

Forum Opieki Długoterminowej

ISSN 1643-1308 nakład 3000 egz.

medi



kwartalnik nr 3 (84) wrzesień 2020

**COVID-19,
a prawa
mieszkańców**

**Niepodjęte
depozyty
mieszkańców DPS**

**Forum
- koronawirus
z perspektywy
instytucji**



Razem z mamą wybrałyśmy Seni Active

Majtki chłonne dla osób ze średnim
i ciężkim nietrzymaniem moczu



seni®

wspiera w opiece



- Z systemem kontroli zapachu
- Odpowiednie dla osób, które odmawiają noszenia pieluchomajtek (np. osoby z demencją)
- Dostępne w trzech poziomach chłonności i rozmiarach od S do XXL

Zamów
BEZPŁATNĄ PRÓBKĘ
na: seni.pl

Dostępne w refundacji

Forum Opieki Długoterminowej
medi
WRZESIEŃ // 2020

Szanowni Państwo!

W bieżącym wydaniu Medi koncentrujemy się na wyzwaniach, przed jakimi stoją instytucje opieki długoterminowej, podyktowane sytuacją epidemiologiczną w kraju i na świecie.

Jednym z głównych zagadnień jest kwestia praw mieszkańców w czasach pandemii. Mariusz Sajak w artykule „COVID-19, a prawa mieszkańców” przyjrzał się aktualnym dylematom kadry zarządzającej placówek opieki całodobowej. O komentarz w tej sprawie poprosiliśmy również Przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur.

Na łamach naszego kwartalnika, zapraszamy Państwa do wyrażania swoich spostrzeżeń. W dziale „Forum – koronawirus z perspektywy instytucji” zamieściliśmy wypowiedzi tych, którzy chcieli się z Państwem podzielić swoimi opiniami na temat bieżącego funkcjonowania instytucji OD oraz wyzwań jakie niesie za sobą sytuacja epidemiologiczna, zarówno dla personelu jak i podopiecznych placówek.

W obszarze zagadnień związanych z koronawirusem w opiece długoterminowej znalazła się również kwestia postrzegania i zmiany ról kadry medycznej. Zapraszamy do przeczytania artykułu psycholog Anny Orłowskiej, która naświetli problem z perspektywy medyków. Odchodząc od tematyki związanej z koronawirusem, w naszym stałym dziale prawnym, zamieszczamy komentarz praktyczny Michała Bochenka na temat niepodjętych depozytów mieszkańców DPS.

Przyjrzymy się również głównym zasadom efektywnego planowania aktywności osób z demencją.

Szanowni Państwo, wszyscy jesteśmy świadomi, że funkcjonowanie instytucji opieki długoterminowej determinowane jest sytuacją epidemiologiczną. Jesteśmy otwarci na spostrzeżenia, rozwiązania, jakie udało się Państwu wdrożyć – zapraszamy do kontaktu i podzielenia się nimi na łamach Medi.

Życzymy udanej lektury,
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

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

PRENUMERATA:
Formularz prenumeraty
znajduje się na stronie
www.razemzmieniamyswiat.pl
w zakładce PROJEKTY – MEDI

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

● COVID-19 vs prawa mieszkańców

5 COVID-19, a prawa mieszkańców. Aktualne dylematy kierowników placówek opieki całodobowej
Mariusz Sajak

12 Prawa mieszkańca DPSu w czasach pandemii. Spotkanie z Przedstawicielami KMPT
Marcin Kusy, Justyna Zarecka

● FORUM – koronowirus z perspektywy instytucji

14 Pandemia Covid-19 w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym na przykładzie ZOL Krynka i Oleśnica
Dorota Fajnas

17 Funkcjonowanie instytucji w czasie zagrożenia epidemicznego – DPS w Popkowicach
Katarzyna Kępa, Katarzyna Padzińska

22 Wyzwania personelu zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w czasach epidemii
Barbara Mirostów

● Psychologia

24 Ostatnie chwile życia spędzone z „ochroną zdrowia”, czyli kim są i jak są postrzegani medycy w czasie COVID 19
Anna Orłowska

● Prawo

29 Niepodjęte depozyty mieszkańców DPS. Komentarz praktyczny
Michał Bochenek

● Zajęcia terapeutyczne

36 Efektywne planowanie aktywności osób z chorobami otępiennymi
Marzena Wójcicka, dr Joanna Szczuka

● Prawidłowa higiena

41 Lekkie nietrzymanie moczu – to też problem!
Leszek Guga

COVID-19, a prawa mieszkańców

AKTUALNE DYLEMATY KIEROWNIKÓW PLACÓWEK OPIEKI CAŁODOBOWEJ

MARIUSZ SAJAK //

Prezes Stowarzyszenia Organizatorów i Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia Region Małopolski, Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Bobrku (województwo małopolskie, powiat oświęcimski)

Rok 2020 postawił wszystkie osoby kierujące placówkami opieki długoterminowej w szczególnie trudnej sytuacji. Zagrożenie epidemiologiczne, oprócz nowych wyzwań, przyniosło też poważne dylematy. Na jednej szali bezpieczeństwo podopiecznych, na drugiej ich fundamentalne prawa obywatelskie.

Placówki opieki całodobowej, już same w sobie, nawet w warunkach normalnego funkcjonowania noszą znamiona instytucji totalnej. Erving Goffman definiował instytucję totalną jako miejsce pobytu i pracy znacznej liczby osób znajdujących się w podobnej sytuacji, odciętych na jakiś czas od reszty społeczeństwa i prowadzących sformalizowany tryb życia.

Jakby tego było mało, od pierwszych dni marca bieżącego roku, mieszkańcy większości domów pomocy społecznej i domów opieki w odpowiedzi na rekomendacje i wytyczne służb sanitarnych, ministerstw i wojewodów zostali „pozbawieni wolności”. Przynajmniej w myśl Organizacji Narodów Zjednoczonych. Konwencja w sprawie Zakazu Stosowania Tortur oraz Innego Okrutnego, Nieludzkiego

lub Poniżającego Traktowania albo Karania (OPCAT) – ratyfikowana przez Polskę w 2005 r. przez pozbawienie wolności rozumie bowiem – każdą formę zatrzymania lub uwięzienia w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie można opuszczać na mocy polecenia jakiejkolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej.

Mieszkańcy całodobowych placówek opiekuńczych i zakładów opiekuńczo leczniczych znajdują się w szczególnej grupie ryzyka zakażeniem SARS-CoV-2. Charakteryzuje ich najczęściej bardzo obniżona odporność. Oprócz niepełnosprawności, czy podeszłego wieku, cierpią na szereg tzw. chorób współistniejących. W przypadku profilów psychiatrycznych układ immunologiczny niejednokrotnie osłabiony jest ubocznymi skutkami leczenia środkami psychotropowymi.

W dniu 4 marca 2020 r. w Polsce zdiagnozowany został „pacjent zero” – pierwsze oficjalne zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Znając doświadczenia krajów wcześniej dotkniętych epidemią, takich jak Włochy, Hiszpania, Francja, Belgia, nie dziwi fakt, że polskie służby zdecydowały się na wprowadzenie szeregu dodatkowych obostrzeń w opiece długoterminowej. Organem prowadzącym nadzór nad realizacją zadań samorządów, w tym nad jakością działalności jednostek organizacyjnych pomocy społecznej jest wojewoda (art. 22 ust. 8 ustawy o pomocy społecznej). Nadzór i kontrola wojewody obejmuje również podmioty prowadzące działalność gospodarczą w zakresie całodobowych usług opiekuńczych. Dlatego też wojewodowie, na podstawie wytycznych ministerstw (MRPiPS, MZ, MSWiA) oraz głównego i wojewódzkich inspektorów sanitarnych, przekazują samorządom i innym organom prowadzącym placówki opiekuńcze szereg poleceń, zaleceń, rekomendacji w zakresie przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19.

Obostrzenia zostawały wprowadzane stopniowo. Wojewoda Małopolski zareagował szybko. Już 6 marca 2020 r., a więc dwa dni po odnotowaniu pierwszego przypadku zakażenia SARS-CoV-2, zostało rozesłane do organów prowadzących domy pomocy społecznej pismo, sugerujące rozważenie możliwości

wprowadzenia ograniczeń odwiedzin i spotkań integracyjnych.

12 marca 2020 r. pojawiły się pierwsze wytyczne (w niektórych województwach wydane na podstawie art. 11 ust. 1 tzw. ustawy covidowej w formie polecenia) nakazujące kierownikom jednostek organizacyjnych pomocy społecznej informowanie mieszkańców o konieczności ograniczenia aktywności poza terenem placówki i ryzyku jakie niesie ze sobą nieprzestrzeganie zasad dotyczących zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa.

Co istotne, w przypadku województwa małopolskiego, wytyczna dot. informowania mieszkańców o konieczności ograniczenia aktywności poza terenem placówki została wydana w dniu 12 marca w formie polecenia, natomiast zakaz odwiedzin i wyjść mieszkańców poza teren DPS rekomendowano równocześnie, ale już w formie zalecenia.

13 marca 2020 r. Ministerstwo przygotowało Instrukcję dotyczącą wsparcia osób przebywających w domach pomocy społecznej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, która następnie została rozesłana przez wojewodów do stosownych organów.



Instrukcja wprowadza m.in. uniemożliwienie wstępu na teren obiektów DPS osobom, których obecność nie jest konieczna do zapewnienia ciągłości działalności. Tym samym uniemożliwia de facto odbywanie odwiedzin mieszkańców przez opiekunów prawnych i bliskich. Innym zaleceniem Instrukcji naruszającym swobodę mieszkańców jest organizowanie w sposób szczególny życia zbiorowego osób przebywających w placówkach, poprzez ograniczenie wzajemnego kontaktu oraz unikanie spotkań grupowych. Zapewne podczas opracowania Instrukcji ministerstwo opierało się na zaleceniach z dnia 10 kwietnia 2020 r. Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych. Prof. Andrzej Horban wskazał wprowadzenie zakazu odwiedzin, jako jedno z siedmiu zaleceń dla DPS-ów i podobnych placówek opiekuńczych. Brak natomiast w Instrukcji odniesienia do ograniczeń w opuszczaniu przez mieszkańców terenu placówek. Od tego czasu domy pomocy społecznej otrzymywały szereg kolejnych wytycznych związanych z działaniami w przypadku stwierdzenia zakażenia, trudnościami kadrowymi, zapewnieniem ciągłości świadczonych usług, zapewnieniem opieki medycznej, przyjmowania nowych mieszkańców, etc. Jednak szczególnie kontrowersyjne stały się te, ograniczające wprost prawa mieszkańców, jak zakaz samodzielnego opuszczania terenu placówki oraz wprowadzenie zakazu odwiedzin. Miały one oczywisty wpływ na obniżenie standardu świadczonych przez te placówki usług. Mniej dotkliwe i przyjęte ze zrozumieniem, okazały się działania wprowadzające reżim higieniczno-sanitarny, pomiary temperatur, szczególne wytyczne w zakresie używania przez pracowników i pensjonariuszy środków ochrony.

U osób kierujących placówkami opiekuńczymi pojawił się problem z odpowiednim zinterpretowaniem charakteru wytycznych w sprawie zapobiegania rozprzestrzeniania się koronawirusa. Można je podzielić na „wytyczne twarde” (polecenia, instrukcje), które należy wprowadzić bezwzględnie i „wytyczne miękkie” (zalecenia, rekomendacje).

Polecenie to wypowiedź nakazująca komuś wykonanie jakiejś czynności. „Polecenie covidowe” wydawane jest w formie decyzji admini-

stracyjnej. Za rekomendację, zwykto się natomiast uważać formę wyspecjalizowanej porady eksperckiej.

Czy zatem w każdym przypadku stosować się do zaleceń i rekomendacji? Poszukując odpowiedzi na to pytanie, z jednej strony nasuwa się na myśl formułka, często powtarzana w korespondencji z organami zwierzchnimi i nadzorującymi: „każdy z dyrektorów domów pomocy społecznej odpowiada za zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańcom kierowanej placówki. Dyrektorzy są osobami najbardziej zorientowanymi w sytuacji aktualnie panującej w kierowanej placówce i to oni podejmują decyzje dotyczące działania placówki”. Z drugiej strony znane są już przypadki zakażonych placówek opiekuńczych, do których wkracza prokuratura, celem zbadania, czy wszystkie procedury zostały zachowane i czy kierownicy nie narazili zdrowia i życia pensjonariuszy.

Nic też dziwnego, że kierownicy zdecydowanej większości domów pomocy społecznej na terenie kraju, mając świadomość ograniczania praw mieszkańców, w porozumieniu z organami prowadzącymi i właściwymi miejscowo państwowymi powiatowymi inspektorami sanitarnymi, bądź na własną rękę, wydawali wewnętrzne akty prawne wprowadzające reżim bezwzględnego zakazu odwiedzin i opuszczania terenu placówek.

Tymczasem, z miesiąca na miesiąc, rośnie niezadowolony i niezadowolony mieszkańców oraz pensjonariuszy placówek opiekuńczych. Do kierowników jednostek, organów prowadzących i nadzorujących jednostki opieki długoterminowej oraz Rzecznika Praw Obywatelskich zgłaszanych jest coraz więcej skarg i zażaleń. Interwenują mieszkańcy placówek, ale również ich opiekunowie prawni i członkowie rodzin. Problem restrykcji w placówkach opiekuńczych zostaje poruszony w licznych artykułach prasowych. Ze strony mieszkańców DPS-ów padają poważne zarzuty. „Pozbawiono nas praw obywatelskich – mówi przewodnicząca rady mieszkańców w tódzkim DPS”; „Siedzimy jak zwierzęta w klatkach, a ludzie jeżdżą na wakacje, bawią się na weselach, żyją” (Agnieszka Urazińska, Nie chcemy tak żyć, Gazeta Wyborcza 23.07.2020 r.). „W miarę upływu czasu to coraz bardziej uciążliwe. Ja jeszcze mam co

robić, ale niektórym szajba odbija”, „Czym to się różni od więzienia, niczym! (...) Nawet zabezpieczyli teren DPS-u taśmą, żeby prześwietów w płocie nie było” – wypowiadają się mieszkańcy jednego z krakowskich domów (Maria Mazurek, Mieszkańcy DPS: Od trzech miesięcy jesteśmy tu zamknięci. To jak więzienie, Gazeta Krakowska 12.06.2020 r.). „Mamy swoje sprawy do załatwienia w mieście, a ciągle nie chcą nas wypuścić poza mury domu (...) Mężczyzna interweniował, jak mówi, już wszędzie. Dzwonił do Sanepidu, rozmawiał z Rzecznikiem Praw Obywatelskich, pisał do Ministerstwa Zdrowia i do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. – Wszyscy odsyłają nas do dyrektorki domu. A ta uparcie nie zgadza się na to, żebyśmy wyszli poza dom” – relacjonuje mieszkaniak DPS w Gorzowie Wielkopolskim (Anna Rimke, Mieszkańcy domu pomocy skarżą się, że są „uwięzieni” już od trzech miesięcy, Gazeta Lubuska 12.06.2020 r.).

