

Forum Opieki Długoterminowej

# medi

ISSN 1643 - 1308 nakład 3000 egz.

Kwartalnik nr 3(76)  
**lipiec 2018**

**Czy jakość**  
się opłaca?

**Podopieczny**  
**z demencją**  
techniki współpracy

**ZMIANY**  
**W USTAWIE PSYCHIATRYCZNEJ**

# 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-  
pielęgnująca

Chusteczki  
pielęgnacyjne



[seni.pl](http://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

# medi

## Szanowni Państwo!

**WYDAWCA:**  
Fundacja  
Razem Zmieniamy Świat

**PRARTNER 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 Wajjer-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 adiuścacji nadsyłanych  
tekstów. Przedruk, kopiowanie  
lub powielanie w jakiegokolwiek formie  
wyłącznie za zgodą redakcji.

**W**itamy w lipcowym wydaniu kwartalnika Medi! Zgodnie z zapowiedzią, bieżący numer rozpoczynamy od analizy zmian w ustawie psychiatrycznej. Przyjrzymy się konsekwencjom i wyzwaniom przed jakimi stoją DPSy w kontekście zmiany ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

W tym numerze zachęcamy szczególnie do zapoznania się z artykułami na temat jakości środków pomocniczych. Przedstawimy raport z badań porównawczych, który w precyzyjny sposób odpowiada na pytanie o opłacalność stosowania kryterium jakości przy wyborze środków pomocniczych. Jednocześnie pokażemy jak Państwo, we własnych placówkach, w warunkach biurowych, możecie sprawdzić jakość środków pomocniczych.

Artykuł na temat trudnych zachowań w opiece długoterminowej, opublikowany z ostatnim numerze, spotkał się z dużym zainteresowaniem z Państwa strony. W bieżącym numerze prezentujemy kontynuację cyklu, kładąc akcenty na możliwe przyczyny oraz propozycje konkretnych działań, które pomogą w rozwiązaniu problematycznych sytuacji.

Medi to czasopismo, w którym nie boimy się poruszać trudnych tematów. Żałoba po śmierci osoby bliskiej jest zawsze trudnym doświadczeniem, gdy żałoby doświadczają małe dzieci, wymaga to od nas – dorosłych, szczególnej wrażliwości. Dr. Małgorzata Fopka-Kowalczyk przeprowadziła analizę reakcji i możliwych zachowań dzieci w przypadku śmierci osoby bliskiej i żałoby oraz podpowiada w jaki sposób rozmawiać z dzieckiem o tak trudnym doświadczeniu.

Szanowni Państwo, już niebawem spotkamy się na XXI Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej w Toruniu. W numerze znajdą Państwo szczegółowy program konferencji. Wszystkich Państwa, którzy nie mogą być z nami w Toruniu, zapraszamy do następnego numeru Medi.

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

# SPIS TREŚCI

## lipiec 2018

### WYZWANIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

---

- 06** Działalność DPS w perspektywie zmian w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego  
*Grzegorz Baranowski*

### TEORIA I PRAKTYKA

---

- 08** Jak badać jakość produktów chłonnych w warunkach biurowych?  
*Piotr Chromiński*
- 13** Czy jakość się opłaca? Pieluchomajtki w domach pomocy społecznej  
*Sebastian Hering-Zagrocki*
- 20** Jakość jako kryterium oceny ofert w zamówieniach publicznych. Podstawowe zagadnienia prawne  
*Zbigniew Politowski*

### O TYM TRZEBA ROZMAWIAĆ

---

- 24** Nie walcz!  
Zrozum i podejmij współpracę!  
*Iwona Przybyło*
- 30** Żałoba dzieci po śmierci osoby bliskiej  
*Małgorzata Fopka-Kowalczyk*

### DOBRE PRAKTYKI

---

- 34** Wywiad z Panią Aldoną Reczek-Chachulską – laureatką II polskiej edycji Queen Silvia Nursing Award

### WYDARZENIA

---

- 38** 21 Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej





**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)

# Działalność DPS

## w perspektywie zmian w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego

GRZEGORZ BARANOWSKI  
Dyrektor DPS dla Dorosłych w Bytomiu

*Od dnia 1 stycznia 2018r., domy pomocy społecznej muszą mierzyć się z konsekwencjami wejścia w życie ustawy z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw.*

### Geneza dokonanych zmian

Przyczyną dokonania zmian w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego była konieczność jej dostosowania do uwarunkowań prawnych będących konsekwencją orzeczeń Europejskiego Trybunału Praw Człowieka oraz Trybunału

Konstytucyjnego. Zmiana przepisów ustawy była spowodowana wprost uwzględnieniem wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 16 października 2012r. w sprawie Kędzior przeciwko Polsce (skarga nr 45026/07) oraz wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 25 listopada 2014 r.

w sprawie K. C. przeciwko Polsce (skarga nr 31199/12).

### Co zatem się zmieniło?

Opis istotnych zmian przepisów i ich konsekwencje dla działalności DPS przedstawia poniższa tabela.

### ZMIANA PRZEPISU

W art. 18 d  
dodano art. 18 a – 18 f

### KONSEKWENCJE DLA DPS

Zmiana przepisów wynikała z konieczności przeniesienia części obowiązujących do tej pory regulacji dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego z Rozporządzenia – aktu wykonawczego do ustawy z uwagi na zakres spraw który regulował, tj. ograniczenie wolności osób wobec których stosowany jest przymus bezpośredni. Przepisy stanowią regulację ustawową zasad stosowania przymusu bezpośredniego i jego dokumentowania, oceny zasadności jego zastosowania oraz obowiązków związanych ze przymusu. Nowelizacja ustawy uregulowała także zasady stosowania monitoringu pomieszczenia, w którym realizowany jest przymus bezpośredni w formie izolacji. Przepisy wskazują również osoby uprawnione do dostępu do zapisów monitoringu, podmioty zobowiązane do zapewnienia bezpieczeństwa zapisom monitoringu, a także dokumentowanie czynności zarządzania zapisami monitoringu.

W art. 38 dodano ust. 2 –5

Konsekwencją przyjętych zmian jest sytuacja w której do domu pomocy społecznej mogą trafić tylko osoby po wyrażeniu przez siebie zgody lub bez zgody, jedynie na podstawie postanowienia sądowego. Przyjęcie do domu pomocy społecznej osoby bez jej zgody, a za zgodą jej przedstawiciela ustawowego wymaga uzyskania zezwolenia właściwego sądu opiekuńczego. Dodatkowo jeżeli przyjęcie do domu pomocy społecznej dotyczy osoby małoletniej powyżej 16 roku życia lub osoby pełnoletniej całkowicie ubezwłasnowolnionej, zdolnej do wyrażenia zgody, jest wymagane również uzyskanie zgody tej osoby na przyjęcie. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do domu pomocy społecznej tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, przyjęcie do domu pomocy społecznej ustawowego wymaga orzeczenia właściwego sądu opiekuńczego. Ponadto w art. 38 dodano obowiązek okresowego badania stanu zdrowia psychicznego takiej osoby w zakresie uzasadniającym jej pobyt w domu pomocy społecznej.

Art. 41 otrzymał nowe brzmienie

Na podstawie regulacji zawartej w art. 41 osoba przyjęta do domu pomocy społecznej, w tym również osoba ubezwłasnowolniona, jej przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewni w linii prostej, rodzeństwo oraz osoba sprawująca nad nią faktyczną opiekę – mogą występować do sądu opiekuńczego z wnioskiem o zmianę orzeczenia o przyjęciu do domu pomocy społecznej. Jednocześnie regulacja stanowi, że z wnioskiem o zmianę orzeczenia o przyjęciu do domu pomocy społecznej może wystąpić także kierownik domu pomocy społecznej, jeżeli uzna, że zmieniły się okoliczności uzasadniające orzeczenie o przyjęciu osoby do domu pomocy społecznej bez jej zgody.

## Największy problem dla DPS?

Wydaje się, iż przyjęte rozwiązania idą naprzeciw najważniejszemu interesom mieszkańców DPS w zakresie poszanowania podstawowych praw wolnościowych. Jednak jak to zwykle bywa „diabeł tkwi w szczegółach”. Już dziś jasno widać, iż najwięcej trudności dla Dyrektorów DPS rodzą konsekwencje zapisu art. 38 ust. 5, który brzmi: „Osoba, o której mowa w ust. 1, podlega okresowym badaniom stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym jej pobyt w domu pomocy społecznej. Badania przeprowadza się co najmniej raz na 6 miesięcy”.

Sędziowie wizytatorzy Sądów Rodzinnych, stoją na stanowisku, że obowiązek przeprowadzania badań stanu psychicznego mieszkańców mają realizować domy pomocy społecznej. Nie budziło by to większych problemów, gdyby nie fakt, iż lekarze psychiatry z zakładów leczniczych, u których leczą się mieszkańcy odmawiają wystawienia jakichkolwiek zaświadczeń potwierdzających ten fakt. W treści przepisu art. 38 ust. 5 uoosp, faktycznie nie ma żadnego zapisu, który wskazywałby wprost na konieczność wystawienia zaświadczenia potwierdzającego konieczność dalszego pobytu w DPS lub też brak takiej konieczności. Musimy pamiętać również, iż wystawienie zaświadczeń wiąże się też z kosztami ich wystawienia.

Ponadto koniecznie musimy zwrócić uwagę na problem, iż mieszkańcy DPS,

korzystają ze świadczeń zdrowotnych na takich samych zasadach jak inne osoby zamieszkujące poza DPS. Zatem badanie przez lekarza psychiatrę jest realizowane w warunkach zachowania szczególnej intymności bez udziału osób trzecich. Co więcej pracownicy DPS nie mają dostępu do dokumentacji medycznej mieszkańca, ponieważ mieszkani niejednokrotnie zabrania udzielania informacji o własnym stanie zdrowia innym osobom. Zgodnie z artykułami 13 i 14 ustawy o Rzeczniku praw pacjenta i prawach pacjenta, każdy pacjent w tym mieszkani DPS ma prawo do zachowania tajemnicy informacji z nim związanych z procesem leczenia i diagnostyki. Ponadto obecnie zmienił się mocno stan prawny w zakresie ochrony danych osobowych w związku z wejściem w życie Rozporządzenia RODO i nowej ustawy o ochronie danych osobowych.

Dlatego problemem kluczowym staje się sytuacja, w której trudno zrealizować obowiązek badania zasadności dalszego pobytu w DPS (art. 38 ust. 5 uoosp), bez

uzyskania pisemnej informacji ze strony lekarza w przedmiotowej sprawie.

Ponieważ zmiany do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego należą do kompetencji Ministerstwa Zdrowia zadaliśmy pytania o szczegółowy instruktaż jak wywiązać się z przedmiotowego obowiązku, poprzez odpowiedź na poniższe pytania:

- ▶ Jak udokumentować przed Sędzią SR – wizytującym DPS, fakt uczestnictwa w takim badaniu mieszkańca DPS a w szczególności wyników tego badania (tj. konieczności dalszego pobytu lub też braku takiej konieczności)?
- ▶ Jak uzyskać informację w tym zakresie od podmiotu medycznego, w przypadku braku zgody na udzielenie informacji o stanie zdrowia – zadeklarowanej przez mieszkańca DPS?

Po uzyskaniu odpowiedzi ze strony Ministerstwa, podzielimy się wiedzą w tym zakresie w następnym numerze MEDI. ■

*Sędziowie wizytatorzy Sądów Rodzinnych, stoją na stanowisku, że obowiązek przeprowadzania badań stanu psychicznego mieszkańców mają realizować domy pomocy społecznej.*

# Jak badać jakość produktów chłonnych w warunkach biurowych?

PIOTR CHROMIŃSKI  
TZMO SA, Kierownik Projektu Szkoleń i Rozwoju

*Czy jakość produktów chłonnych można zweryfikować nie mając do dyspozycji żadnego laboratorium? Odpowiedź jest prosta. Oczywiście, że tak. Należy tylko wiedzieć jak przeprowadzać takie testy i co należy zbadać. Co jest nam zatem potrzebne aby zweryfikować jakość produktu i jakie wartości możemy w trakcie testu zmierzyć? Zacznijmy od cech jakościowych produktów. Jak możemy je określić i czym właściwie są?*

**A**by odpowiedzieć na to pytanie musimy uświadomić sobie czego oczekuje pacjent dotknięty problemem nietrzymania moczu, a także czego oczekuje personel medyczny.

Pacjent oczekuje tego, aby wyrób nie przeciekał i aby miał poczucie suchości. To dwa najważniejsze oczekiwania związane z produktem. Personel medyczny, również tego oczekuje, ponieważ brak wycieków to brak konieczności częstej zmiany bielizny pościelowej, bielizny pacjenta, a sucha skóra, to mniejsze ryzyko odleżyn i kosztów związanych z jej pielęgnacją i leczeniem. Powyższe oczekiwania związane są z doбором odpowiedniej jakości produktów, a przede wszystkim z zastosowaniem wysokiej jakości chłonności wyrażonej w słowie retencja.



**Retencja**, czyli faktyczna ilość cieczy wchłoniętej przez dany produkt do momentu, gdy wciąż jeszcze pod naciskiem nie zostaje wydaloną z produktu. Niestety nie istnieje żadna ustandaryzowana międzynarodowa metodyka badania poziomu retencji wyrobów, a stosowana metoda ISO-11948-1 mimo, że międzynarodowo ustandaryzowana, nie mówi niestety niczego o jakości wyrobów. Na kanałach YouTube można znaleźć filmy obrazujące absurdalność tej metody, wg której chłonność wyrobu mierzy się do samego końca wraz z cieczą oddawaną pod naciskiem. Zgodnie z tą metodyką badania można wykazać, że Wasz domowy ręcznik ma większą chłonność niż wysokiej jakości produkty na nietrzymanie moczu, w których za poczucie suchości odpowiada specjalny środek nazywany superabsorbentem (w skrócie SAP – ang. Super Absorbent Polymer). Dlatego najważniejszym parametrem jakościowym jest zbadanie **retencji**. W warunkach biurowych, domowych ciężko to sprawdzić, niemniej można sprawdzić parametr powiązany z retencją, czyli **twz. powrót wilgoci**. Powrót wilgoci wskazuje nam **ile cieczy zostanie oddane pod naciskiem ciężaru ciała**.

## I. TEST NA POWRÓT WILGOCI

Chcąc zbadać poziom powrotu wilgoci pod naciskiem (parametru ściśle powiązanego z retencją produktów), musimy najpierw zaopatrzyć się w odpowiednie narzędzia dostępne w każdym biurze czy domowej kuchni.

Do testów potrzebne nam będzie:

- ▶ przezroczysta szklanka o standardowej pojemności 200-250ml (do dozowania cieczy)
- ▶ ciepła woda (to aby była ciepła jest ważne, ponieważ SAP lepiej i szybciej wtedy pracuje, a pamiętajmy, że wydany mocz ma temperaturę ciała, więc możemy przyjąć, że ma ok 37 stopni Celsjusza)
- ▶ ręczniki papierowe do wycierania rąk (do badania powrotu wilgoci)
- ▶ litrowy słoik wypełniony wodą (jako obciążnik do badania powrotu wilgoci)

### 1. Przygotowanie

Przygotowując produkt do testu dobrze jest rozłożyć go na płaskiej



**RETENCJA** to poziom cieczy wchłoniętej przez produkt i zatrzymanej w nim na trwałe.

*Wyroby chłonne na problem nietrzymania moczu są wyrobami jednorazowymi, ale nie na jednorazowe oddanie moczu. W związku z tym jakość wyrobu określamy nie po pierwszym a po drugim, a nawet trzecim dozowaniu cieczy*

powierzchni biurka/stołu i przymocować dwa końce za pomocą taśmy biurowej do blatu, tak aby się nie zwijał.

