

Forum Opieki Długoterminowej

ISSN 1643-1308 nakład 3000 egz.

# medi

kwartalnik nr 2/3 (87) lipiec 2021

**Ustawa o pomocy społecznej – ważne zmiany w 2021 r.**

**Seksualność w instytucjach OD**

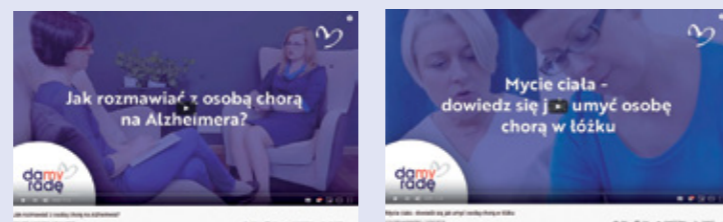
**Szanse dla ośrodków w czasie pandemii**

# damy radę

Nowa sytuacja w kraju i na świecie wymaga nowych rozwiązań. Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat i marka Seni nieustannie wspiera w opiece, rozwijając szereg inicjatyw w strefie online. W ramach ogólnopolskiego projektu Damy Radę zapraszamy do korzystania z bezpłatnych narzędzi wspierających do pracy z osobami przewlekle chorymi oraz ich rodzinami, takich jak:

## 1. WIDEOWARSZTATY I FILMY INSTRUKTAŻOWE

Obraz wyraża więcej niż tysiąc słów. Dlatego stworzyliśmy i nieustannie rozwijamy bogatą bazę wideowarsztatów i filmów instruktażowych, w których odpowiadamy na najczęściej pojawiające się wątpliwości w pracy z osobami z demencją, pokazujemy jak prawidłowo wykonać czynności pielęgnacyjne, jak również udostępniamy porady psychologa i innych specjalistów.



## 2. BEZPŁATNE PORADNIKI

- „Jak opiekować się osobą przewlekle chorą w domu”
- „Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji”

**Wykorzystaj te materiały dostępne bezpłatnie online do współpracy z opiekunami chorych.**

Zapraszamy na stronę [www.damy-rade.info](http://www.damy-rade.info), gdzie:

- znajdziesz wszystkie wideowarsztaty i filmy instruktażowe
- zamówisz bezpłatne poradniki
- znajdziesz harmonogram bezpłatnych certyfikowanych szkoleń online dla personelu pielęgniarstwo-opiekuńczego pracującego w domu pacjenta

Wideowarsztaty i filmy instruktażowe dostępne są również na kanale You Tube pod adresem:

[www.youtube.com/DamyRadeinfo](http://www.youtube.com/DamyRadeinfo)



Forum Opieki Długoterminowej

# medi

LIPIEC // 2021

## Szanowni Państwo!

**Z**apraszamy do lektury lipcowego wydania Medi, czego mogą się Państwo spodziewać?

Kontynuujemy cykl Opieka zorganizowana w czasie pandemii, przybliżając potrzeby pacjentów specyficzne dla obecnej sytuacji oraz analizując rolę ośrodków, które mogłyby te potrzeby zapewnić - niwelując tym samym negatywne skutki pandemii w instytucjach opieki długoterminowej. W bieżącym wydaniu proponujemy Państwu również obszerny artykuł Moniki Karwackiej, dotyczący seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną. Autorka przeanalizuje wieloaspektowo zagadnienie seksualności, znaczenie postaw specjalistów na seksualność osób z niepełnosprawnością, ale również, jako praktyk, zaproponuje wachlarz rozwiązań dla instytucji opieki długoterminowej, które pomogą w realizacji praw seksualnych podopiecznych z zachowaniem szacunku dla każdej ze stron.

Zdajemy sobie sprawę jak ważną rolę w pracy stanowi dobrze współpracujący zespół, dlatego w bieżącym numerze dowiemy się jak taki zespół budować i jaką w tym rolę pełni inteligencja emocjonalna. Autorka wskaże jak kształtować inteligencję emocjonalną i podnosić jej poziom - tak, by współpraca w zespole i z podopiecznymi była bardziej efektywna i satysfakcjonująca.

W lipcowym wydaniu Medi przeczytacie Państwo również o ważnych zmianach w 2021 r. w ustawie o pomocy społecznej.

Pełna uwaga w zakresie pielęgnacji koncentruje się zazwyczaj na podopiecznych. Musimy jednak pamiętać o personelu medycznym i opiekuńczym, których skóra, zwłaszcza w czasie pandemii, narażona jest na częstą dezynfekcję - jak sobie radzić z narastającymi problemami skóry dłoni? Podpowiemy w bieżącym numerze.

Szanowni Państwo, niebawem spotkamy się na 23. Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej, która w tym roku odbędzie się online w dniach 21-24.09.2021 r.! Zapraszamy do zapoznania się z programem Konferencji zamieszczonym w bieżącym Medi oraz rejestracji. Wierzymy, że pomimo dzielących nas odległości nadal możemy dzielić się doświadczeniami i inspirować do działania. Zapraszamy!

**WYDAWCA:**  
Fundacja TZMO  
Razem Zmieniamy Świat

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

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

**REDAKTOR:**  
Katarzyna Rozmus-Gazda  
[katarzyna.rozmus@tzmoglobal.com](mailto:katarzyna.rozmus@tzmoglobal.com)

**SKŁAD GRAFICZNY:**  
Małgorzata Bógdat

**FOTO:**  
materiały własne oraz Freepik

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

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

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

Redakcja Medi

Organizator:



Partner:



## Wyzwania opieki długoterminowej

- 5 Opieka zorganizowana w czasach pandemii – potrzeby pacjentów i szanse dla ośrodków  
*Aleksander Biesiada*
- 9 Seksualność – osób z niepełnosprawnością intelektualną korzystających z ośrodków długoterminowego wsparcia  
*Monika Karwacka*

## Psychologia

- 19 Inteligencja emocjonalna – w budowaniu efektywnych zespołów interdyscyplinarnych  
*Magdalena Rozmus*

## Prawo

- 25 Ważne zmiany w 2021 r. w ustawie o pomocy społecznej  
*Michał Bochenek*

## Opieka

- 30 Higiena – u osób z demencją  
*Agnieszka Wójcik-Pławińska*

## Pielęgnacja

- 34 Wpływ obostrzeń sanitarnych – na stan skóry u personelu medycznego

## Zajęcia terapeutyczne

- 36 Pierwsza w Polsce alpakoterapia w Domu Seniora  
*Natalia Michalak*
- 38 O mózgu, pewnym profesorem i gołębiach – metoda bezbłędnego uczenia się i zanikających podpowiedzi w neurorehabilitacji otępienia  
*Marzena Grochowska*

# Opieka zorganizowana w czasach pandemii

## – POTRZEBY PACJENTÓW I SZANSE DLA OŚRODKÓW

ALEKSANDER BIESIADA //

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

*Pandemia wirusa SARS-COV-2 generuje olbrzymie obciążenie w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi. Zarówno po stronie rodzin i bliskich podopiecznych, samych chorych czy starszych, jak i instytucji opieki długoterminowej.*

### Sytuacja w instytucjach

**W** domach opieki społecznej zarówno prowadzonych przez gminy, jak i prywatnych, pojawiają się wolne miejsca. W niepandemicznych czasach byłby to powód do zadowolenia. Obecnie, np. w Małopolsce na nowych miesz-

kańców czeka ok. 560 miejsc, na Podkarpaciu – 450. Także prywatne domy opieki i domy seniora mają większą bazę wolnych miejsc. Choć zdecydowana większość instytucji przetrwała kolejne szczyty pandemii, unikając masowych zachorowań wśród podopiecznych - w sposób naturalny wcześniejsi pensjonariusze umierają.

Nowych zaś jest coraz mniej.

Tymczasem pandemia trwa. I jedną z przyczyn malejącej liczby nowych pensjonariuszy domów opieki są rosnące obawy związane z opieką instytucjonalną:

- obawy rodzin o brak kontaktu z bliskimi;
- niepewność w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego (zakażenia wewnątrz instytucji, które często nagłaśniane są przez media);
- obawy dotyczące ciągłości opieki i innych świadczeń medycznych (rehabilitacja, opieka stomatologiczna, konsultacje specjalistyczne).

Jednym z problemów występujących w zorganizowanej opiece społecznej są trudności w dostępie dla podopiecznych do usług medycznych, w tym rehabilitacji i usług stomatologicznych. Zwraca na to uwagę w swoim opracowaniu Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. Dotyczy to nawet tak podstawowych kwestii, jak brak deklaracji podopiecznego dotyczącej wyboru lekarza rodzinnego (który w polskim systemie pełni funkcję „bramkarza”; brak lekarza POZ uniemożliwia więc de facto dostęp do innych świadczeń medycznych w ramach NFZ). Drugą przyczyną są finanse. Mniejsza liczba podopiecznych naturalnie podnosi stawki za opiekę nad pozostałymi. Jednocześnie rosną koszty faktyczne: związane z zatrudnieniem personelu (o który coraz trudniej), wzmożonym reżimem sanitarnym (środki ochronne, środki dezynfekcyjne, urządzenia do sterylizacji, etc.). To przekłada się na ceny, zmniejszając dostępność dla podopiecznych z mniej zasobnym portfelem.

### Opieka wytchnieniowa

Zasadniczą część opieki nad osobami niesamodzielnymi (starszymi, chorymi, niepełnosprawnymi) oparta jest w Polsce o pracę członków ich rodzin - opiekunów nieformalnych. Jedną z kluczowych potrzeb jest dla nich możliwość koordynacji ich pracy zawodowej, odpoczynku oraz opieki sprawowanej nad bliskim. Nieformalnych opiekunów nie można pozbawiać możliwości realizacji pracy zarobkowej (źródło utrzymania i bezpieczeństwa finansowego) oraz możliwości odpoczynku (bez obecności niesamodzielnego bliskiego). Jest to istotne z punktu widzenia zdro-

wia opiekunów, w tym ryzyka depresji. Depresja opiekunów przekłada się także bezpośrednio na ryzyko depresji u ich podopiecznych.

W tym aspekcie pomoc może właśnie opieka wytchnieniowa, która powinna być aktywnie kierowana do opiekunów i promowana. Potrzeba takiej opieki jest w pandemii nie mniejsza niż w czasach sprzed COVID-19. Tutaj upatrywać można realnej szansy na poprawę dobrostanu zarówno opiekunów, jak i osób, którym się trzeba zaopiekować. Organizacja turnusów opieki wytchnieniowej może stać się dla instytucji opiekuńczych znaczącym źródłem dochodów. Wymaga jednak, jak każde działanie w dobie SARS-COV-2 odpowiedniego przygotowania.

Takie działania powinny obejmować:

- odpowiednie przygotowanie pomieszczeń i zadbanie o prawidłowy ruch chorych (odizolowanie od stałych podopiecznych osób przebywających czasowo w ośrodku);
- przyjmowanie osób do opieki wytchnieniowej z jasnym statusem odporności (najlepiej po szczepieniu, dodatkowo także z wykonanym aktualnie testem w kierunku SARS-COV-2: PCR lub antygenowym);
- odpowiedni reżim sanitarny dla podopiecznego i jego bliskich przed przyjęciem do ośrodka;
- przeszkolenie personelu w zakresie opieki nad takim podopiecznym, w tym w zakresie szybkiej diagnostyki potrzeb, doboru lub modyfikacji leczenia, poradnictwa czy rehabilitacji.

### Pomoc doraźna

Dramatyczne sytuacje niektórych osób niesamodzielnymi i ich rodzin rzucają światło na braki w systemie opieki zorganizowanej. Kto ma na przykład roztoczyć opiekę nad niesamodzielnym pacjentem, jeśli jego opiekun musi być odizolowany w związku z zakażeniem SARS-CoV-2 albo trafią do szpitala – zwraca w swoich analizach uwagę Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.

Taka opieka, choć trudna i wieloaspektowa (przeniesienie pacjenta czy opieka w domu, decyzja o odizolowaniu potencjalnie zakażonego podopiecznego, zapewnienie mu opieki przez przeszkolony i odpowiednio zabezpieczony



personel (ŚOI)) jest niezbędna. Choć stanowi wyzwanie, to przy zadbanie o odpowiednie warunki lokalowe, sprzętowe, możliwość stałej kontroli w zakresie infekcji wirusem SARS-COV-2 (własne testy antygenowe na miejscu) oraz po odpowiednim przeszkoleniu personelu może być istotnym elementem na nowo organizowanej ofercie wielu instytucji opiekuńczych.

### Rehabilitacja po COVID-19

Rehabilitacja, poza wybranymi obszarami priorytetowymi (np. w kardiologii bezpośrednio po zawale serca) stanowi słabe ogniwo systemu opieki nad pacjentami. Nie inaczej jest z pacjentami po przebytej infekcji wirusem SARS-COV-2. Pacjenci ci często wypisywani są ze szpitala do domu, a przecież nadal potrzebują znacznej opieki i wsparcia w czynnościach dnia codziennego. A także rehabilitacji: ogólnousprawniającej, oddechowej, często kardiologicznej i neurologicznej z uwagi na następstwa COVID-19. Taką właśnie rehabilitację mogą zapewnić chorym instytucje opiekuńcze. Przez ostatnie lata wiele z nich inwestowało znaczące środki zarówno w zakresie sprzętu niezbędnego do rehabilitacji, jak i w umiejętności personelu. Rehabilitacja ozdrowieńców powinna być oparta o indywidualnie dobrane zabiegi (w tym tlenoterapię, inhalację, zabiegi poprawiające ogólną wydolność organizmu) oraz kuracje oparte o naturalne surowce lecznicze. Niektórzy z chorych po COVID-19 powinni, wcześniej zasięgając konsultacji kardiologicznej czy neurologicznej, uzyskać dostęp do szerszego zakresu rehabilitacji. Konieczne wydaje się także zapewnienie wsparcia psychologicznego. Pacjenci z COVID-19 obciążeni są wieloma dolegliwościami, w tym niewydolnością oddechową, nadmierną odpowiedzią immunologiczną i zaburzeniami krzepnięcia, niewydolnością nerek i zapaleniem mięśnia sercowego. Dlatego musimy założyć, że po COVID-19 u pacjenta może rozwinąć się dysfunkcja prawie każdego narządu. Objawów może być wiele na raz. Tro-

chę tak jak na przykład w chorobach układowych (toczeń), w cukrzycy czy po posocznicy meningokokowej.

Złożoność i zmienność szkód spowodowanych przez COVID-19, w połączeniu z istniejącymi wcześniej schorzeniami, na które cierpi wielu pacjentów, oznacza, że nie ma jednej, specyficznej dla COVID-19 metody określania potrzeb w rehabilitacji. Otyłość, cukrzyca, choroby układu oddechowego (astma czy POChP) pogarszają przebieg i rokowanie pacjentów z COVID. Jednocześnie powodują, że po zakończeniu ostrej fazy infekcji, chorzy Ci wymagają jeszcze bardziej kompleksowej opieki.

### Pamiętajmy

że rehabilitacja może przynieść korzyści każdemu, kto cierpi na długotrwałą chorobę powodującą niepełnosprawność, niezależnie od jej etapu.