Coraz częściej podkreśla się łamanie podstawowych praw mieszkańców, zwłaszcza w zakresie ograniczania wyjść i odwiedzin. Społeczeństwo już dawno „wyszło z kwarantanny”. Obywatele ruszyli tłumnie uprawiać rekreację na wolnym powietrzu, odwiedzają restauracje i galerie handlowe, wyjeżdżają do ośrodków wypoczynkowych. Mieszkańcy domów opieki społecznej pozostają nadal „zamknięci” w placówkach, bez możliwości odwiedzin przez bliskich. Czyżby mieli inne prawa niż pozostali obywatele?

Zarówno Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, jak również ratyfikowana przez Polskę – Powszechna Deklaracja Praw Człowieka ONZ i Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej kładą szczególny nacisk na poszanowanie równości wobec praw i wolności.

Konstytucja – „Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne” (Art. 32 ust. 1).

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka ONZ – „Wszyscy ludzie rodzą się wolni i równi pod względem swej godności i swych praw. Są oni obdarzeni rozumem i sumieniem i powinni postępować wobec innych w duchu braterstwa” (Art. 1).

Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej – [Prawa osób w podeszłym wieku] „Unia uznaje i szanuje prawo osób w podeszłym wieku do godnego i niezależnego życia oraz do uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym” (Art. 25); [Integracja osób niepełnosprawnych] „Unia uznaje i szanuje prawo osób niepełnosprawnych do korzystania ze środków mających zapewnić im samodzielność, integrację społeczną i zawodową oraz udział w życiu społeczności” (Art. 26).

Można śmiało stwierdzić, że w związku z zagrożeniem epidemiologicznym, w imię ochrony osób najstarszych i najbardziej podatnych na negatywne skutki zakażenia wirusem SARS-CoV-2, prawa obywatelskie klientów instytucjonalnej opieki długoterminowej zostały zawieszane, a przynajmniej w znacznym stopniu ograniczone. Należy wspomnieć, że ratyfikowana przez Polskę w 2005 r. Konwencja w sprawie Zakazu Stosowania Tortur oraz Innego Okrutnego, Nieludzkiego lub Poniżającego Traktowania albo Karania – za pozbawienie wolności uznaje jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie można opuszczać, na mocy polecenia jakiejkolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej.

Kierownicy placówek opiekuńczych, pełni wiary w możliwość szybkiego uporania się z epidemią, zgodnie z rekomendacjami służb państwowych, narzucili ścisły reżim sanitarny, sankcjonując niejako ograniczenie praw mieszkańców własnymi procedurami i instrukcjami. Tymczasem wirus nie odpuszcza. Stan obowiązywania zaostrzonych procedur w placówkach przedłużył się do kilku miesięcy. Mieszkańcy i ich rodziny, jak również personel domów opieki, stają się coraz bardziej zniecierpliwieni takim stanem rzeczy. Osoby zarządzające tymi placówkami stoją przed poważnymi dylematami – łamanie praw podopiecznych vs ich bezpieczeństwo. Z jednej strony znane są trudne doświadczenia tych jednostek na terenie kraju w których doszło do zakażenia, z drugiej strony wydawać się może, że udało się uniknąć najgorszego scenariusza znanego z krajów

zachodnich (duża ilość zakażonych domów opieki, ogromna śmiertelność wśród pensjonariuszy, niewydolne i przepiętne szpitale zakaźne, selekcja pacjentów w zakresie korzystania z respiratorów).

Po około trzech miesiącach od wprowadzenia bezwzględnie rygoru sanitarnego związanego z epidemią choroby COVID-19, polegającego na zakazie wyjść i odwiedzin mieszkańców placówek opiekuńczych, pojawiają się pierwsze sygnały na temat konieczności łagodzenia tych ograniczeń.

Prekursorem „luzowania” obostrzeń na swoim terenie okazał się Wojewoda Mazowiecki.

W dniu 5 czerwca 2020 r. Konstanty Radziwiłł wydał polecenie organom prowadzącym, aby podjęli działania w kierunku umożliwienia mieszkańcom domów pomocy społecznej aktywności poza terenem placówki oraz możliwości bezpośredniego kontaktu z rodzinami i opiekunami lub innymi osobami.

Wojewoda wskazał równocześnie jakiego rodzaju rygor sanitarny powinien zostać zachowany w trakcie opuszczania placówki przez mieszkańców oraz w trakcie odwiedzin. Kolejni wojewodowie stopniowo dają zielone światło do łagodzenia ograniczeń w DPS. W tym zakresie, stanowiska jednak są różne. Przykładowo, w województwie kujawsko-pomorskim, Wojewoda, przy współpracy z Państwowym Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym w Bydgoszczy, opracował zasady dotyczące opuszczania domów pomocy społecznej przez mieszkańców oraz przyjmowania w ww. jednostkach osób odwiedzających, które przekazał do DPS-ów funkcjonujących na terenie województwa. Tak więc, podobnie jak w mazowieckim jednolite zasady zostały opra-

cowane dla całego województwa. W innych, jak np. pomorskie, małopolskie, lubelskie, podkarpackie dopuszcza się łagodzenie obostrzeń, sugerując jednocześnie, aby dokonywać tego w uzgodnieniu z właściwymi miejscowo państwowymi powiatowymi inspektorami sanitarnymi. Ci zaś, po dokonaniu oceny ryzyka wynikającego z sytuacji epidemiologicznej na danym terenie, podejmą stosowne decyzje dotyczące utrzymania lub zniesienia ograniczeń. Jednak pozostają nadal województwa, np. śląskie i lubuskie, które nie wykonały żadnych ruchów w kierunku luzowania wcześniej wydanych zaleceń (stan na 21.07.2020 r.).

Organy prowadzące domy pomocy społecznej na terenie województwa małopolskiego otrzymały w dniu 24 czerwca 2020 r. pismo Wojewody, które przewiduje możliwość łagodzenia obostrzeń w tych placówkach, w zależności jednak od aktualnego zagrożenia epidemiologicznego w poszczegól-

nych powiatach i miastach na prawach powiatu. Organ prowadzący powinien podjąć decyzję w tym zakresie w porozumieniu z kierownikami konkretnych domów pomocy społecznej i w uzgodnieniu z państwowym powiatowym inspektorem sanitarnym.

Jako zagorzały orędownik „luzowania” obostrzeń w zakresie wyjść poza teren i odwiedzin mieszkańców DPS, przyjąłem tę informację z satysfakcją. W dniu 8 lipca 2020 r. wprowadziłem procedurę określającą zasady odwiedzin mieszkańców oraz ich wyjść i wyjazdów poza teren placówki, która wcześniej została uzgodniona z oświęcimskim powiatowym inspektorem sanitarnym i ostatecznie zatwierdzona przez Starostę. Uważam, że taka formuła jest korzystna dla dyrektorów

Można śmiało stwierdzić, że w związku z zagrożeniem epidemiologicznym, w imię ochrony osób najsłabszych i najbardziej podatnych na negatywne skutki zakażenia wirusem SARS-CoV-2, prawa obywatelskie klientów instytucjonalnej opieki długoterminowej zostały zawieszane, a przynajmniej w znacznym stopniu ograniczone.

DPS-ów. Do tej pory cały ciężar decyzyjny w zakresie wprowadzania i ewentualnego łagodzenia obostrzeń spoczywał na nich samych. W DPS w Bobrku zaczęły funkcjonować nowe zasady zapobiegania i przeciwdziałania zakażeniu. Tymczasem sytuacja epidemiologiczna zmienia się jak w kalejdoskopie. Odnotowuje się gwałtowny wzrost zachorowań w Polsce. Powstają nowe ogniska zakażeń, również w placówkach opiekuńczych. Prym wiodą województwa śląskie i małopolskie. Taka sytuacja zmusiła mnie do zawieszenia z dniem 31 lipca 2020 r. „procedury luzującej”. Uznałem, że skoro kierowany przeze mnie dom pomocy społecznej znajduje się na terenie zwiększonego ryzyka zakażeń, to należy powrócić do wcześniejszego reżimu. Moje obawy zostały potwierdzone rozporządzeniem RM z dnia 7 sierpnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, które zalicza powiat oświęcimski do tzw. „obszaru żółtego”, w którym ze względu na duży przyrost zachorowań na COVID-19 wprowadzone zostały dodatkowe obostrzenia. Nowa procedura funkcjonowała raptem trzy tygodnie. Na jak długo zostanie zawieszona? Trudno powiedzieć. Aktualizacja powiatów pod kątem zagrożenia ma następować na bieżąco.

W przeciwieństwie do ogólnych zasad organizacji życia i pracy w domach pomocy społecznej, co do których dyrektorzy tych placówek często dzielą się między sobą własnymi uwagami, wskazówkami, rekomendacjami, w przypadku działań profilaktyki koronawirusowej nie da się wypracować uniwersalnej praktyki. Wprowadzając dodatkowe obostrzenia lub podejmując decyzję o ich łagodzeniu, należy wziąć pod uwagę wiele determinantów. Należy do nich z pewnością aktualna sytuacja epidemiologiczna na obszarze funkcjonowania jednostki, ale również profil domu, rodzaj niepełnosprawności i dysfunkcji osób w niej przebywających oraz możliwości organizacyjne, kadrowe i lokalowe tej jednostki.

Moim zdaniem, o ile jest to możliwe, kierownicy placówek opieki długoterminowej powinni czynić starania w kierunku łagodzenia ograniczeń. Starajmy się w tych trudnych czasach chronić nie tylko zdrowie i życie mieszkań-

ców naszych placówek, ale również ich prawa. Zwłaszcza, że zdania autorytetów w dziedzinie chorób zakaźnych na temat przyszłości wirusa SARS-CoV-2 są podzielone. Część uważa, że w końcu wygaśnie, a inni, że pozostanie z nami na zawsze.



Prawa mieszkańca DPSu w czasach pandemii

SPOTKANIE Z PRZEDSTAWICIELAMI KMPT

MARCIN KUSY, JUSTYNA ZARECKA // Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

Spotkania z Państwem podczas konferencji i szkoleń były stałym elementem działalności Fundacji TZMO Razem Zmieniamy Świat i marki Seni. Niestety, w tym roku takiej możliwości nie mamy. Aby wypełnić tę lukę zapraszamy Państwa na cykliczne spotkania on-line w ramach Forum Wiedzy Opieki Długoterminowej, dostępne na www.razemzmieniamyswiat.pl. Podczas ostatniego webinarium, o komentarz na temat praw mieszkańca DPSu w czasach pandemii, poprosiliśmy przedstawicieli KMPT – poniżej prezentujemy odpowiedzi na pytania uczestników spotkania.

Jaka jest podstawa prawna utrzymania obostrzeń związanych z CoVID-19 w Domach Pomocy Społecznej?

KMPT: Tą podstawą jest, wciąż obowiązujący, artykuł 11 tzw. ustawy o COVIDzie, który przyznaje wojewodom prawo do wydawania zaleceń w zakresie domów pomocy społecznej. Jest to decyzja administracyjna. Ustawa pozwala również na to, żeby takie zalecenia były wydane przez telefon lub inny środek komunikacji elektronicznej, o ile zostanie później z niej sporządzony protokół. Odpowiedzialność za utrzymanie obostrzeń spoczywa na wojewodach, a wojewodowie często pozostawiają

te kwestie dyrektorom do decyzji własnej lub w porozumieniu z lokalnym sanepidem.

Czy w obecnej sytuacji dozwolone jest izolowanie mieszkańców powracających z dłuższej nieobecności w domu pomocy społecznej, na przykład urlopu, lub pobytu w szpitalu? Czy tego typu działania mogą być stosowane domyślnie, względem wszystkich powracających osób?

KMPT: Wszelkie obostrzenia muszą być proporcjonalne, muszą być zasadne. Nie można ich, przynajmniej w naszym rozumieniu stosować do wszystkich mieszkańców. Tak jak pokazują odpowiedzi, które otrzymujemy z województw

na temat zdejmowania obostrzeń – wszystko zależy od sytuacji epidemicznej w danym powiecie. Jeżeli dyrektor wie gdzie przebywał dany mieszkaniec w czasie, kiedy pozostawał poza domem pomocy społecznej i był w czasie tego pobytu zaopatrzone we wszelkie środki niezbędne do ochrony – po powrocie nie powinien on być poddawany kwarantannie. Powinien poddać się samoobserwacji. Polega ona na zwracaniu uwagi na to jaką mieszkaniec ma temperaturę, czy ma kaszel lub inne objawy. Krajowy Mechanizm Prewencji, podczas tej trzymiesięcznej izolacji prowadził zdalne wizytacje w zakładach karnych, aresztach śledczych i młodzieżowych ośrodkach wychowawczych. Nawet te miejsca, które wydają się być najbardziej zamknięte, stopniowo, zaczynają się otwierać. Ministerstwo Edukacji wydało zalecenie, które znosi obowiązkową izolację podczas przyjęcia do ośrodków wychowawczych. Przy przyjęciu do placówki wystarczy zrobić ankietę, na temat zdrowia: gdzie przebywała ta osoba, z kim miała styczność, czy miała szansę zarażać się od innych osób, zmierzania temperatury, sprawdzenia jak się czuje ta osoba, czy ma jakieś objawy i tylko w przypadkach gdzie zachodzi podejrzenie że osoba miała kontakt z kimś chorym taka izolacja jest wskazana. Mamy sygnały z niektórych województw, że mieszkańcy po powrocie z urlopu, czy też ze szpitala są testowani. W niektórych województwach robione również były testy przesiewowe. Jeżeli samorządy miały środki na tego typu działania, być może warto podjąć próbę porozumienia się z władzami w celu przeznaczenia części tych środków na testy dla mieszkańców po-

wracających do DPS. Jedna osoba w placówce gdzie znajdują się osoby z grupy ryzyka stanowi ogromne zagrożenie, ale trzeba wyczuć balans pomiędzy zapewnieniem bezpieczeństwa a proporcjonalnością stosowanych rozwiązań. **Czy ankieta, w przypadku kiedy mieszkaniec jest jednak chory, jest dowodem na to, że DPS dopełnił swoich obowiązków w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa pozostałym mieszkańcom?**

KMPT: To taki sam przypadek, jak historia, która ostatnio pojawiła się w mediach; rodzina wyjechała do hotelu i w ankiecie skłamała na temat swojej sytuacji. W takim przypadku osoby odpowiadające na pytania biorą na siebie odpowiedzialność, za zatajenie jakichkolwiek informacji. **Co w sytuacji gdy mieszkaniec nie chce poddać się testowi na obecność koronawirusa?**

KMPT: To zależy czy jest to test wyrwykowy czy też przeprowadzenie tego testu jest zaleceniem Sanepidu. W tym drugim przypadku taka osoba musi poddać się testowi pod karą wyznaczoną przez Sanepid.

Czy można uzależnić powrót osoby do domu pomocy społecznej od wcześniejszego poddania się testowi na obecność koronawirusa?