Następnie znajdujemy środek wkładu chłonnego i przesuwamy się około 2 cm w kierunku do przodu produktu, gdyż tam mniej więcej znajduje się ujście cewki moczowej. U mężczyzny miejsce ujścia cewki moczowej może być różnie ulokowane w przedniej części, niemniej do testów przyjmuje się właśnie to wyżej opisane miejsce. Widoczne na zdjęciu 1b.

### 2. Przeprowadzenie testu

Następnie możemy przystąpić do testu. Przygotowujemy szklankę do testu, wypełniamy ją ciepłą wodą. Dla równego pomiaru zalecamy zastosować pojemność ½ szklanki, ¾, lub max całą szklankę, czyli około 200ml, przy ekstremalnym testowaniu max 500ml. Skąd takie wartości? Patrz na tabelę z założeniami fizjologiczno-anatomicznymi (Tab 1.).





1.1



1.2



1.3



1.4



1.5

Przyjmijmy, że przygotowujemy  $\frac{3}{4}$  szklanki (około 150 ml) ciepłej wody, (co ma związek z temperaturą naszego ciała). Następnie wylewamy zawartość szklanki na powierzchnię produktu (fot. 1.1).

**Uwaga!!!** Nie rozlewamy cieczy po powierzchni wkładu chłonnego, ponieważ wydalanie z cewki moczowej odbywa się w jednym punkcie i z tego punktu ciecz rozlewa się po powierzchni wkładu chłonnego, albo jest dystrybuowana w jego wnętrzu za pomocą specjalnych włókien dystrybucyjnych (jeśli takie w produkcie występują). Ich obecność również świadczy o wysokiej jakości produktu, gdyż pozwala wykorzystać większą powierzchnię wkładu chłonnego. Inaczej, mimo wysokiej retencji, ciecz może kumulować się w jednym miejscu i punktowo można odczuwać wilgoć ze względu na miejscowe przekroczenie poziomu retencji.

Po całkowitym wchłonięciu cieczy powinniśmy odczekać około 3min, tak

aby superabsorbent mógł zadziałać i związać ciecz w żel. Następnie możemy przystąpić do kluczowego badania, czyli sprawdzania poziomu powrotu wilgoci. Do tego celu wystarczy w warunkach biurowych zaopatrzyć się w kilka ręczniczków papierowych do wycierania rąk. Najlepiej jeśli mają jakiś kolor inny niż biały (np. szary, czy jak na zdjęciu zielony). Dzięki temu lepiej będziemy w stanie subiektywnie ocenić stopień powrotu wilgoci, czyli na jak dużej powierzchni nastąpiło oddanie cieczy.

Ręczniczki składamy dwa razy na pół, tak aby z jednego uzyskać 4 warstwy. Do pierwszego badania powrotu wilgoci wystarczą trzy ręczniczki papierowe (razem 12 warstw), które układamy na sobie i kładziemy na oznaczone miejsce, następnie obciążamy słoikiem wypełnionym wodą (nacisk około 1kg) i czekamy około minuty (fot.1.2). Następnie ściągamy słoik i oceniamy zawilgocenie naszych ręczniczków. (fot. 1.3)

Tab. 1.

## ZAŁOŻENIA ANATOMICZNO-FIZJOLOGICZNE DO BADANIA:

|  |  |
|--|--|
| ca. <b>500ml</b>                           | pojemność pęcherza moczowego   |
| $\frac{1}{3}$ czyli około <b>150-200ml</b> | odczucie parcia i standardowo jednorazowo wydalane ilości moczu w toalecie |
| <b>36,6°C</b>                              | temperatura ciała  |



1.6

**STANDARYZACJA BIUROWEGO TESTU POWROTU WILGOCI:**

- ▶ **Oznaczamy stałe miejsce** dozowania płynu markerem (fot. 1b)
- ▶ **Wlewamy** na oznaczone miejsce np.  $\frac{3}{4}$  szklanki ciepłej wody (około 150ml) (fot. 1.1)
- ▶ Po wchłonięciu **czekamy około 3 min**
- ▶ Po pierwszym dozowaniu sprawdzamy powrót wilgoci na **3 ręczniczkach papierowych**
- ▶ **Obciążamy** je słoikiem wypełnionym wodą (ok. 1 kg), czekamy ok 1 min (fot. 1.2)
- ▶ **Obserwujemy stopień zamoczenia ręczniczków** (fot. 1.3)
- ▶ Następnie czynności powtarzamy jeszcze dwa razy (fot. 1.1, 1.4, 1.5, 1.6).

**UWAGA!!!** Do pierwszego dozowania zalecamy użyć tylko **3 ręczniczków** (12 warstw), ale do drugiego już **6 ręczniczków** i do trzeciego **9 ręczniczków**. Związane jest to z faktem, że z każdym kolejnym dozowaniem ilość oddanej cieczy może być większa i dla możliwości porównania jakościowego musimy zastosować większą ilość warstw.

**Obserwujemy dwie rzeczy**

- ▶ Pierwsza, to na jak dużej powierzchni nastąpiło oddanie cieczy (**im mniejsza, tym lepiej**).
- ▶ Druga obserwacja, przez ile warstw papieru przeszła wilgoć (**im mniej warstw tym lepiej**).

Test powtarzamy w takiej samej kolejności. Najpierw dozujemy kolejną dawkę cieczy ze szklanki wypełnionej w  $\frac{3}{4}$  ciepłą wodą. Odczekujemy około 3 minuty. I powtarzamy badanie powrotu wilgoci. (fot. 1.1, 1.4, 1.5, 1.6)

Pamiętajmy że wyroby chłonne są problemem nietrzymania moczu są wyrobami jednorazowymi, ale nie na jednorazowe oddanie moczu. W związku z tym jakość wyrobu określamy nie po pierwszym a po drugim, a nawet trzecim dozowaniu cieczy.

**II. TEST NA PAROPRZEPUSZCZALNOŚĆ**

Drugim testem jakościowym niezwiązanym już z chłonnością produktu, niemniej bezsprzecznie z jego jakością, jest stwierdzenie obecności w produkcie paroprzepuszczalnego laminatu izolacyjnego, który podobnie jak materiały typu Gore-Tex® jest przepuszczalny dla powietrza/gazu, ale nieprzepuszczalny do cieczy.

Do testów badania paroprzepuszczalności potrzebne nam będzie:

- ▶ Filiżanka ze spodkiem
- ▶ Czajnik elektryczny (lub inne naczynie mogące zagotować wodę).

Aby zweryfikować, czy dany producent rzeczywiście stosuje paroprzepuszczalne materiały zazwyczaj oznaczone symbolem AIR (z ang. powietrze) będziemy potrzebować parę

wodną. W tym celu bierzemy wcześniej przygotowaną filiżankę ze spodkiem i zwracamy uwagę by spodek pozostał pierwotnie suchy. Następnie gotujemy wodę, doprowadzając ją do wrzenia,

tak aby otrzymać parę wodną. Wyłączamy czajniki i wlewamy gotującą się wodę do filiżanki (fot. 2.1), kładziemy na nią fragment testowanego produktu (najlepiej w miejscu, gdzie wkład



**PAROPRZEPUSZCZALNOŚĆ** to parametr mówiący o możliwości wymiany cząsteczek gazu przez strukturę danego materiału. Woda w postaci lotnej (jako gaz) jest w stanie przejść przez materiały paroprzepuszczalne. Ilość cieczy która w postaci lotnej jest w stanie przejść przez dany materiał określa się w warunkach laboratoryjnych parametrem wyrażonym w g/m<sup>2</sup>/24h.

**UWAGA!!!** W warunkach biurowych jesteśmy w stanie ocenić jedynie zero-jedynkowo obecność lub brak paroprzepuszczalności. Dodatkowo, porównując dwa produkty, możemy subiektywnie ocenić, który z nich przepuścił więcej cieczy w określonej jednostce czasu np. w ciągu 5min.





chłonny jest najcieńszy, lub na tzw. skrzydłach produktu jeśli w całości wykonany jest z tego samego materiału – fot. 2.2), a następnie przykrywamy to miejsce suchym spodkiem w pozycji do góry dnem (fot. 2.3). Po około 3-5 minutach zdejmujemy spodek i obserwujemy jego wewnętrzną część (fot. 2.4). Jeśli jest suchy, oznacza to, że wyrób nie jest paroprzepuszczalny. Jeżeli jest wilgotny oznacza to, że para wodna jako gaz przeszła przez materiał i skropliła się na naszym spodku. Świadczy to o paroprzepuszczalności zastosowanych materiałów i o wysokiej jakości produktu. Jest to wynik zero-jedynkowy, paroprzepuszczalność jest lub nie. Można jednak subiektywnie ocenić stopień zawilgocenia spodka. **Im bardziej wilgotny tym większa paroprzepuszczalność, tym lepiej dla skóry pacjenta.**

W taki oto sposób bez posiadania specjalistycznego laboratorium można w warunkach biurowych ocenić podstawowe parametry jakościowe wyrobów chłonnych takich jak:

- ▶ Powrót wilgoci - im mniejszy tym lepiej i świadczący o dobrym poziomie retencji produktów, szczególnie pokazujący zachowanie produktu po drugim i trzecim dozowaniu (czyli w dłuższym okresie używania).
- ▶ Paroprzepuszczalność materiałów izolacyjnych – parametr, którego obecność pozwala skórze oddychać i minimalizuje ryzyko wystąpienia odleżyn i odparzeń, a jednocześnie chroni przed przeciekami.

W taki sposób, możemy również porównywać produkty różnych marek między sobą. W takiej sytuacji oczywiście potrzebujemy podwójnej ilości narzędzi do testów. Bardzo ważne jest również porównywanie między sobą adekwatnych produktów zgodnie z deklaracjami producentów. ■

### STANDARYZACJA BIUROWEGO TESTU NA PAROPRZEPUSZCZALNOŚĆ:

- ▶ Stawiamy filiżankę na stole
- ▶ Przygotowujemy produkt do badania (*szukamy miejsca na produkcie, gdzie mamy najmniej wkładu chłonnego, którego obecność może zaburzyć wynik, lub kładziemy tzw. skrzydło produktu, jeśli w całości zbudowany jest z jednolitego materiału*)
- ▶ Gotujemy wodę w czajniku i zagotowaną wlewamy do filiżanki (fot. 2. 1)
- ▶ Przykrywamy filiżankę wybraną częścią produktu (fot. 2. 2)
- ▶ Na produkt kładziemy spodek do góry dnem (fot. 2.3)
- ▶ Czekamy od 3-5 min
- ▶ Podnosimy spodek i weryfikujemy obecność skroplonej pary wodnej (fot.2. 4)



# Czy jakość się opłaca?

Pieluchomajtki  
w domach pomocy społecznej

---

SEBASTIAN HERING-ZAGROCKI  
Europejskie Centrum Opieki Długoterminowej



Jednym z najczęstszych problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych w opiece długoterminowej jest nietrzymanie moczu. Szacujemy, że niemal 40% podopiecznych, mieszkańców domów pomocy społecznej w Polsce dotknięta jest tym schorzeniem i korzysta z refundacji przy zakupie wyrobów chłonnych<sup>1</sup>. Oznacza to, że w tych placówkach zużywa się łącznie ponad 34 mln szt. pieluchomajtek rocznie. To ponad 50 mln złotych! Naturalnym więc jest, że zarządzający placówkami dążą do jak najkorzystniejszego zakupu wyrobów chłonnych.



Oczywiście zakup wyrobów chłonnych to nie jedyne obciążenie związane z nietrzymaniem moczu. W placówkach opieki długoterminowej towarzyszącymi kosztami będą:

- ▶ odpady (zużyte pieluchomajtki),
- ▶ środki ochrony indywidualnej pracowników (odzież, rękawice),
- ▶ pranie zabrudzonej bielizny pościelowej,
- ▶ praca związana ze zmianą wyrobów chłonnych.

Zarządzając budżetem domu pomocy społecznej dyrektor powinien być zainteresowany optymalizowaniem wydatków w każdym z wyżej wymienionych obszarów. Pokróćce spróbuję przedstawić na co należy zwrócić uwagę aby mówić o kontroli poziomu kosztów związanych z zabezpieczeniem podopiecznych w wyroby chłonne w placówce.

### Wyroby chłonne



Presja cenowa ze strony dyrektorów domów pomocy społecznej skłania producentów do poszukiwania redukcji kosztów wytworzenia. W nieskończoność nie można tych kosztów obniżyć bez rezygnacji z niektórych parametrów wyrobów chłonnych co w oczywisty sposób prowadzi do zróżnicowania jakości i walorów użytkowych wyrobów chłonnych.

Dokonując wyboru produktu wyłącznie w oparciu o kryterium ceny podopieczni w domach pomocy społecznej zmuszeni są do korzystania ze specjalnych, tańszych linii wyrobów chłonnych tzw. ekonomicznych. Co tracą? Tracą z pewnością te parametry,

które decydują o większym komforcie użytkownika, narażają się na dyskomfort termiczny, co zwiększa ryzyko powstania odleżyn oraz częstsze zmiany wyrobów niż w przypadku oferty premium. Więcej szczegółów przedstawia Tabela 1. zawierająca porównanie cech użytkowych pieluchomajtek ekonomicznych i premium.

Jak widać w tym zestawieniu pieluchomajtki ekonomiczne wypadają zwykle słabiej nie tylko pod względem chłonności i trwałego związania moczu w wyrobie ale również przez słabsze dopasowanie do ciała pogarsza się zabezpieczenie przed przeciekaniem. Jednoznacznie widać, że w przypadku wyrobów premium wyższa technologia to pełniejsze zabezpieczenie i komfort użytkownika.

**Odpady**



Zaopatrzenie w wyroby chłonne jednorazowego użytku to generowanie ogromnej ilości odpadów traktowanych jako komunalnych – oczywiście o takim rodzaju utylizacji odpadów możemy mówić wyłącznie jeśli podopieczni są zdrowi, w przeciwnym wypadku placówka zobowiązana jest do traktowania zużytych pieluchomajtek jako odpadów medycznych. Biorąc pod uwagę przeciętną ilość moczu wydalanego w ciągu doby (tj. około 1,5-2,0 l), który jest trwale wiązany w wyrobie chłonnym, wychodzi, że dla każdego z podopiecznych z nietrzymaniem moczu dom pomocy społecznej musi zabezpieczyć odpowiednią pojemność w kontenerach na odpady. Będzie ona

zależna od ilości zużytych wyrobów chłonnych i może wynosić od 75 do nawet 100 litrów miesięcznie.

