

Forum Opieki Długoterminowej

# medi

ISSN 1643 – 1308 nakład 3000 egz.

KWARTALNIK // NR 1 (78)  
**STYCZEŃ 2019**



**Inicjatywa  
Dyrektorów DPS-ów**  
województwa  
kujawsko-pomorskiego

**Badanie  
zasadności**  
pobytu w DPS-ie

**Krajowy Mechanizm  
Prewencji Tortur**  
diagnoza problemów  
systemowych DPS-ów



**seni**<sup>®</sup>

**wspiera  
w opiece  
nad osobami  
przewlekle  
chorymi**



**Seni Active**  
majtki chłonne dla osób  
z nietrzymaniem moczu



**Seni Care**  
produkty pielęgnacyjne  
i przeciwoleźynowe



Bezpłatny poradnik  
**DAMY RADĘ**  
„Jak opiekować się osobą  
przewlekle chorą w domu”

**Zamów!**  
**BEZPŁATNE PRÓBK I PORADNIK**  
na: **seni.pl**

# medi

STYCZEŃ // 2019

## Szanowni Państwo!

### WYDAWCA:

Fundacja  
Razem Zmieniamy Świat

### PRACOWNIK WYDANIA:

TZMO SA  
Producent wyrobów  
pod markami Seni, Matopiat, Bella

### REDAKCJA NAUKOWA:

mgr Grzegorz Baranowski  
prof. dr hab.  
Zofia Kawczyńska-Butrym  
mgr Lilia Kimber-Dziwisz  
dr n. med. Piotr Kowalczyk  
mgr Janina Mirończuk  
dr n. med. Marta Podhorecka  
mgr Grażyna Śmiarowska  
dr n. med. Robert Ślusarz  
prof. dr hab. med.  
Anna Wilmowska-Pietruszyńska

### REDAKTOR:

Katarzyna Rozmus-Gazda  
katarzyna.rozmus@tzm.com.pl

### PROJEKT GRAFICZNY I SKŁAD:

Agata Wajer-Gądecka

### 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](http://www.razemzmieniamyswiat.pl)  
w zakładce PUBLIKACJE

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

**W**itamy w styczniowym numerze kwartalnika Medi! Nowy rok rozpoczynamy od świeżoną odstoną naszego czasopisma, zarówno wizualną, jak i merytoryczną.

A co w bieżącym numerze? Rozpoczynamy od dalszej interpretacji zmian prawnych dotyczących mieszkańców chorych psychicznie i niepełnosprawnych umysłowo w zakresie badania zasadności ich pobytu w DPS-ach. Pozostając w tematyce bieżących wyzwań, przed jakimi stoją instytucje OD w Polsce, publikujemy treść pisma Dyrektorów DPS-ów woj. kujawsko-pomorskiego, będący przykładem realnych działań w kwestii zdefiniowania problemów oraz propozycji ich zmian. Dodatkowym głosem, uzupełniającym stan wiedzy na temat OD w Polsce, dającym obraz z nieco innej perspektywy, jest diagnoza problemów systemowych DPS, przeprowadzona przez KMPT (Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur).

W obliczu rosnącej ilości roszczeń względem instytucji jak i pracowników w sektorze opieki długoterminowej, zarówno ze strony podopiecznych, jak i ich rodzin, publikujemy artykuł Teresy Błaszczuk *Ochrona przed roszczeniami - komfort czy konieczność?*

O trudnej sztuce komunikacji na różnych polach pisaliśmy w Medi nie raz, temat komunikacji na linii instytucja – rodzina podopiecznego, wciąż budzi wiele emocji. Psycholog Leszek Guga podpowie nam, w jaki sposób rozmawiać, aby komunikacja z rodziną podopiecznego była skuteczna i nie powodowała negatywnych emocji.

Od bieżącego numeru Medi proponujemy Państwu nowość w postaci ćwiczeń dla podopiecznych. Na przedostatniej stronie będziemy zamieszczać różnego rodzaju tamigłówki, które można wykorzystać podczas terapii. Wystarczy wyciąć, skserować i rozdać swoim podopiecznym. Udanych zajęć!

**Redakcja Medi**

## ● Wyzwania opieki długoterminowej

- 6** Badanie zasadności pobytu w DPS-ie. Dalszy ciąg rozważań nad przepisami, z którymi nie potrafimy sobie poradzić!

*Grzegorz Baranowski*

- 10** Inicjatywa Dyrektorów DPS-ów województwa kujawsko-pomorskiego

*Dyrektorzy DPS-ów woj. kujawsko-pomorskiego*

- 19** Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur diagnozuje problemy systemowe w DPS-ach

*Justyna Zarecka*

## ● Teoria i praktyka

- 25** Metoda 5S, czyli jak przywrócić ład i porządek w miejscu pracy

*Małgorzata Kospin*

- 31** Ochrona przed roszczeniami. Komfort czy konieczność?

*Teresa Błaszczuk*

## ● O tym trzeba rozmawiać

- 37** Jak rozmawiać z rodziną? O trudnej sztuce komunikacji z rodziną podopiecznego

*Leszek Guga*

## ● Pielęgnacja

- 42** ABC higienicznego mycia osób unieruchomionych

*Marta Maleszewska*





## PROGRAM RAMOWY

### 22. Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej

# OSWOIĆ NIEPAMIĘĆ GDY MIESZKA Z NAMI ALZHEIMER

**18-20  
września 2019**

Centrum  
Kulturalno-Kongresowe  
*Jordanki*,  
Al. Solidarności 1-3,  
Toruń

Praktyki ze świata. Jak poprawić jakość życia osób chorych z różnymi formami demencji?

#### **18 września 2019**

18:00 Uroczysta inauguracja

#### **19 września 2019**

9:00 – 11:00 Sesja I

**Pozytywne podejście do opieki w chorobie Alzheimera i innych formach demencji.**

11:30 – 13:00 Sesja II

**Po drugiej stronie lustra.**

**Czy dobrze rozumiemy to, co widzimy?**

**Doświadczenia osób chorujących na demencję.**

14:00 – 15:30 Sesja III

**Otoczenie ma znaczenie.**

**Co możemy zrobić, by minimalizować negatywne objawy choroby oraz poprawić jakość życia chorego i komfort opieki?**

16:00 – 18:00 Sesja IV

**Alzheimer u specjalisty. Czy znamy lekarstwo?**

#### **20 września 2019**

9:00 – 12:00 Sesja V

**Dobre praktyki w opiece nad osobami z demencją.**

Więcej szczegółów na stronie internetowej [www.mkod.pl](http://www.mkod.pl)

# Badanie zasadności pobytu w DPS-ie

DALSZY CIĄG ROZWAŻAŃ NAD PRZEPISAMI, Z KTÓRYMI NIE POTRAFIMY SOBIE PORADZIĆ!

GRZEGORZ BARANOWSKI // Dyrektor DPS-u dla Dorosłych w Bytomiu

*W poprzednich numerach Medi podejmowaliśmy temat badania zasadności pobytu w DPS-ach mieszkańców chorych psychicznie i niepełnosprawnych umysłowo. Głos w tej sprawie zabrało Ministerstwo Zdrowia i przedstawiciele sądownictwa. Zanim omówimy ich stanowiska, przypomnijmy sobie istotę problemu.*



**Z**godnie z art. 38 ust. 1 osoba, która wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego, może być za jej zgodą lub zgodą jej przedstawiciela ustawowego przyjęta do

domu pomocy społecznej. Warto zaznaczyć, iż ust. 2 w/w art. doprecyzowuje, iż Przyjęcie do domu pomocy społecznej osoby, o której mowa w ust. 1, bez jej zgody, a za zgodą jej przedstawiciela ustawowego wymaga orzeczenia sądu opiekuńczego o przyjęciu do domu pomocy społecznej.

Podkreślić należy, iż w dzisiejszym stanie prawnym mamy zatem do czynienia z sytuacją, w której pobyt w DPS-ie osoby z zabu-

## ● Wyzwania opieki długoterminowej

rzeniami psychicznymi może być poprzedzony jedynie własną zgodą osoby zainteresowanej, a w przypadku zgody przedstawiciela ustawowego, zawsze musi poparty zostać zgodą sądu rodzinnego.

Badanie zasadności pobytu w DPS-ie reguluje art. 38 ust.5 u.o.o.z.p, który brzmi następująco: *Osoba, o której mowa w ust. 1, podlega okresowym badaniom stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym jej pobyt w domu pomocy społecznej.*

*Badania przeprowadza się co najmniej raz na 6 miesięcy.*

Zatem obowiązek badania zasadności pobytu dotyczy wszystkich mieszkańców DPS-ów spełniających kryteria, o których mowa w ust. 1 – tj. przebywających w DPS-ach na podstawie własnej zgody lub zgody sądu rodzinnego.

Oдноśnie sposobu realizacji przedmiotowego głoś zabrało już kilkakrotnie Ministerstwo Zdrowia. Stanowisko Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia w tej sprawie sprowadza się do następujących tez:

**1** Przepis art. 38 ust. 5 u.o.z.p, nie wprowadza konieczności pozyskania zaświadczeń lub opinii lekarza w sprawie dalszej konieczności pobytu w DPS-ie, stąd zdaniem Departamentu nie powinny pojawiać się koszty ich uzyskania.

**2** Art. 5. u.o.z.p stanowi, iż opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest wykonywana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej – w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej oraz w domach pomocy społecznej – zatem to DPS jest odpowiedzialny za realizację usług medycznych na rzecz mieszkańców.

**3** DPS odpowiada za realizację przedmiotowego obowiązku w postaci badania zasadności pobytu.

Poniżej zaprezentowany jest najbardziej bulwersujący fragment stanowiska Departamentu Zdrowia Publicznego, w tej sprawie.

Departament w dalszym ciągu podtrzymuje stanowisko, że obowiązek realizacji badań o których mowa w art. 38 ust. 5 ustawy ciąży na domu pomocy społecznej, w którym przebywa pacjent. Podkreślenia wymaga, że w dokumencie *Ocena Skutków Regulacji* opracowanym do projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (UB11), który nadał aktualnie obowiązujące brzmienie art. 38 ust. 5, jednoznacznie wskazano, że: *Okresowe badanie stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym pobyt osoby w domu pomocy społecznej, wykonywanych nie rzadziej, niż co 6 miesięcy, finansowane będzie ze środków pozostających w dyspozycji domu pomocy społecznej, pozyskanych z tytułu opłat wnoszonych przez mieszkańców za pobyt pensjonariuszy w domu lub innych źródeł określonych w przepisach o pomocy społecznej. W związku z powyższym regulacja ta nie będzie generować dodatkowych kosztów dla budżetu państwa.* Informacja ta, wraz z projektem ustawy, została przejęta przez Radę Ministrów i nie stanowiła przedmiotu sporu.

Z w/w stanowiska wynika jednoznacznie, iż wykładnią prawa i jedynym najistotniejszym argumentem Ministerstwa Zdrowia jest zapis w dokumencie procesu legislacyjnego jakim jest *Ocena Skutków Regulacji*. Treść w/w informacji wskazuje również, iż to DPS ma ponieść koszt badania zasadności pobytu, a odbywa się to przy całkowitej bierności Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, na co wskazuje ostatni fragment w/w stanowiska.

Kwestią bezsporną jest fakt, iż z literalnego brzmienia przepisu nie wynika wprost, który podmiot odpowiada za realizację przedmiotowego obowiązku. Co więcej, kompetencja w zakresie badania zasadności pobytu w DPS-ie jest zarezerwowana do wyłącznej właściwości, właściwego miejscowo sędziego wizytatora, co wynika wprost z przepisów art. 43 cytowanej ustawy.



Ponadto mieszkańcy DPS-ów są stale objęci leczeniem psychiatrycznym, dlatego również obowiązek ten może być przypisany lekarzowi psychiatrze prowadzącemu tę osobę.

Ponadto zdaniem Dyrektorów DPS-ów, nie mogą oni występować z wnioskiem o przeprowadzenie badania dotyczącego dalszej zasadności pobytu, gdyż osoby przebywające w DPS-ach, zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, są przyjęte do DPS-ów albo za swoją zgodą albo w trybie postanowienia Sądu (bez ich zgody). Organem kierującym i umieszczającym w DPS-ie osoby, które wyraziły zgodę na pobyt w DPS-ie, jest gminny organ pomocy społecznej, natomiast w przypadku osób ubezwłasnowolnionych lub skierowanych na podstawie postanowienia Sądu, właściwy miejscowo Sąd Rodzinny. Podnosi również, iż obowiązek badania zasadności pobytu w DPS-ie wynikający z art. 38 ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, dotyczy obu w/w trybów skierowania do DPS-ów (a nie tylko osób skierowanych bez zgody).

Ważnym argumentem w dyskusji jest też treść art. 9 ust. 3. u.o.o.z.p, który brzmi: *jednostka organizacyjna pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi udziela osobie w niej przebywającej, adekwatnie do potrzeb i stanu zdrowia tej osoby, pomocy w korzystaniu przez nią ze świadczeń zdrowotnych przysługujących na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.* Obowiązek wynikający z art. 38. ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, nie wynika z przepisów o świad-

zeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co tym bardziej potwierdza tezę, iż obowiązek ten nie ciąży na domu pomocy społecznej.

Dyrektorzy DPS-ów w w/w sporze zyskują coraz więcej podmiotów popierających ich stanowisko w sprawie. Ostat-

**Podkreślić należy, iż w dzisiejszym stanie prawnym mamy zatem do czynienia z sytuacją, w której pobyt w DPS-ie osoby z zaburzeniami psychicznymi może być poprzedzony jedynie własną zgodą osoby zainteresowanej, a w przypadku zgody przedstawiciela ustawowego, zawsze musi poparty zostać zgodą sądu rodzinnego.**

nim ważnym głosem w dyskusji jest stanowisko Wiceprezesa Sądu Okręgowego w Krakowie z dnia 6 grudnia 2018r., które stwierdza, iż: *Bez wątpienia przepis art. 38 u.o.z.p jest nieprecyzyjny i nie daje możliwości udzielenia odpowiedzi na szereg pojawiających się problemów. Trudności te są dostrzegane jak się wydaje przez wszystkich dyrektorów domów pomocy społecznej, podobnie jak przez Sędziów*

*działów sprawujących kontrolę nad prawidłowością przyjmowania i przebywania osób w domach pomocy społecznej.* Sąd Okręgowy w Krakowie potwierdza zatem fakt, iż przepis ten budzi szereg zastrzeżeń i rodzi szereg problemów interpretacyjnych.

Dyskusja trwa nadal. Korespondencja w tej sprawie się toczy, a obowiązek prawny nie jest realizowany. Organizatorzy pomocy społecznej wskazują również na problem, iż wydatkowanie środków publicznych na opłacenie badań lekarskich w zakresie badania zasadności pobytu może być kwestionowane przez służby kontrolne i finansowe jako wydatek dokonany bez czytelnej podstawy prawnej – co grozi oczywiście dyscypliną finansów publicznych. Zatem każdy z dyrektorów zanim wydatkuje jakiegokolwiek środki finansowane na ten cel, wielokrotnie zastanowi się nad celowością ich wydatkowania. Dalej zobowiązujemy się informować na łamach Medi, o ustaleniach w tym zakresie. ●

# Inicjatywa Dyrektorów DPS-ów

WOJEWÓDZTWA  
KUJAWSKO-POMORSKIEGO

---

*Dyrektorzy Domów Pomocy Społecznej województwa kujawsko-pomorskiego spotkali się 26.11.2018 r. w Toruniu, aby podjąć działania mające na celu poprawę sytuacji mieszkańców i pracowników DPS-ów. Efektem tego spotkania jest pismo skierowane do Pani Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Kujawsko – Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego. Problemy poruszone w piśmie dotyczą udzielanych świadczeń i usług mieszkańcom DPS-ów w szczególności usług zdrowotnych.*

*Istnieje konieczność podjęcia działań nad rozwiązaniami systemowymi problemów poruszanych w piśmie. W dokumencie tym zwrócono uwagę na trudną sytuację kadrowo – płacową pracowników DPS-ów.*

*Obok zamieszczamy treść pisma.*

Dyrektorzy  
Domów Pomocy Społecznej  
Województwa Kujawsko – Pomorskiego

Toruń, dnia 26.11.2018 r.