### Jaka powinna być dobrze dobrana rehabilitacja po COVID-19?

- Ukierunkowana, specyficzna. A więc dostosowana do potrzeb pacjentów z konkretnymi problemami zdrowotnymi po COVID-19, np. z zaburzeniami neurologicznymi czy kardiologicznymi.
- Oparta o wsparcie psychospołeczne. Odnosi się to do radzenia sobie przez pacjenta z zaburzeniami emocjonalnymi, zmianami w poczuciu własnej wartości i pewności siebie. Obejmuje takie techniki, jak terapia poznawczo-behawioralna i rozmowa motywacyjna.
- Trzecim filarem powinna być edukacja. Obejmuje ona wiele obszarów. Z jednej strony samoopiekę pacjenta. Jednocześnie opiekunowie (rodzinni i zawodowi) powinni uczyć się, jak wspierać chorego, bezpiecznie zapewniać opiekę.
- Kolejną cechą skutecznej rehabilitacji jest dostosowanie procesu do indywidualnych potrzeb, życzeń i wartości pacjenta. ●

#### Literatura:

1. *Problemy pacjentów w obliczu epidemii choroby COVID-19. Raport opracowany na podstawie sygnałów kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta za okres od stycznia do września 2020 roku.*
2. *Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro, dr. hab. Piotr Błędowski, listopad 2019*
3. *Rehabilitation after COVID-19: an evidence-based approach, Derick T Wade, Clinical Medicine 2020*

# Seksualność

## OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ KORZYSTAJĄCYCH Z OŚRODKÓW DŁUGOTERMINOWEGO WSPARCIA

MONIKA KARWACKA //

*pedagog specjalny, wykładowca akademicki, edukator seksualny, kierownik Środowiskowego Domu Samopomocy Kamyk – ośrodka wsparcia dla dorosłych osób z niepełnosprawnością w Stowarzyszeniu „Na Tak”*

Szacuje się, że nawet ponad 15% społeczeństwa to osoby z różnego rodzaju niepełnosprawnościami, w tym z niepełnosprawnością intelektualną. Osoby z niepełnosprawnościami mają równe prawa we wszystkich aspektach swojego życia. Fakt ten akcentowany jest w prowadzonych debatach, kampaniach, społecznych akcjach oraz licznych dokumentach i deklaracjach<sup>1</sup>. Jednak, pomimo żywej dyskusji społecznej i istniejących uregulowań prawnych, społeczeństwo wciąż nazbyt często lekceważy prawa reprodukcyj-

ne i seksualne osób z niepełnosprawnościami. W szczególnie trudnej sytuacji pozostają osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Narażone są na negatywne postawy i uprzedzenia. Uważane są za bezpłciowe i pozbawione zainteresowań seksualnych lub posiadające nadmierne potrzeby i pragnienia seksualne. Odmawia się im prawa do rzetelnej i systematycznie realizowanej edukacji seksualnej. Jako osoby dorosłe doświadczają infantylizowania i unieważniania potrzeb emocjonalnych i seksualnych, protekcyjnego podejścia. Powielane są mity o nie-

1. *Ważnym dokumentem jest Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 roku, ratyfikowana przez Polskę 6 września 2012 roku. Konwencja wymienia kilka praw, które bezpośrednio odnoszą się do seksualności, w tym prawo do zdrowia, prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego, wolności od wyzysku, przemocy i nadużyć.*

zdolności do reprodukcji, tworzenia związków intymnych i pełnienia ról rodzicielskich przez tę grupę społeczną.

Działania na rzecz deinstytucjonalizacji ośrodków opieki długoterminowej<sup>2</sup>, normalizacji życia osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz upowszechniania życia wspieranego (ang. supported living) podejmowane są w wielu krajach, także w Polsce. Akcentuje się konieczność wprowadzenia istotnych zmian w kulturze oraz filozofii opieki nad osobami z niepełnosprawnością.

Osią zachodzących zmian jest zmiana kierunku usług - przejście od świadczenia opieki do holistycznego wspierania i indywidualizowania usług, zależnie od potrzeb osób z niepełnosprawnością. Zwraca się uwagę na zaspokojenie nie tylko fizycznych, ale i społeczno-emocjonalnych potrzeb osób z niepełnosprawnością intelektualną, promuje ideały godności, autonomii i niezależności. Nacisk na organizowanie środowiska skoncentrowanego na osobie i sprzyjającego realizacji jej praw jest urzeczywistnieniem odejścia od tradycyjnego medycznego modelu ujmowania niepełnosprawności i przejścia do modelu społecznego<sup>3</sup>. Częścią tej ogólnej zmiany jest uznanie praw osób z niepełnosprawnością zarówno do edukacji i pracy, samostanowienia, ale też do ekspresji seksualnej. Bez uznania prawa do życia prywatnego i intymnego osoby z niepełnosprawnością intelektualną wciąż będą doświadczały dyskryminacji, a ich życie będzie niepełne.

Seksualność jest ważnym obszarem ludzkiego życia. Wiąże się z połączeniem potrzeby seksualnej z psychologicznymi i emocjonalnymi aspektami funkcjonowania człowieka. Istnieje wiele przeszkód w doświadczaniu i realizacji seksualności przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Wydaje się, że w szczególnie trudnej sytuacji są osoby z niepełnosprawnością intelektualną korzystające z ośrodków wsparcia długoterminowego. Czynniki wpływające na unieważnienie potrzeb seksualnych może być tabu społeczne, jakie okrywa kwestie seksualności osób z niepełnosprawnością, indywidualne nastawienie pracowników wspierających osoby z niepełnosprawnością intelektualną, ale też sposób organizacji i funkcjonowania ośrodków wsparcia.

### Mity i błędne wyobrażenia o seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną

Spółeczne myślenie o seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną jest zbudowane na błędnych wyobrażeniach, które w efekcie prowadzą do dyskryminacji tej grupy społecznej. Wciąż spotkać można się z dwoma głównymi mitami dotyczącymi seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Pierwszy z nich stawia osoby z niepełnosprawnością w pozycji wiecznych dzieci, **osób asekualnych**, które nie wykazują zainteresowania życiem seksualnym, nie posiadają pragnień i marzeń dotyczących pełnienia ról płciowych.

2 Ośrodki długoterminowej opieki (wsparcia) definiują jako miejsca świadczące zróżnicowane usługi związane z pomocą osobom doświadczającym trudności w samodzielnym zadbaniu o siebie ze względu na wiek, ograniczenia w rozwoju fizycznym lub poznawczym oraz przewlekłe schorzenia. Przykładem ośrodków długoterminowego wsparcia są domy pomocy społecznej, zakłady opiekuńczo-lecznicze, ale także mieszkania wspomagane i chronione.

3 Aby zrozumieć sytuację osób z niepełnosprawnością i zależność jaka zachodzi między jakością wsparcia a jakością ich życia pomocne może być spojrzenie na niepełnosprawność intelektualną z szerszej perspektywy i porównanie modeli niepełnosprawności – modelu medycznego oraz modelu społecznego. Sposób konceptualizacji niepełnosprawności zastosowany w każdym modelu, w tym rozumienie przyczyn niepełnosprawności, rodzaj i zakres proponowanego wsparcia, konstytuuje realną sytuację życiową osób z niepełnosprawnościami. Medyczny, inaczej biologiczny lub indywidualny model niepełnosprawności, koncentrował się na biologicznych i fizycznych wadach, zaburzeniach struktur i funkcji ciała. Postulowano podejmowaniu działań leczniczych i naprawczych, głównie o charakterze medycznym. Model społeczny zrodził się w wyniku dążenia środowiska osób z niepełnosprawnościami do zmiany własnego życia, możliwości samostanowienia o sobie i większego uczestnictwa w życiu społecznym. Model przeciwstawia się założeniu o biologicznym pochodzeniu niepełnosprawności. Niepełnosprawność jest warunkowana kulturowo, jest wynikiem organizacji życia społecznego. Celem oddziaływań w tym modelu jest likwidowanie barier, które prowadzą do niepełnosprawności oraz stwarzanie warunków do aktywnego życia i partycypacji społecznej osób z niepełnosprawnościami.

-gających pomocy i opieki, jakiej potrzebują dzieci. Ten sposób myślenia o osobach z niepełnosprawnością intelektualną utrwała ich zależność i prowadzi do infantylizacji we wszystkich obszarach życia.

Rozwój poznawczy oraz dojrzałość społeczno-emocjonalna osób z niepełnosprawnością intelektualną, które są nieadekwatne do wieku biologicznego skutkują postrzeganiem osób z niepełnosprawnością jako zależnych, wyma-

### Mit o aseksualności

Mit o aseksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną



Przekonanie o nieistniejącej seksualności warunkuje podejmowanie działań zaprzeczających seksualności



#### Możliwe konsekwencje:

- Zredukowanie osoby do jej niepełnosprawności.
- Koncentracja na niepełnosprawności przystania inne cechy osobowe – wiek, płeć.
- Ignorowanie wieku biologicznego prowadzi do ignorowania potrzeb seksualnych.
- Traktowanie osoby jak dziecka prowadzi do infantylizacji potrzeb, stroju, sposobu spędzania czasu wolnego, narzucania woli i kontrolowania.

Drugi sposób postrzegania seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną wiąże się z silnym lękiem i społeczną niechęcią, co ma swoje źródło w **micie o hiperseksualności**. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną są fałszywie postrzegane jako niepanujące nad popędem seksualnym, wyrażające swoje potrzeby w sposób niekontrolowany często także w miejscach publicznych. W efekcie postrze-

ganie osób z niepełnosprawnością intelektualną, jako nadseksualne, mogące być agresorami seksualnymi, prowadzi do narastania społecznego lęku, unikania kontaktu oraz tworzenia opresyjnych praktyk.

Oba przedstawione sposoby myślenia o seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną mają swoje konsekwencje. Sposób myślenia przekłada się bowiem na podejmowanie

### Mit o hiperseksualności

Mit o hiperseksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną



Przekonanie o seksualności nadmiernej rozbudzonej warunkuje podejmowanie działań tłumiących płeć



#### Możliwe konsekwencje:

- Brak stwarzania warunków dla pielęgnacji płci.
- Karanie, zastraszanie, zawstydzanie, ośmieszanie osób przejawiających zachowania seksualne.
- Kontrolowanie i tłumienie przejawów seksualności także poprzez farmakologicznie osłabianie popędu płciowego.
- Ograniczenie i kontrola kontaktów z osobami płci przeciwnej.
- Ograniczenie lub zafatyszowywanie edukacji seksualnej.

określonych działań związanych z możliwością doświadczania i realizowania seksualności przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną, na umożliwienie dostępu do edukacji seksualnej czy też opieki zdrowotnej. Funkcjonowanie w opinii społecznej błędnych przekonań o seksualności osób z niepełnosprawnością wpływa więc na jakość życia tej grupy.

Należy pamiętać, że seksualność człowieka rozwija się niezależnie od posiadanej przez niego inteligencji i stopnia niepełnosprawności umysłowej. Czynniki kształtującymi naszą seksualność (w tym pobudliwość, siłę popędu oraz potencję seksualną) są właściwości biofizjologiczne oraz właściwości nabyte, powstałe na drodze uczenia się, stanowiące sumę biograficznych doświadczeń seksualnych człowieka. Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną nie różni się w istotny sposób od seksualności osób pełnosprawnych. Wszyscy

mamy płeć, dojrzewamy, chcemy podobać się innym, zakochujemy się, odczuwamy potrzebę seksualną, chcemy doświadczać przyjemności fizycznej, czasami myślimy o ślubie i rodzicielstwie... Zamiast akcentować i uwypuklać różnice, lepiej skupić się na tym co łączy, wtedy łatwiej o zrozumienie osób z niepełnosprawnością intelektualną. Bliskość emocjonalna, czułość i zażyłość z drugim człowiekiem jest źródłem przyjemności dla wszystkich ludzi, redukuje napięcia psychoseksualne, jest także formą afirmacji własnego ciała i jego funkcji.

### Wpływ postaw specjalistów na seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną

Osoby korzystające z ośrodków długoterminowego wsparcia, to dorosłe osoby, które bez względu na stan zdrowia i rodzaj niepełnosprawności odczuwają napięcie seksualne



nością intelektualną nie są traktowane jako prawo osoby i przejaw naturalnego rozwoju, ale jako zachowanie niepożądane i problemowe, które należy zmienić, zredukować bądź wyeliminować.

Jeśli zachowania seksualne osób z niepełnosprawnością intelektualną są niezrozumiałe, budzą niesmak i wprawiają personel w zakłopotanie, to wobec braku polityki dotyczącej intymności i seksualności, personel będzie próbował radzić sobie z opisaną sytuacją wypracowując różne strategie – od ignorowania zachowania, przez zniechęcanie, nawet po karanie, zastraszanie i piętnowanie osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Brak wiedzy pracowników ośrodków wsparcia na temat prawidłowości rozwoju psychoseksualnego osób z niepełnosprawnością intelektualną może też prowadzić do niespójnych reakcji na podobne sytuacje i zachowania, co może być źródłem nieporozumień, dezorientacji i frustracji osób niepełnosprawnych intelektualnie. Osoby zatrudniane w ośrodkach wsparcia długoterminowego powinny być szkolone zgodnie z paradygmatem, który akcentuje swego rodzaju moratorium osobistych wartości w celu profesjonalnego wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną. Systemy wartości osoby z niepełnosprawnością, jej potrzeby i filozofia życiowa powinny mieć prymat nad systemem wartości pracownika. Osobiste poglądy i preferencje personelu co do właściwego i niewłaściwego wyrażania seksualności, grzesznych i moralnych zachowań seksualnych nie powinny naruszać fundamentalnych praw osób z niepełnosprawnością intelektualną. Pracownicy nie mogą narzucać swoich preferencji i poglądów – w tym dotyczących seksualności – osobom, z którymi pozostają w profesjonalnej relacji pomocowej.

Może zdarzyć się, że pracownicy ośrodków wsparcia doświadczą będąc konfliktu wartości. Zwykle dzieje się tak w sytuacji, gdy zachowania seksualne osób z niepełnosprawnością intelektualną łamią tradycyjne normy społeczne lub są sprzeczne z zasadami i wartościami religijnymi personelu. Odpowiedzialność profesjonalisty wiąże się często z umożliwianiem lub utrataniem życia osobom, których zdolności, potrzeby i życzenia mogą różnić się od jego

i mają potrzebę ekspresji swojej seksualności. Zatem wśród dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną mogą wystąpić wszystkie przejawy seksualności: przyjaźń, komplementowanie, flirt, randkowanie, dążenie do bycia atrakcyjnym, ale też bliskość fizyczna – pieszczoły, pocałunki, stosunek seksualny. Doniesienia, jakie płyną z badań nad długoterminową opieką i wsparciem osób z niepełnosprawnością intelektualną wskazują, że personel zauważa ekspresję seksualną, jednak nie potrafi radzić sobie z przejawami seksualności ze względu na brak odpowiedniego przygotowania merytorycznego.

Ośrodki wsparcia długoterminowego zwykle posiadają liczne uregulowania dotyczące praw i obowiązków, jednak nie posiadają uregulowań dotyczących sfery seksualnej osób korzystających z ich usług. Nie dysponują też strategiami i programami szkoleniowymi regulującymi reakcję personelu na ekspresję seksualną mieszkańców. Brak zasad i standardów powoduje, że istotną rolę w reagowaniu na przejawy seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną odgrywają nieformalne zasady postępowania, które zależne są od indywidualnych przekonań oraz wartości uznawanych przez personel ośrodków wsparcia.

Niezrozumienie potrzeb osób z niepełnosprawnością intelektualną przez personel wspierający powoduje, że w wielu przypadkach zachowania seksualne interpretowane są jako problemy behawioralne wynikające z niepełnosprawności, czy też będące na przykład konsekwencją przyjmowanych leków, a nie jako przejaw (niezaspokojonej) potrzeby seksualnej i emocjonalnej. Personel bez odpowiedniego przygotowania może błędnie interpretować zachowania osób z niepełnosprawnością intelektualną. Na przykład może uznać pewne zachowania za seksualne, choć nie mają one takiej funkcji. Może też dojść do takiej sytuacji, gdzie rozwojowe zachowania seksualne (na przykład masturbacja) uznane zostaną za patologiczne. W praktyce zdarza się, że nietypowy wzorzec zachowania lub częstotliwość zachowań autoseksualnych, odbiegająca od wyobrażeń personelu na temat tego co „normalne” prowadzi do uznania zachowania za anormalne i dewiacyjne. W efekcie zachowania seksualne osób z niepełnospraw-

własnych. Niedopuszczalne są więc sytuacje, w których wymaga się od osoby z niepełnosprawnością sublimacji popędu seksualnego, życia w celibacie czy karze się je za zachowania seksualne, gdyż są one niezgodne z systemem wartości pracowników. Należy pamiętać, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają prawo do podejmowania autonomicznych wyborów, nawet wtedy, kiedy są to (z perspektywy otoczenia) „złe wybory”. Oczekiwanie od osób z niepełnosprawnością intelektualną podporządkowania i przyjęcia norm zachowań uznawanych przez personel jest wyrazem skrajnie opresyjnego podejścia. Warto przemyśleć, jak w sytuacjach konfliktu norm i wartości można wspierać zarówno pracowników ośrodków, jak i osoby z niepełnosprawnością. Cennym rozwiązaniem może być wdrożenie self-advokatury czyli samorzecznictwa osób z niepełnosprawnością intelektualną. Innym rozwiązaniem może być powołanie rzecznika praw klienta ośrodka wsparcia.