Koszty gospodarowania odpadami różnią się w każdej gminie. Różnie rozliczane są również placówki pomocy społecznej. Możemy mieć do czynienia:

- ▶ z prostym systemem ryczałtowej, miesięcznej stawki za osobę (wtedy o zarządzaniu kosztami odbioru odpadów nie może być mowy)
- ▶ z ryczałtową stawką za odbiór wielkiego kontenera (średni wpływ na zarządzanie kosztami – poprzez decyzję o ilości pojemników)
- ▶ ze stawką zależną od faktycznie odbieranych odpadów oraz od wielkości odpłatnie udostępnionych pojemników (tutaj istnieje największe pole do optymalizowania poziomu kosztów wywozu odpadów – dobór ilości i wielkości pojemników)

**Tab. 1.** Porównanie cech użytkowych pieluchomajtek ekonomicznych i premium

| Technologia/parametr                              | Wartość użytkowa   | Wyrób premium                                     | Wyrób ekonomiczny                          |
|---|--|---|--|
| system zapięć                                     | przyleganie wyrobu do ciała użytkownika, dopasowujące się nawet podczas poruszania, umożliwiają wielokrotne zapinanie i odpinanie  | elastyczne przylepcorzepy wielokrotnego mocowania | podwójne przylepce jednokrotnego mocowania |
| paroprzepuszczalność produktu (tzw. oddychalność) | zapobiega powstawaniu podrażnień i maceracji skóry pod pieluchomajtkami, które w skrajnych przypadkach mogą doprowadzić do pojawienia się odleżyn                          | na całej powierzchni oddychający                  | produkt nieoddychający                     |
| indykator wilgotności                             | umożliwia sprawdzenie stopnia zużycia (wypełnienia) bez konieczności zdejmowania wyrobu  | podwójny - tuszowy i klejowy                      | pojedynczy - tuszowy                       |
| osłonki boczne                                    | zapobiegają bocznym wyciekom co ogranicza zabrudzenia bielizny pościelowej   | hydrofobowe, skierowane na zewnątrz, elastyczne   | często brak jakichkolwiek osłonek          |
| ściągacze taliowe                                 | poprawiają dopasowanie wyrobu do ciała użytkownika zwłaszcza podczas poruszania się  | przedni i tylny                                   | brak                                       |
| budowa wkładu chłonnego                           | zwiększona chłonność wyrobu  | podwójny  | pojedynczy                                 |
| włóknina rozprowadzająca                          | poprawia dystrybucję wilgoci wewnątrz wyrobu - pozwala zwiększyć możliwości absorpcyjne wkładu chłonnego, odciąga wilgoć od skóry użytkownika zwiększając uczucie suchości | EDS   | brak                                       |
| chłonność   | tzw. „pojemność całkowita” wyrobu  | ●●●●●●●●  | ●●●●●○○○                                   |
| retencja  | zdolność wyrobu do trwałego związania cieczy, której „nie można wycisnąć”  | ●●●●●○○○  | ●●●●○○○○                                   |

W przypadku rozliczania kosztów za każdorazowy wywóz na wpływ obciążenia miesięcznego będzie również miała częstotliwość odbioru odpadów.

## Środki ochrony indywidualnej



Zależność kosztów środków ochrony indywidualnej personelu placówki od rodzaju zabezpieczenia podopiecznych w wyroby chłonne będzie największa w przypadku rękawic jednorazowych. Tutaj zależność jest proporcjonalna do ilości zmian pieluchomajtek w danym okresie. Koszty związane z odzieżą dla pracowników (zakup i pranie) będą niezależne od wybranych pieluchomajtek dla podopiecznych.

## Pranie bielizny pościelowej



W zależności od doboru rozmiaru a przede wszystkim od zastosowanych w wyrobie chłonnym technologii poprawiających dopasowanie do ciała pacjenta, ściślejsze przyleganie i zwiększające komfort użytkownika, możemy mieć do czynienia z większymi bądź mniejszymi zabrudzeniami bielizny pościelowej spowodowanymi przeciekami wyrobów. Zwykle im bardziej zaawansowany produkt, tym lepsze zabezpieczenie przed wyciekami i mniejsza ilość nieplanowanych zmian bielizny pościelowej w placówce. Skutkuje to zmniejszeniem ilości prania, co ma znaczący wpływ na koszty utrzymania czystości w placówce.

## Koszty pracy



Ilość zużytych wyrobów chłonnych wprost proporcjonalnie wpływać będzie na ilość pracy wykonanej przez osoby dokonujące ich zmiany. Przy tej okazji wykonywane są również dodatkowe czynności pielęgnacyjne – np. czyszczenie skóry, profilaktyka przeciwoleżynowa, natłuszczanie lub nawilżanie itp. Bardzo ostrożnie szacując można przyjąć że każdorazowa zmiana wyrobu chłonnego to minimum 8 minut pracy. Przy 3 zmianach dziennie

przy łóżku podopiecznego personel spędza 12 godzin miesięcznie. Przy 4 zmianach będzie to już 16 godzin. Naturalnym wydaje się być zatem dążenie do zmniejszenia ilości zmian wyrobów chłonnych aby zaoszczędzić na kosztach pracy.

Zaoszczędzony czas pracy może w efekcie spowodować przesunięcie zatrudnionych do innych obowiązków lub w lepszy sposób zabezpieczyć nieobecności urlopowe lub chorobowe pracowników.

## Badanie porównawcze

Wyżej wymienione obszary mające wpływ na poziom kosztów funkcjonowania placówki opieki długoterminowej zostały poddane ocenie w badaniu porównawczym oferty ekonomicznej i oferty premium pieluchomajtek stosowanych w 3 domach pomocy społecznej.

Na etapie przygotowania badania w zakładzie opiekuńczo-leczniczym skonsultowana została procedura zmiany wyrobu chłonnego oraz czynniki, które mogą wpływać na stan zdrowia pacjenta w kontekście nietrzymania moczu oraz kondycji skóry (najczęstsze powikłanie to stany zapalne skóry w okolicach miejsc intymnych doprowadzające w ostateczności do odleżyn). Dzięki temu opracowany został dziennik badania do odnotowywania czynności pielęgnacyjnych, sporządzenia bilansu płynów oraz ogólnych informacji o stanie zdrowia mieszkańca przed oraz w trakcie badania.

Do oszacowania poziomu kosztów przyjęte zostały następujące założenia, dzięki którym model był porównywalny pomiędzy placówkami:

- ▶ koszt roboczogodziny określony zgodnie z godzinową stawką minimalną dla umowy zlecenia w 2017 roku – 12 PLN brutto,
- ▶ DPS ma wpływ na poziom kosztów odbioru odpadów, koszty te zostały uśrednione z cenników w różnych gminach w Polsce do poziomu 0,19 PLN za kilogram odpadu komunalnego oraz 1,24 PLN za kilogram odpadu medycznego (5% ilości odpadów medycznych w odpadach związanych z pieluchomajtkami),
- ▶ koszt prania bielizny pościelowej we własnej pralni w placówce wy-

liczony został na poziomie 0,75 PLN za kilogram suchego wsadu (bez pracy pracownika, napraw i konserwacji urządzenia, utrzymania pomieszczenia, w którym zamontowana jest pralnia),

- ▶ ceny zakupu wyrobów chłonnych zostały ustalone na podstawie średnich cen sprzedaży netto w postępowaniach ofertowych w domach pomocy społecznej.

Porównaniem objętych zostało po 10 podopiecznych w każdej z placówek, które jako jedyne kryterium wyboru stosowały kryterium ceny i w związku z tym zaopatrywały swoich podopiecznych w wyroby ekonomiczne. W ciągu pierwszych 4 tygodni personel odnotowywał każdą zmianę wyrobu chłonnego, czynności pielęgnacyjne, zmianę bielizny pościelowej oraz zużycie rękawic przy wykorzystaniu zakupywanych przez DPS pieluchomajtek (ekonomicznych). W drugim czterotygodniowym okresie te same parametry podlegały ocenie ale przy wykorzystaniu dostarczonych pieluchomajtek o najwyższej jakości. Dodatkowo sugerowaliśmy, aby na noc zakładać podopiecznym pieluchomajtki o podwyższonej chłonności.

Poprosiliśmy również personel o opinie dotyczące stosowanych wyrobów oraz jeśli to możliwe przytoczenie opinii lub opisanie reakcji podopiecznych na zmianę.

## Subiektywne oceny

Najczęściej przytaczane opinie personelu dotyczące przewag wyrobów premium nad wyrobami ekonomicznymi to:

- ▶ wyższa chłonność,
- ▶ łatwiejsze odpinanie
- ▶ możliwość ponownego zapinania
- ▶ większe poczucie suchości
- ▶ delikatniejsze
- ▶ dyskretniejsze

Wszystkie zaobserwowane różnice to wynik zaawansowanej technologii zastosowanej w wyrobach premium, które w połączeniu z podwyższoną retencją poprawiają komfort użytkownika, wydłużając czas między zmianami i dzięki temu zmniejszając konieczne nakłady pracy związane z pielęgnacją podopiecznego z nietrzymaniem moczu. Wpływa to również w znaczący sposób na poprawę komfortu pracy personelu.



**Przypadek 1.**

Charakterystyka instytucji:

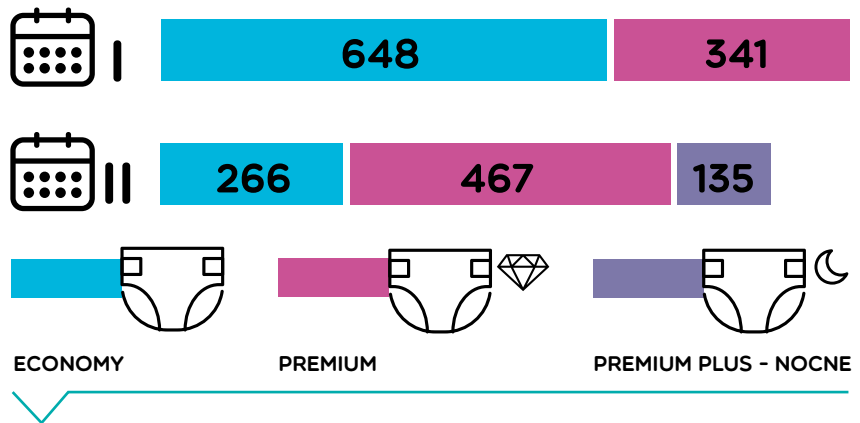
- ▶ liczba łóżek: 50
- ▶ liczba osób z nietrzymaniem moczu: 40 (80%)
- ▶ harmonogram zmian pieluchomajtek: 2 stałe pory (rano i wieczorem) oraz w razie potrzeby w ciągu dnia
- ▶ struktura finansowania zakupów wyrobów chłonnych: 53% z dofinansowaniem NFZ, 47% dokupowane ze środków podopiecznego, raz w roku z nadwyżki środków w budżecie placówki.
- ▶ odpady traktowane jako komunalne,
- ▶ DPS posiada własną pralnię.

W ciągu pierwszych czterech tygodni odnotowano zużycie 648 pieluchomajtek ekonomicznych oraz 341 pieluchomajtek premium (dokupowanych ze środków podopiecznych). Wszystkie pieluchomajtki zakładane podopiecznym to pieluchomajtki o podstawowym poziomie chłonności (tzw. dzienne).

Po dostarczeniu do placówki wyrobów premium w kolejnych 4 tygodniach zużycie przedstawiało się następująco: 266 szt. dziennych wyrobów ekonomicznych, 467 dziennych wyrobów premium oraz 135 pieluchomajtek nocnych premium: Graf. 1. 1.

Oznacza to, że przy zwiększeniu udziału wyrobów premium w zużyciu pieluchomajtek w placówce łączna ilość zużytych wyrobów w porównywalnym okresie spadła o 12,2%, a co za tym idzie średnia ilość pieluchomajtek na podopiecznego spadła z 3,53 do 3,1 szt. na dobę.

Zużycie rękawic było skorelowane z ilością zmian pieluchomajtek i zmniejszyło

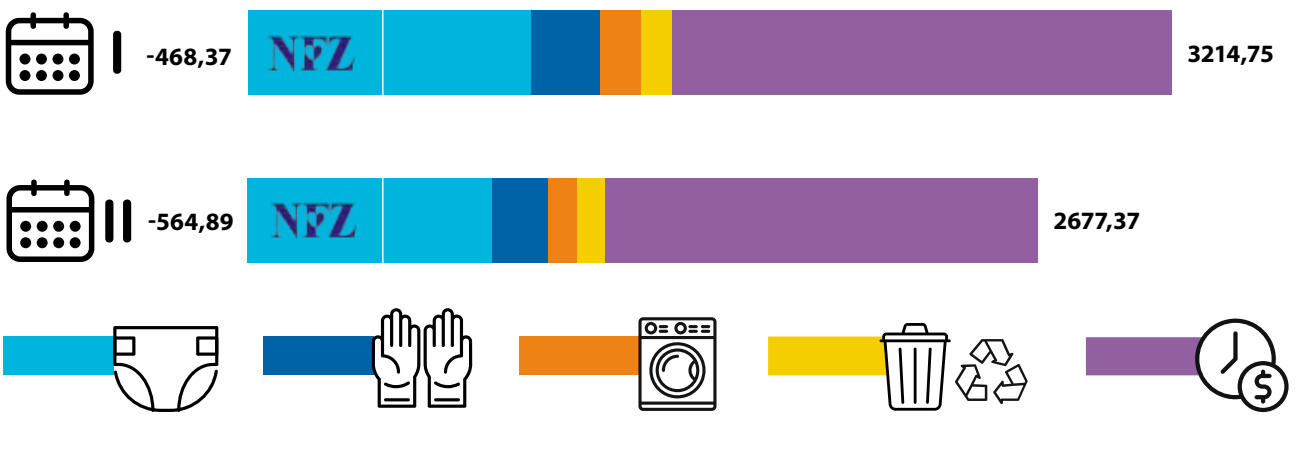


**Graf. 1. 1**  
Rozdzaje użytych pieluchomajtek

się w porównywalnym okresie o 11,6%. Zmniejszyła się również ilość zmienionej bielizny pościelowej – kołder o 47%, prześcieradeł o niemal 26% a poduszek o ponad 7%.

Podsumujmy zatem i oszacujmy jak zachowują się wydatki w tej placówce:

- ▶ w związku z tym, że ceny wyrobów ekonomicznych kształtują się poniżej limitu refundacyjnego nie była



**Graf. 1. 2.**  
Analiza wydatków

wykorzystywana cała dostępna kwota refundacji (63 PLN miesięcznie na osobę) – wyższy koszt pieluchomajtek premium powoduje przesunięcie w kierunku większego wykorzystania limitu refundacyjnego, stąd obciążenie po stronie DPS w połączeniu ze współfinansowaniem (dopłatą) mieszkańca wcale nie stało się wyższe;

- ▶ koszty zużycia rękawic, prania oraz wywozu odpadów zmniejszyły się zgodnie ze zmniejszeniem zużycia wyrobów chłonnych (w tej gminie istnieje możliwość zarządzania ilością i pojemnością kontenerów do wywozu śmieci);
- ▶ w największym stopniu uwidoczniły się różnice wygenerowane na czasie pracy poświęconym na zmiany pieluchomajtek, a co za tym idzie, ma to przełożenie na koszty pracy.

Uwzględniając powyższe, różnica w kosztach pomiędzy pierwszym a drugim okresem wynosi 16,7%

Oznacza to, że ekstrapolując uzyskany wynik na cały rok oraz 40 mieszkańców z nietrzymaniem moczu w tej placówce zaoszczędzić można niecałe 26 tys. PLN. To z pewnością jest kwota, która może skłaniać do refleksji każdego menedżera. (Graf. 1. 2.)