KMPT: To pytanie do wojewodów. Z tych odpowiedzi, które otrzymuje Krajowy Mechanizm Prewencji wynika, że decyzje w tym zakresie są różne. Województwa takie jak Mazowieckie, czy Opolskie jak najbardziej umożliwiają urlopowanie tych osób. W województwie Lubuskim jest tak, że mieszkańcy po powrocie z urlopu przebywają na kwarantannie i mają wykonane testy, za które nie płaci mieszkaniec. ●



Szanowni Państwo, wszystkie informacje o nowych webinarium, a także możliwość obejrzenia poprzednich – znajdą Państwo na stronie Fundacji: www.razemzmieniamyswiat.pl

Organizator:



Razem Zmieniamy Świat

Partner:



Pandemia Covid-19

W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM NA PRZYKŁADZIE ZOL KRYNKI I OLEŚNICA

DOROTA FAJNAS // *Mgr pielęgniarstwa – kierownik ZOL Krynka i Oleśnica*

Kiedy pojawiły się doniesienia o pierwszych wykrytych przypadkach koronawirusa w Polsce, na początku nikt z nas pracujących w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym nie rozumiał co to dokładnie dla nas znaczy. Wszyscy byliśmy tak samo przerażeni i baliśmy się, tak naprawdę nie wiedząc dokładnie czego, czy kogo. Z mediów wirus zabijał najstarszych, osłabionych i obciążonych chorobami, co brzmiało dla nas, a właściwie dla naszych pacjentów, jak wyrok. W mojej głowie nasuwało się codzienne pytanie „Co mogę zrobić i jak uchronić moich pacjentów w ZOL”? Codziennie rano nowe wiadomości, nowe zachorowania i nowe oblicze wirusa

i jego objawów. Pierwszym działaniem jakie podjętam było wprowadzenie zakazu odwiedzin rodzin i opiekunów, co wywołało bunt, panikę bliskich, brak zrozumienia. Straszono mnie Rzecznikiem Praw Pacjenta, oskarżano o egoizm, jednak w rezultacie przyniosło bardzo pozytywny efekt bo jak dotychczas, udało się uniknąć zachorowania na Covid-19 wśród personelu i pacjentów. Rodziny zrozumiały, że to była bardzo dobra decyzja, która być może Zakład, a właściwie jego mieszkańców i personel, uchroniła do dziś od zakażenia.

Wprowadzone procedury

Powoli pandemia rozprzestrzeniła się, a każdy dzień stał się niewiadomą. Na porannych

raportach okrojonych do minimum, zarówno personalnie jak i czasowo, zawsze są przekazywane najważniejsze wytyczne i zalecenia. Na początku Pandemii Covid-19, nie przyjmowaliśmy pacjentów zarówno na pobyt refundowany jak i komercyjny, ale z czasem wiedzieliśmy, że to się musi zmienić – trzeba pracować i zarabiać. Podjęliśmy decyzje, że nowoprzyjętych, po wykonanym teście na Covid-19 przez Sanepid (który chętnie z nami współpracuje), umieszczamy na okres 2 tygodni w izolatce z wyznaczonym do opieki personelem, dopiero po tym okresie, gdy nie wystąpią niepokojące objawy pacjenci trafiają na sale ogólne. Pacjentów, u których pojawiają się gorączka lub inne objawy związane z podejrzeniem o zakażenie, umieszczamy, na czas występowania objawów, do wydzielonej izolatki z wydzielonym węzłem sanitarnym oraz indywidualnym do opieki personelem – tak postanowiliśmy. Na szczęście do dnia dzisiejszego nie trzeba było tego zastosować. Zakład wyposażono w niezbędny sprzęt i środki ochrony osobistej: okulary typu gogle, przyłbice, fartuchy jednorazowe, czepki, rękawice ochronne, kombinezony, ochraniacze na obuwiu – przy drastycznym wzroście cen i braku dostępności, to zadanie nie było łatwe. U pacjentów prowadzona jest kontrola temperatury 2 x dziennie i w razie konieczności. Opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad zdrowiem personelu przychodzącego do pracy. Każdy pracownik wchodzący do placówki ma codziennie obowiązek poddać się pomiarowi temperatury, wypełnić formularz dotyczący występowania (lub braku) wskazanych w formularzu objawów i potwierdzić własnoręcznym podpisem zgodność podanych informacji z prawdą. Ponadto pracownicy mają obowiązek przebrać się w ubranie ochronne wielorazowe (fartuch) oraz stosować środki ochrony osobistej dopasowane do aktualnie wykonywanych zadań i pracy z pacjentem. Wdrożono lub zwiększono nadzór nad szere-

giem procedur w zakresie epidemiologii dotyczących m.in. stosowania środków ochrony osobistej, dekontaminacji stanowisk pracy, postępowania przy podejrzeniu COVID-19 itp. Zakład miał i ma pełne wyposażenie w środki dezynfekcyjne, potrzebne do zapewnienia prawidłowego postępowania epidemiologicznego, pomimo trudności w ich dostępie.

Koronawirus, a braki kadrowe

Ze względu na zbyt duże ryzyko przeniesienia wirusa, zostaliśmy zmuszeni do zaniechania korzystania z usług pielęgniarek pracujących w jednoimiennych szpitalach oraz kadry opiekuńczo-pielęgniarskiej pracującej w DPSach. Ze względu na dotychczasowe zatrudnianie terapeutów zajęciowych na umowę zlecenie, którzy pracują w szpitalu, nie była prowadzona terapia zajęciowa na terenie ZOL (pracownicy zawieszeni w pracy).

Koronawirus uwidocznił braki kadrowe w całej ochronie zdrowia, szczególnie w obszarze opieki długoterminowej, która funkcjonuje jedynie dzięki pielęgniarkom, pracującym jednocześnie w szpitalach i w ZOLach. Braki kadrowe wymuszają pracę naprzemienną obecnych pracowników, często bez urlopów wypoczynkowych. Zbyt niska wycena usług w opiece długoterminowej skutkuje tym, że ZOL-e nie

Najlepszym wyjściem z trudnej sytuacji jest przejście przez nią.

Robert Lee Frost

są w stanie zaofiarować personelowi wynagrodzenia konkurencyjnego do szpitalnych pensji. Głównym celem placówek opiekuńczo-leczniczych jest profes-

sjonalny, czyli pielęgniarski i opiekuńczy nadzór nad kontynuacją farmakologicznego leczenia zaleconego przez lekarzy i realizacją świadczeń pielęgnacyjnych, a NFZ płaci stawkę dziesięciokrotnie niższą niż ośrodkom szpitalnym. Władze przerzucają więc odpowiedzialność i koszty działania na świadczeniodawców, zapewniając im minimalne lub żadne wsparcie. Dzisiaj jednym z największych zagrożeń są braki kadrowe, wynikające z braku „własnego” personelu zatrudnionego na etat. Nadal korzystamy z usług opiekunów i pielęgniarek, które



pracują w innych podmiotach, na chwilę obecną nie jesteśmy w stanie zapewnić ciągłości opieki pacjentom w ZOL bez ich wsparcia co, pomimo wdrożenia szeregu procedur, podnosi ryzyko zakażenia koronawirusem.

Czego obawiam się jako kierownik Zakładu?

Kolejnej kwarantanny kogoś z personelu, bo takie już miały miejsce. Na szczęście wyedukowany i rzetelny personel, zdając sobie sprawę ze zbyt dużego ryzyka, na czas informował, że nie przyjdzie do pracy. Zawsze w zniecierpliwieniu czekamy na wynik testu, wynik który może się okazać wyrokiem kwarantanny – dwa tygodnie zamknięci z naszymi pacjentami. Nie sam ten fakt jest dla nas najtrudniejszy, ale izolacja i strach o zdrowie naszych rodzin. Teraz po tych kilku miesiącach walki z koronawirusem wiem, że tylko świadomość zdrowego i profilaktycznego postępowania chroni nas przed zakażeniem koronawirusem.

Covid-19 zebrał plon w postaci uszczerbku na psychice naszych pacjentów, którzy nie potrafią zrozumieć sytuacji w której się znaleźli. Wspominają czasy wojny, ale nawet wtedy byli razem, a teraz mają poczucie, że bliscy ich zostawili – to jest nie do zrozumienia dla osób starszych, często z otępieniem. Pacjenci wpadają w przygnębienie i depresję nie wiedząc co dokładnie się dzieje.

Każdy dzień jest dla nas nowym doświadczeniem, kiedy wydaje nam się, że nic już nas nie zaskoczy to i tak życie tworzy swoje scenariusze. Walka z koronawirusem trwa, problemy nadal są, brak dostępności rękawic, środków ochrony osobistej, a szczególnie trudności w ułożeniu grafiku personelu, który dzisiaj jest, ale jutro możemy dostać sygnał o koniecznej kwarantannie i sytuacja zmieni się diametralnie – tak wygląda dzisiejsza rzeczywistość.

Do dzisiaj się nam udało i oby tak zostało. I jak powiedział Robert Lee Frost „Najlepszym wyjściem z trudnej sytuacji jest przejście przez nią.” ●

Funkcjonowanie instytucji

W CZASIE ZAGROŻENIA EPIDEMICZNEGO – DPS W POPKOWICACH

KATARZYNA KĘPA // kierownik zespołu terapeutyczno-opiekuńczego

KATARZYNA PADZIŃSKA // starszy administrator oddziału

S tabilizacja, harmonia, która panowała w Naszym Domu została znacznie zachwiana w marcu 2020 roku, kiedy świat musiał się zmierzyć z „niewidzialnym wrogiem”, jakim jest koronawirus o znajomo już brzmiącej nazwie COVID-19. Niepokojące doniesienia z kraju i ze świata o kolejnych zachorowaniach, ofiarach i walce z koronawirusem spowodowały zachwianie bezpieczeństwa, niepokój, lęk i niepewność zarówno wśród mieszkańców jak i pracowników. Codzienne życie Naszych Mieszkańców, zmieniło się w pewnym stopniu, tak jak życie każdego z nas. Nagle świat zwolnił, pojawiły się obawy o zdrowie i życie.

Nazwa COVID-19 została ogłoszona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i obowiązuje oficjalnie. „CO” w nazwie oznacza koronę (ang. corona), „VI” – wirus (ang. virus), „D” – chorobę (ang. disease), a liczba 19 wskazuje rok pojawienia się wirusa – 2019 (Corona-Virus-Disease-2019). Różnica między koronawirusem a COVID-19 jest taka, że koronawirus to czynnik wywołujący chorobę, a COVID-19 to choroba, czyli zespół objawów spowodowanych przez ten czynnik.

DPS jako placówka opiekuńcza, całodobowa przeznaczona dla osób starszych, z licznymi schorzeniami jest łatwym celem do zakażenia. Niepokój potęgowały informacje o zamy-



kaniu i poddawaniu kwarantannie podobnych placówek z powodu wykrycia ogniska wirusa. W placówkach, w których zakażony personel nie mógł sprawować opieki zaczęto brakować rąk do pracy. Szokujące były doniesienia, gdzie personel paraliżowany strachem opuszczał stanowisko pracy i pozostawiał bez opieki ludzi chorych i niepełnosprawnych.

W województwie lubelskim, pewnie jak i w całym kraju powstawały i obowiązywały z dnia na dzień coraz to nowe rekomendacje dotyczące postępowania w czasie pandemii. Miały one na celu ochronę przed zakażeniem, zarówno mieszkańców jak i pracowników. Od 12 marca resort polityki społecznej wydawał wytyczne, instrukcje i rekomendacje dotyczące funkcjonowania domów pomocy społecznej w czasie trwania stanu epidemicznego. Nikt natomiast nie dawał złotego środka i gwarancji, że koronawirus do nas nie dotrze.

W naszym DPSie wprowadziliśmy szereg działań:

- rotacyjny system pracy,
- codzienny pomiar temperatury ciała u pracowników i podopiecznych,
- wnikliwa obserwacja i monitorowanie stanu zdrowia,
- wdrożenie i bezwzględne przestrzeganie procedur, zaleceń,
- edukowanie pracowników i mieszkańców w zakresie stosowania reżimu sanitarnego,
- organizowanie w sposób szczególny życia zbiorowego mieszkańców Domu poprzez ograniczenie wzajemnego kontaktu oraz unikanie spotkań grupowych,
- przestrzeganie zakazu wstępu na teren Domu osobom z zewnątrz oraz zakaz opuszczania terenu Domu przez mieszkańców,
- zakup niezbędnych środków ochrony osobistej i dezynfekcji,

- ograniczenie przyjęć nowych mieszkańców,
- wykonywanie testów na obecność koronawirusa.

Wszystkie te działania zwiększyły nieco poczucie bezpieczeństwa, nadal jednak było wiele wątpliwości, niejasności i obaw co do dalszego funkcjonowania placówki.

Coraz częściej pojawiały się braki kadrowe. Personel korzystał ze zwolnień, dodatkowych zasiłków opiekuńczych, kwarantanny. W celu zapewnienia jakości świadczonej opieki, w tym trudnym czasie, pracownicy socjalni pomagali w czynnościach życia codziennego mieszkańców, wykonywali zabiegi higieniczno-pielęgnacyjne, prace na oddziale oraz karmili osoby niesamodzielne.

Wielką wartość miało dla nas wzajemne wsparcie okazywane wśród personelu naszej placówki, pracowników zaprzyjaźnionych Domów, jak również nadrzędnych instytucji. Pozytywnym zaskoczeniem było wsparcie rzeczowe (tj. maseczki, rękawice medyczne, płyny dezynfekcyjne, fartuchy ochronne, przyłbice, kombinezony, czepki, środki czystości) płynące z instytucji, firm i osób prywatnych. Społeczność lokalna także stanęła na wysokości zadania, mobilizując się do szycia i przekazywania nieodpłatnie towaru deficytowego jakim były maseczki. Otrzymywane darowizny znacznie pomogły zabezpieczyć personel i mieszkańców przed zarażeniem. Nigdy nie brakowało nam środków ochrony osobistej oraz preparatów do dezynfekcji rąk i powierzchni.

Sytuacja w kraju i na świecie stawała się coraz bardziej drastyczna, dobiegały komunikaty o paraliżu służby zdrowia, pomocy społecznej, szkolnictwa, gospodarki itd. Pomimo wielkiego strachu personel naszego domu pokazał, że praca w DPS to służba drugiemu człowiekowi bez względu na sytuację. Wielu z nas przygotowanych było na pozostanie w placówce w celu świadczenia opieki na wypadek kwarantanny i skoszarowania na terenie placówki. Przygotowane pomieszczenia z łóżkami, spakowane walizki świadczą o wielkiej determinacji i odpowiedzialności pracowników oraz gotowości do działania w przypadku zagrożenia.

Czas ten był i nadal jest trudny, również dla naszych podopiecznych, którzy, szczególnie na początku, zdziwieni byli naszym wyglądem,

zamaskowaniem, umundurowaniem, kolejnymi wytycznymi związanymi z zakazem odwiedzin przez bliskich i opuszczaniem placówki. Jak sami mówili rozpoznawali nas po oczach i tonie głosu. Niejednokrotnie proszą, aby zdjąć maskę czy okulary, dotknąć ich dłoni bez rękawic. Mówią o odczuwanym strachu i niepewności powodowanej przez ubiór personelu – kojarzonym z zagrożeniem.

