

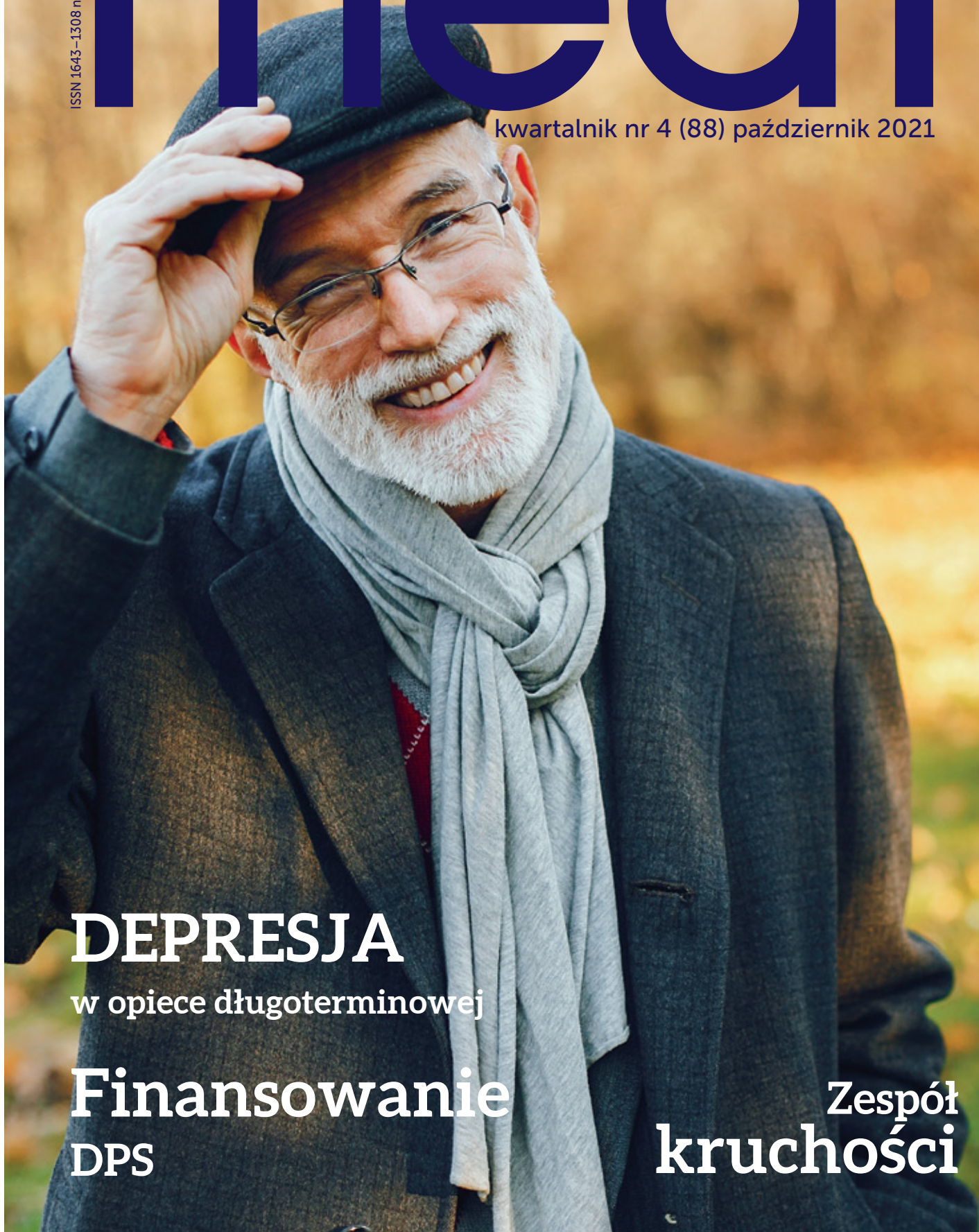
Forum Opieki Długoterminowej

ISSN 1643-1308 nakład 3000 egz.

medi



kwartalnik nr 4 (88) październik 2021



DEPRESJA

w opiece długoterminowej

**Finansowanie
DPS**

Zespół
kruchości

International
Conference

Long-Term Care

ZALOGUJ SIĘ NA STRONIE

www.mkod.pl

i obejrzyj

23 Międzynarodową Konferencję Opieki Długoterminowej



Na konferencję zarejestrowało się prawie **4 000** osób
z **42** krajów.

Zapraszamy do zapoznania się ze streszczeniami wykładów:

- Michał Górski, Depresja wieku podeszłego – ciągłe wyzwanie opieki długoterminowej -> str. 5
- prof. dr Katharina Oleksiw, prof. dr Wilfried Schlüter, Jak pogodzić zaangażowanie zawodowe ze zdrowiem psychicznym pracowników? -> str. 10

Forum Opieki Długoterminowej

medi

PAŹDZIERNIK // 2021

Szanowni Państwo!

W bieżącym Medi skupiamy się na największych wyzwaniach, przed jakimi stoi sektor opieki długoterminowej, nie tylko tych wywołanych pandemią, ale również dotyczących finansowania i funkcjonowania instytucji opieki długoterminowej.

Październikowy numer otwieramy trudnym, ale coraz bardziej powszechnym, tematem depresji wieku podeszłego. Szacuje się, że u około 40 % podopiecznych instytucji opieki długoterminowej po 60 r.ż. występuje depresja. Jakie są czynniki ryzyka i jak leczyć depresję? - o tym dowiedzą się Państwo z artykułu Michała Górskiego.

Jak pogodzić zaangażowanie zawodowe ze zdrowiem psychicznym pracowników? - na to pytanie odpowiedzą w swoim artykule prof. dr Katharina Oleksiw i prof. dr Wilfried Schlüter - prelegenci tegorocznej 23. Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej.

Finansowanie DPS oraz deinstytucjonalizacja - te dwa zagadnienia były także tematem Panelu dyskusyjnego dla dyrektorów DPS podczas 23. Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej, dlatego w bieżącym numerze zamieszczamy streszczenia oraz wnioski z debaty.

Nawyki - wszyscy wiemy, jak ważną rolę odgrywają w naszym codziennym funkcjonowaniu. Tym trudniejszy wydaje się być proces zmiany tych nawyków, zwłaszcza jeśli chodzi o przyzwyczajenia dotyczące higieny osobistej podopiecznych. Psycholog Leszek Guga podpowiada, co jest ważne w codziennych czynnościach pielęgnacyjnych.

Szanowni Państwo za nami 23. Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej, na stronie www.mkod.pl udostępniłmy nagrania ze wszystkich wykładów. Mamy ogromną nadzieję, że uda nam się spotkać osobiście na kolejnej Konferencji w Toruniu! Do zobaczenia!

Redakcja Medi

WYDAWCA:
Fundacja TZMO
Razem Zmieniamy Świat

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

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

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

SKŁAD GRAFICZNY:
Małgorzata Bógdat

FOTO:
materiały własne oraz Freepik

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

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

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

● **Wyzwania opieki długoterminowej**

- 5 Depresja wieku podeszłego – ciągłe wyzwanie opieki długoterminowej
Michał Górski
- 10 Jak pogodzić zaangażowanie zawodowe ze zdrowiem psychicznym pracowników?
prof. dr Katharina Oleksiw, prof. dr Wilfried Schlüter
- 12 Finansowanie DPS - wyzwaniem tylko w dobie pandemii?
Sylwia Kamińska-Tereszkiewicz, Katarzyna Michalewicz, Piotr Michalak, Janusz Krawiec, Aneta Szostak
- 16 O deinstytucjonalizacji – czyli: co, kto, z kim i dlaczego?
Joanna Jeleniewska i Grzegorz Baranowski

● **Prawo**

- 20 Nowe rozwiązania dotyczące pracowników socjalnych od 2021 r.
Michał Bochenek

● **Opieka**

- 26 Zespół kruchości – jak organizować opiekę?
Aleksander Biesiada
- 29 Czy potrzebujemy kryształowej kuli? Nawyki higieniczne i zmiana tych nawyków
Leszek Guga

● **Pielęgnacja**

- 34 Ochrona skóry dłoni opiekuna
Katarzyna Kaliszewska

● **Zajęcia terapeutyczne**

- 37 Aktywizacja osób samotnych i sieci wsparcia
Małgorzata Pękala



Depresja wieku podeszłego

– CIĄGŁE WYZWANIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

MICHAŁ GÓRSKI //

Psychogeriatra, terapeuta Montessori Senior, terapeuta środowiskowy, doktorant Szkoły Doktorskiej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) depresja jest najczęściej występującą chorobą psychiczną. Szacuje się, że jest drugą, zaraz po chorobie niedokrwiennej serca (ChNS), najczęściej rozpoznawaną chorobą na świecie. Choroba ta stanowi także istotny problem wśród osób starszych. Obok otępienia, jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym występującym u osób w wieku podeszłym. Szacuje się, że epidemiologia tej choroby w populacji ogólnej osób, które ukończyły 60 rok życia, waha się w granicach od 2 do 27%. Częstość jej

występowania wśród Pensjonariuszy zakładów opieki długoterminowej jest jednak znacznie wyższa i oscyluje w granicach 40%. Niepokojący jest także fakt dynamicznego wzrostu występowania objawów depresyjnych w grupie pacjentów przebywających w zakładach opieki długoterminowej w okresie izolacji spowodowanej pandemią COVID-19. Niektóre badania dowodzą, że w szczycie pandemii w Polsce aż u 80% Rezydentów występowały objawy depresji. Niestety mimo dużej epidemiologii, ponad połowa przypadków depresji pozostaje nierozpoznana, a spośród osób z rozpoznaną depresją jedynie połowa otrzymuje adekwatne leczenie.

Czynniki ryzyka

Wydaje się, że wśród czynników predysponujących do wystąpienia zaburzeń depresyjnych najważniejszym czynnikiem jest płeć kobieca. Badania dowodzą, że depresja występuje dwa razy częściej u kobiet niż u mężczyzn, niezależnie od grupy wiekowej. Do innych czynników ryzyka zalicza się: samotność, izolację społeczną, nagłą chorobę somatyczną z towarzyszącym silnym bólem, niepełnosprawność, depresję lub zaburzenia lękowe w wywiadzie, przyjmowanie niektórych leków (np. hipotensyjnych, przeciwparkinsonowskich, przeciwdrgawkowych, neuroleptyków, glikokortykosteroidów), choroby przewlekłe (np. cukrzyca, niedoczynność tarczycy, RZS, łuszczyca, AIDS), uzależnienie od substancji. Niezależnym czynnikiem rozwoju depresji są także czynniki psychologiczno-społeczne, do których zalicza się sytuacje obciążone dużym poczuciem stresu oraz negatywnymi emocjami, np. utratę bliskiej osoby, rozwód, niedawną żałobę, utratę pracy, osłabienie więzi społecznych, utratę pozycji społecznej, doświadczenie przemocy fizycznej lub psychicznej, gwałt, przeżycie katastrofy. Paradoksalnie, wystąpieniu depresji sprzyjają również sukcesy prywatne i zawodowe.

Kryteria diagnostyczne

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, wersja 10 (ICD-10), klasyfikuje depresję jako jeden z rodzajów zaburzeń nastroju (zaburzeń afektywnych). Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi rozpoznanie depresji jest możliwe, gdy u danej osoby występują co najmniej dwa objawy osiowe oraz co najmniej dwa objawy dodatkowe, a czas ich występowania wynosi minimum dwa tygodnie. Szczegółowy opis kryteriów diagnostycznych epizodu depresyjnego przedstawiono w tabeli 1.

W wyjątkowych sytuacjach, gdy nasilenie objawów jest szczególnie uciążliwe dla pacjenta, możliwe jest rozpoznanie depresji w czasie krótszym niż 14 dni od momentu ich wystąpienia. Oprócz kryteriów diagnostycznych duże znaczenie w rozpoznawaniu zaburzeń depresyjnych wśród pensjonariuszy zakładów opieki długoterminowej mają również testy przesiewowe. Zgodnie ze standardami polskimi, w ocenie ryzyka wystąpienia depresji wśród osób starszych stosuje się dwa testy – Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (PHQ-9) oraz Geriatryczną Skalę Oceny Depresji w wersji skróconej (GDS-15).

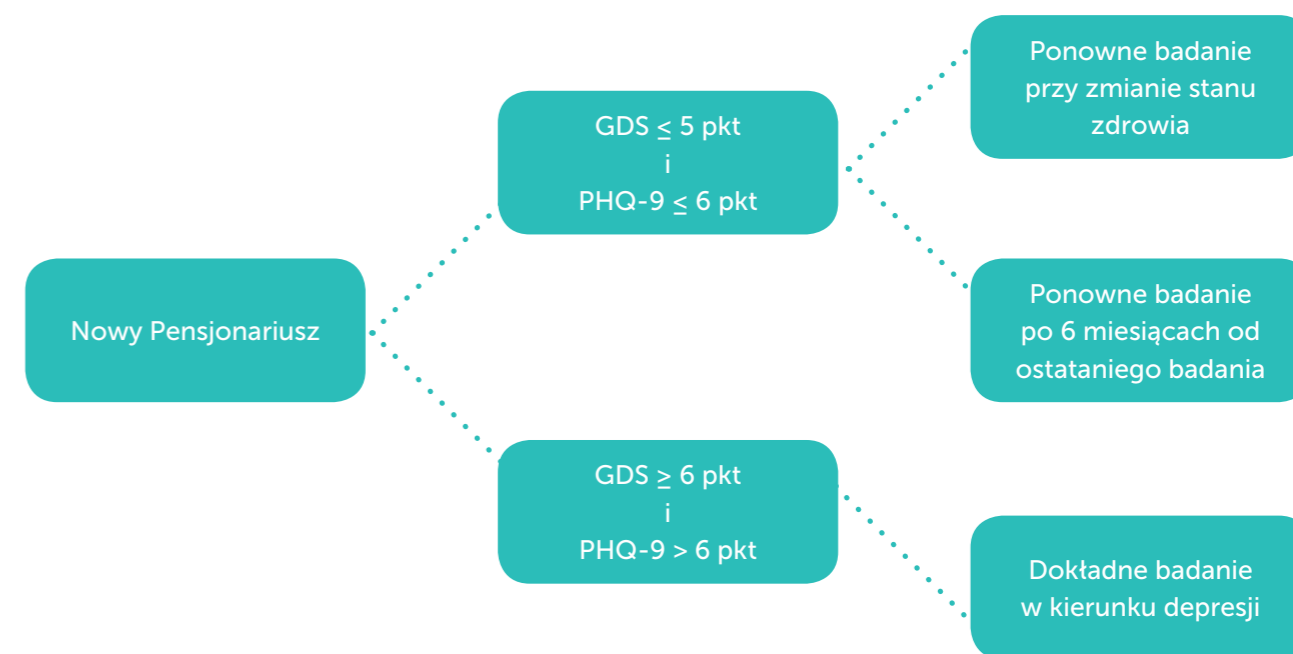
Tabela 1. Kryteria diagnostyczne epizodu depresji (opracowania własne na podstawie: [8,9]).

OBJAWY OSIOWE (PODSTAWOWE) Minimum 2 z 3 objawów	Objawy dodatkowe Co najmniej 2 lub więcej objawów
<ol style="list-style-type: none"> 1. obniżenie nastroju (nie podlegające wpływowi wydarzeń zewnętrznych; nastrój może być zmienny w ciągu doby) 2. utrata zainteresowań i zdolności do radowania się z czynności, które wcześniej sprawiały radość, utrata zdolności do odczuwania przyjemności (anhedonia) 3. zmniejszenie energii prowadzące do wzmożonej męczliwości i zmniejszenia aktywności (niechęć do opuszczania łóżka, niechęć do opuszczania pokoju) stosowanie leków zewnętrznych i doustnych 	<ol style="list-style-type: none"> 1. osłabienie koncentracji i uwagi (zaburzenia w obszarze funkcji poznawczych) 2. niska samoocena i mała wiara w siebie 3. poczucie winy i małej wartości (poczucie winy często związane z wydarzeniami, które wydarzyły się wiele lat temu) 4. pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości 5. nawracające myśli o śmierci i samobójstwie 6. zaburzenia snu (zwiększona senność w ciągu doby lub trudności w zasypianiu, wybudzenia nocne – zwykle między godziną 2 a 4 w nocy) 7. zaburzenia apetytu i przyjmowania posiłku (zwykle zmniejszony apetyt, czasami zwiększony apetyt).

