

Forum Opieki Długoterminowej

# med1

Kwartalnik nr 1(71)  
**marzec 2017**

ISSN 1643 - 1308 nakład 3000 egz.

**Aktywizacja**  
mieszkańca

Dyrektywa  
**transgraniczna**

DIETA I PIELEGNACJA  
**W CUKRZYCY**



Moim klientkom  
polecam wkładki urologiczne Seni Lady,  
bo wiem, że zapewniają najlepszą ochronę.

Seni Lady to optymalne rozwiązanie dla kobiet, które szukają sprawdzonej ochrony przy nietrzymaniu moczu. Wkładki Seni Lady są dużo bardziej chłonne niż podpaski, a zastosowane w nich osłonki boczne chronią przed wyciekami.

Seni Lady Extra Plus **nowy rozmiar**



**seni**

Więcej o ofercie Seni Lady na stronie [www.seni.pl](http://www.seni.pl)

# medi

## Szanowni Państwo!

**WYDAWCA:**  
Fundacja  
Razem Zmieniamy Świat

**PARTNER WYDANIA:**  
TZMO SA  
Producent wyrobów  
pod markami Seni, Matopiat, Bella

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

**REDAKTOR:**  
Robert Kujawa

**PROJEKT GRAFICZNY I SKŁAD:**  
APP - POLE ZNAKU  
Agata Wajer-Gądecka  
poleznaku.pl

**ADRES REDAKCJI:**  
ul. Żółkiewskiego 20/26  
87-100 Toruń  
tel. 056 612-32-93  
fax. 056 612-35-83  
robert.kujawa@tzm.com.pl

**PRENUMERATA:**  
Formularz zamówienia prenumeraty  
znajduje się na stronie  
[www.razemzmieniamyswiat.pl](http://www.razemzmieniamyswiat.pl)  
w zakładce Publikacje

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

**W**itamy w pierwszym numerze Medi w roku 2017!  
Tematem marcowego numeru uczyniliśmy cukrzycę – chorobę występującą często, będącą wielokrotnie pokłosiem zmian cywilizacyjnych, a przy tym rodzącą komplikacje w opiece nad osobą niesamodzielną. Nasi eksperci opisują charakterystykę diety dla osoby chorującej na cukrzycę oraz podają ważne wskazówki do pielęgnacji ran związanych z tą chorobą. W dziale poświęconym opiece u schyłku życia przybliżamy instytucję domów dziennego pobytu na przykładzie warszawskiego Centrum Alzheimerera. To nowe rozwiązanie, które może ułatwić życie rodzinie osoby z zespołem otępiennym, oraz stanowić ważne środowisko terapii. Wracamy także do tematu aktywizacji mieszkańca na przykładzie domu pomocy w Nasielsku, gdzie istotnym elementem terapii jest hortiterapia.

Dyrektywa transgraniczna stanowi ważne rozwiązanie prawne dla osób, które chcą skorzystać z opieki medycznej za granicą. Z jakimi uwarunkowaniami to się wiąże i jakie mamy możliwości wykorzystania dyrektywy w opiece długoterminowej opisujemy w artykule w dziale Teoria i praktyka.

Zbliża się największe wydarzenie związane z opieką długoterminową – połączony 15. Kongres EDE i 20. Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej. W numerze znajdą Państwo opis i program tego wyjątkowego wydarzenia.

**Zapraszamy do lektury!**

# SPIS TREŚCI

## marzec 2017

### TEMAT NUMERU

---

**06**

Dieta w cukrzycy

**12**

Leczenie i pielęgnowanie ran w praktyce

### OPIEKA U SCHYŁKU ŻYCIA

---

**18**

Rola Dziennego Domu Pomocy Centrum Alzheimer w Warszawie jako placówki wsparcia dziennego

**26**

Aktywizacja mieszkańca - aby chciało się chcieć.

### TEORIA I PRAKTYKA

---

**29**

Transgraniczna opieka zdrowotna. Jak to działa?

### NOWOŚCI

---

**34**

Święto opieki długoterminowej!

**37**

Kobiece sprawy



# seniCup 2017 nadchodzi!



W roku 2017, Międzynarodowy Turniej Piłki Nożnej Osób Niepełnosprawnych SeniCup obchodzi 18. urodziny.

Czas na zgłoszenie drużyny jest tylko do **21 kwietnia**, a turnieje kwalifikacyjne zostaną zorganizowane w:

## **Waplewie,**

w dniach 10-12 maja

Województwa:

pomorskie, warmińsko-mazurskie, podlaskie, mazowieckie i łódzkie

## **Czarnej,**

w dniach 23-25 maja

Województwa:

śląskie, świętokrzyskie, małopolskie, podkarpackie, lubelskie

## **Pogorzelicy,**

w dniach 7-9 czerwca

Województwa:

zachodniopomorskie, kujawsko-pomorskie, lubuskie, wielkopolskie, dolnośląskie, opolskie

Do turnieju finałowego, który zostanie zorganizowany **w dniach 10-12 lipca** w Toruniu, awansują zwycięzcy rozgrywek grupowych w turniejach kwalifikacyjnych.

W finale spotka się 12 polskich drużyn, które powalczą o zwycięstwo wśród zespołów z całej Europy. (m.in. z Niemiec, Rosji, Ukrainy, Czech, Litwy i Łotwy).



# Dieta w cukrzycy

JOANNA ANNA WALCZAK

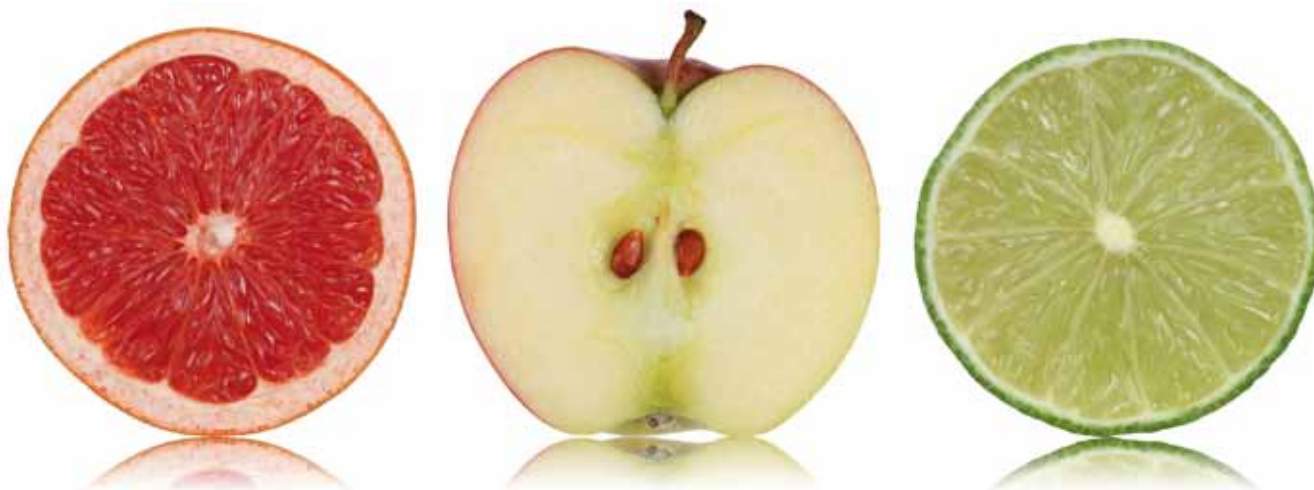
Ekspert ds. żywienia człowieka i dietetyki

*Głównym celem leczenia chorych na cukrzycę w starszym wieku jest dążenie do poprawy lub utrzymania dotychczasowej jakości życia. Odpowiednio zaplanowane posiłki pomagają zminimalizować wpływ cukrzycy na życie pacjenta i zapobiegać powikłaniom związanym z chorobą.*



**C**ukrzyca to choroba, w której organizm nie wytwarza wystarczającej ilości insuliny lub nie jest w stanie wykorzystywać własnej insuliny do metabolizmu cukrów pochodzących ze spożywanej żywności. W efekcie glukoza nie może przeniknąć do komórek organizmu, pozostaje w krwiobiegu, wzrastając do szkodliwego poziomu, sprzyjającemu uszkodzeniu narządów wewnętrznych, chorobom układu krążenia, udarowi mózgu, niewydolności nerek, impotencji oraz zakażeniom prowadzącym do amputacji kończyn.

Cukrzyca u osób starszych stanowi ważny problem kliniczny – szacuje się, że choruje na nią do 30% osób w wieku powyżej 65 roku życia. Samo starzenie się organizmu sprzyja rozwojowi zaburzeń metabolizmu węglowodanów. Zmniejszona aktywność fizyczna, nadwaga lub otyłość, złe nawyki żywieniowe – wszystkie te czynniki mogą przyczynić się do upośledzenia wydzielania



insuliny oraz spadku wrażliwości tkanek na insulinę.

### Dzienna porcja węglowodanów

Nie ma ścisłych zaleceń co do ilości węglowodanów, jaka powinna znaleźć się w codziennych posiłkach osoby z cukrzycą. Nie mniej istotne jest, by trzymać się stałego poziomu węglowodanów w ciągu dnia i starannie dobierać dostarczające je produkty. Główne źródło węglowodanów powinny stanowić pełnoziarniste produkty zbożowe, w tym kasze, brązowy ryż, naturalne płatki zbożowe (np. owsiane), pełnoziarniste makarony i pieczywo. Z kolei wszelkie produkty słodkie, zwłaszcza cukier, miód, słodycze – należy ograniczyć do minimum. Oznacza to unikanie słodzonych napojów, również tych owocowych oraz zwracanie uwagi na produkty z dodatkiem cukru, takie jak pieczywo cukiernicze, słodzone płatki śniadaniowe, ciastka, cukierki, batony. Aromatyzowane jogurty i inne słodkie desery mleczne, lody, sorbety, owoce w syropie także zawierają dodatek cukru, dlatego mogą być spożywane jedynie w niewielkich ilościach i sporadycznie.

W doborze produktów węglowodanowych pomocne jest kierowanie się indeksem glikemicznym (IG), określającym zdolność żywności do zwiększania stężenia glukozy we krwi, w porównaniu do wzorca jakim jest glukoza (IG = 100).

Osobom z cukrzycą zaleca się wybieranie produktów o niskim, rzadziej średnim IG, natomiast unikanie lub wręcz wykluczenie z diety – produktów o wysokim IG. Jednym z czynników decydujących

o wartości IG jest obecność błonnika pokarmowego – to dzięki niemu produkty pełnoziarniste charakteryzują się niższym indeksem glikemicznym niż oczyszczone produkty zbożowe (pieczywo i makarony).

**Tab. 1.**

Indeks glikemiczny produktów (od największej do najmniejszej wartości IG)

#### WYSOKI (IG > 70)

glukoza  
miód  
oranżada (słodkie napoje)  
słodycze  
białe pieczywo  
oczyszczone produkty zbożowe (np. płatki kukurydziane)  
ciasta, ciastka, słodkie bułki

#### ŚREDNI (40 < IG < 70)

biały ryż  
cukier (sacharoza)  
suszone owoce  
gotowane ziemniaki  
gotowane słodkie warzywa (buraki, marchew)  
słodkie owoce (banan, ananas, mango, winogrona)  
gotowany makaron  
pieczywo razowe lub z dodatkiem otrąb  
ryż brązowy, grube kasze

#### NISKI (IG < 40)

produkty mleczne  
surowe warzywa  
nasiona strączkowe (soczewica, ciecierzycza, fasola)  
świeże owoce (jabłka, cytrusy, owoce jagodowe)  
grzyby



**Tab. 2.**

Makroskładniki w diecie chorych na cukrzycę  
(% wartości energetycznej diety lub zalecana ilość)

|                                                                                                   |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>BIAŁKO</b>                                                                                     | 15-20% (1-1,5 g/kg m.c./d) |
| <b>TŁUSZCZE</b> (ogółem)                                                                          | 30-35%                     |
| <b>tłuszcze nasycone</b>                                                                          | <10%                       |
| <b>tłuszcze jednonienasycone</b>                                                                  | 10-15%                     |
| <b>tłuszcze wielonienasycone</b>                                                                  | 6-10%                      |
| w tym                                                                                             |                            |
| – kwasy tłuszczowe omega-6                                                                        | 5-8%                       |
| – kwasy tłuszczowe omega-3                                                                        | 1-2%                       |
| <b>cholesterol</b><br>w przypadku osób z podwyższonym<br>poziomem cholesterolu we krwi            | <300 mg/d<br><200 mg/d     |
| <b>WĘGLOWODANY</b><br>głównie w postaci produktów<br>zbożowych, o niskim indeksie<br>glikemicznym | 45-55%                     |
| <b>BŁONNIK POKARMOWY</b>                                                                          | 25-40 g/d                  |



*Bardzo ważnym elementem diety, są produkty roślinne – w szczególności warzywa i owoce. Są one cennym źródłem błonnika pokarmowego, witamin, składników mineralnych, a także wielu innych związków charakterystycznych wyłącznie dla produktów pochodzenia roślinnego. Większość warzyw można jeść bez ograniczeń.*

z białej mąki, kaszki błyskawicznej). Istnieją również spore różnice w wartości IG w zależności od sposobu serwowania pokarmu oraz jego stopnia ugotowania.

## Sposoby na obniżenie indeksu glikemicznego posiłku:

- ▶ **wyberanie pełnoziarnistych produktów zbożowych** – błonnik zawarty w zewnętrznej części ziaren zbóż, spowalnia uwalnianie węglowodanów w przewodzie pokarmowym;
- ▶ **dodatek warzyw** – podobnie jak ziarna zbóż zawierają błonnik, dodatkowo są niskokaloryczne i dostarczają wielu innych cennych składników (witamin, składników mineralnych, związków polifenolowych);
- ▶ **gotowanie *al dente*** – skrócenie czasu gotowania makaronu, ryżu oraz warzyw do minimum sprawia, że pozostają one jędrne (lekko twarde, chrupiące), a zawarte w nich węglowodany – trudniej dostępne;
- ▶ **łączenie produktów węglowodanowych z białkiem** – białka spowalniają trawienie węglowodanów i szybkość opróżniania żołądka, dzięki czemu węglowodany nie wchłaniają się zbyt szybko;
- ▶ **dodatek dobrej jakości tłuszczów** – uwzględnienie niewielkiej ilości tłuszczu np. w postaci oliwy z oliwek, oleju lnianego, masła, orzechów lub pestek, sprawia że posiłek będzie trawił się nieco wolniej.

## Co zamiast cukru?

Sztuczne słodziki, takie jak aspartam, acesulfam czy sukraloza, pozwalają na uzyskanie słodkiego smaku napojów i słodczy, nie dostarczając przy tym węglowodanów. Mogą być one alternatywą dla osób, które odczuwają dyskomfort z powodu ograniczenia słodczy, nie mniej słodziki oraz produkty je zawierające zaleca się używać w ograniczonych dawkach. Główny problem polega na tym, że słodziki nie zaspakajają apetytu na słodkość, a wręcz mogą go nasilać i tym samym przyczynić się do rozwoju nadwagi. Dodatkowo osoby stosujące



sztuczne słodzików mogą odczuwać dolegliwości trawienne oraz neurologiczne (np. bóle głowy).