Z perspektywy czasu w rozmowach mieszkańcy przyznają się do lęku o własne życie i zdrowie. Jak mówi przewodniczący Rady Mieszkańców Pan Roman Garbala *„baliśmy się zarażenia, tego, że ktoś wniesie wirusa do środka, że zachorujemy, że wystąpią groźne powikłania i doprowadzą do śmierci (...) Zrozumieliśmy zawieszenie odwiedzin przez najbliższych, zakaz opuszczania domu, sami zgłaszaliśmy postulaty, by trzymać rękę na pulsie i nie otwierać jeszcze placówki. Byliśmy wdzięczni za umożliwienie kontaktu on-line z rodziną poprzez różne nieznanne nam aplikacje w telefonie, za organizację czasu wolnego, za rozmowy wspierające. Chcemy być jak najdalej wirusa. Były momenty wielkiego przerażenia, szczególnie jak widzieliśmy co dzieje się w innych DPS-ach, szczególnie tam, gdzie doszło do zarażenia wirusem. Pomimo przerażenia i strachu wiedzieliśmy, że nasz personel nie zostawi nas w zagrożeniu. Jesteśmy im wdzięczni za poświęcenie, wytrwałość i bycie z nami.”*

Oczywiście nie wszyscy przestrzegali wszystkich procedur. Na początku pandemii większość mieszkańców odczuwała przerażenie i bezwzględnie przestrzegała określonych zasad. Problem pojawił się z osobami nadużywającymi alkoholu. Kiedy sytuacja z koronawirusem stopniowo się normalizowała zaczęły się jednostkowe, samowolne wyjścia poza teren Domu, najczęściej po zakup alkoholu. Wszyscy dobrze wiedzieli, że brama wjazdowa jest zamknięta, a Pan portier czuwa nad bezpieczeństwem, więc niepokorni, a jakże pomysłowi mieszkańcy znaleźli sobie przystawioną „dziurę w płocie”, by opuścić DPS. Kilkuosobowa grupa najbardziej uzależnionych mieszkańców, niepoddających się leczeniu i terapii antyalkoholowej nie dostosowała się do obowiązujących norm i zasad. Głód alkoholowy okazał się silniejszy niż strach przed zarażeniem i chorobą. Po każdorazowym wyjściu poza teren odbywa-

ty się pogadanki, rozmowy edukacyjne i spotkania z psychologiem. Poza tą niefrasobliwą grupą pozostali mieszkańcy dostosowali się do wytycznych i wszystkich zasad, które obowiązywały i nadal są respektowane. Jesteśmy podbudowani i zaskoczeni, że pomimo różnych dysfunkcji fizycznych i umysłowych zrozumieli powagę sytuacji i odnaleźli się w nowej i jakże trudnej rzeczywistości.

Z upływem czasu staramy się przyzwyczaić do życia z obostrzeniami, do nowych norm, zasad poruszania się w przestrzeni publicznej. Nie śmiesz już nikogo maski ani przyłbice.

Wszyscy uczymy się żyć na nowo, zmieniony nam się priorytety, okazuje się, że zdrowie i bezpieczeństwo nasze, naszych rodzin, mieszkańców DPS i bliskich jest najważniejsze. Praca pomimo zagrożeń i wielu trudów daje satysfakcję, sens i bezpieczeństwo finansowe.

W Ministerstwie Funduszy i Polityki Regionalnej powstał program kompleksowego wsparcia mieszkańców i pracowników instytucji opieki. Rekomendacje ministra polityki regionalnej umożliwiają DPS pozyskanie wsparcia finansowego na zakup między innymi środków

ochrony indywidualnej, sprzętu do dezynfekcji, specjalistycznych urządzeń medycznych, akcesoriów do wyposażenia izolatek, itp. Są także pieniądze na finansowanie wynagrodzeń lub dodatków do wynagrodzeń pracowników, co bardzo cieszy załogę, tym bardziej, że ostatni okres to praca w przewlekłym stresie, z ograniczeniami kadrowymi, więc każda motywacja jest na „wagę złota”.

Młodzi ludzie nie chcą rozpoczynać pracy w dziedzinie opieki, a potrzeby są coraz większe, ponieważ społeczeństwo nasze się starzeje. Zarówno personel pomocniczy jak i pielęgniarki zatrudnione w DPS, do tej pory czuły się gorszą grupą zawodową z powodu niedofinansowania i znacznie niższych stawek za wykonywaną pracę. Mamy nadzieję, że to czas, moment na refleksje i dostrzeżenie potrzeb i znaczenia opieki pielęgniarstwa w placówkach pomocy społecznej. Tylko wykwalifikowana i oddana swojej pracy kadra podda ciężkiemu wyzwaniu, jakim jest praca z osobami starszymi, niepełnosprawnymi, obciążonymi wielochorobowością, przez co bardzo narażonymi na zarażenia koronawirusem.

„Rady nie od parady”

- odpowiedzialność nie tylko za siebie, ale i drugiego człowieka, szczególnie tego niesamodzielnego i ograniczonego w samodzielnym funkcjonowaniu
- solidarność zespołowa
- odpowiednia motywacja do pracy
- zagwarantowanie środków ochrony osobistej i środków dezynfekcyjnych, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa pracownikom
- wsparcie emocjonalne, rozmowy wspierające z psychologiem, współpracownikami
- udział w webinarach dla profesjonalistów – on-line
- systematyzowanie i uzupełnianie wiedzy na temat zagrożeń i sposobów przeciwdziałania rozprzestrzeniania się zakażeń
- wprowadzenie i dostosowanie się do procedur tworzonych na indywidualne potrzeby placówki tj. stosowanie reżimu sanitarnego, ograniczenia odwiedzin, stosowanie kwarantanny u nowoprzyjętych mieszkańców, wracających ze szpitalu lub urlopu itp.
- stworzenie poczucia bezpieczeństwa dla podopiecznych i ich rodzin
- umożliwienie kontaktu mieszkańcom przez aplikacje multimedialne
- organizacja czasu wolnego mieszkańcom, w celu odwrócenia uwagi od negatywnych bodźców
- współpraca i wzajemnie wspieranie się z pracownikami zaprzyjaźnionych placówek pomocy społecznej, instytucjami medycznymi itp.

Najważniejszą radą i przepisem na „normalne” funkcjonowanie w czasie epidemii to oczywiście rozważa, wsparcie od przełożonych i władz, ale również i współpracowników, mieszkańców i ich rodzin. Siłą i motywacją do pracy dają nam również mieszkańcy i ich rodziny, którzy okazują wdzięczność za opiekę, poprzez wsparcie modlitwą, dobrym słowem i korzystną rekomendacją wśród znajomych, przyjaciół a nawet na łamach prasy.

Życzymy sobie i innym placówkom, aby nie brakowało nam ludzi z powołaniem, wiedzą, pasją i odwagą, którzy mimo zagrożeń, trudności będą ostoją i gwarancją bezpieczeństwa.

Mamy nadzieję, że doświadczenie, które nabyliśmy w czasie trwania światowej pandemii w razie bezpośredniego zagrożenia pomoże nam pełnić swoje obowiązki świadomie i prze-myślanie.

„Anioły są wśród nas, nie, nie te niebiańskie, te bez skrzydeł. Anioła można odnaleźć w drugim człowieku, przyjacielu, który poklepie po ramieniu, nieznajomym, który się do nas uśmiechnie, pielęgniarkę, która poprawi poduszkę... (G. Gargaś)”. Życzymy, aby w domach pomocy społecznej pracowały takie właśnie Anioły. ●



Obecnie DPS w Popkowicach zamieszkuje 186 osób, w tym 88 kobiet, 98 mężczyzn, w przedziale wiekowym od 33 do 98 lat. W części parku usytuowany jest również „pawilon angielski”, który od 1971 roku stał się domem dla około 50 osób.

Wyzwania personelu

ZESPOŁU TERAPEUTYCZNO- OPIEKUŃCZEGO W CZASACH EPIDEMII

BARBARA MIROSLAW //

Dom Pomocy Społecznej im. św. Jana Pawła II w Lublinie

Witam wszystkich Czytelników kwartalnika Medi, na łamach którego chciałabym na samym początku złożyć podziękowania wszystkim pracownikom Domów Pomocy Społecznej za pracę w tak bardzo trudnej, nowej rzeczywistości.



Nowa rzeczywistość w jakiej znaleźliśmy się wszyscy wymusiła pracę na personelu w warunkach podwyższonego stresu i ryzyka. Warunki z którymi mierzy się personel są namacalnie trudnymi, zarówno od strony psychicznej jak i fizycznej. Obecny czas obfituje zasobnym pokładem stresorów, które powodują negatywne odczucia w pracy całego zespołu terapeutyczno-opiekuńczego. Niektóre następstwa stresu tworzą przewlekłe oraz ostre reakcje stresowe.

Konsekwencje izolacji dla pracowników

Z punktu widzenia pracownika, izolacja mieszkańców od rodziny, znajomych, wolontariuszy jest zasadna i w świadomości pracowników – niezbędna. Jednocześnie przedłużający się stan odcięcia od świata zewnętrznego powoduje wśród mieszkańców coraz większą frustrację, nerwowość a czasami bunt wobec wprowadzonych obostrzeń, z którymi na co dzień musi się mierzyć personel bezpośrednio pracujący z mieszkańcami. To na jego barkach spoczywa konieczność rozładowania napięcia, stworzenie poczucia bezpieczeństwa, zaspokojenie potrzeby kontaktu ze światem zewnętrznym. Personel rozumiejąc trudną sytuację mieszkańców, stara się rozładowywać narastające napięcie poprzez umożliwianie podopiecznemu kontaktu z rodziną za pomocą telefonu, mediów społecznościowych, komunikatorów, pomoc w wykonaniu tych potąceń osobom niesamodzielnym, częste rozmowy z mieszkańcami. Zamknięcie mieszkańców na terenie placówki obarcza też personel obowiązkiem robienia zakupów, które czasem wybiegają poza podstawowe produkty. Zwiększony zakres usług wymaga od personelu większej uwagi i zaangażowania, aby sprostać oczekiwaniom mieszkańca.

Presja odpowiedzialności

Konsekwencją przedłużającego się stanu izolacji, uczucia osamotnienia, lęku o własne zdrowie i życie jest zaburzona komunikacja wśród mieszkańców oraz wycofanie się mieszkańca z życia społecznego domu, który przekierowuje swoje potrzeby społeczne na pracownika. W takiej sytuacji pracownik, obarczony już dodatkowymi obowiązkami i rosnącymi wymaganiami ze strony mieszkańców, dodatkowo odczuwa presję związaną z tym, aby nie zawieść mieszkańca. Pojawia się lęk i pytania: czy sprostać nałożonym na siebie oczekiwaniom?, czy w tak trudnej sytuacji nie zawiodę swoich podopiecznych, dyrekcji?, czy ja nie stanę się źródłem zakażenia, co może doprowadzić do choroby i śmierci mojego podopiecznego? Rozmowy personelu o bezpieczeństwie mieszkańca są normalnością na co dzień. Pracownicy zdając sobie sprawę z odpowiedzialności jaka na nich spoczywa, wiedzą że ich postawa i izolacja od miejsc stanowiących możliwość zarażenia poza miejscem pracy jest jednym z systemów zmniejszenia narażenia mieszkańca na potencjalny kontakt z koronawirusem. Dlatego chcą dalej obostrzeń i izolacji od potencjalnych źródeł zakażeń, zarówno na terenie placówki jak i poza nią, nawet kosztem własnego funkcjonowania i relacji społecznych poza pracą. Te ograniczenia nałożone na siebie przez personel powodują brak możliwości rozładowania napięcia i stresu po trudnych godzinach pracy.

Stan pandemiczny pokazał również kierownictwu na jakim poziomie może liczyć na zespół pracowniczy. Większość członków zespołu pracowało w trudnych warunkach, nikt nie odszedł od łóżek podopiecznych, tylko nieliczni mający mate dzieci byli zmuszeni na jakiś czas opuścić zakład pracy, aby zapewnić opiekę swoim pociechom. ●

Ostatnie chwile życia spędzone z „ochroną zdrowia”

CZYLI KIM SĄ I JAK SĄ POSTRZEGANI MEDYCY W CZASIE COVID 19

ANNA ORŁOWSKA // psycholog Puckiego Hospicjum

„System ochrony zdrowia” to pojemne określenie. Mieści w sobie nie tylko zadania systemu opieki zdrowotnej, ale również przekonania na jego temat. W wielu osobach budzi mieszane odczucia. Kojarzy się z ogółem, odpowiedzialnością zbiorową, bezosobowym systemem. Taki sposób postrzegania uwidacznia się jeszcze mocniej w czasie epidemii. Przekonania obecne już wcześniej, w sytuacji poczucia zagrożenia i wszechobecnego niepokoju, przybierają na sile, umacniają się w swoich skrajnościach. Efektem tak dużego napięcia i poczucia zagrożenia bywa poszukiwanie winnego, a jego wykluczenie obniża poziom lęku. To jeden z mechanizmów w wyniku którego część społeczeństwa zaczęła postrzegać medyków jako niekompetentnych, niezaradnych, służących NFZ-etowi, a „Ochronę zdrowia” za „jak zwykle” niewydolny. Strach przed wirusem jest tak trudny do skonkretyzowania, że łatwiej ulokować go w konkretnej osobie, niestety często w tych, którzy pracują z chorymi, traktując ich jako potencjalne źródło zagrożenia. Część medyków w wyniku tej polaryzacji spotyka się z wrogością, odmową obstu-

żenia w sklepie, wrogimi spojrzeniami sąsiadów, a nawet aktami wandalizmu.

Na szczęście, to nie jedyny sposób, w jaki społeczeństwo próbuje sobie radzić z obliczu zagrożenia. Dla tych, którzy w „Systemie ochrony zdrowia” widzą grupę konkretnych osób, których celem jest pomoc innym w obliczu choroby i zagrożenia życia, sposobem na obniżanie poczucia lęku staje się wyrażanie wdzięczności i szacunku. Stąd tak wiele wyrazów uznania, podziękowań, które płyną teraz nie tylko w słowach ale też w bardziej spektakularnych formach takich jak filmy, plakaty, murale czy ruchy społeczne, które starają się wspomóc medyków poprzez przygotowanie i dostarczanie posiłków czy środków ochrony osobistej do szpitali. Wyrazy wdzięczności i solidarności budują poczucie wspólnoty, dodają siły i motywacji do dalszej pracy. Gdy pacjent w ochronie zdrowia zauważy wysiłek i starania konkretnego lekarza, pielęgniarki – dostrzeże człowieka – to wyczerpująca praca i związany z nią stres medyka dla niego samego stają się warte podjęcia wysiłku. Wdzięczność, choć ważna i niezastąpiona na

co dzień, jest szczególnie istotna właśnie teraz, kiedy epidemia trwa a medycy postawieni są w zupełnie nowych rolach. Ograniczenia związane z epidemią, które wymuszają izolację i uniemożliwiają towarzyszenie choremu przez rodzinę, stawiają nowe wyzwania i wymuszają poszerzenie spektrum działań przez osoby wykonujące zawody medyczne. Zupełnie nowa sytuacja, brak procedur, chaos i poczucie niepokoju sprawiają, że łatwo się zagubić w swojej roli i jej granicach. Jeśli w otoczeniu chorego nie ma najbliższych, którzy dbają o jego samopoczucie i poczucie bezpieczeństwa, rozmawiają o trudnościach pobytu w szpitalu, dzielą się codziennością spoza jego murów, brakuje istotnego czynnika zdrowienia. Pozostaje pytanie czy i jak go zapewniać. Pytanie o poczucie samotności pacjenta staje się jeszcze bardziej wyraźne, gdy pomyślimy o miejscach, gdzie życie pacjentów dobiega końca. Jakie zadania w obliczu COVID-19 stają przed personelem hospicjów, domów opieki, zakładów opieki leczniczej, oddziałów geriatrycznych czy oddziałów szpitalnych, w których pacjenci są na końcu życia?