**Szanowana Pani  
Dyrektor  
Wydziału Polityki Społecznej  
Kujawsko-Pomorskiego  
Urzędu Wojewódzkiego  
w Bydgoszczy**

**D**yrektorzy Domów Pomocy Społecznej pragną zwrócić uwagę na bardzo trudną sytuację w zakresie jakości świadczonych usług stosownie do obowiązujących standardów, w tym w szczególności w zakresie świadczenia usług zdrowotnych dla mieszkańców.

Problem zapewnienia usług zdrowotnych w DPS-ach był podnoszony wielokrotnie przez dyrektorów DPS-ów na spotkaniach, naradach, konferencjach i szkoleniach, jak do tej pory nie ma dostatecznych rozwiązań systemowych, które by zapewniły funkcjonowanie DPS-ów w sposób gwarantujący świadczenie usług zdrowotnych, pielęgniarских i specjalistycznych w sposób adekwatny i wystarczający dla potrzeb mieszkańców.

Mieszkańcy DPS-ów to osoby chore i niesamodzielne, często wymagające intensywnych zabiegów pielęgnacyjnych. Wielokrotnie informowaliśmy, że do DPS-ów trafiają osoby trudne z całym wachlarzem problemów zdrowotnych, geriatrycznych, onkologicznych, psychiatrycznych, psychologicznych, chorób zakaźnych, alkoholizmu, agresji, z problemami społecznymi – osoby po odbyciu kary pozbawienia wolności itp. Pomimo, że DPS posiada swój profil to należy stwierdzić, iż w każdym DPS-ie zamieszkują osoby z powyższymi problemami wymagające specjalistycznych usług zdrowotnych. Z doświadczenia wiemy, że gminy kierują do DPS-ów osoby w sytuacji

ostatecznej, kiedy w żaden sposób nie mogą sobie poradzić z klientem w środowisku i bardzo często zdarza się, iż umieszcza się te osoby na podstawie postanowienia Sądu – bez ich zgody.

Do naszych powinności, jako dyrektorów DPS-ów należy realizacja standardu usług dla mieszkańców zgodnie z ich potrzebami i obowiązującymi przepisami prawa.

Obecna sytuacja świadczenia usług pielęgniarских w DPS-ach jest dramatyczna – pielęgniarek fizycznie nie ma lub za chwile nie będzie. Sytuacja taka spowodowana jest konkurencyjnością płacową w podmiotach leczniczych w stosunku do jednostek organizacyjnych prowadzonych przez samorządy lokalne. Jesteśmy świadomi, że obowiązującym stanie prawnym nie istnieje wyrażone *explicite* zobowiązanie DPS-u do zapewnienia świadczeń pielęgniarских, jednak praktyka życia codziennego w DPS-ach i potrzeby mieszkańców wskazują jednoznacznie na konieczność takich usług.

Opieka pielęgniarська – z uwagi na złożoność potrzeb zdrowotnych mieszkańców, jest niezbędna. Mieszkańcy przyjmują leki silnie działające na wiele współistniejących schorzeń jednocześnie, w tym leków psychotropowych. Istotny problem stanowi kwestia zaopatrzenia mieszkańców w leki, zapewnienie ciągłości w podawaniu leków – recepty, ich zabezpieczenie, ewidencjonowanie, rozliczanie, rozkładanie i podawa-





nie leków mieszkańcom wg. obowiązujących zasad – ten, kto przygotowuje leki również je podaje, wykonywanie iniekcji, wlewów dożylnych, karmienie przez zgłębnik, leczenie dietetyczne, korygowanie dawek leków, insuliny stosownie do aktualnego stanu zdrowia mieszkańca, przygotowanie do badań specjalistycznych, stosowanie środków przymusu, prowadzenie dokumentacji medycznej, oraz szereg innych czynności, które w opiece nad mieszkańcem DPS-u są konieczne.

Ministerstwo Zdrowia stoi na stanowisku, że pracownicy DPS-u, współuczestniczący w procesie pielęgnacji mieszkańców, realizują te same zadania, co bliscy chorego w domu rodzinnym, w związku z czym, w razie konieczności, podają niezbędne leki. Na stronie internetowej [opiekunmedyczny.com.pl](http://opiekunmedyczny.com.pl) <http://opiekunmedyczny.com.pl>

**Obecna sytuacja świadczenia usług pielęgniarstwa w DPS-ach jest dramatyczna – pielęgniarek fizycznie nie ma lub za chwilę nie będzie. Sytuacja taka spowodowana jest konkurencyjnością placówką w podmiotach leczniczych w stosunku do jednostek organizacyjnych prowadzonych przez samorządy lokalne.**

[opiekunmedyczny.com.pl/hot-news-1/odpowiedzministerstwazdrowia](http://opiekunmedyczny.com.pl/hot-news-1/odpowiedzministerstwazdrowia) opublikowana jest opinia uzyskana z Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia – Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłych chorych i niepełnosprawnych, w której czytamy: *opiekun medyczny może w ramach czynności opiekuńczych pomoc pacjentowi*

*w przyjmowaniu leków, np. poprzez dopilnowanie godzin ich przyjmowania, wyjęcie tabletki z opakowania i włożenia do ust w przypadku niesprawnych rąk, czy podania wody do picia. Ponadto w opinii Krajowego Konsultanta: w celu zapewnienia pełnego bezpieczeństwa pacjentom opiekun medyczny powinien nabyć wiedzę z zasad pomocy przy przyjmowaniu leków, w tym zasad pomocy przy przechowywaniu leków pacjenta i przestrzegania zaleceń le-*

karskich, co do warunków przyjmowania leków (np. pory dnia, przed czy po posiłku). Istotne jest także, by opiekun medyczny był świadomy działania leków np. przeciwbólowych czy nasennych. Odnosząc się natomiast do możliwości wykonywania przez opiekuna medycznego czynności karmienia chorych przez zgłębnik, należy zauważyć, iż czynność ta należy do pielęgnacji specjalistycznej i powinna być wykonywana przez pielęgniarkę. Należy jednak zauważyć, iż aktualnie obowiązujące przepisy nie umożliwiają delegowania na opiekunów medycznych uprawnień pielęgniarzkich, takich jak podawanie leków drogą inną niż doustną, podawania insuliny, zakładania zgłębników do żołądka, zakładanie cewników do pęcherza, leczenie ran, itp. do wykonywania, których nie zostali przygotowani w toku kształcenia. W tych czynnościach opiekun medyczny jedynie pomaga pielęgniarce.

Zasady wykonywania zawodu pielęgniarki zostały określone w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej. Zgodnie z art. 4 tego aktu wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, wśród których wymienia się m.in. realizację zleceń lekarskich w procesie leczenia i rehabilitacji czy samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych. Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym **podawanie leków różnymi drogami należy do kompetencji pielęgniarki**, a cytowane powyżej stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych nie stanowi źródła prawa.

W obecnym stanie zakres edukacji opiekunów zatrudnionych w DPS-ach nie pozwala na skuteczne podawanie leków, bez narażenia mieszkańców na utratę zdrowia i życia. W rozporządzeniu w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach wskazuje się, że absolwent szkoły kształcącej w zawodzie opiekun w domu pomocy społecznej powinien być przygotowany do wykonywania czynności opiekuńczych, w tym podejmowania współpracy z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym podczas świadczenia usług z zakresu opieki medycznej nad osobą chorą i nie-

samodzielną. Natomiast nie ma zapisu dotyczącego podawania leków (leków silnie działających, nasercowych, psychotropowych) a tym samym usankcjonowania uprawnień do podawania leków przez opiekuna w domu pomocy społecznej. Ponadto udzielanie świadczeń zdrowotnych, przez osoby nieuprawnione, do jakich jest upoważniona z mocy przepisów pielęgniarstwa, w sytuacji pomyłki w podaniu leku mieszkańcowi, należy liczyć się (nie wspominając o karze grzywny nakładanej na podstawie art. 84 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej) z odpowiedzialnością karną za popełnienie przestępstwa narażenia na niebezpieczeństwo innej osoby (art. 160 Kodeksu karnego) bądź odpowiedzialnością cywilnoprawną za szkodę poniesioną w związku z doznaniem uszczerbku na zdrowiu.

Dyrektor DPS-u jest odpowiedzialny za organizację pracy w DPS-ie, delegowanie zakresu czynności i odpowiedzialności na poszczególnych pracowników w ramach obowiązującego prawa. Rodzą się zatem uzasadnione pytania, czy dyrektor DPS-u może powierzyć opiekunowi w zakresie obowiązków czynność rozkładania i podawania leków mieszkańcom?, jakie będą skutki prawne dla opiekuna, dyrektora DPS-u, jeżeli opiekun pomyli się przy podawaniu leków i nastąpi zagrożenie życia lub zgon mieszkańca? Jakże wówczas będą stosowane przepisy prawa w celu rozstrzygnięcia kwestii czy opiekun był uprawniony czy też nie do podania leku mieszkańcowi?

Szukając rozwiązań w celu zapewnienia realizacji usługi w rozkładaniu i podawaniu leków mieszkańcom zwrócono się pismem DPS/D/023/12/16 do Kujawsko-Pomorskiego Oddziału NFZ Wydział Świadczeniobiorców opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy z zapytaniem: *czy POZ może odmówić wykonania świadczeń mieszkańcowi domu pomocy społecznej, które polegają na rozkładaniu i podawaniu leków drogą doustną przez pielęgniarkę środowiskową w ramach obowiązujących ją godzin pracy w danym dniu, czyli w godz. 8.00 – 18.00? oraz czy w myśl obowiązujących przepisów w ramach udzielanych świadczeń leczniczych pielęgniarki środowiskowe POZ mogą rozkładać i podawać leki doustne mieszkańcowi domu pomocy społecznej mając zlecenie lekarskie?*

## ● Wyzwania opieki długoterminowej

W odpowiedzi NFZ Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki w Bydgoszczy w piśmie WSOZR-A.5100.7.2016 z dnia 07.06.2016 informuje, że *świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej dla pensjonariuszy domu pomocy społecznej realizowane są na zasadach ogólnych, to znaczy tak jak dla wszystkich ubezpieczonych, niezależnie od ich miejsca zamieszkania*. Pielęgniarka POZ realizuje zabiegi i procedury medyczne zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, **rozkładanie leków i ich podawanie drogą doustną pensjonariuszom DPS-ów nie należy do obowiązków pielęgniarki POZ**.

Problem opieki pielęgniarskiej dla mieszkańców DPS-ów był przedmiotem ogólnopolskiej konferencji pt. *Zabezpieczenie mieszkańców domów pomocy społecznej w świadczenia pielęgniarskie*, która miała miejsce 18 kwietnia 2018 r. w Warszawie. Efektem konferencji jest wypracowane Stanowisko nr 18 NRPIP z dnia 19 czerwca 2018 r. z apelem o niezwłoczne podjęcie działań mających na celu zapewnienie osobom niepełnosprawnym, niezdolnym do samodzielnej egzystencji i wymagającym długotrwałej opieki pielęgnacyjnej równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, realizowanych przez pielęgniarki w domach pomocy społecznej. Powyższe stanowisko zostało przekazane do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. W odpowiedzi z dnia 8 sierpnia 2018 r. DPS.V076.14.2018.WW do prezes NIPiP Zofii Małas czytamy, że *trwają prace nad koszykiem usług, które zakładałyby całodobowe świadczenia usług w DPS-ach, a najwłaściwszym rozwiązaniem byłby kontrakt z NFZ podpisywany przez dyrektora DPS-u*.

Nasze wątpliwości budzi fakt, iż podobne rozwiązanie było propagowane w latach 2008/2009. Dyrektorzy DPS-ów przygotowali środowisko pielęgniarek na przyjęcie proponowanych rozwiązań, lecz w momencie, kiedy pielęgniarki przeszły na kontrakty świadczenia usług pielęgniarskich w DPS-ach (przykład DPS Piła), NFZ wycofał się z tej formy świadczenia usług. Rezygnacja z etatu i samozatrudnienie wiąże się z niepewnością, co do uzyskania finansowania z funduszu. Jednocześnie pielęgniarkom prowadzącym działalność nie przysługują przywileje związane z pozostawianiem

w stosunku pracy, takie jak urlop, trzynastki, dodatki stażowe czy nagrody jubileuszowe. Ponadto pielęgniarki, które obecnie pracują w DPS-ach to osoby w wieku 45 – 50 lat i więcej, co może być przyczyną, że odejdą z pracy w DPS-ach do innych podmiotów leczniczych, ponieważ korzystając z przywileju pracy o szczególnym charakterze w wieku 55 lat mogą skorzystać ze świadczenia emerytalnego. Należy zauważyć, że na rynku pracy fizyczne nie ma pielęgniarek, jest to stan chroniczny, który nie rokuje, aby w najbliższych latach pojawiły się na rynku pracy osoby z wykształceniem pielęgniarskim. Zakładając, że doszłoby do podpisania przez dyrektora kontraktu z NFZ to należy dokonać uregulowań prawnych związanych z organizacją, zarządzaniem i nadzorem w DPS-ach – kto sprawowałby nadzór merytoryczny nad świadczeniem usług pielęgniarskich w stosunku do mieszkańców DPS-ów?, jaka by-





łaby odpowiedzialność dyrektora za tę dziedzinę usług? itp., Dlatego uważamy, że mimo wypracowania nowego produktu świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w DPS-ach może dojść do sytuacji, w której obecnie zatrudnione pielęgniarki odejdą do innych podmiotów leczniczych, a wobec braku pielęgniarek na rynku pracy, DPS pozostanie całkowicie pozbawiony usług pielęgniarskich. Pragniemy zauważyć, że obecnie pielęgniarki są wliczane do wskaźnika zatrudnienia w dziale terapeutycznym zgodnie z rozporządzeniem w sprawie domów pomocy społecznej, jeżeli pielęgniarki nie będą zatrudnione przez DPS to w ich miejsce dla uzyskania wskaźnika musimy zatrudnić opiekuna, którego kompetencje są znacznie ograniczone w stosunku do pielęgniarki. Dlatego uważamy, że przyszłościowo korzystnym rozwiązaniem dla poszerzenia kompetencji opiekunów w DPS-ach byłoby

włączenie do podstawy programowej kształcenia opiekunów DPS-ów i rozszerzenie katalogu uprawnień o rozkładanie i podawanie leków.

Pragniemy również zwrócić uwagę na kwestię stosowania środków przymusu bezpośredniego, do którego zastosowania jest uprawniona tylko i wyłącznie pielęgniarka. Przy braku pielęgniarki zapis w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania*, który uprawnia do zastosowania środka przymusu w DPS-ie staje się zapisem martwym. Z jednej strony ustawodawca zakłada, że mieszkaniec DPS-u jest traktowany jak każdy ubezpieczony w korzystaniu z usług zdrowotnych – to znaczy, że w DPS-ach nie ma pielęgniarek, z drugiej zawiera zapis, że środki przymusu w DPS-ie mogą być stosowane przez



## ● Wyzwania opieki długoterminowej

pielęgniarkę. Naszym zdaniem przepisy prawa pozostają w sprzeczności do siebie i ujawniają brak ich spójności. Szkolenie opiekunów na temat stosowania środków przymusu bezpośredniego w sytuacji, kiedy nie będzie pielęgniarek pozostaje tylko i wyłącznie w sferze teorii, ponieważ w praktyce środka przymusu nie może zastosować opiekun – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

W dniu 26.04.2018 r. w Grudziądzu odbyło się spotkanie dyrektorów domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych, którego tematem głównym była realizacja zmian ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 24 listopada 2017 r. oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2017 r. poz. 2439) w szczególności art. 38 ust. 1 i 5 ustawy.

