

Forum Opieki Długoterminowej

# medi

Kwartalnik nr 1/2(75)  
**kwiecień 2018**

ISSN 1643 - 1308 nakład 3000 egz.

Żywność  
**przemysłowe**

Opiekuńcze  
**usługi sąsiedzkie**

WYZWANIA  
**OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ**

# ULGA DLA SKÓRY

**seni**<sup>®</sup>  
care

- BARDZO SUCHEJ
- PODRAŻNIONEJ
- WRAŻLIWEJ



Szampon  
nawilżający



Lotion  
myjąco-  
natłuszczający



Balsam regenerujący  
do skóry suchej



## Specjalistyczne produkty pielęgnacyjne Seni Care:

- regenerują suchą skórę i chronią ją przed utratą wody
- niwelują swędzenie i uczucie ściągnięcia
- łagodzą podrażnienia i zaczerwienienia
- głęboko nawilżają, odżywiają i natłuszczają



Dostępne w aptekach i sklepach medycznych.

[www.seni.pl](http://www.seni.pl)

# medi

## Szanowni Państwo!

**WYDAWCA:**  
Fundacja  
Razem Zmieniamy Świat

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

**REDAKCJA NAUKOWA:**  
mgr Grzegorz Baranowski  
prof. dr hab.  
Zofia Kawczyńska-Butrym  
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  
prof. dr hab. med.  
Anna Wilmowska-Pietruszyńska

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

**PROJEKT GRAFICZNY I SKŁAD:**  
APP – POLE ZNAKU  
Agata Wajer-Gądecka

**ADRES REDAKCJI:**  
**UL. ŻÓŁKIEWSKIEGO 20/26**  
**87-100 TORUŃ**  
tel. 056612-32-93  
fax. 056 612-35-83

**PRENUMERATA:**  
Formularz zamówienia prenumeraty  
znajduje się na stronie  
[www.razemzmieniamywiat.pl](http://www.razemzmieniamywiat.pl)  
w zakładce Publikacje

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

**O**ddajemy w Państwa ręce kwietniowe wydanie kwartalnika Medi Forum Opieki Długoterminowej. Wraz z tym numerem Medi wprowadzamy stałą rubrykę – Wyzwania opieki długoterminowej. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom naszych czytelników pragniemy stworzyć przestrzeń, w której omawiane będą bieżące zmiany w opiece długoterminowej. Gorąco zachęcamy, żeby dzielili się Państwo na łamach Medi swoimi doświadczeniami, spostrzeżeniami i rozwiązaniami w zakresie opieki długoterminowej.

Rubrykę Wyzwania opieki długoterminowej otwieramy artykułem Grzegorza Branowskiego na temat aktualnych zmian prawnych w opiece długoterminowej oraz opinią Anety Rybackiej-Skorulskiej na temat rzeczywistości funkcjonowania i zarządzania DPS-em.

W kwietniowym numerze poruszamy również bardzo ważny temat żywienia przemysłowego oraz trudnych zachowań osób żyjących z demencją. Autorka artykułu Anna Przybyło przekonuje jak ważne jest „odszyfrowanie” trudnych zachowań oraz w jaki sposób opanować tę technikę.

W każdym numerze staramy się również przedstawić przykład ciekawych rozwiązań w obszarze opieki długoterminowej, dobrych praktyk wdrażanych w Instytucjach. W bieżącym numerze chcielibyśmy zainteresować Państwa projektem sąsiedzkich usług opiekuńczych oraz wykorzystaniem mediów społecznościowych w zarządzaniu wizerunkiem Instytucji.

**Zapraszamy do lektury!**  
**Redakcja Medi**

# SPIS TREŚCI

# kwiecień 2018

## WYZWANIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

---

- 06** Zmiany w Rozporządzeniu a działalność domów pomocy społecznej  
*Grzegorz Baranowski*
- 10** Rzeczywistość funkcjonowania i zarządzania DPS-em z perspektywy dyrektora DPS w Wielkiej Nieszawce  
*Aneta Rybacka-Skorulska*

## TEORIA I PRAKTYKA

---

- 15** Żywnienie przemysłowe osób z chorobą przewlekłą i nowotworową  
*Anna Cybulska*
- 18** Co się kryje za trudnymi zachowaniami osób żyjących z demencją? Jak je rozszyfrować?  
*Iwona Przybyło*
- 21** Klient nasz Pan!  
*Aad Koster*

## SENI CUP

---

- 26** Seni Cup to nasza Liga Mistrzów. Wspomnienia  
*Aleksander Knitter*
- 30** Piłka w grze! Waplewo 2018  
*Sylwia Rogóż*

## DOBRE PRAKTYKI

---

- 33** Opiekuńcze usługi sąsiedzkie „stara usługa, nowa perspektywa”  
*Grzegorz Baranowski*
- 36** Kreowanie wizerunku Instytucji w mediach społecznościowych  
*Andrzej Kudrański, Krzysztof Kudrański*





**seni**<sup>®</sup>

# Seni Lady

Dyskretny produkt  
na dyskretny problem



URO  
PROTECT

Sprawdzona ochrona  
przy lekkim i średnim nietrzymaniu moczu



Wkładki urologiczne Seni Lady  
są dużo bardziej chłonne  
niż podpaski.

Zamów bezpłatną próbkę na [senilady.pl](http://senilady.pl)

# Zmiany w Rozporządzeniu a działalność domów pomocy społecznej

GRZEGORZ BARANOWSKI  
Dyrektor DPS dla Dorosłych w Bytomiu

*Rok 2017, szczególnie zaś jego końcówka oraz początek roku bieżącego obfitowały w zmiany w prawie, w tym w zmiany rzutuące bezpośrednio na działalność domów pomocy społecznej. Spróbujemy zająć się omówieniem najważniejszych zmian w aktach prawnych, a w niniejszym artykule skupimy się w szczególności na zmianach w rozporządzeniu w sprawie domów pomocy społecznej.*

**W**arto przypomnieć, iż już na początku 2017 r., ukazało się ROZPORZĄDZENIE MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ z dnia 24 stycznia 2017 r., zmieniające rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej (Dz U. z 7 lutego 2017 r. poz. 224). Była to pierwsza od kilku lat ingerencja w treść obowiązującego aktu prawnego. Rozporządzenie przede wszystkim ustaliło standard funkcjonowania domów dla osób uzależnionych od alkoholu. Jednak wniosło też inne, istotne zmiany.

Tabela na następnej stronie wskazuje na konsekwencje płynące z omawianego Rozporządzenia, dla domów, dla osób uzależnionych i dla wszystkich typów domów.

**Tab. 1.**

Wykaz zmian prawnych na mocy Rozporządzenia z dnia 24.01.2017 r.

ZMIENIANY PRZEPIS ROZPORZĄDZENIA	ZAKRES ZMIAN	TREŚĆ ZMIANY	KONSEKWENCJE DLA TYPU DOMU
§ 2 ust. 4	nadano nowe brzmienie	„4. Indywidualny plan wsparcia powinien być przygotowany w terminie 6 miesięcy od dnia przyjęcia mieszkańca do domu, a w przypadku domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu termin ten nie może być dłuższy niż 2 miesiące.”;	domy dla osób uzależnionych
§ 3	dodano ust. 2a	„2a. W domach dla osób uzależnionych od alkoholu działania wynikające z indywidualnego planu wsparcia mieszkańca domu koordynuje specjalista psychoterapii uzależnień lub instruktor terapii uzależnień lub osoba przeszkolona w zakresie oddziaływań terapeutyczno-rehabilitacyjnych wobec osób uzależnionych od alkoholu, która jest zobowiązana do współpracy z zespołem terapeutyczno-opiekuńczym.”;	domy dla osób uzależnionych
§ 5	dodano ust. 5 – 8 w brzmieniu	„5. Dom dla osób uzależnionych od alkoholu, poza usługami, o których mowa w ust. 1, zapewnia dostęp do: 1) indywidualnych oraz grupowych zajęć terapeutycznych ze specjalistą psychoterapii uzależnień lub instruktorem terapii uzależnień lub osobą przeszkoloną w zakresie oddziaływań terapeutyczno-rehabilitacyjnych wobec osób uzależnionych od alkoholu; 2) treningu funkcji poznawczych, w tym treningu pamięci; 3) treningów umiejętności społecznych, służących utrzymywaniu abstynencji lub ograniczaniu spożywania alkoholu; 4) działań motywujących, mających na celu utrzymywanie abstynencji lub ograniczanie spożywania alkoholu. 6. Dom dla osób uzależnionych od alkoholu umożliwia mieszkańcom korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie terapii uzależnień. 7. W celu zapewnienia dostępu do usług i świadczeń, o których mowa w ust. 5 i 6, dom dla osób uzależnionych od alkoholu współpracuje z gminnymi komisjami rozwiązywania problemów alkoholowych i podmiotami wykonującymi działalność w zakresie leczenia i profilaktyki uzależnień. 8. W celu podnoszenia kwalifikacji i szkolenia personelu dom może współpracować z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 1817 i 1948 oraz z 2017 r. poz. 60), prowadzącymi działalność w zakresie profilaktyki i terapii uzależnień.”;	
§ 6 ust.1pkt 6 lit c.	nadano nowe brzmienie	„dla każdego z posiłków czas wydawania wynosi 2 godziny,”	wszystkie domy
§ 6 ust.1 w pkt 10 lit. b	nadano nowe brzmienie	„organizację zajęć terapeutycznych, w tym terapii zajęciowej, w pracowniach terapii, a w przypadku osób przebywających w domach, o których mowa w art. 56 pkt 3 i 4 ustawy, także umożliwienie korzystania z usług w warsztatach terapii zajęciowej,”	wszystkie domy, co do WTZ domy dla osób przewlekłe psychicznie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie
§ 6 w ust. 2: – pkt 2	nadano nowe brzmienie	„zapewnianie mieszkańcom domu kontaktu z psychologiem, a w przypadku domów, o których mowa: a) w art. 56 pkt 3 i 7 ustawy – również z psychiatrą, b) w art. 56 pkt 7 ustawy – również ze specjalistą psychoterapii uzależnień lub instruktorem terapii uzależnień albo osobą przeszkoloną w zakresie oddziaływań terapeutyczno-rehabilitacyjnych wobec osób uzależnionych od alkoholu;”	wszystkie domy, co do psychiatry i psychologa domy dla osób przewlekłe psychicznie chorych i uzależnionych, a specjalista psychoterapii lub instruktor terapii w domach dla osób uzależnionych

## WYZWANIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

§ 6 w ust. 2: – pkt 3	nadano nowe brzmienie:	„posiadanie wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, w odpowiednim typie domu dla: a) osób w podeszłym wieku – nie mniej niż 0,4 na jednego mieszkańca domu, b) osób przewlekle somatycznie chorych – nie mniej niż 0,5 na jednego mieszkańca domu, c) osób przewlekle psychicznie chorych – nie mniej niż 0,5 na jednego mieszkańca domu, d) osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie – nie mniej niż 0,5 na jednego mieszkańca domu, e) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie – nie mniej niż 0,5 na jednego mieszkańca domu, f) osób niepełnosprawnych fizycznie – nie mniej niż 0,5 na jednego mieszkańca domu, g) osób uzależnionych od alkoholu – nie mniej niż 0,5 na jednego mieszkańca domu – przy czym przy ustalaniu wskaźników zatrudnienia uwzględnia się również wolontariuszy, stażystów, praktykantów oraz osoby odbywające służbę zastępczą w domu, jeżeli pracują bezpośrednio z mieszkańcami domu; przy wyliczaniu wskaźnika udział tych osób nie może przekroczyć 10% ogólnej liczby osób zatrudnionych w zespole terapeutyczno-opiekuńczym;”	wszystkie typy domów
§ 6 w pkt 4 kropkę zastąpiono średnikiem i dodano pkt 5	dodano pkt 5	pracownicy domu, o którym mowa w art. 56 pkt 7 ustawy, powinni posiadać przeszkolenie w zakresie podstawowej pomocy osobom uzależnionym od alkoholu.”;	domy dla osób uzależnionych

Na szczególną uwagę organizatorów pomocy społecznej zasługuje zmiana dotycząca obniżenia wskaźnika w zespole terapeutyczno – opiekuńczym.

Warto zaznaczyć, iż kolejna zmiana rozporządzenia dokonana aktem wykonawczym w postaci ROZPORZĄDZENIA MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ z dnia 17 stycznia 2018r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018r. poz. 278), wniosła dalsze zmiany w działalności DPS. Wśród najważniejszych zmian znajdują się:

### Zmiana dotycząca pracy z mieszkańcami z zaburzeniami komunikacji i interakcji społecznej

Pierwszą ze zmian dokonanych w Rozporządzeniu jest zmiana polegająca na dostrzeżeniu potrzeb osób wymagających alternatywnych sposobów komunikacji w DPS. Rozporządzenie obliguje domy do działań w zakresie podnoszenia sprawności i aktywizowania mieszkańców domu, w tym również w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej, w przypadku pobytu w DPS osób z problemami w komunikacji werbalnej (w § 5 w ust. 1 w pkt 3 lit. b).

Rozporządzenie wskazuje także, iż mieszkańcy domu charakteryzujący się znacznymi zaburzeniami interakcji społecznych i komunikacji powinni zamieszkiwać w pokojach jednoosobowych, jednak warunek ten jest obowiązkiem bezwzględny dla domu tylko w momencie, gdy pozwalają na to jego warunki organizacyjno-bytowe. Oczywiście zmiana miejsca zamieszkania mieszkańca musi odbywać się za jego zgodą lub zgodą przedstawiciela ustawowego (§ 6 ust. 1 pkt 3a).

Ustawodawca poszerzył również wymóg standardu w zakresie szkoleń w zespole terapeutyczno – opiekuńczym, o szkolenia z tematu komunikacji wspomagającej lub alternatywnej, o ile w domu występują problemy z komunikacją werbalną wśród mieszkańców (§ 6 ust. 2 pkt 4). Jest to też naturalna konsekwencja proponowanych wcześniej zmian.

