

Forum Opieki Długoterminowej

ISSN 1643-1308 nakład 3000 egz.

medi

kwartalnik nr 2 (83) maj/czerwiec 2020

**DPS-y w dobie
koronawirusa**

**Waloryzacja
świadczeń z ZUS**
i jej skutki dla
mieszkańców DPS

**3 filary wsparcia
dla instytucji opieki
długoterminowej**
rozmowa z dr Elżbietą
Szwatkiewicz

Razem z mamą wybrałyśmy Seni Active

Majtki chłonne dla osób ze średnim
i ciężkim nietrzymaniem moczu

seni®

wspiera w opiece



- Z systemem kontroli zapachu
- Odpowiednie dla osób, które odmawiają noszenia pieluchomajtek (np. osoby z demencją)
- Dostępne w trzech poziomach chłonności i rozmiarach od S do XXL

Zamów
BEZPŁATNĄ PRÓBKĘ
na: **seni.pl**

Dostępne w refundacji

Forum Opieki Długoterminowej

medi

MAJ/CZERWIEC // 2020

Szanowni Państwo!

WYDAWCA:
Fundacja TZMO
Razem Zmieniamy Świat

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

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

REDAKTOR:
Małgorzata Kamińska
malgorzata.kaminska1@tzmoglobal.com

SKŁAD GRAFICZNY:
Małgorzata Bógdał

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

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

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

To wydanie Medi powstało w zupełnie innych okolicznościach niż zazwyczaj. Od kilku miesięcy żyjemy w nowej rzeczywistości, w której towarzyszy nam koronawirus. Epidemia COVID-19 dotyka w głównej mierze osoby starsze i schorowane, dlatego tak bardzo niebezpieczna jest dla podopiecznych placówek opieki długoterminowej. Wzrastająca liczba chorych w tych instytucjach, tylko tę tezę potwierdza. Zapytaliśmy dyrektorów DPS-ów jak w tym trudnym czasie wygląda codzienność w placówkach. W artykule „DPS-y w dobie koronawirusa” przeczytacie również Państwo przejmującą relację jednego z pracowników DPS-u, w którym to doszło do zarażenia COVID-19 zarówno wśród podopiecznych jak i personelu.

Serdecznie polecamy Państwa uwadze wywiad z dr Elżbietą Szwałkiewicz, prezesem „Koalicji na Pomoc Niezamieszkałym”, która opowiada o trzech filarach wsparcia, mogących przynieść realną pomoc instytucjom opieki długoterminowej w czasie epidemii.

Odchodząc od tematyki związanej z koronawirusem, zachęcamy do przeczytania artykułu Michała Bochenka „Waloryzacja świadczeń z ZUS i jej skutki dla mieszkańców DPS-ów”. Autor w czytelny sposób przedstawia wszelkie zawiłości związane z określaniem sytuacji dochodowej mieszkańców domów opieki społecznej.

Ciekawe spostrzeżenia na temat porównania skal Barthel i NOSGER w ocenie funkcjonowania mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku przedstawia Magdalena Rostonska. Zapraszamy do lektury.

Szanowni Państwo, praca w instytucjach opieki długoterminowej nigdy nie należała do łatwych. Panująca sytuacja wymusza całkowicie inną organizację Waszych działań. Pracujecie z dużym zaangażowaniem i poświęceniem, wykazując przy tym ogromną odwagę. W podziękowaniu kłaniamy się nisko wszystkim pracownikom instytucji opieki długoterminowej.

Redakcja Medi

● Koronawirus – raport

5 DPS-y w dobie koronawirusa
Małgorzata Kamińska

10 3 filary wsparcia dla instytucji opieki długoterminowej
– rozmowa z dr Elżbietą Szwałkiewicz

● Prawo

14 Waloryzacja świadczeń z ZUS i jej skutki dla mieszkańców DPS
Michał Bochenek

● Dobre praktyki

22 Wolontariat w domu seniora? Oczywiście!
Znaczenie wolontariatu w Domach Pomocy Społecznej na
przykładzie DPS-u w Skolimowie
Anna Solnicka-Heller

25 Porównanie skal Barthel i NOSGER w ocenie funkcjonowania
mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób
w podeszłym wieku
Magdalena Rostkowska

● Prawidłowa higiena

31 Zakażenia układu moczowego
Krzysztof Wawrzyn

37 Pielęgnacja podopiecznego w czasie epidemii -
jak ją usprawnić?
Małgorzata Kamińska

DPS-y w dobie koronawirusa

MAŁGORZATA KAMIŃSKA // Redakcja Medi

Niepokój, strach, niepewność co przyniesie jutro, a także bezsilność – to uczucia, które towarzyszą teraz wszystkim. Mierzymy się z bardzo trudną rzeczywistością – pandemia koronawirusa opanowała cały świat i najbardziej uderza w osoby najsłabsze – starsze, schorowane, niesamodzielne. Każdego dnia w domach pomocy społecznej trwa walka o zdrowie i bezpieczeństwo mieszkańców.

W Polsce funkcjonuje ponad 800 domów pomocy społecznej. Chorych na koronawirusa w DPS-ach niestety przybywa, mieszkańcy z uwagi na swój wiek i szereg innych dolegliwości są w grupie podwyższonego ryzyka. Co robić, aby zminimalizować ryzyko pojawienia się choroby?

#zostanwdomu obowiązuje w DPS-ie

– Pełna izolacja – to mogę powiedzieć o naszej rzeczywistości w DPS-ie. Żadna osoba z zewnątrz nie ma kontaktu z mieszkańcami domu, nie ma możliwości przyjmowania gości, kontakt z rodziną tylko i wyłącznie przez telefon czy też media społecznościowe – opowiada Sabina Kanik, dyrektor DPS-u w Żywcu. Urszula Wiśniewska, dyrektor DPS-u w Molzie doda-

je – Drzwi do naszego domu zamknęły się na ludzi z zewnątrz już 9 marca. Jeśli przychodzi do nas np. listonosz, kontaktuje się z nim tylko jeden pracownik, odbiera korespondencję w maseczce i rękawiczkach.

Tak wygląda teraz codzienność w większości domów pomocy społecznej w Polsce. – Mieszkańcy nowe zasady przyjęli spokojnie, choć na początku było trudno. Aby zminimalizować ryzyko opuszczania domu przez mieszkańców wyjęliśmy na parterze klamki z okien. Obawialiśmy się, że osoby, które chętnie sięgają po alkohol, będą próbowały wyjść za wszelką cenę, ale tak się nie dzieje, co jest dla nas miłym zaskoczeniem. Z uwagi na to, że mamy duży ogród wokół domu, to przy ładnej pogodzie pozwalamy sobie na krótkie spacery. Uważamy, że to bardzo ważne dla samopoczucia naszych mieszkańców i dają tę namiastkę normalności – wyjaśnia Anna Pawlak, dyrektor DPS-u w Tomaszowie Mazowieckim.

Ogólne zalecenia to za mało

– Jesteśmy pionierami jeśli chodzi o kształtowanie nowej rzeczywistości. Brakuje takiej „księgi dobrych praktyk”, wspólnej platformy, w jaki sposób organizować pracę domów pomocy społecznej. Nie mamy dokładnych wytycznych np. jak postępować z mieszkańcem, który wróci ze szpitala, a przecież stanowi potencjalne źródło zagrożenia. Rekomendacje mówią o dwóch tygodniach kwarantanny dla takiej osoby, ale przecież muszą być też wydelegowani opiekunowie, którzy się nią zajmą. To personel, który nie może mieć kontaktu z pozostałymi mieszkańcami. Jak to zrobić? Nikt nas nie pyta jak my sobie radzimy, jakie działania wdrażamy. Wszystkie działania, które podejmujemy wynikają z naszych doświadczeń. To trudne. Każdego dnia mierzymy się z wieloma ciężkimi sytuacjami. Mam grupę zaprzyjaźnionych dyrektorów, często się kontaktujemy i rozmawiamy o tym, co zrobić w danej sytuacji, jak np. zorganizować podawanie posiłków, zajęcia terapeutyczne – opowiada Anna Solnicka-Heller, dyrektor Domu Artystów Weteranów Scen Polskich w Skolimowie. Dyrektorzy placówek opieki długoterminowej alarmują, że zalecenia, które do nich spływają, czy to ze strony Ministerstwa Zdrowia, czy też

województw, sanepidu, charakteryzują się dużym stopniem ogólności, zdarza się, że trudno przełożyć je na warunki panujące w danym domu pomocy społecznej. Nie w każdej placówce jest odpowiednia ilość pomieszczeń np. na wydzielenie izolatki, odpowiednia ilość środków ochrony osobistej np. kombinezonów. Skąd wziąć wystarczającą liczbę pracowników, którzy będą siebie zastępować w przypadku zarażenia, albo jak rozwiązać kwestię zachowania bezpiecznej odległości między opiekunem, a podopiecznym?

Wiele obaw wśród kadry kierowniczej budzi Rekomendacja Ministerstwa Zdrowia dotycząca pracy personelu medycznego tylko w jednym miejscu. Z jednej strony zalecenie jest bardzo jasne, to jeden ze sposobów na zmniejszenie ryzyka przenoszenia się wirusa, jednak z drugiej strony wiele domów pozostaje w tej sytuacji bez opieki medycznej. – Martwi nas ta sytuacja. Pielęgniarki, które do tej pory z nami współpracowały, wybrały szpital. Na chwilę obecną mogą polegać tylko na opiekunkach, cieszą się, że pracują z wielkim zaangażowaniem – opowiada Jacek Orman, dyrektor Domu dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie w Łodzi. Anna Duraj, dyrektor Domu Seniora Dąbrówka w Baninie dodaje – Można powiedzieć, że jesteśmy pozbawieni opieki medycznej – kontakt z lekarzem tylko online. Nie ma wizyt u dentysty, okulisty.

Środki ochrony osobistej potrzebne w każdych ilościach

Płyny do dezynfekcji, rękawiczki – to produkty pierwszej potrzeby w domach pomocy społecznej zwłaszcza teraz. – Każdy pracownik po przyjeździe do pracy przebiera się, dezynfekuje ręce, ma mierzoną temperaturę. Regularnie dezynfekowane są wszystkie powierzchnie, podłogi, poręcze, klamki, włączniki światła. Cały personel przykłada do tego dużą wagę. Spoczywa na nas ogromna odpowiedzialność. Prawda jest taka, że to my stanowimy zagrożenie dla naszych mieszkańców i możemy ich zarażać dlatego tak restrykcyjnie podchodzimy do higieny – wyjaśnia Grażyna Jasonek, dyrektor DPS-u Dom Nauczyciela z Bielska-Białej. – Jesteśmy umówieni z personelem, że gdy pojawią się jakieś symptomy choroby, chociaż-



by niewielki katar czy kaszel to taka osoba nie przychodzi do pracy. Prywatnie unikamy sklepów, zatłoczonych miejsc, staramy się zminimalizować ryzyko ze wszystkich stron – opowiada Sabina Kanik, dyrektor DPS-u w Żywcu. Wszystkie czynności pielęgnacyjne, podawanie posiłków, bezpośredni kontakt personelu z mieszkańcami odbywa się przy użyciu maseczek i rękawiczek. Zużycie tych środków znacząco wzrosło – W jeden weekend zużywamy od 1000 do 1200 rękawiczek jednorazowych przy 41 mieszkańcach – wylicza Małgorzata Hermyt, dyrektor Domu Seniora Stały Łąd w Tychach.

Kłopot z dostępnością środków ochrony osobistej w placówkach opieki długoterminowej jest cały czas aktualny. W dużej mierze zależy to od samorządu. Tam, gdzie gminy i powiaty działają aktywnie, DPS-y są w miarę możliwości wyposażane. Dużo mniejsze problemy mają też domy pomocy społecznej w większych miastach. – Muszę przyznać, że w Trójmieście nie mamy kłopotu z dostępnością środków ochrony osobistej. Za pośrednictwem miasta i województwa otrzymujemy maseczki, rękawiczki, kombinezony, przyłbice. To są rzeczy dobrej jakości. Wiem jednak, że w mniejszych miejscowościach sytuacja jest o wiele poważniejsza – mówi Agnieszka Cysewska, dyrektor DPS-u w Sopocie.

– My jako prywatna placówka nie mamy możliwości pierwokupu, jesteśmy traktowani jak każdy klient, a to bardzo utrudnia. Dużym kłopotem jest również cena, podwyżki sięgają kilkuset procent – opowiada Małgorzata Hermyt

z Domu Seniora Stały Łąd w Tychach. – Brakuje nam rękawiczek, maseczek, fartuchów jednorazowych. Z Urzędu Wojewódzkiego otrzymaliśmy przydział na dwa tygodnie – 2 opakowania rękawiczek plus 100 maseczek – wylicza Anna Duraj, dyrektor Domu Seniora Dąbrówka w Baninie.

Wolne miejsca = brak pieniędzy

Kłopotów z jakimi muszą mierzyć się dyrektorzy instytucji opieki długoterminowej niestety przybywa. Wolne miejsca w placówkach to duży problem – alarmują zwłaszcza właściciele prywatnych domów. – Z reguły na jedno wolne miejsce w naszym domu czekają trzy osoby. Obecnie dysponuję 5 wolnymi miejscami. Wszystkie przyjęcia są wstrzymane. To duże straty finansowe, a koszty utrzymania domu są takie same. Każdą nową osobę musiałabym potraktować jak potencjalnie zakażoną. Należałoby wydzielić osobną część domu, pokój, korytarz, gabinet zabiegowy, do tego personel. Nie mam takiej możliwości. Pytałam sanepid co zrobić w przypadku kwarantanny, jak wygląda kwestia odkażania – wszystkie koszty pozostają po naszej stronie – opowiada Anna Duraj, dyrektor Domu Seniora Dąbrówka w Baninie.