Obie skale charakteryzują się wysoką czułością i swoistością, co sprawia, że są szeroko wykorzystywane przez specjalistów ochrony zdrowia psychicznego. GDS-15 jest skalą typowo dedykowaną pacjentom geriatrycznym. Ze względu na swoją krótką formę oraz łatwość odpowiedzi („tak” lub „nie”) może być stosowana zarówno u osób zdrowych, jak i chorujących przewlekłe, w tym z zaburzeniami neurologicznymi. Zgodnie z założeniami autorów, odpowiedzi na pytania powinny być udzielane przez samą osobę badaną, jednak dopuszcza się możliwość wypełnienia kwestionariusza z pomocą osoby drugiej. Nieco inaczej skonstruowano skalę PHQ-9. Test ten składa się z 9 pytań – każde pytanie posiada 4 możliwe odpowiedzi, do których przypisane są odpowiednie wartości punktowe. Skala

ta jest stosowana u wszystkich osób dorosłych, nie tylko u osób starszych. Ze względu na stopniowanie nasilenia objawów konieczna może być pomoc osób drugich w jej wypełnianiu. Testy mają ustalone punkty odcięcia, które są wartością graniczną między brakiem depresji, a stopniem jej nasilenia. Należy jednak pamiętać, że wynik badania przesiewowego nie jest diagnozą kliniczną, a punktem wyjścia do dokładnej oceny stanu psychicznego pacjentów. Uzyskanie wyższych wartości punktowych powinno być wskazaniem do konsultacji specjalistycznej i szczegółowej oceny stanu zdrowia pacjenta. Krótki algorytm postępowania w przypadku badania przesiewowego w opiece długoterminowej przedstawiono poniżej:

Rycina 1 Schemat stosowania testów przesiewowych w szybkiej ocenie depresji.



Podział i rodzaje depresji

Najpopularniejszy podział depresji związany jest z klasyfikacją jej podłoża. Piśmiennictwo dzieli depresję na:

1 endogenną – uwarunkowaną biologicznie (np. podłoże genetyczne, zaburzenia neurohormonalne, rozwój procesów zapalnych w obrębie układu limbicznego, zaburzenia neuroplastyczności neuronalnej, itd.), często utożsamiana z epizodem depresji, charakteryzuje się brakiem uchwytnej przyczyny zewnętrznej (np. stresujących okoliczności lub przeżyć - śmierć bliskiej osoby, rozwód,

utrata pracy, itd.) oraz zwykle wysokim nasileniem dolegliwości;

2 egzogenną (reaktywną) – związana z czynnikami psychospołecznymi lub poprzedzona stresującymi, przytłaczającymi wydarzeniami, np. utratą bliskiej osoby, niepowodzeniami żywymi lub problemami zdrowotnymi, ma uchwytą przyczynę. Praktyka kliniczna pokazuje, że ten typ depresji przebiega łagodniej, łatwiej poddaje się leczeniu i trwa krócej, niż depresja endogenna.

Biorąc pod uwagę podeszły wiek pacjenta, najczęściej występującymi rodzajami depresji są:

- 1 duża depresja** (epizod depresji) – spełnia wszystkie kryteria epizodu depresyjnego. W stosunkowo szybkim tempie prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta oraz nasilenia dolegliwości związanych z inną chorobą przewlekłą. Wymaga leczenia farmakologicznego;
- 2 mała depresja** (subdepresja) – rozpoznawanie na podstawie wystąpienia u danej osoby zespołu niepełnych objawów depresyjnych o mniejszym nasileniu. Badania prowadzone wśród osób starszych mieszkających w domu pokazują, że mała depresja występuje u nich trzy razy częściej niż duża depresja (granice te zacierają się w opiece długoterminowej, gdzie depresja duża występuje z podobną częstością lub nawet częściej niż subdepresja);
- 3 depresja przewlekła** (dystymia) – rozpoznawanie w przypadku utrzymywania się przez ponad dwa lata objawów depresyjnych, lecz o mniejszym nasileniu niż w przypadku epizodu depresyjnego. Najczęstsza postać depresji występująca wśród pensjonariuszy opieki długoterminowej. Szczególnie często występuje u pacjentów z chorobą Parkinsona oraz u chorych z postępującą, przewlekłą niepełnosprawnością. Wymaga leczenia farmakologicznego;
- 4 depresja organiczna** (organiczne zaburzenia nastroju) – u podłoża jej rozwoju leżą inne choroby, w wyniku których doszło do uszkodzenia mózgu. W tym typie zaburzeń zauważalny jest związek czasowy między dysfunkcjami strukturalnymi tkanki mózgowej, a wystąpieniem objawów depresyjnych (zaburzenia nastroju zawsze są reaktywne do innej choroby).

Leczenie depresji

Proces leczenia depresji osób starszych przebiega podobnie, jak w innych grupach wiekowych. Punktem wyjścia do rozpoczęcia leczenia jest wykonanie badań laboratoryjnych, których celem jest określenie stężenia wybranych parametrów w surowicy krwi (wit. B12, wit. D3, TSH, elektrolitów, profilu lipidowego, kreatyniny, prób wątrobowych, CRP, morfologii).

Jednym z ważniejszych elementów, które warunkują dalszy etap leczenia jest udzielanie wyczerpujących odpowiedzi na pytania oraz przekazywanie jasnych informacji. Badania pokazują, że pacjenci geriatryczni czują silny lęk przed diagnozowaniem choroby psychicznej, czują się stygmatyzowani oraz obawiają się stosowania niehumanitarnych sposobów leczenia, w tym przymusowego leczenia na oddziale psychiatrycznym, stosowania leków, które „zmieniają osobowość, usypiają i ograniczają samodzielność”. Praktyka kliniczna pokazuje, że przeprowadzenie edukacji w tym zakresie ułatwia podjęcie leczenia oraz zwiększa prawdopodobieństwo przestrzegania zaleceń lekarskich, psychologicznych i pielęgniarskich. Ważnym elementem jest także udzielenie odpowiedniego wsparcia rodzinie osoby chorej. Udowodniono, że aktywna i empatyczna postawa rodziny oraz najbliższego otoczenia jest czynnikiem korzystnym w procesie leczenia zaburzeń nastroju. Diagnoza oraz wprowadzenie odpowiedniego leczenia w warunkach opieki długoterminowej prowadzona jest przez różnych specjalistów, w tym przez geriatrów, neurologów czy internistów. Lekarze tych specjalizacji są odpowiednio przygotowani do rozpoznawania i leczenia zaburzeń nastroju, jednak w określonych przypadkach wskazana jest pilna konsultacja psychiatryczna. Do wskazań tych zalicza się:

- występowanie myśli i zamiarów samobójczych,

- podejrzenie zespołu Cotarda, depresji anankastycznej, depresji depersonalizacyjnej oraz depresji urojeniowej,
- nasilenie objawów depresyjnych oraz odmowa przyjmowania leków, posiłków i płynów,
- współwystępowanie depresji z zespołem kruchości i wyniszczeniem,
- współwystępowanie depresji z uzależnieniem od substancji (alkohol, leki, narkotyki),
- podejrzenie choroby afektywnej dwubiegunowej.

Wybór metod leczenia jest zależny od nasilenia objawów oraz ich uciążliwości.

W przypadku rozpoznania depresji łagodnej leczenie z wyboru powinno opierać się na wsparciu psychologicznym oraz psychoterapii. W publikacjach dotyczących psychoterapii wieku podeszłego najlepiej opisano terapię poznawczo-behawioralną, skoncentrowaną na rozwiązaniach oraz interpersonalną. Wielu badaczy wskazuje, że wśród pacjentów geriatrycznych nie zaleca się stosowania terapii opartej o psychoanalizę, ponieważ jej skuteczność jest niezadowalająca.

Celem nadrzędnym psychoterapii jest nawiązanie relacji terapeutycznej pełnej szacunku, empatii oraz zrozumienia. Stwarza to możliwość odreagowania i uporządkowania emocji (np. lęku, strachu, złości, żalu, poczucia winy, poczucia braku nadziei). Terapia prowadzona wśród osób starszych często dotyczy trudnych tematów, zazwyczaj skupionych wokół strat (utrata lub znaczne zubożenie ról społecznych, atrakcyjności fizycznej, sprawności, zdrowia, pozycji społecznej i zawodowej), pozwala na uzyskanie bardziej realnego spojrzenia na siebie, adaptację do zmian związanych z procesem starzenia się oraz aktywizację.

W depresji o nasileniu umiarkowanym lub głębokim leczeniem z wyboru jest farmakoterapia, natomiast psychoterapia zostaje włączona do procesu leczenia w kolejnym etapie. Za leki pierwszego

rzutu uznaje się inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI), preferowane substancje z tej grupy to sertralina, citalopram oraz escitalopram. Należy jednak pamiętać, że o doborze leku, na podstawie jego profilu bezpieczeństwa, skuteczności oraz charakterystyki działania, zawsze decyduje lekarz. Sugeruje się, aby wprowadzanie leku przeciwdepresyjnego było zgodne z ogólną zasadą przyjętą w geriatry – „start slow and go low”, co wiąże się z powolnym zwiększaniem dawki. U starszych pacjentów, często obciążonych zjawiskiem polipragmazji (stosowaniem wielu leków jednocześnie), preferuje się monoterapię depresji, zgodnie z zaleceniami polskimi oraz zagranicznymi, politerapia ograniczona jest do niezbędnego minimum.

W momencie osiągnięcia remisji objawów należy utrzymać leczenie tym samym lekiem i w tej samej dawce przez minimum rok (przy pierwszym epizodzie depresji), minimum dwa lata (przy drugim epizodzie depresji) lub minimum trzy lata (lub stale) przy trzecim lub kolejnym epizodzie depresji.

Podsumowanie

Ze względu na częste występowanie zaburzeń nastroju wśród pensjonariuszy zakładów opieki długoterminowej wskazane jest podjęcie działań w celu zapobiegania i odpowiedniego leczenia depresji. Problematyka ta powinna być szeroko dyskutowana w grupie pracowników różnych specjalności ze względu na jej rosnącą częstość występowania oraz trudność w diagnostyce i leczeniu. Koniecznym jest rozposzechnienie działań mających na celu podniesienie kwalifikacji personelu medycznego w zakresie rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych, co w pozytywny sposób wpłynie na jakość opieki nad osobami starszymi oraz poprawi komfort ich życia. ●

Literatura:

1. World Health Organization – depression (data dostępu: 13.09.2021 r.);
2. Grover S, Malhotra N. Depression in elderly: A review of Indian research. *J Geriatr Ment Health.* 2015; 2: 4–15.
3. Avasthi A, Grover S. Clinical Practice Guidelines for Management of Depression in Elderly. *Indian J Psychiatry.* 2018;60(3):341–362. doi:10.4103/0019-5545.224474.
4. Górski M, Garbicz J, Buczkowska M, et al. Depressive disorders among long-term care residents in the face of isolation due to COVID-19 pandemic. *Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST.* 2020; 202: 1–14.
5. Andreas S, Schulz H, Volkert J, Dehoust M, Sehner S, Suling A, et al. Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis-ICF65 study. *British Journal of Psychiatry.* 2017; 210(2), 125–131. doi:10.1192/bjp.bp.115.180463.
6. Cybulski M, Waszkiewicz N, Krajewska-Kutak E, Kędziara-Kornatowska K (red.). *Psychogeriatrya.* PZWL, Warszawa, 2017.
7. Cosh S, von Hanno T, Helmer C, Bertelsen G, Delcourt C, Schirmer H. The association amongst visual, hearing, and dual sensory loss with depression and anxiety over 6 years: the Tromsø Study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2018; 33:598–605. https://doi.org/10.1002/gps.4827.
8. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10 Rozdział V, Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99);
9. Gautam S, Jain A, Gautam M, Vahia VN, Grover S. Clinical practice guidelines for the management of depression. *Indian Journal of Psychiatry.* 2017; 59(1):34.

10. Beard C, Hsu K, Rifkin L, et al. Validation of the PHQ-9 in a psychiatric sample. *Journal of Affective Disorders.* 2016; 193: 267–273. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.075.
11. Manthorpe J, Iliffe S. Depresja wieku podeszłego. PZWL, Warszawa, 2010.
12. Kijanowska-Hatdyna B, Borzym A, Antosik-Wójcińska A, Kurkowska-Jastrzębska I. Rekomendacje postępowania w przypadku depresji u osób starszych, wraz z propozycją programu profilaktyki dla lekarzy POZ, lekarzy geriatrów i pielęgniarek oddziałów geriatrycznych. *Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,* 2016.
13. Grover S, Somaiya M. ECT in the Elderly: A Review. *J Geriatr Ment Health.* 2017 in Press.
14. Garekar H, Grover S. Electroconvulsive therapy in the elderly: Anaesthetic considerations and psychotropic interactions. *J Geriatr Ment Health.* 2017 in Press.
15. Glover J, Srinivasan S. Assessment and treatment of late-life depression. *JCOM.* 2017;24(3):135–144.
16. Rachel W, Turkot A. Psychotherapy in older adults with major depression in a psychogeriatric ward. *Psychoterapia.* 2014; 4: 77–87.
17. Szczepańska J, Kowalska A, Rychlik M, Dorabiata A, Greń G. Elementy psychoterapii w procesie usprawniania pacjentów geriatrycznego oddziału rehabilitacyjnego. *Psychogeriatrya Polska.* 2007;4(3):149–158.
18. Wittchen H, Strehle J, Gerschler A, Volkert J, Dehoust M, Sehner S, et al. Measuring symptoms and diagnosing mental disorders in the elderly community: the test-retest reliability of the CID65+. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2014; 24: 116–29.

Jak pogodzić zaangażowanie zawodowe ze zdrowiem psychicznym pracowników?

prof. dr KATHARINA OLEKSIW // prof. dr WILFRIED SCHLÜTER

Już od ponad roku pandemia koronawirusa stanowi duże wyzwanie zarówno zawodowe, jak i emocjonalne dla pracownic i pracowników służby zdrowia. Zdrowie psychiczne i fizyczne wielu z nich zostało poddane ciężkiej próbie. Dlatego też, zwłaszcza w obecnej sytuacji, należy szczegółowo zająć się kwestią odporności psychicznej pracowników. Wybór umiejętnego podejścia do pracownic i pracowników – oraz nas samych – nadal stanowi powracające wyzwanie dla kadry menedżerskiej.

W ostatnich miesiącach pandemia koronawirusa doprowadziła do znaczącego obciążenia psychicznego pracowników. Obawy przed skutkami zaszczepienia, utrudnione kontakty towarzyskie, ograniczenie możliwości i form spędzania wolnego czasu, wreszcie problemy ściśle

zawodowe (zachowanie wysokich standardów pracy w warunkach zwiększonego stresu, niedobory kadrowe, niewystarczające środki ochrony miejsca i higieny pracy, obciążenie psychiczne sytuacjami granicznymi jak cierpienie i śmierć podopiecznych). Spore obciążenie psychiczne stanowiły również często zmieniające się przepisy i zasady BHP lub niekiedy brak wprowadzo-

nych standardów czystości i higieny, bądź ich nieprzestrzeganie przez współpracowników, bliskich lub osoby spoza personelu. Dopuszczanie wyjątków wśród wprowadzonych ograniczeń odwiedzin wielokrotnie potęgowały niepewność i poczucie winy.

Codziennie wyzwania zawodowe w sektorze opieki zdrowotnej same w sobie są daleko bardziej wymagające i obciążające, nawet jeśli nie uwzględnimy negatywnych zmian będących skutkami pandemii, co potwierdzają liczne badania przeprowadzone w tym zakresie.

