

dr Zdzisław Markiewicz

Implementacja superwizji klinicznej w obszar działania instytucji całodobowej opieki nad osobami starszymi.

Implementation the clinical supervision, in area of twenty-four-hour care institution for older persons.

Abstract.

The Opole's province is in forefront of Polish regions with high level of demographic old age. Demographic prognoses portray us like place where the matters of senior policy, demand special regard of specialized protective services, gather key meaning. In article author analyses demographic tendencies, and on their background painting of typical senior services accessible in Poland. In next part describe system of supervision and the control of quality of this services, and then describing the results of own investigations of this area, and after that establish the thesis about necessity of change this system. Author proposes clinical supervision, as cure for betterment this situation, describing, her basic principles, functions and advantage for system, as well as citizens.

Analiza współczesnych trendów demograficznych.

Spadek dzietności oraz wydłużenie średniego trwania życia to główne przyczyny nadal obserwowanego i postępującego procesu starzenia się ludności. Mediana wieku ludności Polski będąca jednym ze wskaźników określających stopień zaawansowania procesu starzenia się populacji, która w 2013 r. wynosiła 39,1¹, w roku 2035 wynosić będzie zdaniem demografów 48,6. Na podstawie *Prognozy ludności na lata 2008 – 2035*² dla mieszkańców Polski, opracowanej przez GUS i systematycznie aktualizowanej, ustalono że liczba ludności w wieku poprodukcyjnym będzie systematycznie wzrastać a w latach 2011-2020 nastąpi największy jej przyrost, aż o blisko 2 mln, by w roku 2035 osiągnąć wartość blisko 10 mln. Udział osób w wieku poprodukcyjnym w ogólnej liczbie ludności stanowić będzie wtedy prawie 27% (przy obecnych 16,5%).

Województwo opolskie, które również teraz należy do czołówki regionów kraju pod względem „wieku środkowego”, w 2035 r. będzie się miało medianę wieku wynoszącą 51,2

¹ Źródło: *Prognoza ludności na lata 2014 – 2050*, file:///C:/Documents%20and%20Settings/Uzytkownik/Moje%20dokumenty/Downloads/prognoza_ludnosci_na_lata____2014_-_2050.pdf

² Źródło: *Prognoza ludności na lata 2008 – 2035*, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_prognoza_ludnosci_PL_2008-2035.pdf

lat i obok najstarszego demograficznie regionu świętokrzyskiego (z medianą 51,8), będzie w dalszym ciągu w czołówce najstarszych demograficznie województw w kraju.

O starości społeczeństwa świadczy również udział ludności w wieku pow. 80 lat życia. Liczba tych osób w latach pomiędzy 2007 a 2035 rokiem wzrośnie w Polsce o 1.434 tys., tj. ponad 2,3-krotnie. W woj. opolskim liczba osób w wieku 80 lat i więcej wzrośnie o 38 tys., tj. 2,4-krotnie. Przyrost osób pow. 80 roku życia będzie widoczny zwłaszcza w miastach, natomiast w woj. opolskim i śląskim dotyczyć będzie również obszarów wiejskich.

Prognozowany przyrost liczby ludności w wieku powyżej 65 lat, wskazuje również niekorzystne zmiany relacji między tą grupą a liczbą ludności ogółem. Wskaźnik ten w Polsce wzrośnie, z 14,7% osób w 2013 r. do 24,5% w roku 2035. W woj. opolskim tendencja ta będzie kształtować się równie niekorzystnie w postaci wzrostu, z 14,3% do 27,3%, to jest blisko dwukrotnie. Przedstawione dane statystyczne i prognozy demograficzne jednoznacznie ukazują pozycję regionu opolskiego jako miejsca, gdzie sprawy polityki senioralnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyspecjalizowanych usług opiekuńczych, nabierają kluczowego znaczenia. Należy przy tym zwrócić uwagę na dodatkową, odrębną, trudną do przewidzenia, specyficzną kwestię potęgującą niekorzystne tendencje demograficzne, jaką jest stały odpływ emigracyjny ludzi młodych, którzy w tradycyjnej rodzinie śląskiej stanowili naturalne zaplecze systemu pomocy i wsparcia ludzi starszych. Niepokojący głos płynie z publikacji R. Jończego, badacza społeczno – demograficznych skutków migracji z terenu Śląska Opolskiego, który w samym tylko obszarze skutków odpływu ludzi młodych, widzi stałe zwiększanie się liczby osób żyjących samotnie, nie będących w stanie zapewnić sobie opieki, przede wszystkim na obszarach peryferyjnych i wiejskich³. Zjawiska te powinny wskazywać na kierunki zmian, jakie winno się wyznaczać w zakresie realizowanej obecnie polityki społecznej, ze świadomością, że w najbliższej przyszłości będzie musiała się zmierzyć z trwałą tendencją wzrostu liczby osób wymagających pomocy i wsparcia, zwłaszcza starszych zamieszkujących samotnie. Dlatego celowe byłoby już teraz skonsolidowanie dotychczasowych, rozproszonych pomocowych działań w obszarach służby zdrowia, pomocy społecznej, edukacji, prawa oraz innych, w jeden ujednolicony system zawierający jasne standardy i procedury. Powinien on zawierać zarówno elementy profilaktyczne i aktywizujące, jak i opiekuńcze, kompensacyjne i substytucyjne

³ R. Jończy, *Ekonomiczno – społeczne skutki współczesnych migracji w wymiarze regionalnym - na przykładzie regionu opolskiego*, Wydawnictwo Instytut Śląski Sp. Z o. o., Warszawa-Wrocław-Opole 2015, s. 57.

uwzględniające zmniejszające się możliwości udziału ludzi starszych w życiu społecznym i ograniczoną samodzielność⁴.

