

Forum Opieki Długoterminowej

ISSN 1643-1308 nakład 3000 egz.

medi



nr 3 (93) czerwiec 2024



PRZYMUS BEZPOŚREDNI

Higiena rany

MKOD 2024

Na stronie www.damy-rade.info

1. znajdź porady, filmy i wideowarsztaty



2. zamów bezpłatny Poradnik

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

3. weź udział w bezpłatnych szkoleniach online

Wśród tematów znajdziesz między innymi:

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



KONTAKT

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



Szanowni Państwo, Drodzy Czytelnicy!

Niewątpliwie sektor opieki długoterminowej ulega zmianie, pojawiają się nowe perspektywy dla organizatorów pomocy społecznej. Bieżące wydanie otwieramy artykułem Grzegorza Baranowskiego, który podpowiada możliwe kierunki nadchodzących zmian.

Jednym z trudniejszych wyzwań opieki długoterminowej jest komunikacja z mieszkańcami i ich rodzinami. Jak sobie radzić z tzw. trudnym klientem? Na to pytanie odpowie Marzena Grochowska w artykule Książka skarg i zażeń: co trzeba wiedzieć o wymagającym kliencie opieki.

Zaopiekujemy się opieką długoterminową – to temat tegorocznej 26. Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej, która odbędzie się w Toruniu już w dniach 17-19 września 2024 r. Więcej informacji znajdą Państwo na stronie mkod.pl. W dziale Prawo Michał Bochenek szczegółowo analizuje temat przymusu bezpośredniego w instytucjach opieki długoterminowych. Ten temat wzbudza sporo kontrowersji, dlatego polecamy Państwu analizę zagadnienia z perspektywy prawnika.

W dziale Psychologia proponujemy Państwu artykuł dotyczący traumy transferowej i stresu związanego ze zmianą miejsca zamieszkania – jak prawidłowo diagnozować i jak pomóc w tym procesie podpowiada Monika Karwacka.

Niejednokrotnie na łamach Medi pisaliśmy o wyzwaniach w opiece i pielęgnacji oraz rozwiązaniach, które mają tę opiekę ułatwić, dlatego w bieżącym wydaniu podpowiadamy nowoczesne rozwiązania na usunięcie plam i zapachu moczu. W aktualnym numerze kontynuujemy cykl Vademecum rany, autorka Katarzyna Malinowska zdradza sekrety optymalnej higieny rany.

Szanowni Czytelnicy, zapraszamy do lektury wszystkich artykułów oraz wyrażenia własnej opinii pisząc maila na adres: fundacja@tzmo-global.com

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

FOTO:

materiały własne oraz Freepik

ADRES REDAKCJI:

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

PRENUMERATA:

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

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

Wyzwania opieki długoterminowej

- 5 Nowe perspektywy dla Domów Pomocy Społecznej
Grzegorz Baranowski
- 8 Książka skarg i zażaleń: co trzeba wiedzieć o wymagającym kliencie opieki
Marzena Grochowska
- 10 MKOD 2024 – program

Prawo

- 12 Przymus bezpośredni wobec mieszkańców DPS lub pacjentów ZOL – zagadnienia prawne
Michał Bochenek

Psychologia

- 18 Trauma transferowa i stres związany ze zmianą miejsca zamieszkania
Monika Karwacka
- 23 W jaskini przetrwali najzyczliwsi – o roli empatii, życzliwości i dobrostanu w Domu Pomocy Społecznej
Marzena Grochowska

Zdrowie

- 26 Pneumokoki w opiece instytucjonalnej
Aleksander Biesiada

Opieka

- 30 Seni Fresh nowoczesny sposób na usunięcie plam i zapachu moczu
Katarzyna Kaliszewska

Pielęgnacja

- 32 Vademecum rany: Bezpieczna czystość – sekrety optymalnej higieny ran
Katarzyna Malinowska

Dobre praktyki

- 38 22. Turniej Piłki Nożnej Osób Niepełnosprawnych Seni Cup – reportaż

Nowe perspektywy – DLA DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ

GRZEGORZ BARANOWSKI // Fundacja LIBERTATEM

Nowelizacja ustawy o pomocy społecznej, która została dokonana przez Sejm RP, za pomocą „ustawy z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw” (Dz.U. 2023 poz. 1693), niesie ze sobą szereg działań zmierzających do zmiany sposobu funkcjonowania systemu pomocy społecznej. Organizatorzy pomocy społecznej, szczególnie osoby zarządzające domami pomocy społecznej, dostrzegają w tych przepisach pierwszy krok do zmiany sposobu funkcjonowania jednostek opieki całodobowej, czyli poszerzenia sposobu ich działalności o nowe usługi – tj. świadczone dla osób niezamieszujących w tych placówkach. W ten sposób metodą ewolucji odbywa się zmiana sposobu funkcjonowania domów pomocy społecznej i tworzenie z nich tzw. centrum opieki środowiskowej,

w których opieka całodobowa będzie jednym z rodzajów usług, ale nie jedynym. Zapisy zwiastujące ten rodzaj zmiany są znane już wcześniej, bo zarówno przyjęta w 2021 r. Aktualizacja Krajowego Programu Przeciwdziałaniu Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu jak i przyjęta przez Rząd RP, w 2022 r. – Strategia Rozwoju Usług Społecznych, zapowiadały taki kierunek zmian. Co zatem zmienia się w systemie usług domów pomocy społecznej?

Pobyty krótkoterminowe całodobowe i dzienne w DPS

Do realizacji tego zadania wymagana jest współpraca międzyinstytucjonalna, domu pomocy społecznej, organu prowadzącego oraz gmin, gdyż tylko współpraca tych trzech podmiotów gwarantuje sukces w realizacji zadania.

Pobyt krótkoterminowy całodobowy wymaga dokonania zmian w sposobie funkcjonowania jednostki. Zmiany muszą mieć charakter formalny oraz organizacyjny, a także powinien zostać zmieniony regulamin organizacyjny jednostki. Zarządzający DPS podejmując decyzję, o utworzeniu miejsc opieki krótkoterminowej, musi podjąć decyzję czy tworzy je poprzez przekształcenie istniejących już w domu miejsc statutowych, czy też tworzy zupełnie nowe miejsca. W przypadku pierwszego rozwiązania sprawa wydaje się dużo łatwiejsza, gdyż wymagane jest tylko wydzielenie miejsc (wskazanie konkretnego pokoju), w ramach których realizowana będzie opieka krótkoterminowa i wydzielenie personelu (poprzez oddelegowanie, zatrudnienie nowych realizatorów lub inny sposób, np. umowy cywilno – prawne). Wskaźnik zatrudnienia dla tej części działalności wynosi 0,40. W przypadku utworzenia nowych miejsc sprawa się komplikuje, gdyż wymagane jest sprawdzenie przez organ wojewody, standardu dla nowych miejsc. Ustawodawca przewidział, iż standard usług opieki krótkoterminowej musi być tożsamy dla typu domu, w którym są realizowane. Pobyt o charakterze całodobowym, przez okres maksymalnie 30 – 60 dni w roku.

W przypadku usług pobytu krótkoterminowego dziennego, podmiot prowadzący musi przygotować zaplecze do realizacji tych usług, zgodne ze standardem. Standard dla usług dziennych wymaga wydzielenia jednego pomieszczenia (spełniającego funkcje pokoju dziennego, jadalni – o wielkości co najmniej 4m² na osobę), pokoju do odpoczynku wyposażonego w miejsca dla odpoczynku, sanitariatów damskich i męskich, przy czym

Rolą podmiotu prowadzącego jest określenie kosztu usługi zarówno w przypadku pobytów dziennych jak i całodobowych, a koszt w żaden sposób nie musi być tożsamy z kosztem miesięcznym utrzymania w DPS. Usługi pobytu krótkoterminowego dziennego i całodobowego są zadaniem własnym gminy, zatem nie mają charakteru obowiązkowego. Dlatego w przypadku realizacji tych form usług, rolą gminy jest nawiązanie współpracy z DPS, przeprowadzenie postępowania w sprawie przyznania świadczenia, wydanie decyzji przyznającej świadczenie. Źródłem finansowania usług są środki prywatne osób korzystających z usług, środki własne gminy, programy, w tym opieka wytchnieniowa oraz projekty unijne. Uproszczone maksymalnie sposób administrowania tymi świadczeniami, gdyż nie przeprowadza się wywiadu środowiskowego, a deklaracja ponoszenia przez zainteresowanego pełnej odpłatności zwalnia z ustalania dochodu.

Rozwój mieszkalnictwa treningowego i wspomaganego

Nowelizacja ustawy przeprowadziła też reformę systemu mieszkań chronionych, poprzez przekształcenie ich w formy mieszkalnictwa wspomaganego i treningowego. Ustawodawca przewidział, iż mieszkalnictwo może być prowadzone przez każdą jednostkę organizacyjną pomocy społecznej, w tym domy pomocy społecznej. Należy jednak pamiętać, iż formy mieszkalnictwa treningowego i wspomaganego w ramach struktury organizacyjnej domu pomocy społecznej, powinny być tworzone w innych budynkach niż budynki, w których prowadzona jest zbiorowa opieka całodobowa.

mieszkalne – wielorodzinne. Pomocnym w tym zakresie będzie Rozporządzenie Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie.

W przypadku gdy DPS chce skorzystać ze wsparcia środków Unii Europejskiej w celu utworzenia mieszkania treningowego lub chronionego, należy pamiętać, iż zapisy Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027 – Sekcja 4.3.3. Usługi w mieszkaniach nie pozwalają na zlokalizowanie mieszkalnictwa treningowego i chronionego na nieruchomości, w której znajduje się placówka opieki instytucjonalnej (m.in. dom pomocy społecznej). Standard dla prowadzenia mieszkań został określony przez rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 30 października 2023 r. w sprawie mieszkań treningowych i wspomaganych (Dz.U. 2023 poz. 2354).

Warto zwrócić uwagę na bardzo ważny aspekt zmian w zakresie ponoszenia kosztów pobytu w mieszkalnictwie dla osób opuszczających DPS celem przygotowania do niezależnego życia. Zgodnie z art. 53 ust. 10a ustawy o pomocy społecznej, gminą kierującą tego mieszkańca do mieszkania treningowego lub wspomaganego, przez okres 3 lat od daty uchylecia decyzji kierującej do domu pomocy społecznej, jest gmina, która skierowała go do domu pomocy społecznej, co oznacza, iż to ona jest zobowiązana do ponoszenia odpłatności za pobyt w mieszkaniu.

Przyjęcie ewolucyjnego, nie zaś rewolucyjnego sposobu dokonywania zmian w systemie pomocy i integracji społecznej jest krokiem w dobrą stronę ze strony Resortu Rodziny. Jednakże całe środowisko pomocy społecznej czeka na zasadniczą zmianę systemu lub przynajmniej wskazanie drogi dochodzenia do rozwiązań systemowych. ●



LIBERTATEM

PORADNIK MANAGERA USŁUG SPOŁECZNYCH

Jak utworzyć miejsca krótkoterminowe w Domu Pomocy Społecznej

KROK 01 podjęcie decyzji

Po pierwsze decyzja. Przemyślana, uzgodniona z organem prowadzącym (samorządem lub organem stanowiącym w NGO). Zdecydujesz czy prowadzisz miejsca dzienne czy całodobowe. Decyzja w tym kierunku powoduje, iż musisz zabiegać o klienta. Partnerem w tym zakresie będą zawsze GMINY!!!



KROK 02 uchwała ustalająca koszt

Organ prowadzący musi podjąć decyzję o koszcie osobodnia w ramach oferowanych miejsc. Musisz obliczyć ten koszt, biorąc pod uwagę wszystkie koszty tej formy usług, w tym np. gotowość - przy braku klientów. Gminy nie będą płacić za tzw. gotowość, tak więc ryzyko jest ponoszone przez Twoją jednostkę.



KROK 03 przekształcenie czy utworzenie?

Możesz przekształcić miejsca statutowe lub utworzyć nowe w pobycie całodobowym. W przypadku pobytów dziennych musisz je utworzyć, ponieważ do tej pory DPS nie realizował tej formy usług. Pamiętaj musisz zgłosić swoją działalność do Wojewody.



KROK 04 źródła finansowania

Źródłem finansowania jest zawsze Gmina. To ona przeznacza na ten cel własne środki lub środki osoby korzystającej, a także środki z projektów, programów, itp. Pobyt krótkoterminowy jest zawsze poprzedzony decyzją przyznającą tą formę pomocy przez Gminę.



DLATEGO MUSISZ NAWIĄZAĆ KONTAKT Z OPS W GMINACH.

WWW.FUNDACJALIBERTATEM.PL

JEŻELI TWÓJ DPS ZMIERZA DO ZMIANY SPOSOBU FUNKCJONOWANIA I REALIZOWANIA USŁUG – eksperci Fundacji LIBERTATEM pomogą Ci przeprowadzić ten proces.