Tematyka śmierci i procesu odchodzenia od dawna budzi szacunek, potrzebę szczególnego zaopiekowania pacjenta zbliżającego się do kresu życia, jego bliskich i sytuacji z którą mierzy się personel. Wymaga ona opanowania, spokoju. Budzi nostalgię. Czasem wywołuje lęk, nie tylko u pacjenta. Niektórzy obawiają się pracy z pacjentami w ciężkim stanie, umierającymi czy takimi, którym odmówiono dalszego leczenia przyczynowego. Są też tacy, którzy widzą w tym głęboki sens, odnajdują się w sytuacji i swoją pracą oraz uważnością udzielają wsparcia, dbają o jakość życia w jego ostatnich momentach. Niezależnie od wysiłków zespołu medycznego, jest to rodzaj opieki, w którym kluczową rolę pełni rodzina pacjenta. To rodzina dodaje siły i motywacji do leczenia. To najbliżsi wspierają, kiedy leczenie zostaje zaprzestane. Zanim pojawił się COVID-19 to oni byli blisko, gdy pojawia się konieczność opieki hospicyjnej. Dzięki obecności rodziny, chory przetamywał lęki, nabierał zaufania do personelu medycznego i stosowanego leczenia. A na końcu drogi, to oni najczęściej towarzyszyli, trzymali za rękę, modlili się, czy po prostu byli obecni, siedząc przy łóżku i dając ogromne

poczucie bezpieczeństwa oraz spokój. I jak teraz poradzić sobie bez nich? Jak zadbać o jakość życia, leczenia, umierania bez ich fizycznej i namacalnej obecności albo z obecnością bardzo małą, wyjątkowo krótką z obostrzeniami sanitarnymi. Świat się zmienił nie tylko gospodarczo. Świat się zmienił też w medycynie, w codziennej pracy zespołów medycznych. Medycy, którzy też mają bliskich i własne rodziny, po raz pierwszy stają w sytuacji, w której muszą zabronić bliskim pacjenta wejścia na oddział. Jednocześnie doskonale wiedzą, jak bardzo ta obecność jest ważna dla pacjenta, jaki ma ogromny wpływ na jego stan, jak bardzo pacjenci tęsknią i oczekują swoich bliskich, szczególnie u kresu życia. Świadomość ta idzie w parze z wiedzą, jak bardzo obecność ta może być teraz niebezpieczna. Do codziennej walki o zdrowie i życie chorego dochodzi walka między sercem i rozumem. Szukanie „złoty środków”, kompromisów, tego co możliwe, by rodzina widziała swojego bliskiego, mogła się ustyszeć, poczuć, a jednocześnie, żeby było bezpiecznie. Nieustanne napięcie, poczucie braku idealnych rozwiązań i zderzanie się z niezrozumieniem ze strony pacjentów i ich bliskich, to ogromny stres, który może rodzić frustrację. Wywoływać pytania, o to kim jestem w zespole? Strażnikiem? Lekarzem? Pielęgniarką? Towarzyszem? Lekiem na samotność?

Obserwując cały zespół Puckiego Hospicjum, przypuszczam, że również w innych zespołach medycznych role poszczególnych ich członków zaczęły się zmieniać i zacierać. Na przykładzie hospicjum widać, że wśród medyków wzrosła czujność na potrzeby pacjentów. Istotnym elementem pracy stało się towarzyszenie i obecność. Do zadań wynikających z roli lekarza, pielęgniarki czy opiekuna medycznego doszły takie, które zazwyczaj wypełniała rodzina – zaspokojenie potrzeby obecności drugiego człowieka i rozmowy. Gdy pacjenci tęsknią za domem i rodzinami wartościowa staje się uważna i niespieszna obecność drugiego człowieka – niezależnie od tego, czy jest to lekarz, pielęgniarka, psycholog, duchowny. Tym bardziej kiedy to czyjeś ostatnie tygodnie, dni, godziny. Ważna jest świadomość, że personel nie zastąpi bliskich i rodziny,

ale obecność drugiego człowieka może pomóc ukoić lęk przed samotnością. Przed bólem, dusznością i samotnym umieraniem w cierpieniu. To częsty lęk pacjentów u kresu życia. Obawa przed śmiercią, umieraniem, odchodzeniem, jest naturalnym lękiem. Zwykle nie jesteśmy gotowi na śmierć, zwykle chciałoby się żyć dłużej i lepiej, zwykle przychodzi się żegnać z najbliższymi, z rodziną, z przyjaciółmi, zwierzętami, pasjami, zadaniami, pracą, obowiązkami, przyjemnościami za szybko. Zawsze zbyt wcześnie. Zaskoczenie diagnozą, zaprzestaniem leczenia może być tak duże, że brakuje czasu, aby pomyśleć o tym, że mogą to być ostatnie chwile. Zderzenie się z tą perspektywą wywołuje serię obaw i pytań, o to jak umieranie będzie wyglądać. Czy odchodzenie będzie boleć, ile będzie trwało, czy będzie świadome, czy pozbawi oddechu, wywoła duszność i wiele innych. W takich sytuacjach obecność bliskich osób pomaga, a poczucie, że niezależnie od wszystkiego jest przy mnie ktoś kto mnie kocha, łagodzi lęk.

Do czasu epidemii na te wszystkie lęki mogliśmy odpowiedzieć w Puckim Hospicjum. Wiedzieliśmy, że mamy narzędzia, aby pomóc w tym, co związane z fizycznością, z bólem, dusznością, cierpieniem fizycznym. Mogliśmy też dać rodzinie i pacjentowi możliwość bycia razem w tych ostatnich chwilach. Niezależnie od pory dnia i nocy zawsze obecność rodziny była dla naszego zespołu naturalna i ogromnie ważna. Dziś jest inaczej. Nadal możemy poradzić sobie z fizycznością i cierpieniem ciała, ale z cierpieniem psychicznym, jest znacznie trudniej. Dziś rodziny nie mogą przebywać na oddziale. Obostrzenia

Wdzięczność, choć ważna i niezastąpiona na co dzień, jest szczególnie istotna właśnie teraz, kiedy epidemia trwa a medycy postawieni są w zupełnie nowych rolach. Ograniczenia związane z epidemią, które wymuszają izolację i uniemożliwiają towarzyszenie choremu przez rodzinę, stawiają nowe wyzwania i wymuszają poszerzenie spektrum działań przez osoby wykonujące zawody medyczne.

sanitarne i konieczność chronienia pacjentów, na to nie pozwalają. Staramy się jednak zauważać te potrzeby i wspólnie szukamy rozwiązań. Umożliwiamy pożegnania, kiedy pacjenci są w bardzo ciężkim stanie. Organizujemy krótkie spotkania z rodziną w ogrodzie raz w tygodniu. Pozostajemy jednak z pytaniem, czy to wystarczy? Troska o jakość czasu, który poprzedza moment odchodzenia wciąż jest jednym z naszych priorytetów.

W efekcie zespół zaczyna wykroczać poza swoje obowiązki. Zaczynamy pracować jeszcze bardziej zespołowo, bo wszystko, w czym wspomagały nas rodziny np. karmienie, spacer na wózek, wspólna herbata czy rozmowa, pozostaje w zakresie działań zespołu. Jednocześnie staramy się pamiętać, że naszym zadaniem nie jest zastąpienie rodziny. Zabiegamy więc o ten kontakt, chociażby był telefoniczny albo online. Szukamy możliwości spotkania np. na tarasie. Podejmujemy wysiłek, by zachowując zasady bezpieczeństwa, jednocześnie dopuścić rodzinę do chorego. Możliwość kontaktu z rodziną, mimo wspólnego wysiłku może być obecnie jedynie chwilowa. Brakuje kogoś, kto wypije wspólnie kawę, kto posiedzi i porozmawia, kto będzie obok. Czy to już nasza rola? Nie wynika ona przecież z obowiązku, ani z zapisów w umowach. Ma swoje źródło w ludzkim zrozumieniu, że na krańcu życia, najgorsza jest samotność. I tak nasze role zaczynają przybierać inny kształt, pracujemy jeszcze bardziej razem, jeszcze bliżej pacjenta, towarzyszymy, rozmawiamy, żeby mimo tęsknoty, dawać czas i poczucie bycia wśród ludzi życzliwych, którzy w razie potrzeby pomogą.

Ktoś mógłby powiedzieć, że to wspaniałe, ktoś inny, że tak zawsze powinno być, a ktoś kto jest w środku mógłby zapytać, jak dajecie sobie z tym radę. Czy to nie jest zbyt obciążające? Oczywiście, że jest to ogromne obciążenie. Być może dyżury lekarza czy pielęgniarki, wzbogacone o siedzenie obok łóżka, picie herbaty, więcej karmienia czy spacerów z pacjentami, wydadzą się niektórym tylko poszerzeniem obowiązków. Jednak zespół medyczny doskonale wie, że to nie tylko więcej zadań do wykonania w tym samym czasie. To cała gama emocji, z jakimi mierzy się ten, kto towarzyszy komuś w ostatnich dniach. Ktoś, kto wie i widzi, że cierpienie wzmagają nieobecność rodziny czy konieczność czekania na ich wizytę. Obciążająca jest sama świadomość, że wykonywana praca i wobec niej postawa to dla kogoś jedne z ostatnich rzeczy, jakich ma szansę doświadczać. Praca ta stała się trudniejsza niż kiedykolwiek wcześniej. Nadal jest wyjątkowa i bardzo satysfakcjonująca. Nadal piękna i ważna, ale trudniejsza. Trudniejsza, bo lekarz oprócz lekarzem staje się towarzyszem. Trudniejsza, bo pacjenci potrzebują nie tylko wiedzy medycznej ale również delikatności i życzliwości więcej niż kiedykolwiek wcześniej. Trudniejsza, bo to medyk staje się pierwszym a czasem jedynym, który usłyszy o żalu, złości, rozgoryczeniu i tęsknocie, zarówno od pacjentów, jak i ich rodzin. Trudniejsza, ze względu na konieczność tłumaczenia się jednym i drugim, z tego, że wszystkich obowiązują obostrzenia i nowe procedury. Trudniejsza, z uwagi na poczucie bezradności w obliczu tęsknoty i żalu pacjentów. Trudniejsza, ze względu na codzienne zmaganie się z bezradnością, obciążeniem, współczuciem, a jednocześnie strachem przed zarażeniem siebie i swoich bliskich.

Drodzy medycy! Ilość emocji, jakie nosicie w sobie w tym czasie, jest bardzo duża. Być może zdarzyło Wam się wybuchnąć złością na kogoś, nie wiedząc czemu... Jak garnek, który od czasu do czasu kipi. Może zdarzyło Wam się wrócić do domu i usnąć „w opakowaniu”. Może zdarzyło się Wam rozplakać na koniec dyżuru. A może zachowaliście się jakoś nieracjonalnie, inaczej niż przywykliście. Może czujecie się bardziej zmęczeni, wyczerpani niż kiedyś. Może czu-

jecie, jakbyście nieśli ogromny plecak na plecach za każdym razem przed dyżurem. Może inaczej jecie, albo gorzej śpicie. Może boli Was kark, żołądek, albo głowa. Być może jeszcze wiele innych rzeczy się z Wami dzieje, które nie działy się wcześniej? Być może Wasz organizm, Wasze ciało mówi, że ta sytuacja Was wiele kosztuje, a jakość pracy, którą chcecie utrzymać na wysokim poziomie, wymaga dziś od Was dużo więcej. Obserwujcie siebie, dbajcie bardzo mocno o siebie, przypatrujcie się sobie, nie bagatelizujcie tego, co niepokojącego się może dziać. Spoczywa na Was duże obciążenie i żeby dać sobie z nim radę, nie musicie wcale funkcjonować na zaciśniętych zębach. Warto pozwolić sobie na tę, na niepokój, bezradność, strach. Warto o tym mówić, dzielić się tym z kimś bliskim lub z kolegami w pracy. Pamiętajcie, że możecie korzystać ze wsparcia psychologicznego. Dbajcie o siebie w tym trudnym czasie w sposób szczególny. Mówcie dużo o tym, co się z Wami dzieje (tłumienie emocji nie pomaga, a mówienie o nich, obniża ich poziom natężenia). Wynajdujcie momenty na odpoczynek, pamiętajcie o regeneracji i o przyjemnościach. Zadbajcie o czas dla siebie. Ktoś pewnie zapyta – jak w takiej sytuacji jeszcze myśleć o sobie i o odpoczynku? A ja odpowiem, że tym bardziej teraz, jeśli chcecie być na siłach aby pomagać i leczyć długo i skutecznie, musicie dbać o siebie jeszcze bardziej. To nie przywiłecz konieczność, by być dla siebie dobrym i czuć, tak samo jak jesteście dla Waszych pacjentów. ●



**PUCKIE
HOSPICIUM
PW. ŚW.
OJCA PIO**

Puckie Hospicjum pw. św. Ojca Pio, które zostało założone z inicjatywy Ks. Jana Kaczkowskiego, od blisko 16-let na najwyższym poziomie udziela pomocy osobom chorym często będących na swoim ostatnim etapie życia.

Niepodjęte depozyty mieszkańców DPS

KOMENTARZ PRAKTYCZNY

MICHAŁ BOCHENEK

Zagadnienia dotyczące niepodjętych depozytów, złożonych przez mieszkańców domów pomocy społecznej, to tematyka nierozdzielnie związana z obowiązkiem domów pomocy społecznej w zakresie świadczenia podstawowych usług w odpowiednim standardzie. Tym samym to problematyka

istotna dla pracowników i dyrektorów DPS-ów, którzy mają obowiązek wykonywać zadania statutowe prowadzonych placówek i tym samym prawidłowo stosować przepisy prawa. W myśl § 5 ust. 1 pkt 3 lit. h rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 734 z późn. zm.). Dom nie-

zależnie od typu, świadczy usługi wspomagające polegające na zapewnieniu bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych. W konsekwencji, obowiązkiem kierownictwa danego domu pomocy społecznej jest takie określenie zasad w zakresie realizacji wymienionego wyżej obowiązku, aby z jednej strony mieszkańiec (lub przedstawiciel mieszkańca, osoba upoważniona) mógł swobodnie dysponować swoją własnością, a z drugiej strony, aby DPS, jako jednostka organizacyjna stosująca przepisy powszechnie obowiązującego prawa, wykonywała legalnie zadania związane z przechowywaniem środków pieniężnych mieszkańców.

Niniejszy komentarz praktyczny stanowi omówienie zasad dotyczących organizacji i trybu postępowania z depozytami wartościowymi i depozytami pieniężnymi w DPS. Zawiera przykład konkretnego zarządzenia kierownika/dyrektora DPS w tym zakresie. Komentarz porusza ponadto problematykę niepodjętych depozytów, które pozostają w DPS po śmierci mieszkańca. Niniejsze opracowanie, z uwagi na zawartość wzorów pism, zawiadomień i wewnętrznych regulacji mogących znaleźć zastosowanie w konkretnym DPS, stanowić będzie praktyczną i wartościową pomoc w codziennej pracy osób zatrudnionych w domach pomocy społecznej.

