

Forum Opieki Długoterminowej

ISSN 1643-1308 nakład 3000 egz.

medi

nr 1 (91) czerwiec 2023

ŻYWIENIE

**Zmiany w prawie
pracy**

**SAMOBÓJSTWA
OSÓB STARSZYCH**

25. Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej

LUDZKIE OBLICZA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Termin: 26-28 września 2023

Miejsce: Toruń, Centrum Kulturalno-Kongresowe, Aleja Solidarności 3, Toruń

W centrum zainteresowania 25. Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej znajdują się ludzie - podopieczni, ich rodziny oraz profesjonaliści opieki. Sukcesy w opiece uzależnione są od ich partnerstwa, współpracy, wypracowanej kultury opieki. Celem jest dbałość o dobrostan podopiecznego, zdrowie fizyczne i psychiczne, ale również wypracowanie umiejętności radzenia sobie z obciążeniami i trudnościami.

Stres, poczucie niepewności wobec zmian, oczekiwania oraz nowe wyzwania w opiece determinują nie tylko warunki życia mieszkańców i pacjentów, ale pracowników opieki długoterminowej. Istotnym elementem kształtującym warunki życia i pracy w opiece długoterminowej jest odpowiednie zarządzanie procesem opieki oraz kadrami, a także współpraca z innymi partnerami w skali lokalnej.

26 września 2023

18:00 WIECZÓR INAUGURACYJNY
19:30 Uroczysta Kolacja

27 września 2023

9:30 - 18:00 Sesje
Sesja 1 Ile procent człowieka stanowi zdrowie? Dobrostan psychiczny i godność osób zależnych.
Sesja 2 Medyczne aspekty opieki nad osobą zależną.
Sesja 3 Ludzka praca, ludzkie podejście - personel filarem opieki długoterminowej.
Sesja 4 Ludzie w opiece długoterminowej - zarządzanie relacjami. Podopieczny, personel, rodzina.
20:00 Koncert niespodzianka

28 września 2023

9:00 - 12:30 Panel dyskusyjny
Przykłady zmian i praktycznych rozwiązań w zarządzaniu i kulturze opieki.

Zarejestruj się na mkod.pl

ORGANIZATOR



Partner:



Forum Opieki Długoterminowej

medi

CZERWIEC // 2023

**Szanowni Państwo,
Drodzy Czytelnicy!**

Trzymacie w swoich rękach czerwcowe wydanie Medi.

Tradycyjnie otwieramy je działem Wyzwania w opiece długoterminowej, w którym poruszamy bardzo ważny temat zachowań samobójczych u osób przebywających w instytucjach opieki długoterminowej. Ostatnie miesiące wprowadziły również zmiany w prawie pracy – Michał Bochenek analizuje te najbardziej istotne z perspektywy pracowników, jak i zarządzających jednostkami OD. Jednym z ważniejszych zagadnień opieki jest żywienie podopiecznych, na łamach Medi temat ten porusza dr hab. Dorota Olszewska-Stonina, autorka artykułu „Co opiekun powinien wiedzieć o żywieniu osób starszych?”. W dziale Zdrowie skupiamy się na męskim nietrzymaniu moczu, które bardzo często jest zbyt późno diagnozowane. Odpowiemy na kilka pytań oraz podpowiemy rozwiązania, które mogą pomóc poradzić sobie z tym problemem. O znaczeniu terapii w opiece nad podopiecznymi nikogo z pewnością nie trzeba przekonywać, Monika Karwacka podjęła się przeglądu niefarmakologicznych metod terapii osób z niepełnosprawnością intelektualną i demencją w ośrodkach wsparcia długoterminowego. Czerwcowy numer Medi zamykamy wywiadem z Panem Markiem Grzegorzewskim, dyrektorem jednego z nowocześniejszych Domów w Polsce – który opowie jak zorganizowany jest DPS na tzw. Strzeszynie oraz podpowie ciekawe rozwiązania możliwe do wprowadzenia również w innych instytucjach. Gorąco zachęcamy do zapoznania się z wszystkimi artykułami oraz kontaktu z nami. Jeśli jest temat, który mógłby zostać poruszony na łamach Medi – zapraszamy do kontaktu: fundacja@tzmo-global.com

Redakcja Medi

WYDAWCA:

Fundacja TZMO
Razem Zmieniamy Świat

PRACOWNIK WYDANIA:

TZMO SA
Producent wyrobów
pod markami Seni, Matopat, Bella

REDAKCJA NAUKOWA:

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

REDAKTOR:

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

SKŁAD GRAFICZNY:

Małgorzata Bógdał

FOTO:

materiały własne oraz Freepik

ADRES REDAKCJI:

ul. Żótkiewskiego 20/26
87-100 Toruń
tel. 056 612-32-93
fax. 056 612-35-83

PRENUMERATA:

Formularz prenumeraty
znajduje się na stronie
www.razemzmieniamywiat.pl
w zakładce PROJEKTY – MEDI

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

Wyzwania opieki długoterminowej

5 OTEPIENIE – pacjent szczególnego ryzyka
Aleksander Biesiada

10 Samobójstwa osób starszych przebywających w instytucjach opieki długoterminowej
Magdalena Leszko

Prawo

14 Istotne zmiany w prawie pracy dla ośrodków opieki długoterminowej
Michał Bochenek

Żywnienie

20 Co opiekun powinien wiedzieć o żywieniu osób starszych?
Dr hab. Dorota Olszewska-Stonina

Zdrowie

24 Nietrzymanie moczu u mężczyzn

Terapia

28 EX-IN, Eksperti przez Doświadczenie
– rozmowa z Jolantą Poźniak

32 Wybrane metody terapii osób z niepełnosprawnością intelektualną i demencją w ośrodkach wsparcia długoterminowego
Monika Karwacka

Dobre praktyki

37 Dom Pomocy Społecznej na miarę XXI w.
– rozmowa z Markiem Grzegorzewskim

OTEPIENIE

– PACJENT SZCZEGÓLNEGO RYZYKA



ALEKSANDER BIESIADA //

specjalista medycyny rodzinnej, lekarz hospicjum domowego, autor bloga mistrzpolikarp.pl

Otępienie (inaczej demencja) to zespół objawów, których przyczyną jest przewlekła, zwykle postępująca choroba mózgu (definicja za WHO). W związku z uszkodzeniami w obrębie kory mózgowej dochodzi do zaburzeń funkcji poznawczych: pamięci, myślenia, orientacji, rozumienia, liczenia, zdolności do uczenia się, języka i oceny. Często zaburzeniom tym towarzyszą (lub wyprzedzają ich pojawienie się) zaburzenia emocjonalne i zmiany zachowania, wyrażające się m.in. obniżeniem kontroli emocji i impulsów, zaburzeniami motywacji czy zmianami w osobowości. Świadomość pacjentów jest jednak przy tym zwykle zachowana.

Wraz z postępem choroby otępienie coraz bardziej wpływa na **codzienne funkcjonowanie chorego**, powodując zaburzenia zarówno w zakresie aktywności złożonych (dotyczących np. finansów, kontaktów międzyludzkich, czy rozrywki), jak i w podstawowych czynnościach życiowych.

W przypadku objawów o mniejszym nasileniu niż w demencji mówimy o **łagodnych zaburzeniach poznawczych** (mild cognitive impairment, MCI), w których obecne są już objawy demencji, ale nie spełniają one kryteriów rozpoznania otępienia przy zachowanej samodzielności chorych w codziennym funkcjonowaniu. Objawy te jednak często postępują, przez co na przestrzeni lat dochodzi u tych pacjentów do rozpoznania otępienia.

Problem jest istotny!

W badaniu PolSenior 2 w populacji osób powyżej 60. r.ż. częstość występowania łagodnych zaburzeń funkcji poznawczych oszacowano na 16,8%, a otępienie na 15,8%. W przypadku zarówno MCI, jak i demencji odsetek chorych znacząco rósł wraz z wiekiem - u osób w przedziale 80-84 lat częstość występowania otępienia to ponad 22%, natomiast w przypadku grupy 90+ lat zaburzenia funkcji poznawczych spełniające kryteria otępienia występują u prawie 55% osób.

Czynniki ryzyka

Na podstawie badań klinicznych wyróżniono kilka czynników, które mogą przyczynić się do wzrostu ryzyka wystąpienia otępienia, ale także zmniejszających to prawdopodobieństwo. Do czynników rokowniczo niekorzystnych należą m.in.: wiek, występowanie otępienia w rodzinie, występowanie zespołu Downa w rodzinie, nadciśnienie tętnicze i hipercholesterolemia w średnim wieku, palenie tytoniu, urazy głowy oraz późne zachorowanie na depresję. Po drugiej stronie - do czynników potencjalnie zapobiegających otępieniu zalicza się wyższy poziom wykształcenia, utrzymaną aktywność psychiczną i fizyczną w starszym wieku, dobrze rozwiniętą sieć społeczną, a część badań wskazuje także na umiarkowane spożywanie alkoholu.

Rodzaje otępienia

Do najczęstszych przyczyn organicznych uszkodzeń mózgu, które objawiają się zaburzeniami w zakresie funkcji poznawczych, należą:

- choroba Alzheimera,
- otępienie naczyniopochodne,
- otępienie z ciałami Lewy'ego,
- otępienie czotowo-skroniowe,
- otępienie mieszane,

Do innych wymienianych przyczyn otępień zalicza się

także: urazy głowy, guzy mózgu, infekcje, nadużywanie alkoholu, choroby zwyrodnieniowe mózgu, zmiany ogniskowe (padaczka), choroby metaboliczne, choroby demielinizacyjne (stwardnienie rozsiane), choroby dziedziczne (płasawica Huntingtona) oraz leki i toksyny.

Afazja - zaburzenie mowy, polegające na częściowej lub całkowitej utracie możliwości postugiwania się językiem i rozumienia go.

Apraksja - niezdolność do wykonania bardziej skomplikowanych, złożonych czynności ruchowych, wymagających zapamiętania ruchów oraz kolejności ich wykonania (np. niezdolność użycia konkretnych narzędzi).

Agnozja - niezdolność do rozpoznania oczywistych dla otoczenia przedmiotów lub zdarzeń. Najczęściej występuje agnozja wzrokowa, w której bardziej złożone zjawiska (obrazy, przedmioty, rysunki) nie są przez chorego rozpoznawane.

W związku z brakiem charakterystycznych biomarkerów poszczególnych rodzajów otępienia, diagnostyka różnicowa często może być trudna. W głównej mierze oparta jest o wykluczenia oraz stosowanie klinicznych kryteriów diagnostycznych. W wielu przypadkach diagnoza kliniczna będzie miała charakter diagnozy prawdopodobnej, a pewne jej potwierdzenie możliwe będzie jedynie na podstawie badań neuropatologicznych.

Diagnostyka różnicowa powinna być prowadzona w oparciu o cztery podstawowe kliniczne cechy schorzenia:

- kolejność i dynamikę pojawiania się objawów klinicznych (z uwzględnieniem charakteru ich początku i przebiegu),
- profil zaburzeń poznawczych,
- zaburzenia zachowania i objawy psychopatologiczne,
- objawy neurologiczne.

Diagnostyka

Otępienie najczęściej rozpoznaje się u osób w podeszłym wieku, jednak objawy mogą pojawić się także u osób znacznie młodszych. Przy wczesnym rozpoznaniu i odpowiednim postępowaniu w niektórych przypadkach pogorszenie funkcji poznawczych może być odwracalne. Ma to miejsce jednak tylko wtedy, gdy ich nasilenie jest niewielkie.

W celu rozpoznania otępienia należy stwierdzić:

1 potwierdzone obiektywnym wywiadem i testami psychometrycznymi występowanie od co najmniej 6 miesięcy:

- zaburzenia pamięci** (szczególnie w zakresie uczenia się nowych informacji),
- zaburzenia innych funkcji poznawczych**, które uległy pogorszeniu w ostatnim czasie oraz istotnie zaburzają codzienne funkcjonowanie;

2 brak zaburzeń świadomości;

Zachowanie pacjenta z otępieniem

Otępienie wpływa na zmianę w zakresie wielu aspektów życia chorych, co istotnie wpływa na pogorszenie ich codziennego funkcjonowania oraz pogorszenie relacji personalnych. Do najbardziej charakterystycznych zmian obserwowanych u pacjentów z otępieniem należą:

- **ostabienie zdolności do przyswajania i pamiętania nowych informacji** (powtarzanie pytań lub całych wypowiedzi, gubienie osobistych rzeczy, zapomnienie o wydarzeniach lub spotkaniach, błądzenie na znanych trasach),
- **ostabienie zdolności oceny sytuacji, rozumowania i wykonywania zadań złożonych** (ograniczone rozumienie zasad bezpieczeństwa, utrata zdolności do zarządzania finansami, trudności w planowaniu czynności złożonych),
- **ostabienie zdolności wzrokowo-przestrzennych** (utrata zdolności rozpoznawania twarzy, przedmiotów lub lokalizowania przedmiotów położonych w zasięgu wzroku mimo braku zaburzeń widzenia, niemożność operowania prostymi narzędziami lub prawidłowego dobierania ubrania),
- **zaburzenia funkcji językowych - mówienie, czytanie, pisanie** (trudności w dobieraniu słów, zająknięcia, błędy w mówieniu, pisaniu i literowaniu),
- **zmiany osobowości, zachowania lub sposobu bycia** (pobudzenie, agresja, osłabienie motywacji i inicjatywy, apatia, utrata napędu, wycofanie społeczne, zmniejszenie zainteresowania aktywnością wykonywaną przed chorobą, utrata empatii, zachowania kompulsywne i obsesyjne, zachowania społecznie nieakceptowane).

Cechą charakterystyczną osób z otępieniem jest nadmierne przywiązanie do codziennej rutyny. Jakakolwiek

- obecność **zaburzeń emocjonalnej kontroli nad motywacją** lub **zmianę zachowań społecznych manifestujących** się co najmniej 1 z następujących:
 - a. chwiejność emocjonalna,
 - b. drażliwość,
 - c. apatia,
 - d. prymitywizacja zachowań społecznych;
- dotatkowo rozpoznanie wzmacnia występowanie zaburzeń innych wyższych czynności korowych w postaci afazji, agnozji i apraksji.

Dla rozpoznania otępienia kluczowe jest stwierdzenie **pogorszenia w zakresie funkcji poznawczych lub występowania objawów towarzyszących** (zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych) i **wpływu istniejących zaburzeń na codzienne funkcjonowanie**. Diagnoza nie powinna być stawiana na podstawie jednorazowego badania. W trakcie oceny chorego istotnym elementem jest także uzyskanie informacji od osób będących w bliskim kontakcie z pacjentem (rodzina, opiekunowie), którzy są w stanie zaobserwować zmiany zachodzące w zachowaniu chorego. Oprócz klinicznej oceny pacjenta w diagnostyce wykorzystuje się także przesiewowe narzędzia diagnostyczne, do których należy **Mini Mental State Examination (MMSE) oraz test rysowania zegara**.

W trakcie diagnostyki należy uwzględnić także poniższe stany, które mogą wpływać na ogólną ocenę pacjenta, a nie wykazywać związku z otępieniem:

- izjologiczne starzenie się,
- zaburzenia depresyjne,
- zaburzenia świadomości (majaczenie),
- niepełnosprawność intelektualną,
- zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem leków,
- stany obniżenia funkcji poznawczych spowodowane brakiem stymulacji z otoczenia i niskim wykształceniem.

Zmiany zachodzące wraz z wiekiem w zakresie funkcji poznawczych

Zdolności poznawcze, których pogorszenie następuje w ciągu całego życia (fizjologiczne starzenie)	Zdolności poznawcze, które pozostają stabilne w ciągu życia lub ulegają nieznacznemu osłabieniu po 60. r.ż.
<ul style="list-style-type: none"> ● upośledzenie pamięci operacyjnej i epizodycznej, wyobraźni przestrzennej oraz zdolności rozumowania ● obniżenie zdolności uczenia się i myślenia abstrakcyjnego ● spowolnienie procesów myślowych ● obniżenie umiejętności spostrzegania ● spadek koncentracji ● trudności z panowaniem nad emocjami i powstrzymaniem się od niewłaściwych reakcji dla danej sytuacji 	<ul style="list-style-type: none"> ● zasób słownictwa ● pamięć semantyczna (fakty, znaczenie słów) ● pamięć autobiograficzna ● sprawności automatyczne ● zdolność rozpoznawania cudzych stanów emocjonalnych

zmiana w ich harmonogramie może wiązać się z pogorszeniem ich funkcji poznawczych lub wystąpieniem innych objawów. Często pacjenci mogą czuć się zagrożeni, na co reagują agresją.

Jakie są najczęstsze przyczyny agresji u chorych na demencję:

- zaburzenia w rozkładzie dnia,
- próby zmuszania do pewnych czynności, np. do kąpieli, spaceru,
- wymagania od chorego, żeby wykonał czynności, których już nie potrafi zrobić,
- konieczność dokonania wyboru,
- zmęczenie, ból, dyskomfort.

Leczenie

Leczenie przyczynowe otępienia jest ograniczone, nie oznacza to jednak braku możliwości prowadzenia terapii pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych – dostępne są leki, które wpływają na zahamowanie lub ograniczenie progresji choroby. W zależności od rodzaju otępienia stosowane są 2 grupy leków: inhibitory acetylocholinesterazy (donepezyl, rywastygmina, galantamina) oraz antagoniści receptorów NMDA (memantyna). Warto jednak pamiętać o tym, że leczeniem należy objąć także choroby współistniejące i inne dolegliwości chorego, zachowując przy tym ostrożność ze względu na potencjalne interakcje lekowe i działania niepożądane.