### Kultura instytucjonalna a seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną

Ośrodki opieki długoterminowej, pomimo wielu pozytywnych zmian, jakie zachodzą w kulturze ich organizacji, wciąż mają wiele wspólnego z instytucjami (totalnymi). Korzystający ze wsparcia ośrodków prowadzą kolektywne i formalnie zarządzane życie. O „instytucjonalizacji życia” i istnieniu „reżimu instytucjonalnego” świadczy struktura organizacyjna, która dyktuje mieszkańcom ściśle określony sposób działania i reguluje ich życie. Ustalone harmonogramy posiłków, godziny kąpieli oraz godziny spania powodują, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną doświadczają ograniczeń w samostanowieniu, autonomii i swobodzie działania. W środowisku zinstytucjonalizowanym istnieje wiele trudności w wyrażaniu i realizowaniu praw seksualnych i reprodukcyjnych. Po pierwsze trudno o prywatność w miejscu, które zorganizowana jest tak, że większa część przestrzeni jest publiczna i wspólna. Wieloosobowe pokoje, posiadanie współlokatorów, wspólne łazienki utrudniają zachowania prywatności i podejmowanie przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną zachowań seksualnych w sposób

intymny. Rozwiązaniem, które mogłoby być pomocne, o ile nie jest możliwe zamieszkanie w jednoosobowych pokojach z łazienkami, jest stworzenie prywatnej przestrzeni mieszkańcom poprzez wydzielenie odpowiedniego lokalu lub wprowadzenie zasady czasu prywatnego przy współdzieleniu pokoju.

Nawet jeśli ośrodek wsparcia mógłby zapewnić komfortowe warunki życia i możliwość zamieszkiwania w jednoosobowych pokojach, to osoby z niepełnosprawnością intelektualną mogą doświadczać utrudnień w przestrzeganiu granic ich prywatności wynikających z działań związanych z dążeniem do zapewnienia bezpieczeństwa. Specyficzna organizacja przestrzeni, kamery wideo, brak zamków w drzwiach pokoi lub łazienek oraz kontrola personelu powodują, że pobyt osób z niepełnosprawnością intelektualną w ośrodkach wsparcia długoterminowego jest stale monitorowany i nadzorowany. W praktyce należy dążyć do zrównoważenia poziomu kontroli i prawa do prywatności, co jest o tyle trudne, że przestrzeń prywatna osób z niepełnosprawnością intelektualną nakładają się z przestrzenią pracy personelu. Sypialnia osoby z niepełnosprawnością jest jej przestrzenią prywatną, ale pomieszczenie to nie zapewnia prywatności, ponieważ jest również miejscem pracy personelu.

Należy zwrócić uwagę, że problemem w doświadczeniu seksualności przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną jest nie tylko brak prywatności, ale to, że wiele ośrodków wsparcia nie jest koedukacyjnych. Stąd osoby z niepełnosprawnością intelektualną po prostu nie mają szans na znalezienie partnerów życiowych. Skazane są na tworzenie związków homoseksualnopodobnych oraz autostymulację.

Ważnym, choć często pomijanym, elementem wspierania osób z niepełnosprawnością intelektualną jest zapewnienie przez ośrodki wsparcia długoterminowego edukacji seksualnej. Dostęp do edukacji seksualnej jest niezbędny w zapobieganiu niepożądanym zjawiskom, jak wykorzystywanie seksualne, ale jest też ważnym czynnikiem w zakresie zapewnienia zdrowia seksualnego. Często uważa się w ośrodkach wsparcia, że informacje o seksualności sprawiają, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną będą częściej przejawiały zachowania

seksualne. Edukacja seksualna nie jest instruktażem seksualnym. Dobrze realizowana jest nie tylko procesem przekazywania informacji, ale przede wszystkim służy kształtowaniu postaw, przekonań i wartości dotyczących tożsamości płciowej, relacji i intymności. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną korzystające z ośrodków opieki długoterminowej powinny być uczone dbania o zdrowie seksualne, ale także zachowań asertywnych i unikania przemocy seksualnej. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że jednym z istotniejszych czynników ryzyka przemocy seksualnej w grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną jest brak orientacji w sprawach płciowych. Odmawianie osobom z niepełnosprawnością intelektualną prawa do edukacji seksualnej czy negowanie potrzeb seksualnych powoduje, że pozostają one zupełnie bezradne wobec swojej płciowości i są niezdolne do unikania sytuacji ryzykownych mogących prowadzić do przemocy seksualnej.

### Budowanie polityki wspierającej osoby z niepełnosprawnością w realizacji praw seksualnych

Ośrodki wsparcia długoterminowego zwykle posiadają liczne uregulowania dotyczące zasad świadczenia usług. Regulacje są wynikiem przestrzegania obowiązujących na poziomie państwa lub konkretnego resortu przepisów, jak również są wyrazem dbałości o zapewnienie bezpieczeństwa i określonego standardu opieki.

Tabela 1

#### Założenia realizacji praw seksualnych i reprodukcyjnych osób z niepełnosprawnością intelektualną w ośrodkach wsparcia długoterminowego

- Zapoznaj się z przepisami regulującymi świadczenia wsparcia w określonym typie ośrodków. Ustal, czy i w jaki sposób, przepisy odnoszą się do prywatności, intymności i seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Jednak wobec braku nadrzędnych dyrektyw regulacyjnych dotyczących życia intymnego osób z niepełnosprawnością intelektualną (zwykle) ośrodki wsparcia nie tworzą samodzielnie uregulowań dotyczących realizowania praw seksualnych i reprodukcyjnych osób korzystających z ich wsparcia<sup>4</sup>.

Na próżno szukać wytycznych i wzorców zarówno w literaturze fachowej, jak i przykładów dobrych praktyk rozwijanych przez konkretne ośrodki wsparcia. Brak polityki w zakresie wspierania intymności i seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną można uznać za swoistych wskaźniki tego, jak bardzo usługodawcy pomijają i marginalizują potrzeby seksualne osób z niepełnosprawnością, jak silne jest tabu seksualne w naszej kulturze. Opracowanie polityki wspierania osób z niepełnosprawnością intelektualną w realizacji praw seksualnych jest niezwykle ważne dla humanitarnego, godnego i podmiotowego traktowania osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną korzystające z opieki długoterminowej mają prawo do ekspresji seksualności, jeśli ich zachowania nie mają charakteru publicznego, odbywają się za zgodą osób zainteresowanych i nie są dla nich niebezpieczne. Planując wprowadzenie zmian w ośrodku wsparcia ukierunkowanych na uznanie praw seksualnych osób z niepełnosprawnością warto przemyśleć kwestie zapisane w Tabeli 1.

4. Warto dokonać analizy Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 2018 poz. 734). Dokument szczegółowo reguluje wiele ważnych kwestii dotyczących standardu podstawowych usług świadczonych przez domy pomocy społecznej – w tym na przykład w zakresie żywienia i organizacji posiłków, pomocy w utrzymaniu higieny osobistej, możliwości zaspokojenia potrzeb religijnych i udziału w praktykach religijnych. Jednak w dokumencie nie znajdują się żadne zapisy regulujące kwestie praw seksualnych i reprodukcyjnych, czy choćby prawa do intymności i prywatności. Wciąż brakuje odwagi, by przyznać, że mieszkańcy są seksualni i mają potrzeby seksualne, a zachowania seksualne mają miejsce w domach pomocy społecznej.



- Zdiagnozuj potrzeby pracowników i osób z niepełnosprawnością intelektualną w zakresie prywatności, intymności i seksualności.
- Opracuj wytyczne dotyczące zachowania pracowników. Budź świadomość pracowników, by nie skupiali się wyłącznie na potrzebach medycznych, ale także na potrzebach emocjonalnych i społecznych osób z niepełnosprawnością intelektualną. Prowadź rozmowy z pracownikami w celu omówienia w jaki sposób ich osobiste wartości, przekonania i postawy mogą wpływać na wykonywaną pracę i utrudniać osobom z niepełnosprawnością intelektualną realizację praw seksualnych i ekspresję seksualności.
- Przygotuj wsparcie merytoryczne dla pracowników (np. materiały edukacyjne, szkolenia, konsultacje i superwizje). Wyznacz osobę będącą „rzecznikiem praw seksualnych i adwokatem osób z niepełnosprawnością intelektualną”.
- Przygotuj wsparcie dla osób z niepełnosprawnością intelektualną (np. szkolenia, konsultacje, wyznaczenie osoby będącej „rzecznikiem praw seksualnych i adwokatem osób z niepełnosprawnością intelektualną”, pokój intymny dla osób nieposiadających prywatnych pokoi, odpowiednie oznakowanie pokoi na czas aktywności seksualnej, dostęp do opieki medycznej, środków antykoncepcyjnych, lubrykantów, usług seksualnych itp.).
- Ustal z zespołem (i jeśli to możliwe także z osobami z niepełnosprawnością intelektualną) miejsca, w których mieszkańcy będą mogli podejmować czynności seksualne.
- Opracuj z zespołem (i jeśli to możliwe także z osobami z niepełnosprawnością intelektualną) kryteria dotyczące wyrażania zgody na angażowania się w intymne relacje.
- Opracuj z zespołem (i jeśli to możliwe także z osobami z niepełnosprawnością intelektualną) zasady dotyczące zgłaszania nadużyć seksualnych. Uwzględniając ewentualne ryzyka i sposób postępowania, jeśli osoba z niepełnosprawnością intelektualną dopuszczała się w przeszłości przemocy seksualnej.

Dodatkowo warto, by ośrodki wsparcia długoterminowego posiadały regulacje w zakresie sprawowania opieki intymnej i osobistej. Opieka osobista obejmuje takie czynności, jak golenie, mycie włosów, mycie zębów, obcinanie paznokci. Ich wykonywanie nie wiąże się z kontaktem z intymnymi częściami ciała. Natomiast

opieka intymna obejmuje zadania pielęgnacyjne związane z funkcjami organizmu, wydzielinami ciała, higieną osobistą, co wymaga bezpośredniego lub pośredniego kontaktu z intymnymi częściami ciała. Zakres czynności wchodzących w skład opieki intymnej i osobistej przedstawia Tabela 2.

Tabela 2

Czynności i możliwy zakres opieki osobistej i intymnej

OPIEKA OSOBISTA	OPIEKA INTYMNA
<ul style="list-style-type: none"> <li>● karmienie</li> <li>● rozbieranie i ubieranie odzieży (innej niż bielizna)</li> <li>● pielęgnacja ciała – stosowanie kremów, dezodorantu</li> <li>● mycie ciała (innych części niż intymne)</li> <li>● mycie zębów</li> <li>● mycie i pielęgnacja włosów</li> <li>● golenie</li> <li>● stosowanie leków zewnętrznych i doustnych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● zakładanie bielizny</li> <li>● pomoc w skorzystaniu z toalety, higiena po toalecie</li> <li>● zmiana pieluchomajtek, podkładow, worków stomijnych</li> <li>● kąpiel i prysznic, mycie intymnych części ciała</li> <li>● opieka przy menstruacji</li> <li>● podawanie leków doodbytniczych i wykonywanie lewatywy</li> <li>● stosowanie leków do miejsc intymnych</li> </ul>

Sposób świadczenia opieki intymnej i osobistej może w istotny sposób wpływać na jakość życia osób z niepełnosprawnością intelektualną. Dlatego warto wprowadzać podstawowe wytyczne i standardy w tym zakresie (Tabela 3).

Dodatkowo wprowadzenie indywidualnych kart opieki osobistej i intymnej wyjaśniających zakres takich czynności, jak na przykład mycie ciała, opieka przy miesiączce, pomoc w sytuacji nietrzymania moczu lub stolca oraz warunki ko-

Tabela 3

Założenia realizacji praw seksualnych i reprodukcyjnych osób z niepełnosprawnością intelektualną w ośrodkach wsparcia długoterminowego

1. Opieka powinna być podejmowana z poszanowaniem prywatności i godności osób z niepełnosprawnością intelektualną.
2. Przebierając osobę z niepełnosprawnością intelektualną, wykonując toaletę, odstawiaj tylko te części ciała, które są konieczne. Minimalizuj czas, w którym ciało jest obnażone lub nagie. Zakryj rękami lub kocem te części ciała, których nie poddajesz czynnościom pielęgnacyjnym.
3. Nie wchodź do pomieszczeń, gdy inni pracownicy wykonują intymną i osobistą opiekę. Jeśli jest to konieczne, pukaj do drzwi i czekaj na uzyskanie zgody na wejście do pomieszczenia.
4. Wypracuj system, który uniemożliwi lub ograniczy wchodzenie do pomieszczeń podczas wykonywania opieki osobistej i intymnej (np. oznaczenia drzwi, blokady).
5. W pomieszczeniu powinny znajdować się wyłącznie osoby niezbędne do wykonania czynności. Jeśli osoba z niepełnosprawnością intelektualną wymaga pomocy kilku osób w przeniesieniu ciała, należy się zastanowić, czy obecność tych osób jest konieczna w dalszym przebiegu opieki.
6. Osoby prowadzące opiekę intymną i osobistą muszą unikać angażowania się w prywatne rozmowy.
7. Nie omawiaj wykonywanych czynności z innymi osobami, zwłaszcza jeśli świadkiem tego ma być osoba z niepełnosprawnością intelektualną. Zachowaj dyskrecję. Nie eksponuj też stosowanych środków higienicznych – pieluchomajtek, podpasek, worków kolostomijnych.
8. Zaproponuj osobom z niepełnosprawnością intelektualną noszenie odzieży łatwej do zdejmowania i zakładania, by mogli oni (w miarę możliwości) samodzielnie wykonywać niektóre czynności.
9. W miarę możliwości angażuj osobę z niepełnosprawnością intelektualną w wykonywanie czynności pielęgnacyjnych. Nie wyręczaj, dostosuj zakres pomocy i wsparcia do możliwości osoby.
10. Zaplanuj przestrzeń, w której osoba z niepełnosprawnością intelektualną będzie korzystała z opieki. Przy przebieraniu lub zmianie pieluchomajtek skorzystaj z materaca, maty lub kozetki. Jeśli osoba nie może stać przy myciu zębów, goleniu, ubieraniu posadź ją na krześle, ale nie sadzaj na toalecie. Siedzenie na toalecie w innych celach niż faktyczne używanie może prowadzić do trudności w kojarzeniu toalety z oddawaniem moczu lub defekacją. Może też zdarzyć się, że sadzanie na toalecie wywoła automatyczną reakcję oddania moczu.
11. Czynności wykonuj bez pośpiechu. Uprzedzaj o nich stosując sygnały uprzedzające na ciele, sygnały uprzedzające w postaci konkretnych przedmiotów oraz gesty. Nazywaj wykonywane czynności, dotykane części ciała.
12. Nie utrzymuj kontaktu wzrokowego podczas opieki intymnej, gdyż może to prowadzić do pobudzenia seksualnego osoby z niepełnosprawnością intelektualną.