Co możemy zrobić?

Parafrazując wypowiedź konsultanta biznesowego Jürgena Fuchsa musimy zadać sobie pytanie, w jaki sposób praca może sprawiać nam przyjemność, a nie doprowadzać do wypalenia zawodowego. Odpowiedź na to pytanie rodzi kolejne pytania: Co jest dla mnie ważne? Co sprawia mi radość w pracy? Co mnie napędza? Przy których czynnościach szybciej płynie mi czas? Żyjemy w świecie nieustannej pracy, przesiadujemy na spotkaniach, gonią nas terminy. Rezultat? Nie poświęcamy ani chwili na marzenia, nie pielęgnujemy dobrych relacji społecznych. Musimy się zatrzymać, aby zestroić ze sobą wspólne nam wizje i indywidualne wartości, w przeciwnym razie wzajemne zrozumienie nie będzie możliwe. O czym marzą pracownicy? O szacunku wobec ich wysiłku zawodowego, bezpieczeństwie w miejscu pracy, rzetelnym podziale obowiązków. O swobodnej wymianie pomysłów i możliwości ich realizowania, równowadze w życiu zawodowym i prywatnym. Ze względu na trudne warunki pracy spotęgowane pandemią kadra menadżerska musi podjąć bardziej intensywne działania i wprowadzić odpowiednie praktyki, które wzmocniłyby ogólny dobrostan psychiczny pracowników.

Dzięki takim konkretnym działaniom możliwe jest pogodzenie zaangażowania zawodowego i zdrowia psychicznego pracowników. Wymaga to jednak działań dostosowanych do określonych warunków. Z tego też powodu tak istotna jest rozmowa z pracownikami o ich potrzebach. Można to zrobić podczas indywidualnego, bądź grupowego spotkania.

Celem kadr menadżerskich instytucji opieki długoterminowej powinno być wypracowanie spój-

nej wizji dotyczącej reguł rządzących miejscem pracy, które pracownicy będą mogli rzeczywiście realizować z przekonaniem o ich słuszności.

Możliwe rozwiązania

Co może zrobić kadra menadżerska w kwestii zdrowia psychicznego i zaangażowania zawodowego pracowników:

- Kwestionowanie własnych wymagań względem miejsca pracy. Ze względu na częsty brak odpowiednich warunków i środków (m.in. brak czasu, narzędzi etc.) nie da się zrealizować wszystkich potrzeb. Pracownicy dążą do perfekcji. Pytanie brzmi: Czy dążenie do perfekcji to przymus? Sądzimy, że nie. W tym kontekście warta zastosowania jest zasada Pareta. Jej autorem jest Wilfredo Pareto (1848 – 1923). Zasada Pareta jest również znana pod nazwą zasady 80/20 lub 80 na 20. Mówi o tym, że za 80% osiągniętych efektów odpowiedzialne jest 20% nakładu i wysiłku.
- Ważne jest, aby uprościć zasady i formy komunikacji. Przeanalizuj kulturę organizacyjną w zakresie komunikacji. Zastanów się, które spotkania są naprawdę konieczne do przeprowadzenia i kto powinien w nich uczestniczyć. Skróć czas spotkań i omawiaj tylko niezbędne kwestie. Przygotuj agendę spotkania z zakresem tematycznym, aby każdy mógł odpowiednio przygotować się do spotkania. Udzielaj pracownikom konkretnych i jasnych odpowiedzi. W wielu sytuacjach jest to bardziej efektywne niż zwlekanie z odpowiedzią.
- Biorąc pod uwagę kompetencje pracowników i zakresu ich obowiązków nie należy stawiać pytania, kto jest odpowiedzialny za daną kwestię, ale kto najlepiej nadaje się do jej wykonania.

Podsumowanie

Tylko dzięki wspólnemu zaangażowaniu możemy zapewnić godne warunki pracy i życia w naszych organizacjach. Jak mawiał Tom Peters (2003): „**Nic nie jest niewyobrażalne! Wyobraź to sobie!**” ●

Obejrzyj wykład na
www.mkod.pl



Finansowanie DPS

WYZWANIEM
TYLKO
W DOBIE
PANDEMII ?

**SYLWIA KAMIŃSKA-TERESZKIEWICZ, KATARZYNA MICHAŁEWICZ, PIOTR MICHAŁAK,
JANUSZ KRAWIEC, ANETA SZOSTAK** // Zarząd Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Dyrektorów
Samorządowych Domów Pomocy Społecznej

Działalność DPS prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego jest co do zasady finansowana z budżetów tychże jednostek. Jednakże z uwagi na wysoki koszt utrzymania pensjonariusza w DPS, ustawodawca wprowadził w ustawie o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 Nr 64, poz. 593 t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1876) przepisy szczególne, które mają za zadanie współfinansowanie pobytu przez pensjonariusza oraz ewentualnie jego rodzinę. Zgodnie z przywołaną ustawą o pomocy społecznej, obowiązani do wnoszenia opłaty za pobyt w DPS są w pierwszej kolejności mieszkańcy domu, w drugiej kolejności małżonek oraz zstępni przed wstępnymi, a w ostatniej kolejności gmina, z której osoba została skierowana do DPS. Ten stopniowany sposób określenia osoby odpowiedzialnej

do uiszczania opłaty za pobyt w DPS pozwala przynajmniej w części przenieść koszty utrzymania pensjonariuszy DPS z jednostki samorządu terytorialnego na obywateli. W obecnej sytuacji społeczno – gospodarczej coraz częściej zdarza się, że kandydaci do zamieszkania w DPS rezygnują, z powodu konieczności wnoszenia odpłatności, szczególnie jeśli dotyczy to rodzin. Również gminy niechętnie kierują osoby potrzebujące do instytucji OD, z uwagi na ponoszone koszty. Ponieważ pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca, który jest ustalony przez wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa w zależności od tego przez kogo prowadzony jest konkretny dom pomocy społecznej, zaczynają się pojawiać pomysły jego obniżania (ceny

dumpingowe). Zazwyczaj opłata wnoszona przez mieszkańca jest pobierana z emerytury bądź renty takiej osoby i może ona wynosić nie więcej niż 70% dochodu (ZUS przekazuje 65% i mieszkańcy muszą doplacać różnicę), co jednak w realiach naszego kraju oraz mając na uwadze wysokość opłaty za pobyt w DPS, zazwyczaj nie wystarcza na pokrycie jej w całości ze środków pensjonariusza.

W dalszej kolejności za uiszczenie opłaty za pobyt w DPS odpowiedzialni są małżonek, zstępni (np. dzieci, wnuki) oraz wstępni (rodzice, dziadkowie). Ich odpowiedzialność za uiszczenie opłaty jest jednak ograniczona. W przypadku osoby samotnie gospodarującej, poniesie ona opłatę za pobyt bliskiego w DPS jedynie, gdy jej dochód będzie wyższy niż 300% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej (701 zł x 3 = 2103 zł), jednakże kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty za DPS nie może być niższa niż 300% tego kryterium. Na chwilę tworzenia niniejszego wpisu, kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej wynosi 701 złotych. W odniesieniu do osoby gospodarującej w ramach rodziny, kryterium to wynosi 528 złotych za osobę w rodzinie. Oznacza to, że osoba żyjąca samotnie może ponosić opłatę za pobyt w DPS dopiero, gdy jej dochód wynosi 2.103,00 zł, jednakże każdorazowo kwota ta musi zostać w kieszeni zobowiązanego po uiszczeniu opłaty. Sytuacja jest odrobinę bardziej skomplikowana w odniesieniu do osób gospodarujących w ramach rodziny. Przykładowo, jeżeli rodzina składa się z 4 osób, w której żona i mąż zarabiają po 3.000,00 złotych i mają na utrzymaniu dwojkę małoletnich dzieci, to dochód rodziny wynosi 6.000,00 zł. Przeliczając to na osobę w rodzinie daje to kwotę 1.500,00 zł. Limit zwolnienia to natomiast kwota stanowiąca 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie czyli 1.584,00 zł. W takim wypadku dochód na osobę w rodzinie jest niższy niż 300% kryterium dochodowego, a więc nie ma możliwości nalożenia opłaty na osobę zobowiązaną do uiszczenia opłaty za DPS.

W ostatniej kolejności obowiązana do uiszczenia opłaty za pobyt w DPS jest gmina, która pokrywa różnicę między średnim kosztem utrzymania w DPS, a opłatami wnoszonymi przez inne osoby obowiązane (rodzinę).

Zwolnienie z opłaty za pobyt w DPS

Ustawodawca przewidział zaistnienie takich sytuacji, w których, mimo że członek rodziny zalicza się do osób obowiązanych do uiszczenia opłaty za pobyt w DPS, to jednak ze względów sprawiedliwościowych lub społecznych, osoba taka jest zwolniona z obowiązku. Obligatoryjne zwolnienie z opłaty zachodzi w przypadku, gdy obowiązany przedstawi prawomocne orzeczenie sądu o pozbawieniu rodzica władzy rodzicielskiej i oświadczy, że władza rodzicielska nie została przywrócona albo okaże prawomocne orzeczenie sądu o skazaniu za umyślne przestępstwo popełnione z użyciem przemocy na swoją osobę, jej małoletniego rodzeństwa lub jej rodzica. Mimo iż w takiej sytuacji organ jest zobligowany zwolnić taką osobę z opłaty, to należy pamiętać, aby złożyć w tym przedmiocie odpowiedni wniosek. Bez niego, organ nie pochyli się w ogóle nad tą kwestią.

Co więcej, ustawa o pomocy społecznej stanowi (konkretnie art. 64 ustawy), że osoby wnoszące opłatę lub obowiązane do wnoszenia opłaty za pobyt mieszkańca domu w DPS można zwolnić z tej opłaty częściowo lub całkowicie, po przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego, w szczególności jeżeli:

- wnoszą opłatę za pobyt innych członków rodziny w domu pomocy społecznej, ośrodku wsparcia lub innej placówce;
- występują uzasadnione okoliczności, zwłaszcza długotrwała choroba, bezrobocie, niepełnosprawność, śmierć członka rodziny, straty materialne powstałe w wyniku klęski żywiołowej lub innych zdarzeń losowych;
- małżonkowie, zstępni, wstępni utrzymują się z jednego świadczenia lub wynagrodzenia;
- osoba obowiązana do wnoszenia opłaty jest w ciąży lub samotnie wychowuje dziecko;
- osoba obowiązana do wnoszenia opłaty lub jej rodzic przebywała w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka lub placówce opiekuńczo-wychowawczej, na podstawie orzeczenia sądu o ograniczeniu władzy rodzicielskiej osobie kierowanej do domu pomocy społecznej lub mieszkańcowi domu;

- osoba obowiązana do wnoszenia opłaty przedstawi wyrok sądu oddalający powództwo o alimenty na rzecz osoby kierowanej do domu pomocy społecznej lub mieszkańca domu.

Podobnie jak w sytuacji zwolnienia obywatelskiego, konieczne jest złożenie stosownego wniosku o zwolnienie z obowiązku uiszczania opłaty za pobyt w DPS. Zwrócić należy uwagę, że sytuacje wskazane jako podstawa fakultatywnego zwolnienia są wymienione przypadkowo. Nie jest więc wykluczone zwolnienie z opłaty w innej, szczególnej sytuacji życiowej osoby obowiązanej, o ile zostanie ona odpowiednio przedstawiona organowi prowadzącemu postępowanie.

Ciężar kosztów pobytu w domach pomocy społecznej spoczywa zatem głównie na gminie. Do końca 2003 r. pobyt w domu pomocy społecznej finansowany był przez powiat, który uzyskiwał dotacje z budżetu państwa. Dotacja z budżetu państwa na ten cel jest stopniowo wygaszana.

Co należałoby zrobić? Konieczne jest zwiększenie udziału środków pochodzących z budżetu państwa na pokrycie kosztów utrzymania osób przebywających w DPS.

Być może powinno się też wprowadzić rozwiązania prawne umożliwiające egzekucję opłat na pobyt w DPS z nieruchomości pozostałych po świadczeniobiorcach.

Wpływ pandemii na sytuację finansową DPS

Ciąły czas docierają do nas niepokojące informacje dotyczące dramatycznej sytuacji w wielu domach pomocy społecznej wynikające z braku nowych skierowań do DPS. Brak mieszkańców niesie za sobą konsekwencje finansowe i jest znacznym obciążeniem budżetu każdego DPS, a w konsekwencji samorządów, które je prowadzą.

W piśmie z dnia 8 marca kierowanego do Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Dyrektorów Samorządowych Domów Pomocy Społecznej alarmowało już o takiej sytuacji. W odpowiedzi otrzymanej pismem DPS-V.070.134.2021. MZ Minister Stanisław Szwed wysnuwa tezę, iż obecny stan rzeczy związany jest z wystąpie-

niem epidemii wirusa SARS-CoV-2. Oczywiście:

- brak nowych skierowań w trakcie epidemii,
- konieczność przygotowania DPS do walki z wirusem (utworzenie izolatek wymusiła czasowe zmniejszenie liczby mieszkańców),
- zwiększona liczba zgonów,
- lęk przed zamieszkaniem w DPS z uwagi na bardzo negatywny wizerunek naszych instytucji w mediach,

to wszystko z pewnością wpłynęło na obecną sytuację. Chcielibyśmy jednak zwrócić uwagę na jeszcze jeden bardzo ważny aspekt, a mianowicie bardzo dużą liczbę nowo tworzonych miejsc w ZOL. Niemalże w każdym szpitalu powiatowym w trakcie ostatniego czasu powstały oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze / opiekuńczo-lecznicze. Skierowanie do tego typu placówki osób chorych, zależnych czy niepełnosprawnych przebiega bardzo sprawnie, gdyż wystarczy jedynie skierowanie od lekarza rodzinnego, w przeciwieństwie do skomplikowanych procedur związanych ze skierowaniem do DPS.

Nie bez znaczenia jest tu również aspekt finansowy. Gmina kierująca taką osobą do ZOL nie musi ponosić żadnych kosztów. Takowym obciążeniem nie jest również obciążona rodzina. Teoretycznie pobyt w ZOL może trwać jedynie do 6 miesięcy. Faktycznie natomiast pacjenci po upływie wskazanego czasu zostają przeniesieni do innego oddziału szpitalnego (paliatyw, chirurgia itp.) na okres kilku dni i ponownie wracają na oddział na kolejne 6 miesięcy.

W ten sposób, ich pobyt może trwać w nieskończoność.

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Dyrektorów Samorządowych Domów Pomocy Społecznej w dniu 8.04.2021 r. wystąpiło do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu z prośbą o udostępnienie informacji publicznej w zakresie liczby łóżek wpisanych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą dla zakontraktowanych komórek organizacyjnych oraz liczby punktów i wartości umów opieki długoterminowej.

Z uzyskanej odpowiedzi wynika, iż na terenie województwa wielkopolskiego, zgodnie ze stanem na dzień 12.04.2021 r., istnieją 29 podmioty udzielające takie świadczenia. Liczba

łóżek w potencjale umowy wynosi 1014, zaś liczba łóżek dla zakontraktowanych komórek to 1058. Wartość umowy opieki na kwotę: 49 840 205,50 zł. Łatwo obliczyć, że średni koszt utrzymania jednego łóżka to kwota 4 096,01 zł. Nie bez znaczenia jest tu również fakt, iż jest to tylko kwota zakontraktowana z NFZ, do tego dochodzą również koszty poniesione przez pacjentów (podobnie jak w DPS jest to 70% dochodu) oraz inne dochody (subwencje, konkursy, dopłaty). Wszystko to spowodowało, iż posiadanie takiego oddziału stało się intratnym interesem dla Dyrektorów Szpitali i stanowi stałe, stabilne źródło dochodu.