Zasady ogólne

Dla omawianej tematyki kwestią mającą znaczenie zasadnicze jest reguła, zgodnie z którą dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających, zwanych dalej „mieszkańcami”. Trzeba podkreślić, iż organizacja domu pomocy społecznej, zakres i poziom usług świadczonych przez dom uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności. DPS niezależnie od typu, świadczy usługi wspomagające polegające m.in. na zapewnieniu bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych.

Dla właściwego zrozumienia analizowanych zagadnień dotyczących depozytów mieszkańców DPS trzeba poczynić podstawowe założenia:

1 domy pomocy społecznej, których obowiązki omawiane są w niniejszym komentarzu stanowią jednostki sektora finansów publicznych, wymienione w art. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869 z późn. zm.),

2 ilekroć w komentarzu będzie mowa o depozytach, będą to środki pieniężne, papiery wartościowe i rzeczy złożone do depozytu w DPS,

3 likwidacją niepodjętego depozytu jest przejście praw do tego depozytu na rzecz Skarbu Państwa.

Organizacja i tryb postępowania z depozytami wartościowymi i depozytami pieniężnymi w DPS

Domem pomocy społecznej kieruje i reprezentuje go na zewnątrz dyrektor. Zasadniczo to dyrektor DPS jest umocowany w ramach zwykłego zarządu do składania oświadczeń woli i dokonywania czynności prawnych związanych z funkcjonowaniem DPS. Dyrektor odpowiada za realizację zadań statutowych Domu – wobec wszystkich władz, organów, instytucji, przedsiębiorstw, banków i innych podmiotów. Jest najczęściej uprawniony przez organ wykonawczy gminy do występowania i prowadzenia w imieniu gminy spraw przed sądami w charakterze strony, wnioskodawcy, uczestnika postępowania wraz z egzekucją roszczeń, z prawem do udzielania dalszych pełnomocnictw. Zatem organizacja i tryb postępowania z depozytami wartościowymi i depozytami pieniężnymi w DPS najczęściej wynika z zarządzenia wewnętrznego dyrektora DPS.

Przykład procedury w sprawie organizacji i trybu postępowania z depozytami wartościowymi i depozytami pieniężnymi.

I POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1

1. Niniejsza procedura określa zasady składania i dysponowania środkami pieniężnymi, depozytami wartościowymi i innymi dokumentami (rzeczami) należącymi do osób przebywających w Domu Pomocy Społecznej w, zwanym dalej także Domem lub DPS.
2. Dom Pomocy Społecznej w zapewnia bezpłatnie bezpieczne przechowywanie środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych stanowiących własność mieszkańca, poprzez złożenie ich do depozytu.

II TRYB POSTĘPOWANIA Z DEPOZYTAMI WARTOŚCIOWYMI

§2

1. Depozytami wartościowymi są: środki pieniężne – polskie i zagraniczne, papiery wartościowe, inne przedmioty uznane przez mieszkańca za wartościowe (np. biżuteria).
2. Do przedmiotów dokumentarnych zalicza się w szczególności: weksle, książeczki oszczędnościowe, oryginalne dowody zabezpieczenia własności, listy gwarancyjne, itp.

§3

1. Osoba przebywająca w Domu ma prawo do przekazania do depozytu DPS posiadane przy sobie środki pieniężne, przedmioty wartościowe i dokumentarne.
2. Depozyty wartościowe przechowywane są w sejfie w Domu Pomocy Społecznej w
3. Za depozyty wartościowe pozostawione w sejfie ponosi odpowiedzialność Dom Pomocy Społecznej w
4. Za przedmioty wartościowe i środki pieniężne nie oddane do depozytu, zgodnie z zasadami wynikającymi z niniejszej procedury, Dom nie odpowiada.
5. Osoby, które nie zdecydują się na złożenie środków pieniężnych i wartościowych przedmiotów do depozytu są informowane przez pracownika socjalnego o braku ponoszenia odpowiedzialności materialnej za te środki i przedmioty przez Dom; pisemne pouczenie w tym zakresie przechowywane jest w aktach mieszkańca.
6. Osobą odpowiedzialną za przechowywanie depozytu jest osoba merytorycznie odpowiedzialna za prowadzenie kasy.

§4

1. Przedmioty wartościowe i dokumentarne przyjęte do depozytu powinny być zabezpieczone w sposób wykluczający ich wyjęcie lub zamianę bez naruszenia opakowania.
2. Przy przyjęciu przedmiotów depozytowych należy sporządzić w 3-ech egzemplarzach spis przedmiotów zawierających dane:
 - Nazwisko i imię osoby przyjmowanej do Domu,
 - Nazwisko i imię osoby przyjmującej depozyt,
 - Nazwiska osób obecnych przy przekazywaniu depozytu oraz sporządzaniu spisu, pakowaniu i pieczętowaniu,
 - Szczegółowy opis przedmiotów,
 - Podpisy ww. osób,
 Jeden egzemplarz spisu wkłada się do wewnątrz opieczetowanej koperty zawierającej depozyt, drugi dołącza się do akt mieszkańca, trzeci otrzymuje osoba przyjmowana do domu.
3. Na opakowaniu depozytu umieszcza się:
 - Nazwisko i imię, datę urodzenia osoby składającej depozyt,
 - Rodzaj depozytu,
 - Nr księgi depozytu.
4. Przy otwieraniu depozytu należy zwrócić uwagę, aby pieczęcie i opakowanie były nienaruszone. W razie stwierdzenia braku lub niezgodności między zawartością i spisem przedmiotów należy sporządzić komisyjnie protokół ustalający rodzaj braków, wysokość szkód oraz stan opakowania.
5. Do protokołu dołącza się spis przedmiotów i opakowanie.

§5

1. Księgę depozytów prowadzi pracownik socjalny Domu.
2. Księga depozytów posiada ponumerowane strony, przeszurowane karty oraz przytwierdzone i opieczętowane końce sznurka do ostatniej strony pieczęcią lakową lub naklejką z pieczęcią firmową Domu. Obok pieczęci dyrektor Domu i główny księgowy stwierdzają cyfrowo i słownie ilość stron podpisami.
3. Księga depozytów zawiera następujące dane:
 - numer kolejny,
 - nazwisko i imię mieszkańca,
 - datę przyjęcia depozytu,
 - datę urodzenia i imiona rodziców
 - rodzaj przedmiotu wartościowego – jakość, cechy, znak lub wartość depozytu pieniężnego (pieniądze zagraniczne),
 - datę wydania depozytu,
 - nazwisko i imię osób uczestniczących przy odbiorze depozytu,
 - podpis osoby odbierającej depozyt,
4. Księgę depozytów wraz z dowodami stwierdzającymi zapisy w niej należy przechowywać pod zamknięciem w metalowej szafie.

III TRYB POSTĘPOWANIA Z DEPOZYTAMI PIENIĘŻNYMI

§6

1. Mieszkaniec DPS lub osoba upoważniona (przedstawiciel ustawowy mieszkańca) może przekazać środki pieniężne do depozytu.
2. Depozyty wartościowe – sumy pieniężne przyjmowane i wypłacane są na podstawie dowodu księgowego.
3. Pracownik odpowiedzialny za prowadzenie kasy przekazuje wpłacone kwoty pieniężne mieszkańców do banku na ogólne konto depozytowe.
4. Bank nie prowadzi analityki imiennej do tego konta i nie jest to indywidualny rachunek bankowy mieszkańca. Analityka do ogólnego konta bankowego jest prowadzona przez Głównego księgowego w systemie komputerowym w Dziale księgowości DPS.
5. Na rachunku bankowym depozytowym Domu przechowywane są środki pieniężne łącznie dla wszystkich mieszkańców, którzy wyrazili zgodę na zdeponowanie swoich środków na konto depozytowe Domu.
6. Każdorazowa wpłata lub wypłata depozytu odzwierciedlona jest w raporcie kasowym, zgodnie z obowiązującą w DPS w instrukcją kasową.
7. Raport kasowy będzie podstawą do zapisów na indywidualnych kontach mieszkańców.
8. Częstotliwość wpłat lub wypłat z depozytu uzależniona jest od woli i potrzeb mieszkańców Domu.
10. Zakupy gotówkowe ze środków pieniężnych sum depozytowych mieszkańców potwierdzone są paragonami z kasy fiskalnej, rachunkami imiennymi lub w przypadku zbiorczych zakupów dla wielu mieszkańców – rachunkiem wystawionym na DPS.
11. Dowody księgowe muszą być opisane według zasad ogólnie przyjętych – z podaniem kwoty i imiennego konta obciążającego dokonany zakup.
12. Z konta depozytowego w formie bezgotówkowej (przelew), mieszkaniec (osoba upoważniona, przedstawiciel ustawowy) wyraża zgodę na dysponowanie jego środkami pieniężnymi znajdującymi się w depozycie w celu – np. zapłaty za leki, środki higieniczne, opłaty za pobyt w DPS – na podstawie wyrażonej na piśmie zgody; pisemna zgoda w tym zakresie przechowywana jest w aktach mieszkańca.
13. Mieszkaniec Domu ma prawo upoważnić pracownika Domu lub inną osobę do dokonywania: niezbędnych zakupów służących zaspakajaniu bieżących potrzeb życiowych, do odbioru np. emerytury, renty, zasiłku stałego – zgodnie ze złożonym pisemnym upoważnieniem; pisemne upoważnienie w tym zakresie przechowywane jest w aktach mieszkańca.
14. W przypadku dokonywania zakupów pracownik DPS zobowiązany jest do prowadzenia pisemnej – indywidualnej i imiennej ewidencji, w której prowadzi bieżące rozliczenia gotówki; pisemna indywidualna (imienna) ewidencja w tym zakresie przechowywana jest w aktach mieszkańca.
15. Mieszkaniec może zrezygnować w formie pisemnej z przechowywania pieniędzy w depozycie bez podawania przyczyny; pisemne oświadczenie w tym zakresie przechowywane jest w aktach mieszkańca.
16. Wszystkie oświadczenia, zgody, upoważnienia i oświadczenia dotyczące postępowania z depozytami wartościowymi i pieniężnymi mieszkańców przechowywane są w aktach osobowych mieszkańca prowadzonych przez pracownika socjalnego.

IV TRYB POSTĘPOWANIA Z DEPOZYTEM PO ZMARŁYM MIESZKAŃCU

§7

1. W przypadku śmierci mieszkańca DPS depozyt wartościowy wydaje się jego prawnym spadkobiercom.
2. Podstawę do wydania depozytów stanowi prawomocne sądowe postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku albo notarialny akt poświadczenia dziedziczenia.
3. Osoba odbierająca depozyt (spadkobierca) kwituje odbiór podpisem i wskazując datę.
4. Pracownik socjalny Domu wpisuje czytelnie do księgi depozytów właściwe dane identyfikacyjne osoby uprawnionej do odbioru depozytu

§8

Nie podjęte depozyty pieniężne i wartościowe podlegają likwidacji zgodnie z przepisami ustawy z dnia 18 października 2006 r. o likwidacji niepodjętych depozytów (Dz. U. z 2006 r., Nr 208, poz. 1537 z późn. zm.).

Niepodjęte depozyty w DPS po śmierci mieszkańca.

W przypadku śmierci mieszkańców DPS, którzy pozostawili depozyty, dom pomocy społecznej ma ustawowy obowiązek podjęcia działań prawnych w celu likwidacji depozytów. Trzeba podkreślić, że likwidacja niepodjętego depozytu z mocy prawa następuje w razie niepodjęcia depozytu przez uprawnionego, mimo upływu terminu do odbioru depozytu. W praktyce uprawnioną osobą będzie spadkobierca, który legitymuje się prawomocnym postanowieniem sądu o stwierdzeniu nabycia spadku albo notarialnym aktem poświadczenia dziedziczenia.

Wzór wezwania do odbioru depozytu

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w informuje, że w depozycie tegoż Domu znajdują się środki pieniężne po zmarłej/ zmarłym w kwocie

Działając na podstawie art. 4 ust. 2, art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o likwidacji niepodjętych depozytów (Dz. U. z 2006 r., Nr 208, poz. 1537 z późn. zm.) poszukuje się spadkobierców Ww. i wzywa się Panią/Pana do przedstawienia w Domu Pomocy Społecznej w prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku po albo aktu notarialnego poświadczenia dziedziczenia po Ww.

W przypadku, gdy do spadku powołanych jest kilka osób, w celu odbioru depozytu należy przedstawić pełnomocnictwo w formie pisemnej od pozostałych spadkobierców. Jeśli do spadku powołanych jest kilka osób, a ww. pełnomocnictwo nie zostanie przedstawione, środki depozytowe zostaną wypłacone w odpowiedniej części ustalonego spadkobrania.

Wypłata depozytu nastąpi przelewem na wskazany rachunek bankowy albo w kasie DPS, w terminie 7 dni od doręczenia do tegoż Domu wymaganych dokumentów, stanowiących podstawę ustalenia uprawnień.

Depozyt można odebrać w terminie 3 lat od doręczenia niniejszego wezwania.

W przypadku niepodjęcia wymienionego wyżej depozytu we wskazanym terminie, zostanie on zlikwidowany, co oznacza, że prawo do depozytu przejdzie na rzecz Skarbu Państwa.

UWAGA



W przypadku, gdy do spadku powołanych jest kilka osób, w celu odbioru depozytu należy przedstawić pełnomocnictwo w formie pisemnej od pozostałych spadkobierców. Jeśli do spadku powołanych jest kilka osób, a wymienione wyżej pełnomocnictwo nie zostanie przedstawione, środki depozytowe powinny zostać wypłacone w odpowiedniej części ustalonego spadkobrania.

Terminy w postępowaniu w sprawie niepodjętych depozytów

Termin do odbioru depozytu wynosi 3 lata od dnia doręczenia wezwania do odbioru uprawnionemu lub wezwania, które to wezwanie powinno zostać dokonane według następującej zasady: w przypadku braku możliwości doręczenia wezwania do odbioru depozytu lub nie-

ustalenia uprawnionego, DPS przechowujący depozyt jest obowiązany dokonać wezwania poprzez jego wywieszenie na tablicy informacyjnej w swojej siedzibie na okres 6 miesięcy. Istotne jest, że jeżeli szacunkowa wartość depozytu przekracza kwotę 5.000 zł, przechowujący depozyt zamieszcza również ogłoszenie w dzienniku poczytnym w danej miejscowości lub w Biuletynie Informacji Publicznej.

miejsca. Natomiast w przypadku, gdy uprawniony nie jest znany albo nie jest możliwe ustalenie jego miejsca zamieszkania albo siedziby na podstawie ewidencji, rejestrów lub zbiorów danych, wezwanie do odbioru może nastąpić po upływie 3 lat od dnia złożenia przedmiotu do depozytu.

WAŻNE



Z chwilą likwidacji niepodjętego depozytu na Skarb Państwa przechodzą wszelkie korzyści i ciężary, jakie przyniósł od dnia, w którym znalazł się w dyspozycji przechowującego depozyt.

Depozyt ulegający łatwemu zepsuciu przechowujący depozyt DPS jest obowiązany niezwłocznie sprzedać z wolnej ręki. Natomiast depozyt, którego przechowywanie byłoby związane z kosztami niewspółmiernie wysokimi w stosunku do jego wartości lub nadmiernymi trudnościami albo powodowałoby znaczne obniżenie jego wartości, sąd na wniosek DPS przechowującego depozyt, postanowi sprzedać według przepisów ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1460 z późn. zm.) o egzekucji z ruchomości. Wniosek skierowany do sądu przez DPS rozpoznaje sąd rejonowy właściwy ze względu na miejsce złożenia depozytu, stosując odpowiednio przepisy ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego o postępowaniu nieprocesowym. Warto zauważyć, że suma uzyskana ze sprzedaży wchodzi w miejsce depozytu, po potrąceniu kosztów sprzedaży.