Koronawirus w DPS-ie – co wtedy?

To, czego najbardziej obawiają się wszyscy dyrektorzy domów opieki to oczywiście zarażenie koronawirusem wśród mieszkańców i personelu. W przejmującym liście, który trafił do naszej redakcji możemy przeczytać jak wygląda życie w domu, w którym pojawił się koronawirus.

Zrobiliśmy wszystko co w naszej mocy, by ustrzec podopiecznych przed koronawirusem. Mierzenie temperatury u pracowników i mieszkańców, regularna dezynfekcja, brak możliwości odwiedzin osób z zewnątrz, wstrzymane wyjścia pensjonariuszy poza teren DPS i wyjątkowe środki ostrożności jeśli chodzi o dostawy – towar zostawiany przed DPS-em, rozpakowywany dopiero po dwóch dniach, poczta trafia do obiegu również po 48 godzinach. Podział pracowników na zespoły, które nie mają ze sobą kontaktu. Mimo stosowania wszelkich obostrzeń i restrykcji – jeden z naszych mieszkańców zaczyna mieć standardowe objawy zarażenia koronawirusem – kaszel, podwyższona temperatura. Nasz podopieczny trafił do szpitala. Dzięki uporowi i kontaktom udało się bardzo szybko doprowadzić do pobrania próbki, kolejnego dnia przyszedł wynik – pozytywny. Jak mogło dojść do zakażenia – tego nie wiemy...

Decyzją Wojewódzkiej Stacji Epidemiologicznej DPS zostaje zamknięty – nikt nie może z niego wyjść, ani nikt nie może do niego wejść. Jedna zmiana pracowników opiekuje się podopiecznymi 24 h na dobę, bez żadnych informacji, kiedy ich ktoś zmieni. Czekamy na jakiegokolwiek działania ze strony sanepidu, samorządu. Kontakt z zakażoną osobą mógł mieć każdy w DPS-ie. Naturalnym wydawać by się mogło, że w takiej sytuacji natychmiast przebadani zostaną wszyscy podopieczni i pracownicy domu. Jednak tak się nie dzieje. Na badania czekamy dwa dni, na wyniki kolejne dwa dni. Liczba zakażonych wzrasta do kilkunastu, są to zarówno podopieczni jak i pracownicy. W tym momencie zaczyna się dla nas niesamowicie trudny czas. Strach o zdrowie i życie naszych podopiecznych, strach o zdrowie i życie naszych rodzin i nas samych, ale też napiętnowanie ze strony społeczeństwa, przykre komentarze ze strony ludzi obwiniające nas o całą tę sytuację.

System opieki długoterminowej zawodzi. Samorządy działają opieszale. Otrzymujemy zalecenia, wskazówki, które są tylko ogólnikami. To nie tak powinno wyglądać. Mielśmy doprowadzić do tego, by pracownicy pracowali tylko w jednym miejscu. Odsunęliśmy od obowiązków pielęgniarki i opiekunów zatrudnionych w szpitalach. Były osoby, które zrezygnowały z pracy u nas, bo wybrały inną instytucję, są też pracownicy, którzy zdecydowali się pozostać z nami, odmawiając świadczenia pracy w innych miejscach. Nie ma żadnych regulacji prawnych, by podejmować takie działania. Na jakiej podstawie możemy wymagać od pracownika, by zrezygnował z dodatkowej pracy i z części swojego dochodu? Którą umowę ma wybrać? Pracownicy domów pomocy społecznej mają naprawdę niewielkie pensje. Zatrudnienie w kilku instytucjach to nie efekt dużej ilości wolnego czasu tylko sposób na zarobienie pieniędzy adekwatnych do kosztów utrzymania.

Kolejny problem to dostępność do środków ochrony osobistej, ale tej profesjonalnej, takiej jakiej używają medycy w szpitalach. Jednorazowe rękawiczki, maseczki, płyny do dezynfekcji – to zawsze stosowaliśmy standardowo, a dodatkowo otrzymaliśmy z różnych źródeł. Jednak bez profesjonalnego sprzętu nie jesteśmy w stanie zabezpieczyć naszych podopiecznych i personelu. Mamy być traktowani jak placówki medyczne – tak mówi Ministerstwo Zdrowia – jednak tak się nie dzieje.

Koronawirus obnażył wszystkie problemy jakie nawarstwiały się latami w sektorze pomocy społecznej – niedofinansowanie, brak profesjonalnych zabezpieczeń i wystarczającej kadry medycznej, niewystarczająca ilość opiekunów. To należy zmienić.

Ludzie chcą pomagać

Okazuje się, że w tak trudnej sytuacji jaką jest epidemia koronawirusa są osoby, które chcą pomagać. W pomoc domom pomocy społecznej bardzo aktywnie zaangażowała się Fundacja

Sióstr Św. Dominika. – Zaczęto się od telefonu dyrektora DPS-u w Bochni, gdzie podopieczni i personel zostali zarażeni. Pan Dyrektor poprosił o pomoc i zmianę jego personelu. Oczy-

wście zgodziliśmy się tego wsparcia udzielić. Wtedy też pomyśleliśmy, aby zaangażować się w tę pomoc jeszcze bardziej. Na stronie naszej Fundacji uruchomiliśmy zbiórkę, za zebrane pieniądze kupujemy środki ochrony osobistej, rękawiczki, maseczki, kombinezony, płyny do dezynfekcji, termometry, pulsoksymetry oraz żywność, tak by odciążyć budżety DPS-ów. Do tej pory, dzięki ludziom dobrej woli udało się zebrać ponad 765 000 zł (informacja ze strony internetowej Fundacji Sióstr św. Dominika) Zgłaszają się do nas wolontariusze, którzy chcą pomóc, są to zarówno siostry i bracia zakonni, ale także osoby świeckie. Udało nam się stworzyć bardzo fajną grupę. Pomagamy wielotorowo: organizujemy transporty ze środkami ochrony osobistej i żywnością. Dodatkowo duża grupa Sióstr – 40 osób pracuje czynnie w domach pomocy społecznej – opowiada Siostra Tymoteusza z Fundacji Sióstr Św. Dominika. W różnych miastach powstają inicjatywy społeczne, których wsparcie adresowane jest właśnie do domów pomocy społecznej – Otrzymaliśmy duże wsparcie od lokalnych grup społecznych, uszyto dla nas maseczki, dostaliśmy przyłbice ochronne – mówi Anna Pawlak, dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Tomaszowie Mazowieckim. Wiele prywatnych firm również udziela pomocy instytucjom opieki długoterminowej przekazując środki finansowe i wsparcie rzeczowe.

Wzrasta też świadomość urzędników. Samorządy coraz częściej decydują się na profilaktyczne badania na obecność koronawirusa wśród pracowników instytucji opieki długoterminowej, to bardzo dobry trend. Dzieje się tak m.in. w woj. łódzkim, woj. pomorskim i kujawsko-pomorskim – Miasto Sopot zasponsorowało badania dla wszystkich pracowników domu, wyniki są ujemne – mówi z ulgą Agnieszka Cysewska, dyrektor DPS-u w Sopocie. Podobne badania przeszli m.in. pracownicy Domu dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie w Łodzi i Domu Pomocy Społecznej w Toruniu

Nowa codzienność w DPS-ie

Mimo bardzo ciężkiej sytuacji, wszelkich obostrzeń i restrykcji, pracownicy DPS-ów chcą zachować rutynę dnia codziennego. To daje

mieszkańcom poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji. – Odbывают się zajęcia terapeutyczne i rehabilitacyjne. W tym trudnym czasie kładziemy wyjątkowo duży nacisk na terapię właśnie, tak by możliwie jak najbardziej uatrakcyjnić czas naszym mieszkańcom – tłumaczy Anna Pawlak, dyrektor DPS-u w Tomaszowie Mazowieckim.

– To co się zmieniło w naszym domu jeśli chodzi o terapię to formuła zajęć, grupy są mniej liczne, mieszkańcy siedzą w odstępach, rehabilitacja ma charakter indywidualny – wylicza Sabina Kanik, dyrektor DPS-u w Żywcu.

– W naszym domu dzieciaki korzystają z sali polisensorycznej, to taki zimowy ogród, jednak widać, że brakuje im szkoły, kolegów – dodaje Jacek Orman, dyrektor Domu dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie w Łodzi.

Boimy się – przyznają jednogłośnie dyrektorzy domów pomocy społecznej. – Mimo wszystko staramy się zostawić swój strach za drzwiami domu. Musimy myśleć pozytywnie. Mieszkańcy nie mogą odczuwać naszego niepokoju – przekonuje Grażyna Jasonek, dyrektor DPS-u w Bielsku-Białej.

Chcemy serdecznie podziękować naszym rozmówcom za poświęcony czas. Zdajemy sobie sprawę jaki to dla Państwa trudny moment, dlatego ogromnie doceniamy fakt, że zechcieliście podzielić się na łamach Medi swoimi doświadczeniami.

Główną intencją tego artykułu jest głośne powiedzenie słowa DZIEKUJĘ wszystkim pracownikom domów pomocy społecznej i instytucji opieki długoterminowej, którzy na co dzień wykonują niemal heroiczną pracę. Jesteśmy pod ogromnym wrażeniem Państwa poświęcenia, zaangażowania i profesjonalizmu. Życzymy wszystkim dużo zdrowia i wytrwałości.

Artykuł został napisany w kwietniu i odnosi się do sytuacji panującej w tamtym okresie.

Szanowni Państwo!

Jeśli chcecie podzielić się z nami swoimi refleksjami na temat obecnej sytuacji – zachęcamy do pisania wiadomości na adres mailowy: fundacja@tzmo-global.com

3 filary wsparcia dla instytucji opieki długoterminowej

ROZMOWA Z DR ELŻBIETĄ SZWAŁKIEWICZ, PREZESEM KOALICJI NA POMOC NIESAMODZIELNYM

Obecnie domy pomocy społecznej oraz instytucje opieki długoterminowej toczą regularną walkę o przetrwanie finansowe i bez wirusa. W miejscach, gdzie podopieczni i personel zarazili się koronawirusem, sytuacja jest dramatyczna. O tym jak powinno wyglądać wsparcie dla DPS-ów rozmawiamy z dr Elżbietą Szałkiewicz, Prezesem Zarządu Koalicji na Pomoc Niezależnym



MK: *Domy Pomocy Społecznej muszą mierzyć się z bardzo poważnym wrogiem – koronawirus atakuje placówki opieki długoterminowej z dużą siłą. Jak walczyć z takim przeciwnikiem?*

ES: Reakcja dyrektorów domów pomocy społecznej w obliczu ryzyka zarażenia wirusem była bardzo szybka. Zakaz odwiedzin i zminimalizowanie kontaktów z osobami z zewnątrz do minimum były i są bardzo słusznymi de-

cyzjami. Dyrektorzy DPS-ów podjęli działania dużo wcześniej niż zarekomendowali je urzędnicy. Patrząc na liczby, to chorzy mieszkańcy DPS-ów stanowią niespełna 0,5 % wszystkich podopiecznych. To niewiele. Gdyby nie zdecydowane działania kadry zarządzającej placówek opieki długoterminowej chorych, byłoby znacznie więcej. Oczywiście, wiemy, że w konkretnych miejscach, w których doszło do zakażenia rozgrywa się tragedia. Pracownicy tych DPS-ów wykonują tytaniczną pracę, są na skraju wyczerpania,

martwią się losem swoich podopiecznych. W dodatku z uwagi na kwarantannę są pozbawieni kontaktu z własną rodziną, boją się o pracę, o to czy zdołają ją utrzymać.

Dużo czasu poświęca się teraz na dyskusje dotyczące przenoszenia wirusa przez pracowników instytucji, personel medyczny. Niskie płace w opiece długoterminowej skutkują tym, że kadra musi pracować w kilku miejscach, by utrzymać siebie i swoje rodziny. Obecna sytuacja to efekt decyzji, których źródła możemy doszukiwać się już w latach 90, kiedy zarządzanie DPS-ami przejął ówczesny resort pracy. Wtedy to pojawiła się koncepcja odmedycznienia domów pomocy społecznej i nie finansowania z budżetu świadczeń zdrowotnych dla DPS-ów. Spowodowało to, że nieliczne pielęgniarki zatrudnione w DPS-ach mają o wiele niższe zarobki, niż pielęgniarki w placówkach medycznych. W efekcie domy pomocy społecznej, w których mieszkają osoby z wieloma schorzeniami, przewlekłe chore, niesamodzielne, zostały pozbawione opieki pielęgniarskiej adekwatnej do potrzeb. Problemu nie rozwiązuje pielęgniarska opieka długoterminowa, na którą NFZ przeznaczają zbyt małe środki ograniczając w ten sposób chorym mieszkańcom DPS-ów dostęp do stałej opieki pielęgniarskiej. Duże braki kadrowe obserwujemy także w zakładach opiekuńczych. Większość personelu medycznego – pielęgniarki, lekarze, fizjoterapeuci to nie są stali pracownicy ZOL-i czy ZPO, tylko osoby, które sobie tam dorabiają. Z racji tego, że wiele zakładów opiekuńczych działa wewnątrz szpitali przyjęto się, że kadra jest wystarczająca, a nie jest to prawdą.

My (Koalicja na Pomoc Niesamodzielnym – przyp. red.) od kilku lat apelujemy o to, aby uporządkować system opieki długoterminowej, który powinien być wyłoniiony w obszar międzyresortowy. Opieka długoterminowa jest interdyscyplinarna – jest opiekuńcza i medyczna, a świadczenia są regulowane w części przez resort rodziny, a w części przez resort zdrowia. Po obu stronach mamy te same zakresy świadczeń – stacjonarnych i domowych. To wszystko, ze względu na skalę potrzeb, musi być koordynowane wspólnie.

