

Forum Opieki Długoterminowej

ISSN 1643-1308 nakład 3000 egz.

medi

nr 2 (96) październik 2025
WYDANIE SPECJALNE

**27. Międzynarodowa Konferencja
Opieki Długoterminowej**

TEEPA SNOW: jak ona to robi?

DEBATA w cieniu tsunami

Na stronie **www.damy-rade.info**

1. znajdź porady, filmy i wideowarsztaty



2. zamów bezpłatny Poradnik

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

3. weź udział w bezpłatnych szkoleniach online

Wśród tematów znajdziesz między innymi:

- Zaburzenia zachowania w demencji – jak sobie z nimi radzić?
- Wyzwania w codziennej opiece (higiena, pielęgnacja, trudne zachowania).
- Stres i wypalenie w opiece.
- Odżywianie podopiecznego.
- Dobór produktu chłonnego na nietrzymanie moczu z dofinansowaniem NFZ.
- Profilaktyka przeciwoleżynowa.



KONTAKT

infolinia: 801 105 555 (połączenie bezpłatne)
mail: fundacja@tzmo-global.com
www: damy-rade.info

PARTNER



Szanowni Państwo, Drodzy Czytelnicy!

To nietypowy, bo specjalny numer Medi. Przygotowany z okazji 27. Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej (Toruń, 23-25 września) i niemal w całości temu wydarzeniu poświęcony.

Konferencja to ważne miejsce debaty o sytuacji OD. Przygotowaliśmy zatem spory blok tekstów poświęcony opiniom – ciekawym, reprezentującym różne punkty widzenia na temat kondycji i wyzwań tego sektora usług społecznych. Proponujemy więc zapis jednej z dwóch debat, jakie znalazły się w programie konferencji (str. 5-9). Jej interesującymi uzupełnieniami mogą być: sonda na temat aktualnej sytuacji OD w Polsce, jaką przeprowadziliśmy wśród uczestników Konferencji (str. 27-28) oraz spojrzenie na ten temat z perspektywy brytyjskiej (str. 20-23).

Wywiady? Tych nie brakuje. Z prof. Jakubem Kaźmierskim rozmawialiśmy m.in. o stereotypach związanych z demencją u seniorów (str. 24-26), z Piotrem Pogonem m.in. o sztuce budowania zespołu (str. 29-30), a Teepę Snow pytaliśmy o pomoc dla udzielających pomocy (str. 13). Tę ostatnią rozmowę poprzedza reportaż poświęcony warsztatom, jakie ta niezwykle popularna terapeutka przeprowadziła w ramach projektu Damy Radę i na tegorocznej MKOD.

A atmosferę tegorocznej Konferencji, dla której nawet pogoda okazała się przychylna, przywołać może fotoreportaż (str. 32-33). Jak wspomnieliśmy, niemal cała zawartość numeru nawiązuje do 27. MKOD – niemal, bo wyjątkiem jest tekst o programie edukacyjnym Damy Radę (str. 14-18), ale i tu związek jest silny, bo zarówno Damy Radę, jak i Międzynarodowe Konferencje Opieki Długoterminowej to projekty realizowane przez Fundację TZMO Razem Zmieniamy Świat. Zapraszamy do lektury oraz do podzielenia się własnymi opiniami: fundacja@tzmo-global.com

Z pozdrowieniami!
Redakcja Medi

WYDAWCA:

Fundacja TZMO
Razem Zmieniamy Świat

PRACOTNIE 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 NACZELNA:

Katarzyna Rozmus-Gazda
katarzyna.rozmus@tzmo-global.com

SKŁAD GRAFICZNY:

Małgorzata Bógdał

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
w zakładce PROJEKTY – MEDI

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

● **Wydanie specjalne**

- 5 Opieka w cieniu nadciągającego tsunami. Zapis debaty
- 10 Good Morning everybody! Warsztaty Teepy Snow
- 13 Rozmowa z Teepą Snow
- 14 A ja panią znam z filmu! Program Damy Radę w ocenie profesjonalistów
- 20 Królestwo się starzeje. Sytuacja opieki na Wyspach Brytyjskich
- 24 Drugie dno apatii. Wywiad z prof. Jakubem Kaźmierskim
- 27 Co mówią kuluary. Opinie o sytuacji OD
- 29 Opiekunowie chorych? Oni każdego dnia zdobywają swoje Kilimandżaro. Rozmowa z Piotrem Pogonem
- 31 Między obawą a otuchą. Komentarz po 27. MKOD
- 32 Fotoreportaż
- 34 Nawyki i poczucie kontroli. Wprowadzenie produktu chłonnego u osób z demencją

Opieka w cieniu nadciągającego tsunami

DYSKUSJE NA 27. MKOD: OD A, JAK AUDYT
DO Z, JAK ZEWNĘTRZNE USŁUGI





● RAFAŁ IWAŃSKI

● BEATA KARLIŃSKA

● SYLWIA KAMIŃSKA-TERESZKIEWICZ

● MAGDALENA GIELNIAK-SOBCZAK

● ALEKSANDRA WACHOWIAK-KAŹMIERCZAK

● ADAM TOMASZEWSKI

Spotkanie, dyskusja, wymiana doświadczeń i opinii – toruńskie Międzynarodowe Konferencje Opieki Długoterminowej to największe forum debaty całego polskiego sektora opiekuńczego. A jest o czym debatować, zwłaszcza w gronie ponad tysiąca ludzi, którzy tym właśnie społecznym wyzwaniem zajmują się na co dzień. Są więc te debaty w kuluarach, przy kawie – nieformalne, ale też przecież ważne oraz panele dyskusyjne wpisane w program MKOD. W tym roku takie dyskusje były dwie, obie prowadził – ze swadą i znawstwem tematu dr Rafał Iwański, ekonomista, wykładowca akademicki, ekspert w dziedzinie systemów opieki społecznej i wiceprzewodniczący Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Poniżej skrótowy zapis pierwszej z debat.

● RAFAŁ IWAŃSKI

Jest wiele nowych tematów, które pojawiły się w tym roku, ale mamy też i listę starych przebojów – do których chcielibyśmy wrócić. Zgodnie z naszą tradycją o opiece długoterminowej chcemy rozmawiać razem. Są tu przedstawiciele opieki stacjonarnej, środowiskowej, reprezentanci sektorów ochrony zdrowia i pomocy społecznej, wiem, że na sali są także przedstawiciele sektora prywatnego. Wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństwa i wzrostem zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze, niespotykane wcześniej w historii, powodują, że musimy bardzo dogłębnie rozpoznać, zaplanować i uruchomić zasoby, żeby ta opieka była odpowiednia dla potrzeb i bezpieczna. Wiemy, że popyt na te usługi będzie przewyższać podaż, więc każdy zasób: finansowy, ludzki, instytucjonalny powinniśmy uruchamiać i gospodarować nim jak najbardziej efektywnie, cały czas myśląc o mieszkańcu, kliencie, pacjencie, o obywatelu. Zaczniemy od pytania: nad czym państwo pracujecie obecnie w ministerstwie?

● BEATA KARLIŃSKA

DYREKTORKA DEPT. POMOCY SPOŁECZNEJ W MINISTERSTWIE RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

Od czerwca zeszłego roku działa powołany przez panią minister Agnieszkę Dziemianowicz-Bąk zespół specjalistów, którzy zajęli się reformą systemu pomocy społecznej. Jesteśmy po pierwszym etapie ich pracy. Polegał on na tym, że przygotowano trochę zmian do obecnie funkcjonującej ustawy. Niedługo ten projekt stanie na zespole programowania prac rządu i niebawem zobaczycie go państwo w konsultacjach. Jeżeli chodzi o instytucje, to tam nie ma dużych zmian. Jedną z podstawowych polega na tym, że gmina musi zaoferować wszystkie możliwe formy wsparcia, które są w środowisku i dopiero po ich wyczerpaniu, może kierować osobą do DPS-u. Jest też mała zmiana dotycząca odpłatności, zobowiązane zostały do niej osoby obdarowane oraz zmiana dotycząca gminy, która ponosi odpłatność za mieszkańca. Do tej pory przy osobach ubezwłasnowolnionych obowiązywało miejsce zamieszkania

opiekuna prawnego, a powinno się brać pod uwagę zamieszkanie osoby ubezwłasnowolnionej. W ramach KPO zajmujemy się opieką długoterminową i koordynacją systemu pomocy społecznej oraz zdrowia. Mamy także Strategię Usług Społecznych. Są w niej kierunki, które wskazują, że instytucje muszą się zmieniać w stronę szerszego wejścia w środowiska.

● SYLWIA KAMIŃSKA-TERESZKIEWICZ

DYREKTORKA DPS W SKĘCZNIWIE, PREZES STOWARZYSZENIA DYREKTORÓW SAMORZĄDOWYCH DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ

Jak dyrektorzy DPS-ów zawsze chcieliśmy być menedżerami. Już kilka lat temu mówiliśmy, że jeżeli – w cudzysłowie – ściąganie się nam kajdanki ograniczeń wynikających z przepisów prawnych, to my sami znajdziemy rozwiązania, jakie usługi możemy w środowisku realizować. Każdy DPS może robić coś innego, będzie to uzależnione od jego zasobów, lokalizacji, bo zupełnie inny zakres zadań będzie posiadał DPS ulokowany gdzieś na końcu województwa, a inne usługi będzie realizował dom w mieście wojewódzkim. Mogą to być usługi rehabilitacyjne, opiekuńcze, także szkoleniowe. Z przykrością patrzyliśmy, gdy ogromne pieniądze ze środków unijnych szły na różne formy doszkalań, a my, mając – ciągle to powtarzam – wyspecjalizowaną kadrę, która także potrafi dobrze wyszkolić i to, proszę mi wierzyć, za dużo mniejsze pieniądze, nie mogliśmy z tego skorzystać. Jestem przekonana, że w niektórych miejscowościach, zwłaszcza poza dużymi ośrodkami, tam gdzie gmina nie ma możliwości ani zasobów by do wszystkich dotrzeć z pomocą, to my bylibyśmy jedynym miejscem, gdzie takie usługi mogłyby być świadczone. Ale tu są bariery. DPS działający w mieście na prawach powiatu, zgodnie z Ustawą o finansach publicznych może to realizować, ale już my, w powiatach, nie możemy tego robić.

● MAGDALENA GIELNIAK-SOBCZAK

DYREKTORKA DPS W KONINIE

Funkcjonujemy w mieście na prawach powiatu, działamy więc tak trochę w powiecie, a trochę w gminie. Jesteśmy DPS-em dla osób przewlekle somatycznie chorych, prowadzimy też dwa dzienne domy pomocy i to już jako zadanie gminy: mamy dom dla osób starszych i dom dla osób z chorobą Alzheimera. Świadczymy także usługę opieki wytchnieniowej i takiego nieformalnego poradnictwa. Gdy ktoś znajduje się w sytuacji, że jego bliski trafia do szpitala, a potem ma z niego wyjść, a rodzina jest nieprzygotowana, to pierwsze co robi, to dzwoni do DPS i mówi „pomóżcie”. I staramy się to robić, poczynawszy od wytłumaczenia, jak wyposażone powinno być miejsce do którego wraca osoba ze szpitala, po podstawowe porady, jak przewrócić na bok, jak przewinąć. Kto ma to lepiej wiedzieć niż my? My już w praktyce jesteśmy czymś w rodzaju centrum usług społecznych dla miasta Konina. Staramy się jak najdłużej zatrzymać takiego człowieka w jego środowisku, w miejscu, które zna najlepiej. Kiedy jednak rodzina i usługi opiekuńcze nie dają rady, w bezpieczny sposób przeprowadzamy taką osobę do DPS-u, który tak naprawdę już zna, bo uczestnicy dziennego domu u nas jedzą, biorą udział w zajęciach terapeutycznych, są częścią naszej placówki.

● ALEKSANDRA WACHOWIAK-KAŹMIERCZAK

DYREKTORKA ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO W TORUNIU

Powinien powstać jasny system, który skoordynowałby sferę pomocy społecznej ze sferą zdrowotną. Nie przesadzę gdy powiem, że w tym zakresie jest w tej chwili spory bałagan. Powinniśmy wyjść od pacjenta: która placówka czy instytucja powinna się nim zajmować. Często jest tak, że w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych znajdują się

pacjenci, którzy powinni być w domach pomocy społecznej, wymagają jedynie pomocy w czynnościach życia codziennego, nie potrzebują np. specjalistycznych usług pielęgniarskich. Wiem też, że w DPS-ach są osoby w ciężkich stanach, karmieni dojelitowo, którzy tak naprawdę powinni być w naszej placówce. Nie ma jasnego kryterium, ani instytucji, która ustaliłaby, kto powinien być w DPS, a kto u nas. Nie ma też płynnego przejścia ze szpitala do instytucji opieki długoterminowej całodobowej czy opieki środowiskowej, to też powinno być skoordynowane. Jeżeli chodzi o wsparcie w środowisku domowym, to jak najbardziej jest do tego przestrzeń, ponieważ w ramach opieki długoterminowej jest również pielęgniarska opieka długoterminowa. Nasza placówka realizowała projekt finansowany ze środków unijnych, w którym wsparciem objęci byli pacjenci z chorobą otępienną. Było to profesjonalne wsparcie w domu, był terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta, logopeda, były szkolenia z psychiatrą, czy dietetykiem. Rodzina była więc objęta całościowym wsparciem. I to też powodowało, że pacjent dłużej mógł pozostawać w środowisku domowym. Dobrym pomysłem byłoby objęcie tego rodzaju wsparciem osoby, które kończą hospitalizację, są po udarach, zawałach, złamaniach. Często taki pacjent wypisywany jest do domu, rodzina musi sobie radzić sama, bo nie ma takiej opcji, żeby od razu został przyjęty do ZPO, by kontynuować proces usprawniania. U nas kolejka jest na około dwa lata oczekiwania. Pacjent pozostaje więc w domu i zazwyczaj jego stan niestety się pogarsza.

● RAFAŁ IWAŃSKI

Rozumiem, że pani dyrektor mówi o kwestii takiego koordynatora opieki, w każdym powiecie moglibyśmy powołać taką centralną bazę opiekuńczą. Czy jest na to szansa?

● BEATA KARLIŃSKA

W przyszłym tygodniu robimy wpis do prac rządu z Ustawą o opiece długoterminowej i tam jest zawarta koordynacja, dokładnie na poziomie powiatu. I wygląda tak, jak to pani dyrektor mówi.

● RAFAŁ IWAŃSKI

Będzie to finansowane ze środków gminy, powiatu, ministerstwa?