Wzór ogłoszenia w Biuletynie Informacji Publicznej

Miejscowość, dnia

Znak: DPS

OGŁOSZENIE

Dom Pomocy Społecznej w, działając na podstawie art. 6 ust. 5 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o likwidacji niepodjętych depozytów (Dz. U. z 2006 r. Nr 208, poz. 1537 z późn. zm.) - poszukuje spadkobierców i wyzwa do odbioru niepodjętych depozytów po zmarłych Mieszkańcach, według zamieszczonego niżej wykazu:

imię i nazwisko	data zgonu
1.	
2.	
3.	

Wymienione depozyty wchodzi w skład masy spadkowej i będą wypłacone, spadkobiercom - po przedłożeniu w tutszym DPS prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia praw do spadku lub aktu poświadczenia dziedziczenia sporządzonego przez notariusza.

Niepodjęcie depozytu w terminie 6 miesięcy od dnia wywieszenia niniejszego ogłoszenia spowoduje, iż depozyt przejdzie na własność Skarbu Państwa, czy też inną własność - według postanowienia Sądu, zgodnie z obowiązującymi przepisami cytowanej wyżej ustawy.

Termin odbioru depozytu wynosi 3 lata od daty wezwania do jego odbioru, tzn. od dnia niniejszego ogłoszenia wywieszonego na tablicy informacyjnej w DPS w oraz w Biuletynie Informacji Publicznej DPS.

Trzeba zaznaczyć, że DPS przechowujący depozyt jest obowiązany nie tylko wezwać uprawnionego do odbioru depozytu w określonym wyżej 3 letnim terminie, ale także pouczyć go o skutkach jego niepodjęcia. Wezwanie do odbioru depozytu powinno nastąpić niezwłocznie po jego złożeniu lub uzyskaniu wiadomości

o wystąpieniu okoliczności, która umożliwia odebranie tego depozytu. W przypadku, gdy nie jest znane miejsce zamieszkania lub siedziba uprawnionego, przechowujący depozyt występuje do organu prowadzącego właściwą ewidencję, rejestr lub zbiór danych o udzielenie informacji umożliwiających ustalenie tego

Podsumowanie

Likwidację niepodjętego depozytu stwierdza sąd na wniosek DPS przechowującego depozyt. Koszty przechowywania i sprzedaży depozytu oraz utrzymania go w należytym stanie, a także koszty zawiadomień i poszukiwań ponosi uprawniony. Depozyt może być wydany przez DPS po uiszczeniu przez uprawnionego kosztów określonych wyżej zawiadomień i poszukiwań. Depozyt, który przeszedł na własność Skarbu Państwa, przechowujący depozyt przekazuje naczelnikowi właściwego urzędu skarbowego. ●



Wzory pism/przykłady procedur zawarte w artykule - są dostępne w wersji edytowalnej. W razie potrzeby udostępnienia prosimy o kontakt z Redakcją na adres: katarzyna.rozmus@tzm-global.com



Efektywne planowanie aktywności

OSÓB Z DEMENCJĄ



MARZENA WÓJCICKA // założycielka pierwszego niepublicznego Domu Pobytu Dziennego dla Osób z dysfunkcjami neurologicznymi z grupy otępień w Warszawie

DR JOANNA SZCZUKA // psycholog z Oddziału Geriatrii w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie.

Opiekunowie rodzinni i zawodowi osób z demencją codziennie mierzą się z szeregiem wyzwań. Jak mobilizować chorych do treningów pamięci? Jak zmniejszyć ich poczucie izolacji? Skąd wiedzieć, co chorzy jeszcze potrafią, a czego już nie? Jak wesprzeć ich w radzeniu sobie z deficytami pamięci? Jak lepiej ich zrozumieć? Jak się z nimi komunikować? Jak organizować chorym czas wolny, aby był on spędzony wartościowo i przyczyniał się do polepszenia ich samopoczucia? Organizując codzienne aktywności chorego mamy do wyboru szereg możliwości działania. Aby przyniosły one jak najwięcej korzyści chorym, umożliwiając im utrwalanie dobrze zachowanych funkcji oraz poprawiając ich samopoczucie, warto pamiętać o kilku zasadach.

Zasady efektywnej organizacji aktywności chorych:

1 Regularność

Nawet jeśli chorzy nie pamiętają, że aktywność miała miejsce na przykład wczoraj, regularne jej stosowanie zwiększa poczucie stabilizacji i bezpieczeństwa.

2 Koncentracja na zdolnościach

Częstym błędem popełnianym w kontakcie z chorym jest uporczywe skupianie się opiekunów na utrwalaniu zanikających umiejętności. Choroby neurodegeneracyjne mają charakter postępujący. Osoba chora traci z czasem wiedzę nabywaną w ciągu życia oraz swoje umiejętności i zdolności. Jeżeli uświadomimy sobie, że chory nie może być samodzielny w takim

czy innym obszarze, warto jak najszybciej zaakceptować ten fakt i poszukać takich, w których wciąż dobrze sobie radzi i które sprawiają mu przyjemność.

Przykład: uporczywy trening dodawania u chorego, który nie robi już samodzielnie zakupów, nie reguluje rachunków i który demonstruje niechęć do wykonywania działań matematycznych, z wysokim prawdopodobieństwem wywoła w nim frustrację i wycofanie z aktywności.

3 Współtworzenie jak najwyższej jakości życia

Przebieg chorób otępiennych prowadzi do poszerzania zakresu odpowiedzialności i czasu,

który należy poświęcić choremu, aby pozostał aktywny. Wiele osób podejmujących się roli opiekuna nie ma pomysłu, jakie aktywności proponować choremu. Jednocześnie deklarują oni otwartość na podejmowanie działań aktywizujących podopiecznych. Często prowadzi to do przyspieszonego wyłączenia chorego z działań i wyręczania go. Doświadczenie w pracy w Domu Dziennego Pobytu pokazuje, że umiejętności i możliwości chorych są znacząco wyższe, niż nam się to wydaje, a chorzy są chętni do uczestniczenia w aktywnościach. Działania te mają wpływ na jakość życia zarówno chorych jak i ich opiekunów.

4 Efektywna komunikacja z chorym

Komunikacja z chorym to narzędzie pozwalające między innymi orientować się w stopniu zaawansowania choroby. Dzięki regularnej pracy w obszarach komfortowych dla chorego możemy śledzić postęp choroby i planować działania dostosowawcze podtrzymujące dobrą jakość życia.

Z dobrze zorganizowanego czasu płyną korzyści, które przynoszą efekt w postaci dobrego samopoczucia chorych, ale też i opiekunów. Chorzy mają podtrzymane poczucie własnej wartości, sprawstwa i niezależności, a opiekunowie realizują swoje zadania w sposób wywołujący pozytywne reakcje chorych, co wprost przekłada się na ich wspólną relację i atmosferę w domu/ośrodku pomocy.

Rodzaje aktywności, które możemy zaproponować osobom z otępieniem:

5 Treningi poznawcze

Praktycznym celem ich stosowania jest praca na mocnych stronach chorego (zachowanych zdolnościach). Funkcje poznawcze, które warto ćwiczyć z chorym:

a) Koncentracja uwagi

Przykład: W ciągu liter otocz kółkiem wszystkie litery „A”.

b) Pamięć bezpośrednia

Przykład: Zapamiętaj ciąg trzech liter, a potem podaj je wspak.

c) Pamięć trwała

Przykład: Utrwalanie nazwisk znanych piosenkarzy z pokolenia chorego.

d) Zdolności językowe

Przykład: Podaj pięć nazw pojazdów.

e) Orientacja w czasie i przestrzeni

Przykład: W jakim mieście jesteście? Jaki mamy teraz rok?

f) Zdolności manualne

Przykłady: Obrysuj figury, połącz liczby, połącz punkty, pokoloruj rysunek.

Warto wiedzieć:

- Organizując chorym treningi poznawcze, dobrze jest zacząć od tych, które związane są z ich zainteresowaniami i w których czują się pewnie. Przykład: Jeśli nasz bliski lubi ćwiczenia słowne i podróże, można go poprosić o podanie nazw miast. Gdy upewnimy się, że sprawia mu to przyjemność, możemy pójść o krok dalej i zaproponować zadania trudniejsze, z tego obszaru, w którym powoli traci zdolności, ale częściowo są one jeszcze zachowane.
- Zeszyty do treningów są dostępne w sieci internetowej i w stacjonarnych księgarniach.
- Otwórzmy się na inne formy treningu, wykorzystujące narzędzia kojarzące się z czasem wolnym (gry planszowe, puzzle).

6 Utrwalanie czynności życia codziennego

Wraz z postępem choroby osoba z zespołem otępiennym coraz gorzej radzi sobie z codziennymi obowiązkami i ma coraz większy kłopot z wykonywaniem złożonych czynności. Ważne jest, aby chory był jak najdłużej samodzielny i sprawny. Dlatego wsparcie w samodzielnym spożywaniu i przygotowywaniu posiłków, dbanie o higienę i ubieranie się są istotne. Wspierajmy dyskretnie.

Przykład: Jeżeli widzimy, że chory nie operuje już sztuczcami i odmawia jedzenia mięsa (a wiemy, że jest jego amatorem), spróbujmy następnym razem podać mięso pokrojone na kawałki. Chory będzie wtedy dalej ze smakiem jadł za pomocą widelca (co byłoby niemożliwe, gdyby od niego uparcie oczekiwano jedzenia widelcem i nożem).

Warto wiedzieć:

- Trening utrwalania czynności codziennych dobrze jest wykonywać w naturalnych, przyjaznych dla chorego warunkach. Zaproponujmy choremu asystę w łazience i mobilizujmy go do

wykonywania pojedynczych zadań, powtarzając instrukcję i podając proste polecenia i podpowiedzi, na przykład: „Przygotuj sobie ręcznik”, „Przygotuj sobie mydło”. Gdy widzimy, że nie rozumie takich komunikatów, wykorzystujemy naśladownictwo (sami myjemy ręce i pytamy „chcesz mydło?”)

- Jednoelementowe, proste instrukcje uchronią chorego przed bezradnością, dezorientacją i zastanawianiem się „Co mam zrobić?”, „Czego on chce?”. Chory nie jest w stanie zapamiętać kilku poleceń naraz. Często zbyt złożone komunikaty ze strony opiekuna wywołują niepokój i drażliwość chorego, a to może prowadzić do poczucia bezradności i złości opiekuna. Zmiana nawyków komunikacyjnych jest jednym z fundamentów dobrej opieki.

7 Wspólny czas wolny

Kontakty społeczne stanowią dla chorych ogromną wartość. Możemy je budować w oparciu o angażowanie chorego w pomoc innym na tyle, na ile jest to możliwe. Możemy na przykład poprosić o pomoc w ułożeniu materiałów edukacyjnych, nadać tej prostej czynności rangę niesienia pomocy. Dzięki temu chory może poczuć się potrzebny. Z kolei dzięki wspólnym posiłkom – przygotowywaniu ich, spożywaniu i sprzątnięciu po nich, chory ma poczucie, że nadal wykonuje codzienne obowiązki i jest częścią wspólnoty. Wartościowy jest też czas, który chory spędza z innymi osobami w podobnej sytuacji zdrowotnej, czyli na przykład z innymi osobami z zaburzeniami pamięci. Umożliwia to wspólne dzielenie się problemami i daje poczucie, że nie jest się jedynym w takiej sytuacji.

Warto wiedzieć:

- Większość chorych dobrze reaguje na zajęcia muzyczne.
- Ciekawą formą spędzenia wspólnego czasu są gry planszowe. Mogą stać się one dla chorego bezpieczną (bo znaną z dzieciństwa) formą rozrywki, a ponadto pozwalają ćwiczyć szereg funkcji poznawczych (nadążanie za instrukcją, funkcje językowe, wykonywanie poleceń i wiele innych). Są doskonałą formą integracji grupy oraz naturalnym stymulatorem wysiłku umysłowego. Treningi pamięci o formule gry są dużo bardziej komfortowe dla chorych niż klasyczne „odpytywanie”

w konwencji zbliżonej do szkolnego sprawdzania wiedzy. Gra pozwala nawiązać współpracę z najbardziej opornym podopiecznym, co stanowi korzyść dla diagnostów, którzy zderzają się z niechęcią do podjęcia współpracy przez chorego i nie mają możliwości dokonania wartościowego oglądu jego stanu poznawczego.

8 Zajęcia indywidualne

Wielu opiekunów martwi się, że chorzy nie wykazują inicjatywy w podejmowaniu aktywności. Skarżą się na to szczególnie opiekunowie rodzinni, którzy pamiętają swojego bliskiego, gdy ten był w pełni sił i mają trudność z odejściem od postrzegania swoich bliskich przez pryzmat różnic w stosunku do czasu sprzed choroby.

Warto wiedzieć:

- Chory nie traci swoich zainteresowań, ale z racji objawów choroby otępiennej nie pamięta tego, co dotychczas go ciekawiło. Dlatego my opiekunowie dajemy chorym impulsy do działania. Choremu, który uwielbiał chodzić do opery, a teraz traci pamięć i dodatkowo jest le-

Gra „Wrota pamięci” jest realizacją wizji materiału idealnie wspierającego placówkę niosącą pomoc w trybie dziennym osobom z chorobami neurodegeneracyjnymi, jak również specjalistów zajmujących się diagnostyką osób z chorobami otępiennymi. Wykorzystuje dobrze znaną, utrwalaną od najmłodszych lat formę gry planszowej i towarzyszący jej czynnik rywalizacji mobilizujący do wysiłku umysłowego.



żący, przyjemność może sprawić przeglądanie książek o diwie operowej, której występów nie opuszczał przez kilkadziesiąt lat.

- Osoby z chorobami otępiennymi mogą nadal oddawać się swoim pasjom, ale w nowy sposób, dopasowany do ich bieżących możliwości.
- Wielu chorych lubi też zajęcia plastyczne (wycinanie, rysowanie, oklejanie), nawet jeśli nigdy wcześniej ich to nie interesowało.
- Rozwój zainteresowań chorego jest możliwy również w zaawansowanym stadium otępienia. W tym czasie chorzy lubią oglądać obrazki, grupować karty czy układać proste układanki.