Przez wiele lat jako zamiennik cukru polecano cukrzykom fruktozę. Obecnie wiadomo, że fruktoza ma negatywny wpływ na wątrobę i stymuluje produkcję tłuszczów. Nadmierne spożywanie fruktozy (zwłaszcza jako substancji słodzącej) sprzyja stłuszczeniu wątroby, powoduje wzrost stężenia trójglicerydów we krwi oraz zwiększa ryzyko miażdżycy. Dlatego też, zarówno osobom chorym na cukrzycę, jak i zdrowym, zaleca się unikanie cukru oraz stosowania innych substancji słodzących. Pozwala to zwiększyć wrażliwość na naturalnie słodki smak pokarmów i docelowo zmniejszyć chęć sięgania po słodycze.

### Ważna zbilansowana dieta

Dieta w cukrzycy kojarzona jest głównie z kontrolowaniem spożycia węglowodanów, jednak nie mniej ważne jest by pacjenci przestrzegali ogólnych zasad prawidłowego żywienia. Ilość posiłków w ciągu dnia jest kwestią indywidualną, ale najczęściej zaleca się 5-6 posiłków dziennie – oznacza to, że powinny być one mniejsze, ale częstsze. Regularne posiłki pomagają utrzymać wyrównany poziom glukozy w ciągu doby oraz zapobiegają napadom głodu.

Bardzo ważnym elementem diety, są produkty roślinne – w szczególności warzywa i owoce. Są one cennym źródłem błonnika pokarmowego, witamin, składników mineralnych, a także wielu innych związków charakterystycznych wyłącznie dla produktów pochodzenia roślinnego. Większość warzyw można jeść bez ograniczeń. Wyjątek stanowią jedynie słodkie, gotowane warzywa takie jak ziemniaki (zwłaszcza w formie puree), buraki, marchew i brukselka. Z owoców również najlepiej wybierać te mniej słodkie, jak jabłka, cytrusy czy owoce jagodowe (truskawki, maliny, porzeczki). W jedzeniu słodkich bananów, winogron, ananasów czy melonów, należy zachować umiar. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) w codziennej diecie powinno się uwzględnić minimum 400 g warzyw i owoców.



*Cukrzyca u osób starszych stanowi ważny problem kliniczny – szacuje się, że choruje na nią do 30% osób w wieku powyżej 65 roku życia. Samo starzenie się organizmu sprzyja rozwojowi zaburzeń metabolizmu węglowodanów. Zmniejszona aktywność fizyczna, nadwaga lub otyłość, złe nawyki żywieniowe – wszystkie te czynniki mogą przyczynić się do upośledzenia wydzielania insuliny oraz spadku wrażliwości tkanek na insulinę.*



*Przez wiele lat jako zamiennik cukru polecano cukrzykom fruktozę. Obecnie wiadomo, że fruktoza ma negatywny wpływ na wątrobę i stymuluje produkcję tłuszczów. Nadmierne spożywanie fruktozy (zwłaszcza jako substancji słodzącej) sprzyja stłuszczeniu wątroby, powoduje wzrost stężenia trójglicerydów we krwi oraz zwiększa ryzyko miażdżycy.*

Poziom białka ustala się zawsze indywidualnie, uwzględniając stan zdrowia pacjenta. W przypadku osób z cukrzycą najczęściej zaleca się by było tego składnika tyle samo lub nieco więcej niż w przypadku osób zdrowych. Cennym źródłem białka są zarówno produkty pochodzenia zwierzęcego (chude mięso, ryby, produkty mleczne o zredukowanej zawartości tłuszczu oraz w ograniczonej ilości jaja), jak i te pochodzenia

roślinnego (zwłaszcza nasiona strączkowe, takie jak soczewica, ciecierzycą, fasola).

Cukrzyca sprzyja zaburzeniom lipidowym, dlatego zachęca się pacjentów do starannego doboru tłuszczów i ograniczenia poziomu cholesterolu w diecie. Należy unikać dań smażonych i pieczonych z dodatkiem tłuszczu, bogatych w tłuszcze produktów zwierzęcych, w tym tłustych mięs i wędlin (wyjątek

połudwica, chuda szynka), twardych oraz kremowych serów, ciast francuskich, sosów majonezowych i śmietanowych, deserów na bazie śmietany. Poleca się natomiast regularne spożywanie produktów bogatych w kwasy tłuszczowe omega-3 (np. olej lniany, siemię lniane, orzechy włoskie, tłuste ryby morskie, takie jak łosoś, makreła, sardynki, śledzie) oraz kwasy tłuszczowe jednonienasycone (oliwa z oliwek, olej rzepakowy, awokado). Cennym źródłem dobrej jakości tłuszczów są także orzechy i nasiona – zaleca się spożywanie ich w ilości do 30 g dziennie (garść orzechów lub 3 łyżki nasion).

### **Znaczenie probiotyków**

Badania pokazują, że zaburzony metabolizm węglowodanów wiąże się z nieprawidłową mikroflorą jelitową. Wprowadzenie do jadłospisu produktów probiotycznych (np. jogurt, kefir, mleko ukwaszone), może nie tylko poprawić trawienie, ale także obniżyć poziom glukozy na czczo. Korzystne działanie probiotyków związane jest najprawdopodobniej bakteriami kwasu mlekowego, które wykazują właściwości przeciwutleniające. Dla optymalnych efektów poleca się 1-2 szklanki kefiru, jogurtu lub innych fermentowanych napojów mlecznych.

### **Najczęściej popełniane błędy przez osoby chorujące na cukrzycę:**

- ▶ **Podjadanie słodczy** – sporo pacjentów sięga po nie w obawie przed nagłym spadkiem glukozy we krwi. Tymczasem słodkie ciastka, batony czy cukierki czekoladowe, oprócz węglowodanów prostych zawierają zwykle sporo tłuszczów, które spowalniają wchłanianie cukrów. W przypadku niedocukrzienia, najlepszym sposobem na wyrównanie glikemii jest podanie 10-15g glukozy w tabletkach lub w postaci napoju słodzonego glukozą.
- ▶ **Pomijanie posiłków** – pominięcie posiłku, jak i nieplanowany, nadmierny wysiłek fizyczny, mogą przyczynić się do hipoglikemii, która może doprowadzić do utraty przytomności.

- ▶ **Niedostateczna ilość warzyw** – badanie pokazuje, że osoby starsze z cukrzycą spożywają niedostateczne ilości warzyw, podczas gdy są one niezbędne dla prawidłowego zbilansowania diety.
- ▶ **Nadmiar soli w diecie** – sól nie wpływa na poziom glukozy we krwi, ale może sprzyjać powiązanym z cukrzycą schorzeniom (np. nadciśnieniu). Zaleca się ograniczenie soli do 6g (1 łyżeczka) dziennie. Należy wziąć pod uwagę zarówno sól dodawaną do potraw, jak również tę spożywaną z gotowymi produktami (wędliny, sery, pieczywo, produkty solone i wędzone itp.).
- ▶ **Spożywanie alkoholu** – alkohol hamuje uwalnianie glukozy z wątroby i w związku z tym jego spożycie może sprzyjać rozwojowi hipoglikemii. Alkoholu nie powinni spożywać chorzy z dyslipidemią, neuropatią oraz zapaleniem trzustki. ■

**LITERATURA:**

- Chevallier L. 51 zaleceń dietetycznych w wybranych stanach chorobowych. Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner. Wrocław 2012.
- Dudziak K., Regulska-Ilow B. Znaczenie ładunku glikemicznego diety w rozwoju chorób nowotworowych. Postępy Hig Med Dosw (online). 2013, 67: 449-462.
- Górska-Ciebiada M., Saryusz-Wolska M., Ciebiada M., Barylski M., Loba J. Zwy czaje żywieniowe u osób starszych chorych na cukrzycę. Geriatria. 2015, 9: 7-14.
- Li M., Fan Y., Zhang X., Hou W., Tang Z. Fruit and vegetable intake and risk of type 2 diabetes mellitus: meta-analysis of prospective cohort studies. BMJ Open. 2014, 5, 4(11).
- Moroti C., Souza Magri L.F., de Rezende Costa M., Cavallini D.C., Sivieri K. Effect of the consumption of a new symbiotic shake on glycemia and cholestero-

rol levels in elderly people with type 2 diabetes mellitus. Lipids Health Dis. 2012, 11 : 29.

Ostadrahimi A., Taghizadeh A., Mobasser M., Farrin N., Payahoo L., Beyramalipoor Gheslaghi Z., Vahedjabbari M. Effect of probiotic fermented milk (kefir) on glycemic control and lipid profile in type 2 diabetic patients: a randomized double-blind placebo-controlled clinical trial. Iran J Public Health. 2015, 44(2) : 228-37.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2016. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diabetologia Kliniczna. 2016, 5, Suplement A.

Steyn N.P., Mann J., Bennett P.H., Temple N., Zimmet P., Tuomilehto J., Lindström J., Louheranta A. Diet, nutrition and the prevention of type 2 diabetes. Public Health Nutr. 2004, 7(1A): 147-65.





# Leczenie i pielęgnowanie ran w praktyce

IZABELA KUBERKA

Uniwersytet Medyczny i.m. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
Wydział Nauk o zdrowiu

*Czas leczy rany, ale ta jest chyba wyjątkowa.*

*Marie Lu*

**K**ażda rana, która się nie goi jest inna, wyjątkowa. Każda z ran ma swoją historię i przyczynę. Dlatego, też postępowanie powinno skupiać się na zupełnie indywidualnym doborze strategii leczenia i pielęgnacji rany uwzględniającej przyczynę jej powstania. Czy jest to trudne?

Pomagają nam w leczeniu trudno gojących się ran oraz ich pielęgnacji i profilaktyce rekomendacje Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran opracowane przez polskich ekspertów. W Polsce mamy nadal zbyt mało ośrodków zajmujących się profesjonalnym leczeniem ran. Tak więc, zasadne jest nieustanne szkolenie personelu, tworzenie specjalistycznych ośrodków aby leczyć rany likwidując przyczynę, podnieść skuteczność naszego postępowania i również poprawić jakość życia pacjentów.

## Najczęściej występujące rany przewlekłe

**OWRZODZENIE ŻYLNIE GOLENI** (Fot.1) – to ubytek pełnej grubości skóry, zwykle w okolicy kostki przyśrodkowej, które nie ma tendencji do samoistnego gojenia i jest podtrzymywany przez istniejące zaburzenia w odpływie żylnym.

**Przyczyna:** Przewlekła niewydolność żylna spowodowana np. uszkodzeniem zastawek żylnych, czy zmianami pozakrzepowymi.

**Leczenie owrzodzeń żylnych:** kompresjoterapia, terapia wilgotna ran, ochrona skóry wokół rany. Leczenie chorób współistniejących, edukacja rodziny i pacjenta w zakresie profilaktyki.

**Różnicowanie:** z owrzodzeniem niedokrwinnym lub mieszanym.

**ODLEŻYNA** (Fot.2) – jest umiejscowionym uszkodzeniem skóry i/lub głębszej tkanki, które zwykle pojawia się na wypukłości kostnej w wyniku ucisku lub połączenia ucisku i rozrywania.

## Przyczyny występujące najczęściej:

- ▶ **Czynniki miejscowe:** nacisk powierzchniowy na skórę, siły tarcia, siły poprzecznie ścinające.
  - ▶ **Czynniki ogólnoustrojowe wewnętrzne:** czynniki neurologiczne, inkontynencja, zły stan odżywienia, stosowane leki, kacheksja, otyłość, czynniki chorobowe oraz płeć.
  - ▶ **Czynniki ogólnoustrojowe zewnętrzne:** brak właściwej pielęgnacji skóry, brak zaopatrzenia w sprzęt przeciwoodleżynowy, nadpotliwość lub przesuszenie skóry pacjenta.
- Zgodnie również z **Międzynarodową definicją NPUAP-EPUAP** nie

należy pamiętać, iż z odleżynami wiąże się także pewna liczba sprzyjających lub niejasnych czynników, których znaczenie należy wyjaśnić.

**Leczenie odleżyn:** niwelowanie ucisku, wsparcie żywieniowe, leczenie miejscowe – terapia wilgotna ran, leczenie chorób współistniejących, szeroko pojęta profilaktyka miejscowa (np. stosowanie udogodnień, zmiana pozycji, kondycjonowanie skóry przez indywidualne dobranie środków do pielęgnacji skóry).

**STOPA CUKRZYCOWA** (fot.3) – według piśmiennictwa owrzodzenia i/lub destrukcja tkanek głębokich w połączeniu z zaburzeniami neurologicznymi oraz chorobami naczyń obwodowych w różnym stopniu zaawansowania. Leczenie i pielęgnacja pacjenta w zespole stopy cukrzycowej zasługuje na dużo naszej uwagi, gdyż źle leczona stopa cukrzycowa pogarsza jakość życia poprzez amputację, a ta z kolei skraca i to znacznie długość życia pacjentów.

Najczęściej występująca postać w zespole stopy cukrzycowej to tzw. stopa neuropatyczna (65% przypadków), która ze względu na dysfunkcję nerwów obwodowych, charakteryzuje się występowaniem zaburzeń czucia powierzchownego - bólu, dotyku i temperatury oraz czucia głębokiego – wibracji. Gdy stopy pacjenta stają się suche, podatne na pękanie i tworzenie się modzelei to właśnie z przyczyn neuropatii autonomicznej. Skóra w tym przypadku jest ciepła i różowa. W tym rodzaju stopy cukrzycowej dokonują się również zmiany w układzie kostno-stawowym, występujące czasem pod postacią neuroartropatii Charcota. Z powodu pojawienia się innego, niezależnego czynnika jakim jest miażdżyca tętnic pojawia się drugi rodzaj stopy cukrzycowej – tzw. stopa angiopatyczna. Skóra w tym przypadku jest atroficzna, blada i zimna. Tętno badane palpacyjnie jest słabo wyczuwalne lub go brak.

**Przyczyny występujące najczęściej:** zaburzenia metaboliczne (złe wyrównanie cukrzycy), urazy



u chorych ze współistniejącymi zaburzeniami czucia głębokiego i powierzchownego, obciążenie stopy w miejscach zniekształceń stóp powstających w wyniku neuropatii obwodowej, dobór nieodpowiedniego obuwia, brak prawidłowej pielęgnacji stóp, brak edukacji dotyczącej samokontroli.