● BEATA KARLIŃSKA

Właśnie, bo mówimy o wszystkim, ale nie mówimy o najważniejszej rzeczy: o finansowaniu. Jeżeli coś wpisujemy do ustawy, to nie znaczy, że to ma być za darmo. To może być odpłatne. Centra Usług Społecznych zaczęły oferować usługi, bo dostały pieniądze ze środków europejskich. Żyjemy w Polsce projektowej, kiedy mamy projekt to fajnie, bo są na to środki z UE, tylko że potem projekt się kończy i nie ma usług. W całej Polsce w mieszkaniach wytniętych

i treningowych mamy dziś 40 proc. wolnych miejsc, bo niby nie ma chętnych. Tylko że teraz chętni muszą płacić za te mieszkania, za media i czynsz. Gdy te mieszkania były opłacane z projektów to chętni byli. Dlaczego są kolejki w zakładach opiekuńczo-leczniczych? Dlatego, że tzw. zole są dla samorządów bezpłatne. A tego, kto wymyślił, że do zoli będzie się przyjmować według skali Barthel, to ja nie wiem, bo ta skala nie pokazuje, czy ktoś jest chory, tylko czy jest samodzielny. Wiem, że Ministerstwo Zdrowia przymierza się do zmiany kryteriów kierowania. Przypominam, że jesteśmy w procesie deinstytucjonalizacji. Ten koordynator będzie również wskazywał usługi środowiskowe, nie tylko instytucjonalne. Najważniejsze, żeby orzekanie o potrzebie opieki długoterminowej odbywało się jednym narzędziem dla usług opiekuńczych, dla całej „długoterminówki”. Jeżeli ktoś będzie wychodził ze szpitala, to pracownik socjalny szpitala powiadomi koordynatora powiatowego, że jest potrzeba dalszej opieki. Reasumując, wspólnie z Kancelarią Prezesa Rady Ministrów, gdzie jest minister Marzena Okła-Drewnowicz, która to wszystko koordynuje, Ministerstwem Zdrowia i naszym Ministerstwem Rodziny wypracowany został wspólnie projekt ustawy o opiece długoterminowej. Zawiera on m.in. definicje: co to jest opieka długoterminowa i komu się należy, opiekun formalny, opiekun nieformalny, następnie są wszystkie świadczenia z obu systemów – pomocy społecznej oraz zdrowia i jest opisana koordynacja.

● ADAM TOMASZEWSKI

DYREKTOR DPS W SIEMIONKACH (WOJ. KUJAWSKO-POMORSKIE)

Myślę, że bardzo ważne jest umieszczenie instytucji opieki długoterminowej w całym tym systemie, żebyśmy nie zmarnowali wielu lat standaryzacji i kształcenia bardzo dobrych zasobów kadrowych. W DPS-ach pracują ludzie dobrze wykwalifikowani, ale co ważne, mający doświadczenie, które można przełożyć na realizowanie usług społecznych, także tych środowiskowych.

Problem jest także i taki, że w opiece długoterminowej, w latach 2008, 2009 przeprowadzana była standaryzacja, były projekty z których można było skorzystać, by osiągnąć standard wymagany rozporządzeniem. Dziś mamy sytuację, w której opieka długoterminowa, instytucjonalna, jest ograniczona w możliwościach pozyskiwania środków zewnętrznych, w tym z UE właśnie na tego typu usługi. Jeżeli DPS chce coś z tych usług realizować, to musi próbować robić to niebezpośrednio, nie jako DPS. Tymczasem usługi o których mówimy to odpowiedź na realne potrzeby, na tsunami geriatryczne, które nas czeka. My tego nie zmienimy, musimy się zderzyć z rzeczywistością. Będziemy mieli coraz większy problem z kadrami, będzie coraz więcej potrzeb opiekuńczych.

● RAFAŁ IWAŃSKI

Żeby utrzymać obecną dostępność do miejsc w DPS do roku 2050 powinniśmy utworzyć około 200 nowych placówek, a na tle krajów OECD mamy bardzo niski wskaźnik dostępności do miejsc opieki długoterminowej.

● ALEKSANDRA WACHOWIAK-KAŻMIERCZAK

Duża pula środków z KPO została przeznaczona dla szpitali powiatowych na przekształcanie nierentownych oddziałów na zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze czy opiekuńczo-lecznicze. To też jest trochę zaskakujące, bo przy środkach unijnych wskazuje się na deinstytucjonalizację, samodzielne placówki nie dostają z tego źródła ani grosza na rozwój, rozbudowę, poprawę infrastruktury. Szpitale natomiast te środki otrzymały, dzięki czemu powstało 3 tys. miejsc.

Wiadomo, jest taka potrzeba, już teraz popyt jest dużo większy niż podaż, ale takie działania nie powinny się odbywać kosztem placówek, które są już na rynku. Potwierdza to projekt rozporządzenia określającego nowe warunki konkursowe dla świadczeniodawców. Jest on przykładem nierównego traktowania podmiotów na rynku, ponieważ premiuje szpitale powiatowe. Budzi to duży niepokój i oburzenie w środowisku, bo jest przecież wiele placówek, które od lat świadczą usługi na wysokim poziomie i istnieje bardzo duże ryzyko, że albo dostaną mniejsze kontrakty, albo w przyszłości znikną z map. Szpitale mają dostać dodatkowe punkty za kompleksowość, za to, że mają oddziały wewnętrzne, chirurgiczne, poradnie specjalistyczne dostęp do diagnostyki, do badań laboratoryjnych – które w ogóle nie są potrzebne, jeżeli mówimy o pacjencie z zakresu opieki długoterminowej, bo taki pacjent jest po zamkniętej hospitalizacji, po zakończonej diagnostyce i z zasady powinien być pacjentem stabilnym, wymagającym pomocy w czynnościach życia codziennego, albo specjalistycznej opieki pielęgniarskiej, farmakologii i usprawnienia. Wrzucanie do kryteriów oceny i premiowanie tych zasobów jest dla nas nielogiczne i niezrozumiałe.

● MAGDALENA GIELNIAK-SOBCZAK

Mówiąc o opiece środowiskowej pamiętajmy o jeszcze jednej rzeczy: mamy siedemdziesięciolatków opiekujących się dziewięćdziesięciolatkami i tak naprawdę, to oni sami, ci opiekunowie, potrzebują pomocy. Oni często nie są w stanie usiąść do komputera i wygooglować, gdzie mogą szukać pomocy. Gdy do nas przychodzą, są bezsilni. Nasze społeczeństwo starzeje się w tempie tsunami.

● RAFAŁ IWAŃSKI

Porozmawiajmy jeszcze o audytach, jakie mają być przeprowadzane w DPS-ach. Zastanawiam się nad ich celowością. Ma je przeprowadzać taka dwójka społeczno-urzędowa.

● BEATA KARLIŃSKA

Audyty są w projekcie unijnym, którego nie pisałam, nie było mnie wtedy w ministerstwie. Zajmowała się tym przede wszystkim strona społeczna, z którą ministerstwo współpracuje. Ministerstwu udało się do tych audytów wprowadzić kontrolerów wojewódzkich. W ogóle zresztą, nazwa audyt, pojęcie z zakresu prawa i finansów nie przystaje do tego, co to ma być. W 135 jednostkach przeprowadzone zostaną pogłębione badania, tym zajmują się partnerzy w tym projekcie, są tam też naukowcy. Natomiast w pozostałych, będą wizyty kontrolera i przedstawiciela strony społecznej poprzedzone ankietą. Głównym tego celem jest sprawdzenie przestrzegania praw mieszkańców oraz tego, czy osoby które są w DPS-ach na pewno powinny w nich być.

● RAFAŁ IWAŃSKI

Mam nadzieję, że to badanie będzie miało lepszą metodologię, niż jedno z tych, które wskazało, że 30 procent mieszkańców DPS-ów chciałoby mieszkać w swym środowisku i było przeprowadzone na „gigantycznej” próbie 100 mieszkańców.

● SYLWIA KAMIŃSKA-TERESZKIEWICZ

99 procent mieszkańców z zaburzeniami psychicznymi na pytanie: „czy chciałbyś mieszkać we własnym środowisku” odpowie: „oczywiście”. „Chce pan/pani mieszkać w DPS-ie?” – „nie!” , „czy ograniczamy wam prawa obywatelskie” – „oczywiście!”. I ja się im nie dziwię, bo wiem, że każdy chciałby zostać w swym środowisku, ale z jakich przyczyn nasi mieszkańcy, zwłaszcza o zaburzeniach psychicznych u nas są. Zgadza się, że nie wszyscy z mieszkańców DPS-ów powinni w nich przebywać, ale właściwie my, jako dyrektorzy nie mamy na to wpływu.

● BEATA KARLIŃSKA

A może to dobrze będzie, że przedstawiciele organizacji pozarządowych zobaczą, jak to naprawdę jest w DPS-ach? Może to nie będzie takie złe, a ankiety będą wypełniać dyrektorzy placówek. Będzie kontroler od wojewody, który was przecież zna, muszą powiedzieć, że to wojewodowie są waszymi największymi obrońcami. Razem z nim wchodzi na ten audyt także przedstawiciel organizacji pozarządowej, który może nie jest waszym przyjacielem, ale może się nim stanie? Naprawdę, nie trzeba się tych audytów bać.

● RAFAŁ IWAŃSKI

Jestem ekonomistą, jak słyszę słowo audyt, i to jeszcze od wysokiego urzędnika, to sobie myślę, jakie kompetencje ten audytor będzie musiał mieć, a jeszcze jako ekonomista wiem, że jest pewna strona w tych konsultacjach społecznych, która walczy o kawałek tortu. Więc kiedy lis idzie kontrolować kurnik to mam pewne obawy. ● Opr. ER

Good morning everybody!

Jeżeli istnieje coś takiego, jak superprofesjonalne edukacyjne „show”, to Teepa Snow jest w tym mistrzynią.

Gdyby ktoś zupełnie przypadkiem znalazł się we foyer toruńskich Jordanek podczas 27. MKOD, nie zdając sobie sprawy, co się dzieje na scenie, nie wiedząc, że to warsztat Teepy Snow, mogły pomyśleć, że trwa tam jakieś rozrywkowe widowisko, może nawet spektakl kabaretowy. Sugerowałyby to chociażby salwy śmiechu dobiegające od czasu do czasu z widowni. I mocno by się zdziwił, że całe to „show” dotyczy dramatycznie niewesołych spraw: demencji, pomocy osobom dotkniętym tą chorobą, sposobu tworzenia relacji między opiekunem a chorym.

Amerykanka **Teepa Snow** – ceniona na całym świecie edukatorka i popularyzatorka wiedzy o opiece nad cierpiącymi na demencję, terapeutka zajęciowa dysponująca bagażem doświadczenia 45 lat pracy z chorymi – była najbardziej znanym gościem zagranicznym 27. Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej. Na toruńskim spotkaniu gościła zresztą kolejny już raz. Tym razem poprowadziła dwa warsztaty. Część uczestników wiedziała więc, jaką jej prezentacje mają formę, inni też mocno się mogli zdziwić.

Robimy lornetkę

Wielka energia. To jest to, co bije od tej drobnej kobiety od samego początku, od rzuconego zaskakująco mocnym głosem „Good morning everybody!”.

Z szablonowym wyobrażeniem wykładu, w którym prelegent mówi, reszta słucha, a w tle leżą slajdy – nie ma to nic wspólnego. Na scenie ciągle coś się dzieje – **Teepa Snow** dzieli się swoimi doświadczeniami, świetnie łączy uwagi dotyczące teorii z tym, jak przekłada się ona na praktyczną stronę pracy z chorym. Razem z asystującą jej **Nicoline Munday**, mieszkającą w Australii Holenderką, która także ma wieloletnie doświadczenie we wsparciu osób z demencją, odgrywa sceny pokazujące typowe zachowania chorych, sposoby postępowania opiekunów. I te dobre, i te złe. Są też filmy pokazujące autentyczne sytuacje w domach opieki. Bardzo ważna jest interakcja z widownią, którą Amerykanka wciąga do udziału, zachęca, żeby odwrócić się do sąsiada z fotela obok, po to, by np. przećwiczyć z nim hand-under-hand, czyli popularyzowany przez **Snow** sposób, w jakim opiekun powinien chwycić rękę chorego, by zachować kontrolę, a jednocześnie zapewnić choremu poczucie bezpieczeństwa. Gdy mówi, jakie w praktyce opiekuńczej znaczenie ma to, że zmiany w mózgu zawężają pole widzenia wzroku u chorego, prosi, by uczestnicy warsztatów spróbowali spojrzeć przez „lornetkę” z nie do końca zaciśniętych pięści.

Na samym początku widownia wydaje się być nieco onieśmielona, ale potem wchodzi w ten kontakt. Podczas scenki dotyczącej sposobów karmienia, **Snow** rzuca w stronę widowni: – *A co do karmienia, przypomnę, obowiązuje zasada: dwa łyki napoju/pięć gryzów jedzenia, dwa łyki/pięć gryzów i tak dalej. Znacze to?*. Po chwili z widowni wraca głośnie „tak!”.

Jak rasowy showman, Snow potrafi „kupić” publiczność, przekonać ją do siebie, rozbawić dowcipną uwagą – stąd te salwy śmiechu. Gdy mówi o tym, że przy pielęgnacji warto zwrócić szczególną uwagę na higienę stóp, a zaniedbanie tego może generować dodatkowe problemy ze zdrowiem, rzuca: – *Zdrowe stopy to podstawa, a bywa z tym różnie. Słuchajcie, są ludzie, którzy szybciej pokażą się goło, niż pokażą swoje stopy!*

Scena podawania leków. Chodzi o pokazanie, jakie znacze-

nie ma niedoceniana kwestia ustawienia względem siebie opiekuna i chorego. W tej inscenizacji to **Teepa Snow** jest opiekunką, **Nicoline Munday** gra chorą. Na początku opiekunka stoi przed chorą na wprost, w dłoni ma leki. Chora jest zdezorientowana, wycofana.

– *Zobaczcie, kiedy stoję z tymi pigułkami przed nią, jest ona zagubiona, raz patrzy na moją twarz, raz na rękę z tabletkami. Nie wie, na czym ma skoncentrować uwagę, a ja w żaden sposób jej nie pomagam* – tłumaczy. Po chwili odwraca się w tą samą stronę co chora, staje tuż obok niej, ramie w ramie i wysuwa rękę przed siebie – dokładnie z pole widzenia chorej, skupia jej uwagę na tabletkach.

Wszystko źle i wszystko inaczej

Film pokazujący scenę budzenia podopiecznej domu opieki. Opiekunka wchodzi do pokoju, zapala światło, ściąga kołdrę, podciąga starszą kobietę i popycha w kierunku łazienki. Wszystko źle, bo przecież nawet ktoś najzupełniej zdrowy poczułby się fatalnie, wyrwany ze snu nagłym zapaleniem światła i ściągnięciem kołdry. Na innym filmie z kamery monitorującej pokój chorego, ta sama czynność porannego wstawania, tyle że z udziałem **Snow**. Wszystko inaczej: puka przed wejściem do pokoju, światło zapala po pewnym czasie, gdy chory wie, że zaraz zrobi się jasno i sam się na włączenie lampy zgadza.

– *No tak, ale na takie budzenie musi być czas, a rano zawsze jest mnóstwo roboty* – mówi jedna z pań obserwujących warsztat. Wkrótce zmienia zdanie. **Snow** pokazuje trzeci film – montaż obu poprzednich z nałożonym na obraz stoperem liczącym czas całej „akcji”. Okazuje, że to drugie, bardziej „ludzkie” budzenie zajęło jedynie odrobinę więcej czasu.

– *Zawsze starajmy się uzyskać pozwolenie od chorego. Gdy będziemy mu mówić: zrób to, zrób tak, nie rób tego, doprowadzimy jedynie do konfliktu* – podkreśla gospodyni warsztatu.