ZADZWOŃ: 517 418 928

NAPISZ: biuro@fundacjalibertatem.pl

ilość osób na sanitariat nie może przekroczyć 10. Wymagana jest również szatnia z odpowiednią dla ilości osób liczbą szafek. Wskaźnik zatrudnienia wynosi 0,2. Pobyt dzienny musi trwać od 4 do 12 godzin dziennie, przez maksymalnie 30 – 60 dni w roku.

Aby przekształcić obecne pomieszczenia DPS na mieszkania treningowe lub wspomagane należy spełnić wiele warunków formalno-prawnych, w tym w zakresie zmiany sposobu użytkowania budynku, gdyż budynki DPS to tzw. obiekty zbiorowego zamieszkania, nie zaś budynki

Książka skarg i zażaleń:

CO TRZEBA WIEDZIEĆ O WYMAGAJĄCY KLIENCIE OPIEKI



MARZENA GROCHOWSKA // brainolog

Praca w domu pomocy społecznej to wyjątkowe wyzwanie, wymagające wrażliwości, empatii i szczególnych umiejętności komunikacyjnych. Jednym z aspektów, który często pojawia się w codziennej pracy, jest trudność w świadczeniu opieki nad roszczeniowym klientem opieki czasem będzie to mieszkaniec, a czasem jego rodzina. Klienci opieki, bo tak należy o nich mówić mogą regularnie zgłaszać skargi, zażalenia lub oczekiwać na spełnienie swoich często nieuzasadnionych potrzeb w sposób natychmiastowy.

Kim jest roszczeniowy klient? A czym jest roszczenie?

W kontekście opieki społecznej roszczeniowy klient to osoba, która regularnie zgłasza lub straszy, że zgłosi skargi, zażalenia lub domaga się spełnienia swoich potrzeb w sposób, który może być postrzegany jako nadmierny lub nierealny. Te potrzeby mogą dotyczyć opieki, uwagi, czy nawet wymagań materialnych.

Według słownika języka polskiego roszczeniowy to «wyrażający się w nieuzasadnionych lub nadmiernych żądaniach». W dużym więc uproszczeniu człowiek roszczeniowy uważa, że mu się należy, ale zapytany z jakiego tytułu, nie jest w stanie udzielić obiektywnego wyjaśnienia.

Chcąc bazować na swoim doświadczeniu pracy w DPS na potrzeby tego artykułu pokuszę się o zbudowanie dwóch profili osobowości, które pretendują do miana – trudny mieszkaniec lub roszczeniowy klient opieki.

Profil nr 1 to Mieszkaniec – często i niejednokrotnie przywieziony z interwencji, nieposiadający żadnych dóbr materialnych, wymagający na wstępnym etapie pobytu kompleksowej opieki i pielęgnacji, skrajnie zaniedbany często skłócony z rodziną, niejednokrotnie z problemem alkoholowym lub i bezdomny. Często, choć podkreśla nie zawsze, po okresie adaptacji ze współpracującym

mieszkańca przemienia się w roszczeniowego, kłóliwego i agresywnego mieszkańca. „Mi się należy, za moje pieniądze tu pracujesz, gdyby nie ja nie miałibyście pracy” – te i nieco bardziej odważne zdanie słyszy personel z ust mieszkańca. Często ten profil mieszkańca obraża innych mieszkańców, stosuje względem nich mowę nienawiści i w „nagrodę” rozgaszca się w pokoju jednoosobowym niczym w hotelowym pokoju all inclusive.

Profil nr 2 Rodzina mieszkańca. Tu zastosuję subtelny zabieg semantyczny: „To rodzina, która oddała matkę, ojca, brata czy innego członka rodziny do domu starców”. Oddała ze słowami – jedziesz do sanatorium jak się podkurujesz to wrócisz do domu – co na samym starcie jest okrutną manipulacją ze strony rodziny. Nie, nie powierzyła pod opiekę w domu pomocy – oddała do domu starców. Jeśli się kogoś „oddaje” to z pewnością rodzi to poczucie winy, a to z kolei może indukować roszczeniową postawę w stosunku do personelu, który zdaniem rodziny:

- a) się na niczym nie zna, więc trzeba składać na niego skargi,
- b) wszystko robi źle, więc nadaje się tylko do zwolnienia,
- c) „a mama ciągle chodzi w tych samych ubraniach, że o bałaganie w szafie nie wspomnę”.

Ten profil nie buduje mostu do sprawowania opieki i może wpędzać personel w poważne tarapaty. Jak chociażby samowolne ordynowanie i zmiany opatrunków specjalistycznych czy podawanie mieszkańcowi niezgodnych z dietą posiłków przywiezionych przez rodzinę.

Jak pracować z roszczeniowym klientem?

5 kluczowych kroków

- **Pierwszym krokiem** w obsłudze roszczeniowego klienta jest wykazanie **empatii i zrozumienia** dla jego potrzeb i stanu emocjonalnego. Ważne jest, aby klient poczuł, że jest wysłuchany i doceniony. Personel domu pomocy społecznej powinien być odpowiednio przeszkolony w obsłudze roszczeniowych klientów, aby potrafili skutecznie radzić sobie z trudnymi sytuacjami i unikać ewentualnych konfliktów.
- **Krok nr 2** to klarowna komunikacja. Niezrozumienie oczekiwań klienta może prowadzić do frustracji po obu stronach. Dlatego ważne jest, aby jasno komunikować się z klientem i wyjaśniać, co jest możliwe, a co nie, zgodnie z procedurami i zasadami domu pomocy społecznej.
- **Krok 3** to ustalenie realistycznych oczekiwań. Współpraca z roszczeniowym klientem wymaga czasem wyjaśnienia, że nie wszystkie oczekiwania mogą zostać spełnione natychmiastowo lub w peł-

ni. Ważne jest, aby klient zrozumiał realia funkcjonowania domu pomocy społecznej. Tu z pomocą przychodzi karta praw i obowiązków mieszkańca i potrzeby wynikające z realizacji indywidualnego planu wsparcia.

- **Krok 4** to dokumentacja. Istotne jest prowadzenie dokładnej dokumentacji nie tylko skarg i zażaleń zgłaszanych przez klientów, ale też ich postaw i niejednokrotnie agresywnych zachowań. To taka broń obosieczna, którą personel może się bronić w przypadku konfrontacji czy okazać na żądanie innych organów. Skrzynka na anonimowe zgłoszenia jest dobrym pomysłem, by problem zatrzymać jeszcze na terenie domu pomocy niż narażać się na kontrolę z urzędu w przypadku kiedy skarga zostanie złożona właśnie tam. Wprowadzenie takiego systemu, gdzie każde zgłoszenie jest rejestrowane, może pomóc w śledzeniu trendów i podejmowaniu działań naprawczych, jeśli takowe należałoby podjąć ze strony personelu.
- **Krok 5** Zapewnienie działania korekcyjnego. Gdy skarga jest uzasadniona, ważne jest podjęcie działań korygujących i zapewnienie klientowi, że jego uwagi są traktowane poważnie.

Praca z roszczeniowym klientem w domu pomocy społecznej może być wyzwaniem, ale także szansą na budowanie trwałych relacji opartych na wzajemnym szacunku i zrozumieniu. Poprzez empatyczną komunikację, klarowne ustalenie oczekiwań oraz odpowiednie zarządzanie skargami i zażaleniami, można stworzyć atmosferę, w której każdy klient czuje się szanowany i wysłuchany. Ważne jest, aby w początkowym etapie pobytu w okresie adaptacji mieszkaniec miał jasną sytuację gdzie jest i jak będzie od teraz wyglądać jego życie. Dzięki temu personel będzie mógł bezpiecznie i bez przeszkód realizować powierzone działania terapeutyczne opiekuńcze.

Najlepszym zakończeniem tego artykułu niech będzie ta oto bajka Ezopa z Grecji

Pewnego dnia słońce i wiatr mocno kłóciły się ze sobą, kto jest silniejszy. Wiatr powiedział: «Widzisz tego starego człowieka w płaszczu? Zatożę się, że potrafię zderzyć z niego ten płaszcz szybciej niż ty». Słońce schowało się więc za chmurami, a wiatr zaczął wiać mocniej i mocniej, aż przybrał siłę huraganu. Jednak im mocniej wiatr zrezygnował i uciął. Wtedy słońce wyszło zza chmur i uśmiechnęło się przyjaźnie do człowieka. Natychmiast otarł czoło i zdjął płaszcz. Słońce udowodniło wiatrowi, że delikatność i przyjazne podejście są zawsze silniejsze niż furia i siła.

26.

Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej

17 – 19 WRZEŚNIA 2024, TORUŃ



ZAOPIEKUJMY SIĘ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ!

W opiece długoterminowej stykają się potrzeby wielu interesariuszy: podopiecznych, pacjentów, opiekunów, państwa i samorządów, rodzin i całego społeczeństwa. Kluczowym wyzwaniem staje się poszukiwanie takich rozwiązań, które pozwolą na zaspokajanie tak zróżnicowanych potrzeb. Powinno jednak temu towarzyszyć koncentrowanie się na oczekiwaniach jednostki i uwzględnianie przemian w filozofii oraz kulturze organizacyjnej opieki długoterminowej.

Czy jest jeden sprawdzony model organizacji opieki długoterminowej? W jaki sposób uwzględniać różnice kulturowe, zasobność finansową państwa i inne czynniki tak, aby wdrażać zmiany optymalnie dopasowane do uwarunkowań?

Pora na zaopiekowanie się opieką długoterminową poprzez wskazanie najlepszych kierunków jej przekształceń. Będzie to łatwiejsze dzięki inspiracjom ze strony pochodzących z różnych krajów praktyków rozmaitych szczebli, związanych z medycyną i pomocą społeczną.

..... Wejdź na stronę mkod.pl i dowiedz się więcej

Organizator: 
Razem Zmieniamy Świat

Partner: 

PROGRAM RAMOWY

17 WRZEŚNIA 2024

- 17:00 | **WIECZÓR INAUGURACYJNY**
Centrum Kulturalno-Kongresowe, Aleja Solidarności 3, Toruń
- 19:00 | **Uroczysta Kolacja**
Centrum Targowe Park, ul. Szosa Bydgoska 3, Toruń

18 WRZEŚNIA 2024

Centrum Kulturalno-Kongresowe, Aleja Solidarności 3, Toruń

9.30 - 18.00 Sesje

- Sesja 1 | **Modele organizacji i koordynacji usług opieki długoterminowej**
- Sesja 2 | **Potrzeby podopiecznych, pracowników i systemu. Jak je pogodzić?**
- Sesja 3 | **Medyczne aspekty opieki nad osobą wymagającą wsparcia.**
- Sesja 4 | **Opieka długoterminowa skoncentrowana na osobie.**
- 20:00 | **Koncert niespodzianka**

19 WRZEŚNIA 2024

Centrum Kulturalno-Kongresowe, Aleja Solidarności 3, Toruń

9.00 - 13.00

- | Panel dyskusyjny (tylko w języku polskim)
Opieka długoterminowa w Polsce - nowy sztyl czy nowa koncepcja?



Przymus bezpośredni

WOBEC MIESZKAŃCÓW DPS LUB PACJENTÓW ZOL – ZAGADNIENIA PRAWNE

MICHAŁ BOCHENEK // prawnik, ekspert w sprawach pomocy społecznej

W obowiązującym, krajowym systemie prawnym przepisy określają zasady stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób chorujących psychicznie. Brakuje natomiast regulacji pozwalających w sposób klarowny zastosować przymus bezpośredni do osób przebywających w domach pomocy społecznej lub zakładach opiekuńczo leczniczych o profilach niepsychiatrycznych. W niniejszym artykule zostaną przedstawione zasady dotyczące stosowania przymusu bezpośrednie-

go, uregulowane w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2023 r. poz. 2123 z późn. zm.), dalej także „ustawa” oraz postulaty de lege ferenda, których realizacja pozwoliłaby w sposób przejrzysty stosować przymus bezpośredni wobec np. mieszkańców DPS o profilu np. dla osób w podeszłym wieku lub dla osób przewlekle somatycznie chorych. Nie do rzadkości należą bowiem przypadki unieruchamiania mieszkańców DPS (pacjentów ZOL), jako jedna z form reakcji np. na stany splątania pacjentów lub akty samoagresji¹.

Literatura:

1. Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KMPT): „Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?” Przekazanie nieludzkiego lub poniżającego traktowania: W czasie wizytacji KMPT w jednym z DPS przebywał mieszkaniec, wobec którego wydano stałe zlecenie stosowania przymusu bezpośredniego. Mężczyzna ten był codziennie unieruchamiany ze względu na wykazywane zachowania autoagresywne, których zgodnie z przekazanymi informacjami, nie udało się ograniczyć poprzez zakładanie rękawic i kasku ochronnego. Z relacji personelu DPS oraz analizy dokumentacji medycznej wynikało jednak, że poza leczeniem farmakologicznym i stosowaniem unieruchomienia wobec pensjonariusza nie były prowadzone żadne inne próby zmiany wzorca zachowań. Nie podjęto również działań zmierzających do wyznaczenia mu stałej opiekunki jako alternatywy ciągłego unieruchamiania. W czasie wizytacji mieszkaniec wyglądał na wychudzonego i słabego, z zanikiem masy mięśniowej.