Demografowie prognozując jakość życia wyrażają opinię, że inne czynniki życia społecznego (ekonomiczne, gospodarcze, dotyczące stylu i jakości życia) nie będą miały tak istotnego znaczenia, jak czynniki demograficzne. W efekcie przekształceń demograficznych wystąpią dodatkowo inne niekorzystne zjawiska, takie jak:

- wzrost liczby osób niepełnosprawnych, przewlekle chorych, wymagających pomocy medycznej oraz pielęgnacyjnej;
- wzrost wydatków budżetu państwa na świadczenia zdrowotne, emerytalne i rentowe, a także z tytułu ubezpieczeń oraz wydatki budżetu państwa i samorządów przeznaczone na pomoc społeczną;
- wzrost zapotrzebowania na różnego typu usługi (medyczne, rehabilitacje, pielęgnacyjne i opiekuńcze);
- wzrost zapotrzebowania na świadczenia pomocy społecznej – zarówno w ramach stacjonarnej pomocy, jak również działań środowiskowych (placówki dzienne, ośrodki wsparcia, usługi opiekuńcze w środowisku, świadczenia materialne, praca socjalna).

Dlatego kreatorzy polityki społecznej i politycy powinni mieć świadomość, że starzenie się społeczeństwa, wyrażające się gwałtownym wzrostem liczby osób w wieku poprodukcyjnym oraz dużym udziałem tych osób w strukturze ludności, w istotny sposób wpłyną na zmianę potrzeb społecznych nie tylko seniorów, ale także pozostałych grup.

Potrzeby zdrowotne i opiekuńcze opolskich seniorów.

Dane statystyczne wskazują, że w województwie opolskim źle ocenia swój stan zdrowia 66,0% mężczyzn w wieku 50-69 lat, oraz 79,8% powyżej 70 roku życia, oraz analogicznie 68,8% i 89,2% kobiet. Z tej właśnie grupy rekrutują się osoby o wyższych niż przeciętne potrzebach w zakresie usług zdrowotnych wymagające jednocześnie wzmożonej opieki i kurateli, realizowanych w systemie stacjonarnym lub usług w miejscu zamieszkania. Osoby starsze cierpią przeciętnie na więcej niż dwie choroby przewlekłe. Schorzenia te są czynnikiem w poważnym stopniu utrudniającym samodzielne zaspokajanie potrzeb jednocześnie zwiększającym zapotrzebowanie na pomoc ze strony rodziny, grup nieformalnych oraz służb pomocy społecznej⁵. Analiza danych statystycznych dla

⁴ Pogląd wyrażony na podstawie: Praca zespołowa, P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska, Z. Szweda-Lewandowska, P. Kubicki, *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, IPiSS, Warszawa, grudzień 2012, s. 181 – 190.

⁵ Źródło: Praca zespołowa IRSS, *Instytucje wobec ludzi starszych*, Warszawa 2010, s. 32.

województwa opolskiego wskazuje też, że najczęściej z usług zdrowotnych i opiekuńczych korzystają osoby w fazie średniej i późnej starości, to jest po ukończeniu 75 roku życia⁶. Przy czym czas korzystania z usług systematycznie się wydłuża. Stąd potrzeba rozwoju infrastruktury, która sprosta wzrostowi zapotrzebowania w tym zakresie.

Kluczowe potrzeby ludzi starszych.

Starość jest finalnym efektem procesu starzenia się. Nie ma specjalnych kryteriów na podstawie których można precyzyjnie wyznaczyć uniwersalny mechanizm określający jej próg. Najczęściej przyjmuje się, że proces ten rozpoczyna się wraz z przejściem w wiek emerytalny, wtedy też statystycznie częściej niż wcześniej osoby zapadają na choroby (wywołane zmianami w funkcjonowaniu organizmu) ograniczające ich sprawność i mobilność, a co za tym idzie rosną ich wymagania w zakresie opieki i pomocy. Zauważyć jednak należy, że rozwój cywilizacyjny, upowszechnienie higieny, rozwój medycyny, technologii wspomagających funkcjonowanie czy farmakologii, sprawił że w okres późnej starości, niedołęznej, wchodzi się statystycznie coraz później. Niebagatelny wpływ na wydłużenie względnej sprawności w okresie starczym ma coraz lepszy dostęp opiekunów do literatury z zakresu gerontologii, badań profilaktycznych i szczepień (np. przeciw grypie). Okres, od tak zwanej wczesnej starości, jest czasem w którym ludzie zaczynają doświadczać obniżającej się w szybkim tempie sprawności fizycznej, pogarszającego się stanu zdrowia, stopniowej utraty wpływu na to co się dzieje w otoczeniu, utraty kontroli nad sobą, i niekorzystnych stanów emocjonalnych będących pochodną samotności i osamotnienia. Z poziomu diagnostycznego, ujawnienia się takich przesłanek jest dobrym momentem do wspólnej refleksji (seniora oraz opiekuna), która powinna prowadzić do zaplanowania jego bliższej i dalszej przyszłości. Jest to też najlepszy czas by poddać weryfikacji gradację własnych potrzeb.

Opisując potrzeby człowieka starszego można odwołać się do A. H. Maslow'a, który wyszczególnił pięć ich głównych grup układając je w kolejności od najniższej – najbardziej pierwotnej do bardziej wyrafinowanych:

1. Potrzeby fizjologiczne - potrzebę snu, jedzenia, oddychania, picia, itd.
2. Potrzeba bezpieczeństwa - potrzebę opieki, porządku, unikania bólu.
3. Potrzeba przynależności i miłości - w tym potrzebę akceptacji, pragnienie jedności.
4. Potrzeba szacunku - rozumianego jako szacunek do siebie samego, ale także odbieranego ze strony innych.

⁶ Źródło: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 r., GUS, Warszawa 2009, s. 165.

5. Potrzeba samorealizacji – co oznacza realizację swoich możliwości i talentów; jest to dążenie do rozwoju i samospełnienia, poszukiwanie i wypełnianie sensu życia.

Dodatkowo, poza powyższymi potrzebami zhierarchizowanymi, Maslow zaakcentował dodatkowo bardziej wysublimowane, takie jak; pragnienie wiedzy, potrzebę rozumienia oraz podstawowe potrzeby estetyczne.