Stosownie do treści art. 38 ust. 1 cyt. Usta-

wy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 24 listopada 2017 r.: *Osoba, która wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego, może być za jej zgodą lub zgodą jej przedstawiciela ustawowego przyjęta do domu pomocy społecznej.* do art. 38 dodano ust. 5 *Osoba, o której mowa w ust. 1, podlega okresowym badaniom stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym jej pobyt w domu pomocy społecznej. Badania przeprowadza się, co najmniej raz na 6 miesięcy. W związku z powyższym powstaje obowiązek dwa razy w roku oceny stanu zdrowia mieszkańca DPS-u z rozpoznaną chorobą psychiczną i upośledzeniem umysłowym przez lekarza psychiatrę. **Zasadne staje się pytanie, kto ma ten obowiązek realizować – Sąd czy DPS?** Zgodnie z art. 58 u.p.s. domy pomocy społecznej zobowiązane są do pokrywania kosztów pobytu mieszkańca w placówce. O ile jednak zapewnienie całodobowej opieki dostosowanej do potrzeb mieszkańca w całości obciąża finansowo placówkę, o tyle pozostałe potrzeby bytowe i społeczne zaspokajane są ze środków domu tylko w niezbędnym zakresie. Oznacza to, że dom nie jest zobowiązany do zaspokajania wszystkich potrzeb mieszkańców, a jedynie tych wynikających z określonego przepisami standardu usług. Z przytoczonego przepisu wynika niestety, że Dom nie jest odpowiedzialny za zapewnienie swoim mieszkańcom świadczeń zdrowotnych, a jedynie organizuje i umożliwia pomoc w korzystaniu z nich. Ponadto, kwestią sporną pozostaje odpowiedź na pytanie – **czy wszyscy mieszkańcy winni być poddani takiemu badaniu, czy tylko Ci, którzy są umieszczeni w DPS-ach postanowieniem Sądu?** Wielu z nas prezentuje różnorodne stanowisko z uwagi na różne interpretacje przywołanych wyżej przepisów oraz przekazaną informację na organizowanych szkoleniach.*

Kolejnym problemem natury formalnej stanowi wskazanie opiekuna prawnego dla osoby ubezwłasnowolnionej. W sytuacji uruchomienia procedury ubezwłasnowolnienia Sądy



zwracają się do DPS-ów o wskazanie kandydata na opiekuna prawnego, kuratora.

Oczywiście, jeżeli mieszkaniec posiada kogoś bliskiego staramy się, aby zawsze był to ktoś z rodziny, choć i w takim przypadku nie zawsze udaje się pozyskać opiekuna prawnego, kuratora. Dlatego często opiekunem prawnym, kuratorem zostaje pracownik DPS-u. *Pełnienie przez pracowników funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych budzi jednak wątpli-*

*wości przedstawicieli KMP – raport KMP.575.10.2016.JJ z dnia 30 maja 2016 r. Jednym z zadań opiekuna prawnego powinno być bowiem monitorowanie, czy podopieczny ma zapewnioną w placówce odpowiednią opiekę i nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. Pracownicy DPS-ów mogą natomiast nie być obiektywni w ocenie oferty opiekuńczej DPS-ów. Ponadto pełnie-*

*nie przez personel domów pomocy społecznej funkcji opiekunów prawnych wiąże się de facto z nakładaniem na nich dodatkowych obowiązków kosztem czasu wolnego lub prywatnego... Może to zatem prowadzić do braku odpowiedniej motywacji, by właściwie i rzetelnie wykonywał powierzone obowiązki.*

Chcemy jasno powiedzieć, że wskazanie na opiekuna prawnego, kuratora – pracownika DPS-u jest koniecznością, w celu zabezpieczenia interesów mieszkańca w zaspokojeniu Jego potrzeb bytowych, zdrowotnych w aspekcie prawnym. Niestety w praktyce coraz częściej spotykamy się z odmową pracowników, którzy twierdzą, że zostają obciążeni dodatkowymi obowiązkami, co stanowi potwierdzenie stanowiska KMP w tym aspekcie.

Istotą każdego DPS-u są ludzie na wszystkich szczeblach. Wykorzystanie pełnego po-

*Istotą każdego DPS-u są ludzie na wszystkich szczeblach. Wykorzystanie pełnego potencjału twórczego i energii całej załogi, stworzenie zespołu pozwala na osiągnięcie wyznaczonych celów instytucji, której podstawowym elementem jest, jakość świadczonych usług stosownie do obowiązującego standardu. Dlatego tak istotnym elementem jest wynagrodzenie pracownika.*

tencjału twórczego i energii całej załogi, stworzenie zespołu pozwala na osiągnięcie wyznaczonych celów instytucji, której podstawowym elementem jest **jakość świadczonych usług stosownie do obowiązującego standardu.**

Dlatego tak **istotnym elementem jest wynagrodzenie pracownika.** Obecnie borykamy się z problemami kadrowymi na wszystkich szczeblach organizacyjnych DPS-ów: z pracy rezygnują nie tylko pielęgniarki ale też opiekun, kucharka, kierowca itd.

Pracownicy odchodzą z DPS-ów w poszukiwaniu wyższych zarobków. Szczególny wymiar ma fluktuacja kadr w działach opiekuńczo-terapeutycznych, gdzie pozyskanie nowego pracownika jest trudne, a jego wyszkolenie rozłożone w czasie. Uzyskanie pełnej gotowości przez opiekuna do świadczenia usług samodzielnie nie zawsze gwarantuje, że pracownik pozostanie w DPS-ie. Często mimo po-

niesionych przez pracodawcę nakładów finansowych, edukacyjnych pracownik odchodzi z uwagi na otrzymaną korzystniejszą ofertę zatrudnienia. Wykonywana przez pracowników domu pomocy społecznej praca jest wynagradzana w niesatysfakcjonujący ich sposób. Z roku na rok obserwujemy spadkową tendencję naboru pracowników do domu pomocy społecznej, w szczególności pielęgniarek. Do tej pory średnie wynagrodzenie pielęgniarki w Polsce (zgodnie z danymi GUS) w sektorze publicznym wynosiło 4176,31 zł, zaś w sektorze prywatnym 3841,83 zł, a po zmianach od 1 września b. r. wynagrodzenie zasadnicze dla tego zawodu wzrosło o kwotę 1100 zł. Dla przykładu średnie wynagrodzenie w jednym z domów pomocy społecznej naszego województwa wynosi 2773,36 zł. Widoczne gotym okiem dysproporcje w płacach pielęgniarek



## ● Wyzwania opieki długoterminowej

mają bezpośredni wpływ na to, że nie jesteśmy atrakcyjni i konkurencyjni w porównaniu z placówkami leczniczymi. Nie ma również zainteresowania ze strony pielęgniarek zatrudnionych na stałe w innych placówkach dodatkową pracą na rzecz Domu. Ponadto pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej są pracownikami samorządowymi i nie są uprawnione do otrzymania dodatków przysługujących pielęgniarkom zatrudnionym w placówkach leczniczych. Liczba odchodzących na emerytury z roku na rok rośnie. W interesie nie tylko mieszkańców DPS-ów, ale i ogółu społeczeństwa jest zadbanie o tę grupę zawodową.

Zakres obowiązków i odpowiedzialności pielęgniarek i opiekunów zatrudnionych w domach pomocy społecznej jest niejednokrotnie większy niż osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych, co jest powodem do decyzji o odejściu z DPS-ów, gdyż mimo większej odpowiedzialności, mają mniejsze wynagrodzenia niż ich koleżanki po fachu, pracujące w zakładach leczniczych. Praca w DPS-ie jest bardzo odpowiedzialna z uwagi na podmiot naszych oddziaływań, którym jest człowiek, osoba niepełnosprawna, przejawiająca różne zachowania, co też często powoduje u pracowników frustrację, zmęczenie psychiczne, fizyczne i brak motywacji z uwagi na wynagrodzenie.

Jako dyrektorzy nie posiadamy wystarczających instrumentów, aby zmienić – poprawić sytuację finansową pracowników, natomiast posiadamy wiedzę, że pracownicy są zdeterminowani, aby swoje niezadowolenie wyrazić w sposób prezentowany przez inne grupy zawodowe – ze skutkiem, o czym donoszą media.

Bez rozwiązań systemowych, prawidłowe i wystarczające zabezpieczenie potrzeb mieszkańców DPS-ów, w szczególności zdrowotnych jest niemożliwe do realizacji w obecnym stanie prawnym.

Dlatego już dzisiaj zwracamy się do Pani Dyrektora z prośbą o przedstawienie i poparcie naszego stanowiska podczas prac nad przepisami regulującymi funkcjonowanie DPS-ów.

**1** Uregulowanie systemowe w zabezpieczeniu usług zdrowotnych dla mieszkań-

ców adekwatnych do przedstawionych potrzeb. W sytuacji wypracowania projektu produktu świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców zwracamy się z prośbą o możliwość zapoznania się z nim i wyrażenia opinii. Jest to istotne z perspektywy zarządzania jednostką.

**2** Uszczegółowienie zasad dokonywania okresowych badań stanu zdrowia psychicznego mieszkańca w zakresie uzasadniającym jego pobyt w domu pomocy społecznej.

**3** W rozporządzeniu w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodzie opiekun w domu pomocy społecznej włączyć *rozkładanie i podawanie leków mieszkańcom* (jako zabezpieczenie przed całkowitym brakiem pielęgniarek w DPS-ach).

**4** Uregulowanie zasad wyznaczania opiekuna prawnego, kuratora bez angażowania pracownika DPS-u.

**5** Uregulowania systemowe dotyczące samodzielnych wyjść mieszkańców ubezpieczonych.

**6** Wskazanie podstawy prawnej uprawniającej opiekunów do podawania leków mieszkańcom, nie tylko nasennych i p/bólowych, ale też pozostałych.

**7** Wsparcie w dążeniu do urealnienia płac pracowników domów pomocy społecznej do poziomu tych samych grup zawodowych pracujących w innych podmiotach leczniczych. Praca w domu pomocy społecznej na obecnych warunkach płacowych nie budzi zainteresowania wśród zatrudnionej kadry oraz osób poszukujących zatrudnienia. Osoby decydujące się na podjęcie pracy szybko rezygnują z jej kontynuacji. ●

### KOMENTARZ...

**Szanowni Państwo,  
po otrzymaniu odpowiedzi od Dyrektora  
Wydziału Polityki Społecznej Kujawsko-  
Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego,  
opublikujemy ją na łamach Medi.**

KRAJOWY  
MECHANIZM  
PREWENCJI  
TORTUR



# Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

DIAGNOZUJE PROBLEMY  
SYSTEMOWE W DPS-ACH

---

JUSTYNA ZARECKA // Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

*Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur funkcjonuje w Polsce już od 10 lat. To jeden z zespołów w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich. Do zadań KMPT należy m.in. przeprowadzanie niezapowiedzianych wizytacji w miejscach pozbawienia wolności. Polska wzięła na siebie obowiązek stworzenia takiego mechanizmu w chwili ratyfikacji protokołu fakultatywnego do Konwencji ONZ w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. Pomimo wielu lat działalności i przeprowadzenia ponad 1000 wizytacji, wciąż w wielu miejscach pojawienie się pracowników KMPT wywołuje duże zaskoczenie. Szczególnie widać to w domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych czy placówkach całodobowej opieki. Przedstawiciele KMPT nadal słyszą tam bardzo często: **Dlaczego Państwo tu przyjechali? Przecież nikogo tu nie więzimy. Czy ktoś na nas doniósł?***





**N**ależy wyjaśnić, że w myśl przywoływanego protokołu fakultatywnego, za osoby pozbawione wolności należy uznać nie tylko (jak mogłoby się powszechnie wydawać) więźniów, ale także osoby ubezwłasnowolnione czy skierowane postanowieniem sądu do danej placówki, a więc także mieszkańców DPS-ów. Warto też zaznaczyć, że KMPT nie jest organem, który działa w reakcji na skargi, ale przeprowadza wizyty prewencyjne, po to, aby na najwcześniejszym etapie wyłapywać wszystkie elementy mogące prowadzić do złego traktowania. Właśnie

dlatego w raportach powizytacyjnych znajdują się konkretne zalecenia, mające na celu poprawę dostrzeżonych nieprawidłowości.

Nie można zapominać, że wizyty przedstawicieli KMPT stwarzają możliwość zabrania głosu przez kierownictwo placówki. To okazja, żeby opowiedzieć o dobrych praktykach, o tym jak rozwiązano dany problem. KMPT stara się później upowszechniać te rozwiązania w innych jednostkach. Warto też otwarcie mówić o problemach, które pojawiają się w codziennej pracy, bo są to sygnały dla KMPT, że być może dane zagadnienie nie jest jednostkowe, ale stanowi problem systemowy,





który należy rozwiązać na poziomie ustawowym. Co prawda RPO (Rzecznik Praw Obywatelskich), ani działający w ramach Biura zespół KMPT, nie mają inicjatywy ustawodawczej, ale mogą apelować do innych instytucji o zmianę istniejącego prawa lub opiniować przygotowywane akty prawne. I jak pokazuje dotychczasowa praktyka, niektóre z tych sugestii są brane pod uwagę. Co zatem zmieniło się dzięki działalności KMPT? Jakie problemy systemowe zdiagnozowane w domach pomocy społecznej pozostają wciąż aktualne? Jak doraźnie można je rozwiązywać?

### Legalność pobytu i przeprowadzanie sądowej kontroli

Przed wszystkim należy zacząć od kwestii dotyczącej legalności pobytu mieszkańca w DPS-ie i kontroli sprawowanej w tym zakresie przez sędziów. Bardzo wiele zmieniło się bowiem od 1 stycznia 2018 r., kiedy m.in. dzięki silnemu zaangażowaniu RPO, znowelizowano ustawę o ochronie zdrowia psychicznego. Przed nowelizacją osoba ubezwłasnowolniona nie mogła zakwestionować zasadności umieszczenia jej w domu pomocy społecznej. Taką osobą był m.in. pan Kędzior umieszczony wbrew swojej woli w DPS-ie na wniosek brata -opiekuna prawnego. Sprawą zajął się Europejski Trybunał Praw Człowieka, który orzekł że Polska naruszyła przepis art. 5 ust. 1 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. W 2016 r. tą kwestią zajął się także – dzięki wnioskowi RPO – polski Trybunał Konstytucyjny. TK wskazał, że możliwość udzielenia przez sąd zezwolenia opiekunowi na umieszczenie w DPS-ie osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej z zupełnym pominięciem jej woli (przy założeniu, że osoba ta zachowała zdolność komunikowania swoich potrzeb i decyzji) stanowi przykład ustawowego odmiotowienia oraz narusza jej godność. W wyniku tego wyroku zmieniono dotychczas obowiązujące przepisy. I tak od stycznia 2018 r.:

- osoba przyjęta do DPS-u, w tym także ubezwłasnowolniona, może wystąpić do sądu opiekuńczego o zmianę orzeczenia o przyjęciu do DPS-u;
- osoba, która nie wyraża zgody na dalsze przebywanie w DPS-ie, może wystąpić do sądu opiekuńczego z wnioskiem o zniesienie przebywania w nim;
- wpisano do ustawy obowiązek wystuchania przez sąd osoby ubezwłasnowolnionej, która ma być przyjęta do szpitala psychiatrycznego lub DPS-u;
- w celu zapewnienia dodatkowej i pełnej ochrony prawnej osób z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną osobie przyjętej do DPS-u lub szpitala psychiatrycznego bez jej zgody sąd ma obowiązek ustanowić adwokata lub radcę prawnego z urzędu, nawet bez wniesienia wniosku;
- w przypadku przyjęcia do DPS-u bez zgody



## ● Wyzwania opieki długoterminowej

osoby przyjmowanej, a za zgodą przedstawiciela ustawowego, wymagane jest orzeczenie sądu opiekuńczego. Okresowe badania stanu zdrowia psychicznego takich osób przeprowadza się co najmniej raz na 6 miesięcy.