### **Leczenie stopy cukrzycowej:**

Obecnie rekomenduje się tworzenie tzw. zespołów multidyscyplinarnych, w skład których wchodzi doświadczeni specjaliści: diabetolog, chirurg naczyniowy, ortopeda, chirurg ogólny, neurolog, kardiolog, nefrolog, mikrobiolog, radiolog, okulista, psycholog, pielęgniarka diabetologiczna i podiatryczna, dietetyk, rehabilitant, technik ortopedyczny, szewc. Zgodnie z informacjami zawartymi w rekomendacjach praca zespołów multidyscyplinarnych potrafi zredukować liczbę hospitalizacji z powodu powikłań stopy cukrzycowej o 30%, jak również zmniejszyć ilość amputowanych kończyn nawet do 85%. Leczenie miejscowe owrzodzenia na

*Leczenie i pielęgnacja pacjenta w zespole stopy cukrzycowej zasługuje na dużo naszej uwagi, gdyż źle leczona stopa cukrzycowa pogarsza jakość życia poprzez amputację, a ta z kolei skraca i to znacznie długość życia pacjentów.*

stopie oraz pielęgnacja skóry powinno być jednym z, aczkolwiek bardzo istotnym elementem leczenia holistycznego.

**Czego robić nie można,** a co znajduje się w grupie najczęściej popełnianych błędów to moczenie stóp w szarym mydle, które powoduje rozmiękczenie skóry i powiększenie obszaru infekcji, stosowanie maści, płynów, plastrów na odciski np. z kwasem salicylowym powodujących uszkodzenie skóry, samodzielne obcinanie (nie skracanie) paznokci oraz usuwanie modzeli, odcisków przy użyciu pumeksu. Pacjenci w stopie neuropatycznej nie

odczuwają bólu i nie kontrolują stóp, co jest istotne w wychwyceniu niepokojących zmian na skórze. Kolejnym błędem, wpływającym na powstanie powikłań w stopie cukrzycowej jest wybór obuwia niedostosowanego do zmienionego kształtu stopy w cukrzycy. Do grupy działań sprzyjających powstaniu rany na stopie należą również sposoby ogrzewania stóp przez pacjenta np. termoforem, przy grzejniku elektrycznym, na kaloryferze lub moczenie stóp w gorącej wodzie przy braku świadomości co do występujących zaburzeń czucia obwodowego.



**Fot. 1.**

Owrzodzenie żyłne okolicy kostki przyśrodkowej schodzące na tylną powierzchnię goleni



**Fot. 2.**

Odleżyna IV stopnia okolicy kości krzyżowej



**Fot. 3.**

Stopa cukrzycowa





## Leczenie miejscowe rany cukrzycowej

Zalecenia ogólne dotyczące profilaktyki:

1. Stopę z raną można umyć, ale tylko pod bieżącą letnią wodą (do 3 minut) przy użyciu środków myjących o właściwościach nawilżających. Można użyć również preparatów w pianie do mycia skóry bez użycia wody, jak również nawilżających chusteczek do mycia i pielęgnacji skóry. W przypadku mycia stóp pod bieżącą wodą należy uprzednio sprawdzić ręką temperaturę wody (najlepiej aby miała ok. 37°C).
2. Po umyciu stóp istotną rzeczą jest dokładne osuszenie przestrzeni międzypalcowych. Jeśli stosujemy kremy pielęgnacyjne to ważne będzie nie pozostawianie warstwy kremu pomiędzy palcami. Pozostawiony, nie wchłonięty krem rozpułchni skórę, która staje się podatna na urazy. Należy pamiętać, iż dobrą alternatywą zastępującą krem jest również pianka pielęgnacyjna do stóp, która szybciej się wchłania. Nie zaleca

*Zgodnie z informacjami zawartymi w rekomendacjach praca zespołów multidyscyplinarnych potrafi zredukować liczbę hospitalizacji z powodu powikłań stopy cukrzycowej o 30%, jak również zmniejszyć ilość amputowanych kończyn nawet do 85%. Leczenie miejscowe owrzodzenia na stopie oraz pielęgnacja skóry powinno być jednym z, aczkolwiek bardzo istotnym elementem leczenia holistycznego.*

- się stosowania maści rozgrzewających ze względu na możliwość wystąpienia nadwrażliwości i spowodowania stanu zapalnego skóry.
3. Do mocowania opatrunków nie należy używać plastrów przyklejanych na skórę lecz bandaże mocujące, które w żadnym wypadku nie powinny być wiązane na „pentelkę”, lecz mocowane plastrem ze względu na możliwość wystąpienia obrzęku i zaburzeń w dopływie krwi do kończyn.
4. Nie zaleca się chodzenia boso po mieszkaniu, po trawie czy plaży. Występuje DUŻE ryzyko urazu ze względu na występowanie neuropatii cukrzycowej.
5. Skracanie paznokci (nie obcinanie) za pomocą cążków zapobiega wrastaniu i mechanicznemu uszkodzeniu. Pożądane jest również korzystanie z zabiegów podologicznych w razie trudności z pielęgnacją paznokci.
6. Zaleca się dobór odpowiedniego obuwia tzn. o numer większe i z szerokim przodem, obcas

płaskie, a podeszwa twarda. W przypadku deformacji stóp (fot. 4) buty powinny być zrobione na zamówienie, tak samo jak w przypadku wkładek korekcyjnych. Przed każdym założeniem buta sprawdzić dłoń, czy nie ma w środku przedmiotów, które mogą spowodować uraz.

7. Powstające na stopach modzele należy usuwać w gabinetach stopy cukrzycowej ponieważ w tych miejscach może dochodzić do powstawania owrzodzeń.
8. Codziennie wieczorem należy stopy obejrzeć (zwłaszcza część podeszwową), jeśli nie ma łatwego dostępu do stóp należy użyć lusterka lub poprosić o pomoc kogoś z domowników.
9. Skarpety czy rajstopy powinny być wykonane z naturalnych włókien np. z bawełny (ok. 70%), z dodatkiem włókien bambusowych, czy srebrnych. Dobrym wyborem dla osób z marznącymi stopami wydaje się również stosowanie skarpet z merynosa, wełna spełnia swoje walory grzewcze nawet gdy jest wilgotna. Poza tym najlepiej wybierać skarpety bezuciskowe i bezszwowe.

Fot. 4.

Stopa cukrzycowa z deformacją



10. Wagę obecnie przykładana się również do ćwiczeń rehabilitacyjnych stóp, które usprawniają stawy stopy oraz poprawiają jej ukrwienie.

11. Wybór kremu do pielęgnacji – sprawa zupełnie indywidualna, ale należy pamiętać, że w stopach typu cukrzycowego występuje częściej nadmierne wysuszenie skóry zwłaszcza gdy do mycia stóp stosuje się mydła z silnymi komponentami powierzchniowo czynnymi powodującymi uszkodzenie i wypłukanie lipidów ochronnych. Stosowanie tzw. środków okluzyjnych do pielęgnacji skóry np. wazelina, parafina może z czasem spowodować zaburzenie funkcji barierowych skóry i przy wielokrotnej aplikacji spowodować wtórne przesuszenie skóry. Zaleca się obecnie stosowanie kremów modyfikujących barierę ochronną skóry (z lipidami, ceramidami, kwasami tłuszczowymi, witaminowymi). Jeśli chcemy zastosować krem z mocznikiem to tutaj UWAGA – preparaty z zawartością mocznika do 10% mają właściwości nawilżające, natomiast >10% ma silne działanie złuszczone i można je stosować tylko w rogowaceniu skóry (hiperkeratoza), w innych przypadkach należy je stosować pod kontrolą specjalisty.

### Zalecenia dotyczące pielęgnacji rany

1. Miejscowe oczyszczenie rany ze zrogowaciałych tkanek wokół rany i modzeli.

**UWAGA:** Ranę może oczyszczać tylko przeszkolona pielęgniarka.

2. Stosowanie lavaseptyki -mycie ran oraz dekontaminacja przy użyciu środków środków antyseptycznych (Betadyna, Octenidyna) zgodnie z zaleceniami producenta dotyczących sposobu i długości stosowania. W środkach wycofanych z użycia do ran przewlekłych znalazła się woda utleniona, kwas borny, Rivanol, chlorheksydyna. **Nie zaleca się stosowania antybiotyków** miejscowo z powodu generowania bakteriooporności i brakiem kontroli nad podawaną dawką i czasem działania antybiotyku („Postępowanie z raną objętą procesem infekcji” – Wytyczne PTLR).

3. Ze względu na dużą podatność pacjentów z cukrzycą na zakażenia zaleca się zaopatrywanie ran „bezdotykowe” dużą dbałość o higienę i dezynfekcję rąk przed i po zmianie opatrunku, odpowiednią ilość zmian rękawiczek na poszczególnych etapach zmiany opatrunku w celu niwelowania ryzyka zakażeń przenoszonych przez ręce personelu.

4. Kontrola infekcji w ranie – pobieranie posiewów bakteriologicznych z rany oraz jeśli zachodzi konieczność, antybiotykoterapia zgodnie z antybiogramem.

5. Stosowanie opatrunków odpowiednich do fazy gojenia, przeciwbakteryjnych, oczyszczających, chłonnych, amortyzujących ucisk np. hydrowłókniste, alginianowo-wapniowe, piankowe, z superabsorbentem, z kolagenem, ze srebrem czy z emulsją xeroformu. Przed zastosowaniem opatrunku nale-



ży zapoznać się ze składem ponieważ istnieje możliwość wystąpienia nadwrażliwości na składnik opatrunku.

6. Ograniczenie chodzenia i stosowanie wkładek odciążających, aby nie dochodziło do dalszych uszkodzeń tkanek, co utrudnienia gojenie rany.

**Objawy miejscowe sugerujące konieczność konsultacji lekarskiej lub pielęgniarskiej to:**

1. Wyciek treści ropnej z rany
2. Obrzęk stopy lub miejscowe pogrubienie
3. Zmiana koloru owrzodzenia lub skóry wokół rany czy palców (zasinienie, zaczerwienienie)
4. Pojawienie się bólu i pulsowania w obrębie stopy
5. Pojawienie się gorączki i złego samopoczucia

**Podsumowanie**

Ważnym elementem w procesie leczenia ran przewlekłych stanowi dobrze przygotowany personel pielęgniarski zajmujący się edukacją pacjenta i jego rodziny oraz zaopatrywaniem ran zgodnie z wytycznymi PTLR. Ponieważ dużą wagę przywiązuje się również do profilaktyki, pielęgnacji skóry, zapobieganie uszkodzeniom podczas zabiegów pielęgnacyjnych np. mycie, skracanie paznokci, istotnym będzie przygotowanie opiekuna medycznego gotowego do współpracy z pozostałymi członkami zespołu. ■

*W Polsce mamy nadal zbyt mało ośrodków zajmujących się profesjonalnym leczeniem ran. Tak więc, zasadne jest nieustanne szkolenie personelu, tworzenie specjalistycznych ośrodków aby leczyć rany likwidując przyczynę, podnieść skuteczność naszego postępowania i również poprawić jakość życia pacjentów.*



więcej o opatrunkach na stronie: [na-rany.pl](http://na-rany.pl)



# Rola Dziennego Domu Pomocy Centrum Alzheimera w Warszawie

## jako placówki wsparcia dziennego

ANNA MYSZAK

p.o. kierownika Dziennego Domu Pomocy  
Centrum Alzheimera w Warszawie

*Choroba Alzheimera dotyka całą rodzinę, najbardziej jednak tych, którzy sprawują codzienną opiekę nad bezradnym chorym. Przejmując na wiele lat cały ciężar opieki nad bliskim, izolują się zupełnie od społeczeństw, zapominają o sobie, o radościach życia. W Polsce większość osób cierpiących na chorobę Alzheimera przebywa w domu od początku choroby, aż do kresu życia. Takie rozwiązanie ma oczywiste plusy – dom to miejsce, które chory zna najlepiej, tu czuje się najbezpieczniej. Jednak opiekun bierze na siebie trud nieustającego dyżuru, który w miarę jak choroba postępuje, wymaga coraz większego wysiłku fizycznego i odporności psychicznej.*

**Z**wykle opiekunem jest współmałżonek, który sam z racji wieku doświadcza wielu problemów zdrowotnych oraz aktywne zawodowo dzieci, które założyły własne rodziny i wychowują potomstwo.

Osobie chorej i jej opiekunom bardzo trudno jest zaakceptować rozpoznanie choroby Alzheimera, niejednokrotnie doświadczając takich stanów, jak: wyparcie, gniew, depresja

i oczekiwanie, zanim pogodzą się i zaakceptują zaistniałą sytuację. Choroba Alzheimera określana jest jako postępujące schorzenie zwyrodnieniowe tkanki nerwowej o cechach pierwotnych i wtórnych, charakteryzuje się progresją, przebiegającą od powstania zmian patologicznych, usytuowanych w danej strukturze, do uszkodzeń rozlanych, obejmujących coraz większy zasięg obszarów mózgu<sup>1</sup>. Przebieg choroby można

podzielić na trzy etapy – otępienie lekkie, umiarkowane i głębokie.

Choroba Alzheimera może zaczynać się objawami trudnymi do uchwycenia i nasilającymi się powoli. Osoba chora zaczyna zapominać: gospodyni domowa zapomina o gotującym się obiedzie, księgowy popełnia proste błędy w rachunkach. Do zaburzeń pamięci stopniowo dochodzą problemy z orientacją w czasie, i w przestrzeni - wielokrotne powtarzanie pytań

o dzień lub godzinę, a także gubienie się w dobrze znanych miejscach. Bliscy zauważają u chorego pojawienie się częstych zmian nastroju, utratę zainteresowań, apatię. Pewne rozpoznanie choroby Alzheimera jest możliwe dopiero po wykonaniu badania sekcyjnego mózgu, jednak rozpoznanie postawione przez doświadczonego lekarza specjalistę na podstawie badań neurologicznych, laboratoryjnych oraz analizy występujących objawów, jest zgodne z rozpoznaniem sekcyjnym w blisko 90%.

Ponieważ choroba Alzheimera jest schorzeniem postępującym, jej rozpoznanie staje się coraz bardziej oczywiste z upływem czasu, kiedy pojawia się coraz więcej objawów. Trudniej jest diagnozować chorobę we wczesnych stadiach, niż w późniejszym okresie.

## Objawy i symptomy choroby Alzheimera:

- ▶ utrata pamięci, zwłaszcza pamięci bieżącej,
- ▶ niemożność przyswajania i przetwarzania nowych informacji,
- ▶ zaburzenia mowy, ograniczenia językowe,
- ▶ zanik zdolności oceny i myślenia abstrakcyjnego,
- ▶ zaburzenia orientacji w przestrzeni: gubienie się, unikanie wychodzenia z domu,
- ▶ zmiany w zachowaniu: zaburzenia snu, omamy, urojenia, zaburzenia aktywności, zachowania agresywne, wahania nastroju, apatia,
- ▶ utrata zdolności rozpoznawania przedmiotów codziennego użytku i ich przeznaczenia,
- ▶ niezdolność do wykonywania wyuczonych, celowych czynności, przy prawidłowym stanie układu ruchu i zmysłów, np.: nieumiejętność posługiwania się pilotem do telewizora lub telefonem, sztuczkami,
- ▶ zaniedbywanie samego siebie,
- ▶ zespół „zachodzącego słońca” - ataki narastającego niepokoju, aż do agresji, związane z zapadającym mrokiem i zbliżającą się nocą,
- ▶ znaczne przytępienie lub utrata zmysłu powonienia (po początkowo chorzy nie mogą rozróżniać tylko poszczególnych zapachów, ostatecznie tracą powonienie, całkowicie i bezpowrotnie)<sup>2</sup>.