## Przypadek 2.

Charakterystyka instytucji:

- ▶ liczba łóżek: 40
- ▶ liczba osób z nietrzymaniem moczu: 18 (45%)
- ▶ harmonogram zmian pieluchomajtek: 1 stała pora (rano) oraz w razie potrzeby w ciągu dnia
- ▶ struktura finansowania zakupów wy-

robów chłonnych: 86% z dofinansowaniem NFZ, 14% dokupowane ze środków podopiecznego,

- ▶ odpady traktowane jako komunalne,
- ▶ DPS posiada własną pralnię.

W pierwszym okresie stosowano wyłącznie ekonomiczne pieluchomajtkiienne. W drugim okresie niemal wyeliminowano pieluchomajtki ekonomiczne zastępując je wyrobami premium (600 dziennych i 156 nocnych): patrz Graf. 2. 1

Dzienna ilość zmian wyrobów chłonnych spadła z 2,83 na 2,71 szt., czyli o 4,3%. O podobny wskaźnik spadło zużycie rękawic, natomiast w bieliźnie pościelowej odnotowano większe spadki zużycia (prześcieradła o 14,5%, kołdry o 20,7% a poduszki o 23,3%).

Po uwzględnieniu kosztów zakupu pieluchomajtek oraz szacując pozostałe koszty podlegające badaniu, oszczędności w tej placówce wyniosły 4%. Jeśli wynik ten

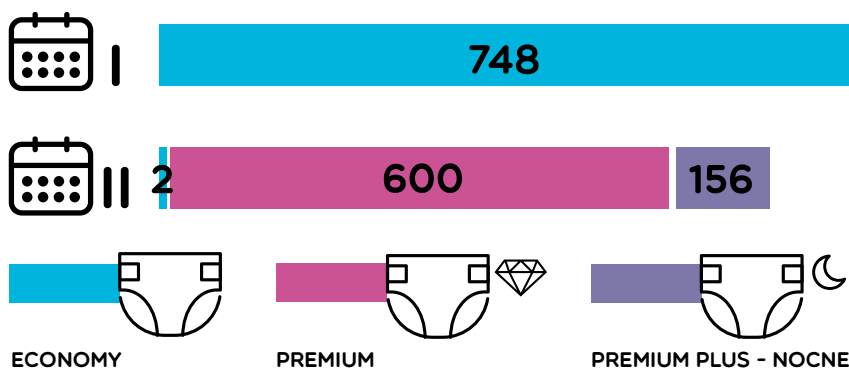
przeniesiemy na wszystkich podopiecznych z nietrzymaniem moczu to łączne oszczędności w placówce osiągnąć mogą poziom niemal 2,2 tys. PLN rocznie: patrz Graf. 2. 2

Podobnie ja w przypadku pierwszym także tutaj zauważalne jest pełniejsze wykorzystanie refundacji NFZ, której wartość wzrosła o niemal 18%.

## Przypadek 3.

Charakterystyka instytucji:

- ▶ liczba łóżek: 58
- ▶ liczba osób z nietrzymaniem moczu: 19 (33%)
- ▶ harmonogram zmian pieluchomajtek: 3 stałe pory w ciągu doby,
- ▶ struktura finansowania zakupów wyrobów chłonnych: 57% z dofinansowaniem NFZ, 43% dokupowane ze środków podopiecznego,
- ▶ odpady traktowane jako komunalne,
- ▶ DPS posiada własną pralnię.



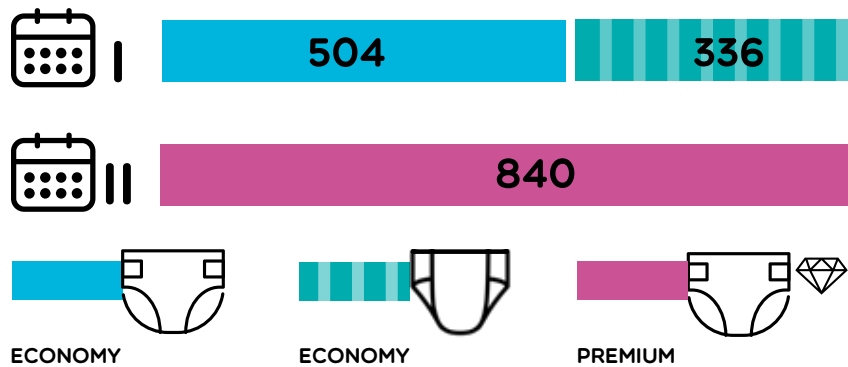
Graf. 2. 1  
Rozdzaje użytych pieluchomajtek



Graf. 2. 2  
Analiza wydatków

Zużycie pieluchomajtek ilościowo nie zmieniło się w porównywanych okresach. Dienne pieluchomajtki ekonomiczne (od dwóch różnych dostawców) zastąpiono taką samą ilością dziennych pieluchomajtek premium, trzymając się sztywno harmonogramu trzech zmian wyrobów chłonnych w ciągu doby (Graf. 3. 1).

Zużycie rękawic w porównywanych okresach nieznacznie wzrosło (o 4%) a zmniejszeniu uległa ilość zmian białizny pościelowej (prześcieradła o 20%, kołdry o 29,2%, poduszki o 20,7%).



**Graf. 3. 1**  
Rozdzaje użytych pieluchomajtek



**Graf. 3. 2**  
Analiza wydatków

Wydawać by się mogło, że niezmienną ilość pieluchomajtek za które trzeba zapłacić więcej nie może wygenerować oszczędności w tej placówce. Jednakże pełniejsze wykorzystanie możliwości finansowania zewnętrznego (większe wykorzystanie limitu refundacji NFZ) oraz mniejsze koszty prania spowodowane mniejszą ilością zabrudzeń pościeli spowodowały, że w ciągu roku można zaoszczędzić 200 PLN (Graf. 3. 2.)

Nie jest to może spektakularne osiągnięcie, ale oznacza ni mniej ni więcej, że przejście na pieluchomajtki o znacznie wyższej jakości wcale nie musi być dla DPSu większym wydatkiem.

### Podsumowanie

Jak wynika z opinii zebranych wśród personelu realizującego badanie używając wyrobów chłonnych o wysokiej jakości zdecydowanie podnosi się komfort osób z nietrzymaniem moczu oraz

w znacznym stopniu poprawia się komfort pracy personelu związanej ze zmianami pieluchomajtek (mniejsza ilość zmian, mniej przecieków i zabrudzeń).

Powyższa analiza dowodzi, że mimo wyższych cen zakupu łączne koszty użytkowania wyrobów chłonnych wcale nie muszą wzrosnąć. Głównymi powodami są: wzrost wartości finansowania zewnętrznego (refundacja NFZ), zmniejszenie ilości czasu niezbędnego do dokonania czynności pielęgnacyjnych, obniżenie kosztów utrzymania czystości (odpady, pranie). Wynika to bezpośrednio z zastosowanych technologii w wyrobach premium, które oprócz wyższych chłonności oraz trwałego związania wilgoci w wyrobie, poprawiają

również pewność mocowania, przyleganie do ciała podopiecznego oraz zapewniają mu większy komfort termiczny dzięki paroprzepuszczalności warstwy izolacyjnej.

To pozwala obronić tezę, że jakość się opłaca.

I świadomość tego ma również ustawodawca, który przewidział, że kryterium jakości powinno być uwzględnione jako istotne dla wyboru oferty – wyraźnie jest to sformułowane w Prawie Zamówień Publicznych. ■



# Jakość jako kryterium oceny ofert

## w zamówieniach publicznych

### PODSTAWOWE ZAGADNIENIA PRAWNE

ZBIGNIEW POLITOWSKI  
Radca Prawny

*Jakość została wymieniona w art. 91 ust. 2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1759 ze zm.) (zwanej dalej ustawą Pzp) jako jedno z kryteriów oceny ofert. W tym zakresie ustawa nie ulegała zmianom. Zamawiający mógł, choć nie musiał, oprócz obowiązkowego kryterium ceny, stosować również kryterium jakości. Pomimo to, przez wiele lat kryterium jakości było stosowane rzadko.*

**P**rzelomem wydaje się dopiero nowelizacja art. 91 ustawy Pzp dokonana ustawą z dnia 29 sierpnia 2014 r. o zmianie ustawy – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2014 r., poz. 1232) oraz ustawą z dnia 22 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy – Prawo zamówień publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r., poz. 1020)

Powyższa nowelizacje zmieniły m.in. art. 91 ust. 2 ustawy Pzp poprzez zdefiniowanie i przykładowe wypunktowanie kryteriów oceny ofert. Zgodnie z tym przepisem „Kryteriami oceny ofert są cena lub koszt albo cena lub koszt i inne kryteria odnoszące się do przedmiotu

zamówienia...”. Kryteriami oceny ofert są w szczególności wymienione w art. 91 ust. 2 pkt 1) ustawy Pzp „jakość, w tym parametry techniczne, właściwości estetyczne i funkcjonalne”.

Większe znaczenie miało jednak dodanie ust. 2a, który aktualnie stanowi: „Zamawiający, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 1 i 2, oraz ich związki, kryterium ceny mogą zastosować jako jedyne kryterium oceny ofert lub kryterium o wadze przekraczającej 60%, jeżeli określą w opisie przedmiotu zamówienia standardy jakościowe odnoszące się do wszystkich istotnych cech przedmiotu zamówienia oraz wykażą w załączniku do protokołu w jaki sposób

zostały uwzględnione w opisie przedmiotu zamówienia koszty cyklu życia, z wyjątkiem art. 72 ust. 2 i art. 80 ust. 3.”

Pomijając w dalszych rozważaniach dwa specyficzne tryby, tj. zapytanie o cenę i licytację elektroniczną (w tych trybach jedynym kryterium oceny ofert pozostaje cena), oraz szczególny przypadek ustalenia przez zamawiającego stałej ceny lub kosztu na podstawie art. 91 ust. 2b ustawy Pzp, należy stwierdzić, że w przypadku zamawiających, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy Pzp (czyli jednostek sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów o finansach publicznych oraz innych państwowych jednostek organizacyjnych



nieposiadających osobowości prawnej) oraz ich związków, aktualnie zasadą jest stosowanie co najmniej dwóch kryteriów oceny ofert, tj. kryterium ceny (lub kosztu) oraz co najmniej jednego kryterium pozacenowego. Waga kryterium ceny nie może, co do zasady, przekraczać 60%. Zamawiający może zastosować kryterium ceny jako jedyne kryterium oceny ofert lub jako kryterium o wadze przekraczającej 60% jedynie wyjątkowo, pod warunkiem łącznego spełnienia następujących warunków:

- ▶ w opisie przedmiotu zamówienia zostaną określone standardy jakościowe odnoszące się do wszystkich istotnych cech przedmiotu zamówienia,
- ▶ w załączniku do protokołu zamawiający wykaże w jaki sposób zostały uwzględnione w opisie przedmiotu zamówienia koszty cyklu życia (cykl życia to według definicji zawartej w art. 2 pkt 1a ustawy Pzp „wszelkie możliwe kolejne lub powiązane fazy istnienia przedmiotu dostawy, usługi lub roboty budowlanej, w szczególności badanie, rozwój, projektowanie przemysłowe, testowanie, produkcję, transport, używanie, naprawę, modernizację, zmianę, utrzymanie przez okres istnienia, logistykę, szkolenie, zużycie, wyburzenie, wycofanie i usuwanie”).

*Zadowalająca jakość dostaw, usług lub robót budowlanych będących przedmiotem zamówienia publicznego zawsze będzie w interesie publicznym, a niewystarczająca jakość zagraża realizacji celów, którym udzielenie zamówienia publicznego ma służyć.*

Zastosowanie przez zamawiającego kryterium ceny jako jedyne kryterium oceny ofert lub jako kryterium o wadze przekraczającej 60%, bez spełnienia któregokolwiek z powyższych warunków stanowił będzie naruszenie art. 91 ust. 2a ustawy Pzp.

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

Nieprzypadkowo jednak ustawodawca wśród kryteriów pozacenowych wymienionych w art. 91 ust. 2 ustawy

Pzp na pierwszym miejscu wymienia jakość. Zadowalająca jakość dostaw, usług lub robót budowlanych będących przedmiotem zamówienia publicznego zawsze będzie w interesie publicznym, a niewystarczająca jakość zagraża realizacji celów, którym udzielenie zamówienia publicznego ma służyć. Powyższe założenie wydaje się oczywiste, ma jednak również swoją podstawę prawną w postaci art. 44 ust. 3 pkt 1) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2077 ze zm.), który nakazuje dokonywać wydatków publicznych w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad: uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów.

Jakość nie może być zatem obojętna zamawiającemu, co oczywiście





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

nie oznacza, że w każdym postępowaniu musi być zastosowane kryterium jakości.

Zamawiający może osiągnąć odpowiednią jakość również w inny sposób, tj. poprzez zawarcie wymagań jakościowych wyłącznie w opisie przedmiotu

zamówienia będącym częścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia. W takim wypadku złożenie oferty nie spełniającej tych wymagań oznaczać będzie niezgodność treści oferty z treścią specyfikacji istotnych warunków

zamówienia i skutkować będzie obowiązkiem odrzucenia takiej oferty na podstawie art. 89 ust. 1 pkt 2) ustawy Pzp. Słabą stroną takiego rozwiązania jest potencjalne zmniejszenie liczby ofert niepodlegających odrzuceniu i brak możliwości jakiegokolwiek premiowania jakości wyższej od wymagań zawartych w opisie przedmiotu zamówienia.

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

Zgodnie z art. 36 ust. 1 pkt 13) ustawy Pzp, zamawiający musi zawrzeć w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, opis kryteriów, którymi będzie się kierował przy wyborze oferty, wraz z podaniem znaczenia tych kryteriów i sposobu oceny ofert. Wyjątkowo, jeżeli przypisanie wagi nie jest możliwe z obiektywnych przyczyn, zamawiający wskazuje kryteria oceny ofert w kolejności od najważniejszego do najmniej ważnego.

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

na punkty.<sup>1</sup> W świetle art. 91 ust. 2 pkt 1) ustawy Pzp, mogą to być nie tylko parametry techniczne, ale również właściwości estetyczne i funkcjonalne.

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

Po pierwsze, jak wynika z art. 91 ust. 2 ustawy Pzp kryteria muszą odnosić się do przedmiotu zamówienia. Art. 91 ust. 3 ustawy Pzp stanowi wprost, że kryteria oceny ofert nie mogą dotyczyć właściwości wykonawcy, a w szczególności jego wiarygodności ekonomicznej, technicznej lub finansowej.