### Zmiany dotyczące pomieszczeń łazienek i toalet

Kompletnie niezrozumiałą zmianą przepisów Rozporządzenia jest zmniejszenie ilości wymaganych toalet, w wystandardyzowanych już domach, do jednej toalety przypadającej na sześciu mieszkańców (§ 6 ust. 1 pkt 4). Nie znane jest szczegółowe i logiczne uzasadnienie dokonanej zmiany.

Ustawodawca doprecyzował również, iż łazienka i toaleta w DPS wyposażone są:

- ▶ łazienka – w co najmniej w miskę ustępową, umywalkę i prysznic,
- ▶ toaleta – w co najmniej w miskę ustępową i umywalkę.

Przepisy Rozporządzenia dookreśliły również, iż łazienka wyposażona w prysznic i umywalkę muszą znajdować się w pomieszczeniach związanych z pokojami mieszkalnymi.

Nowym rozwiązaniem jest wymóg posiadania przez DPS, na każdej kondygnacji domu z pokojami mieszkalnymi, łazienki przystosowanej do kąpeli osób leżących, wyposażonej w urządzenia ułatwiające wykonywanie czynności związanych z kąpielą.

Przepisów dotyczących wyposażenia łazienek oraz łazienki „kąpielowej” nie stosuje się jednak do domu pomocy społecznej położonego w budynku albo budynkach, w których w dniu 1 lipca 2018 r. był prowadzony dom pomocy społecznej.

### Koniec „nowo powstałych domów” i zmiana ilości miejsc w DPS powyżej 100 mieszkańców

Minister zdecydował się na wykreślenie ze „starego rozporządzenia” określenia „nowo powstały” DPS.



Oznacza to, iż obecnie obowiązująca treść § 6 ust. 1 lit. d brzmi następująco: „liczba miejsc w domu jest nie większa niż 100”. Zapis ten rodzi konsekwencje w postaci wyznaczenia nowej normy w funkcjonowaniu domów w zakresie maksymalnej liczby miejsc. Norma prawna zawarta w § 2 ust. 1 omawianego Rozporządzenia dookreśla, iż przepisu § 6 ust. 1 pkt 1 lit. d., nie stosuje się do domu pomocy społecznej położonego w budynku albo budynkach, w których w dniu 31 grudnia 2013 r. był prowadzony dom pomocy społecznej.

Kluczową zmianą w obecnym sposobie funkcjonowania DPS, jest norma zawarta w § 2 ust. 2 ROZPORZĄDZENIA MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ z dnia 17 stycznia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej, która wskazuje, iż liczba miejsc w domu pomocy społecznej, położonego w budynku albo budynkach, w których w dniu 31 grudnia 2013 r., był prowadzony dom pomocy społecznej, może być większa niż 100, ale nie większa niż określona w zezwoleniu wojewody na prowadzenie domu w dniu 1 lipca 2018 r. Oznacza to jednoznacznie, iż po dniu 1 lipca 2018r., nie jest możliwe zwiększenie liczby miejsc w domach, które przekroczyły już liczbę miejsc powyżej 100 mieszkańców. Zatem jeżeli jakiś DPS zamierza zwiększyć liczbę miejsc, może tego dokonać ostatecznie do dnia 1 lipca 2018 r.

## Precyzja „Legislatora”

Na koniec tego krótkiego omówienia, celem poprawy humoru, warto cytować Legislatora:

*„§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 1 pkt 2 lit. a tiret trzecie podwójne tiret drugie i podwójne tiret trzecie oraz § 2 i 3, które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2018r.”*

Po przeczytaniu treści tego przepisu rodzi się pytanie, kto z nas, zrozumie ten tekst za pierwszym razem?

Życząc sobie i Państwu tylko przeryzanych aktów prawnych, zapraszam na kolejny artykuł, w którym zajmemy się analizą obowiązków wynikających ze zmiany przepisów o ochronie zdrowia psychicznego. ■



*Ustawodawca poszerzył również wymóg standardu w zakresie szkoleń w zespole terapeutyczno-opiekuńczym, o szkolenia z tematu komunikacji wspomagającej lub alternatywnej, o ile w domu występują problemy z komunikacją werbalną wśród mieszkańców (...)*

*Od redakcji: artykuł dot. analizy obowiązków wynikających ze zmiany przepisów o ochronie zdrowia psychicznego autorstwa Grzegorza Baranowskiego zostanie zamieszczony w kolejnym numerze Medi (czerwiec 2018)*

# Rzeczywistość funkcjonowania i zarządzania DPS-em

## z perspektywy dyrektora DPS w Wielkiej Nieszawce

ANETA RYBACKA-SKORULSKA  
Dyrektor DPS w Wielkiej Nieszawce

*W obecnej sytuacji prawnej, domy pomocy społecznej prowadzone przez samorządy terytorialne, mając stałe zezwolenie Wojewody, muszą spełniać ogromną liczbę obostrzeń. Od kilku lat mamy sytuację dość absurdalną (z punktu widzenia osoby takiej jak ja), w której funkcjonuje ogromna liczba „dzikich” domów, niewpisanych do rejestru wojewody. Dla społeczeństwa, generalizując to pojęcie, to sytuacja wydawać by się mogła dobra, gdyż jest taniej i przystępniej. Ale, czy na pewno?*

**O**d dziewięciu lat jestem dyrektorem Domu Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku obojga płci. Dom... raczej duży, dla dziewięćdziesięciorga osób, rozpoczął swoje funkcjonowanie w 1997 r. Czas przełomu, istniały jeszcze WPS-y, mieliśmy jeszcze czterdzieści dziewięć województw. Nadeszły zmiany...zmienił się podział administracyjny Polski, zmieniły się podmioty prowadzące domy pomocy społecznej, ale największą zmianę przyniosła zmiana zasad odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej. W 2004 r. wraz z nową Ustawą o pomocy społecznej weszły tak zwane „nowe zasady”. Państwo, przestało pokrywać większość kosztów za osoby umieszczone

w domach, samorządy „przejęły” rolę płatnika, w zasadzie każdy z nas, pracujący w pomocy społecznej na co dzień doświadcza w swej pracy zasad sprzed 2004 r. i po 2004 r. Niby nic, a jednak wiele. Gminy, miasta zaczęły „ogłądać” każdy wydawany pieniądź na osobę kierowaną przez swój ośrodek pomocy społecznej do domów pomocy społecznej, skończyły się (może nie do końca) czasy kierowania do DPS-u za pieniądze „niczyje” pieniądze „z góry”, zaczął się kształtować czas, gdy skierowanie do takiej instytucji stało się ostatecznością.

Z perspektywy Domu zmienił się klient, który stał się trudniejszy, stał się bardziej uciążliwy, stał się w skrajnych przypadkach destrukcyjny dla całego funkcjonowania Domu.

Dyrektor DPS-u boryka się z wieloma problemami. Przez kilka miesięcy kolejka jest długa, a raczej taką się wydaje (u nas to około 30 osób), gdyż większość oczekujących chce zamieszkać w „jedynce z balkonem”, a gdy zwalnia się miejsce w placówce, które nie spełnia wymogu osoby oczekującej (gdyż nie jest to owa „jedynka z balkonem”) to mamy do czynienia z odwlekaniem decyzji o skorzystaniu z możliwości popytu w jednostce i tworzeniu „sztucznego tłoku”. Cóż... „jedynka z balkonem”, marzenie oczekującej osoby, czy rodziny? Zazwyczaj to najbliższe osoby tworzą wyobrażenie o tym, co powinna otrzymać mama, babcia czy dziadek. Sam, czy sama oczekująca też tak zazwyczaj twierdzi, ale czym jest takie wymaganie, gdy osoba jest

niesprawną, niedołązną i na balkon nie wyjdzie nigdy o własnych siłach?! W naszym Domu mamy obecnie trzydzieści pokoi jednoosobowych (z balkonami) a co jakiś czas widzę jedynie 3-4 osoby na balkonach i to zazwyczaj, nawet latem, te same osoby. Przez te dziewięć lat miałam okazję oglądać tylko jednego Pana często przesiadującego na balkonie z piwkiem. A co? Pan, w sile wieku, fizycznie sprawny, elokwentny, może nieco zaburzony przez nałóg..... ale w DPS-ie wyłądownął. A, że miał długi u komorników, że nie starczało na opłacenie lokum i na codzienne życie to wymusił, wyklócił się, dostał skierowanie? Dostał! Taka rzeczywistość! Pokojowe musiały temu Panu sprzątać? Musiały! Opiekunowie musieli donieść drugie śniadanie do pokoju i podwieczorek? Musieli! Spróbowali by nie donieść, pokojowe nie posprzątać i nie wynieść puszek po piwie ostentacyjnie wystawianych na korytarz! Skarga gotowa. Gdzie też ten Pan nie pisał skarg?! Policja, Prokuratura wszystkich szczebli, Sądy, ministerstwa: Sprawiedliwości, Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Zdrowia, Najwyższa Izba Kontroli. Nie wspominając o skargach wielokrotnie rozpatrywanych

*Dlaczego pielęgniarka zatrudniona w ZOL-u, przychodni, szpitalu może otrzymać angaż z podstawą wynagrodzenia 4.700 zł. a pielęgniarka w DPS-ie 2.200 zł? Czym się różni ich praca? Rozdawanie leków, zastrzyki, kroplówki, cewnikowanie, pobieranie krwi, opatrywanie ran, gojenie odleżyn, konsultacje lekarskie, pomoc opiekunom, karmienie i wiele innych czynności wspólnych dla pracy w szpitalu, ZOL-u i DPS-ie.*

przez Radę Powiatu, które trafiły do Powiatu, Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, czy Wojewody lub Wydziału Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego. Po kilku latach, udawadniania, „że nie jest się wielbłądem”, gdy z trudem przetrwałam wraz z kierowaną przeze mnie placówką obelgi i pomówienia zawarte w powyższych pismach, Pan przeniósł się do innego domu. Teraz wspominam tego Pana, co dziwne, z sentymentem, gdyż kolejnym „nabytkiem” okazał się również alkoholik, ale innego „kalibru”, typ spod budki, leżący

na chodniku, przystanku, żebrzący na alkohol, wulgarny i nieobliczalny jeżeli chodzi o zachowanie wobec personelu, współmieszkańców a także totalnie niedbający o higienę, porządek i otoczenie. Zasikany pokój, kał w kubku od kawy, sikanie do popielnicy w palarni, sikanie na korytarzach, klatkach schodowych czy w windzie oraz rozlewanie kawy wszędzie i na wszystko – to codzienność. Jedna osoba, do której zaraz dołączył kolejny alkoholik, choć trochę „porządniejsza”, Pani, która przez wiele lat nie piła i wróciła do nałogu oraz





*Niestety braki w personelu, który jest niezadowolony i niechętnie nastawiony do swej ciężkiej pracy, powodują, że poprawne funkcjonowanie jednostki jest zaburzone. Mnogość zwolnień lekarskich, zmęczeni pracownicy, dla których etat w Domu nie jest jedynym, składają się na codzienne trudności.*

stała się „dostawcą” alkoholu. Tak więc trzy-cztery osoby w ciągu kilku miesięcy potrafią „rozwalić” pracę kilkudziesięciu osób i uprzykrzyć codzienność niemal setce mieszkańców. Sądzę, że niemal każdy dyrektor DPS-u, takiego samorządowego, takiego do którego są kierowani mieszkańcy przez JST (jednostki samorządu terytorialnego: MOPS, GOPM ) doświadcza takich „przygód”. Taka jest rzeczywistość Domów, tu jest błąd, który popełniono już dawno, nie wprowadzono w Polsce kategoryzacji Domów Pomocy Społecznej. Co może zrobić dyrektor z takim trudnymi przypadkami? W zasadzie nic. Wzywanie policji, wnioski do Sądu, Prokuratury. Postępowanie trwa, przesłuchania i badania biegłych się odbyły i co dalej? Skierować można osobę nadużywającą alkoholu do DPS-u dla alkoholików, ale czas oczekiwania na zamieszkanie pozostawiam bez komentarza, więc najbliższe lata będą wesołe, ale niestety nie w tym pozytywnym znaczeniu.

Z kategoryzacją mamy do czynienia u naszych południowych i zachodnich sąsiadów. Większość ( z tego co wiem) państw Unii Europejskiej dzieli domy nie tylko na typy ale i je kategoryzuje. W Polsce każdemu pensjonariuszowi przysługują te same standardy. Ale, czy to aby trafne rozwiązanie? W przypadku wprowadzenia kategoryzacji, zawsze może znaleźć się głos, że to jest droga do tworzenia gett i przytułków, że każdy zasługuje przecież na godne traktowanie. Ale, czy ktoś, kto przez całe swe życie ciężko i uczciwie pracował, wypracował sobie emeryturę, dorobił się jakiegoś majątku, ale nie ma kto się nim opiekować, nie zasługuje na godną starość, w porządnym, dobrze utrzymanym domu spokojnej starości? Domu Pomocy Społecznej

gdzie sąsiad czy sąsiadka to ludzie podobnego pokroju, z którymi znajdzie wspólny język podczas zajęć na terapii zajęciowej, z którymi porozmawia w parku lub na wspólnym wyjeździe?

Ktoś powie, że przesadzam. Nie, opisuję to z czym mam do czynienia na co dzień. Choć takie sytuacje są skrajne i dotyczą pojedynczych osób, jednak to się dzieje, to składa się na całość, zabiera najwięcej uwagi i absorbuje całość personelu, który powinien w równej mierze poświęcić uwagę pozostałym ponad dziewięćdziesięciu procentom mieszkańców. Krótko i powierzchownie opisałam codzienność aby pokazać tło tego co jest w mojej ocenie powodem problemów w prowadzeniu i poprawnemu funkcjonowaniu domów, które działają w oparciu o Rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej (obowiązująca wersja Dz.U z 2017r. poz. 224).