Tymczasem czas warsztatów, całkiem zresztą spory, bo pierwszy z nich trwał kilka godzin, biegnie szybko. Tematy zmieniają się jak w kalejdoskopie. Mówi też o tym, jak postrzegani są chorzy z demencją przez własnych bliskich i że tu także często brakuje świadomości, co tak naprawdę dzieje się z chorym.

– *Ludzie kochają swych bliskich z demencją, ale kochają ich takimi, jakimi oni byli kiedyś. Zupełnie nie wiedzą, jakimi ludźmi są oni teraz. Wciąż chcą, żeby ich chora mama była taka, jak kiedyś, ale to już historia* – tłumaczy amerykańska terapeutka.

Z punktu widzenia widowni

Co o warsztatach **Teepy Snow** sądzą ich uczestnicy, co one im dają? O to pytaliśmy zaraz po ich zakończeniu.

– *Bardzo mi to przybliżyło sposób myślenia osób z demencją. To ważne, bo potrzebne jest większe skupienie*



na ich potrzebach. To one są najistotniejsze. Nasze oczekiwania powinny być na drugim planie. To najważniejsze, z tego co wyniosłam. Plus techniki, które pozwalają na pokonanie pewnych uprzedzeń chorych. Te osoby często funkcjonują rutynowo i szablonowo, wprowadzenia zmian jest bardzo trudne – mówi **pani Matgorzata**.

Na to wejście w sytuację chorego zwraca uwagę także **pani Magdalena** z Bydgoszczy, pracująca w dziennym domu pobytu: – to naprawdę bardzo pomaga lepiej zrozumieć pacjenta, z którym się pracuje, a to podstawa.

Pani Anna uczy się na kierunku terapia zajęciowa, ma osobę z demencją w rodzinie, jest więc – jak mówi – „na bieżąco”. – Nam się czasem wydaje, że robimy coś dobrze, karmimy, podajemy tyżeczką, jak małemu dziecku, nie zdając sobie sprawy, jak te osoby to widzą i odbierają. Pokazanie tego bardzo mi pomogło. I oczywiście technika, jeszcze dziś będę trenowała techniki karmienia!

– Ona dobrze uczula na tę naszą pośpieszność w pracy z osobami w demencji. Też jestem zwolennikiem tego, żeby nawiązać kontakt z chorym, nawiązać relację, choćby to miał być jedynie kontakt wzrokowy. A to nie zabiera zbyt wiele czasu. Wiem, że to naprawdę działa, wiem, że metody, które tutaj są pokazywane, są skuteczne. To są czasem proste rzeczy, np. to, że gdy wchodzimy do pokoju chorego to pukamy, dajemy mu sygnał, że coś się będzie działo – zaznacza **pani Wioletta**, terapeutka jednego z podtoruńskich domów opieki, jak podkreśla, z 25-letnim stażem pracy z osobami w demencji. Jej koleżanka z tego samego domu, **pani Dorota**, dodaje: – W tej pracy naprawdę trzeba mieć dużo empatii. Przez codzienną rutynę czasami o tym zapominamy. Warto więc o tym przypominać.

– Dla nas to jest poszerzenie naszego warsztatu, zdobycie ciekawych przykładów, metafor, które można stosować na co dzień w swej pracy, także w rozmowie z opiekunami. Jestem tu po wiedzę, którą przekaże dalej. Na oddziale dziennym spotykam zarówno chorych, jak i ich opiekunów. Pomóc trzeba zarówno jednym, jak i drugim – dodaje **pani Matgorzata** z Warszawy.

Teepa Snow, obok swej wiedzy, doświadczenia, wielkiej charyzmy i daru przekonywania, ma jeszcze jedną umiejętność: potrafi błyskawicznie, nie tracąc ani na chwilę uwagi widzów, przejść od praktycznych porad, całej tej

„technologii” opieki, do dzielenia się refleksją dotyczącą jej głębokiego, etycznego sensu. Także i tu używa prostych słów, dosadnej metafory i dlatego to, co mówi brzmi tak przekonująco.

– Jeżeli kogoś nie lubimy, nie jesteśmy w stanie dobrze

się nim opiekować. Musimy znaleźć w tym człowieku coś, co można docenić, polubić, czym nas ujmie. W przeciwnym razie będzie on tylko kąpielą do wykonania, jeszcze jedną pieluchomajtką, którą trzeba zmienić.

● **Ryszard Warta**

Opieka to nie jest sprint. To jest maraton

Z TEEPĄ SNOW ROZMAWIAMY O POMOCY DLA POMAGAJĄCYCH, NIEZAUWAŻANIU SYGNAŁÓW I O... SPRZĄTANIU LODÓWKI

Od lat działa Pani na rzecz opieki nad osobami chorymi, cierpiącymi na różne odmiany depresji. Chciałbym jednak zapytać nie o chorych, ale tych, którzy się nimi opiekują, zwłaszcza o opiekunów niebędących profesjonalistami, takich jak np. dorosłe dzieci zajmujące się swymi starszymi rodzicami. Oni też wymagają wsparcia. Jaki rodzaj pomocy jest dla tych właśnie ludzi najważniejszy?

Najważniejsze jest odkrycie pewnego sekretu: rzeczy się zmieniają i mogą skorzystać z czyjejś pomocy. Pierwsze o czym trzeba zdecydować, to w czym potrzebuję pomocy, jakie wsparcie jest mi potrzebne. Ludzie czasami mówią, że potrzebują pomocy, choć tak naprawdę sami nie wiedzą, co może być dla nich najbardziej przydatne. Czy chodzi o kogoś, z kim będzie można spędzać czas, czy o kogoś, kto pójdzie zrobić nam zakupy? O kogoś, kto zajmie się domem, albo o kogoś, kto zostanie w domu, tak żeby samemu można było wyjść? Sami opiekuni muszą wiedzieć, jak można im pomóc. Często tego nie robią i potem poddają się. Znajdujemy ich potem w takim stanie, że mają problemy z sercem, z ciśnieniem krwi, poziomem cukru, wycieńczonych, walczących z bezsennością.

Tracimy zbyt wielu opiekunów, bo oni sami nie chcą o siebie dbać, ignorują wszystkie znaki i objawy. Trzeba umieć powiedzieć do swego chorego ojca, tato mam wielką prośbę, bardzo bym chciał spędzić trochę czasu z mamą, czy mógłbym wyjść na godzinę, czy dwie na ryby, czy mogę spędzić trochę czasu bez twojej obecności? Wchodzimy w zwyczaj ciągłej obecności. To nas niszczy. Mówimy o maratonie, ale przecież ludzie nie pokonują maratonów bez pomocy. To nie jest sprint. Ta choroba kogoś zabierze, nie możemy dopuszczać do tego, żeby zabierała razem i chorego, i jego opiekuna.

Podczas toruńskich warsztatów mówiła pani, że mamy bardzo duży problem z rozpoznawaniem pierwszych, wczesnych objawów demencji. Dlaczego tak się dzieje: nie potrafimy tych sygnałów rozpoznać, czy może nie chcemy ich zauważać?

Jest tak i tak. Bywa, że pojawiają się nagłe kłopoty zapamiętywaniem, choć dotąd nie było problemu z pamięcią.

Nagle np. mojej mamie zaczynają znikać klucze?

– Tak, ale nie ma jeszcze takiego problemu, że chce komuś coś powiedzieć, ale nagle zapomina, o co chodziło. Często sami tego doświadczamy, gdy jesteśmy zmęczeni, zestresowani, bo mieliśmy ciężki tydzień. Chcemy wmówić sobie, że po prostu tak jest. Mówimy: wiesz, może to z niewyspania, bo miała ciężki tydzień. Mija czas i mama zaczyna pytać: gdzie jest łazienka na piętrze, a ty wtedy odpowiadasz: mamo, my nie mamy łazienki na piętrze, nie mamy piętra. O, myślałam, że jesteśmy w tym drugim domu. Jakim drugim domu? Nieważne, nie chce o tym mówić...

Wtedy dopiero stajemy się podejrzliwi. Zaczynamy orientować się, że coś się dzieje, zadajemy sobie pytanie: o co chodzi? Zbyt wielu rzeczy nie dostrzegamy: problemów z utrzymaniem równowagi, z rozpoznawaniem rzeczy w najbliższym środowisku, że zaczynamy znajdować rzeczy nie tam, gdzie jest ich miejsce. A my nadal myślimy, że znajdem mamie pomoc później.

I robimy duży błąd.

I właśnie tego się boimy.

Czy każdy może być dobrym opiekunem?

Nie, są ludzie, którzy nie mogą nimi być. To wymaga empatii, tolerancji wobec czyjejś niespójności. Jeśli nie będziesz tego tolerować, nie będziesz sobie z tym dawał rady. Nie każdy to potrafi. Wtedy jednak, gdy nie można być takim codziennym opiekunem, można zajmować innymi obowiązkami. W innej sytuacji będzie ciągły konflikt, opiekun będzie ciągle zirytowany, będzie się źle czuł, gdy jego bliski będzie płakał, gdy nie będzie wiedział co robi. Każdy ma jakieś ograniczenia, taki masz limit, jaki masz. To nie jest zadanie dla każdego. Są bliscy, którzy sobie z tym nie poradzą. Mój mąż świetnie się zna na komputerach, ale nie byłby w stanie być moim opiekunem. My nie możemy razem nawet wyczyścić lodówki, bo mamy różne idee, jak się za to zabrać.

Dziękuję za rozmowę ● **ER**



Dokładne wskazówki dotyczące opieki, w tym instrukcje dotyczącą chwytu „dłoń pod dłoń” – znajdziesz w Poradniku **Damy Radę** oraz na kanale Damy Radę na YouTube



A ja panią znam z filmu!

DAMY RADĘ – JAK TEN PROJEKT WYGLĄDA Z PERSPEKTYWY „ZAWODOWCÓW” OPIEKI?

Na początku była dobrze zdiagnozowana społeczna potrzeba: brak łatwo dostępnego, bezpłatnego, fachowego wsparcia edukacyjnego dla osób opiekujących się w domu swym bliskim: przewlekle chorym, niesamodzielnym, dotkniętym demencją. Wsparcia dla ludzi, którym przyszło się zmierzyć z wyjątkowo trudnym zadaniem, bo opieka długoterminowa wymaga wszystkiego: wiedzy, umiejętności pielęgnacyjnych, radzenia sobie z obciążeniem psychicznym. Od roku 2012 lukę tę wypełnia ogólnopolski program edukacyjny Damy Radę prowadzony przez Fundację TZMO Razem Zmieniamy Świat. Dziś, gdy zwłaszcza w przestrzeni internetowej informacji jest wiele, ale ich wiarygodność bywa różna, program zyskuje dodatkową funkcję – staje się źródłem wiedzy jakościowej, sprawdzonej, godnej zaufania.

– Skąd się dowiedziałam o tym programie? Mieliliśmy w szpitalu przedstawiciela TZMO, kupowaliśmy wyroby opatrunkowe i to przez niego nawiązaliśmy kontakt. Jestem osobą otwartą, interesują mnie nowe propozycje. Pamiętam pierwsze spotkania dotyczące bezpłatnych szkoleń i narzędzi edukacyjnych. Te poradniki, które otrzymaliśmy z Torunia, to był strzał w dziesiątkę. W jednym miejscu są tam zebrane podstawowe, najważniejsze informacje o tym, jak się opiekować, na jakie wsparcie

można liczyć, gdzie szukać pomocy, o jakie sprawy trzeba zadbać – mówi **Dorota Mazur-Alvarez**, petnomocnik dyrektora ds. systemu zarządzania jakością Szpitala Specjalistycznego Ducha Świętego w Sandomierzu.

Wszystkie odmiany bezradności

Strzał w dziesiątkę autentycznych społecznych potrzeb. Bezradność. To słowo, które często powraca w opisach sytuacji, w jakiej znajdują się rodziny, czy opiekunowie

chorych wymagających opieki długoterminowej. – Jako przyszli rodzice, jeśli chcemy być świadomymi rodzicami, przygotowujemy się przez dziewięć miesięcy do porodu, opieki nad dzieckiem, do tej nowej sytuacji. Mamy ten czas i to jest bardzo ważne – wyjaśnia **Dorota Mazur-Alvarez**. – Tymczasem zdarza się, że dostownie z dnia na dzień dowiadujemy się, że nasz bliski potrzebuje opieki. Jest wypisywany ze szpitala, zabieramy go do domu i nagle musimy wiedzieć, co robić po wypisie, jak zaopiekować się chorym, jak przygotować mu odpowiednie warunki.

– Od dawna, jeszcze pracując jako pielęgniarka oddziałowa, spotykałam się z tematem, który nie dawał mi spokoju: bezradnością ludzi chorych i ich opiekunów. Do zadań pielęgniarek należy także edukowanie, dawanie zaleceń pielęgniarstwie przy wypisie, ale tego jest mało. Rodziny, opiekunowie chorych bywają strasznie bezradni, brakuje im wiedzy – podkreśla **Bogusława Siciarz**, dyrektor ds. pielęgniarstwa Szpitala Miejskiego w Gliwicach.

Od psyche do kręgosłupa

Problemem może być zresztą brak wiedzy, ale i paradoksalnie także jej nadmiar, zwłaszcza gdy jest ona podana w mało przystępny sposób, zbyt hermetyczna, zbyt teoretyczna. Na to właśnie uwagę zwraca **Anna Kliš-Kalinowska**, zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa w Miejskim Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnym w Krakowie – Proszę sobie wyobrazić, że do domu pacjenta idzie profesjonalista: pielęgniarka, czy opiekunka i dostarcza rodzinie pacjenta ogrom informacji na temat opieki nad chorym. Niestety, ale trzy czwarte z tego oni zapomną, nie przyswoją. Tych informacji, z którymi powinni zapoznać się bliscy osoby wymagającej długoterminowej opieki, jest czasem aż za dużo, czasami są one podane w zbyt trudny sposób, bywa, że w sytuacji stresu są po prostu nieprzyswajalne. Jeżeli jednak pielęgniarka, czy opiekun dysponuje takim narzędziem, jak poradnik Damy Radę, jeśli może wręczyć go rodzinie, omówić pewne zagadnienia, ale też od razu odesłać do konkretnej strony, gdzie temat jest wyjaśniony, to już jest zupełnie inna sytuacja. Coś, do czego można wrócić,

skonfrontować to, co powiedział profesjonalista, to jest dla rodziny bardzo istotne.

Jak pomagać choremu, by samemu nie tracić zdrowia, jak na przykład zadbać o własny kręgosłup przewracając podopiecznego na bok? Jedno z setek pytań. Opieka to też wyzwanie dla psychiki opiekuna, dla jego emocji i równowagi psychicznej. I to jest kolejne zadanie, które bywa bardzo trudne. I to jest kolejną mówiąc – jak podkreślają profesjonalści opieki. – To obciążenie psychiczne jest ogromne. Ciężko jest nam zaakceptować, że to my teraz musimy spełniać rolę opiekuna, bo to głównie są sytuacje, w których dzieci opiekują się rodzicami – mówi **Karolina Bednarz**, pielęgniarka środowiskowa ze Świdnicy. – A w rodzinach bywa przecież różnie, zdarzają się konflikty, bywa, że jedne dzieci bardziej angażują się w opiekę, inne mniej, na tym tle powstają negatywne emocje. Czasami rodziny po prostu nie radzą sobie z tym emocjami.