Wiek podeszły nie wyłącza w świadomości ludzi pragnień (poza potrzebami związanymi z ograniczeniami biologicznymi), by wymienione wyżej potrzeby realizować, a otoczenie społeczne powinno im w tym pomagać. Niestety, dla większości kreatorów polityki społecznej dłuższe życie człowiek oznacza jedynie wydłużenie okresu, w którym trzeba się nim opiekować. Często zdarza się, że marginalizuje się potrzeby emocjonalne skupiając się jedynie na zaspokojeniu podstawowych potrzeb zdrowotnych i bezpieczeństwie. Zapomina się, że ludzie starsi mają podobne potrzeby i takie same prawa do korzystania dóbr jak młodzi, a nawet, czasami wymagają oddziaływań intensywniejszych, gdyż ich wrażliwość na bodźce z wiekiem ulega stępieniu.

Szczególne potrzeby psychospołeczne osób starszych.

Potrzeba bezpieczeństwa, to kluczowa potrzeba opisywana wspomnianą teorią potrzeb Maslow'a, która dla osób starszych, przy ich ograniczonej mobilności i percepcji nabiera szczególnego znaczenia. Ludzie starsi coraz częściej stają się ofiarami przestępstw o charakterze kryminalnym (np. wyłudzenia pieniędzy, oszustwa, napady), odczuwają zagrożenie zjawiskami patologii społecznej w miejscu zamieszkania lub najbliższej okolicy. W takich warunkach nawet u osób starszych, które informacje o zdarzeniach przestępczych czerpią najczęściej jedynie z mediów, uruchamiają się mimowolnie mechanizmy obronne w postaci postaw nieufności, zrywania kontaktów społecznych, lęków i frustracji. Druga przestrzeń wypełniona potrzebą bezpieczeństwa odnosi się do niepokojów o przyszłość. Ludzi starszych frustruje niski poziom waloryzacji emerytur, ciągle zmieniane zasady refundacji leków, troska o jakość relacji rodzinnych i obawy związane z osamotnieniem.

Potrzeba szacunku. Ludzie starsi nawiązują kontakty najczęściej z ludźmi najbliższego otoczenia, tj. z rodziną, sąsiadami, przyjaciółmi oraz z instytucjami, w których występujemy w roli konsumentów, pacjentów czy interesantów. Zdarza się jednak, że mając obniżoną sprawność fizyczną czy intelektualną, bywają wyśmiewani, stają się obiektami żartów, a ich potrzeby traktowane są niepoważnie lub zgoła lekceważone. Doświadczanie takich relacji, szczególnie przez osoby niepełnosprawne, jest źródłem frustracji i cierpienia.

Potrzeby przynależności i miłości są jednymi z istotniejszych potrzebą społeczną, którą mierzy się liczbą osób stanowiących krąg przyjaciół i tych którzy nas kochają. Badania dowodzą, że im człowiek starszy tym krąg przyjaciół zawęża się, w skrajnych przypadkach aż do grona osób od których jest osoba zależna, niekoniecznie obdarzających seniora prawdziwą miłością. Świadomość przynależności do określonego kręgu w okresie starości utożsamiana jest przez osoby najczęściej z grupą wsparcia i w tych ludziach poszukują pomocy i ratunku w sytuacjach kryzysowych. Zawężenie tej przestrzeni przeprojektowuje się najczęściej w osamotnienie, poczucie zagrożenia i lęki związane z przyszłym bytowaniem.

Takie trudne do zniesienia przez osoby starszy stany ducha rodzą się szczególnie w obliczu bezpośredniej perspektywy przeniesienia się do całodobowej placówki opiekuńczej.

Zabezpieczenie potrzeb ludzi starszych w całodobowej placówce opiekuńczej.

Opisując emocje towarzyszące osobom starszym decydującym się na usługi całodobowych placówek opiekuńczych, Z. Szarota, w rozważaniach zawartych w jednej ze swoich publikacji na temat problemów starszych osób, wskazuje że już sama decyzja o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej jest trudna ponieważ oznacza diametralną zmianę życiową. Opuszczenie własnego mieszkania dla wielu jest rozstrzygnięciem ostatecznym, decyzją podejmowaną w obliczu uświadomienia sobie utraty własnej niezależności, zgodą na funkcjonowanie w warunkach instytucji totalnej. Zwraca uwagę, że co prawda placówka pomocowa nie jest zamknięta – można tam przebywać w określonym kontraktem czasie, ale też można dożyć końca swoich dni⁷, co dodatkowo pogłębia rozterki, szczególnie w momencie gdy taką decyzję trzeba podjąć nagle, niezwłocznie. B. Szatur – Jaworska, analizując emocje i stesy związane z doświadczaniem starości dostrzega, że starzenie się stanowi dla każdego człowieka wyzwanie, i nie każdy potrafi prawidłowo przystosować się do starości⁸. Do domów pomocy trafiają więc zarówno osoby przygotowane, przystosowane do starości, jak i te mające problem z odnalezieniem się w późnej dorosłości. Nikt specjalnie nie bada seniorów, nie diagnozuje ich i nie stawia ocen opisujących stopień radzenia sobie z problemami emocjonalnymi, akceptacją ograniczeń związanych ze zmianą miejsca zamieszkania przed przyjęciem do placówki. Przepracowane, w pełni zaakceptowane przez nich samych, własne ich decyzje o opuszczeniu swojego dotychczasowego domu należą do rzadkości. Częściej jest to zgoda stanowiąca odpowiedź na postrzeganie swojej obecnej

⁷ Z. Szarota, Wsparcie społeczne i polityka społeczna wobec późnej dorosłości i starości, w: R. Kijak, Z. Szarota, *Starość Między diagnozą a działaniem*, IRSS Warszawa 2013, s. 39.