W latach 2008-2010 mieliśmy do czynienia ze strasznym zawirowaniem wokół tematu pielęgniarek zatrudnianych w domach pomocy społecznej. „Nasze” pielęgniarki zostały zepchnięte na margines zawodu, Izby Pielęgniarskie przestały honorować ich pracę jako umożliwiającą kontynuację pracy w zawodzie. Dlaczego? Dom Pomocy Społecznej to nie placówka służby zdrowia. Wciąż funkcjonujemy w resorcie pomocy społecznej. Dobrze czy źle, nie potrafię jednoznacznie stwierdzić, gdyż domy pomocy społecznej są placówkami funkcjonującymi na pograniczu służby zdrowia i pomocy społecznej. Pomagać, służyć radą i pomocą a leczyć i ratować zdrowie. Granica się zaciera, patrząc na domy pomocy społecznej, które często nie różnią się od zakładu opiekuńczo-leczniczego. Teraz, mając za sobą odwiedzenie wielu ZOL-i, w niewielu

przypadkach widzę różnicę. W ZOL-ach zazwyczaj jest mniej domowo jeżeli chodzi o wystrój, ale klienci, pacjenci, mieszkańcy są podobni. Dlaczego pielęgniarka zatrudniona w ZOL-u, przychodni, szpitalu może otrzymać angaż z podstawą wynagrodzenia 4.700 zł. a pielęgniarka w DPS-ie 2.200 zł? Czy się różni ich praca? Rozdawanie leków, zastrzyki, kroplówki, cewnikowanie, pobieranie krwi, opatrywanie ran, gojenie odleżyn, konsultacje lekarskie, pomoc opiekunom, karmienie i wiele innych czynności wspólnych dla pracy w szpitalu, ZOL-u i DPS-ie. W mojej ocenie są tereny, powiaty, gdzie pracownicy od lat nie otrzymali podwyżek. U nas nie jest może tak jak oczekiwiliby tego pracownicy, ale małymi krokami samorząd dokłada fundusze na wynagrodzenia. Plusem jest stała praca, regularne wynagrodzenie, dodatkowa trzynasta pensja, Fundusz mieszkaniowy, kasa zapomogowo-pożyczkowa, praca w miłej atmosferze... jeżeli taką sobie stworzymy, itp. Z pewnością Starosta chętnie by dał pieniądze na podwyżki, ale jak to w samorządzie: nowa droga, ścieżka rowerowa, rozbudowa szkoły, szpitala, ZOL-u czy podwyżki dla pracowników? To ciężkie wybory, przedsiębiorca, biznesmen takich nie ma, może robić jak chce i jak ma ochotę, samorządowiec ma inaczej. Dlaczego nie pomóc samorządom, dlaczego nikt nie pomoże nam choćby w sprawie pielęgniarek, na które powinniśmy otrzymać wsparcie od NFZ-u.

Nasz dom jest postrzegany raczej jako ten lepszy, mamy większość pokoi jednoosobowych, z łazienkami, balkonami. Niestety braki w personelu, który jest niezadowolony i niechętnie nastawiony do swej ciężkiej pracy, powodują, że poprawne funkcjonowanie jednostki jest zaburzone. Mnogość zwolnień lekarskich, zmęczeni pracownicy, dla których etat w Domu nie jest jedynym, składają się na codzienne trudności. „Życzeniowe” układanie harmonogramów pracy (tzw. grafików), gdzie większość opiekunów przynosi grafiki z innych zakładów pracy. To już niemal norma, że przełożony, aby nie stracić dobrego pracownika, „gimnastykuje się” aby każdemu dogodzić. W ostatnich trzech-czterech latach poziom rotacji personelu „przyłóżkowego”, tzn. opiekunowie i pielęgniarki, osiągnął w naszym przypadku apogeum. Na dwadzieścia sześć osób





tylko pięć ma tutaj staż pracy dłuższy niż dziesięć lat. Ta sytuacja może nie jest powszechna, ale w naszym przypadku, gdy dom jest położony w odległości kilku kilometrów od dużego miasta, powoduje, że praca lepiej opłacana jest w mieście i dlatego mamy nawet wakaty. Domy inaczej położone, na terenie gdzie panuje względne bezrobocie są w nieco innej sytuacji. Osoby ze środowiska lokalnego, okolicznych wsi chętniej podejmują pracę w pobliżu swego miejsca zamieszkania. Od wielu już lat nie można liczyć także na duże wsparcie ze strony Urzędu Pracy (choć w przypadku Powiatu Toruńskiego zawsze mogą liczyć na miejsca dla stażysty, dla pracownika w ramach robót publicznych). Niestety, PUP przyznaje mi miejsca, ale nie ma chętnych do podjęcia takiej pracy, nie u nas, gdzie bezrobocie jest minimalne a szczątkowa liczba bezrobotnych z terenu naszej gminy to osoby, które już wykorzystały wszystko co

*W przypadku wprowadzenia kategoryzacji, zawsze może znaleźć się głos, że to jest droga do tworzenia gett i przytułków, że każdy zasługuje przecież na godne traktowanie. Ale, czy ktoś, kto przez całe swe życie ciężko i uczciwie pracował, wypracował sobie emeryturę, dorobił się jakiegoś majątku, ale nie ma kto się nim opiekować, nie zasługuje na godną starość, w porządnym, dobrze utrzymanym domu spokojnej starości?*

mogły. Niejednokrotnie opiekunowie, to osoby z dyplomami ratownika medycznego, oczekują, że jako personel z odpowiednimi kwalifikacjami otrzymają odpowiednie wynagrodzenie.

Przez kilka miesięcy ubiegłego roku miałam olbrzymie problemy z brakiem opiekunów, co powodowało, że na dyżurze w skrajnych sytuacjach były 2-3 osoby. W takiej sytuacji wykonane

## WYZWANIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

czynności przypominają taśmociąg: zmiana pieluchomajtek, toaleta, przebranie, dowieszenie pożywku, nakarmienie, krótka przerwa i ponownie pieluchowanie itd. Pielęgniarki pokojowe, terapeuci zajęciowi czy pracownicy socjalni także nie odmawiają pomocy, gdy jest „ciężka” zmiana.

Na terenie naszej gminy, od 2-3 lat, coraz częściej słychać, jak w sklepach, na przystankach, zarówno kobiety jak i mężczyźni rozmawiają w jakimś rosyjskobrzmiącym języku. To Ukraińcy i Białorusini, pracujący w pobliskich dużych firmach. Pokusiłam się o rozeznanie możliwości zatrudnienia pielęgniarek ze wschodu oraz opiekunów. Przez Urząd Pracy sprawa jest ciężka. Pielęgniarki z Ukrainy nie mogą nostryfikować dyplomów gdyż kształcenie odbywa się w naszych Państwach na różnym poziomie. W Polsce obecnie pielęgniarstwo to kształcenie wyższe, a na Ukrainie nadal to szkolnictwo średnie. Cudzoziemcy mogą być zatrudnieni,

ale muszą posiadać czasowe zezwolenia na pracę wydawane przez właściwego Wojewodę. W 2017 r. została zawarta umowa z rządem ukraińskim, na mocy której pielęgniarki posiadające dyplom studiów wyższych pierwszego stopnia mogą kontynuować naukę na polskiej uczelni (nie każdej) i uzyskać dyplom magistra, bez konieczności nostryfikacji. Niestety uzyskany dyplom nie jest równoważny z dyplomem uzyskanym przez polską pielęgniarkę i nie jest równoznaczny z możliwością wykonywania zawodu w Polsce(!) gdyż taka osoba musi przedstawić nostryfikację dyplomu bakalawra pierwszego stopnia (tytuł uzyskiwany na Ukrainie uprawniający do wykonywania zawodu pielęgniarki). Droga ukraińskiej pielęgniarki do możliwości wykonywania zawodu pielęgniarki w Polsce jest trudna, zawiła i nie do końca jasna, ale największy problem tkwi w tym, że tych pielęgniarek NIE MA!!!! Pokusiłam się o wykonanie telefonów do kilku Urzędów Pracy,

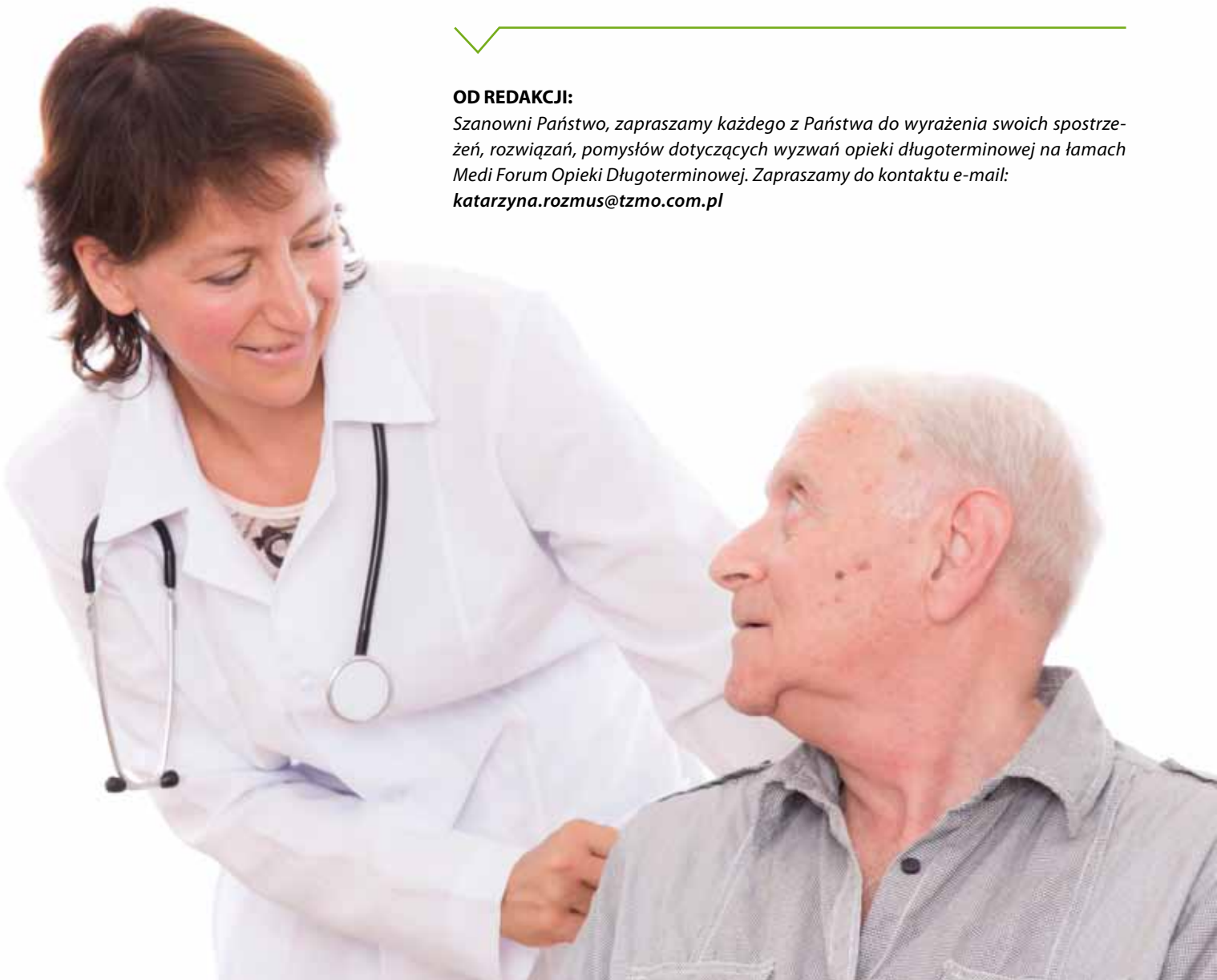
kilku agencji zatrudnienia i wszędzie usłyszałam, że nie ma osób poszukujących pracy w zawodzie pielęgniarki, cudzoziemców także?! Statystyki są bezlistosne, jak wynika z danych podawanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i położnych w 2016r. na ponad 320.000 zarejestrowanych w Polsce pielęgniarek i położnych, obywatelstwo ukraińskie posiadało 71 pielęgniarek i 5 położnych. Nic dziwnego, że nie mogłam ich znaleźć, ponieważ ich w zasadzie nie ma.

Teraz mam „pełną obsadę” ale jak długo potrwa taki stan?

Powracamy do kategoryzacji Dóμών. Zrobimy nareszcie COŚ, aby przywrócić prawidłowość, normalność, aby wejść na tory sprawiedliwości społecznej, praworządności, aby się wszystkim dobrze pracowało i żyło... kwestie, które nie pojawiłyby się w dyskusji weteranów, a to potencjalnie może być katalizatorem dla pozytywnych zmian. ■

### OD REDAKCJI:

*Szanowni Państwo, zapraszamy każdego z Państwa do wyrażenia swoich spostrzeżeń, rozwiązań, pomysłów dotyczących wyzwań opieki długoterminowej na łamach Medi Forum Opieki Długoterminowej. Zapraszamy do kontaktu e-mail: [katarzyna.rozmus@tzm.com.pl](mailto:katarzyna.rozmus@tzm.com.pl)*



# Żywnienie przemysłowe

## osób z chorobą przewlekłą i nowotworową

ANNA CYBULSKA

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Łaźniew

*Przez wiele lat panował pogląd, że niedożywienie jest problemem jedynie krajów Azji i Afryki, który nie występuje w bogatych, gospodarczo rozwiniętych krajach Europy i w Ameryce. Dziś już wiadomo, że również w tych krajach u znacznej części hospitalizowanych pacjentów stan odżywienia jest niezadowalający. Niedożywienie różnego stopnia stwierdza się u 35–55% chorych przyjmowanych do szpitali, przy czym u około 20% chorych jest to niedożywienie ciężkie wymagające intensywnego leczenia żywieniowego.*

**C**złowiek chory potrzebuje jedzenia tak samo jak każdy z nas, a choroba zwiększa zapotrzebowanie na energię, białko, i inne składniki odżywcze, w tym witaminy i pierwiastki śladowe. Płynoterapia obejmująca podaż 2-3 litrów płynów krystalicznych, nie jest żywnieniem, chociaż często w rozmowach z lekarzami i pielęgniarkami słyszymy, że pacjent jest żywiony, ponieważ dostaje glukozę. Zgodnie z wytycznymi ESPEN siedem dni wstrzymania doustnej podaży pożywienia jest maksymalnym okresem, jaki prawidłowo odżywiony

pacjent może tolerować bez interwencji żywieniowej.