„W chorobie Alzheimera najbliższą osobą nie tylko tracimy, ale w pewnym sensie zostaje ona zastąpiona kimś innym - choroba wydaje się przejmować umysł, osobowość, cechy charakteru, prowadząc do niekończących się konfrontacji, utarek, zbioru pozornie przypadkowych i często groteskowych objawów, postępującego umysłowego bezwładu<sup>3</sup>”. W kontekście tej wypowiedzi znamienne jest tytuł amerykańskiego filmu, pt.: „**Still Alice**” w reżyserii i według scenariusza Richarda Glatzera i Washa Westmorelanda. Występująca w tytułowej roli Juliane Moore, otrzymała w 2015 r. Nagrodę Akademii Filmowej – Oscara, za najlepszą rolę pierwszoplanową. Uhonorowanie aktorki jest istotne również z punktu widzenia popularyzacji problemów osób cierpiących na chorobę Alzheimera oraz ich bliskich.

Wieloletnia opieka nad osobą z chorobą Alzheimera jest dużym obciążeniem psychicznym, a z czasem może doprowadzić do wypalenia. Badania amerykańskie potwierdzają, że 70% opiekunów osób chorych na Alzheimera cierpi

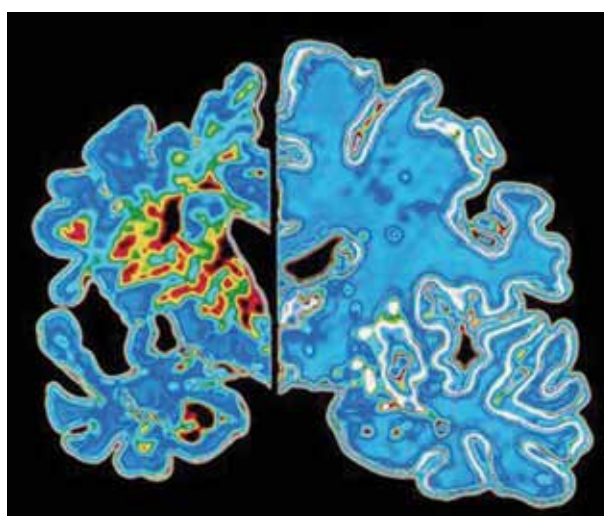
z powodu przewlekłego stresu, a 50% z powodu depresji. Opiekunowie chorych nazywani są **ukrytymi ofiarami choroby Alzheimera**. Nie bez powodu Kanadyjskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie ma na sztandarach znamienne hasło: „Sam sobie nie poradzisz”<sup>4</sup>.

Dzięki znacznemu postępowi cywilizacyjnemu: lepszemu odżywianiu się, prewencyjnym programom ochrony zdrowia, postępowi medycyny i wzrostowi zamożności społeczeństwa, coraz większy odsetek ludzi żyje o wiele dłużej od swoich przodków. Statystyczny wzrost liczby osób cierpiących na choroby otępienne, w tym chorobę Alzheimera, jest ściśle związany z wiekiem, i z procesem starzenia się społeczeństwa. Z opracowanej w 2014 r. przez Główny Urząd Statystyczny prognozy ludności wynika, że będzie wzrastać zarówno liczba, jak i odsetek osób w wieku 60 lat i więcej: – w 2025 r. osób w wieku, co najmniej 60 lat będzie ponad 10 mln i będą stanowili prawie 28% ludności kraju, – w 2035 r. – 11,4 mln (32%), tj. prawie 1/3 populacji<sup>6</sup>.

**Przed naszym systemem ochrony zdrowia i pomocy społecznej staje więc bardzo poważne zadanie w zakresie pomocy chorym i ich opiekunom.**

Wychodząc naprzeciw potrzebom osób chorych oraz ich bliskich, 1 czerwca 2011r., utworzono **Centrum Alzheimera, jedyną tego typu publiczną, specjalistyczną placówkę terapeutyczno-rehabilitacyjno-opiekuńczą, przeznaczoną dla mieszkańców Warszawy.**

Centrum jest jednostką budżetową m.st. Warszawy, realizującą zadania z zakresu pomocy społecznej, określone w przepisach, jako zadania własne gmin, i zadania własne powiatu. Celem działania Centrum jest zapewnienie opieki i wsparcia osobom przewlekle, somatycznie chorym i niepełnosprawnym, przede wszystkim osobom cierpiącym na chorobę Alzheimera i inne zespoły otępienne oraz ich rodzinom i opiekunom<sup>7</sup>. Misja Centrum została sformułowana w następujący sposób:



**Rys 1.**

Mózg chorego na Alzheimera (po lewej) oraz osoby zdrowej (po prawej).

Źródło: Eastnews/SPL

## OPIEKA U SCHYŁKU ŻYCIA

*Jesteśmy jednostką organizacyjną pomocy społecznej powołaną do niesienia pomocy wszystkim, których dotyczy problem chorób otępiennych, w szczególności choroby Alzheimera. Naszym celem jest osiągnięcie możliwie optymalnego stanu zaspokojenia*

*potrzeb mieszkańców m. st. Warszawy w obszarze pomocy, wsparcia, edukacji i promocji problematyki związanej z chorobami otępiennymi.*

W formie graficznej ww. idee oddaje znak graficzny Centrum Alzheimera,

który został opracowany przez terapeutkę Izabelę Jesion (rys.2).

W ramach Centrum Alzheimera funkcjonuje Dom Pomocy Społecznej, który zapewnia całodobową opiekę i wsparcie osobom przewlekle somatycznie chorym oraz Dzienny Dom Pomocy – placówka wsparcia dziennego.

Dzienny Dom Pomocy jest specjalistyczną placówką wsparcia dziennego, czynną od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.00 do 16.00, której celem jest zapewnienie osobom cierpiącym na zespoły otępienne, w tym chorobę Alzheimera, oparcia społecznego w środowisku lokalnym, w szczególności poprzez świadczenie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych na terenie ośrodka wsparcia.

Celem działalności placówki jest umożliwianie jak najdłuższego funkcjonowania osoby chorej w swoim środowisku zamieszkania, a także wsparcie rodzin i opiekunów poprzez umożliwienie im godzenia własnej aktywności, w tym pracy zawodowej, z opieką nad osobą cierpiącą na chorobę Alzheimera<sup>8</sup>.

Dzienny Dom Pomocy realizuje swoje cele poprzez aktywizowanie osób chorych oraz podtrzymywanie umiejętności niezbędnych do zaspokajania podstawowych potrzeb, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi, a także wspieranie w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych<sup>9</sup>.



**Fot 1. i 2**

Nowoczesna architektura Centrum Alzheimera. Źródło: materiały CA.

**Rys 2.**

Znak graficzny Centrum Alzheimera.



## Do zadań ośrodka wsparcia należy w szczególności:<sup>10</sup>

- ▶ prowadzenie zajęć usprawniających ruchowo; polegających na rehabilitacji fizycznej i usprawnianiu zaburzonych funkcji organizmu;
- ▶ prowadzenie zajęć rekreacyjnych, kulturalnych i edukacyjnych;
- ▶ udzielanie porad psychologicznych;
- ▶ świadczenie pomocy w rozwiązywaniu trudnych sytuacji życiowych;
- ▶ udzielanie wsparcia w zachowaniu więzi rodzinnych;
- ▶ umożliwienie zachowania higieny;
- ▶ zapewnienie wyżywienia, tj. – trzy posiłki dziennie (śniadanie, obiad, podwieczorek) w tym jeden gorący;
- ▶ organizowanie innych zajęć i usług w zależności od potrzeb usługobiorców i realnych możliwości;
- ▶ współpraca z różnymi organizacjami i instytucjami w celu rozwijania nowych form działalności;
- ▶ inicjowanie, przygotowywanie oraz udział w projektach adresowanych do pensjonariuszy i ich rodzin i opiekunów;
- ▶ prowadzenie zajęć terapeutycznych.

Opieka nad osobami cierpiącymi na chorobę Alzheimera jest źródłem ogromnego obciążenia fizycznego i psychicznego dla rodziny i personelu placówek opiekuńczych, Alicja Sadowska w poradniku „Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera”, zauważa – „Przed wszystkim pamiętajmy, że dobre samopoczucie osoby, którą się opiekujemy, zależy od dobrego samopoczucia opiekuna<sup>11</sup>”. Osoby zajmujące się profesjonalnie pomocą muszą posiadać odpowiednie kwalifikacje, wiedzę na temat funkcjonowania osób starszych, przebiegu choroby Alzheimera i zasad komunikacji z osobami chorymi i ich rodzinami. Poza przygotowaniem merytorycznym istotne są cechy osobowości pracowników, takie jak empatia, szacunek wobec osób starszych, chęć niesienia pomocy, umiejętność współpracy w zespole, radzenia sobie w sytuacjach konfliktowych oraz zadbania o siebie, tj.: relaksu, rozwoju własnych zainteresowań, „życia w świecie bez choroby”.

Kolejną ważną zasadą, leżącą u podstaw relacji pomiędzy pracownikami i pensjonariuszami, jest wzajemny szacunek. „Nawet głębokie zaburzenia

*Terapia zajęciowa bardzo dobrze wpływa na aktywność osób chorych: jest to celowe działanie rehabilitacyjne, polisensoryczne o charakterze zajęć ciągłych, stanowiących proces terapeutyczny prowadzący do usprawnienia i kompensacji zaburzonych obszarów funkcjonowania.*



**Fot 3. i 4**

Terapia poprzez sztukę. Źródła: materiały CA





**Fot 5.**

Piknik zorganizowany w parku na terenie CA. Źródło: materiały CA.

**Fot 6.**

Występ chóru Promni. Źródło: materiały CA.

pamięci nie mogą odebrać choremu **prawa do traktowania go jak człowieka dorosłego**, z pełnym poszanowaniem dla jego tożsamości<sup>129</sup>. Istotne jest zachowanie odpowiednich form w kontaktach, zwracanie się:

Pan/Pani z użyciem imienia pensjonariusza, przedstawienie się przez pracownika, udzielenie odpowiedzi na zadawane pytania, np.: dotyczące tematu proponowanych zajęć, kto je będzie prowadził i jak długo będą

trwały, akceptacja odmowy, łagodne zachęcanie, nie krytykowanie i życzliwość. Pensjonariusze mają prawo do współdecydowania o wyborze form zajęć terapeutycznych oraz zachowania poczucia godności osobistej.

Profesjonalny zespół analizuje efekty swojej pracy i wyciąga wnioski, wprowadzając zmiany organizacyjne, inicjując nowe rozwiązania, reagując elastycznie na wyzwania pojawiające się każdego dnia. Praca zespołu jest ściśle określona poprzez plan pracy zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, w którym znajduje się tygodniowy rozkład zajęć terapeutycznych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych.

Dzienny Dom Pomocy Centrum Alzheimerera jest placówką wsparcia dziennego przeznaczoną dla osób w pierwszej i drugiej fazie choroby. W 2016 r. z usług ośrodka skorzystało łącznie 96 pensjonariuszy, w tym 67 kobiet i 29 mężczyzn. Pensjonariusze w zależności od stopnia zaawansowania choroby są przydzielani do czterech grup terapeutycznych: fioletowej, zielonej, żółtej i pomarańczowej. Zajęcia są dostosowane do możliwości psycho-fizycznych oraz indywidualnych potrzeb i zainteresowań uczestników. Kwalifikacja pensjonariuszy do poszczególnych grup odbywa się podczas zebrań zespołu terapeutyczno - opiekuńczego, jest systematycznie monitorowana pod kątem potrzeb chorego oraz stopnia nasilenia objawów chorobowych.

Poza podziałem na grupy terapeutyczne, jako propozycja zajęć wspólnych o charakterze integracyjnym odbywają się: karaoke, filmoterapia, spotkania imieninowe i urodzinowe, zabawy taneczne w kawiarence oraz wydarzenia artystyczne i kulturalne organizowane w sali widowiskowej, takie jak koncerty, zabawy taneczne, spotkania z ciekawymi ludźmi, czy prezentacje poświęcone kulturze innych krajów.

Kwalifikacje do Dziennego Domu Pomocy są prowadzone przez lekarza psychiatrę i psychologa. W rozmowie kwalifikacyjnej uczestniczy chory oraz jego opiekun. Podstawowym warunkiem jest **posiadanie diagnozy lekarskiej stwierdzającej chorobę Alzheimera** lub inne otępienie oraz wyniki specjalistycznych badań w tym kierunku.



Przyszły pensjonariusz powinien być zdolny do samoobsługi i sygnalizować potrzeby fizjologiczne. Podczas kwalifikacji należy przedstawić stosowną dokumentację lekarską chorego. W trakcie spotkania omawiana jest oferta Dziennego Domu Pomocy, zasady uczestnictwa w terapii oraz korzyści, jakie daje regularna aktywność w proponowanych zajęciach.

Lekarz psychiatra i psycholog dokonują oceny przebiegu procesów poznawczych i emocjonalnych za pomocą obserwacji, wywiadu oraz określonych metod testowych. Standardowe badanie obejmuje:

- ▶ **wywiad** - podczas którego gromadzone są wszystkie informacje potrzebne do poprawnej oceny zmian w funkcjonowaniu poznawczym. Do takich należą m.in.: informacje na temat poziomu wykształcenia, wykonywanego zawodu, zainteresowań pozazawodowych, wieku i przyczyny przejścia na emeryturę. Informacje te pomagają w oszacowaniu poziomu sprawności poznawczej sprzed choroby oraz w zidentyfikowaniu początkowych trudności w funkcjonowaniu;
- ▶ **badanie testowe** - określające stan ogólnej aktywności poznawczej, do tego celu służą: Krótka Skala Stanu Psychicznego Mini - Mental State Examination, MMSE oraz Test Rysowania Zegara.

W przypadku zakwalifikowania chorego do ośrodka wypełniany jest wniosek o udzielenie pomocy w formie usług w Dziennym Domu Pomocy. W ramach procedury pracownik socjalny Ośrodka Pomocy Społecznej kontaktuje się z rodziną lub opiekunami w celu przeprowadzenia wywiadu środowiskowego. Pozytywna decyzja Ośrodka Pomocy Społecznej oznacza wydanie skierowania do Dziennego Domu Pomocy wraz z decyzją o odpłatności za pobyt w placówce. Ze względu na rodzaj usług wydawane są odrębne decyzje na:

- ▶ usługi specjalistyczne;
- ▶ usługi opiekuńcze;
- ▶ na korzystanie z posiłków.

Poza stosowaniem leków w przypadku choroby Alzheimera bardzo **ważne jest oddziaływanie pozafarmakologiczne**. „Wprowadzanie różnego rodzaju zajęć - zdaniem psychiatry doktor Agnieszki Borzym - nie tylko aktywizuje osoby z otępieniem, ale również stymuluje zachowane jeszcze zdolności poznawcze, pomaga w utrzymaniu praktycznych umiejętności, poprawia samopoczucie i łagodzi występujące zaburzenia zachowania<sup>13</sup>”. Metody nefarmakologiczne stosowane u chorych z otępieniem spełniają dwie ważne funkcje:

- ▶ wspomagają proces farmakologiczny,
- ▶ mogą poprawić lub usunąć wiele objawów psychiatrycznych obserwowanych w otępieniu<sup>14</sup>.