Na inny jeszcze aspekt zwraca uwagę **Bogusława Siciarz**: – Opieka nad chorym, niektórym wydaje się, że to takie proste, ale to tak nie jest. I to z wielu różnych powodów. To przecież także sprawy związane z higieną człowieka, ze sferą intymną a to bywa bardzo trudne dla synów, córek, mężów, czy żon, które muszą się także i tym zajmować u swego bliskiego. To naprawdę nie są łatwe sprawy. Tym bardziej więc trzeba dobrze wiedzieć, jak to dobrze robić.



Krótko, konkretnie, w sam raz

Jak to działa? Program Damy Radę to profesjonalna treść, przystępna forma plus sprawne kanały dystrybucji. Ta pierwsza musi być z jednej strony najwyższej jakości, z drugiej jak najbardziej przystępna, zrozumiała. Najlepszym tego przykładem są wydawane w ramach Damy Radę poradniki. – *Co jest ważne, to ich profesjonalny, ale prosty język, dostosowany do możliwości odbiorcy – ocenia Anna Kłis-Kalinowska.* – Często są to osoby starsze, osoby które przecież nie są profesjonalistami w opiece, ten język nie może być specjalistyczny, musi być krótki, dostosowany do percepcji odbiorcy, zwięzły. To też się liczy, bo opiekun nie ma czasu na długą lekturę, poradnik ma pokazać, wytłumaczyć krótko, konkretnie. Ten język rzeczywiście jest tam dobrze dobrany, bo ani nie jest zbyt prosty, także z punktu widzenia profesjonalisty, jednocześnie nie jest on zbyt trudny dla nieprofesjonalisty. Jest taki w sam raz. Zawarte tam jak w pigułce wiadomości muszą też być aktualne, bo przecież i wiedza medyczna się zmienia, i w systemie opieki zachodzą zmiany. Trzeba to brać pod uwagę.

Damy Radę to także szkolenia, filmy instruktażowe, strona damy-rade.info, ale rzeczywiście chyba właśnie poradniki stały się wizytówką programu.

– U nas poradniki umieszczone są na stojakach z informacją, że są one bezpłatne i że można z nich korzystać. Mamy je na oddziałach, w poradniach, prezentujemy je w każdym dostępnym miejscu – tłumaczy Dorota Mazur-Alvarez.

– Dostają je pacjenci i opiekunowie naszych pacjentów. Nasz szpital wychodzi na zewnątrz, organizujemy białe soboty, uczestniczymy w wielu wydarzeniach związanych z promocją zdrowia i tam też poradniki bardzo nam się przydają. Chętnie dzielimy się tą wiedzą.

Każda okazja jest dobra, by podsunąć poradnik tym, którzy najbardziej mogą go potrzebować. – Na oddziałach szpitalnych jest dużo pracy, brakuje czasu, ale bywa na przykład i tak: jest wieczór, pielęgniarka podaje zastrzyk pacjentce na ortopedii, wiek 70-80 lat, złamanie szyjki kości udowej, cechy demencji, na miejscu jest rodzina starszej pani. I nawet w takiej sytuacji, już po zastrzyku, jest ten moment, żeby przekazać rodzinie poradnik, zachęcić, żeby go spokojnie w domu przejrzeć, poczytać, dowiedzieć się, jak opiekować się taką osobą – mówi Bogusława Siciarz. Jej miejsce pracy – Gliwicki Szpital Mie-

ski to duża placówka. – 21 oddziałów, w tym 10 oddziałów tzw. ciężkich, gdzie pacjentów przewlekłe chorych, niesamodzielnych, w podeszłym wieku, z demencją, jest bardzo wielu. Stawiam na profesjonalizm, postanowiłam więc stworzyć wewnętrzny zespół pielęgniarski ds. bezpieczeństwa i jakości opieki. Tworzą go najbardziej zaangażowane pielęgniarki, nie tylko pielęgniarki oddziałowe, ale też pracujące na oddziałach, na zmianach, takie, którym, chce się chcieć. Poprosiłam, żeby każda z nich na swym oddziale wyszukiwała słabe punkty opieki pielęgniarskiej, żeby także promowały dobre praktyki, edukowały pacjentów i opiekunów chorych. I one także korzystają z poradników Damy Radę.

Dla fachowców – tych przyszłych także

Co ciekawe, przez tych kilkanaście lat działającego od 2012 roku programu, znacząco poszerzył się krąg jego odbiorców. Podstawowy odbiorca to opiekunowie osób przewlekłe chorych w domu, najczęściej ich bliscy. I to się nie zmienia. Ale to także pomoc dla profesjonalistów pomocy długoterminowej, albo i przyszłych zawodowców w tej dziedzinie.

– Być może nawet twórcy Damy Radę nie spodziewali się tego, ale to także na-
rzędzie, z którego sami profesjonalści czerpią i mogą się uczyć. Z tego co wiem, kształtujący się w szkołach opiekunów medycznych korzystają z tych materiałów przygotowując się do pracy z pacjentem. My w tej chwili organizujemy w Krakowie kilka stosunkowo nowych projektów np. opieka wytchnienio-

wa w domu, opieka poszpitalna w domu, dzięki którym opiekunowie wchodzi w zupełnie nowe środowisko i my ich wszystkich zaopatrujemy w poradniki, oni wszyscy znają adresy internetowe Damy Radę i bardzo sobie to chwalą – podkreśla Anna Kłis-Kalinowska. – Jestem także nauczycielem akademickim na Uniwersytecie Jagiellońskim i nie raz była taka sytuacja, że studenci mi mówią „a myśmy panią widzieli na YouTube”. Kiedy zatrudniam opiekunów medycznych też zdarza się, że ktoś mówi: „widzieliśmy filmy instruktażowe z panią”. Okazuje się, że oni docierali do tych materiałów ucząc się do egzaminu.

Pułapka profesjonalizmu

Iwona Przybyło z Krakowa, specjalistka pielęgniarstwa anestezjologicznego, zaangażowana w długoterminową opiekę domową, prowadząca szkolenia organizowane w ramach Damy Radę zwraca uwagę, że na szkoleniach

Po każdym szkoleniu z opiekunami rodzinnymi, czy z profesjonalistami, sama uczę się czegoś nowego. Ten program pokazuje mi inną perspektywę.

Iwona Przybyło



Dołącz do projektu

Damy Radę to projekt edukacyjny – kompleksowe źródło wiedzy na temat opieki. Ma na celu wsparcie opiekunów rodzinnych, którzy na co dzień zajmują się osobą niesamodzielną, przewlekłe chorą w domu. Tworzymy go we współpracy z profesjonalistami – pielęgniarkami, rehabilitantami, pracownikami szpitali oraz instytucji opieki długoterminowej.

WSPIERAMY • UCZYMY • MOTYWUJEMY ponad 10 lat

Co oferujemy w ramach projektu?

- poradniki: „Jak opiekować się osobą przewlekłe chorą w domu?” i „Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji?”
- szkolenia dla personelu medycznego
- szkolenia i warsztaty dla opiekunów domowych
- dedykowany portal z poradami i filmami nt. opieki – damy-rade.info



Działania w ramach projektu są bezpłatne

Bliscy chorego mają obawy jak poradzą sobie z opieką, czy sprostają nowym zadaniom. Damy Radę to projekt, dzięki któremu rodzina pacjenta niesamodzielnego, opuszczającego szpital, może przygotować się do sprawowania opieki w domu.

Łączy nas profesjonalizm i poczucie odpowiedzialności

Wspólnie możemy przyczyniać się do poprawy jakości opieki nad przewlekłe chorymi pozostającymi w domach pod opieką swoich bliskich. Udostępniając opiekunom poradniki, dzieląc się linkami do filmów instruktażowych, czy informując o warsztatach, wspieramy ich w adaptacji do nowej życiowej roli – być może będzie to jedyna pomoc, jaką otrzymają.

Skontaktuj się z nami i zamów materiały



@ fundacja@tzmo-global.com

tel. 801 105 555 (infolinia, połączenie bezpłatne)

damy-rade.info

/damyradeinfo



Razem Zmieniamy Świat



zyskują nie tylko ich uczestnicy, którzy nabywają fachową wiedzę od ekspertów. Kontakt z potrzebującymi tej wiedzy wiele daje także tym, którzy ją przekazują. Ten zysk jest tu więc obustronny. – Po każdym szkoleniu z opiekunami rodzinnymi, czy z profesjonalistami, sama uczę się czegoś nowego. Ten program pokazuje mi inną perspektywę. Myślę, że mam serce do osób starszych, do ludzi wymagających opieki, ale w praktyce pielęgniarstwa dominuje spojrzenie z perspektywy profesjonalisty, liczy się przede wszystkim to, żeby skutecznie wykorzystać swą wiedzę i doświadczenie. To jednak czasami zapędza nas w taki zautek profesjonalizmu, do takiego przekonania, że zawsze wiemy najlepiej, co temu choremu, czy jego bliskim jest najbardziej potrzebne. Natomiast punkt widzenia opiekunów, także samych pacjentów, może być inny. Oni często potrzebują czegoś innego, niż to co może się wydawać potrzebne nam, profesjonalistom – tłumaczy **Iwona Przybyło**. – Taki hamulec jest potrzebny. Kiedy podchodzę do nowego pacjenta, zawsze robię krok do tyłu i dzięki tym informacjom, które sama zbieram podczas szkoleń, próbuję lepiej zmierzyć się z perspektywą pacjenta i jego rodziny. Szkolenie to także możliwość uczenia się wielu rzeczy od opiekunów: sposobów, trików, które oni wypracowali i które się sprawdzają. To też się przydaje.

Liczy się jakość

– Kiedy Damy Radę powstawało, nie było takiej platformy edukacyjnej trudno było o podstawowe informacje, mieli-



śmy do czynienia z pewną luką. Teraz, tak to przynajmniej wygląda z mojego punktu widzenia, mamy do czynienia z odbiciem w drugą stronę: jest tak dużo informacji, tak wiele portali, mamy sztuczną inteligencję, jest tego naprawdę wiele, że w efekcie powstaje informacyjny chaos – ocenia **Anna Kliś-Kalinowska**. – Tym ważniejsze jest, by mieć dostęp do źródła, które jest po pierwsze wiarygodne, a po drugie przekazuje kompleksową wiedzę: począwszy od samego systemu organizacyjnego opieki, poprzez to, jak na przykład przygotować mieszkanie dla potrzeb chorego, aż po szczegółowe informacje dotyczące metod pielęgnacji. Przeszliśmy więc od momentu w którym Damy Radę wypełniło lukę do sytuacji, w której stało się także kompleksowym, wiarygodnym źródłem informacji.

● **Ryszard Warta**

Na stronie www.damy-rade.info można:

- ➔ znaleźć porady, filmy szkoleniowe, wideowarsztaty (np. „Jak wesprzeć osobę z demencją, gdy myli fikcję z rzeczywistością”, „Problemy z drażliwością i agresją u osoby z zespołem otępiennym”)
- ➔ pobrać online bezpłatne poradniki „Jak opiekować się osobą przewlekle chorą w domu?” i „Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji” lub zamówić ich tradycyjne – papierowe wydania
- ➔ skorzystać z bezpłatnych szkoleń online (wśród tematów m.in. zaburzenia zachowania w demencji, stres i wypalenie w opiece, odżywianie, profilaktyka przeciwoleżynowa, dobór produktu chłonnego przy nietrzymaniu moczu z dofinansowaniem NFZ)

KONKURS

„Kroniki Opieki Długoterminowej”

Podziel się Historią i Wygraj!

Instytut Gospodarstwa Społecznego SGH oraz Międzykolegialne Centrum Badań nad Rodzinami i Generacjami SGH ogłaszają wyjątkowy konkurs „Kroniki opieki długoterminowej”.

Organizatorzy zapraszają do dzielenia się osobistymi doświadczeniami i przemyśleniami na temat codzienności osób świadczących opiekę oraz tych, którzy wsparcie otrzymują.

Konkurs realizowany jest pod patronatem Marzeny Okły-Drewnowicz, Sekretarz Stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, w partnerstwie z:

- Fundacją TZMO Razem Zmieniamy Świat, inicjatorem i realizatorem projektu „Damy Radę” (wspierającego opiekunów), będącą jednocześnie sponsorem konkursu oraz
- Koalicją „Na pomoc niesamodzielnym”.

Dla kogo jest ten konkurs? Twoja historia ma znaczenie!

Organizatorzy chcą poznać i zrozumieć historie, doświadczenia oraz emocje osób, dla których opieka długoterminowa jest codziennością. Do udziału zaproszeni są **wszyscy**, których dotyczy opieka długoterminowa:

- **osoby sprawujące opiekę:** pracujące w placówkach, świadczące płatną opiekę indywidualną (asystenci osobiści) lub wspierające nieformalnie (rodzina, znajomi).
- **osoby korzystające ze wsparcia:** mieszkające w domach pomocy społecznej, korzystające ze wsparcia w placówce dziennej lub we własnym domu.

Ważne: Oprócz osobistych historii, Organizatorzy zachęcają do podzielenia się przemyśleniami i pomysłami na usprawnienie systemu opieki długoterminowej w Polsce (np. kto powinien ją organizować, finansować, co uczyniłoby życie opiekunów i podopiecznych łatwiejszym).

Uczestnicy mogą w terminie do **16 stycznia 2026 r.** opisać swoje przeżycia i doświadczenia w dowolnej formie, np. dziennika, relacji, pamiętnika czy bloga, mogą też dołączyć zdjęcia lub rysunki.

Najbardziej wartościowe prace zostaną nagrodzone. Przewidziano:

I
nagrodę
w wysokości
10 000 zł

II
nagrodę
w wysokości
7 000 zł

III
dwie nagrody
w wysokości
5 000 zł

10
wyróżnień
w wysokości
1 500 zł

* (jedna dla opiekuna i jedna dla osoby korzystającej ze wsparcia)

* (pięć dla opiekunów i pięć dla osób korzystających ze wsparcia)

ORAZ NAGRODĘ SPECJALNĄ PROF. DR. HAB. PIOTRA BŁĘDOWSKIEGO W WYSOKOŚCI: **3 000 zł**

„Konkurs stanowi okazję, by oddać głos tym, którzy na co dzień milcząco mierzą się z wyzwaniem opieki nad swoimi bliskimi. Naturalnie wpisuje się on w misję Fundacji TZMO „Razem Zmieniamy Świat” i projekt „Damy Radę”. Fundacja od lat wspiera opiekunów rodzinnych poprzez bezpłatne szkolenia, poradniki i warsztaty, dostarczając im praktycznych narzędzi w codziennej opiece.” Katarzyna Serwińska Prezes Fundacji TZMO Razem Zmieniamy Świat

Więcej szczegółów (regulamin, wymagane oświadczenia i kwestionariusz) oraz wszelkie informacje o nagrodach dostępne są na stronie organizatora: www.sgh.waw.pl/pamietniki.

Pytania?