13. Dbaj o regularne korzystanie z toalety i zmianę pieluchomajtek/podkładu, by osoba z niepełnosprawnością nie przemoczyła się i nie przeżywała w związku z tym trudnych emocji (wstyd, upokorzenie).
14. Kiedy konieczne jest dotykanie intymnych części ciała unikaj kontaktu „skóry ze skórą”. Stosuj jednorazowe rękawiczki oraz używaj np. myjek. Pamiętaj, że dotyk w miejscach intymnych (penis, pochwa, odbyt i piersi) należy minimalizować. W sytuacji pobudzenia seksualnego przerwij wykonywane czynności.
15. Bądź uważny i czujny na sygnały (werbalne i niewerbalne), które mogą świadczyć o dyskomforcie odczuwanym przez osobę z niepełnosprawnością.
16. Ustal w gronie współpracowników, kto będzie zajmował się opieką osobistą i intymną. Poinformuj o tym osobę z niepełnosprawnością intelektualną. Staraj się, by była to osoba tej samej płci, co osoba z niepełnosprawnością. Jeśli jest możliwe, by wyboru osoby zajmującej się opieką osobistą i intymną dokonała osoba z niepełnosprawnością, dołóż starań, by jej to umożliwić.
17. Opracuj system, który pozwoli osobie z niepełnosprawnością intelektualną, która nie posługuje się mową werbalną na sygnalizowanie potrzeb i pomocy (dzwonki, komunikatory, książki i tablice do komunikacji alternatywnej i wspomagającej).

nieczne do ich realizacji zapewni spójne podejście pracowników. Ustalenia dotyczące opieki intymnej i osobistej powinny uwzględniać płeć osoby z niepełnosprawnością intelektualną (zaleca się stosowanie zasady jednorodności płci), religię, pochodzenie etniczne i kulturowe. Warto na przykład poznać uwarunkowania kulturowe opieki (zdrowotnej) nad Romami. Obecny system opieki stwarza wiele barier dla seksualnego wyrażania siebie i autonomii osób z niepełnosprawnością intelektualną. Należy

mieć nadzieję, że odejście od medycznego modelu niepełnosprawności i deinstytucjonalizacja życia osób z niepełnosprawnością intelektualną przyniesie potrzebne zmiany. Skuteczna, spójna i oparta na humanitaryzmie polityka ośrodków wsparcia długoterminowego może spowodować osłabienie postrzegania seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną jako tabu i problematycznej; może uczynić seksualność ważną i satysfakcjonującą częścią życia codziennego. ●



# Inteligencja emocjonalna

– W BUDOWANIU EFEKTYWNYCH ZESPOŁÓW INTERDYSCYPLINARNYCH

MAGDALENA ROZMUS // Trener biznesu, coach, psycholog



**P**raca indywidualna znacząco różni się od pracy zespołowej. Liczne badania naukowe jednoznacznie pokazują, że w grupie jednostki zaczynają funkcjonować w specyficzny dla zbiorowości sposób, tworząc **układy dynamiczne**. Tym pojęciem określa się zbiór oddziałujących na siebie wzajemnie elementów, które podlegają zmianom oraz zdolności do ewolucji w czasie. Paradygmat układów dynamicznych opiera się na dwóch podstawowych założeniach:

1. Charakteryzują się one **wewnętrznie generowaną dynamiką**. Grupy działają według określonych reguł i prawidłowości, przechodząc przez określone fazy.
2. Na każdy taki układ działają **czynniki zewnętrzne**, które mogą zasadniczo zmienić przebieg owej dynamiki.

Stan danego zespołu jest w tym kontekście najczęściej traktowany jako **suma zasobów i procesów**, które wcześniej zaistniały w grupie. To ważne spostrzeżenie było podwaliną dla japońskiej filozofii biznesowej **Kaizen**, która

zakłada, że jeśli chcemy zmienić efekt, wpływając na jego wskaźniki – musimy zacząć od zmiany procesów zachodzących w zespole.

**Procesy** to jeden z filarów tworzenia efektywnych zespołów. Drugim natomiast są **same jednostki, które tworzą grupy zadaniowe**. Każdy członek wnosi do zespołu swoją wiedzę, umiejętności, pomysły jak i emocje. Zestaw tych zasobów wewnętrznych będzie albo pomagał w budowaniu współpracy albo ją niszczył.

Dlatego tak ważne jest, by praca w zespołach interdyscyplinarnych nastawionych na opiekę zdrowotną była oparta na **odpowiednich zasobach jej członków oraz zdrowych, konstruktywnych procesach**. Do podstawowych elementów budującymi procesy w efektywnych zespołach należą między innymi:

- Jasna i transparentna komunikacja oparta na empatii i konstruktywnych przekonaniach
- Dopasowane do zadań role grupowe
- Sprawnie i w kontrolowany sposób przebiegający proces grupowy
- Przejrzysta struktura, zasady i kultura organizacyjna
- Silna integracja z zespołem i z celami organizacji

Powyższe elementy będą ważne zarówno w kontekście współpracy z innymi członkami zespołu w środowisku pracy, jak i w kontekście samej pracy z podopiecznym. Badania naukowe nad procesem zdrowienia pacjentów pokazują, że bardzo duży wpływ na efektywność leczenia ma sposób komunikowania się z nimi i udzielanie wsparcia psychologicznego. Umiejętne przekazywanie informacji zwrotnej pacjentowi na temat schematu i etapów leczenia, możliwych skutków ubocznych, okazywanie zrozumienia i życzliwości sprawia, że pacjenci szybciej wracają do zdrowia<sup>1</sup>.

**Nie zawsze jednak komunikacja i zespoły działają dobrze.**

W dobie zmieniającej się rzeczywistości, rosnących wymagań, napięć, coraz większej nie-

pewności o swoją przyszłość, lęku o zdrowie swoje i najbliższych – przestajemy czuć się bezpiecznie i pewnie. Wtedy o wiele trudniej jest okazać zrozumienie i wyrozumiałość dla innych. Powoduje to coraz więcej konfliktów, nieporozumień, napięć w relacjach z innymi. Wysoki poziom stresu przekłada się w dużym stopniu na pracę w zespołach i z podopiecznymi, pacjentami. Można wtedy zaobserwować coraz mniejszą cierpliwość, drażliwość, niską tolerancję na błędy innych, nieadekwatne do sytuacji reakcje. Konsekwencją może być obniżenie motywacji do współpracy – zarówno z podopiecznymi jak i w zespole.

Jeśli zauważyliśmy takie symptomy w naszej organizacji, warto się zastanowić nad źródłem pojawiających się trudności. Najczęściej przyczyna leży:

- **W wadliwych procesach grupowych** – złej komunikacji, dezinformacji, nieczytelnych rolach w zespole, wadliwego sposobu delegowania zadań,

lub

- **Na destruktywnych zasobach osobistych jednostek** tworzących grupę, na które często składa się niezrozumienie emocji swoich i innych ludzi, niska odporność na stres, czy szybkie zniechęcanie się.

**Procesy** należy poprawiać poprzez wprowadzenie jasnego planu komunikacji, zadbanie o transparentny podział ról i zadań w zespole, adekwatny system motywacyjny oparty na pogłębionej analizie potrzeb członków zespołu. Ważne jest również by zespół regularnie mógł się spotkać i przedyskutować kluczowe problemy w pracy w atmosferze życzliwości i otwartości na pomysły i opinie innych. Warto zaangażować w proces zmian cały zespół – poczucie partycypacji i wpływu na funkcjonowanie całego środowiska pracy podnosi motywację do współpracy. Niezwykle istotne jest dbanie o spójność celów organizacji i indywidualnych – tylko, jeśli wszyscy członkowie zespołu mają świadomość grania do jednej bramki, mamy szansę na sukces. Mogą służyć temu spotkania integracyjne, warsztaty –

podczas których członkowie grupy będą mogli w moderowanych warunkach omawiać kluczowe sprawy, wspólnie opracować plan działania, budując przy tym silne więzi emocjonalne.

**Destruktywne zasoby jednostek** najczęściej wynikają z błędnych przekonań, niskich umiejętności społecznych i trudności emocjonalnych. Są to kluczowe elementy, składające się na inteligencję emocjonalną. Jeśli chcemy, by zespoły działały sprawnie i efektywnie – należy zadbać o ciągłe podnoszenie jej poziomu.

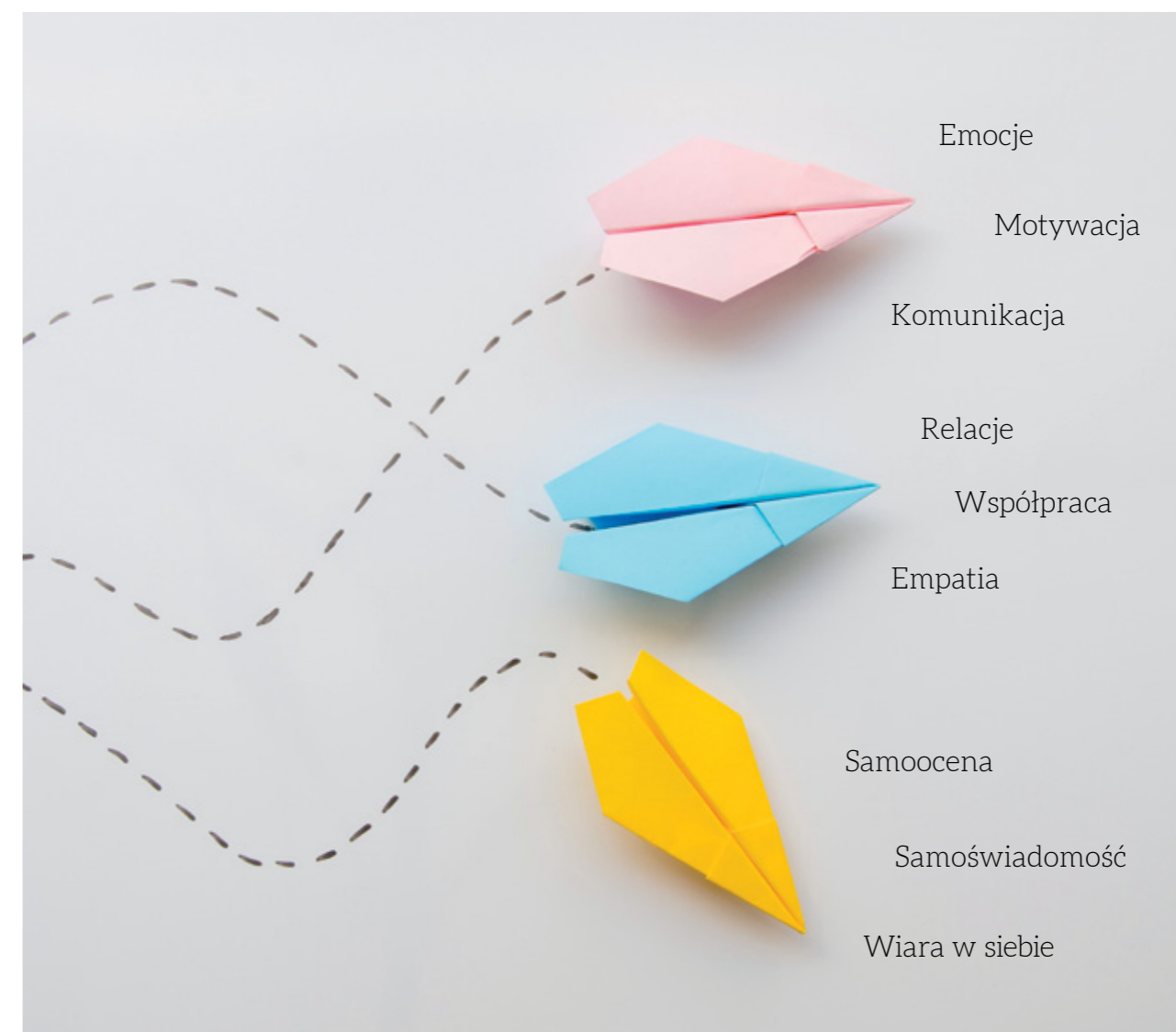
### Czym ona jest?

Inteligencja emocjonalna (EQ) jest określana jako zdolność do odczytywania, analizowania i zarządzania własnymi emocjami i motywacją, a także umiejętność do rozpoznawania stanów

emocjonalnych u innych ludzi i zarządzaniem relacjami z innymi.

W życiu codziennym jej poziom wskazuje na to, czy czujemy się pewni siebie, jak sobie radzimy w sytuacjach stresowych, trudnych, a także ile czasu potrzebujemy na powrót do równowagi emocjonalnej. Wpływa na to jak wyglądają nasze relacje z innymi ludźmi – czy potrafimy zrozumieć innych, czy potrafimy sprawić, że będą chcieli z nami współpracować.

Również w życiu zawodowym jej poziom warunkuje, na ile będziemy potrafili realizować cele swoje i organizacji. Czy będziemy potrafili pracować w zespole, sprawnie się komunikować, elastycznie podchodzić do zmian i nowych obowiązków. To inteligencja emocjonalna jest odpowiedzialna za jakość naszych relacji z podopiecznymi i członkami zespołu.



#### Literatura:

1. PGordon, T. (1999). *Pacjent jako partner*. Warszawa. Mayerscough P.R, Ford M. (2001). *Jak rozmawiać z pacjentem*. Gdańsk: GWP.

### Co się zatem składa na inteligencję emocjonalną?

Jest kilka różnych koncepcji podziału kompetencji emocjonalnych. Jedną z najpopularniejszych jest koncepcja Daniela Golemana, który dzieli tę kompetencję na 2 podstawowe grupy:



Najskuteczniejsi ludzie w różnych organizacjach posiadają bardzo wysokie kompetencje z tej kategorii. W zupełnie naturalny sposób wykorzystują swój radar emocjonalny do wyczuwania, czego potrzebują i jak reagują inni, a następnie dostosowują do ich reakcji swoje własne, starając się tak sterować wzajemnymi relacjami, by posuwały się w najlepszym kierunku.

Ważne jest zaznaczenie, że inteligencja emocjonalna jest predyspozycją. Sam w sobie wysoki poziom EQ nie gwarantuje sukcesu. Dopiero kiedy nauczymy się korzystać z tego potencjału – możemy mówić o pewnych umiejętnościach, które przekładają się na nasz sukces zawodowy i osobisty.

### Jak zatem kształtować i podnosić EQ?

W różnych branżach i na różnych stanowiskach ważne są określone kompetencje w różnych konfiguracjach. W obszarze opieki zdrowotnej to obie grupy wymienionych kompetencji mają kluczowe znaczenie w efektywnym pomaganiu podopiecznym i pacjentom.

Tylko jeśli posiadamy wysokie EQ możemy stworzyć zdrowe zespoły, które będą w trafny sposób potrafiły odczytywać potrzeby podopiecznych i na ich podstawie projektowały jak najlepsze sposoby oddziaływania, leczenia i opieki.

Podnoszenie kompetencji osobistych i spo-

tecznych zawsze zaczynamy od nabycia wiedzy o EQ, a następnie ćwiczymy określone umiejętności podczas aktywnego treningu.

**Kompetencje osobiste** podnosi się poprzez:

- 1** Regularny trening wglądu w siebie, w swoje emocje. Warto uczyć się odczytywać stany, w których się znajdujemy, zauważać narastające napięcie w ciele w trudnych sytuacjach.
- 2** Zwiększanie swojego emocjonalnego słownika – warto nauczyć się definiować i nazywać różne stany, które się pojawiają i które popychają nas do działania (np. czując poirytowanie, frustrację, niechęć, złość)
- 3** Podejście mindfulness, uważności polegające na świadomym kierowaniu swojej uwagi na to, czego doznaje się w danej chwili – tu i teraz, bez ocen i analizy. W Internecie można znaleźć specjalne treningi i instruktaże – jak ćwiczyć to podejście. Polegają one głównie na zatrzymywaniu się na chwilę w różnych sytuacjach życiowych i przyglądaniu się swoim reakcjom – oddechowi, odczuciom ciała, biciu serca. Pozwala to wyciszać emocje i zdystansować się od trudnej sytuacji. Tylko spokojny umysł daje przestrzeń do przyjmowania racjonalnych argumentów i pozwala na wyciąganie



poprawnych wniosków. Badania naukowe wykazują, że regularne trenowanie uważności zmienia na stałe fale mózgowo, dzięki czemu zyskuje się wyższą odporność psychiczną na przyszłość.

**4** Budowanie adekwatnej samooceny w oparciu o dobrą znajomość siebie, swoich mocnych i słabszych stron.

**5** Zwiększanie swojej wiedzy z zakresu mechanizmu działania stresu i emocji. Badania pokazują jednoznacznie, że nasze przekonania na temat stresu i emocji warunkują sposób w jaki one działają na nasze ciała i gospodarkę hormonalną. Okazuje się, że jesteśmy w stanie za pomocą swoich racjonalnych myśli – wpływać na to jak się czujemy i jak się zachowujemy. Wymaga to jednak treningu i regularnego powtarzania. Zapewniam jednak, że warto!