Zmiany te wpisują się w zgłaszane od wielu lat postulaty RPO i KMPT.

W tym kontekście niezwykle istotna pozostaje kwestia przeprowadzania kontroli sądowej. Zgodnie z art. 43 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, obowiązek sądowej kontroli legalności przyjęcia i przebywania w domu pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, a także przestrzegania ich praw oraz warunków panujących w placówce, dotyczy wyłącznie domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób chorujących psychicznie lub z niepełnosprawnością intelektualną. Tymczasem pensjonariusze, którymi powinien interesować się sąd z urzędu, mogą przebywać również w innych typach domów. W praktyce zatem zdarza się, że ze względu na konstrukcję wskazanego przepisu, dom pomocy społecznej nie jest w ogóle kontrolowany przez sąd mimo, iż przebywają w nim osoby chorujące psychicznie. Jest to problem od lat podnoszony przez KMPT. Dlatego tym bardziej warto docenić rozwiązanie z DPS-u im. Jana Pawła II w Pile. Placówka (pomimo tego, że jest to dom dla osób przewlekle somatycznie chorych) jest corocznie wizytowana przez sędziego rodzinnego w zakresie wynikającym z art. 43 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, pod kątem legalności pobytu osób ubezwłasnowolnionych. Praktykę tę KMPT uznaje za bardzo dobrą.

### Pełnienie przez pracownika DPS-u funkcji opiekuna prawnego

Innym problemem, na który bardzo często zwracają uwagę sami przedstawiciele domów pomocy społecznej jest kwestia pełnienia przez pracownika DPS-u funkcji opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej. Od lat budzi to wątpliwości przedstawicieli KMPT.

Z jednej strony takie rozwiązanie może być korzystne dla mieszkańców, którzy dzięki tej praktyce, mają stały kontakt ze swoim opiekunem prawnym. W przypadku braku rodziny lub innych bliskich osób albo braku zainteresowania

z ich strony, pracownicy domów pomocy społecznej są jedynymi osobami gotowymi podjąć się funkcji opiekuna prawnego. Co więcej, z informacji przekazywanych przedstawicielom KMPT podczas wizytacji wynika, że często to same sądy wywierają presję, aby to właśnie którzyś z pracowników wyraził chęć sprawowania opieki nad ubezwłasnowolnionym.

W tym kontekście warto zauważyć, że jednym z zadań opiekuna prawnego powinno być monitorowanie, czy podopieczny ma zapewnioną w placówce odpowiednią opiekę i nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. Pracownikom domów pomocy społecznej trudno w tej sytuacji zachować obiektywność. Ponadto pełnienie przez personel domów pomocy społecznej funkcji opiekunów prawnych wiąże się de facto z nakładaniem na nich dodatkowych obowiązków kosztem czasu wolnego i życia prywatnego. Może to zatem prowadzić do braku odpowiedniej motywacji, by właściwie i rzetelnie wykonywać powierzone obowiązki.

Na problem ten zwracał również uwagę Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu i Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) podkreślając, że jednym z aspektów roli opiekuna jest obrona - w razie konieczności - praw osób z niepełnosprawnościami wobec instytucji przyjmującej. Pełnienie funkcji opiekuna przez pracownika tej samej instytucji może prowadzić do konfliktu interesów i zagrozić niezależności i bezstronności opiekuna. CPT rekomenduje w takich sytuacjach, aby władze kraju dążyły do znalezienia alternatywnych rozwiązań, które mogłyby lepiej zagwarantować niezależność i bezstronność opiekunów.

Podczas XVI debaty regionalnej KMPT w Warszawie, rzecznik praw obywatelskich Adam Bodnar wskazywał, że jest to problem systemowy, który należałoby rozwiązać na poziomie ustawowym np. poprzez stworzenie możliwości wyznaczania opiekunów w sposób podobny do wyboru ławników. Dopóki jednak prawo nie zmieni się w tym zakresie, a poszczególne sądy nie zechcą zmienić swojej praktyki, przedstawiciele KMPT zalecają wszystkim dyrektorom domów mierzących się z tym problemem, aby prewencyjnie dokonywali szczególnej

kontroli pracy opiekunów prawnych i reagowali w przypadkach niedopełnienia obowiązków lub nadużyć ze strony opiekuna.

### Ograniczanie kontaktu ze światem zewnętrznym

Kolejnym istotnym problemem, z którym KMPT spotyka się podczas wizytacji jest ograniczanie praw mieszkańców w zakresie kontaktu ze światem zewnętrznym. Dotyczy to zwłaszcza osób przewlekłe psychicznie chorych, z niepełnosprawnością intelektualną, nadużywających alkoholu, umieszczonych w placówce na podstawie orzeczenia sądowego oraz ubezwłasnowolnionych. Ograniczanie to przybiera różne formy m.in. umożliwienia wyjść tylko w godzinach pracy administracji placówki, wydawania przepustek na wyjścia, a nawet całkowitego zamknięcia drzwi do budynku. W części placówek przyjęto zasadę, zgodnie z którą samodzielnie teren domu mogą opuszczać osoby niezagrożające sobie i innym, natomiast wyjścia mieszkańców znajdujących się w złej kondycji psychicznej realizowane są w towarzystwie opiekuna. W odniesieniu do osób ubezwłasnowolnionych prawie zawsze zasadą jest realizacja wyjść jedynie w asyście, albo całkowity zakaz opuszczania placówki. Niekiedy możliwość opuszczania DPS-u jest warunkowana decyzją opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej.

Tymczasem obowiązujące przepisy prawne nie zawierają żadnych regulacji, które dopuszczałyby wprowadzanie ograniczeń w zakresie możliwości swobodnego opuszczania przez mieszkańców budynków oraz terenu placówki. Ponadto w przypadku ubezwłasnowolnienia KMPT przypomina, że instytucja ta ogranicza osobę nią objętą wyłącznie w sferze prawnej, a nie w sferze wolności osobistej. W oce-

nie KMPT, osoby ubezwłasnowolnione powinny być traktowane przez personel domu na równi z innymi mieszkańcami w każdym aspekcie ich życia, niezwiązanym z ograniczeniami w sferze prawnej. Należy zaznaczyć, że także w odniesieniu do osób przebywających w DPS-ach na podstawie orzeczenia sądowego brak jest w obowiązującym stanie prawnym podstaw do reglamentacji ich wyjść.

Zdaniem KMPT, możliwość swobodnego opuszczania terenu DPS-u powinna być uzależniona wyłącznie od sprawności psychofizycznej mieszkańca. Jedynymi czynnikami brnymi pod uwagę przy wydawaniu decyzji o możliwości samodzielnych wyjść powinny być: wola mieszkańca oraz stan jego zdrowia. Opinia o stanie zdrowia mieszkańca stanowiąca podsta-

wę do ograniczenia swobody w zakresie opuszczania placówki może być sporządzona przez lekarza (np. internistę, geriatrę) lub lekarza psychiatrę, posiłkujących się w razie możliwości opinią psychologa. Są to jedyne osoby uprawnione do oceny stanu psychosomatycznego pensjonariuszy. Ich opinia powinna znaleźć się w teczce osobowej mieszkańca.

Warto zwrócić uwagę, że podczas debaty regionalnej KMPT w Warszawie w kwietniu 2018 r. przedstawiciel Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wskazywał, iż trwają prace legislacyjne dotyczące m.in. uregulowania kwestii wychodzenia poza teren placówki przez mieszkańców domów pomocy społecznej. Z przedstawionych informacji wynikało, że projekt nowelizacji zakłada, iż decyzje o możliwości wyjścia byłyby podejmowane przez sąd. Do tej pory prace nad nowelizacją się jednak nie zakończyły, a problem pozostaje nierozwiązany.

Co więc zrobić dopóki nie zostaną wprowadzone kompleksowe regulacje w tym za-

**Pełnienie funkcji opiekuna przez pracownika tej samej instytucji może prowadzić do konfliktu interesów i zagrozić niezależności i bezstronności opiekuna. CPT rekomenduje w takich sytuacjach, aby władze kraju dążyły do znalezienia alternatywnych rozwiązań, które mogłyby lepiej zagwarantować niezależność i bezstronność opiekunów.**



## ● Wyzwania opieki długoterminowej



kresie? Na przykład w DPS-ie Niezapominajka w Elblągu przyjęto rozwiązanie, zgodnie z którym mieszkańców mogących mieć trudności z powrotem do placówki (np. z powodu zaburzeń pamięci lub orientacji) wyposaża się, na czas pobytu poza DPS-em w urządzenie GPS, za pomocą którego można ustalić jego miejsce pobytu oraz umożliwiające uruchomienie alarmu w przypadku wystąpienia określonego zdarzenia (zbyt dalekie odejście od placówki, naciśnięcie przycisku SOS). Natomiast w DPS-ie w Nakle nad Notecią zastosowano zdecydowanie tańsze rozwiązanie. Kiedy zauważono, że mieszkańcy bardzo lubią nosić ze sobą różne gadżety reklamowe np. tzw. smycze, to zdecydowano się zamówić takie materiały z danymi kontaktowymi do DPS-u. W ten sposób zagubionemu mieszkańcowi znacznie łatwiej trafić z powrotem do placówki.

### Wciąż wiele do zrobienia

To tylko niektóre z problemów dostrzeżonych przez przedstawicieli KMPT podczas blisko 160 wizytacji domów pomocy społecznej w całej Polsce. Wśród innych kwestii wymagających rozwiązania warto wskazać m.in. na zakłócanie funkcjonowania placówek przez mieszkańców uzależnionych od alkoholu. Należy bowiem zauważyć, że pomimo niedawnej zmiany przepisów umożliwiającej tworzenie domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu, placówek tego typu jest wciąż za mało w skali kraju. Poza tym na-

dal nie ma jasnych regulacji w zakresie stosowania monitoringu wizyjnego w DPS-ach. Niewystarczające są także przepisy w zakresie zapewniania mieszkańcom opieki psychologicznej i psychiatrycznej. Wiele trudności sprawia również prawidłowe stosowanie środków przymusu bezpośredniego. Problemy stanowią ponadto inne, niż omówione wcześniej, kwestie dotyczące osób ubezwłasnowolnionych m.in.: możliwość ograniczania kontaktu z wybranymi osobami przez opiekunów prawnych czy podejmowanie przez nich decyzji na temat stosowania antykoncepcji hormonalnej u ubezwłasnowolnionych mieszkank.

Ten katalog problemów doskonale pokazuje, jak trudna i wymagająca potrafi być praca w domu pomocy społecznej. Między innymi właśnie dlatego warto podczas wizytacji KMPT otwarcie mówić o problemach występujących w danej placówce. Tylko dzięki temu KMPT może skutecznie zdiagnozować skalę problemów. A to pierwszy krok by rozpocząć konstruktywny dialog, który umożliwi wypracowanie odpowiednich rozwiązań czy to przez stworzenie dobrych praktyk, czy też przez działania na rzecz zmiany obowiązującego prawa. Właśnie w ten sposób można realnie wpłynąć na poprawę sytuacji mieszkańców domów pomocy społecznej, a także warunków pracy personelu. Niezbędne jest zatem współdziałanie wszystkich zaangażowanych podmiotów, otwartość na nowe propozycje i gotowość do zmian. ●

# Metoda 5S

## JAK PRZYWRÓCIĆ ŁAD I PORZĄDEK W MIEJSCU PRACY

MAŁGORZATA KOSPIN // Redaktor naczelna  
serwisu poświęconego seniorom

Na początku tego artykułu odpowiadamy sobie czym jest metoda 5S. W skrócie możemy powiedzieć, że jest to zestaw technik mających na celu utrzymanie wysokiej jakości stanowisk pracy. 5S to metoda, która zajmuje się doskonaleniem organizacji w pracy na każdym jej poziomie, ma ona wpływ na kulturę organizacji, na środowisko pracy oraz zwiększenie stabilności wszelakich procesów.



**K**to może używać metody 5S? Jak się okazuje świetnie sprawdza się ona w zakładach produkcyjnych, na stanowiskach biurowych oraz w organizacjach usługowych (jakimi są domy pomocy społecznej i wszystkie placówki pomocowe).

By w pełni opisać techniki 5S, należy przyjąć się wszystkim jej 5 krokom, każda z nazw kolejnych kroków zaczyna się na literę S, stąd nazwa 5S.

A należą do nich:

- 1. S – SORTOWANIE**
- 2. S – SYSTEMATYKA**
- 3. S – SPRZĄTANIE**
- 4. S – STANDARYZACJA**
- 5. S – SAMODYSCYPLINA.**

Przybliżmy sobie teraz każdy z tych kroków, by zrozumieć w pełni działanie metody tak ważnej dla dobrego funkcjonowania każdej organizacji.

### S.1 Sortowanie

Sortowanie jest pierwszym z pięciu etapów metody 5S i ma na celu sortowanie rzeczy potrzebnych i zbędnych ze stanowiska pracy.

Pozwala na zobaczenie co jest nam potrzebne w pracy, a których przedmiotów, materiałów, narzędzi nie używamy wcale, a znajdują się one na naszym stanowisku pracy. Metoda idzie o krok dalej i pozwala nam sortować informacje, dane, które nie są nam potrzebne w wykonywaniu naszych obowiązków.

W ten sposób pierwszy z kroków pozwala utrzymać stanowisko pracy w czystości. Pomaga także w skupieniu się tylko na tym, co jest naprawdę potrzebne.

Wyobraźmy sobie, że terapeuta zamiast posiadać posortowane materiały do pracy z klientami pomocy społecznej ma w swoim pomieszczeniu lekki bałagan. Terapeuta nie wie co ma i nie wie gdzie szukać rzeczy jakie ma. Taka sytuacja może przyczynić się do dłuższego poszukiwania podczas zajęć odpowiednich przedmiotów, czy materiałów pomocniczych w przeprowadzeniu terapii. Terapeuta zamiast skupiać się na pracy z podopiecznym będzie przeprowadzał selekcję na-

zędzi potrzebnych mu do pracy.

Etapowi sortowania powinna więc przyswiecać zasada, iż na stanowisku pracy pozostaje:

- tylko to, co jest potrzebne,
- tylko w takiej ilości, jak potrzebne,
- tylko wtedy, kiedy jest to potrzebne.

Dzięki temu etapowi możemy uniknąć:

- zagrzenia w miejscu pracy,
- marnotrawieniu czasu na odnajdowanie potrzebnych rzeczy, narzędzi,
- tworzenia nowych miejsc na przechowywanie nie używanych materiałów, narzędzi.

Według metody 5S wszystkie rzeczy niepotrzebne do pracy powinny być albo wyrzucone, albo zabrane ze stanowiska i oznaczone tzw. czerwoną etykietą. Powinny być one przechowywane w wyznaczonym miejscu nazwanym magazynem czerwonych etykiet.