**Terapia zajęciowa** bardzo dobrze wpływa na aktywność osób chorych: jest to celowe działanie rehabilitacyjne, polisensoryczne o charakterze zajęć ciągłych, stanowiących proces terapeutyczny prowadzący do usprawnienia i kompensacji zaburzonych obszarów funkcjonowania. Terapia zajęciowa wykorzystuje potencjał rozwojowy człowieka, pozwala wyrazić siebie, ułatwia proces adaptacji do nowych warunków, działa uspakajająco, pozwala



**Fot 7.**

Wizyta w Ogrodzie Botanicznym. Źródło: materiały CA

**Fot 8.**

Wizyta w klasztorze oo. dominikanów Źródło: materiały CA.

zapomnieć o chorobie, poprawia koordynację psychoruchową<sup>15</sup>. Dostępne dane wskazują, że metody nefarmakologiczne działają niespecyficznie, a najlepsze efekty uzyskuje się u pacjentów z niewielkim deficytem, a także u chorych z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi.



*Pobyt osoby chorej w placówce wsparcia dziennego, jaką jest Dzienny Dom Pomocy Centrum Alzheimera wprowadza harmonię i stabilizację w życie całej rodziny. Porządkuje rozkład całego dnia, wyznaczając jego określony rytm. Osoba chora ma motywację by rano wstać, umyć się i podjąć wszystkie działania, aby opuścić dom.*



**Fot 9.**

Zawieszanie budek lęgowych dla ptaków. Źródła: materiały CA.

### Rodzaje zajęć terapeutycznych i treningów prowadzonych w Dziennym Domu Pomocy:

- ▶ trening umiejętności poznawczych;
- ▶ terapia reminiscencyjna;
- ▶ terapia tańcem i ruchem;
- ▶ zajęcia edukacyjne, kulturalne i rekreacyjne;
- ▶ terapia przez sztukę;
- ▶ walidacja gerontologiczna;
- ▶ poradnictwo i wsparcie psychologiczne dla pensjonariuszy oraz ich rodzin
- ▶ ćwiczenia funkcji poznawczych,
- ▶ praca socjalna;
- ▶ zajęcia logopedyczne;
- ▶ trening kulinarny;
- ▶ trening umiejętności codziennych;
- ▶ muzykoterapia, karaoke;
- ▶ biblioterapia;
- ▶ filmoterapia;
- ▶ zajęcia ruchowe poprawiające ogólną wydolność organizmu;
- ▶ zajęcia taneczne;

Najczęstszym problemem, który sygnalizują pensjonariusze Dziennego Domu Pomocy jest **poczucie samotności i izolacji od normalnie funkcjonującego społeczeństwa**. Osoba chora, która wcześniej była bardzo aktywna, zwłaszcza boleśnie odczuwa ograniczenie jej samodzielnych możliwości kontaktowania się ze społeczeństwem. Dzienny Dom Pomocy stara się być placówką otwartą. Jest to zwłaszcza ważne, gdyż specyficzny przebieg choroby wymaga stosowania podwyższonych procedur bezpieczeństwa, **chorzy muszą jednak czuć, że są częścią społeczeństwa**. Stąd ogromny nacisk położony jest na umożliwienie wychodzenia poza ośrodek, np.: zwiędzania wystaw tematycznych w muzeach, zabytków polskiej historii, miejsc kultu religijnego, odwiedzania zaprzyjaźnionych ambasad, np.: ambasady Austrii i Japonii oraz przedszkoli, wyjść do teatru, spacerów w miejscach o szczególnie pięknym krajobrazie (Łazienki, Wilanów, Ogród Botaniczny).

Choroba Alzheimera dramatycznie wpływa na funkcjonowanie całej rodziny. Zwłaszcza współcześnie trudna jest rola opiekunów, kiedy nasze społeczeństwo starzeje się i wzrasta ilość osób wymagających opieki, a zmniejsza grupa mogąca podjąć się tej roli. Częstym powodem problemów rodzin

jest brak wiedzy na temat choroby oraz informacji odnośnie działania systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Centrum Alzheimer opracowało i realizuje program wsparcia dla rodzin i opiekunów osób cierpiących na chorobę Alzheimera, w ramach którego działa **grupa wsparcia**, moderowana przez psychologa oraz **Specjalistyczny Punkt Konsultacyjny**, w którym można uzyskać nieodpłatne konsultacje lekarza psychiatry, psychologa i prawnika.

Pobyt osoby chorej w placówce wsparcia dziennego, jaką jest Dzienny Dom Pomocy Centrum Alzheimer **wprowadza harmonię i stabilizację w życie całej rodziny**. Porządkuje rozkład całego dnia, wyznaczając jego określony rytm. Osoba chora ma **motywację by rano wstać**, umyć się i podjąć wszystkie działania, aby opuścić dom.

Pobyt w placówce często **nadaje sens obecnemu życiu osoby chorej**. Tutaj czuje się akceptowana, spotyka się z ludźmi, ma możliwość nawiązania relacji towarzyskich, a przede wszystkim systematycznie uczestniczy w zajęciach terapeutycznych oraz innych formach zajęć aktywizujących. Zajęcia w Dziennym Domu Pomocy są **źródłem satysfakcji dla chorych i ważną**

**formą wsparcia w walce z postępującą chorobą**. Funkcjonujący od 2012 r. Dzienny Dom Pomocy Centrum Alzheimer jest placówką nowoczesną, świetnie wyposażoną, zatrudniającą dobrych specjalistów i oddany zespół opiekuńczy. Szeroka jest oferta zajęć terapeutycznych i innych form aktywizacji podopiecznych. Stale rośnie też ilość pensjonariuszy w ośrodku, co świadczy o **dużym zainteresowaniu rodzin taką formą wsparcia**. ■

## PRZYPISY:

1. J.J. Belszyński: Mowa i myślenie osób z otępieniem typu Alzheimera. Alternatywne sposoby zachowania, współudziału w społeczeństwie. W: A. Nowicka, W. Baziuk: Człowiek z chorobą Alzheimera w rodzinie i środowisku lokalnym. Zielona Góra 2011, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, s. 46
2. K. Oleksy-Kowecka, K. Hess-Wiktor, Bliżej osób z chorobą Alzheimera Poradnik dla opiekunów i terapeutów osób dotkniętych chorobą Alzheimera w II i III stadium przebywających w DPS, Fundacja Sadyba, Bystra, 2014, s.7-8
3. dr W. Molly, dr P. Caldwell, Chory na Alzheimera, Muza SA, Warszawa 2004, s.39
4. dr W. Molly, dr P. Caldwell, Chory na Alzheimera, Muza SA, Warszawa 2004, s. 78
5. U. Żółtowska - Tomaszewska, To trudne, W: Studio Reportażu i Dokumentu Polskiego Radia, emisja: 15 listopada 2014 r., Pr. III, godzina 18.15, opracowała Agnieszka Pachol, Tygodnik Angora, Nr 10 z 8 marca 2015 r., s.25 -26
6. www.ludnosc\_w\_wieku\_60
7. Statut Centrum Alzheimer, Rozdział 2, § 6, pkt. 1.
8. Regulamin pobytu w Dziennym Domu Pomocy Centrum Alzheimer w Warszawie.
9. Regulamin pobytu w Dziennym Domu Pomocy Centrum Alzheimer w Warszawie.
10. Regulamin pobytu w Dziennym Domu Pomocy Centrum Alzheimer w Warszawie.
11. red. Alicja Sadowska, Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera - poradnik dla opiekunów, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, Warszawa, 2006 r., s.42
12. Ibidem, s.35
13. dr Agnieszka Borzym: Podstawowe informacje na temat Choroby Alzheimera, W: Poradnik Dzienny Dom Pomocy Centrum Alzheimer, Warszawa 2012 r., s. 6
14. Ibidem, s.6
15. M. Kuskowski: Terapia(?) zajęciowa, W: „Wspólne tematy” 2007, nr 3, s.13



Fot 10. i 11.

Warsztaty plastyczne w Łazienkach Królewskich. Źródło: materiały CA



# Aktywizacja mieszkańca

## aby chciało się chcieć

MARIA DRWĘCKA  
Dom Pomocy Społecznej w Nasielsku

*DPS to nie tylko dach nad głową, strawa, odzież i szczoteczka do zębów, to subtelna sieć wpływów, bodźców i zahamowań ... to laboratorium ducha ludzkiego, który rozwijając się i potężniejąc sam znajduje najodpowiedniejszą strawę.*

**Józef Babicki**

**N**ie bez przyczyny zacytowałam te słowa, bo przecież Domy Pomocy Społecznej należą do instytucji, których celem jest zapewnienie pomocy osobie, wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu. Pomoc ta nie opiera się jedynie na zaspokojeniu podstawowych potrzeb bytowych, ale również na zapewnieniu odpowiednich warunków do rozwijania swych zainteresowań i zdolności, uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym, a przede wszystkim zbliżenia warunków panujących w Placówce do domowych. Osoby

z zaburzeniami psychicznymi niejednokrotnie poprzez chorobę pozostają często w izolacji społecznej, ulegają stygmatyzacji.

Niedostateczna wiedza na temat chorób psychicznych i osób nimi dotkniętych powoduje uprzedzenia z tendencją do nieżyczliwego, społecznego naznaczania i piętnowania oraz dystansowania się wobec nich. Taki stan rzeczy powoduje utrudniony dostęp do wielu ról społecznych, zwłaszcza jeśli te osoby są Mieszkańcami domów pomocy społecznej. Placówki te postrzegane są przez społeczeństwo jako enklawy niepełnosprawności. Tym bardziej istotną sprawą jest fakt, iż Dom

Pomocy Społecznej jest miejscem opieki stałej, całodobowej i nieokreślonej w czasie, staje się dla większości tych osób miejscem pobytu aż do śmierci. Dlatego osoby trafiające do tego typu placówek przeżywają niejednokrotnie swoją ogromną traumę. Ich życie wypełnia pustka, nuda a nadmiar wolnego czasu sprawia, że człowiek z zaburzeniami psychicznymi popada w marazm i zagłębia się w chorobę. Aby temu zapobiec stosuje się wiele metod wspierających farmakoterapię. Jedną z nich jest arteterapia. Słowo „arte” pochodzi od łacińskiego ars „sztuka” wykonanie czegoś doskonale i greckie „therapeuein” w szerokim



kontekście oznacza leczenie. Według E. Koniecznej dopiero w latach 70. XX wieku arteterapia zaczęła służyć jako środek rozwoju twórczego człowieka. Podnosi ona jakość życia Mieszkańców DPS, a tym samym poziom świadczonych usług. Pozwala jej uczestnikom zaspokoić potrzebę twórczego działania, uwrażliwia i wzbogaca osobowość, inspirować, przez co rozładowuje napięcia, niweluje konflikty, pomaga w komunikacji interpersonalnej, pozwala na poznanie siebie, otaczającego świata, odnalezienie sensu i celu życia, co przyczynia się do samorealizacji.

Niejednokrotnie oddziaływania poprzez zajęcia terapeutyczne są jedynym sposobem na „dotarcie” do Mieszkańca, przewartościowanie Jego problemów, zmianę postaw oraz nabycie nowych umiejętności. Według Mariusza Kuskowskiego „terapia zajęciowa to celowe działanie rehabilitacyjne, polisensoryczne o charakterze zajęć ciągłych (np. plastycznych, muzycznych, ruchowych, itp.) stanowiących proces terapeutyczny prowadzący do usprawniania i kompensacji zaburzonych funkcji spowodowanych niepełnosprawnością.” Z. Tarkowski i C. Jurkiewicz piszą „poziom aktywności mieszkańców DPS jest bardzo niski, a zagrożenie nudą, wzrostem agresji, pogłębieniem się apatii czy zwiększeniem liczby używek jest oczywiste i niestety realne.” Powodem niskiej aktywności mogą być przyczyny wewnętrzne, które mogą tkwić w samym Mieszkańcu (typ osobowości, upośledzenie umysłowe, choroba psychiczna, somatyczna, podeszły wiek), lub też przyczyny zewnętrzne, niezależne (instytucjonalizacja, warunki bytowe, deprywacja, trudności adaptacyjne, depresja sytuacyjna, etykietowanie, leki). O istotnym znaczeniu tego problemu powoduje fakt wejścia w życie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 lutego 2014 roku w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dz.U.2014r. poz.250). W ślad za tym idzie prowadzenie dokumentacji, która jednak pochłania i skraca czas, przeznaczony Mieszkańcom.

W artykule scharakteryzuję aktywizację Mieszkańców w Domu Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II w Nasielsku. Dom został otwarty 1 lipca 2005 roku, położony jest w województwie



mazowieckim, przeznaczony dla stu przewlekłe psychicznie chorych osób, w większości z wiodącą schizofrenią. W 2011 roku dzięki staraniom Dyrektora Placówki - Pani Agaty Nowak, otwarty został Ogród Terapeutyczny, który powstał jako jeden z pierwszych w Polsce przy tego typu Placówce. Ogród wspomaga farmakoterapię oddziałując barwą, dźwiękiem i zapachem. Z jego wyjątkowych walorów i hortikuloterapii chętnie korzystają Mieszkańcy. W Ogrodzie organizowane są spotkania integracyjne, tematyczne, sportowe. Jedną z głównych atrakcji, organizowanych w nim corocznie jest Przegląd Twórczości Artystycznej Osób Niepełnosprawnych „Promień”, będący jednocześnie Festiwalem Muzyki Cygańskiej. W DPS funkcjonują terapie zajęciowe, które dają Mieszkańcom różnorodne propozycje do aktywnego spędzania czasu, a tym samym rozwoju i samorealizacji. W Pracowniach: Gastronomicznej, Plastycznej, Ceramicznej, Multimedialnej, Rehabilitacyjnej, Fizykoterapii i Sali Kulturalno-Oświatowej, zatrudnieni są merytorycznie przygotowani

Pracownicy. Każda z pracowni wyposażona jest w nowoczesny i profesjonalny sprzęt. W czasie zajęć, powstaje wiele atrakcyjnych i różnorodnych form twórczości Mieszkańców, będących wizytówką Domu. Bardzo aktywnie działa Koło Teatralne „Promyk”. Celem jego jest kształtowanie kreatywnego i twórczego rozwoju z wykorzystaniem np. pantonimy. Ponadto Mieszkańcy przy współudziale instruktora terapii zajęciowej tworzą filmy krótkometrażowe, osiągając na tej niwie międzynarodowe sukcesy. W poszczególnych terapiach Mieszkańcy mają ciekawe, dostosowane do indywidualnego stanu zdrowia i możliwości, oferty spędzania czasu wolnego. Należą do nich zabawy tematyczne, bale, spotkania poetyckie – Klub dobrej książki, spotkania w kawiarence, zajęcia multimedialne, sportowe. Celem ich jest podnoszenie sprawności, społecznianie, treningi ekonomiczne, poprawa stanu zdrowia zarówno fizycznego jak i psychicznego, usprawnienie motoryki małej i dużej, wspomaganie zabiegami fizjo i fizykalnymi wykonywanymi zgodnie ze zleceniem lekarzy.