Opieka nad pacjentem z otępieniem

Bardzo ważne jest podtrzymywanie aktywności intelektualnej i fizycznej chorego - nie należy wyręczać go

w czynnościach, które pozostają w zakresie jego możliwości. Chory wielokrotnie może potrzebować pomocy i warto mu ją zapewnić, jednak wykonywanie za niego podstawowych czynności w trosce o jego zdrowie może przynieść odwrotny efekt. Ważne jest, aby osoby z otępieniem w razie możliwości mogły podejmować codzienne decyzje samodzielnie lub we współpracy z opiekunami w zakresie dostosowanym do ich obecnego stanu, ponieważ wiąże się to z ich lepszym samopoczuciem i jakością życia chorych.

W celu wsparcia chorego w podejmowaniu decyzji warto jest zadbać o przekazanie uproszczonej, łatwej do zrozumienia przez pacjenta informacji, wyraźnych wskazówek dotyczących potencjalnych korzyści i ryzyka związanych z podejmowaną decyzją oraz zapewnienie pomocy w zakresie pamięci i organizacji, poprzez podsumowanie kluczowych informacji.

Wraz z postępującą chorobą nieuchronnym stać się może moment, w którym ograniczona sprawność chorego całkowicie uniemożliwi mu samodzielne funkcjonowanie w życiu społecznym. Jest to czas, w którym należy rozważyć ubezwłasnowolnienie pacjenta. Podjęcie takiej decyzji ma na celu działanie na korzyść chorego, który nie jest już w stanie kierować swoim własnym postępowaniem. Nie należy jednak pozostawiać omawiania tego tematu na ostatnim momencie, gdy rozeznanie chorego w swojej sytuacji może być już znacznie ograniczone. Choć rozmowa z chorym nie będzie łatwa, warto ją podjąć wcześniej, gdy chory może jeszcze decydować o sobie oraz swojej przyszłości.

Elementy opieki nad pacjentem z otępieniem ważne z punktu widzenia placówki opieki instytucjonalnej:

- dokonanie oceny stanu pacjenta i zaplanowanie opieki,
- zachęcanie pacjenta do samopielęgnacji oraz aktywności fizycznej,
- zapewnienie stałości i powtarzalności w opiece nad pacjentem,
- minimalizowanie zaburzeń orientacji allo- i autopsychicznej,
- zaopatrzenie pacjenta w identyfikator z numerem telefonu kontaktowego lub bransoletkę z GPS, zamontowanie zabezpieczeń uniemożliwiających wyjście,
- systematyczne, konsekwentne treningi pamięci i ćwiczenia stymulujące funkcjonowanie poznawcze i sensoryczne, utrzymanie aktywności umysłowej,
- kontrolowanie codziennego spożycia posiłków i stosowanie właściwej diety,
- eliminowanie problemów ze snem,
- przestrzeganie zasad skutecznej komunikacji interpersonalnej,
- uważne słuchanie i okazywanie empatii choremu;
- unikanie czynników wywołujących poczucie zagrożenia,
- zapewnienie choremu kontaktów społecznych w środowiskach dających mu poczucie bezpieczeństwa (dom rodzinny, krąg przyjaciół),
- zapewnienie całodobowej opieki,
- podjęcie działań wspierających i psychoedukacyjnych wobec pacjentów i ich opiekunów,
- udział w leczeniu farmakologicznym.

Zapobieganie

W związku z brakiem możliwości leczenia przyczynowego otępienia istotną jest prewencja wystąpienia zaburzeń funkcji poznawczych, którą warto podjąć już u osób w wieku średnim. Profilaktyka w kierunku zespołów otępiennych obejmuje przede wszystkim ograniczenie modyfikowalnych czynników ryzyka. W szczególności należy podkreślić tutaj rolę chorób cywilizacyjnych, takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, czy hiperlipidemia, które w sposób istotny wpływają na potencjalny rozwój choroby, co podkreśla znaczenie wczesnego diagnozowania i odpowiedniego leczenia tych chorób. Nie bez znaczenia pozostaje także utrzymywanie aktywności fizycznej i psychicznej, zwłaszcza u osób w zaawansowanym wieku. ●



Źródła:

1. Psychiatria. Marek Jarema. PZWL. Wydanie 2. 2017.
2. Psychiatria. Piotr Gatecki, Agata Szulc. Edra Urban & Partner. Wydanie 1.2018.
3. Błędowski P., Grodzicki T., Mossakowska M., Zdrojewski T. (red.) (2021). PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem. Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk.
4. Otępienie w praktyce. Tomasz Gabryelewicz, Anna Barczak, Maria Barcikowska
5. Gabryelewicz T. Nowe kliniczne kryteria rozpoznawania łagodnych zaburzeń poznawczych i otępienia spowodowanego chorobą Alzheimera: zalecenia National Institute on Aging i Alzheimer's Association. Neurologia po Dyplomie 2011; 6(6): 7-12
6. Wielkie zespoły geriatryczne. Elżbieta Krajewska-Kutak, Mateusz Cybulski. Edra Urban & Partner. Wydanie 1. 2021
7. Sun W, Matsuoka T, Narumoto J. Decision-Making Support for People With Alzheimer's Disease: A Narrative Review. Front Psychol. 2021 Nov 12;12:750803.

Samobójstwa

OSÓB STARSZYCH PRZEBYWAJĄCYCH W INSTYTUCJACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Magdalena Leszko // psycholog, gerontolog, autorka artykułów naukowych i popularnonaukowych dotyczących chorób otępiennych, prowadząca kanał na Youtube o nazwie Magdalena Leszko, założycielka grupy wsparcia dla opiekunów „Otępienie”.

Statystyki dotyczące prób samobójczych zakończonych zgonem wśród ludzi starszych są coraz bardziej niepokojące. Generalnie liczba samobójstw spada wraz z wiekiem, niemniej – jak wskazuje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) – nie dotyczy to osób po 70. roku życia, a szczególnie mężczyzn [1]. Należy dodać, że dane na temat samobójstw i prób samobójczych w poszczególnych krajach nie są pełne, istnieje więc obawa, że problem dotyczy jeszcze większej liczby seniorów. Zważywszy na starzenie się społeczeństw, to niezwykle istotne zagadnienie, wymagające również podjęcia natychmiastowych działań zapobiegawczych.

Zachowania samobójcze mieszkańców instytucji opieki długoterminowej (np. domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych) to temat podejmowany stosunkowo rzadko. Nie ma danych dotyczących prób targnięcia się na życie przez starszych pensjonariuszy ani takich, które obejmowałyby okres bezpośrednio poprzedzający przyjęcie do instytucji opieki długoterminowej. Dlatego też celem tego artykułu jest omówienie specyfiki zachowań samobójczych seniorów, którzy już przebywają w takich placówkach lub oczekują na miejsce w nich.

Specyfika zachowań samobójczych wśród osób starszych

Do grupy zachowań samobójczych zalicza się te, które podejmowane są z intencją odebrania sobie życia. Dzielą się je najczęściej na trzy kategorie: myśli samobójcze, próby samobójcze i samobójstwo dokonane [2]. Zachowania samobójcze seniorów znacznie częściej prowadzą do śmierci niż w przypadku osób młodszych – proporcje wynoszą 4 : 1, podczas gdy w grupie adolescentów jest to 200 : 1 [3]. Wynika to między innymi z tego, że ludzie młodzi często podejmują taką decyzję pod wpływem silnego impulsu lub działania substancji psychoaktywnych, takich jak narkotyki lub alkohol, w przypadku starszych są one natomiast nierzadko planowane. Dodatkowo ci drudzy nie chcą szukać pomocy, gdy pojawiają się problemy ze zdrowiem psychicznym, i częściej ukrywają myśli i zachowania samobójcze przed bliskimi lub personelem placówek opiekuńczych. Na większą skuteczność prób samobójczych wpływa także to, że osoby starsze mają łatwiejszy dostęp do groźnych dla zdrowia substancji (jeśli są przyjęte w nadmiarze), takich jak leki (najczęściej nasenne lub z grupy benzodiazepin), a zmiany biologiczne związane z procesem starzenia

się, w tym obniżenie sprawności fizycznej, zmniejszając szansę na powrót do zdrowia po próbie samobójczej. W Polsce i innych krajach europejskich seniorzy mieszkający zarówno w instytucjach opieki długoterminowej, jak i poza nimi najczęściej popełniają samobójstwo poprzez powieszenie, skok z wysokości, utopienie lub odmowę przyjmowania jedzenia oraz leków. Kobiety stosują również zatrucie lekami [4].

Dlaczego zachowania samobójcze są częstsze wśród osób starszych?

Istnieje kilka czynników, które przyczyniają się do zwiększenia ryzyka wystąpienia zachowań samobójczych wśród osób starszych [5]. Należą do nich:

- Nasilające się problemy ze zdrowiem fizycznym i związane z tym przewlekły ból, niepełnosprawność i utrata niezależności.
- Zaburzenia depresyjne, lęk.
- Nadużywanie substancji psychoaktywnych.
- Izolacja społeczna i brak wsparcia społecznego. Osoby starsze mogą czuć się samotne i opuszczone z powodu utraty przyjaciół i członków rodziny, przejścia na emeryturę lub ograniczeń fizycznych związanych z chorobą. Izolacja społeczna może prowadzić do depresji, a także utraty sensu życia.
- Śmierć bliskiej osoby. Wskaźnik samobójstw jest prawie trzykrotnie wyższy wśród osób owdowiałych niż u tych, którzy są w związkach małżeńskich, przy czym próby odebrania sobie życie podejmowane są najczęściej w ciągu dwunastu miesięcy od utraty bliskiej osoby.
- Samotność. Dotyczy to przede wszystkim osób mieszkających w pojedynkę i niemających partnera życiowego (takich, które nie zawarły związku małżeńskiego lub są po rozwodzie).
- Przejście na emeryturę. Dla niektórych osób może wiąże się to ze zmianą statusu społecznego i spadkiem poczucia własnej wartości.
- Zbyt duże obciążenie finansowe. Osoby starsze mogą doświadczać trudności ekonomicznych po zakończeniu okresy pracy, nie radzić sobie z wydatkami związanymi z zakupem niezbędnych leków, spłatą zadłużenia lub brakiem środków na życie.
- Nieliczenie się z opinią osoby starszej i odsuwanie jej od podejmowania ważnych decyzji.
- Dotkliwe problemy zdrowotne: choroba Alzheimera (najczęściej występująca forma otępienia), choroba Parkinsona, schizofrenia oraz zaburzenia osobowości.
- Nagłe pogorszenie stanu zdrowia.
- Poczucie, że jest się ciężarem dla rodziny.
- Hospitalizacja. Pobyt w szpitalu może być bardzo trudnym i stresującym przeżyciem. Osoby starsze obawiają się także, że nie poradzą sobie same po powrocie do domu.

- Wcześniejsze próby samobójcze.

W przypadku osób przyjmowanych do instytucji opieki długoterminowej problemy dotyczą zwykle pogarszającego się funkcjonowania poznawczego i obniżenia sprawności fizycznej. Mogą one powodować rozpacz i poczucie beznadziejności, a przez to zwiększać liczbę zachowań samobójczych w tego typu instytucjach. Badania wskazują, że ryzyko popełnienia samobójstwa jest najwyższe w okresie bezpośrednio poprzedzającym przyjęcie do placówki oraz podczas pierwszych siedmiu miesięcy pobytu, a zmniejsza się po okresie adaptacji do nowych warunków [3, 4].

Warto zaznaczyć, że każdy przypadek samobójstwa czy próby samobójczej starszego człowieka należy analizować indywidualnie, ponieważ wynika on z niepowtarzalnego splotu okoliczności. Oprócz wyżej wymienionych czynników, jest to często efekt dokonania życiowego bilansu. Jeśli senior dochodzi do wniosku, że nic nie osiągnął, a w dodatku nie radzi sobie z problemami, mogą wystąpić kolejne zachowania samobójcze [6].

Sygnaly świadczące o zagrożeniu zachowaniami samobójczymi w instytucjach opieki długoterminowej

Należy pamiętać, że pomimo tego, iż zachowania samobójcze pojawiają przez dłuższy czas, mogą pozostać niezauważone. Najistotniejsze z nich to myśli samobójcze, ale ważne są również inne kwestie:

- mówienie o samobójstwie lub wyrażanie chęci śmierci (komunikaty te często nie są formułowane wprost),
- coraz częstsze skarżenie się na dolegliwości somatyczne,
- wyraźne zmiany w sposobie odżywiania się (szczególnie odmowa jedzenia),
- odmowa przyjmowania leków lub prośby o zwiększenie dawki leków,
- wycofanie się z interakcji społecznych lub relacji,
- zaburzenia snu,
- rozdawanie mienia, porządkowanie spraw finansowych,
- trudności z koncentracją,
- zmiany nastroju lub zachowania (przygnębienie, większa płacliwość, rozdrażnienie),
- utrata zainteresowania rzeczami i sprawami, której do tej pory były ważne,
- zwiększone spożycie alkoholu.

Warto zwrócić uwagę, że w warunkach placówki opiekuńczej, gdzie pensjonariusze mają stosunkowo ograniczone możliwości, unikanie jedzenia i picia bądź niezysywanie leków (indirect self-destructive behaviors, ISDB) może być właśnie związane z chęcią odebrania sobie życia.

Profilaktyka zachowań samobójczych

W zapobieganiu zachowaniom samobójczym w instytucjach opieki długoterminowej istotną rolę odgrywają kwalifikacje personelu medycznego. Dotyczy to zwłaszcza rozpoznawania zagrożeń i wdrażania oddziaływań profilaktycznych. Wymagają one wieloaspektowego podejścia, w tym poprawy dostępu do opieki specjalistycznej (psychologów, psychiatrów), rozwiązania problemu izolacji społecznej oraz zmniejszenia marginalizacji seniorów jako grupy społecznej. Niezbędne jest również zaangażowanie członków rodziny, opiekunów i pracowników służby zdrowia w dyskusje na temat zapobiegania samobójstwom oraz opracowanie działań interwencyjnych ukierunkowanych na specyficzne potrzeby osób starszych. Pomimo że coraz więcej z nich przebywa w instytucjach opiekuńczych, nie opracowano skutecznego protokołu zarządzania ryzykiem zachowań samobójczych w tego typu placówkach.

Ważna jest także psychoedukacja osób starszych z zakresu zdrowia psychicznego i strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Komunikacja z seniorem w kryzysie suicydalnym

Wiele osób obawia się rozmów na temat zachowań samobójczych, tymczasem jest to ważny element profilaktyki. Pamiętać jednak trzeba o zasadach komunikacji z osobą w kryzysie.

W takiej sytuacji:

- zachowaj spokój,
- pozwól drugiej stronie na okazywanie emocji, akceptuj je,
- skup się na przekazie i aktywnie słuchaj rozmówcy,
- nie przerywaj,
- nie pocieszaj,
- nie śpiesz się, okaż wsparcie i zainteresowanie,
- nie dawaj rad,
- nie oceniaj,
- zachęcaj do skorzystania z pomocy specjalistycznej (psycholog, psychiatra, telefon zaufania, ośrodek interwencji kryzysowej), jeśli widzisz taką potrzebę.

Trzeba przy tym pamiętać o barierach w komunikacji z seniorami. Świadomość tych ograniczeń sprzyja wrażliwości i otwartości w rozmowie.

Występujące bariery fizyczne:

- Niewyraźna mowa spowodowana stanem poudarowym, zażywaniem leków i alkoholu lub źle dopasowaną protezę zębową.
- Problemy ze słuchem. Należy mówić głośno i wyraźnie, nie używać języka stricte naukowego, stosować proste i krótkie zdania.

Z kolei bariery psychiczne to:

- Nieufność i postawa lękowa. Przetamanie tej bariery wymaga odpowiedniej postawy rozmówcy. Przede wszystkim należy zadbać o uważne słuchanie seniora i nieprzerywanie wypowiedzi.
- Niecierpliwość słuchacza. Osoby starsze mogą gubić wątek lub wielokrotnie wracać do tej samej kwestii. Słuchacz musi wykazać się uważnością i cierpliwością.

Podsumowanie

Zachowania samobójcze to wielki problem w grupie seniorów przebywających w instytucjach opieki długoterminowej, stresujące również innych pensjonariuszy i pracowników placówki. Dlatego tak ważne jest, aby personel umiał identyfikować sygnały ostrzegawcze, przeprowadzać szczegółowy wywiad, prowadzić rozmowy dotyczące zachowań samobójczych oraz stosować narzędzia służące do szacowania ryzyka. ●

Literatura:

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
2. Romaszko, K. (2020). Samobójstwa i zachowania samobójcze jako przedmiot zainteresowań nauk medycznych. Definicja, podział i przegląd biomarkerów zachowań samobójczych. Część I. Psychiatryczne i neuroobrazowe markery zachowań samobójczych. *Medical Studies/Studia Medyczne*, 36(4), 315–326. <https://doi.org/10.5114/ms.2020.102327>.
3. Rosa, K. (2013). Zachowania samobójcze w domach pomocy społecznej. *Psychiatria*, 10(2), 91–100.
4. Mezuk, B., Rock, A., Lohman, M. C., Choi, M. (2014). Suicide risk in long-term care facilities: a systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(12), 1198–1211. <https://doi.org/10.1002/gps.4142>.
5. Øien-Ødegaard, C., Hauge, L. J., Reneflot, A. (2021). Marital status, educational attainment, and suicide risk: a Norwegian register-based population study. *Population Health Metrics*, 19, 33. <https://doi.org/10.1186/s12963-021-00263-2>.
6. Hołyst, B. (2022). Zapobieganie samobójstwom. Tom 2. Zachowania suicydalne osób starszych. Difin.