Skontaktuj się z Organizatorami: ● e-mail: pamietniki@sgb.waw.pl ● telefon: **512 748 274**



Królestwo się starzeje

ZASKAKUJĄCE
PODOBIENSTWA

I CIEKAWE RÓŻNICE – NA 27. MKOD
O SYTUACJI I WYZWANIACH
SEKTORA OPIEKI
NA WYSPACH BRYTYJSKICH

– Kogoś, kto potrzebuje pomocy kompletnie nie obchodzi, jakiego koloru kamizelkę ma osoba, która mu tej pomocy udzieli – podkreśla dr Donald Macaskill, szef Scottish Care, organizacji reprezentującej szkocki niezależny sektor opieki społecznej, w tym specjalistów opieki długoterminowej. Brzmi znajomo? Oczywiście, bo opisany „kamizelkową” metaforą problem koordynacji sektora opieki społecznej i sektora zdrowia to przecież wezwanie, które nie tylko na Wyspach Brytyjskich, ale też na Wiśle dobrze jest znane.

Tych podobieństw jest zresztą więcej, z tym najważniejszym na czele: kryzysem powodowanym z jednej strony narastającym tempem starzenia się społeczeństwa i dramatycznym wzrostem zapotrzebowania na usługi opiekuńcze, a z drugiej strony niewydolnością i niedostosowaniem systemów opiekuńczych do skali tych zjawisk. Inna analogia – brytyjska strategia „Home First” to nic innego, jak budząca zresztą w Polsce wiele dyskusji zasada deinstytucjonalizacji.

Są też oczywiście różnice i to bardzo ciekawe. I pewnie dlatego wspólne wystąpienie dwójki brytyjskich gości 27. MKOD spotkało się z tak dużym zainteresowaniem.

Dr Donald Macaskill mówił o wezwaniach opieki długoterminowej w Szkocji i reformach, jakie są tam podejmowane, zwłaszcza w zakresie innowacyjnego – na brytyjską skalę – integrowania działań sektorów pomocy społecznej i ochrony zdrowia. **Profesor Vic Rayner**, szefowa National Care Forum – organizacji działającej na rzecz niekomercyjnych usługodawców świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych w Wielkiej Brytanii, prezentowała te tematy z perspektywy Anglii i szerzej, całego Zjednoczonego Królestwa.

1,8 mln ludzi pracuje w sektorach opieki Anglii i Szkocji. Do roku 2040 potrzeba będzie dodatkowo pół miliona pracowników, by sprostać wzrastającej się grupie osób w wieku powyżej 65 lat.

Braki kadrowe. To jeszcze jeden wspólny ból głowy środowiska opieki w Polsce i na wyspach. W całym systemie opieki społecznej w Anglii i Szkocji pracuje imponująca armia 1,8 mln ludzi. Imponująca, ale i tak zbyt mała. – Do roku 2040 będziemy potrzebować dodatkowe pół miliona ludzi, by sprostać wzrastającej liczbie osób wymagających pomocy – ocenia **dr Macaskill**.

Na szczęście w ciemnym tunelu pojawiają się też światła: liczba wakatów, choć wciąż wysoka, na poziomie ponad 7 proc., ma jednak tendencję spadkową. Spada też poziom rotacji zatrudnionych, choć i tu jest on wciąż wysoki, sięgający blisko 25 proc. (2024/25), a jak zauważa **prof. Rayner**, w grupie najmłodszych pracowników rotacja kadry jest największa. Najmłodszy personel stanowią zresztą najmniejszą grupę wiekową personelu opiekuńczego i to jest kolejny powód do zmartwienia. Wraz ze starzejącym się społeczeństwem, starzeje się też kadra zajmująca tego typu usługami.

4,5 mln ludzi w wieku 65+ będzie żyło samotnie – według prognozy dla UK na rok 2043

– To niezbyt dobrze płatna praca. Jeżeli nie będziemy wspierać naszych pracowników, to będziemy ich po prostu tracić – dodaje szefowa National Care Forum. To wsparcie jest rozpisane na cały szereg działań, polegających na przykład na standaryzacji stanowisk i stworzeniu jednej, liczącej osiem kategorii hierarchii zawodowej: od stażysty (new to care), poprzez m.in. specjalistę (practise leader) aż po zarządzającego najwyższej kategorii (registered manager). Ma to stabilizować pracę wprowadzając jasne reguły, jednolite zakresy odpowiedzialności, wymagane poziomy wykształcenia, doświadczenia i zdolności. Dochodzą do tego pakiety rozwiązań, które poprawić mają pozycję zawodową pracowników tego sektora. Zasada „uczciwej zapłaty”, wzmocnienie praw pracowniczych łącznie z unowocześnieniem uprawnień związków zawodowych, ułatwienia w godzeniu obowiązków służbowych i rodzinnych – to niektóre z nich.

Tu warto dodać, że dokładnie tydzień po otwarciu 27. MKOD, 30 września, rozpoczęły się konsultacje rządowego projektu zasad uzgadniania rzetelnych wynagrodzeń (Fair Pay Agreement) w opiece społecznej dla

dorosłych w Anglii. Przewiduje on m.in. utworzenie krajowego zespołu negocjacyjnego ds. opieki społecznej dla dorosłych – ro-

dzaju platformy dla przedstawicieli pracowników sektora, który zapewnić ma – jak to określono w rządowych materiałach – „konstruktywne negocjacje z pracodawcami”. A to z punktu widzenia pracowników jest bardzo ważne, bo ten sektor jest na wyspach bardzo rozdrobniony – tworzy go ok. 19 tys. organizacji. Zmiany mają doprowadzić do największej od lat 70-tych podwyżki zarobków w tej branży. Konsultacje społeczne – i to akurat może w Polsce zabrzmieć zgoła egzotycznie – trwać mają cały rok, do jesieni 2026.

Czy ambitne plany uczynienia pracy w opiece bardziej atrakcyjną powiodą się? Brytyjscy goście toruńskiego spotkania wskazywali na sprzyjającą koniunkturę polityczną, zwłaszcza po tym, jak latem zeszłego roku tekę premiera objął Keir Starmer. **Profesor Rayner** wskazywała m.in. na deklaracje rządowe, według których niskie płace, złe warunki pracy i niestabilność zatrudnienia

szkodzą rozwojowi gospodarczemu.

A sektorowi usług społecznych – dodajmy – szkodzą szczególnie.

2 angielskich seniorów może mieć potrzeby opiekuńcze, które nie są należycie zaspokajane
mln

Przy kadrach pozostając – jeszcze jedno wyzwanie to bardzo duże uzależnienie brytyjskiego systemu od pracowników spoza UK.

– W dużym stopniu opieramy się na rekrutacji osób z zagranicy. Mieliśmy napływ ludzi z fantastycznym doświadczeniem, za co jesteśmy ogromnie wdzięczni. Na przykład w szkockich domach opieki aż 80 procent personelu to pracownicy z takich krajów, jak Filipiny czy Indie – wylicza **profesor Rayner**.

Pracownicy ze wspomnianych Indii i Filipin nie mają zazwyczaj kłopotów z angielszczyzną, ale i tu zdarzają się problemy trudne do przewidzenia. – Moja mama przez całe dorosłe życie mówiła po angielsku, ale teraz, gdy cierpi na demencję, wróciła do języka gaelickiego i tu już dla opiekunów zaczyna się duży problem – dodaje **dr Macaskill**.

Inny ciekawy wątek, to kwestia postrzegania usług opiekuńczych jako rodzaju prawa, które powinno być jak najszerzej dostępne, a nie jako jeszcze jednej oferty na rynku usług, podlegającej zwykłym regułom rynkowej gry. – To, co mnie najbardziej niepokoi, to fakt, że osoby, które na to stać, mają

lepszą opiekę. To nie jest fair – podkreśla **dr Macaskill**. – Jakość opieki nie powinna zależeć od tego, czy mieliśmy w życiu więcej szczęścia i udało nam się zgromadzić majątek.

Tu zresztą wątki ekonomiczne łączą się z podstawowymi etycznymi zasadami funkcjonowania społeczeństw, w których troska o chorych, starszych, niesamodzielnych to wciąż obszar niedoinwestowania i budżetowych ograniczeń. **Dr Macaskill** wskazał na ten aspekt skróto, ale bardzo dobitnie, mówiąc: – *Dziś w Edynbur-*

gu można dostać więcej pieniędzy za wyprowadzanie psa niż za siedzenie przy łóżku odchodzącej osoby.

Co ciekawe, takie niekomercyjne podejście może się dla sektora opieki...optacać.

– Koszt pobytu w domu opieki to 2 tys. funtów tygodniowo. To mnóstwo pieniędzy, ale to też generuje pewien rodzaj zachowań – mówi **Vic Rayner**, także powołując się na swe rodzinne doświadczenia. – Z tych właśnie finansowych względów ludzie, opiekunowie swych starszych, schorowanych rodziców, odkładają skorzystanie z tego typu opieki do ostatniej chwili, zwlekają z tym. Tymczasem u ich bliskich niekorzystne procesy narastają. W końcu takie osoby i tak trafiają do domów opieki, ale ich problemy zdrowotne są już w bardzo zaawansowanym stanie, więc także ich potrzeby są znacząco większe.

A większe potrzeby – dodajmy – to większe koszty i tak kółko się zamyka. Wypisy ze szpitala, które teoretycznie

Dziś w Edynburgu można dostać więcej pieniędzy za wyprowadzanie psa niż za siedzenie przy łóżku odchodzącej osoby



David Macaskill

powinny następować tak szybko, jak to jest możliwe – to jeszcze jeden

z dużej kolekcji systemowych problemów do rozwiązania. Ze statystyk przedstawionych na toruńskiej konferencji przez brytyjskich gości wynika, że każdego dnia w angielskich szpitalach nawet do 4 tys. pacjentów nie jest wypisywanych z powodu niedoborów w systemie opieki społecznej. Inaczej mówiąc: potrzebują opieki, ale po wypisie trafiałoby w opiekunczą pustkę, trzymaną w szpitalach, choć szpitalnej terapii już nie potrzebują. A to są znów dodatkowe koszty.

Chodzi o to, by narzędzia opieki były jak najbardziej adekwatne do sytuacji, stanu i potrzeb osoby wymagającej opieki, a nie o to, żeby nie rozwijać opieki domowej.

4 pacjentów angielskich szpitali dziennie ma odkładany wypis z powodu ograniczeń opieki społecznej
tys

Jest wręcz odwrotnie: strategia „Home First” – jak podkreślała **prof. Rayner** – to podstawowa zasada w koncepcji tworzenia narodowej służby opiekuńczej (National Care Service), która działać ma w oparciu o krajowe standardy i zapewniać spójność całego sektora opieki w całym królestwie (szerzej o tym projekcie na dole tekstu). – Osoby po hospitalizacji powinny wracać do domu lub swego środowiska tak szybko, jak to jest możliwe – podkreślano podczas wystąpienia w sali na toruńskich Jordankach.

A nowoczesna opieka domowa to nie tylko dostęp do fachowego wsparcia i usług zewnętrznych oferowanych przez sektor opiekuńczy, ale też jak najszerze wykorzystanie tych możliwości, jakie daje rozwój technologii cyfrowych, postępy robotyzacji, automatyzacji, sztuczna inteligencja. Przykłady? Była i o nich mowa, m. in. o opartych na AI technologiach monitorowania osób starszych, które dzięki analizie sposobu, w jakim seniorzy się poruszają,

W dużym stopniu opieramy się na rekrutacji osób z zagranicy. Mieliśmy napływ ludzi z fantastycznym doświadczeniem, za co jesteśmy ogromnie wdzięczni

Vic Rayner



pozwalają na szacowanie prawdopodobieństwa groźnego upadku i szybkie podjęcie interwencji, zanim dojdzie do najgorszego.

Nowe technologie mogą pomóc, uprościć, ułatwić,

4,5 ludzi w wieku 65+ będzie żyło samotnie - według prognozy dla UK na rok 2043. Od roku 1981 populacja osób w wieku 75+ wzrosła w Angli o 84 proc.
mln

przyspieszyć, ale nie zastąpią człowieka zaangażowanego w pomoc opiekuńczą. Także i to mocno podkreślali brytyjscy goście. – *Niewiele jest zawodów, w których podczas pracy naprawdę można zmienić czyjeś życie* – ocenił **dr Macaskill**.

● **ER**

➔ Wielka Brytania przygotowuje się do głębokiej reformy systemu opieki społecznej, w tym opieki długoterminowej. Jej sztandarowy projekt to stworzenie Narodowej Służby Opieki (National Care Service, NCS), która w pewnych zakresach funkcjonować ma tak, jak National Health Service (NHS), czyli krajowe instytucje zarządzające finansowanymi ze środków budżetowych systemami ochrony zdrowia w czterech częściach Zjednoczonego Królestwa: Anglii, Walii, Szkocji i Północnej Irlandii.

➔ Pomysł stworzenia NCS nie jest nowy, plany jego utworzenia pojawiały się już wcześniej, częściowo nawet były one wprowadzane w życie. Powrót do stworzenia NCS znalazł się w zapowiedziach powstałego w 2024 roku nowego laburzystowskiego rządu Keira Starmera. Nad założeniami reformy pracuje niezależna komisja kierowana przez członkinię Izby Lordów, Louise Casey. Jej prace mają się zakończyć w przyszłym roku.

➔ Problemem są oczywiście pieniądze – przejęcie kosztów opieki, finansowanej obecnie w dużym stopniu przez samorządy, oznaczać będzie dodatkowe, wielomiliardowe obciążenie dla budżetu UK.

Drugie dno apatii

Bywa, że u osób starszych demencja „udaje” depresję, bywa też na odwrót: w efektach depresji widzi się symptomy demencji. W obu wypadkach ceną pomyłki jest źle dobrana terapia, tracone szanse na skuteczną pomoc. O depresji, demencji i apatii u seniorów, na 27. MKOD mówił profesor Jakub Kaźmierski. I była to także dobra okazja, by porozmawiać między innymi o związanych z tymi chorobami stereotypach.

Ponad połowa, 52 procent osób z depresją przebywających w polskich domach pomocy społecznej nie jest leczona. Takie między innymi statystyki przedstawił pan podczas swego toruńskiego wykładu. Ten wskaźnik jest zatrważający. Z czego to wynika, że tak wiele przypadków pozostaje niewykrytych, czy z tego, że depresja i demencja często bywają mylone, co więcej, mogą one, jak to pan profesor przedstawiał, wzajemnie siebie „udawać”? Czy może to efekt jakiegoś systemowego błędu w nadzorze lekarskim nad mieszkańcami tego typu placówek?

Przyczyn, jak to zazwyczaj bywa, jest kilka. A pierwszą z nich są funkcjonujące cały czas stereotypy, według których osoba starsza, właśnie dlatego, że jest starsza i często schorowana, to może narzekać, może ją boleć, może nie spać, wiadomo, że jest mniej aktywna. Czego tutaj chcieć od osoby, która ma ponad 80 lat, czego od niej wymagać... W związku z tym te skargi, także objawy, bywają przez otoczenie tych osób bagatelizowane. Nie ma pomysłu na to, że to może być depresja.

Jeśli ktoś jest aktywny zawodowo, albo na przykład opiekuje się dziećmi, to kiedy zaczyna się źle czuć i to na tyle poważnie, że zaczyna mieć problemy z realizowaniem swych obowiązków zawodowych, gdy przestaje się spotykać ze znajomymi – jest to wszystko widoczne, łatwo zauważalne – choć pamiętać należy, że wiele osób potrafi przybrać maskę i mimo depresji nie zgłaszają się one do psychiatry czy psychologa.

Jeśli jednak mamy do czynienia z osobą nie mającą takich obowiązków, które weryfikują czy ten człowiek „daje radę”, to uznaje się, że tak już musi być, już nie za wiele wymagamy od tego seniora.