Większość opiekunów ocenia chorych przez pryzmat ich wcześniejszych możliwości i tego, co już zostało utracone. Jeżeli nauczą się wykorzystywać to, co było, jako punkt wyjścia do proponowania nowych, prostszych aktywności, będzie im łatwiej organizować wspólny czas oddziałujący na dobre samopoczucie chorego i jego otoczenia. ●

GRA WROTA PAMIĘCI



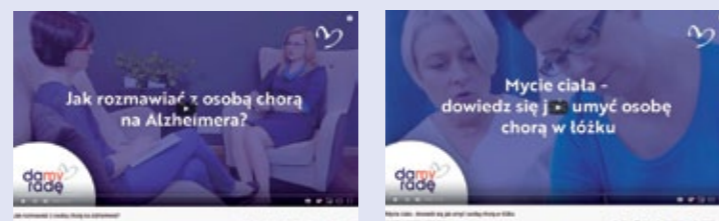
Poza treningiem funkcji poznawczych, celem gry jest budowanie więzi, wzmacnianie relacji, poznanie możliwości i ograniczeń chorego oraz podnoszenie umiejętności komunikacyjnych w rodzinie.

damy radę

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

1. WIDEOWARSZTATY I FILMY INSTRUKTAŻOWE

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



2. BEZPŁATNE PORADNIKI

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

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

Zapraszamy na stronę www.damy-rade.info, gdzie:

- znajdziesz wszystkie wideowarsztaty i filmy instruktażowe
- zamówisz bezpłatne poradniki

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

www.youtube.com/DamyRadeinfo



Organizator:



Razem Zmieniamy Świat

Partner:



Lekkie nieutrzymanie moczu - TO TEŻ PROBLEM!

LESZEK GUGA // psycholog, Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat

Bardzo trudno jest podać konkretne liczby mówiące o tym jak częste jest występowanie nieutrzymania moczu (NTM). Na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat wykonano wiele badań klinicznych, których rozpiętość wyników zaczyna się od kilkunastu procent do takich, które mówią, że problem ten dotyka niemalże co drugą osobę. Przyczyn tych rozbieżności szukać można w różnych definicjach ntm, różnych kwalifikacjach początku problemu, a także metod badania i grup badawczych.

Nawet, jeśli trudno jest na podstawie tego wyciągać wnioski, to jednej rzeczy można być pewnym – niezależnie od wyniku najważniejszym czynnikiem mającym wpływ na pojawienie się nieutrzymania moczu jest wiek.

Mały problem, duży kłopot

Mogłoby się wydawać, że na tle osób z ciężkim nieutrzymaniem moczu, którzy przeważają wśród podopiecznych domów pomocy społecznej, osoby z lekkim nieutrzymaniem moczu nie wymagają tak wiele uwagi. Jak to zwykle w życiu bywa – odpowiedź nie jest taka prosta.

Lekkie nietrzymanie moczu, może być bardzo kłopotliwe i to z przynajmniej kilku względów. Truizmem jest, że nietrzymanie moczu to wstydlivy temat, ale dla każdej osoby, która go doświadcza, to jej własna indywidualna historia. Poczucie utraconej kontroli nad czynnością fizjologiczną może być naprawdę trudnym doświadczeniem. Doświadczeniem wstydlivym i kojarzącym się z wieloma negatywnymi rzeczami. To sprawia, że częstą reakcją jest ukrywanie problemu lub negowanie go – „to jeszcze nic poważnego, co z tego że czasem odrobinę popuszczę”. To prowadzi do radzenia sobie z problemem różnymi metodami zastępczymi. Jest przynajmniej kilka powodów dla których sięgnięcie po inne środki niż produkty chłonne nie jest dobrym rozwiązaniem. **Żadne z tego typu rozwiązań nie zapewnia odpowiedniej chłonności.** Dobrym punktem odniesienia są tutaj podpaski, których często używa się jako pierw-

Rozwiązaniem wspierającym leczenie jest zastosowanie wkładek urologicznych. Łatwo włączyć je w codzienność mieszkańca. Podobnie jak majtki chłonne oraz pieluchomajtki są objęte refundacją, więc można zmniejszyć koszt z tym związany.

szego produktu mającego poradzić sobie z pojawieniem się nietrzymania moczu. Podczas obfitego okresu utrata krwi wynosi kilkadziesiąt mililitrów, tymczasem pojedyncze oddanie moczu będzie wahać się od kilkunastu, kilkadziesięciu mililitrów do wartości przekraczających dwieście. To ilość moczu jakiego podpaska nie będzie w stanie przyjąć. Inne metody,

jak umieszczenie w bieliznie kawałków papieru toaletowego, ligniny to jeszcze gorsze rozwiązanie. Oznacza nie tylko niewystarczającą chłonność. Przekłada się ona na brak suchości, przez co miejsca intymne mają ciągły kontakt z moczem i namnażającymi się w nim bakteriami, a to jest częstą

przyczyną infekcji i nieprzyjemnego zapachu.

Wizyta u specjalisty na początek

W takiej sytuacji warto reagować jak najszybciej. Pierwszym krokiem na pewno powinna

Wkładki urologiczne Seni Lady

Seni Lady Normal



Seni Lady Extra



Seni Lady Extra Plus



Seni Lady Super



Seni Lady Plus

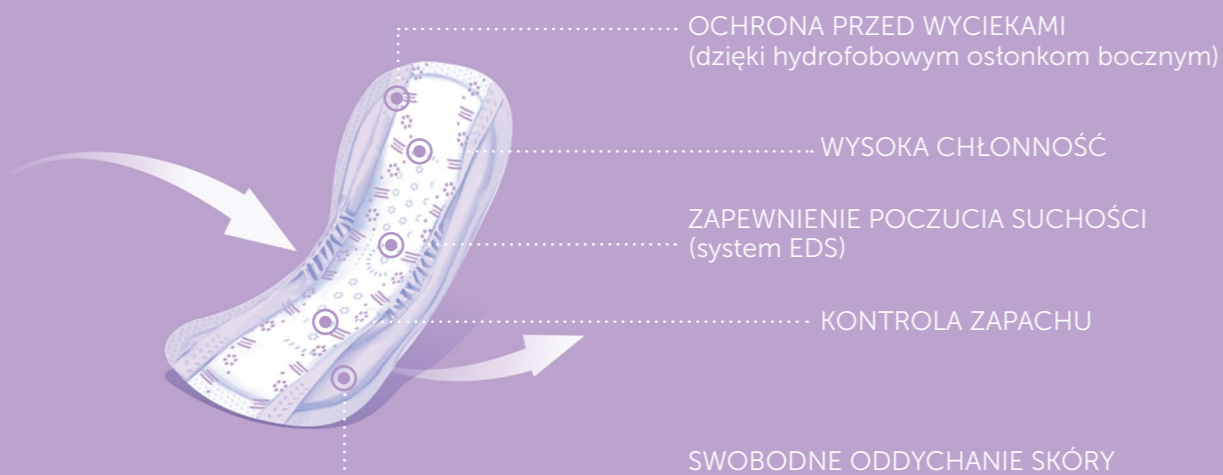


być konsultacja z lekarzem, urofizjoterapeutą lub fizjoterapeutą. Nietrzymanie moczu może być objawem poważniejszych problemów i warto reagować na tego typu sygnały tak wcześnie jak to tylko możliwe. Niezależnie od przyczyny, odpowiednio prowadzone leczenie, wsparte dobrze dobraną aktywnością fizyczną może sprawić, że nietrzymanie moczu będzie postępować znacznie wolniej.

Rozwiązaniem wspierającym leczenie jest zastosowanie wkładek urologicznych. Łatwo włączyć je w codzienność mieszkańca. Podobnie jak majtki chłonne oraz pieluchomajtki są objęte refundacją, więc można zmniejszyć koszt z tym związany. Choć wyglądają jak zwykłe podpaski, są zbudowane inaczej i zapewniają kilkukrotnie lepsze zabezpieczenie w porównaniu do innych sposobów radzenia sobie z nietrzymaniem moczu.

Podstawową różnicą jest nie tylko lepsza chłonność, ale przede wszystkim inaczej zbudowany wkład chłonny, który pozostaje suchy i ogranicza nie tylko kontakt miejsc intymnych z moczem, ale również zapobiega powstawaniu nieprzyjemnego zapachu. Ogromną przewagą wkładek w porównaniu do innych sposobów radzenia sobie z nietrzymaniem moczu jest to, że są dodatkowym zabezpieczeniem, które w żaden sposób nie ogranicza samodzielności osoby, która je nosi. Dobierając produkt chłonny dla osób z lekkim nietrzymaniem moczu zależy nam na tym, żeby były one w stanie dalej samodzielnie korzystać z toalety. Dzięki temu, że wkładki urologiczne są klejane do bielizny, wizyta w toalecie nie wymaga od nich żadnych dodatkowych czynności. Co więcej, produkty są dyskretne, niewidoczne pod ubraniem i przekonanie do ich noszenia

Wkładki urologiczne Seni Lady to:



Majtki chłonne Seni Active to:



WYGODA PODCZAS ŚCIĄGANIA ZUŻYTEGO WYROBU (mają rozrywane szwy boczne)

OPTYMALNE DOPASOWANIE DO CIAŁA (są elastyczne na całym obwodzie)

SWOBODNE ODDYCHANIE SKÓRY

ZABEZPIECZENIE PRZED PRZECIEKANIEM (dzięki hydrofobowym ostonkom bocznym)

REDUKCJA NIEPRZYJEMNEGO ZAPACHU MOCZU (Odour stop)

WYSOKA CHŁONNOŚĆ, SYSTEM SZYBKIEGO ROZPROWADZANIA WILGOCI (EDS)

○ KOMFORT UŻYTKOWANIA (są miękkie i delikatne w dotyku, nie szeleszczą)

○ MINIMALIZACJA RYZYKA REAKCJI ALERGICZNYCH

Majtki chłonne Seni Active



może być znacznie łatwiejsze. Wkładki urologiczne oferują chłonności odpowiednio dla osób z lekkim i średnim nietrzymaniem moczu. Kiedy problem się pogłębia, albo tymczasowo, kiedy potrzebne jest dodatkowe zabezpieczenie (np. na noc lub podczas dłuższego wyjścia), uzupełnieniem dla nich mogą być majtki chłonne. Są dyskretne, niewidoczne pod ubraniem a oferują znacznie większą

chłonność, kiedy jest ona potrzebna. To może mieć znaczenie dla samopoczucia mieszkańca – część osób, które nie dadzą przekonać się do noszenia wkładek, może być bardziej skłonnych do noszenia majtek chłonnych. Może im bardziej odpowiadać taka forma produktu chłonnego, mogą czuć się pewniej mając na sobie większy produkt, albo mieć inne powody. Warto o tym rozmawiać i skoro jest to

kwestia indywidualna – warto podchodzić do tej sprawy indywidualnie.

Jak przekonać?

Przekonanie do noszenia wkładek lub innych produktów chłonnych może być trudne, nietrzymanie moczu samo w sobie może już być wstydliwe, przyznanie się do problemu kłopotliwe, ale noszenie wkładek – to może być o „krok za daleko” dla części mieszkańców.

Przecież nic się nie dzieje i kilka kropel tu i tam, to jeszcze nie powód żeby nosić pieluchy! Szczególnie trudne może być przekonanie panów, którzy nigdy nie korzystali z podpasok i noszenie wkładek może być dla nich nie-męskie, nieprzyjemne i ogólnie – nie w porządku. Dlatego, tak ważne, żeby nie używać słów „pampers”, „pieluszka”, które kojarzą się z dziećmi, a lepiej produkt chłonny, specjalistyczna wkładka, majtki jednorazowe/chłonne.



Nietrzymanie moczu jest częstsze niż myślisz.

Nietrzymanie moczu zdarza się mniej-więcej co czwartej osobie. Rozumiem, że się wstydzisz, ale możemy sobie z tym poradzić i absolutnie naturalne jest to, że skorzystasz z czegoś co pozwoli Ci lepiej radzić sobie z tym problemem, zapachem i uczuciem wilgoci..

Nie powstrzymuj się przed piciem.

Może Ci się wydawać, że jeżeli będziesz mniej pić to sytuacje kiedy nie trzymasz moczu będą zdarzać się rzadziej. Nie jest to prawdą. Im mniej pijesz, tym bardziej podrażniony będzie Twój pęcherz i incydenty nietrzymania moczu będą częstsze.

Wkładka jest tylko dodatkowym zabezpieczeniem.

Wiem, że to drobiazg i tylko od czasu do czasu zdarza się odrobinę popuścić. Wiem, że możesz sobie bardzo dobrze poradzić i nie potrzebujesz pomocy, ale wkładka jest czymś co możesz nosić na wszelki wypadek. Może będziesz czuć się spokojniej wiedząc, że nawet jeśli przydarzy Ci się wypadek nietrzymania moczu – wkładka sobie z tym poradzi.

Na próbę.

Mam wrażenie, że ostatnio masz problem z dotarciem do toalety na czas. Może wypróbujesz produkt, który zabezpieczy ubranie? Najważniejsze, żebyś nie martwiła się, że nie zdążysz do toalety. Wygląda jak podpaska, których używałaś, ale nieporównywalnie lepiej radzi sobie z moczem i jego zapachem. Nie będziesz też czuć wilgoci na skórze.

Wkładka jest dobrym rozwiązaniem dla Ciebie.

Widzę, że ostatnio nie bierzesz udziału w zajęciach, które tak lubiłeś. Wiesz, że są specjalne wkładki dla mężczyzn przystosowane do Twojej budowy ciała? Możesz nosić je w swojej bieliznie i nikt nawet nie zauważy że z nich korzystasz.

To jest twoja decyzja.

Uważam, że noszenie wkładek może być dla Ciebie dużym ułatwieniem, ale to jest Twoja decyzja. Czy wolisz mniejsze, cieńsze wkładki, czy też bezpieczniej i pewniej będziesz się czuć z większą wkładką, która w razie czego będzie w stanie poradzić sobie w sytuacji kiedy zdarzy Ci się popuścić nieco więcej? Powiedz mi co jest dla Ciebie ważne.



Wiele osób może nie czuć potrzeby dodatkowej ochrony. Zmysły osłabiają się naturalnie z wiekiem i mogą powodować że senior nie czuje zapachu moczu i zabrudzonego ubrania. Nawet, jeśli mają świadomość, że przydarzył im się wyciek moczu, mogą go bagatelizować. W takiej sytuacji będą przekonani że ochrona przed nietrzymaniem moczu jest niepotrzebna, bo dobrze go ukrywają.

Rozmowa i współdecydowanie mogą ułatwić przekonanie do korzystania z produktów chłonnych. Kluczowe jest tutaj wskazanie zalet korzystania z produktu i unikanie krytykowania osoby za problem, z którym nie może sobie poradzić. Potrzebna jest spokojna, delikatna i rzeczowa rozmowa i nie rezygnowanie przy pierwszej odmowie. ●



Szanowni Państwo,
zapraszamy do korzystania z ćwiczeń i łamigłówek.
Wytnij, skseruj i rozdaj swoim podopiecznym podczas terapii zajęciowej. Udałej zabawy!



1. ZNAJDŹ SŁOWA PRZECIWSTRAWNE

L.P.	Słowo	Słowo przeciwstawne
1	DUŻY	
2	ZIMNY	
3	TWARDY	
4	SŁONECZNY	

2. ODPOWIEDZ NA PYTANIA

a) Mleko daje?

.....

b) Mąka robi się w?

.....

c) Jest kwaśna i często dodawana do herbaty

.....

3. OBLICZ W PAMIĘCI I WPISZ PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEŹ

$10 + 10 = \dots\dots\dots$

$63 + 5 = \dots\dots\dots$

$32 + 8 = \dots\dots\dots$

$74 + 4 = \dots\dots\dots$

$90 - 10 = \dots\dots\dots$

$13 + 5 = \dots\dots\dots$

$30 + 20 = \dots\dots\dots$

$17 - 8 = \dots\dots\dots$

seni®

wspiera w profilaktyce odparzeń i odleżyn



+



Więcej na seni.pl