**6** Trenowanie optymizmu. Tak, optymizmu można się nauczyć. Próbujmy w swojej codzienności praktykować postawę poszukiwania pozytywnych stron każdej sytuacji, która nas spotkała.

**7** Prowadzenie dziennika swoich myśli i emocji. Analizowanie różnych sytuacji z naszego życia, rozkładanie ich na czynniki pierwsze, pozwala na wyciąganie wniosków i zaplanowania coraz lepszego wykorzystanie swojego potencjału na przyszłość.

**8** Czytanie książek o EQ, dobrych pozycji z zakresu rozwoju osobistego – takiej wiedzy nigdy dość!

W początkowych etapach zmiany warto skorzystać z pomocy specjalistów – psychologów, coachów, mentorów, którzy będą czuwać i kontrolowali, czy proces psychoedukacji i treningu umiejętności przebiega w prawidłowy sposób.

W zakresie kompetencji społecznych warto uczyć się:

- **Empatii** – poprzez ciągłe próby odczytywanie potrzeb, emocji, intencji drugiej strony w różnych sytuacjach społecznych. Przydatne będzie też uczenie się mowy ciała innych osób. Jest to niezbędna podwalina pod umiejętność badania potrzeb podopiecznych. Podopieczny, który czuje się zrozumiany – chętniej będzie wchodził z nami w interakcję, będzie nam bardziej ufał i współpracował.
- **Konstruktywnej komunikacji** poprzez aktywne słuchanie, badanie reakcji odbiorców na nasze słowa, gesty i propozycje. Warto uczestniczyć w szkoleniach, warsztatach, podczas których w bezpiecznych i kontrolowanych warunkach możemy nabywać nowe umiejętności.
- **Udzielania konstruktywnej informacji zwrotnej** – jest coraz więcej nowoczesnych sposobów na takie budowanie komunikatów, które będą zachęcać innych do rozwoju i motywować do zmian. np. Feetforward.
- **Współpracy** – poprzez udział i aktywne zaangażowanie we wspólne projekty.

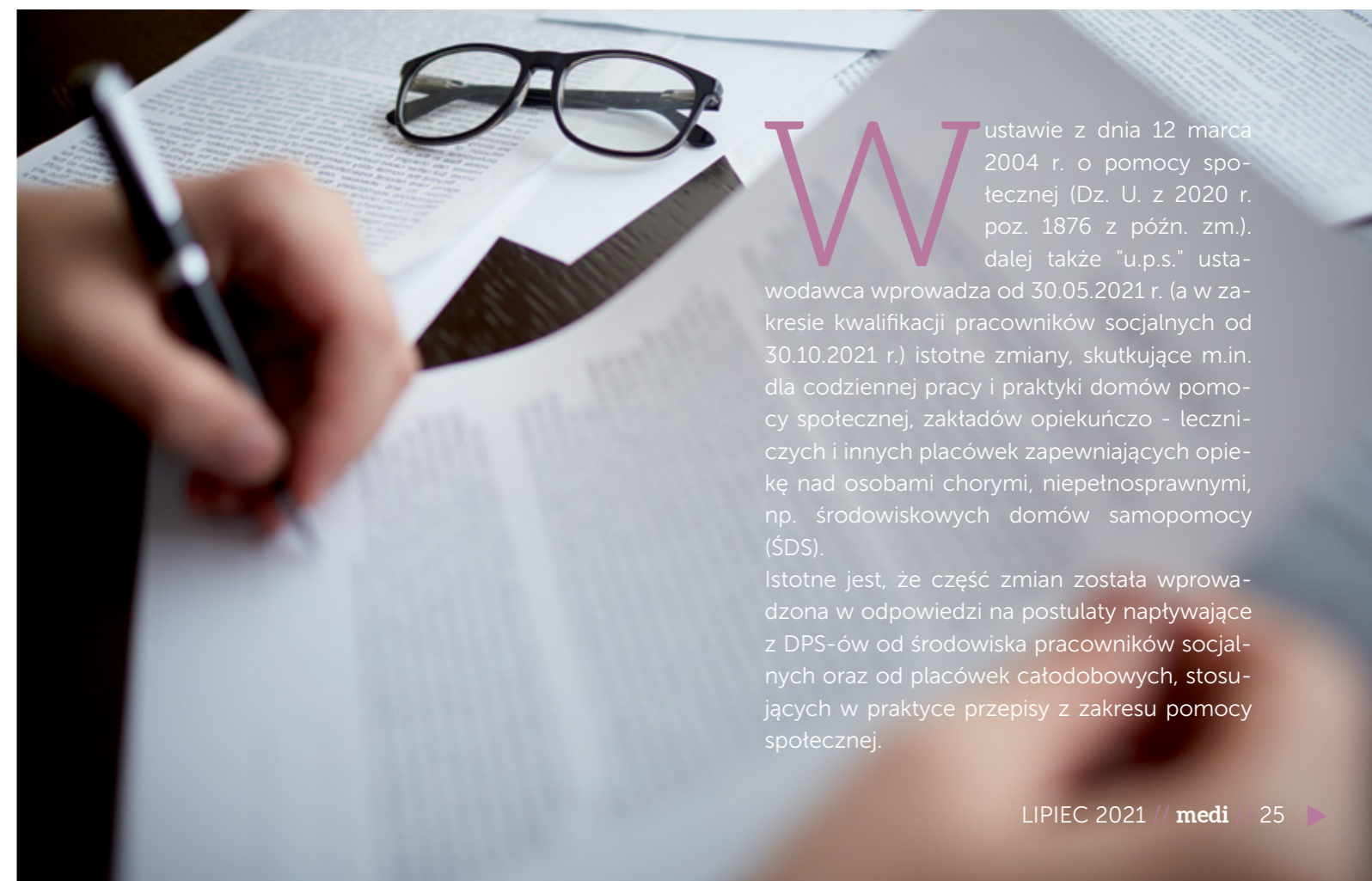
Na początku może się to wydawać trudne, sztuczne i dziwne, żeby robić taką stop klatkę i wprowadzać zmiany. Zapewniam jednak, że przy regularnym treningu te umiejętności staną się tak automatyczne, że praktycznie niezauważalne, jak chodzenie czy oddychanie. „Magicznym sposobem” – zespół z dużym prawdopodobieństwem zacznie funkcjonować na zupełnie innym, o wiele bardziej satysfakcjonującym poziomie. ●

#### Bibliografia:

- Goleman D., (1997) *Inteligencja emocjonalna*, Poznań
- Goleman D., (1999) *Inteligencja emocjonalna w praktyce*, Poznań
- Gordon, T. (1999). *Pacjent jako partner*. Warszawa.
- Mayerscough P.R, Ford M. (2001). *Jak rozmawiać z pacjentem*. Gdańsk
- Wilczyńska M., Nowak M., Sawicka J., Sztajerwald K., (2013) *Moc coachingu. Poznaj narzędzia rozwijające umiejętności i kompetencje osobiste*, Gliwice
- Wojciszke B., Jarymowicz M., (red.) (1999) *Psychologia rozumienia zjawisk społecznych*. Warszawa

# Ważne zmiany w 2021 r. W USTAWIE O POMOCY SPOŁECZNEJ

MICHAŁ BOCHENEK // ekspert w sprawach pomocy społecznej



**W** ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm.) dalej także "u.p.s." ustawodawca wprowadza od 30.05.2021 r. (a w zakresie kwalifikacji pracowników socjalnych od 30.10.2021 r.) istotne zmiany, skutkujące m.in. dla codziennej pracy i praktyki domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo - leczniczych i innych placówek zapewniających opiekę nad osobami chorymi, niepełnosprawnymi, np. środowiskowych domów samopomocy (ŚDS).

Istotne jest, że część zmian została wprowadzona w odpowiedzi na postulaty napływające z DPS-ów od środowiska pracowników socjalnych oraz od placówek całodobowych, stosujących w praktyce przepisy z zakresu pomocy społecznej.

W niniejszym artykule, z uwagi na obszerność materiałów, zostaną przedstawione ramowo tylko niektóre spośród zmian, ale istotne dla kierowników/dyrektorów i pracowników DPS, ZOL, ŚDS oraz innych placówek wskazanych wyżej.

### 1 Zmiany w zakresie odpłatności za korzystanie z usług świadczonych w trybie dziennym w ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zgodnie z nowym (tzn. od 30.05.2021 r. brzmieniem – art. 51 b u.p.s.:

**ust. 1** uchylono,

**ust. 2** – Korzystanie z usług świadczonych w ośrodkach wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi, niebędącymi usługami całodobowymi oraz korzystanie z usług klubów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest nieodpłatne (to nowość).

**ust. 3** – Odpłatność za usługi całodobowe w ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustala się w wysokości 70% dochodu osoby korzystającej z usług, proporcjonalnie do okresu jej pobytu.

**ust. 4** – Odpłatność, o której mowa w ust. 3, nie może być wyższa niż średnia miesięczna kwota dotacji na jednego uczestnika, o której mowa w art. 51c ust. 3, wyliczona dla ośrodka wsparcia, w którym osoba przebywa.

**ust. 5** – Decyzję o skierowaniu do ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i decyzję ustalającą odpłatność za korzystanie z usług całodobowych w tych ośrodkach wydaje właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego prowadzącej lub zlecającej prowadzenie ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

**ust. 6** – Organ, o którym mowa w ust. 5, może zwolnić osoby zobowiązane do odpłatności za usługi całodobowe w ośrodkach wsparcia, na ich wniosek, częściowo lub całkowicie z tej odpłatności. Przepis art. 64 stosuje się odpowiednio.

**ust. 7** – Dochody z tytułu odpłatności za usługi całodobowe świadczone w ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi stanowią dochód budżetu państwa.

Zatem od 30.05.2021 r. ustawy uchylono przede wszystkim obowiązek odpłatności za

usługi świadczone w ośrodkach wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi (ŚDS), niebędącymi usługami całodobowymi. Ideą przewodnią tej zmiany była konstatacja, iż dochody z tytułu przedmiotowej odpłatności nie są znaczące dla budżetu państwa, natomiast dla osób z zaburzeniami psychicznymi stanowią o znaczący wydatek w ich budżecie lub w budżetach ich rodzin. W postulatach dotyczących zmiany art. 51 b u.p.s. wielokrotnie wskazywano na nierówność prawa w tym zakresie w odniesieniu do np. warsztatów terapii zajęciowej, gdzie uczestnicy zajęć o podobnych dysfunkcjach nie są zobligowani do ponoszenia opłat za korzystanie z usług warsztatu terapii zajęciowej. Pozostawiono odpłatność za pobyt całodobowy w środowiskowych domach samopomocy. Pobyt ten ma inny cel i charakter, niż pobyt dzienny oraz generuje większe nakłady finansowe związane z całodobowym przebywaniem uczestnika w środowiskowym domu samopomocy – całodobowe zatrudnienie kadry, koszty utrzymania obiektu, rozszerzony charakter świadczonych usług. Odpłatność ta jest ustalana podobnie do odpłatności osoby za pobyt w domu pomocy społecznej (w wysokości 70% dochodu osoby, proporcjonalnie do okresu pobytu). Powyższa regulacja powinna spowodować zmniejszenie obciążeń administracyjnych po stronie samorządu (brak konieczności ustalania odpłatności i wydawania decyzji w tej sprawie oraz pobierania i przekazywania do budżetu państwa pobieranych opłat). Zmiana ta powinna także pozytywnie wpłynąć na beneficjentów placówek przez zmniejszenie obciążeń finansowych.

### 2 Nowe rozwiązania w zakresie przyznania, w szczególnych okolicznościach, usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych w trybie pilnym.

Ustawodawca w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej dodał nowy art. 50a, zgodnie z którym w szczególnie uzasadnionych przypadkach osobom, o których mowa w art. 50 ust. 1 i 2 u.p.s., w szczególności, gdy doszło do nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub gdy objęcie osób usługami opiekuńczymi lub specjalistycznymi usługami opiekuńczymi wynika z konieczności zapewnienia takim oso-

bom odpowiedniej opieki, usługi te mogą być przyznane w trybie pilnym. Są to zatem osoby samotne, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawieni, a także osoby, które wymagają pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić. Trzeba zauważyć, że od 30.05.2021 r. przyznanie usług w trybie pilnym następuje niezwłocznie po przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego, a wydanie decyzji o przyznaniu usług oraz decyzji ustalającej odpłatność za przyznane usługi może nastąpić po rozpoczęciu ich rzeczywistego świadczenia, nie później jednak niż w terminie 10 dni od dnia

rozpoczęcia świadczenia usług. Wskazana wyżej „nowość” ustawowa jest odpowiedzią na liczne postulaty dotyczące zmian, zgłaszane zarówno przez osoby potrzebujące usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych, jak również przez osoby i podmioty świadczące te usługi. W dodanym art. 50a u.p.s. wprowadzono tym samym możli-

wość przyznania usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych w trybie pilnym („przyspieszonym”), uzasadnionym nagłą zmianą stanu zdrowia osoby, której będą świadczone. W tym przypadku najpierw osoba zostanie objęta niezbędną opieką, a dopiero później organ będzie mógł zakończyć postępowanie, tj. wydać decyzję. Termin wskazany na wydanie decyzji jest terminem instrukcyjnym i ma charakter dyscyplinujący, a jego niedochowanie nie wywołuje negatywnych skutków, w szczególności nie powoduje bezskuteczności dokonanej czynności. Warto zauważyć, że nowa regulacja nie będzie miała wpływu na akt wykonawczy wydany na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 50 ust. 7 u.p.s.,

w którym są określone m.in. warunki i tryb ustalania i pobierania opłat za specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone osobom z zaburzeniami psychicznymi, jak również warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia z tych opłat, ze względu na szczególne potrzeby osób korzystających z usług.

### 3 Zmiany w zakresie wspólnego skierowania małżonków lub rodziców z dorosłymi dziećmi do tego samego domu pomocy społecznej.

Od 30.05.2021 r. w szczególnie uzasadnionych przypadkach, gdy przestanki skierowania do domu pomocy społecznej spełniają jednocześnie osoby pozostające w związku małżeńskim

*W dodanym art. 50a u.p.s. wprowadzono tym samym możliwość przyznania usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych w trybie pilnym („przyspieszonym”), uzasadnionym nagłą zmianą stanu zdrowia osoby, której będą świadczone. W tym przypadku najpierw osoba zostanie objęta niezbędną opieką, a dopiero później organ będzie mógł zakończyć postępowanie, tj. wydać decyzję.*

lub rodzic z pełnoletnim dzieckiem, osoby te można skierować do jednego domu pomocy społecznej pomimo zakwalifikowania każdej z tych osób do różnych typów domów pomocy społecznej. Kierowanie do odpowiedniego domu pomocy społecznej w sytuacji, o której mowa wyżej uwzględnia konieczność zapewnienia właściwej opieki

osobie wymagającej bardziej specjalistycznych usług. Wskazane wyżej rozwiązania mogą mieć zastosowanie również w przypadku, gdy jedna z osób jest już mieszkańcem domu pomocy społecznej. Regulacja ma na celu umożliwienie podtrzymywania więzi rodzinnej, pomimo skierowania wyżej wymienionych osób do placówki zapewniającej całodobowe wsparcie. Analogicznie regulacja będzie mogła mieć zastosowanie w przypadku, gdy jedna z tych osób przebywa już w domu pomocy społecznej. Zmiana dotycząca zasad kierowania członków rodziny do jednego domu pomocy społecznej nie wymaga uzupełnienia w zakresie przepisów przejściowych.

#### 4 Nowe rozwiązania w zakresie realizacji usług w ramach rodzinnego domu przez podmioty działające na terenie gminy sąsiadującej z gminą, która zawiera umowę na prowadzenie tego typu działalności.