### S.2 Systematyka

Krok związany z systematycznością odnosi się do oznaczenia przedmiotów używanych w danej chwili, a co najważniejsze do odkładania przedmiotów na to samo miejsce. Ile to razy słyszałam będąc w DPS-ie, dyskusję dotyczącą nie stosowania tej zasady. Wyobraźmy sobie, że ten sam terapeuta, który nie posortował narzędzi potrzebnych mu do pracy, nie odłożył narzędzi, którymi pracował na swoje miejsce. Czyż nie wkłada się w takich sytuacjach chaos i brak organizacji pracy?

Warte podkreślenia jest tutaj słowo *każdy*, ponieważ systematyczność dotyczy każdego z członków zespołu. Bo cóż z tego, że jeden terapeuta będzie stosował się do zasady systematyczności i odkładał przedmioty na miejsce, a jego kolega będzie tę metodę ignorował. Przy takim założeniu technika ta nie sprawdzi się. Wszyscy muszą wdrożyć zasady 5S bo tylko tak można oczekiwać wymiernych efektów stosowania tej metody.

W tym kroku ważne są etykiety, kolory, wyznaczenie przestrzeni na materiały. Dla przykładu nożyczki zawsze odkładamy na drugą półkę po lewej stronie na pole niebieskie. W ten sposób każdy terapeuta będzie wiedział, że





właśnie tam znajdzie nożyczki. Będzie to pozwalało na błyskawiczną identyfikację narzędzia, ale także na wprowadzenie ładu i zaplanowanie nad swoim miejscem pracy.

### 3.S Sprzątanie

Trzeci krok w metodzie 5S polega na sprzątaniu swojego stanowiska pracy.

Jako główne cele do osiągnięcia w tym kroku wymienić należy:

- utrzymanie w dobrym stanie stanowiska pracy,
- identyfikację źródeł i przyczyn powstawania nieładu, brudu, wycieków płynów, itp. a następnie ich eliminację.

Realizacja zasady *Sprzątania* poprzez regularne porządkowanie miejsca pracy, powinna być włączona w zakres codziennych obowiązków każdego pracownika.

Wróćmy do przykładu terapeuty. Jeśli nie będzie on sprzątał po sobie, co zastanie jego kolega gdy przyjdzie do pracy? Na tym punkcie

mogą pojawiać się konflikty między pracownikami. Kiedy jedna osoba będzie sprzątać po sobie, a druga nie, szybko może dojść do wymiany zdań i niepotrzebnych sprzeczek.

Przedstawiony przykład jakże często odnosi się do rzeczywistości w jakiej żyjemy. Rutynowe sprzątanie miejsca pracy pozwala m.in. uniknąć niezadowolenia klientów pomocy społecznej, pozwala uniknąć konfliktów, a co najważniejsze pozwala na prężniejsze działanie i usystematyzowanie pracy.

Jednym z częściej spotykanych sposobów praktycznego wdrożenia zasady 3S jest przypisanie odpowiedzialności za daną przestrzeń konkretnym pracownikom. W pierwszym etapie wdrożenia tej zasady, możemy poprosić o wspólne posprzątanie stanowiska pracy i wypracowanie konkretnych zasad jego użytkowania. W drugim etapie ważne jest, by przypisać odpowiedzialność osób za konkretną przestrzeń, a kierownikowi wyznaczyć ich kontrolę.

### 4.S Standaryzacja

Standaryzacja ma na celu określenie standardów.

Wdrożenie tego kroku można osiągnąć poprzez:

- stworzenie dokładnych instrukcji wykonywania wszystkich czynności przez pracowników – innymi słowy pracownik musi wiedzieć, co dokładnie ma zrobić w zaistniałej sytuacji,
- określenie zakresu czynności oraz odpowiedzialności pracowników – pracownicy będą wiedzieć, co należy do ich zadań i obowiązków,
- podjęcie działań mających na celu utrzymanie ciągłości wykonywanych zadań – kiedy brakuje jakiegoś pracownika inni wiedzą jak zastąpić go w pracy.

Określenie standardów ma na celu osiągnięcie sytuacji, w której wszystkie stanowiska pracy będą przejrzyste i tak oznaczone, że wszystkie zmiany zachodzące w placówce nie będą wpływać na jej funkcjonowanie.

Załóżmy, że nasz terapeuta postanawia odejść z pracy. Znajdując kolejnego pracownika, dzięki zasadzie standaryzacji, możemy łatwo przeszkolić i wdrożyć nowego pracownika w funkcjonowanie placówki i nauczyć go zasad w niej panujących. Pracownik już po kilku dniach doskonale będzie wiedział co należy do jego obowiązków i z czego będzie rozliczany.

Standardy i procedury muszą być jasne, proste i bardzo łatwe do zrozumienia, tak by z łatwością były przekazywane kolejnym pracownikom lub też by jeszcze lepiej mogły wpływać na dobre funkcjonowanie placówki. Dlatego tak ważne jest powierzenie zadania wypracowania standardów pracownikom wykonującym dane działania. To oni znają specyfikę działań na swoim stanowisku, to oni są w stanie stworzyć najlepsze instrukcje i standardy, a dzięki temu jeszcze lepiej zrozumieć istotę zachodzących zmian i ciągle się doskonalić.

### 5.S Samodyscyplina

Ostatni krok metody 5S stanowi swego rodzaju podsumowanie poprzednich działań. To właśnie samodyscyplina spina niejako wszystkie te poprzednie działania w jedną całość.



*Standardy i procedury muszą być jasne, proste i bardzo łatwe do zrozumienia, tak by z łatwością były przekazywane kolejnym pracownikom lub też by jeszcze lepiej mogły wpływać na dobre funkcjonowanie placówki. Dlatego tak ważne jest powierzenie zadania wypracowania standardów pracownikom wykonującym dane działania.*

Co z tego, że wprowadzimy cztery poprzednie kroki i napiszemy instrukcję działania. Nie zmieni się nic w naszej organizacji jeśli nie będzie samodyscypliny wśród kadry kierowniczej i pracowników.



Wypracowanie nowych nawyków działania nie jest łatwe, ale możliwe. Niejednokrotnie proces ten jest długotrwały. Tym bardziej że pracownicy funkcjonujący w jeden sposób mają już swoje schematy działania. Zmiana ich łączy się niejednokrotnie z większą i długo trwalszą pracą.

Samodyscyplina jest często najtrudniejszym do wdrożenia elementem. Wynika to z: niechęci do zmian, przyzwyczajenia do określonego stanu rzeczy, niechęci do kontroli i obowiązkowości.

Wśród najistotniejszych narzędzi wspomagających realizację piątego kroku wymienić należy audyty stanowisk pracy. Audyty takie mają na celu przede wszystkim wykryć wszystkie odstępstwa od standaryzacji. Audyt i spojrzenie kogoś spoza placówki na rzeczywistość w niej zastaną może okazać się zbawienne dla funkcjonowania organizacji. Często my zapracowani, zajęci sprawami dnia codziennego, nie jesteśmy w stanie zobaczyć tego, co można zmienić lub nad czym należa-

łoby popracować. Audyt w rozumieniu spojrzenia przez inny pryzmat na placówkę, jest niezmiernie ważnym narzędziem, ale jakże często niedocenianym.

### Korzyści wynikające z odpowiedniego wdrożenia 5S

Profity wynikające z wdrożenia technik i metod 5S podzielić można na dwie grupy. Pierwsza z nich obejmuje bezpośrednie zyski dla osób pracujących, druga grupa wyraża korzyści dla samej organizacji.

Wśród korzyści z wdrożenia 5S dla pracowników wymienić należy m.in.:

- lepszą organizację pracy,
- podniesienie standardów jakości pracy,
- łatwiejszą pracę dzięki zwiększeniu ergonomii stanowiska pracy,
- wzrost wpływu na kształtowanie własnego środowiska pracy,
- wyższą satysfakcję i lepszą atmosferę pracy,
- stabilność tempa pracy poprzez ograniczenie zakłóceń i wdrożenie standardów.

Lista potencjalnych korzyści z wdrożonych rozwiązań 5S dla samej organizacji obejmować będzie np.:

- wyższą jakość usług poprzez podniesienie standardów i stabilizację stanowisk pracy,
- obniżenie kosztów – eliminacji marnotrawstwa,
- polepszenie wizerunku placówki,
- podniesienie stopnia satysfakcji klienta,
- lepszą kontrolę.

### Podsumowanie

5S jest podstawowym narzędziem, pozwalającym nie tylko na stworzenie i utrzymanie dobrze zorganizowanych stanowisk pracy, ale przede wszystkim na zwiększenie stabilności pracy. Ścisłe określone i stałe miejsca przechowywania narzędzi, przyrządów, dokumentów i innych przedmiotów pracy, ustalone rutyny postępowania stanowią podstawę do prężnego funkcjonowania placówki. Dodatkową zaletą wdrożenia 5S są niewielkie koszty, co również w znacznym stopniu przyczynia się do pozytywnych zmian ogólnie pojmowanej kultury organizacyjnej. ●





# Ochrona przed roszczeniami

## KOMFORT CZY KONIECZNOŚĆ?

TERESA BŁASZCZYK // Praktyk z 20-letnim doświadczeniem w branży ubezpieczeń medycznych

*W czasie wieloletniej pracy w firmie ubezpieczeniowej zetknęłam się z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej. Podmioty te i osoby pracujące w takich ośrodkach poszukiwały właściwej dla siebie ochrony ubezpieczeniowej. Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) nie są jedynymi placówkami świadczącymi opiekę długoterminową, bo pozostają jeszcze hospicja, czy pielęgnarska opieka środowiskowa. Jednak teraz chciałabym skoncentrować się na podmiotach określanych ZOL, ZPO i wspomnieć o domach pomocy społecznej (DPS), które uzupełniają system opieki nad osobami niepełnosprawnymi.*

**D**omy pomocypoczątkowej, popularnie zwane DPS-ami, działają głównie w systemie opieki społecznej, są miejscami pobytu, zamieszkania osób, które czy to z racji wieku, czy to z racji niepełnosprawności nie mogą samotnie egzystować. Podmiot prowadzący DPS, dla lepszej i pełnej realizacji potrzeb swoich podopiecznych zatrudnia pra-

cowników wykonujących zawody medyczne. Są to najczęściej pielęgniarki, ale też psychoterapeuci, psycholodzy, terapeuci zajęciowi, fizjoterapeuci, dietetycy, opiekunowie medyczni. Świadczą oni pracę w ramach umowy o pracę, ale często też na podstawie umowy zlecenia. Ta ostatnia może przybrać szczególną formę zlecenia dla jednoosobowej firmy, np. indywidualnej praktyki pielęgnarskiej i wtedy praktyka

zawodowa będzie zobowiązana do samodzielnego ubezpieczenia się w zakresie odpowiedzialności cywilnej wykonywanego zawodu. W przypadku indywidualnej praktyki pielęgniarskiej koniecznym będzie wykupienie polisy obowiązkowej OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Polisa obowiązkowa dla pielęgniarki i położnej ma najczęściej podstawową sumę gwarancyjną 30 000 EUR na jedno zdarzenie i 150 000 EUR na wszystkie zdarzenia w roku. Niewiele osób wie, że można podnieść sumę gwarancyjną na zdarzenie. Ktoś powie, że suma gwarancyjna 30 000 EUR to nie byle jaka suma

i ubezpieczanie się na wyższe kwoty nie jest zasadne. Patrząc jednak od strony ewentualnego poszkodowanego, należy zadać pytanie ile warte jest życie i zdrowie człowieka? Czy 100 000 zł, czy 150 000 zł, czy 300 000 zł, a może więcej? Leki podane w nieodpowiedniej dawce, nie wezwwanie karetki pogotowia w momen-

cie gdy ktoś zgłaszał bardzo złe samopoczucie, takie sytuacje mogą rodzić nieodwracalne zmiany w stanie zdrowia podopiecznego, a nawet jego zgon. Proszę mi wierzyć, roszczenia nie będą wtedy na poziomie dziesiątek tysięcy złotych, będą to raczej setki tysięcy, a nawet miliony złotych. Pamiętam zdarzenie kiedy pielęgniarka udzieliła pierwszej pomocy osobie, która źle się poczuła. Oczywiście wezwano też pogotowie. Jednak po leczeniu w szpitalu osoba, która doznała udaru, nie funkcjonowała już samodzielnie. Rodzina niestety zwróciła się przeciwko pielęgniarce, która ratowała swoją podopieczną, zarzucając jej, wprawdzie bezpodstawnie, doprowadzenie do utraty samodzielności. Pielęgniarka relacjonowała mi to zdarzenie, tak: *już lepiej było wezwać karetkę i nie dotykać chorej. Ja przecież nic złego nie zrobiłam. Dobrze się ubezpieczyłam i mia-*

*łam możliwość skorzystania z porady prawnej. Mimo, że roszczenie odrzucono, to jednak kosztowało mnie to wiele nerwów.*

Dlatego też nawet zleceniobiorca - osoba fizyczna, nie prowadząca własnej praktyki czy działalności gospodarczej, powinna posiadać polisę dobrowolną OC. I powinna być ona przynajmniej wg mnie na sumę 30 000 EUR lub 50 000 EUR na jedno zdarzenie w roku. Bo zleceniobiorca - osoba fizyczna, podobnie jak zleceniobiorca- indywidualna praktyka, będzie odpowiadał całym swoim majątkiem. Natomiast zatrudnieni na etacie będą objęci ochroną przez pracodawcę.

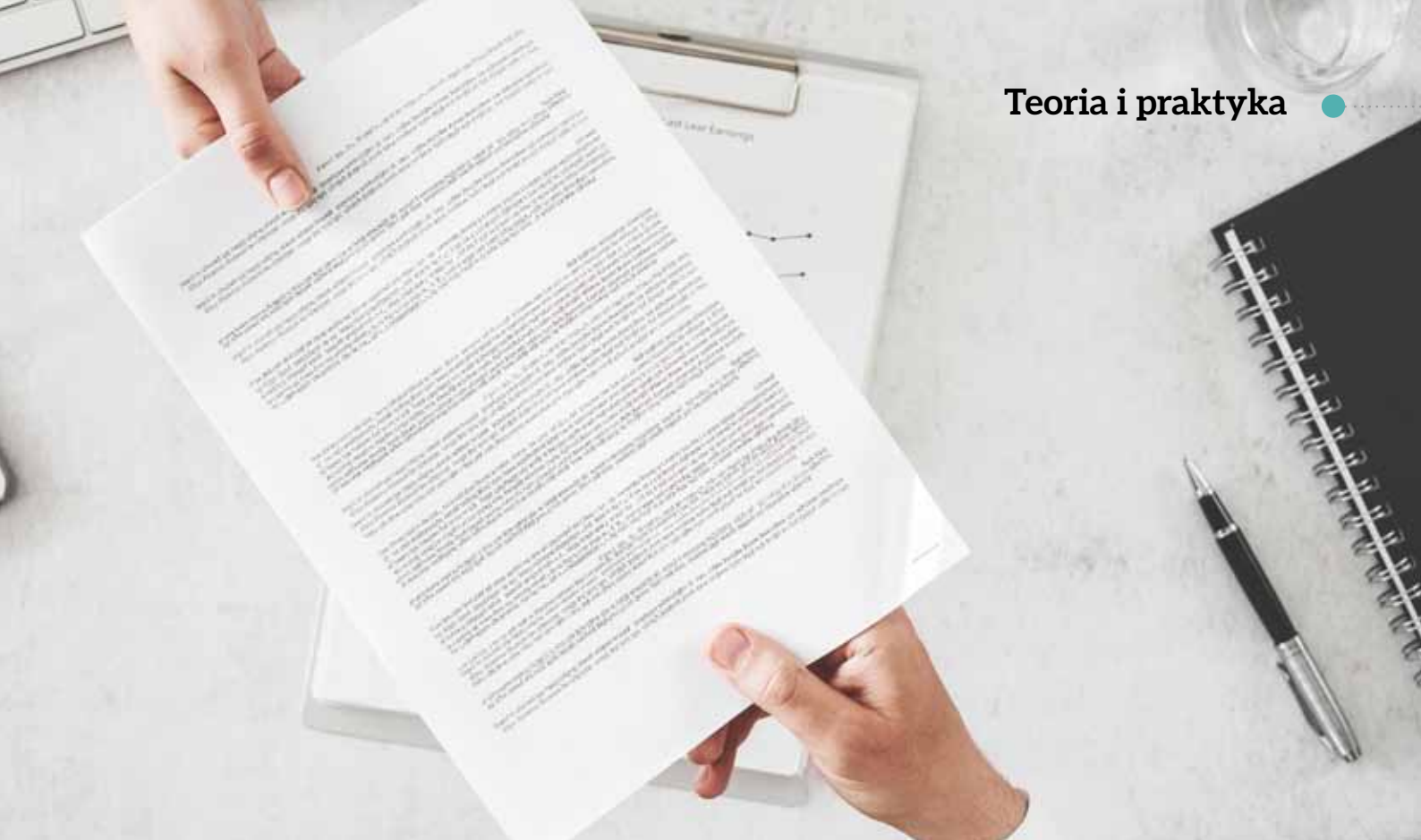
To on będzie odpowiadał za ich działania i zaniechania.