1 Czym jest przymus bezpośredni?

Aby poddać analizie przestanki niezbędne zastosowania przymusu bezpośredniego wobec mieszkańców DPS lub pacjentów ZOL trzeba zdefiniować, czym jest przymus bezpośredni.

W myśl art. 3 pkt 6 ustawy przymusem bezpośrednim, bez wskazania środka przymusu bezpośredniego, będzie:

- a) przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej,
- b) przymusowe zastosowanie leków – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby – bez jej zgody,
- c) unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa,
- d) izolację – umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.



Uwaga

W kontekście omawiania definicji form przymusu bezpośredniego należy stwierdzić, że przymus bezpośredni można stosować nie tylko w warunkach stacjonarnych – szpitalnych. Omawiany przymus można stosować również w warunkach ambulatoryjnych lub w przypadku przebywania mieszkańca (pacjenta) poza placówką, np. na spacerze. Zastosowanie przymusu bezpośredniego w warunkach ambulatoryjnych lub w sąsiedztwie placówki nie zwalnia osób wykonujących zawód medyczny od sporządzenia właściwej, zgodnej z przepisami prawa, dokumentacji medycznej.

Postulaty de lege ferenda

Jak zauważył D. Miedziak w komentarzu do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego², w projekcie nowelizacji ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, który został przygotowany z inicjatywy Rzecznika Praw Pacjenta, a przekazany do Ministerstwa Zdrowia³ uwzględniono również nowelizację art. 3 ustawy poprzez dodanie nowych form przymusu bezpośredniego. „W lit. e zaproponowano dodanie nowej formy przymusu bezpośredniego w postaci „przymusowej ochrony indywidualnej”, która została zdefiniowana jako „doraźne lub przewidziane w planie leczenia zastosowanie wobec osoby przenośnych środków mających na celu ograniczenie możliwości samouszkodzenia się przez tę osobę (w szczególności kaftan, kask, łapki)”.

Literatura:

2. Dremlowski Paweł (red.), Kmiecik Błażej (red.), Tymiński Radosław (red.), Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz, wyd. II, 2023 r.
3. W tworzeniu projektu uczestniczyli przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej (pod przewodnictwem Małgorzaty Pudło z Centrum Psychiatrii w Katowicach) oraz członkowie Zarządu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (m.in. Dominika Dudek, Janusz Heitzman, Małgorzata Janas-Kozik, Maciej Matuszczyk).

Ta propozycja powstała w wyniku postulatów środowiska lekarzy psychiatrów, którzy wskazywali, że często przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest zbyt uciążliwy dla pacjenta, a wystarczające byłoby zastosowanie mniej dolegliwych form przymusu bezpośredniego. Przymusowa ochrona indywidualna byłaby dopuszczalna przykładowo w sytuacjach, kiedy pacjent natrętnie drapie się po skórze, co może doprowadzić nawet do naruszenia powłoki skóry i wielopowierzchniowego krwawienia (łapki na ręce), bądź uderza głową o ściany lub inne przeszkody (kask). Drugą propozycją nowej formy przymusu bezpośredniego (lit. f) jest „przymusowe przeprowadzenie niezbędnych czynności higienicznych (w szczególności obcięcie paznokci, obcięcie włosów, umycie pacjenta)”. Propozycja ta swoje źródło również znajduje w postulatach środowiska medycznego, które wskazuje, że brak takiej regulacji stwarza trudności w przypadku pacjentów z wszami, ze świerzbem lub którzy po prostu nie dbają o swoją higienę i np. się nie kąpią.”

2 Zakres podmiotowy stosowania przymusu bezpośredniego.

Trzeba podkreślić, że zasadniczo przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi można stosować tylko wtedy, gdy przepis ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego do tego upoważnia. W praktyce pojawia się jednak problem, jak rozumieć „zaburzenia psychiczne”, o których mowa w zdaniu poprzednim.

Zgodnie z art. 3 pkt 1 ustawy, ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o:

1) osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby:

- a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),
- b) upośledzonej umysłowo,
- c) wykazującej inne zaktócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

Istotną wskazówką interpretacyjną będzie Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 14 marca 2016 r., sygn. akt: II AKz 53/16, w którym Sąd zwrócił uwagę, że „Osoba chora psychicznie to osoba wykazująca zaburzenia psychotyczne. W obecnie

obowiązujących systemach diagnostycznych zrezygnowano z pojęcia „choroba psychiczna”, uznając, że stosowanie tego terminu, jest anachronizmem, który może być przyczyną poważnych nieporozumień i nadużyć” (S. Puzyński – Psychiatria polska t. XLI, 2007, s. 299-308); aktualnie preferowany jest termin „zaburzenie psychiczne”, obejmujący wszystkie zaburzenia przebiegające z objawami psychotycznymi: omamami, urojeniami, ciężkimi zaburzeniami nastroju i emocji. Jeśli u skazanego na skutek zażywania środków odurzających ujawniły się zaburzenia psychotyczne, to zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że mógłby ponownie popełnić przestępstwo o znacznej szkodliwości społecznej, bo zaburzenia psychotyczne mogłyby się ujawnić na skutek powrotu przez niego do uzależnienia.

W piśmiennictwie wskazuje się, że „warunkiem uznania przez ustawę osoby z innymi zaktóceniami czynności psychicznych za osobę z zaburzeniami psychicznymi jest wpływ tychże zaktóceń czynności psychicznych na funkcjonowanie osoby w taki sposób, że wymaga ona świadczeń zdrowotnych (np. ambulatoryjna opieka psychiatryczna, psychologiczna, hospitalizacja, oddziały dzienne) lub innych form pomocy (warsztaty terapii zajęciowej, pomoc socjalna, opieka pielęgniarska bądź socjalna, rehabilitacja psychiatryczna, przystosowanie do życia w społeczeństwie) w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie rodzinne i społeczne”⁴.

W tym kontekście należy stwierdzić, że przemijające zaburzenia w logicznym myśleniu lub panowaniu nad emocjami na skutek upojenia alkoholowego niekoniecznie muszą być zaktóceniami psychicznymi w rozumieniu ustawy, albowiem trudno uznać, że zawsze pacjent taki wymaga udzielenia mu świadczeń zdrowotnych. Nie sposób jednak stracić z pola widzenia faktu, iż „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu” są jednostką chorobową.

Rzecznik Praw Obywatelskich zwraca uwagę, że zastosowanie przymusu zwykle będzie wiązać się z ograniczeniem w korzystaniu przez daną osobę z przystępujących jej konstytucyjnych wolności i praw, np. w zakresie nietykalności osobistej i wolności osobistej, swobody przemieszczania się itp. W myśl art. 31 ust. 3 Konstytucji RP można je ograniczyć tylko w ustawie⁵. Artykuł 18 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego czyni zadość temu wymogowi, jeżeli chodzi o osoby z zaburzeniami psychicznymi, tzn. zezwala na ingero-

wanie w ich wolności i prawa konstytucyjne w drodze stosowania przymusu bezpośredniego. W orzecznictwie można dostrzec tezę, że art. 18 ust. 1 ustawy nie może zaś stanowić podstawy stosowania środków przymusu wobec pacjentów na oddziałach niepsychiatrycznych, ponieważ ma on wyłącznie zastosowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi przy wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie. Nie są zaś nimi działania podejmowane wobec pacjentów hospitalizowanych w szpitalach/oddziałach niepsychiatrycznych, np. DPS dla osób w podeszłym wieku lub dla osób przewlekłe somatycznie chorych. W ocenie autora oraz z orzecznictwa sądowego – nie oznacza to jednak, że stosowanie przymusu bezpośredniego w trakcie leczenia pacjentów w ZOL albo przebywania mieszkańców w DPS, do których ustawa nie znajduje zastosowania, jest zawsze bezprawne. Gdy przymus bezpośredni jest stosowany w celu ratowania życia lub zdrowia pacjenta ZOL lub mieszkańca DPS możliwe jest skuteczne powołanie się na przypadek wyjątkujący bezprawność zachowania, do którego należy stosować przepisy o stanie wyższej konieczności (art. 424 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2023 r. poz. 1610 z późn. zm., dalej „k.c.”).

3 Stosowanie przymusu bezpośredniego

W myśl art. 18 ust. 1 z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:

- 1) dopuszczają się zamachu przeciwko:
 - a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
 - b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
- 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
- 3) poważnie zaktócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Przykład z życia

Czy można zastosować przymus bezpośredni wobec osób przebywających w ZOL lub DPS, które poważnie zaktócają funkcjonowanie wyżej wymienionych jedno-

stek, a przy tym dopuszczają się zamachu przeciwko własnemu zdrowiu?

W mojej ocenie odpowiedź będzie twierdząca. Przede wszystkim do takiego wniosku skłania analiza historyczna przepisu art. 18 ust. 1 pkt 3 ustawy, który na skutek nowelizacji wprowadzonej od 1 stycznia 2018 r. obecnie ma brzmienie: „poważnie zaktócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, **innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej**”.

O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje zasadniczo lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W zakładach opiekuńczo – leczniczych lub domach pomocy społecznej, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza.



Uwaga

Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

W przypadku, w którym osoba z zaburzeniami psychicznymi, z uwagi na jej stan, jest niezdolna do zrozumienia przekazywanych jej informacji, w dokumentacji medycznej odnotowuje się przyczynę odstąpienia od uprzedzenia tej osoby o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego.

Co istotne w DPS, który nie zatrudnia lekarza, informację, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, pielęgniarka przekazuje kierownikowi/dyrektorowi DPS, który niezwłocznie informuje o tym upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii. Natomiast w ZOL lekarz niezwłocznie zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę lub nakazuje zaprzestanie jego stosowania.

Trzeba podkreślić, że przymus bezpośredni stosuje się nie dłużej niż przez czas niezbędny do uzyskania pomocy lekarskiej, a w przypadku gdy jej uzyskanie jest utrudnione, na czas niezbędny do przewiezienia osoby do podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia

Literatura:

7. Art. 1 pkt 6 lit. a ustawy z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r. poz. 2439)

zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego. Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności zespołu ratownictwa medycznego. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.



Uwaga

Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego:

- 1) przez lekarza ZOL, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę – ocenia, w terminie 3 dni, kierownik/dyrektor tego ZOL, jeżeli jest lekarzem, lub lekarz przez niego upoważniony;
- 2) przez innego lekarza, pielęgniarkę DPS lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych – ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.

4 Zasady stosowania przymusu bezpośredniego

Zastosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego środka spośród wymienionych w art. 3 pkt 6 ustawy, czyli: przytrzymanie, przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie lub izolację. Osobie z zaburzeniami psychicznymi, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji, należy odebrać przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla życia lub zdrowia tej osoby albo innych osób, w szczególności: przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła i źródła ognia. Ważne jest, aby stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej był kontrolowany przez pielęgniarkę nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby.



Uwaga

Przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania. Ponadto zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz zleca na czas nie dłuższy niż 4 godziny.

Literatura:

6. Art. 424 k.c. brzmi: „Kto zniszczył lub uszkodził cudzą rzecz albo zabił lub zranił cudze zwierzę w celu odwrócenia od siebie lub od innych niebezpieczeństwa grożącego bezpośrednio od tej rzeczy lub zwierzęcia, ten nie jest odpowiedzialny za wynikłą stąd szkodę, jeżeli niebezpieczeństwa sam nie wywołał, a niebezpieczeństwu nie można było inaczej zapobiec i jeżeli ratowane dobro jest oczywiście ważniejsze aniżeli dobro naruszone.

4. Kinga Bobińska, Krzysztof Zygmunt Eichstaedt, Piotr Gatecki, Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, stan 2015 r.

5. Wystąpienie Rzecznika Praw Pacjenta do ministra zdrowia – pismo z dnia 7 maja 2012 roku (znak RzPP-ZPP-073-3-3/BW/12).

Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, zawiadamiając o tym niezwłocznie lekarza. W przypadku, gdy ustanie przyczyna zastosowania przymusu bezpośredniego i nadal nie jest możliwe uzyskanie decyzji lekarza, decyzję o zaprzestaniu stosowania przymusu bezpośredniego podejmuje pielęgniarka.

Lekarz, po uzyskaniu zawiadomienia od pielęgniarki przeprowadza badanie osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę albo nakazuje zaprzestanie jego stosowania. Może się zdarzyć, iż lekarz, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy, z których każdy nie może trwać dłużej niż 6 godzin. Po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie jego stosowania na kolejne okresy, z których każdy nie może być dłuższy niż 6 godzin, jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza psychiatrę.

Co istotne, w domu pomocy społecznej, w przypadku braku możliwości uzyskania zlecenia lekarza, pielęgniarka może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na okres nie dłuższy niż 4 godziny. Ponadto w DPS czas stosowania wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji nie może przekroczyć 8 godzin. Dalsze przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w tych formach jest dopuszczalne jedynie w warunkach szpitalnych.

Natomiast o przewiezieniu osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego kierownik/dyrektor domu pomocy społecznej powiadamia przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego tej osoby.

