w relacjach: ile chciałabym mieć tych kontaktów, a ile faktycznie mam. To realne zagrożenie dla mieszkańców domów pomocy społecznej, bo często nie mają bliskich, albo kontakt z nimi jest mocno ograniczony.
Osamotnienie jest natomiast moim wewnętrznym, subiektywnym odczuciem. Mogę być w świecie pełnym ludzi, a mimo tego cierpieć na brak bliskości i odczuwać ból. W osamotnieniu można mieć relacje, ale wewnętrznie czuć się pustym i samotnym. Oba te zjawiska mogą występować równocześnie i każde z nich niesie konsekwencje.

Zatrzymajmy się przy samotności.
To choroba, na którą cierpi jedna trzecia świata. Badania pokazują, że jej skutki dla zdrowia można porównać do skutków wypalania piętnastu papierosów dziennie.

To oznacza aplikowanie sobie codziennie potężnej dawki groźnych trucizn.
No tak i skoro w Wielkiej Brytanii, Niemczech, Szwajcarii czy Austrii powołano ministerstwa ds. samotności, to dlatego, że samotność generuje poważne choroby: zaburzenia pracy układu krążenia, choroby związane z układem nerwowym, depresje, a nawet prowadzi do samobójstw.

Czyli z punktu widzenia państwa samotność to problem, który znacząco wpływa na politykę ochrony zdrowia i koszty funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.
I to bez znaczenia na wiek. To nie jest tak, że samotność występuje tylko w podeszłym wieku. Według badań Instytutu Pokolenia, najbardziej samotnym pokoleniem w Polsce jest dziś pokolenie Z – młodzi ludzie, którzy są u progu dorosłości, którzy w przyszłości będą nas leczyć i chronić.

A objawy samotności nie są tak czytelne, jak w przypadku innych chorób.
Barbara Michno-Wiecheć wskazuje, że samotny mieszkaniec DPS obawia się oceny i ośmieszenia. Dlatego nie wychodzi z pokoju, nie idzie na stołówkę, nie jeździ na wycieczki, jest nieufny. Gdy odwiedza go personel, mówi: „Co mi grzebiesz w szafie? Co mi przyszłaś ukraść?". Pojawiają się też zachowania rywalizacyjne i zazdrość – np. o to, że ktoś dostał nowy wózek, a on nie. Może próbować wykorzystywać ludzi do swych celów. Mówi się wtedy, że jest „wredny", ale tak naprawdę z bezsilności brnie w rywalizację. Taka osoba może być sztywna psychicznie, uparta: „To moje krzesło, moje miejsce, nie dam się przesadzić". Odczuwa lęk przed nowymi relacjami, „Bo mnie ktoś okradnie, skrzywdzi, wyśmieje". Czasami wywyższa się: „Z tymi półgłówkami siedzieć nie będę", próbuje się pokazać jako ktoś lepszy. Często wchodzi w konflikty, bo to jedyny sposób nawiązania jakiejkolwiek relacji. Z drugiej strony nadużywa mechanizmu „zaopiekuj się mną": „Nie radzę sobie, jestem taki biedny" – by wzbudzić zainteresowanie. Badania wskazują też, że osoby samotne nadużywają leków przeciwbólowych. Ból psychiczny generowany przez samotność sprawia, że „wszystko ich boli", stąd częste sięganie po środki przeciwbólowe.

> *Mózg pamięta od czasów jaskini, że odłączenie od grupy oznacza śmierć. Dlatego brak kontaktów społecznych mózg interpretuje jako zagrożenie życia i zwiększone ryzyko śmierci*

Dom Pomocy Społecznej paradoksalnie nazywa się „domem", ale w rzeczywistości jest instytucją, która ma zapewnić godne i bezpieczne życie. Jednak w sferze psychicznej wielu mieszkańców odczuwa tam samotność, odrzucenie, poczucie, że są niepotrzebni. I to nie jest wyłącznie problem DPS-u – to konsekwencja świata, który sami stworzyliśmy. Żyjemy w kulturze, która gloryfikuje młodość, sprawność, samodzielność. W takim świecie starość staje się niewygodnym tematem, a osoby starsze – niewidzialne. Zbudowaliśmy system, w którym tempo życia, migracje, rozpad więzi rodzinnych i presja zawodowa sprawiają, że opieka nad seniorami przenosi się z domów rodzinnych do instytucji. DPS jest więc odpowiedzią na realne potrzeby, ale jednocześnie symbolem tego, jak bardzo oddaliliśmy się od idei wspólnoty. To nie jest „wina DPS-u", że ktoś czuje się samotny. To efekt modelu społeczeństwa, w którym relacje są kruche, a czas na bliskość – luksusem. W świecie, gdzie liczy się efektywność, a nie obecność, łatwo za-

pomnieć, że człowiek jest istotą stadną. Instytucja może zapewnić opiekę, bezpieczeństwo, komfort fizyczny, ale nie zastąpi poczucia bycia potrzebnym, kochanym, ważnym. Samotność w DPS-ach jest więc lustrem, w którym odbija się nasza cywilizacja – z jej indywidualizmem, cyfrowymi relacjami, kultem produktywności. To problem systemowy, a nie jednostkowy. Dopóki nie zmienimy narracji o starości i nie odbudujemy wartości wspólnoty, instytucje będą jedynie domami z nazwy.

Pozostańmy przy DPS-ach. Samotność to jednocześnie wielkie wyzwanie dla ludzi, którzy pracują w tych domach. Jakie kompetencje czy umiejętności są najważniejsze, czy może najbardziej przydatne w pracy z ludźmi w kryzysie samotności?

Najpierw trzeba zdjąć stereotypy. Ci, którzy nie pracowali nigdy w DPS, mówią, że „tam się nic nie robi, tylko pije kawę". Z kolei pracownicy wobec mieszkańców często powtarzają: „Mają wszystko za darmo, a ciągle są niezadowoleni".

Roszczeniowy podopieczny – to rzeczywiście szersze zjawisko i nie dotyczy jedynie placówek opieki.

Właśnie: roszczeniowi i niewdzięczni. Najpierw trzeba z mieszkańców zdjąć stereotyp, według którego są oni właśnie tacy wredni i roszczeniowi. Pytanie, dlaczego oni wchodzą w te role? Nie jestem wredna ani roszczeniowa aż do momentu, kiedy nie zmienią się warunki w których funkcjonuję. Nie zakładam, że każdy człowiek z natury jest zły. Kiedy ktoś zaczyna wrzeszczeć, albo tłuc talerzami, to zdobywa uwagę wszystkich, nieważne jaką, ważne że uwagę.

Staje w centrum zainteresowania.

Tak, bo tego mu brakuje. Mózg pamięta od czasów jaskini, że odłączenie od grupy oznacza śmierć.

Dlatego brak kontaktów społecznych mózg interpretuje jako zagrożenie życia i zwiększone ryzyko śmierci. Będzie więc próbował nawiązywać relacje, czasem w sposób agresywno-obronny, czasem pasywno-agresywny. Druga rzecz, to „wczucie" się w tego drugiego człowieka. Tu ważna jest empatia poznawcza, nie emocjonalna.

Dlaczego akurat poznawcza?

Empatia emocjonalna to reakcja typu: „Ojej, rozumiem, jak bardzo jest ci źle". Taka postawa choć wydaje się wspierająca, w rzeczywistości pogłębia problem, bo rozdrapuje ranę i wzmacnia negatywne emocje. Empatia poznawcza jest zupełnie inna. To podejście: „Rozumiem, ta sytuacja nie jest dla ciebie korzystna. Co mogę zrobić, żeby zmniejszyć jej dotkliwość?". W empatii emocjonalnej podbijam emocje, w poznawczej szukam rozwiązań – zastanawiam się, jak realnie mogę pomóc.

Oswajam mieszkańca ze sobą, pokazuję, że nie musi na mnie krzyczeć, ani mnie obrażać. Bardzo często, gdy nie wiadomo, co się dzieje z mieszkańcem, doradzam, by sprawdzić, czy po prostu coś go nie boli. I często okazuje się, że tak właśnie jest.

A czasami tego człowieka po prostu boli życie – tylko że ból psychiczny nie ma końca. Jesteśmy istotami stadnymi, żyjemy jak gołębie. Ten gołąb opuścił swoje stado i znalazł się w otoczeniu innych gatunków, których czasem nie rozumie, czasem się ich boi. Czasami musi się z kimś poktócić albo chować do kogoś urazę. Czuje, że miejsce, w którym się znalazł, nie jest dla niego schronieniem.

Dlatego kompetencje pracowników powinny prowadzić do przekonania mieszkańca, że to jest jego schronienie, że to może być jego dom. Nawet jeśli to instytucja, to jest tam jego pokój, jego przestrzeń – i on ją w jakiś sposób współtworzy. Może wolniej, ale niech sam pościeli swoje łóżko.

Wiem, że pracownicy mówią wtedy: „Ale my nie mamy czasu". Odpowiadam: „Tak, zrobisz to za niego szybciej, ale on będzie chorował na chorobę, którą mają wszyscy w domach pomocy – nadmiar wolnego czasu". Będzie siedział, gnuśniał, nie mając co robić. Zacznie się kłócić, porównywać, skarżyć się, że ma gorzej, a wy będziecie się zastanawiać, dlaczego jest taki konfliktowy. Daj mu pościelić to łóżko. Daj mu coś zrobić, żeby poczuł sprawstwo, żeby poczuł się jak w domu, a nie jak w hotelu. Nie wiem, czy coś więcej jest jeszcze potrzebne, bo od strony pielęgnacyjno-opiekuńczo-terapeutycznej – a szkolę w całej Polsce – personel jest naprawdę dobry i zorientowany na potrzeby mieszkańców. Ważne, żeby pracownicy grali do tej samej bramki razem z mieszkańcami. Bardzo często zdarza się, że rodzina oddaje osobę starszą do domu opieki, okłamując ją, że to tylko na pewien czas, żeby się podleczyć, wydobrzeć. I ten biedny człowiek siedzi potem z torbą i czeka, aż zabiorą go z powrotem. Nie chce jeść, nie chce skorzystać z terapii, bo przecież jest tu tylko na chwilę – bo córka robi remont w mieszkaniu i on wróci.

> *Od strony pielęgnacyjno-opiekuńczo-terapeutycznej – a szkolę w całej Polsce – personel jest naprawdę dobry i zorientowany na potrzeby mieszkańców. Ważne, żeby pracownicy grali do tej samej bramki*

Chodzi o to, żeby nie grać w tę grę. Trzeba od razu na początku powiedzieć, że to tak nie jest – że on nie został oddany jak niepotrzebny przedmiot, tylko został powierzony pod opiekę.

Ten początkowy okres jest rzeczywiście szczególnie trudny, bo następuje całą kumulacja negatywnych czynników: opuszcza się swoje środowisko domowe, znacznie ogranicza się lub zgoła traci kontakt z bliskimi, trafia się do miejsca, które jest nowe, obce i na dodatek trzeba się dopasować do pewnych zasad i reguł.

Tak, to rzeczywiście jest szok.

Wspomniała pani o szkoleniach. Ta oferta w ramach prowadzonej przez panią marki Just Care jest bardzo szeroka, część z nich zresztą adresowana do pracowników DPS. Dzięki tym szkoleniom ma pani kontakt z pracownikami: w różnych domach, w różnych miejscach. O co uczestnicy tych szkoleń pytają najczęściej, jakie tematy najbardziej ich interesują?