MK: Jak domy pomocy społecznej mogą bronić się przed epidemią? Na czym powinna po-

legać pomoc kierowana do instytucji opieki długoterminowej?

ES: Sytuacja w instytucjach opieki długoterminowej rozwija się niezwykle dynamicznie. Potrzebne są konkretne działania. Myśląc o przyszłości postulujemy wprowadzenie **3 filarów** wsparcia dla instytucji opieki długoterminowej, które mogą pomóc w utrzymaniu kondycji DPS-ów i zakładów opiekuńczych, także w konfrontacji z koronawirusem.

1 Pilne zlikwidowanie niedoszacowania stawki za osobodzień do kosztów rzeczywistych w zakładach opiekuńczych. Stawka powinna też uwzględniać podniesione ceny wymaganych środków ochrony osobistej. Maseczki, rękawiczki, fartuchy jednorazowe, płyny do dezynfekcji to teraz narzędzia pierwszej potrzeby, których zużywa się dużo więcej niż w standardowych warunkach, a ich ceny znacznie wzrosły. Podobnie sytuacja wygląda w domach pomocy społecznej, tutaj także należy podnieść stawkę z uwagi na podwyżki cen. Do tego wyższe pensje dla pielęgniarek i opiekunów, tak by ZPO, ZOL-e czy też DPS-y mogły w jakiś sposób konkurować z płacami oferowanymi przez szpitale. Należy również dążyć do wzrostu zatrudnienia liczby opiekunów we wszystkich instytucjach opieki długoterminowej.

2 W każdym DPS-ie powinna być zatrudniona na pełen etat pielęgniarka opieki długoterminowej – stawka powinna być taka sama jak w szpitalu. Normy zatrudnienia tych pielęgniarek powinny być elastyczne, odpowiednio do stanu zdrowia mieszkańców. Wyrównanie płacy ma ogromne znaczenie, zachęci pielęgniarki do pracy w instytucjach opieki długoterminowej. Stała obecność pielęgniarki jest nie do przecenienia. Jest ona odpowiedzialna za kreowanie procesów pielęgnacyjnych, nadzoruje pracę opiekunów. Ponadto pielęgniarki mają duży zakres kompetencji jeśli chodzi o badania fizykalne, mogą przedłużać recepty, kontaktować się w imieniu podopiecznych z lekarzami. Problemy kadrowe w dużej mierze dotyczą również

ZOL-i i ZPO. Narodowy Fundusz Zdrowia nałożył na te placówki bardzo wysokie wymogi dotyczące ilości zatrudnianych lekarzy, pielęgniarek, pielęgniarek specjalistek, fizjoterapeutów, a zapomniano o tym, jak bardzo potrzebni są opiekunowie, którzy pomagają zaspokoić podstawowe potrzeby podopiecznych. Dlatego też, w obecnych czasach, gdy nie ma kto zastąpić pielęgniarek i lekarzy pracujących w różnych placówkach leczniczych rozwiązaniem byłaby częściowa zmiana rozporządzenia o świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej. To pozwoliłoby NFZ odstąpić od wymagań w zakresie poziomu zatrudniania wysoko kwalifikowanego personelu medycznego, właśnie na rzecz wzmocnienia kadry opiekuńczej.

3 Z uwagi na panującą sytuację niezbędną jest możliwość okresowego zatrudniania niewykwalifikowanego personelu, który po przeszkoleniu przez pracowników DPS-u, a w ZPO i ZOL-ach przez pielęgniarki i pod ich nadzorem mógłby wykonywać proste czynności opiekuńcze i pielęgnacyjne, spędzać czas z podopiecznymi. To pozwoliłoby na odciążenie pielęgniarek i opiekunów medycznych oraz wzrost liczby personelu, który teraz zarówno w DPS-ach jak i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych jest na wagę złota. To też szansa dla osób, które z uwagi na epidemię straciły pracę.

MK: Jakie działania należy podjąć, aby ułatwić funkcjonowanie domów pomocy społecznej w tym trudnym czasie?

ES: Mamy w tej chwili poligon. Musimy być wyrozumiali dla siebie, to dotyczy również urzędników. Dochodzą do nas sygnały, że dyrektorzy toną w papierach, składają wyjaśnienia przed urzędami powiatowymi, wojewódzkimi. Zalecenia dla DPS-ów są często niemożliwe do spełnienia z uwagi na braki kadrowe, braki sprzętowe, brak miejsca. Z tych samych powodów umowy zakładów opiekuńczych z NFZ mogą stać się niewykonalne. Z tego powodu sporo kontrower-

sji wzbudziło Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia dotyczące ograniczenia pracy pielęgniarek do jednego miejsca. Decyzja jest czytelna – to sposób na ograniczenie transmisji wirusa. Jednak ograniczenia w przepływie personelu mogą powodować, że jeszcze trudniej będzie zapewnić odpowiednią opiekę podopiecznym domów pomocy społecznej i zakładów opiekuńczych. Już teraz jest niezwykle trudno o opiekę medyczną, pielęgniarską. Pielęgniarka postawiona przed wyborem pracy w DPS-ie czy w szpitalu z pewnością wybierze tę drugą opcję, bo po prostu tam zarobi więcej. Co w takich sytuacjach mają robić dyrektorzy domów? Na to pytanie urzędnicy nie udzielają odpowiedzi. Pozwólmy działać dyrektorom DPS-ów i podejmować działania, które jak najlepiej chronią przed wirusem i są możliwe do realizacji w danym miejscu.

Rekomendujemy szeroki dostęp do testów na obecność koronawirusa wśród pracowników instytucji opieki długoterminowej, którzy pracują w kilku miejscach.

Duży problem stanowi rozdział placówek publicznych od prywatnych. Działalność prywatnych domów to odpowiedź na rosnącą liczbę osób niesamodzielnych, które wymagają opieki. Placówki prywatne powinny być traktowane na równi z publicznymi, mieć taki sam dostęp do środków ochrony osobistej i wsparcia ze strony państwa.

MK: Można powiedzieć, że personel domów pomocy społecznej poddawany jest teraz ogromnemu testowi. Jak długo można wytrzymać pracując w takich warunkach?

ES: Jestem pełna podziwu dla pracy i poświęcenia jakim wykazują się pracownicy domów pomocy społecznej i zakładów opieki długoterminowej. To niezwykle wartościowi ludzie. Mam wielką nadzieję, że teraz, kiedy tak dużo mówimy o domach pomocy społecznej i zakładach opiekuńczych, rozpocznie się proces budowania rozsądnego systemu opieki długoterminowej. To, co się dzieje w tej chwili musi przymusić nas jako społeczeństwo do szerokich działań w tym zakresie.

Dziękujemy za rozmowę. ●

Waloryzacja świadczeń z ZUS

I JEJ SKUTKI DLA MIESZKAŃCÓW DPS

MICHAŁ BOCHENEK // Ekspert w sprawach pomocy społecznej

W większości przypadków osób korzystających ze wsparcia i pomocy społecznej prawo do świadczeń z systemu pomocy społecznej uzależnione jest od spełnienia tzw. kryterium dochodowego.

W obecnym stanie prawnym przedmiotowe kryterium wynika w pierwszej kolejności z art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą” lub „u.p.s.” oraz z przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz. U. z 2008 r. poz. 1538).

Określenie wysokości dochodu to konieczność

Zasadniczo prawo do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej przysługuje osobie samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 701 zł, osobie w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 528 zł. Trzeba przy tym podkreślić, że nie tylko kryterium dochodowe będzie decydowało o istnieniu przesłanek do przyznania danego świadczenia, ponieważ niezbędne jest jednocześnie wystąpienie w konkretnym stanie

faktycznym co najmniej jednego z powodów wymienionych w art. 7 pkt 2-15 ustawy lub innych okoliczności uzasadniających udzielenie pomocy społecznej.

W kontekście świadczenia niepieniężnego, jakim jest świadczenie usług w domu pomocy społecznej (dalej także „DPS”) sytuacja jest specyficzna, ponieważ w pierwszym etapie, tzn. skierowanie – opiera się na przesłankach określonych w art. 54 ust. 1 ustawy – a więc, gdy osoba wymaga wsparcia z uwagi na nie- możliwości zapewnienia jej adekwatnych do stanu w jakim się znajduje usług opiekuńczych w miejscu jej zamieszkania. Natomiast na etapie ustalania odpłatności za pobyt w DPS-ie i już po zamieszkaniu w DPS-ie określenie dochodu strony jest konieczne i wymaga cyklicznej weryfikacji. Weryfikacja powinna odbywać się w każdym przypadku zmiany sytuacji dochodowej mieszkańca (art. 109 ustawy) oraz w przypadku zmiany średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca w DPS-ie (art. 60 ustawy).

W świetle zarysowanych wyżej zasad, z uwagi na waloryzację świadczeń wypłacanych obecnie przez organy rentowe, w tym szczególnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (dalej także „ZUS”) warto poddać analizie, jak waloryzacja może wpłynąć na sytuację mieszkańców DPS-ów.

¹ Osoby przebywające w domach pomocy społecznej o profilach określonych w art. 62 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a więc o profilach dla:

- 1) osób w podeszłym wieku;
- 2) osób przewlekle somatycznie chorych;
- 3) osób przewlekle psychicznie chorych;
- 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;

Zmiany w wysokości otrzymywanych świadczeń z ZUS przez mieszkańców DPS-ów

Mieszkańcy domów pomocy społecznej, i to nie tylko tych DPS-ów o profilu dla osób w podeszłym wieku¹, otrzymują w większości przypadków świadczenia określone w przepisach ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 53 ze z późn. zm.), dalej także „ustawa o ER”. Stosownie do art. 88 ust. 1 ustawy o ER emerytury i renty podlegają corocznie waloryzacji od dnia 1 marca. Waloryzacja polega na pomnożeniu kwoty świadczenia i podstawy jego wymiaru przez wskaźnik waloryzacji. W wyniku przeprowadzonej waloryzacji kwota świadczenia nie może ulec obniżeniu. Waloryzacji podlega kwota świadczenia i podstawa jego wymiaru w wysokości przysługującej ostatniego dnia lutego roku kalendarzowego, w którym przeprowadza się waloryzację.

WAŻNE

Wskaźnik waloryzacji to średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych w poprzednim roku kalendarzowym zwiększony o co najmniej 20% realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim roku kalendarzowym. W 2020 r. Prezes Głównego Urzędu Statystycznego ogłosił dane dotyczące średniorocznych wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych w 2019 r. m.in. dla gospodarstw domowych emerytów i rencistów. W związku z tym wskaźnik waloryzacji emerytur i rent w 2020 r. wynosi 103,56 proc.

5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;

6) osób niepełnosprawnych fizycznie;

7) osób uzależnionych od alkoholu – mogą otrzymywać np. świadczenia określone w art. 24, art 57, art. 65 ustawy o ER, które to świadczenia podlegają waloryzacji.

Przekładając wskazane wyżej rozwiązania prawne na rzeczywistość i kwestie praktyczne dla mieszkańców DPS-ów oraz kadry DPS-ów i kadry ośrodków pomocy społecznej (dalej także „OPS”), w większości przypadków dochodzi do zmiany dochodu, o którym mowa w art. 109 ustawy. Zgodnie z zasadą wyrażoną w tym przepisie osoby i rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej oraz osoby, o których mowa w art. 61 ust. 1 pkt 2, są obowiązane niezwłocznie poinformować organ, który przyznał świadczenie lub ustalił odpłatność, o każdej zmianie w ich sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która wiąże się z podstawą do przyznania świadczeń lub ponoszenia odpłatności. O przedmiotowych zmianach, wymagających zgłoszenia ośrodkowi pomocy społecznej powinni zatem pamiętać także małżonek, zstępni (lub wstępni) mieszkańców DPS.

Zmiany w sytuacji materialnej mieszkańców DPS-ów, a obowiązki pracowników socjalnych

W nawiązaniu do waloryzacji świadczeń emerytalno – rentowych, przysługujących mieszkańcom domów pomocy społecznej trzeba zauważyć także konsekwencje dla pracowników DPS-ów i ośrodków pomocy społecznej, wywodzące się z art. 107 ust. 4 ustawy, zgodnie z którym po nowelizacji ustawy obowiązującej od 4 października 2019 r., w przypadku ubiegania się o przyznanie świadczenia z pomocy społecznej po raz kolejny, a także gdy nastąpiła zmiana danych zawartych w wywiadzie, sporządza się aktualizację wywiadu. W przypadku osób korzystających ze statycznych form pomocy, aktualizację sporządza się mimo braku zmiany danych, nie rzadziej niż co 6 miesięcy, a w przypadku osób przebywających w domach pomocy społecznej – nie rzadziej niż co 12 miesięcy. Zmiany w strukturze dochodów mieszkańców DPS-ów, które powodują przekroczenie 10% kryterium dochodowego w kwocie 701 zł powodują konieczność zmiany decyzji o ustaleniu opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej. Stosownie do art. 106 ust. 3b ustawy zmiana dochodu osoby samotnie gospodarującej lub rodziny w okresie ponoszenia odpłatności za świadczenie niepienięż-

ne (a takim świadczeniem są usługi opiekuńcze w domu pomocy społecznej; vide: art. 36 pkt 2 lit. I ustawy – przyp. autora) nie wpływa na wysokość tej odpłatności, jeżeli kwota zmiany nie przekroczyła 10% odpowiednio kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub kryterium dochodowego na osobę w rodzinie.