Istotne zmiany w prawie pracy

DLA OŚRODKÓW OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ



MICHAŁ BOCHENEK // *prawnik, ekspert w sprawach pomocy społecznej*

Ośrodki opieki długoterminowej („OOD”), szczególnie domy pomocy społecznej oraz zakłady - opiekuńczo lecznicze stanowią istotne ogniwa w polityce społecznej i zdrowotnej Państwa. To jednocześnie pracodawcy zobowiązani do stosowania znowelizowanych przepisów ustawy z 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 1510 z późn. zm.), dalej także „k.p.”. Warto podkreślić, że w 2023 r. ustawodawca przewidział i wprowadził wiele nowych rozwiązań do prawa pracy. Niniejszy artykuł przybliży Państwu znowelizowane przepisy Kodeksu pracy.

1 Kontrola trzeźwości pracowników zatrudnionych w OOD

Od 21 lutego 2023 r. wprowadzono do przepisów ustawy z 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy rozwiązania umożliwiające kierownikom albo dyrektorom OOD wprowadzenie, w uzasadnionych przypadkach, prewencyjnej kontroli pracowników na obecność w ich organizmach alkoholu lub środków działających podobnie do alkoholu. W kontekście istniejącej praktyki zatrudniania w wielu OOD w Polsce personelu świadczącego usługi bezpośrednio dla podopiecznych na podstawie umów cywilno-prawnych (np. umowy zlecenie), trzeba pod-

kreślić, że przepisy pozwalające kontrolować trzeźwość pracowników stosuje się odpowiednio do pracodawców, np. DPS, ZOL - organizujących pracę wykonywaną przez osoby fizyczne (np. pielęgniarki, opiekunowie medyczni) na innej podstawie niż stosunek pracy oraz osoby fizyczne prowadzące na własny rachunek działalność gospodarczą (np. indywidualna praktyka pielęgniarska).

Uwaga

Dla osób fizycznych wykonujących pracę na innej podstawie niż stosunek pracy i osób fizycznych prowadzących na własny rachunek działalność gospodarczą (np. opiekun medyczny) OOD nie prowadzi pracowniczych akt osobowych. W związku z powyższym miejsce przechowywania informacji uzyskanej w toku kontroli trzeźwości lub kontroli na obecność środków działających podobnie do alkoholu kierownik albo dyrektor OOD będzie ustalał samodzielnie, lub w porozumieniu z ww. osobami.

Kierownik albo dyrektor OOD może wprowadzić kontrolę trzeźwości pracowników, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia ochrony życia i zdrowia pracowników lub innych osób (np. pacjentów w ZOL) lub ochrony mienia. Co istotne, kontrola trzeźwości nie może naruszać godności oraz innych dóbr osobistych pracownika.

Wprowadzenie kontroli trzeźwości, grupę lub grupy pracowników (np. opiekunów medycznych) objętych kontrolą trzeźwości i sposób przeprowadzania kontroli trzeźwości, w tym rodzaj urządzenia wykorzystywanego do kontroli, czas i częstotliwość jej przeprowadzania, ustala się w układzie zbiorowym pracy lub w regulaminie pracy albo w obwieszczeniu, jeżeli pracodawca nie jest objęty układem zbiorowym pracy lub nie jest obowiązany do ustalenia regulaminu pracy. Najczęściej będzie konieczność wprowadzenia wyżej wymienionych zasad i reguł w regulaminie pracy obowiązującym w OOD.

O wprowadzeniu kontroli trzeźwości kierownik lub dyrektor OOD informuje pracowników w sposób przyjęty w danym OOD, nie później niż 2 tygodnie przed rozpoczęciem jej przeprowadzania (np. poprzez wywieszenie regulaminu pracy na tablicy ogłoszeń w OOD). Natomiast w związku z zatrudnieniem nowego pracownika objętego kontrolą trzeźwości, kierownik albo dyrektor OOD przekazuje temu pracownikowi przed dopuszczeniem go do pracy informacje o kontroli trzeźwości w postaci papierowej lub elektronicznej.

Kontrola trzeźwości obejmuje badanie określonych grup pracowników w OOD przy użyciu metod niewymagających badania laboratoryjnego za pomocą urządzenia posiadającego ważny dokument potwierdzający jego kalibrację lub wzorcowanie. Badania na obecność alkoholu obejmują przede wszystkim badanie wydychanego powietrza. Badanie wydychanego powietrza przeprowadza się przy użyciu urządzenia elektronicznego dokonującego pomiaru stężenia alkoholu w wydychanym powietrzu, z użyciem ustnika, który podlega wymianie każdorazowo przed przeprowadzeniem pomiaru. Opakowanie ustnika należy otwierać w obecności osoby badanej. Badania analizatorem wydechu nie przeprowadza się przed upływem 15 minut od chwili zakończenia spożywania alkoholu, palenia wyrobów tytoniowych, w tym palenia nowatorskich wyrobów tytoniowych, palenia papierosów elektronicznych lub używania wyrobów tytoniowych bezdymnych przez osobę badaną.

Kontrola trzeźwości polega na stwierdzeniu braku obecności alkoholu w organizmie pracownika OOD albo obecności alkoholu wskazującej na stan po użyciu alkoholu albo stan nietrzeźwości w rozumieniu art. 46 ust. 2 albo 3 ustawy z 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. 2023 r. poz. 165 z późn. zm.)

Pracodawca nie dopuszcza pracownika do pracy w przypadku, gdy kontrola trzeźwości wykaże obecność alkoholu w organizmie pracownika wskazującą na stan po użyciu alkoholu albo stan nietrzeźwości w rozumieniu art. 46 ust. 2 albo 3 ustawy z 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi albo zachodzi uzasadnione podejrzenie, że pracownik stawiał się do pracy w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub spożywał alkohol w czasie pracy (np. zachowanie pracownika wskazuje na stan po użyciu alkoholu: chwiejny krok, niewyraźna mowa, zapach alkoholu, itp.).

W przypadku, gdy wynik badania nie wskazuje na stan po użyciu alkoholu albo stan nietrzeźwości pracownika, okres niedopuszczenia pracownika do pracy jest okresem usprawiedliwionej nieobecności w pracy, za który pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia. Istotne jest, że informacja dotycząca podstawy niedopuszczenia pracownika do pracy powinna zostać każdorazowo przekazana pracownikowi do wiadomości.

Warto zaznaczyć, że na żądanie kierownika albo dyrektora OOD lub pracownika OOD (np. opiekuna medycznego) niedopuszczonego do pracy, badanie

stanu trzeźwości pracownika przeprowadza uprawniony organ powołany do ochrony porządku publicznego (Policja). Organ powołany do ochrony porządku publicznego przeprowadza badanie stanu trzeźwości pracownika przy użyciu metod niewymagających badania laboratoryjnego.

Istotne jest, że Policja ma także prawo zlecić przeprowadzenie badania krwi w sytuacjach gdy:

- 1 nie ma możliwości przeprowadzenia badania metodą poza laboratoryjną,
- 2 pracownik niedopuszczony do pracy odmawia poddania się badaniu metodą poza laboratoryjną,
- 3 pracownik niedopuszczony do pracy żąda przeprowadzenia badania krwi - pomimo uprzedniego przeprowadzenia badania metodą poza laboratoryjną,
- 4 stan pracownika niedopuszczonego do pracy uniemożliwia przeprowadzenie badania metodą poza laboratoryjną,
- 5 nie ma możliwości wskazania stężenia alkoholu z powodu przekroczenia zakresu pomiarowego urządzenia wykorzystywanego do pomiaru.

Ustawodawca wprowadził także do k.p. rozwiązania umożliwiające kierownikom albo dyrektorom OOD adekwatną reakcję na nietypowe zachowania pracowników. Mianowicie, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia ochrony życia i zdrowia pracowników lub np. pacjentów ZOL, kierownik albo dyrektor ZOL może wprowadzić kontrolę pracowników na obecność w ich organizmach środków działających podobnie do alkoholu. Pracodawca nie dopuszcza pracownika do pracy, jeżeli kontrola, o której mowa w zdaniu poprzedzającym wykaże obecność w organizmie pracownika środka działającego podobnie do alkoholu albo zachodzi uzasadnione podejrzenie, że pracownik stawiał się do pracy w stanie po użyciu takiego środka lub zażywał taki środek w czasie pracy.

Środkami działającymi podobnie do alkoholu są:

- opioidy,
- amfetamina i jej analogi,
- kokaina,
- kannabinoidy,
- benzodiazepiny.

2 Praca zdalna w OOD.

Od 7 kwietnia 2023 r. do kodeksu pracy zostały wprowadzone przepisy dotyczące pracy zdalnej. Biorąc pod uwagę charakter wykonywanych obowiązków przez personel OOD, tzn. w przeważającej mierze w bezpośrednim kontakcie z osobą wymagającą pomocy i opieki, zdalne wykonywanie obowiązków służbowych nie będzie w tym zakresie możliwe. Inaczej będzie jednak w stosunku do administracyjnej części personelu OOD. Praca może być wykonywana całkowicie lub częściowo

w miejscu wskazanym przez pracownika i każdorazowo uzgodnionym z pracodawcą, w tym pod adresem zamieszkania pracownika, w szczególności z wykorzystaniem środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość. Co istotne, uzgodnienie między stronami umowy o pracę dotyczące wykonywania pracy zdalnej przez pracownika może nastąpić:

- przy zawieraniu umowy o pracę albo
- w trakcie zatrudnienia.

Pamiętając doświadczenia z ograniczeniami epidemiologicznymi związanymi z wirusem SARS-CoV-2 wato zauważyć, że praca zdalna może być wykonywana na polecenie pracodawcy:

- w okresie obowiązywania stanu nadzwyczajnego, stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu lub
- w okresie, w którym zapewnienie przez pracodawcę bezpiecznych i higienicznych warunków pracy w dotychczasowym miejscu pracy pracownika nie jest czasowo możliwe z powodu działania siły wyższej
- jeżeli pracownik złoży bezpośrednio przed wydaniem polecenia oświadczenie w postaci papierowej lub elektronicznej, że posiada warunki lokalowe i techniczne do wykonywania pracy zdalnej.

Przykład

Na podstawie art. 6719 § 3 k.p. z uwagi na trwający stan zagrożenia epidemiologicznego polecam Pani pracę w formie zdalnej na okres od do r.

Jednocześnie zobowiązuję Panią do przestrzegania zasad organizacyjnych, w tym przepisów BHP, ochrony danych osobowych i potwierdzenia obecności określonych w Regulaminie pracy zdalnej, obowiązującym u ZOL.

Przedmiotowe polecenie pracy zdalnej zostało poprzedzone Pani pisemnym oświadczeniem, że posiada Pani warunki lokalowe i techniczne do wykonywania pracy zdalnej.

Uwaga

W przypadku zmiany warunków lokalowych i technicznych, uniemożliwiającej wykonywanie pracy zdalnej pracownik informuje o tym niezwłocznie pracodawcę. W takim przypadku pracodawca niezwłocznie cofa polecenie wykonywania pracy zdalnej.

Zasady wykonywania pracy zdalnej określa się w porozumieniu zawierającym między pracodawcą i zakładową organizacją związkową, a w przypadku gdy u pracodawcy działa więcej niż jedna zakładowa organizacja związkowa - w porozumieniu między pracodawcą a tymi organizacjami.

Co istotne, w wyżej wymienionym porozumieniu oraz regulaminie wykonywania pracy zdalnej określa się w szczególności:

- 1 grupę lub grupy pracowników, którzy mogą być objęci pracą zdalną;
- 2 zasady pokrywania przez pracodawcę kosztów np. instalacji, serwisu, konserwacji narzędzi pracy, w tym urządzeń technicznych;
- 3 zasady ustalania ekwiwalentu pieniężnego na pokrycie wyżej wskazanych przykładowo kosztów;
- 4 zasady porozumiewania się pracodawcy i pracownika wykonującego pracę zdalną, w tym sposób potwierdzania obecności na stanowisku pracy przez pracownika wykonującego pracę zdalną;
- 5 zasady kontroli wykonywania pracy przez pracownika wykonującego pracę zdalną;
- 6 zasady kontroli w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 7 zasady kontroli przestrzegania wymogów w zakresie bezpieczeństwa i ochrony informacji, w tym procedur ochrony danych osobowych;
- 8 zasady instalacji, inwentaryzacji, konserwacji, aktualizacji oprogramowania i serwisu powierzonych pracownikowi narzędzi pracy, w tym urządzeń technicznych.

Uwaga

Na potrzeby wykonywania pracy zdalnej pracodawca określa procedury ochrony danych osobowych oraz przeprowadza, w miarę potrzeby, instruktaż i szkolenie w tym zakresie. Natomiast pracownik OOD wykonujący pracę zdalną potwierdza w postaci papierowej lub elektronicznej zapoznanie się z procedurami ochrony danych osobowych oraz jest obowiązany do ich przestrzegania.

Pracodawca powinien zapewnić pracownikowi OOD niezbędne wsparcie techniczne w trakcie pracy zdalnej. Pracownik powinien zgłaszać wszelkie potrzeby w tym zakresie.

Warto zauważyć, że OOD zobowiązany jest pokryć pracownikowi koszty związane z wykonywaniem pracy zdalnej, np. koszty energii elektrycznej oraz usług telekomunikacyjnych niezbędnych do wykonywania pracy zdalnej, koszty urządzeń biurowych niezapewnionych przez pracodawcę. Z tego tytułu Pracownikowi - w praktyce najczęściej - będzie przyznawany ryczałt miesięczny, którego wysokość odpowiada przewidywanym kosztom ponoszonym przez pracownika w związku z pracą zdalną. Pracodawca może przeprowadzić kontrolę pracy zdalnej u pracownika w ustalonym miejscu jej świadczenia. Kontrola może dotyczyć kwestii wykonywania pracy zdalnej, bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przestrzegania wy-

mogów w zakresie bezpieczeństwa i ochrony informacji, w tym procedury ochrony danych osobowych. Trzeba jednak pamiętać, że kontrola musi odbywać się w obecności Pracownika, w miarę możliwości w uzgodnionym z nim dniu. Wykonywanie czynności kontrolnych nie może naruszać prywatności Pracownika wykonującego pracę zdalną i innych osób ani utrudniać korzystania z pomieszczeń domowych w sposób zgodny z ich przeznaczeniem.

Warto też wspomnieć, że praca zdalna może być wykonywana okazjonalnie, na wniosek pracownika złożony w postaci papierowej lub elektronicznej, w wymiarze nieprzekraczającym 24 dni w roku kalendarzowym.

3 Umowy na okres próbny, praca u innego pracodawcy, urlop rodzicielski, zwolnienie od pracy z powodu działania siły wyższej i inne zmiany w k.p.

Do Kodeksu pracy wprowadzono ponadto inne, istotne zmiany, które powinny być przeanalizowane przez kierowników lub dyrektorów OOD.

Najważniejsze dla OOD rozwiązania w tym zakresie, przewidziane w k.p. polegają na:

- 1 rozszerzeniu zakresu informacji o warunkach zatrudnienia pracownika, która będzie obejmować dodatkowe elementy (np. informacja o szkoleniach zapewnianych przez pracodawcę, o długości płatnego urlopu przysługującego pracownikowi).
 - 2 w zakresie umowy o pracę na okres próbny:
 - zapewnieniu, iż okres próbny będzie współmierny do przewidywanego czasu trwania umowy o pracę na czas określony i do rodzaju pracy;
- Umowę o pracę na okres próbny zawiera się na okres nieprzekraczający:
- a) 1 miesiąca - w przypadku zamiaru zawarcia umowy o pracę na czas określony krótszy niż 6 miesięcy;
 - b) 2 miesięcy - w przypadku zamiaru zawarcia umowy o pracę na czas określony wynoszący co najmniej 6 miesięcy i krótszy niż 12 miesięcy.
- umożliwieniu ponownego zawarcia umowy o pracę na okres próbny z tym samym pracownikiem tylko, gdy pracownik będzie zatrudniony w celu wykonywania innego rodzaju pracy. Strony mogą jednokrotnie wydłużyć w umowie o pracę na okres próbny okresy, nie więcej jednak niż o 1 miesiąc, jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy;
 - wprowadzeniu regulacji umożliwiającej uzgodnienie pomiędzy stronami stosunku pracy przedłużenia umowy o pracę na okres próbny o czas trwania nieobecności pracownika w pracy, w przypadku gdy pracownik był z usprawiedliwionych przyczyn nieobecny w pracy w trakcie trwania takiej umowy.
- 3 zapewnieniu prawa pracownika do równoległego zatrudnienia poprzez wprowadzenie zakazu zabra-

niania pracownikowi jednoczesnego pozostawania w stosunku pracy z innym pracodawcą oraz zakazu poddawania pracownika niekorzystnemu traktowaniu z tego tytułu;

- 4 zapewnieniu pracownikowi, który wykonywał pracę co najmniej 6 miesięcy (w tym na podstawie umowy o pracę na okres próbny) prawa do wystąpienia (raz w roku kalendarzowym) o formę zatrudnienia z bardziej przewidywalnymi lub bezpieczniejszymi warunkami pracy oraz otrzymania pisemnej odpowiedzi na ten wniosek z uzasadnieniem w terminie 1 miesiąca od otrzymania wniosku;
- 5 przyznaniu pracownikowi prawa do nieodpłatnego szkolenia niezbędnego do wykonywania określonego rodzaju pracy lub na określonym stanowisku w przypadku, gdy na mocy prawa, układu zbiorowego pracy, innego porozumienia zbiorowego lub regulaminu pracodawca będzie zobowiązany do zapewnienia pracownikowi takiego szkolenia oraz zapewnieniu, że szkolenie takie będzie nieodpłatne, będzie zaliczało się do czasu pracy i odbywało się w miarę możliwości w godzinach pracy.