Podkreślenia wymaga, że przymus bezpośredni może być wykonywany wyłącznie przez osoby poinstruowane w zakresie okoliczności, zasad i sposobu jego stosowania, a za przekazanie instrukcji, o której mowa wyżej bezpośrednio odpowiada:

- 1) kierownik ZOL – dla osób zatrudnionych w kierowanym przez niego podmiocie leczniczym lub osób wykonujących w tym podmiocie działalność na podstawie zawartej umowy lub porozumienia;
- 2) kierownik/dyrektor domu pomocy społecznej – dla osób zatrudnionych w kierowanej przez niego jednostce lub osób wykonujących w tej jednostce działalność na podstawie zawartej umowy lub porozumienia.

5 Obowiązki dokumentacyjne oraz warunki lokalowe związane ze stosowaniem przymusu bezpośredniego

Zastosowanie każdego rodzaju środka przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej pacjenta ZOL. Natomiast w domu pomocy społecznej informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zamieszcza się w prowadzonym przez kierownika/dyrektora DPS rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego zawierającym następujące dane:

- 1) imię i nazwisko osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni;
- 2) imię i nazwisko zlecającego zastosowanie przymusu bezpośredniego oraz osób wykonujących jego stosowanie;
- 3) zastosowany rodzaj środka przymusu bezpośredniego;
- 4) opis przyczyn zastosowania przymusu bezpośredniego;
- 5) czas trwania przymusu bezpośredniego (data i godzina rozpoczęcia i zakończenia jego stosowania);
- 6) przebieg stosowania przymusu bezpośredniego, w tym informację o skutkach jego stosowania dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego dokumentuje się w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego.

Karta zastosowania przymusu bezpośredniego obejmuje:

- 1) stwierdzenie zastosowania przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem jego rodzaju albo rodzajów oraz przyczyny jego zastosowania;
- 2) wskazanie czasu trwania przymusu bezpośredniego, w tym daty i godziny rozpoczęcia i zakończenia jego stosowania, oraz uzasadnienie poszczególnych okresów jego przedłużania – jeżeli dotyczy;
- 3) opis przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez lekarza lub lekarza psychiatrę oraz skutków stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany, a także imienia i nazwiska oraz stanowiska osoby stosującej przymus bezpośredni;
- 4) imię i nazwisko osób: zlecającej zastosowanie przymusu bezpośredniego, nadzorującej jego wykonanie, zatwierdzającej jego zastosowanie, podejmującej decyzję o zaprzestaniu jego stosowania, a także przedłużającej stosowanie przymusu bezpośredniego – jeżeli dotyczy;
- 5) potwierdzenie przekazania karty zastosowania przymusu bezpośredniego oraz innej przekazanej dokumentacji medycznej podmiotowi oceniającemu zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego.

Osobę, wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, umieszcza się generalnie w pomieszczeniu jednoosobowym. Zasada określona w zdaniu poprzednim nie dotyczy sytuacji, w której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego. W przy-

padku braku możliwości umieszczenia osoby w pomieszczeniu jednoosobowym, ostania się ją od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu, zapewniając poszanowanie jej godności i intymności, w tym również przy wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych.

Przymus bezpośredni w formie izolacji jest stosowany w pomieszczeniu urządzonej w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi i odpowiadającym wymogom, jakie powinny spełniać pokoje tóżkowe w ZOL lub DPS. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności związanych z tym rodzajem środka przymusu bezpośredniego. Obraz z monitoringu pomieszczeń lub ich części przeznaczonych do celów sanitarnohigienicznych jest przekazywany w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych części ciała ludzkiego oraz intymnych czynności fizjologicznych. Ważne jest, że monitorowanie i utrwalanie zapisu dźwięku nie może obejmować informacji objętych tajemnicą spowiedzi lub tajemnicą prawnie chronioną.



Uwaga

Dane utrwalone za pomocą urządzeń monitorujących mogą być przetwarzane wyłącznie przez osoby posiadające pisemne upoważnienie wydane przez administratora danych, w szczególności sędziów oraz Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w celu realizacji zadań określonych w ustawie. Osoby posiadające pisemne upoważnienie są zobowiązane do zachowania tych danych w tajemnicy. Natomiast zapis z monitoringu przechowywany jest przez okres co najmniej 12 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, nie dłużej jednak niż przez 13 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, o ile nie zostanie on zabezpieczony jako dowód w sprawie w przypadku toczącego się postępowania. Po upływie terminu przechowywania zapis usuwa się w sposób uniemożliwiający jego odzyskanie. Z usunięcia zapisu sporządza się protokół, w którym należy wskazać datę tej czynności oraz imię i nazwisko osoby, która dokonała usunięcia. Dopuszcza się niszczenie zapisu na urządzeniu monitorującym przez jego automatyczne nadpisanie

w przypadku, gdy warunki techniczne tego urządzenia umożliwiają przechowywanie zapisu przez okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym.

Sytuacje zagrożenia zdrowia lub życia pacjentów ZOL, lub mieszkańców DPS, wymagające ich zabezpieczenia wynikają bardzo często ze stanu ogólnego. Przymus bezpośredni, jako metoda zabezpieczenia mocno ingerująca w prawa człowieka musi być stosowany z poszanowaniem godności i wolności konkretnej osoby. Co więcej – przymus bezpośredni jest stanem wyższej konieczności, kiedy musimy poświęcić jedno dobro, czyli np. nietykalność cielesną mieszkańca DPS lub pacjenta ZOL, w celu ochrony jego życia bądź życia innych osób. Jeżeli dojdzie do zastosowania przymusu bezpośredniego bez podstaw, może się to wiązać z odpowiedzialnością za naruszenie np. nietykalności cielesnej danej osoby. ●



Trauma transferowa

I STRES ZWIĄZANY ZE ZMIANĄ MIEJSCA ZAMIESZKANIA

MONIKA KARWACKA // pedagożka specjalna, wykładowczyni akademicka, szkoleniowiec.

W pracy terapeutycznej promuje budowanie podmiotowej relacji opartej o zrozumienie potrzeb osób z niepełnosprawnością

Zmiana miejsca zamieszkania i środowiska życia, także wtedy, gdy jest oczekiwana i zaplanowana, może być wydarzeniem obciążającym emocjonalnie. Może być przyczyną niepokoju i dezorientacji, ale także, poczucia straty i głębokiego żalu.

Wymienione objawy opisywane są jako lęk związany z przeniesieniem, zespół stresu związanego z przeprowadzką, trauma transferowa, a ostatnio używane jest określenie **zespół stresu związanego z przeniesieniem** (relocation stress syndrome, RSS).

Stres związany z przeniesieniem może uaktywnić się u osób w różnym wieku zarówno podczas **przeprowadzek stacjonarnych** (zmiana domu i miejsca zamieszkania), **podczas przeprowadzek instytucjonalnych** (z domu rodzinnego do instytucji), **przeprowadzek międzyinstytucjonalnych** (osoba jest przenoszona między różnymi ośrodkami wsparcia) oraz **przeprowadzek wewnątrz instytucjonalnych** (przeniesienie dokonywa-

ne jest w obrębie jednego ośrodka, na przykład między budynkami).

Zmiana miejsca zamieszkania i pobyt w ośrodku wsparcia długoterminowego, wiąże się z utratą wszystkiego, co dla osoby było znane, lubiane i bezpieczne. Dom to przecież coś znacznie więcej niż mieszkanie i fizyczna przestrzeń. To miejsce decydujące o przynależności i tożsamości człowieka. Miejsce nasycone różnego rodzaju doświadczeniami i emocjami, w którym rozwijają się relacje z rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami. Dom utożsamiany jest z poczuciem bezpieczeństwa i komfortu, obietnicą zrozumienia, akceptacji i wsparcia. Przestrzeń domu jest wyrazem tożsamości człowieka. Wiąże się z zindywidualizowanymi tradycjami, zwyczajami i rutynami, daje możliwość wyrażania siebie. Przedmioty zgromadzone w domu są zapisem historii życia, nośnikami informacji o człowieku, jego doświadczeniach i przeżyciach.

Choć przeniesienie się do ośrodka wsparcia długoterminowego bywa koniecznością i wiąże się z zapewnieniem większego zakresu specjalistycznego wsparcia, może głęboko zaburzyć poczucie tożsamości i autonomii. Przejście wiąże się z **doświadczeniem straty**. Chodzi o utratę korzeni i tożsamości, poczucia wpływu na własne życie, niezależności, bezpieczeństwa. Człowiek staje przed koniecznością radzenia sobie z traumą straty, czasami także wstydem, poczuciem utraty własnej wartości i godności, utratą prywatności oraz koniecznością przystosowania się do nowego i nieznanego otoczenia.

Sytuacja przejścia do ośrodka wsparcia długoterminowego jest **szczególnie trudna** dla osób z problemami poznawczymi, emocjonalnymi i fizycznymi, gdyż dodatkowo ograniczają one niezależność i utrudniają adaptacyjne radzenie sobie ze zmianami. Ryzyko wystąpienia traumy transferowej jest większe u osób, które w przeszłości cierpiały na depresję lub stany lękowe. Jednak najbardziej narażone na stres związany ze zmianą miejsca zamieszkania są osoby starsze, osoby starsze z upośledzeniem funkcji poznawczych, osoby z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz osoby z niepełnosprawnością intelektualną i spektrum zachowań autystycznych. Osoby z ograniczeniami poznawczymi mogą mieć trudności ze zrozumieniem zachodzących zmian. Dodatkowo ograniczenia intelektualne będą negatywnie wpływały na zdolność do opisywania swoich doświadczeń i przeżyć oraz związanych z nimi emocji co będzie utrudniało korzystnie ze wsparcia psychologicznego i przepracowanie traumy.

Osoby z demencją, niepełnosprawnością intelektualną oraz autyzmem potrzebują stałych opiekunów i ustalonego codziennego rytmu. Zakłócenia w tym zakresie mogą utrudniać proces adaptacji do życia w nowych warunkach i być przyczyną zachowań problemowych. Dla wspomnianej grupy znaczenie dla procesu adaptacji ma także jakość świadczonych usług w nowym miejscu życia. Restrykcyjne zasady, hałas, brak prywatności i nieodpowiednio przygotowani pracownicy zwiększają ryzyko traumy związanej z przeniesieniem.

Zmiana środowiska życia i trauma transferowa może mieć znaczący wpływ na **zdrowie psychiczne oraz fizyczne**. Objawy stresu związanego z przeniesieniem są złożone. Głównymi cechami charakterystycznymi są złość, niepokój i dezorientacja. Inne bardziej subtelne zmiany dotyczą nawyków żywieniowych i rytmu snu. Widoczne są trudności z koncentracją i pamięcią – osoba może nie pamiętać okresów swojego życia i być odrętwiała emocjonalnie, mieć koszmary nocne. U osób po przeniesieniu do miejsc opieki długoterminowej obserwuje się także niepewność, brak zaufania oraz potrzebę nadmiernego upewniania się w związku z nieprzerwanym odczuwanym niepokojem. Zachowania takie są najbardziej widoczne w ciągu pierwszych czterech miesięcy po przybyciu do ośrodka wsparcia. Pogorszeniu może ulec także zdrowie fizyczne. Bywa, że stres związany ze zmianą miejsca zamieszkania prowadzi do zaostrzenia wcześniej występujących zaburzeń psychicznych, zwłaszcza depresji, stanów lękowych i zaburzeń osobowości (zobacz schemat).

Objawy stresu i siła traumy transferowej mogą manifestować się od łagodnych po ciężkie, w zależności od osoby i okoliczności przejścia do ośrodków wsparcia długoterminowego. Ważny jest **sposób, w jaki osoba interpretuje przeniesienie** – jako krzywdę, stratę, wyzwanie czy zagrożenie. Postrzeganie sytuacji życiowej będzie warunkowało sposób reagowania na zmianę. Traumą transferową potęguje **brak przygotowania do zmiany** miejsca zamieszkania. Należy pamiętać, że umieszczenie w ośrodkach wsparcia długoterminowego często ma miejsce w sytuacjach nieplanowanych i kryzysowych, takich jak na przykład pogorszenie stanu zdrowia fizycznego i/lub psychicznego, pogorszenie stanu zdrowia lub śmierć opiekuna czy klęska żywiołowa, jak choćby pożar domu. Zatem ryzyko traumy transferowej u osób kierowanych do ośrodków wsparcia długoterminowego jest także wysokie. W szczególności trudnej sytuacji, która może generować silne objawy traumy transferowej, znajdują się osoby doświadczające **kumulatywnego działania stresu** związanego ze śmiercią opiekuna, żałoby po stracie osoby najbliższej i jednocześnie utraty domu (miejsca zamieszkania). Niekorzystnym czynnikiem utrudniającym proces adaptacji jest przeniesienie osoby do ośrodka wsparcia długoterminowego **bez zgody lub wbrew jej woli**. W jednym z badań dotyczących skutków traumy transferowej w grupie osób starszych, które zostały przeniesione do ośrodków wsparcia długoterminowego nagle i wbrew swojej woli, stwierdzono, że 45% z nich zmarło w ciągu pierwszego roku pobytu w ośrodkach.