Jak wykazują wyniki badań, pacjenci, u których stwierdza się cechy niedożywienia są bardziej narażeni na wystąpienie powikłań, a także na gorszy przebieg samego leczenia. Ważna jest przesiewowa ocena stanu odżywienia, której celem jest identyfikacja chorych niedożywionych.

Stan odżywienia ma, między innymi, wyraźny wpływ na przebieg i leczenie chorób takich jak:

- ▶ choroby onkologiczne (nowotwory głowy i szyi oraz górnego odcinka przewodu pokarmowego)

- ▶ choroby neurologiczne tj: udar mózgu, guzy mózgu, zespoły otępienne (w tym choroba Alzheimera), choroba Parkinsona, dystonie, płasawice, dystrofie, miopatie
- ▶ przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
- ▶ choroby gastrologiczne (np. nieswoiste zapalenie jelit, zespół krótkiego jelita, zespoły złego wchłaniania)

Dieta przemysłowa jest to zbilansowana dieta, bogata w naturalne produkty. Przeznaczona dla osób cierpiących na choroby przewlekłe oraz choroby onkologiczne. Składa się



## TEORIA I PRAKTYKA

z substancji naturalnych, które tworzą zestaw zdrowych, pełnowartościowych posiłków.

Najważniejsze składniki odżywcze to:

- ▶ **Białko**, które stanowi substrat do odbudowy tkanek oraz komórek układu odpornościowego.
- ▶ **Arginina**, będąca substratem do syntezy NO w organizmie. Wpływa na rozszerzenie naczyń krwionośnych (zwiększa dopływ tlenu).
- ▶ **Glutamina**, która jest substratem do budowy komórek układu odpornościowego oraz komórek nabłonka jelit.

▶ **Kwasy tłuszczowe EPA i DHA** – podawane we właściwych proporcjach pozwalają kontrolować przebieg reakcji zapalnej w organizmie .

▶ **Antyoksydanty** (Wit E, Wit C, selen, cynk, karotenoidy), są konieczne do neutralizacji wolnych rodników oraz kontroli reakcji zapalnej organizmu.

*Rytm codziennego życia większości pacjentów leczonych żywieniowo w warunkach domowych istotnie odbiega od trybu życia osób zdrowych. Należy jednak dokładać starań, aby był on zbliżony do tego, jaki obowiązuje w danym środowisku.*





Dodatkowo dieta przemysłowa zawiera dużą ilość błonnika, który jest zdrowym składnikiem każdej, dobrze zbilansowanej diety a wyeliminowany jest z niej cholesterol.

Celem tej diety, jest poprawa stanu odżywienia, a także przyspieszenie leczenia, u pacjentów, którzy na skutek choroby nie są w stanie dostarczyć drogą doustną wszystkich składników odżywczych, mineralnych i witamin. Jest to o tyle „inny” sposób żywienia, że wszystkie składniki są dostarczane przez przetokę odżywczą, czy też zgłębnik (sondę) – żywienie dojelitowe (enteralne) lub dożylnie – żywienie pozajelitowe (paraenteralne).

W żywieniu dojelitowym, przez sondę dojelitową lub PEG, stosuje się diety przemysłowe, ponieważ pokarm, który podawany jest do jelita, musi być już częściowo „przetrawiony”. Wśród diet przemysłowych znajdują się również diety specjalne, dla pacjentów z cukrzycą, chorobami wątroby, nerek, immunostymulujące (poprawiające funkcjonowanie układu odpornościowego), chorobami płuc. Swoim składem spełniają „wymagania” tych jednostek chorobowych, ponieważ mają odpowiednią kaloryczność i przyswajalność.

Bardzo ważne jest również leczenie żywieniowe w domu pacjenta, które prawie zawsze jest kontynuacją leczenia zapoczątkowanego w szpitalu, najczęściej z powodu braku możliwości odżywiania drogą naturalną, bądź też wtedy, gdy odżywianie drogą doustną nie zabezpiecza choremu dostarczenia niezbędnej ilości energii i/lub składników pokarmowych. Ta forma znajduje zastosowanie u osób z zaburzeniami połykania, częściową albo pełną niedrożnością przełyku, żołądka lub dwunastnicy. Są to chorzy z różnymi patologiami (udary i inne choroby neurologiczne powodujące zaburzenia połykania, anoreksja, wspomniane wcześniej nowotwory jamy ustnej, krtani i nieoperacyjne nowotwory przełyku, żołądka, trzustki, niekiedy stany po leczeniu radioterapią, przetoki na poziomie przełyku, oparzenia przełyku). W szczególnych przypadkach może to dotyczyć i innych sytuacji klinicznych, w których żywienie drogą doustną nie jest możliwe, lub nie zapewnia odpowiedniego zbilansowania energetycznego lub jakościowego (otępienie starcze, niektóre

powikłania pooperacyjne, niektóre postaci choroby Leśniowskiego-Crohna). Rytm codziennego życia większości pacjentów leczonych żywieniowo w warunkach domowych istotnie odbiega od trybu życia osób zdrowych. Należy jednak dokładać starań, aby był on zbliżony do tego, jaki obowiązuje w danym środowisku. Należy dążyć do tego, aby chorzy ci prowadzili możliwie aktywny tryb życia i wzmacniać przekonanie, że zmiana sposobu odżywiania nie musi być związana z zerwaniem więzów psychospołecznych i pełnym zaprzestaniem aktywności w rodzinie i otoczeniu.

Kiedyś uważano, że przy ostrych stanach chorobowych głodówka stanowi najlepsze rozwiązanie, dziś wiemy, że tak nie jest. Organizm w ciężkich stanach chorobowych, znajduje się w okresie katabolizmu, co oznacza, że zużywa o wiele więcej energii na podstawowe procesy życiowe. Gdy nie dostarczy tej energii z pożywienia, to zacznie ją pobierać z rezerw zapasowych, a potem zacznie „zjadać” sam siebie. Również inwazyjne leczenie (np. chemioterapia czy radioterapia w chorobie nowotworowej), osłabia jeszcze bardziej organizm. W efekcie leczenie może nie przynieść pożądanych efektów, stan pacjenta znacznie się pogorszy. Wiadomo, że w chorobie nowotworowej, w czasie radio czy chemioterapii, w zaburzeniach wchłaniania, problemach z połykaniem, przewlekłych stanach zapalnych, osoba chora nie jest w stanie zjeść tyle (o ile w ogóle może cokolwiek zjeść), żeby pokryć zapotrzebowanie swojego organizmu, na tyle by miał on siły do walki z chorobą, wówczas wprowadzenie żywienia enteralnego lub paraenteralnego, jest jedyną szansą na to by te braki pokryć.

Wielu pacjentów z chorobą nowotworową skarży się na problemy ze spożywaniem posiłków. Pacjenci często cierpią z powodu braku apetytu, wymiotów, biegunek, zaparć, stanów zapalnych i owrzodzeń jamy ustnej, zmian w odczuwaniu smaków czy jadłowstrętu. Dlatego też głównym celem zbilansowanej diety jest dostarczenie organizmowi wszystkich niezbędnych składników odżywczych w odpowiednich proporcjach. Prawidłowe żywienie ma szczególne znaczenie w czasie trwania choroby nowotworowej i może przyczynić się do skutecznej terapii antynowotworowej.

Czy raka można „zagłodzić” ?

NIE. Jest to mit. Jeśli ograniczymy spożywanie pokarmów, jednocześnie zmniejszyśmy podaż energii i składników odżywczych. To może prowadzić do niedożywienia i wielu niekorzystnych następstw takich jak: zwiększenie ryzyka zgonu, pojawienie się infekcji, osłabienie terapii i układu odpornościowego.

Próba zagłodzenia raka czy głodówka osoby z chorobą przewlekłą, może zakończyć się wyniszczeniem organizmu a nawet zgonem. ■

#### BIBLIOGRAFIA

- Szczygieł, A.Ukleja. Jak rozpoznać i leczyć niedożywienie związane z chorobą. Wyd.PZWL,Wydanie II, Warszawa 2017  
Ciborowska, A.Rudnicka. Dietetyka. Żywienie człowieka zdrowego i chorego. Wyd. PZWL, Warszawa 2010  
Sobotko. Podstawy żywienia klinicznego. Wyd. PZWL, Warszawa 2010  
espen.org

*Kiedyś uważano, że przy ostrych stanach chorobowych głodówka stanowi najlepsze rozwiązanie, dziś wiemy, że tak nie jest. Organizm w ciężkich stanach chorobowych, znajduje się w okresie katabolizmu, co oznacza, że zużywa o wiele więcej energii na podstawowe procesy życiowe.*

# Co się kryje za trudnymi zachowaniami osób żyjących z demencją? Jak je rozszyfrować?

IWONA PRZYBYŁO

mgr pielęgniarstwa, terapeuta zajęciowy,  
od lat zaangażowana w podnoszenie kompetencji kadr medycznych

*Spoglądając na opiekę w demencji w bardziej racjonalny sposób można śmiało powiedzieć, że istnieje kilka technik, które znajdują zastosowanie i mogą być swobodnie używane, by zrozumieć zaburzenia zachowania u osób cierpiących z powodu demencji.*

**P**ożądanym sukcesem w zakresie podnoszenia jakości opieki nad pacjentami z demencją, a co za tym idzie zmniejszenie nadmiernego podawania neuroleptyków na każdym etapie opieki, zaczyna się od „odczarowania” wyzwań związanych z zaburzeniami zachowania.

Wiemy przecież doskonale, że u osób z demencją neurologiczne podstawy komunikowania się są upośledzone i dlatego konieczne staje się, by wszystkie osoby biorące udział w opiekowaniu się potrafiły „odkodowywać” próby komunikowania się przez zachowanie i inne niewerbalne formy, ponieważ może to dostarczyć wielu ważnych wskazówek dotyczących przyczyn dyskomfortu ich podopiecznych czy bliskich.

Gdy dziś usłyszałbyś pytanie: „Co dla Ciebie opiekuna, członka zespołu terapeutycznego jest najtrudniejsze w opiece nad osobami żyjącymi z demencją? Co byś odpowiedział?”

Czy to, że Twój podopieczny zapomina? A może to, że gubi słowa w wypowiedziach lub całkowicie je przekształca, a może jednak to, że nie pamięta Twojego imienia?

Z doświadczenia wiemy, że odpowiedzi te mogłyby być zupełnie inne. Pewnie usłyszeliśmy raczej, że najtrudniejsze są: chodzenie tam i z powrotem, wędrowanie, skubanie, wrzaski, wzywanie, zdenerwowanie, opór i niepokój ruchowy. To wszystko wprawdzie pośrednio wynika z deficytów funkcji poznawczych, ale one same w sobie nie są najtrudniejsze w opiece. Najtrudniejsze są konsekwencje tych deficytów w formie tak zwanych behawioralnych zaburzeń zachowania. Te wszystkie jakże trudne w opiece sytuacje mogą sygnalizować dyskomfort lub niezaspokojone potrzeby, takie jak: głód, niewygodna pozycja, ból, wypróżnianie się, depresja, trudności z oddychaniem, znużenie.

Czasem rozszyfrowanie tych trudnych zachowań może wymagać nieco detektywistycznej pracy, ale jeśli się uda to dostarczą nam informacji odnośnie ich faktycznych przyczyn. Pacjent, który chodzi tam i z powrotem może odczuwać jakiś dyskomfort, może mieć potrzebę wypróżnienia się lub czuć ból, może być mu za ciepło lub po prostu może się nudzić. Pacjentowi brakuje słów, którymi mógłby opisać swoją potrzebę, ale bardzo często to zachowanie pokazuje jego stan.

Z doświadczenia, takich sytuacji można by przytoczyć wiele. Może zobrazujemy to na przykładzie.

Rano, podczas śniadania spotykasz wzburzonego pacjenta, który chodzi tam i z powrotem i narzeka. Wypowiada wiele niezrozumiałych słów, które przez jego zdenerwowanie są trudne do zrozumienia. Podchodzisz bliżej i pytasz, co się dzieje? Powtarza ciągle „chcę iść do domu, chcę iść do domu” nagle jednak chwyta dzbanek z herbatą, który stoi

na stole. Właśnie tu mamy pole do popisu, by rozszyfrować jego zachowanie. Słowa często wyrażają jedno, ale zachowanie „powiedziało” coś innego! Co takiego? Po prostu „Chce mi się pić”.

Tym, co zakłóca możliwość zrozumienia i rozszyfrowania takich podpowiedzi wyrażanych w zachowaniu podopiecznego jest tendencja opiekunów do odruchowych reakcji. Mogą one dotyczyć farmakologii (więcej leków), krępowania fizycznego podopiecznych (np. na odchylanym krześle z zapinanym pasem) oraz słownictwa, które ma zmusić pacjenta do tego, by przestał. Bez próby zrozumienia go. Opiekunowie często odruchowo używają infantylnego lub pejoratywnego tonu w stosunku do pacjenta, podnoszą głos w przekonaniu, że dzięki temu dotrą do niego lub mówią szybko i bez przerwy, aby odwrócić jego uwagę. Tymczasem odszyfrowywanie zachowań wymaga wykluczania i poszukiwania niezaspokojonych potrzeb. Poznanie historii życia pacjenta może pomóc w odkodowaniu jego zachowań, nauczeniu się pewnych wzorców jego postępowania i tego, co się za tym kryje. Bardzo ważne w tej sytuacji jest również badanie fizyczne pacjenta.

Pewnie zadajecie sobie pytanie, dlaczego mamy „odszyfrowywać” zaburzenia zachowania? Odpowiedź jest prosta! Pomaga to uniknąć robienia krzywdy podopiecznemu, poprawia jakość jego życia oraz pomaga w zaspokojeniu jego potrzeb. Takie postępowanie dostarcza również satysfakcji opiekunowi.