Z jednej strony więc NFZ wskazuje, że w systemie nie ma środków na wsparcie domów pomocy społecznej w zakresie opieki pielęgniarstwa, a tymczasem ogromne środki są przeznaczane na tworzenie nowych miejsc opieki długoterminowej. Czy jest to dobre rozwiązanie dla pacjentów, którzy zostali skazani na pobyt do końca swych dni na szpitalnym oddziale?

Wracając do odpowiedzi Ministra Pracy i Polityki Społecznej pana Stanisława Szweda DPS-V.070.134.2021MZ, my jako Dyrektorzy Domu Pomocy Społecznej widzimy i doceniamy ogromny wkład pracy, jakie Ministerstwo wniosło w zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańcom i pracownikom DPS w obliczu pandemii. Środki finansowe wypłacane z rezerwy budżetu Państwa, Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz z środków unijnych przeznaczone na bieżącą działalność domów, zwłaszcza na zagwarantowanie opieki nad mieszkańcami oraz zakup środków ochrony osobistej, niezbędnego sprzętu i wyposażenia, były dla nas wielkim wsparciem.

Nie bez znaczenia dla zapewnienia bezpieczeństwa mieszkańcom i pracownikom DPS była decyzja dotycząca zaliczenia DPS do grup priorytetowych w ramach Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19.

We wspomnianym piśmie Minister Stanisław Szwed zwrócił się do naszego Stowarzyszenia z prośbą o przekazanie propozycji rozwiązań zastosowanych w DPS ze szczególnym uwzględnieniem finansowania usług pielęgniarstwa w DPS przez NFZ.

Odnosząc się do w/w prośby jako Stowarzyszenie Dyrektorów Samorządowych Domów Pomocy Społecznej uważamy, iż obecnie stosowane rozwiązania dotyczące opieki pielęgniarstwa kontraktowanej w ramach NFZ (pielęgniarki środowiskowe, pielęgniarki kontraktowane w ramach NFZ, opieka długoterminowa) są realizowane w nikłym stopniu na terenie domów pomocy społecznej, bądź wcale. Koszyk usług nie jest w żadnym stopniu dostosowany do potrzeb naszych podopiecznych. W efekcie, mimo iż niemalże wszystkie DPS wypełniają obowiązek zgłoszenia mieszkańców do opieki długoterminowej czy opieki pielęgniarstwa środowiskowej, usługi te (mimo iż NFZ za nie płaci) nie są wykonywane. W konsekwencji Domy Pomocy Społecznej w trosce o zdrowie i życie naszych podopiecznych zatrudniają pielęgniarki w ramach posiadanych środków. Przy brakach kadrowych w tej grupie pracowników oraz znacznie lepiej płatnych stanowiskach pracy dla pielęgniarek w jednostkach służby zdrowia, pozyskanie personelu pielęgniarstwa jest bardzo trudne, niekiedy wręcz niemożliwe.

Należy również podkreślić, iż sposób indywidualnego kontraktowania usług przez pielęgniarstwo z NFZ w DPS absolutnie się nie sprawdził. Dlatego, w opinii naszego Stowarzyszenia zasadne byłoby, aby usługi takie były kontraktowane bezpośrednio z domami pomocy społecznej, samorządami lub firmami zewnętrznymi. Pragniemy zauważyć, że sposób ten doskonale sprawdza się w przypadku osób zamieszkujących w DPS, wobec których orzeciono znaczny stopień niepełnosprawności (świadczenia zdrowotne w zakresie fizjoterapii realizowanej w warunkach domowych na terenie DPS a finansowanych w ramach środków Narodowego Funduszu Zdrowia).

Z przytoczonych przez nas wcześniej przykładów (tworzenie nowych miejsc stałego pobytu w szpitalach w ramach kontraktu z NFZ oraz źle przygotowanego koszyka usług pielęgniarstwa) jasno wynika, iż niezbędne środki finansowe krążą już w systemie, jednak w naszej opinii są nienależycie dystrybuowane. ●

O deinstytucjonalizacji

– CZYLI: CO, KTO, Z KIM I DLACZEGO?

JOANNA JELENIEWSKA I GRZEGORZ BARANOWSKI // Fundacja LIBERTATEM

Deinstytucjonalizacja - czyli co?

Termin deinstytucjonalizacja zaczęto stosować w latach 70 ubiegłego wieku w Stanach Zjednoczonych, w kontekście zmiany sytuacji osób starszych przebywających w domach opieki oraz w stosunku co do osób uczestniczących w procesie terapii w ośrodkach zamkniętych oraz szpitalach psychiatrycznych. Oznaczał on konieczność podjęcia działań w kierunku zapobiegania niepotrzebnemu, czy nadmiernemu umieszczaniu i przetrzymywaniu ludzi w placówkach opieki lub separacji długoterminowej, a także proces tworzenia stosownych alternatyw w społecznościach lokalnych dla realizacji usług opieki i wsparcia terapeutycznego. Trudno nie wspomnieć też o Ervingu Gooffmanie i jego słynnych „Instytucjach totalnych”.

Ponadto proces ten definiowany jest przez Agencję Organizacji Narodów Zjednoczonych UNICEF jako: „całość procesu planowania transformacji i zmniejszania rozmiaru zakładów stacjonarnych lub ich likwidacji przy jednoczesnym zapewnieniu innego rodzaju różnorodnych usług opieki nad dziećmi bazujących na standardach wynikających z praw człowieka i zorientowanych na rezultaty”¹. Oczywiście definicja ta odnosi się wprost do sytuacji dzieci, z racji zakresu działalności Agendy.

W Polsce, kraju Unii Europejskiej zasadnicze znaczenie mają również wytyczne unijne, zawarte w „Ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności”. Z przedmiotowego dokumentu wynika, iż „W miejscach, gdzie termin ten jest stosowany, odnosi się on do procesu rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności (również profilaktycznych), które mają wyeliminować konieczność opieki instytucjonalnej”². Same wytyczne, zalecają by unikać tego słowa stwierdzając „Wszędzie tam, gdzie jest to możliwe, w niniejszych wytycznych unika się używania terminu deinstytucjonalizacja, ponieważ jest on często rozumiany po prostu jako zamknięcie zakładów”.

Zatem proces deinstytucjonalizacji musi skupiać się na rozwoju usług świadczonych w środowisku zamieszkania osób wymagających wsparcia, tj. w środowisku lokalnym, co ma doprowadzić do sytuacji, w której opieka instytucjonalna – całodobowa nie będzie w ogóle potrzebna.

Działania w zakresie deinstytucjonalizacji powinny prowadzić do powszechnego dostępu do usług świadczonych w środowisku zamieszkania, gdyż tylko nieograniczony dostęp do szerokiego

spektrum interdyscyplinarnych usług środowiskowych może wpłynąć na zmniejszenie popytu na usługi stacjonarnej opieki długoterminowej.

Nie należy również zapominać, że w żadnym kraju europejskim, ale także w Stanach Zjednoczonych nie udało się zlikwidować całkowicie instytucji, a jedynie ograniczyć zakres ich działalności. W naszym kraju, dostęp do usług społecznych w środowisku zamieszkania jest nadal, delikatnie rzecz ujmując – rzeczą mocno dyskusyjną. Jeżeli już w danej gminie świadczone były usługi opiekuńcze, to ich „symboliczny” zakres powodował niejednokrotnie niezaspokojenie potrzeb człowieka, a w konsekwencji człowiek ten trafiał, z uwagi na brak innej alternatywy, do domu pomocy społecznej lub innej placówki opiekuńczej. Dlatego konieczne jest również umożliwienie obecnym mieszkańcom domów pomocy społecznej powrotu do społeczności, jeżeli spełniają oni przesłanki w tym zakresie. Dotyczy to przede wszystkim domów o profilu dla osób z zaburzeniami psychicznymi, z niepełnosprawnością intelektualną lub z niepełnosprawnością fizyczną.

Proces deinstytucjonalizacji usług społecznych w Polsce powinien być prowadzony w kierunku:

- rozwoju lokalnych, powszechnych i indywidualizowanych usług, w tym usług o charakterze zapobiegającym, które mogą ograniczyć konieczność opieki instytucjonalnej,
- usamodzielnienia mieszkańców DPS, którzy są w stanie funkcjonować poza instytucją,
- skoordynowania wszystkich rodzajów usług społecznych ze zdrowotnymi,
- zabezpieczenia usług stacjonarnej opieki długoterminowej, jako ostatniego i najmniej pożądanego elementu systemu wsparcia.

Porównywanie nieporównywalnego

Kategorycznie należy stwierdzić, iż nie trzeba uzasadniać konieczności podejmowania działań z zakresu deinstytucjonalizacji usług, gdyż jest to wyzwanie cywilizacyjne i nasz obowiązek. Każdy człowiek ma prawo żyć w wybranym przez siebie środowisku – czy to w mieszkaniu, czy też w instytucji. Jednak musi być to jego wybór, a obowiązkiem władz publicznych i nas jako społeczeństwa, jest zapewnienie mu dostępnych alternatyw w zakresie realizacji jego potrzeb.

Entuzjaści działań z zakresu deinstytucjonalizacji podejmują szereg dziwnych uzasadnień przedstawiając wyliczenia. Brylują mityczne postacie osób, które od kilku lat próbują opuścić DPS, a zły system im na to nie pozwala. Przykłady te okraszane są zazwyczaj porównaniem miesięcznego kosztu pobytu w DPS i zestawieniem „taniutkich usług”, żeby nie nazwać je tandetnymi. Mocno dyskusyjne są te przykłady, bo w dobie liczenia przez gminy każdej złotówki, zakrawa to na lekką kpinę z intelektu słuchających lub czytających. Ale pytanie brzmi, czy w realizacji usług społecznych chodzi tylko o pieniądze?

Zapewniamy wszystkich wątpiących, że jakby było to takie proste, to już dawno ktoś rozwiązałby ten problem. Wypada stanowczo zaprotestować przy zestawianiu kosztów godziny usług opiekuńczych, kosztów ośrodka wsparcia, asystenta osoby niepełnosprawnej i mieszkania chronionego z usługą całodobowej opieki nad osobą wymagającą pełnego wsparcia w każdym obszarze funkcjonowania, w tym niejednokrotnie podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych. Nie wolno zestawiać dwóch różnych rodzajów usług skierowanych do różnych po-

trzeb konkretnych osób. I tu nie będzie happy endu – większość z nas będzie kiedyś wymagała całodobowej opieki, w tym w ośrodkach opieki całodobowej, gdyż taki jest cykl życia człowieka – a wtedy perspektywa się zmienia i nikt nie chce by system pokazywał na nas oszczędności.

Kto to zrobi?

Dobrze pisze się i mówi o rozwoju usług w środowisku zamieszkania, o powszechnym dostępie oraz o możliwości realnego wyboru. Jednak kluczowym zagadnieniem jest konieczność zapewnienia tysięcy realizatorów tychże usług. Już dzisiaj zawody pomocowe są zawodami deficytowymi i próżno dziś szukać na rynku pracy pielęgniarki, opiekuna, terapeuty czy pracownika socjalnego. Z drugiej strony rosąca wciąż długość życia oraz stopień rozwoju medycyny powodują, iż usługi społeczne i zdrowotne powinny być świadczone przez profesjonalne, doświadczone i doposażone kadry. Tylko profesjonalni realizatorzy usług społecznych w środowisku, mogą być realną alternatywą dla już dziś sprofesjonalizowanych usług opieki całodobowej w DPS czy ZOL.

Tymczasem entuzjaści deinstytucjonalizacji proponują nam rozwiązania, których nie można nazwać poważnymi. Do takich rozwiązań zalicza się propozycje oparcia procesu DI na realizacji sprofilowanych, skoordynowanych i profesjonalnych usług przez podmioty ekonomii społecznej. I tak oczami wyobraźni widzimy zatrudnioną przez spółdzielnię socjalną osobę opiekunki - uzależnioną od alkoholu lub cierpiącą na zaburzenia psychiczne, która realizuje usługi na rzecz psychogeriatrycznej osoby wymagającej specjalistycznego wsparcia. I nie jest to złośliwość, lecz proza życia i prowadzenia spółdzielni socjalnej. Do realizacji tego procesu potrzebni są poważni i profesjonalni partnerzy. Mamy też pełną świadomość istnienia na rynku usług, profesjonal-

nych NGO i spółdzielni socjalnych, realizujących poważne i profesjonalne zadania. Nie znana jest jednak ich skala.

Konieczne jest poznanie potencjału organizacji pozarządowych, które mogłyby wesprzeć przedmiotowy proces. Dlatego należy jak najszybciej przeprowadzić ich audyt. Analizy statystyczne opracowane przez GUS (ostatnie za 2018 r.) wskazują, iż „największą część stowarzyszeń i podobnych organizacji społecznych oraz fundacji, jako główną dziedzinę swojej działalności wskazała sport, turystykę, rekreację, hobby (30,6%). Drugą pod względem udziału grupę tworzyły podmioty prowadzące działalność związaną z ratownictwem (16,9%). Ponadto stosunkowo często jako główny obszar prowadzonej działalności wskazywano kulturę i sztukę (12,6%), a także takie dziedziny jak, edukacja, wychowanie i badania naukowe (9,8%) oraz pomoc społeczna i humanitarna (7,3%)¹³. Nie wiemy ile z NGO prowadzi działalność opiekuńczą lub inną w usługach społecznych.

Już dzisiaj, konieczne są inwestycje w kadry realizatorów usług społecznych. Potrzebujemy pilnych działań administracji rządowej, w celu podniesienia rangi zawodów pomocowych i uznania tych zawodów za priorytetowe. Z uznaniem przyjmujemy zapisy projektu Strategii Rozwoju Usług Społecznych, która zamierza wprowadzić rewolucję w zawodzie opiekuna, zastępując go stanowiskiem specjalisty ds. opieki, z określeniem minimalnego wynagrodzenia oraz ścieżki rozwoju zawodowego wraz ze specjalizacjami. Jednak inwestycje w kadry pomocy i integracji społecznej (kadry publiczne i niepubliczne) potrzebne są nie kiedyś, a już, natychmiast i zaraz – bo w przeciwnym wypadku, żadnego rozwoju usług społecznych nie uda się przeprowadzić.

Niepokój w tym zakresie wzbudzają dane statystyczne GUS, z których wynika, że na koniec lip-

ca br. ludność Polski wyniosła 38 mln 158 tys., co oznacza spadek liczby ludności aż o 197 tys. przez jeden rok. Niepokojem napawają dane dotyczące urodzin. Przez ostatni rok, do lipca br. w Polsce urodziło się 338,6 tys. dzieci. Są to najgorsze dane po drugiej wojnie światowej, a prognoza Eurostatu wskazuje, że już wkrótce w Polsce będzie się rodziło mniej niż 300 tys. dzieci rocznie. I nie pocieszamy się, że dane statystyczne zafatyszował COVID – 19.

Proces starzenia się społeczeństwa i depopulacja, doprowadzi wkrótce do ogromnego kryzysu kadr realizujących w jakiegokolwiek formie usługi opiekuńcze, czy szerzej usługi społeczne.

Trwała zmiana musi oznaczać stabilność finansowania

Ostatnim ważnym zagadnieniem, który zamierzamy poruszyć w tych krótkich rozważaniach jest stabilność finansowania usług. Już dzisiaj system realizacji usług społecznych – jeżeli można nazwać go systemem, przeżywa kryzys niedofinansowania. Oprócz poruszanych wcześniej kwestii niedofinansowanego personelu, pojawia się szereg innych braków finansowych. Poza DPS-ami i powstającymi głównie dzięki programom rządowym i unijnym ośrodkom wsparcia, nie ma żadnych inwestycji w infrastrukturę. Tymczasem działania z zakresu deinstytucjonalizacji usług społecznych takie jak:

- wsparcie rodzin biologicznych w opiece nad bliskimi
- działania edukacyjne, prewencyjne oraz wczesna interwencja
- organizacja i profesjonalizacja usług nieformalnych, w tym sąsiedzkich,
- stworzenie systemu skoordynowanych usług środowiskowych społecznych i zdrowotnych,

Autorzy:

Joanna Jeleniewska i Grzegorz Baranowski – reprezentanci Fundacji Libertatem.