Dla pracodawcy ważną sprawą będzie zwrócenie uwagi, aby osoby zatrudniane legitymowały się odpowiednim wykształceniem i odpowiednią wiedzą. Fizjoterapeuci, pielęgniarki powinni posiadać aktualne Prawo Wykonywania Zawodu, bez niego nie mogą wykonywać swojego zawodu. Moż-

na ustalić zasadę, że przyjmując zlecenie okazują PWZ i aktualną polisę zlecającemu pracę. Fizjoterapeuci podobnie jak pielęgniarki i lekarze zrzeszeni są w Izbie, która rejestruje osoby wykonujące dany zawód, kontroluje jak zdobyli wykształcenie, czy odbyli wymagane praktyki, złożyli odpowiednie egzaminy i dopiero wtedy wydaje im Prawo Wykonywania Zawodu (PWZ). Inne zawody medyczne zdobywają wiedzę na uczelniach wyższych, w szkołach policealnych, kursach zawodowych i posiadają minimum dyplom lub świadectwo. I te dokumenty powinny pracodawcy okazać. Te zawody też mogą posiadać swoją polisę OC wykonywanego zawodu. Polisę OC należy zawrzeć biorąc pod uwagę ryzyko związane z wykonywaną pracą, zakresem obowiązków, ewentualną roszceniowością podopiecznych i ich rodzin. Taką polisę osoby poszukujące ochrony ubezpieczenio-

**Dla pracodawcy ważną sprawą będzie zwrócenie uwagi, aby osoby zatrudniane legitymowały się odpowiednim wykształceniem i odpowiednią wiedzą. Fizjoterapeuci, pielęgniarki powinni posiadać aktualne Prawo Wykonywania Zawodu, bez niego nie mogą wykonywać swojego zawodu.**





wej mogą uzupełnić ubezpieczeniem kosztów ochrony prawnej i ochroną HIV/WZW. Dodatkowo zawarta ochrona prawna pomoże im pokryć koszty związane z ewentualnym postępowaniem przed sądem cywilnym lub sądem zawodowym, pomoże też w innych sytuacjach życia zawodowego poprzez udzielenie fachowej informacji prawnej. Poniesienie kosztów kuracji poekspozycyjnej dla osób samozatrudnionych, gdy zachodzi możliwość zakażenia się od pacjenta, to dodatkowe ryzyko finansowe, które choć częściowo może pokryć ubezpieczenie HIV/WZW ochrona.

Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze czy Zakłady Pielęgnacyjno-Opiekuńcze są podmiotami leczniczymi, podlegają więc obowiązkowemu ubezpieczeniu OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Obowiązkową polisę OC można zawrzeć na podstawową sumę gwarancyjną wymaganą dla tego typu placówek 75 000 EUR na jedno zdarzenie w ciągu roku i 350 000 EUR na wszystkie zdarzenia w roku, bądź wyższą. Jej zakres to odpowiedzialność za szkody na osobie w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Zatem zakres takiej polisy należy uzupełnić o dobrowolną OC, która zabezpieczy dodatkowo właściciela podmiotu przed roszczeniami nie przejawiającymi się w postaci szkody na oso-

bie pacjenta powstałej w wyniku udzielenia, bądź nie udzielania świadczeń zdrowotnych. Mogą to być roszczenia pracownicze, roszczenia osób trzecich, które znalazły się na terenie zakładu odwiedzając jego podopiecznych, czy wykonując swoje obowiązki służbowe i doznały szkody na osobie lub w mieniu. Warto też uzupełnić tę umowę o klauzulę naruszenia praw pacjenta. Naruszenie praw pacjenta może powstać bez szkody na osobie pacjenta, np. ujawnienie danych osobowych pacjenta lub informacji o jego stanie zdrowia. Brak informacji, niedostateczna informacja o przeprowadzanych zabiegach, o tym, że w czasie ich przeprowadzenia może być obecna rodzina, brak informacji o postudze duszpasterskiej, dzieci też mogą stanowić podstawę roszczeń. Odpowiednie rozszerzenie polisy OC może uratować nas przed obowiązkiem wypłaty także, np. za uszkodzone pojazdy pracowników na parkingu zakładu.

Ochronę podmiotu, zabezpieczenie jego interesów majątkowych stanowić też będzie ubezpieczenie kosztów ochrony prawnej, szczególnie ważne dla małych placówek, które nie mają własnego radcy prawnego. Wydatek jednorazowy na zakup polisy, będzie mniejszym wydatkiem niż wielokrotne wydatki na fachową pomoc prawnika.

Istnieje też możliwość zawarcia polisy chroniącej pracowników przed skutkami wypadku przy pracy, poprzez polisę NNW czy grupowe ubezpieczenie na życie, a także przed finansowymi skutkami zakażenia się pracownika HIV czy WZW w postaci ubezpieczenia grupowego. Zobowiązanie do ochrony pracowników etatowych wynika z Kodeksu Pracy.

Kolejnym ubezpieczeniem ważnym dla osób zarządzających placówką jest ubezpieczenie jej majątku: budynku, wyposażenia ruchomego. Niekiedy konieczność zawarcia takiej polisy wynika z zapisów umowy kredytu na zakup wyposażenia budynku. Jednak dobry zarząd zapewne i tu dokona aktu staranności (niezależnie od posiadanych umów kredytowych) i zapewni sobie odszkodowanie minimum na wypadek zdarzeń losowych, tj. ognia, powodzi, deszczu nawalnego i in.

Podobnie jak w przypadku DPS-ów, należy zwrócić uwagę, aby pracownicy byli kadrą fachową i odpowiednio przygotowaną do zadań realizowanych w ZOL czy ZPO, posiadali nie tylko odpowiednie wykształcenie, specjalizację, kursy specjalizacyjne ale i predyspozycje psychiczne do wykonywania niełatwych obowiązków. Jeśli podmiot będzie *zatrudniał* jednoosobowe firmy: praktyki lekarskie, pielęgniarские, prowadzących działalność fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, psychologów, może prowadzić *kalendarz ubezpieczeń* i odpowiednio wcześniej przypominać swoim współpracownikom o konieczności przedstawienia polisy OC na następny rok. Kontraktowcy sami odpowiadają za swoje działania/zaniechania i na ogół osoby te posiadają polisy, wystarczy tylko im przypomnieć by je okazały. Można też wpisać zastrzeżenie o konieczności posiadania polisy przez osobę wykonującą zawód medyczny w umowę zlecenie. Już dziś bywa to powszechną praktyką przy zawieraniu umów zlecenia i nie oburza podpisujących kontrakt, bo rozumieją oni konieczność zabezpieczenia się przed finansowymi skutkami roszczeń. Wszak odpowiedzialność cywilna ma charakter majątkowy, a dochodzenie roszczeń trwa latami, co generuje dodatkowe koszty. Także zasądzone kwoty odszkodowań i zadośćuczynień są z roku na rok wyższe.

Z racji zawodu, który wykonują styszałam

już niejedną historię będącą w oczywisty sposób podstawą do roszczeń, ale też budzącą oburzenie u każdej osoby, która się o niej dowiaduje. Przedstawię Państwu jedną z nich. Starsza wiekiem osoba, która przebywała w ZPO, wprawdzie jeszcze czasami samodzielnie się poruszała ale była schorowana, po radioterapii, z chorobą Alzheimerera. Doprawdy nie wiadomo jak to się stało, że w nocy, kobieta znalazła się poza łóżkiem, upadła, doznając złożonego złamania. Po zdarzeniu trafiła do szpitala, a po operacji już nie wróciła do świadomości i wkrótce zmarła. Dramatem dla bliskich osoby poszkodowanej był też fakt, że nie poinformowano ich od razu o wypadku. O zajściu zdarzenia rodzina dowiedziała się już po operacji. Kiedy bliscy chcieli odwiedzić kobietę przebywającą w ZPO, zdziwili się, bo nie zastali jej w ośrodku. Wtedy zostali poinformowani, że jest w szpitalu. W takiej sytuacji od razu można podejrzewać, że personel czy też osoby zarządzające podmiotem próbują coś ukryć i taka była pierwsza myśl rodziny. Nigdy nie dopytywałam się czy wystąpili z roszczeniem. Może ból i smutek po stracie osoby bliskiej był zbyt duży, aby ponownie go przeżywać w czasie dochodzenia odszkodowawczego. Gdyby je podjęli zasądzone odszkodowanie, zadośćuczynienie mogłoby przewyższać podstawową sumę gwarancyjną dla tego typu placówki.

Kolejne takie zdarzenie, które może być podstawą do roszczenia, powstało przed paroma dniami. Prowadzono bardzo ostrożnie rehabilitację osoby po operacji wszczepienia endoprotezy. W czasie rehabilitacji doszło do zwichnięcia stawu. Na moje pytanie czy rodzina lub pacjent zostali powiadomieni o możliwości takiego zdarzenia, kiedy podpisywali zgodę na rehabilitację, usłyszałam pytanie - czy ośrodek lub fizjoterapeuta muszą informować o wszystkich możliwych nieprzewidzianych konsekwencjach? Ależ tak – powinni informować, szczególnie jeśli to mogą być poważne konsekwencje. O takich zagrożeniach powinien informować ośrodek, a także fizjoterapeuta prowadzący rehabilitację, bo w następstwie nieudzielenia takiej informacji może spodziewać się roszczenia związanego z naruszeniem praw pacjenta. A dziś fizjoterapeuta, który jako samodzielny zawód medyczny zy-



skat prawo między innymi samodzielnego ordynowania rehabilitacji (nawet bez zleceń lekarza) i samodzielnego decydowania czy prowadzić dalej terapię, nawet tą zleconą przez lekarza, musi liczyć się z większą odpowiedzialnością za podejmowane decyzje. Już niedługo i fizjoterapeuta będzie miał prawo zarejestrowania indywidualnej praktyki, a co za tym idzie obowiązek posiadania obowiązkowego ubezpieczenia OC. Ale i tak niezależnie od formy zatrudnienia uważam, że powinni posiadać własne polisy OC (dobrowolne lub obowiązkowe) albo też polisy pakietowe z ochroną prawną, a nawet ochroną HIV/WZW. Praca fizjoterapeuty to także bliski, bezpośredni kontakt z ciałem pacjenta, a to już ryzyko zakażenia np. poprzez ślinę.

Czasem osoba wykonująca zawód medyczny znajdzie się w sytuacji, w której nie wie jeszcze czy zdarzenie, które dopiero co miało miejsce, będzie podstawą do roszczenia. *Sama/sam nie wiem jak mam się zachować* – te słowa słyszę dość często. I trudno jest osobie bezpośrednio zaangażowanej, będącej uczestnikiem danego zdarzenia, spojrzeć na sprawę obiektywnie i ocenić taką sytuację. Mówię wtedy: proszę wziąć swoją polisę, proszę sprawdzić jaką ma Pani/Pan sumę gwarancyjną w OC, proszę sprawdzić czy jest na polisie ubezpieczenie kosztów ochrony prawnej, proszę wobec pacjenta, jego rodziny wykazać empatię, proszę osobom uprawnionym udostępnić historię choroby, jeśli tego wymagają, notatkę opisującą zdarzenie i skontaktować się z asystą prawną.

Dlatego też ważne jest, aby pielęgniarki, lekarze, fizjoterapeuci upewnili się u swojego ubezpieczyciela, czy posiadane przez nich polisy są odpowiednio zawarte. Trzeba zwrócić uwagę, kto powinien mieć polisę zawierającą OC obowiązkową, a kto dobrowolną, trzeba upewnić się czy wybrano odpowiedni zakres i sumę gwarancyjną. Analogicznie do zawodów medycznych pracujących na terenie DPS-ów, polisy pracowników można uzupełnić ubezpieczeniem kosztów ochrony prawnej i ubezpieczeniem HIV/ WZW ochrona. Kompensacja wydatków poniesionych na leczenie po ekspozycji jest bardzo ważna szczególnie w przypadku jednoosobowych działalności.





Jednoosobowe praktyki muszą też samodzielnie myśleć o zapewnieniu sobie bezpieczeństwa w razie przedłużającej się niezdolności do pracy. Mogą wtedy pozostać bez środków na życie, na spłatę kredytów i innych zobowiązań finansowych. Warto więc pomyśleć o samodzielnym ubezpieczeniu się od następstw nieszczęśliwych wypadków, poważnych zachorowań czy ubezpieczeniu życia.

Reasumując, lepiej jest aby ośrodki świadczące pomoc osobom niepełnosprawnym, chorym przewlekle, dobrze przemyślały wybór każdego ubezpieczenia, tak aby gwarantowało im jak najszerszy zakres ochrony, ale też właściwy dla danej placówki. Od wszystkiego ubezpieczyć się nie da, ale rozsądny wybór ubezpieczenia pozwoli zminimalizować ewentualne wydatki na odszkodowania, wydatki na naprawę zniszczonego mienia czy zakup nowego. Właściwe ubezpieczenie pracowników i ubezpieczenie się współpracowników danej jednostki, wpłynie dodatnio na komfort świadczenia pracy. Bezpieczny pracownik, współpracownik pewniej będzie się czuł w czasie wykonywania swoich obowiązków i nie będzie odczuwał zagrożenia. Sama (choć z pomocą osób z rodziny: siostry i męża) przez wiele lat zajmowałam się osobą niepełnosprawną i wiem jak ważna jest pomoc fachowej opiekuńki, pielęgniarki, fizjoterapeuty i lekarza. Wiem, jak wiele wyzwań niesie taka praca i jak bardzo konieczny jest dobór odpowiednich lu-

dzi, ale też zagwarantowanie im bezpieczeństwa pracy.

Odpowiadając na pytanie zawarte w tytule, w dzisiejszych czasach ochrona przez roszczeniami to nie tylko komfort, choć ważny z perspektywy niezbędnego komfortu pracy, ale również i konieczność. Roszczenia zarówno w kwestii ilości zgłaszanych przypadków jak i kwot stale rosną. Społeczeństwo jest coraz bardziej świadome swoich praw, osoby zainteresowane wiedzą kiedy roszczenie można zgłosić, przeciwko komu i w jaki sposób, np.:

- **bez kosztów własnych** – składając zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa w prokuraturze;
- **z minimalnymi kosztami własnymi** – przedstawiając sprawcy wezwanie do zapłaty, licząc na to, że jak będzie się poczuwał do odpowiedzialności – zapłaci;
- **kierując sprawę do rzecznika odpowiedzialności zawodowej** (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci zrzeszeni w izbie mają rzecznika odpowiedzialności zawodowej), w kolejnej instancji do sądu zawodowego;
- **kierując sprawę do sądu cywilnego**
- **bez kosztów własnych lub z minimalnymi kosztami własnymi** – zgłaszając sprawę do towarzystwa ubezpieczeniowego, w którym jest ubezpieczony sprawca.