Warto także dostrzec, że osoby zamieszkujące w domach pomocy społecznej pozostają często w znacznej odległości od miejscowości, w której znajduje się ośrodek pomocy społecznej (organ), który kierował do DPS-u. Nie jest zatem możliwa czynność polegająca na tym, aby pracownik socjalny OPS mógł sporządzić aktualizację rodzinnego wywiadu środowiskowego, o której mowa w art. 107 ust. 4 ustawy. W tym przypadku istotna jest regulacja zawarta § 8 rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 25.08.2016 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz.U. z 2017 r. poz. 1788), zgodnie z którym w przypadku, gdy osoba, u której ma być przeprowadzona aktualizacja wywiadu, przebywa w domu pomocy społecznej, wywiad może przeprowadzić pracownik socjalny tego domu, wypełniając część IV kwestionariusza wywiadu.

Przykład z praktyki

Osoba przebywająca w domu pomocy społecznej posiada dochód w formie zasiłku stałego oraz zasiłku pielęgnacyjnego. W związku z waloryzacją zasiłku pielęgnacyjnego dochód zmienił się np. o kwotę 31,42 zł. i nie przekracza to 10% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej. Czy w tym przypadku należy zmienić wysokość opłaty za pobyt w DPS?

Odpowiadając na postawione pytanie, trzeba zauważyć, że jeśli dochód osoby przebywającej w domu pomocy społecznej zmieniłby się o kwotę przekraczającą 10% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej, a z opisu zawartego w pytaniu wynika, że tak się nie stało (zmiana dochodu w kwocie poniżej kwoty 70,10 zł w stosunku do dochodu ustalonego w decyzji ustalającej po raz ostatni opłatę za pobyt w DPS), organ nie powinien dokonywać zmiany odpłatności strony za pobyt w DPS-ie w drodze zmiany decyzji administracyjnej. Nie zwalnia to jednak organu z ko-

nieczności aktualizacji rodzinnego wywiadu środowiskowego, o której mowa w art. 107 ust. 4 ustawy.

Warto zauważyć, że w orzecznictwie sądowym – w temacie analizy zmian, które zaszły w dochodzie mieszkańca DPS-u – przyjmuje się, że nie chodzi tylko o jednorazową zmianę dochodu, ale należy brać pod uwagę wszelkie jego zmiany, które zaistniały w okresie od wydania decyzji ustalającej odpłatność. Nie ma zatem znaczenia, czy była to jedna zmiana, czy też kilka zmian sumujących się (por. wyrok WSA w Łodzi z 7.12.2007 r., sygn. akt: II SA/Łd 979/07, w którym sąd zwrócił uwagę, że art. 106 ust. 3a dotyczy wyłącznie sytuacji, gdy wysokość świadczenia została ustalona na podstawie ostatecznej decyzji, a zmiana okoliczności faktycznych, w tym wysokości uzyskiwanego dochodu, ma miejsce po dacie, w której decyzja stała się ostateczna. Stanowisko to analogicznie odnosi się do art. 105 ust. 3b ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej).

Niejednokrotnie w orzecznictwie sądów administracyjnych podkreślano, że uzyskanie dochodu następuje dopiero wtedy, gdy określona kwota świadczenia zostanie rzeczywiście mieszkańcowi DPS-u wypłacona. W konsekwencji, w przypadku waloryzacji świadczeń z ZUS trudno upatrywać zmiany sytuacji dochodowej mieszkańca DPS-u w samym tylko fakcie wydania decyzji waloryzującej świadczenie. W konkretnej sprawie, dla faktu uzyskania dochodu (tzn. zmiany sytuacji dochodowej strony) istotne jest zatem ustalenie, kiedy emerytura w podwyższonej wysokości została faktycznie wypłacona. Ma to dalej znaczenie dla prawidłowego zastosowania reguły określonej w art. 8 ust. 3 u.p.s., zgodnie z którą za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o:

1) miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych;

2) składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków pu-

blicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach;

3) kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

Konieczna jest ponadto właściwa wykładnia art. 106 ust. 5 u.p.s. w powiązaniu z art. 60 ust. 1 u.p.s., ust. 2 pkt 2 i art. 61 ust. 2 pkt 1 u.p.s. – a mianowicie, że zaistnienie podstaw do zmiany sytuacji dochodowej osoby zobowiązanej w danym miesiącu nie może w sposób automatyczny powodować zmiany decyzji ustalającej opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej od pierwszego dnia tego miesiąca. Zmiana sytuacji dochodowej strony determinuje wydanie „nowej” decyzji (decyzji zmieniającej). Zmiany takiej można dokonać jedynie „na przyszłość”. Warto przytoczyć pogląd wyrażony w wyroku WSA w Łodzi z dnia 26 lutego 2019 r., sygn. akt: II SA/Łd 998/18, zgodnie z którym: cyt. „... sąd, w składzie rozpoznającym przedmiotową skargę, w pełni akceptuje stanowisko, że ustawodawca w redakcji art. 106 ust. 5 ustawy o pomocy społecznej konsekwentnie posługuje się pojęciami: „zmienia” i „uchyla” decyzję, co oznacza, że zarówno zmiana decyzji pierwotnej, jak i jej uchylenie, mają charakter konstytutywny. Brak jest jakichkolwiek podstaw, by uchylać lub zmieniać decyzje przyznające prawa do określonych świadczeń z pomocy społecznej lub nakładające określony obowiązek – z mocą wsteczną – ex tunc. (...) Sąd orzekający w sprawie wymienionej wyżej podzielił sformułowany w orzecznictwie sądów administracyjnych i przeważający pogląd, iż takie skutki można wiązać jedynie z decyzjami deklaratoryjnymi, tj. potwierdzającymi zaistniały już stan rzeczy (zob. np. wyroki Wojewódzkich Sądów Administracyjnych: w Poznaniu z dnia 10 grudnia 2013 r., sygn. akt II SA/Po 772/13, Lex nr 1404923; w Łodzi z dnia 19 września 2014 r., sygn. akt II SA/Łd 477/14, Lex nr 1520150 oraz z dnia 13 lutego 2013 r., sygn. akt II SA/Łd 1287/12, Lex nr 1287068; w Opolu z dnia 26 czerwca 2014 r., sygn. akt II SA/Op 260/14, Lex nr sygn. akt II SA/Łd 798/15 i z dnia 10 lutego 2016 r., sygn. akt II SA/Łd 1067/15, a także z dnia 24 czerwca 2016 r., sygn. akt II SA/Łd 159/16).

W ocenie autora pogląd ten uzasadniony jest również obowiązującą w prawie polskim za-

sadą *lex retro non agit*. Aby możliwe było wydanie w danej, konkretnej sytuacji mieszkańca DPS-u decyzji, która by regulowała „na nowo” i odmiennie sytuację strony z mocą wsteczną, upoważnienie takie musiałby wyraźnie przewidywać przepis prawa obowiązującego. Przepisy ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej nie zawierają takiego uregulowania w sprawach, które są przedmiotem niniejszego komentarza. Trzeba przyznać, że artykuł 106 ust. 5 u.p.s. umożliwia zmianę sytuacji prawnej strony, określonej wcześniej inną decyzją, ale jedynie ze skutkiem teraźniejszym, czyli *ex nunc* (por. np. wyroki Naczelnego Sądu Administracyjnego: z dnia 17 kwietnia 2014 r., sygn. I OSK 980/13, Lex nr 1480913 i z dnia 29 września 2011 r., sygn. I OSK 655/11, Lex nr 1068524 oraz z dnia: 14 grudnia 2012 r., sygn. akt I OSK 1099/12; 16 stycznia 2013 r., sygn. akt I OSK 1280/12; 29 listopada 2012 r., sygn. akt I OSK 945/12; 19 stycznia 2009 r., sygn. akt I OSK 535/08; 10 lipca 2009 r., sygn. I OSK 1501/08; 4 lutego 2010 r., sygn. I OSK 1208/09). Tym samym wydanie przez organ (OPS), na podstawie art. 106 ust. 5 u.p.s. decyzji konstytutywnej oznacza, że kształtuje ona na nowo zakres uprawnień strony, istniejący dopiero od momentu wydania nowej decyzji orzekającej o utracie prawa lub zmianie dotychczas pobieranego świadczenia. Skoro taka decyzja wywołuje skutki *ex nunc*, to znajdzie ona zastosowanie jedynie do decyzji ostatecznej wywołującej w dalszym ciągu skutki, np. decyzji na podstawie której strona realizuje swoje uprawnienie. Autor zauważa ponadto, że w omawianych sprawach chodzi o zmianę odpłatności za pobyt w DPS-ie, a zatem o zmianę przyznanego już świadczenia z pomocy społecznej. W sprawie chodzi nie o przyznanie świadczenia, ale ustalenie odpłatności za pobyt w DPS-ie. Przydatne w tym zakresie są rozważania w wyroku WSA w Rzeszowie z 10.01.2017 r., sygn. akt: II SA/Rz 663/16. W sprawie zastosowanie ma przepis, z którego wyraźnie wynika, że w razie zmiany przepisów prawa w zakresie średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca domu pomocy społecznej (art. 60 ust. 2 pkt 1 u.p.s.), organ ma obowiązek wydania nowej decyzji ustalającej wysokość opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej z mocą od po-

czątku miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym opublikowano zarządzenie właściwego organu o ustaleniu nowej wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca domu pomocy społecznej. Zgodnie bowiem z art. 60 ust. 4 w zw. z art. 60 ust. 2 pkt 1 u.p.s. ustalenie i ogłoszenie w wojewódzkim dzienniku urzędowym, nie później niż do dnia 31 marca każdego roku, przez organ wykonawczy gminy nowego średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca domu pomocy społecznej stanowi podstawę do ustalenia odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej od następnego miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym zostało opublikowane, a do tego czasu odpłatność za pobyt w domu pomocy społecznej ustala się na podstawie ogłoszenia z roku poprzedniego. Niezależnie od momentu orzekania przez organ w przedmiocie zmiany ostatecznej decyzji o ustaleniu opłaty za pobyt w związku ze zmianą średniego miesięcznego kosztu utrzymania, organ ma w tym przypadku obowiązek ustalić nową wysokość opłaty z mocą od miesiąca przypadającego po miesiącu publikacji w wojewódzkim dzienniku urzędowym zarządzenia, o którym mowa w art. 60 ust. 2 pkt 1 u.p.s. Należy zatem przyjąć, że decyzja zmieniająca będzie w tej sytuacji zasadniczo działać z mocą wsteczną, retroaktywną (*ex tunc*), albowiem właściwy organ orzeka – co do zasady – na podstawie art. 60 ust. 4 w zw. z art. 60 ust. 2 pkt 1 u.p.s. w momencie przypadającym po upływie miesiąca następującego po miesiącu ogłoszenia nowego średniego miesięcznego kosztu utrzymania, a zatem zmiana wysokości opłaty w związku ze zmianą średniego miesięcznego kosztu utrzymania nastąpi z mocą wsteczną od początku miesiąca, w którym nastąpiła publikacja zarządzenia, o którym mowa w art. 60 ust. 2 pkt 1 u.p.s. (por. także rozważania zawarte w uzasadnieniu wyroku NSA z dnia 14 października 2016 r., sygn. akt: I OSK 379/15: „W miarę zmian stanu faktycznego, np. zmian kręgu zobowiązanych na skutek śmierci czy zmian stanu majątkowego, jak również zmian średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca, dochodzi do konieczności ponownego konkretyzowania odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej. W takich

jednak sytuacjach, gdy organ na skutek zmian stanu faktycznego zmienia kwotę opłaty lub osobę zobowiązaną, wydawana decyzja pod względem oznaczenia początku obowiązku ponoszenia opłaty nie może dotyczyć okresu objętego dotychczasową decyzją, bez jej zmiany lub wzruszenia. Stan w zakresie istniejących obowiązków musi być bowiem jednoznaczny”).

Podkreślenia ponadto wymaga, że organ ma wynikający z art. 60 ust. 4 u.p.s. obowiązek zmiany decyzji w związku ze zmianą wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania, niezależnie od tego, czy jest to zmiana na korzyść, czy też na niekorzyść zobowiązanego. (...)

Organ orzekając na podstawie art. 60 ust. 4 u.p.s., w zw. z art. 106 ust. 5 u.p.s. i w zw. z art. 59 ust. 1 u.p.s.

jest każdorazowo zobowiązany do uwzględnienia zmian w zakresie sytuacji dochodowej zobowiązanego, gdyż ustalenie nowej wysokości opłaty z mocą wsteczną od dnia, o którym mowa w art. 60 ust. 4 u.p.s., nie może prowadzić do naruszenia przepisu art. 61 ust. 2 u.p.s. Zgod-

nie bowiem z treścią tego ostatniego przepisu ustawowy obowiązek ponoszenia opłat podlega limitowaniu w zależności od sytuacji rodzinnej i dochodowej zobowiązanego. (...) Organ orzekający w sprawie zmiany decyzji ustalającej opłatę musi zatem zawsze zaktualizować dane w zakresie sytuacji rodzinnej i dochodowej zobowiązanego, aby nowa konkretyzacja ustawowego obowiązku nie naruszyła ustawowego limitu, o którym mowa w art. 61 ust. 2 u.p.s.

Pracownik socjalny przeprowadzający rodzinny wywiad środowiskowy może domagać się od osoby – mieszkańca DPS-u złożenia

oświadczenia o dochodach i stanie majątkowym. Odmowa złożenia oświadczenia jest podstawą wydania decyzji o odmowie przyznania świadczenia (lub uchylenia prawa do świadczenia). Sytuację osobistą, rodzinną, dochodową i majątkową strony ustala się na podstawie następujących dokumentów, np:

1 dowodu osobistego lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość,

2 decyzji właściwego organu w sprawie renty, emerytury, świadczenia przedemerytalnego lub zasiłku przedemerytalnego, emerytury pomostowej, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, uposażenia w stanie spoczynku, renty strukturalnej oraz renty socjalnej,

3 dowodu otrzymania renty, emerytury, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, emerytury pomostowej,

nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, uposażenia w stanie spoczynku, renty strukturalnej oraz renty socjalnej.