Zachowania osoby z demencją, jeśli nie zmierzmy się z nimi odpowiednio mogą mieć bardzo negatywne skutki. Jednak odpowiednie reakcje opiekunów i modyfikowanie własnych zachowań, przynosi dobre rezultaty dla wszystkich. Nasza praca wcale nie polega na wykonaniu pewnych czynności, by choć w niewielkim stopniu zrealizować potrzeby naszego podopiecznego. Praca ta jest o wiele bardziej skomplikowana, gdyż polega na przetłumaczeniu całego skomplikowanego spektrum trudnych zachowań, które niestety prowadzą do katastrofy komunikacyjnej.

Optymalne strategie komunikacyjne są kluczem do poszanowania potrzeb, zapewnienia komfortu oraz poczucia godności osób żyjących z demencją.

Pewnie zastanawiacie się co w takim razie mam robić?





*Opiekunowie często odruchowo używają infantylnego lub pejoratywnego tonu w stosunku do pacjenta, podnoszą głos w przekonaniu, że dzięki temu dotrą do niego lub mówią szybko i bez przerwy, aby odwrócić jego uwagę. Tymczasem odszyfrowywanie zachowań wymaga wykluczania i poszukiwania niezaspokojonych potrzeb.*



Po pierwsze jednym ze szczególnie istotnych czynników, który ma znaczenie nie tylko w optymalizacji komunikacji, ale i w interakcjach z osobami z demencją jest to, w jaki sposób fizycznie opiekun podchodzi do podopiecznego.

Wiesz już, że w demencji nie chodzi tylko o pamiętanie lub nie pamiętanie, ale o ten cały skomplikowany system trudnych zachowań, z którymi musimy sobie poradzić.

Co i jak zrobić, żeby pomóc? Kiedy wziąć głęboki oddech i powiedzieć sobie stop, to trzeba zrobić inaczej. Co i jak zmienić, żeby nawiązać relację opiekuńczą i być partnerem w opiece, a nie kimś wyżej!

Demencja jest trudna, ale możemy nauczyć się dobrze opiekować. To relacja między nami a człowiekiem, który żyje z demencją jest kluczem do sukcesu. Z doświadczenia wiemy, że są takie sytuacje, gdy osoba nie pamięta Twojego imienia, ale jednocześnie jesteś przekonany, że Cię lubi, to właśnie wynika z relacji.

Istnieje kilka prostych technik, które w trudnych sytuacjach mogą pomóc. Jedną z nich jest chwyt „dłoń-pod-dłoń”<sup>1</sup>.

Czasem, potrzebnych będzie kilka dodatkowych pytań: Co się dzieje? Gdzie to się dzieje? Kiedy to się dzieje? Kto jest wtedy obecny? Kogo wtedy nie ma?

1 Technika opracowana przez Teepę Snow [www.teepasnow.com](http://www.teepasnow.com)

Rozwiązanie problemu może okazać się zaskakująco proste.

### **Zmiana myślenia zespołu – sama technika nie wystarczy!**

Pamiętajmy jednak, że samo wdrożenie technik, sposobów nie wystarczy. Osiągnięcie sukcesu jest procesem długotrwałym, może chwilę potrwać. Wymaga szkolenia oraz zmiany myślenia całego zespołu, od personelu sprząającego do zarządzającego. **Podstawą będzie słuchanie i odpowiadanie na potrzeby podopiecznego oraz nie ślepe utrwalone reagowanie, a zmiana własnego zachowania.**

Przykład: Anna nie chce wejść do łazienki, a już jesteśmy spóźnieni z kąpielą. Przed nami jeszcze wiele zadań, a ona „uparła się” i nie chce wejść. Jak wówczas postępujemy? Pani Anno proszę wejść, już późno, spóźnimy się na obiad, niech Pani wchodzi już, no już „kochana” trzeba się umyć!

Często nie zadajemy pytań, a powinniśmy zapytać, to takie proste, ale rzadko stosowane. Reagujemy standardowo i nie próbujemy modyfikować swojego zachowania tylko podopiecznego, często infantylnie i na siłę.

Co dałoby nam zadanie prostego pytania? Zapewne odpowiedź, dlaczego Anna nie chce wejść do łazienki.

Anno, dlaczego nie chcesz wejść do łazienki? Bo tam ktoś jest, ostatnio był, jak się kąpałam, wstydę się przy niej kąpać. Nie sposób szybko się nie domyśleć, że Annie chodzi o jej własne odbicie w lustrze. Postępowanie może okazać się proste, wchodzimy do łazienki, zasłaniamy lustro ręcznikiem i wracamy oznajmiając, zobacz sama nikogo tam nie ma.

Wystarczy zmodyfikować swoje postępowanie i nie powielać błędnych schematów. To działa!

Na koniec warto pamiętać również, iż poznanie historii życia oraz osobistych preferencji każdego pacjenta jest niesamowicie ważne. Pozwala to na planowanie dnia w taki sposób, aby zaspokajać jego potrzeby fizyczne, umysłowe, emocjonalne, konieczność odpoczynku i poczucie „bycia potrzebnym”.

Jeśli chcemy mieć wpływ na to jak ludzie cierpiący z powodu demencji przechodzą przez swoje życie, musimy sami wyjść z bezpiecznej strefy, musimy wyjść poza to, w czym jesteśmy dobrzy oraz poza poczucie komfortu w naszych głowach. ■



# Klient nasz Pan!

AAD KOSTER

Prezes EAUSA, Holandia

Wykład wygłoszony podczas Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej w Toruniu w 2017 r

*Przedstawię Państwu kilka faktów dotyczących zmian w zakresie długoterminowej opieki nad osobami starszymi w Holandii. Rząd wprowadza zasadnicze zmiany w zakresie opieki długoterminowej, które nie są podyktowane wyłącznie czynnikami ekonomicznymi, lecz także potrzebami oraz życzeniami klientów i mieszkańców, które ulegają nieustannym zmianom.*



**XXI MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ**

**OPIEKA DŁUGOTERMINOWA.**

**CZY JEST JEDNA DROGA ROZWOJU?**

**26-28 WRZEŚNIA 2018**

**TORUŃ**



*Do czasów ostatniej dekady, pozycja klientów w zakresie opieki nad osobami starszymi była zupełnie inna niż ta, którą zajmują klienci o których mowa wyżej. W przeciągu ostatnich 10 lat nastąpił wzrost świadomości w zakresie opieki nad osobami starszymi w Holandii. Obecnie klienci decydują o wyborze wsparcia i usług, których wymagają.*

### **I. Pozycja konsumentów i klientów**

W ciągu całego swojego życia, większość osób w Holandii, jak również prawdopodobnie w wielu innych krajach, każdego dnia podejmuje decyzje dotyczące tego, co jeść, gdzie kupić jedzenie i ile pieniędzy na nie wydać. Taka sama zasada odnosi się także do innych wyborów dotyczących tego, gdzie mieszkać, jak urządzić dom, które auto kupić czy też jak spędzać czas i jakie mieć hobby.

Oczywiście decyzje dotyczące wyborów, których dokonują dane osoby są

zależne od ich sytuacji finansowej i osobistej. W zasadzie jednak ludzie sami kierują większością dziedzin swojego życia.

Supermarkety, restauracje, dealerzy samochodowi, dostawcy usług oraz inne firmy starają się zaoferować swoim klientom jak najlepsze połączenie usługi, jej ceny i jakości. W myśl zasady: klient nasz Pan!

Pozycja zajmowana przez klientów pozwala im zachęcać firmy do tego, aby modyfikowały one swoją ofertę zgodnie z ich potrzebami i życzeniami. "Siła ich portfela" sprawia, że to oni rządzą.

Oczywiście istnieją także sytuacje, w których firmy nie zmieniają swojej oferty wyłącznie dla pojedynczego klienta, lecz będą musiały wprowadzić zmiany, jeżeli duże grupy klientów zdecydują się na zaspokojenie swoich potrzeb gdzie indziej.

Do czasów ostatniej dekady, pozycja klientów w zakresie opieki nad osobami starszymi była zupełnie inna niż ta, którą zajmują klienci o których mowa wyżej. W przeciągu ostatnich 10 lat nastąpił wzrost świadomości w zakresie opieki nad osobami starszymi w Holandii. Obecnie klienci decydują o wyborze wsparcia i usług, których wymagają.

### **II. System holenderski**

Pomimo faktu, iż w Holandii osoby starsze chcą sobie pozostać we własnych domach oraz w sąsiedztwie tak długo jak to tylko możliwe, w naszym kraju wskaźnik osób żyjących w domach opieki bądź w placówkach opiekuńczych jest najwyższy w Europie. Jest to jeden z powodów tego, iż w Holandii koszty opieki długoterminowej są najwyższe na świecie.

W ostatnich latach, rząd holenderski wprowadził kilka zasadniczych zmian



dotyczących tego, w jaki sposób organizowana jest długoterminowa opieka nad osobami starszymi. Zmiany oparto na kilku zasadach wstępnych takich jak: w jaki sposób sprawić, aby ludzie byli w większym stopniu odpowiedzialni za to, jakie wsparcie jest im udzielane oraz rozglądali się w ramach własnej sieci społecznej, aby znaleźć potrzebne wsparcie. Muszą oni pokrywać większą część kosztów związanych ze wsparciem i opieką z własnej kieszeni. Ponadto, w przypadku, gdy dana osoba wymaga profesjonalnej opieki i wsparcia, musi być ono organizowane na poziomie lokalnym, na tyle na ile jest to możliwe, w najlepszym razie przez gminę.

Taka polityka doprowadziła do zamykania domów opieki w Holandii. W wyniku tego, iż zmniejszająca się liczba tych instytucji nie przebiegała w tym samym tempie co intensyfikacja opieki domowej, toczy się obecnie dyskusja dotycząca tego, w jaki sposób przyspieszyć wprowadzenie wspomnianych fundamentalnych zmian. Jest jasne, iż należy włożyć więcej wysiłku w tworzenie rentowych sieci społecznych działających na poziomie lokalnym.

Kolejnym rezultatem fundamentalnych zmian jest fakt, iż dostęp do domów opieki staje się coraz bardziej utrudniony. Średni wiek osób przyjmowanych do placówek tego typu jest znacznie wyższy. Ponadto, osoby starsze wymagają coraz bardziej kompleksowej opieki i wsparcia. W związku z tym, potrzeba zmian w strukturze pracowniczej domów opieki.

Reforma opieki długoterminowej w Holandii zaowocowała trzema różnymi ustawami:

1. Ustawą o Pomocy Społecznej (WMO): gmina decyduje o tym czy dana osoba może uzyskać pomoc w zakresie sprzątnięcia domu, dostępu do centrów opieki dziennej czy też ma prawo do otrzymania wózka inwalidzkiego bądź innego sprzętu;
2. Ustawa o Ubezpieczeniu Zdrowotnym ((Zvw): firma ubezpieczeniowa decyduje o tym czy dana osoba może otrzymać opiekę domową;
3. Ustawa o Opiece Długoterminowej (Wlz): władze centralne, reprezentowane przez instytucje regionalne, decydują o dostępie do domów opieki.

### III. Dwie krótkie historie

Opowiem historię starszego mężczyzny, który został zapytany przez pielęgniarkę o jego życie w placówce opiekuńczej. Powiedział jej, iż pomimo faktu, że jest usatysfakcjonowany jakością opieki, którą otrzymuje, nie jest on jednak zadowolony ze swojego życia w tej instytucji. W czasie kiedy żył w swoim własnym domu, na swojej własnej ulicy i w swojej własnej wsi, czuł się dobrze znanym i szanowanym przez wielu. Poza

pracą a także kiedy przeszedł na emeryturę, jego hobby była naprawa różnego rodzaju zegarów. Osoby mieszkające w jego wsi często prosiły go o pomoc. Pozwalało mu to uszczęśliwiać okolicznych mieszkańców naprawami. Czuł, że może zrobić coś dla innych. Jednak kiedy znalazł się w domu opieki, był tam zupełnie nieznanym. Czuł się nieważny.

Pielęgniarka zrozumiała jego potrzeby i zaproponowała, że może on wykorzystać wolne pomieszczenie

*Wniosek jaki można wysnuć z tych opowieści jest następujący: należy ustalić kim jest mieszkaniec, kim jest klient, jaka jest jego sieć społeczna, jakie ma hobby oraz co chce robić przez resztę życia. Jakie ma marzenia, pragnienia i potrzeby? Najlepiej jest zacząć od zadania pytań tego typu wtedy, gdy dana osoba mieszka jeszcze we własnym domu, we własnej okolicy.*





*Każda z instytucji świadczących opiekę zobligowana jest do przeprowadzenia wywiadów z kilkoma klientami bądź ich rodzinami na temat jakości wsparcia i opieki otrzymywanej od instytucji i jej pracowników. Wyniki wywiadów są istotne w trakcie corocznych negocjacji kontraktowych pomiędzy daną firmą ubezpieczeniową a placówką świadczącą opiekę. Kwestia jakości życia klientów odgrywa coraz większą rolę w tego typu negocjacjach.*

w domu opieki, gdzie mógłby umieścić narzędzia i otworzyć swój dawny „warsztat” oraz przekazać wszystkim pozostałym mieszkańcom oraz ich rodzinom informację o tym, iż mogą oni przynosić do niego popsute zegarki. Mężczyzna był bardzo szczęśliwy, mógł poświęcić się temu co kochał

najbardziej i stał się mniej zależny od działań organizowanych przez dom opieki.

Kolejna historia dotyczy kobiety mieszkającej w domu opieki, która cierpiała na demencję. Każdego dnia, gdy nadchodziła pora, aby iść spać, stawała się ona bardzo niespokojna

i agresywna. Z tej przyczyny, zastoso-  
wano u niej leki psychotropowe. Nie przyniosło to jednak zbyt wielkich rezultatów. Na szczęście, pracownicy domu opieki poświęcili należytą ilość czasu na to, aby dowiedzieć się co może być przyczyną niepokoju u kobiety. Odkryto, że w przeszłości pracowała ona jako położna. W związku z tym, często musiała wstawać w środku nocy, aby nieść pomoc rodzącym kobietom. Z tego powodu kładła się ona spać w ubraniu. Pozwolono więc kobiecie sypiać u ubraniu, aby jej sen był spokojniejszy i aby nie trzeba było stosować żadnych środków farmakologicznych.