Jeśli na przykład szkolimy się z zarządzania samotnością, oni często nie zdają sobie sprawy, że mieszkaniec może być samotny.

Tu mnie pani mocno zaskoczyła!

Gdy pokazujemy dane z różnych badań analizujących, jak negatywny wpływ ma samotność, gdy opisujemy typy zachowań mieszkańców i prosimy, żeby zastanowili się, które z osób w ich domach tak się zachowują, to oni natychmiast sypią imionami, nagle to dostrzegają. Potem przychodzi przerażenie: to co my teraz mamy zrobić? Co zrobić, gdy mieszkaniec nie chodzi na terapię, nie chce wychodzić z pokoju. Pracownicy czują, że mogli zaniedbać coś ważnego, że nie widzieli problemu, który jest i z którym się na co dzień spotykają. Najczęściej więc pytają: jak na nowo budować relację z mieszkańcem, żeby ta metoda nie była inwazyjna, nachalna. Po czym poznać, że mieszkaniec idzie w stronę samotności? Odpowiadam wtedy, że na przykład po takich zachowaniach, że ktoś zamiast iść na terapię, zaczyna posiadywać gdzieś na korytarzach, zostaje w pokoju, potem przestaje w ogóle chodzić i zaczyna wam leżeć. I słyszę, no tak, zdarzają się takie sytuacje. Podkreślam – to jest człowiek, który niedługo zostanie już w tym łóżku i będziecie musieli się nim opiekować 24 godziny na dobę. On się oddalał coraz bardziej, jak okręt, który odpływa z portu. Miejcie zawsze na widnokręgu wszystkich mieszkańców. Tak to tłumaczę.

> *To nie jest wina „DPS-u", że ktoś czuje się samotny. To efekt modelu społeczeństwa, w którym relacje są kruche, a czas na bliskość – luksusem*

A jakie popełnia się błędy?

Masz 83 lata, nie widzisz dobrze, nie słyszysz dobrze i ktoś cię zaciąga do świetlicy, w której jest telewizor – czyli najnowsze wiadomości ze świata, a on pokazuje jakieś drony, które bombardują miasta. Ta osoba nie do końca rozumie, co się dzieje, jest w innym świecie, w jej pamięci świat wyglądał inaczej. Trzeba inaczej budować ten most, którym można do niej dotrzeć. Mówię na przykład o liczbie Dunbara, według tego antropologa, 148 to liczba ludzi, których człowiek może potrzebować w życiu i z którymi może mieć relacje. Pytam opiekunów, ile mają relacji z innymi ludzmi i jest ich bardzo wiele. To przecież nie tylko rodzina, przyjaciele, znajomi, ale także księgowa, krawcowa, mechanik, dentysta, pani Kasia ze sklepu spożywczego. Proszę ich wtedy, żeby policzyli, ile takich osób mają seniorzy, okazuje się że między 5 a 10. To pokazuje pracownikom, którzy mają tych relacji o wiele więcej, jak wielka jest tu różnica. Doradzam też, żeby indukowali relacje między mieszkańcami, by ktoś komuś pomógł, ktoś obok kogoś usiadł. Chodzi o takie relacje zbliżające ludzi do siebie. Czasami to są bardzo proste działania. Jeśli jakaś starsza pani śpiewa, to może warto zrobić krótki koncert. Warto tych ludzi pokazywać, odkrywać na nowo.

Jaki pani zdaniem jest związek doświadczenia samotności z profilem mieszkańca: jego płcią, wykształceniem, doświadczeniem życiowym, tym, czy jest z dużego miasta, czy z mniejszego ośrodka. Spotkałem się wynikami badań, według których bardziej podatne na samotność w wieku senioralnym są kobiety, szczególnie słabiej wykształcone i z mniejszych ośrodków. Czy mamy samotność, czy może różne rodzaje samotności?

Też bym szła raczej w stronę rodzajów samotności. Mogę być przecież samotna na różnych etapach mojego życia. Kobiety, które są bardziej społeczne, mają potrzebę opiekowania się – one bardziej odczuwają samotność i szybciej idą w stronę depresji. Panowie z kolei szybciej idą w stronę używek i agresji w reakcji na samotność. Kobiety bywają bardziej płaczliwe, zdarza się, że szukają sposobu, jakby tu zachorować, żeby ktoś siedział przy niej 24 godziny na dobę.

Jeśli ktoś ma jakąś pasję, nawet niezależnie od poziomu wykształcenia, to może to być antidotum na samotność.

Taki człowiek może nie czuć się osamotniony i nie być samotny, bo jest coś, w czym się realizuje, co sprawia, że czuje się potrzebny. Tymczasem w samotności istotne jest, że czujemy się niepotrzebni. A im bardziej czujemy się niepotrzebni, tym bardziej to nam dolega. Podobna sytuacja jest, gdy przechodzimy na emeryturę, gdy nagle gubimy rytm tego codziennego pędu, nagle wszystko staje się inne i nagle okazuje się, że nie mamy nic, żadnej pasji ani zainteresowania, bo wszystkim była nasza praca.

I jednocześnie zmniejsza się liczba kontaktów, nie ma już spotykanych codziennie koleżanek i kolegów z pracy.

Na dodatek znika rola zawodowa, jakakolwiek by ona nie była. Mieszkaniec domu opieki też traci taką rolę, bo on już przestaje być babcią, ciocią, wujkiem. To bardzo trudne doświadczenie. Chodzi o to, żeby mu wskazać: jesteś ważny, jesteś tu nie dlatego, że ktoś cię nie chciał i cię odrzucił, ale dlatego, że chce się tobą zaopiekować w taki sposób. Żeby ten człowiek czuł się jak u siebie, a przede wszystkim, żeby czuł się ze sobą w porządku. Pamiętam mieszkańców domu, w którym pracowałam, i dziś, z perspektywy czasu mogę powiedzieć, że właśnie ci, którzy wtedy wydawali mi się najbardziej „wredni", to dziś wiem, że oni byli po prostu najbardziej odrzuceni i samotni. Oni w ten sposób walczyli o uwagę.

Te negatywne zachowania, były czymś rodzaju kamuflażu?

Dokładnie. To trochę jak taka mina, którą trzeba umieć rozbroić. Pierwszym etapem, na który warto zwrócić uwagę to utrata życzliwości. Mieszkaniec przestaje się uśmiechać, zaczyna wytykać coś u innych, żeby w ten sposób poprawiać własny dobrostan.

Pytałem o pracowników domów pomocy, na koniec chciałby zapytać o management tych instytucji, ludzi którzy takimi placówkami kierują. Co oni mogą, czy co powinni robić, by domy – oczywiście w miarę swych realnych możliwości – były miejscem przyjaznym dla mieszkańców, także w kontekście problemów z samotnością i osamotnieniem.

Ważna jest pełna świadomość, że samotność i osamotnienie mieszkańców to rzeczywiście bardzo poważny problem. W mojej ocenie mogę podzielić domy pomocy na dwa typy. Te, w których doskonale to rozumieją, a to widać. Są domy, do których wchodzi się i od razu się czuje tę pozytywną energię, w których jest personel, który podąża za wiedzą, szkoli się, rozwija. Jest i drugi typ, który nawet nie wie, że nie wie. Domy w których jest zimno i ten emocjonalny chłód bardzo utrudnia komunikację i nawiązywanie relacji. Dobry menedżer umie otworzyć swój zespół, doceniać go, bo dzięki temu pracownik z zupełnie inną energią idzie do mieszkańca. To naprawdę widać, gdy personel nie boi się dyrekcji, gdy jest aktywny, tworzy dobrą atmosferę. Jeśli ktoś potrafi budować dom poprzez budowę dobrej atmosfery w zespole, potrafi zaopiekować się swymi pracownikami, to oni potrafią też lepiej zaopiekować się mieszkańcami. Ważne, żeby się nawzajem dobrze słuchać. A jeśli personel ma czasami naprawdę super pomysły, sami mieszkańcy mają czasami świetnie pomysły, to dlaczego za tym nie podążać?

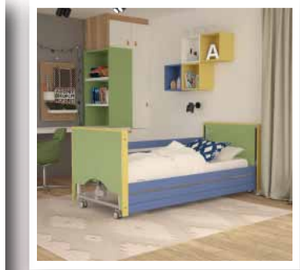
Dziękuję za rozmowę.

Ryszard Warta

Marzena Grochowska: trenerka odporności psychicznej, brainolog, ekspertka zarządzania dobrostanem. Prowadzi szkolenia m.in. dla kadr menedżerskich w biznesie, popularyzatorka wiedzy o zdrowym mózgu, autorka projektów rozwojowo-mentorskich dla kobiet. Właścicielka marki Just Care, oferującej m.in. szkolenia dla pracowników i kadry zarządzającej domami pomocy społecznej.

REHABED
...our ideas your comfort

Polski producent łóżek rehabilitacyjnych i szpitalnych



REHA-BED Sp. z o.o.
ul. Spacerowa 1,
41-253 Czeladź
tel.: 32 346 00 33
tel. kom.: +48 573 970 950
e.: biuro@rehabed.com.pl

www.rehabed.pl

Dojechani i wypaleni

Wypalenie zawodowe dopaść może każdego, bez względu na wykonywaną pracę, zarobki, stanowisko, staż... Jest jednak grupa zawodowa, w której stopień ryzyka jest najwyższy, bo w tej „branży" w komplecie występują wszystkie czynniki wywołujące ten syndrom. Pracownicy Domów Pomocy Społecznej. Dla nich wypalenie to jedno z największych wyzwań i zarazem podstępny, perfidny wróg.

– Często się spotykam z tym, że na superwizji stosować muszę interwencję kryzysową, bo przychodzi osoba, która mówi: ja już mam dość, ja już tego nie wytrzymam i zaczyna płakać... To się często zdarza, szczególnie w DPS-ach – mówi **Maciej Sosnowski**, prezes Polskiego Towarzystwa Superwizji Pracy Socjalnej i certyfikowany superwizor zajmujący się pomocą dla pracowników dotkniętych tym syndromem.

Z pracy do piekła

Płacz, cierpienie, frustracja, poczucie beznadziei – to powtarza się w rozmowach o wypaleniu zawodowym, jego objawach i przyczynach. Wypalenie to zjawisko psychologiczne, ale i społeczne, które można analizować i mierzyć naukowymi metodami. Z perspektywy pracownika to osobisty dramat, który pracę zamienia w piekło, ale też niszczyć może życie rodzinne, zabrać radość życia. Pracownicy DPS są szczególnie na to niebezpieczeństwo narażeni.

„Wynik długotrwałego stresu zawodowego, z którym pracownik nie jest w stanie sobie radzić", „zespół wyczerpania sił na skutek silnie stresujących warunków pracy", „syndrom rozpoczynający się postępującym wyczerpaniem emocjonalnym i chronicznym zmęczeniem, brakiem energii i zapału do działania", „końcowy efekt utraty złudzeń w poszukiwaniu sensu wykonywanej pracy" – wypalenie definiowane i opisywane jest na wiele sposobów. Podkreśla się, że szczególnie narażeni są ludzie pracujący w ciągłym, bezpośrednim kontakcie z innymi osobami, zwłaszcza w zawodach pomocowych: lekarze, pielęgniarki, pracownicy socjalni i personel placówek opiekuńczych. Jeśli szukać grup najwyższego ryzyka, to DPS jest środowiskiem znajdującym na samym czele stawki.