Co istotne dla praktyki przeprowadzania aktualizacji rodzinnych wywiadów środowiskowych w DPS-ie, warto także zauważyć, że w przypadkach wyjątkowych

i nietypowych (np. mieszkaniowiec jest osobą samotną, całkowicie ubezwłasnowolnioną (nie ma jeszcze opiekuna prawnego) i z uwagi na stan zdrowia nie ma z nim kontaktu (np. ma chorobę Alzheimera lub inną formę demencji), sytuację osobistą, rodzinną, dochodową i majątkową takiej osoby należy ustalić, korzystając z uprawnień określonego w art. 100 ust. 1 u.p.s., zgodnie z którym jednostki sektora finansów publicznych, w tym sądy, Policja, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i organy administracji publicznej, a także kuratorzy sądowi, pracodawcy, podmioty wykonują-

Podkreślenia ponadto wymaga, że organ ma wynikający z art. 60 ust. 4 u.p.s. obowiązek zmiany decyzji w związku ze zmianą wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania, niezależnie od tego, czy jest to zmiana na korzyść, czy też na niekorzyść zobowiązanego.

ce działalność leczniczą, przedszkola, szkoły, placówki, poradnie i ośrodki, o których mowa w art. 2 pkt 1-8 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, szkoły wyższe, organizacje pozarządowe, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, oraz podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 tej ustawy są obowiązani niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku kierownika ośrodka pomocy społecznej, dyrektora centrum usług społecznych, o którym mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, lub pracownika socjalnego udostępnić informacje, które mają znaczenie dla rozstrzygnięcia o przyznaniu lub wysokości świadczeń z pomocy społecznej, dla ustalenia wysokości odpłatności za świadczenia z pomocy społecznej lub dla weryfikacji uprawnień do świadczeń z pomocy społecznej, wysokości tych świadczeń lub odpłatności za te świadczenia.

Przykład z praktyki w kontekście zagadnień ochrony danych osobowych i realizacji obowiązku informacyjnego wynikającego z RODO

W jakich przypadkach i kiedy należy informować mieszkańca DPS-u, że ośrodek pomocy społecznej lub dom pomocy społecznej wystąpił o jego dane do innej instytucji, w związku z prowadzonym postępowaniem w sprawie zmiany sytuacji dochodowej? Poniżej instytucje, do których DPS może wystąpić o dane: ZUS – pytanie czy mieszkaniec DPS-u jest ubezpieczony i z jakiego tytułu lub czy posiada prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, czy posiada świadczenia i w jakiej wysokości, Urząd Skarbowy – pytanie czy mieszkaniec DPS-u osiągał dochody i z jakiego tytułu i kto był płatnikiem składek?

DPS, jako administrator danych osobowych powinien już w chwili przyjmowania do Domu poinformować mieszkańca, że jego dane osobowe będą przetwarzane przez administratora w konkretnie oznaczonym celu, tzn. realizacji świadczenia z pomocy społecznej (usługi opiekuńcze w DPS). DPS spełni tym samym obowiązek wynikający z art. 13 rozporządze-

nia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L z 2016 r. 119, s. 1 ze zm.).

WAŻNE

Nie ma w tym przypadku konieczności dodatkowego informowania, że np. DPS ustala prawem przewidziany sposób (w innych instytucjach); vide: art 6. ust. 1 lit. c RODO oraz art. 100, art. 105 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej - dodatkowe informacje będące w posiadaniu innych instytucji (administratorów).

Wnioski i podsumowanie

Waloryzacja świadczeń z ZUS wypłacanych dla mieszkańców DPS-ów powoduje, że zmienia się co najmniej sytuacja dochodowa i majątkowa strony. Ma to swoje konsekwencje zarówno w odniesieniu do obowiązków mieszkańców DPS-ów (art. 109 u.p.s.), jak i pracowników DPS-ów i ośrodków pomocy społecznej (art. 107 ust. 4 u.p.s.). Zmiany zachodzące w strukturze dochodów należy oceniać z dużą dokładnością, ponieważ skomplikowanie przepisów w tym zakresie oraz konkretne sytuacje faktyczne – życiowe, w jakich znajdują się mieszkańcy DPS-ów mogą powodować konieczność stosowania jeszcze innych rozwiązań, jakimi są np. możliwości wynikające z art. 64 u.p.s. Zgodnie z tym przepisem osoby wnoszące opłatę lub obowiązane do wnoszenia opłaty za pobyt mieszkańca domu pomocy społecznej można zwolnić z tej opłaty częściowo lub całkowicie, na ich wniosek, po przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego, w szczególności jeżeli:

1 wnoszą opłatę za pobyt innych członków rodziny w domu pomocy społecznej, ośrodka wsparcia lub innej placówce,

2 występują uzasadnione okoliczności, zwłaszcza długotrwała choroba, bezrobocie, niepełnosprawność, śmierć członka rodziny, straty materialne powstałe w wyniku klęski żywiołowej lub innych zdarzeń losowych,

3 małżonkowie, zstępni, wstępni utrzymują się z jednego świadczenia lub wynagrodzenia,

4 osoba obowiązana do wnoszenia opłaty jest w ciąży lub samotnie wychowuje dziecko,

5 osoba obowiązana do wnoszenia opłaty lub jej rodzic przebywała w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka lub placówce opiekuńczo-wychowawczej, na podstawie orzeczenia sądu o ograniczeniu władzy rodzicielskiej osobie kierowanej do domu pomocy społecznej lub mieszkańcowi domu,

6 osoba obowiązana do wnoszenia opłaty przedstawi wyrok sądu oddalający powództwo o alimenty na rzecz osoby kierowanej do

domu pomocy społecznej lub mieszkańca domu.

Jednak wydanie decyzji, na podstawie art. 64 u.p.s., wymaga uprzedniego, prawidłowego ustalenia – na wniosek mieszkańca DPS-u, osoby zobowiązanej do ponoszenia opłaty za pobyt krewnego w DPS-ie lub z urzędu – stanu faktycznego sprawy, jako elementu niezbędnego do trafnego zastosowania normy prawa materialnego. Temu służy postępowanie administracyjne, którego jednym z etapów jest uznanie za udowodniony fakt, na podstawie określonych materiałów i w oparciu o przyjętą teorię swobodnej oceny dowodów oraz ujęcie tego faktu w języku stosowanej normy. ●



Wolontariat w domu seniora? Oczywiście!

ZNACZENIE WOŁONTARIATU W DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ NA PRZYKŁADZIE DAWSP W SKOLIMOWIE

ANNA SOLNICKA-HELLER // Dyrektor Domu Artystów Weteranów Scen Polskich w Skolimowie

Na pytanie czy wolontariusz w domu seniora jest potrzebny odpowiedź twierdząca nasuwa się automatycznie. Przy pytaniu: Jak zorganizować wolontariat, tak aby mieszkaniac, wolontariusz oraz ośrodek byli usatysfakcjonowani muszą pojawić się wątpliwości.

W związku z rozwojem idei wolontariatu w Polsce coraz częściej do domów seniora zgłaszają się wolontariusze w różnym wieku i z różnym doświadczeniem. Zadaniem organizatora jest zbudowanie takiego systemu, w którym wolontariat będzie wsparciem, nie obciążeniem dla ośrodka, zadowoleni wolontariusze pozostaną na dłużej, a mieszkańcy poczują się zaopiekowani. Poniżej opisane zostaną doświadczenia i refleksje dotyczące wolontariatu w Domu Artystów Weteranów w Skolimowie.

Czyj zasiew tego plon – jakie inwestycje?

Przy każdym rodzaju wolontariatu niezbędny będzie wkład pracy ze strony domu seniora. Wolontariusz to nasz niepobierający wynagrodzenia pracownik, który w zamian otrzymuje satysfakcję, przyjemność i nowe doświadczenia. Należy mu zorganizować miejsce pracy, wyznaczyć opiekuna, dać wsparcie merytoryczne, opłacić ubezpieczenie NNW. Gdy wolontariusz poczuje się częścią zespołu, wróci do nas i poleci innym. Nasze doświadczenia wskazują, że od kiedy każdy wolontariusz ma wsparcie konkretnego pracownika, to współ-



praca z domem seniora wydłuża się i jest bardziej efektywna.

Wolontariat w domach opieki długoterminowej może nieść za sobą ryzyko. Bardzo ważne jest, aby już na początku określić, że chcemy, aby wolontariusz został w ośrodku na dłużej i przychodził regularnie. Konieczny jest także plan wizyt u mieszkańców oraz obowiązkowe zawiadamianie ośrodka o nieobecności wolontariusza. Mieszkańcy bardzo się przywiązują i nie chcemy sprawiać im zawodu. Potrzebna jest szczerza rozmowa z wolontariuszem, zawsze wtedy pytam dlaczego wybrał akurat Dom Artystów Weteranów. Częstym problemem jest lokalizacja i możliwości dojazdu, to też trzeba wziąć pod uwagę, domy opieki są usytuowane z reguły na obrzeżach miast lub w małych miejscowościach. Decyzja o podjęciu wolontariatu musi być odpowiedzialna. Wolontariusz musi być pewien tego, co chce robić.

Pomagając innym pomagasz i sobie – jaki wolontariat?

Wolontariat Pracowniczy

czyli jednodniowe akcje dobroczynne mające na celu wsparcie potrzebujących oraz in-

tegrację pracowników firm, czy korporacji w odmiennych niż biurowe warunkach. Jest to bardzo przydatna forma wolontariatu, choć jak każda wymagająca nakładów. Dzięki współpracy z większymi organizacjami w naszym ogrodzie pojawiły się nowe kwietne rabaty, mamy odremontowane ławki i pomalowaną altankę ogrodową. Zaplanowaliśmy wolontariuszom prace w ogrodzie, ponieważ firmy szukają takiej formy pomocy, gdzie szybko będzie widać efekty i gdzie można zaangażować większą liczbę osób. Do takiej akcji konieczny jest koordynator ze strony domu, czasami większa ilość sprzętu ogrodniczego. Zawsze częstujemy naszych dobroczyńców ciepłą zupą, na koniec otrzymują indywidualne podziękowania. Zdarzyło się nam odmówić organizatorom wolontariatu pracowniczego, gdy do ogrodu miało przyjechać 120 osób, nie znaleźlibyśmy ani tyle pracy, ani sprzętu, ani pracowników do koordynacji.

Wolontariat szkolny

Wolontariat trwający u nas od 3 miesięcy do 1 roku. Spotkania z mieszkańcami mają charakter indywidualny, najczęściej cotygodniowy, wolontariusz odwiedza statą grupę 2-3 se-

niorów. Młodzież (w wieku 14-15 lat) chętnie angażuje się w pomoc seniorom, czyta gazety i książki słabowidzącym, pisze listy, towarzyszy w spacerach, seniorzy natomiast chętnie dzielą się swoim doświadczeniem życiowym i zawodowym. Aby dobrze zorganizować taki wolontariat należy we współpracy z opiekunami stworzyć grafik odwiedzin, oddelegować jednego z pracowników do koordynacji i regularnego wsparcia wolontariuszy, także do rozmów o sytuacjach trudnych. Dobrze sprawdza się dobranie seniorowi wolontariusza o zbliżonych zainteresowaniach i temperamencie. Na początku współpracy koordynator wolontariatu przedstawia zasady pracy ośrodka oraz potrzeby i ograniczenia seniorów. Ważne jest też podkreślenie wagi regularnych kontaktów i konieczności informowania mieszkańców o nieobecności wolontariusza. Dzięki cotygodniowym wizytom młodzież i mieszkańcy nawiązują ciepły kontakt.

Wsparcie cyfrowe

Bardzo ceniony przez seniorów jest wolontariat komputerowy. Młodzi ludzie są świetnym wsparciem technicznym seniorów przy nauce obsługi telefonu czy komputera, a przede wszystkim najlepszymi przewodnikami po świecie Internetu. Doskonale sprawdzają się kontakty indywidualne, ponieważ każdy z seniorów ma inne tempo pracy i umiejętności poznawcze. Seniorzy odkrywają media społecznościowe, strony z serwisami informacyjnymi, czy portale tematyczne dotyczące ich zainteresowań. Naszym największym ograniczeniem jest obecnie brak bezprzewodowego Internetu w całym Domu i niewystarczająca liczba laptopów (ośrodek wypożycza je mieszkańcom nieodpłatnie).

Senior dla seniora

Mieszkańcy domu seniora, szczególnie ci sprawniejsi, potrzebują rozmowy z partnerem o zbliżonym doświadczeniu i poziomie intelektualnym. Wielu spośród naszych podopiecznych to osoby samotne, bez rodziny lub bez kontaktu z bliskimi. Osoby w wieku emerytalnym są doskonałymi towarzyszami pogawędek, czy gry w brydża. Wolontariusz senior to bardzo cenny, wierny i rzadki współpracownik. Pole-

cam nawiązanie współpracy z lokalnymi organizacjami zrzeszającymi seniorów, tam najszybciej można znaleźć chętnych i aktywnych wolontariuszy.

Formalnie...

Zgodnie z Ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, obowiązkiem organizacji na rzecz której odbywa się wolontariat, jest podpisanie porozumienia z wolontariuszem, przy wolontariuszach nieletnich należy uzyskać także zgodę opiekuna. Warto na wstępnej rozmowie określić zakres pracy, dostępność czasową i zainteresowania kandydata na wolontariusza. Porozumienie w formie pisemnej podpisuje się nie później niż po 30 dniach od rozpoczęcia wolontariatu. Trzeba również wykupić ubezpieczenie NNW dla wolontariuszy, koszt grupowego, rocznego nie jest duży.