*Ogród wspomaga farmakoterapię oddziałując barwą, dźwiękiem i zapachem. Z jego wyjątkowych walorów i hortikuloterapii chętnie korzystają Mieszkańcy. W Ogrodzie organizowane są spotkania integracyjne, tematyczne, sportowe.*

Niejednokrotnie w zajęciach z naszymi Podopiecznymi w ramach integracji z lokalnym społeczeństwem uczestniczą Wolontariusze. Ponadto raz w tygodniu w Zespołach Mieszkalnych odbywają się Spotkania Społeczności Mieszkańców, przy udziale Członków Samorządu, na których omawiane są, m.in. prawa Mieszkańca, zgłaszane i rozwiązywane bieżące sprawy i problemy oraz przedstawiane przez Podopiecznych propozycje zajęć, które wspólnie z Terapeutami są przygotowywane i realizowane.

W ramach turystyki i rekreacji organizowany jest co roku turnus rehabilitacyjny, z którego chętnie korzysta średnio około 1/4 Mieszkańców. Celem tych wyjazdów jest przede wszystkim zmiana otoczenia i klimatu, poprawa sprawności i wyrobienie zaradności życiowej. Ponadto w ofercie aktywizacji, nasi Podopieczni korzystają z wyjazdów do zaprzyjaźnionych Placówek na terenie całego kraju (średnio ok. 26 razy w roku), oprócz

tego organizowane są wycieczki do lasu a Klub Dociekliwych Wędrowców zachęca do spacerów po mieście i okolicach. W ramach psychoterapii i psychoedukacji prowadzone są zajęcia grupowe i edukacyjne. Mają one na celu eliminację napięć, konfliktów, zachowań agresywnych i autoagresywnych, stosując różnorodne techniki i narzędzia, m.in.: poprzez relaksację, muzykoterapię.

Aby wzmocnić motywację, (nie tylko pochwałami) do brania czynnego udziału zarówno w zajęciach jak i reprezentowaniu oraz pracy na rzecz Domu, najbardziej aktywni Mieszkańcy nagradzani są przez Dyrektora. Nagrodą są wycieczki krajoznawcze, podczas których przewodnik opowiada o walorach danego miejsca, zaś uwięzieniem jest zwykle poczęstunek w kawiarni. Na koniec roku wręczone są nagrody, dyplomy i wyróżnienia dla najaktywniejszych, które są motywacją, inspiracją, jednocześnie podziękowaniem za całoroczną pracę i pomoc.

Podsumowując, pomimo wielu innowacyjnych ofert i pracy całego Zespołu Terapeutyczno-Opiekuńczego, wszystkie podejmowane działania i propozycje wypełnienia czasu wolnego, nie zawsze spotykają się z zainteresowaniem, może dlatego, że udział w zajęciach jest nieobowiązkowy. Na uwagę zasługuje fakt, iż nasi Podopieczni informowani są nie tylko wywieszanymi ogłoszeniami, ale wymagają dodatkowej zachęty, jaką jest indywidualne zapraszanie. Mieszkańcy przez pryzmat choroby i wycofania niejednokrotnie odmawiają udziału w kolejnych propozycjach zajęć, argumentując „mogę ale nie muszę” lub „mam prawo odmówić”. Być może potrzebują więcej uwagi lub czasu, który trzeba poświęcić na pracę z Podopiecznym, aby przekonać do korzyści płynących z zajęć, które wpływają na lepsze funkcjonowanie oraz samopoczucie. Najaktywniejsi Mieszkańcy Domu Pomocy Społecznej Im. Jana Pawła II w Nasielsku, w większości mówią, że pomimo trudności jakie niesie choroba, poprzez wypełnienie czasu wolnego w zorganizowany sposób, przezwyżają swoje słabości, zapominają o przypadłościach, mobilizując się i wspierając wzajemnie, nawiązują kontakty, przyjaźnie. To wszystko sprawia, że niepełnosprawność nie jest przeszkodą lecz innym wymiarem sprawności, a pokonując ją „łamią” wiele utartych stereotypów. ■

#### Literatura:

1. Tarkowski Z. Jurkiewicz C. Plan opieki indywidualnej w domu pomocy społecznej, wyd. Fundacji „ORATOR”, Lublin 1997.
2. Tarkowski Z. Jurkiewicz C. Aktywizacja mieszkańców domu pomocy społecznej, w: Zarządzanie i kierowanie domem pomocy społecznej, Teoria badania, praktyka, ćwiczenia, Z. Tarkowski, Wydawnictwo Fundacji „ORATOR”, Lublin 1998.
3. Konieczna E. Arteterapia w teorii i praktyce, Kraków 2003.
4. Kuskowski M. Terapia zajęciowa, Wspólne Tematy, 2007 Nr3
5. Wyczawski B. Aktywizacja mieszkańców domu pomocy społecznej, 2009
6. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 lutego 2014 roku w sprawie zajęć rehabilitacji społecznej w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dz.U.2014r. poz.250).



# Transgraniczna opieka zdrowotna jak to działa?

MGR DANIEL HERMANOWICZ, LL.M.

Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

*Przynależność Polski do Unii Europejskiej rodzi szereg konsekwencji dla prawa opieki zdrowotnej, które wynikają z podstawowych wolności Unii Europejskiej – swobody przepływu usług, osób, towarów i kapitału. Szczególnie doniosła jest swoboda przepływu usług.*

**W** znaczeniu pasywnym dotyczy ona mobilności pacjentów na europejskim rynku i wprowadza szereg możliwości zarówno dla usługobiorców, jak i usługodawców zdrowotnych. Za to w znaczeniu aktywnym umożliwia przemieszczanie się przedstawicieli zawodów medycznych po wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej (także w ramach swobody przepływu pracowników). Także swoboda przepływu towarów odgrywa kluczową rolę w obrocie lekami i środkami medycznymi wewnątrz Unii Europejskiej.<sup>1</sup>

Pierwotnie regułą wewnątrz Unii Europejskiej miało być korzystanie świadczeniobiorców ze świadczeń w ramach krajowego systemu właściwego, a prawo do świadczeń opieki zdrowotnej regulowano wyłącznie w sytuacji czasowego lub stałego

pobytu poza właściwą jurysdykcją.<sup>2</sup> Jednak na przełomie XX i XXI wieku Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej ukształtował linię orzecznictwa, w której uznano usługi w zakresie ochrony zdrowia za usługi w rozumieniu Traktatu Unii Europejskiej, niezależnie od sposobu, w jaki Państwa Członkowskie organizują i finansują swoje systemy ubezpieczeń społecznych. Z tego też względu wskazano na przysługujące obywatelom Wspólnoty prawo zwrotu kosztów opieki zdrowotnej świadczonej poza państwem właściwym, które uzasadniano właśnie jedną z fundamentalnych wolności UE, a mianowicie swobodą przepływu usług.<sup>3</sup>

Opieka zdrowotna w Unii Europejskiej ma fundamentalne znaczenie w zapewnianiu wysokiego poziomu ochrony socjalnej obywateli państw członkowskich Unii. Jednym z ide-

atów przyświecających zjednoczonej Europie jest przecież sprawiedliwość społeczna. Zatem zasada swobody przepływu osób powinna być realizowana z poszanowaniem, a nawet promowaniem spójności społecznej w państwach członkowskich, dążąc jednocześnie do ich zrównoważonego rozwoju, także w zakresie praw pacjenta i ochrony zdrowia. Otwarte granice i związana z tym swoboda świadczenia usług zdrowotnych w całej Unii, wpływa korzystnie nie tylko na nowe perspektywy rynkowe, ale także na konkurencyjność usługodawców zdrowotnych w całej Wspólnocie Europejskiej. Poprawa komfortu i bezpieczeństwa samych pacjentów, dzięki limitowaniu restrykcji w dostępie do usług zdrowotnych stanowi wielką szansę, ale i wyzwanie dla podmiotów systemu opieki zdrowotnej.



## Co to jest dyrektywa transgraniczna?

Właśnie takie pobudki przyświecały europejskiemu ustawodawcy, gdy sześć lat temu przyjął Dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (zwana dalej „dyrektywą transgraniczną”). Bezpośrednio wspomina o tym zresztą obszerna preambuła, wskazując na uniwersalny i niezwykle doniosły charakter aktu. Reguluje on zasady leczenia w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej. W swej istocie polega ona na tym, że pacjenci mogą korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej w innych państwach Unii Europejskiej, na zasadach określonych w przepisach.

Co do zasady normy dyrektyw unijnych są kierowane do państw członkowskich, obligując państwa do implementowania norm zawartych w dyrektywie do krajowego porządku prawnego. Tym samym normy dyrektywy transgranicznej z zasady nie znajdują bezpośredniego zastosowania, tylko podlegają wdrożeniu do porządków krajowych. Polska ustawa wdrażająca weszła w życie 15 listopada 2014 roku, a przepisy transportowane z dyrektywy transgranicznej znajdują się obecnie w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).

Niestety polska służba zdrowia zajmuje niechlubne 34. miejsce (spadek z 32. miejsca w stosunku do roku 2013) w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia, badającym jakość sektorów publicznej opieki zdrowotnej

w Europie. Jest to przedostatnia lokata – spośród państw, które brały udział w badaniu jedynie Czarnogóra zanotowała gorszy wynik. Dyrektywa transgraniczna może być więc szczególnie pociągająca dla polskich pacjentów, którzy mogą się spodziewać długiego oczekiwania na świadczenie medyczne w swoim kraju. Dobrym przykładem mogą być zabiegi okulistyczne, na które w Polsce trzeba czekać aż do trzech lat, a w sąsiednich Czechach, czy Niemczech czas oczekiwania na zabieg może nie przekraczać nawet miesiąca<sup>4</sup>.

## Jak działa dyrektywa transgraniczna?

Jak działa więc ten system w praktyce? Pacjenci płacą za leczenie z własnej kieszeni, a następnie krajowy organizator systemu zwraca im taką kwotę, jaką wydałby, refundując konkretne świadczenia w kraju. W przypadku polskich pacjentów podmiotem tym jest Narodowy Fundusz Zdrowia.

W Polsce o zwrot kosztów może ubiegać się tylko pacjent uprawniony do publicznych świadczeń zdrowotnych. Trzeba jednak pamiętać, że zwrot kosztów nie zawsze jest całkowity, gdyż NFZ zwraca koszt tylko za takie świadczenia, które są refundowane w Polsce, czyli zaliczające się do tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych. Wysokość zwrotu kosztów odpowiada kwocie, jaką NFZ płaci za dany zabieg polskim przychodniom i szpitalom. Żeby skutecznie otrzymać zwrot kosztów leczenia od NFZ w ramach dyrektywy transgranicznej, należy najpierw ustalić:

1. Czy planowe leczenie za granicą podlega zwrotowi, czyli czy znajduje się w koszyku świadczeń gwarantowanych,
2. Czy planowe leczenie nie wymaga uprzedniej zgody dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ.

Niestety uzyskanie zwrotu kosztów leczenia obwarowane jest spełnieniem szeregu wymogów formalnych. Przede wszystkim podstawowym warunkiem uzyskania od NFZ zwrotu kosztów leczenia za granicą jest posiadanie skierowania od lekarza, który świadczy usługi na podstawie umowy z NFZ. Skierowanie może być wystawione również przez lekarza wykonującego zawód w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej – takie skierowanie lub zlecenie traktuje się jak skierowanie lub zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Nadto większość zabiegów wymaga także wcześniejszej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania lub zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Wynika to z tego, że taka zgoda wymagana jest na każde świadczenie opieki zdrowotnej, wymagające pozostania pacjenta w szpitalu co najmniej do dnia następnego – bez względu na rodzaj tego świadczenia. Także niektóre inne procedury medyczne, jak np. rezonans magnetyczny, czy badania genetyczne mogą wymagać uprzedniej zgody, niezależnie od czasu hospitalizacji – ich wykaz znajduje się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 roku w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału



wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wzór wniosku o wydanie zgody na udzielenie świadczeń znajdujących się w wykazie jest dostępny w załączniku 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu. Jest również udostępniony w formie elektronicznej na stronie NFZ.<sup>5</sup> Wnioski powinny być rozpatrywane niezwłocznie, jeśli jednak jest przeprowadzane postępowanie wyjaśniające, to NFZ ma 30 dni na wydanie decyzji, a w sprawach szczególnie skomplikowanych – nawet 60 dni.

### Jak złożyć wniosek o zwrot kosztów?

Jeżeli uzyskaliśmy uprzednią zgodę na leczenie za granicą (albo takiej zgody nie potrzebujemy ze względu na charakter świadczenia) i jest to gwarantowane świadczenie z koszyka, to następnym krokiem jest wypełnienie wniosku o zwrot kosztów. Wzór takiego wniosku został określony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. (poz. 1538) i można otrzymać w oddziale wojewódzkim NFZ, lub ściągnąć go ze strony internetowej NFZ.<sup>6</sup>

Na złożenie wniosku jest aż 6 miesięcy. Musi być także opatrzony oświadczeniem wnioskodawcy o świadomości odpowiedzialności karnej w przypadku poświadczenia nieprawdy. Do wniosku należy dołączyć dokumentację medyczną leczenia za granicą, oryginalny rachunek za wykonane za granicą

*Otwarte granice i związana z tym swoboda świadczenia usług zdrowotnych w całej Unii, wpływa korzystnie nie tylko na nowe perspektywy rynkowe, ale także na konkurencyjność usługodawców zdrowotnych w całej Wspólnocie Europejskiej. Poprawa komfortu i bezpieczeństwa samych pacjentów, dzięki limitowaniu restrykcji w dostępie do usług zdrowotnych stanowi wielką szansę, ale i wyzwanie dla podmiotów systemu opieki zdrowotnej.*

świadczenie oraz dokument potwierdzający fakt zapłacenia rachunku przez pacjenta (np. dowód dokonania przelewu, paragon, fakturę). Cała dokumentacja musi być obowiązkowo przetłumaczona na język polski – na szczęście tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego. Należy jednak pamiętać, że w przypadku nieskorzystania z usług tłumacza przysięgłego odpowiedzialność za ewentualne błędy w tłumaczeniu, które mogą doprowadzić do wypaczenia oryginalnych danych zawartych w dokumentacji ponosi wnioskodawca, a nie tłumacz. Do składanych dokumentów należy również dołączyć dowód ubezpieczenia za okres, w którym udzielono świadczeń zdrowotnych za granicą.

Wniosek należy złożyć w Oddziale Wojewódzkim NFZ właściwym ze względu na miejsce zamieszkania lub zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, w przeciwnym wypadku nie zostanie on rozpoznany, gdyż oddział

wojewódzkie NFZ nie przekazują sobie wniosków błędnie złożonych w nieprzeznaczonym oddziale. W sprawie wniosku NFZ wydaje decyzję w ciągu 30 dni od dnia jego złożenia.