Po drugie, w przypadku opisu kryterium jakości obowiązuje (tak jak w całym postępowaniu), wynikający z art. 7 ust. 1 ustawy Pzp, nakaz takiego przygotowania i przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia, które zapewni zachowanie uczciwej konkurencji oraz równe traktowanie wykonawców. Wskazane przez zamawiającego podkryteria jakościowe muszą mieć uzasadnienie w obiektywnych potrzebach zamawiającego, czyli muszą być pożądane z perspektywy celów postępowania i realizacji zamówienia. Jeżeli zamawiający potrafi uzasadnić dokonany dobór podkryteriów swoimi obiektywnymi potrzebami, zastosowane podkryteria jakościowe powinno być uznane za zgodne z ustawą Pzp, nawet jeżeli ogranicza szanse niektórych wykonawców na uzyskanie zamówienia.<sup>2</sup>

Nie muszą być to przy tym podkryteria całkowicie mierzalne. Z natury kryterium jakości wynika bowiem pewien margines subiektywizmu osób oceniających oferty; zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia opis kryterium przez zamawiającego powinien zminimalizować ten element subiektywności.<sup>3</sup> Opis ten powinien wskazywać jakie

cechy będą uznane za pożądane i wysoko ocenione, jakie zaś będą ocenione niżej oraz wyjaśniać mechanizm przeliczania tych cech na konkretną ilość punktów. Bardzo ważne jest aby opis ten był jednoznaczny i precyzyjny; aby nie dawał wykonawcom podstaw do różnych interpretacji, zwłaszcza co do tego, jakie cechy decydować będą o uzyskaniu większej lub mniejszej ilości punktów.<sup>4</sup> Dodany w 2016 r. art. 91 ust. 2d ustawy Pzp wprost nakazuje, aby każde kryterium oceny ofert zostało określone przez zamawiającego w sposób jednoznaczny i zrozumiały, umożliwiający sprawdzenie informacji przedstawianych przez wykonawców.

Tak jak w przypadku wszystkich kryteriów, również dla kryterium jakości zamawiający co do zasady powinien w specyfikacji istotnych warunków zamówienia podać wagę tego kryterium, czyli wyrażoną w procentach wartość danego kryterium (przy założeniu że suma wartości wszystkich kryteriów wynosi 100%). Dopuszczony w art. 36 ust. 1 pkt 13) ustawy Pzp wyjątek pozwalający, zamiast wagi kryterium, wskazać kryteria oceny ofert w kolejności od najważniejszego do najmniej ważnego, może być stosowany tylko jeżeli przypisanie wagi do danego kryterium nie jest możliwe z obiektywnych przyczyn, co w praktyce występuje raczej rzadko.

Określenie znaczenia kryterium jakości należy do zamawiającego. Decyzja zamawiającego w tym zakresie musi mieć jednak uzasadnienie w obiektywnych potrzebach zamawiającego. Dopuszczalne jest nawet (choć rzadko praktykowane) przyznanie kryterium jakości znaczenia dominującego, tj. wynoszącego ponad 50%, o ile zamawiający potrafi je uzasadnić swoimi obiektywnymi potrzebami.<sup>5</sup>

Reasumując, wprawdzie orzecznictwo Krajowej Izby Odwoławczej akcentuje pewne wymagania warunkujące prawidłowe zastosowanie kryterium

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

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

Obecnie kryterium jakości znajduje w zamówieniach publicznych znacznie częstsze zastosowanie niż przed kilku laty. Jest to przede wszystkim skutek wynikający z art. 91 ust. 2a ustawy Pzp obowiązku stosowania kryteriów pozacenowych<sup>6</sup>, ale w jakimś stopniu zapewne również atrakcyjności kryterium jakości oraz wzrostu świadomości zamawiających co do zasad prawidłowego stosowania tego kryterium. ■

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

2 Por. wyroki Krajowej Izby Odwoławczej z dnia 13 września 2013 r. KIO 2078/13, z dnia 4 lipca 2014 r. KIO 1211/14; KIO 1221/14; KIO 1222/14 oraz z dnia 18 października 2017 r. KIO 2045/17

3 Por. wyroki Krajowej Izby Odwoławczej z dnia 6 stycznia 2010 r. KIO/UZP

1804/09, z dnia 16 czerwca 2014 r. KIO 1150/14, z dnia 22 września 2014 r. KIO 1825/14, z dnia 15 lutego 2016 r. KIO 141/16 oraz z dnia 23 marca 2016 r. KIO 294/16

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

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

6 Por. „Raport dotyczący kryteriów oceny ofert – wpływ zmian wprowadzonych nowelizacjami ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 29 sierpnia 2014 r. i z dnia 22 czerwca 2016 r. na stosowanie pozacenowych kryteriów ofert w postępowaniach o zamówienie publiczne”, Urząd Zamówień Publicznych, Warszawa 2017, dostępny na stronie [www.uzp.gov.pl](http://www.uzp.gov.pl)



# Nie walcz!

## Zrozum i podejmij współpracę!

IWONA PRZYBYŁO

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

*Trudne zachowania, jakie pojawiają się w opiece nad osobami cierpiącymi na demencję zawsze powinny być dla nas wskazówką, że „coś” złego dzieje się z podopiecznym. Pamiętajmy, nigdy nie ignorujemy takich zachowań, które zazwyczaj przez zespół sprawujący opiekę nad takim podopiecznym są określane jako trudne, a czasem nawet nie do zniesienia.*







**P**omyślmy, spoglądając na nas samych, jak się zachowujemy w sytuacji, gdy chcemy zaspokoić własne potrzeby.

Zdrowa osoba, potrzebuje zabezpieczyć swoje potrzeby, potrzebuje komfortu, nie znosi bólu, głodu, smutku, frustracji czy nudy. Chce posiadać komfort psychiczny i fizyczny. Gdy czuje się niekomfortowo w zimnym pokoju – zakłada sweter, zwiększa moc ogrzewania, przykrywa się pledem. Gdy jest z kolei za gorąco, otwiera okno, włącza klimatyzację czy zdejmuje zbyt ciepłą odzież. Gdy boli ją ząb czy głowa to zażywa tabletkę przeciwbólową, a gdy woda pod prysznicem jest za zimna odpowiednio ją reguluje, tak by była przyjemna. Poszukuje zatem komfortu – to naturalne, prawda?

Przyczyn dyskomfortu jest wiele. Może być nią również zbyt głośne, przeludnione pomieszczenie. Nieodpowiedni zapach potrawy, która właśnie została podana do spożycia, a nawet zapach perfum czy wody po goleniu.

Jako zdrowe osoby potrafimy ocenić przyczynę naszego dyskomfortu i odpowiednio zadziałać, by zlikwidować go lub zminimalizować. Dla osób cierpiących na demencję jest to dużo trudniejsze. Dlaczego? Otóż, istnieje poważny deficyt w zakresie lokalizacji dyskomfortu oraz identyfikacji jego przyczyny. Co za tym idzie? Chorzy nie potrafią

*By poradzić sobie z sytuacjami, które z perspektywy zespołu sprawującego opiekę są najtrudniejsze, musimy przede wszystkim dokładnie poznać naszego podopiecznego. Podstawą jest zbudowanie odpowiedniej, partnerskiej relacji opiekuńczej. Bez tej relacji jesteśmy w stanie działać tylko doraźnie i bez zaangażowania.*

wskazać miejsca, które boli. Mimo bólu, uszkodzony mózg nie jest w stanie rozpoznać źródła tego odczucia i odpowiednio sobie z nim poradzić. Opiekując się osobą żyjącą z demencją musimy więc pamiętać, że w szczególności to my musimy zadbać o jej komfort. Jest to możliwe tylko wówczas, gdy zrozumiemy i podejmiemy współpracę.

To trudne, nie dziwią zatem pojawiające się nierzadko głosy zwątpienia w zespole sprawującym opiekę nad mieszkańcami, którzy cierpią z powodu demencji: „ona już nic nie rozumie, mruczy coś tylko pod nosem”, „to na nic, i tak się nie zmieni – ona jest szczególnie złośliwa”.

W takich momentach musimy jednak sobie uświadomić, że osoby cierpiące

dają z siebie tyle, na ile pozwala im choroba.

By poradzić sobie z sytuacjami, które z perspektywy zespołu sprawującego opiekę są najtrudniejsze, musimy przede wszystkim dokładnie poznać naszego podopiecznego. Podstawą jest zbudowanie odpowiedniej, partnerskiej relacji opiekuńczej. Bez tej relacji jesteśmy w stanie działać tylko doraźnie i bez zaangażowania. To natomiast w konsekwencji prowadzi do frustracji i wypalenia, gdyż nie możemy ostatecznie spełniać się w naszej roli zawodowej.

Poniżej przedstawiamy te sytuacje opiekuńcze, które często stają się niejako „generatorami” trudnych zachowań podopiecznych cierpiących z powodu demencji. Przyjrzyjmy się nim dokładnie.



*Obserwujemy podopiecznego, wypatrujemy pierwszych oznak niepokoju. To może być nadmierne pobudzenie w formie przebierania nogami, stukanie w stół, przekładnia przedmiotów. Zminimalizujemy wówczas liczbę bodźców, damy mu usłyszeć, zobaczyć czy poczuć to, na czym w danej chwili szczególnie nam zależy. Wzmacniamy komunikaty pozawerbalnie. Przede wszystkim wyprzedzamy skutki i szukamy przyczyny zachowań, które są niepokojące. Nie walczymy z podopiecznym, starajmy się zrozumieć jego zachowanie i współpracować z nim.*

Przy każdej z nich staraliśmy się pokazać możliwe przyczyny oraz propozycje działań, które mogą pomóc w rozwiązaniu problemu.

### **Agresja u podopiecznego/mieszkańca**

Za agresją, która pojawia się u osoby cierpiącej z powodu demencji zazwyczaj „coś” się kryje. Jest ona konsekwencją lęku, który nie został zminimalizowany, eskalował i doprowadził do wybuchu gniewu. Zachowanie agresywne wynika z braku możliwości zaspokojenia potrzeby podopiecznego – pamiętajmy o tym!

Często odczuwany dyskomfort to reakcja na zbyt dużą ilość bodźców, które docierają do podopiecznego. Staje się wówczas zdenerwowany, rozdrażniony i pobudzony, bo jednocześnie słyszy radio, telewizor, głosy ludzi oraz pisk odjeżdżającego auta. Jak reaguje? Podnosi szklankę, którą rzuca i wychodzi z pomieszczenia. A jak my, z naszej perspektywy oceniamy tę sytuację? Prawdopodobnie jako złośliwość ze strony podopiecznego.

Co możemy zatem zrobić? Obserwujemy podopiecznego, wypatrujemy pierwszych oznak niepokoju. To może być nadmierne pobudzenie w formie przebierania nogami, stukanie w stół, przekładnia przedmiotów. Zminimalizujemy wówczas liczbę bodźców, damy mu usłyszeć, zobaczyć czy poczuć to, na czym w danej chwili szczególnie nam zależy. Wzmacniamy komunikaty pozawerbalnie. Przede wszystkim wyprzedzamy skutki i szukamy przyczyny zachowań, które są niepokojące. Nie walczymy z podopiecznym, starajmy się zrozumieć jego zachowanie i współpracować z nim.

### **Niechęć do picia i jedzenia**

Gdy myślimy o czynnościach jakimi są picie czy jedzenie to czy zastanawiamy się nad tym, czego potrzebujemy, by samodzielnie spożyć posiłek? Zapewne nie i nic w tym nienormalnego. To czynności, nad którymi rzadko przychodzi nam się zastanawiać, ponieważ wykonujemy je niemal automatycznie, nie rozmyślając o ich skomplikowanym charakterze. Jeśli jednak poświęcimy chwilę czasu, by się nad nimi zastanowić to widzimy szereg czynności, którym musimy poddać,

by czynności te doprowadzić do końca. Spoglądając zatem na osobę z demencją, która ma problem z jedzeniem czy picciem musimy pamiętać, że na czynności te składa się wiele mniejszych, których nieumiejętność wykonania zależy przede wszystkim od sprawności funkcji poznawczych, takich jak pamięć, myślenie czy motoryka.

Skąd zatem biorą się problemy? Z którymi mniejszymi czynnościami może mieć problem nasz podopieczny?

- ▶ Może mieć problem ze skupieniem uwagi na jedzeniu (zbyt duża ilość bodźców).
- ▶ Może stawiać opór z powodu niezaspokojonej potrzeby sprawczości („mogę sam”) – zwłaszcza, gdy chcemy tę czynność wykonywać za nią, a nie z nią.
- ▶ Może nie czuć głodu ani pragnienia – przez uszkodzenia w obrębie ośrodka głodu, który znajduje się w mózgu.
- ▶ Może mieć problem z oceną przygotowanych kawałków jedzenia. Podopieczny bierze np. kawałek kanapki i go ogląda – jego mózg ma problem z oceną, czy kanapka jest jadalna.
- ▶ Może mieć problem z przetworzeniem żywności. U chorych zmienia się mechanizm rozdrabniania żywności w jamie ustnej – zamiast miażdżyć jedzenie, żują je. Niestety konsekwencją tego może być przedostawanie się resztek jedzenia do dróg oddechowych. Jest to bardzo niebezpieczne, ponieważ może prowadzić do poważnych infekcji dróg oddechowych.
- ▶ Może mieć problem z rozpoznawaniem przedmiotów, które służą do spożywania posiłków (np. próba jedzenia zupy widelcem). Mamy również do czynienia z zawężeniem pola widzenia i osoba może po prostu nie widzieć talerza czy kubka, który stoi z boku.

Co zatem możesz zrobić, by pomóc swojemu podopiecznemu?

- ▶ Starajmy się ograniczyć ilość bodźców, która dociera do podopiecznego podczas spożywania posiłku. Czasem nawet zbyt „krzykliwy” obrus może być problemem i rozpraszać podopiecznego.
- ▶ Najważniejsze, o czym należy pamię-

*By poradzić sobie z sytuacjami, które z perspektywy zespołu sprawującego opiekę są najtrudniejsze, musimy przede wszystkim dokładnie poznać naszego podopiecznego. Podstawą jest zbudowanie odpowiedniej, partnerskiej relacji opiekuńczej. Bez tej relacji jesteśmy w stanie działać tylko doraźnie i bez zaangażowania.*

tać, to by nie wykonywać czynności za podopiecznego. Jeśli może coś zrobić sam, to pozwólmy mu na to. Możemy również wspierać, np. chwycić dłoń podopiecznego i pomóc mu ją poprowadzić do ust. To o wiele bardziej wskazane niż wykonywanie tej czynności całkiem za niego.

- ▶ Jeśli obserwujemy brak apetytu u podopiecznego, zadbajmy o sposób podania posiłku. Najważniejsza jednak jest w tej sytuacji rutyna, czyli powtarzalność działania. Pomaga wypracować nawyk u chorego. Na początku efekty mogą być niezauważalne, jednak z upływem czasu dbanie i pilnowanie konkretnych pór posiłków, którym towarzyszą stałe rytuały przynosi wymierne efekty.
- ▶ W sytuacji, gdy obserwujemy u podopiecznego mechanizm żucia pożywienia, należy koniecznie zmienić sposób przygotowania posiłku. Najtrudniejsze do rozdrobnienia są mięso i surowe warzywa. Mięso najlepiej ugotować, a następnie zmielić i uformować sznycle, a następnie ponownie usmażyć lub poddusić i podać w apetyczny sposób. Ważne, by podopieczny nie miał na talerzu posiłku w formie papki, która w żaden sposób nie zachęca do spożycia.
- ▶ W sytuacji, gdy chory zaczyna mieć problem z posługiwaniem się sztućcami, często odruchowo podejmujemy decyzję o karmieniu go. W ten sposób zabieramy podopiecznemu to, co jeszcze może zrobić samodzielnie. Lepiej ograniczyć ilość sztućców jednocześnie pozwalając choremu na samodzielne spożycie posiłku chociażby samą łyżką. Ważne jest również to, by zastawa nie była

czarnego koloru. Czarny talerz na jasnym obrusie może być postrzegany przez podopiecznego jako czarna dziura. To wynika z zaburzeń postrzegania rzeczywistości przez podopiecznego.

Pamiętajmy, by talerze czy inne naczynia były w zasięgu wzroku podopiecznego, jego pole widzenia wraz z postępem choroby zawęża się.