Działania Fundacji zmierzają w kierunku stworzenia skoordynowanego systemu realizacji usług społecznych opartych na podmiotowości osób z nich korzystających. Fundacja jest Liderem KOALICJI NA RZECZ DEINSTYTUCJONALIZACJI USŁUG. Proces deinstytucjonalizacji usług jest rozumiany przez wszystkich członków Koalicji jako:

- priorytet usług społecznych realizowanych w środowisku zamieszkania, nad usługami stacjonarnymi,
- rozwój lokalnych i zindywidualizowanych usług, w tym usług o charakterze zapobiegającym, które mają ograniczyć konieczność opieki instytucjonalnej,
- działanie zmierzające do wykorzystania zasobów i potencjału instytucjonalnej opieki długoterminowej na poczet rozwoju nowych usług środowiskowych w społeczności lokalnej,
- zabezpieczenie usług stacjonarnej opieki długoterminowej, jako ostatni element systemu.

Napisz do nas: biuro@fundacjalibertatem.pl, <https://fundacjalibertatem.pl/>

- rozbudowa infrastruktury socjalnej (mieszkania wspierane, ośrodki wsparcia, inna infrastruktura pomocowa)
- wsparcie JST w realizacji zadań,
- wypracowanie nowych standardów jakości usług,
- zmiany placówek w kierunku wielofunkcyjnych, otwartych, środowiskowych instytucji, wymagają poniesienia ogromnych nakładów finansowych inwestycyjnych oraz związanych z bieżącymi kosztami realizacji usług.

Oczywiście część kosztów przeniesiona zostanie na nową perspektywę finansową Unii Europejskiej, jednak trwałość projektów może zapewnić tylko stabilność finansowania krajowego.

Cieszy bardzo fakt zapisów w projekcie Strategii Rozwoju Usług Społecznych dotyczących stworzenia jednego spójnego systemu opieki długoterminowej wraz z mechanizmem finansowania usług, ale to pewnie pieśń przyszłości i do tego niepewnej.

Dlatego konieczne jest pilne działanie wszystkich interesariuszy tego procesu i uświadamianie społeczeństwa, że problem realizacji usług społecznych dotyczy nas wszystkich, nie tylko mieszkańców DPS oraz placówek opieki całodobowej.

Wszystkie ręce na pokład

Już dziś potrzebny jest dialog pomiędzy wszystkimi podmiotami procesu deinstytucjonalizacji. W przestrzeni publicznej niezbędna jest zgoda ponad podziałami. Każdy z podmiotów istniejących na rynku realizacji usług znajdzie miejsce w nowym systemie realizacji usług. Odrzućmy zatem skrajne propozycje każdej ze stron i usiądźmy do stołu, bo czas nagli. A problemy nadal nie są rozwiązane... ●

Źródła:

1. UNICEF, *At Home or in a Home?: Formal Care and Adoption of Children in Eastern Europe and Central Asia [„W domu czy w domu dziecka – formalna opieka nad dziećmi oraz adopcja w Europie Wschodniej i Azji Środkowej”]*, 2010, s. 52.
2. *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf, str. 26.
3. „Sektor non – profit w Polsce”, Główny Urząd Statystyczny, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/gospodarka-spoleczna-wolontariat/gospodarka-spoleczna-trzeci-sektor/dzialalnosc-stowarzyszen-i-podobnych-organizacji-spolecznych-fundacji-spolecznych-podmiotow-wyznaniowych-oraz-samorzadu-gospodarczego-i-zawodowego-w-2018-r-wyniki-wstepne,3,8.html>, dostęp: 15.09.2021r.

Nowe rozwiązania

DOTYCZĄCE PRACOWNIKÓW SOCJALNYCH OD 2021 R.

MICHAŁ BOCHENEK // *Prawnik, ekspert w sprawach pomocy społecznej*



Zawód pracownika socjalnego w Polsce jest tzw. zawodem regulowanym, a zatem podlega szczególnym wymogom prawnym m.in. w zakresie dopuszczenia do jego wykonywania. Określenie uprawnień do wykonywania zawodu pracownika socjalnego wynika w obecnym stanie prawnym przede wszystkim wprost z przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm.) dalej także „u.p.s.” Stosownie do art. 116 ust. 1 u.p.s. pracownikiem socjalnym może być osoba, która spełnia co najmniej jeden z niżej wymienionych warunków:

- a) pedagogika,
- b) pedagogika specjalna,
- c) politologia,
- d) polityka społeczna,
- e) psychologia,
- f) socjologia,
- g) nauki o rodzinie.

To kluczowe i niezbędne warunki, ponieważ pracownik socjalny wykonujący swoje zadania m.in. w jednostkach opieki długoterminowej powinien mieć umiejętności: prawidłowego rozpoznania sytuacji osób i rodzin korzystających z pomocy społecznej, zaplanowania adekwatnych do danego przypadku form pomocy oraz monitorowania i dokonywania ewaluacji podejmowanych działań. Omawiana grupa zawodowa zajmuje się przede wszystkim pracą socjalną oraz przeprowadzaniem rodzinnych wywiadów środowiskowych, co zostało wyraźnie podkreślone przez ustawodawcę. Co istotne, osoby, które nie mają wyżej wymienionych kwalifikacji do wykonywania zawodu pracownika socjalnego, nie mogą realizować przedmiotowych zadań.

Przykład

Kobieta w 2021 r. ukończyła studia magisterskie na kierunku pedagogika o specjalizacji – pedagogika społeczna. Czy wyżej wymieniona może zostać zatrudniona w domu pomocy społecznej na stanowisku pracownika socjalnego? Osoba wskazana w pytaniu powinna ukończyć dodatkowo studia podyplomowe z zakresu metodyki i metodologii pracy socjalnej w uczelni realizującej studia na kierunku praca socjalna lub w za-

kresie pracy socjalnej. Od 30 października 2021 r. wchodzi bowiem w życie art. 1 pkt 28 ustawy z dnia 15 kwietnia 2021 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 803), który art. 116 u.p.s. nada nowe brzmienie. W przypadku kobiety wskazanej w pytaniu pozwoli to na uzyskanie uprawnień do wykonywania zawodu pracownika socjalnego, gdy osoba ta ukończy dodatkowo studia podyplomowe z zakresu metodyki i metodologii pracy socjalnej w uczelni realizującej studia na kierunku praca socjalna lub w zakresie pracy socjalnej.

Zadania pracownika socjalnego

Od 30 maja 2021 r. nastąpiła gruntowna zmiana w prawie, która określiła zarówno zadania, jak i uprawnienia pracowników socjalnych. Mianowicie obecnie do zadań pracownika socjalnego, w tym w jednostkach zajmujących się opieką długoterminową należy w szczególności:

- praca socjalna oraz przeprowadzanie rodzinnych wywiadów środowiskowych;
- dokonywanie analizy, diagnozy i oceny zjawisk indywidualnych i społecznych, a także formułowanie opinii w zakresie zapotrzebowania na świadczenia z pomocy społecznej oraz kwalifikowanie do uzyskania tych świadczeń;
- udzielanie informacji, wskazówek, porad i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osobom, rodzinom, grupom i społecznościom, które dzięki tej pomocy będą zdolne samodzielnie rozwiązywać problemy będące przyczyną ich trudnej sytuacji lub zaspokajając niezbędne potrzeby życiowe;
- pomoc w uzyskaniu dla osób lub rodzin będących w trudnej sytuacji życiowej specjalistycznego poradnictwa, terapii lub innych form pomocy w zakresie możliwości rozwiązywania problemów przez właściwe instytucje państwowe, samorządowe i organizacje pozarządowe;
- udzielanie pomocy zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
- pobudzanie społecznej aktywności i inspirowanie działań samopomocowych w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych

- osób, rodzin, grup i środowisk społecznych;
- współpraca i współdziałanie z innymi specjalistami w celu przeciwdziałania i ograniczania problemów oraz skutków negatywnych zjawisk społecznych, łagodzenie konsekwencji ubóstwa;
- inicjowanie nowych form pomocy osobom i rodzinom mającym trudną sytuację życiową oraz inspirowanie powołania instytucji świadczących usługi służące poprawie sytuacji takich osób i rodzin;
- współuczestniczenie w inspirowaniu, opracowaniu, wdrożeniu oraz rozwijaniu regionalnych i lokalnych programów pomocy społecznej ukierunkowanych na podniesienie jakości życia;
- inicjowanie lub współuczestniczenie w działaniach profilaktycznych nakierowanych na zapobieganie lub łagodzenie problemów społecznych.

W tym miejscu trzeba zaznaczyć, że przy wykonywaniu zadań pracownik socjalny jest obowiązany:

- kierować się zasadami etyki zawodowej;
- kierować się zasadą dobra osób i rodzin, którym służy, poszanowania ich godności i prawa tych osób do samostanowienia;
- przeciwdziałać praktykom niehumanitarnym i dyskryminującym osobę, rodzinę, grupę lub społeczność;
- udzielać osobom zgłaszającym się pełnej informacji o przysługujących im świadczeniach i dostępnych formach pomocy;
- zachować w tajemnicy informacje uzyskane w toku czynności zawodowych, także po ustaniu zatrudnienia, chyba że działa to przeciwko dobru osoby lub rodziny;
- podnosić swoje kwalifikacje zawodowe poprzez udział w szkoleniach i samokształcenie.

Zatem generalnie można powiedzieć, że pracownicy socjalni zajmują się poradnictwem specjalistycznym, udzielają informacji, wskazówek i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osobom, które dzięki wsparciu będą zdolne samodzielnie przewyciężać trudne sytuacje. Ma to szczególne znaczenie w jednostkach zapewniających opiekę długoterminową, w domach pomocy społecznej lub zakładach opiekuńczo - leczniczych, hospicjach. W zwią-

ku z rodzajem świadczonych usług pracownicy socjalni powinni wykazać się znajomością odpowiednich przepisów prawa, niemniej ustawodawca zrezygnował z wymieniania w katalogu zadań umiejętności postugiwania się przepisami. Należy mieć na uwadze, że osoby zgłaszające się po wsparcie wymagają często specjalistycznej pomocy, której nie jest w stanie udzielić pracownik socjalny. Powinien on jednak mieć informacje o możliwości uzyskania fachowej pomocy oraz udzielić porad w tej kwestii, względnie skierować osoby potrzebujące do właściwych urzędów i innych jednostek organizacyjnych, np. zakładów opieki medycznej, placówek oświaty i pomocy społecznej, a także podmiotów niepublicznych (fundacji, stowarzyszeń, organizacji kościelnych). Wśród zadań pracowników socjalnych ustawa o pomocy społecznej wymienia różne działania inspiratorskie, np. inicjowanie nowych form pomocy dla osób i rodzin, inspirowanie powołania instytucji świadczących usługi służące poprawie sytuacji takich osób i rodzin, współuczestniczenie w opracowaniu i rozwijaniu regionalnych i lokalnych programów pomocy społecznej, pobudzanie społecznej aktywności i inspirowanie działań samopomocowych w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych osób, rodzin, grup i środowisk społecznych. Działania tego typu zależą w dużej mierze od osobistego zaangażowania pracownika i są trudne do weryfikacji przez przełożonych. Należy podkreślić, że zadania wymienione wyżej nie tworzą zamkniętego katalogu, wskazują jedynie na najważniejsze obszary aktywności zawodowej.

Warto przypomnieć, że pracownik socjalny jest zobowiązany do podnoszenia swoich kwalifikacji i powinno się to odbywać przez szkolenia i samokształcenie. Obowiązek ten może być wypetniony przez uzyskanie stopni specjalizacji zawodowej, ukończenie studiów przez pracowników legitymujących się jedynie średnim wykształceniem oraz ukończenie studiów podyplomowych.

Uprawnienia pracownika socjalnego

Pracownik socjalny korzysta z prawa pierwszeństwa przy wykonywaniu swoich zadań w urzędach, instytucjach, podmiotach wykonujących działalność leczniczą i innych placówkach.

Co istotne, organy i instytucje administracji publicznej, podmioty wykonujące działalność leczniczą i organizacje pozarządowe są obowiązane do udzielania pracownikowi socjalnemu pomocy w wykonywaniu jego zadań. W kontekście poruszanych m.in. w mediach problemów bezpieczeństwa omawianej grupy zawodowej przy wykonywaniu czynności służbowych, warto zauważyć, że pracownikowi socjalnemu przysługuje ochrona prawna przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych. Nowością jest także, że pracownikowi socjalnemu zatrudnionemu w ośrodku pomocy społecznej, centrum usług społecznych, o którym mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, lub w powiatowym centrum pomocy rodzinie przysługuje pomoc psychologiczna w przypadku wystąpienia sytuacji bezpośrednio zagrażających jego życiu lub zdrowiu w związku z wykonywanymi czynnościami służbowymi. Ponadto pracownik socjalny zatrudniony w ośrodku pomocy społecznej, centrum usług społecznych, o którym mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, lub w powiatowym centrum pomocy rodzinie ma prawo do szkoleń podnoszących poziom bezpieczeństwa osobistego podczas wykonywania czynności zawodowych. Szkolenia przeprowadza pracodawca co najmniej raz na 2 lata. Od 31 maja 2021 r. pracownikowi socjalnemu zatrudnionemu w ośrodku pomocy społecznej, centrum usług społecznych, o którym mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, lub w powiatowym centrum pomocy rodzinie, do którego obowiązków należy praca socjalna lub przeprowadzanie rodzinnych wywiadów środowiskowych, jeżeli przepracował nieprzerwanie i faktycznie co najmniej 3 lata, przysługuje raz na 2 lata dodatkowy urlop wypoczynkowy w wymiarze 10 dni roboczych. Warto także wspomnieć, że pracownikowi socjalnemu, do którego obowiązków należy świadczenie pracy socjalnej w środowisku lub przeprowadzanie rodzinnych wywiadów środowiskowych poza siedzibą jednostki, przysługuje zwrot kosztów przejazdów z miejsca pracy do miejsc wykonywania przez niego czynności

zawodowych, w przypadku braku możliwości zapewnienia dojazdu środkami pozostającymi w dyspozycji zatrudniającego go pracodawcy.

Okresowa ocena

Posiadanie uprawnień i kwalifikacji to jedno, ale z drugiej strony konieczna jest okresowa ocena pracownika socjalnego dokonywana przez jego przełożonego. W tej materii ustawodawca w 2021 r. wprowadził nieznanne dotychczas w stosunku do tej grupy zawodowej narzędzie, jakim jest: „okresowa ocena”. W dalszej części zostanie przedstawiony ramowy katalog zagadnień z tym związanych:

Po pierwsze - w obecnym stanie prawnym pracownik socjalny podlega raz na 2 lata ocenie okresowej dokonywanej przez bezpośredniego przełożonego, w zakresie wywiązywania się przez niego z obowiązków wynikających z czynności i zadań na zajmowanym stanowisku. Ocena okresowa powinna być sporządzana na piśmie i zawierać uzasadnienie. Ocena okresowa jest pozytywna albo negatywna.

Po drugie - pracownikowi, który otrzymał dwie następujące po sobie pozytywne oceny okresowe, spełniającemu warunki dotyczące minimalnego poziomu wykształcenia, o którym mowa w art. 121b ust. 2 ustawy z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej jest nadawany wyższy stopień awansu zawodowego.

Po trzecie - pracownikowi, który spełnia wymogi dotyczące wykształcenia i stażu pracy, o których mowa w art. 121b ust. 2 ustawy z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej oraz wyróżnia się wysokim zaangażowaniem, inicjatywą lub nowatorskim podejściem przy wykonywaniu obowiązków służbowych z zakresu pomocy społecznej, może być nadany wyższy stopień awansu z pominięciem trybu oceny okresowej.



Ważne

W przypadku awansu na wyższy stopień zawodowy pracownikowi socjalnemu przysługuje podwyższenie wynagrodzenia zasadniczego.