Wystarczy teorię przyłożyć do praktyki. Najogólniej mówiąc wypalenie jest wynikiem permanentnego stresu. Brytyjski badacz psychologii pracy Nik Chmiel wyróżnia typowe czynniki stresotwórcze w pracy i przypisuje do czterech kategorii:

- treść pracy (m. in. przeciążenie, monotonna praca, zbyt duża odpowiedzialność, niebezpieczna praca),
- warunki pracy (np. złe warunki, praca wymagająca dużego wysiłku fizycznego, sytuacje zagrażające),
- warunki zatrudnienia (praca zmianowa, niska płaca, niewielkie szanse na rozwój kariery)
- relacje społeczne (niepewność zatrudnienia, małe wsparcie społeczne, niewielki udział w podejmowaniu decyzji).

Mamy tu wszystko, co w polskich DPS-ach jest codziennością. Na dodatek jeden czynnik – na zasadzie naczyń połączonych – wpływa na kolejne. Niskie płace obniżają społeczną renomę pracy w DPS, ale też sprawiają, że zmorą domów są dziś braki kadrowe. To z kolei powoduje przeciążenie personelu zajmującego się bezpośrednią pracą z mieszkańcami. Praca w DPS to również ciężka praca fizyczna, zmianowa, wyczerpująca emocjonalnie, bo to przecież codzienny kontakt z chorobą, niepełnosprawnością, niedołężnością, cierpieniem i odchodzeniem. Także praca niebezpieczna.

> *Osoba napięta, wycieńczona, wypalona, ma bardzo krótki lont, jest bardzo emocjonalna i często wchodzi w konflikty.*
>
> *Maciej Sosnowski*

– Mamy mieszkańców, którzy bywają niebezpieczni, tacy, którymi żadne inne służby nie chcą się już zająć. A my musimy. Osoby opuszczające więzienia, uzależnieni, agresywni, po próbach samobójczych – wylicza **Sylwia Kamińska-Tereszkiewicz**, dyrektorka DPS w Skęczniewie i jednocześnie prezes Stowarzyszenia Dyrektorów Samorządowych Domów Pomocy Społecznej.

Opisując zespół wypalenia zawodowego wskazuje się na trzy jego podstawowe aspekty. Pierwszy to wyczerpanie emocjonalne: widoczne w chronicznym zmęczeniu, braku energii, utrzymującym się spadku nastroju, płaczliwości. Drugi to depersonalizacja: postępujące zobojętnienie wobec osób, którym świadczy się pomoc, prowadzące do cynizmu a nawet pogardy. I tu widać, jak niebezpieczne jest wypalenie u pracowników domu pomocy, bo to już nie jest tylko ich problem, ale jednocześnie problem mieszkańców, narażonych na konsekwencje zobojętnienia. W efekcie ofiarą wypalenia staje się nie tylko pracownik, ale także jego podopieczny.
Aspekt trzeci wiąże się z załamaniem wiary w sens swojej pracy, narastające przekonanie, że jest ona bezwartościowa, niepotrzebna. To także utrata zaufania wobec własnych kompetencji.

Bezpiecznik nie działa

Na koniec roku 2024 w całej Polsce działało około 900 DPS-ów. Około, bo dane prezentowane przez GUS i resort rodziny, pracy i polityki społecznej nieco się różnią.

Przebywało w nich ponad 82 tys. mieszkańców. Rozporządzenie ministra pracy z 2012 roku wyznacza normy minimalnego zatrudnienia – w zależności od profilu domu – od 0,4 do 0,6 etatu na jednego mieszkańca. Teoretycznie więc w zespołach terapeutyczno-opiekuńczych powinno być jakieś 40 tys. etatów.

Ilu pracowników, którzy są na nich zatrudnieni, dopadło wypalenie?

Odpowiedzi szukać można w danych cząstkowych i z nich, jak z puzzli układać obraz całości. W roku 2013 Małgorzata Sekułowicz opublikowała wyniki badań przeprowadzonych wśród 83 pracowników DPS z województw dolnośląskiego, wielkopolskiego (Opuscula Socjologica 2/2013) Wyniki? Mało pocieszające.

- średni wskaźnik wypalenia wyniósł 34,2 proc, przy czym w większym stopniu problem dotyczy mężczyzn (37,2 proc.) niż kobiet (33,5 proc.)
- kobiet za to częściej dotyka wypalenie emocjonalne (34 proc, mężczyźni: 25,9 proc); z kolei problem depersonalizacji bardziej dotyczy panów (37,3 proc, kobiety: 30,6 proc.)
- panie mają także wyższą ocenę własnych możliwości (64 proc, mężczyźni: 61,1 proc.).

Można to uzupełnić wcześniejszymi wynikami badań ankietowych Celiny Jurkiewicz, przeprowadzonymi w latach 1997-2000 wśród 445 pracowników 30 DPS (Praca Socjalna 3/2003). Wynika z nich m. in, że:

- 85 proc. badanych miało do czynienia z niebezpiecznymi mieszkańcami ,
- 70 proc. jest niezadowolonych z warunków pracy,
- 58 proc. zgadza się z opinią, że „cokolwiek się zrobi, mieszkańcy pozostaną tacy sami”,
- 80 proc. zauważa, że pracownicy z upływem lat obojętnieją.

Gdy strzela kręgosłup

Przeciążenie pracą – to jest podstawowa przyczyna wypalenia zdaniem pracowników. Teoretycznie systemowym bezpiecznikiem miał być wspomniany już minimalny wskaźnik zatrudnienia. Niestety, życie to boleśnie zweryfikowało, bo liczba etatów ma się nijak do liczby pracowników realnie świadczących pracę.

– To jest ciężka praca i ludzie nie wytrzymują. Jednej kręgosłup strzeli, inna idzie na zwolnienie, bo coś innego się wydarzyło i nagle się okazuje, że na 94 mieszkańców, na dyżurze są trzy albo cztery dziewczyny i to jest po prostu nieludzka praca – tłumaczy **Joanna Bulik** z DPS w Lublińcu. *– Organizmy są przeciążone, jak jedna dziewczyna wraca, to od razu następna idzie na zwolnienie, a te które zostają, padają na twarz.*

– Mamy na przykład 25 podopiecznych i na dyżurze powinny być 3 osoby. Jedna osoba idzie na zwolnienie lekarskie i zostają dwie. W systemie pomocy społecznej nie ma czegoś takiego, jak w ochronie zdrowia, czyli zastępstwa płatnego czy płatnych godzin nadliczbowych, a to rozwiązałoby problem – wyjaśnia **Jacek Wróbel**, pracownik DPS z Krakowa i członek Krajowej Sekcji Pracowników Pomocy Społecznej „NSZZ „Solidarność”. *– Efekt jest taki, że przychodzi do mnie opiekunka i mówi, „panie Jacku, ja kocham swoją pracę, ale ja już nie mam siły tak pracować, te dyżury mnie po prostu wykańczają”.*

Z tym wiąże się jeszcze problem, związany nie tylko z organizacją, ale i etyką pracy. Jacek Wróbel nazywa to „korupcyjnym kompromisem”. *– W DPS-ach jest coś takiego jak premia kwartalna, miesięczna, czy roczna. Do tego worka idą także oszczędności wynikające np. z absencji, z tego dyżuru, który się nie odbył w pełnej obsadzie. I te pieniądze są później dzielone wśród pracowników. Niektórzy pracownicy mówią: chcemy dostawać te pieniądze, ale z drugiej strony wiedzą, że dostają je kosztem zbytniego dociążenia. Sami więc zgadzamy się na to, że szybciej nakarmimy podopiecznego, a może go dziś nie wykąpiemy, bo nie mamy siły, a może nawet nie mamy czasu zapytać go, jak się czuje... To jest ogromne zło, a są takie miejsca, gdzie to tak właśnie funkcjonuje.*

Jest problem, ale jest też konkretny pomysł na jego rozwiązanie. Związkowcy z „Solidarności” w zeszłym roku wyszli z postulatem, by przy zachowaniu ogólnego współczynnika zatrudnienia wprowadzić nieprzekraczalne normy obsady dyżurów, na przykład na poziomie jednego pracownika na 7 mieszkańców przy dyżurze dziennym i na 14 mieszkańców na dyżurze nocnym. Takie rozwiązanie gwarantowałoby „nienaruszalny stan minimalnej obsady dyżurów” i jednocześnie wymusiło stosowanie zastępstw i płatnych nadgodzin. Na razie to tylko postulat, a pracownicy domów pytani o warunki pracy odpowiadają krótko „jesteśmy dojechani”.

A może superwizja?

Od 2017 roku obowiązuje ministerialne rozporządzenie o superwizji w pracy socjalnej. Gwarantuje ono prawo do skorzystania z tej metody pracownikom socjalnym. I to jeszcze jedna luka w systemie, bo superwizja może być skutecznym sposobem przeciwdziałania wypaleniu także w środowisku DPS-ów.

– Superwizja jest po pierwsze miejscem, a po drugie relacją. Miejscem dlatego, że w miejscu pracy, np. w DPS tworzy się przestrzeń do spotykania się ludzi, którzy zajmują się profesjonalnym pomaganiem. Rola superwizora polega na tym, żeby ją zabezpieczyć poprzez ustalenie kontraktu, określenie poufności tych spotkań, dobrowolności. To także relacja, bo w ramach superwizji spotykają się osoby zajmujące się pomaganiem, godzą się na to, żeby analizować swoje wyzwania i trudności związane z pracą i pogłębiać świadomość tego, kim są, jako profesjonaliści – tłumaczy **Maciej Sosnowski**, superwizor i szef Polskiego Towarzystwa Superwizji Pracy Socjalnej.

> *Organizmy są przeciążone, jak jedna dziewczyna wraca, to od razu następna idzie na zwolnienie, a te które zostają, padają na twarz.*
>
> *Joanna Bulik*

Superwizja to także sposób na poprawę relacji w środowisku pracy, co w wypadku wypalenia ma kapitalne znaczenie. *– Organizacje, które zajmują się profesjonalnym pomaganiem to ludzie, którzy muszą się ze sobą dogadywać, jednocześnie to ludzie, którzy cierpią. Pytanie, czy mają w sobie tyle gotowości i czasu, żeby się wzajemnie wspierać? Z reguły nie. Dlatego na superwizjach pracujemy nad tym, żeby zespoły wzajemnie się wspierały, żeby ludzie pod wpływem emocji nie ranili się w pracy. Często tak jest, że osoba napięta, wycieńczona, wypalona, ma bardzo krótki lont, jest bardzo emocjonalna i często wchodzi w konflikty* – dodaje **Maciej Sosnowski**.

Superwizje w przypadku pracowników DPS nie są obowiązkowe, ale wiele domów z tej formy korzysta. W niektórych, na przykład w warszawskich placówkach, są stałym elementem wsparcia pracowników. Superwizje organizowane są za zgodą, ale bez udziału dyrektora placówki, indywidualne lub grupowe, odbywają się według ustalonych, zaakceptowanych kontraktem zasad i prowadzą je certyfikowani superwizorzy. Ci ostatni przejść muszą co najmniej półtoraroczne szkolenie i zdać egzamin w CKE.

Jak szacuje Maciej Sosnowski, w tej chwili jest Polsce około 130 specjalistów z certyfikatem superwizora pracy socjalnej.

To już jest jakiś potencjał, choć za mały, żeby armię pracowników DPS objąć tego typu pomocą.

Jak się mają nie wypalać?