### Do jakiej kwoty NFZ zwraca koszty?

Jak już wspomniano NFZ zwraca pieniądze tylko za takie leczenie, jakie jest refundowane w Polsce, czyli za świadczenia z koszyka świadczeń gwarantowanych. Zwrot ograniczony jest do wysokości refundacji.

Jeśli więc danego świadczenia nie ma na liście świadczeń refundowanych przez NFZ, pacjent w ogóle nie otrzyma żadnego zwrotu kosztów leczenia. Jeżeli świadczenie za granicą jest droższe niż w Polsce, to NFZ zwróci koszty tylko do wysokości, którą opłaca to świadczenie w Polsce. Pozostała nadwyżka jest kosztem własnym pacjenta, który musi ją ponieść. Trzeba też pamiętać, że jeśli dany zabieg jest tańszy za granicą niż w kraju,





NFZ zwróci dokładnie taką kwotę, jaka widnieje na rachunku – czyli rzeczywiste poniesiony koszt, a nie maksymalny próg refundacji. Jest to oczywisty zabezpiecznik przed nadużywaniem systemu i „zarabianiem” na transgranicznej opiece zdrowotnej.

Warto też nadmienić, że podobnie rzecz ma się w przypadku leków na receptę, za które także można uzyskać pieniądze od NFZ. Przede wszystkim pacjent nie otrzyma zwrotu kosztów leków, których nie ma na polskiej liście refundacyjnej. Za leki przepisane na receptę przez zagranicznego lekarza NFZ zwróci pieniądze tylko wtedy, gdy pacjent przedstawi kopię całej dokumentacji medycznej od świadczeniodawcy z państwa leczenia. W tym przypadku jednak nie trzeba tłumaczyć dokumentacji jeśli jest ona w języku angielskim. Jeśli dokumenty będą jednak w języku innym niż angielskim, chociażby w języku niemieckim, trzeba będzie także dołączyć tłumaczenie – na język polski lub angielski. Dodatkowo przepisy wymagają, aby kopia dokumentacji była poświadczona notarialnie. Niestety w większości przypadków koszt notariusza i ewentualnie tłumacza będzie wyższy niż kwota, o którą pacjent się ubiega, jako że NFZ nie zwraca pacjentom „kosztów biurowych”,

czy też „procesowych” związanych z przygotowaniem wniosku.

### Co ze świadczeniami opieki długoterminowej?

Niestety nie jest tak, że cały koszyk świadczeń gwarantowanych podlega dyrektywie transgranicznej. Pomimo refundacji krajowej, z refundacji leczenia za granicą wyraźnie wyłączono:

- ▶ szczepienia ochronne,
- ▶ przydział narządów do przeszczepów,
- ▶ opiekę długoterminową, jeżeli celem jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego.

Wyłączenia dokonano zarówno w dyrektywie transgranicznej jak i w przepisach implementujących, zawartych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Brzmienie przepisów jest w tym zakresie identyczne.<sup>7</sup>

Co to w praktyce oznacza dla osób pragnących skorzystać ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, bądź świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej, które przez polskiego ustawodawcę rozumiane są jako „opieka długoterminowa”? Zgodnie z polskim

ustawodawstwem świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze przeznaczone są zawsze dla osób obłożnie i przewlekle chorych, które nie wymagają co prawda hospitalizacji, ale niezbędna jest kontynuacja leczenia oraz profesjonalna opieka i pielęgnacja. Natomiast w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ pacjenci mogą korzystać z usług opieki długoterminowej w postaci:

- ▶ świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych,
- ▶ świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej.

Jest to zdecydowanie znacznie szerszy zakres rozumienia „opieki długoterminowej” niż ten, wskazany w przepisie wyłączającym zastosowanie dyrektywy transgranicznej.

Przepisy dyrektywy nie wyłączają bezwzględnie wszystkich form opieki długoterminowej, a jedynie te celowościowo ukierunkowane na wsparcie w wykonywaniu „rutynowych czynności życia codziennego”. Oczywiście znaczna większość świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych nieuchronnie podpada pod tę kategorię, m.in. świadczenia realizowane w warunkach domowych, czy w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Nie wydaje się jednak, aby europejski ustawodawca chciał całkowicie wyłączyć wszelką formę opieki długoterminowej z zakresu zastosowania dyrektywy transgranicznej. Gdyby faktycznie taki był zamysł ustawodawcy, to nie ograniczałby w żaden sposób celowościowo zakresu wyłączenia opieki długoterminowej, bądź też przynajmniej wyczerpująco zdefiniowałby pojęcie „opieki długoterminowej” w samej dyrektywie transgranicznej. Stało się jednak inaczej.

### Jaka opieka długoterminowa objęta jest dyrektywą transgraniczną?

W interpretacji zakresu wyłączenia niezwykle istotny jest punkt czternasty preambuły do dyrektywy transgranicznej<sup>8</sup>. Przybliży on nam przesłanki prawodawcy europejskiego, którymi się kierował przy wyłączeniu opieki długoterminowej z zakresu zastosowania dyrektywy. Ponadto preambuła wskazuje także na to, co europejski ustawodawca rozumie przez pojęcie „opieki



długoterminowej”. Przykładowo wymieniono usługi w zakresie opieki świadczonej w domach pomocy społecznej, domowych usługach opiekuńczych, czy usługach świadczonych w mieszkaniach z opieką.

Warto zauważyć, że prawodawca europejski nie nawiązuje wprost do opieki paliatywnej, nawet w przykładowym wyliczeniu rodzajów opieki długotrwałej. Zresztą sam termin „opieki paliatywnej” w ogóle nie pojawia się w tekście dyrektywy transgranicznej, ani w przepisach implementujących ją w polskim systemie prawnym, co przy założeniu racjonalności ustawodawcy należy uznać za zabieg celowy. Zresztą takie pominięcie jest systemowo spójne, gdyż z medycznego punktu widzenia głównym celem medycyny paliatywnej jest stałe leczenie i opieka nad nieuleczalnie chorymi, którzy znajdują się w okresie terminalnym śmiertelnej choroby. Celem nie jest „wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego”, tylko złagodzenie objawów chorobowych, likwidacja bólu i niezwykle istotne wsparcie psychologiczne i psychiczne chorego.

Opieka paliatywna służy zachowaniu ludzkiej godności w obliczu choroby. Oczywiście codzienna opieka jest w takim wypadku niezbędna, ale nie stanowi celu samego w sobie. Chorzy kwalifikujący się do świadczeń paliatywno-hospicyjnych często nie mają niestety nawet nadziei na „długoterminową” opiekę, gdyż ich rokowania zbyt często są „beztęminowe” z naciskiem na straszną wręcz „krótkoterminowość”. Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to w końcu wszechstronna, całościowa opieka nad pacjentami sprawowana zazwyczaj u kresu życia lub w fazie znacznego zaawansowania choroby.

Ponadto w medycynie paliatywnej udzielane są świadczenia przez wielodyscyplinarny zespół osób przygotowanych do opieki nad umierającym, biorąc pod uwagę jego indywidualne potrzeby. W skład tego zespołu wchodzi lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psychologowie, a także duchowni. Wszechstronna opieka nad chorym różnych specjalistów często nie ma żadnego związku z wykonywaniem rutynowych czynności życia codziennego. Z tego względu takie świadczenia nie wydają się być objęte wyłączeniem z art. 1 ust. 3 dyrektywy transgranicznej, pomimo ich potencjalnie długotrwałego charakteru.

Logicznym wydaje się założenie, że ustawodawca europejski wyłączając opiekę długoterminową z zakresu zastosowania dyrektywy transgranicznej nie chciał posunąć się aż tak daleko, by ograniczać multidyscyplinarne świadczenia zdrowotne, których bezterminowo potrzebują chorzy w ramach opieki paliatywno-hospicyjnej. Sam długotrwały charakter świadczenia różnego rodzaju świadczeń w jej ramach nie spełnia dodatkowej przesłanki celowościowej „pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego”. Należy więc przyjąć, że za tego typu świadczenia, które są dostępne w koszyku świadczeń gwarantowanych, możliwe jest uzyskanie zwrotu kosztów.

## Podsumowanie

Dyrektywa transgraniczna umożliwia pełniejszą realizację praw pacjentów w zjednoczonej Europie, chociażby przez umożliwienie większej mobilności nie tylko usługodawców, ale także usługobiorców zdrowotnych. Oczywiście możliwość wyjazdu samych pacjentów za granicę w celu poddania

się konkretnemu zabiegowi ma bezpośredni wpływ na konkurencyjność i rentowność danego rynku usług zdrowotnych w Unii Europejskiej. Należy z odwagą i optymizmem wyjść naprzeciw wyzwaniom, które kreuje dyrektywa transgraniczna, także w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej. ■

## Przypisy

- 1 Por. Lach D.E., Europeizacja opieki zdrowotnej – trzy perspektywy, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2016, nr 2, s. 10-17.
- 2 Por. Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Tekst skonsolidowany — Dz.U. L 28, 30.1.1997).
- 3 Por. m.in. Wyroki ETS: z 28 kwietnia 1998, C-120/95, (Decker), z 12 lipca 2001, C-157/99, (Smits i Peerbooms), z 12 lipca 2001, C-368/98, (Vanbraekel), z 18 marca 2004, C-8/02, (Leichtle).
- 4 Por. Björnberg A., Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia w 2015. Raport, Health Consumer Powerhouse Ltd., 2016.
- 5 <http://www.kpk.nfz.gov.pl/pl/leczenie-w-innym-panstwie/>
- 6 [http://www.kpk.nfz.gov.pl/images/downloads/wniosek\\_o\\_zwrot\\_kosztow\\_swadczen\\_wzor.pdf](http://www.kpk.nfz.gov.pl/images/downloads/wniosek_o_zwrot_kosztow_swadczen_wzor.pdf)
- 7 Por. art. 1 ust. 3 dyrektywy transgranicznej i implementującego tenże artykuł do polskiego systemu prawnego art. 42b ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).
- 8 *Niniejsza dyrektywa nie powinna mieć zastosowania do usług, których głównym celem jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego. Mianowicie niniejsza dyrektywa nie powinna mieć zastosowania do usług w zakresie opieki długoterminowej, które uznaje się za konieczne, by osoba wymagająca opieki mogła prowadzić jak najpełniejszą i jak najbardziej niezależną egzystencję. Zatem niniejsza dyrektywa nie powinna mieć zastosowania, przykładowo, do usług w zakresie opieki długoterminowej świadczonych w domach pomocy społecznej („placówkach opiekuńczo-pielęgniacyjnych”), do domowych usług opiekuńczych ani do usług świadczonych w mieszkaniach z opieką.*
- 9 por. Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A., Opieka paliatywna/ hospicyjna. Medycyna paliatywna, „Nowiny Lekarskie” 2011, 80-1, s. 3-15.



**SMM LEGAL**  
SÓJKA | MACIAK | MATA CZYŃSKI

SMM Legal działa na rynku kancelarii prawnych ponad 15 lat – znajduje się w gronie kilkunastu największych kancelarii prawnych w Polsce, jest też liderem usług prawnych w Wielkopolsce.

Obsługujemy ponad 200 podmiotów gospodarczych z różnych branż, w tym 30 spółek giełdowych. Oferujemy również specjalistyczne usługi prawne w zakresie prawa zamówień publicznych, prawa farmaceutycznego, obsługi korporacyjnej, transakcji M&A, bankowości i ubezpieczeń, a także świadczymy kompleksową obsługę przedsiębiorstw w postępowaniach sądowych.

Więcej o Kancelarii: [www.smmlegal.pl](http://www.smmlegal.pl)

20<sup>th</sup>  
INTERNATIONAL  
LONG-TERM  
CARE CONFERENCE

joint events

15<sup>th</sup>  
CONGRESS  
of the  
E.D.E.

# Święto opieki długoterminowej!

*Tegoroczna konferencja opieki długoterminowej w Toruniu będzie wyjątkowa z kilku względów. Po pierwsze jest to wydarzenie łączone – organizowana przez Fundację Razem Zmieniamy Świat Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej zostaje wyjątkowo połączona z Kongresem EDE. Po drugie, w przypadku obu imprez są to wydarzenia jubileuszowe, MKOD świętuje dwudziestą rocznicę powstania, a Kongres EDE – piętnastą. Po trzecie, po raz pierwszy w historii liczba gości przekroczy 1200 osób!*



**E**DE to skrót od European Associations for Directors and Providers of Long-Term Care Services for the Elderly (Europejskie Stowarzyszenie Dyrektorów i Organizatorów Opieki Długoterminowej dla Osób Starszych) – parasolowej organizacji skupiającej narodowe stowarzyszenia zajmujące się opieką długoterminową w Europie. Jednym z głównych zadań EDE jest promowanie wymiany informacji i doświadczeń między jej członkami oraz ułatwienie wzajemnej nauki. Organizacja promuje wspólne standardy szkoleniowe, wzajemne wizyty i obserwacje, sympozja i kongresy budujące profesjonalizm dyrektorów domów pomocy społecznej i większe zrozumienie różnych form opieki i pomocy. Dla współdzielenia wiedzy o trendach i zmianach w branży, EDE co dwa lata organizuje międzynarodowy kongres opieki



długoterminowej w różnych krajach europejskich. Organizacja od wielu lat jest partnerem naukowym Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej w Toruniu.

Historia toruńskich spotkań poświęconych opiece długoterminowej sięga roku 1997, a ranga wydarzenia rosła co rok – od skromnego spotkania na 200 osób do ponad tysięcznych sympozjów naukowych w ostatnich latach. W ciągu swojej dwudziestoletniej historii, Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej zyskała status prestiżowego wydarzenia o najwyższym poziomie naukowym oraz nieocenionej wartości budowania kontaktów i relacji pomiędzy profesjonalistami z branży. Nasi goście cenią sobie nie tylko wartość merytoryczną konferencji, ale także oprawę artystyczną i sprawność organizacyjną.

Tematem wspólnej konferencji jest „Dyrektor instytucji opieki długoterminowej dziś i jutro. Naciski, ustępstwa, kompromisy i rozwiązania”. W czasie trzech dni wykładów omówione zostaną relacje instytucji z klientami, także w ujęciu etycznym, skomplikowana natura relacji wewnątrz zespołu interdyscyplinarnego, przyszłość opieki długoterminowej. Szczegółowy program wydarzenia publikujemy obok. Oto w jaki sposób Jiri Horecky – prezes EDE – zapowiada program naukowy wyda-



zenia: „W dzisiejszych czasach bycie dyrektorem domu pomocy społecznej jest trudnym zadaniem, trudną pracą. Osoba na tym stanowisku staje przed wieloma zmianami, naciskami, wyzwaniem, a czasem przed konfliktami interesów. Jaką właściwie rolę pełni dyrektor instytucji opieki długoterminowej, jakich odpowiedzi udziela, jakie rozwiązania stosuje, jakie są przykłady dobrych praktyk w Europie i poza nią? To będzie główną tematyką 15 Kongresu EDE i 20 Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej. Znamy mówców, ponad 1200 profesjonalistów z całej Europy, unikalna okazja odwiedzenia Torunia.”