Bo to już ten wiek...

Tak. Właśnie „ten wiek” staje się taką łatką. Według tego przekonania, jeśli ktoś jest w pewnym wieku, to już nie musi być aktywny, nie musi się spotykać, albo np. nie musi uprawiać seksu. Wszystko to jest spychane właśnie na karb wieku. Dodam, że dom opieki nie jest, nie powinien być miejscem negatywnie kojarzonym. To bywają też miejsca, w których osoby starsze fajnie sobie żyją, gdzie mają wsparcie, kwitnie życie towarzyskie, gdzie seniorzy mają swoje relacje.

Istotna jest także ta druga kwestia, o której pan wspominał. Na takich konferencjach jak ta, na spotkaniach dla profesjonalistów, dla lekarzy psychiatrów, uczymy tego, że depresja u seniorów może inaczej wyglądać niż u osoby dorosłej, ale jeszcze nie w wieku podeszłym.

W powszechnym odbiorze społecznym apatia kojarzona jest ze stanem w którym – najprościej mówiąc – nic się nie chce. O depresji mówi się szerzej, wskazuje się, że to niechęć do życia, brak siły do mierzenia się z problemami, rezygnacja. Na ile te stereotypowe wyobrażenia są trafne?

Powiedziałbym, że pod apatią częściej coś się kryje. Chodzi mi o to, że depresja może występować jako samodzielną jednostką chorobową. Oczywiście, są pewne czynniki sprzyjające depresji, ale ona może się pojawić tak po prostu, możemy nie wiedzieć, skąd się ona bierze. Natomiast za apatią coś zazwyczaj się kryje. To może być jakiś dyskomfort fizyczny, czy jakaś choroba, której my nie widzimy, nie rozpoznaliśmy, na przykład choroba Parkinsona, która gdzieś już się zaczyna, ale diagnozy jeszcze nie ma, albo zespół otępienny. To może być także nadużywanie pewnych substancji. Proszę mi wierzyć – a tu mamy do czynienia z kolejnym stereotypem – to nie jest tak, że osoby starsze nie nadużywają alkoholu, nie nadużywają leków, że nie bywają uzależnione. Nie, są i często się z tym kryją.

Często bardzo skutecznie

Tak. I zdarza się, że właśnie dlatego osoby starsze tak nie do końca kojarzą, stają się senne. Okazuje się, że na przykład łączą leki nasenne czy przeciwłękowe z pewnymi ilościami alkoholu, który gdzieś tam sobie chowają i dlatego stają się apatyczne, takie „nie do życia”. Często pod tą apatią jest ukryte także właśnie drugie dno.

Zatrzymajmy się na chwilę przy profilaktyce. Wyobraźmy sobie: mam starszą mamę, starszego tatę, wiem nie tylko, że trzeba dbać o nawodnienie i zdrową dietę, ale mam też świadomość, że także apatia i depresja mogą być dla nich zagrożeniem. Na co zwrócić szczególną uwagę, zwłaszcza, gdy nie jest się specjalistą, nie dysponuje się ani specjalistyczną wiedzą, ani doświadczeniem.

Zawsze trzeba mieć jakiś punkt wejścia. Mimo upływającego wieku nie można spychać wszystkiego na karb tego wieku, ale warto porównywać: powiedzmy jeszcze trzy lata temu moja mama robiła obiady i fajnie one wychodziły, były smacznie. Spotykała się ze znajomymi, a teraz tego zaniedbała. To już może być taki sygnał, że być może zaczyna się depresja, albo zaczyna się jakieś zaburzenie funkcji poznawczych. Tak jak mówiliśmy wcześniej, w przypadku osób pracujących można to wychwycić wcześniej. Tu jest inaczej, ale możemy na przykład zauważyć, że popisowa kiedyś roladka mojej mamy była naprawdę świetna, ale teraz coś jest nie tak, jakby czegoś nie dodawała, albo zbyt mocno soliła. Dzieje się coś, co sprawia, że sobie z tym nie radzi. A szczególnie ważne jest, gdy dochodzą do tego jeszcze inne elementy...

...gdy klucze, czy okulary zaczynają się ciągle gubić...

...albo gdy zaczyna się powtarzanie ciągle tych samych treści, gdy kilka razy pojawiają się pytania o to samo, gdy w ciągu godziny trzy razy mama pyta „a odwiedziłeś wujka Tadeusza”, choć już za pierwszym razem na to odpowiedziliśmy. Oczywiście, można czasami spytać o coś dwa razy.

To się zdarza, gdy myślimy o jednym, a robimy drugie, bywa, że zadamy pytanie, ale nie tylko nie pamiętamy odpowiedzi, ale nawet jej nie usłyszymy, bo jesteśmy pochłonięci innymi myślami. To jest jednak inna sytuacja. I to już są objawy niepokojące.

Jakie są najważniejsze czynniki ryzyka w przypadkach apatii oraz depresji u seniorów?

W wypadku apatii najczęściej są to jakieś przypadłości somatyczne, które są źle kontrolowane, czy to w postaci cukrzycy, czy to w postaci jakichś zaburzeń hormonalnych, często są to jakieś niedobory np. witaminy B12, czy niedobory hormonów z tarczycy. Do tego wspomniane już nadużywanie leków. I to należy sprawdzić.

Jeśli chodzi o depresję, to tutaj te schorzenia somatyczne również wchodzą w grę, szczególnie choroba niedokrwienna serca. Tu jest zresztą bardzo duży wpływ. Te związki są intensywnie badane: dlaczego akurat tak jest, że gdy ktoś ma chorobę serca to częściej ma także depresję? Działa to także w drugą stronę: depresja pogarsza przebieg choroby niedokrwiennej serca. Te osoby mają częściej zaostrzenie choroby, częściej dochodzi do zawałów. Nie wchodząc już w szczegóły, są teorie takie już stricte biologiczne, które tłumaczą to oddziaływaniem różnych substancji, białek, które są wspólne i dla depresji, i dla serca.

To, co jest czynnikiem chroniącym, to na pewno aktywność społeczna, a z kolei samotność, izolacja będą sprzyjały depresji. Mówi się czasami, że ktoś „przeszedł na emeryturę i dostał depresję”. To oczywiście także jest kolejny już stereotyp, ale on ma swoje pokrycie w tym, że przechodząc na emeryturę część osób przestaje mieć kontakty społeczne, zamyka się.

Znikają koleżanki i koledzy z pracy, ci ludzie, których codziennie rano spotykało się gdzieś na przystanku...

Dokładnie. Oczywiście: tak bywa, ale też to wcale nie musi tak być, bo jak ktoś chce, to znajdzie sobie jakiś klub, świetlicę, będzie dzwonił, spotykał się, umawiał na spacer, na rowery.

Tych ofert dla seniorów na szczęście w ostatnich latach bardzo przybyło.

Tak i to jest bardzo ważne.

Panie profesorze zaczęliśmy od tego, ile przypadków depresji u seniorów wymyka się trafnej diagnozie, pozostaje nierozpoznanych, ale zakończmy rozmowę sytuacją odwrotną, w której depresja jest rozpoznana, dotkniętą nią senior uzyskuje pomoc, wprowadzona zostaje odpowiednia terapia. Czy współczesna medycyna jest w stanie skutecznie rozwiązać tego rodzaju problem zdrowotny, czy właściwie rozpoznana depresja, dobrze leczona, z odpowiednio dobraną terapią może zakończyć się sukcesem: wyleczeniem pacjenta?

W zdecydowanej, przynajmniej części przypadków tak.

Czyli jest o co walczyć?

Tak, choć wiem, że są opinie, według których leki przeciwdepresyjne mogą być nadużywane, albo przeceniane.

Czy chodzi tu też o ryzyko uzależnienia?

Właśnie w przypadku tych leków takiego ryzyka nie ma. Tu jest ta różnica. Osoby z depresją, czy to starsze, czy w młodszy wiek i tak są w zwiększonym ryzyku nadużywania np. alkoholu, czy środków uspokajających. Lepiej jest więc skutecznie leczyć depresję lekiem przeciwdepresyjnym niż dopuszczać do sytuacji, w której chory popada w uzależnienie od leków uspokajających, przeciwbólowych czy alkoholu.

Oczywiście, nie możemy skupić się tylko na tym, że lek wszystko załatwi. Trzeba też wziąć pod uwagę, czy były jakieś czynniki sprzyjające depresji, których przecież może być mnóstwo: stres, osamotnienie, wzięcie zbyt wielu spraw na głowę, jakieś czynniki psychologiczne, związane z naszą osobowością, czy wychowaniem. Żeby skutecznie radzić sobie z depresją trzeba to także wziąć pod uwagę. Ale kiedy ta depresja już jest, nasilona do tego stopnia, że nie dajemy sobie rady, gdy pojawiają się myśli rezygnacyjne to trzeba tego leku użyć. Po pewnym czasie, często w ciągu kilku tygodni, osoby które miały depresję mówią: „ja na nowo żyję!”, „jestem jak nowo narodzony, nie zdawałem sobie sprawy, że znów można się dobrze poczuć!”.

Dziękuję za rozmowę.

● Ryszard Warta

Co mówią kuluary

Braki kadrowe, audyty placówek, zapowiadane oraz oczekiwane przez środowisko zmiany w przepisach, dyskutowana szeroko deinstytucjonalizacja, czy może niekończące się problemy z finansowaniem świadczeń? Co dziś, jesienią 2025 roku, jest największym wezwaniem dla szeroko rozumianego sektora opieki długoterminowej w Polsce? O to właśnie w kuluarach toruńskiego spotkania pytaliśmy uczestników 27. MKOD.



Prof dr hab Katarzyna Wieczorowska-Tobis, lekarka – specjalista geriatrici i medycyny paliatywnej, przewodnicząca zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego

Podstawowy problem to braki kadrowe. Nikt nie jest zainteresowany tym, żeby zostać opiekunem. W związku ze złym finansowaniem tej pracy, ale też, z czego musimy zdać sobie sprawę, bardzo trudnymi warunkami jej wykonywania, mam wrażenie że jest dziś bardzo dużo negatywnej selekcji do zawodu, opiekunami stają się ci, którzy gdzie indziej nie mogą znaleźć miejsca.

To jest ciężka praca, związana z dużym obciążeniem psychicznym. Widzimy to obciążenie fizyczne, ale nie widzimy tego, że ten opiekun jest w ogromnym stresie i nie wie, co się wydarzy. Człowiek, który ma zaburzenia poznawcze, albo otępienie, może zareagować w bardzo różny sposób. Także agresją. Tymczasem w przypadku środowiska pielęgniarek wiele się zmieniło. To pokazuje, że jeżeli ta ciężka praca jest dobrze opłacona, to od razu jest nią o wiele większe zainteresowanie. Wreszcie widzimy tę pielęgniarę w systemie, jako osobę decyzyjną i to bardzo korzystna zmiana.

- ➔ Dr hab nauk medycznych Jakub Kaźmierski jest praktykującym lekarzem psychiatrą.
- ➔ Prowadzi także działalność naukową i dydaktyczną. Jest profesorem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kieruje Kliniką Psychiatrii Wieku Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych.
- ➔ Szkolenia, m.in z prof. Jakubem Kaźmierskim, jak i innymi specjalistami znajdziesz na www.akademiaseni.pl

Osoby żyjące z demencją mają specyficzne potrzeby, wymagają zupełnie innej opieki. Na pewnym etapie otępienia chory może być fizycznie stosunkowo sprawny, ale wymaga monitorowania 24 godziny na dobę. Ktoś na przykład pamięta, że w czajniku podgrzewa się wodę, ale nie pamięta już, że to czajnik bezprzewodowy i ustawia go na gazie. To zupełnie inny rodzaj opieki i my wciąż nie mamy tej świadomości i także decydenci jej nie mają. Ciągłe dyskutujemy, że jednym ze wskazań do włączenia opieki długoterminowej jest uzyskanie w skali oceny samodzielności nie więcej niż 40 punktów, co oznacza, że pacjent nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować. Oceniamy więc na przykład, jak on chodzi. Proszę sobie teraz wyobrazić, że jest osoba, która kompletnie nie wie gdzie jest, zupełnie nie kontroluje tego, co robi, ale chodzi! I nie umiemy się z tym przebić, że ten parametr jest w tym wypadku całkowicie niemiernodajny.

Wojciech Jocz, dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Białymstoku dla osób niepełnosprawnych intelektualnie z filią dla osób psychicznie chorych.

Padają słowa takie dosyć krytyczne, że nie ma systemu. Nie zgadzam się taką opinią. System nie jest doskonały, ale jest. To nie jest więc tak, że sytuacja jest beznadziejna, że ktoś, kto potrzebuje pomocy nie może jej znaleźć. Oczywiście, widzimy różne słabe punkty, które należałoby udoskonalić. Warto jednak docenić to, co jest i co zostało wypracowane: mamy dobrą, wykwalifikowaną kadrę, mamy duże doświadczenie, sprawdzone rozwiązania. Czego nie ma? Potrzebne są na przykład wyspecjalizowane domy pomocy dla osób z autyzmem. Chodzi tu o wyodrębnienie ich od osób niepełnosprawnych intelektualnie. To jest problem nie tylko dla DPS-u, ale przede wszystkim dla osób ze spektrum autyzmu. Czasami nas serce boli, że ta pomoc, którą takiej osobie możemy zaoferować nie jest adekwatna do jej rzeczywistych potrzeb. Wyodrębnienie takich domów umożliwiłoby realną pomoc. Pomoc dla osób z autyzmem generowałaby znacznie wyższy wskaźnik zatrudnienia, a to oznacza znacznie wyższe koszty. Jeżeli więc – nawet przy największej dobrej woli – w ramach DPS dla osób niepełnosprawnych intelektualnie chcielibyśmy stworzyć oddział dla osób z autyzmem, to byśmy wygenerowali takie koszty, że żadna gmina nie przystałaby do nas osoby niepełnosprawnej intelektualnie, bo ten koszt byłby za wysoki. Przy wyspecjalizowanych domach dla osób ze spektrum autyzmu, byłoby wiadomo, że koszt jest wyższy, ale nie byłoby tego wymieszania, jakie mamy dziś: osób niepełnosprawnych intelektualnie z osobami z autyzmem. To stanowi problem, między innymi dlatego, że przy niepełnosprawnych intelektualnie nie potrzeba aż tyle personelu i tak wysokiego wskaźnika.

Julia Porwit, dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Nowym Czarnowie (woj. zachodniopomorskie).

Przydałoby się wprowadzenie nowych profili Domów Pomocy Społecznej, chociażby dla osób z autyzmem. Kiedyś mówiło się ogólnie autyzm, dziś stosuje się pojęcie spektrum autyzmu, świetnie rozwinęło się diagnozowanie w tym zakresie, tylko że nie idzie za tym dalsza część działań. To są bardzo trudne sytuacje. Mamy osobę w spektrum autyzmu, mamy związane z tym trudne zachowania i nie mamy co z takim człowiekiem zrobić. W środowisku nie może być, bo rodzina nie daje sobie rady, opieka środowiskowa nie daje rady i taka osoba jest często wypychana do DPS-u. My mamy kadrę, mamy doświadczenie, choć nie mamy kadry wyspecjalizowanej do pracy z przypadkami autyzmu, ale na bazie naszych doświadczeń możemy wiele wypracować. I to się nam udaje, mamy dobre efekty. Tu potrzebna jest bliska współpraca i z psychiatrami, i ze szkołami specjalnymi. Dla mnie w tej chwili to właśnie autyzm jest największą bolączką. W szkołach idą za tym pieniądze na specjalistów, na nauczyciela wspomagającego, na dodatkowe godziny rewalidacji. A co mamy w DPS dla autyzmu? A musimy sobie radzić na przykład z młodą osobą, niejednokrotnie agresywną, z którą nie radzi sobie szpital psychiatryczny, nie radzą sobie ośrodki specjalistyczne, rodzina, a my musimy sobie poradzić.