Od 30.05.2021 r. umożliwia się prowadzenie rodzinnego domu pomocy również na terenie gminy sąsiadującej z gminą, na terenie której nie ma możliwości prowadzenia takiego domu lub zapewnienia dostatecznej liczby miejsc w prowadzonych na jej terenie rodzinnych domach pomocy. Zgodnie z dodanym nowym art. 52 ust. 2b u.p.s. w przypadku, gdy na terenie gminy nie ma możliwości prowadzenia rodzinnego domu pomocy lub zapewnienia odpowiedniej do potrzeb liczby miejsc w rodzinnych domach pomocy prowadzonych na jej terenie, gmina może zawrzeć umowę z osobą fizyczną lub organizacją pożytku publicznego prowadzącą rodzinny dom pomocy na terenie gminy sąsiadującej z tą gminą. Wprowadzenie tej zmiany postulowały jednostki samorządu terytorialnego, które nie mogły znaleźć na własnym terenie podmiotów chcących podjąć się prowadzenia na ich rzecz rodzinnych domów pomocy, natomiast władze jednostek sąsiadujących nie widziały potrzeby utworzenia tego rodzaju wsparcia na swoim terenie – przez co nie było możliwe ani zawarcie umowy na prowadzenie rodzinnego domu pomocy ani podpisania odpowiedniego porozumienia między sąsiadującymi gminami. Jednocześnie uregulowano kwestię ustalenia właściwości miejscowej gminy. Dodano, że dla osoby korzystającej z usług rodzinnego domu pomocy, właściwa jest gmina, która skierowała ją do tego domu.

#### 5 Nowe rozwiązania dotyczące podwyższenia kary pieniężnej za prowadzenie nielegalnej placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku oraz zwiększenia kary pieniężnej za nierealizowanie zaleceń pokontrolnych, wydawanych przez wojewodów.

Co istotne szczególnie wobec pojawiających się niestety sygnałów o nieprawidłowościach w placówkach całodobowych, wprowadzono podwyższenie dotychczasowych kar przewi-

dzianych za prowadzenie nielegalnej placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. Zmiany polegają na zwiększeniu kary pieniężnej za nierealizowanie zaleceń pokontrolnych, tj. wysokość „od 200 do 600 zł” zwiększono do wysokości „od 500 do 12 000 zł.”. Zwiększono kary pieniężne za prowadzenie nielegalnej placówki. Od 30.05.2021 r. kto bez zezwolenia prowadzi placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom w podeszłym wieku, przewlekle chorym lub niepełnosprawnym, w której przebywa nie więcej niż 10 osób – podlega karze pieniężnej w wysokości 10 000 zł., natomiast jeżeli w placówce przebywa więcej niż 10 osób – kara pieniężna wynosi 20 000 zł. Nowe przepisy przewidują różne wysokości kar w zależności od ilości osób przebywających w nielegalnej placówce, tj. w przypadku gdy w danej placówce przebywa od 1 do 10 osób – kara wyniesie 10 000 zł; od 11 do 20 osób – 20 000 zł, a powyżej 20 osób – 30 000 zł.

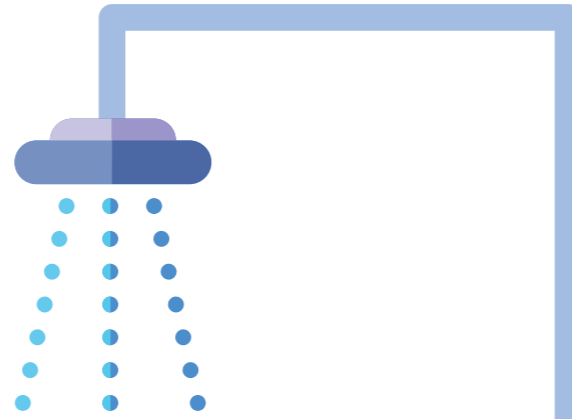
Wprowadzono również zwiększenie kar pieniężnych w przypadku prowadzenia przez placówkę nadal tej samej lub innej działalności po uprawomocnieniu się decyzji o nałożeniu kary pieniężnej za prowadzenie bez zezwolenia wojewody placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku – z 40 000 zł do 60 000 zł.

W kontekście DPS-ów warto dodać, że ustawodawca sprecyzował zasady ustalania właściwości organów, które dotychczas budziły często w praktyce wątpliwości, a nawet spory kompetencyjne. Od 30.05.2021 r., gdy osoba przebywająca w placówce zapewniającej całodobową opiekę lub w prywatnym domu pomocy społecznej na podstawie umowy cywilnej i ubiega się o przyjęcie do domu pomocy społecznej w trybie ustawy o pomocy społecznej, właściwa miejscowo do udzielenia i w związku z tym późniejszego finansowania tego świadczenia jest gmina miejsca zamieszkania tej osoby sprzed rozpoczęcia pobytu w tego typu placówce. W praktyce zdarza się często, że w małych gminach, atrakcyjnych pod kątem krajobrazowym, powstają liczne prywatne

placówki i domy oferujące osobom starszym, niepełnosprawnym lub przewlekle chorym całodobową opiekę. W przypadku gdy osoba przebywająca w tego typu obiekcie z różnych przyczyn nie jest w stanie ponosić w dalszym ciągu pełnej odpłatności lub z góry zakłada przy rozpoczęciu pobytu w tego typu obiekcie możliwość wsparcia finansowego przez gminę, składa wnioski o skierowanie do domu pomocy społecznej. Często osoby te wprost wskazują, choć przepisy nie dopuszczają z automatu takiej możliwości, że chcą być skierowane właśnie do tego domu, w którym przebywają. Stosownie do obowiązujących jeszcze przed 30.05.2021 r. przepisów gminą właściwą do udzielenia tego wsparcia jest gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania. Zgodnie z orzecznictwem sądów administracyjnych w przypadku takich osób właściwa jest gmina miejsca zamieszkania mieszkańca domu – gmina miejsca położenia tej placówki (niezależnie od czasu realnego dotychczasowego pobytu tej osoby na terenie gminy i celów tego pobytu) – co nie wydaje się prawidłowe. Małe gminy ponoszą więc bardzo duże, niewspółmierne do możliwości, koszty utrzymania wielu mieszkańców domów pomocy społecznej tylko dlatego, że na ich terenie znajdują się prywatne podmioty świadczące całodobowe usługi opiekuńcze.

Na koniec niniejszego artykułu warto podać optymistyczne wiadomości. Otóż uwzględniając postulaty pracodawców, m.in. DPS zgłaszających problemy z pozyskiwaniem nowych kadr do pracy socjalnej, poszerzono katalog możliwości uzyskania uprawnień w zawodzie pracownik socjalny. Od 30.10.2021 r. będą nowe możliwości zdobycia uprawnień do wykonywania zawodu pracownika socjalnego przez umożliwienie zdobycia kwalifikacji w ramach ukończenia studiów podyplomowych z zakresu metodyki i metodologii pracy socjalnej, w szkole realizującej studia na kierunku praca socjalna, po uprzednim ukończeniu studiów na kierunkach wymienionych w art. 116 ust. 1 pkt 3 u.p.s. Mając na uwadze stały wzrost zapotrzebowania jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, w tym całodobowych na pracowników socjalnych i zgłaszane problemy w pozyskiwaniu nowych kadr na te stanowiska,

uzasadnione jest wprowadzenie dodatkowej ścieżki kształcenia umożliwiającej uzupełnienie posiadanej wiedzy o zagadnienia specyficzne dla obszaru kwalifikacji pracownika socjalnego i uzyskanie tą drogą uprawnień do wykonywania tego zawodu. Wprowadzenie nowej "ścieżki" zdobycia uprawnień do wykonywania zawodu pracownika socjalnego, m.in. w DPS umożliwi uzyskanie kwalifikacji do zatrudnienia na omawianym stanowisku osobom, które ukończyły studia wyższe pierwszego lub drugiego stopnia na jednym z kierunków: pedagogika, pedagogika specjalna, politologia, polityka społeczna, psychologia, socjologia, nauki o rodzinie i chciałyby uzyskać uprawnienia do wykonywania zawodu pracownika socjalnego poprzez ukończenie kształcenia uzupełniającego. Metodologia i metodyka pracy socjalnej stanowią odrębny blok przedmiotowy z zakresu teorii oraz praktyki pracy socjalnej, ściśle powiązany ze specjalistycznym przygotowaniem do zawodu pracownika socjalnego. Blok ten nie był realizowany na kierunkach studiów: pedagogika, pedagogika specjalna, politologia, polityka społeczna, psychologia, socjologia, nauki o rodzinie. Zakłada się, że uczelnie posiadające doświadczenie w prowadzeniu studiów na kierunku praca socjalna zapewnią odpowiedni poziom realizacji standardów teoretycznego i praktycznego kształcenia specjalistycznego na studiach podyplomowych z zakresu metodologii i metodyki pracy socjalnej. Wprowadzane przepisy poszerzają możliwość zdobycia kwalifikacji pracownika socjalnego przez absolwentów zbliżonych dziedzinowo kierunków studiów, którzy będą mieli możliwość uzupełnienia swojej wiedzy o zagadnienia specyficzne dla obszaru pracy socjalnej. Zaproponowane zmiany przyczynią się do zwiększenia liczby pracowników socjalnych zatrudnianych w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, w tym w placówkach całodobowych. Zakłada się także pozytywny wpływ wprowadzonych zmian na cały system pomocy społecznej w Polsce, tzn. wzrost liczby wykwalifikowanej kadry pomocy społecznej, a tym samym większy zakres możliwości świadczenia usług. My także mamy taką nadzieję. ●



ARTYKUŁ SPONSOROWANY

# Higiena

## – U OSÓB Z DEMENCJĄ

AGNIESZKA WÓJCIK-PŁAWIŃSKA // Marketing, Arjo Polska

Opieka nad osobami z demencją może być wyzwaniem ze względu na złożoność objawów i bardzo zróżnicowane potrzeby. Istnieją sytuacje, w których osoba z demencją może czuć się nieswojo lub być zestresowana otrzymywaną pomocą lub opieką, co w konsekwencji może prowadzić do dyskomfortu lub konfliktu. Dla większości ludzi dbanie o higienę było w przeszłości osobistą i wykonywaną samodzielnie czynnością. Własna nagość przy obcych osobach może być bardzo stresująca, a na początku jest wręcz nie do pomyślenia – należy wziąć pod uwagę te delikatne okoliczności. Zapotrzebowanie danej osoby na wsparcie w zakresie higieny osobistej stopniowo wzrasta w miarę rozwoju choroby, utrata samodzielności i prywatności może budzić w osobie z demencją strach, powodować dyskomfort, a nawet poczucie zagrożenia. Potrzebna jest dokładna ocena oraz wspólne

planowanie z udziałem osoby chorej na demencję, aby zminimalizować jej poczucie utraty samodzielności i stresu. Niektóre reakcje nie powinny być traktowane jako objawy demencji, ale jako odpowiedź na emocje, stres, bodźce lub środowisko.

W trakcie kąpieli w wannie i pod prysznicem polewanie głowy i twarzy wodą może na przykład odblokować złe wspomnienia szamponu w oczach. Może to spowodować, że podopieczny będzie się bał, denerwował, zacznie zachowywać się w trudny dla nas sposób, uderzać i krzyczeć. Należy pamiętać, że osoba z demencją może różnie reagować na różne bodźce. Temperatura może być zbyt wysoka, powietrze może być zbyt zimne, a światło zbyt jasne. Reakcja następuje często na konkretny bodziec lub wyzwalacz – usunięcie czynnika wyzwalającego może zmniejszyć lęk u danej osoby i zwiększyć jej chęć współpracy przy myciu w wannie czy pod prysznicem.

### Ustalanie przyczyny zachowania

Takie reakcje emocjonalne mogą być trudne zarówno dla osoby cierpiącej na demencję, jak i innych osób. Oto istotne kroki pozwalające ograniczyć te sytuacje:

- Komunikacja w zespole opiekunów i dzielenie się pomysłami oraz informacjami, na przykład o preferencjach danej osoby i indywidualnych czynnościach higienicznych.
- Znalezienie powodu danego zachowania – jeśli to możliwe, poprzez zapytanie podopiecznego. Obserwowanie tego, co podopieczni robią, mówią i pokazują, aby zrozumieć ich wskazówki niewerbalne.
- Osobie z demencją należy w jak największym stopniu pozwolić na samodzielność i zaangażowanie w różne czynności opiekuńcze. Powinno się zachęcać osobę do samodzielnego mycia jak największych partii ciała. Jeśli podopieczny lubi śpiewać lub słuchać muzyki, to wykorzystanie jej podczas kąpieli może działać wspomagająco w zmniejszaniu agresji i pobudzenia przed kąpielą i w jej trakcie.
- Dokładna ocena zagadnień higieny osobistej.

Czy widać jakąś prawidłowość? Czy dana osoba wykazuje taką reakcję, gdy znajduje się w konkretnym otoczeniu lub z pewnymi osobami? Czy w łazience jest zbyt dużo ludzi? Kolejne czynności należy wyjaśniać krok po kroku, aby nie było żadnych niespodzianek. Pokazywanie przedmiotów, materiałów i sprzętów pozwoli danej osobie zaznajomić się z nimi.

- Należy komunikować się spokojnym głosem, bez stresu. Wykorzystanie języka ciała pozwoli opiekunowi spokojnie pokazać, co mówi i co czuje. Jeśli opiekun jest sfrustrowany, w trudnej sytuacji, powinien zadbać o wsparcie dla siebie, zachować spokój i porozmawiać o trudnościach. Warto zrobić przerwę, odetchnąć i spróbować jeszcze raz.
- Tworzenie domowego i odprężającego otoczenia do rozbierania się, ubierania, osuszania i kąpieli.
- Podopiecznego należy traktować w sposób, który przemówi do niego pozytywnie. Elastyczność to podstawa – należy dostosowywać się do podopiecznego.

Wybór pomiędzy myciem w łózku, przy łózku, pod prysznicem lub w wannie będzie zależał zarówno od wyniku oceny danej osoby, jak i jej preferencji. Wybory i potrzeby danej osoby mogą być inne każdego dnia, a czasem nawet w ciągu jednego dnia, co oznacza, że opiekun musi dostosowywać się do podopiecznego „takiego, jakim go widzi”. Celem jest zaspokojenie podstawowych potrzeb higienicznych danej osoby dzięki różnym rozwiązaniom sprzętowym i umiejętnościom pielęgnacyjnym. Jeśli dana osoba słowami lub czynami wyraźnie pokazuje, że nie chce brać prysznica, najlepiej podejść do niej w innym czasie lub w inny sposób.

### Wybór odpowiedniego rozwiązania w zakresie higieny

Wybierając sprzęt i ogólne czynności higieniczne, należy ocenić następujące czynniki:

- Osobiste preferencje podopiecznego (prysznic czy kąpiel) oraz jego możliwości. Należy spróbować dowiedzieć się, czy są sposoby zwiększenia komfortu danej osoby.
- Sprawność ruchowa i zdolności: należy wykorzystać Galerię Mobilności Arjo.
- Zdolności poznawcze podopiecznego, a w miarę możliwości – jego stan emocjonalny.
- Wymagany stopień pomocy, zachęcanie osoby do współudziału w czynnościach higienicznych.
- Otoczenie fizyczne, na przykład przestrzeń w łazience, oświetlenie, ciepło, poręczce, podłoga, kontrastowe kolory sprzętów, bezpieczeństwo, itd.
- Przebieg całej kąpieli, liczba zaangażowanych opiekunów, czas i częstotliwość przenoszenia osoby. Przy przenoszeniu oraz myciu podopieczny powinien cały czas czuć się bezpiecznie, mieć ciepło i być wspierany.
- Czy możliwe jest zapewnienie indywidualnej opieki oraz jakie są umiejętności i status szkoleń personelu.

Należy pamiętać o ocenie i ewaluacji, aby regularnie wykorzystywany był odpowiedni sprzęt. Ogólny stan i sprawność podopiecznego należy oceniać za każdym razem.