Implementacja postanowień dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1158 z dnia 20 czerwca 2019 r. w sprawie równowagi między życiem zawodowym, a prywatnym rodziców i opiekunów oraz uchylającej dyrektywę Rady 2010/18/UE będzie polegała na wprowadzeniu do k.p. zmian w obszarze uprawnień związanych z wykonywaniem przez pracowników funkcji rodzicielskiej i opiekuńczej, jednocześnie gwarantując ochronę przed nierównym traktowaniem w zatrudnieniu.

Najważniejsze dla OOD rozwiązania przewidziane w k.p. polegają na:

- 1 w zakresie urlopu rodzicielskiego:
 - wprowadzeniu dla pracownic i pracowników indywidualnego prawa do urlopu rodzicielskiego. Łączny wymiar tego urlopu dla obojga rodziców będzie wynosił do 41 tygodni (w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie) albo do 43 tygodni (w przypadku porodu mnogiego),
 - uniezależnieniu prawa do urlopu rodzicielskiego od pozostawania matki dziecka w zatrudnieniu (ubezpieczeniu) w dniu porodu,
 - wprowadzeniu w ramach ww. wymiaru urlopu rodzicielskiego nieprzenoszalnej części tego urlopu w wymiarze do 9 tygodni dla każdego z rodziców (oznacza to możliwość skorzystania przez każdego z rodziców z maksymalnie 32/34 tygodni tego urlopu),
 - ustaleniu wysokości zasiłku macierzyńskiego za cały okres urlopu rodzicielskiego na poziomie 70% podstawy wymiaru zasiłku (jednakże w razie złoże-

nia przez pracownicę wniosku o udzielenie urlopu rodzicielskiego w terminie nie później niż 21 dni po porodzie miesięczny zasiłek macierzyński za okres urlopu macierzyńskiego i rodzicielskiego wyniesie 81,5% podstawy wymiaru zasiłku). W każdym przypadku pracownikowi – ojcu dziecka za okres nieprzenoszalnej 9-tygodniowej części urlopu będzie przysługiwał zasiłek w wysokości 70% podstawy wymiaru zasiłku;

- 2 wprowadzeniu urlopu opiekuńczego – w wymiarze do 5 dni w roku kalendarzowym – w celu zapewnienia osobistej opieki lub wsparcia osobie będącej krewnym (syn, córka, matka, ojciec lub małżonek/małżonka) lub pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym, która wymaga znacznej opieki lub znacznego wsparcia z poważnych względów medycznych, bez zachowania prawa do wynagrodzenia za czas tego urlopu;
- 3 wprowadzeniu zwolnienia od pracy z powodu działania siły wyższej w pilnych sprawach rodzinnych spowodowanych chorobą lub wypadkiem, jeżeli niezbędna jest natychmiastowa obecność pracownika – w wymiarze 2 dni albo 16 godzin w roku kalendarzowym, z zachowaniem za czas tego zwolnienia prawa do 50% wynagrodzenia (obliczanego jak wynagrodzenie za czas urlopu wypoczynkowego);
- 4 umożliwieniu szerszego stosowania elastycznej organizacji pracy mającej na celu zwiększenie uprawnień polegających na dostosowywaniu przez pracownika jego organizacji pracy do indywidualnych potrzeb, w tym poprzez: a) pracę zdalną, b) elastyczne rozkłady czasu pracy (ruchomy czas pracy, indywidualny czas pracy i przerywany czas pracy), c) pracę w niepełnym wymiarze czasu pracy. Możliwość skorzystania z elastycznej organizacji pracy będzie przysługiwała rodzicom opiekującym się dzieckiem do 8 lat. Odrzucenie wnio-

sku o elastyczną organizację pracy będzie wymagało przedstawienia przez pracodawcę pisemnego uzasadnienia;

- 5 skróceniu okresu, w którym będzie możliwe skorzystanie przez pracownika – ojca wychowującego dziecko z urlopu ojcowskiego – z 24 do 12 miesięcy od dnia urodzenia dziecka, analogicznemu skróceniu ulegnie okres na skorzystanie z urlopu ojcowskiego przez pracownika, który przysposobił dziecko w ustawowo określonym wieku;
- 6 wprowadzeniu ochrony dla pracownika przed jakimkolwiek niekorzystnym traktowaniem przez pracodawcę lub negatywnymi konsekwencjami wobec pracownika z powodu skorzystania przez niego z uprawnień przysługujących na podstawie przepisów Kodeksu pracy; ochrona będzie dotyczyć także pracownika, który udzielił w jakiegokolwiek formie wsparcia pracownikowi korzystającemu z uprawnień przysługujących na podstawie przepisów Kodeksu pracy;
- 7 wprowadzeniu zakazu prowadzenia wszelkich przygotowań do zwolnienia pracowników w okresie ciąż-

ży i okresie urlopu macierzyńskiego, z którego pracownica korzysta w związku z urodzeniem dziecka bez składania wniosku, a także od dnia wystąpienia przez pracownika z wnioskiem o udzielenie: części urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego albo jego części, urlopu ojcowskiego albo jego części, urlopu rodzicielskiego albo jego części i urlopu opiekuńczego albo jego części oraz skorzystania z takiego urlopu, a także z powodu wystąpienia z wnioskiem o elastyczną organizację pracy do dnia zakończenia pracy w ramach elastycznej organizacji czasu pracy.

Dokonane zostaną także zmiany obowiązujących przepisów dotyczących umów o pracę na czas określony, polegające na wprowadzeniu obowiązku uzasadnienia wypowiedzenia umowy o pracę na czas określony, konsultacji związkowej oraz możliwości ubiegania się o przywrócenie do pracy – także w przypadku zawarcia umowy o pracę na czas określony. ●



Co opiekun powinien wiedzieć o żywieniu osób starszych?

Dr hab. Dorota Olszewska-Stonina // prof. UMK, specjalista analityki klinicznej, kierownik Katedry Patobiochemii i Chemii Klinicznej, Wydział Farmaceutyczny, CM UMK.

Bez względu na wiek i stan zdrowia jedzenie jest jedną z największych przyjemności życia i ważne jest, aby tak pozostało jak najdłużej. Wbrew powszechnemu przekonaniu potrzeby żywieniowe nie zmniejszają się wraz z wiekiem, lecz zmieniają się, reagując na zmiany w metabolizmie. Wraz z upływem czasu, zmienia się funkcjonowanie naszych narządów, co jest zjawiskiem fizjologicznym.

Wiemy dzisiaj, że żywienie, czyli dieta i aktywność fizyczna, odgrywają zasadniczą rolę w ochronie zdrowia. Przyczyniają się tym samym do „dobrego starzenia się”, a później do ograniczenia utraty autonomii. Dlatego bardzo ważne jest utrzymanie, a nawet powrót do „dobrej” diety i codziennej aktywności fizycznej. Nie zawsze jest to łatwe, gdy jest się osłabionym, ponieważ problemy

zdrowotne i starzenie się wpływają na sposób, w jaki jemy i jak się poruszamy.

Co opiekun wiedzieć powinien? Dialog i wspólne wypracowywanie optymalnych rozwiązań.

Ważne jest, aby nie robić wszystkiego za osobę, której się pomaga, aby zachować jej zdolność do działania i podejmowania decyzji. Znalezienie właściwych stów i tonu nie zawsze jest łatwe, zwłaszcza gdy opiekun jest zmęczony lub ma mało czasu. Ważne jest jednak, aby w miarę możliwości zadbać o wstuchanie się w potrzeby podopiecznych, znalezienie czasu na zadawanie pytań, wystuchanie rozmówcy i rozmowę z nim, mimo trudności w wystawianiu się, problemów ze słuchem lub wzrokiem. Nie oszczędzajmy, szanujmy nawyki i wybory

Chcesz dowiedzieć się więcej na temat żywienia?
Wejdź na: www.damy-rade.info
i zapisz się na szkolenie w dniu 30.05.2023 r., o godz. 18:00

osoby pozostającej pod naszą opieką. Jeśli to konieczne, próbujmy delikatnie nakłonić ją do zmiany nawyków, nie destabilizując jej jednak radykalnymi zmianami. Sprzyjamy autonomii osoby starszej w jak największym stopniu, nie wyręczając jej w czynnościach, do których wykonania jest zdolna. Poprośmy ją, aby „zrobiła coś razem z nami” (wspólnie przygotowana lista zakupów, przygotowanie posiłków, wybór zajęć itp.). Pozostawmy jej odpowiedzialność za własny budżet tak długo, jak to możliwe.

Zadbaj o siebie, aby móc zadbać o innych.

Kiedy mieszkamy z ukochaną osobą lub regularnie jej pomagamy, może się zdarzyć, że skupieni na udzielanym wsparciu zapominamy zadbać o własne zdrowie. A jest to konieczne, dla nas samych, ale także po to, aby lepiej pomagać innym. Nie czujmy się zobligowani do brania wszystkiego na swoje barki i nie obwiniajmy się, jeśli czujemy, że już nie dajemy rady. Prośmy o pomoc: odpowiednie instytucje mogą zapewnić nam tymczasowe lub długoterminowe wsparcie. Codziennie, lub kilka razy w tygodniu, znajdźmy chwilę dla siebie. Utrzymujmy jak najwięcej kontaktów z przyjaciółmi lub rodziną. Obserwujmy swoją masę ciała i ogólnie swoje zdrowie. Przedyskutujmy swoją rolę „opiekuna” z lekarzem, który w ten sposób będzie szczególnie zwracał uwagę na ryzyko wyczerpania. Postępujmy również zgodnie z wytycznymi „Norm Żywienia Człowieka dla populacji polskiej”, które są dostosowane do odpowiednich kategorii wiekowych.

Cztery najważniejsze punkty, na które należy zwrócić uwagę.

Niezależnie od stanu zdrowia osoby, której pomagamy, należy zwrócić uwagę na cztery zasadnicze zagadnienia: masę ciała, dietę, poziom nawodnienia i aktywności fizycznej. Przy najmniejszych oznakach niekorzystnych zmian wskazane jest zachęcanie podopiecznego do wezwania lekarza. Opiekun powinien osobę starszą w tym wyręczyć tylko wtedy, gdy sama odmówi. Zachowajmy szczególną czujność w przypadku cukrzycy, chorób układu krążenia u osoby, którą się opiekujemy, ale także wtedy, gdy całość lub część wyżywienia zapewniają posiłki dostarczane do domów, ponieważ nie zawsze są one spożywane (zwłaszcza jeśli osoba, której pomagamy, dotknięta jest chorobą Alzheimera – ryzyko niedożywienia jest wysokie).

Masa ciała. Poprośmy osobę, której pomagamy, aby się zważyła lub pomóżmy jej, jeśli to konieczne: ważyć się raz w miesiącu, a raz w tygodniu w określonych sytuacjach:

- w przypadku zagrożenia odwodnieniem: wysoka temperatura (fala upałów, silne ogrzanie pomieszczeń mieszkalnych), gorączka, biegunka, wymioty;
- po infekcji, hospitalizacji lub szoku emocjonalnym;
- w przypadku niedawno przebytej niewydolności serca.

Niezbędne jest więc posiadanie wagi w domu. Wyniki pomiarów masy ciała, wykonywanych z grubsza o tej samej porze i w tym samym stroju (bez butów), dobrze jest zapisać w kalendarzu lub notatniku. A jeśli masa szybko się zmienia? Utrata lub przyrost masy ciała w ciągu kilku dni wynika z wahań ilości wody w organizmie. Utrata masy ciała od 1 do 2 kg w ciągu tygodnia często odzwierciedla stan odwodnienia. Niektóre objawy odwodnienia to uczucie suchości w ustach i trudności w połykaniu pokarmu suchego, a czasem nawet wszelkiego rodzaju jedzenia. Zmarszczki skóry i mocznica stają się ciemne. W takim wypadku należy skontaktować się z lekarzem, ponieważ odwodnienie w podeszłym wieku jest szczególnie niebezpieczne i niezwłocznie poprosić podopiecznego o wypicie 1/2 szklanki płynu (wody, zupy itp.) co pół godziny.

Przyrost masy ciała o ponad 2 kg w ciągu jednego tygodnia często odzwierciedla zatrzymanie wody w organizmie, które objawia się opuchniętymi wieczorem nogami. Wiąże się to z niewłaściwym leczeniem farmakologicznym (stosowanym np. w przypadku niewydolności serca lub nerek). Stan taki wymaga konsultacji z lekarzem, aby zbilansować leczenie. Jeśli natomiast utrata lub przyrost masy ciała zmienia się powoli (w ciągu kilku tygodni lub więcej), odzwierciedla to brak równowagi między dostarczaniem energii do organizmu (pożywienie) a wydatkiem energetycznym (funkcjonowanie organizmu i aktywność fizyczna). Należy powiadomić

lekarza, jeśli w ciągu miesiąca masa zmieniła się o 2 kg lub więcej.

Utrata masy ciała rzędu -5% w ciągu 1 miesiąca lub -10% w ciągu 6 miesięcy odzwierciedla niedożywienie, co oznacza, że osoba starsza je mniej (zyskuje mniej zasobów energetycznych) niż wydatkuje. Przyrost masy ciała co najmniej + 5% po niedożywieniu oznacza, że osoba starsza jest w trakcie leczenia, i stan ten jest prawidłowy. W wieku podeszłym nadwaga i otyłość nie mają takiego samego wpływu na zdrowie. U osób młodszych, im większa masa ciała, tym większe ryzyko chorób (zwłaszcza sercowo-naczyniowych). Natomiast u osoby starszej nie wydaje się, aby utrata masy ciała poprawiała stan zdrowia - wręcz przeciwnie, w pewnych sytuacjach możliwe, że chroni ją pewna nadwaga: mniej złamań szyjki kości udowej, mniejsze ryzyko śmierci w przypadku hospitalizacji... Innymi słowy, jeśli osoba, której pomagamy, ma nadwagę, nie chodzi o to, żeby schudła, ale po prostu o to, żeby jego masa ciała się ustabilizowała (tzn. żeby ustawicznie nie wzrastała).

Jeśli osoba starsza przybrała na wadze w stosunkowo krótkim czasie (np. 10 kg w ciągu kilku miesięcy), może to wpłynąć na jej mobilność i życie towarzyskie. Poprośmy ją, aby sama nie przechodziła na dietę, ale skonsultowała się z lekarzem w celu ustalenia przyczyn przybierania na wadze. Lekarz może jej doradzić lub skierować do dietetyka. Często wystarczy poprawić kilka „błędów”, w szczególności: poprzez ustalenie stałego rytmu 3 posiłków dziennie + 1 przekąska; unikanie podgryzania między tymi posiłkami, zwłaszcza produktów słodkich, tłustych i stonych (produktów pobudzających apetyt, itp.); jedząc dwa razy dziennie bogate w białko mięso, ryby lub jajka; poruszając się każdego dnia: np. chodzić, a nawet wykonywać ćwiczenia fizyczne (ewentualnie z pomocą fizjoterapeuty), co jest szczególnie ważne dla zachowania wydolności mięśni podczas odchudzania.

Dieta

Niezależnie od aktywności i stylu życia osoby starszej, utrzymanie rytmu żywieniowego trzech posiłków dziennie z dodatkiem jednej przekąski (np. podwieczorek), pomaga równomiernie rozłożyć spożycie pokarmów w ciągu dnia i regulować glikemię (poziom cukru we krwi). To ważne, ponieważ wraz z wiekiem funkcjonowanie organizmu ulega zmianom: trawienie jest dłuższe i trudniejsze. Aby to ułatwić, wszystkie posiłki i przekąski powinny być podawane w odstępach o co najmniej trzygodzinnych.

Należy zachować szczególną czujność jeśli: osoba starsza jest na diecie, czy to przepisanej przez lekarza, czy też takiej, którą sama sobie narzuciła; osoba, której pomagamy, jadła mniej przez ponad trzy dni; już nie spożywa — lub nie spożywa już dużo — niektórych pokarmów (mięsa, warzyw, owoców, produktów mlecznych itp.).

Śniadanie to posiłek, którego nie należy zaniedbywać: pozwala organizmowi natadować się energią po nocy. Aby uniknąć znacznego obniżenia poziomu glukozy rano, gdy podopieczni wstają i są narażeni na złe samopoczucie, które może doprowadzić do upadku, upewnijmy się, że osoba, której pomagamy, zjadła śniadanie w czasie krótszym niż 12 godzin od kolacji.

Obiad to często główny posiłek dnia, którego układ powinien pozostać, jeśli to możliwe, w tradycyjnej formie, tj. podawany w „tradycyjnej” kolejności: przystawka + danie główne + deser. Ten posiłek jest głównym źródłem białka (mięso lub ryby lub jaja).