Aneta Banek-Tabor, pielęgniarka, ekspertka opieki długoterminowej, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego.

W opiece brakuje ludzi do pracy. To jeden z podstawowych problemów. Często się mówi, że ten zawód opiekuna trzeba dowartościować, trzeba tam dodać pieniędzy i wtedy to się wszystko zmieni. Gdy słyszę takie opinie, przychodzi mi do głowy takie pytanie: kto swojemu dziecku, które kończy szkołę, powie: „stuchaj, zostań opiekunem, to taki świetny zawód”? Nikt tak nie powie, po prostu nikt. To pokazuje skalę problemu i tu powinno się wiele zmienić. Inna rzecz to sposób, w jaki przepisy mają się do realnych sytuacji. Zwróćmy uwagę chociażby na kwestie świadczenia wspierającego, o którym zresztą dużo mówiono już w zeszłym roku. W praktyce wygląda to tak, że świadczenie jest przyznawane po złożeniu wniosku z ankietą, w której rozpatrywane są głównie fizyczne niedobory osoby wymagającej wsparcia, potem przychodzi dwuosobowa komisja, która sprawdza sposób funkcjonowania podopiecznego w domu. I zdarza się, że osoba z demencją jest pytana: „robi sobie pani śniadanie?”. Odpowiedź brzmi: „tak”, „pije pani sama?” – „tak” – bo po prostu tak te osoby odpowiadają. Komisja widzi, że osoba chodzi, samodzielnie się przemieszcza i efekcie świadczenie nie jest przyznawane, choć tak naprawdę taka osoba wymaga szczególnego wsparcia i pełnej opieki. ● **Opr. ER**

Opiekunowie chorych?

ONI KAŻDEGO DNIA
ZDOBYWAJĄ
SWOJE KILIMANDŻARO

Piotr Pogon: zdobywca szczytów, uczestnik ekstremalnych zawodów sportowych, aktywista zaangażowany w działania charytatywne a jednocześnie człowiek od lat zmagający się z chorobą, pokazujący, jak wiele można osiągnąć mimo gigantycznych przeciwności. To był dobry pomysł, by to właśnie on wygłosił pierwszy, inauguracyjny wykład 27. Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej w Toruniu. Taka dawka motywacji, optymizmu i wiary w życie przyda się każdemu. Tym jednak, którzy każdego spotykają się ze słabością, chorobą, cierpieniem – przyda się szczególnie.

Często powtarza pan, a tak było również na toruńskiej konferencji, że to, co robi, co pokazuje światu, to przede wszystkim pochwała życia – takiego, jakim ono jest. Zapytam przekornie, czy zdarza się Panu patrzeć i tak, że życie potrafi być także bardzo niesprawiedliwe? Akurat pan miałby prawo skarżyć się na los, w końcu tymi problemami, nie tylko zresztą zdrowotnymi, jakich miał w swym życiu wiele, można by obdzielić kilka osób. Tymczasem wszystko to spadło na pana

W moich wystąpieniach, które trwają zazwyczaj 60 – 70 minut, ludzie najczęściej doceniają to, co mówię o upadaniu. A mówię o tym, że zdarza mi się płakać, że popełniam błędy, ale się podnoszę, wstaję po tym. My-

ślę, że największym wyzwaniem dla ludzi jest ta stara, XVI-wieczna zasada samurajów: upadnij osiem razy, ale wstań dziewięć. Tak, to jest ciężkie zadanie do wykonania i trudna rzecz do osiągnięcia. Żyjemy w świecie, w którym ciągle musimy pełnić jakieś role, narzucane nam przez społeczeństwo, czy przez media, a tak naprawdę każdy z nas niesie krzyż. Ludzie naprawdę mają bardzo wiele różnych problemów. Po takich spotkaniach jak to, w Toruniu, czy dzień wcześniej z rodzicami dzieci chorych na przepuklinę oponową, zawsze mnie zaskakuje, jakie historię, stoją za ludźmi, którzy w nich uczestniczą. Wiem jedno, że psychologowie, psychiatrzy zawsze będą mieli bardzo wiele do roboty.

Pana historia to działalność charytatywna, którą łączy pan z imponującymi doświadczeniami sportowymi: narciarstwo, maratony, triathlon, także góry, dokonania wspinaczkowe. Ma pan jeszcze jakąś listę wyzwań do zrealizowania, celów, które wciąż jeszcze na pana czekają?

Mam wielkie pragnienie zrealizowania mojego marzenia żeglarskiego, bo jestem także starym żeglarzem, żeby popłynąć z osobami niepełnosprawnymi i zrobić z nimi tak zwaną wstęgę Atlantyku, czyli przepłynąć z Europy do Nowego Jorku.

To dalekie plany, czy już coś się wokół tego dzieje?

To się już realizuje, nawet w tym roku miało to być wykonane, projekt miał nazywać się „Rejs niezatapialnych”. Sprawy się jednak skomplikowały, bo Marcin Gortat, który miał być ambasadorem tego projektu, z ważnych powodów nie mógł w tym wziąć udziału i na razie sprawa umarła.

Mam jednak wielką satysfakcję: po wielu latach spotkałem się z chłopakiem, którego kiedyś uczyłem żeglować na małych jachtach. Piotrek Przybylski, dziś to świetny żeglarz, mistrz świata w klasie ORC, płynący w Pucharze Ameryki, mówi mi: „Pogon, mamy wspianą jacht na Lanzarote, możemy coś zmontować!”.

Chciałbym, żeby to wyszło, tym bardziej, że choruje w tej chwili, wycofałem się z życia sportowego, z tego rodzaju aktywności. Zdaję sobie sprawę, że może znów coś mi się zaczęło... Ale się nie martwię. Mój przyjaciel, ks. Adam Studziński, kawaler Orderu Virtuti Militari, człowiek, który przeszedł w swym życiu straszne epizody, zawsze mawiał: „nie martwcie się bracia, bo po drugiej stronie nie ma idiotów”.

Projekty, w których pan uczestniczy i które pan współtworzył to zawsze rodzaj działania w zespole. Także na toruńskiej konferencji podkreślał pan, jak bardzo ważna jest umiejętność pracy zespołowej. Wspomniał pan także, że nie jest to łatwe i szczególnie w Polsce, miewamy z tą umiejętnością i gotowością do pracy zespołowej duży problem...

... Powiedziałbym, że Polacy kompletnie nie umieją pracować w zespole i to jest przerażające.

Ale panu jednak się udaje. Jaki więc ma pan sposób na budowanie dobrego zespołu, takiego, który będzie działał sprawnie, efektywnie, nie wypali się szybko jak słomiany ogień?

Wielki szacunek do ludzi, których spotykam na swojej drodze. To jedno. Trzeba to mieć, bo każdy ma swoją historię i każdy ma swoje problemy. Druga bardzo ważna sprawa to umiejętność używania słów „przepraszam” i „doceniam”. To naprawdę otwiera bramy do działania. Ludzie bardzo doceniają, gdy się po prostu ich szanuje, to daje efekty. W zespole nie mogą być kimś w rodzaju kapo, bo mam jakieś swoje dokonania, bo coś tam zrobiłem i mógłbym z tego względu robić za gwiazdora, który podporządkowuje sobie zespół. Nie, tak się nie da. Każdorazowo dobieram ludzi i każdemu z nich mówię: jesteś wspianą, dziękuję ci za twoje umiejętności, razem zrobimy rzeczy nieprawdopodobne. I tak zawsze się udaje.

Podkreśla pan także, że nie można być niewolnikiem strachu. Strach jest czymś naturalnym, to emocja bez której nie da się żyć, ale też nie wolno się jej poddawać. Toruńska konferencja poświęcona jest opiece długoterminowej, a to wyzwanie, które podejmują nie tylko profesjonaliści, ale też bliscy chorych: ludzie opiekujący swymi chorymi małżonkami, dzieci pomagające swym dotkniętym demencją rodzicom. Tam też ten strach często się pojawia: czy podołam, czy starczy mi sił, czy dam radę fizycznie, psychicznie, materialnie... Jak w takim wypadkach radzić sobie ze strachem i obawami?

Opieka nad chorymi to nie jest jakaś przypadłość, to jest ogromny dar. Jakkolwiek nie nazwiemy Boga, nie ma to zresztą znaczenia, jest to dotykanie absolutu. Zajmujący się opieką to są ludzie, którzy każdego dnia zdobywają swoje Kilimandżaro. Ktoś, kto potrafi się z tym zmierzyć jest wojownikiem. To jest coś, co nas ubogaca a nie niszczy. Jeśli ktoś w ten właśnie sposób do tego podejdzie, to wie, że to jest dar. To nie jest męka, tylko rodzaj swoistego cudu życia. Ci ludzie poznają człowieczeństwo od tej prawdziwej strony, gdy człowiek jest malutki, a my musimy zmierzyć się z tym wielkim światem, mamy mnóstwo pytań, mnóstwo problemów. Jeżeli ktoś do tego mądrze podejdzie, to takie doświadczenie nas ubogaci, choć oczywiście bywa i tak, że ludzie się załamują, albo traktują to jako dopust boży, a to przecież nie o to chodzi.

Dziękuję za rozmowę.

ER

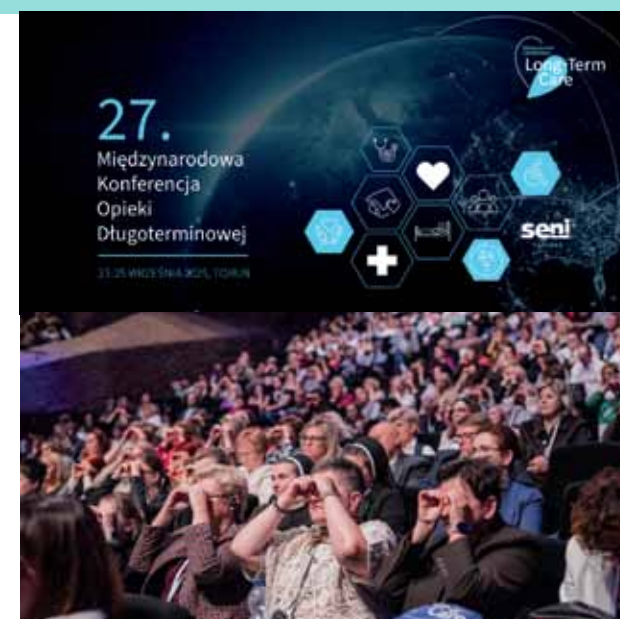
➡ Piotr Pogon: jeden z najbardziej znanych fundriserów - dzięki jego zaangażowaniu na cele charytatywne udało się zebrać ok. 30 mln zł. Biegacz, narciarz, uczestnik wypraw wspinaczkowych, zdobywca Korony Ziemi. Ekspedycja z osobami niepełnosprawnymi ruchowo na Kilimandżaro, zdobycie szczytu Aconcagua w Andach wraz z niewidomym Łukaszem Żelechowskim - to niektóre z jego dokonań.

➡ Od 16 roku życia jest pacjentem onkologicznym, mimo nawrotów choroby uczestniczył w ekstremalnie trudnych wyzwaniach sportowych, jako pierwsza na świecie osoba po resekcji płuca ukończył zawody Iron Triathlon. O swym życiu opowiada m.in. w książkach „Umarłem cztery razy” i „W POGONI za Życiem”.

komentarz

Ryszard Warta

Między obawą a otuchą



Jeśli ktoś, tak jak ja, pierwszy raz przystuchiwał się Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej, zorganizowanej już po raz 27 w Toruniu przez Fundację TZMO Razem Zmieniamy Świat, odnieść mógł dość ambiwalentne uczucia. Z jednej strony więc, mógł nabrać całego mnóstwa obaw. Kiedy na przykład Magdalena Gielniak-Sobczak, dyrektorka DPS w Koninie, mówiła, że rzeczywistość opieki domowej w Polsce wygląda i tak, że schorowana 70-latką opiekuje się 90-latką z demencją, gdy psychiatra, prof. Jakub Kaźmierski prezentował dane, według których w domach pomocy społecznej nie wykrywa się ponad połowy przypadków depresji, gdy dyrektorzy DPS-ów skarżyli się na lata niedoinwestowania ich placówek, czy oburzająco niskie zarobki pracowników, co z kolei - jak podkreśla prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis - grozi negatywną selekcją do zatrudnienia w opiece, to cała ta lista problemów tworzy mało pocieszący obraz stanu tego sektora. I marna to pociecha, że przynajmniej część tych problemów to nie jest żadna polska specjalność. Gdy brytyjscy goście 27. MKOD, Vic Rayner i Donald Macaskill mówili o wyzwaniu, jakim jest sensowna koordynacja pracy dwóch odrębnych sektorów usług społecznych: ochrony zdrowia i opieki społecznej, przedstawiciele polskiej branży opiekuńczej doskonale wiedzieli o co chodzi, bo dokładnie takie same problemy mamy w Polsce.

Tsunami - ten katastroficzny termin przywoływany był na konferencji często, wiele osób tak właśnie opisywało to, co nas czeka w związku ze skalą nadchodzących potrzeb opiekuńczych, związanych przede wszystkim z tempem, w jakim starzeje się nasze społeczeństwo. Nie jestem pewien, czy to na pewno dobra metafora, bo przy wszystkich postępach meteorologii, w pojęcie tsunami wpisany jest element zaskoczenia, nieprzewidywalności. Tu żadnego zaskoczenia nie ma, wszyscy doskonale wiedzą, że albo dopasujemy wydajność systemu do dramatycznie rosnących potrzeb, albo będzie katastrofa.

Ale poza obawami o przyszłość polskiej opieki, z 27. MKOD wynieść można było coś jeszcze. Gdy słucha się, z jakim zaangażowaniem ludzie tworzący cały ten sektor mówią o swej pracy, i to nie tylko podczas oficjalnych dyskusji, ale też w zupełnie nieformalnych rozmowach w kluarach, przy kawie, między jednym a drugim punktem programu konferencji, jak wymieniają się pomysłami, z jakim znowsztem tematu mówią o tym, co trzeba zmienić, gdy widać, jak bardzo zależy im, by temu nadciągającemu tsunami mężnie stawić czoła, to jest w tym wszystkim i otucha, i nadzieja.