⁸ Za: R. J. Kijak, *Społeczne doświadczanie starości - postawy wobec ludzi starszych i ich, jakoś życia*, w: Kijak, Z. Szarota, *Starość Między diagnozą a działaniem*, IRSS Warszawa 2013, s. 89.

sytuacji jako beznadziejnej, dla której jedynym pozytywnym rozwiązaniem jest pobyt w placówce, do czego zwykle namawia rodzina, znajomi bądź pracownik socjalny. Ludzie starsi mają swoje wyobrażenie o tego typu miejscach najczęściej kojarzone z nazwą *dom starców*, to znaczy kątem w którym powinni dożyć końca swoich dni. Dlatego szczególnie ważne, by w wyspecjalizowanych miejscach stałego pobytu starszych osób zależnych, zachowywano wysokie standardy pracy, tak by osoby tam przebywające nie traktowały swego pobytu jak bożego dopustu, albo trwały w milczącej akceptacji dla swego stanu apatii racjonalizując ją słowami „widać tak musi być na stare lata”. By od chwili przekroczenia progu osoba mogła mieć nadzieję, że może jeszcze coś dla siebie i innych zrobić.

Dlatego ważne jest by przejście ze środowiska do domu pomocy o charakterze stacjonarnym było procesem rozłożonym w czasie, tak by zarówno zainteresowany jak i personel mógł się do tego odpowiednio przygotować. Modelowe rozwiązanie, mające charakter regulaminu, przebiega w czterech etapach.

Etap 1. Określenie aktualnych uwarunkowań.

Przed przyjęciem osoby, o ile jest to możliwe, przeprowadzany jest wywiad rodzinny i środowiskowy, na podstawie którego dokonywana jest ocena możliwości kontynuacji bądź rozwijania kontaktów rodzinnych i społecznych (część: zasoby rodzinne i społeczne), a osobie zainteresowanej przekazywana jest informacja o dostępnych rodzajach i zakresie usług oraz zasadach odpłatności. Przed podpisaniem umowy, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wydaje zaświadczenie o przebytych i aktualnych chorobach, a także określa zakres usług medycznych, rehabilitacji i fizjoterapii. Stały pobyt możliwy jest po zawarciu umowy o świadczenie usług i pielęgnacji opisanych odpowiednim katalogiem, uwzględniającym poziom kondycji psychofizycznej osoby zainteresowanej oraz zalecenia medyczne. Jeden raz, w ciągu pierwszych 3 dni, osoba zainteresowana może zerwać umowę i zrezygnować z pobytu bez jakichkolwiek konsekwencji finansowych.

Etap 2. Ustalanie szczegółowych ram pobytu.

W pierwszym dniu pobytu podopieczny otrzymuje indywidualnego opiekuna, którego zadaniem jest udzielanie informacji, podstawowych porad, mediacje w sytuacjach konfliktowych, utrzymywanie kontaktów z rodziną. Indywidualny opiekun ustala termin pierwszego spotkania zespołu terapeutycznego, a także jeżeli jest taka konieczność, wizytę u lekarza, wprowadza w bieżące sprawy ośrodka, oprowadza po obiekcie, zapoznaje z mieszkańcami i personelem informując szczegółowo o zasadach pracy i zadaniach każdej z osób. Jest w stałej dyspozycji osoby nowoprzyjętej.

W pierwszych dniach pobytu senior informowany jest i zachęcany do uczestnictwa w aktywizujących zajęciach grupowych oraz możliwościach korzystania z terapii indywidualnej. Niezwłocznie ustalany jest szczegółowy plan działań opiekuńczo – terapeutycznych oraz pielęgnacyjno – rehabilitacyjnych i po zaakceptowaniu przez podopiecznego wdrażany w życie.

Etap 3. Realizacja i korekty planowanych usług.

Realizacja usług, o ile jest to tylko możliwe, podejmowana jest przy udziale rodziny, członków środowiska pochodzenia podopiecznego i środowiska lokalnego i przyjaciół z otoczenia ośrodka. Na każde działania kierowane do podopiecznego, z wyłączeniem czynności ratujących życie, konieczna jest jego zgoda. Osoba ma prawo do korzystania z wszystkich dostępnych w ośrodku usług, z wyłączeniem tych które mogłyby jej zaszkodzić, na które nie wyrazi zgody lekarz lub inny specjalista. Każdy pracownik jest zobowiązany do tego by przedstawiać podopiecznemu wszystkie możliwe korzyści związane z świadczoną przez niego pracą. Osoba może w każdej chwili zrezygnować z wybranych usług. Pracownicy zabiegają o dobre relacje z rodziną, stają w roli mediatora pomiędzy podopiecznym o członkami rodziny w sytuacjach konfliktowych.

Ośrodek w miarę możliwości korzysta z pracy wolontariuszy, którzy włączani są na każdym możliwym poziomie realizowanych usług.

Wszędzie tam gdzie to jest konieczne, w szczególności w obszarach poszczególnych kroków oddziaływania terapeutycznego, dokonywana jest ewaluacja z udziałem osób biorących w niej udział.

Personel merytoryczny i administracja stoi na straży wolności osobistych, przestrzegania zasad współżycia społecznego i przeciwdziała wszelkim formom dyskryminacji i wykluczenia. Praca specjalistów podlega superwizji.

Etap 4. Zarządzanie informacją.

Klienci ośrodka mają prawo do uzyskania wszelkich informacji dotyczących ich bieżącej sytuacji życiowej, zdrowotnej i społecznej, oraz tych związanych z funkcjonowaniem ośrodka przez cały okres przebywania w placówce. Informacje przekazywane są głównie podczas spotkań indywidualnych z poszczególnymi członkami personelu i administracji. Ponieważ wiele z tych problemów ma podobny charakter, dlatego raz w miesiącu organizowane są spotkania tematyczne z udziałem specjalistów. Do dyspozycji podopiecznych jest sala z komputerami podłączonymi do internetu, gdzie pod opieką pracownika można znaleźć odpowiedź na wiele pytań. Jest to również miejsce do wymiany informacji, oraz kontaktowania się z rodziną i innymi osobami wykorzystując odpowiednie komunikatory.