Należy pamiętać, że objawy stresu spowodowanego przeniesieniem mogą utrzymywać się przez około 12 miesięcy po zmianie miejsca zamieszkania, tyle zwykle trwa proces adaptacji do zmiany. Objawy stresu zmieniają się więc z biegiem czasu, w miarę dostosowania się do nowego środowiska i w miarę „wkładu terapeutycznego”, czyli pozytywnego wpływu jaki płynie ze wsparcia psychologicznego, jakim objęta jest osoba.

Zdarza się, że stres związany ze zmianą miejsca zamieszkania nie jest rozpoznany ze względu na zacięnienie diagnostyczne, to znaczy, że objawy stresu traktowane są jako wynikające z choroby (na przykład dezorientacja przypisywana jest demencji) lub stanu osoby (na przykład zachowania trudne traktowane są jako cecha niepełnosprawności intelektualnej lub autyzmu).

Trauma transferowej nie można całkowicie uniknąć, ale istnieje wiele możliwości, by **minimalizować cierpienie emocjonalne**. Wdrożenie sześciu kroków jest kluczowe dla łagodzenia skutków przejścia do ośrodka wsparcia długoterminowego.

1 Uprowadzenie i zapowiadanie zmiany

Osoba, której stan zdrowia się pogarsza lub której opie-

kunowie faktyczni doświadczają pogorszenia stanu zdrowia i utraty sił, może być stopniowo przygotowywana do zmiany miejsca zamieszkania. W otwartej, szczerzej i dostosowanej do poziomu rozumienia rozmowie powinna być poinformowana o sytuacji, w jakiej się znalazła. Ważne na tym etapie jest omawianie potencjalnych problemów z wyprzedzeniem, rozmowa o obawach i emocjach towarzyszących zmianie. Do zmiany miejsca zamieszkania można także osobę stopniowo przygotowywać poprzez odpowiedni rozwój umiejętności oraz poszerzanie doświadczeń społecznych zwłaszcza o te związane z samodzielnym funkcjonowaniem, opuszczeniem domu rodzinnego i rozłąką z bliskimi. W tym celu warto rozważyć korzystanie z opieki wychnieniowej, pobytu w sanatorium, korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych, itp.

2 Uczestniczenie w zmianie

W miarę możliwości osoby powinny być zaangażowane w podejmowanie decyzji o swojej przyszłości. Pomocne może być umożliwienie danej osobie odwiedzenia ośrodków wsparcia przed przeprowadzką. Wcześniejsze poznanie pracowników, mieszkańców oraz środowiska ośrodka w wielu przypadkach łagodzi niepokój związany z przeniesieniem. Osoba nie może być wykluczona z procesu planowania przeprowadzki i pakowania dobytku. Powinna decydować o przedmiotach, które chce zatrzymać lub przekazać innym. Sytuacja ta jest bardzo emocjonalna i z pewnością wyzwoli wiele wspomnień, jednak jest kluczowa w procesie przygotowywania się do pobytu w ośrodku wsparcia długoterminowego.

3 Poczucie domu

Osoba powinna mieć możliwość spersonalizowania swojej nowej przestrzeni życiowej w jak największym zakresie. Dobrze, gdyby mogła być zaangażowana w dostosowywanie i dekorowanie przestrzeni. Posiadanie znanych przedmiotów, zdjęć, dekoracji czy mebli sprawia, że nowe otoczenie będzie mniej anonimowe i budzące niepokój. Kolejnym ważnym aspektem zadowolenia jest pomoc w poznaniu przestrzeni i układu ośrodka wsparcia, by osoba mogła się w niej swobodnie poruszać.

4 Poczucie wpływu i autonomii

Osoba powinna otrzymać jak największą autonomię w zakresie jej nowego, codziennego życia. Pracownicy ośrodka wsparcia winni poznać historię życia oraz indywidualne preferencje dotyczące na przykład codziennych zajęć, rytmu funkcjonowania czy pasji, by ułatwić ich realizację w nowej rzeczywistości. Można zadbać, na przykład o to, by osoba kontynuowała realizację swoich zainteresowań, zachowała swobodę godzin kładzenia się spać czy przyjmowania leków, swobodę wyboru

OBJAWY STRESU ZWIĄZANEGO Z PRZENIESIENIEM

ZMIANY NASTROJÓW

- uczucie smutku
- złość
- drażliwość
- niepokój
- płaczliwość
- przygnębienie
- depresja
- rozpacz

ZMIANY ZACHOWANIA

- agresywność
- krzyk
- narzekanie
- wycofanie
- izolowanie się
- odmowa opieki
- odmowa przyjmowania leków
- nadmierna idealizacja miejsca
- opór
- niechęć do podejmowania aktywności

OBJAWY FIZJOLOGICZNE

- ból
- bezsenność
- słaby apetyt
- zmiana nawyków żywieniowych
- zmiana masy ciała
- zespół jelita drażliwego
- niestrawności
- nudności

miejsca spożywania posiłku oraz swobodę decydowania o udziale w aktywnościach i zajęciach terapeutycznych. Przykładem dobrej praktyki w zbieraniu kluczowych informacji o mieszkańcu jest paszport komunikacyjny¹.

5 Utrzymywanie i budowanie relacji

W celu ułatwienia adaptacji w ośrodku wsparcia należy pomóc nowej osobie w nawiązaniu relacji z pracownikami i innymi mieszkańcami. Wiele ośrodków wsparcia długoterminowego celebrytuje powitanie nowych mieszkańców i ich rodzin. Dobrą praktyką jest wyznaczenie pracownika odpowiadającego za proces przyjmowania i adaptacji w ośrodku wsparcia oraz przydzielenie nowemu mieszkańcowi „mentora” spośród mieszkańców, który pomoże w odnalezieniu się w nowej społeczności. Na tym etapie ważne jest, aby w pierwszych tygodniach pobytu w ośrodku wsparcia przydział pracowników był stały, gdyż daje to silne poczucie bezpieczeństwa i ułatwia nawiązanie relacji. Istotne jest także ułatwienie utrzymywania relacji z rodziną i przyjaciółmi. Zadaniem to ułatwia rozwinięta technologia – dostęp do telefonów komórkowych, możliwość prowadzenia wideo rozmów, korzystanie z mediów społecznościowych itp. W niektórych ośrodkach opieki długoterminowej regularnie organizuje się odwiedziny zarówno w ośrodku, jak i w dawnym miejscu zamieszkania – wizyty u rodziny, sąsiadów i przyjaciół. Zachowanie tożsamości i pielęgnowanie pamięci Osoba, która korzysta z ośrodków wsparcia

długoterminowego niesie za sobą całozyciowy bagaż doświadczeń, emocji, przyzwyczajzeń i nawyków. Pracownicy ośrodka powinni w możliwie jak największym zakresie pomóc w kontynuowaniu „starego życia”. Przykładem jest choćby ustalenie, czy osoba woli, by zwracać się do niej nieformalnie, czy z zachowaniem form grzecznościowych, a nawet tytułów, gdyż to przypomina o dawniej pełnionych rolach. Dobrą praktyką jest prowadzenie terapii wspomnieniami. Udział w terapii łagodzi stany depresyjne, wycisza negatywne emocje i niepokój, zmniejsza poczucie osamotnienia. Przypomnienie sobie dobrych momentów z życia, przywoływanie emocji, wspomnianie ważnych wydarzeń i osób ułatwia radzenie sobie z traumą transferową, gdyż jest kojące i prowadzi do psychicznego dobrostanu. Można także tworzyć z nowym mieszkańcem ośrodka wsparcia biografię – album z wycinkami dokumentującymi historię życia lub pudełko pamięci – skrzynkę z rekwizytami wiążącymi się z historią życia i zainteresowaniami mieszkańca. Ułatwia to zarówno osobie, jak i jej rodzinie, zachowanie wspomnień.

Zespół stresu związanego z przeprowadzką stanowi potencjalny problem zarówno dla mieszkańców, ich rodzin jak i pracowników ośrodków wsparcia. Dlatego tak ważna jest świadomość objawów stresu i zapewnienie empatycznego zindywidualizowanego wsparcia, by zmiana nie była traumą, ale pełnym nadziei początkiem. ●

W jaskini przetrwali najżyczliwsi:

– O ROLI EMPATII, ŻYCZLIWOŚCI I DOBROSTANU W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

MARZENA GROCHOWSKA // brainolog

Wśród szumnych tytułów i doniosłych debat, jakże ważnych i potrzebnych na temat opieki nad seniorami często zapomina się o jednym kluczowym składniku.

To składnik, który mieszka w każdym Domu Pomocy Społecznej z pewnością na każdym piętrze i w każdym pokoju mieszkańca, co więcej całkiem dużo go również na korytarzu, w stołówce czy w gabinecie zabiegowym. Tym składnikiem jest empatia. Empatia to nic innego jak jakościowa relacja z drugim człowiekiem. Jakże często to właśnie ona stanowi podstawę dobrostanu oraz jakości życia mieszkańców Domów Pomocy Społecznej.

Literatura:

1. Paszport komunikacyjny składa się z jednej lub kilku stron, na których zapisane są najważniejsze informacje o osobie, często wzbogacone zdjęciami i grafiką. Paszport zawiera zwykle informacje o sposobie komunikacji danej osoby, informacje dotyczące głównych obszarów życia - rodzina, zainteresowania, ważne wydarzenia w życiu, zdrowie, jedzenie i picie, sytuacje, w których osoba wymaga wsparcia.

Słowo empatia zanim przywędrowało do Polski odbyło jakże szlachetną międzykontynentalną podróż przez Grecję, Niemcy, Stany Zjednoczone by finalnie zamieszkać na naszej słowiańskiej ziemi.

Empatia, to zdolność do wczuwania się w uczucia i doświadczenia innych, do zrozumienia ich perspektywy oraz odpowiedniego reagowania na ich potrzeby. Niewątpliwie w środowisku opieki nad mi eszkańcami jest ona fundamentalna.

Empatia dzieli się na dwie kluczowe formy.

Empatię poznawczą, która pozwala nam zrozumieć, dlaczego ktoś może czuć się w dany sposób, podczas gdy **empatia emocjonalna** pozwala nam **poczuć** to, co czuje ta osoba.

Osoby w podeszłym wieku, osoby z demencją, osoby samotne często doświadczają różnorodnych wyzwań zdrowotnych, psychicznych i emocjonalnych. W takim kontekście empatyczne podejście personelu DPS może znacząco wpłynąć na ich samopoczucie, zdrowie i jakość życia. Takie podejście wpływa nie tylko na jakość relacji terapeutycznej między personelem a mieszkańcami, ale też poprawia relacje w zespole terapeutycznym.

Empatia uruchamia w nas szereg mechanizmów altruistycznych, prospołecznych oraz chroni przed społeczną znieczulicą. Bycie empatycznym to aktywny i świadomy proces, który działa również protekcyjnie jako element chroniący przed wypaleniem zawodowym. Empatia obniża agresję, łagodzi konflikty i daje czas na lepsze zrozumienie innych ludzi i nawiązywanie głębszych, bardziej satysfakcjonujących relacji. Uruchamia w nas pokładę dobra i niesienia pomocy, pozwala na większą emocjonalną bliskość z innymi ludźmi, która w obecnych czasach jest tak istotna.

To właśnie dzięki empatii rozwijamy moralność i poczucie sprawiedliwości, a także to ona motywuje nas do etycznych zachowań i brania odpowiedzialności, nie tylko za siebie ale i za innych. Szczególnie w sytuacji, kiedy wszystko podczas dyżuru idzie nie tak, kiedy mieszkańcy wydają się jakoby zmówili się przeciwko nam, kiedy rodziny straszą nas złożeniem skargi i kiedy czujemy, że opadamy całkiem z sił.

Neurobiologia altruizmu, neurobiologia zaufania i życzliwości to nie są marketingowe słowa, a wiedza, którą odkrywają przed nami

naukowcy, którzy jasno wskazują jak istotne procesy w naszych mózgach uruchamiają zachowania empatyczne, altruistyczne czy życzliwe.

Życzliwe, czyli jakie? Przyjazne, dobre, bezpieczne.