Wszystkie sprawy dot. wolontariatu w organizacji znajdziemy w w.w ustawie w dziale III w artykułach od 42 do 52, m.in. prawa i obowiązki Korzystającego czyli naszej organizacji. Przytoczę jedynie listę podmiotów na rzecz których wolontariat może być świadczony: organizacje pozarządowe organów administracji publicznej, z wyłączeniem prowadzonej przez nie działalności gospodarczej, jednostki organizacyjne podległych organom administracji publicznej lub nadzorowane przez te organy, podmioty lecznicze w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej”.

Warto rozwijać wolontariat w domach seniora, przynosi on pożytek wszystkim podmiotom w procesie opieki nad osobami starszymi. Różnorodność form wolontariatu zapewnia przydatność na wielu płaszczyznach.

Idea zaprezentowania wolontariatu w domu seniora w „Medi” powstała kilka miesięcy temu, obecnie w związku z pandemią cała działalność wolontarystyczna w Domu Artystów Weteranów została wstrzymana. Pozostaje tylko kontakt telefoniczny. Dom jest zamknięty dla rodzin, bliskich i wolontariuszy, ponieważ staramy się minimalizować zagrożenie. Nasi kochani wolontariusze pozostają w domach. Bardzo za nimi tęsknią i Mieszkańcy i Pracownicy, bo dla wszystkich są prawdziwą pomocą. ●

Porównanie skal Barthel i NOSGER

W OCENIE FUNKCJONOWANIA MIESZKAŃCÓW DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ DLA OSÓB W PODESZŁYM WIEKU

MAGDALENA ROSŁONOWSKA // Kierownik zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, DPS Włocławek

Do domów pomocy społecznej (DPS) są kierowane osoby, które z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności nie mogą samodzielnie funkcjonować w środowisku domowym. Stan zdrowia jest głównym wyznacznikiem doboru odpowiedniego dla osoby potrzebującej wsparcia typu domu.

W DPS-ach dla osób w podeszłym wieku mieszkają osoby posiadające różnorodneschorzenia – zarówno somatyczne jak też fizyczne i psychiczne. Przed umieszczeniem osoby w domu pomocy nie przeprowadza się oceny funkcjonowania na podstawie narzędzi diagnostycznych takich jak: skale, kwestionariusze, testy.

Decyzja o skierowaniu do DPS-u = zaświadczenie lekarskie

Mieszkańcami domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku są jak sama nazwa wskazuje osoby starsze. Starość niesie za sobą zjawisko wielochorobowości. Oznacza to, że z biegiem lat człowiek zaczyna cierpieć na wiele chorób, które są wynikiem postępujących zmian starczych, nie dających się uniknąć.

Są to choroby somatyczne czyli dotyczące ogólnego funkcjonowania organizmu, zaburzeń pracy układu krwionośnego, pokarmowego, oddechowego, moczowego, wydalniczego. Są to także niepełnosprawności fizyczne, ruchowe, wynikające z nieprawidłowego funkcjonowania aparatu ruchu, a także choroby i zaburzenia psychiczne, które upośledzają funkcje poznawcze.

Pracownicy domów pomocy społecznej jako jednostek organizacyjnych pomocy społecznej mają ograniczone możliwości ingerowania w zasadność decyzji kierujących. Decyzję o skierowaniu osoby potrzebującej wsparcia, do danego typu domu pomocy, podejmują pracownicy ośrodka pomocy społecznej, na podstawie zaświadczenia lekarskiego. Mimo to, w sprawozdaniach statystycznych często wymaga się podania oceny funkcjonowania mieszkańców uzyskanej badaniem skalą Barthel. Będąc pracownikiem domu pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku uważam, że badanie mieszkańców skalą Barthel jest nierzetelne. Nie przedstawia trafnego, adekwatnego do rzeczywistości obrazu stanu funkcjonowania seniorów.

Opieka sprawowana przez dom pomocy społecznej, w ramach świadczonych usług musi obejmować działania, zapewniające jak najlepsze funkcjonowanie mieszkańców, niezależnie od występujących u nich schorzeń. Musi to być opieka holistyczna, zapewniająca satysfakcjonującą jakość życia na tym samym poziomie dla każdego mieszkańca. Dla zapewnienia jak najlepszej jakości usług stosuje się w domach pomocy szereg skal, które w zależności od przeznaczenia dają obraz funkcjonowania mieszkańców oraz wskazówki do dalszej pracy. Specjaliści zespołu terapeutyczno-opiekuńczego indywidualnie dobierają narzędzia diagnostyczne. W swym wyborze kierują się wyłącznie intuicją i obserwacją mieszkańców.

Wykorzystanie skali Barthel

Skala Barthel bada sprawność w zakresie podstawowych czynności życia codziennego. W 100-punktowej skali określa zdolność pacjenta do samoobsługi w zakresie:

- spożywania posiłków;
- przesiadania/siadania, przemieszczania się z łóżka na fotel itp.;
- przemieszczania się, w tym na wózku, chodzenia (samodzielne, ze środkami pomocniczymi, z asystą);
- chodzenia po schodach;
- korzystania z toalety;
- ubierania się;
- podstawowych czynności higienicznych;
- kąpieli;
- trzymania moczu;
- trzymania stolca.

Według tej skali maksymalnie sprawni pacjenci uzyskują 100 punktów, a całkowicie uzależnieni od pomocy innych 0 punktów. Jest to skala, która określa zapotrzebowanie na opiekę długoterminową. Do zakładu opiekuńczo-leczniczego (ZOL) przyjmowane są osoby z ciężką niepełnością czynnościową, czyli uzyskujące do 40 punktów w skali Barthel.¹

Skala NOSGER

Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients czyli Pielęgniarska Skala Obserwacji Pacjentów Geriatrycznych umożliwia profesjonalnym, jak i nieprofesjonalnym opiekunom seniora szybkie i łatwe dokonanie oceny psychicznego, umysłowego i socjalnego stanu pacjenta. Składa się z 30 pytań i obejmuje sześć obszarów: pamięć; instrumentalne aktywności codziennego życia; aktywności codziennego życia; nastroje i emocje; zachowania socjalne; zachowania destrukcyjne, zaktócające, asocjalne.²

Wartości skali określane są cyframi od 1 do 5. Pacjent może minimalnie uzyskać 30 punktów, a maksymalnie 150 punktów. Im większa liczba punktów, tym stan pacjenta jest gorszy. Pacjent przebywający w zakładach opiekuńczych uważany jest za sprawnego w ocenianych aspektach, jeśli uzyskał nie więcej niż 75 punktów, a mieszkający samodzielnie – mniej niż 60. W każdym z poszczególnych obszarów skali pacjent może uzyskać od 5 do 25 punktów. Skala NOSGER jest bardzo przydatna w sprawowaniu opieki nad większą liczbą podopiecznych. Można z niej korzystać zarówno przy określaniu stanu pierwotnego pacjenta, jak i przy stwierdzaniu stopnia efektywności terapeutycznej i pielęgniarskiej.³

Różnice między skalą Barthel, a skalą NOSGER

Do celów statystycznych niezbędnych poza domami pomocy społecznej stosowana jest skala Barthel. Na podstawie tej skali ustala się dostępność opieki długoterminowej dla chorych, którzy powinni mieć ją zapewnioną w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Do opieki długoterminowej kwalifikują się pacjenci, którzy w skali Barthel uzyskali 0-40 punktów.⁵

Ustawa o pomocy społecznej [6] mówi, że przy kierowaniu do domów pomocy społecznej brane jest pod uwagę kryterium podmiotowe (art. 5, Ustawy o pomocy społecznej), kryterium trudnej sytuacji (art. 2, ust.1, art. 7, Ustawy o pomocy społecznej) oraz kryterium dochodowe w przypadku świadczeń pieniężnych (art. 8., ust. 1, Ustawy o pomocy społecznej).⁴

Skala Barthel nie ocenia w sposób całościowy funkcjonowania mieszkańców domu pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. Nie bada ona poziomu funkcjonowania poznawczego mieszkańca, a tym samym nie jest ona adekwatna do rzeczywistego obrazu funkcjonowania seniorów. Wynik 100 pkt. często otrzymuje mieszkaniec niepełnosprawny poznawczo, który nie może prawidłowo funkcjonować w środowisku, a także potrzebuje dużego wsparcia w funkcjonowaniu w placówce. Skala NOSGER jest propozycją kompleksową łączącą różne aspekty; spełnia ona następujące kryteria:

- 1 Jest łatwa do zastosowania dla personelu medycznego, jak również dla osób sprawujących nieprofesjonalną opiekę nad podopiecznym;
- 2 Umożliwia ocenę zachowań w obszarach istotnych dla codziennego życia osoby starszej w ocenie rodziny;
- 3 Odnosi się do osób przebywających w różnych placówkach opiekuńczych lub żyjących w środowisku domowym;
- 4 Ocenia obszary, które mogą ulec zmianom w czasie, na skutek leczenia lub przebiegu choroby;
- 5 Ocenia obserwowane zachowania, jednocześnie unikając błędnej interpretacji i wyciągania wniosków.²

Skala NOSGER charakteryzuje się wysoką trafnością, w związku z czym może być pomocnym narzędziem oceniającym funkcjonowanie mieszkańców domów pomocy społecznej.

Na potrzeby DPS-u, pytanie z zakresu zachowań socjalnych: „Utrzymuje kontakty z rodziną i znajomymi”, można poszerzyć o „oraz kontakty z mieszkańcami”, ponieważ nie wszyscy mieszkańcy DPS-u posiadają rodziny. Pytanie z zakresu zachowań destrukcyjnych, zaktócających, asocjalnych: „Ucieka”, można rozumieć jako: „Jest pobudzony psychoruchowo i niepokojny”, ponieważ mieszkańcy leżący nie uciekają.

Badanie funkcjonowania mieszkańców domów pomocy społecznej skalą Barthel nie odzwierciedla ich faktycznego, całościowego stanu funkcjonowania. Nie bada ona poziomu funkcjonowania poznawczego mieszkańca.

Badanie funkcjonowania mieszkańca skalą NOSGER, daje rzetelniejszy od skali Barthel obraz stanu mieszkańców w obszarach: pamięć, aktywności codziennego życia, nastroje i emocje, zachowania socjalne, zachowania destrukcyjne, zaktócające, asocjalne. ●

Skala NOSGER

umożliwia dokonanie oceny psychicznego, umysłowego i socjalnego stanu podopiecznego

Skala Barthel

bada sprawność w zakresie podstawowych czynności życia codziennego.

Skala NOSGER

Pacjent	nigdy	czasami	często	najczę- ściej	zawsze	obszar
Może bez pomocy ogolić się/umalować/ uczesać	5	4	3	2	1	ACŻ
Mówi, że jest smutny	1	2	3	4	5	NE
Jest w nocy niespokojny	1	2	3	4	5	Z
Bierze udział w aktywnościach rozgrywających się w najbliższym otoczeniu	5	4	3	2	1	S
Kontroluje oddawanie stolca	5	4	3	2	1	ACŻ
Poprawnie kontynuuje przerwana rozmowę	5	4	3	2	1	P
Mówi, że czuje się bezwartościowym człowiekiem	1	2	3	4	5	NE
Powtarza w czasie rozmowy ten sam punkt	1	2	3	4	5	P
Sprawia wrażenie osoby smutnej, płacziwej	1	2	3	4	5	NE
Sprawia wrażenie osoby czystej i dbającej o porządek	5	4	3	2	1	ACŻ
Ucieka	1	2	3	4	5	Z
Potrafi sobie przypomnieć imiona/nazwiska najbliższych przyjaciół	5	4	3	2	1	P
Pomaga innym, o ile zezwala mu na to jego stan fizyczny	5	4	3	2	1	S
Opuszcza dom niekompletnie lub nieodpowiednio ubrany	1	2	3	4	5	ACŻ
Jest nerwowy i drażliwy, jeśli zostanie o coś zapytany	1	2	3	4	5	Z
Nawiązuje kontakty z osobami z najbliższego otoczenia	5	4	3	2	1	S
Przypomina sobie gdzie znajdują się jego ubrania oraz inne należące do niego rzeczy	5	4	3	2	1	P
Jest agresywny werbalnie i czynnie	1	2	3	4	5	Z
Kontroluje oddawanie moczu	5	4	3	2	1	ACŻ
Sprawia wrażenie, że jest w dobrym nastroju	5	4	3	2	1	NE
Utrzymuje kontakty z rodziną i znajomymi	5	4	3	2	1	S
Myli osoby	1	2	3	4	5	P

Cieszy się z pewnych wydarzeń (odwiedziny, uroczystości itp.)	5	4	3	2	1	NE
Sprawia pozytywne wrażenie w kontaktach z rodziną i przyjaciółmi	5	4	3	2	1	S
Nie stosuje się do zaleceń i reguł, postępuje tak, jak sam chce	1	2	3	4	5	Z
Ogląda w telewizji/słucha w radiu określonych audycji	5	4	3	2	1	IACŻ
Stara się o zachowanie porządku w swoim pokoju	5	4	3	2	1	IACŻ
Potrafi dokonywać drobnych zakupów – czegoś do jedzenia, gazety	5	4	3	2	1	IACŻ
Ma jakieś hobby	5	4	3	2	1	IACŻ
Orientuje się w otoczeniu, w którym ciągle przebywa	5	4	3	2	1	IACŻ

- 1 Borzkowski K., Klich-Rączka A.: Ciężka niesprawność czynnościowa osób starszych wyzwaniem dla opieki długoterminowej. *Gerontol. Pol.* 2007; 15(3): 97-103.
- 2 Fidecki W., Wysokiński M.: Zastosowanie skali NOSGER w praktyce pielęgniarstwa. *Pielęgniarska opieka nad osobami starszymi.* 2008, ss. 13-20.
- 3 Wysokiński M., Fidecki W., Gębala S.: Ocena samodzielności osób starszych hospitalizowanych na oddziałach internistycznych. *Gerontol. Pol.* 2013; 21(3): 89-97.
- 4 Błędowski P., Maciejarz M.: Rozwój Opieki Długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje. *Nowiny Lekarskie.* 2013, 82(1): 61-69.
- 5 Wysokiński M., Fidecki W.: Ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów w podeszłym wieku. W: Cybulski M., Krajewska-Kutak E.: *Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutyczno-opiekuńczego.* Warszawa: Wydawnictwo PZWŁ; 2016. ss. 36-38.
- 6 Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r., Dz. U. 2004 nr 64 poz. 593.