Taka sytuacja: grudzień, wieczór, śnieżyca. Z DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych ucieka trzech mieszkańców. Po kilku godzinach policja odnajduje ich kilkadziesiąt kilometrów od domu pomocy. Ucieczka się kończy, ale zaczyna się administracyjno-wykonawczy kociokwik. Jak sprowadzić mieszkańców z powrotem? Policja wskazuje, że nie ma podstaw do zatrzymania, ani konwojowania i żąda, żeby natychmiast podopiecznych odebrać. Na 112 informują, że oni nie są od takich przewozów, nie mogą pomóc. Dyrektorka DPS nie może pracownikowi z dyżuru nocnego zlecić takiego wyjazdu, bierze więc prywatny samochód, męża za kierowcę i jadą w noc po „zguby”. Improwizacja? Owszem, tylko że nie do uniknięcia, bo to jedna z wielu sytuacji,

dla których nie ma gotowych procedur i dyrektorzy muszą sobie radzić sami. Bo przepisy to jedno, a życie to drugie.

– To jest konieczność ciągłego szukania rozwiązań, pomysłów, w sytuacjach, które powinny mieć rozwiązanie systemowe – mówi **Sylwia Kamińska-Tereszkiewicz**. – *Wypalenie zawodowe? To także dotyczy dyrektorów.*

Także z powodu ograniczonych możliwości pomocy „wypalającym się" pracownikom.

– Jak mają się nie wypalać, jeśli na co dzień obciążani są pracą z bardzo problemowymi mieszkańcami, a my jako dyrektorzy często nie jesteśmy w stanie im pomóc? Możemy ich wspierać szkoleniami, tym na przykład, że moi pracownicy wiedzą, że w razie potrzeby za każdym razem jestem. Czasami wystarczy rozmowa, ale nie zawsze. Problem widać choćby w podejściu do mieszkańców. Wypalony pracownik jest ciągle przemęczony, każde zachowanie mieszkańca może być dla niego drażniące. Widzę to też w niechęci do rozwoju i szkoleń, w takim podejściu, że „nie ma sensu, i tak to nic nie zmieni".

Dyrektor Kamińska-Tereszkiewicz wskazuje też na zmieniający się model mieszkańca. *– W wypadku pracowników z większym stażem to wypalenie wynika również z tego, że zmienił nam się klient. Kiedyś mniej było osób uzależnionych, agresywnych. Z drugiej strony mamy bardzo roszczeniowe rodziny, które oddają swych bliskich do placówek, bo sami sobie z nimi nie radzą, a od nas oczekują, że my będziemy cudotwórcami. Wiele zależy od samego pracownika, od tego, czy ma wgląd w siebie. Jeżeli nie będzie chciał czegokolwiek zmienić, to dyrektorzy mają związane ręce.*

> *Sami więc zgadzamy się na to, że szybciej nakarmimy podopiecznego, a może go dziś nie wykąpiemy, bo nie mamy siły, a może nawet nie mamy czasu zapytać go, jak się czuje... To jest ogromne zło.*
>
> *Jacek Wróbel*

Co jest na końcu tej drogi? Gdy poziom depersonalizacji nie pozwala na choćby poprawny stosunek do mieszkańca, gdy pojawia się uzależnienie, gdy skala wypalenia uniemożliwia rzetelne wywiązywanie się ze swych obowiązków stawką jest utrata pracy. Bywa, że pracownik odchodzi sam, bywa że zostaje zwolniony. Dramat, ale też czasami szansa na życiową zmianę i wyjście z kryzysu.

– To jest naprawdę bardzo ciężka praca – podkreśla **Katarzyna Szlendak** z DPS Betania w Lublinie, 23 lat doświadczenia zawodowego. *– Co trzeba mieć, żeby to wytrzymać? Empatię wobec człowieka. Wiem, że dziś nie do wszystkich to trafia, ale to tak jest.*

Pytanie tylko, na jak długo jeszcze tych zasobów empatii starczy.

Ryszard Warta

Do światowego obiegu pojęcie „wypalenia zawodowego" (Staff Burn-Out) wprowadził w latach 70-tych zeszłego wieku amerykański psycholog Herbert J. Freudenberger. Związany z ruchem „wolnych klinik" świadczących pomoc medyczną m.in. dla narkomanów, opisał charakterystyczną zmianę, jaka następowała u wolontariuszy tworzących ten ruch, w tym także u siebie. Starał się zrozumieć, jak to się dzieje, że ludzie, którzy rozpoczynali pracę z pełnym zaangażowaniem, poczuciem misji i społecznego sensu, z czasem tracą motywację, stają się zmęczeni, sfrustrowani i coraz bardziej zobojętniali wobec tych, którym wcześniej z chęcią pomagali.
Pojęcie wypalenia, pierwotnie związane ze środowiskiem ochrony zdrowia, zrobiło wielką karierę, okazało się, że świetnie opisuje zjawiska występujące także w innych grupach zawodowych, ale też szerzej: jeden z bardzo poważnych problemów cywilizacyjnych. Co gorsza, problem wciąż narastający. Christina Maslach, druga obok Freudenbergera z czołowych amerykańskich badaczy syndromu, uznała je, za największe zagrożenie XXI wieku, z jakim muszą zmierzyć się osoby aktywne zawodowo.

Choroby otępienne – W PRAKTYCE OPIEKUNA MEDYCZNEGO

DR N. MED. ALEKSANDER BIESIADA // *specjalista medycyny rodzinnej, lekarz hospicjum domowego, autor bloga mistrzpolikarp.pl*

PATRYK BACHURSKI // *członek Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej*

Epidemiologia i obraz kliniczny

Choroby otępienne stanowią jedno z najpoważniejszych wyzwań zdrowotnych starzejących się społeczeństw. Tworzą one różnorodną grupę schorzeń, w której występują postępujące zaburzenia funkcji poznawczych, prowadzące do stopniowego ograniczenia samodzielności oraz pogorszenia codziennego funkcjonowania chorego. Z perspektywy opiekuna medycznego oznacza to konieczność długotrwałego, kompleksowego wsparcia pacjenta, często również jego rodziny.
Do najczęstszych przyczyn otępienia należą choroba Alzheimera oraz otępienie naczyniowe, a ponadto otępienia czołowo-skroniowe oraz otępienie z ciałami Lewy'ego, w tym otępienie rozwijające się w przebiegu choroby Parkinsona. [1,2]
W Polsce dynamika wzrostu zachorowań jest szczególnie niepokojąca - w 2024 roku liczba osób z rozpoznanymi chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera i schorzeniami pokrewnymi, wynosiła 382,6 tysiąca, co oznacza wzrost o około 13% w porównaniu z rokiem 2014. [3] Tendencja ta przekłada się bezpośrednio na rosnące obciążenie systemu opieki długoterminowej oraz personelu sprawującego opiekę nad osobami niesamodzielnymi.

Podłoże patofizjologiczne i manifestacje kliniczne otępienia

Otępienie rozwija się w wyniku przewlekłych, postępujących zmian zachodzących w mózgu, najczęściej o charakterze neurodegeneracyjnym i/lub naczyniowym. Zmiany te prowadzą do stopniowego uszkodzenia sieci neuronalnych odpowiedzialnych za pamięć, myślenie, zachowanie oraz regulację emocji. W praktyce klinicznej często obserwuje się współistnienie kilku mechanizmów patomorfologicznych u jednego pacjenta, co dodatkowo komplikuje przebieg choroby i opiekę nad pacjentem. [1, 2]

W chorobie Alzheimera kluczową rolę odgrywa rozległa utrata neuronów i synaps. Początkowo dominują narastające zaburzenia pamięci epizodycznej, które z czasem obejmują także funkcje językowe, orientację w czasie i przestrzeni oraz zdolności wzrokowo-przestrzenne. W zaawansowanych stadiach choroby pacjent staje się całkowicie zależny od opiekunów, a dodatkowym problemem są powikłania somatyczne, takie jak zaburzenia chodu, upadki czy trudności z połykaniem. [1, 2]

Otępienie naczyniowe jest konsekwencją kumulujących się uszkodzeń mózgu, wynikających z przebytych udarów lub/i choroby małych naczyń. Manifestuje się to spowolnieniem procesów myślowych, trudnościami w planowaniu i koncentracji uwagi, zaburzeniami chodu i równowagi. Przebieg choroby jest najczęściej skokowy - pogorszenie funkcji następuje gwałtownie, po kolejnych zdarzeniach niedokrwiennych mózgu, a nie powoli i równomiernie jak w chorobie Alzhaimera.

Otępienie z ciałami Lewy'ego wiąże się z odkładaniem nieprawidłowych złogów białkowych w mózgowiu, prowadząc do zaburzeń funkcjonowania układów dopaminergicznego i cholinergicznego. W obrazie klinicznym dominują objawy parkinsonowskie, wyraźne wahania poziomu uwagi, nawracające omamy wzrokowe oraz zaburzenia zachowania w fazie snu REM. [1, 2]

W otępieniach czołowo-skroniowych proces neurodegeneracyjny obejmuje przede wszystkim płaty czołowe i/lub skroniowe. Skutkuje to wczesnymi i wyraźnymi zmianami osobowości oraz zachowania, takimi jak apatia, odhamowanie, utrata empatii czy stereotypowe wzorce aktywności. U części chorych dominują postępujące zaburzenia językowe. W początkowych stadiach pamięć może pozostawać względnie zachowana, co często prowadzi do opóźnienia rozpoznania i niedoszacowania problemu. [1, 2]

Niezależnie od postaci klinicznej, chorobom otępiennym bardzo często towarzyszą objawy neuropsychiatryczne, w tym pobudzenie, agresja, apatia, depresja, lęk oraz zaburzenia snu i apetytu. Objawy te mogą pojawiać się już we wczesnych fazach choroby i stanowią jedno z głównych źródeł obciążenia dla opiekunów medycznych oraz rodzin pacjentów. [1, 2]

Znaczenie opiekuna medycznego w rozpoznawaniu i monitorowaniu otępienia

Rola opiekunek medycznych wobec osób starszych nie powinna ograniczać się wyłącznie do świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych. W swojej codziennej praktyce opiekunowie medyczni towarzyszą pacjentowi na co dzień, obserwując jego funkcjonowanie w naturalnym rytmie dnia, reakcje na codzienne sytuacje oraz zmiany w zachowaniu i wydolności. Pozostając jednocześnie w relacji opartej na zaufaniu z pacjentem i jego rodziną. Opiekunowie medyczni mają możliwość zauważania subtelnych, narastających w czasie nieprawidłowości, w tym pierwszych objawów zaburzeń funkcji poznawczych. [4, 5]

W praktyce działania opiekunów medycznych w obszarze wykrywania zaburzeń funkcji poznawczych obejmują: uważne słuchanie i uznawanie zgłaszanych przez pacjenta obaw dotyczących pamięci i funkcji poznawczych; reagowanie na sygnały niepokoju zgłaszane przez członków rodziny; samodzielną obserwację objawów i oznak sugerujących zaburzenia poznawcze oraz odnotowywanie zmian - zarówno nagłych, jak i narastających w czasie. Istotne jest przy tym, aby pamiętać, że same objawy nie stanowią rozpoznania, a do diagnozy niezbędna jest pełna ocena dokonana przez lekarza, w tym także z wykonaniem badań obrazowych. [4, 5]