## Problemy z zachowaniem higieny

Przy rozwiązaniu tego problemu na pierwszym miejscu musimy wziąć pod uwagę dotychczasowe nawyki i preferencje podopiecznego. Niejednokrotnie warunki mogą nam to utrudniać, starajmy się jednak zawsze znaleźć kompromis.

O czym zatem należy pamiętać? Tu pomocna może stać się rodzina chorego czy informacje zebrane podczas wywiadu.

Zwróćmy uwagę na to:

- ▶ W jaki sposób i gdzie mył się podopieczny (kąpiel, prysznic, miednica)?
- ▶ Jakie praktyki higieniczne stosował (mydło, myjka, podmywanie, bidet etc.)?
- ▶ Jak często się mył (raz w tygodniu, dwa, codziennie)?
- ▶ Czy włosy mył na początku kąpieli, a może na końcu? Może w miednicy, a może zawsze pod prysznicem?
- ▶ Gdzie wykonywał czynności higieniczne (w łazience, a może w miednicy w kuchni, za zasłonką)?
- ▶ O jakiej porze wykonywał czynności?
- ▶ Jaką temperaturę preferował? Zarówno wody jak i otoczenia.



- ▶ W jakim stopniu dbał o intymność (może kąpiel odbywała się w halce, zawsze zamknięte drzwi)?

Z czego wynikają problemy z myciem u podopiecznych z demencją?

- ▶ Z braku poczucia, że należy dbać o higienę.
- ▶ Chory może nie pamiętać, że się nie mył.
- ▶ Podopieczny potrzebuje do tego prywatności.
- ▶ Chory może nie czuć, że potrzebuje pomocy.



Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care XXL dzięki dużej powierzchni pozwalają w wygodny i łatwy sposób odświeżyć skórę bez użycia wody, np. kiedy chory nie chce skorzystać z kąpeli pod prysznicem.

- ▶ Podopieczny boi się upadku, wody, samej czynności, zimna.
- ▶ Chory może nie rozumie tego, co się dzieje.

Dodatkowe wskazówki:

- ▶ W łazience musi być ciepło i jasno.
- ▶ Zadbajmy o porządek i zasadę kontrastu – jeśli płytki są jasne, to ręcznik powinien być w ciemniejszym kolorze – aby senior mógł go zobaczyć.
- ▶ Ciemne chodniczki/maty pod prysznicem są złym pomysłem – dla seniora mogą wyglądać, jak czarna dziura, do której można wpaść.
- ▶ Kafle na wysokim połysku dają różne refleksy – mogą niepokoić seniora, może mu się wydawać, że na podłodze jest woda.
- ▶ Jeśli podopieczny protestuje – zostawmy go w halce albo okryjmy ręcznikiem. Nic się nie stanie, jeśli tkanina się zmoczy, a jego prywatność zostanie uszanowana.
- ▶ Zasłońmy lustro – senior może nie rozpoznać swojego odbicia i wystraszyć się obecności obcej osoby w łazience

- ▶ Jeśli chory jest w stanie samodzielnie wykonywać niektóre czynności, by mu to ułatwić – zostawmy na wierzchu tylko to, co potrzebne przy danej czynności.

## Problemy z noszeniem pieluchomajtek

Dbanie o higienę intymną u osób z demencją zazwyczaj przysparza nam problemów. Często w takich sytuacjach, gdzie pojawia się inkontynencja i musimy szczególnie zadbać o higienę napytkamy na opór podopiecznego do założenia pieluchomajtek lub innego produktu chłonnego. Przy rozwiązaniu tej sytuacji należy pamiętać, że kluczowa jest tu komunikacja z chorym – to, jakich argumentów użyjemy, by go przekonać ma znaczenie.

Na co zatem należy zwrócić uwagę?

- ▶ Czy dany produkt będzie dawał komfort podopiecznemu, czy będzie wygodny.
- ▶ Czy nie będzie krępował chorego wpływając na jego aktywność.
- ▶ Czy będzie dobrze wyglądał, dając poczucie zachowania higieny w dyskretny sposób.





Czasem pomocne jest pokazanie podopiecznemu jakie korzyści osiągnie dzięki stosowaniu produktów chłonnych – metoda wyboru świetnie się tu sprawdza. Często ją stosujemy w opiece nad chorymi z demencją. Pokaż podopiecznemu dwie opcje, opowiedz o nich w łatwy sposób. Następnie wzmacniaj jego wybór – „świetnie wybrałeś, zobaczysz teraz bez problemu będziemy mogli wychodzić na długie spacer.”

U osób, które są jeszcze aktywne fizycznie, ale pojawiła się u nich inkontynencja najlepiej sprawdzają się majtki chłonne. O konieczności ich noszenia trzeba poinformować chorego w pozytywny sposób i bazować na tym, co podopiecznemu pozostaje, a nie na tym, co utracił.

Zamiast powiedzieć – „wiesz, nie trzymasz moczu, zdarza Ci się oddać mocz prosto do bielizny musimy założyć pampersa” spróbujmy tak – „mam dla Ciebie inną, specjalną bieliznę, ona pozwoli Ci utrzymać higienę, teraz bez problemu możemy pójść na długi spacer.” Widzisz różnicę? Komunikacja ma kluczowe znaczenie. Staraj się nie używać słów, które kojarzą się z dziećmi, takich jak pampers czy pieluszka. One budzą sprzeciw i opór u osoby dorosłej, która nie chce być traktowana jak dziecko.

Oprócz odpowiedniej komunikacji należy zadbać o to, by do utrzymania higieny używać produktów, które ładnie pachną, które są łatwe w użyciu i dają podopiecznemu poczucie komfortu – specjalne chusteczki czy pianka do oczyszczania skóry bez użycia wody przeznaczone dla osób z nietrzymaniem moczu.

Ważna jest rutyna, to jak wykonujemy czynność ma znaczenie. Ważne, by czynność wykonywana była według znanego choremu schematu. Jeśli tylko możemy zaangażujmy naszego podopiecznego, a potem wzmocnijmy to zachowanie chwając go.

U chorych, u których proces otępienny jest zaawansowany, którzy są zależni od innych i często pozostają w łóżkach lub większość dnia spędzają w wózku inwalidzkim musimy szczególnie zadbać o higienę okolic intymnych. Zwłaszcza gdy pojawia się problem inkontynencji musimy pamiętać, że osoby te są szczególnie zagrożone

*Komunikacja ma kluczowe znaczenie. Staraj się nie używać słów, które kojarzą się z dziećmi, takich jak pampers czy pieluszka. One budzą sprzeciw i opór u osoby dorosłej, która nie chce być traktowana jak dziecko.*

wystąpieniem infekcji układu moczowego.

Wymuszona pozycja, zastój moczu w pęcherzu, narażenie na czynniki drażniące – mocz, kał, odwodnienie – niechęć do picia, to wszystko przyczynia się do występowania UTI – infekcji układu moczowego. Bardzo często przebiegają bezobjawowo lub objawy nie są swoiste dla infekcji. Widzimy, że podopieczny jest niespokojny, może wykazywać zachowania agresywne, może również być nadaktywny i bez powodu dreptać po mieszkaniu, a my nie podejrzewamy nawet, że za tym kryje się infekcja.

Dlatego tak ważna jest odpowiednia higiena, stosowanie produktów chłonnych, produktów ochronnych, by zabezpieczyć podopiecznego i uchronić go przed infekcją, która może okazać się bardzo groźna.

Jeśli podopieczny usiłuje ściągać wkład chłonny, zrywa go lub skubie dobrze sprawdza się odpowiednia bielizna zabezpieczająca w postaci body, które zapinane są na plecach i skutecznie zabezpieczają przed przymusowymi czynnościami. Jeśli takie czynności zaczynają pojawiać się nagle, to pamiętajmy o tym, by sprawdzić, czy nie mamy do czynienia z infekcją, a może z zaparciem. Chory będzie miał problem z wyrażeniem bólu, dyskomfortu czy ucisku bezpośrednio i wówczas będzie komunikował niezrealizowaną potrzebę w inny, niestandardowy sposób.

Ważne jest również to, by zapewnić podopiecznemu zajęcie, nawet chory z głębokim otępieniem ma potrzebę „robienia czegoś”. Należy skierować uwagę podopiecznego na konkretną czynność, dobrze sprawdzają się przedmioty szeleszczące, takie które można ugniatać czy przekładać. Reszta sukcesu zależy od tego jak

my sami podejrzemy do problemu i jak zaangażujemy się w jego rozwiązanie.

Najważniejsze by bazować na tym co podopiecznemu pozostało, nie na tym co utracił! ■



Majtki chłonne Seni Active zalecane przy średnim i ciężkim nietrzymaniu moczu. Przypominają zwykłą bieliznę, dzięki czemu nie wywołują u chorego natychmiastowej chęci pozbycia się produktu chłonnego. Do wyboru różne poziomy chłonności w rozmiarach od S do XL.



Wkładki urologiczne Seni Lady są 4 razy bardziej chłonne niż podpaski i stanowią doskonałe zabezpieczenie przy lekkim i średnim nietrzymaniu moczu. Hydrofobowe osłonki boczne chronią przed wyciekami, a zastosowany w nich superabsorbent zapobiega powstawaniu nieprzyjemnego zapachu. Do wyboru wiele poziomów chłonności.

# Żałoba dzieci

## po śmierci osoby bliskiej

MAŁGORZATA FOPKA-KOWALCZYK  
Wydział Nauk Pedagogicznych UMK, Toruń

*Śmierć w każdej sytuacji jest ogromnym zaskoczeniem i, niezależnie od wieku, sprawia ból i rodzi smutek. Jest to tym bardziej nasilone, gdy dotyczy dziecka, nawet jeśli dorosłym wydaje się, że „wiedziało” lub też (co częstsze) „jest za małe, żeby cokolwiek rozumieć”. Śmierć i sytuacja pogrzebu wzbudza także w dziecku cały wachlarz różnorodnych uczuć. Trzeba zaznaczyć, że reakcje i emocje związane ze śmiercią i żałobą odnoszą się nie tylko do sytuacji straty rodzica, ale określone reakcje mają miejsce także, gdy dziecko doświadcza śmierci osób dla niego ważnych.*

**F**akt doświadczenia określonych reakcji i emocji uzależniony jest od wielu czynników. W literaturze przedmiotu wymienia się m.in. określony etap rozwoju dziecka, predyspozycje osobowościowe, rozwój psychomotoryczny czy wcześniejsze doświadczenia życiowe. W przeważającej mierze znaczenie ma jednak także to, jak tę sytuację potraktują dorośli będący naturalnymi opiekunami dziecka oraz, jak poprowadzą rozmowę z dzieckiem na temat śmierci i żałoby (Stelcer, Block 2009, s. 78). Znaczenia nabiera także spostrzeganie śmierci i doświadczenie żałoby przez samych dorosłych znajdujących się w otoczeniu dziecka.

Poniższy tekst proponuje Czytelnikowi analizę reakcji i możliwych zachowań dziecka młodszego w sytuacji

śmierci osoby znaczącej oraz żałoby zwłaszcza w oparciu o doświadczenia autorki w pracy z osobami chorymi przewlekle i ich rodzinami.

### **Dzieci w sytuacji śmierci i w okresie żałoby**

Można się tylko domyślać, jakim obciążeniem dla dziecka staje się widok pogarszającej się sprawności osoby bliskiej i ważnej oraz śmierć tej osoby. Emotywność doświadczanej żałoby wpływa niewątpliwie na zachowanie się dziecka oraz na jego zachowanie się we wszystkich płaszczyznach funkcjonowania. Śmierć ukochanej dla dziecka osoby stanowi olbrzymią powolną stratę (Kreise 2005, s. 120), która często rozpoczyna się już w momencie trwania choroby przewlekłej. To sytuacja nie

tylko utraty bezpieczeństwa, ale też doznawany przez dziecko brak fizycznego kontaktu z osobą zmarłą, który to brak w wypadku niewiedzy budzi przeróżne reakcje i uczucia.

Najtrudniejszą sytuacją jest stan, kiedy dziecko nic nie wie o tym, że ktoś mu bardzo bliski jest poważnie chory i że umrze lub/i umarł. Trudna jest niewiedza, gdy dziecku nie wytłumaczy się, dlaczego ważnej dla dziecka osoby przy nim już nie ma. „Największy lęk u dziecka wywołuje bowiem to, co nieznanne i czego boją się nawet dorośli” (Encrevé – Lambert 2006, s. 13). Dzieci intuicyjnie wyczuwają ból i troskę dorosłych oraz smutek, który panuje w domu. Ukrywanie przeżywanych przez dorosłych i trudnych emocji wzmacnia tylko niepokój i lęk. Dziecko

nie rozumie bowiem, co się dzieje, jaka jest przyczyna tych wydarzeń i skąd się wzięły nowe reakcje dorosłych. Trzeba podkreślić jednak, że pozawerbalnie czuje, że coś jest nie tak i wie, że nie jesteśmy wobec niego uczciwi. W konsekwencji znacznie trudniej będzie nawiązać z nim potem rozmowę (Stelcer, Block 2009, s. 81; Krzywicka, Siwińska 2009, s. 23), gdy zabraknie nam odwagi powiedzieć szczerze, skąd i dlaczego jest w nas smutek, od razu lub w krótkim czasie po zdarzeniu. Rozmowa z małym dzieckiem na tak trudne tematy nie jest łatwa i często okupiona własnymi doświadczeniami dorosłych, ich lękami czy wychowaniem (Encrevé – Lambert 2006, s. 26-27). Lepiej powiedzieć o swoim smutku i bezradności niż udawać, że wszystko jest w porządku.

Innym przejawem doświadczanym przez dziecko po śmierci osoby bliskiej i w trakcie żałoby jest przekonanie dziecka, iż jest przyczyną określonej zmiany w domu. Mogą pojawiać się wtedy myśli w postaci: „bo byłem niegrzeczny”, „bo biłem siostrzyczkę”, „bo przyniosłem złą ocenę” – są one bardzo realne dla dziecka i dziecko naprawdę w nie wierzy. Wydaje się, że pomocne w takiej sytuacji byłoby spokojne wytłumaczenie, dlaczego osoby w domu są smutne czy też, dlaczego płaczą. To prawda, że widok płaczącego dorosłego może wzbudzić spory niepokój – wydaje się jednak, że tym bardziej trzeba porozmawiać z dzieckiem i wytłumaczyć powód smutku pokazując jednocześnie, że łyzy nie są ani dobre ani złe, ale że mogą przynieść oczekiwaną ulgę (Baum 2006, s. 17; Leist 2009, s. 39; Mundy 2003, s. 2). „Nietypowe” zachowanie dorosłego oprócz niepokoju rodzi może w dziecku przekonanie, że łyzy i słabość nie są złe. To ważna informacja dla dziecka: że płacz i smutek są reakcjami naturalnymi, wkomponowanymi w życie i naturę człowieka i nie stanowią o słabości człowieka, a wyłącznie są wyrazem więzi i miłości, która łączyła daną osobę ze zmarłym. Dzielnie się smutkiem z dzieckiem pozwoli dzieciom uwolnić się od poczucia winy i lęku, że to one są przyczyną zmartwień (Kubler-Ross 2007, s. 22). Czasem zdarza się bowiem, że dziecko ma wyrzuty sumienia po śmierci osoby dla niego ważnej. Dzieje się tak

szczególnie, kiedy w trakcie choroby zdarzyło się dziecku powiedzieć do chorego czy umierającego niemiłe słowa np. „chciałbym, żebyś już umarł”. Po śmierci u dziecka rodzi się traumatyczne przekonanie, że powodem śmierci chorego było wypowiedziane w złości życzenie dziecka (de Walden-Gałuszko 2000, s. 97; Dodziuk 2009, s. 177). Wytłumaczenie dziecku, że żadne jego słowa nie mogły stać się powodem śmierci znaczącej osoby daje ulgę i uspokojenie, że żadne słowa nie mają takiej mocy, aby wywołać śmierć.