Wniosek jaki można wysnuć z tych opowieści jest następujący: należy ustalić kim jest mieszkaniec, kim jest klient, jaka jest jego sieć społeczna, jakie ma hobby oraz co chce robić przez resztę życia. Jakie ma marzenia, pragnienia i potrzeby? Najlepiej jest zacząć od zadania pytań tego typu wtedy, gdy dana osoba mieszka jeszcze we własnym domu, we własnej okolicy.



## IV. Jakość opieki i jakość życia

Dwie historie, które opisano powyżej stanowią jedynie dwa przykłady zmian, które w tym momencie zachodzą w branży opieki zdrowotnej. Żywiołowo omawiane są tematy dotyczące jakości świadczonej opieki oraz życia. Jest oczywiste, iż jakość opieki musi być dobra, lecz często zdarza się, iż zasady i przepisy stosowane w codziennej pracy w celu zapewnienia należytej opieki są przeszkodą w realizacji potrzeb naszych klientów i mieszkańców w zakresie jakości ich życia. Staramy się na przykład zmniejszyć ryzyko upadku do zera, lecz może to doprowadzić do sytuacji, iż dana osoba całkowicie przestanie się ruszać. Klient nie może spacerować, wychodzić na zewnątrz a jakość życia zostaje podporządkowana jakości opieki.

W Holandii, sektor opieki długoterminowej rozpoczął wraz z rządem projekt pod nazwą "Godność i duma", w ramach którego dochodzi do wymiany wiedzy w zakresie nowych metod, dobrych praktyk oraz tego, w jaki sposób osiągnąć większą równowagę pomiędzy jakością opieki a jakością życia.

Projekt wskazuje na szereg narzędzi, które mogą zostać wykorzystane do zebrania marzeń, życzeń oraz potrzeb klientów. Wspomina się w nim o narzędziach stymulujących sieć społeczną, rodzina i przyjaciele w większym stopniu uczestniczą w udzielaniu wsparcia ojcu, matce czy partnerowi. Ponadto, w projekcie zawarto również przegląd metod szkoleniowych dla pracowników domów opieki pozwalający zmienić ich sposób pracy, sprawiający, że będą oni bardziej współpracować z siecią społeczną klienta oraz z wolontariuszami. Wszystkie te działania mają na celu poprawę jakości życia klientów i mieszkańców domów opieki.

Każda z instytucji świadczących opiekę zobligowana jest do przeprowadzenia wywiadów z kilkoma klientami bądź ich rodzinami na temat jakości wsparcia i opieki otrzymywanej od instytucji i jej pracowników. Wyniki wywiadów są istotne w trakcie corocznych negocjacji kontraktowych pomiędzy daną firmą ubezpieczeniową a placówką świadczącą opiekę. Kwestia jakości życia klientów odgrywa coraz większą rolę w tego typu negocjacjach.

*Pomimo wysiłków podejmowanych zarówno przez rząd, jak i przez wiele organizacji zajmujących się opieką, profesjonalistów, sieci społeczne klientów oraz samych klientów, w dalszym ciągu dochodzi do zbyt wielu sytuacji, w których zbyt mało uwagi poświęca się życzeniom i potrzebom klientów lub mieszkańców.*

## V. Czy spersonalizowany sposób finansowania jest pomocny?

Wciąż wiele musi zmienić się w opiece długoterminowej, aby bardziej dostosować ją oraz wsparcie do potrzeb, życzeń oraz marzeń klientów i mieszkańców. Jak wspomniano na początku tego podsumowania, pozycja klientów i mieszkańców domów opieki w dalszym ciągu nie jest taka sama jak pozycja klientów zanim staną oni klientami bądź mieszkańcami. Pomimo wysiłków podejmowanych zarówno przez rząd, jak i przez wiele organizacji zajmujących się opieką, profesjonalistów, sieci społeczne klientów oraz samych klientów, w dalszym ciągu dochodzi do zbyt wielu sytuacji, w których zbyt mało uwagi poświęca się życzeniom i potrzebom klientów lub mieszkańców. Z tej właśnie przyczyny, rząd wprowadził narzędzie finansowania spersonalizowanego.

Załóżmy, że każdy dom opieki otrzymuje średnio 80 000 euro na każdego mieszkańca na swój rachunek bankowy. Musi on pokryć koszty związane z utrzymaniem budynku, energią, jedzeniem itp. Trzeba jednak także pamiętać o konieczności opłacenia pracowników, zapewnienia im należytego szkolenia i edukacji. Kolejnym aspektem jest kupno leków oraz finansowanie działań związanych z aktywnością społeczną, które oferuje dany dom.

Jednak w myśl zasad finansowania spersonalizowanego, właścicielem owoych 80 000 euro nie jest już organizacja świadcząca opiekę czy firma ubezpieczeniowa, lecz klient lub mieszkaniec bądź jego rodzina. Dzięki temu klient ma większy wpływ na to, w jaki

sposób zapewniać jest mu wsparcie i opieka. Oczywiście, życzenia i potrzeby klienta muszą mieścić się w granicach budżetu wynoszącego 80 000 euro.

Chociaż istnieje również możliwość, aby klient (bądź jego rodzina) zapłaciła dodatkowo w celu uzyskania większego wsparcia. Doświadczenia związane z nowym narzędziem pokazują, iż zwiększają się możliwości kształtowania opieki w taki sposób, aby była ona bardziej dostosowana do potrzeb i życzeń klientów. Istnieje także możliwość, aby rodzina przejęła obowiązki związane z pielęgnacją rodzica bądź partnera, dzięki czemu budżet przeznaczony na tę część opieki może zostać przeznaczony na zaspokojenie innych potrzeb klienta.

Według prognoz, z tego narzędzia korzystać będzie więcej osób, gdyż pasuje ono do potrzeb nowego pokolenia klientów, które ulegają zmianie. Zależnie od "siły portfela" pozycja klientów będzie lepsza niż wcześniej.

## VI. Wnioski

Nie sposób uniknąć tego, aby opieka długoterminowa w Holandii uległa zmianie z powodu zmieniających się potrzeb i życzeń następnego pokolenia klientów i mieszkańców. Nie sposób uniknąć zmian również ze względu na obecnych klientów i mieszkańców. Klient musi być panem! Według mojej opinii, zasadnicza zmiana wprowadzona przez rząd może być podyktowana czynnikami ekonomicznymi. Stanowi ona jednak zarazem szansę na wprowadzenie zmian w taki sposób, aby przyczyniło się to do wzrostu jakości życia klientów i mieszkańców. ■

# Seni Cup

## to nasza Liga Mistrzów

### WSPOMNIENIA

ALEKSANDER KNITTER

Trener drużyny Środowiskowego Domu Samopomocy w Chojnicach

*Gole, radość, emocje, smutek po przegranej, przywitania po długim roku czekania – Seni Cup dla wielu zawodników był i jest prawdziwą sportową przygodą życia. Czymś, o czym mogli wcześniej tylko pomarzyć. A wielki finał w Toruniu, dla którego wszyscy trenują i walczą w eliminacjach, to prawdziwa nasza Liga Mistrzów. Wszyscy na te kilka dni byli Lewandowskimi, Messimi czy Ronaldo.*





Choć nigdy nie udało nam się zdobyć tych najcenniejszych złotych medali, to nieważne, czy były srebrne, brązowe czy za udział w turnieju, zawsze wisiły na naszych szyjach aż do powrotu do domu. A zdarzało się wracać pociągiem, z kilkoma przesiadkami wśród tłumu pasażerów. Medal Seni Cup był dla nas tak samo cenny jak ten olimpijski dla Kamila Stocha, bo kosztował nas tyle samo pracy, wysiłku i zaangażowania.

Siadam do pisania tego tekstu ze świadomością, że będzie to moje – trenera-wolontariusza i naszej drużyny ŚDS z Chojnic – pożegnanie z Seni Cup. Niestety. Obawiam się, że za chwilę po raz trzeci po policzku popłyną mi łzy. Bo to była przygoda mojego życia. I mam nadzieję, że moich zawodników-przyjaciół również. Piszę – przyjaciół, gdyż nigdy nie byłem pracownikiem ośrodka, a tylko, a może i aż przyjacielem. Niestety, kilkanaście miesięcy temu byliśmy ostatni raz na Seni Cup. Podczas podsumowania turnieju w Waplewie, gdy z głośników poleciało “ale to już było i nie wróci więcej, ale to już było, znikło gdzieś za nami” Maryli Rodowicz, wiedziałem, że to dotyczy również nas. Wtedy jeszcze ukryłem łzy przed chłopakami, bo mimo że jako trener żyłem każdą minutą meczu i przygotowań, że tańczyłem po wygranych meczach razem z nimi i przeżywałem porażki, to nie chciałem pokazać tego smutku. Innego niż po przegranym meczu, który po chwili zmieniał się w mobilizację do dalszego działania.

Męską decyzją o zakończeniu przygody podjęliśmy kilka tygodni po powrocie do Chojnic. Podjęliśmy ją jak zwykle razem. Jak wspaniała, zgrana drużyna. Pamiętam, jak po dwóch rozmowach chłopaki przemyśleli wszystko, przyszli i powiedzieli, że zdają sobie sprawę z tego, co powiedziałem i przyznają mi rację, że ich zdrowie jest najważniejsze i to chyba jest nasz finał. Game over. Wówczas łez nie udało się już ukryć. I u mnie i u nich. Jednak decyzja nie mogła być inna, bo każdego roku ktoś z drużyny się wykruszał ze względu na wiek lub zdrowie.

Mogliśmy być jednak dumni, że zeszliliśmy ze sceny niepokonani. Ale nie w czysto sportowym tego słowa znaczeniu, bo wynik, choć oczywiście był ważny, szedł w parze z pokorą i szacunkiem



*Pacjenci są różni, z jednymi rozmawia się łatwiej, z innymi trudniej. Myślę, że rozmowy z rodzicami małych ciężko chorych pacjentów są szczególnie trudne, gdyż znajdują się oni w bardzo trudnej sytuacji, grozi im utrata często ich największej wartości w życiu.*

do rywali. Nie mogło być meczu, wygranego lub przegranego, po którym nie podeszliśmy do drugiej drużyny, by podziękować i przybić “piątki”.

### Nasza Liga Mistrzów

Barcelona, Chelsea, Real Madryt, PSG, Bayern Monachium z Robertem

Lewandowskim – te drużyny śledzimy w telewizji, kibicujemy najlepszym piłkarzom świata i ich podziwiamy. Jednak naszą prawdziwą Ligą Mistrzów było Seni Cup. Żeby zagrać w wielkim międzynarodowym finale w Toruniu z drużynami z całej Europy trzeba było przejść eliminacje. Tam czekały na nas





już jak co roku Nowe Miszewo, Ryjewo, Hamernia, Strzebielinek i inni. Przygotowania trwały cały rok. Regularne treningi, wylany pot, nowe zagrania, taktyka... Tej nie mogło u nas zabraknąć, bo przez te wszystkie lata szukaliśmy patentu, by wygrać z Nowym Miszewem. I choć było tak blisko, często wynik kręcił się koło remisu, to ta sztuka nam się nie udała. Ale mam nadzieję, że mistrzowie z Nowego Miszewa również miło wspominają nasze pojedynki, chociażby ten, kiedy to w bramce oprócz bramkarza stało jeszcze dwóch obrońców, by wybić wszystkie piłki.

Taktyka, treningi to jedna strona medalu Seni Cup. Druga to równie ważna część logistyczna. I tu niezastąpiona w naszej drużynie była Ania Werochowska. Mimo że wydaje się, że świat piłkarski nie do końca jest dla kobiet, to i Ania szybko pojęła zasady i reguły panujące w prawdziwej drużynie. A do tego pamiętała o wszystkim tym, o czym my często zapominaliśmy albo i nie pomyśleliśmy. To był nasz wspaniały



kierownik drużyny. Również dzięki Ani oraz szefowej ŚDS Marioli Majewskiej, która wpadła na pomysł stworzenia drużyny, czuliśmy się jak prawdziwa drużyna, bo mieliśmy stroje z numerami i własnymi nazwiskami na plecach. To było megaprzeżycie.

### Najważniejsze momenty

Wiszące w moim pokoju na ścianie podziękowania od chłopaków i wywalczone wspólnie medale, zostaną ze mną na zawsze. Tak samo jak wspomnienia. A tych przez dekadę gry w Seni Cup nazbierało się trochę. W pamięci pozostał mi między innymi turniej, podczas którego rywalizując, zaprzyjaźniliśmy się z drużyną z Nakła. Przed naszym meczem okazało się bowiem, że wtedy jeszcze rywale, mają problem ze składem, gdyż nie wszyscy zawodnicy wytrzymali trzydniowe trudy gry w upale. Szybka decyzja, albo gramy również z jednym zawodnikiem mniej, by było po równo, albo dajemy im swojego chłopaka. Zwyciężyła druga opcja, zagramy mecz w równych składach i od tego czasu bardzo się przyjaźnimy!

### Pierwszy awans

Pamiętam go do dziś. Jako nowicjusze pojechaliśmy do Trzcianki. Szło nam całkiem nieźle, mieliśmy sporo szczęścia jak na debutantów, w ostatnim meczu musieliśmy zremisować. Tak się stało, wynik 0:0 dawał nam upragniony awans. To wtedy chłopacy popłakali się po raz pierwszy. Z radości. Do dziś mam przed oczami Mariusza, który cały spocony, obłany wodą, wymachując zdjętą koszulką, krzyczał na całe gardło "Jedźmy Torunia" Wspólne tańce na boisku, kółeczko radości. Tego nie da się zapomnieć. Wspomnień jest oczywiście

więcej, chociażby położone na sobie telefony. Nie da się i nie można wszystkiego przelać na papier. Zostają filmy, zdjęcia i wspomnienia.