Szanowni Państwo,

z przykrością informujemy, że tegoroczna Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej w Toruniu nie odbędzie się.

Z uwagi na sytuację epidemiologiczną zarówno w naszym kraju jak i na całym świecie, Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat wraz z Toruńskimi Zakładami Materiałów Opatrunkowych SA musiała podjąć tę trudną decyzję.

Bezpieczeństwo i zdrowie uczestników Konferencji to dla nas priorytet.

Już teraz pragniemy poinformować, że rozpoczęliśmy przygotowania do organizacji Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej w 2021 roku, w dniach 22-24 września.

Podjęliśmy również działania związane z organizacją cyklu bezpłatnych webinarów dla instytucji opieki długoterminowej. Wszystkie informacje znajdą Państwo na stronie: www.razemzmieniamyswiat.pl

Z wyrazami szacunku
Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat

Zakażenia układu moczowego

KRZYSZTOF WAWRZYN // *Pedagog specjalny w zakresie edukacji i rehabilitacji osób niepełnosprawnych intelektualnie, Dom Pomocy Społecznej w Głownie*

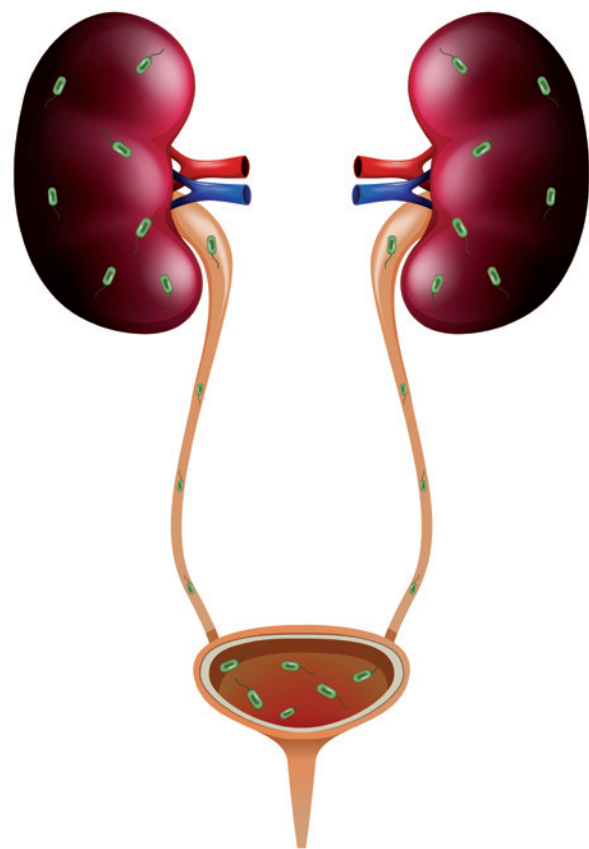
Zakażenie układu moczowego jest jedną z najczęściej występujących infekcji, wywołaną obecnością drobnoustrojów, a najczęściej bakterii w drogach moczowych. Na zakażenie w znacznym stopniu podatne są między innymi osoby starsze, przewlekle chore, z osłabionym układem odpornościowym, jak również poddane długotrwałej antybiotykoterapii.

Zakażenie dróg moczowych zdecydowanie częściej dotyka kobiet niż mężczyzn. W grupie wrażliwych znajdują się przede wszystkim pacjenci przebywający w ośrodkach leczniczych, zakładach opiekuńczych i pensjonariusze domów pomocy społecznej. Tej grupie osób towarzyszą z reguły inne problemy zdrowotne takie jak: zaburzenia funkcji poznawczych (demencja), nietrzymanie moczu. Często też miewają problemy z właściwym utrzymaniem higieny intymnej. Dodatkowym czynnikiem może być także indywidualna podatność na nawracające infekcje układu moczowego. Dlatego tak istotna jest właściwa profilaktyka i monitorowanie zachorowań u podopiecznych placówek opiekuńczych i leczeni-

czych, celem zminimalizowania liczby zachorowań u tych osób, polepszenia ich komfortu życia, a także komfortu pracy personelu.

Badania dadzą odpowiedź

Uniwersytet Medyczny w Łodzi zaprosił Dom Pomocy Społecznej w Głownie do udziału w badaniu, które dotyczy między innymi profilaktyki i metod leczenia nawracających zakażeń układu moczowego u osób starszych przebywających w domach opieki. Na potrzeby projektu stworzyliśmy grupę badawczą poddaną obserwacji ZUM. W sierpniu 2019 r. znaczna część pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej w Głownie przystąpiła do udziału w badaniu. Badaniem objęto 44 osoby, 30 kobiet i 14 mężczyzn. Większość z badanych osób ma



nietrzymanie moczu w różnym stopniu. Wszyscy uczestnicy to osoby w wieku co najmniej 70 lat. Równolegle pensjonariusze zostali włączeni do drugiego badania wraz z grupą 6 osób w wieku co najmniej 70 lat, w tym 5 kobiet i 1 mężczyzna z innej placówki opiekującej się osobami starszymi w województwie łódzkim. Łącznie została stworzona 50-osobowa grupa, w tym 35 kobiet i 15 mężczyzn, w wieku 70 lat i więcej, poddanych badaniu dotyczącym częstotliwości występowania ZUM u pensjonariuszy placówek opiekuńczych z uwzględnieniem czynnika ilościowego i jakościowego. Po sześciu miesiącach zaobserwowano wystąpienie infekcji układu moczowego u 26 % badanych. W 12 przypadkach infekcja dotyczyła dolnych dróg moczowych, w jednym przypadku górnych i spowodowana była kamieniem w moczowodzie, wymagającym hospitalizacji oraz wykonania zabiegu rozkruszenia i usunięcia tegoż kamienia. Infekcje dolnych dróg moczowych występujące u 11 osób przebiegały w sposób łagodny. U jednej kobiety infekcja przebiegała w sposób bardziej zaostrzony. Pojawiła się u niej infekcja nawracająca i wystąpiła konieczność zastosowania długotrwa-

go leczenia antybiotykiem oraz skierowaniem pacjentki na dalsze leczenie specjalistyczne. W tym wypadku czynnikiem obciążającym była cukrzyca. U wszystkich badanych występowały w mniejszym lub większym stopniu dolegliwości dysuryczne, nocne oddawanie moczu, parcie na pęcherz i pobołowanie w dole brzucha. Zdecydowany ból w podbrzuszu zgłaszało 7 osób, nietrzymanie moczu w stopniu co najmniej lekkim wystąpiło u 6 osób, także u 6 osób ogólne złe samopoczucie, problem z oddaniem moczu wystąpił u 5 osób, a ból prostaty zgłoszony został przez 2 mężczyzn. Badanie moczu zostało zlecone w 9 przypadkach (we wszystkich wynik był dodatni), w 4 przypadkach zlecono posiew moczu. 11 osób objęto antybiotykoterapią, w 2 przypadkach leczenie trwało powyżej 7 dni. Projekt badawczy trwa nadal i zakończy się po 12 miesiącach. Już na tym etapie możemy stwierdzić, że badanie ma dużą wartość dla personelu DPS-u. Pozwoliło na zebranie wielu istotnych informacji. Widzimy jak przebiega infekcja układu moczowego i jakie środki profilaktyczne należy podjąć, aby zminimalizować ryzyko wystąpienia infekcji w przyszłości. Mamy też pogląd na to, które osoby są bardziej podatne na ZUM. Zebrane informacje pozwalają nam też w jeszcze lepszy sposób dobrać produkt chłonny do potrzeb podopiecznego. Dotyczy to zwłaszcza osób, które są mobilne, i w miarę możliwości same korzystają z wyrobów chłonnych.

Czym jest zakażenie układu moczowego?

Zakażenie układu moczowego (ZUM) najczęściej wywołane jest przez bakterie, a patogenem infekującym w przeważającej części 80–85 % przypadków jest bakteria *Escherichia coli* (*E. coli*), czyli pączka okrężnicy potocznie zwana pączką kałową. W pozostałych przypadkach ZUM jest następstwem innych zakażeń bakteryjnych, w tym w około 5-10% wywołanych bakterią *Staphylococcus saprophyticus* z grupy gronkowców, a także infekcji wirusowych i sporadycznie grzybiczych, wynikających z kandydozy, za którą odpowiedzialne są drożdżaki z rodzaju *Candida*. Zakażenie układu moczowego, czy inaczej mówiąc zakażenie dróg moczowych jest infekcją, która

może obejmować całościowo drogi moczowe lub tylko niektóre części układu moczowego. Zdecydowana większość infekcji rozpoczyna się w dolnym odcinku dróg moczowych, do których zaliczamy cewkę moczową i pęcherz moczowy. Niekiedy infekcje rozprzestrzeniają się do górnych dróg moczowych obejmując moczowody, a także przedostają do nerek. O ile zakażenie dolnych dróg moczowych dotyczy cewki moczowej, a najczęściej zapalenia pęcherza i jest stosunkowo łatwe do wyleczenia, o tyle całościowa infekcja układu moczowego lub górnych jego dróg stanowi poważniejszy problem kliniczny. Infekcja obejmująca nerki w zdecydowanych przypadkach jest następstwem powikłań nieleczonej infekcji pęcherza, co skutkuje odmiedniczkowym zapaleniem nerek i wymaga zazwyczaj pilnej hospitalizacji. Dlatego też nie należy bagatelizować pierwszych objawów zakażenia dróg moczowych, by nie doprowadzić do rozwoju infekcji, negatywnych następstw i powikłań.

Ogólnie ujmując – zakażenie jest bardzo dokuczliwą dolegliwością, w przebiegu której występuje częste, intensywne, niekiedy nieustanne parcie na pęcherz. Dochodzi do częstszego oddawania mniejszych ilości moczu, podczas którego występuje uczucie pieczenia, szczypania i/lub bólu (*dysuria*). Może wystąpić także natychmiastowa potrzeba oddawania moczu. Niekiedy, pomimo intensywnego parcia na pęcherz i potrzeby oddania moczu, występuje problem z rozpoczęciem tej czynności. Może wystąpić nietrzymanie moczu o różnym nasileniu (kropelkowym, lekkim, średnim, ciężkim), a także konieczność wstawania w nocy, aby oddać mocz nawet wielokrotnie (mówimy wtedy o zjawisku *nokturii*). Pojawić się mogą ból i dyskomfort w podbrzuszu (gdy bakterie przemieszczają się z cewki do pęcherza) lub ból w okolicy lędźwiowej (gdy proces zapalny rozwinie się w okolicy nerki). Organoleptycznie możemy w niektórych przypadkach zaobserwować zmiany w zabarwieniu i zapachu moczu, który może się również pienić. Przy infekcji może wystąpić podwyższona temperatura i ogólne osłabienie organizmu, a w przypadku rozwinienia poważniejszych infekcji gorączka, dreszcze, nudności, wymioty, ostry ból w dole pleców lub w boku. Najczęściej w zakażeniach

układu moczowego występuje infekcja dolnych dróg moczowych, a w przypadku braku innych czynników, sprzyjających rozwojowi infekcji, mamy do czynienia z niepowikłanym zakażeniem układu moczowego. W niewielkim odsetku przypadków za infekcję odpowiadają jednak inne drobnoustroje, a dodatkowo występują czynniki ryzyka rozwoju zakażenia. Wówczas mamy do czynienia z zakażeniem powikłanym.

Jeśli doszło do zakażenia nerek, wskazana jest hospitalizacja. Gdy infekcja jest powikłaniem innej choroby, np. kamicy nerkowej albo schorzenia prostaty, wówczas trzeba podjąć leczenie specjalistyczne. Czasami jednak zakażenie nie daje żadnych wyraźnych objawów (tzw. *bakteriuria bezobjawowa*) – wówczas o infekcji można się dowiedzieć po kontrolnym badaniu moczu.

Grupa podwyższonego ryzyka, czynniki sprzyjające ZUM

Omawiając ZUM nie można nie wskazać na grupę szczególnego ryzyka i czynniki sprzyjające infekcjom. Tak jak wspominałem we wstępie – na zakażenie podatne są osoby starsze, przewlekłe chore, z obniżoną odpornością, długotrwale przyjmujące antybiotyki, mające z różnych powodów problem z opróżnianiem pęcherza np. z przyczyn anatomicznych czy innych chorobowych np. spowodowanych kamicią nerkową czy patologią gruczołu krokowego. Na ZUM narażeni są także diabetycy (cukrzyca zwiększa trzykrotnie ryzyko wystąpienia infekcji, ale tylko w przypadku kobiet), osoby zmagające się w przeszłości z zakażeniem dróg moczowych, u których występują nawracające i przewlekłe infekcje układu moczowego, a także osoby obciążone genetycznie. Na infekcje narażone są także osoby cewnikowane, ze względu na obecność obcego ciała w drogach moczowych. Długotrwale utrzymywanie cewnika moczowodowego oraz obecność wad układu moczowego takich jak np. refluks pęcherzowo-moczowodowy, pęcherz neurogeny, nietrzymanie moczu, zaleganie moczu w pęcherzu mogą znacznie sprzyjać powstawaniu infekcji układu moczowego.