W tym także tkwi walor tych toruńskich konferencji - poza wszystkimi korzyściami edukacyjnymi, po za cenną możliwością wymiany poglądów, MKOD pozwala się także temu środowisku policzyć, zintegrować i zobaczyć w sobie ten wielki potencjał. A to też jest bardzo ważne. ●

27. Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej



ARTYKUŁ SPONSOROWANY

Nawyki i poczucie kontroli

WPROWADZENIE PRODUKTU CHŁONNEGO U OSÓB ŻYJĄCYCH Z DEMENCJĄ

Gdy rano się budzimy, nasze pierwsze kroki są niemal automatyczne. Czy sięgamy po czajnik, kierujemy się do łazienki, czy włączamy radio – te drobne czynności są głęboko zakorzenionymi nawykami. Odpowiedź na pytanie, dlaczego tak robimy, jest prosta i złożona jednocześnie: robimy tak, bo zawsze tak robiliśmy. W kontekście opieki długoterminowej, a zwłaszcza opieki skoncentrowanej na osobie, kluczowe jest pytanie: „kim ta osoba była, zanim zachorowała?”. Zrozumienie utrwalonych przez całe życie nawyków, pre-

ferencji i poczucia własnej tożsamości jest niezbędne do zapewnienia godnej i skutecznej opieki. W artykułach dotyczących demencji często mówi się potocznie o tym, że głowa zapomina szybciej a ciało zapomina wolniej. Ten skrót myślowy przypomina właśnie o tym, że nawyki często zapominane są znacznie później i potrafią kierować zachowaniem chorych nawet wtedy, kiedy wiele innych sprawności zostało już utraconych.

Nasze nawyki związane z toaletą i higieną są w nas utrwalone przez całe życie. Zmiana tego schematu po-

trafić być bardzo trudna i wymaga czasu oraz delikatności. W demencji nawyki często stają się ostatnimi elementami zachowanej autonomii lub rutyną, która jest zapominana jako jedna z ostatnich. Próba ich zmiany wiąże się z oporem, odbierana jest jak ingerencja w coś, co jest znajome, normalne i przede wszystkim – w coś, co daje poczucie kontroli. Zachowanie tego poczucia ma fundamentalne znaczenie, bo dzięki niemu potrafimy przewidzieć, jak będzie wyglądał nasz dzień, wiemy, czego można się spodziewać i jak postępować. To z kolei wspiera samodzielność.

W demencji wiele sfer życia oraz umiejętności zostaje ograniczonych: pamięć, orientacja w czasie i przestrzeni, zdolność do planowania. Jednak potrzeba decydowania o sobie – nawet w drobiazgach – pozostaje silna do końca.

Ta wola decydowania o sobie przejawia się przede wszystkim przy podejmowaniu decyzji, w sytuacji, kiedy chory ma możliwość dokonania wyboru. Istotne jest, na ile nawyki, przyzwyczajenia oraz związane z tym poczucie kontroli i decydowania, dają się zastosować w codziennej opiece. To uwzględnienie jest o tyle ważne, że zachowanie nawyków – jak już wspomnieliśmy – buduje poczucie kontroli a jego utrata jest szczególnie negatywnie odbierana przez chorych. W jednym z badań sprzed kilku lat, ich autorzy wskazali trzy wyzwania, z którymi mierzą się osoby pozostające w opiece długoterminowej: utrata godności, strach przed oceną i utrata kontroli. To efekty między innymi utraty samodzielności i możliwości decydowania o przebiegu własnego dnia, ale nie tylko – istotnym komponentem jest tutaj konieczność polegania na innych, to że w tak wielu sprawach (być może nawet wszystkich) mieszkaniem musi prosić o pomoc.

Niewidoczna pomoc

W poradniku **Damy Radę „Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji”**, w rozdziale poświęconym dostosowaniu przestrzeni do potrzeb osób żyjących z demencją, piszemy o znaczeniu nocnego oświetlenia korytarza, łazienki, innych ważnych części mieszkania, domu czy instytucji opieki. Może to być, chociażby nocna lampka umieszczona w kontakcie przy drzwiach, która oświetla podłogę i sprawia, że chory nie budzi się w ciemności, lub oświetla drogę, kiedy chce gdzieś trafić po przebudzeniu. Jest to przykład rozwiązania, które nie tylko pomaga bezpośrednio poradzić sobie z pewnym określonym problemem – w tym przypadku ma ułatwić podopiecznemu znalezienie drogi np. do łazienki. Bardzo ważnym aspektem takich działań jest efekt „niewidocznej pomocy”, to że w ten sposób wspieramy osoby chore w ich samodzielności. Rozwiązanie pomaga im skorzystać ze sprawności, które jeszcze zachowali; sprawia, że przynajmniej w jakimś zakresie nie musi polegać na pomocy opiekunów i personelu. Z punktu widzenia pacjenta, to jednocześnie i wsparcie, i zachęta do samodzielności: „nie muszę pytać, gdzie jest łazienka, droga do niej jest oświetlona, drzwi są uchylone a światło zapalone więc widzę, gdzie ona się znajduje bez niczyjej pomocy”.

gę i sprawia, że chory nie budzi się w ciemności, lub oświetla drogę, kiedy chce gdzieś trafić po przebudzeniu. Jest to przykład rozwiązania, które nie tylko pomaga bezpośrednio poradzić sobie z pewnym określonym problemem – w tym przypadku ma ułatwić podopiecznemu znalezienie drogi np. do łazienki. Bardzo ważnym aspektem takich działań jest efekt „niewidocznej pomocy”, to że w ten sposób wspieramy osoby chore w ich samodzielności. Rozwiązanie pomaga im skorzystać ze sprawności, które jeszcze zachowali; sprawia, że przynajmniej w jakimś zakresie nie musi polegać na pomocy opiekunów i personelu. Z punktu widzenia pacjenta, to jednocześnie i wsparcie, i zachęta do samodzielności: „nie muszę pytać, gdzie jest łazienka, droga do niej jest oświetlona, drzwi są uchylone a światło zapalone więc widzę, gdzie ona się znajduje bez niczyjej pomocy”.

Wykorzystanie przyzwyczajeń

Skuteczne sposoby pomagania wykorzystują przyzwyczajenia chorych. Ważne przy tym jest, żeby przewidzieć to, co pacjent będzie chciał rutynowo zrobić, zastanowić się, jakie są jego dotychczasowe nawyki i jak najlepiej dopasować się do tego. Jednym z największych wyzwań w opiece nad osobami żyjącymi z demencją jest przyzwyczajanie ich do wyrobów chłonnych. Mieszkańcy często po pierwsze nie chcą nosić pieluch. Wynika to z oporu, skojarzenia z opieką nad dziećmi. Wiele osób może mieć poczucie, że noszenie jej jest niewłaściwe, a czasami nawet uwłaczające. Spotęgowane jest to siłą wspomnianych już przyzwyczajeń: „nie będę nosić pieluch, bo nigdy wcześniej ich nie nosiłem”. Majtki chłonne, takie jak Seni Active czy Seni Lady Pants lub Seni Man Pants są znacznie łatwiejsze do zaakceptowania. Dzięki temu, że przypominają zwykłą bieliznę – korzystają z przyzwyczajenia, które ma każda osoba – kiedy się ubieram, pierwsze co ubieram to – po prostu majtki.

Bielizna chłonna, czy w formie białych majtek chłonnych czy w ich kolorowej wersji, jest bardzo ważnym narzędziem w opiece, którego wprowadzenie może oznaczać szereg konkretnych korzyści.

● **Łatwiejsze przekonanie mieszkańców do produktu chłonnego.** Podobieństwo do zwykłej bielizny ułatwia wprowadzenie produktu chłonnego

To jest wyrób medyczny. Używaj go zgodnie z instrukcją używania lub etykietą.

Dotyczy stron 34 – 37. Producent i podmiot prowadzący reklamę - Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA



i zmniejsza opór podopiecznego. Co więcej, noszenie tego typu produktu chłonnego w mniejszym stopniu zwraca uwagę osób żyjących z demencją na to, że w ich codzienności pojawiło się coś nowego, a jak wiadomo w wielu formach demencji odstępstwa od rutyny są tym, co powoduje opór osób chorych.

- **Łatwiejsza pomoc podopiecznym w toalecie.** Trening toaletowy jest bardzo ważnym narzędziem, który ma dwa główne cele – zachowanie sprawności przez podopiecznego i zachowanie nawyku reagowania na potrzebę oddania moczu. Dzięki zachowaniu tego przyzwyczajenia i zachowaniu przynajmniej częściowego korzystania z toalety nietrzymanie moczu pogłębia się wolniej.



Seni Active Trio

To najbardziej chłonne majtki chłonne w ofercie Seni, przeznaczone dla osób ze średnim i ciężkim nietrzymaniem moczu. Sprawdzają się jako zabezpieczenie na noc lub zamiast klasycznych pieluchomajtek u osób, które nie chcą zaakceptować innego produktu chłonnego.



Seni Lady Pants

To kolorowa bielizna chłonna dla kobiet i mężczyzn z lekkim i średnim nietrzymaniem moczu. Są dyskretne i jeszcze bardziej przypominają codzienną bieliznę.



Seni Man Pants

- **Kontrola dla opiekunów.** Dopasowane do potrzeb i nawyków mieszkańców sprawia, że opieka nad nimi jest łatwiejsza. Oszczędza czas, pracę, pozwala uniknąć trudności w opiece. Co najważniejsze, produkty chłonne wspierające samodzielność mogą sprawić, że przynajmniej część mieszkańców może być mniej zależna od wsparcia opiekunów.

Próba a nie wymóg

Rozmowa z osobą chorującą na chorobę Alzheimera wymaga delikatnego balansowania między prawdą a spokojem. Rozmawiając z mieszkańcami, kiedy próbujemy przekonać ich do spróbowania czegoś nowego, warto mówić o problemie w sposób, który nie wywołuje lęku ani poczucia porażki. Zamiast koncentrować się na ograniczeniach („nie może już pani...”, „teraz musi pan...”), warto podkreślić możliwości: „zobaczmy, jak to pójdzie”, „spróbujmy razem, może to będzie przyjemne”. Użycie języka opartego na współuczestnictwie i ciekawości („zobaczmy, jak to działa”, „może to będzie coś innego, ciekawego”) daje poczucie sprawczości i bezpieczeństwa. To nie jest manipulacja, tylko przywracanie kontroli tam, gdzie choroba ją odbiera. Pokazanie, że majtki chłonne, do których próbujemy przekonać są czymś znajomym, czymś do czego użytkownicy są przyzwyczajeni – daje poczucie znajomości, bezpieczeństwa i przede wszystkim kontroli – tam, gdzie często choroba ją odbiera.

Dopasowanie produktu do potrzeb to dobry krok w kierunku przywrócenia poczucia kontroli. Łatwiej zaakceptować zmianę, która pomaga rozwiązać problem – naszym wspólnym zadaniem jest umieć o niej właściwie opowiedzieć i przekonać podopiecznych, że sięgnięcie po to, co wydaje się znajome, pomaga poradzić sobie z tym, co może wydawać się nowe i trudne.

Majtki chłonne Seni Active

NOWE OPAKOWANIA, TA SAMA JAKOŚĆ

Dla osób...

które korzystają z toalety, ale między wizytami potrzebują zabezpieczenia, bardziej chłonnego niż wkładki urologiczne.

których wycieki moczu są częstsze i bardziej obfite, a nie korzystają z toalety lub robią to rzadko.

które potrzebują zabezpieczenia na dłuższy czas, np. w podróży lub w nocy.

Rekomendowany produkt

Seni Lady Pants M-L	Seni Man Pants M-L
Seni Active Normal S-XL	
Seni Active Classic S-XXL	Seni Active Super XS-XXL
Seni Active Plus S-XXL	Seni Active Trio M-XL

Jak dobrać odpowiedni rozmiar?

Przed zakupem należy zmierzyć obwód w talii i w biodrach, a następnie porównać go do rozmiaru na opakowaniu.

tu szukaj opisu rozmiaru

talía

rozmiar M

biodra

przedział	rozmiar
50-80 cm	XS Extra Small
55-85 cm	S Small
80-110 cm	M Medium
100-135 cm	L Large
120-160 cm	XL Extra Large
140-190 cm	XXL 2X-Large

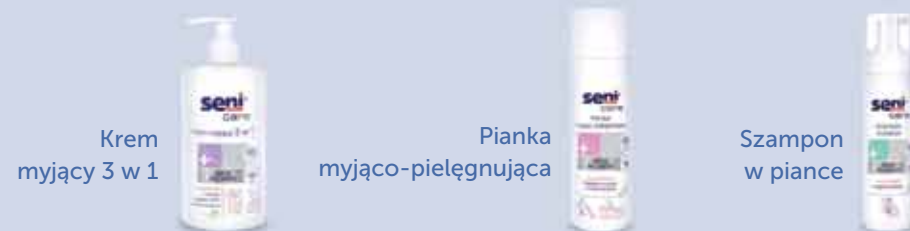
Jeśli wymiary talii i bioder znajdują się w dwóch różnych przedziałach, wybierz rozmiar na podstawie wymiaru większego.

Jeśli oba wymiary: obwód talii i bioder mieszczą się w jednym z podanych w tabeli przedziałów – ten rozmiar wybierz.

Więcej na seni.pl

PIELĘGNACJA W OPIECE

MYCIE BEZ WODY



AKTYWACJA



SKUTECZNA OCHRONA

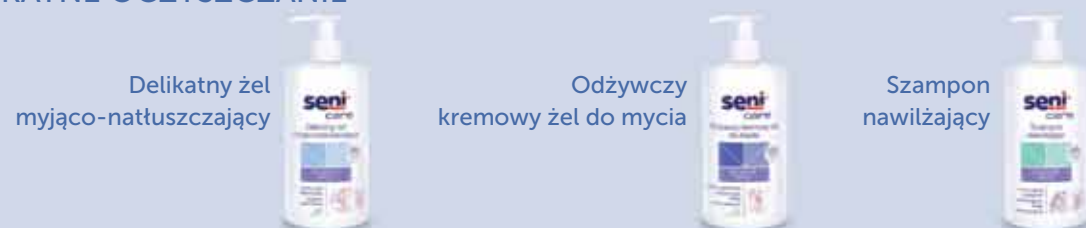


WYGODNE OCZYSZCZANIE



PIELĘGNACJA SUCHEJ I WYMAGAJĄCEJ SKÓRY

DELIKATNE OCZYSZCZANIE



REGENERACJA



KOMFORT OPIEKI – oferta uzupełniająca



seni®

Seni Active Trio

majtki chłonne na nietrzymanie moczu
o podwyższonej chłonności
rekomendowane do użycia w nocy



NAJBARDZIEJ
CHŁONNE
z oferty
Seni Active

- zakładane jak zwykła bielizna
- z systemem kontroli zapachu
- odpowiednie dla osób, które odmawiają noszenia pieluchomajtek (np. osoby z demencją)

Zamów próbkę
na seni.pl



zeskanuj kod

+ Dofinansowane przez NFZ

To jest wyrób medyczny. Używaj go zgodnie z instrukcją używania lub etykietą.

Seni Active Trio majtki chłonne na nietrzymanie moczu. Producent i podmiot prowadzący reklamę - Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA.

seni®

Razem z mamą wybrałyśmy

Seni Active

majtki chłonne
na nietrzymanie moczu

**NOWE
OPAKOWANIA,
TA SAMA JAKOŚĆ**



Na noc

Zamów próbkę na **seni.pl**



Seni - produkty chłonne na nietrzymanie moczu. Producent i podmiot prowadzący reklamę Toruńskie Zakłady Materiałów Opatunkowych SA.

**To jest wyrób medyczny. Używaj go zgodnie
z instrukcją używania lub etykietą.**