Zakończę wielkim apelem do organizatorów Seni Cup. Organizujcie ten turniej do końca świata, a nawet jeden dzień dłużej. Bo to ma sens, bo warto dać szansę zawodnikom choć na chwilę poczuć się Messim, Ronaldo czy Lewandowskim. A nam trenerom i mnie, choć dostałem kiedyś od chłopaków ksywę Olo Benhaker, pozwoliliście i pozwalacie poczuć się takim małym Nawałką. I to jest wspaniałe. Dzięki. ■

*Wiszące w moim pokoju na ścianie podziękowania od chłopaków i wywalczone wspólnie medale, zostaną ze mną na zawsze. Tak samo jak wspomnienia. A tych przez dekadę gry w Seni Cup nazbierało się trochę.*



# Piłka w grze!

## WAPLEWO 2018

SYLWIA ROGÓŻ

Instruktor ds. kulturalno-oświatowych DPS w Otwocku

*„... Jak co roku w chałupach ...” śpiewał Zbigniew Wodecki, tak i u nas, jak co roku w Waplewie... Kochani, już niebawem spotkamy się na corocznych kwalifikacjach do Turnieju Międzynarodowej Ligi Piłki Nożnej Osób Niepełnoprawnych organizowanym przez Fundację TZMO Razem Zmieniamy Świat.*



fot. Aleksander Knitter

**W** założeniu spotkania na Turnieju mają na celu m.in. promowanie zdrowego stylu życia, kształtowania nawyków aktywności fizycznej jaką daje uprawianie sportu, rozwijanie indywidualnych pasji mieszkańców, kształtowanie pojęcia grupy, współpracy, zdrowego współzawodnictwa oraz nawiązywania znajomości, a jednocześnie rozwijania umiejętności interpersonalnych. Dla nas jest to jednak źródło radości z oczekiwania na spotkanie.

Turniej w Waplewie, bo to jest miejsce do którego wyjeżdżają mieszkańcy Domu Pomocy Społecznej w Otwocku, ma charakter sportowo-rekreacyjny, oparty o zdrową konkurencję, a przede wszystkim celem jest dobra zabawa. Dodatkowo już same przygotowania do





dalekiej podróży są dla naszych mieszkańców źródłem wielu pozytywnych emocji.

Podczas trwania kilkudniowego Turnieju jest wiele radości i samozadowolenia jakie daje osobom niepełnosprawnym uczestnictwo w takiej formie aktywności. Wszyscy nasi „piłkarze” otrzymali nagrody – medale, puchar i piłkę do gry. Według relacji mieszkańców naszego Domu, coroczne spotkania w Waplewie pozwalają uwierzyć w siebie, w swoją moc w walce przeciwnościami losu, dają poczucie przynależności do grupy, i zapomnieć o swojej niepełnosprawności. Stając do gry w swoim zespole są tylko i aż zawodnikami nie myślą jak się poruszają, myślą o wspólnej wygranej w walce fair play.

I nie chodzi tu o osiągnięcie spektakularnych wyników, ale poprzez turniej można nabyć większej wiary w swoje umiejętności, motywacji do przyszłego zwycięstwa, nie czując się „innym”, a my opiekunowie jesteśmy z nich bardzo dumni.

*Impreza daje możliwość integracji z innymi mieszkańcami podobnych placówek. Nawiązują się wzajemne relacje, wymieniane są kontakty telefoniczne, uczestnicy na pamiątkę wspólnie się fotografują. Jest to dla nas wszystkich bardzo pozytywne przeżycie.*

Impreza daje możliwość integracji z innymi mieszkańcami podobnych placówek. Nawiązują się wzajemne relacje, wymieniane są kontakty telefoniczne, uczestnicy na pamiątkę wspólnie się fotografują. Jest to dla nas wszystkich bardzo pozytywne przeżycie. Mieszkańcy przez cały rok przygotowują się do wyjazdu, nie tylko trenując piłkę nożną na własnym boisku, ale choćby wspólnie komponując z opiekunami tekst hymnu piłkarskiego do muzyki

utworu pt. „Przez twe oczy zielone”  
Zenona Martyniuka cyt:

*Obejrzałem Polski mecze,  
Nie mogę jeść, nie mogę spać.  
Jak do tego doszło nie wiem,  
Depress zaczął w piłkę grać.*

*Co poradzić mogę na to,  
Że Łukasz strzelił znowu trzy  
Że lepszy jest niż lato,  
Że lepszy jest niż Platini.*



fot. Aleksander Knitter

*Przez te gole, te gole strzelone oszalałem  
Każdy teraz to mówi,  
Że Otwock umie w piłkę grać  
Wszyscy polscy kibice  
Seni Cup chcą medali  
Tak, tak Otwock w Waplewie  
Waplewie będzie grać*

*Przez Alek Cię przytuli,  
A trener Sławek radę da  
Serce dla Seni Cup bije,  
Każdy z nich ducha walki ma*

*A z naszymi rywalami  
Do końca walczyć będziemy  
Waplewo będzie nasze,  
Wszystkie punkty zdobędziemy*

Zwiększeniu integracji uczestników Turnieju, służąspotkania o charakterze rozrywkowym. Nasi uczestnicy występowali artystycznie na scenie – śpiewali, tańczyli, dzielili się publicznie swoimi odczuciami. Do występów przygotowywali się pod kierunkiem opiekunów.

Terapia przez występy artystyczne m.in. śpiew i indywidualny pokaz układu choreograficznego, w sposób szczególny rozwija ich osobowość, indywidualne talenty, twórcze podejście do życia i jego problemów oraz uruchamia wyobraźnię. Zastosowanie wielu różnorodnych form działań w trakcie trwania turnieju nie tylko uatrakcyjnia proces terapeutyczny

i podnosi zalety samego turnieju sportowego, ale przede wszystkim zwiększa obszar oddziaływań oraz lepsze efekty po względem jakościowym i ilościowym.

Za piękne, niezapomniane wspólnie przeżyte chwile, szczególne podziękowania kierujemy dla organizatorów imprezy, którzy w przygotowania wkładają wiele wysiłku, czasu, zaangażowania. Bez ich zapału Turniej nie mógłby się odbyć. Jak zawsze stają na wysokości zadania, przygotowując profesjonalnie imprezę. Jednak największym uznaniem i nagrodą dla nas wszystkich jest widok szczęśliwych i tryskających energią zawodników, którzy już myślą o zbliżającym się kolejnym Turnieju w Waplewie.

## TERMINARZ ROZGRYWEK MIĘDZYNARODOWEJ LIGI PIŁKI NOŻNEJ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH SENI CUP 2018

### Turnieje kwalifikacyjne

23-25.05.2018	Waplewo koło Olsztynka (woj. warmińsko-mazurskie)
05-07.06.2018	Pogorzelnica i Niechorze (woj. zachodniopomorskie)
12-14.06.2018	Czarna koło Dębicy (woj. podkarpackie)

### Wielki Międzynarodowy Turniej Finałowy

3-5.07.2018	Toruń
-------------	-------

Zapraszamy do śledzenia relacji i wyników turniejów na stronie [www.senicup.pl](http://www.senicup.pl) oraz na profilu [www.facebook.com/senicup](https://www.facebook.com/senicup)  
Kontakt do organizatorów: tel. (56) 6123583, 723 185 242, e-mail: [senicup@tzmo.com.pl](mailto:senicup@tzmo.com.pl)



# Opiekuńcze usługi sąsiedzkie

„stara usługa, nowa perspektywa”

GRZEGORZ BARANOWSKI  
Dyrektor DPS dla Dorosłych w Bytomiu

Zmiany demograficzne, starzenie się społeczeństwa, niedostosowanie oferty usługowej do obecnych potrzeb – te i inne truistyczne stwierdzenia znane nam są ze wszystkich profesjonalnych i mniej profesjonalnych publikatorów. Fakty dotyczące zmian w strukturze społecznej i związanych z nią problemów społecznych identyfikowanych obecnie nie da się lekceważyć, gdyż rynek usług opiekuńczych to jeden z najbardziej dynamicznie rozwijających się rynków zbytu usług społecznych.

**W**arto zwrócić wagę, iż konieczne jest tworzenie profesjonalnych systemów wsparcia osób niesamodzielnych z powodu wieku lub długotrwałej choroby, za czym przemawiają zarówno aspekty merytoryczne jak i ekonomiczne.

Założenia pełnego i systemowego wsparcia osób zależnych w systemie pomocy społecznej opierają się na podziale usług skierowanych do osób starszych i niesamodzielnych na pięć sposobów realizowania dla nich wsparcia:

- ▶ usługi opiekuńcze – realizowane przez zatrudnionych przez gminę







*Sąsiedzka forma wsparcia, dostosowana jest do indywidualnych potrzeb osoby korzystającej z pomocy, bowiem kluczową cechą tej pomocy jest elastyczność, zarówno w ustaleniu osoby świadczącej usługi, zakresu i form pomocy, godzin świadczenia usług, monitorowania wsparcia, itd.*

lub działających na zlecenie gminy profesjonalnych opiekunów;

- ▶ sąsiedzkie usługi opiekuńcze – osoby wymagające pomocy będą mogły korzystać ze wsparcia ze strony osób mieszkających obok;
- ▶ usługi świadczone w mieszkaniach wspomaganych – czasowe lub stałe;
- ▶ usługi świadczone w ośrodku wsparcia;
- ▶ pobyt i usługi w domu pomocy społecznej.

W sposób szczególny chcemy się dzisiaj skupić na uzupełnieniu systemu wsparcia osób starszych i niepełnosprawnych, o świadczenie realiza-

cji usług opiekuńczych w formie usług sąsiedzkich.

Usługa sąsiedzka polega na wsparciu opiekuńczym osoby z trudnościami życiowymi, które jest świadczone przez realizatorów funkcjonujących w jej najbliższym otoczeniu, czyli opiekunów posiadających najbliższy kontakt z osobą wymagającą wsparcia. Już z tej perspektywy widać, iż przeniesienie akcentu w realizacji usług opiekuńczych na najbliższe środowisko osoby wymagającej wsparcia, pogłębia więzi społeczne w lokalnej wspólnotie i uczy odpowiedzialności za członków danej społeczności na poziomie sąsiedzkim.

Usługi sąsiedzkie muszą być ściśle dostosowane do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych, z trudnościami w samodzielnym funkcjonowaniu w środowisku. Sąsiedzka forma wsparcia, dostosowana jest do indywidualnych potrzeb osoby korzystającej z pomocy, bowiem kluczową cechą tej pomocy jest elastyczność, zarówno w ustaleniu osoby świadczącej usługi, zakresu i form pomocy, godzin świadczenia usług, monitorowania wsparcia, itd.

Wsparcie sąsiedzkie przekłada się bezpośrednio, zwłaszcza ze względu na istniejące w środowisku lokalnym więzi, na wydłużenie okresu funkcjonowania osoby starszej czy niepełnosprawnej w środowisku, co stanowi efekt pożądany z punktu widzenia osoby wobec której usługi są świadczone (własne środowisko = bezpieczeństwo, poczucie własnej wartości, relacje osobowe, etc.), a także efekt ekonomiczny dla gmin, gdyż pomoc ta jest dużo tańsza niż stacjonarne formy pomocy społecznej np. w postaci pobytu i usług w DPS.

Założeniem procesu wdrażania usług sąsiedzkich jest ścisła współpraca wszystkich interesariuszy tego procesu, w tym: osoby zainteresowanej,

**Tab. 1.**  
Etapy wdrażania realizacji usług opiekuńczych systemem usług sąsiedzkich

**SYSTEMEM USŁUG SĄSIEDZKICH**

Etap 1.	Etap analityczny – obejmuje on działania OPS, w czasie których ośrodek podejmuje decyzję o ewentualnym wdrażaniu usług. Instytucja dokonuje analizy potrzeb, identyfikuje środowiska, dokonuje analiz finansowych, dokonuje przeglądu wewnętrznych procedur i prawa „miejscowego”. Etap ten kończy się decyzją o wdrażaniu usług
Etap 2.	Etap wypracowania własnego standardu usług sąsiedzkich – w ramach którego specjaliści ośrodków ustalają zasady świadczenia usług, ich zakres, zasady nadzoru, zasady rozliczania, ustalają wskaźniki, przygotowują dokumentację formalną dotyczącą realizacji usług. Etap ten formalnie przygotowuje zasady realizacji usług, w tym warunki rekrutacji środowisk. Warto zaznaczyć, iż w tworzeniu standardów uczestniczy interdyscyplinarny zespół pracowników ośrodka, w tym specjaliści ds. opieki, prawni, specjaliści ds. świadczeń, kadrowiec, itp.
Etap 3.	Kolejnym etapem jest etap – przygotowania środowisk sąsiedzkich do realizacji usług według wypracowanego standardu. W ramach tychże działań dokonujemy rekrutacji środowisk w których mają być realizowane usługi oraz realizatorów świadczeń. Proces ten opiera się na przekazywaniu informacji, zaznajamianiu ze standardami, szczegółowej diagnozie oraz na komponencie szkoleniowym realizatorów usług (szkolenia wieloaspektowe).
Etap 4.	Następną fazą jest czas –realizacji usług sąsiedzkich. W środowisku zaczyna się systematyczna praca opiekuńcza.
Etap 5.	Ostatnim etapem jest etap – nadzoru nad realizacją usług oraz wsparcie specjalistyczne ich realizatorów. W ramach tego etapu OPS, kontroluje jakość usług, monitoruje zakres usług, za pomocą wypracowanych narzędzi określa poziom satysfakcji osoby korzystającej z świadczenia.

realizatorów usług, ośrodka pomocy społecznej, rodziny, środowiska sąsiedzkiego, itp.

Proces wdrażania realizacji usług opiekuńczych systemem usług sąsiedzkich składa się z pięciu etapów opisanych w tabeli nr 1:

Ostatnim ważnym zagadnieniem koniecznym do omówienia jest sposób wynagradzania realizatorów usług opiekuńczych w systemie sąsiedzkim. Wydaje się, iż najbardziej praktycznym sposobem zatrudnienia realizatorów jest zawarcie umowy cywilno – prawnej z określonym wynagrodzeniem

ryczałtowym. O wynagrodzeniu ryczałtowym szczegółowo traktuje art. 632 § 1 kodeksu cywilnego, który mówi, że jeżeli strony umowy się o wynagrodzenie ryczałtowe, przyjmujący zamówienie nie może żądać podwyższenia wynagrodzenia, chociażby w czasie zawarcia umowy nie można było przewidzieć rozmiaru lub kosztów prac. Ma to zasadnicze znaczenie, gdyż w przypadku usług sąsiedzkich wskaźnikiem osiągnięcia rezultatu będzie zadowolenie klienta i ocena poziomu zaspokojenia potrzeb osoby korzystającej, nie zaś faktyczna ilość godzin zrealizowanych

usług. Wynagrodzenie ryczałtowe pozwala stronom umowy uzyskać pewność co do kwoty, którą będą musiały zapłacić lub otrzymają jako wynagrodzenie, co daje bezpieczeństwo ekonomiczne obu podmiotom umowy.