Z perspektywy organizacji pracy i bezpieczeństwa pacjenta szczególne znaczenie ma uporządkowane postępowanie w razie podejrzenia zaburzeń poznawczych. Po pierwsze, w granicach kompetencji, przeszkolenia i procedur instytucji, opiekun powinien – z poszanowaniem prywatności – komunikować obserwowane symptomy i sygnały współpracownikom oraz zachęcać pacjenta i rodzinę do rozmowy z lekarzem na temat zauważonych zmian. [4]

Jeżeli jest wiadome, że lekarz zalecił przeprowadzenie diagnostyki, zadaniem opiekuna medycznego jest wspieranie pacjenta i jego rodziny w realizacji tych zaleceń, w tym pomoc w zrozumieniu celu i znaczenia badań oraz wskazywanie rzetelnych, adekwatnych źródeł informacji. [4]

W sytuacji gdy rozpoznanie zostało już postawione, lecz pacjent lub jego bliscy nie rozumieją jego istoty, zasadne jest zachęcanie do ponownej rozmowy z lekarzem oraz przekazywanie **materiałów edukacyjnych**, które mogą pomóc w lepszym zrozumieniu choroby. [4]

Podejście opiekuńcze w chorobach otępiennych

Postępowanie wobec pacjentów z zespołami otępiennymi powinno opierać się na opiece zorientowanej na osobie, w której kluczowe jest podtrzymywanie tożsamości pacjenta, rozumianej jako jego wartości, role i indywidualne preferencje, a nie wyłącznie sprawność poznawcza. Tożsamość może utrzymywać się mimo zaawansowanych zaburzeń, natomiast jej osłabienie bywa częściowo wynikiem spadku jakości relacji i komunikacji. W praktyce oznacza to

Poradnik

„Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji"

Poradnik jest przewodnikiem po złożonym świecie demencji, który ma na celu skutecznie wspierać i pomagać zrozumić. W publikacji znajdują się konkretne narzędzia i porady oparte na wiedzy i doświadczeniu profesjonalistów i osób żyjących z demencją oraz ich opiekunów.

zamów bezpłatny Poradnik

Co znajdziesz w poradniku?

- CZĘŚĆ I – poznaj rodzaje demencji
- CZĘŚĆ II – naucz się rozpoznawać etapy choroby
- CZĘŚĆ III – stwórz otoczenie przyjazne dla chorego
- CZĘŚĆ IV – zachowaj spokój w trudnych sytuacjach

Poradnik możesz ściągnąć w formacie PDF lub bezpłatnie zamówić jego drukowaną wersję na **damy-rade.info**

konieczność świadomego budowania kontaktu opartego na szacunku, tak aby unikać działań depersonalizujących, takich jak etykietowanie, infantylizowanie czy uprzedmiotowienie. [5,6]

W praktyce opiekuńczej podejście to oznacza poznanie pacjenta jako całości, uznanie jego subiektywnej perspektywy, budowanie relacji opartej na szacunku i obecności oraz stwarzanie warunków do sensownego zaangażowania w codzienne aktywności. Tak rozumiana opieka zmienia także interpretację zachowań pacjenta - reakcje jak pobudzenie, agresja, krzyk, odmowa współpracy, wędrowanie czy powtarzalne czynności nie są postrzegane jako celowe lub złośliwe, lecz jako forma komunikacji w sytuacji ograniczonych możliwości poznawczych i językowych. Zachowania te mogą stanowić jedyną manifestację pogarszającego się stanu somatycznego lub nowego problemu medycznego, takiego jak ból, infekcja, działania niepożądane leków czy inne choroby współistniejące. Z tego względu każda nagła lub istotna zmiana zachowania lub funkcjonowania poznawczego wymaga uważnej oceny, uwzględniającej zarówno kontekst opieki nad pacjentem, jak i możliwość przyczyny somatycznej, a w przypadku wątpliwości powinna prowadzić do niezwłocznego przekazania informacji lekarzowi POZ. Obserwacje opiekunów medycznych, którzy obserwują codzienne funkcjonowanie pacjenta, mają w tym procesie kluczowe znaczenie i wspierają trafne różnicowanie postępu otępienia od stanów wymagających pilnej interwencji medycznej. [5,6]

Drugim filarem postępowania wobec pacjentów z zespołami otępiennymi jest systematyczne uwzględnianie chorób współistniejących. Osoby z otępieniem często chorują na typowe schorzenia wieku starszego, takie jak nadciśnienie tętnicze, choroby serca czy cukrzyca, które powinny być leczone z uwzględnieniem zaburzeń poznawczych, a nie równolegle do nich. Nieleczone lub źle kontrolowane choroby somatyczne mogą prowadzić do pogorszenia funkcji poznawczych i nasilenia objawów behawioralnych. [7]

Edukacja opiekunów medycznych w zakresie opieki nad osobami z chorobami otępiennymi stanowi jedną z kluczowych interwencji niefarmakologicznych ograniczających nasilenie objawów behawioralnych, w tym pobudzenia. Jest ona podstawą właściwego postępowania, ponieważ umożliwia lepsze zrozumienie mechanizmów choroby oraz adekwatną interpretację zachowań pacjenta jako przejawów dysfunkcji mózgu, a nie zachowań intencjonalnych. Wyposażenie opiekunów w wiedzę dotyczącą komunikacji z osobą z otępieniem, rozpoznawania niezaspokojonych potrzeb, bólu oraz przeciążenia bodźcami sprzyja właściwym reakcjom opiekuńczym i zmniejsza ryzyko eskalacji objawów behawioralnych. [6]

Przypisy:

[1] Grand, Caspar, MacDonald S. Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. J Multidiscip Healthc. 2011;4:125-147 doi: 10.2147/JMDH.S17773.

[2] Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors Kalaria, Raj N et al. The Lancet Neurology, Volume 7, Issue 9, 812 – 826 doi: 10.1016/S1474-4422(08)70169-8.

[3] NFZ o zdrowiu. Choroba Alzheimera i choroby pokrewne, aktualizacja 2025 Warszawa: NFZ; 2025. Data publikacji: 2025-09-18

[4] Maslow K, Fortinsky RH. Nonphysician Care Providers Can Help to Increase Detection of Cognitive Impairment and Encourage Diagnostic Evaluation for Dementia in Community and Residential Care Settings. Gerontologist. 2018 Jan 18;58(suppl_1):S20-S31. doi: 10.1093/geront/gnx171.

[5] Molony SL, Kolanowski A, Van Haitsma K, Rooney KE. Person-Centered Assessment and Care Planning. Gerontologist. 2018 Jan 18;58(suppl_1):S32-S47. doi: 10.1093/geront/gnx173.

[6] Fazio S, Pace D, Flinner J, Kallmyer B. The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. Gerontologist. 2018 Jan 18;58(suppl_1):S10-S19. doi: 10.1093/geront/gnx122.

[7] Austrom MG, Boustani M, LaMantia MA. Ongoing Medical Management to Maximize Health and Well-being for Persons Living With Dementia. Gerontologist. 2018 Jan 18;58(suppl_1):S48-S57. doi: 10.1093/geront/gnx147.

Fot. Karolina Fok-Jamróz

Błędne koło kruchości

Zespół słabości, albo inaczej zespół kruchości - te pojęcia robią karierę, mówi się o nich coraz więcej w środowiskach medycznych, ale i wśród specjalistów opieki długoterminowej. Czym jest zespół kruchości, jaka jest skala zagrożenia, jakie metody wykrywania i leczenia? O tym wszystkim rozmawiamy z prof. Karoliną Piotrowicz, lekarzem geriatrą, pracownikiem naukowym Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Zacznijmy od uściślenia pojęć, żeby mieć pewność, o czym mówimy. Jak w najprostszy sposób zdefiniowałaby pani profesor zespół słabości, czy zespół kruchości, bo i takiego pojęcia czasami się zamiennie używa?

Rzeczywiście jest tak, że „zespół słabości", „zespół kruchości" występuje praktycznie wymiennie, czasami mówimy po prostu „kruchość". Osobiście preferuję pojęcie „zespół kruchości", bo „słabość" jest dla mnie czymś negatywnym, a jako lekarz geriatra jestem bardzo uwrażliwiona na to, jak język kształtuje nasze zachowania, nastawienie, a w przypadku pacjenta także samoocenę. Zdecydowanie więc wolę „kruchość", która podkreśla taką delikatność starszego człowieka, który cierpi na ten zespół.

Czym on jest? Najogólniej mówiąc, to zespół ogólnoustrojowego, wielowymiarowego wyczerpania rezerw organizmu. U każdej starszej osoby, u której ten zespół zaczyna się pojawiać, przejawia się to w sposób szalenie indywidualny. Wraz z wiekiem dochodzi do wyczerpania zasobów, które mamy i skutkuje to tym, że w miarę starzenia się, szczególnie niepomyślnego starzenia się, sytuacje stresogenne, negatywne bodźce, a mogą to być na przykład bodźce chorobowe: jakaś infekcja, choroba przewlekła: np. niewydolność serca, czy obturacyjna choroba płuc, mogą prowadzić do bardzo poważnego pogorszenia i zachwiania równowagi organizmu. Powiedziałam o chorobach, które zaburzają równowagę starszej osoby dotkniętej zespołem kruchości, ale może to być także jakaś sytuacja stresowa, coś, co się wokół niej dzieje. A zatem jest to wyczerpanie rezerw, które powoduje, że po ustąpieniu stresora organizm potrzebuje więcej czasu na to, by się w pełni zregenerować, a niekiedy nawet ta pełna regeneracja i powrót do sprawności funkcjonalnej, samoobsługowej czy poznawczej nie jest możliwy.

Uwielbiam porównywać zespół kruchości do delikatnej chińskiej porcelany albo skorupki jajka. To są dwie takie sytuacje w których, jeśli zadziała jakiś czynnik uszkadzający, to działając na coś, co jest trwałe i mocne, nie wywoła negatywnego efektu, substancja oprze się tym siłom. Natomiast w przypadku pacjenta z zespołem kruchości, może to prowadzić do załamania i zaburzenia równowagi.

Wraz z zespołem słabości jednym tchem wymienia się sarkopenię. Czy w sarkopenii widzieć należy po prostu objaw zespołu słabości, czy też związek między pojęciem „sarkopenia" a „zespół słabości" ma bardziej złożony charakter?

Sarkopenia jest taką „niedobrą siostrą" zespołu kruchości. Zespół kruchości ma dwójkę rodzeństwa: sarkopenię i niedożywienie. Sarkopenia to problem dotyczący mięśni szkieletowych, które w miarę niekorzystnego procesu starzenia się, czy też działania jakiś szkodliwych bodźców pogarszają się funkcjonalnie. Pogarsza się ich funkcja, ich ilość i jakość. Mięśnie szkieletowe są absolutnie niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Sarkopenia jest więc bardzo ważnym, integralnym elementem zespołu kruchości fizycznej.

Warto tu wspomnieć, że o różnych typach kruchości mówimy. Może być kruchość fizyczna, dotykająca osobę, która cechuje się słabszą siłą mięśni szkieletowych, która chodzi wolniej, chudnie, skarży się na wyczerpanie i w związku z tym często podejmuje niższą aktywność fizyczną. Ale też funkcjonuje gorzej, bo mało się rusza - takie błędne koło. Możemy mówić też o kruchości poznawczej, społecznej. Kruchość ma więc wiele odmian i sposobów jej rozumienia.

Czy wiemy, jak wielka jest skala zagrożenia, ilu polskich seniorów cierpi na „pełnoobjawowy" zespół słabości? Dysponujemy takimi danymi epidemiologicznymi?