W zaawansowanym wieku konieczna jest lepsza regulacja poziomu cukru we krwi, ponieważ węglowodany są już trudniejsze do magazynowania w wątrobie i mięśniach. Podwieczorek pomaga zwiększyć spożycie pokarmów u osób, które jedzą stosunkowo mało podczas posiłków. Należy zapewnić podopiecznemu jedną lub dwie potrawy (do wyboru) z następujących grup: owoce, chleb lub ciastka, produkty mleczne + 1 gorący lub zimny napój.

Lekka zupa, twarożek i kompot... to za mało na wieczór! Ważne jest, aby w menu kolacji znalazły się produkty zbożowe (makaron, ryż, kasza manna itp.), które dostarczą organizmowi węglowodanów złożonych na noc i często pozwolą na lepszy sen. Najlepiej unikać jedzenia zbyt długo przed pójściem spać, ale jeśli tak się stanie, zapewnijmy osobie, którą się opiekujemy, przekąskę przed pójściem spać.

Zaburzenia połykania (dysfagia), którym czasami towarzyszy dyskomfort w gardle, może mieć poważne konsekwencje (odwodnienie, niedożywienie, niedobory) i dlatego należy się nim szybko zająć, szczególnie u osób starszych. Z dysfagią można powiązać wiele objawów, w tym: odruchy wymiotne lub kaszel lub krztuszenie się podczas próby połykania, uczucie, jakby jedzenie utknęło w gardle, trudność w rozpoczęciu połykania, ból podczas połykania, ślinienie się lub nadmierne wydzielanie śliny. Wśród podstawowych przyczyn dysfagii ustno-gardłowej można wyróżnić: zaburzenia neurologiczne, takie jak choroba Parkinsona lub stwardnienie rozsiane; uszkodzenia neurologiczne, takie jak udar lub uraz rdzenia kręgowego; upośledzenie natury laryngologicznej: dusznica bolesna lub zapalenie gardła, uchyłek Zenkera (przepuklina wewnętrznej wyściółki przełyku przez ścianę mięśniową), a nawet poważniejsze upośledzenie, np. nowotwór w tej okolicy.

Niektóre z czynników powodujących dysfagię przełyku to: achalazja przełyku – dolny zwieracz przełyku (który jest mięśniem) nie rozluźnia się wystarczająco, aby umożliwić przejście pokarmu do żołądka; rozproszone skurcze przełyku - skurcze przełyku są słabo skoordynowane, co może powodować ból, oprócz oczywiście trudności w połykaniu; twardzina skóry – choroba, która prowadzi do rozwoju tkanki bliznowatej, co powoduje

stwardnienie tkanki i utratę elastyczności (przełyk ma trudności z wykonywaniem normalnych ruchów perystaltycznych przesuwających pokarm przez przewód pokarmowy; zwężenie przełyku, które wpływa na pasaż pokarmów stałych; refluks żołądkowo-przełykowy – kwas żołądkowy uszkadza tkanki przełyku i może powodować skurcze lub bliznowacenie i zwężenie przełyku. Wreszcie, trzeba wiedzieć, że stres i lęk lub zaburzenia depresyjne mogą powodować trudności w połykaniu, uczucie ucisku lub dyskomfortu w gardle.

Istnieją na szczęście sposoby ułatwiające połykanie i przesuwanie pokarmu do gardła, przełyku i żołądka: wypróbujmy żywność o różnej konsystencji, aby zidentyfikować najbardziej odpowiednią (np. pokarmy papkowate i gęste płyny); dodanie np. sosu ułatwi połykanie; namoczenie herbatników w herbacie, mleku lub kawie, aby zmiękły; krojenie jedzenia na małe kawałki, aby ułatwić żucie; podawanie tłuczonych ziemniaków lub zup; picie dużych ilości płynów w ciągu dnia. Wiedząc, że każdy kęs jest bolesny, skupmy się na produktach wysokokalorycznych.

Nawodnienie

Woda w wystarczającej ilości jest niezbędna do eliminacji szkodliwych produktów metabolizmu przez nerki i pasaż jelitowy. Jednak wraz z wiekiem uczucie pragnienia słabnie, a następnie całkowicie zanika, co prowadzi do ryzyka odwodnienia, które może być poważne. Dlatego musimy myśleć o „picie bez pragnienia”. Osłabiony apetyt osoby starszej prowadzi do mniejszego wchłaniania wody z pożywienia. Sprawdzajmy, czy podopieczny wypija przynajmniej 1 litr wody dziennie. Zachęcajmy go do picia w naszej obecności. Przypominajmy osobie, której pomagamy, o picie podczas posiłków, ale także pomiędzy nimi. Upewnijmy się, że pije jeszcze więcej, jeśli istnieje ryzyko odwodnienia np. na skutek wysokiej temperatury (fala upałów, silne ogrzanie pomieszczeń), gorączki, biegunki czy wymiotów, po to, aby zrekompensować utratę wody dokonującej się poprzez pocenie (nawet jeśli osoba osłabiona nie zdaje sobie sprawy, że się poci). W takim przypadku powinna wypić 1/2 litra płynu na każdy stopień gorączki powyżej 37°C. Należy zadbać o nawodnienie podopiecznego również wtedy, gdy temperatura zewnętrzna przekracza 30°C. Przyjmowanie niektórych leków (diuretyków, neuroleptyków itp.) zwiększa utratę wody i również trzeba o tym pamiętać.

Piśmiennictwo

1. Jarosz W. Dieta seniora. PZWL 2019.
2. Grzymiśławski M. (red). Dietetyka kliniczna. PZWL 2019.
3. Normy Żywnienia Człowieka dla populacji polskiej, red. nauk. Jarosz M., wyd. Instytut Żywności i Żywnienia, 2017
4. Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie, red. Jarosz M., Rychlik E., Stoś K., Charzewska J., wyd. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, 2020 (https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2021/03/normy_zywienia_2020web.pdf)

Poziom aktywności

Utrzymywanie regularnej aktywności fizycznej sprzyja dobremu samopoczuciu, poprawie zdrowia i zachowaniu niezależności. Pomaga utrzymać lub rozwinąć mięśnie, a tym samym zmniejszyć ryzyko upadku. Kiedy boimy się, że upadniemy lub jesteśmy zmęczeni, nie mamy już odwagi się ruszyć. Rezultat: poruszanie się jest coraz trudniejsze. Ważne jest również, zachęcanie podopiecznego do poruszania się tak często, jak to możliwe. Ruch pozwala się „rozciągnąć”, zrelaksować, zachować poczucie równowagi i chronić stawy. Każdy spadek poziomu aktywności odzwierciedla stan fizycznego lub psychicznego zmęczenia, który jest czasem jedyną oznaką początku niedożywienia. Zachęcajmy osobę, której pomagamy, aby podejmowała jak najwięcej różnych form aktywności fizycznej (np. zakupy, spacer, prace w ogrodzie, sprzątanie, nawet trochę ćwiczeń...) Proponujemy jednak realistyczne cele, biorąc pod uwagę stan zdrowia lub kondycję podopiecznego. Uważajmy, aby nie angażował się w aktywność fizyczną, która jest zbyt męcząca lub zbyt długa, co postawiłoby go w sytuacji porażki, a nawet zamknięcia się w sobie. Czynności domowe to także czynności fizyczne, nawet te drobne, np. obieranie warzyw. Na co dzień zachęcajmy osobę, którą się opiekujemy, aby: brała na siebie jak najwięcej obowiązków domowych, nie usiłując wykonywać ich „tak jak wcześniej”; chodziła pieszo na zakupy; wychodziła choćby na krótki spacer w celu zmiany swojego otoczenia; uczestniczyła w przygotowywaniu posiłków; kontynuowała samodzielne mycie i ubieranie się, tak długo/często, jak to możliwe.

Starajmy się zapewnić jej zajęcia intelektualne lub rekreacyjne, np. czytanie, krzyżówki, oglądanie telewizji, kontakty towarzyskie.

Osoby starsze są narażone na ryzyko niedoborów, niedożywienie, a nawet odwodnienie. Potrzeby żywieniowe muszą być dostosowywane do okoliczności, aby uniknąć pewnych częstych problemów, typowych dla zaawansowanego wieku (np. osteoporozy, zaburzeń trawienia lub gospodarki lipidowej). Aby starzec się w dobru zdrowiu, konieczne jest przyjęcie dobrych praktyk żywieniowych, aby dostarczyć organizmowi wszystkich potrzebnych składników odżywczych.

Zbilansowana dieta pozwala osobie starszej zachować dobre zdrowie. Nie ma „dobrych” i „złych” produktów spożywczych. Kluczem jest spożywanie różnorodnych, wysokiej jakości produktów (najlepiej nieprzetworzonych), w rozsądnych ilościach. ●

Nietrzymanie moczu u mężczyzn

Nietrzymanie moczu u mężczyzn bywa wyzwaniem - dla nich samych, a także dla ich otoczenia. Często jest zbyt późno diagnozowane, a Panowie niechętnie godzą się na stosowanie produktów chłonnych. Postaramy się odpowiedzieć na kilka pytań związanych z męskim nietrzymaniem moczu i wskazać rozwiązania, które mogą pomóc poradzić sobie z tym problemem.

Kiedy możemy powiedzieć, że ktoś ma nietrzymanie moczu? Czy kilka kropli na bieliznie to już problem?

O nietrzymaniu moczu mówimy w przypadku, kiedy pojawia się niekontrolowany i mimowolny – nawet mały – wyciek moczu. Jeśli pomiędzy wizytami w toalecie lub nawet zaraz po takiej wizycie zaczniemy zauważać mokre plamy na bieliznie, jest to sygnał, żeby skonsultować się ze specjalistą - lekarzem lub fizjoterapeutą urologicznym. Inne objawy, których nie powinno się bagatelizować, to: konieczność częstego oddawania moczu, nagła i pilna potrzeba oddania moczu, okazjonalne popuszczanie moczu, np. podczas kaszlu lub w trakcie wysiłku fizycz-

nego. To początkowe objawy rozwijającego się problemu. Warto udać się do specjalisty, który postawi konkretną diagnozę i przekaże zalecenia, jak postępować w danym przypadku. Jest to o tyle istotne, że nietrzymanie moczu może być objawem innych schorzeń, nie tylko związanych z układem moczowym. Przyczyną pojawienia się nietrzymania moczu mogą być np. infekcje układu moczowego, których osoby mające trudności z komunikowaniem się mogą nam nie zasygnalizować. W takiej sytuacji zauważenie tego objawu i rozpoczęcie leczenia może uchronić ich przed rozwojem choroby i potencjalnymi przyszłymi komplikacjami.

TO JEST WYRÓB MEDYCZNY.
UŻYWAJ GO ZGODNIE Z INSTRUKCJĄ UŻYWANIA
LUB ETYKIETĄ.

Seni Man, Seni Active, Seni San for Men - produkty chłonne na nietrzymanie moczu. Producent i podmiot prowadzący reklamę – Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA.

PRO OMNIS
WSPARCIE W ŻYWIENIU



Łatwe połykanie

Posiłek puree – łatwe połykanie

Pełnowartościowy posiłek, który pomaga utrzymać prawidłowy stan odżywienia, dzięki formie puree.. Przygotowany z naturalnych składników, pochodzących z lokalnych upraw. Każdy posiłek zawiera od 27,9 g do 42 g białka, w zależności od rodzaju dania.

Korzyści z takiej formy posiłku:

„... nie tylko osoby z dysfagią, lecz także mające mniej niż 20 zachowanych zębów (...) odniosą korzyść z adaptacji pokarmów w postaci diety miękkiej, rozdrobnionej lub w formie puree ...”

[Steele CM, Alsanei WA, Ayanikalath S, et al. The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: a systematic review. *Dysphagia*. 2015; 30(1): 2–26, doi: 10.1007/s00455-014-9578-x, indexed in Pubmed: 25343878]

marketing@proomnis.org.pl
www.kropka.org.pl
www.proomnis.org.pl



Jak często nietrzymanie moczu zdarza się wśród mężczyzn?

Badania pokazują, że choć w porównaniu do kobiet nietrzymanie moczu wśród mężczyzn zdarza się rzadziej, to jednak z wiekiem częstotliwość jego występowania prawie się zrównuje. Możemy założyć, że po 70. roku życia nietrzymanie moczu dotyczy około 1 na 4 mężczyzn. Te osoby będą potrzebować odpowiedniego zabezpieczenia w postaci produktów chłonnych, które będą dla nich komfortowe i będą chronić ich skórę przed kontaktem z moczem.

Czy nietrzymanie moczu może pojawiać się tymczasowo?

Zdarza się, że NTM występuje okresowo, np. po operacji lub na skutek urazu i z czasem problem ustępuje. Zależy to w dużej mierze od przyczyny schorzenia. Jeśli wyleczymy uraz lub chorobę, która spowodowała nietrzymanie moczu, to często w takiej sytuacji wyleczymy także nietrzymanie moczu. Duże znaczenie ma również styl życia. Zadbanie o właściwą aktywność fizyczną, zdrowe odżywianie czy rezygnacja z nałogów będą przyczyniać się do polepszenia stanu zdrowia.

Jeśli jednak mówimy o osobach w podeszłym wieku, szczególnie w przypadku innych współistniejących chorób, kiedy nietrzymanie moczu już się pojawi, z czasem będzie się najprawdopodobniej pogłębiać. Mimo to - odpowiednie nawyki i profilaktyka mogą spowolnić lub nawet powstrzymać jego rozwój.

Czy wprowadzenie produktu chłonnego powinno się rozpoczynać od produktów o mniejszej chłonności, czy lepiej sięgnąć od razu po bardziej chłonne rozwiązania?

Dobrze dobrany produkt chłonny będzie realizować trzy cele: będzie wystarczająco chłonny, osoba nosząca ten produkt będzie czuć się w nim komfortowo i będzie on umożliwiał użytkownikowi korzystanie z toalety w zakresie, który jest dla niego możliwy. Ten ostatni punkt jest szczególnie ważny. Czasem, jeżeli osoba nosi bardzo chłonny produkt, który dodatkowo nie jest łatwy do samodzielnego zdjęcia w toalecie, może się przyzwyczaić do załatwiania swoich potrzeb do wyrobu i tracić nawyk korzystania z toalety. To może prowadzić do szybszego pogłębiania się nietrzymania moczu. Dlatego warto zaczynać od możliwie niskiej chłonności i motywować daną osobę do kontynuowania korzystania z toalety. Z czasem, kiedy problem będzie się nasilał, będzie można sięgnąć po bardziej chłonne produkty.

Czy zwykła podpaska może być stosowana jako rozwiązanie na nietrzymanie moczu dla mężczyzn?

Musimy pamiętać, że zwykłe podpaski - choć wyglądem

podobne do wkładek urologicznych - są skonstruowane w inny sposób niż wkładki. Specjalistyczne produkty na nietrzymanie moczu są wielokrotnie bardziej chłonne (np. najmniejsza wkładka urologiczna Seni jest ponad 8 razy bardziej chłonna od podpaski o podobnej wielkości!) i znacznie lepiej neutralizują nieprzyjemny zapach. Dodatkowo, rozwiązania konstrukcyjne zastosowane w produktach dedykowanych na nietrzymanie moczu zabezpieczają przed wyciekami, które mogą się zdarzyć, kiedy nagły wyciek moczu jest bardziej obfity.

Specjalistyczne produkty chłonne dla kobiet i mężczyzn mają za zadanie szybko wchłonąć mocz i "związać" go wewnątrz wkładki. W zależności od płci użytkownika różnią się od siebie kształtem i konstrukcją. To ważne, by mężczyźni sięgali po produkty dopasowane do męskiej anatomii. Uchroni ich to przed niechcianymi wyciekami oraz zwiększy komfort użytkownika poprzez lepsze dopasowanie wkładki do ciała. W odróżnieniu od damskich wkładek, wersja dla mężczyzn ma większą powierzchnię wkładki w jej przedniej części, co sprawia, że nawet kiedy penis się przesunie, nadal pozostanie na powierzchni wkładki. Dostępne są również wkładki w kształcie przypominającym łódkę. W przypadku takich produktów, penis jest umieszczony wewnątrz wkładki, co jeszcze bardziej niweluje ryzyko przecieków i daje jeszcze większe poczucie spokoju i pewności.

Czy wkładki urologiczne można stosować z każdym rodzajem bielizny?

Wkładki urologiczne powinny przylegać do ciała, żeby mogły dobrze spełniać swoją rolę, czyli szybko chłonąć mocz w momencie wycieku. Dlatego zawsze powinny być używane z bielizną przylegającą do ciała.

Czy białe majtki chłonne są wystarczającym rozwiązaniem na męskie nietrzymanie moczu?

Tak. Majtki chłonne są coraz popularniejszym rozwiązaniem i są one pełnym zabezpieczeniem dla osób ze średnim i ciężkim nietrzymaniem moczu. Jedynym przeciwwskazaniem do ich noszenia jest sytuacja, kiedy dany mieszkaniec spędza całą dzień w pozycji leżącej. Wtedy zmiana tych produktów będzie mniej wygodna niż na przykład klasycznych pieluchomajtek. We wszystkich innych sytuacjach - majtki chłonne (jak na przykład Seni Active Classic) będą bardzo dobrym rozwiązaniem. Dla wielu osób biała bielizna chłonna jest wygodniejsza i łatwiejsza do zaakceptowania od klasycznych pieluchomajtek. To ważne, bo komfort mieszkańca jest bardzo ważnym czynnikiem, wpływającym na przyzwyczajenie osoby do produktu chłonnego. Majtki chłonne o podwyższonej chłonności, takie jak Seni Active Plus lub Seni Active Trio, oferują zbliżoną chłonność do klasycznych pieluchomajtek i mogą być z powodzeniem stosowane

jako rozwiązania dla osób z ciężkim nietrzymaniem moczu. Kolejną zaletą majtek chłonnych jest wygoda ich zakładania i zdejmowania - oznacza ona nie tylko łatwiejszą zmianę produktu, ale także swobodę korzystania z toalety, co wyhamowuje proces pogłębiania się nietrzymania moczu.