Po czwarte - tryb dokonywania oceny Oceny na piśmie przeprowadza się nie rzadziej niż na raz na 2 lata i nie częściej niż raz na 6 miesięcy. Dyrektor (kierownik) wyznacza indy-

widualny termin sporządzenia oceny na piśmie, określając miesiąc i rok. Co istotne, przed wyborem kryteriów Oceniający jest zobowiązany przeprowadzić rozmowę z Ocenianym. Celem rozmowy z pracownikiem jest wybór przez Oceniającego kryteriów będących podstawą dokonania oceny kwalifikacyjnej. Przedmiotem rozmowy jest omówienie z pracownikiem socjalnym sposobu realizacji obowiązków wynikających z zakresu czynności na zajmowanym przez niego stanowisku pracy. W trakcie rozmowy Oceniający powinien posłuchać się zakresem czynności, wymaganiami oraz kryteriami ocen określonymi w opisie stanowiska Ocenianego pracownika. Przy omawianiu sposobu realizacji obowiązków ocenianego pracownika Oceniający analizuje, czy są one wykonywane zgodnie z obowiązkami służbowymi pracownika. W trakcie rozmowy Oceniający powinien zapytać Ocenianego o jego opinię na temat zakresu powierzonych mu obowiązków, o propozycję zmiany, plany zawodowe, chęć dalszego dokształcania itp. Ważne jest, że po zakończeniu rozmowy Oceniający jest zobowiązany do poinformowania Ocenianego o dalszym trybie dokonywania oceny kwalifikacyjnej.

Po piąte - wybór kryteriów

Ocena okresowa dokonywana jest na podstawie kryteriów obowiązkowych, wspólnych dla wszystkich Ocenianych oraz kryteriów dodatkowych najistotniejszych dla prawidłowego wykonywania obowiązków na stanowisku pracownika socjalnego. W przypadku oceny negatywnej, aby zapewnić obiektywizm, kolejna ocena winna być prowadzona według uprzednio wybranych kryteriów dodatkowych.

Przed przystąpieniem do okresowej oceny Ocenianego, Oceniający wpisuje do arkusza okresowej oceny Ocenianego wybrane kryteria dodatkowe i określa termin sporządzania oceny na piśmie.

Po szóste - rozmowa z ocenianym po wyborze kryteriów - rozmowa oceniania

Oceniający jest zobowiązany przeprowadzić z Ocenianym rozmowę oceniania. Przedmiotową rozmowę Oceniający winien odbyć nie wcześniej niż na siedem dni przed sporządzeniem Oceny na piśmie. Przedmiotem rozmowy jest omówienie wykonywanych przez Ocenianego obowiązków zleconych mu w okresie,

w którym podlegał ocenie oraz spełnianie przez Ocenianego ustalonych kryteriów oceny. Fakt zapoznania się z kryteriami oceny oraz terminem sporządzenia oceny na piśmie Oceniany potwierdza własnoręcznym podpisem. W trakcie rozmowy Oceniający powinien zapytać Ocenianego o trudności, jakie napotkał podczas realizacji obowiązków zawodowych. Ważne: w razie zmiany na stanowisku bezpośredniego przełożonego w trakcie okresu, w którym Oceniany podlega ocenie, ocena jest sporządzana na podstawie wybranych wcześniej kryteriów oceny.

Sporządzenie oceny na piśmie i skala ocen (przykładowa)

Sporządzanie okresowej oceny polega na wypełnieniu arkusza okresowej oceny kwalifikacyjnej, tj. np.

1 przyznaniu punktów odpowiednio do poziomu spełniania przez Ocenianego każdego z kryteriów, według następującej skali:

- 5 punktów - znacznie powyżej oczekiwań,
- 4 punkty - powyżej oczekiwań,
- 3 punkty - na poziomie oczekiwań,
- 2 punkty - poniżej oczekiwań,
- 1 punkt - znacznie poniżej oczekiwań,



2 sporządzeniu uzasadnienia w razie przyznania 5 punktów lub 1 punktu,

3 ustaleniu oceny okresowej pracownika - na podstawie średniej arytmetycznej z przyznanych punktów - według skali ocen:

- od 4,1 do 5,0 - bardzo dobra (pozytywna) - oceniany wykonywał wszystkie obowiązki wynikające z opisu stanowiska pracy w sposób często przewyższający oczekiwania. W razie konieczności podjął się wykonywania zadań dodatkowych i wykonał je zgodnie z ustalonymi standardami. W trakcie wykonywania obowiązków stale spełniał wszystkie kryteria oceny wymienione w arkuszu okresowej oceny kwalifikacyjnej,
- od 3,1 do 4,0 - dobra (pozytywna) - oceniany wykonywał wszystkie obowiązki wynikające z opisu stanowiska pracy w sposób odpowiadający oczekiwaniom, w trakcie wykonywania obowiązków stale spełniał większość kryteriów oceny wymienione w arkuszu okresowej oceny kwalifikacyjnej,
- od 2,1 do 3,0 - zadowalająca (pozytywna) - oceniany większość obowiązków wynikających z opisu stanowiska pracy wykonywał w sposób odpowiadający oczekiwaniom, w trakcie wykonywania obowiązków

stale spełniał niektóre kryteria oceny wymienione w arkuszu okresowej oceny kwalifikacyjnej,

- od 1,0 do 2,0 - negatywna - oceniany większość obowiązków wynikających z opisu stanowiska pracy wykonywał w sposób nieodpowiadający oczekiwaniom, w trakcie wykonywania obowiązków nie spełniał wcale bądź spełniał rzadko kryteria oceny kwalifikacyjnej.

Na zakończenie Oceniający doręcza ocenę sporządzoną na piśmie Ocenianemu. Fakt zapoznania się z oceną sporządzoną na piśmie Oceniany potwierdza własnoręcznym podpisem. Oceniany może otrzymać kopię okresowej oceny kwalifikacyjnej. W aktach osobowych pracownika pozostaje oryginał arkusza oceny. Nie można pominąć zasady, zgodnie z którą - w sytuacji zatrudnienia pracownika na stanowisku pracownika socjalnego Oceniający jest zobowiązany do dokonania pierwszej oceny w ciągu 12 miesięcy od dnia jego zatrudnienia. W ciągu 2 miesięcy od dnia zatrudnienia Oceniający jest zobowiązany przeprowadzić rozmowę z Ocenianym. W uzasadnionych przypadkach Oceniający może zmienić termin sporządzenia oceny na piśmie. Natomiast w przypadku usprawiedliwionej nieobecności w pracy Ocenianego uniemożliwiającej przeprowadzenie okresowej oceny kwalifikacyjnej termin sporządzenia oceny na piśmie może ulec przesunięciu. Nowy termin przeprowadzenia okresowej oceny wyznacza Oceniający i powiadamia o tym Ocenianego nie później niż w ciągu np. 5 dni od dnia jego powrotu do pracy.

Pozytywnym akcentem dla Ocenianego jest, że pracownik socjalny może wnieść na piśmie zastrzeżenia, co do uzyskanej oceny okresowej do Oceniającego. Dyrektor analizuje wówczas treść zastrzeżenia i na piśmie informuje pracownika socjalnego oraz jego bezpośredniego przełożonego o podtrzymaniu lub zakwestionowaniu dokonanej oceny okresowej wraz z uzasadnieniem. Ale podtrzymanie przez Dyrektora oceny okresowej negatywnej wydanej przez bezpośredniego przełożonego pracownika socjalnego nie podlega zaskarżeniu. ●

Zespół kruchości

– JAK ORGANIZOWAĆ OPIEKĘ?



ALEKSANDER BIESIADA //

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

Bez wątplenia starsi Pacjenci stanowią wysoce zróżnicowaną grupę o zmiennych uwarunkowaniach i preferencjach. Ich kondycja zdrowotna może dynamicznie zmieniać się w czasie, na co wpływ ma wiele czynników od nich niezależnych. Niestety jednym z najczęstszych zespołów klinicznych, który dotyka Pacjentów w podeszłym wieku jest zespół kruchości. Definiuje się go jako zmniejszenie rezerw i zmniejszoną odpornością organizmu na czynniki zewnętrzne.

Rozpoznanie opiera się głównie o stwierdzenie przynajmniej trzech z pięciu poniższych:

- zmniejszona siła mięśni,
 - spowolniony chód,
 - obniżona aktywność fizyczna,
 - niezamierzona utrata masy ciała,
 - poczucie ogólnego wyczerpania organizmu.
- Leczenie starszego Pacjenta w jakiegokolwiek placówce medycznej musi być spersonalizowane

i dostosowane do jego sytuacji, celów i możliwości. Charakter zespołu kruchości wymaga dostępności odpowiednio przeszkolonych i cierpliwych specjalistów, którzy zajmą się funkcjami związanymi z poruszaniem się, wytrzymałością, równowagą, kondycją psychiczną oraz oceną żywienia.

Cele długoterminowej opieki powinny być zatem opisane indywidualnie, a podjęte kroki szczegółowo omówione z Pacjentem oraz jego rodziną. Porozumienie między Pacjentem a zespołem specjalistów w zakresie opieki zdrowotnej istotnie zwiększa przestrzeganie planu leczenia. Warto przy tym wspierać Pacjentów w ich wysiłkach, doceniać drobne sukcesy i udzielać pomocy w realizowaniu kolejnych celów. Dzięki temu wzrasta nie tylko ogólny komfort psychiczny, ale też zwiększa się poczucie przynależności i sprawczości. Są to aspekty niezwykle istotne dla Seniorów przebywających w placówkach.

Rehabilitacja Pacjentów z zespołem kruchości

Sarkopenia, czyli postępująca i uogólniona utrata masy, siły i funkcji mięśni szkieletowych, jest obecnie uznawana za kluczowy składnik zespołu kruchości. W związku z tym, jednym z najważniejszych celów rehabilitacji u osób starszych jest poprawa siły mięśni za pomocą odpowiednio skomponowanych programów ćwiczeń. Zaleca się, aby Pacjenci wykonywali wieloskładnikowe ćwiczenia fizyczne o umiarkowanej intensywności przez 5 dni w tygodniu (co najmniej 30 minut dziennie), które obejmują:

- ćwiczenia oporowe – uaktywniające różne grupy mięśni, np. rozciąganie taśmy, unoszenie rąk z ciężarkami w dłoniach (minimum 2 razy w tygodniu po 20 minut);
- ćwiczenia równowagi – na przykład stanie na jednej nodze przez 10 sekund opierając się o oparcie krzesła (codziennie przez 5-10 minut);

- ćwiczenia wytrzymałościowe lub aerobowe – spacer, jazda na stacjonarnym rowerze, taniec lub pływanie;

- ćwiczenia rozciągające – na przykład siedzenie na krześle ze złączonymi nogami i skręty tułowia w prawo i w lewo.

Ćwiczenia oporowe zwiększają wytrzymałość kości poprzez powtarzane obciążenia mechaniczne. Poprawiają w ten sposób ich gęstość mineralną i zmniejszają rozwój osteoporozy.

Ćwiczenia aerobowe poprawiają natomiast funkcje poznawcze poprzez zwiększony przepływ krwi w mózgu, zwiększając w ten sposób jego dotlenienie. Istnieje coraz więcej dowodów na to, że tego typu aktywność powoduje pozytywne zmiany w strukturze i objętości hipokampa (co skutkuje np. lepszą orientacją przestrzenną). Finalnie więc rehabilitowani Pacjenci są bardziej samodzielni i wymagają mniej zaangażowania personelu/opiekunów w pomoc w czynnościach codziennych.

Regularne ćwiczenia fizyczne są również bardzo korzystne w leczeniu depresji u starszych Pacjentów. Podczas wysiłku z przysadki mózgowej uwalniane są endogenne neuropeptydy opioidowe, które blokując neuroprzekazniki zaangażowane w przenoszenie bólu, wywołują efekt euforyczny.

Aktywność fizyczna może też zwiększyć pewność siebie i wzmocnić poczucie własnej wartości. Wykazano, że u osób starszych regularne ćwiczenia grupowe zwiększają poczucie więzi społecznej, a wzajemne wsparcie może przyczynić się do utrzymania aktywności fizycznej w dłuższej perspektywie. W związku z tym, program oparty na ćwiczeniach może być korzystny w poprawie zarówno kondycji fizycznej, jak i psychicznej.

Dieta

Optymalna rehabilitacja musi być uzupełniana odpowiednią dietą. Niskie spożycie kalorii jest bardzo powszechne wśród Seniorów, przy czym stopniowo spada ono o około 25% między czwartą a siódmą dekadą życia. Co więcej, zmniejszone spożycie kalorii jest jeszcze bardziej rozpowszechnione u osób starszych, które przebywają w placówkach długoterminowej opieki zdrowotnej.

Zapotrzebowanie kaloryczne w przypadku zespołu kruchości szacuje się na 24-36 kcal/kg/dobę, przy czym kaloryczność posiłków powin-

na zostać odpowiednio zwiększona jeżeli mamy do czynienia z niedożywieniem. Podczas planowania diety Pacjenta należy zwrócić szczególną uwagę na niedobory witaminy D. Ma ona pozytywny wpływ na wzrost siły mięśniowej i poprawę funkcji nerwowo-mięśniowych.

Szczególny nacisk wytyczne kładą także na zawartość białka w diecie, ze względu na jego centralną rolę w metabolizmie mięśni. Stanowi ono główny czynnik przyczyniający się do anabolizmu mięśniowego oraz prewencji sarkopenii. W oparciu o aktualną bazę dowodową zaleca się spożycie białka na poziomie $\geq 1,0-1,2$ g/kg/dzień dla zdrowych osób starszych oraz $1,5-2,0$ g/kg/dzień w przypadku Pacjentów z zespołem kruchości, niedożywionych lub zagrożonych innymi chorobami współistniejącymi. Warto jednak zachować ostrożność. Zbyt gwałtowne zwiększenie zawartości białka w diecie Seniora może potencjalnie prowadzić do szkodliwego wzrostu obciążenia metabolicznego nerek z powodu zwiększonego katabolizmu białek. Suplementacja białka u starszych Pacjentów może w niektórych przypadkach zmniejszać apetyt i wywoływać wczesne uczucie sytości, zmniejszając spożycie innych istotnych składników diety.

Należy też zwracać uwagę na odpowiednią zawartość aminokwasów w diecie, a zwłaszcza na leucynę i jej metabolity. Beta-hydroksy beta-metylomaślan wspomaga syntezę białek mięśniowych i zatrzymuje ich degenerację. ●

Skuteczne przeciwdziałanie rozwojowi zespołu kruchości:

- poprawia samodzielność Pacjentów,
- wpływa na ograniczenie liczby niepożądanych zdarzeń (np. upadki),
- zmniejsza ryzyko depresji.

Literatura:

1. Kojima, G., Liljas, A. E., & Iliffe, S. (2019). Frailty syndrome: implications and challenges for health care policy. *Risk management and healthcare policy*, 12, 23.
2. Hong, A. R., & Kim, S. W. (2018). Effects of resistance exercise on bone health. *Endocrinology and Metabolism*, 33(4), 435-444.
3. Kleemeyer, M. M., Kühn, S., Prindle, J., Bodammer, N. C., Brechtel, L., Garthe, A., ... & Lindenberger, U. (2016). Changes in fitness are associated with changes in hippocampal microstructure and hippocampal volume among older adults. *Neuroimage*, 131, 155-161.
4. Smith, K. J., & Ainslie, P. N. (2017). Regulation of cerebral blood flow and metabolism during exercise. *Experimental Physiology*, 102(11), 1356-1371.

Czy potrzebujemy kryształowej kuli?

NAWYKI HIGIENICZNE I ZMIANA TYCH NAWYKÓW

LESZEK GUGA // Psycholog, ekspert w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi

Spójrzmy w przyszłość

Nie wiemy, co przyniesie przyszłość, prawda? Zróbmy jednak małe ćwiczenie – zastanów się nad tym, jak będzie jutro wyglądało pierwsze 30 minut Twojego dnia? Co zrobisz po powrocie z pracy? Jak spędzisz ostatnie 30 minut przed snem? Przypuszczam, że jesteś w stanie odpowiedzieć na te pytania ze sporą pewnością. Co więcej – myślę, że jest spore prawdopodobieństwo, że jesteś też w stanie odpowiedzieć na te pytania nie tylko w perspektywie jutra, ale również kolejnego miesiąca czy roku.