Dysponujemy bardzo dobrymi danymi epidemiologicznymi, jeśli chodzi o populację osób starszych, które zamieszkują we własnych środowiskach domowych. Mamy dane z ogólnopolskiego projektu badawczego PolSenior 2, prowadzonego w latach 2016-2020, który na podstawie dogłębnej analizy stanu zdrowia, stanu psychicznego, funkcjonalnego, sytuacji społeczno-ekonomicznej, a zatem takiej naprawdę wielowymiarowej oceny funkcjonowania starszych osób, przedstawił nam obraz starszego społeczeństwa. Wiemy dzięki temu, że 16 procent Polaków po 60. roku życia, funkcjonujących we własnym środowisku domowym, cierpi z powodu pełnoobjawowej kruchości fizycznej. Co gorsza, kolejne ponad 50 procent jest zagrożone jej rozwojem. A zatem dane są alarmujące, bo jeśli to przyłożymy do realnej liczby osób starszych w społeczeństwie, to okazuje się, że ponad półtora miliona osób w Polsce ma pełnoobjawową kruchość fizyczną, a około pięciu milionów jest nią zagrożonych. Przypomnę, że to dane dotyczące osób mieszkających we własnych domach, a wiemy z innego rodzaju badań, prowadzonych czy to w środowiskach szpitalnych, czy to w środowiskach instytucjonalnych, takich jak DPS-y, czy ZOL-e, że tam występowanie zespołu kruchości jest zdecydowanie wyższe. Jest to więc bardzo powszechny problem, który jest niestety codziennością starszych osób w Polsce.

Te 16 procent, w których wspomniała pani profesor, to odsetek łączny, obejmujący seniorki i seniorów. Jednak w rozbiciu na płcie, okazuje się, że ten problem wyraźnie częściej dotyka starszych pań.

Tak, dla kobiet to ponad 17 procent, w wypadku mężczyzn to niespełna 14 procent. Rzeczywiście tak jest, że to właśnie kobiety są częściej dotknięte deficytami geriatrycznymi, niesprawnościami, częściej też dotknięte są bólem. To się niestety wszystko łączy. To jest taka samonapędzająca się machina: osoba, która ma źle kontrolowane dolegliwości, źle kontrolowane choroby przewlekłe automatycznie inaczej żyje, inaczej się porusza, podejmuje inną aktywność, inaczej się odżywia. A wszystko to stawia ją w zagrożeniu rozwojem kruchości.

Czy dysponujemy już skutecznymi metodami diagnostycznymi, które pozwalają na sprawne wychwytanie przypadków zespołu kruchości?

Zdecydowanie tak. Mamy szerokie oręże do rozpoznania kruchości, rozpoczynając od narzędzi kwestionariuszowych, które pozwalają pacjentowi dokonać samooceny swojego funkcjonowania i swych deficytów. Takim przykładem skali do samooceny jest skala FRAIL, w której pyta się starszego pacjenta, czy czuje się bardziej zmęczony, czy zauważył, że wysiłkiem jest wejście po dziesięciu schodach bez wsparcia, czy bez używania poręczy, czy zauważył, że wysiłkiem jest przejście kilkuset metrów, czy schudł, wreszcie czy ma określone, zagrażające rozwojem kruchości, schorzenia przewlekłe. Narzędzia kwestionariuszowe są doskonałe, bo one dają pierwszy sygnał o potencjalnym zagrożeniu kruchością. Natomiast jeśli chcemy bardziej obiektywnie ją potwierdzić, to jeśli mówimy o kruchości fizycznej, to taką najczęstszą metodą oceny jest metoda Lindy Fried. Jest to ocena pięciu obszarów funkcjonowania osoby starszej. Sprawdzamy siłę mięśniową, jak starsza osoba chodzi, sprawdzamy prędkość chodu, oceniamy, czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wystąpił nieintencjonalny spadek masy ciała, jaka jest aktywność fizyczna podejmowana w przedziale tygodniowym i wreszcie pytamy o takie subiektywne uczucie wyczerpania: czy pacjent czuje, że wszystko co robi jest wysiłkiem, czy takie określenie „nie mogę się zebrać w sobie" jest znaczące. Jeśli chcemy potwierdzić jakość i ilość mięśni szkieletowych w sposób obiektywny to już musimy wykorzystać metody radiologiczne, jak np. metodę obrazowania za pomocą takiej specjalnej, dedykowanej densytometrii z oceną mięśni szkieletowych lub analizę impedancji bioelektrycznej. Bardziej wyszukane i powiedziałabym czułe metody to oczywiście tomografia komputerowa, czy rezonans magnetyczny, ale obecnie używane praktycznie wyłącznie do celów naukowych. A zatem tak, mamy bardzo dużo metod, a przez to dostępnych dla różnych środowisk. Dla środowisk pacjenckich, dla ich opiekunów i osób towarzyszących, dla lekarzy, w tym lekarzy POZ, czy wreszcie lekarzy specjalistów zajmujących się problemem kruchości, także dla innych osób współpracujących w ramach opieki nad osobami w wieku podeszłym.

> *16 procent Polaków po 60. roku życia, funkcjonujących we własnym środowisku domowym, cierpi z powodu pełnoobjawowej kruchości fizycznej. Co gorsza, kolejne ponad 50 procent jest zagrożone jej rozwojem. A zatem dane są alarmujące*

Wspomniała pani o tym charakterystycznym objawie polegającym na spadku szybkości chodu. Zawsze myślałem, i chyba nie jestem w tym odosobniony, że to, iż osoba starsza coraz wolniej chodzi jest zwykłą, naturalną przypadłością związaną z wiekiem i że prostu tak już musi być.

A właśnie, że nie! Jeśli by mnie pan spytał, jakie jest moje ulubione narzędzie geriatryczne, to właśnie jest nim prędkość chodu. Jest to sposób oceny funkcjonowania osoby starszej bardzo wielowymiarowy. Żeby dobrze, szybko chodzić trzeba mieć dobrą równowagę, pewny chód, dobrą koordynację, trzeba dobrze widzieć, słyszeć, jest to więc szeroki, wielowymiarowy test.

Jakie są główne czynniki ryzyka zespołu kruchości?

Chyba najważniejszym a równocześnie modyfikowanym jest aktywność ruchowa. To, że mało się poruszamy, że ta aktywność polega na działalności tu i teraz w gospodarstwie domowym, a nie ma formy ustrukturyzowanej, czy treningu – to jest bardzo niekorzystne. Są badania wskazujące, że często aż 80 procent czasu dziennego osoby starsze spędzają na siedząco. To jest przerażające! Jeśli głównie siedzimy, poruszamy się jedynie na krótkie dystanse w obrębie mieszkania, to ta stymulacja dla całego organizmu jest zdecydowanie niedostateczna. I pojawia się błędne koło: jeśli mniej się ruszamy, inaczej zaczynamy się odżywiać, powstaje samonapędzający się mechanizm rozwoju zespołu kruchości. Oczywiście należy też wspomnieć o tym, że źle kontrolowane choroby przewlekłe i ich rozmaite objawy, które towarzyszą np. zaostrzeniom niewydolności serca, czy chorobom nowotworowym też w ewidentny sposób przykładają się do tego ryzyka.

Zespół kruchości opisywany jest jako utrata rezerw i możliwości fizycznych, poznawczych i społecznych. Przyznam, że największe wrażenie wywarł na mnie inny jeszcze opis zespołu jako „akumulacji deficytów". Brzmi to złowieszczo. Zespół słabości odnosi więc do obszaru stanu zdrowia, ale także społecznego sposobu funkcjonowania pacjenta. Czy te deficyty: fizyczne, poznawcze i społeczne zawsze występują razem?

Każdy pacjent jest inny i u każdego pacjenta ta akumulacja deficytów związanych z niepomyślnym starzeniem się jest indywidualna. Niemniej jednak kiedy starszy pacjent znajdzie się w obszarze zagrożenia kruchością to zaczyna się mechanizm domina: jeśli czuje się słabszy, bardziej wyczerpany, to automatycznie zmniejsza częstość i sieć kontaktów społecznych, wycofując się z życia społecznego może rozwijać depresyjność, gorszy nastrój, co przesuwać go będzie w grupę ryzyka kruchości poznawczej. Te deficyty rzeczywiście są ze sobą powiązane i kruchość w jednym obszarze wpływa na zwiększone ryzyko kruchości w innym obszarze. Mamy na przykład coś, co po angielsku nazywane jest „oral frailty" – kruchość w obrębie jamy ustnej. Starsza osoba ma gorsze funkcjonowanie mięśni związanych z gryzieniem, przeżuwaniem i połykaniem. Zmienia się więc cała mechanika funkcjonowania jamy ustnej. To jest problem, który bezpośrednio będzie wpływał na ilość i jakość spożywanych pokarmów, a zatem automatycznie generował ryzyko niedożywienia i kruchości fizycznej, także kruchości poznawczej, które będą w tej sytuacji ze sobą powiązane. W zakresie patofizjologii są oczywiście czynniki genetyczne, czynniki zapalne, także niedobory pokarmowe. Nawet jeśli kruchość w jednym obszarze nie jest od początku powiązana z kruchością w innym obszarze, to w konsekwencji będzie ją indukować.

Jak wygląda leczenie w przypadku zespołu słabości i jaka jest skuteczność dobrze prowadzonej terapii? Co się z takim pacjentem dzieje i co się powinno dziać?

Za każdym razem, gdy podejrzewamy u naszego pacjenta zespół kruchości to jako geriatrzy, czy szerzej osoby zajmujące się zdrowiem osób w wieku podeszłym, zobowiązani jesteśmy przeprowadzić całościową ocenę geriatryczną. To jest doskonale narzędzie, które pozwala nam ocenić starszego pacjenta wielowymiarowo, nie tylko ocenić jego funkcjonowanie fizyczne, ale również poznawcze, wyłaniając tych, którzy mogą być zagrożeni kruchością poznawczą, ale też ocenić chód, równowagę, ryzyko upadku, ocenić kontrolę chorób przewlekłych, czy wreszcie wielolekowość – współwystępujące niekorzystne połączenia lekowe i zagrożenia wynikające z tych połączeń. To, co jest pierwszym krokiem w postępowaniu u pacjenta zagrożonego kruchością lub też z pełnoobjawowym zespołem, to jest takie bardzo dogłębne przyjrzenie się temu pacjentowi i zadanie sobie pytania, w jaki sposób możemy zoptymalizować funkcjonowanie tego pacjenta? Czy mamy jakąś chorobę, która jest źle kontrolowana i która sprzyja temu, że pacjent mniej się rusza? Mamy na przykład pacjentów, którzy mają zawroty głowy z powodu problemów z ciśnieniem tętniczym. Jeśli to opanujemy, poczują się pewniej, zaczną lepiej chodzić, chętniej podejmować będą większe wysiłki, tym samym zwiększy się ich aktywność i poprawi się funkcja, ilość i jakość mięśni szkieletowych.

> *Leczenie zespołu kruchości wymaga wysiłku. Trzeba zmienić przyzwyczajenia żywieniowe, te związane z aktywnością fizyczną, trzeba wyjść ze swej strefy komfortu, trzeba wyjść z domu, zacząć się ruszać, spotykać się przyjaciółmi, aktywizować się społecznie*

Znów na zasadzie domina, ale tym razem z pozytywnym efektem.