Skutecznym sposobem na zabezpieczenie zarówno instytucji jak i pracowników jest odpowiednie ubezpieczenie. ●



# JAK ROZMAWIAĆ Z RODZINĄ?

## O TRUDNEJ SZTUCE KOMUNIKACJI Z RODZINĄ PODOPIECZNEGO

LESZEK GUGA // Psycholog

*Platon porównywał duszę człowieka do rydwanu, który ciągną dwa konie – jeden biały, dobry, drugi czarny, zły. Jeźdźcem na tym rydwanie jest nasz rozum, którego zadaniem jest powściągnąć te dwie siły. We współczesnych czasach ta alegoria nadal ma sporą siłę i mówi o rzeczy, która nie zdezaktualizowała się przez ponad dwa tysiące lat – czasami wiemy co powinniśmy zrobić, ale czujemy, że różne siły ciągną nas w innym kierunku.*



## ● O tym trzeba rozmawiać

**W**spółcześnie w podobny sposób myśli się o tym, jak rozmawiamy ze sobą nawzajem. Tymi dwoma końmi z platońskiej metafory jest rozsądek i emocje. Emocje mają bardzo duży wpływ na nasze zachowanie, powstają pod wpływem chwili, opierają się na doświadczeniu i tworzą pierwsze wrażenie, które, jeśli jest negatywne, może nie dopuszczać do głosu argumentów, które mogłyby to nasze pierwsze wrażenie zmienić. Kluczem do poruszania trudnych tematów, czy to z mieszkańcem, czy z jego rodziną będzie unikanie sytuacji, które mogą wzbudzać te silne, negatywne emocje w naszych rozmówcach.

### Nie zawsze musimy mieć rację

Ewolucyjnie, dobrze jest być pewnym siebie. Jeżeli jestem pewien tego, że świetnie wspinam się na drzewa, to nie zawaham się przed wspięciem się na nie uciekając przed drapieżnikiem. Tak samo – ewolucyjnie, dobrze jest być przekonanym, że mam rację. Kłopot polega na tym, że nasze życie bardzo się zmieniło przez te kilkadziesiąt tysięcy lat, kiedy na świecie pojawili się pierwsi ludzie i obecnie żyjemy stale stykając się z innymi osobami. Trudno jest pogodzić to, że każdy z nas uważa, że jego opinia jest tą właściwą. Wtedy pojawiają się tarcia, nieporozumienia i różnice do których ewolucja już nas tak dobrze nie przygotowała. Wyzwaniem zatem jest to, jak pogodzić swoją rację z racją drugiej osoby.

Przeszkodą w tym jest również jeden z podstawowych mechanizmów zawiadujących naszym zachowaniem – polaryzacja. Oznacza ono, że jako ludzie mamy tendencję do tego aby utwierdzać się w swoich przekonaniach, okopywać się na swoich pozycjach. Jeżeli dwoje ludzi próbuje nawzajem przekonać się do swoich racji, efektem takiej wymiany zdań może być to, że po takiej rozmowie jeszcze bardziej nie będą się ze sobą zgadzać. Naszym wrogiem tutaj, paradoksalnie, jest – rozmowa. Jeżeli robimy to nieumiejętnie, nasze stanowiska będą się od siebie coraz bardziej oddalać. Jak zatem możemy próbować zbudować porozumienie?

### Szukanie danych

Podstawą zrozumienia jest podobna interpretacja wydarzeń i sytuacji z którymi się stykamy. Jeżeli nie operujemy w oparciu o takie same informacje to znaczy, że mamy inne kryteria, wedle których oceniamy otaczającą nas rzeczywistość. Przykładem może być sytuacja, w której wprowadzamy nowe regulacje czy procedury – powodem tego może być na przykład zmiana w przepisach, która to wymusza. O ile nasz zespół nie wie o tej formalnej zmianie, może uważać, że wprowadzamy zmiany wedle swojego uznania – tylko po to, żeby utrudnić im życie. Zatem pierwszym krokiem powinno być nie tyle wyjaśnienie na czym zmiana będzie polegać, ale raczej wyjaśnienie, dlaczego jest konieczna lub potrzebna. Poza tym uwspólnianie informacji, pokazując też szczerą w relacji, buduje poczucie transparentności. Jednak wspólne dane niekoniecznie rozwiążą problem, ale przynajmniej dają szansę, aby spróbować zrozumieć powody, dla których ktoś zrobił coś tak, a nie inaczej. Dzielnie się informacjami jest tym bardziej ważne, kiedy mamy do czynienia z sytuacją, w której potrzebna jest wiedza albo doświadczenie.

Niejednokrotnie decyzje związane z opieką nad mieszkańcami podyktowane są wieloma powodami, które mogą być niezrozumiałe dla rodzin. W takiej sytuacji bliscy podopiecznych mogą czuć się postawieni przed faktem dokonanym, ograniczani, pozbawieni decyzyjności. Na pewno wielu rodzicom znajoma jest sytuacja, kiedy dziecko buntuje się przeciw decyzji, która została podjęta wbrew niemu. To coś co nie zmienia się w nas kiedy dorastamy – możliwość wpływu, kontroli, albo chociaż wyrażenia własnej opinii, nie tylko pozostaje dla nas ważna, ale z wiekiem może stawać się jeszcze ważniejsza. Jako dorośli przyzwyczajeni jesteśmy do tego, że wyrażamy własną opinię, podejmujemy decyzję i kontrolujemy swoje życie. Dlatego tak trudna dla wielu osób może być sytuacja, kiedy odwiedzają swojego bliskiego przebywającego w instytucji, miejscu którego rytm w znacznym stopniu wyznaczony jest przez harmonogramy i procedury.

Sposobem na pozyskanie sojuszników w trudnej sytuacji może być to, że damy im szansę na nie tylko wyrażenie swojej opinii,

Trudno jest pogodzić to, że każdy z nas uważa, że jego opinia jest tą właściwą. Wtedy pojawiają się tarcia, nieporozumienia i różnice, do których ewolucja już nas tak dobrze nie przygotowała. Wyzwaniem zatem jest to, jak pogodzić swoją rację z racją drugiej osoby.





ale również wywarcie wpływu. Rodziny odwiedzają swoich bliskich przebywających w instytucjach z różną częstotliwością. Często w rozmowach pojawia się przykład rodzin, które pojawiają się u mieszkańców, raz, dwa razy w roku i podczas tych wizyt są niezwykle roszczeniowe, próbują podporządkować sobie wszystko i wszystkich. To zawsze trudna sytuacja dla personelu. Niezależnie od tego jak oceniamy zachowanie tych rodzin, warto wziąć pod uwagę, że te wizyty, mogą być dla nich źródłem wielu trudnych emocji, uświadomionych lub nie – takich jak chociażby poczucie winy. Naszym zadaniem, jeśli chcemy ułatwić sobie rozmowę z nimi, będzie uspokojenie tych odczuć.

**Wiele osób czuje się niekomfortowo w ciszy, zresztą, nawet w mowie potocznej mówimy o niezręcznej ciszy. W związku z tym, często aby jej uniknąć uznajemy, że lepiej rozmawiać o czymkolwiek niż pozwolić tej ciszy trwać – zagadujemy ją.**

### **Konfrontacja jest zła**

W takich sytuacjach, kiedy z naszej perspektywy, bliscy mieszkańca nie są idealni, bardzo łatwo buduje się argumenty. Można pokazać, że rodzina, skoro interesuje się swoim bliskim tak rzadko, nie ma prawa podczas swojej krótkiej wizyty

wytykać nam błędów i pouczać co powinniśmy zrobić lepiej. Taka konfrontacja, choć może nam się wydawać nie tylko łatwa, bo przecież mamy niepodważalny argument, może wydawać się również właściwa – pouczona przez nas rodzina zreflektuje się i na przyszłość się poprawi. To jest ten moment, kiedy oczekiwania rzadko znajdują odzwierciedlenie w rzeczywistości. Konfrontacja, pokaza-



nie komuś że się myli, że nie ma racji – zawsze jest doświadczeniem trudnym dla tej osoby i nieodmiennie będzie prowadzić do kłótni. Niezwykle rzadko zdarza się, że przyznajemy się do błędu, że ktoś inny ma rację, że popełniłmy błąd i zmienimy się w przyszłości. Nie jest to tylko i wyłącznie kwestia naszego charakteru lub złej woli, ale tego, że zarówno kulturowo jak i ewolucyjnie nie jesteśmy do tego przygotowani – w końcu tak często uznajemy to za oznakę słabości. Naszym zadaniem w rozmowie zarówno z rodziną jak i mieszkańcami będzie zadbanie o to, aby nie sprawiać, że poczują się właśnie słabi lub zagrożeni.

### Im mniej mówisz tym lepiej

Tak jak wspominałem – naszym wrogiem w trudnych rozmowach będą emocje. Naszym sojusznikiem będzie cisza. Wiele osób czuje się niekomfortowo w ciszy, zresztą, nawet w momencie potocznej mówimy o *niezręcznej ciszy*. W związku z tym, często aby jej uniknąć uznajemy, że lepiej rozmawiać o czymkolwiek niż pozwolić tej ciszy trwać – zagadujemy ją. Cisza to bezcenne narzędzie w rozmowie z rodziną – im mniej to my będziemy mówić, tym większa jest szansa, że to rodzina będzie starała się wypełnić tę ciszę, a im więcej będą mówić tym więcej swoich intencji i przekonań nam odśpiewają. Często można więcej dowiedzieć się z takiego zagadywania niż w sytuacji gdybyśmy zapytali o coś wprost. Co więcej, ograniczenie swojego mówienia zmniejsza szansę, że nasz komentarz, czy nawet anegdota zostanie, pomimo naszych najlepszych intencji, błędnie odczytana. Nie mamy kontroli nad tym jak to, co mówimy zostanie zrozumiane i odczytane, dlatego czasem warto mówić mniej.

### Mów o intencjach, nie zgaduj intencji innych

Mówienie o powodach, dla których coś robimy ułatwia zrozumienie. Zamiast mówić: *bo tak mamy to zorganizowane*, opowiadajmy jak najwięcej o przyczynach. Pokazuje to, że ważniejsze dla nas jest *dlaczego* niż *jak*, a to daje pole do rozmowy. Nawet jeżeli nie zgadzamy się co do sposobu w jaki chcemy osiągnąć jakiś cel, ale oboje zgadzamy się, że ten cel jest dla nas ważny, łatwiej wtedy o porozumienie.

Z drugiej strony, nigdy nie będziemy mieć pełnej jasności co do intencji osób, z którymi rozmawiamy, dlatego unikajmy zgadywania intencji naszych rozmówców. Wszystkie sformułowania, w których mówimy: *Wiem, że zależy Państwu na...*, *Wiem, że woleliby Państwo...* mają jedną podstawową wadę: tak naprawdę, nie wiemy na czym im zależy. Zgadujemy. Błędne odgadnięcie może powodować opór, podobnie jak wtedy kiedy prosimy kogoś aby się uspokoił – większość osób zareaguje na to nerwowym *Przecież jestem spokojny!*. Mówmy o swoich intencjach jak najwięcej – nie zgadujemy cudzych.

### Pytania

Naszym najlepszym narzędziem nieodmiennie pozostają pytania. Im więcej pytamy, tym lepszą mamy szansę poznać opinie, przychylności zachowań i przekonania osób, którym staramy się pomóc. Ale to nie wszystko, kiedy pytamy kogoś o opinię, dajemy mu szansę na podjęcie decyzji – sprawiamy, że czuje się ważny, dajemy mu to poczucie wpływu, które jest dla wszystkich dorosłych tak ważne. Dlatego warto pozwolić rodzinie podejmować decyzje, nawet w pozornie mniej istotnych kwestiach – na przykład podczas wizyty rodziny, można zapytać, czy chcieliby, żebyśmy uchylili okno. Nie zmienia to diametralnie sytuacji, ale pytanie o zdanie i dawanie szansy do podejmowania decyzji sprawia, że pokazujemy rodzinie, że jej opinie są dla nas istotne i otwiera pole do rozmowy

### Co do jednego możemy się zgodzić: dobro mieszkańca

Nawet jeżeli różnimy się, nawet jeżeli się nie zgadzamy – pomostem pomiędzy nami jest to, że zależy nam na tym samym – najczęściej będzie to zdrowie, dobro, komfort bliskiej rodzinie osoby: naszego mieszkańca. Zawsze chcemy mówić głośno i wyraźnie o tym, że zależy nam na tym samym – dążymy do tego samego celu, nawet jeżeli w tej chwili różnimy się co do tego jak powinniśmy ten cel osiągnąć. Nawet jeżeli różnimy się z rodziną co do tego jak do tego dojdziemy – mówmy o tym, że naszym zamiarem jest iść z nimi w tym samym kierunku. ●

# ABC HIGIENICZNEGO MYCIA

## OSÓB UNIERUCHOMIONYCH

MARTA MALESZEWSKA // Specjalista do spraw produktu SENI TZMO SA

Zapewnienie odpowiedniej higieny skóry tradycyjnie kojarzy się z myciem, czyli oczyszczaniem przy użyciu substancji płynnej, a w potocznej mowie – przy użyciu gąbki i wody z mydłem. Większość środków myjących wymaga spłukiwania, nie tylko ze względu na rozpuszczone zabrudzenia, ale też dla bezpieczeństwa skóry. Woda z mydłem ma wysokie, zasadowe pH, które niekorzystnie wpływa na płaszcz hydrolipidowy i wymaga zmycia ze skóry. Pozostawienie preparatów do mycia na skórze lub starcie ich samym ręcznikiem czy myjką mogłoby poskutkować podrażnieniem, swędzeniem czy pieczeniem. Z kolei produkty myjące zawierające substancje nawilżające i natłuszczające (np. kremowe żele do mycia) należy spłukać, aby zmyć zabrudzenia. Następnie skóra powinna zostać osuszona ręcznikiem bardzo delikatnie, aby nie usunąć z jej powierzchni składników odżywczych.





## ● Pielęgnacja

**P**reparaty myjące nie zawsze muszą być sptukiwane lub usuwane w całości, o ile są przeznaczone do mycia bez sptukiwania – pozostając na skórze, wzmacniają jej barierę ochronną. Produkty zaprojektowane do mycia bez wody mają delikatniejszy skład, a do tego często są nośnikami składników nawilżających czy natłuszczających i pozostawienie ich na skórze nie jest szkodliwe, a wręcz dobroczynne.



### **A** jak Alternatywa

O ile u osób samodzielnych, które używają produktów pielęgnacyjnych dopasowanych do potrzeb swojej skóry i mają dostęp do bieżącej wody, nie ma powodu, żeby rezygnować z kąpieli w wannie czy pod prysznicem, to w przypadku osób przewlekle chorych czy niesamodzielnych sprawa jest bardziej złożona. Mycie z wodą wymaga przemieszczenia osoby unieruchomionej, co bez odpowiedniego sprzętu jest trudnym zadaniem. W przypadku mycia w łóżku, istnieje ryzyko za-

moczenia pościeli i materaca. Dodatkowo, gdy podopieczny potrzebuje mycia kilka razy dziennie (z powodu problemów z nietrzymaniem moczu lub innych sytuacji awaryjnych), mycie z wodą często przerasta możliwości opiekuna. Wówczas warto sięgnąć po produkty dedykowane do oczyszczania skóry bez wody, czyli bez sptukiwania.