Życzliwość jest fundamentem budowania pozytywnych relacji społecznych i tworzenia przyjaznej atmosfery, która sprzyja wzajemnemu wsparciu i zrozumieniu w społeczeństwie. I właśnie dlatego w jaskini przetrwali najżyczliwsi, bo to oni potrafili szybko dostosować się do zmian, zwiększać swoją przewagę konkurencyjną poprzez tworzenie hord, stad, grup, zdobywanie pożywienia i ustalanie strategii na przyszłość. To właśnie oni dzielili się pożywieniem, zasobami i przekazywali so-

*Greckie słowo **empathia** to połączenie „em” czyli „w” oraz pathos czyli uczucia. Jeśli starożytni myśleli o uczuciach to o tych wzniosłych, zwykle nacechowanych cierpieniem i tragedią. Tu właśnie w Grecji zaczyna swoją podróż nie tylko słowo, ale dobrodziejstwo, które wraz empatią dostaje drugi człowiek. Na dalekiej północy Europy w Niemczech w XIX wieku słowo „Einfühlung”, zostaje użyte po raz pierwszy przez niemieckiego filozofa Roberta Vischera. Vischer użył tego terminu, aby opisać zdolność człowieka do wczuwania się w dzieło sztuki lub naturę, a także do doświadczania emocji, jakie wywołuje. W tej właśnie odmianie słowo popłynęło do Stanów Zjednoczonych. Trafiło tym razem do angielskiego psychologa Edwarda Titchenera, który przetłumaczył Einfühlung jako empathy. I właśnie w tej formie zagościło na naszej słowiańskiej ziemi na kilka lat przed pierwszą wojną światową.*

bie wiedzę. Osobnicy, którzy żyli w ciągłym stresie, byli agresywni a co za tym idzie – działali na szkodę zarówno swojego układu odpornościowego, jak i zmniejszali swoje szanse na poczęcie potomstwa, nie przeżywali. Jeszcze raz powtórzę w jaskini przeżywali najżyczliwsi. Życzliwość, jako wyraz dobrej woli i chęci niesienia pomocy, odgrywa istotną rolę podczas sprawowania opieki nad mieszkańcem. Drobnymi gestami, uśmiechem czy ciepłym słowem personel może sprawić, że mieszkańcy DPS czują się docenieni i ważni. To właśnie życzliwość tworzy atmosferę opartą na zaufaniu i zrozumieniu, która sprzyja budowaniu relacji między personelem a mieszkańcami. To życzliwe i empatyczne podejście do członków rodziny mieszkańca niejednokrotnie łagodzi konflikty i nieporozumienia. **Przecież gramy do tej samej bramki** – bez zaufania, bez poczucia bezpieczeństwa ani personel, ani rodzina nie jest w stanie otoczyć opieką mieszkańca.

Dobrostan mieszkańców w DPS nie zależy jedynie od zapewnienia podstawowej opieki medycznej czy materialnych potrzeb. Oczywiście, te aspekty są niezmiernie istotne, jednak równie ważne jest zapewnienie mieszkańcom wsparcia emocjonalnego i społecznego. Tutaj właśnie wkracza empatia i życzliwość, stanowiąc fundament dobrostanu psychicznego i emocjonalnego mieszkańców.

Jak zatem przekuć te wartości w praktykę?

- **Śłuchaj uważnie.** Poświęć czas na wystouchanie potrzeb i obaw mieszkańców. Często wystarczy być obecnym i dostępnym, by stworzyć im poczucie wsparcia.
- **Bądź cierpliwy.** Starsze osoby mogą potrzebować więcej czasu na wyrażenie swoich myśli i uczuć. Bądź cierpliwy i pozwól im się wypowiedzieć bez pośpiechu.
- **Wykazuj zainteresowanie.** Okazuj autentyczne zainteresowanie życiem i doświadczeniami mieszkańców. To sprawi, że poczują się ważni i docenieni.
- **Buduj relacje.** Staraj się budować trwałe relacje oparte na zaufaniu i szacunku. To właśnie one są fundamentem wsparcia społecznego mieszkańców.
- **Dbaj o siebie.** Nie zapominaj, że dbanie o własne zdrowie psychiczne i emocjonalne jest kluczowe, by móc skutecznie wspierać innych. Zadbaj o swoje potrzeby i korzystaj z dostępnych form wsparcia dla personelu DPS.

W jaskini przetrwali najżyczliwsi – to prawda, która odnosi się nie tylko do przeszłości, ale również do teraźniejszości. W świecie pełnym wyzwań opieka nad mieszkańcami wymaga nie tylko kompetencji zawodowych, ale przede wszystkim serca pełnego empatii i życzliwości. Dlatego też, warto stale pielęgnować te wartości i przekuć je w praktykę, by zapewnić mieszkańcom godną i pełną szacunku opiekę. ●



„Empatia to jedna z najważniejszych umiejętności, jakie możemy rozwijać. Jest to klucz do budowania mostów między ludźmi i do tworzenia lepszego, bardziej zrozumiałego świata.” - Jane Goodall, legendarna brytyjska badaczka ssaków naczelnych.

Pneumokoki w opiece instytucjonalnej



ALEKSANDER BIESIADA // rezydent medycyny rodzinnej, lekarz hospicjum domowego,
autor bloga mistrzpolikarp.pl

*Pensjonariusze domów pomocy społecznej i domów spokojnej starości znajdują się w grupie szczególnie dużego ryzyka zakażenia bakteriami *Streptococcus pneumoniae*, zwanych pneumokokami. Zakażenie to jest bardzo niebezpieczne dla osób starszych, ze słabym układem odpornościowym oraz chorobami przewlekłymi. Domy opieki, gdzie mamy do czynienia z wieloma osobami wrażliwymi na zakażenie, zgromadzonymi w jednym miejscu, są miejscem szybkiego szerzenia się tych bakterii. Z tego powodu instytucje opiekuńcze należą do miejsc występowania ognisk epidemicznych zakażeń pneumokokowych^{1,2}.*

Ze względu na bardzo rozpowszechnione nosicielstwo pneumokoków na błonach śluzowych u osób zdrowych, sięgające 5-10% osób dorosłych oraz nawet 60% dzieci, nie sposób jest całkowicie ochronić podopiecznych przed ekspozycją na te bakterie. Wystarczą niewinne odwiedziny wnuków lub kontakt z pracownikiem.

Literatura:

1. Zivich PN, Grabenstein JD, Becker-Dreps SI, Weber DJ. Streptococcus pneumoniae outbreaks and implications for transmission and control: a systematic review. *Pneumonia* (Nathan). 2018;10:11. Published 2018 Nov 5.
2. Utsumi M, Makimoto K, Quiroshi N, Ashida N. Types of infectious outbreaks and their impact in elderly care facilities: a review of the literature. *Age Ageing*. 2010 May;39(3):299-305.

Znaczenie profilaktyki przeciw pneumokokom

Choroba pneumokokowa przybiera wiele różnych postaci. Wśród dorosłych z prawidłowo działającym układem odpornościowym często przebiega łagodnie. Najcięższą postacią dotyczy małych dzieci i... osób starszych. Najbardziej niebezpieczna jest tzw. inwazyjna choroba pneumokokowa, która może przejawiać się pneumokokowym zapaleniem płuc, zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych lub zakażeniem ogólnoustrojowym.

Seniorzy i osoby chore przewlekle są również bardziej niż inni narażeni na rozwój powikłań w wyniku zakażenia. Powikłania bywają bardzo dotkliwe i długotrwałe, mogą znacząco obniżyć jakość życia pensjonariuszy oraz utrudnić opiekę nad nimi. Należą do nich zaburzenia neurologiczne, takie jak zaburzenia koncentracji i pamięci, pogorszenie słuchu lub całkowita głuchota.

Pneumokoki są najczęstszą przyczyną pozaszpitalnego zapalenia płuc, a ryzyko rozwoju choroby pneumokokowej oraz śmierci w jej wyniku u osób starszych zamieszkujących w domach opieki społecznej jest zwiększone^{3,4}. Biorąc pod uwagę wszystkie powyższe informacje widać

jak na dłoni, jak ważna jest profilaktyka chorób pneumokokowych w tej grupie pacjentów.

Szczepienie przeciw pneumokokom dla wielu osób starszych jest darmowe

Szczepienie przeciw pneumokokom od kilku lat należy do szczepień obowiązkowych dla dzieci. Profilaktyka ta pozwoliła na skuteczne ograniczenie rozpowszechnienia tej choroby oraz jej powikłań wśród tej grupy wiekowej. W tym momencie wysiłki środowiska medycznego skupiają się na propagowaniu szczepień wśród dorosłych, szczególnie osób starszych. W związku z tym, od 1 września 2023 r. Ministerstwo Zdrowia dodało szczepienie przeciw pneumokokom na listę leków całkowicie bezpłatnych dla osób po ukończeniu 65. roku życia, cierpiących na schorzenia wyszczególnione na liście refundacyjnej.

Wyjątkowa szansa dla domów opieki

Darmowe szczepienie przeciw pneumokokom jest unikatową szansą dla seniorów powyżej 65 roku życia z chorobami przewlekłymi, a w szczególności dla pensjonariuszy

Literatura:

3. Kupronis BA, Richards CL, Whitney CG; Active Bacterial Core Surveillance Team. Invasive pneumococcal disease in older adults residing in long-term care facilities and in the community. *J Am Geriatr Soc*. 2003 Nov;51(11):1520-5.
4. Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego. Narodowy Instytut Leków, Warszawa 2016

szy domów opieki. Pełna refundacja pozwala ograniczyć koszty profilaktyki do minimum. Wystarczy zorganizować szczepienie dla rezydentów placówki, którzy należą do grup ryzyka wyszczególnionych przez Ministerstwo Zdrowia. Zwiększy to z pewnością ochronę pacjentów w placówce przed chorobą pneumokokową i w konsekwencji przyczyni się do zwiększenia ogólnej jakości świadczonych usług^{5,6}.

Kogo warto zaszczepić?

Szczepienia w przypadku dorosłych zalecane są wszystkim po 50. roku życia. Refundacją objęte są szczepienia dla pacjentów po 65 roku życia z chorobami współwystępującymi.

Warto rozważyć szczepienie nie tylko wszystkich pensjonariuszy w tym wieku, ale także personelu, który niewątpliwie odgrywa rolę w transmisji zakażeń. Mimo największych starań i zachowania pełnej higieny niezaszczepione osoby zatrudnione mogą mieć udział w przenoszeniu bakterii z zewnątrz oraz pomiędzy osobami wymagającymi opieki. Ponadto szczepienia są zalecane, niezależnie od wieku, wszystkim osobom dorosłym:

- z cukrzycą
- z przewlekłą chorobą serca
- z przewlekłą chorobą płuc
- z przewlekłą chorobą wątroby
- z przewlekłą chorobą nerek
- z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego
- z implantem ślimakowym lub zakwalifikowanym do jego wszczepienia
- bez śledziona lub z upośledzonym jej działaniem
- z zaburzeniami odporności (w tym zakażeni HIV i cierpiący na uogólnioną chorobę nowotworową)
- po przeszczepie
- z chorobą układu krwiotwórczego (chłoniak, białaczka, szpiczak)
- uzależnionym od alkoholu i palącym papierosy

Dla kogo szczepienie jest w pełni darmowe?

Szczepienie przeciw pneumokokom jest w pełni refundowane dla osób powyżej 65. roku życia, które są narażone na ciężki przebieg choroby pneumokokowej, to znaczy z:

- przewlekłą chorobą serca,
- przewlekłą chorobą wątroby,
- przewlekłą chorobą płuc,
- cukrzycą,
- implantem ślimakowym,
- wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego,
- wrodzoną lub nabytą asplenią (brakiem śledziona),
- niedokrwistością sierpowatą i innymi hemoglobinopatiami (chorobami krwi),
- przewlekłą niewydolnością nerek,
- wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności,
- uogólnioną chorobą nowotworową,
- zakażeniem wirusem HIV,
- chorobą Hodgkina,
- jatrogeną immunosupresją (niedoborem odporności związanym z leczeniem),
- białaczką,
- szpiczakiem mnogim,
- przeszczepem narządu litego.

Jak uzyskać darmowe szczepionki dla pensjonariuszy?

W celu otrzymania bezpłatnej szczepionki przeciw pneumokokom dla pensjonariusza konieczna jest prawidłowo wypisana przez lekarza recepta z refundacją zawierająca kod literowy "S". Jeżeli refundacja obejmuje schorzenia, na które cierpi pacjent oraz spełnia on kryterium wieku, recepta uprawnia do odebrania dla niego w aptece bezpłatnej szczepionki. Należy pamiętać, że szczepionka powinna być przechowywana w temperaturze od 2 do 8 stopni Celsjusza. Nie wolno jej pod żadnym pozorem zamrażać.

Jak przeprowadzić szczepienie?

Do przeprowadzenia szczepienia konieczna jest kwalifikacja przeprowadzona przez lekarza. Zgodnie z ustawą, kwalifikacja jest ważna przez 24 godziny. W tym czasie należy wykonać szczepienie. Podaje się jedną dawkę szczepionki (0,5 ml) domięśniowo lub podskórnie w ramię. Jeżeli podano preparat bezpłatny dla seniorów możliwe jest późniejsze doszczepienie preparatem płatnym, 23-walentnym., w celu lepszej i przedłużonej ochrony. Alternatywnie można podać jednorazowo szczepionkę 20-walentną, która jest pełnopłatna.

Bezpieczeństwo szczepienia

Szczepionki przeciw pneumokokom zawierają jedynie części zabitych bakterii, a nie całe i żywe drobnoustroje. Z tego powodu nie jest możliwe wywołanie przez nie choroby.

Działania niepożądane są zazwyczaj łagodne i przemijające. Mogą wystąpić ból, zaczerwienienie lub obrzęk w miejscu podania, ból głowy, stawów czy podwyższona temperatura. Możliwe jest także wystąpienie nudności, wymioty, biegunka oraz zmniejszenie apetytu.