Dokładnie! Całościowa ocena geriatryczna pozwala nam wyłonić obszary, które możemy poprawić. To może być na przykład przyjrzenie się śluzówkom, które bywają podsuszone, łatwo krwawiące. Może to wynikać z nieprawidłowych połączeń lekowych i jeśli to zmodyfikujemy to okaże się, że pacjent chętniej będzie przyjmował posiłki i będą one bardziej zróżnicowane. Zaczniemy więc walczyć z niedożywieniem a w konsekwencji będziemy jednocześnie przeciwdziałać kruchości fizycznej. Jeśli na przykład ustalimy, że pacjent ma depresyjność, zaczniemy leczyć zaburzenia nastroju i często współtowarzyszące zaburzenia snu, stopniowo zaktywizujemy pacjenta, wyciągniemy go do otoczenia, poprawimy jego funkcjonowanie w sferze społecznej, czyli będziemy w ten sposób leczyć kruchość społeczną. Poruszamy się więc w sieci, w której wszystko jest ze sobą ściśle połączone.

Jeśli mówimy o najważniejszych metodach leczenia kruchości to zdecydowanie jest to aktywność fizyczna, np. trening oporowy poprawiający funkcję mięśni szkieletowych i prawidłowe odżywienie, tutaj trzeba pamiętać o adekwatnej podaży białka. To, co bardzo często powoduje rozczarowanie wśród pacjentów i ich opiekunów, ale też wśród lekarzy pracujących ze starszymi pacjentami, to fakt, że nie ma żadnych leków, konkretnej farmakoterapii, która potrafiłaby zapobiegać i leczyć zespół kruchości.

Nie ma tej jednej, magicznej pigułki, która rozwiązuje problem.

To jest taka nasza naturalna ciągotka do tego, że chciałoby się coś konkretnego zaordynować. Jedna pigułka wieczorem i wszystko będzie dobrze... Tymczasem leczenie zespołu kruchości wymaga wysiłku. Trzeba zmienić przyzwyczajenia żywieniowe,

te związane z aktywnością fizyczną, trzeba wyjść ze swej strefy komfortu, trzeba wyjść z domu, zacząć się ruszać, spotykać się przyjaciółmi, aktywizować się społecznie. To wszystko jest w rękach pacjenta i jego bliskich.

Wspomniała pani o badaniu PolSenior 2. Jest pani profesor współautorką rozdziału dotyczącego zespołu słabości w raporcie z tego badania. W rekomendacjach podkreślacie państwo, że potrzebna jest edukacja profesjonalistów ochrony zdrowia w zakresie zespołu słabości. Czy to oznacza, że wśród nich istnieje problem deficytu wiedzy, czy świadomości problemu kruchości? A jeśli tak, to z czego ten deficyt wynika?

Panie redaktorze, nigdy nie jest tak dobrze, żeby nie mogło być lepiej. Zespół kruchości wchodzi coraz szerzej w poszczególne dziedziny medycyny. Na ocenie kruchości bardzo często swoje postępowanie opierają kardiolodzy, urolodzy, onkolodzy, rozmaici specjaliści zabiegowi. Rzeczywiście, świadomość zespołu kruchości jest coraz większa. My, jako edukatorzy, jako nauczyciele akademiccy staramy się edukować w tym zakresie. Organizowane są debaty eksperckie specjalistów z różnych obszarów ochrony zdrowia na temat tego, jak zapobiegać, leczyć i postępować w przypadku zespołu kruchości. Natomiast ciągle potrzeba edukacji jest ogromna. Tak, jak powiedziałam, w zespole geriatrycznym jest nie tylko lekarz geriatra, ale też cała sieć osób, które współpracują ze sobą. Musimy więc myśleć o lekarzach specjalistach innych dziedzin, dietetykach, fizjoterapeutach, musimy też myśleć o farmaceutach, którzy nie zawsze w pierwszej kolejności pomyślą o zespole kruchości, jeśli zgłosi się pacjent i poprosi o „coś" na wzmocnienie i może dojść do sytuacji takiego poszukiwania cudownego środka farmakologicznego, który pozwoli odbudować mięśnie szkieletowe; oczywiście taki póki co nie istnieje. Musimy też myśleć o kampaniach edukacyjnych, które będą skierowane do szerokiego grona pacjentów i ich opiekunów.

Jak do problemu zespołu kruchości powinno się podchodzić w placówkach opiekuńczych, takich jak na przykład Domy Pomocy Społecznej? Czy jest to także rodzaj wyzwania dla osób pracujących w tego typu instytucjach i układających model ich funkcjonowania?

Zdecydowanie tak. Zespół kruchości, zapobieganie i leczenie – to powinno być priorytetem we wszystkich instytucjach i ośrodkach rehabilitacyjnych. Z tego względu, że odsetek kruchości jest najwyższy w takich instytucjach. To, co istotne, to konieczność walki z takimi stereotypami, że jeśli starszy pacjent pogorszył się funkcjonalnie, ma mniejszą sprawność samoobsługową, wolniej chodzi, ma mniejszą siłę mięśniową, to jest to sytuacja, w której już niewiele możemy zrobić. To absolutnie błędne przekonanie, które niestety często towarzyszy starszym osobom i ich opiekunom.

Przekonanie, że tak już musi być...

Dokładnie. Tymczasem są to pacjenci, którzy wymagają naszej największej uwagi, bo zespół kruchości ma to do siebie, że jeśli odpowiednio zadziałamy, to tego pacjenta możemy z tej kruchości wyrwać. Mamy różne stopnie – stan zagrożenia kruchością, kruchość łagodną, umiarkowaną i ciężką. Zawsze mówię, że moim celem, jako geriatry, jest wyrwać pacjenta z kruchości i przesunąć go o to oczko sprawności wyżej, co pozwoli na większą sprawność samoobsługową, a przede wszystkim poprawi jakość życia. Pacjenci z zespołem kruchości częściej upadają, częściej doznają złamań, mają większe zapotrzebowanie na świadczenia medyczne, częściej chorują oraz wymagają hospitalizacji i niestety częściej umierają. A zatem jest o co walczyć. I to właśnie ośrodki opieki długoterminowej, czy to DPS-y , czy zakłady opiekuńczo-lecznicze powinny być szczególnie uwrażliwione na to, by z tą kruchością podejmować walkę. Czasami są to całkiem proste interwencje, jak poprawa uzębienia, lepsze dopasowanie protez po to, żeby starsza osoba lepiej się odżywiała, przyjrzenie się, dlaczego ktoś coraz chętniej pozostaje w fotelu: może ma kiepsko dobrane obuwie, może czuje się niepewnie ze względu na deficyt wzroku, może jest jakiś ból, który można opanować, dzięki czemu pacjent stopniowo, krok po kroczku, zacznie swoją aktywność fizyczną istotnie zwiększać.

Dziękuję za rozmowę.

Ryszard Warta

Dr hab. Karolina Piotrowicz, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego. Lekarz geriatra, adiunkt w Katedrze Chorób Wewnętrznych i Gerontologii CM UJ. W październiku 2023 roku wybrana została na sekretarza generalnego Europejskiego Towarzystwa Geriatrycznego (European Geriatric Medicine Society).

ARTYKUŁ SPONSOROWANY

Opieka w każdym rozmiarze

W opiece nad osobami żyjącymi z nietrzymaniem moczu nie ma rozwiązań uniwersalnych – z bardzo wielu powodów. Dobranie odpowiedniego produktu chłonnego rzutuje nie tylko na jego skuteczność i akceptację przez pacjenta, ale decyduje także o wspieraniu samodzielności podopiecznego, kondycji jego skóry oraz o komforcie pracy opiekuna. Ze względu na stan zdrowia, wiek i nawyki pacjenci mogą potrzebować różnych rozmiarów wyrobów chłonnych, a odpowiednie dopasowanie będzie bezpośrednio wpływać na ich komfort i pozwoli uniknąć wielu potencjalnych trudności.

Starsi pacjenci, często na skutek wielu czynników, tracą masę mięśniową i siłę. Choroby onkologiczne czy metaboliczne mogą powodować zanik tkanki podskórnej i w efekcie – zmniejszenie obwodu w talii i biodrach. To sprawia, że część pacjentów może potrzebować małych rozmiarów produktów chłonnych – jeszcze mniejszych niż rozmiar "S". Często jednak można spotkać się z przekonaniem: „większy rozmiar to większa chłonność". To mit. **Chłonność produktu nie zależy od jego wielkości**, natomiast **kluczowe jest idealne przyleganie do ciała**, bez którego nawet najbardziej chłonny wyrób nie spełni swojej funkcji i nie zabezpieczy odpowiednio przed wyciekami.

To jest wyrób medyczny. Używaj go zgodnie z instrukcją używania lub etykietą.

Dotyczy stron 35 – 36. Producent i podmiot prowadzący reklamę – Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA

Sięganie po zbyt duży rozmiar produktu, np. po rozmiar M, kiedy optymalny jest rozmiar S lub nawet mniejszy, rodzi szereg problemów. Przede wszystkim, to oczywiście większe zagrożenie wyciekami. Podstawowym miejscem, gdzie się ich spodziewamy, są pachwiny. Dobrze dopasowany produkt będzie nie tylko odpowiednio obejmować nogi oraz krocze i w ten sposób zapobiegać ich powstawaniu, ale przede wszystkim będzie lepiej przylegać w pasie – gdzie wyciek tylny jest najczęstszym, choć mniej kojarzonym, problemem wynikającym z noszenia zbyt dużego produktu chłonnego.

Majtki chłonne Seni Active

Idealne dla osób, które prowadzą aktywny tryb życia, uczestniczą w rehabilitacji oraz dla osób żyjących z demencją

- zakładane jak zwykła bielizna
- **od rozmiaru XS (50 cm) aż po bariatryczne XXL (do 190 cm w pasie)**

Innym wyzwaniem są pacjenci, którzy ze względu na choroby metaboliczne, styl życia lub inne powody żyją z nadwagą i otyłością. Podstawowe problemy w opiece nad takimi osobami to zwiększony nacisk, który w przypadku korzystania z niewystarczająco chłonnych produktów, nie zapewniających wystarczającej suchości podczas ich użytkowania, może zwiększać kontakt skóry z moczem. Dodatkowo, w przypadku kiedy produkty chłonne są niewystarczającego rozmiaru, mogą być one czynnikiem znacznie pogarszającym stan skóry – powodować otarcia i odparzenia.