Co zrobić w przypadku, kiedy mieszkaniec odmawia stosowania białych majtek chłonnych?

W takiej sytuacji warto sięgnąć, po kolorową bieliznę chłonną w męskim, szarym kolorze - Seni Man Pants. Wyglądem jest ona bardzo zbliżona do tradycyjnej bielizny, co sprawia, że mężczyznom łatwiej ją zaakceptować. Takie rozwiązanie sprawdzi się dobrze także w przypadku osób z demencją, u których każda zmiana wywołuje dodatkowy stres.

Seni Man Pants ma inną konstrukcję niż tradycyjna, biała bielizna chłonna, m.in. niższy stan, co sprawia, że jest bardziej dyskretnym rozwiązaniem i wiele osób czuje się w niej lepiej. Dzięki nowoczesnej konstrukcji wkładu chłonnego produkt lepiej przylega do ciała, dając osobom, które go noszą, lepsze zabezpieczenie przed wyciekami i komfort użytkownika. Jest to również dobre rozwiązanie pod względem ekonomicznym, ponieważ szare majtki chłonne Seni Man Pants są dostępne w korzystniejszej cenie niż wiele białych majtek chłonnych na rynku. W przypadku Seni Man Pants wybór kolorowej bielizny chłonnej nie pociąga za sobą dodatkowych wydatków.

Czy istnieją dedykowane rozwiązania dla mężczyzn z ciężkim nietrzymaniem moczu?

Poza białą bielizną chłonną o podwyższonej chłonności istnieją również pieluchy anatomiczne stworzone specjalnie dla mężczyzn - Seni San for Men. Pieluchy anatomiczne to produkty chłonne, które są używane w połączeniu z elastycznymi, wielorazowymi, majtkami siatkowymi. To bardzo chłonne rozwiązanie, porównywalne z klasycznymi pieluchomajtkami, ale z poszerzonym z przodu wkładem chłonnym i specjalnie zaprojektowanymi, podwyższonymi ostonkami bocznymi. To rozwiązanie, które łączy w sobie chłonność i zabezpieczenie przed wyciekami znane z pieluchomajtek oraz wygodę zakładania i zdejmowania znaną z wkładek urologicznych.

Produkty Seni dla mężczyzn dzięki nowatorskim rozwiązaniom:

- szybko chłoną mocz
- neutralizują przykry zapach
- są dopasowane do męskiej anatomii

Rozwiązania Seni dla mężczyzn z nietrzymaniem moczu	Stopień NTM
 Seni Man Light Level 1	KROPELKOWE ✓ LEKKIE ✓ ŚREDNIE ✓ CIĘŻKIE ✓
 Seni Man Normal Level 2	KROPELKOWE ✓ LEKKIE ✓ ŚREDNIE ✓ CIĘŻKIE ✓
 Seni Man Extra Level 3	KROPELKOWE ✓ LEKKIE ✓ ŚREDNIE ✓ CIĘŻKIE ✓
 Seni Man Extra Plus Level 4	KROPELKOWE ✓ LEKKIE ✓ ŚREDNIE ✓ CIĘŻKIE ✓
 Seni Man Super Level 5	KROPELKOWE ✓ LEKKIE ✓ ŚREDNIE ✓ CIĘŻKIE ✓
 Seni Man Pants rozmiar M i L	KROPELKOWE ✓ LEKKIE ✓ ŚREDNIE ✓ CIĘŻKIE ✓
 Seni San for Men	KROPELKOWE ✓ LEKKIE ✓ ŚREDNIE ✓ CIĘŻKIE ✓

EX-IN, Eksperci przez Doświadczenie

– ROZMOWA Z JOLANTĄ POŹNIAK

Asystent Zdrowienia to jedno z najnowszych odkryć polskiego rynku zawodowego i jednocześnie bardzo mało znana profesja. Kim więc właściwie są Asystenci oraz czym się zajmują i czy można przy ich pomocy zwalczyć kryzys psychiczny lub uporać się z traumą? Zapraszamy do rozmowy z Jolantą Poźniak - certyfikowanym Ekspertem przez Doświadczenie.

Red.: Zaczniemy więc od początku, czy może Pani przybliżyć nam ideę zawodu Ekspertów przez Doświadczenie, wytłumaczyć kim są Asystenci Zdrowienia i na czym polega ich praca?

JP: Oczywiście! Asystent Zdrowienia - albo inaczej Ekspert przez Doświadczenie, lub tzw. „EX-IN” - to osoba, która jest żywym dowodem na przezwycięzenie kryzysu psychicznego i pomaga przejść przez problemy innym osobom. Mianem Asystenta Zdrowienia określa się więc osobę, która aktywnie doświadczyła choroby, niepeł-

nosprawności, problemów ze zdrowiem psychicznym, co w konsekwencji przełożyło się na jej wiedzę i znajomość kontekstów społeczno-kulturowo-instytucjonalnych, w których problemy z ww. zakresu nabierają szczególnego znaczenia. Specjalista ten posiada więc wiedzę o problemach psychoemocjonalnych, która płynie z szeregu jego doświadczeń życiowych, a wykonana praca, czyli poddawanie własnych przeżyć refleksjom zapewnia harmonijne wspieranie procesu zdrowienia innych osób.

Red.: Możemy więc w tym wypadku mówić o zawodzie z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, czyli obszar, który tak dramatycznie potrzebuje wsparcia w Polsce. Jakimi metodami pracuje Asystent?

JP: Przede wszystkim pracuje empatią. Otwarty dialog, wspieranie i towarzyszenie w drodze do zdrowienia to swoista forma stawiania pomostu między pacjentem i „światem kryzysu”, a jego rodziną, profesjonalistami i przede wszystkim, światem zewnętrznym, do którego chce się podopiecznego na nowo „wprowadzić”. Czytelnicy na pewno zastanawiają się, dlaczego powinno sięgać się po pomoc takiego Asystenta Zdrowienia skoro wsparcie leczenia psychicznego jest zapewnione przez psychologów czy psychiatrów? Odpowiedź jest prosta - o ile świadomi jesteśmy konieczności zasięgnięcia pomocy u specjalistów, niepodważalnym źródłem pomocy jest potencjał EX-IN, który budzi i buduje zaufanie poprzez podobne doświadczenia, daje nadzieję na wyjście z kryzysu i przede wszystkim, przeciwdziała stygmatyzacji poprzez otwarte mówienie o przeżyciach, które niejednokrotnie jest bardzo trudne. Badania WHO wskazują jasno, że opinia pacjentów na temat efektywności opieki psychiatrycznej nie jest dobrze rokująca. Głównymi zarzutami w stosunku do profesjonalistów był brak współodczuwania, czy świadomości o odczuwanym przez pacjenta bólu. Powstanie tej grupy Ekspertów związane jest z rozwojem idei odchodzenia od hospitalizacji osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego w dużych szpitalnych ośrodkach na rzecz przeprowadzania procesu leczenia w środowisku lokalnym. Asystent ma pełnić rolę opiekuna i mentora, który będzie towarzyszył w procesie zdrowienia.

Red.: W Polsce Asystenci Zdrowienia są stosunkowo nowym zawodem, od kiedy możemy mówić w o wzroście zainteresowania tą profesją w naszym kraju?

JP: Pierwsze zmiany dotyczące pomocy w zdrowieniu w „niekonwencjonalny”, inny sposób rozpoczęły się w Polsce w 2016 roku, kiedy to ruszyły projektowe specjalistyczne kursy przygotowujące do tego zawodu. Reforma opieki psychiatrycznej poprzez uwzględnienie Asystentów Zdrowienia została wpisana w rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 roku, co świadczy o ogromnym zapotrzebowaniu na tego typu specjalistów. Od kilku lat Polska jest beneficjentem środków Europejskiego Funduszu Społecznego przeznaczonych na deinstytucjonalizację usług psychiatrycznych. Równolegle wprowadzana jest reforma Ministerstwa Zdrowia polegająca na wdrażaniu ogólnodostępnej psychiatrycznej opieki środowiskowej, oferowanej blisko miejsca zamieszkania w formie Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP). Powyższe inicjatywy stanowią

idealne podłoże do rozwoju roli Asystenta Zdrowienia, chociażby z tego powodu, że wzajemne wsparcie jest z założenia świetną alternatywą dla standardowej opieki psychiatrycznej i funkcjonuje znacznie lepiej w strukturach środowiskowych, które są mniej zhierarchizowane niż szpitale psychiatryczne. Na świecie każdy bardziej zaawansowany system ochrony zdrowia psychicznego wprowadza już Asystentów Zdrowienia do kadry medycznej i psychologicznej. W Polsce mamy obecnie ok. 300 osób pracujących w tym zawodzie, wciąż zbyt wiele pozostaje jednak bez pracy, pomimo wyraźnego zapotrzebowania taką formę pomocy.

Red.: Przybliżmy czytelnikom, czym konkretnie może zajmować się Ekspert przez Doświadczenie?

JP: Ekspert może uczestniczyć w spotkaniach z lekarzami dostając od nich zadania, prowadzić/współprowadzić warsztaty, zajęcia grupowe i wykłady dla podopiecznych. Ma możliwość realizacji psychoedukacji, a ponadto pomocy w codziennym funkcjonowaniu pacjenta poprzez udzielanie wsparcia w rozwiązywaniu różnych problemów w ramach wizyt środowiskowych, jak np. zakupy, przyrządzanie posiłków, pranie – dotyczy to zespołów mobilnych z MOPR czy MOPS. Co najważniejsze, Asystent ma za zadanie prowadzić działalność antystygmatyzacyjną i antydyskryminującą, może więc pełnić rolę rzecznika praw pacjenta, a także współuczestniczyć w spotkaniach Klubu Pacjenta oraz sesjach Otwartego Dialogu, czyli rodzaju terapii zainicjowanego przez tandem psychiatry i psychoterapeuty w szpitalu w Finlandii - terapia ta stanowi alternatywę długotrwałej hospitalizacji.

Jak pracuje Ekspert przez Doświadczenie? Wartość roli osoby oferującej wsparcie opiera się na kilku filarach. Po pierwsze, na strategicznym wykorzystaniu wiedzy płynącej z własnych doświadczeń kryzysu psychicznego i procesu zdrowienia. Po drugie, na pełnieniu funkcji wzoru do naśladowania. Asystenci Zdrowienia są przykładem na pozytywnie przebiegające zdrowienie i rehabilitację mentalną. Działają oni wbrew stereotypom i dają ludziom w kryzysach nadzieję na możliwość powrotu do pełnego, satysfakcjonującego życia.

Po trzecie działanie na rzecz osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Asystenci Zdrowienia przekazują perspektywę tych osób zespołowi terapeutycznemu, angażując je do aktywnego udziału w procesie zdrowienia i podejmowania decyzji zdrowotnych oraz pomagają przełamywać bariery pomiędzy tymi osobami a personelem specjalistycznym, wspomagając ich komunikację, która z różnych powodów może być utrudniona. Czwarty filar to relacja oparta na szacunku, empatii, bezwarunkowym pozytywnym podejściu, partnerstwie i wzajemności.

Asystenci potrafią empatycznie słuchać, wspierać i motywować osoby, które znalazły się w kryzysie poprzez odwoływanie się do własnych przepracowanych już doświadczeń i historii życiowych. Dają siłę i nadzieję rodzinom i bliskim pokazując, że nawet choroba może stanowić zasób, w oparciu o który w dalszym ciągu można budować życie.

Red.: *Zastanawia mnie, czy przebywanie w otoczeniu osób w kryzysie nie jest zagrożeniem dla samych Asystentów? Jaką mamy gwarancję, że trudne doświadczenia osoby, której się pomaga, albo środowisko, w którym funkcjonuje, nie wpłyną negatywnie na zdrowie psychiczne Asystenta?*

JP: Jest to bardzo dobre pytanie. Rzeczywiście trudne sprawy pacjenta mogą wpłynąć na samopoczucie EX-IN-a, jednak wymaga się od niego profesjonalnego podejścia i samoświadomości. Na przykład, zdaję sobie sprawę, iż podobny problem pacjenta może „naruszyć” moją bliznę, więc jestem przegotowana na to, by w takiej okoliczności zająć się tym tematem samodzielnie lub w asyście psychoterapeuty czy jakiegoś superwizora. Ponadto w obawie przed powtórny kryzysem i nawrotami choroby członkowie zespołów mobilnych starają się nie korzystać z pomocy Asystentów Zdrowienia w przypadku trudnych i niestabilnych środowisk, natomiast zapraszają ich do współpracy wtedy, gdy osoba w kryzysie jest do tego w pełni gotowa. My – Asystenci – pomagamy wtedy, kiedy jesteśmy świadomi, że jesteśmy w stanie pomóc.

Red.: *Wróć jeszcze na chwilę do wspomnianej przez Panią wcześniej kwestii pracy w zawodzie - wielu Ekspertów, pomimo zdobytych kwalifikacji nie jest w stanie się realizować – dlaczego tak się dzieje i jakie są największe bariery dla tego zawodu?*

JP: Pomimo tak kluczowej roli dla społeczeństwa Eksperci przez Doświadczenie zmagają się z niemałymi trudnościami. Kontrowersyjna dyskusja krążąca wokół roli takiego opiekuna opiera się na stwierdzeniach, że Asystentem może być jedynie osoba, która w swojej historii chorobowej doświadczyła psychozy. Poprowadzi to do traktowania tego zawodu fragmentarycznie, jednocześnie znacznie zawęży spektrum pomocy i skali wsparcia oraz doradztwa. Bogactwo doświadczenia ludzi, którzy przeżyli inne kryzysy niż psychoza, którzy mogą dawać nadzieję na wyzdrowienie i godne życie zawęży się. Ponadto wybiórcze podejście ogranicza liczbę kandydatów do pełnienia tej roli zawodowej, dyskryminuje pacjentów i Asystentów ze względu na przeżycia, stygmatyzuje inne diagnozy, kategoryzuje objawy na lepsze i gorsze, słabsze i silniejsze, a także dyskryminuje wartościowych kandyda-

tów
na
Asystentów
Zdrowienia,
innymi słowy
zarówno zubaża
wachlarz różnorodności
Asystentów, jak
i potencjalny zakres ich
pozytywnego oddziaływania.
Kolejnym problemem jest
bardzo niskie wynagrodzenie
wynikające pewnie z braku wiedzy
i w związku z tym adekwatnego
doceniania, kim jest EX-IN.
Brak etatów na omawiane stanowisko
to prawdopodobnie wynik zbyt
małej otwartości do finansowego
wsparcia dla opieki psychiatrycznej
oraz braku pełnego zrozumienia
sensu i jakości wartości, jakie wnosi
Ekspert przez Doświadczenie do
zespołów medycznych i psychologicznych.

Red.: *Jestem w stanie sobie wyobrazić, że ta praca jest tak samo istotna dla Asystenta Zdrowienia jak i osoby, której pomaga - jest w tym trochę prawdy?*

JP: (...) Każdy z nas dzięki pracy z innymi, może nadać dodatkowy sens cierpieniu, jakie przeszedł. I to jest szalenie istotne, pozwolę sobie powtórzyć: nadawanie sensu cierpieniu, przez jakie się przeszło. Wtedy jest poczucie, że nasza przeszłość przynosi owoce. Z drugiej strony, owoc, który niesiemy ze sobą, zaczyna się udzielać pacjentom. Reasumując: pomimo przeciwności losu Asystenci Zdrowienia mają ogromne pole działania, które stanowi realne zapotrzebowanie społeczeństwa. Osoby objęte kryzysem, rozchwianiem emocjonalnym, zaburzeniem lub chorobą psychiczną przy niewielkiej pomocy będą miały okazję poprawić jakość swojego życia i codziennych relacji międzyludzkich, bez konieczności szukania pomocy w szpitalu psychiatrycznym, tylko z otrzymanym wsparciem ludzkiego i empatycznego Eksperta przez Doświadczenie. Cieszą się, kiedy z moją pomocą ludzie wracają do zdrowia,

Mottem pracy Eksperta jest akronim **NATURE** (z j. ang. „natura”), rozwinięcie tego skrótu jak na dłoni ukazuje wszystkie odnogi działania:

- N** **Nadzieja** – dawanie nadziei na zdrowienie i podejmowanie dalszej drogi życiowej
- A** **Akceptacja** – zauważanie człowieka jako osoby, a nie jednostki chorobowej, respektowanie celów, pragnień, potrzeb
- T** **Towarzystwo** – asystowanie bez wywierania przymusu działania, bez przyspieszania powrotu do zdrowia przy jednoczesnym motywowaniu do aktywności, działań na rzecz własnego zdrowia
- U** **Umacnianie** – wspieranie pacjenta w samostanowieniu i podejmowaniu decyzji, stwarzanie warunków do Zdrowienia, wskazywanie na potencjał i umacnianie go. Wkład własny w postaci historii i przeżyć wspomaga proces Zdrowienia i usamodzielnia
- R** **Reakcja** – szybka reakcja w przypadku pogorszenia stanu
- E** **Empatia** – pełne uważności trwanie obok, aktywne słuchanie

kiedy znowu cieszą się życiem i „rodzą się na nowo”, a ja jestem tego świadkiem.