Przeciwwskazania do szczepienia przeciw pneumokokom

Przeciwwskazaniem do szczepienia przeciw pneumokokom jest nadwrażliwość na którąkolwiek substancję zawartą w preparacie. U pacjentów z chorobą przebiegającą z umiarkowaną/wysoką gorączką lub ostrą infekcją szczepienie należy przetożyc.

Dlaczego warto szczepić pensjonariuszy?

Podsumowując, warto szczepić podopiecznych przede wszystkim dlatego, że szczepienie przeciw pneumokokom jest skutecznym sposobem redukcji ryzyka rozwoju choroby pneumokokowej, które wśród tej grupy pacjentów jest zwiększone³. Skuteczność szczepienia dochodzi aż do 85% w zapobieganiu inwazyjnej chorobie pneumokokowej. Udowodniono, że szczepienie zmniejsza zapadalność na pneumokokowe zapalenie płuc oraz śmiertelność z tego powodu wśród rezydentów domów opieki⁶. Kolejnym ważnym argumentem przemawiającym na korzyść szczepienia jest stanowisko Amerykańskiego Towarzystwa Opieki Długoterminowej (AMDA – The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine), które rekomenduje ten rodzaj profilaktyki u pensjonariuszy domów opieki z grup ryzyka⁷. Ponadto szczepienie tej grupy pacjentów jest teraz łatwiejsze niż kiedykolwiek wcześniej, ze względu na bezpłatne szczepienia dla starszych pacjentów z grup szczególnie zagrożonych.

Kierunkowskazy szczepień

Aby poszerzyć swoją wiedzę o szczepieniach, warto zapoznać się ze stworzonymi przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej narzędziami, takimi jak kalendarz szczepień dorosłych oraz wykaz szczepień dorosłych w wybranych stanach, które mogą okazać się przydatne w razie kwalifikacji pensjonariuszy do szczepień. Wyżej wymienione materiały i wiele innych znajduje Państwo na stronie Towarzystwa poświęconej szczepieniom:

<https://ptmr.info.pl/szczepienia/>



Literatura:

5. Namkoong H, Funatsu Y, Oishi K, et al. Comparison of the immunogenicity and safety of polysaccharide and protein-conjugated pneumococcal vaccines among the elderly aged 80 years or older in Japan: an open-labeled randomized study. *Vaccine*. 2015;33(2):327-332.
6. Maruyama T, Taguchi O, Niederman MS, et al. Efficacy of 23-valent pneumococcal vaccine in preventing pneumonia and improving survival in nursing home residents: double blind, randomised and placebo controlled trial. *BMJ*. 2010;340:c1004. Published 2010 Mar 8.
7. Nace DA, Archbald-Pannone LR, Ashraf MS, et al. Pneumococcal Vaccination Guidance for Post-Acute and Long-Term Care Settings: Recommendations From AMDA's Infection Advisory Committee. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(2):99-104. Nace DA, Archbald-Pannone LR, Ashraf MS, et al. Pneumococcal Vaccination Guidance for Post-Acute and Long-Term Care Settings: Recommendations From AMDA's Infection Advisory Committee. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(2):99-104.

ARTYKUŁ SPONSOROWANY

Seni Fresh

NOWOCZESNY SPOSÓB NA USUNIĘCIE PLAM I ZAPACHU MOCZU

KATARZYNA KALISZEWSKA // ekspertka marki Seni

Opieka nad chorym z nietrzymaniem moczu to temat wielowymiarowy. Dobór odpowiednich produktów chłonnych, które zabezpieczą podopiecznego w zależności od nasilenia dolegliwości to tylko jeden z aspektów. Inną kwestią jest zabezpieczenie łóżka na czas zmiany tych wyrobów, ale także na wypadek przypadkowego zanieczyszczenia. Nowoczesne wyroby chłonne są tak skonstruowane, aby w maksymalny sposób zapobiegać niekontrolowanemu wyciekowi. Specjalnie skonstruowane osłonki boczne czy zastosowanie wyselekcjonowanych materiałów sprawia, że ryzyko takich wycieków jest niewielkie. Jednak nawet najlepiej dobrany produkt chłonny, a nawet zastosowanie dodatkowej ochrony w postaci podkładu na łóżko nie dadzą 100% pewności, że materac nie zostanie czasami zabrudzony. Mocz pozostawiony na materiale powoduje powstanie brzydkich plam, które trudno usunąć z powierzchni materaca. Dodatkowo, nieprzyjemny zapach

takich plam z czasem się potęguje. Z pomocą może tu przyjść nowość w ofercie uzupełniającej Seni – **Aktywna pianka do usuwania plam i zapachu moczu Seni Fresh.**

AKTYWNA PIANKA

do usuwania plam i zapachu moczu Seni Fresh.



Aktywna pianka Seni Fresh to produkt stanowiący dopełnienie oferty wyrobów zapewniających komfort opieki. Najlepiej stosować go na świeże plamy. Po zebraniu resztek moczu papierowym ręcznikiem lub ręcznikiem higienicznym air-laid Seni Care wystarczy równomiernie rozprowadzić niewielką ilość pianki na zabrudzonej powierzchni, przetrzeć delikatnie plamę i obszar wokół niej, a potem poczekać, aż zadzieje się magia. Oczywiście ta magia to przemyślane i zaplanowane działanie odpowiednio dobranych składników. Niejonowe i anionowe substancje powierzchniowo czynne w połączeniu z dodatkiem zwiększającym skuteczność usuwania plam tworzą aktywną pianę, która pozwala pozbyć się zabrudzeń organicznych.

A jak to działa? Za pomocą mieszaniny probiotyków, rozpuszczalników nieorganicznych i organicznych oraz środków powierzchniowo czynnych plama znika. Można powiedzieć, że zostaje zneutralizowana. Probiotyki penetrują pęknięcia i szczeliny, skutecznie usuwając zabrudzenia nawet z trudno dostępnych miejsc. Za pomocą wytwarzanych enzymów usuwają cząsteczki tłuszczu, węglowodanów i białek, które tworzą trudne do usunięcia zabrudzenia powierzchni. Co ciekawe, mimo że proces ten dzieje się natychmiast po zastosowaniu pianki, to **probiotyki pozostają na czyszczonej powierzchni nawet przez 4 tygodnie, co ułatwia utrzymanie powierzchni w czystości.** W przypadku starszych plam lub moczu zmienionego chemicznie przez np. stosowanie leków, może być konieczne ponowne użycie pianki, aby całkowicie usunąć plamę.

Pianka działa nie tylko na to, co widać – **neutralizuje również nieprzyjemny zapach.** Wykorzystuje do tego zarówno wspomniane probiotyki, jak i neutralizator na bazie cynku. Neutralizacji podlegają zapachy powodowane przez siarkowodor, merkaptany, tioetery, kwas izowalerianowy i amoniak – szeroki wachlarz nieprzyjemnych woni. Po wszystkim delikatna kompozycja zapachowa pianki pozostawia na czyszczonej powierzchni przyjemny, delikatny zapach. Zapach współgra z **Neutralizatorem zapachów Seni**, który można zastosować w pomieszczeniu przed rozpoczęciem sprzątania lub w dowolnym momencie,

RĘCZNIKI HIGIENICZNE

air-laid Seni Care



kiedy potrzebne jest usunięcie nieprzyjemnych woni z otoczenia.

Aktywna pianka Seni Fresh nadaje się do stosowania zarówno w warunkach domowych, jak i w placówkach opieki. W wielu sytuacjach może być pierwszym ratunkiem dla zabrudzonych powierzchni. Można ją stosować **nie tylko do materacy, ale także do czyszczenia dywanów i innych powierzchni tekstylnych**, choć trzeba pamiętać, żeby sprawdzić jej działanie w niewidocznym miejscu, bo w przypadku niektórych tkanin mogą powstawać zacieki. Zacieki mogą powstać w wyniku zarówno właściwości tkaniny, jak i w wyniku nierównomiernego procesu schnięcia. Jeśli na czyszczonej powierzchni powstaną zacieki, wystarczy przetarcie powierzchni wodą z płynem do mycia naczyń i dokładne osuszenie czyszczonej powierzchni.

NEUTRALIZATOR

zapachów Seni



Produkty z linii Seni Fresh pomagają sprawować opiekę nad osobami z nietrzymaniem moczu i dbają o przyjemny zapach w pomieszczeniu, gdzie przebywa podopieczny.

To ważne, by zarówno opiekun jak i podopieczny czuli się dobrze i świeżo.

Vademecum

rany:

BEZPIECZNA CZYSTOŚĆ – SEKRETY OPTYMALNEJ HIGIENY RAN



Dr n.med. Katarzyna Malinowska // pielęgniarka, ekspert w leczeniu ran, szkoleniowiec, Prezes Fundacji O!Rany

Rany są nieuniknionym elementem naszego życia, towarzysząc nam od najmłodszych lat, od skaleczeń po poważniejsze urazy, czy też powikłania różnych schorzeń. Jednak, co równie ważne jak zapewnienie odpowiedniego leczenia, jest utrzymanie właściwej higieny rany. Higiena rany odgrywa kluczową rolę w procesie gojenia i zapobieganiu infekcjom. W tym artykule przyjrzymy się jej znaczeniu oraz najlepszym praktykom, które należy stosować, aby zapewnić szybkie i skuteczne wyzdrowienie.

Dlaczego higiena ran jest istotna?

Nieczystości, bakterie i zanieczyszczenia mogą prowadzić do infekcji, co znacznie opóźnia proces gojenia

i zwiększa ryzyko powikłań. Właściwa higiena rany pomaga zapobiec infekcjom oraz minimalizuje ryzyko wystąpienia blizn i innych powikłań. Regularne czyszczenie i opatrywanie rany pomaga również utrzymać jej wilgotność, co sprzyja procesowi gojenia. W szczególności, gdy mamy do czynienia z ranami przewlekłymi, których gojenie jest utrudnione przez obecność biofilmu. Dlatego też, podobnie jak codziennie dbamy o higienę osobistą, należy stosować odpowiednie metody higieny rany, aby wspomóc proces gojenia i zapobiec powikłaniom.

Biofilm a trudności w gojeniu ran

Biofilm, złożona struktura mikroorganizmów osadzających się na powierzchni rany, stanowi istotne zagrożenie dla procesu gojenia. Jego obecność sprzyja prze-

wlekłym infekcjom, opóźnieniu gojenia oraz wzrostowi ryzyka powikłań. Zamiast używać terminu „rana przewlekła”, który może sugerować brak odpowiedniej reakcji na standardową opiekę, coraz częściej zaleca się używanie terminu „rana trudnogojąca się”. Takie rany, czy też owrzodzenia często związane z obecnością biofilmu, charakteryzują się brakiem odpowiedzi na typowe metody leczenia i mogą prowadzić do długotrwałego cierpienia pacjenta. W związku z tym, szczególnie zwracamy uwagę na złożoność problemu oraz potrzebę stosowania specjalnych strategii leczenia.

Kroki higieny rany

Istnieją cztery kluczowe kroki higieny rany, które mają na celu oczyszczenie rany, usunięcie biofilmu i martwych tkanek oraz zabezpieczenie owrzodzenia odpowiednim opatrunkiem.

1 Mycie: Pierwszym krokiem jest aktywne usuwanie zanieczyszczeń, martwej tkanki oraz biofilmu z powierzchni rany. Czynność ta ma na celu przygotowanie rany do dalszego leczenia. W tym miejscu należy pamiętać o dokładnym umyciu otoczenia rany, bowiem na powierzchni skóry znajdują się zanieczyszczenia, martwy naskórek czy kolonizujące drobnoustroje dla niej obojętne lub korzystne, niekiedy też patogenne. Kosmetyki, mydła antibakteryjne czy inne środki myjące mają często bardzo silne, wręcz agresywne działanie, co prowadzi do zmiany pH skóry i niszczenia naturalnego mikro-

biomu ochronnego. Do mycia powinno się używać emolientów lub kosmetyków probiotycznych. Skórę i ranę możemy sputać wodą, pacjent może korzystać z prysznica – pamiętać należy, aby strumień wody nie był kierowany bezpośrednio na owrzodzenie. Najważniejsze aby nie moczyć ran w misce z wodą. Nie stosujemy mydła w kostce, używane bowiem w trakcie mycia, rozmięka się, a następnie wysycha a kolonizujące je bakterie mają idealne warunki do namnażania się.

2 Oczyszczanie: Kolejnym etapem jest fizyczne usuwanie biofilmu oraz martwych tkanek za pomocą środków mechanicznych, często w połączeniu z substancjami przeciwdrobnoustrojowymi. Aktywna eliminacja zanieczyszczeń powierzchniowych,

luźnej, obumarłej tkanki, zmiękczonej martwicy, drobnoustrojów i resztek poprzednich opatrunków z obszaru rany jest kluczowa w procesie oczyszczania. Należy pamiętać, że samo oczyszczenie, które nie prowadzi do niewielkiego krwawienia, może być nieskuteczne w usuwaniu biofilmu w sposób fizyczny. Dlatego też, konieczne jest zastosowanie odpowiedniej siły mechanicznej wspartej skutecznymi środkami zawierającymi surfaktanty i/lub substancje przeciwdrobnoustrojowe. Takie podejście umożliwia naruszenie struktury biofilmu i skuteczne jego uszkodzenie. Techniki i metody oczyszczania rany dostosowujemy do stanu owrzodzenia. Korzystać możemy z tyżek kostnych, skalpela, specjalnych gąbek tzw. padów, chustek, noży wodnych czy też ultradźwiękowych. Oczyszczamy powierzchnię każdej rany, nawet takiej która wizualnie wydaje nam się czysta.