Innymi reakcjami dziecka jest poczucie odrzucenia i osamotnienia, powiązane z narastającą niewiedzą i brakiem zrozumienia sytuacji. Żałoba i strata doświadczane przez dorosłych oraz ich indywidualny ból, staje się czasem powodem odczuwanego zagubienia i samotności dziecka. W takiej sytuacji teoria i praktyka pokazuje, iż zainteresowanie trzeciej osoby oraz opieka kogoś mniej zaangażowanego w stratę, byłaby bardzo odpowiednia. Kogoś, kto będzie z dzieckiem, być może wytłumaczy, co i dlaczego

dzieje się w domu. Może to być opiekunka lub ulubiona ciocia, którą dziecko dobrze zna i czuje się przy niej bezpiecznie na tyle, że będzie miało odwagę zapytać o to, co go niepokoi czy nurtuje.

Niektóre dzieci, nie mając świadomości, co i dlaczego dzieje się w domu, uciekają w świat fantazji wymyślając sobie nieistniejących opiekunów i przyjaciół. Innym zachowaniem w okresie żałoby mogą być odczuwane przez dzieci dolegliwości somatyczne. Typowe stają się wtedy skargi na ból brzuszka, gardła czy głowy, podczas, gdy badania lekarskie nie wykazują żadnych nieprawidłowości. Warto uświadomić sobie, że takie zachowania dzieci są niczym innym jak próbą zwrócenia na siebie uwagi i wołaniem o zaopiekowanie się dzieckiem bardziej niż zwykle. Spędzenie z nim trochę czasu, wspólna zabawa, okazanie czułości czy rozmowa sprawi, że najprawdopodobniej dziecko przestanie się uskarżać do bólu i dolegliwości płynące







*Niezmierną pomocą dla dziecka osieroconego w okresie żałoby jest zezwolenie dziecku na mówienie czy opowiadanie historyjek o zmarłym. Pomocne w zdrowym przechodzeniu żałoby mogą stać się zdjęcia osoby zmarłej, pozostawione pamiątki, jakieś ulubione drobnostki, być może nagrania video, które dziecko mogłoby oglądać jednocześnie wspominając i rozmawiając o zmarłym.*

z ciała staną się mniejsze lub znikną zupełnie.

Świat doświadczeń i przeżyć stanowi szeroki wachlarz reakcji. Dobrze jest pamiętać, że każde dziecko reaguje indywidualnie i na swój tylko sposób. Wyróżnione reakcje to tylko te podstawowe, najczęściej występujące wśród dzieci. Warto też pamiętać, iż symptomy żałoby u dzieci często dają swój wyraz dopiero po kilku tygodniach, a nawet miesiącach od śmierci. Zwykle na początku objawy albo nie występują albo występują w prawie niezauważalnej postaci. Świadomość, że ich

nagromadzenie i kumulacja następuje po dłuższym okresie, daje szansę na nie zlekceważenie objawów, gdy już wystąpią oraz zareagowanie we właściwy sposób, który pomoże dziecku.

### **Jak pomagać dziecku w sytuacji śmierci i w okresie żałoby**

Wcześniej zwrócono uwagę na zaproponowanie dziecku obecności osoby trzeciej, która mogłaby spędzić z dzieckiem czas pogrzebu oraz czas po pogrzebie. Jest to szczególnie ważne, kiedy dorośli bliscy dziecka są

zajęci własną rozpaczą, aby mieć siłę na smutek dziecka lub po prostu przygotowaniem do pogrzebu i organizowaniem życia po śmierci bliskiego. Taka osoba wydaje się potrzebna, bo nie tylko wytłumaczy dziecku sytuację pogrzebu i emocji w domu, ale też być może będzie miała siłę i odwagę rozmawiać z dzieckiem o tym, co ono czuje i o czym myśli. Trzeba pamiętać, że dziecko w takiej sytuacji „potrzebuje taktownej i delikatnej rozmowy, a zwłaszcza wysłuchania tego, co chce powiedzieć (...) Zawsze znajdzie się ktoś, kto dziecku odpowie, pocieszy, wyjaśni i wysłucha – dzięki temu dziecko będzie miało poczucie przynależności do rodziny” (Encrevé – Lambert 2006, s. 50-51).

Inną dyskutowaną w literaturze kwestią jest problem udziału dziecka w pogrzebie. Literatura przedmiotu podkreśla znaczenie udziału dziecka w uroczystościach zwracając uwagę na to, że dziecko tracące kogoś dla siebie ważnego powinno wziąć udział w pogrzebie (Leist 2009, s. 37). W praktyce wygląda to różnie i zwykle uzależnione jest od wielu czynników, takich jak na przykład wiek i stan emocjonalny dziecka, opinia opiekunów dziecka, chęć lub strach dziecka przed



pogrzebem. Zdarzyć się przecież może, że dziecko nie będzie chciało wziąć udziału w pogrzebie, mimo iż opiekunowie podjęli inną decyzję (Dodziuk 2009, s. 175; Krakowiak 2008, s. 134). Warto wtedy zapytać dziecko, dlaczego nie chce iść. Może w rozmowie się okazać, że tak naprawdę to sam pogrzeb budzi niepokój i lęk z powodu niewiedzy, z czym się wiąże i co będzie się na ceremonii działo. Często zdarza się, że wytłumaczenie dziecku, o co chodzi z tym pogrzebem zmniejsza lęk i powoduje zmianę decyzji. Nie należy jednak naciskać ani zmuszać dziecko. W zależności od decyzji należy z dzieckiem postępować inaczej. Jeśli dziecko faktycznie na pogrzebie nie będzie, dobrze jest pomóc dziecku urealnić stratę. Polega to np. na pójściu po pogrzebie z dzieckiem na cmentarz, aby pokazać dziecku, gdzie znajduje się grób zmarłego. Czasem dziecko chce zanieść zmarłemu zrobioną przez siebie laurkę lub ulubioną zabawkę. Jest to sytuacja, gdy dziecko w sposób fizyczny widzi grób, a zostawienie prezentu jest formą symbolicznego pożegnania. „Dzieci są konkretne i mają potrzebę wyrażania rozpaczy w sposób konkretny” (Kreise 2005, s. 124), stąd warto mu na takie zachowania pozwolić, a może nawet zachęcić do zrobienia jakiejś pamiątki. Jeśli natomiast idzie na pogrzeb, dobrze jest przygotować je wcześniej – opowiedzieć, jak będzie wyglądała uroczystość, omówić poszczególne etapy pogrzebu tak, aby nie czuło się zaskoczone czy przestraszone (Krakowiak 2008, s. 134). Także tutaj, w trakcie pogrzebu lub potem, w trakcie wizyt na cmentarzu, dzieci czasem chcą coś włożyć do trumny lub na grób zmarłego. Zwykle są to wykonane przez nich listy, obrazki, karteczki z wyrazami miłości, ulubione zabawki. I tutaj zgoda na takie czynności to umożliwienie pożegnania dziecka ze zmarłym na swój indywidualny, dziecięcy sposób (Kreise 2005, s. 124; Kübler-Ross 2007, s. 27).

Inne metody pomocy dziecku to ograniczanie zmian w życiu i otoczeniu dziecka. Wystarczy tej jednej wielkiej straty, aby dziecko musiało doświadczać kolejnych (Leist 2009, s. 32), takich jak przeprowadzki, zmiany szkoły lub przedszkola. Jeśli jest to możliwe, to dobrze jest jak najdłużej nic nie zmieniać i zapewniać dziecko, że dorośli

postarają się, aby w ich otoczeniu zmieniło się jak najmniej. Takie postępowanie dorosłych daje poczucie bezpieczeństwa i uspokaja dziecko. Trzeba być przygotowanym, że dziecko zada pytanie typu: „kto teraz będzie mnie zawoził do szkoły”, „kto będzie ze mną odrabiał lekcje”... Zapewnienie, że dorośli postarają się sprostać tym czynnościom i potrzebom dziecka jest stwierdzeniem, które powinno dziecko usłyszeć. Ważne jest jednak, aby dawana obietnica była zgodna z prawdą. Jeśli wiadomo, że nie można zrealizować zapewnień, to lepiej jest takich obietnic nie składać, a porozmawiać z dzieckiem, że dorośli będą się starali i zrobią wiele, aby tak się stało.

Kolejną sprawą jest powiadomienie otoczenia dziecka w szkole, przedszkolu: zarówno nauczycieli, jak i dzieci. Rozmowa z grupą przedszkolną/szkolną dziecka osieroconego, być może przeprowadzenie z klasą zajęć na temat śmierci i ewentualnych zachowań koleżanki, pozwoli reagować pozostałym dzieciom w odpowiedni sposób. Podobnie, rozmowa z nauczycielami i pedagogiem szkolnym da szansę na uniknięcie niezręcznych sytuacji, np. wysłanych zaproszeń na dzień matki do dziecka, któremu mama właśnie zmarła. Ale też pozwoli na okazywanie dziecku troski, uwrażliwi na nietypowe reakcje dziecka zwłaszcza, gdy drastycznie się one zmieniają lub stają się zaburzone.

Niezmierną pomocą dla dziecka osieroconego w okresie żałoby jest zezwolenie dziecku na mówienie czy opowiadanie historyjek o zmarłym. Pomocne w zdrowym przechodzeniu żałoby mogą stać się zdjęcia osoby zmarłej, pozostawione pamiątki, jakieś ulubione drobnostki, być może nagrania video, które dziecko mogłoby oglądać jednocześnie wspominając i rozmawiając o zmarłym. Czasem dobrze jest pojechać do miejsca ważnego dla dziecka ze względu na to, że spędzało tam wiele czasu ze zmarłym. Może być to forma pożegnania, rozmowy, pobycia w tym miejscu. Ważne, aby dziecko nie czuło, że musi się odciąć od przeszłości i ulubionych miejsc, ponieważ bliska mu osoba zmarła.

W jaki sposób jeszcze można dziecku pomóc wyrazić swoje przeżycia? W literaturze przedmiotu wskazuje się na kilka takich elementów (Dodziuk

2009, s. 177; Keirse 2004, 199-201; Krakowiak 2008, s. 136; Stelcer, Block 2009, s. 79; de Walden-Gałuszko 2004, s. 95):

- ▶ nieoceniona pomoc to książki, opowiadania, bajki, za pomocą których można przekazać dziecku trudne treści i móc potem o tym porozmawiać;
- ▶ metafory – kiedy sami tworzymy opowiadania, w których umieszczamy to, co chcielibyśmy dziecku przekazać – najlepiej używając w opowiadaniu świata zwierząt lub roślin;
- ▶ rysunki – stanowią dla nas informację, co dziecko czuje i myśli;
- ▶ obserwowanie zabawy dzieci oraz uczestniczenie w nich – dzieci przenoszą świat realny do świata zabawy, czasem bawią się w chorowanie i śmierć (Encrevé – Lambert (2006, s. 53). Dla dzieci to sposób odreagowania żalu, który w nich się nagromadził (de Walden-Gałuszko 2000, s. 97);
- ▶ wiersze, które małe dzieci mówią, a starsze piszą;
- ▶ rytuały, zachowania symboliczne – spotkanie wspomnieniowe;

Inną dyskusyjną kwestią jest to, w jaki sposób mówić, a jaki sposób nie mówić o śmierci z dzieckiem. W oparciu o dostępną literaturę przedmiotu oraz doświadczenie praktyków można zauważyć, że w rozmowie z młodszymi dziećmi zdecydowanie lepiej jest używać prostych i krótkich sformułowań, które w sposób oczywisty i konkretny opisują daną sytuację. Przykładem mogą być następujące stwierdzenia:

- ▶ „dziadek umarł”
- ▶ „tata zmarł i nie może teraz oddychać ani się poruszać”
- ▶ „jak ktoś umiera, to nie bije mu serca i taka osoba nie może się bawić”

Wśród stwierdzeń, których lepiej unikać są takie, które wywołują niepokój, wzbudzają szereg pytań i wątpliwości. Wśród niektórych można wspomnieć na przykład o takich, które mówimy najczęściej:

- ▶ „dziadek śpi” – dziecko będzie bało się zasypiać a także, w przypadku snu osób bliskich, będzie się obawiało, że się ta osoba nie obudzi;
- ▶ „Krysia poszła do nieba, bo była bardzo chora” – dziecko pomyśli

## O TYM TRZEBA ROZMAWIAĆ

że też umrze, jak tylko zachoruje  
► „Babcia wyjechała” – dziecko będzie się zastanawiać gdzie i na jak długo. I dlaczego się z nim nie pożegnała. Jeśli stan niewiedzy będzie się przedłużał, dziecko pomyśli, że pewnie było niegrzeczne, dlatego babcia nie wraca.

### Zakończenie

Przedstawiony materiał to tylko niewielki zakres wiedzy o doświadczanych emocjach i reakcjach dzieci

po śmierci kogoś kochanego i w trakcie żałoby. Wydaje się, że edukacja społeczna w tym zakresie da nam szansę na właściwe zatroskanie się o dzieci w tej sytuacji. A świadomość możliwych reakcji dziecka oraz ewentualnych emocji w okresie żałoby pomoże nie tylko dziecku doświadczającemu straty, ale także złagodzi ból dorosłym opiekunom dzieci świadomością, że osierocone dzieci nie zostaną bez zatroskania i pomocy. ■

### Bibliografia:

- Baum H., Czy babcia jest w niebie? Kielce 2006.
- Dodziuk A., O śmierci – z dziećmi jak z dorosłymi. [w:] J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak (red.), Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie, Gdańsk 2009.
- Encrevé – Lambert M-H., Czy dziadziuś poszedł do nieba? Kraków 2006.
- d’Hennzel C., W imieniu życia. Opowiedz mi o śmierci... Gdańsk 2003.
- Janowicz A., Kres życia i żałoba – trudne sytuacje w szkole. [w:] Binnebesel J., Janowicz A., Krakowiak P. (red.), Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym. Gdańsk 2009, ss.146-148.
- Keirse M., Smutek, strata, żałoba. Radom 2005.
- Keirse M., Smutek dziecka. Radom 2005.
- Krakowiak P., Strata, osierocenie, żałoba, Gdańsk 2008.
- Krzywińska K., Siwińska E., Znaczenie kształcenia pedagogów specjalnych w kontekście zadań w opiece nad przewlekłe i terminalnie chorymi. [w:] Binnebesel J., Janowicz A., Krakowiak P. (red.), Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym. Gdańsk 2009, ss. 20-26.
- Kübler-Ross E., Dzieci i śmierć, Poznań 2007.
- Stelcer B., Block B., Miłość i bezpieczeństwo wolne od bólu – refleksje na temat śmierci i żałoby dzieci w szkole. [w:] J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak (red.), Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie, Gdańsk 2009.
- Stelcer B., Block B., Śmierć i żałoba w szkole – implikacje praktyczne. [w:] Binnebesel J., Janowicz A., Krakowiak P. (red.), Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym. Gdańsk 2009, s. 149-159.
- Leist M., Dzieci poznają tajemnicę śmierci, Poznań 2009.
- Mundy M., Każdy czasem jest smutny. Dlaczego płacę gdy kogoś tracę? Poznań 2003.
- Walden-Gałuszko de K., Problemy psychologiczne rodzin. „Psychoonkologia”. Kraków, 2000.