Stałe fragmenty gry

Moje powyższe przypuszczenia wynikają z tego, że w takich momentach naszego dnia najsilniej zarysowują się stałe elementy naszego życia, podyktowane przede wszystkim naszymi nawykami. Każdy z nas wie, że jakies ma – lubimy wypić kawę po przebudzeniu, siadać na naszym ulubionym fotelu, żeby poczytać książkę. Mamy swoją ulubioną torbę na zakupy, a kiedy już na nich jesteśmy, jest spora szansa, że odwiedzamy sklepy w podobnej kolejności. To sprawia, że wiele dni naszego życia wyglą-

da do siebie podobnie, ale nawyki sprawiają, że nam to nie przeszkadza – nawet tę swoją rutynę lubimy. Do tego stopnia, że badanie przeprowadzone przez Duke University w 2006 roku pokazało, że nasze nawyki, stanowią 45% czynności każdego dnia. To oznacza, że każdy z naszych dni może być dalece bardziej przewidywalny, niż mogłoby nam się wydawać.

Ze sporym prawdopodobieństwem pierwsze kroki po przebudzeniu kierujemy do łazienki. Kiedy już tam jesteśmy – mycie zębów, kąpiel, skorzystanie z toalety wykonujemy w takiej samej kolejności. Mimo, że jeszcze na dobre się nie obudziliśmy – automatycznie podążamy za naszymi nawykami.

Znaczenie tych czynności higienicznych dla naszego codziennego funkcjonowania jest nie do przecenienia. Są one ważne nie tylko dlatego, że dbanie o siebie i czystość jest tak ważna na płaszczyźnie spotecznej. Zachowanie odpowiedniej higieny ma wpływ na nasze samopoczucie i nasze zdrowie. Codzienna kąpiel lub prysznic jest bardzo ważnym elementem profilaktyki infekcji, obniża ciśnienie krwi, redukuje szansę na pojawienie się zapaleń, poprawia stan skóry. To nie wyczerpuje listy ich zalet, ale prowadzi nas do innego problemu. Z wiekiem wiele osób traci część samodzielności w zakresie kąpieli lub staje się całkowicie niesamodzielna.

Wśród osób powyżej 80-tego roku życia niemal 5% całości populacji jest całkowicie niezdolne do samodzielnego wykonywania czynności higienicznych; w DPS, ze względu na profil mieszkańców, ta proporcja będzie oczywiście znacznie większa. To oznacza, że jest to

jeden z najważniejszych obszarów, gdzie te deficyty muszą zostać wypelnione przez opiekunów – częściowo lub całkowicie.

Nie przesadza się starych drzew

Ta zmiana – pozwolenie komuś innemu na pielęgnowanie siebie, dostosowanie się do harmonogramu, grafiku, wedle którego wykonywane są czynności higieniczne, może być trudna do zaakceptowania. W końcu jak poradzić sobie z tym, że nagle coś co robiliśmy przez 50 lat (albo dłużej!), ulega zmianie? O tym, jak ważne są te nawyki, świadczą wypowiedzi z badania dotyczącego poglądów seniorów na niesamodzielność w zakresie higieny.

„Moi rodzice chcieli, żebym była czysta idąc do kościoła. Rozumiesz. Oczekiwali, że się wykąpię, założę czystą bieliznę i ładnie ubiorę, kiedy tam szliśmy, albo na weekend. Po prostu lubię być czysta, przyzwyczaiłam się do tego, do kąpienia.”

„Myślę, że kąpanie się jest ważne – wstaje rano, gołę się, kąpię i ubieram jak należy. Nawet kiedy nie czuję się dobrze, wstaję i myję się po to, żeby poczuć się lepiej. Porządność i pobożność idą w parze, jak to mówią.”

„Kąpiel to część życia, taka rutyna. To tak jak jedzenie trzy razy dziennie. Kąpiesz się, wstajesz... każdego dnia plan jest taki sam. To przyzwyczajenie, ale tak po prostu się żyje – trzymając się grafiku.”

Te głęboko zakorzenione nawyki wyływają z naszej kultury, wychowania, przyzwyczajzeń i zmianę w ich zakresie część osób traktuje jako pewnego rodzaju ostateczność. Taką perspektywę może nam podpowiadać też tzw. zdrowy rozsądek. W końcu mamy przystawie które mówi o tym, że nie przesadza się starych drzew. Sugeruje nam, że jakiegokolwiek zmiany dla starszych osób są trudne, a może nawet z góry skazane na odrzucenie i porażkę.

.....

„Rany! Nie. Chcę robić to sama. Wolalbym, żeby mnie zamknęli w celi. Jestem głęboko przekonana, że to coś, co powinnam robić sama, i naprawdę proszę, żeby dać mi zawsze robić to samodzielnie. Jeśli naprawdę bym musiała – zaakceptowałabym pomoc, ale byłabym skłonna dać naprawdę wiele, żeby jej nie potrzebować.”

Ale inne wypowiedzi zdają się nie być tak jednoznaczne. Wskazują na to, że jeżeli sytuacja tego wymaga, jesteśmy skłonni przyjąć pomoc, szczególnie kiedy dostrzegamy, że nasze dotychczasowe przyzwyczajenia są dla nas trudne lub może nawet nie do końca bezpieczne. Badanie przeprowadzone w 2010 roku pokazuje, że pomimo tego, jak mocno nawyki wpływają na nasze czynności higieniczne, możliwa jest ich zmiana.

„Wolalbym mieć kogoś [do pomocy – przyp.], bo boję się upaść. W sensie, mogę wejść do

.....

Produkty **Seni Care** mają szereg zalet w stosunku do klasycznych produktów używanych w pielęgnacji:

- Dzięki niewielkiej ilości piany, **łatwo jest je sputkać** i są łagodniejsze dla skóry.
- **Opakowania z pompką** są wygodne nawet wtedy, kiedy podczas pielęgnacji możemy postugiwać się tylko jedną ręką, np podczas stabilizacji podopiecznego. Będą też ułatwieniem dla podopiecznych, których zachęcamy do samodzielności.
- Dzięki **różnorodności składu**, można dobrać produkty kładące nacisk na różne działania pielęgnacyjne, każdorazowo mając pewność, że skład produktu jest łagodny i dopasowany do potrzeb skóry starszych osób.



wanny, ale czasami stanę w niej jedną nogą i martwię się, że jednak potrzebuję pomocy, że upadnę i uderzę się w głowę.”

„Pomoc innej osoby... to jest pomoc... a ja potrzebuję pomocy. Tak jest bezpieczniej, ale po prostu czuję się bezpieczniej, kiedy ktoś jest ze mną.”

„Zawsze lubiłam siedzieć w wannie, ale kiedy zaczęłam korzystać z prysznica, powiedziałam sobie, że nie będę już się gramolić do i z wanny. Jestem za stara i coś może się stać. Polubiłam prysznice bo myk-myk i po sprawie i nie trzeba się podnosić. W moim wieku nie chcesz siadać i wstawać bez powodu.”

Zmiana nawyków

Skoro nawyki są tak ważne, a te związane z higieną są w nas tak głęboko zakorzenione – w jaki sposób można zwiększyć szansę na zaakceptowanie pomocy i zmiany? Co zrobić kiedy senior odrzuca nasze propozycje albo wprost utrudnia nam wykonanie czynności opiekuńczych? Czy sama otwartość na zmianę związana z dostrzeganiem trudności wystarczy? Być może... ale niekoniecznie.

Wygląda na to, że czynnikiem, który jest ważny, może nawet niezbędny jest przekonanie, że zmiana jest konieczna. Że jej wprowadzenie zapewni mi wygodę, bezpieczeństwo, da możliwość robienia czegoś łatwiej niż dotychczas. To oznacza, że jeżeli podopieczny zobaczy korzyści wynikające ze zmiany – może ona być możliwa do przeprowadzenia.

Problem rozwiązany?

Kluczowe dla otwartości na zmianę jest poczucie, że mam na nią wpływ, że mam kontrolę nad tym, co się ze mną dzieje. Można to zrealizować poprzez zwrócenie uwagi na kilka elementów dotyczących komunikacji związanej z pielęgnacją, ale również dawania możliwości wpływu na to, jak ta pielęgnacja jest przeprowadzona.

Mów o standardach, ale pokazuj możliwość zmiany

Czasami standardy są wykorzystywane jako pewnego rodzaju zastona broniąca nas przed

zmianą. Uzasadniamy to, że coś jest konieczne lub niemożliwe mówiąc „taki mamy standard”. Budujemy przeświadczenie, że nie mamy wpływu na pewne rzeczy, zasady są niemożliwe do złamania lub nagięcia i mamy nadzieję, że w takiej sytuacji mieszkaniowiec nie będzie miał innego wyboru niż wyrażenie na ten standard zgody. Tymczasem stawia to naszych podopiecznych w sytuacji bez wyboru, a skoro nie mam wyboru, będzie to wywoływać negatywne emocje, a stąd krótka droga do sprzeciwu i konfliktu.

Kiedy mówimy o standardach, zasadach, ważne jest pokazywanie, że pomimo tego, że pewne rzeczy zrobić musimy, że ograniczają nas zasady, grafiki, regulaminy - widzimy jakieś pole do znalezienia porozumienia.

Zadawaj pytania

Uniwersalną drogą do tego, aby pokazać tę wolę porozumienia, jest zadawanie pytań. Pytania pokazują, że jeszcze nie wszystkie decyzje zostały podjęte, że istnieje pole do rozmowy. Co więcej, pytania dają osobie, która na nie odpowiada, poczucie kontroli nad sytuacją. Zamiast powiedzieć „Teraz umyjemy włosy” lepiej zapytać „Kiedy chciałby Pan umyć włosy? Na początku czy na końcu?” – odpowiedź na to nie zmienia naszej pracy w ogromnym stopniu, a daje mieszkańcowi poczucie wpływu.

Dawaj wybór

Zadawanie pytań jest ważną drogą do tego, żeby budować u podopiecznych poczucie, że mają wybór. Może się on wyrażać choćby poprzez to, że mamy możliwość przeprowadzenia pielęgnacji w różny sposób, w zależności od potrzeb, ale też preferencji podopiecznego. Elementem tego dopasowania się do preferencji może być wybór pomiędzy pielęgnacją przeprowadzoną w sposób klasyczny, z użyciem wody w wannie lub pod prysznicem lub bezpośrednio przy łóżku mieszkańca bez użycia wody. Pomiedzy tym, że kładziemy w niej nacisk na nawilżenie albo natłuszczenie, lub jeszcze inne elementy. W swojej codzienności kierujemy się różnymi kryteriami, dobierając produkty, które znajdują się w naszej łazience - czasem kierujemy się ich składem, czasem działaniem albo po prostu lubimy ich zapach.

Dla części osób to zachowanie możliwości wyboru w zakresie tego czym są pielęgnowane, może być ważnym źródłem satysfakcji (lub jej braku) z zachowanych nawyków pielęgnacyjnych.

Zbuduj poczucie, że można na tobie polegać

Przyczyną, dla której zmiana nawyków może być trudna jest nie tylko to, że tracimy samodzielność. Poleganie na kimś może być trudne również dlatego, że polegając na pomocy kogoś, musimy tę osobę obdarzyć zaufaniem, a to nie zawsze jest łatwe. Równie ważne jak otwartość, o której mówiliśmy powyżej, jest poczucie, że opinie mieszkańca, prośby, decyzje są respektowane. To stawia znaczne wyzwanie przed personelem opiekuńczym - z jednej strony musimy pogodzić wszystkie obowiązki, które mamy do wykonania, potrzeby wszystkich osób, które musimy objąć naszą opieką. Z drugiej strony, tym co pozwala realizować powyższe założenia w zakresie dawania wyboru jest przede wszystkim elastyczność. Jak zwykle w tego typu sytuacjach nieodzowne jest doświadczenie, które pozwala w zależności od sytuacji równoważyć te dwa elementy. Przekonanie podopiecznego, że może liczyć na nasze wsparcie, jest również ważnym elementem wspierania samodzielności. Jedną z cytowanych powyżej wypowiedzi mówiła o obawach związanych z kąpielą i poczuciu, że kąpiel wiąże się z pewnym ryzykiem. Jeżeli jako podopieczny wiem, że mogę liczyć na pomoc, to jest to przeciwwagą dla tego poczucia zagrożenia. Poczucie bezpieczeństwa jest ważnym elementem tego, w jaki sposób zdobywamy doświadczenie, a skoro nawyki są możliwe do zmiany, nawet w późniejszym wieku, to drogą do tego będzie właśnie nauczenie się tej nowej rutyny.

Nawyki są w nas głęboko osadzone, ale są możliwe do zmiany. Przyzwyczajenie do tej zmiany może być trudne, ale dając podopiecznym większe pole wyboru i znajdując możliwości do tego, aby dopasować się do ich nawyków, może być ona łatwiejsza. ●

PIELĘGNACJA W OPIECE

MYCIE BEZ WODY

Krem myjący 3 w 1



Pianka myjąco-pielęgnująca



Szampon w pianie



AKTYWACJA

Żel aktywizujący



Olejek pielęgnacyjny



SKUTECZNA OCHRONA

Krem ochronny z arginina



Krem ochronny z tlenkiem cynku



WYGODNE OCZYSZCZANIE

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care



Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care Sensitive

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care Maxi



Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care inti+

PIELĘGNACJA SUCHEJ I WYMAGAJĄCEJ SKÓRY

DELIKATNE OCZYSZCZANIE

Delikatny żel myjąco-natłuszczający



(wcześniej pod nazwą Lioton myjąco-natłuszczający)

Odżywczy kremowy żel do mycia



(wcześniej pod nazwą Kremowy żel do mycia)

Szampon nawilżający



REGENERACJA

Balsam regenerujący do skóry suchej



Emulsja intensywnie nawilżająca



Odżywczy krem do rąk



Odżywczy krem do stóp



Krem do suchej zrogowaciałej skóry



KOMFORT OPIEKI

Neutralizator zapachu



Podfoliowane myjki higieniczne



Myjki higieniczne



Śliniaki higieniczne z kieszonką



Ręczniki higieniczne air-laid



Ochrona skóry dłoni opiekuna

KATARZYNA KALISZEWSKA // Specjalista ds. produktów kosmetycznych, TZMO SA

Praca opiekuna nierozdzielnie wiąże się z zapewnieniem higieny podopiecznemu. Aby tę higienę zapewnić, konieczne jest utrzymanie w czystości własnych dłoni, którymi później opiekun wykonuje czynności pielęgnacyjne. Wytyczne w placówkach opiekuńczych, szpitalach czy innych instytucjach wymagają od pracowników częstego mycia rąk, dezynfekowania ich i stosowania rękawiczek ochronnych wielokrotnie w ciągu dnia.

W 2009 roku WHO opublikowało wytyczne dotyczące prawidłowej higieny rąk w opiece zdrowotnej. Wśród nich znalazło się m.in. 5 sytuacji, w których powinno się dokonywać procedury mycia/dezynfekcji rąk:

- przed kontaktem z pacjentem
- przed czystą/aseptyczną procedurą
- po kontakcie z płynami ustrojowymi lub wydzielinami, błonami śluzowymi, nienaruszoną skórą lub opatrunkami na rany
- po kontakcie z pacjentem
- po kontakcie z otoczeniem pacjenta.