Wiedząc o planowanej wizycie członków rodziny, opiekun indywidualny przygotowuje pisemną informację na temat aktualnej, ogólnej sytuacji i stanu zdrowia podopiecznego, wcześniej informując go o zamiarze przekazania tej informacji rodzinie.

W ośrodku utrzymywany jest stały kontakt mail'owy lub telefoniczny z członkami rodziny seniora. Dzięki temu zarówno rodzina jak i podopieczny nie będą mieli odczucia odcinania ich od informacji czy przeświadczenia że personel coś przed stronami ukrywa.

W tak zorganizowanej przestrzeni możliwe jest tworzenie warunków życia zgodnych z aspiracjami i potrzebami osoby starszej.

Czy nowy dom jest ich domem marzeń?

Ocena jakości wybranych usług świadczonych w wybranych domach pomocy społecznej w świetle badań.

Organizatorzy pomocy powinni zwracać uwagę i w szczególny sposób nadzorować cały personel delegowany do bezpośrednich kontaktów z podopiecznymi. Muszą mieć świadomość, że tego typu instytucje działają w warunkach silnie hermetycznych, co może sprzyjać różnego rodzaju deformacjom i wypaczeniom ich funkcjonowania. Następstwem są naruszenia praw przebywających tam pensjonariuszy, a czasami nawet działania o charakterze przestępczym. Ryzyko takie potęguje fakt, że pomiędzy mieszkańcami a personelem zazwyczaj zawiązuje się szczególny rodzaj więzi, opartej często na poczuciu zależności, ze swej natury słabszych pensjonariuszy, od personelu. Stąd w sytuacji wystąpienia znacznego uzależnienia, klienci takich placówek mogą częściej godzić się na nieprofesjonalne traktowanie i naruszanie ich dóbr, w nadziei nagrody w postaci np. obietnicy dobrych stosunków z opiekunami i poczucia jako takiego bezpieczeństwa. W takich okolicznościach łatwo o ryzyko trwałego ukształtowania relacji w sposób niewłaściwy, który z czasem może stać się patologicznym standardem, w którym świadczona przez personel „pomoc”, częściej kojarzona będzie jedynie z grą podporządkowującą podopiecznych. A wtedy pracownicy zamiast rzeczywiście pomagać pensjonariuszom, wykorzystywać będą techniki, instrumenty i narzędzia wpływu, właściwe bardziej osobom sprawującym władzę niż będącym w służbie. W takiej perspektywie opiekunowie i administracja tych placówek może stracić z pola widzenia przypisane kodeksowo cele, implantując w ich miejsce własne zasady, niekoniecznie kompatybilne z deklaracjami. Dla podopiecznego, w takich niekorzystnych okolicznościach, ostatnie lata czy dni życia w domu pomocy, staną się jedynie pasmem trudnych do zniesienia, bolesnych chwil (które personel też im zresztą jakoś fałszywie

zracjonalizuje), za które w dodatku zapłaci z własnego portfela on, oraz jeśli będzie taka potrzeba, dołoży się rodzina i lokalny samorząd.

Dowodem na to, że czasami może dochodzić do takich sytuacji są wyniki badań przeprowadzonych przez Autora niniejszej publikacji, którego zaniepokoił fakt, że mimo znakomitych protokołów pokontrolnych którymi chwaliła się administracja jednej z placówek, coraz częściej w ostatnich latach powtarzały się sygnały od podopiecznych, wskazujące na niską jakość świadczonych tam usług oraz zdarzenia ocierające się naruszenia ich dóbr⁹. Kolejnym sygnałem, że może dziać się coś niepokojącego, był ponadprzeciętny wzrost próśb pensjonariuszy o przeniesienia do innych domów. Postanowiono więc zbadać jak realizowane są niektóre, wybrane, ustawowe zobowiązania i usługi wobec przebywających w tym domu podopiecznych. Jako materiału porównawczego użyto wyników badań przeprowadzonych przy użyciu tego samego narzędzia, w tym samym czasie, w dwóch innych losowo wybranych domach, o identycznym profilu. Pozwoliło to na ukazanie wyników badań uzyskanych w domu pomocy społecznej z którego napływały skargi, na tle innych placówek.

W badaniach posłużono się metodą sondażu z zastosowaniem techniki ankietowej. Informacje uzyskiwane były we wrześniu 2015 r. w bezpośrednim kontakcie z mieszkańcami dps-ów, które zapisywano w specjalnie do tego celu przygotowanym formularzu. W badaniach wzięło udział 96 osób, w tym 57 z placówki z której napływały skargi, oraz odpowiednio 27 i 12 osób z pozostałych dwóch domów. By maksymalnie zobiektywizować wyniki, przyjęto, że o wypowiedź poproszone zostaną wszystkie osoby w kontakcie intelektualnym, które w dniu przeprowadzania badania wyrażą zgodę na rozmowę i wypełnienie ankiety. W opisie wyników badań, dom pomocy z którego najczęściej napływały skargi i próśby o przeniesienie nazwany zostanie „badaną” placówką a pozostałe, zsumowane wyniki, pochodzą będą z placówek „odniesienia”.