Red.: *I niech Pani ostatnie zdanie będzie podsumowaniem naszej rozmowy. Bardzo Pani dziękuję.*
KRG

Wybrane metody terapii

– OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ I DEMENCJĄ W OŚRODKACH WSPARCIA DŁUGOTERMINOWEGO

Monika Karwacka // *Pedagog specjalny, terapeuta pedagogiczny, edukator seksualny. Współpracuje z wieloma ośrodkami akademickimi, gdzie prowadzi zajęcia dotyczące opieki i terapii osób z niepełnosprawnością intelektualną i spektrum autyzmu. Przez wiele lat kierowała ośrodkiem wsparcia dla dorosłych osób z wieloraką niepełnosprawnością, budując metodykę pracy terapeutycznej opartą na relacjach. Superwizor w ośrodkach terapeutycznych.*

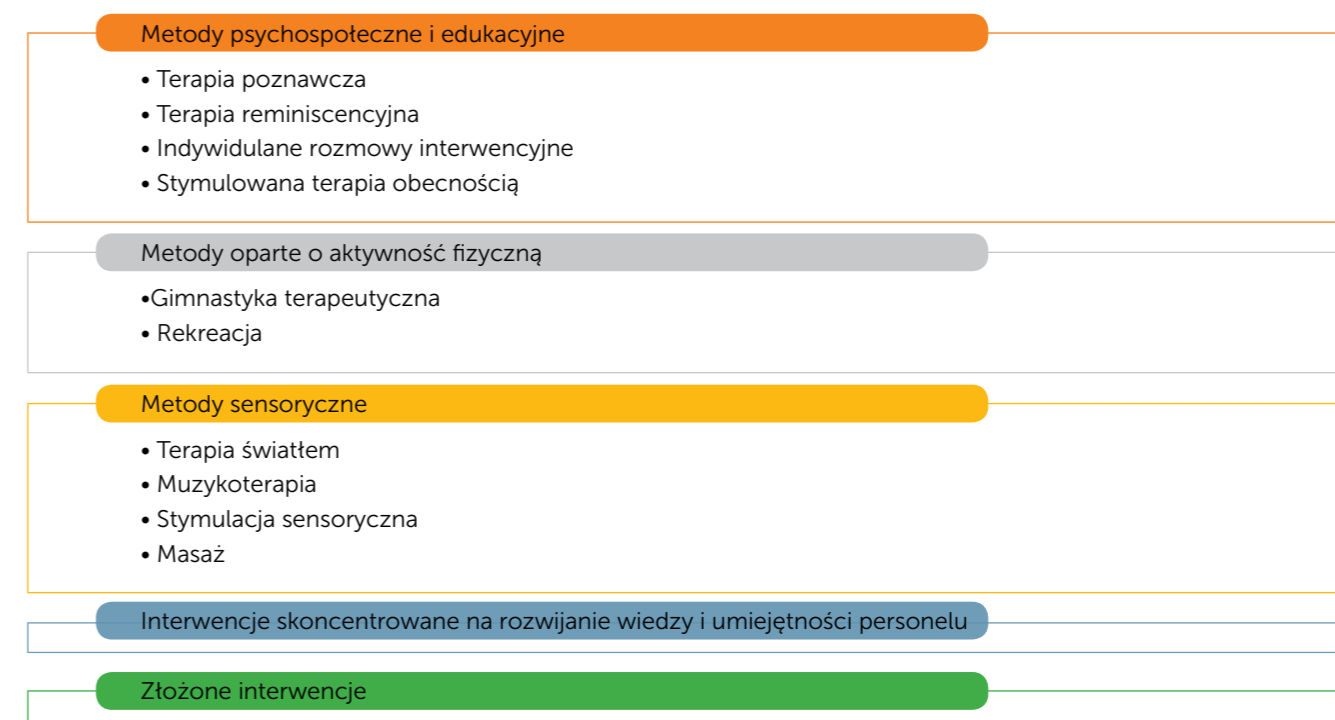
Demencja definiowana jest jako przewlekła lub postępująca choroba mózgu, która niekorzystnie wpływa na wyższe funkcje korowe, czyli zaburza funkcje poznawcze. Wśród zespołu objawów demencji wymienia się zaburzenia pamięci, zaburzenia myślenia, uczenia, liczenia, rozumienia, orientacji w czasie i przestrzeni, zaburzenia funkcji językowych, obniżoną motywację oraz zaburzenia zachowania i emocji. Wraz z progresją choroby nasilają się zaburzenia zachowania. Do pewnego czasu chory może funkcjonować samodzielnie, jednak w miarę rozwoju choroby będzie on coraz bardziej zależny od pomocy innych osób.

Pomimo iż demencja nie jest cechą charakterystyczną dla procesu starzenia się, to jej ryzyko wystąpienia poważnie wzrasta wraz z wiekiem. Prawidłowość ta obserwowana jest także u osób z niepełnosprawnością intelektualną. Zwiększona długość życia osób z niepełnosprawnością intelektualną oznacza, że wielu z nich musi radzić sobie z objawami związanymi ze spadkiem sił życiowych, ale też chorobami współistniejącymi związanymi z wiekiem. Najbardziej narażone na rozwój demencji są osoby z zespołem Downa. Częstość występowania demencji nie ma związku z płcią oraz stopniem niepełnosprawności intelektualnej. Czynniki zwiększające ryzyko demencji to niewłaściwa dieta, brak aktywności fizycznej i poznaw-

czej, choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca, wysokie ciśnienie krwi, epilepsja oraz zły stan zdrowia psychicznego – w szczególności depresja. Należy pamiętać, że demencja jest jedną z częstszych przyczyn śmierci u osób z niepełnosprawnością intelektualną. Rozpoznanie demencji u osób z niepełnosprawnością intelektualną jest diagnostycznym wyzwaniem. Należy stwierdzić postępujący proces otępienny, czyli utratę wcześniej posiadanych umiejętności, ale także stwierdzić zmiany w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym. Wykluczyć należy inne przyczyny spadku kondycji poznawczej – depresję, niedobór witaminy B12 oraz niedoczynność tarczycy. Niekiedy wczesne subtelne objawy demencji mogą być „ukrywane” przez istniejące u osób z niepełnosprawnością zaburzenia poznawcze. Podobnie zaburzenia osobowości, zmiany emocji i spadek zachowań adaptacyjnych rozpatrywane są często jako konsekwencja stanu niepełnosprawności intelektualnej.

Postępowanie związane z leczeniem demencji u osób z niepełnosprawnością intelektualną, podobnie jak w populacji ogólnej, obejmuje podejście farmakologiczne i nefarmakologiczne. Wyniki badań nad terapiami nefarmakologicznymi są niejednoznaczne. Brakuje przeglądowych badań dokumentujących ich skuteczność. Wśród ograniczeń i niedostatków terapii nefarmakologicznych wskazuje się, że wymagają one systematycznego stosowania, efekty są przejściowe i utrzymują się krótko po zakończeniu terapii. Niemniej metody nefarmakologiczne stosowane u osób z demencją spełniają ważne funkcje. Po pierwsze wspomagają proces leczenia. Po drugie korzystnie wpływają na funkcje poznawcze i minimalizują wiele objawów neuropsychiatrycznych. Po trzecie można je stosować u wszystkich chorych, niezależnie od konkretnego rozpoznania nozologicznego. Niewątpliwą zaletą większości terapii nefarmakologicznych jest ich prostota oraz stosunkowo niskie koszty, co ułatwia dostęp i umożliwia po-

Rysunek 1 Niefarmakologiczne metody terapii stosowanych u chorych z demencją



wszechne stosowanie. Na nefarmakologiczne sposoby terapii osób z demencją składają się różnorodne metody i techniki ukierunkowane na chorego, ale też na środowisko rodziny, opiekunów i specjalistów. Istnieje wiele propozycji klasyfikowania nefarmakologicznych metod terapii (zobacz rysunek 1).

Zachodzące wraz z wiekiem i demencją zmiany przetwarzania sensorycznego wpływają na samopoczucie i mogą nasilać negatywne objawy chorobowe. Teoria przetwarzania sensorycznego opiera się na założeniu, że każdy człowiek posiada indywidualny profil sensoryczny, składający się na to, co sprawia, że funkcjonuje on optymalnie i czuje się odpowiednio. Do zakłócenia homeostazy pobudzenia sensorycznego (sensorytazy) dochodzi przy deprywacji sensorycznej na skutek niedoboru bodźców bądź przy przekroczeniu możliwości percepcyjnych osoby z powodu ich nadmiaru. Zarówno nadmierna, jak i niedostateczna ilość informacji sensorycznych wpływa więc na zachowanie i funkcjonowanie człowieka.

Problematyczne zachowania mogą wystąpić więc zarówno w związku z niepełnosprawnością intelektualną, demencją, jak i zmianami starczymi wpływającymi na funkcjonowanie fizyczne, czuciowe i poznawcze zmniejszające ilość znaczącej stymulacji, jaką otrzymuje dana osoba. Pozbawienie znaczących doznań zmysłowych i trudności w nadaniu im właściwego znaczenia prowadzą do negatywnych skutków, takich jak niepokój, stres, depresja, wycofanie, obniżona motywacja, ale też pobudzenie, niepokój, agresja. Należy pamiętać, że zaburzenia przetwarzania sensorycznego są częściej diagnozowane w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną. Badania wskazują także na istnienie związku między zachowaniem a jakością doświadczeń sensorycznymi. Ważna jest nie tylko ilość stymulacji, ale także jej zmienność. Monotonna stymulacja może w skutkach być równie zła, jak brak stymulacji. Niektóre ośrodki wsparcia długoterminowego dla osób z niepełnosprawnością intelektualną określane są jako „pustynie sensoryczne”, mieszkańcy podejmują niezmiennie od lat aktywności, spędzają czas wolny w sposób schematyczny. Oznacza to, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną i demencją przebywające w ośrodkach wsparcia długoterminowego znajdują się w szczególnie niekorzystnej sytuacji. Każde ograniczenie mobilności i aktywności oraz niewystarczająca ilość bodźców sensorycznych wpływają negatywnie na produkcję nowych komórek mózgowych i rozwój mózgu. Warto więc rozważyć wykorzystanie metod stymulacji sensorycznej jako jednego z możliwych podejść terapeutycznych we wspieraniu osób z niepełnosprawnością intelektualną i demencją.

Aromaterapia

Ponieważ neurony w układzie węchowym są regenerowane przez całe życie, uważa się, że mogą one sprzyjać regeneracji uszkodzonego ośrodkowego układu nerwowego u osób z demencją. Stymulacja węchu odbywa się najczęściej z wykorzystaniem olejków eterycznych, poprzez nanoszenie olejku bezpośrednio na ubrania w pobliżu szyi lub na poduszki i pościel, by chory wdychał zapach podczas snu. Zapach może być rozpylany przy użyciu dyfuzora lub może być wdychanych za pomocą waporizatora. Olejki eteryczne mogą być dodatkiem do masażu i kąpieli. W terapii osób z demencją zaleca się stosowanie olejków eterycznych z lawendy, pomarańczy, cytryny i rozmarynu.

Niektóre badania wskazują, że aromaterapia wpływa na poprawę funkcji poznawczych i zmniejszenie problemowych zachowań u osób z demencją (m.in. zmniejszenie częstotliwości oraz nasilenia pobudzenia i niepokoju, drażliwości i zaburzeń snu). Ponadto aromaterapia może pozytywnie wpływać na samopoczucie poprawiając nastrój. Ciekawym jest związek pomiędzy zmysłem węchu a pamięcią. Zapachy mogą wywołać wspomnienia osobistych doświadczeń z przeszłości oraz pozytywne emocje. Dzieje się tak, gdyż podczas ekspozycji na zapachy aktywizowane są obszary mózgu związane ze wspomnieniami i procesami emocjonalnymi. Wybierając zapachy aktywizujące wspomnienia warto wziąć pod uwagę historię życia osoby z niepełnosprawnością intelektualną, preferowane przez nią zapachy oraz aromaty, które wiążą się z istotnymi życiowymi wydarzeniami – zapach koszonej trawy, świerku, pomarańczy, drożdżowego ciasta, smaru czy benzyny.

Stosowanie stymulacji węchowej jest wygodne, nie wymaga kosztownych inwestycji, prócz zakupu dobrej jakości olejków oraz ich nośników, na przykład dyfuzorów. Ten rodzaj stymulacji nie wymaga także specjalistycznego przygotowania pracowników ośrodków wsparcia długoterminowego. Ważne jest wykluczenie ewentualnych reakcji alergicznych.

Masaż

Masaż obejmuje różne formy dotyku – głaskanie, rozcieranie, ugniatanie, oklepywanie oraz wibrację. Może obejmować różne obszary ciała – plecy, ramiona, dłonie, stopy lub głowę. Może go wykonywać zarówno wykwalifikowany masażysta lub przeszkolony w tym celu pracownik ośrodka wsparcia długoterminowego.

Badania wskazują na po-

zytywny wpływ masażu na redukcję pobudzenia i niepokoju oraz agresji werbalnej i fizycznej wśród osób z demencją. Ponadto dotyk działa dobroczynnie w przypadku obniżenia nastroju, stresu i depresji. Z punktu widzenia fizjologii masaż powoduje relaksację, gdyż dotykowa stymulacja ciała prowadzi do złożonych reakcji neurohumoralnych w osi podwzgórze-przysadka. Skuteczność masażu wiąże się również z połączenia kontaktu fizycznego i społecznego z terapeutą, jakiego doświadcza chory podczas tej formy stymulacji. Stymulację dotykiem można łączyć z aromaterapią i muzykoterapią. Należy jednak pamiętać o ewentualnych zaburzeniach przetwarzania sensorycznego oraz indywidualnych preferencjach dotyczących dotyku i dostosować siłę, rodzaj masażu oraz miejsce stymulacji. Niski koszt stosowania tej metody terapii sprawia, że może być ona atrakcyjna we wspieraniu osób z niepełnosprawnością intelektualną i demencją w ośrodkach wsparcia długoterminowego.

Środowisko multisensoryczne

Środowiska multisensoryczne (MSE, Multi Sensory Environment) określane są również jako pokoje snoezelen lub sale doświadczania świata. Metoda powstała w Holandii w latach 70. XX wieku i początkowo służyła terapii osób z niepełnosprawnością intelektualną. Wykorzystanie snoezelen z pacjentami z demencją jest rozwiązaniem stosowanym od około 10-15 lat. Celowa stymulacja sensoryczna może spowolnić pogarszanie się funkcjonowania układu sensorycznego oraz podtrzymać funkcjonowanie poznawcze, w tym codzienną aktywność osób z demencją.

Środowisko multisensoryczne można opisać jako celowo zaprojektowaną przestrzeń w celu stymulacji wzrokowej, słuchowej, dotykowej, węchowej i smakowej. Specjalnie dobrane wyposażenie tworzy warunki ułatwiające relaksację i odbiór wrażeń zmysłowych. Najczęstszym wyposażeniem pokoi snoezelen są interaktywne elementy oświetleniowe (wiązki światłowodów, projektory, kolumny i panele świetlne), meble wibro-

akustyczne, dyfuzory do aromaterapii, lustrzane kule zawieszane pod sufitem oraz drobne przedmioty dające różnorodne wrażenia dotykowe. Niekiedy terapeuci wzbogacają otoczenie sensoryczne cząstkami żywności o charakterystycznym smaku, zapachu, konsystencji i fakturze - mogą

to być plastry cytryny, kawałki czekolady, pojemniczki z miodem, popcornem czy galaretką. Pokoje snoezelen odbiegają od typowej atmosfery środowiska domowego i ośrodków wsparcia. Uczestnik sesji terapeutycznej jest otulany miłymi wrażeniami sensorycznymi, które tworzą stymulujące, ale bezpieczne i przewidywalne otoczenie. Specyfika metody polega na niedyrektywnym podejściu, czyli podążaniu terapeutów za potrzebami uczestników, którzy są zachęceni do korzystania z wyposażenia sal, jednak nie stawia się im żadnych wymagań. Walor snoezelen polega też na tym, że zaangażowanie się uczestników nie wymaga od nich dobrze funkcjonujących procesów uwagi i pamięci czy też złożonego przetwarzania poznawczego. W badaniach nad wykorzystaniem sal doświadczania świata w terapii osób z demencją odnotowano złagodzenie zachowań nadaktywnych takich jak lęk, pobudzenie lub agresja, przetłumaczenie apatii, zwiększenie motywacji i aktywności. Terapia multisensoryczna wpływa na nastrój osób z demencją, pod względem wzrostu ocen szczęścia, przyjemności i relaksu.

Ponieważ znaczna część osób z demencją korzystających z ośrodków wsparcia długoterminowego wykazuje problematyczne zachowania podczas czynności toaletowych zaprojektowano multisensoryczne środowiska do kąpieli. W pokojach kąpielowych połączono światło, kolor, aromat i dźwięk, aby stworzyć wyjątkową atmosferę. Wykorzystano fotel kąpielowy, projektor ścienny, preferowaną przez mieszkańca ośrodka muzykę, zapach lawendy lub mięty oraz wodoodporne światłowodowy. U osób z zaawansowaną demencją, korzystających z pokoju kąpielowego, zaobserwowano zmniejszenie niepokoju i pobudzenia, fizycznej i słownej agresji, obniżenie smutku i złości.