# Wywiad z Panią Aldoną Reczek-Chachulską

## laureatką II polskiej edycji Queen Silvia Nursing Award

ALDONA RECZEK-CHACHULSKA  
Laureatka Nagrody Pielęgniarskiej Królowej Sylwii

**Redakcja:** *Pani Aldono, jest Pani laureatką II polskiej edycji konkursu Queen Silvia Nursing Award. Została Pani nagrodzona za projekt „Pudełko Niezapominajka”. Czy może Pani opowiedzieć nam o swoim zwycięskim pomysle?*

**Aldona Reczek:** – „Pudełko Niezapominajka” to pomysł na pomoc osobom cierpiącym na demencję, ich opiekunom oraz osobom, które z demencją spotykają się na co dzień w swojej pracy. Mój pomysł jest bardzo prosty: chciałabym, aby każdy pacjent przebywający w domu opieki, posiadał swoją Niezapominajkę, czyli pudełko, w którym zgromadzone byłyby przedmioty opowiadające historię życia danej osoby. To mogą być zdjęcia, listy, pamiątki z podróży, płyta z ulubioną muzyką lub jakieś pamiątki rodzinne. Zdrowi ludzie otaczają się wieloma przedmiotami, które są nieodłącznym elementem naszego życia. Wiele przedmiotów ma dla nas wartość sentymentalną. Niektóre mówią o naszych pasjach lub pracy. Tymczasem pacjenci domów opieki często nie mają ze sobą nic poza odzieżą i środkami higienicznymi. To smutne, ale też istotne







*Myślę, że rodziny i bliskie osoby pacjentów domów opieki w momencie podjęcia decyzji o przekazaniu bliskiej osoby do takiego miejsca, powinni zadbać o to żeby oprócz odzieży, środków higienicznych czy leków, przygotować również chociaż kilka przedmiotów o wartości sentymentalnej, które będą opowiadać personelowi medycznemu historię naszego pacjenta.*

z punktu widzenia osób, które opiekują się pacjentem cierpiącym na demencję.

**– Dlaczego Pani zdaniem tak jest?**

– Ponieważ w demencji bardzo ważne jest to, co wiemy o pacjencie. Musimy znać jego upodobania, jego pasje, jak również rzeczy, które mogą go np. zdenerwować lub wprowadzić

w zły nastrój. Musimy znać człowieka, którym był i którym wciąż jest. Problem polega na tym, że pacjent cierpiący na demencję, w późniejszych etapach choroby, nie jest w stanie opowiedzieć nam tego, kim jest. I tu pojawia się miejsce dla Niezapominajki. Przedmioty zgromadzone w pudełku mogą mówić za pacjenta. Możemy wykorzystywać je

w rozmowie, w terapii reminiscencyjnej, w momencie, gdy chorego odwiedza rodzina. Niezapominajka może opowiedzieć nam historię człowieka.

**– Mówi Pani o tym, że Niezapominajkę może wykorzystać rodzina. Oni przecież znają historię życia swoich bliskich i wiedzą co dana osoba lubi a czego nie.**

– To prawda, ale pracując jako opiekun medyczny zauważyłam, że rodziny odwiedzające swoich bliskich cierpiących na demencję często nie wiedzą jak się zachować, o czym rozmawiać i czy w ogóle rozmawiać. A Niezapominajka to taki pretekst do rozmowy. Można wyjąć z niej książkę czy list i poczytać bliskiej osobie. Można wspólnie pooglądać zdjęcia, włączyć ulubioną płytę. Chodzi głównie o to, żeby nie traktować osoby cierpiącej na demencję przedmiotowo. Starać się dostrzegać w każdej osobie jej historię i tą historię wykorzystywać dla dobra pacjenta.



– **Wspomniała Pani, że pracowała Pani jako opiekun medyczny. Obecnie studiuje Pani pielęgniarstwo. Kiedy zatem narodził się pomysł na Niezapominajkę?**

– Pracowałam przez rok jako opiekun medyczny w Wielkiej Brytanii i to tam narodził się pomysł Niezapominajki.

– **Skąd taki pomysł?**

– Nie ukrywam, że inspiracją do Niezapominajki była konkretna osoba – jedna z moich pacjentek. Była to kobieta w zaawansowanym stadium demencji. Od wielu miesięcy nie można było nawiązać z nią kontaktu. Nie mówiła, nie uśmiechała się, całymi dniami patrzyła przez okno i nie było mowy o tym żeby zareagowała na wielokrotne próby nawiązania z nią kontaktu. Aż do dnia, kiedy bliska jej osoba przychodząc w odwiedziny, przyniosła płytę z muzyką. Nam, opiekunom, wspomniała, że Rose kiedyś wręcz uwielbiała piosenki, które znajdowały się na płycie. Nie zastanawiając się i szczerze mówiąc, nie licząc na zbyt wiele, włączyłyśmy wraz z koleżanką przyniesioną przez przyjaciółkę naszej pacjentki muzykę. Jakieś było nasze zdziwienie, gdy po kilku nutach nasza nieobecna do tej pory podopieczna, uśmiechnęła się. Po chwili był to już nie tylko uśmiech, ale prawdziwy śmiech. Starsza Pani naprawdę cieszyła się klaszcząc w rytm muzyki. W tym momencie nie była pacjentem domu opieki, nie była osobą chorą na demencję. Była sobą.

– **To rzeczywiście piękna historia.**

– To był bardzo wzruszający moment. Osoby, które pracują w domach opieki i na co dzień widzą pacjentów takich jak Rose, na pewno doskonale rozumieją moje odczucia w tym momencie. Ja ten dzień pamiętam bardzo dokładnie, bo to właśnie wtedy pomyślałam sobie, że to naprawdę wielka szkoda, że tak mało wiemy o naszych pacjentach, że o wiele łatwiej byłoby nam do nich dotrzeć, gdybyśmy tylko więcej o nich wiedzieli. Wtedy właśnie przyszedł mi do głowy pomysł na Niezapominajkę.

– **Wspomniała Pani o tym, że do Niezapominajki powinny trafić rzeczy**

**takie jak zdjęcia, płyty czy książki. Kto powinien przygotować takie pudełko?**

– Myślę, że rodziny i bliskie osoby pacjentów domów opieki w momencie podjęcia decyzji o przekazaniu bliskiej osoby do takiego miejsca, powinni zadbać o to żeby oprócz odzieży, środków higienicznych czy leków, przygotować również chociaż kilka przedmiotów o wartości sentymentalnej, które będą opowiadać personelowi medycznemu historię naszego pacjenta.

– **Uważa Pani, że personel medyczny lekceważy tę część opieki nad pacjentami? Jego historię, upodobania?**

– Myślę, że niestety ale tak. W pracy pielęgniarki czy opiekuna skupiamy się na wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych. Ważna jest higiena, leki, zjedzenie posiłku. Często pielęgniarkom brakuje czasu na przyjrzenie się bliżej swojemu pacjentowi. To przykre ale brakuje również chęci i wydaje mi się, że osoby cierpiące na demencję często traktowane są przedmiotowo, bez szacunku.

– **A w Pani miejscu pracy było inaczej?**

– Nie chcę idealizować systemu opieki w Wielkiej Brytanii, bo biorąc pod uwagę choćby względy finansowe, nie możemy w ogóle mówić o porównaniu sytuacji w Polsce z tą w Anglii, ale z moich prywatnych doświadczeń związanych z opieką nad osobami z demencją, mogę powiedzieć tylko tyle, że rzeczywiście szacunek do pacjentów, skupienie na danej osobie i poszukiwanie drogi do zapewnienia jak najlepszej opieki są w Wielkiej Brytanii na bardzo wysokim poziomie.

– **Może Pani podać jakiś przykład?**

– Pamiętam, że uczono nas żeby zawsze szanować osobę cierpiącą na demencję i pozwalać jej dokonywać wyborów w życiu codziennym, nie odbierać jej wolności, więc jeśli mieliśmy pacjentkę, o której wiedzieliśmy, że całe życie lubiła pięknie się ubierać, że lubiła być elegancka, to zawsze pozwalaliśmy jej dokonać wyboru tego, co chce danego dnia założyć. Nie odbieraliśmy jej tej radości. Ta Pani codziennie miała na sobie piękną sukienkę, biżuterię i delikatny makijaż – nas kosztowało to 5

minut więcej przy porannej toalecie, ale jej radość była bezcenna.

– **Mówi Pani, że uczono Was opiekunów – czy to znaczy, że chodziła Pani do szkoły w Wielkiej Brytanii?**

– Nie, to pracodawca dbał o to, żeby opiekunowie i pielęgniarki byli regularnie szkoleni. Cyklicznie w miejscu pracy odbywały się wewnętrzne szkolenia z zakresu demencji, żywienia osób starszych, prewencji upadków a nawet samoobrony.

– **Uważa Pani, że takie szkolenia byłyby potrzebne w Polsce?**

– Jak najbardziej, zwłaszcza w zakresie demencji.

– **Dlaczego akurat w tym temacie?**

– Ponieważ mam wrażenie, że demencja jest chorobą, która nie zawsze jest dobrze przez personel medyczny rozumiana. Uważam, że kluczem do dobrej jakości opieki nad pacjentem z demencją jest wiedza na temat choroby, ponieważ to z nią przychodzi zrozumienie i empatia.

– **Myśli Pani, że pielęgniarkom i opiekunom w Polsce brakuje empatii?**

– Nie chciałabym generalizować. W Polsce spotykam również pielęgniarki, które mają właściwe podejście do demencji, ale ogólnie rzecz ujmując, brak empatii na pewno jest sporym problemem. Nie tylko w Polsce, za granicą również. Jednak zauważyłam, że osoby, które pogłębiają swoją wiedzę i dzielą się swoimi doświadczeniami związanymi z demencją, mają dużo lepsze podejście do pacjentów, ich rodzin i samej choroby.

– **Wracając do Niezapominajki. Myśli Pani, że pani projekt może pomóc również personelowi medycznemu?**

– Myślę, że tak. Nie tylko łatwiej nam jest dotrzeć do pacjenta cierpiącego na demencję, jeśli sporo o nim wiemy, ale również możemy traktować Niezapominajkę jako pewien symbol, coś co na co dzień będzie nam przypominało, że mamy do czynienia nie tylko z chorobą ale przede wszystkim z człowiekiem. Uważam, że taki symbol pomaga podtrzymywać w nas empatię i poczucie, że każda osoba jest inna – nawet jeśli ta osoba swojej historii już nie pamięta. ■

# 21 Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej

*Największe wydarzenie dotyczące opieki długoterminowej w Europie odbędzie się w Toruniu w dniach 26-28 września 2018 roku. Ponad 1000 dyrektorów domów pomocy społecznej, zakładów opieki długoterminowej i profesjonalistów związanych z tą tematyką przybędzie do Torunia, aby wziąć udział w dyskusji, podzielić się doświadczeniem i nawiązać nowe kontakty. Zarejestrować można się poprzez formularz na stronie internetowej [tdod.pl](http://tdod.pl)*

Organizator: Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat



## 21. Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej

# Opieka długoterminowa. Czy jest jedna droga rozwoju?

26-28 września 2018 r.

CKK „Jordanki” Toruń

Rejestracja i więcej informacji na stronie: [tdod.pl](http://tdod.pl)

## 26 września 2018

17:00 UROCZYSTE OTWARCIE

## 27 września 2018

|                      |   |   |
|----------------------|---|---|
| <b>9:00 – 11:00</b>  | <b>SESJA I:</b><br><b>Indywidualne potrzeby a standaryzacja usług.</b><br><b>Dylematy współczesnej opieki długoterminowej</b> | <b>MODERATOR:</b><br>Dan Levitt (Kanada)                |
|                      | Nowe podejście do starzenia się: to nie tradycyjny dom opieki dla babci.  | Dan Levitt (Kanada)                                     |
|                      | Promowanie samodzielności z wykorzystaniem struktury Pozytywnego Ryzyka   | Jo Croft (Anglia)                                       |
|                      | Zabezpieczenie zróżnicowanych potrzeb opiekuńczych niesamodzielnych osób starszych – rozwiązania wdrażane w Szczecinie.       | Beata Bugajska (Polska)                                 |
| <b>11:30 – 13:30</b> | <b>SESJA II:</b><br><b>Wizerunek instytucji opieki długoterminowej</b><br><b>– jak go świadomie budować?</b>                  | <b>MODERATOR:</b><br>Magdalena Jaworska-Nizioł (Polska) |
|                      | Ujarzmić czwartą władzę.  | Magdalena Jaworska-Nizioł (Polska)                      |
|                      | Wizerunek domów opieki. Mylące doświadczenie z najdroższego w Europie systemu opieki nad osobami starszymi.                   | Jeroen van den Oever (Holandia)                         |
|                      | Relacyjna koncepcja marketingu w opiece długoterminowej   | Paweł Dobski (Polska)                                   |
| <b>14:00 – 16:20</b> | <b>SESJA III:</b><br><b>Z czym mierzy się świat?</b><br><b>Różne aspekty opieki nad osobą niesamodzielną</b>                  | <b>MODERATOR:</b><br>Daniela Soitu (Rumunia)            |
|                      | System Opieki Długoterminowej w Japonii   | Nobumasa Ohmori (Japonia)                               |
|                      | Czy możemy pozytywnie ukształtować życie osób starzejących się? Pragnienia, zasoby i życiowe lekcje.                          | Daniela Soitu (Rumunia)                                 |
|                      | Tworzenie różnicy pomiędzy nocą a dniem – kreowanie kultury regenerującego snu.   | Sarah Brown (USA)                                       |
|                      | Starzenie się społeczeństwa Ukrainy: wnioski i perspektywy.   | Czajkowska Wiera Władimirowna (Ukraina)                 |
| <b>16:50 – 18:00</b> | <b>SESJA IV:</b><br><b>Zarządzanie w opiece długoterminowej</b><br><b>w warunkach braku personelu</b>                         |   |
|                      | Kierowanie personelem: „Tak, aby najlepsi pozostali”  | Volker Rasche (Niemcy)                                  |
|                      | Rosnący problem braku wykwalifikowanej kadry pielęgniarско-opiekuńczej największym wyzwaniem w opiece długoterminowej         | Beata Leszczyńska (Polska)                              |

## 28 września 2018

09:00 – 12:00 WARSZTATY

Komunikacja z podopiecznym i rodziną  
– jak poruszać trudne zagadnienia

Leszek Guga (Polska)

09:30 – 13:00 SEMINARIUM

Czas na dobrą zmianę w opiece długoterminowej

Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”  
(Polska)





# seni®



- dyskretne i niewidoczne pod ubraniem
- jak zwykła bielizna
- łatwe do zakładania i zdejmowania
- nie krępują ruchów
- pozwalają skórze oddychać



## Seni Active

Majtki chłonne dla osób ze średnim i ciężkim nietrzymaniem moczu.

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



Seni Active - dostępne w wielu rozmiarach i chłonnościach.