We wszystkich placówkach dominują mieszkańcy pomiędzy 66 a 90 rokiem życia. Zauważa się jednak, że w badanej placówce ta populacja jest przeciętnie starsza niż w pozostałych. Nie wpływa to jednak na wyniki badań, ponieważ respondenci na każdy temat wypowiadali się ze świadomością odnoszącą się zarówno do treści pytania jak i wyrażonej opinii w danej sprawie. Zaobserwowano, że w badanej placówce dwa razy częściej dominowały odpowiedzi neutralne (21%, wobec 10% w pozostałych), a blisko dwa razy rzadziej występowały opinie bardzo dobre (24%, wobec 46% w pozostałych). Prawie połowa osób w badanym domu oceniła usługi tam świadczone jako dobre (49%) wobec podobnych

opinii wyrażonych przez 44% respondentów w pozostałych dps-ach. Jedna czwarta mieszkańców w badanej placówce oświadczyła, że żałuje swojej decyzji o zamieszkaniu w dps, w pozostałych ośrodkach nikt nie wyraził takiej opinii. Badania pokazały znaczące różnice w funkcjonowaniu placówek zobrazowane spostrzeżeniami podopiecznych. W placówce badanej można zaobserwować stan wyraźnej alienacji pracowników od przedmiotu pracy, czego dowodem są opinie podopiecznych wyrażone w pierwszej grupie pytań. Można przypuszczać, że duża część zatrudnionych osób nie rozumie misji instytucji, a co za tym idzie, nie wykonują oni całej pracy, do której zobowiązuje ich ustawodawca. Oceny przedstawione w drugiej serii pytań ukazują badaną placówkę jako miejsce, w którym osobie starszej zabezpiecza się (i to sobie cenią) przede wszystkim podstawowe potrzeby bytowe, i to też na niższym poziomie jak pozostałych placówkach. Analizując wyniki badań odnosi się wrażenie, że w badanej instytucji najlepiej pracują jedynie kucharki i pracownicy socjalni, nieco słabiej personel medyczny, a prawie zupełnie zbędna jest posługa duchownych. Dlatego też aż 1/4 mieszkańców, nie czując specjalnej więzi z otoczeniem, pozostawiona sama sobie, cierpi na samotność, a podobna procentowo grupa podopiecznych żałuje swojej decyzji o zamieszkaniu w tym miejscu.

Uzyskane wyniki, prócz dostarczenia materiału do analiz, wskazują na jedną podstawową potrzebę; poprowadzenia w tej sferze usług społecznych szerszych i głębszych badań uwzględniających prócz opinii pensjonariuszy również zebranie informacji pozwalających na dokonanie oceny: kompetencji (miękkich i twardych) zatrudnionego personelu (łącznie z kierownictwem), motywacji do pracy, poziomu wypalenia zawodowego, organizacji pracy a także efektywności kontroli wewnętrznych i zewnętrznych. Można więc przypuszczać, że dotychczasowy system kontroli i nadzoru nie jest do końca efektywny, a rezultaty pracy w największym stopniu zależą od zaangażowania pracowników i (prawdopodobnie) organizacji pracy jednostki. Jest wysoce prawdopodobne, że samopoczucie i opinie pensjonariuszy o jednostce byłyby znacznie lepsze gdyby, podobnie jak to ma miejsce w pracy socjalnej, nadzór nad jakością pracy personelu sprawował superwizor. Używając odpowiednich narzędzi wyznacza on wtedy sfery, w których dokonywana będzie ocena pracy, a następnie podejmuje działania służące ewentualnym korektom pracy pracowników. Takie działanie służy zarówno podopiecznym jak i pracownikom i instytucji jako całości.

Miejsce superwizora w placówce całodobowej opieki nad seniorami.

⁹ Celowo nie wymieniam tej instytucji z nazwy i miejscowości w której się znajduje.

Pracownicy domów pomocy społecznej, środowiskowych domów samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej i innych podobnych placówek pozostając poza jakimkolwiek ustawowym systemem wsparcia superwizyjnego mogą popełniać błędy, których nie wychwyci żadna kontrola skupiająca się głównie analizie dokumentacji. Na niezbędną superwizji w domu pomocy społecznej wskazali w swoich uwagach członkowie interdyscyplinarnego Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (skład którego tworzyli; kryminolog, pedagodzy resocjalizacyjni oraz prawnik), wizytujący w dn. 29 – 30 lipca 2014 r. dom pomocy społecznej w Makowie Podhalańskim. W raporcie końcowym z wizytacji zalecili „zorganizowanie dla kadry terapeutycznej regularnych superwizji”¹⁰. Podczas kontroli dopatrzili się oni szeregu nieprawidłowości, głównie związanych z nienależytym traktowaniem mieszkańców, naruszaniem ich dóbr i prawa do samostanowienia. Z kolei Rzecznik Praw Obywatelskich, analizując procedury umieszczania osób całkowicie ubezwłasnowolnionych zwraca uwagę na ryzyko możliwości występowania naruszeń ich godności¹¹ jeszcze przed przyjęciem do domu pomocy społecznej. Rodzi się więc pytanie o to, kto jak nie superwizor mógłby stanąć na straży przestrzegania norm prawa, standardów oraz jakości usług po przekroczeniu przez podopiecznego progu instytucji? W zachodnich placówkach pomocowych typu stacjonarnego pracownicy od lat obowiązkowo podlegają superwizji klinicznej. Bardzo rzadko zdarza się by personel nie rozumiał i nie wypełniał swoich obowiązków zgodnie z wyznaczonymi standardami. Każde niedopełnienie obowiązków pracowniczych traktowane jest tam jako naruszenie zasad współżycia społecznego, zasad pracy w placówce, praw i godności pensjonariusza, a co za tym idzie, w najlepszym wypadku, kończy się dla pracownika utratą pracy, a w najgorszym miejscu na ławie oskarżonych. W Polsce taka świadomość jest jeszcze rzadkością. Prawdą jest, że pojawiają się sporadycznie próby wprowadzania superwizorów do różnych placówek pomocy stacjonarnej. Jednak wobec braku jakichkolwiek standardów opisujących ich pracę w takich miejscach, takie najczęściej okazjonalne zatrudnianie jest mało efektywne. Tym bardziej, że superwizji w domach pomocy podejmują się głównie psychologowie, którym z natury rzeczy najbliższy jest styl i zasady pracy właściwe superwizji w psychologii. Opisy i sprawozdania z tych sesji zamieszczane w internecie wskazują, że spotkania te niewiele mają wspólnego z rzeczywistą superwizją kliniczną, a są w raczej spotkaniami w ramach grup

¹⁰ Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji w Domu Pomocy Społecznej w Makowie Podhalańskim (wyciąg), s. 12. Źródło: <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wyci%C4%85g-DPS%20Mak%C3%B3w%20Podhala%C5%84ski%202014.pdf> (data dostępu: 14.02.2016)

¹¹ M. Topolewska, Bezprawne zasady kierowania do domów pomocy społecznej, Dziennik Gazeta Prawna, z dnia 3.02.2016.

wsparcia¹². Pokazuje to również, jak niewielką wiedzą na temat teorii superwizji dysponują kierownicy tych instytucji zatrudniając osoby oferujące usługi jedynie substytuujące rzeczywistą superwizję, a w najlepszym wypadku ograniczające ją do jednej z jej funkcji.