Bardzo wygodnym rozwiązaniem są chusteczki nasączone dla dorosłych. Od popularnych chusteczek dziecięcych różnią się przede wszystkim wielkością. Chusteczki Seni Care są minimum dwa razy większe – prawie tak duże jak kartka papieru A4, a chusteczki Seni Care Maxi mają jeszcze większą powierzchnię – 25x30 cm. Dzięki temu jedna chusteczka Seni Care może zastąpić nawet kilka chusteczek dziecięcych. Pielęgniarki i opiekunowie, którzy spróbowali chusteczek, zachwycają się wygodą i poręcznością produktu dostosowanego do wielkości ciała dorosłych podopiecznych.

**NOWOŚĆ 2019**



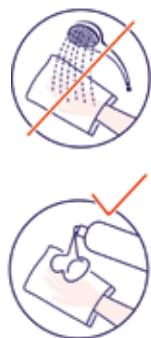
Chusteczki nasączone Seni Care Maxi 25x30 cm

Możliwości mycia bez wody nie ograniczają się do chusteczek. Inne preparaty pielęgnacyjne to m.in. pianki i kremy myjące, które działają podobnie jak mleczka do demakijażu – rozpuszczają zabrudzenia, które następnie należy zetrzeć z powierzchni skóry. Produkty marki Seni Care – pianka myjąco-pielęgnująca i krem myjący 3 w 1 – mają formułę bogatą w składniki aktywne, która jednocześnie oczyszcza i pielęgnuje skórę, więc ich sptukiwanie byłoby niepożądane. Dodatkowo, zawierają SINODOR®, który neutralizuje nieprzyjemne zapachy ludzkich wydzielin, m.in. potu, moczu czy kału.

Używanie produktów do mycia bez wody jest bardzo proste i wygodne. Ponieważ nie wy-

magają sptukiwania, do ich użycia nie potrzeba też ręczników. Zamiast tego przydadzą się higieniczne myjki jednorazowe, za pomocą których należy rozprowadzić piankę lub krem na powierzchni skóry, a potem – po około 1-2 minutach – zetrzeć z niej rozpuszczone zabrudzenia, również myjką.

Do oczyszczania skóry preparatami bez wody polecane są higieniczne myjki podfoliowane typu 2 w 1. Są złożone z warstwy celulozowej podklejonej folią, która zapobiega przenikaniu zabrudzeń do dłoni opiekuna. Dzięki temu opiekun domowy (członek rodziny) jeśli nie chce, nie musi używać rękawiczek jednorazowych (lateksowych, winylowych czy nitrilowych), które nie tylko generują dodatkowy koszt, ale też – zwłaszcza lateksowe – są alergenowe.



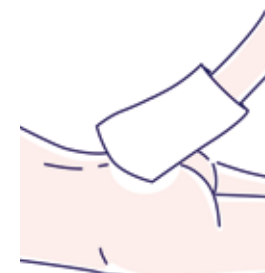
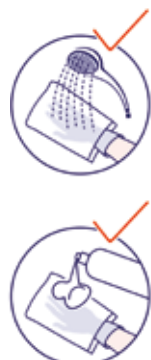
## **B** jak Bezpieczeństwo i higiena

Mycie przy pomocy myjek – zarówno z wodą, jak i bez wody – jest higieniczne, a tym samym bezpieczne. Powszechnie używane gąbki zatrzymują w sobie zabrudzenia, przez co są bardzo dogodnym środowiskiem do rozwoju bakterii. Ich używanie poza środowiskiem z bieżącą wodą naraża podopiecznego na infekcje układu moczowego, które w skrajnych przypadkach mogą doprowadzić do poważnego stanu zapalnego. Dzięki jednorazowym myjkom również Inspekcja Sanitarna ma pewność, że chory nie jest narażony na kontakt z niepożądanymi drobnoustrojami. Te ostatnie mogą gromadzić się nawet w ręcznikach tekstylnych, jeśli nie są odpowiednio często prane. Zatem czy z wodą, czy bez – warto zadbać o higienę przy użyciu jednorazowych myjek higienicznych Seni Care.

Drugim dostępnym na rynku rodzajem myjek higienicznych są myjki włókninowe. Ich użycie przy rozprowadzaniu produktu i usuwaniu zabrudzeń jest analogiczne do myjek podfoliowanych. Myjki włókninowe nie mają jednak warstwy izolacyjnej, więc powinny być używane razem z rękawiczkami jednorazowymi. Dodatkowo, mogą być używane do mycia z wodą, którego nie można całkiem wyeliminować z właściwej higieny osoby unieruchomionej.

Korzyści z używania myjek jednorazowych dostrzegają również opiekunowie na co dzień dbający o higienę podopiecznych czy bliskich. Zwłaszcza myjki podfoliowane 2 w 1 – używane przy myciu bez wody – pozwalają obu stronom na zachowanie higieny przy jednoczesnym zrezygnowaniu z gumowych rękawiczek, w których dłonie są narażone na pocenie i podrażnienia.

Sytuacja mycia jest często krępująca dla obu stron, zwłaszcza gdy relacja między opieku-





nem i podopiecznym wymaga przetamania bariery intymności. Czy to w sytuacji profesjonalnej, czy wśród osób bliskich, bezpośredni kontakt dłoni i okolic intymnych jest niewskazany. Wprawdzie w środowisku profesjonalnym w powszechnym użyciu są rękawiczki gumowe, jednak nie są one przyjemne w dotyku dla podopiecznego. Myjki mają zdecydowanie bardziej przyjazną temperaturę i strukturę, dzięki czemu mycie jest mniej stresującym doświadczeniem.

Zupełnie inaczej może wyglądać sytuacja w środowisku domowym. Opiekunowie rodziny, czy to z powodu przyzwyczajenia z opieki nad dzieckiem, czy z powodu nieznamości stosowanych produktów, nie stosują żadnej warstwy ochronnej. Tym samym narażają zarówno siebie, jak i bliskich na infekcje, ale też na niezręczność. Gdy dorosły nagle musi zająć się chorą matką lub ojcem – zmienić pieluchę i oczyścić skórę okolic intymnych, często odczuwa dyskomfort związany z wkraczaniem w ich intymną sferę. Perspektywa kontaktu fizycznego jest często paralizująca. Dla żadnej ze stron taka sytuacja nie jest komfortowa, a myjki pozwalają złagodzić skrępowanie – poprzez wprowadzenie bariery, zapewniają większe poczucie bezpieczeństwa psychicznego, intymności i godności.



### jak Czystość

Wątpliwości dotyczące myjek jednorazowych – jak wszystkich produktów jednorazowych – związane są przede wszystkim z ich wpływem na środowisko oraz z kosztami. Trudno odnieść się do kwestii ekologicznych bez zwrócenia uwagi na potrzebę bezpieczeństwa i higieny, których wagi nie można zakwestionować. Myjki jednorazowe są zawsze czyste. Aby osiągnąć ten sam poziom czystości przy stosowaniu ręczników, należałoby je po każdym użyciu prać w bardzo wysokiej temperaturze. To z kolei wymaga ogrzania i zużycia kilkudziesięciu litrów wody oraz detergentów, przy czym gąbek już w ten sposób nie można oczyścić. Poza oczywistymi kosztami, to także działania znacznie obciążające środowisko. Czy zatem faktycznie używanie produktów wielokrotnego użytku jest tańsze i bardziej ekologiczne, gdy w grę wchodzi potrzeba zachowania wysokich standardów czystości?



\*\*\*

Wśród wielu dostępnych opcji oczyszczania skóry łatwo się zagubić. Dopóki podopieczny sam się przemieszcza i może korzystać z kąpieli pod prysznicem lub w wannie dobrze jest używać preparatów myjących o niskim pH i z delikatną formułą myjącą, która nie podrażnia skóry. Jeśli takiej osobie potrzebna jest pomoc przy myciu, warto, aby opiekun sięgnął po myjki higieniczne wykonane z miękkiej włókniny. Z kolei gdy pacjent nie jest w stanie przemieszczać się sam, a opiekun lub personel pielęgniarski nie ma możliwości częstego transportowania go do łazienki, wskazane jest używanie produktów myjących niewymagających sputkiwania, takich jak chusteczki nasączone czy krem myjący lub pianka oczyszczająca z Sinodorem®. Do ich aplikacji i usunięcia ze skóry służą myjki higieniczne podfoliowane typu 2 w 1. Warto przeanalizować indywidualne uwarunkowania i wybrać najwygodniejsze rozwiązanie. ●



Szanowni Państwo,  
zapraszamy do korzystania z ćwiczeń i łamigłówek.  
Wytnij, skseruj i rozdaj swoim podopiecznym podczas  
terapii zajęciowej. Udanej zabawy!



### 1. ROZSYPANKA

Łącząc odpowiednio podane słaby, odszukaj nazwy owoców.  
Zapisz je obok. Każdą z słab możesz wykorzystać tylko raz.

Word search puzzle pieces:

- BA, JA, CZA, SZKA, KI, DA, GRU, MA, RZE, RAŃ, GRA, JA, GO, ŚNIA, BŁKO, PO, NGO, MA, WI, NAT, CZKA, WI, NAN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 2. ZNAJDŹ LICZBĘ

W ciągu liczb odszukaj i zaznacz wszystkie 09.

52 83 09 62 85 37 58 12 44 27 18 39 72 82 25 42 36 21 18 51 09 36 48 24 75  
 38 28 29 48 84 51 17 38 49 21 09 51 24 81 27 45 62 09 25 45 81 82 59 64 35  
 19 74 85 90 09 36 58 24 14 28 32 36 09 46 82 37 19 28 95 18 09 36 96 45 78  
 92 82 71 93 86 09 36 56 64 48 09 36 17 50 28 09 08 21 23 56 53 59 58 84 45 21  
 05 09 34 08 28 54 75 64 28 15 95 13 09 36 28 54 75 15 64 85 92 64 83 09 75 64  
 06 96 64 76 29 09 35 45 67 85 09 34 64 75 08 06 60 90 09 37 82 59 09 06 34 75  
 09 68 19 08 09 35 48 29 26 64 76 90 35 09 82 54 19 36 34 64 61 29 34 85 64 28

### 3. SUDOKU

Wpisz brakujące cyfry, w taki sposób, aby w każdym wierszu,  
w każdej kolumnie znalazło się po jednej cyfrze od 1 do 9.

5	3	
6		
	9	8

8	6	1
2	7	9
4	3	5

3. SUDOKU

09 68 19 08 09 35 48 29 26 64 76 90 35 09 82 54 19 36 34 64 61 29 34 85 64 28  
 06 96 64 76 29 09 35 45 67 85 09 34 64 75 08 06 60 90 09 37 82 59 09 06 34 75  
 09 34 08 28 54 75 64 28 15 95 13 09 36 28 54 75 15 64 85 92 64 83 09 75 64  
 09 36 56 64 48 09 36 17 50 28 09 08 21 23 56 53 59 58 84 45 21  
 92 82 71 93 86 09 36 56 64 48 09 36 17 50 28 09 08 21 23 56 53 59 58 84 45 21  
 74 85 90 09 36 58 24 14 28 32 36 09 46 82 37 19 28 95 18 09 36 96 45 78  
 19 74 85 90 09 36 58 24 14 28 32 36 09 46 82 37 19 28 95 18 09 36 96 45 78  
 38 28 29 48 84 51 17 38 49 21 09 51 24 81 27 45 62 09 25 45 81 82 59 64 35  
 58 12 44 27 18 39 72 82 25 42 36 21 18 51 09 36 48 24 75  
 52 83 09 62 85 37 58 12 44 27 18 39 72 82 25 42 36 21 18 51 09 36 48 24 75

2. CIĄG LICZB

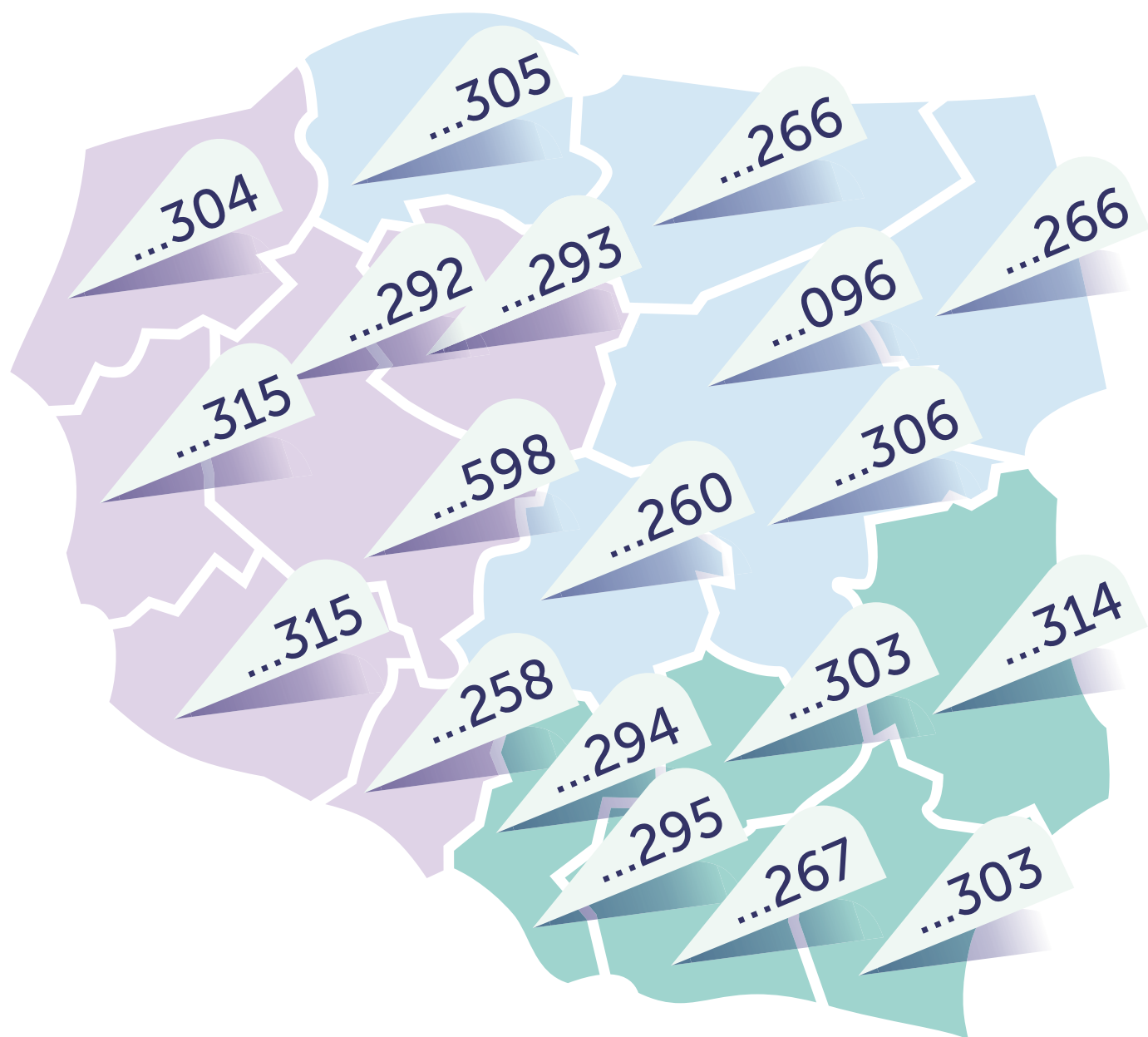
JABŁKO POMARAŃCZA MANGO JAGODA WIŚNIA  
 BANAN PORZECZKA GRANAT KIVI  
 WIŚNIA GRUSZKA

1. ROZSYPANKA

### ODPOWIEDZI:



Jeśli masz pytania  
dotyczące produktów  
marki Seni  
**ZADZWOŃ!**



KONTAKT DO  
PRZEDSTAWICIELA

**723-185-...**