Prowadzenie symulacji w środowisku multisensorycznym wymaga systematycznych sesji terapeutycznych, by efekty terapii były trwałe. Dostępność tej metody jest ograniczona, gdyż wyposażenie pokoi snoezelen wiąże się z dużym nakładem finansowym.

Terapia wspomnieniami

Propagatorką stosowania terapii wspomnieniami w pracy z osobami z niepełnosprawnością, szczególnie tymi, które zamieszkiwały w domach pomocy społecznej była w latach 80. XX wieku Jolanta Lausch-Żuk. Podczas terapii wspominać można osoby, zdarzenia oraz sytuacje. Istnieje kilka warunków, które należy spełnić, by wspomnianie miało wartość terapeutyczną. Po pierwsze osoba z niepełnosprawnością intelektualną musi posiadać wspomnienia. Dlatego codzienność należy nasączać zdarzeniami wyraźnymi, łatwymi do zapamiętania, istotnymi, niosącymi pozytywny ładunek emocjonalny dla mieszkańców. Po drugie z powodu poziomu funkcjonowania procesów poznawczych

osoby z niepełnosprawnością intelektualną mogą mieć trudność przywoływania wspomnień. By przywołać ślad pamięciowy konieczne jest stosowanie różnorodnych środków wyrazu – filmów, zdjęć, rekwizytów i pamiątkowych przedmiotów, nagrań głosu bliskiej osoby, przedmiotów, które osoba samodzielnie w przeszłości wykonała. Terapia wspomnieniami powinna być prowadzona przez osobę znaczącą dla mieszkańca ośrodka. Zapewni to komfort emocjonalny oraz poczucie bezpieczeństwa. Miejsce terapii powinno wprowadzać w pozytywny nastrój i zapewniać intymność.

Wśród korzyści terapii reminiscencyjnej podkreśla się poprawę zdolności rozumienia i wzmocnienie poczucie własnej wartości. Wiele badań wskazuje na złagodzenie stanów depresyjnych, negatywnych emocji i niepokoju, zmniejszenie poczucia osamotnienia. Udział w terapii wspomnieniami w formie indywidualnej lub grupowej jest okazją do interakcji oraz ekspozycji siebie, jako osoby znaczącej. Przypominanie sobie dobrych momentów z życia, przywoływanie emocji, wspomnianie ważnych wydarzeń i osób istotnie wiąże się z dobrostanem psychicznym.

W niektórych ośrodkach wsparcia długoterminowego stosuje się „pudełka pamięci”. Mieszkaniec posiada zindywidualizowaną skrzynkę z rekwizytami wiążącymi się z jego historią życia i zainteresowaniami. Może to być album ze zdjęciami, tablet z filmami, bibeloty, koszulka lub szalik ulubionej drużyny, części garderoby kojarzone z wykonywanym zawodem lub ważnymi życiowymi wydarzeniami. Z pudełka korzysta terapeuta podczas indywidualnej lub grupowej terapii wspomnieniami, ale może też korzystać mieszkaniec, kiedy chciałby wspominać w samotności. Okazuje się, że pudełka są pomocne podczas odwiedzin krewnych, którzy mogą wykorzystać zawarte w nim przedmioty do prowadzenia rozmowy.

Projektuje się także pokoje wspomnień, w których łączy się stymulację multisensoryczną z terapią reminiscencyjną. W oparciu o indywidualny profil sensorycznych preferencji, w tym upodobania dotyczące muzyki, obrazów, filmów, zapachów oraz osobistych pamiątek z przeszłości takich jak filmy i zdjęcia, tworzy się środowisko zorientowane na wywoływanie pozytywnych emocji oraz poprawę pamięci autobiograficznej.

Zaletą terapii wspomnieniami jest niewielki nakład środków finansowych, możliwość prowadzenia zajęć w formie indywidualnej i grupowej. Ograniczenia metody wiążą się z trudnymi do przewidzenia reakcjami emocjonalnymi. Wspomnienia mogą bowiem wywoływać żal, smutek, tęsknotę, potęgować obawy o przyszłość. Kluczowe w terapii wspomnieniami są umiejętności terapeuty związane z przyjęciem emocji uczestników sesji, wyzwolenia z przykrych i obciążających doznań. Powodzenie terapii zależy także od nastawienia terapeuty - autentycznego zainteresowania życiem osób z niepełnosprawnością.

Multisensoryczne opowieści

Metoda terapii nazywana wielozmysłowymi opowiadaniem (Multi-sensory Storytelling, MSST) opiera się na zwartej narracji, która jest wzbogacona przez użycie odpowiednio dobranych przedmiotów, wybranych ze względu na ich właściwości sensoryczne. Osoby „doświadczające opowiadań” mogą angażować się analizując narrację, odbierając bodźce sensoryczne lub jedno i drugie. Opowiadania multisensoryczne zostały pierwotnie stworzone z myślą o osobach z głęboką niepełnosprawnością. Z czasem wykorzystywano je w terapii osób z innymi niepełnosprawnościami. Obecnie funkcjonuje wiele odmian i rodzajów sensorycznych opowieści. W praktyce stosuje się opowiadania multisensoryczne lub spersonalizowane sensoryczne historie życia. Opowieści mogą przybrać formę kilkustronicowych książek. Na stronie, ze względu na krótki czas skupienia uwagi odbiorcy, zapisane jest jedno lub dwa zdania. Każda strona jest wsparta bodźcem, który zwraca uwagę. Po pokazaniu bodźca na stronie książki jest on prezentowany słuchaczowi w sposób aktywny. Uczestnik zajęć angażuje się manipulując przedmiotem, poznając jego kształt, kolor, strukturę, dźwięk, jaki wydaje. Multisensoryczne opowiadania mogą przybrać formę prezentacji multimedialnych. Wyświetlane na slajdach obrazy wraz z dobraną muzyką wzbogacone są prezentacją przedmiotów, które wywołują wrażenia sensoryczne. Dla przykładu przy opowiadaniu opartym na wspomnianiu pobytu nad morzem można wykorzystać muszle, krem do opalania, piasek, panel świetlny emitujący światło podobne do słonecznego, nagranie szumu fal i odgłosów mew, można degustować lody lub gofry, założyć słomkowy kapelusz i okulary przeciwsłoneczne.

Opowiadania można snuć w pomieszczeniach lub podczas wycieczek i spacerów. W pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną i demencją szczególnie przydatne mogą być indywidualne sensoryczne opowiadania odwołujące się do kluczowych życiowych wydarzeń.

Coraz więcej osób w populacji ogólnej oraz osób z niepełnosprawnością intelektualną cierpi na demencję. Objawy neuropsychiatryczne towarzyszące demencji obniżają jakość życia nie tylko osób chorych, ale także ich bliskich, stanowią poważne wyzwanie dla opiekunów i terapeutów. Skutki uboczne leczenia farmakologicznego powinny zachęcić do rozważenia włączenia w terapię alternatywnych metod. Efekty stosowanych systematycznie metod niefarmakologicznych, zwłaszcza opartych na stymulacji sensorycznej, są obiecujące i zachęcają do systematycznego ich stosowania. Tym bardziej, że wdrażanie wielu przedstawionych rozwiązań nie stanowi istotnego obciążenia finansowego dla ośrodków wsparcia długoterminowego. ●

Dom Pomocy Społecznej na miarę XXI w.

– ROZMOWA
Z MARKIEM GRZEGORZEWSKIM

MAREK GRZEGORZEWSKI // Dyrektor Domu Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku w Poznaniu, na tzw. Strzeszynie

Od początku lat 90., a więc już od 3 dekad trwa w Polsce modernizacja i podniesienie standardów w placówkach DPS. Ze względów finansowych oraz mentalnościowych są to procesy długotrwałe i trudne. Wiele spośród setek DPS-ów prowadzonych przez samorządy umiejscowiona jest w zabytkowych dworach, pałacach, secesyjnych kamienicach, budynkach z lat 50. i 60. Obiekty te przeważnie nie były dedykowane osobom ze specyficznymi potrzebami. Podobnie sytuacja wyglądała z Domem zlokalizowanym od ponad 50 lat przy ul. Bukowskiej w Poznaniu

tj. w czterech secesyjnych kamienicach z przetomu XIX i XX wieku. Dom na Bukowskiej, pomimo że wypełniał obowiązujące dla tego typu placówek standardy to pod względem funkcjonalności, warunków życia i warunków pracy nie spełniał oczekiwań zarówno mieszkańców – seniorów jak i personelu.

Red: *Minął już ponad rok, od kiedy Dom został przeniesiony do nowej lokalizacji na tzw. Strzeszynie w Poznaniu. Niewątpliwie obiekt robi ogromne wrażenie. Wiem, że Pan był pomysłodawcą nowego projektu – zakładam, że wyeliminowanie barier architektonicznych było jednym z kluczowych założeń, ale nie jedynym.*

Marek Grzegorzewski: Faktycznie, projekt nowego obiektu dedykowanego dla mieszkańców DPS przy ul. Bukowskiej zakładał wyeliminowanie wszystkich barier i niedogodności, z którymi borykaliśmy się od wielu lat w obiekcie przy Bukowskiej. W projekt nowego Domu zaangażowanych było więcej osób, nie tylko ja. Poprosiłem o pomoc w opracowaniu pierwszych opisów i projektów funkcjonalnych seniorów i pracowników DPS. Biuro architektoniczne było otwarte na ścisłą współpracę i wszelkie sugestie z naszej strony. Jednym z głównych założeń prac było dostosowanie architektury, przestrzeni i pomieszczeń obiektu oraz zastosowanych technologii do organizacji życia seniorów i pracy personelu, a nie odwrotnie.



Budynek Domu Pomocy Społecznej w Poznaniu ul. Żołnierskiej Wyklętych

Dom został podzielony na siedem, w zasadzie niezależnych od siebie tzw. rodzin, w których zamieszkuje od 12 do 15 seniorów. Każda z rodzin oprócz kilku pokoi mieszkalnych wyposażona jest w przestronny pokój dzienny, jadalnię, aneks kuchenny, łazienkę kąpielową, pomieszczenie do prania i suszenia, stanowisko recepcyjne oraz pomieszczenie gospodarcze, windę oraz niezależne wejście z zewnątrz.

W każdej rodzinie, w ciągu dnia pracuje przynajmniej 1 opiekun, wspomagany przez personel kuchni (dowóz posiłków), pralni (odbiór i dostawa odzieży), pielęgniarki, personel techniczny (usterki, naprawy). Sta-



ramy się, aby jak najwięcej mieszkańców brało udział w aktywnościach poza rodzinami. Dzięki dużej przestrzeni łatwo można używać wózków a nawet przewozić mieszkańców na łózkach np. na taras, na mszę św. lub występy artystyczne.

W celu łatwej orientacji i identyfikacji każda rodzina w nazwie otrzymała swój kolor, który następnie zastosowano jako kolor przewodni np. na poręczach w korytarzach, poręczach w łazienkach, na meblach tapicerowanych, a nawet fototapetach w pokojach dziennych. Takie warunki przestrzenne i organizacyjne pozwalają seniorom zachować poczucie intymności, spokoju i życia w warunkach mątej spoleczności.



Familia pomarańczowa

Red: Ciekawa koncepcja. Personel pielęgniarsko-opiekuńczy przypisany jest do poszczególnych rodzin i jej mieszkańców, czy rotuje między rodzinami?

Marek Grzegorzewski: Personel nie jest przypisany do poszczególnych rodzin. Takie rozwiązanie wymusza ekonomia i rynek pracy, ponieważ brakuje nam opiekunów. Personel musi znać zatem wszystkich mieszkańców, aby móc się zastępować i umieć wykonywać wszystkie czynności bez względu na której rodzinie znajdzie się danego dnia. Wg mnie jednak lepiej byłoby dla seniorów mieć stałych opiekunów.

Red: Rozumiem. Wspominał Pan, że nowy budynek wpływa na komfort życia mieszkańców - pod względem warunków przestrzennych i otoczenia - widząc budynek od środka, wydaje się być to oczywiste. Czy jakość sprawowanej opieki również się zmieniła?

Marek Grzegorzewski: Na pewno personel ma dużo większe możliwości. W dużych pokojach może wreszcie używać sprzętu rehabilitacyjnego i pomocniczego. Przy każdym pokoju znajduje się indywidualna łazienka bez barier i ze specjalnymi poręczami pomocnymi przy korzystaniu z natrysku, ubikacji czy umywalki – to są bardzo ważne elementy ułatwiające sprawowanie opieki. Ale myślę, że zaszyły pewne zmiany mentalne – w nas samych. Bariery architektoniczne usprawniły brak aktywizacji mieszkańców, osoby leżące większość czasu spędzali w swoich pokojach. W tej



Łazienka przy pokoju w rodzinie pomarańczowej

chwili szerokie drzwi do pokoi oraz na tarasy pozwalają na łatwy dostęp osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich, a nawet transport osób stale leżących na łózkach rehabilitacyjnych. Teraz każdy mieszkaniec może przebywać na świeżym powietrzu (każdy pokój na parterze posiada taras, na piętrze – loggię), brać udział w zajęciach i życiu społeczności – i to jest kluczowe, szansa na dobre, godne życie w społeczności.

Red: A propos życia społeczności, teraz znajdujemy się w centralnej części budynku.

Marek Grzegorzewski: Nazywamy ją "rynkiem", do którego "schodzą się" wszystkie rodziny. Tutaj toczy się życie towarzyskie i instytucjonalne. Odbywają się tu występy sceniczne artystów, zabawy taneczne. Mieszają się tu pracownicy administracji z personelem opiekuńczym, mieszkańcy z gośćmi, z odwiedzającymi, tu widać dyżurujące pielęgniarki i wizytujących seniorów lekarzy. Kto chce może uczestniczyć w życiu publicznym na rynku, kto nie – może pozostać w zaciszu rodziny.

Red: Mieszkańcy mają też dostęp do kilku pracowni terapii zajęciowej, z których najchętniej korzystają? A które niespecjalnie się sprawdzają?

Marek Grzegorzewski: W każdej pracowni spotkamy zarówno osoby bardziej sprawne jak i te z racji wieku w gorszej kondycji fizycznej i intelektualnej. Do udziału w zajęciach zachęcamy wszystkich i staramy się indywidualnie dostosować je do możliwości uczestników. Bardzo popularne wśród mieszkańców są zajęcia



kulinarne. Dużym zainteresowaniem cieszą się także wszelkie zajęcia manualne. Organizujemy też „na rynku” bardziej wspólnotowe zajęcia muzykoterapii, zajęcia psychoedukacyjne, gimnastykę. W naszym Domu znalazło się też miejsce dla zwierzątek: żółw, gekon, papużki, królik i ... czarny kot na szczęście:) Dopetnieniem, ale i większym obowiązkiem byłby pies dlatego na razie muszą wystarczyć nam okazjonalne spotkania z labradorami w ramach dogoterapii.

Red: Jak Pan myśli, z perspektywy mieszkańców, co jest największą wartością Domu?

Marek Grzegorzewski: Dom wyposażony jest w szereg nowoczesnych instalacji, systemów technicznych i udogodnień, których nie sposób tu wymienić, a które dają poczucie bezpieczeństwa i komfortu. Jednak to, co najbardziej podoba się seniorom oraz osobom odwiedzającym nasz nowy Dom to przestrzeń, dobrze doświetlone pokoje, szerokie korytarze, pracownie terapii zajęciowej oraz przede wszystkim spokój i intymność w rodzinach. Ponadto zawsze podkreślam, że z perspektywy seniora zawsze największą wartością jest drugi człowiek poświęcający mu uwagę.

Red: Ma Pan to szczęście pracować w fantastycznych warunkach, wielu z Pana kolegów i koleżanek wciąż boryka się z barierami architektonicznymi (i nie tylko) - czy jednak są rozwiązania, które mógłby Pan polecić do wdrożenia w ich placówkach? Elementy organizacyjne, które na Strzeszynie się sprawdziły (a z perspektywy czasu wiecie, że można je było próbować wprowadzić jeszcze na Bukowskiej)?

Marek Grzegorzewski: Podział mieszkańców na mniejsze grupy mieszkalne. Można to zrobić wszędzie. U nas nazywamy je rodzinami, ale mogą to być grupy, zespoły itp. Warunkiem jest to, żeby liczyły nie więcej niż kilkanaście osób. I żaden to mój wynalazek, ponieważ w wielu DPS-ach tak właśnie jest organizowane życie codzienne, w wielu jednak nie. Opiekun i pozostali pracownicy przypisani do obsługi danej (mniej licznej) grupy podopiecznych łatwiej przyswoi zakres czynności oraz co najważniejsze – odpowiedzialności.

Red: Bardzo dziękuję za spotkanie i rozmowę, zarządza Pan jedną z nowoczesniejszych tego typu placówek w Polsce, czego jeszcze mógłby Pan życzyć :)?

Marek Grzegorzewski: Dobrych ludzi wokół siebie, współpracowników z kadry zarządzającej, pracowników obsługi, ale przede wszystkim – stanowiących trzon każdego DPS - opiekunów, terapeutów i pielęgniarek. Technologie, infrastruktura, wnętrza i wyposażenie są bardzo ważne, ale i tak wszystko zależy od ludzi. ●

Foto: Monika Pawlak

seni[®]

Cokolwiek robisz, poczuj się
PEWNIENIE!



**Produkt
dofinansowany
przez NFZ**

**Wkładki i bielizna chłonna
na nietrzymanie moczu
Seni dla mężczyzn. *Pewnie!***

Więcej na SeniMan.pl

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