Patrząc na aspekt biologiczny to kobiety ze

względu na anatomię układu moczowego i krótką cewkę moczową zdecydowanie bardziej podatne są na zakażenia. W ich przypadku dochodzi najczęściej do zainfekowania bakterią *E. coli* czyli pałeczką kałową. I to głównie niewłaściwa lub nieumiejętna higiena sprzyja przedostawaniu się bakterii do dolnych dróg moczowych. U starszych kobiet dodatkowym czynnikiem jest opadanie macicy, które najczęściej występuje właśnie w podeszłym wieku. Mężczyźni stosunkowo rzadziej zapadają na infekcje dróg moczowych, co wynika przede wszystkim z anatomii ich układu moczowego. Czynnikiem dodatkowym może być przerost gruczołu krokowego. Czynnikiem odpowiedzialnym za infekcje są także, wymienione wcześniej, bakterie *Staphylococcus saprophyticus* wywołujące zakażenia oportunistyczne charakterystyczne dla osób o obniżonej odporności, po transplantacjach oraz po antybiotykoterapii niszczącej florę fizjologiczną. Widzimy zatem, jak wiele czynników sprzyja nasileniu się infekcji u osób w tej grupie wiekowej, którą stanowią przede wszystkim podopieczni instytucji opieki długoterminowej. Dodatkowym czynnikiem sprzyjającym rozprzestrzenianiu się infekcji jest stosunkowo liczna grupa osób przebywająca w placówkach opiekuńczych oraz leczniczych i korzystająca ze wspólnych urządzeń sanitarno-higienicznych. Tu konieczna jest dbałość o właściwy stan czystości i dezynfekcję wspólnych toalet, łazienek, pomieszczeń kąpielowych i urządzeń hydroterapeutycznych.

Profilaktyka zmniejsza ryzyko ZUM

Aby u poszczególnych podopiecznych zminimalizować możliwość wystąpienia infekcji dróg moczowych należy indywidualnie stosować odpowiednie działania profilaktyczne. W profilaktyce zakażeń dróg moczowych istotne znaczenie ma stosowanie preparatów posiadających właściwości moczopędne, przeciwzapalne, rozkurczowe i antyadhezyjne czyli zapobiegające przyczepianiu się bakterii do ścian pęcherza. Jednym z nich jest przyjmowanie produktów lub napojów na bazie żurawiny i czarnej porzeczki, unikanie kawy i czarnej herbaty, które podrażniają pęcherz moczowy oraz systematyczne nawadnianie

organizmu w nieco większym stopniu, niż podają normy dobowe. Oczywiście prowadzi to do wzmożonego wydalania przyjętych płynów, ale intensyfikuje proces filtracji i sprzyja oczyszczaniu organizmu z toksyn, w czym kluczową rolę odgrywają nerki. W sytuacji, gdy pojawi się już infekcja, częstsze oddawanie moczu zwiększa także proces wypłukiwania z dróg moczowych chorobotwórczego czynnika. Przy pojawiającym się uczuciu parcia ważne jest regularne opróżnianie pęcherza, co powinno następować u zdrowej osoby około 6 razy w ciągu 24 godzin, mniej więcej co 3-4 godziny w ilości 300-500 ml. (w zależności od ilości przyjmowanych płynów). U osób starszych z mniejszą sprawnością mięśni dna miednicy ta częstotliwość może być zwiększona. Również częstsze oddawanie moczu występuje m.in. u osób z chorobami serca, cukrzycy czy z przerostem prostaty. Wyjątkowo niewskazane jest „wstrzymywanie” oddawania moczu, ponieważ sprzyja to rozwojowi infekcji i chorób układu moczowego. Może dochodzić wtedy do nasilonego bólu pęcherza, problemów z rozpoczęciem i samym oddawaniem moczu. Nie należy także doprowadzać do wychładzania dolnych partii ciała, a pomocne w infekcjach są ciepłe kompresy na brzuch i ziołowe nasiadówki z rumianku lub szatwii, gdyż mają także działanie antybakteryjne. Generalnie ciepło poprawia ukrwienie śluzówki dróg moczowych, co przyspiesza leczenie infekcji. W profilaktyce zakażeń układu moczowego bardzo ważne jest także zachowanie właściwej higieny. Relatywnie często dochodzi do infekcji poprzez samoistne przedostanie się lub przeniesienie bakterii *E. coli* do cewki moczowej. Bakterie te następnie przemieszczają się do pęcherza, przylegają do jego ściany i zaczynają się namnażać. Zalecany jest tu właściwy sposób pielęgnacji i higieny osobistej z zachowaniem prawidłowego kierunku podmywania i wycierania się – od ujścia cewki moczowej ku tyłowi. Jest to ważna informacja dla personelu opiekuńczego zwłaszcza dbającego o pielęgnację i higienę osób niesamodzielnych, leżących i niepełnosprawnych. Dodatkowym czynnikiem sprzyjającym infekcjom jest także nieregularnie zmienianie wkładek higienicznych, majtek chłonnych

i pieluchomajtek (szczególnie przy inkontynencji kałowej lub mieszanej). W profilaktyce, a zwłaszcza w przypadku wystąpienia u pensjonariusza/pacjenta infekcji układu moczowego, należy dokonywać relatywnie częstych zmian wyrobów chłonnych, co w znacznym stopniu ogranicza zewnętrzny czynnik chorobotwórczy (w tym bakterii *E. coli*). Duże znaczenie ma jakość wyrobów chłonnych. Ważne, by zapewniały swobodne oddychanie skóry. Powinny cechować się wysoką chłonnością i dawać poczucie suchości. Pomoże to zmniejszyć dyskomfort przy nie-

trzymaniu moczu, częstomoczem i inkontynencją kałową.

Jak widzimy bardzo istotne są działania profilaktyczne, ochronne i wzmacniające układ moczowy. Nie należy zapominać o odpowiednim nawodnieniu. Odwodnienie organizmu może być również samo w sobie przyczyną infekcji układu moczowego. Pojawienie się pierwszych objawów zakażenia dróg moczowych nie może być bagatelizowane, by nie doprowadzić do rozwoju zakażenia, a w przyszłości do infekcji powikłanych i poważnych chorób górnych dróg moczowych. ●

REKLAMA

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care Maxi

zawierają prebiotyk, BIOLIN, który wspiera dobrą florę bakteryjną skóry

neutralizują przykry zapach



opakowanie zamykane klapką, która chroni przed wysychaniem chusteczek

są dużo większe niż standardowe chusteczki – pozwalają oczyścić większe partie ciała i chronią ręce opiekuna przed zabrudzeniem

polecane zwłaszcza dla osób podatnych na infekcje układu moczowego

Pielęgnacja podopiecznego w czasie epidemii

JAK JĄ USPRAWNIĆ?

Reżim sanitarny, który został nałożony na instytucje opieki długoterminowej w związku z epidemią COVID-19 sprawił, że opiekunowie mają jeszcze więcej obowiązków niż dotychczas. Regularne mierzenie temperatury, badanie saturacji, jeszcze częstsza niż do tej pory higiena rąk, dezynfekcja – te wszystkie działania zabierają sporo czasu w trakcie każdego dnia.

Sytuacja spowodowana epidemią koronawirusa dotożyła do już i tak napiętego planu dnia personelu w DPS-ie kolejnych kilka punktów. Opiekunowi, który ubrany jest w fartuch, masecz-

kę, przyłbicę, czynności higieniczne dotyczące zmiany wyrobu chłonnego u podopiecznego, mycia, pielęgnacji skóry mogą zajmować jeszcze więcej pracy niż dotychczas. W takiej sytuacji warto szukać rozwiązań, które usprawnią

codzienne obowiązki i skrócą czas przeznaczony na pielęgnację.

Alternatywa dla wody z mydłem

Codzienna toaleta mieszkańców DPS-ów to stały element pracy opiekunów. Teraz z uwagi na zachowanie wszelkich środków ostrożności to spore wyzwanie. Tradycyjne mycie zajmuje sporo czasu, trzeba zadbać o odpowiednią temperaturę wody, po umyciu dokładnie osuszyć ciało podopiecznego. Podczas mycia z wodą zdarza się pomoczyć pościel czy też bieliznę chorego, a to generuje dodatkową pracę.

Alternatywą dla tradycyjnej kąpieli może być zastosowanie produktów do mycia, które nie wymagają użycia wody.

Mycie bez wody – to możliwe!

W czasie zmiany wyrobu chłonnego świetnie sprawdzi się pianka myjąco-pielęgnująca Seni Care. To produkt, który skutecznie oczyszcza skórę, nawet z pozostałości kału. Wystarczy nałożyć piankę na zabrudzone miejsca i odczekać 1-2 min. Pianka zawiera substancję naturalnego pochodzenia neutralizującą zapach. Zawarte w produkcie pantenol i biokompleks lniany pielęgnują skórę, natomiast oliwa z oliwek natłuszcza ją. Używając pianki, warto zaopatrzyć się w jednorazowe myjki higieniczne. Są miłe i przyjemne w dotyku, co z pewnością doceni podopieczny. Stosowanie jednorazowych myjek zmniejsza ryzyko powstawania infekcji intymnych. Poza tym myjki stanowią doskonałą ochronę dłoni opiekuna przed wszelkimi zabrudzeniami.

Pianka myjąco-pielęgnująca Seni Care



skutecznie oczyszcza skórę, również z pozostałości kału

łagodzi podrażnienia

neutralizuje przykry zapach moczu i kału

NEUTRALIZACJA ZAPACHU

Kolejny produkt, który jest bardzo przydatny podczas opieki nad osobą niesamodzielną to chusteczki pielęgnacyjne Seni Care. Chusteczki przeznaczone dla osób dorosłych są dwa razy większe niż standardowe chusteczki dziecięce, co znacznie ułatwia wykonywanie czyn-

ności pielęgnacyjnych. Zużywa się ich znacznie mniej, a jednocześnie pozwalają chronić ręce opiekuna przed zabrudzeniem. Chusteczki doskonale sprawdzają się do oczyszczania skóry przy zmianie pieluchomajtek oraz do odświeżenia poszczególnych części ciała czy też rąk.

Chusteczki pielęgnacyjne Seni Care



odświeżają i oczyszczają skórę

są miękkie i delikatne w dotyku

są dużo większe niż standardowe chusteczki nawilżane



Mycie całego ciała jest również możliwe przy użyciu produktów do stosowania bez wody. Krem myjący 3w1 Seni Care świetnie sprawdzi się w tym celu. Pozwala oczyścić i odświeżyć skórę, pozostawiając ją miękką w dotyku. Zawartość 3% mocznika gwarantuje optymalne nawilżenie. Dodatkowo krem myjący dba o za-

chowanie płaszcza hydrolipidowego skóry. Do rozprowadzania kremu warto wykorzystać myjki higieniczne Seni Care. Delikatnie nakładamy krem myjący 3w1 Seni Care na skórę, pozostawiamy przez chwilę, po czym delikatnie wycieramy.

Krem myjący 3w1 Seni Care



oczyszcza i nawilża skórę dzięki zawartości 3% mocznika

zmniejsza uczucie napięcia naskórka

neutralizuje nieprzyjemne zapachy



Trudnym tematem, jeśli chodzi o pielęgnację osoby niesamodzielnej, jest mycie włosów. Szampon w pianie Seni Care z formułą DeoPlex pomaga skutecznie odświeżyć włosy bez użycia wody. Szampon może być stosowany nawet do wrażliwej skóry głowy. Bardzo ważne jest zastosowanie produktu zgodnie z instrukcją. Wyciskamy na dłoń kilka doz szamponu (w zależności od długości i gęstości włosów), nakładamy na włosy, wmasowujemy

piankę we włosy i skórę głowy i pozostawiamy na 2-3 minuty. Następnie przy użyciu ręcznika ściągamy pozostałości szamponu i rozpuszczone zabrudzenia. Bardzo ważne jest, żeby piankę ściągnąć z włosów, nie wcierając jej z powrotem. Następnie włosy suszymy i dokładnie rozczesujemy. W przypadku osób leżących warto rozważyć skrócenie włosów, co znacznie ułatwi ich pielęgnację.

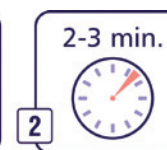
Szampon w pianie Seni Care



po nałożeniu na włosy rozpuszcza łój i brud

nadaje włosom miękkość bez ich obciążania

zawiera DeoPlex - delikatny neutralizator zapachu



Daj sobie pomoc opiekunie

Nowa rzeczywistość, z którą mierzy się personel domów pomocy społecznej oraz instytucji opieki długoterminowej, mobilizuje do poszukiwania optymalnych rozwiązań na wielu polach, jednym z nich jest na pewno pielęgnacja podopiecznych. Wszelkie działania usprawniające codzienne obowiązki mogą bardzo pomóc w opiece nad mieszkańcami. Stosowanie produktów do mycia bez użycia wody z pewnością takim działaniem jest. To specjalistyczne preparaty stworzone z myślą o potrzebach skóry osób dorosłych. Dzięki zawartości naturalnych składników nawilżających i regenerujących są w stanie zadbać o wrażliwą skórę osób niesa-

modzielnych, odpowiednio ją zabezpieczając. Mycie bez wody może u niektórych osób budzić opór. Najczęściej jednak takie osoby zmieniają zdanie, kiedy wykonają toaletę w ten właśnie sposób. Przekonują się, że to duże ułatwienie i doskonała alternatywa, kiedy utrudnione jest mycie z wodą. Oczywiście nie należy całkowicie rezygnować z tradycyjnej kąpieli. Oczyszczanie bez wody to świetne rozwiązanie w codziennej pielęgnacji osoby niesamodzielnej, zwłaszcza w obecnej sytuacji. Podopieczny czuje się świeżo i czysto. Natomiast opiekun oszczędza swój czas i zmniejsza ilość pracy, a co najważniejsze, ogranicza bliski kontakt z podopiecznym. ●

seni®

wspiera
w profilaktyce
odparzeń
i odleżyn



+



Więcej na seni.pl