Na koniec niniejszego opracowania warto zapytać czy to jest w ogóle możliwe?

Poniżej przedstawiam przykład dobrej praktyki z województwa śląskiego – a dokładniej Miasta Piekary Śląskie, który w praktyce wykorzystuje opisany powyżej model. ■

**DOBRA PRAKTYKA**

PODMIOT	Spółdzielnia Socjalna „Zakątek Pomocy”. Utworzona we wrześniu 2017 r. w wyniku porozumienia Gmin Piekary Śląskie i Świerklaniec. Spółdzielnia socjalna osób prawnych.
CEL DZIAŁALNOŚCI	Głównym celem funkcjonowania spółdzielni jest aktywizacja zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.
OPIS DZIAŁALNOŚCI:	Pod koniec ubiegłego roku Spółdzielnia wygrała postępowanie PZP, w ramach którego realizowane są usługi opiekuńcze, opiekuńcze-specjalistyczne i specjalistyczne – psychiatryczne, na rzecz mieszkańców Piekar Śląskich – klientów MOPR. Usługi realizowane są na rzecz ponad 90 środowisk. Usługi opiekuńcze świadczone są m.in. w formie usług sąsiedzkich, gdzie bezpośrednią opiekę nad osobą potrzebującą sprawują jej najbliżsi sąsiedzi. Jak pokazuje dotychczasowa praktyka, model ten sprawdza się i na sukcesywnie będzie on rozpowszechniany. Na uwagę zasługuje fakt, że działania prowadzone przez Spółdzielnię z jednej strony przyczyniają się do aktywizacji zawodowej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, z drugiej zaś strony pozwalają na zapewnienie godnych warunków życia osobom, które potrzebują pomocy w codziennym funkcjonowaniu. To zaś pozwala im pozostać dłużej w swoich miejscach zamieszkania.

# Kreowanie wizerunku Instytucji w mediach społecznościowych

ANDRZEJ KUDRAŃSKI

Pracownik socjalny DPS Nowodworze

KRZYSZTOF KUDRAŃSKI

Terapeuta zajęciowy ŚDS Nowodworze

*O rosnącym znaczeniu Internetu we współczesnym świecie nikogo nie trzeba dziś przekonywać. Na przestrzeni ostatnich lat dynamicznym rozwojem i rosnącą popularnością cieszą się serwisy społecznościowe. W Polsce 67 % użytkowników Internetu jest obecna w social media<sup>1</sup>. Media społecznościowe stają się obecnie głównym kanałem komunikacji, pozwalającym na skupienie użytkowników wokół danej jednostki i budowanie pozytywnych relacji.*





### Przykład 1. DPS Nowodworze

Oferowanie atrakcyjnych, aktualnych treści na profilach w mediach społecznościowych wpływa na postrzeganie instytucji jako nowoczesnej i otwartej, buduje zaufanie i lojalność zarówno jej podopiecznych jak i ich bliskich.

Dom Pomocy Społecznej w Nowodworzu dysponuje obecnie dwoma kanałami internetowymi. Obok strony [www.dpsnowodworze.pl](http://www.dpsnowodworze.pl) funkcjonuje także profil na portalu facebook: [www.facebook.com/DPSNowodworze](https://www.facebook.com/DPSNowodworze). O ile strona [dpsnowodworze.pl](http://dpsnowodworze.pl) jest typową stroną informacyjną, zawierającą podstawowe informacje o placówce i zasadach jej funkcjonowania, to profil na portalu facebook służy głównie do prezentowania codziennego funkcjonowania Domu.

Od ponad pięciu lat za jego pośrednictwem pokazujemy działania naszych pracowników terapeutycznych a także zamieszczamy relacje z wydarzeń, w których biorą udział nasi mieszkańcy. Nawet najdrobniejsza czynność, w której biorą udział nasi mieszkańcy może być umieszczona jako post na profilu.

Ważne jest aby przedstawić Dom jako miejsce, w którym cały czas coś się dzieje. Profil daje nam możliwość zamieszczania informacji praktycznie na żywo, niejednokrotnie wręcz w czasie trwania danego zdarzenia. Stworzyliśmy dzięki naszemu profilowi swoistą grupę sympatyków naszych działań. Obecnie jest to grupa ponad 1200 osób, które stale obserwują nasz profil. W skali kraju jesteśmy swojego rodzaju fenomenem, mając największy zasięg odbiorców wśród innych profili domów pomocy społecznej.

Z inicjatywą założenia profilu na portalu facebook wyszła dyrektor Domu pani Marta Jamrozik. Pani dyrektor nie boi się nowych sposobów przekazywania informacji o funkcjonowaniu Domu. Uznała, że ten kanał komunikacji zewnętrznej będzie naszym najważniejszym i pozwoli na przedstawienie naszej codziennej pracy. Rodziny naszych mieszkańców mogą dzięki temu na bieżąco śledzić funkcjonowanie swoich bliskich i zapoznać się także z ofertą Domu, która proponowana jest swoim podopiecznym. Dzięki profilowi możemy



*Ważne jest aby przedstawić Dom jako miejsce, w którym cały czas coś się dzieje. Profil daje nam możliwość zamieszczania informacji praktycznie na żywo, niejednokrotnie wręcz w czasie trwania danego zdarzenia. Stworzyliśmy dzięki naszemu profilowi swoistą grupę sympatyków naszych działań.*

1 [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K\\_092\\_16.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_092_16.PDF)



*Jesteśmy przekonani, że domy pomocy społecznej nie wykorzystują w pełni potencjału portalu facebook do prezentowania swoich działań i budowania swojego wizerunku. A nie trzeba tutaj jakiegoś specjalnego przygotowania. Wystarczą tylko dobre chęci oraz systematyczność w zamieszczaniu postów.*

także „odkłamywać” wizerunek placówek takiego typu jak nasza, a przedstawiany w środkach masowego przekazu tylko wtedy, gdy szuka się sensacji i wyciąga negatywne emocje. Okazuje się, że pokazując codzienne funkcjonowanie Domu odbiorcy dowiadują się, że dom pomocy społecznej to nie tylko spędzanie wolnego czasu przez mieszkańców na nudnych robótkach ręcznych oraz schodzeniu na posiłki i zażywaniu leków. W naszym Domu wiele się dzieje

i pokazujemy to stosując technikę: pokaz z humorem. Na naszych relacjach widać uśmiech a teksty zawsze są optymistyczne. Staramy się aby rozwinięcie skrótu DPS – jako Dom Pełen Serca odnalazło swój odpowiednik w naszym wizerunku na fb. Mieszkańcy w momencie przyjęcia do Domu otrzymują informację o funkcjonowaniu stron internetowych i wyrażają w zdecydowanej większości zgodę na udostępnianie swojego wizerunku. Profil na fb stał

się głównym kanałem, z którego czerpią wiedzę osoby i rodziny, które szukają informacji o Domu przed przyjęciem do placówki. Wielokrotnie otrzymujemy informacje o tym, że dzięki facebook’owi mogli zapoznać się z naszą ofertą. Naszymi mieszkańcami są także osoby, które przenieśli się z innych domów do naszego, dzięki temu, że same odnalazły informacje właśnie przez profil na fb i stwierdziły, że warto u nas zamieszkać.

Nasz profil śledzą osoby z wielu krajów na całym świecie ( Wielka Brytania, USA, Niemcy, Austria, Włochy, Holandia, Irlandia, Szwecja, Francja, Belgia, Norwegia, Rosja, Hiszpania, Rumunia, Pakistan, Japonia, Słowacja, Tajlandia, Ukraina, Uganda, Białoruś) a posty osiągają oglądalność na poziomie nawet 5 – 6 tysięcy odsłon.

Jesteśmy przekonani, że domy pomocy społecznej nie wykorzystują w pełni potencjału portalu facebook do prezentowania swoich działań i budowania swojego wizerunku. A nie trzeba



tutaj jakiegoś specjalnego przygotowania. Wystarczy tylko dobre chęci oraz systematyczność w zamieszczaniu postów. Także ich forma powinna być interesująca. Nawet prozaiczna czynność pokazana w sposób ciekawy może wzbudzić zainteresowanie. Social media są dziś jednym z głównych narzędzi, dzięki którym dociera się do odbiorców a fejsbukowy profil służy doskonale do kreowania pozytywnego wizerunku domu.

## Przykład 2. ŚDS Nowodworze

ŚDS Nowodworze posiada dwie strony internetowe. Jedną typowo informacyjną o naszej placówce – <http://sdsnowodworze.wixsite.com/sdsnowodworze> prezentujemy w niej nasze cele, zadania, możliwości rehabilitacji, wybrane wydarzenia oraz drugą na facebooku <https://www.facebook.com/sdspnow/>.

Na początku gdy zakładaliśmy naszą stronę nie przyświecały nam większe cele. Strona nasza miała służyć jedynie jako swoista kronika naszych działań i w pewnym sensie taki cel spełnia też do dzisiaj. Z czasem jednak zaczęliśmy konkretniej podejmować ważne tematy dotyczące niepełnosprawności, sposobów radzenia sobie ze swoją niepełnosprawnością, z możliwościami pozyskiwania pomocy z różnych stron a jednocześnie pracy nad sobą. Prezentowaliśmy różne formy rehabilitacji i terapii zajęciowej, na czym ta terapia polega, jakie możliwości stwarza. Zaczęliśmy prowadzić grupę terapeutyczną podczas której omawiane były nasze problemy i sposoby ich rozwiązywania. Dzielimy się tymi informacjami i komunikujemy się zarówno z naszymi podopiecznymi jak i z sympatykami naszej strony. Sympatycy naszej strony, którzy zwracają się również z pytaniami o różne sprawy związane z naszą działalnością i zawsze w szybkim tempie uzyskują od nas odpowiedź na zadane pytania.

Nasze usługi w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych to połączenie innowacji i transparentności. Wizja rozwoju naszej pracy to pochodna bezpośrednich potrzeb naszych podopiecznych, realizowana z troską o zapewnienie najwyższych standardów świadczonych przez nas usług. Dzięki naszym stronom internetowym docieramy

przede wszystkim do odbiorców regionalnych. Sądzimy też że jedną z najistotniejszych cech naszych działań jest autentyczność. Jesteśmy prawdziwi tacy jacy jesteśmy w działaniu. Są sukcesy i porażki naszych podopiecznych, pokazujemy prawdziwe zmagania z codziennością.

Kolejną bardzo istotną sprawą jest to, że uczestnicy zajęć uczą się poruszać i działać w sferze cyfryzacji, że przełamują strach i bariery, uczą się obsługi komputerów, pisać emailę, korzystać z Internetu i mediów społecznościowych, czytać ze zrozumieniem, samodzielnie pisać komentarze, są współgospodarzami, wiedzą, że to jest ich i o nich ta strona. Utożsamiają się z nią, cieszą się z zamieszczonych materiałów, zdjęć. Dzieli się i udostępniają te posty, rodziny podopiecznych mają stały wgląd w funkcjonowanie ich dzieci i rodzeństwa w naszej placówce.

Wiele osób chce nas odwiedzić w Nowodworzu aby na własne oczy zobaczyć jak pracujemy, czują, że działamy od serca a my jesteśmy otwarci. Tak rodzą się nowe kontakty i przyjaźnie. Dwa lata temu grupa studentów terapii zajęciowej z norweskiej uczelni wyższej – Wyższa Szkoła w Bergen wybrała nas, nasz ŚDS w Nowodworzu na podstawie

naszych działań w Internecie jako tą placówkę którą chcą odwiedzić podczas pobytu w naszym kraju. Spotkanie to było wymianą wiedzy i doświadczeń z zakresu terapii zajęciowej. Uczestniczyliśmy wspólnie w zajęciach zorganizowanych w naszym ŚDS: zajęciach edukacyjnych, grach i zabawach. Podzieliliśmy się z naszymi gośćmi tym co zazwyczaj robimy podczas naszych zajęć, studenci z Norwegii nauczyli nas kilku swoich zabaw. Atmosfera była wspaniała, a wszystko zaprezentowaliśmy na naszych stronach internetowych.

Nasze rady dla chcących prowadzić takie strony? Po pierwsze – nie bójcie się pokazywania waszej placówki w mediach społecznościowych, aby zweryfikować czy wasze działania są pozytywnie postrzegane. Po drugie – tworzenie trwałego i zarazem pozytywnego wizerunku placówki wymaga czasu i ciężkiej pracy związanej z budowaniem relacji w ramach wielu platform społecznościowych. Niekoniecznie pierwsza interakcja spowoduje, że wybrany Internauta stanie się fanem waszej placówki. Efekty w social media obserwujemy niekiedy dopiero po kilku tygodniach lub nawet miesiącach. Po trzecie – bądźcie autentyczni. ■





# NIEZBĘDNIK PIEŁĘGNACJI

**seni**<sup>®</sup>  
care

dla osób z nietrzymaniem moczu



Seni - oddychające produkty chłonne



Krem ochronny z arginina

Krem ochronny z tlenkiem cynku

Pianka myjąco-pięlęgnująca

Chusteczki pielęgnacyjne



seni.pl



## Profilaktyka odparzeń, odleżyn i pieluchowego zapalenia skóry

Specjalistyczne produkty Seni Care - rekomendowane przez personel Kliniki Budzik i Fundację Ewy Błaszczyk „Akogo?”

FUNDACJA EWY BŁASZCZYK



ORGANIZACJA POŻYTNY PUBLICZNEGO