### Produkty specjalnie dedykowane pacjentom z demencją

Arjo jako jedyna firma produkująca sprzęt medyczny posiada akredytację Uniwersytetu w Stirling dla swoich produktów, która potwierdza przystosowanie ich do pracy z osobami z demencją. Produkty Sara Stedy, Sara Flex i krzesło prysznicowe Carendo są pierwszymi akredytowanymi przez DSDC produktami klasy 1B (wyroby medyczne) i mają prawo używać znaku "Dementia Design Accredited Product" (Produkt zaprojektowany z myślą o Demencji)



### Natrysk z pomocą jednego opiekuna

Carendo to wszechstronne krzesło do indywidualnej higieny osobistej, które pozwala osobie cierpiącej na demencję uczestniczyć w czynnościach higienicznych. Stosowanie Carendo może zmniejszyć częstość przenoszenia podopiecznego podczas czynności higienicznych. Jest to korzystne dla osób z demencją, dla któ-

rych przenoszenie z miejsca na miejsce może być stresujące i powodować lęk. Krzesło Carendo jest produktem akredytowanym przez DSDC Dementia Design Dementia Services Development Centre na Uniwersytecie w Stirling, które przetestowało Carendo i przyznało mu akredytację dla produktu klasy 1B.



Funkcja „care raiser” w Carendo ułatwia zmianę pieluchy, otwór toaletowy pozwala na korzystanie z toalety przed kąpielą a sterowanie elektryczne odciąża opiekuna. Krzesło można ustawić w pozycji wygodnej dla podopiecznego i opiekuna znacząco ułatwiając korzystanie z kąpiele pod prysznicem. Odpowiedni dla pacjentów o poziomie mobilności C i D.



### Bezpieczne przenoszenie i kąpiel w wannie

Posiadanie odpowiedniego sprzętu higienicznego i kąpielowego dla osób w łazience jest koniecznością. Manualne przenoszenie może być niebezpieczne ze względu na śliską lub nierówną podłogę. Rozwiązania do transportu, przenoszenia i kąpiele powinny być kompleksowe i zintegrowane, zaprojektowane tak, by można je było dostosować do różnych osobistych preferencji, zdolności i poziomów sprawności.

Dzięki podnośnikowi (podłogowemu lub sufitowemu) system kąpielowy może zaspokoić szeroki zakres potrzeb - można przetransportować podopiecznego bezpośrednio z łóżka do wanny po drodze robiąc przystanek na rozebranie. Regulacja wysokości wanny sprzyja także utrzymaniu kontaktu wzrokowego i indywidualnej interakcji pomiędzy opiekunem a podopiecznym.



Wanna System 2000 z regulowaną wysokością, automatycznym napełnianiem i monitorowaniem temperatury z podnośnikiem kąpielowym Bolero dla pacjenta o poziomie mobilności D i E. Więcej TUTAJ lub po zeskanowaniu QR kodu obok



Wanna Classic Line 2 z regulowaną wysokością, automatycznym napełnianiem i monitorowaniem temperatury. Jako opcje są dostępne: system dezynfekcji, funkcja „sound and vision” oraz mycie ultradźwiękami Hydrasound oraz wiele innych. Na zdjęciu widoczna z podnośnikiem kąpielowym Miranti dla pacjenta o poziomie mobilności D i E. Więcej na stronie [www.arjo.pl](http://www.arjo.pl)

Sprzęt Arjo został zaprojektowany tak, aby czynności pielęgnacyjne, transfer i higienę mógł wykonywać jeden opiekun- dla poszanowania intymności podopiecznego i zachowania ekonomiki pracy- w tym samym czasie druga osoba może zajmować się innymi obowiązkami. W kolejnym numerze opowiemy, jak

Arjo pomaga zmniejszyć obciążenie fizyczne opiekunów. Więcej informacji mogą Państwo znaleźć na stronie [www.arjo.pl](http://www.arjo.pl) lub obejrzeć filmy na naszym kanale na [Youtube](https://www.youtube.com). Pisząc na adres [Marketing.CEE@arjo.com](mailto:Marketing.CEE@arjo.com) mogą Państwo otrzymać materiały edukacyjne nt. przenoszenia, demencji oraz zapobiegania odleżynom.

# Wpływ obostrzeń sanitarnych

## – NA STAN SKÓRY U PERSONELU MEDYCZNEGO

**M**inął już ponad rok od czasu pierwszych wzmianek o COVID-19. Wirus diametralnie zmienił życie każdego z nas - zarówno to prywatne, jak i zawodowe. W sposób szczególny zmienił pracę personelu medycznego i opiekuńczego, który musiał dostosować się do zwiększonych wymogów sanitarnych - noszenia maseczek, odzieży ochronnej i jeszcze częstszej dezynfekcji rąk. Z pewnością działania te pozwoliły zminimalizować ryzyko zakażenia, jednak druga strona medalu jest taka, że nie pozostały bez wpływu na stan skóry. Regularne stosowanie maseczek spowodowało wzrost liczby osób borykających się ze zmianami skórными na twarzy, a konsekwencją częstego dezynfekowania rąk jest zauważalny wzrost problemów ze skórą dłoni.

Podczas mycia rąk oprócz drobnoustrojów usuwamy naturalną warstwę lipidową, której zadaniem jest ochrona skóry. Dodatkowo, częste stosowanie środków dezynfekujących na bazie alkoholu działa na skórę wysuszająco i może pogłębiać problemy. W takiej sytuacji nawet chropowate ręczniki papierowe mogą powodować

mikrouszkodzenia skóry, dyskomfort i ból utrudniający pracę. Dlatego w idealnej sytuacji po każdym umyciu skóra powinna mieć czas na regenerację. W realnym życiu, w obecnej sytuacji odstęp między kolejnym myciem i dezynfekcją dłoni jest na tyle krótki, że skóra nie ma szans się odbudować. W takiej sytuacji należy pamiętać o dodatkowej ochronie. Częsta ekspozycja skóry na środki dezynfekcyjne może nawet doprowadzić do rozwoju kontaktowego zapalenia skóry, a w konsekwencji także do zakażenia skóry. Dlatego po umyciu i dezynfekcji rąk tak ważne jest stosowanie kremu nawilżającego o działaniu ochronnym. Trzeba tylko mieć na uwadze, że nie każdy krem się sprawdzi, jeśli zaraz po jego nałożeniu mamy założyć rękawiczki ochronne.

Z myślą o osobach, które w swojej codziennej pracy często dezynfekują ręce, a dodatkowo noszą rękawiczki, w linii specjalistycznych kosmetyków Seni Care pojawił się nowy produkt – **Ochronny krem do rąk dla profesjonalistów**. Łączy on działanie ochronne z regenerującym. Jest przeznaczony do stosowania wielokrotnie w ciągu dnia, do skóry narażonej na codzienny,

częsty kontakt z detergentami i dezynfektantami. Krem ma lekką konsystencję, doskonale nawilża i odżywia, wspomagając proces regeneracji i odnowy naskórka. Szybko się wchłania, pozostawia nieklejący film chroniący przed przesuszeniem i działaniem czynników zewnętrznych. Dodatkowo, został wzbogacony o neutralizator nieprzyjemnych zapachów pozostałych np. po zmianie wyrobów chłonnych lub po innych zabiegach pielęgnacyjnych. I co ważne: może być stosowany przed założeniem rękawiczek ochronnych.

### Co sprawia, że krem przynosi ulgę skórze dłoni?

**Masto Shea** – chroni warstwę lipidową skóry, zmiękcza naskórek, optymalnie nawilża i wygładza skórę, łagodzi podrażnienia.

**Gliceryna** – gromadzi wodę i wiąże ją w naskórku, dzięki temu pozytywnie i długotrwale wpływa na nawilżenie skóry. Jej działanie utrzymuje się nawet do 24 godzin po aplikacji. Zwiększa elastyczność skóry, nadaje jej gładkość; zmiękcza zrogowaciałą skórę, łagodzi spierzchnięcia i podrażnienia.

**Betaina** – naturalny aminokwas (pochodna glicyny), który ma wspaniałe właściwości nawilżające i łagodzące. Doskonala do łagodzenia podrażnień na skórze, np. wywołanych przez detergenty (przy częstym stosowaniu środków do mycia).

Chroni błony komórkowe i przede wszystkim ma zdolność do wiązania wody – stąd jej właściwości nawilżające, przez co skóra wydaje się jedwabście gładka i elastyczna.

**Ekstrakt z nasion lnu** – doskonale pielęgnuje skórę suchą, odwodnioną, a także wrażliwą, skłonną do alergii. Ze względu na zawartość związków śluzowych i oleju posiada bardzo dobre właściwości nawilżające, łagodzące i kojące. Zapobiega nadmiernemu wysuszeniu skóry, chroni jej naturalny płaszcz hydrolipidowy oraz tworzy warstwę ochronną przed czynnikami zewnętrznymi, np. alergenami.

**Alantoina** – działa przeciwzapalnie, łagodząco, nawilżająco i kojąco. Posiada właściwości wygładzające i zmiękczające skórę, usuwając powstałe na naskórku spękania i zgrubienia.

**Emolienty** – tworzą na powierzchni skóry ochronną, zmiękczącą i wygładzającą warstwę, która zapobiega odparowywaniu wilgoci. Natłuszczają, ułatwiają aplikację kosmetyków dając poślizg i jedwabiste odczucie gładkiej skóry.

**Witamina E** – działa silnie antyoksydacyjne, odżywczo, wzmacniająco i ochronnie. Poprawia nawilżenie skóry.

Dodatkowo krem Seni Care został wzbogacony o: **neutralizator zapachu** oraz **składnik matujący**, który pochłania nadmiar tłuszczu z powierzchni skóry i daje długotrwały efekt matowienia skóry.

### Czym Ochronny krem Seni Care różni się od zwykłych kremów do rąk?



- neutralizacja zapachu dłoni
- brak własnego zapachu
- matowienie skóry
- odżywienie skóry
- ochrona skóry przed utratą wody i dalszymi podrażnieniami, związanymi z częstym myciem i dezynfekcją
- może być używany przed założeniem rękawiczek lateksowych/nitrylowych – szybko się wchłania i nie pozostawia klejących się rąk



# Pierwsza w Polsce alpakoterapia

## W DOMU SENIORA



pobudza aktywność. Seniorzy zachęceni są do karmienia, głaskania futra, przytulania zwierzęcia, lub wspólnego spaceru. Czynności te otwierają naszych pensjonariuszy nie tylko w kontakcie z alpaką, ale też z innymi uczestnikami tych zajęć. Ta forma terapii działa na osoby starsze motywująco, zachęcając ich do podejmowania aktywności ruchowej, a także społecznej. Bliski kontakt z alpakami sprzyja też wyciszeniu, a także rozluźnieniu, łagodząc tym samym uczucie niepokoju. Warto wspomnieć, że czas spędzony w towarzystwie tych zwierząt wpływa na poprawę samopoczucia nie tylko u osób poddawanych terapii, ale także ich opiekunów.

Wydawać by się mogło, że alpakoterapia to po prostu atrakcja dla osób starszych, zagłębiając się jednak w ten temat, widzimy wiele pozytywnych skutków, jakie ma ona na osoby starsze.

Wprowadzenie tej formy zajęć do naszego rozkładu dnia spowodowało, że zauważyliśmy znaczącą poprawę w kontakcie z pensjonariuszami. Przychodząc do naszego Domu Seniora znacznie szybciej się adaptują i otwierają na innych, przez co chętniej zawierają nowe przyjaźnie. Ponadto w kontakcie z alpaka, stają się jej opiekunem przez co czują się potrzebni.

Jeżeli zależy nam na poprawieniu strefy fizycznej i emocjonalnej naszych podopiecznych, wprowadzenie tej jak i innych form zooterapii będzie zdecydowanie dobrym rozwiązaniem. ●

**NATALIA MICHALAK** // Właściciel Domu Seniora Lawendowy Zakątek

**T**ak jak zooterapia w formie dogoterapii czy hipoterapii są znane i od dłuższego czasu stosowane, tak alpakoterapia jest w Polsce nowością.

Alpakoterapia to forma terapii polegająca na obcowaniu ze zwierzętami, która przynosi wiele pozytywnych efektów. Na czym dokładnie polega terapia z alpakami, jaki wpływ ma na osoby starsze i dlaczego warto włączyć ją do codziennej terapii zajęciowej?

Obecnie coraz większym zainteresowaniem cieszy się zooterapia w formie alpakoterapii. Choć głównie jest ona stosowana u dzieci, postanowiliśmy jako pierwsi w Polsce wprowadzić ją, w naszym Domu Seniora „Lawendowy Zakątek”, do programu naszej terapii zajęciowej.

Kluczową rolę w alpakoterapii odgrywa możliwość bezpośredniego kontaktu z alpaką – to niezwykle

pogodne, towarzyskie i łagodne zwierzęta. Nie wykazują agresji, a ich usposobienie jest bardzo delikatne. Charakterystyczną cechą tych zwierząt jest bardzo przyjemne w dotyku, miękkie owłosienie. Dzięki ich przyjaznemu usposobieniu obcowanie z nimi znacząco poprawia samopoczucie. Zajęcia z ich udziałem mogą stanowić świetną formę wsparcia dla wielu specjalistycznych form terapii.

Przebywanie ze zwierzętami dobroczynnie wpływa na osoby chore oraz starsze. W szczególności zauważalne są pozytywne skutki u osób cierpiących na depresję czy nerwicę. Alpakoterapia może łagodzić również stres związany z chorobami przewlekłymi czy nowotworowymi, jest również polecana osobom starszym zmagającym się z zaburzeniami otępiennymi, takimi jak m.in. choroba Alzheimera.

Alpaki nie boją się ludzi, a wręcz uwielbiają towarzystwo i są bardzo ciekawskie. Dzięki temu, że w naszym towarzystwie zachowują się bardzo naturalnie, seniorzy podczas kontaktu z nimi reagują spontanicznie. Czworonożni przyjaciele wywołują u naszych podopiecznych uśmiech, dostarczają wytchnienia i pozwalają się zrelaksować.

Choć alpakoterapia w Polsce jest nowością, wyniki badań jednoznacznie wskazują na dobroczynny wpływ tej metody na sferę fizyczną, emocjonalną, poznawczą i społeczną.

Kontakt z alpaka podczas alpakoterapii wspomaga rehabilitację ruchową oraz umysłową osób niepełnosprawnych.

Poprzez zabawy, głaskanie i karmienie seniorzy odprężają się, otwierają się oraz chętniej wykonują ćwiczenia. Dotyk ma ogromny wpływ na emocje: uspokaja, zmniejsza poziom lęku czy stresów, natomiast ruch wykonywany podczas zajęć poprawia motorykę.

Obcowanie z alpakami uczy budowania relacji w klimacie zaufania oraz spokoju. W naszym Domu Seniora terapia odbywa się w formie zorganizowanych zajęć, podczas których swobodna zabawa stymuluje zmysły, przetłumaczy lęki,



# O mózgu, pewnym profesorze i gołębiach

– METODA BEZBŁĘDNEGO UCZENIA SIĘ I ZANIKAJĄCYCH PODPOWIEDZI W NEUROREHABILITACJI OTĘPIENIA

MARZENA GROCHOWSKA // trener, coach, brainolog



**K**orytarzem katedry psychiatrii Uniwersytetu Wrocławskiego przechadza się profesor, a zarazem dyrektor kliniki psychiatrycznej, dumny i zatroskany jednocześnie mężczyzna w kwiecie wieku.

Jeszcze nie wie, że jego nazwisko będzie wymawiać cały świat, wie jednak, że odkrył coś bardzo ważnego i temu poświęci się do końca życia. Analiza mózgu jego pacjentki Auguste Deter przyniosła mu ogromną sławę w roku 1906, ale też przysporzyła nowych trudności. No bo jak leczyć chorobę, którą odkrył i nazwał „chorobą zapominania”. Jak znaleźć na nią skuteczne lekarstwo, tego Alojzy Alzheimer niestety w owym czasie nie wiedział. Nie wiedział też, że jego choroba otrzyma numer G.30 w klasyfikacji ICD-10.