Oprócz wykładów w głównej sali, zostanie zorganizowany panel dyskusyjny

dla dyrektorów polskich placówek – pozwoli na omówienie zagadnień związanych ściśle ze specyfiką polskiego rynku. Więcej informacji o panelu podamy w terminie bliższym konferencji.

Konferencja odbędzie się w dniach 27-29.09.2017 i po raz drugi zostanie zorganizowana w Centrum Kulturalno-Kongresowym Jordanki. Nasi goście chwalili nie tylko interesującą architektonicznie bryłę budynku, ale również dogodne położenie w pobliżu toruńskiej starówki.

Więcej szczegółowych informacji, oraz możliwość rejestracji na wydarzenie, dostępne są na oficjalnej stronie internetowej tegorocznej konferencji: [ltc-congress.eu](http://ltc-congress.eu) ■







## PROGRAM

### 20. Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej i 15. Kongresu E.D.E.

#### Dyrektor instytucji opieki długoterminowej dzisiaj i jutro. Naciski, ustępstwa, kompromisy i rozwiązania

**27-29 września 2017 r.**

Centrum Kulturalno-Kongresowe „Jordanki”

Aleja Solidarności 1-3

Toruń

#### 27 września 2017

##### 17:00 UROCZYSTE OTWARCIE

Dyrektor domu opieki - menedżer czy czarodziej?  
Rola domów opieki w naszym społeczeństwie

Prof. Piotr Błędowski /Polska/  
Michael Kirschner /Szwajcaria/

##### WIECZÓR ARTYSTYCZNY I BANKIET

#### 28 września 2017

##### 9:00 – 11:00 SESJA I: DYREKTOR DOMU OPIEKI I JEGO KLIENT

Klient nasz pan!  
Opieka nad osobami z demencją - kontekst etyczny  
Wymagania dotyczące opieki i usług a rzeczywiste możliwości opiekunów

Moderator: Jiří Horecký /Czechy/  
Aad Koster /Holandia/  
Iva Holmerová /Czechy/  
Sirpa Elisabet Salin /Finlandia/

##### 9:00 – 12:00 PANEL DYSKUSYJNY DLA DYREKTORÓW DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ

##### 11:30 – 13:30 SESJA II: DYREKTOR DOMU OPIEKI I JEGO PERSONEL

Kultura zespołu multidyscyplinarnego – Konsument/Pacjent/Klient/Człowiek  
Szczęście potrzebuje towarzystwa, czyli satysfakcja pracy z ludźmi  
Oczekiwanie pracowników domów opieki a rzeczywistość  
ECREAS - prezentacja projektu EDE i EAUSA

Moderator: Jiří Horecký /Czechy/  
Matěj Lejsal /Czechy/  
Artur Kasprowicz /Polska/  
Marjo-Riitta Rikala /Finlandia/  
Freek Lapré /Holandia/ Jiří Horecký /Czechy/

##### 14:30 – 16:00 SESJA III: PERSPEKTYWY OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Od państwowego domu opieki do nowoczesnego usługodawcy.  
Proces zarządzania domami opieki towarzyszący zmianie od 1. do 5. Pokolenia  
Większe domy opieki = gorsza jakość życia: prawda czy mit?  
Citoyennage: osoby starsze mówią do uszu personelu

Moderator: Prof. Piotr Błędowski /Polska/  
Martina Pojer /Austria/  
Jiří Horecký /Czechy/  
Romain Gizolme /France/

##### 16:30 – 18:00 SESJA IV: NOWE POTRZEBY DOTYCZĄCE OPIEKI

"Dbaj i lecz"  
Nowe potrzeby pokolenia wyżu demograficznego

Moderator: Markus Leser /Szwajcaria/  
Prof. Thomas Klie /Niemcy/  
Anna Jörger /Szwajcaria/

##### 19:30 WIECZÓR INTEGRACYJNY

#### 29 września 2017

##### 09:30 – 11:00 SESJA V: DYREKTOR DOMU OPIEKI WOBEC ZMIENIAJĄCEJ SIĘ RZECZYWISTOŚCI

Zarządzanie w czasach zmiany  
Rola dyrektora w procesie zmian  
Zmieniające się warunki pracy i oczekiwania wobec służb socjalnych

Moderator: Prof. Piotr Błędowski /Polska/  
Grażyna Wójcik /Polska/  
Fabio Bonetta /Włochy/  
Hubert Perfler /Włochy/

##### 11:30 – 13:00 SESJA VI: OPIEKA DŁUGOTERMINOWA POZA GRANICAMI EUROPY

Życie seniorów i opieka społeczna w Australii  
Opieka długoterminowa w Turcji

Moderator: Markus Leser /Szwajcaria/  
Hikmet Pekcan /Turcja/

Organizers:



Together we change  
the world



European Association  
for Directors and Providers  
of Long-Term Care Services  
for the Elderly



Polish Association  
of Organisers and Managers  
of Social Welfare  
and Health Protection



Polish Society  
of Long-Term Care

Partner:



# Kobiece sprawy

MARTA MALESZEWSKA  
Ekspert Seni

*Prawie każda kobieta doświadczyła kiedyś problemu z kontrolą pęcherza. To mogła być tylko jedna lub dwie krople. Niby nic wielkiego, ale powoduje dyskomfort i niepokój. Zazwyczaj to nic groźnego – lekka infekcja układu moczowego lub nacisk mięśni brzucha (np. podczas ćwiczeń, kichania lub śmiechu) na wypełniony pęcherz. Należy zacząć się niepokoić, gdy niekontrolowane wycieki moczu się powtarzają. Wbrew pozorom, dotyczy to wielu kobiet.*

## Co czwarta kobieta

Aż co czwarta kobieta, w różnym wieku, doświadcza nietrzymania moczu. Mężczyznom zdarza się to rzadziej, co wynika z ich fizjologii. Kobiety są bardziej narażone na osłabienie mięśni dna miednicy, które pełnią rolę jednego ze zwieraczy pęcherza. U kobiet, które były w ciąży, mięśnie te mogły zostać osłabione lub podczas porodu nawet uszkodzone. Mięśnie dna miednicy pracują gorzej też u osób ze znaczną nadwagą. Najczęściej problemy z pęcherzem zaczynają się nasilać w okolicach menopauzy. Zachodzące wówczas zmiany hormonalne powodują utratę elastyczności mięśni, również zwieraczy. Jednak zazwyczaj nie oznacza to całkowitego nietrzymania moczu. Często problemy pojawiają się tylko w określonych sytuacjach (np. podczas ćwiczeń lub intensywnego wysiłku). Zmiany mogą zachodzić powoli i można sobie z nimi poradzić.





*Jednym ze sposobów radzenia sobie z problemem nietrzymania moczu są ćwiczenia mięśni Kegla, które mogą przywrócić sprawność mięśni dna miednicy i ograniczyć lub wyeliminować problem. Można je wykonywać w każdym miejscu i czasie.*

Jednym ze sposobów radzenia sobie z problemem nietrzymania moczu są ćwiczenia mięśni Kegla, które mogą przywrócić sprawność mięśni dna miednicy i ograniczyć lub wyeliminować problem. Można je wykonywać w każdym miejscu i czasie. Do ćwiczeń mięśni Kegla pomocne mogą być specjalne kulki, ale nie są one niezbędne. Żeby dowiedzieć się, jak wykonywać je prawidłowo, najlepiej skonsultować się z fizjoterapeutą. Takie ćwiczenia

warto wykonywać też profilaktycznie, zanim pojawi się problem. Obecnie na rynku jest też wiele preparatów obiecujących poprawę kondycji mięśni dna miednicy, ale same pigułki nie rozwiążą problemu – mięśnie dna miednicy potrzebują regularnych ćwiczeń, żeby się wzmocnić.

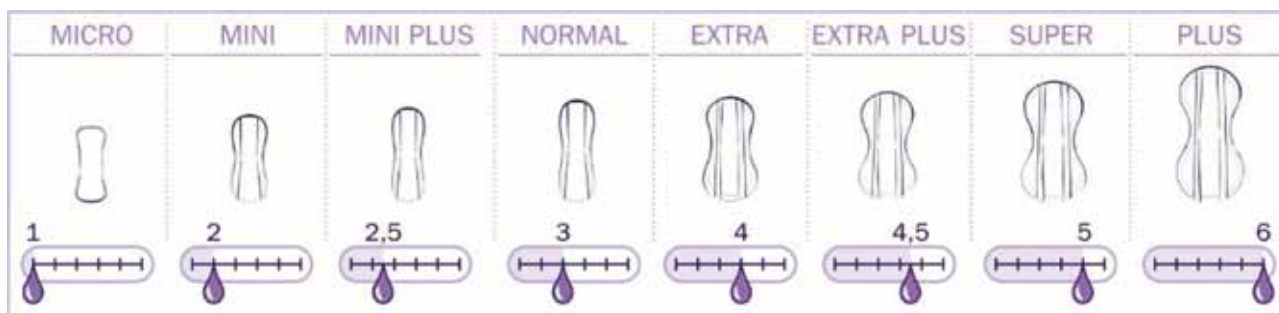
## Wkładka czy podpaska?

Niezależnie od wzmacniania mięśni ćwiczeniami warto używać odpowied-

niego zabezpieczenia przed wyciekami. Wielu kobietom jako pierwsze przychodzi na myśl podpaski. O ile przy bardzo lekkich epizodach nietrzymania moczu mogą się sprawdzić, to w wielu przypadkach będą zawodne. Rolą podpasek jest chłonięcie złuszczonego śluzu i krwi, którą są gęstsze i mają inną strukturę niż moczu. Objętość wydzieliny, którą podpaski muszą wchłonąć w czasie miesiączki jest też często mniejsza niż średnia ilość moczu traconego nawet przy lekkim nietrzymaniu moczu w takim samym czasie. Z tego powodu jako zabezpieczenie przy problemach z nietrzymaniem moczu najlepiej sprawdzają się wkładki urologiczne, którą są kilkakrotnie bardziej chłonne niż podpaski. Dodatkowo, wkładki urologiczne posiadają osłonki boczne ze specjalnej hydrofobowej włókniny, które chronią przed bocznymi wyciekami. Są też wyposażone w system wspomagający rozprowadzanie moczu, dzięki czemu zapewniają lepsze wykorzystanie wkładki i większe poczucie suchości. Lepiej zabezpieczają też przed nieprzyjemnym zapachem moczu.

## Różne potrzeby, różne rozmiary

Wkładki urologiczne są dostępne w wielu rozmiarach – poczynając od najmniejszych, wyglądających jak używane na co dzień wkładki higieniczne, aż do wkładek mających nawet 40 centymetrów długości. Ich zróżnicowanie służy jak najlepszemu dostosowaniu do indywidualnych potrzeb. Niektóre kobiety potrzebują ochrony zdolnej wchłonąć zaledwie kilka kropli, a inne zabezpieczenia przed obfitymi wyciekami, pozwalającego spokojnie przespać całą noc. Ważne jest odpowiednie dopasowanie nie tylko chłonności, ale też rozmiaru wkładek. Potrzeby mogą się także różnić w zależności od pory dnia





– w ciągu dnia mogą być potrzebne małe, bardziej dyskretne wkładki, a na noc lub specjalne sytuacje (np. w podróży, podczas ćwiczeń) – większe, bardziej chłonne. Niektóre wkładki mogą lepiej pasować do spodni, a inne do spódnicy czy sukienki.

Jedne z najpopularniejszych wkładek urologicznych dostępnych w aptekach i sklepach medycznych to Seni Lady. W ich ofercie do niedawna było 7 rozmiarów. W ostatnim czasie została wprowadzona nowa wkładka w rozmiarze Extra Plus, która pod względem chłonności i rozmiaru lokuje się pomiędzy rozmiarem Extra a Super. Wypełniła on lukę, którą mogły odczuwać osoby potrzebujące większej chłonności niż Seni Lady Extra, a jednocześnie Seni Lady Super były dla nich za duże. W tym samym czasie ulepszono również konstrukcję Seni Lady Extra – wkładka została delikatnie wydłużona, dzięki czemu ma też większe zdolności absorpcyjne. Obie



te wkładki (jak też większe rozmiary) sprawdzą się u osób nawet ze średnim nietrzymaniem moczu.

### Sprawdzona ochrona

Przed wprowadzeniem zmian w rozmiarze Seni Lady Extra i wprowadzeniem nowego rozmiaru Seni Lady Extra Plus kobiety z lekkim i średnim nietrzymaniem moczu miały okazję wypróbować ulepszone wkładki w ramach programu Seni&You, który umożliwia przetestowanie nowości produktowych przed wprowadzeniem ich na rynek. Oto jak kobiety



testujące nowe wkładki Seni Lady oceniły je:

*Wkładki były testowane przez moją mamę, która jest starszą osobą. Produkt sprawdził się rewelacyjnie, gdyż nie powodował uczuleń i odparzeń. Jest też dobrze dopasowany.*

**Anna**

*Wcześniej nie używałam tego typu wkładek. Stosowałam wkładki cienkie do codziennego użytku popularnych producentów, dostępne w drogeriach, ale w mojej obecnej sytuacji są już one niewystarczające.*

**Barbara**

*Odpowiednie do potrzeb; mogłabym zamienić dotychczas używane Seni Lady Super.*

**Halina**

*Ostatnie wkładki, których używałam były twarde, natomiast te są przyjemne dla ciała, wygodne.*

**Monika**

Jak wynika z opinii użytkowników, wkładki urologiczne Seni Lady sprawdzają się w wielu sytuacjach, u osób w różnym wieku. Jeśli nie jest to ciężkie lub całkowite nietrzymanie, nie zawsze trzeba od razu sięgać po tradycyjne pieluchomajtki. Wiele osobom (nawet starszym) mogą wystarczyć wkładki urologiczne, które samodzielnie zakłada się zdecydowanie łatwiej niż pieluchy z zapięciami. Na stronie **www.seni.pl** można zamówić bezpłatne próbki wkładek Seni Lady i przekonać się o ich właściwościach. ■



# Bo skóra sama się nie obroni...

## seni care

Specjalistyczna pielęgnacja skóry:

- bardzo suchej **UREA**
- przy nietrzymaniu moczu
- w profilaktyce odleżyn



### DELIKATNE OCZYSZCZANIE



pielęgnacja  
głowy

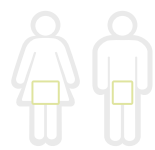


Preparaty Seni Care kompleksowo dbają  
o skórę głowy, ciała oraz okolic intymnych

### REGENERACJA



pielęgnacja  
ciała



pielęgnacja  
okolic  
intymnych



### SKUTECZNA OCHRONA



Więcej informacji na temat profilaktyki przeciwoleżynowej i opieki nad przewlekle chorym znajdziesz na stronach internetowych: [damy-rade.info](http://damy-rade.info) oraz [seni.pl](http://seni.pl)