Superwizja kliniczna? Dlaczego nie?

Praktykowanie superwizji klinicznej w Polsce kojarzone jest głównie z przestrzenią zastrzeżoną dla leczenia psychiatrycznego, usług psychologicznych i psychoterapii, realizowanej w placówkach leczniczych, ośrodkach specjalistycznych i poradniach (np. leczenia uzależnień). J. Bomba weryfikuje jednak takie przekonanie, przywołując opisy wczesnych praktyk superwizyjnych M. Balint'a, którego metoda polegała na omawianiu wnoszonego przez uczestników seminariów materiału pracy klinicznej z konkretnymi osobami i skupia na analizowaniu relacji lekarzy z pacjentami. Przypomina, że w oryginalnej formie nie była ona adresowana do psychoterapeutów ani psychiatrów, a więc do tych specjalistów, którzy leczą osoby, u których rozpoznano zaburzenia psychiczne. Nie była superwizją psychoterapii, bo oddziaływanie psychoterapeutyczne nie było główną formą leczenia somatycznie chorujących ludzi, a jedynie niezbywalnym, ale uzupełniającym komponentem procesu leczenia.¹³ Wydaje się więc, że nie powinien sprawić większej trudności powrót do początków superwizji klinicznej i implantacja jej rozwiązań w nadzór nad pracą personelu pionu terapeutycznego oraz pielęgniarstwo – opiekuńczego domów pomocy społecznej.

Wyniki przeprowadzonych przez Autora badań pokazują, jak ważny jest odpowiedni monitoring i wsparcie pracy osób zatrudnionych w domach pomocy społecznej. Ze względu na przedmiot i podmiot ich pracy, a także wielowymiarowość oddziaływań terapeutycznych i pomocowych można zaproponować system nadzoru wspierającego właściwy superwizji klinicznej. Odpowiadając na pytanie, czym tak naprawdę jest superwizja kliniczna?, D. Milne¹⁴ wskazuje, iż coraz częściej stanowi ona nieodłączną część nowoczesnego, nastawionego na efektywność, systemu opieki zdrowotnej. I choć, jak zauważa, jej czysta koncepcja i praktyka skoncentrowana jest na realizacji celów stawianych medycynie

¹² Np.: Notatka zamieszczona na stronie Powiatu Górowskiego gdzie czytamy m. in. że superwizja grupowa to „doskonała forma poradnictwa”. Źródło: <http://www.powiatgora.pl/4126,superwizja-grupowa.html> (dostęp dn. 14.02.2016r.)

¹³ J. Bomba, Superwizja psychoterapii z perspektywy psychodynamicznej, *Psychoterapia* 3 (154) 2010, s. 7. źródło: http://www.psychoterapiaptpl.pl/uploads/PT_3_2010/Bomba_5__PT3_2010.pdf (dostęp 30.04.2016 r.)

(leczeniu, terapii), to nie powinno się pomijać obszaru celów stawianych usługom pielęgnacyjno – opiekuńczym. Cele realizowane w tych dwóch domenach służących przywracaniu zdrowia, sprawności lub podejmowaniu działań sprzyjających ich przedłużaniu, zdaniem specjalistów superwizji klinicznej, by były możliwe do osiągnięcia, muszą podlegać standaryzacji i odpowiednim procedurom.¹⁵ Stąd aktywność superwizora skoncentrowana jest na dostarczeniu osobom superwizowanym (udzielającym pomocy i wsparcia lekarzom, terapeutom, pielęgniarcom, opiekunom), odpowiedniego, profesjonalnego wsparcia i wiedzy pobudzającej ich rozwój osobisty oraz wzrost kompetencji zawodowych.¹⁶ W dalszej części swojego opisu Milne przypisuje superwizji klinicznej trzy funkcje: kontroli jakości świadczonych usług (quality control), utrzymywania superwizowanego na odpowiednim poziomie zawodowym oraz stwarzanie możliwości pozwalających na rozwijanie jego zdolności i kompetencji, i na pomaganiu pracownikowi w taki sposób, by mógł jak najefektywniej realizować się zawodowo. Wszystko to razem ma zabezpieczyć klienta, podopiecznego, przed możliwymi szkodami będącymi efektem działań zawodowych podejmowanych przez osoby nieprofesjonalne.

Superwizja kliniczna służy wszystkim w domu pomocy społecznej.

Udzielając praktycznych rad superwizorom, Molrooney wskazuje na grupę trzech niezbędnych warunków, po spełnieniu których możliwe jest osiągnięcie dobrego standardu opieki nad osobami starszymi, są to jego zdaniem:

1. Przywiązywanie wagi do wartości skoncentrowanych na człowieku
2. Poszanowanie dla współzależności, zasad współżycia.
3. Przedstawianie seniorom dostępnych usług opiekuńczych (pomocy drugiej osoby) jako jednego z możliwych wyborów¹⁷.

Zauważa dalej w swoim wywodzie, że wzmocnienie naturalnych zasobów seniora powinno być działaniem oczywistym wszędzie tam, gdzie zdiagnozowano w człowieku potencjał (zasoby), a mimo tego aktywność podopiecznego jest niska. Jednak ocenę zasobów i możliwości wykonuje nie jedna osoba, ale zespół specjalistów i to oni ustalają zakres pracy z

¹⁴ D. Milne, An empirical definition of clinical supervision, *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 2007, s. 437 – 447.