Dokładnie sto piętnaście lat temu, świat dowiedział się o istnieniu choroby Alzheimera i po dzień dzisiejszy szuka nowych dróg prowadzących do jej wyleczenia. Według Światowej Organizacji Alzheimerowskiej AID z danych z roku 2018, co trzy sekundy na świecie diagnozuje się

tę właśnie chorobę. Przyglądając się naszemu rodzimemu podwórku też nie mamy powodów do dumy. Jak wynika z raportu NIK w Polsce problem choroby Alzheimera dotyczy bez mała 500 tysięcy osób, co stanowi prawie 70% wszystkich zdiagnozowanych przypadków demencyjnych. Według stawianych prognoz liczba ta ma się trzykrotnie zwiększyć do roku 2050. Rozwój wiedzy na temat AD- alzhamier's disease jest imponujący, jednak na dziś nie mamy skutecznej metody leczenia, zatrzymania czy spowolnienia progresji rozpadu poznawczego. Zatem każda nowa koncepcja, metoda jest na wagę złota, ponieważ przyczynia się do wzrostu wiedzy w tym zakresie i miejmy nadzieję zbliża nas do odkrycia tak przetomowego jak tego, którego dokonał profesor Alojzy Alzheimer, z tą różnicą, że będzie to odkrycie kończące szczęśliwie tę historię.

W rehabilitacji neuropsychologicznej główny nacisk kładzie się na szukanie nowych, skutecznych dróg dotarcia do takich pokładów poznawczych pacjentów, dzięki którym będzie możliwe utrzymanie jego sprawności i jakości życia na jak najwyższym poziomie. Szczególny nacisk kładziony jest na utrzymanie skuteczności, rzetelności i szybkości działań pamięci deklaratywnej. Wspieranie zasobów utrzymujących koncentrację, uwagę, kojarzenie. Nie bez znaczenia są też płynne fluencje słowne, funkcje wzrokowo-przestrzenne i orientacja allopsychiczna.

Część z używanych metod, na co wskazują badania przeglądowe ma słabe zaplecze teoretyczne i jest zbyt trudna do obiektywnej weryfikacji. Jednakże wśród wielu dostępnych narzędzi – interwencji terapeutycznych wspierających procesy pamięciowe, dobrze zbadanych i o potwierdzonej skuteczności są metody z nurtu bezbłędnego uczenia się, między innymi metoda zanikających podpowiedzi. Ten artykuł ma za zadanie przedstawić pokrótce mechanizm działania właśnie tych narzędzi.

No dobrze ale od początku. Otępienie jest wynikiem wielorakich przyczyn prowadzących w ostatecznym rozrachunku do zwyrodnienia tkanki nerwowej z utratą jej funkcji. Jest zaliczane do niepomysłnego typu starzenia się mózgu, w przebiegu którego tracimy zdolność samoopieki i samopielęgnacji. Zdaniem bada-

## Zajęcia terapeutyczne

czy z Sydney pod przewodnictwem prof. Petera R. Schofielda otępienie będzie stanowiło 10% całej populacji naszego globu. Nie jest to optymistyczna perspektywa.

Chcąc rozpocząć wątek o szukaniu skutecznych rozwiązań w walce z otępieniem należy napisać słowo gołąb. Jest rok 1963 behawiorysta Terrace, odkrywa iż gołębie uczone tą właśnie metodą bezbłędnego uczenia się znacznie szybciej przyswajają informacje. To otwiera drogę innym naukowcom do zaimplementowania narzędzia i szukania dla niego nowych zastosowań.

Generalnym założeniem metod bezbłędnego uczenia się jest tworzenie wzmocnienia synaptycznego – wzrostu siły i połączeń między neuronalnych oraz wzmacnianie sieci neuronów w danym obszarze. Uniemożliwiając jednocześnie błędne odpowiedzi.

Metoda zanikających odpowiedzi (MZP) jest jedną z form bezbłędnego uczenia się i służy do usprawniania rezerwy poznawczej pacjentów z otępieniem. Metoda ta pozwala na łączenie wielu technik. Kluczowym celem jej jest wzmacnianie procesu wydobywania informacji z pamięci i zapobieganie frustracji podczas tychże prób, co jest szalenie ważne w przypadku toczącego się procesu otępiennego. Drugim ważnym aspektem jest fakt, iż metoda ta nie wymaga wysiłku i skupienia się co chroni dobrostan neuronalny pacjenta.

MZP dość często stosowana jest w rehabilitacji logopedycznej, nazywana łańcuszkiem kroków wstecz, gdzie terapeuta podaje pełną nazwę do zapamiętania np. imię Kazimierz po czym usuwa kolejne sekwencje wyrazu Kazimie- Kazim- Ka- K by budować potencjał do zapamiętania całego imienia.

### Model pracy przy użyciu technik bezbłędnego uczenia się składa się z pięciu kroków następujących po sobie

**1** Zasada małych kroków KAIZEN – w myśl tej zasady opiekun, terapeuta, prowadzący sesję udziela krótkich wskazówek manualnych, słownych zanim jeszcze pacjent wykona pierwszy krok i tak postępuję przy każdym kolejnym wyznaczonym „punkcie” kontrolnym.

**2** Terapeuta lub opiekun wzorcowo mode-

luje, demonstruje aktywność, którą ma wykonać jego podopieczny. Skupia się na jednym etapie, nie na całym procesie sekwencji czynności. Podawanie zbyt dużej ilości danych niweczy cały proces.

**3** Prowadzący sesje wspiera i asystuje podczas wykonywania przez pacjenta aktywności - minimalizując tym samym chęć do zgadywania.

**4** Mentor - opiekun, lub terapeuta koryguje błędy w czasie rzeczywistym, jeśli wymaga tego sytuacja to zmniejsza również stopień trudności przez modyfikację zadania na „o stopień łatwiejszy”. Czekając, aż pacjent bezbłędnie opanuje zadany poziom, po czym podnosi stopień trudności.

**5** Prowadzący wygasza wskazówki i wydłuża przerwę między demonstracją, a jego wykonaniem, po to by utrwalać kodowanie neuronalne i utrwalić ślad pamięciowy.

### Warunki brzegowe sesji/treningu

Na każdym podanym etapie kluczowe jest utrzymywanie zaangażowania i motywacji pacjenta. Wspieranie pozytywne oraz stosowanie pochwał są jednymi z najwyższej ocenianych skutecznych interwencji w tym zakresie.

Najbardziej efektywne i skuteczne są sesje przeprowadzane codziennie, ponieważ wg badań najszybciej można przywracać utracone funkcje właśnie przez regularne treningi. Kluczowy jest również czas sprawdzania postępów - celowym wydaje się wydobywanie materiału etapowo, aniżeli stosowanie długich sesji uczenia się. W tym wypadku po raz kolejny sprawdzi się zasada małych kroków.

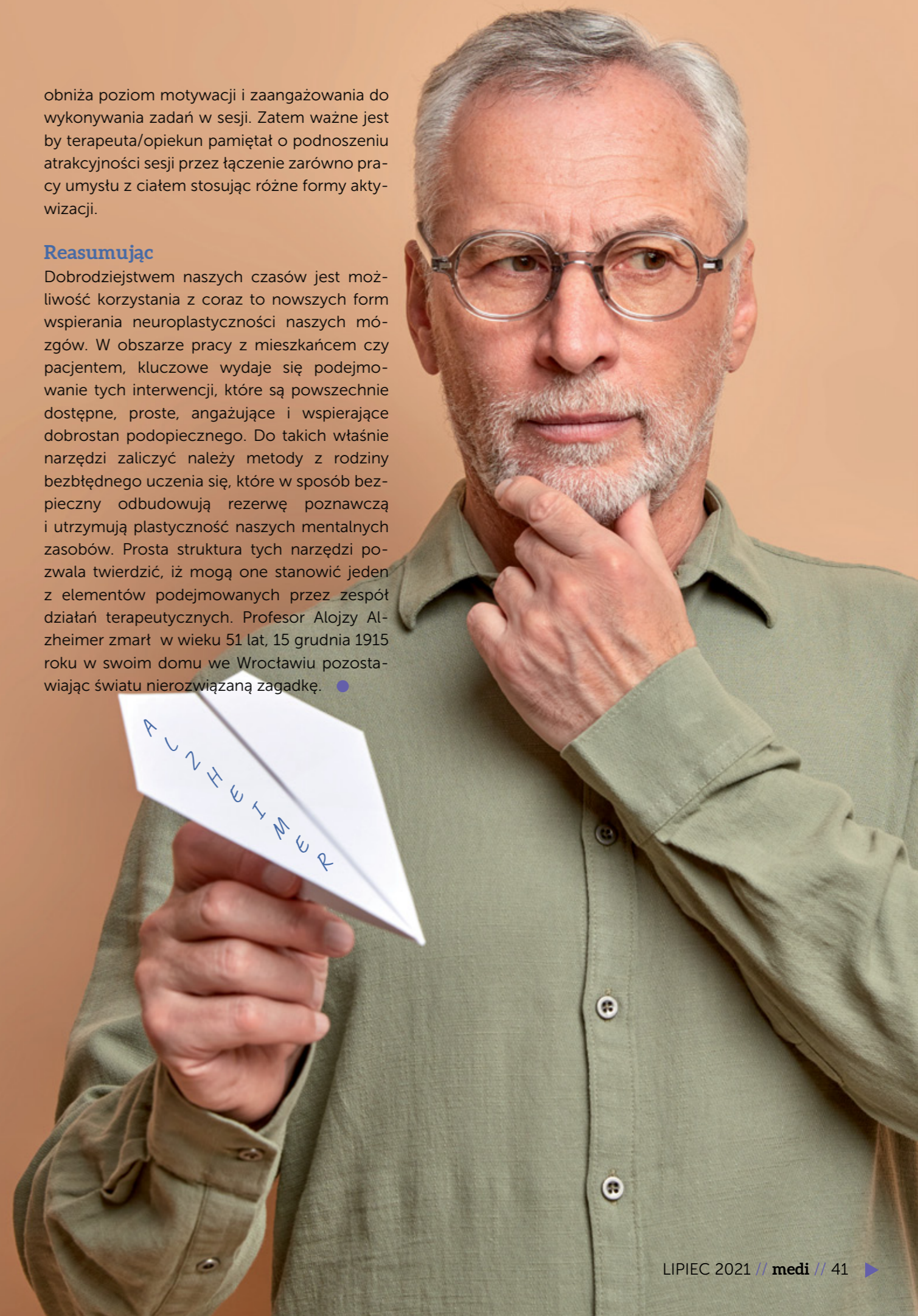
Materiał, który może stanowić bazę do uczenia się powinien być skupiony wokół aktywności codziennego życia pacjenta takich jak: ubieranie się, korzystanie z telefonu, przemieszczanie się po domu, samodzielne wykonywanie takich czynności jak mycie ciała czy przygotowywanie posiłków.

Ważne jest by pamiętać, iż w modelu zarówno zanikających odpowiedzi jak i bezbłędnego uczenia się korzyści zdecydowanie większe osiąga się u pacjentów z bardzo zaawansowanym otępieniem, czasem u pacjentów z łagodną postacią ten rodzaj wsparcia może być odczytywany jako monotony i nużący, co

obniża poziom motywacji i zaangażowania do wykonywania zadań w sesji. Zatem ważne jest by terapeuta/opiekun pamiętał o podnoszeniu atrakcyjności sesji przez łączenie zarówno pracy umysłu z ciałem stosując różne formy aktywizacji.

### Reasumując

Dobrodziejstwem naszych czasów jest możliwość korzystania z coraz to nowszych form wspierania neuroplastyczności naszych mózgów. W obszarze pracy z mieszkańcem czy pacjentem, kluczowe wydaje się podejmowanie tych interwencji, które są powszechnie dostępne, proste, angażujące i wspierające dobrostan podopiecznego. Do takich właśnie narzędzi zaliczyć należy metody z rodziny bezbłędnego uczenia się, które w sposób bezpieczny odbudowują rezerwę poznawczą i utrzymują plastyczność naszych mentalnych zasobów. Prosta struktura tych narzędzi pozwala twierdzić, iż mogą one stanowić jeden z elementów podejmowanych przez zespół działań terapeutycznych. Profesor Alojzy Alzheimer zmarł w wieku 51 lat, 15 grudnia 1915 roku w swoim domu we Wrocławiu pozostawiając światu nierozwiązaną zagadkę. ●



International  
Conference

# Long-Term Care

21-24.09.2021

ORGANIZATOR



PARTNER



## 23 MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ 21-24.09.2021

### NADZWYCZAJNE CZASY. NADZWYCZAJNE POTRZEBY?

OCHRONA ŻYCIA I ZDROWIA PSYCHICZNEGO PODOPIECZNYCH I PRACOWNIKÓW  
W INSTYTUCJACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ.  
KONSEKWENCJE PANDEMII SARS-COV-2.

Tradycja wydarzeń związanych z konferencją sięga roku 1998, od kiedy to co roku we wrześniu spotykaliśmy się w Toruniu dzieląc się doświadczeniami i inspirując nawzajem do działania. Ważnym elementem były też spotkania i aspekt integracji.

Z uwagi na sytuację epidemiologiczną zarówno w naszym kraju jak i na całym świecie, podjęliśmy tę trudną dla nas decyzję i w roku 2021 konferencja odbędzie w trybie on-line. Bezpieczeństwo i zdrowie uczestników to dla nas priorytet. Wierzmy, że pomimo dzielących nas odległości nadal możemy dzielić się doświadczeniami i inspirować do działania.

Z wyrazami szacunku  
Komitet Organizacyjny  
Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej

## PROGRAM RAMOWY

### 21 września 2021

#### 18.00 - sesja inauguracyjna

Wszystko, co powoli zaczynamy widzieć – konsekwencje pandemii dla podopiecznych, pracowników i kadry menedżerskiej instytucji opieki długoterminowej.

#### 20.00 - wieczór inauguracyjny

Pierwsza reakcja na pandemię koncentrowała się na ratowaniu życia. Jakie są skutki uboczne izolacji, lęku i wyczerpania na życie pacjentów? Wyczerpanie fizyczne i psychiczne będzie miało swoje konsekwencje, min. jak depresja i stany lękowe. Czy podczas pandemii poprawa jakości życia zeszła na drugi plan? Czy umiejętności pracowników opieki długoterminowej muszą ewoluować? Jakie umiejętności są obecnie najbardziej potrzebne i czy w przyszłości się to zmieni?

### 22 września 2021

#### 12.00 - 13.30 Sesja 2

Organizacja opieki długoterminowej w instytucjach podczas pandemii SARS-CoV-2. Doświadczenia placówek z różnych krajów świata.

#### 14.00 - 15.30 Sesja 3

Opieka nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi.

Czy pandemia pokazała, że pod pewnymi względami nie jesteśmy przygotowani na wyzwania, jakie stawia przed całym środowiskiem opieki długoterminowej? Każdy kryzys powoduje nowe możliwości zmiany, lekcje, które prowadzą do większej gotowości na wypadek ponownego wystąpienia podobnej sytuacji. Pandemia COVID-19 postawiła w trudnej sytuacji całą opiekę długoterminową. Jakie wnioski wyciągnęliśmy? Jak zarządzać w kryzysie, w dobie zmian? Czy w takiej sytuacji dom pomocy społecznej jest rzeczywiście domem dla swoich podopiecznych?

### 23 września 2021

#### 12.00 - 14.00 Sesja 4

Niezaspokojone potrzeby podopiecznych, niezależne od pandemii. Tabu w opiece długoterminowej: seksualność, ból, demencja i inne.

Być może pandemia znalazła się w centrum uwagi w ciągu ostatniego roku, ale chcemy zwrócić naszą uwagę na wyzwania związane z opieką długoterminową, które dla wielu są wciąż tematami tabu. Na tej sesji chcemy poruszyć tematy związane m.in. z seksualnością starszych mieszkańców, radzeniem sobie z bólem, opieką u schyłku życia, demencją.

### 24 września 2021

#### 12.00 - 14.00

Panel dyskusyjny Dyrektorów Instytucji Opieki Długoterminowej w Polsce

*Teepa Snow (USA): "Uważam, że pomysły, by w jednym miejscu spotkali się najlepsi praktycy i znawcy tematyki starzenia się oraz opieki, jest niespotykana w skali światowej!"*

*Heather Johnson: "Myszę, że zgromadzenie ludzi z całego świata, światowych liderów w jednym miejscu, podczas jednej konferencji to jest wielka rzecz. Możliwość spotkania innych ludzi, którzy mają taką samą pasję do innowacji w zakresie opieki długoterminowej i pracy z osobami starszymi jest fantastyczna."*



# Zapobiega odparzeniom



## składniki aktywne:

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



wspomaga regenerację skóry

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



DOSTĘPNY W APTEKACH I SKLEPACH MEDYCZNYCH

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