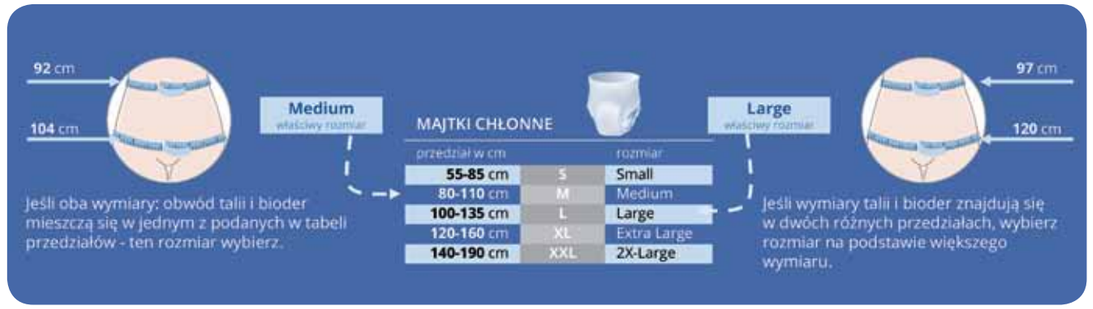
Może to być potęgowane poprzez poleganie personelu na subiektywnej ocenie potrzebnego rozmiaru zamiast faktycznego sprawdzenia wymiarów pacjenta. W parze z takim postępowaniem często idzie przekonanie, że wystarczy ścisnąć mocniej rzepy, żeby produkt przylegał wystarczająco ściśle do ciała. Nie jest to do końca prawda, bo nawet jeśli dzięki temu będzie on dobrze dopasowany w pasie, to zbyt duży rozmiar może nie dawać wystarczającej ochrony przed wyciekami w kroczu. **Prawidłowe postępowanie wymaga zmierzenia obwodu w dwóch punktach: w pasie oraz w najszerszym miejscu bioder, a następnie dobrania rozmiaru według większego z tych wymiarów.**

Pieluchomajtki Seni Super

Rozwiązanie dla osób na stałe pozostających w łóżku i o ograniczonej mobilności

- optymalne dopasowanie do ciała dzięki zastosowaniu elastycznych przylepcorzepów i ściągaczy talio-wych z przodu i z tyłu
- **od rozmiaru XS (od 40 cm) do XXL (do 210 cm obwodu w pasie)**

PRZYKŁAD:



Co więcej, mocne dociąganie rzepów w za dużym produkcie, aby „lepiej trzymał", powoduje powstawanie bolesnych bruzd, zaburzeń mikrokrążenia i zwiększa ryzyko uszkodzeń mechanicznych skóry. **Prawidłowo dobrany i zapięty wyrób powinien pozwalać na swobodne włożenie dwóch palców pod pas produktu**. Zapewnia to niezbędną przestrzeń dla ruchów oddechowych brzucha i zapobiega nadmiernemu uciskowi.

Skóra pacjentów bariatrycznych jest bardziej narażona na podrażnienia i odparzenia w fałdach skórnych. Dochodzi w nich do kumulacji ciepła i wilgoci, co w połączeniu z drażniącym działaniem amoniaku z moczu drastycznie podnosi ryzyko wystąpienia zapalenia skóry. Zaczerwienienie, które może wyglądać jak „zwykłe odparzenie" w rzeczywistości może być stanem zapalnym o podłożu chemicznym lub grzybiczym, które u osób otyłych postępują szybciej ze względu na ograniczoną cyrkulację powietrza i większy nacisk.

Te problemy mogą być dodatkowo pogłębione poprzez wykorzystanie w pielęgnacji rozwiązań niedopasowanych do potrzeb skóry osób starszych. Mydło i woda ze względu na swoje zasadowe pH mogą naruszać płaszcz hydrolipidowy skóry, który i tak jest już osłabiony przez kontakt z moczem. Dodatkowym źródłem podrażnienia może być zbyt mocne pocieranie skóry ręcznikiem w celu jej osuszenia. Skóra pacjentów bariatrycznych jest napięta i cieńsza, a tarcie prowadzi do mikrourazów. Lepszym rozwiązaniem jest osuszanie mokrej skóry poprzez jej oklepywanie. Można również sięgnąć po specjalistyczne produkty do pielęgnacji, które pozwalają skutecznie oczyścić skórę z zabrudzeń, bez użycia wody.

Kolejnym ważnym aspektem jest właściwa aplikacja kremu ochronnego, szczególnie w tych miejscach, gdzie skóra jest najbardziej narażona na odparzenia i otarcia. Często zakładamy, że grubsza warstwa kremów ochronnych gwarantuje lepsze zabezpieczenie. Tymczasem, w przypadku produktów z tlenkiem cynku optymalne działanie zapewnia cienka, równomierna warstwa. Taka aplikacja skutecznie chroni skórę, pozwalając jej jednocześnie swobodnie oddychać i umożliwiając stałą obserwację procesu gojenia.

Skuteczna profilaktyka wymaga czujności i systematyczności, szczególnie w miejscach niewidocznych na pierwszy rzut oka, jak fałdy brzuszne. Ważne jest, aby pamiętać, że u osób z nadwagą dobór odpowiedniego rozmiaru środka chłonnego jest niezwykle ważny – **zbyt mały produkt będzie powodował otarcia mechaniczne, a zbyt duży doprowadzi do wycieków**. Całościowe podejście, łączące dbałość o stan skóry z uwzględnieniem preferencji pacjentów, pozwala uniknąć bolesnych powikłań, które u osób z ograniczoną mobilnością mogą w krótkim czasie przerodzić się w trudne do wyleczenia odleżyny.

Wszystkie produkty Seni Super i Seni Active występują w pełnym zakresie rozmiarów od S do XL, a niektóre chłonności w zakresie od XS do XXL.

Pielęgnacja w każdym rozmiarze

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care Maxi

Ułatwiają codzienną pielęgnację i oczyszczanie skóry z zabrudzeń. Mają dużą powierzchnię (30 x 25 cm), dzięki czemu świetnie sprawdzają się u osób dorosłych. Zawierają neutralizator zapachu oraz prebiotyk, który wspiera dobrą florę bakteryjną skóry.

Pianka myjąco-pielęgnujaca Seni Care

Skutecznie oczyszcza skórę bez potrzeby spłukiwania. Z uwagi na zawartość neutralizatora zapachu jest polecana szczególnie do oczyszczania okolic intymnych podczas zmiany wyrobu chłonnego u osób z nietrzymaniem moczu lub kału. Dzięki zawartości pantenolu łagodzi podrażnienia skóry.

Krem ochronny z argininą Seni Care

Krem do skóry narażonej na odparzenia i odleżyny, polecany do pielęgnacji miejsc ulegających częstym otarciom – w fałdach skóry, na udach, pod biustem. Ma lekką konsystencję i szybko się wchłania. Tworzy na skórze przezroczystą warstwę ochronną.

Krem ochronny z tlenkiem cynku Seni Care

Krem do skóry narażonej na odparzenia i odleżyny, szczególnie u osób na stałe pozostających w łóżku, z nietrzymaniem moczu. Zapewnia skuteczną ochronę skóry przed działaniem czynników drażniących oraz przyspiesza regenerację juz podrażnionej skóry.

Ryszard Warta

komentarz

Strefa zagrożenia

Gdy zbierałem materiały do tekstu o wypaleniu zawodowym pracowników DPS-ów, jeden z moich rozmówców przesłał mi wiersz – jak dodał – młodej opiekunki. Nie będę go cytował w całości, jeden tylko mały fragment: „Nie modlę się o siłę/Siła dawno się zużyła/Proszę tylko, żeby nie zabrakło mi serca. Kiedy ono wyschnie/fartuch stanie się tylko tkaniną/ruch – obowiązkiem/a człowiek procedurą”.

Opis wypalenia, bez znaczenia czy w języku poetyckiej przenośni, psychologicznej analizy, czy w suchym przekazie statystycznych danych, zawsze jest opisem dramatu. I to bynajmniej, nie indywidualnego, bo jego skutki dotykają nie tylko zmagającego się z tym syndromem pracownika, ale uderzają też w jego bliskich oraz mieszkańców, narażonych na fatalne efekty depersonalizacji.
Wypalenie jest jednym z największych wyzwań stojących przed tym sektorem pomocy społecznej. Także dlatego, że nawet gdyby stał się cud – w co zresztą nikt już chyba nie wierzy – i jakimś cudownym sposobem rozwiązane zostałyby problemy niedoinwestowania systemu, braków kadrowych, niskich płac; gdyby jakaś czarodziejska różdżka legislacyjna sprawiła, że przepisy stałyby się adekwatne do rzeczywistości polskich domów pomocy, gdyby poznikała masa innych bolączek – nawet wtedy pracownicy DPS pozostawać będą w strefie szczególnego zagrożenia wypaleniem. Zawsze, nawet przy najlepszej organizacji pracy, przy zapewnieniu jej optymalnych warunków, zawsze będzie to praca polegająca na bezpośrednim kontakcie z człowiekiem w potrzebie, często dotkniętym chorobą, postępującym zniedołężnieniem, zmagającym się z samotnością, depresją i traumą odchodzenia. Bywa, że także nastawionym roszczeniowo, trudnym. To nigdy nie pozostaje bez śladu, odporność psychiczna też ma swoje limity. W tej „branży” ryzyko wyczerpania emocjonalnego – a to przecież jeden z podstawowych czynników sprzyjających wypaleniu – zawsze będzie ekstremalnie wysokie.

Jak z tym zagrożeniem walczyć? W naszym tekście piszemy o jednym z pomysłów na rozwiązanie problemu przeciążenia pracą na dyżurach oraz o możliwościach, jakie daje metoda superwizji. To jedynie dwa z wielu różnych rozwiązań, z których, jak z pojedynczych cegiełek, budować można obronny mur przed wypaleniem. A warto pamiętać też o tym, że nie jest to wyzwanie wobec którego stoi wyłącznie środowisko domów pomocy społecznej: ich pracownicy, kadra zarządzająca, samorządy i inne podmioty, które prowadzą tego typy instytucje, wreszcie urzędnicy i politycy tworzący prawo regulujące ten obszar życia.

Do pewnego stopnia to także wyzwanie dla każdego z nas, bo na ryzyko wypalenia zawodowego u pracowników DPS wpływa także społeczna ocena tej grupy zawodowej, a z tym jest nie najlepiej. Jakaś część z tych, którzy dziś z taką łatwością powielają krzywdzące dla pracowników domów stereotypy, sama za jakiś czas trafi do tego placówek. A wtedy przekonają się, że w ich własnym interesie jest, by ich opiekunowie byli skutecznie chronieni przed wypaleniem. ●

PIELĘGNACJA W OPIECE

MYCIE BEZ WODY

Krem myjący 3 w 1

Pianka myjąco-pielęgnująca

Szampon w piance

AKTYWACJA

Żel aktywizujący

Olejek pielęgnacyjny

SKUTECZNA OCHRONA

Krem ochronny z argininą
profilaktyka przeciwodleżynowa

Krem ochronny z tlenkiem cynku
na zaczerwienienia

WYGODNE OCZYSZCZANIE

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care Sensitive

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care Aqua

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care Maxi

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care inti+

PIELĘGNACJA SUCHEJ I WYMAGAJĄCEJ SKÓRY

DELIKATNE OCZYSZCZANIE

Delikatny żel myjąco-natłuszczający

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

Aktywna pianka do usuwania plam

Neutralizator zapachu

KOMFORT OPIEKI – oferta uzupełniająca

Myjki higieniczne

Podfoliowane myjki higieniczne

Ręczniki higieniczne air-laid

Śliniaki higieniczne z kieszonką

seni®

Twoje wsparcie
w nietrzymaniu moczu

Kilka kropel moczu na bieliźnie to sygnał, którego nie należy bagatelizować. Warto to skonsultować ze specjalistą i sięgnąć po odpowiednie zabezpieczenie - wkładki urologiczne.

POLSKI PRODUKT

Wybierz komfort — wybierz wkładki Seni Lady Slim Micro Plus

Zamów bezpłatne próbki na **seni.pl**

Dyskrecja
ultracienkie i bardziej chłonne od wkładek higienicznych, do ochrony przy nietrzymaniu moczu

Poczucie suchości
szybkie rozprowadzanie wilgoci dzięki Extra Dry System

Kontrola zapachu
z funkcją Odour Stop, zapewniającą kontrolę zapachu

Seni produkty chłonne na nietrzymanie moczu. Producent i podmiot prowadzący reklamę - Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA.

To jest wyrób medyczny. Używaj go zgodnie z instrukcją używania lub etykietą.