¹⁵ S. Wagner, S. Keane, B. McLeod, M. Bishop, A Raport: Clinical Supervision for Allied Health Professionals in Rural NSW, NSW Institute of Rural Clinical Services and Teaching, Lismore NSW, June 2008, s. 6

¹⁶ Tamże, s. 6.

¹⁷ Za: T. Butterworth, J. R. Cutcliffe, B. Proctor (red), *Fundamental Themes in Clinical Supervision*, Routledge Taylor and Francis Group, London and New York, 2001, s. 178

seniorem, mając przede wszystkim świadomość tego, że oddziaływanie to adresowane jest do starych, kruchych ludzi¹⁸. Nie ma jednak przyzwolenia na dokonywanie tych ustaleń jedynie na forum zespołu terapeutów. Zasady pracy i jej z góry ustalony zakres, byłby niekompletne gdyby wyłączono zeń odniesienia do uznania systemu wartości przypisanych każdemu człowiekowi do którego adresowane jest wsparcie i bez zrozumienia istoty współzależności. Oznacza to, że zespół przygotowując procedury terapeutyczne musi uwzględniać i zaakceptować prawo podopiecznego do samostanowienia, a on zaś ma prawo wymagać, by świadczona pomoc odpowiadała ustalonym standardom. Superwizja kliniczna w swojej przestrzeni oddziaływania dysponuje narzędziami i instrumentami, które umożliwiają ochronę najlepszego interesu podopiecznych, a także uzyskanie pożytków przez członków zespołu pracowników w ośrodku. Wśród wielu opisów takiego symbiotycznego współdziałania odnajdujemy charakterystyczną dla takiego myślenia refleksję autorstwa M. Nalon'a. W swoim opisie zachęca superwizorów do konfrontacji własnego stylu pracy z celami, zamiarami towarzyszącymi superwizji prowadzonej w domach dla seniorów. By je osiągnąć konieczne jest jego zdaniem, zrozumienie jej celów i relacji zachodzących pomiędzy zespołem terapeutów a podopiecznymi.

Niewielu urzędników, kreatorów polityki społecznej, a wreszcie i samych organizatorów usług społecznych ma świadomość ryzyk towarzyszących pobytowi seniorów w ośrodkach pobytu całodobowego dla seniorów. Nie interesując się specjalnie tym co dzieje się za ich drzwiami trwają w przekonaniu, że dopóki kontrole zewnętrzne nie stwierdzą ewidentnego łamania prawa, to wszystko jest w porządku. Z dużym dystansem podchodzą również do skarg podopiecznych, traktując je często jako starcze fanaberie czy zmyślenia i prawie zawsze w sytuacjach konfliktowych stają po stronie personelu. Tymczasem prawda może być zupełnie inna, a zweryfikować ją może wyłącznie specjalista, superwizor zewnętrzny, osoba dysponująca odpowiednimi narzędziami i umiejętnościami w stawianiu rzetelnej, wielowymiarowej diagnozy funkcjonowania instytucji, jej zasobów ludzkich i jakości dostarczanych usług. Superwizor kliniczny, jeżeli zostanie zaangażowany, będzie również czuwał nad procesami terapeutycznymi, relacjami w zespołach, będzie sprzyjał rozwojowi zawodowemu, udzielał wsparcia personelowi; a wszystko po to, by umożliwić pracownikom aktywność na możliwie najwyższym poziomie zawodowym, a podopiecznych dostarczyć usług możliwie najlepszej jakości. Wobec stale rosnącego zapotrzebowania na świadczenia w systemie opieki stacjonarnej, a także wzrostu oczekiwań odbiorców usług w

¹⁸ Tamże.

odniesieniu do ich jakości, postulat w sprawie obecności superwizora w każdej tego typu placówce pomocowej nie powinien być marginalizowany.

Bibliografia:

1. Butterworth T., Cutcliffe J. R., Proctor B. (red), *Fundamental Themes in Clinical Supervision*, Routledge Taylor and Francis Group, London and New York, 2001.
2. Giza-Poleszczuk R., Marody M., Rychard A., *Strategie i system: Polacy w obliczu zmiany społecznej*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2000.
3. Imiołczyk B. (red.), *Prawa człowieka. Poradnik dla osób starszych*, wyd. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.
4. Kijak R., Szarota Z., *Starość. Między diagnozą a działaniem*, IRSS Warszawa 2013.
5. Kadushin A., Harkness D., *Supervision in social work*, 4 ed., Columbia University Press, New York 2002.
6. Pecora P., Cherin D., Bruce E. Arguello De J.T., *Strategic supervision. A brief for managing social service organizations*, Sage Publications Ltd., London 2010.
7. Shulman L., *Work-phase skills in supervision*. W: *Interactional Supervision*, NASW Press, Washington, D.C. 1994.
8. Musioł S., Twardowska M., *Pracownik socjalny – profesjonalne działanie na rzecz osób wykluczonych*, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2011.
9. Wagner S., Keane S., McLeod B., Bishop M., *A Raport: Clinical Supervision for Allied Health Profrrsionals in Rural NSW*, NSW Institute of Rural Clinical Services and Teaching, Lismore NSW, June 2008.

Czasopisma.

1. Bomba J., Superwizja psychoterapii z perspektywy psychodynamicznej, *Psychoterapia* 3 (154) 2010.
2. Hess A.K., *Growth in supervision: Stages of supervisee and supervisor development*, „The Clinical Supervisor” 1986, Vol. 4.

3. Coleman M., Supervision and the clinical social worker, „Clinical Social Work” 2003, Vol. 3, No. 2.
4. D. Milne, *An empirical definition of clinical supervision*, British Journal of Clinical Psychology, 46, 2007.
5. Skinner N. a.a., *Workforce Development ‘TIPS’*, „Clinical Supervision” 2005, No. 2.