Przekładając te wytyczne na codzienną pracę, można zauważyć, na jak trudne warunki narażone są dłonie personelu medycznego. Mycia i dezynfekcji rąk dokonuje się dziesiątki razy podczas jednej zmiany, a dłonie długo przebywają w rękawiczkach ochronnych. Prowadzić to może do nieprzyjemnych objawów:

- przesuszenie skóry dłoni
- pękanie skóry i pieczenie
- inne nieprzyjemne objawy podrażnienia skóry

Komórki skóry mają zdolność regeneracji, ale potrzeba na to czasu. Jeśli odstęp między myciami i dezynfekcjami jest krótki, skóra nie ma możliwości prawidłowo się zregenerować. Szorstkie ręczniki papierowe oraz średniej jakości środki myjące powodują dodatkowe mikrouszkodzenia skóry i narażenie personelu na problemy ze skórą dłoni.

Zwykły krem do rąk jest niewystarczający - konieczne jest zastosowanie odpowiedniego kremu ochronnego. Doskonałym rozwiązaniem jest nowość w ofercie produktów do pielęgnacji **Seni Care - Ochronny krem do rąk dla profesjonalistów**. Krem łączy działanie ochronne z regenerującym. **Przeznaczony jest do stosowania wielokrotnie w ciągu dnia, do skóry narażonej na codzienny, częsty kontakt z detergentami i dezynfektantami.** Ma lekką konsystencję, doskonale nawilża i odżywia, wspomagając proces regeneracji i odnowy naskórka. Krem został wzbo gacony o neutralizator nieprzyjemnych zapachów pozostałych np. po zmianie wyrobów chłonnych lub po innych zabiegach pielęgnacyjnych. Krem szybko się wchłania, pozostawia nieklejący film chroniący przed przesuszeniem i działaniem czynników zewnętrznych, co daje możliwość stosowania kremu przed założeniem rękawiczek ochronnych. Krem nie zawiera żadnych składników pochodzenia zwierzęcego (jest VEGAN) oraz dodatków zapachowych, które mogłyby wpłynąć drażniąco na wrażliwą skórę.

Skład kremu został dobrany tak, aby zapewnić skórze narażonej na niesprzyjające warunki najlepszą ochronę.

Europejskie Centrum Opieki Długoterminowej poprosiło pracowników polskich Domów Pomocy Społecznej o przetestowanie, jak krem sprawdza się w codziennym użyciu w pracy

profesjonalnego opiekuna. W badaniu przeprowadzonym od czerwca do września 2021 wzięło udział 280 profesjonalistów z całej Polski. Aż 80% osób przed udziałem w teście zadeklarowało, że mają objawy typu zaczerwienienia, przesuszenie skóry, opuchnięcia, pękanie, pieczenie czy inne podrażnienia - typowe problemy skórne pracowników medycznych. Większość profesjonalistów (ponad 74%) przed testowaniem Ochronnego kremu do rąk Seni Care, stosowała inny krem do rąk, wśród wymienionych produktów prym wiodły marki drogerijne. Jak na ich tle wypadł Ochronny krem do rąk Seni Care? Zdecydowana większość - aż 96% osób - ocenia krem dobrze lub bardzo dobrze. Ponad 98% badanych uskarżających się na przesuszenie dłoni, po użyciu Ochronnego kremu do rąk Seni Care oceniło skórę jako bardziej nawilżoną i odżywioną. U blisko 3/4 respondentów stosowanie kremu do rąk poprawiło komfort pracy w rękawiczkach. Dla profesjonalistów ważna jest również ergonomia pracy, ponad 89% testujących doceniło łatwą, wygodną aplikację dzięki stabilnemu opakowaniu z pompką.

Nie dziwi więc fakt, że 98% poleciłoby stosowanie kremu innym profesjonalistom. Pozytywna opinia pracowników DPS jest zgodna z wynikami badania panelowego i aparaturowego, które przeprowadzono w Specjalistycznym Laboratorium Badawczym ITA TEST w okresie 27.11.2020 - 20.01.2021. Na podstawie wyników pomiarów TEWL (przeznaskórkowa ucieczka wody) stwierdzono, że krem pozostawia na powierzchni skóry warstwę zabezpieczającą przed nadmierną ucieczką wody własnej z rogowej warstwy naskórka, a tym samym zapobiega wysuszeniu skóry. W 3 i 5 godzinie badania wartość TEWL wyraźnie zmniejszyła się w badanej grupie osób odpowiednio o 36% i 21% w stosunku do pomiaru początkowego, co świadczy o ochronnym działaniu kremu i stabilnym utrzymywaniu wilgotności skóry przez krem.

Jeśli w Twojej pracy częste mycie rąk i dezynfekcja to codzienność, wypróbuj Ochronny krem do rąk Seni Care dla profesjonalistów polecany przez pracowników polskich DPS-ów. ●

Czym krem ochronny Seni Care różni się od drogeryjnych kremów do rąk?



98% badanych oceniło skórę jako bardziej nawilżoną i odżywioną *
98% badanych poleciłoby stosowanie kremu innym profesjonalistom *

Badanie na próbie 280 osób przeprowadzone przez Europejskie Centrum Opieki Długoterminowej w instytucjach opieki długoterminowej w Polsce w 2021 r. *

- NEUTRALIZACJA ZAPACHU
np. po zabiegach higienicznych, zapewnia komfort, brak własnego zapachu, aby dodatkowo nie podrażniać skóry
- ODŻYWIENIE ORAZ OCHRONA SKÓRY
przed utratą wody i dalszymi podrażnieniami, związanymi z częstym myciem i dezynfekcją
- EFEKT MATUJĄCY I SZYBKE WCHŁANIANIE
krem może być używany przed założeniem rękawiczek lateksowych/nitrylowych i nie pozostawia klejących się rąk
- DUŻE OPAKOWANIE Z POMPKĄ
pozwala na wygodne użycie kremu wielokrotnie w ciągu dnia
- WYSOKA WYDAJNOŚĆ
już niewielka ilość kremu zapewnia ochronę skóry dłoni

Skład Ochronnego kremu do rąk Seni Care

Aqua	woda, baza
Caprylic/ Capric Triglyceride	składnik aktywny (emolient), ułatwia poślizg
Glycerin	składnik aktywny (gliceryna)
Cetearyl Ethylhexanoate	składnik aktywny (emolient)
Butyrospermum Parkii Butter	składnik aktywny (masto shea)
Isododecane/ Hydrogenated Tetradecanyl/ Methylpentadecene	składnik aktywny (emolient)
Glyceryl Stearate	emulgator, poprawia konsystencję
Cetearyl Alcohol	poprawia konsystencję i właściwości aplikacyjne
Betaine	składnik aktywny (betaina)
Glyceryl Stearate Citrate	emulgator
Linum Usitatissimum Seed Extract	składnik aktywny (ekstrakt z nasion lnu)
Hydrogenated Polydecene	składnik aktywny (emolient)
Aluminum Starch Octenylsuccinate	składnik aktywny (składnik matujący, redukuje uczucie tłustości)
Phenoxyethanol/ Ethylhexylglycerin	konserwant
Allantoin	składnik aktywny (alantoina)
Saccharomyces Ferment Filtrate	składnik aktywny (neutralizator zapachu)
Tocopheryl Acetate	składnik aktywny (witamina E)
Sodium Benzoate	konserwant
Xanthan Gum	zagęstnik
Potassium Sorbate	konserwant
Sodium Polyacrylate	zagęstnik, poprawia konsystencję
Lactic Acid	modyfikator pH, humektant

na zielono oznaczono składni pochodzenia roślinnego **

produkt nie zawiera składników pochodzenia zwierzęcego ***

Aktywizacja

OSÓB SAMOTNYCH I SIECI WSPARCIA

MAŁGORZATA PEKALA // Projektantka wzornictwa i innowacji skierowanych do seniorów i osób z niepełnosprawnościami, współtwórca projektu „Otwarcie być ze sobą”

Poczucie osamotnienia, wykluczenie społeczne, nieumiejętność zaakceptowania nowej sytuacji, to tylko część problemów z jakim zmagają się osoby starsze czy chore.

Dlaczego samotność wyzwala cierpienie?

Izolacja społeczna nigdy nie była dla człowieka sytuacją naturalną. Samotność zwiększa śmiertelność, tak samo jak otyłość, czy wypalanie 15 papierosów dziennie (dane na podstawie analizy ponad 70 badań naukowych Julianne Holt-Lunstad). Zagrożenie atakiem serca u osób samotnych wzrasta o 29%, a udarem o 32% (wg Nicole Valtorty z Uniwersytetu Newcastle). Życie w samotności i poczuciu osamotnienia zwiększa ryzyko choroby Alzheimera oraz śmiertelność pacjentek z rakiem piersi. Wpływa na pracę mózgu, co może być przyczyną wcześniejszej demencji. Badania naukowe publikowane w „Journal of Gerontology: Psychological Sciences” wskazują, że samotność aż o 40% zwiększa ryzyko demencji. Odnotowuje się niepokojący wzrost samobójstw osób starszych. W stosunku do poprzednich lat statystyki mówią o 20% wzroście w grupie 85+, a w grupie 65+ o 10%. To dramatyczne wskaźniki.

Wiele osób subiektywnie doświadcza samotności. Budowanie więzi i odpowiedniego wsparcia powoduje poprawę ich funkcjonowania, a w terapii jest czynnikiem leczącym. Starość, choroba, niepełnosprawność to trudne sytuacje w życiu nie tylko dla osób bezpośrednio dotkniętych problemem, ale także dla ich krewnych, przyjaciół, czy zawodowych opiekunów. Osoby, których problem dotyczy osobiście zmagają się z poczuciem osamotnienia, z wykluczeniem społecznym oraz z nieumiejętnością zaakceptowania sytuacji w jakiej się znalazły. Opiekunowie z kolei nierzadko, nie wiedzą jak z nimi postępować, czują się przemęczeni lub cierpią na tzw. zespół stresu opiekuna. To okoliczności, którym towarzyszą trudne emocje, lęk, depresja, brak poczucia sensu życia. Obie strony nie mają często umiejętności do mówienia o odczuwanych emocjach. Czasem wystarczy rozmowa lub poczucie zainteresowania ze strony rodziny, przyjaciół czy

znajomych. Ważne jest inicjowanie wspólnych działań, które dają radość i angażują do bycia ze sobą.

Propozycjami wspólnych, międzypokoleniowych aktywności może być tworzenie:

- mapy śladów - miejsc ulubionych, odwiedzonych w przeszłości lub aktualnie stanowiących sentymentalny plan podróży dla młodszego pokolenia,
- drzewa przyjaźni - mapa znajomości bliższych i dalszych, koncentracja na docenianiu lub odświeżaniu niektórych kontaktów,
- tapacza wspomnień kierującego uwagę na ważnych sytuacjach, które ukształtowały nasze życie itp.

Inne zabawy, które zainspirują osoby z różnych pokoleń do interakcji to na przykład:

- zgadywanki oparte na slangu różnych pokoleń,
- loteria cytatów stanowiąca pretekst do rozmowy o jego przestaniu,
- wspomnianie konkretnego dnia i dzielenie się emocjami i doświadczeniem.

Więcej propozycji wzajemnych interakcji dających poczucie więzi i bliskości można znaleźć w filmach instruktażowych na stronie: www.otwarcie.com w zakładce „wspólny czas”.

Jak możemy zmniejszyć ryzyko demencji?

Czytanie książek jest podstawą sprawności pamięci i umiejętności koncentracji. Jeśli jednak u seniora występuje pogorszenie wzroku i czytanie staje się trudnością można korzystać z audiobooków. Słuchanie książek ma tę zaletę, że można równocześnie wykonywać inne, mało absorbujące czynności.

Puzzle, memory, codzienne ćwiczenia z zapamiętywania, powtarzanie sekwencji słów, wierszy, rymowanek, piosenek to świetny trening dla mózgu. Taka forma ćwiczeń może być stosowana jako ćwiczenie pamięci krótkotrwałej – wtedy odtwarzanie odbywa się natychmiast po przeczytaniu tekstu. Natomiast ćwiczenie pamięci długotrwałej odbywa się gdy próbujemy powtórzyć piosenkę lub wiersz po kilku dniach. Ciekawą metodę rozwoju pamięci i koncentracji opracowali wielokrotni laureaci Mistrzostw Świata Pamięci - Bracia Boral.

Łamigłówki, krzyżówki i zagadki wspomagają

ją zdolność koncentracji, logicznego myślenia, kojarzenia, przypominania sobie informacji. W ćwiczeniach pamięci i koncentracji trzeba pamiętać o systematyczności i regularnych przerwach, które są niezbędne dla skutecznej pracy mózgu. Mózg potrzebuje odpowiedniej ilości tlenu oraz odpoczynku. Dlatego niezbędna jest relaksacja i spokojne oddychanie podczas ćwiczeń pamięciowych. W takich chwilach mózg nabiera energii na dalszą pracę, regeneruje się i utrwala przyjęte informacje.

Z czasem sprawność manualna maleje, a co za tym idzie również samodzielność.

Na koncentrację i rozwój manualny bardzo pozytywnie wpływają wszelkie zajęcia hobbyistyczne, rękodzieło, warsztaty twórcze.

Przeplatanki sensoryczne Dotka są propozycją rozwijającą motorykę małą – sprawność rąk, cierpliwość, logiczne myślenie, koncentrację. Są odpowiedzią na potrzeby aktywizacji manualnej i intelektualnej seniorów. Inspiracją folklorem może być pretekstem do rozmów o korzeniach, sztuce, estetyce. Przeplatanki mogą być początkiem nowego, usprawniającego hobby dla seniora.



W opiece nad osobą chorą, starszą ważna jest dla obu stron (zarówno dla osoby wspieranej jak i opiekuna) wzajemna komunikacja, rozpoznawanie potrzeb, szczerłość czyli budowanie pozytywnych relacji.

Od dawna wiadomo, że wspólna zabawa zawsze była najlepszym sposobem na budowanie relacji.

Gra konwersacyjna „Otwarcie być ze sobą” inicjuje szczere rozmowy. Celem gry jest pomoc w nawiązaniu więzi pomiędzy osobami wspieranymi i wspierającymi (lub osobami będącymi w tej samej sytuacji, grupie terapeutycznej czy samopomocowej). „Otwarcie być

dotkniętymi poważnymi chorobami. Dobrane są w taki sposób, by bez nacisku i bez wywierania presji zachęcać do szczerej rozmowy. Pytania podzielone zostały tak, by uczestnicy mogli wybrać poziom ich głębi, w zależności od tego z kim grają i o jakim stopniu trudności tematy chcą poruszać. Gra uczy asertywnie komunikować o swoich potrzebach i uczuciach. **Uczy otwarcie być ze sobą.**



ze sobą” jest też sposobem na spędzenie czasu i zabawę, a czasem po prostu bezpieczną możliwością na rozpoczęcie i zainicjowanie rozmowy. Pozwala na wzajemne poznanie, dzielenie się doświadczeniami, komunikowanie potrzeb oraz poruszanie tematów tabu w lekkiej formie. Pytania w grze ułożone są przez osoby z doświadczeniem w pracy z osobami starszymi lub

Projekt „Otwarcie być ze sobą” został opracowany przez Małgorzatę Pękala i psychologa Tomasza Sikorę. Zrealizowany dzięki grantowi na innowacje skierowanemu do seniorów i osób z niepełnosprawnościami (www.dobreinnowacje.pl).

Zapraszamy do bezpłatnego wypróbowania gry „**Otwarcie być ze sobą**” osoby zainteresowane udziałem w jej testowaniu i ulepszeniu. Grę użyczamy instytucjom, grupom samopomocowym, terapeutycznym. Zgłoszenia: kontakt@otwarcie.com, 608 466 976. Skróconą wersję gry można pobrać ze strony: www.otwarcie.com/gr



Zapobiega odparzeniom



składniki aktywne:

arginina, alantoina, biokompleks Iniany, pantenol, masło shea, olej canola, olej z pestek winogron, neutralizator zapachu



wspomaga regenerację skóry

91% osób zauważyło poprawę stanu skóry i brak nowopowstałych zmian na skórze*



DOSTĘPNY W APTEKACH I SKLEPACH MEDYCZNYCH

* Badanie na próbie 305 osób przeprowadzone przez Europejskie Centrum Opieki Długoterminowej w instytucjach opieki długoterminowej w Polsce w 2019 roku