Delikatny żel myjąco-natłuszczający Seni Care



Jest odpowiedni do mycia całego ciała, w tym okolic intymnych. Szczególnie polecany dla osób starszych, których skóra wymaga wyjątkowo delikatnej pielęgnacji. Dzięki łagodnej recepturze bez zawartości mydła, delikatnie zmywa zanieczyszczenia ze skóry. Ma przyjazny dla skóry odczyn pH 5, dzięki czemu stabilizuje kwaśny płaszcz ochronny skóry. Wzbogacony o pantenol, który nawilża i łagodzi podrażnienia. Wygodne opakowanie z pompką sprawia, że zawartość opakowania nie ma kontaktu z drobnoustrojami na powierzchni skóry.

Stosowane przy oczyszczaniu antyseptyki czy lawaseptyki muszą być zgodne z obowiązującymi standardami. Antyseptyki stosowane w pielęgnacji ran są dobierane w zależności od głębokości i charakteru rany. W przypadku ran płytkich, zwykle zaleca się stosowanie środków zawierających PHMB, podczas gdy w przypadku ran głębokich preferowane są roztwory podchlorynów. Należy jednak pamiętać, że niewłaściwe stosowanie antyseptyków może mieć negatywne skutki. Często wykorzystuje się antyseptyki i lawaseptyki takie jak PHMB, a czasem również Octenidynę i PVP-I. Te substancje, ze względu na swoje właściwości powierzchniowocenne oraz chemiczne, mogą prowadzić do powikłań, zwłaszcza jeśli są pozostawione w tkankach zamkniętych lub w ranie bez odpowiedniego drenażu, mogą one być traktowane przez tkanki jako ciała obce, co prowadzi do

rozwinęcia się stanu zapalnego. Nieprawidłowe stosowanie tych środków może nawet wywołać aseptyczne zapalenie stawów i kości w kontakcie ze strukturami kostnymi.

Jednym z podstawowych błędów jest na przykład stosowanie zamiennie srebra i związków jodu, często PVP-I. Po zakończeniu leczenia jodem, zastosowanie srebra może być bezpieczne dopiero po upływie 14 dni, jest to kwestia chemiczna, która ma istotne znaczenie w procesie leczenia ran. Istnieją również pewne ograniczenia dotyczące długotrwałego stosowania niektórych substancji, oprócz ran nowotworowych. Wszystkie nowoczesne antyseptyki penetrują przez biofilm bakteryjny, ale rozpoczęcie działania bójczego znacznie się różni i rozpoczyna się w różnym czasie działania po aplikacji preparatu.

W procesie leczenia ran istnieje szereg substancji, których należy unikać. Należą do nich antybiotyki o działaniu miejscowym, woda utleniona, rywanol, kwas borny, chlorheksydyna, mydła oraz barwniki. Jeśli chodzi o antybiotyki ogólnoustrojowe, powinny być one stosowane wyłącznie wtedy, gdy pojawią się objawy ogólnoustrojowego zakażenia, po przeprowadzeniu badania mikrobiologicznego pobranego materiału biologicznego, takiego jak bioptat lub wyskrobina. Nigdy nie należy ich stosować na podstawie wymazu. Dawkowanie antybiotyków powinno być możliwie jak najniższe, a czas ich podawania jak najkrótszy. Warto zauważyć, że antybiotyki jedynie opóźniają rozwój infekcji w ranie, ale nie stanowią głównego środka leczniczego.

3 Pielęgnacja brzegów rany: Istotne jest także zadbanie o krawędzie rany, usuwając z nich zdewitalizowaną tkankę i stymulując proces gojenia poprzez naruszenie tych obszarów.

Specjaliści z Międzynarodowego Towarzystwa Naukowców ds. Opieki nad Ranami (ISTAP) podkreślają, że głównym czynnikiem zwiększającym ryzyko uszkodzenia skóry wokół rany jest obecność wysięku. Choć ten płyn pełni istotną rolę w procesie gojenia, tworząc odpowiednio wilgotne środowisko sprzyjające leczeniu, to niewłaściwie kontrolowany wysięk może stanowić poważne zagrożenie dla otaczających tkanek. Kiedy ilość wysięku przewyższa zdolność opatrunku do absorpcji, może on przeciekać na zewnątrz, narażając na szkodliwe skutki obszar wokół rany. Nadmierna wilgotność może prowadzić do maceracji skóry, co objawia się zaczerwienieniem, białymi brzegami na skraju rany oraz zmianami w konsystencji i elastyczności skóry. Ten proces nie tylko zwiększa ryzyko infekcji i uszkodzeń skóry, ale także może opóźnić proces gojenia.

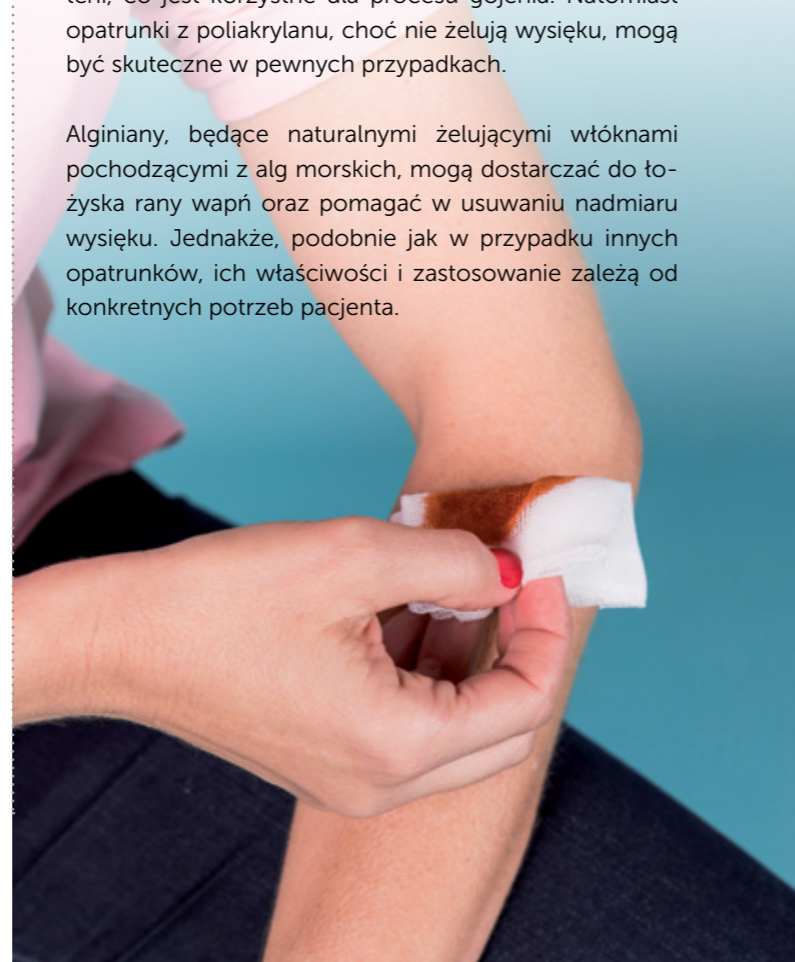
4 Dobór opatrunku: Ostatnim krokiem jest zastosowanie odpowiedniego opatrunku, który zapewni ochronę przed ponowną kolonizacją biofilmu oraz stworzy optymalne warunki do procesu gojenia.

Na rynku dostępnych jest około 400 różnych rodzajów opatrunków, jednak w ostatnich latach obserwuje się znaczną redukcję tej liczby. Każdy z tych opatrunków działa na zasadzie różnych mechanizmów, co sprawia, że posiadają one specyficzne zastosowania w procesie gojenia rany. Cele terapeutyczne, które chcemy osiągnąć na danym etapie gojenia rany, mogą być różnorodne, obejmując obniżenie pH, usunięcie wolnych rodników, zredukowanie aktywnych metaloproteinaz, skuteczne usunięcie toksycznego wysięku lub dostarczenie odpowiedniej wilgoci do łożyska rany, likwidację infekcji, wspomaganie ziarninowania i epitelizacji, łagodzenie bólu, poprawę komfortu życia oraz stabilizację rany.

Podstawowy podział opatrunków obejmuje opatrunki wypełniające łożysko oraz opatrunki wtórne, jednak istnieje również osobna grupa opatrunków wspomagających gojenie.

Opatrunki wypełniające ubytek mogą mieć różne właściwości w zależności od ich składu. Na przykład, opatrunki zawierające karboksymetylocelulozę mogą być stworzone laboratoryjnie lub pochodzić z naturalnych źródeł. Ich struktura pozwala na izolację wysięku i bakterii, co jest korzystne dla procesu gojenia. Natomiast opatrunki z poliakrylanu, choć nie żelują wysięku, mogą być skuteczne w pewnych przypadkach.

Alginiany, będące naturalnymi żelującymi włóknami pochodzącymi z alg morskich, mogą dostarczać do łożyska rany wapń oraz pomagać w usuwaniu nadmiaru wysięku. Jednakże, podobnie jak w przypadku innych opatrunków, ich właściwości i zastosowanie zależą od konkretnych potrzeb pacjenta.



Oprócz tego, na rynku dostępne są również opatrunki piankowe do wypełnienia ubytku, opatrunki antybakteryjne, opatrunki płucząco-absorbujące z zawartością PHMB, a także opatrunki zawierające węgiel aktywowany i jony srebra, które mogą być używane w specyficznych sytuacjach.

W niektórych przypadkach niezbędne są opatrunki siatkowe lub suche, które mogą być wykonane z różnych materiałów, takich jak karboksymetyloceluloza czy silikon. Opatrunki wtórne, czyli zewnętrzne, natomiast mogą być piankowe, chłonne lub typu SAP, w zależności od potrzeb pacjenta i charakterystyki rany.

Opatrunki hydrokoloidowe, choć często niewłaściwie wykorzystywane w leczeniu ran, są przeznaczone głównie do profilaktyki przeciwoleźynowej oraz na etapie epitelizacji i remodelingu. Niestety, ich nieprawidłowe zastosowanie może prowadzić do rozwoju infekcji oraz innych powikłań, dlatego konieczne jest stosowanie ich zgodnie z zaleceniami specjalistów. Prawidłowe nakładanie i zmiana opatrunku to kluczowe elementy w procesie pielęgnacji ran.

również unikać tworzenia fałd na brzegach opatrunku, ponieważ może to sprzyjać przeciekaniu wysięku.

Podczas usuwania opatrunku można go wcześniej nasączyć odpowiednim płynem, aby łatwiej go usunąć z rany. Ważne jest, aby unikać skrobienia lub drapania powierzchni opatrunku, ponieważ może to prowadzić do podrażnień skóry. Opatrunek należy usuwać powoli, pociągając go pod niskim kątem, równoległe do skóry,

jednocześnie delikatnie przytrzymując skórę drugą ręką. Po usunięciu opatrunku skórę należy dokładnie oczyścić.

Podsumowanie

Higiena rany stanowi kluczową strategię antybiofilmową, która może przyspieszyć proces gojenia się ran trudnogojących się. Poprzez regularne stosowanie czterech kroków higieny rany oraz holistyczne podejście do leczenia, możemy zapewnić każdej ranie najlepszą szansę na wyzdrowienie. Wdrażając higienę rany jako integralną część opieki nad ranami, możemy skutecznie zapobiegać powikłaniom i poprawić jakość życia pacjentów.

Regularnie sprawdzaj stan rany, aby monitorować jej postęp i wykrywać ewentualne objawy infekcji, takie jak zaczerwienienie, obrzęk, ból czy wysięk. ●



Medisorb H

Medisorb H to jałowy, samoprzylepny opatrunek hydrokoloidowy stosowany głównie do leczenia ran umiarkowanie wydzielających. Doskonale sprawdzi się w przypadku odleżyn przechodzących ze stopnia III w II, które nie są już mocno wydzielające. Jego wysoka absorpcja oparta jest na naturalnych właściwościach biopolimerów wiążących bakterie w ranie i obumarłe tkanki.

TO JEST WYRÓB MEDYCZNY. UŻYWAJ GO ZGODNIE Z INSTRUKCJĄ UŻYWANIA LUB ETYKIETĄ.
Podmiot prowadzący reklamę: Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA, Producent: Eurofarm S. p.A

Podczas aplikacji opatrunku ważne jest, aby nakładać go od środka do brzegów rany, bez nadmiernego naciągania czy obcinania. Jeśli używamy samoprzylepnych opatrunków, można delikatnie docisnąć je do rany, ale nie należy przesadzać z naciąganiem krawędzi. Należy



Medisorb SILVER PAD

Medisorb SILVER PAD to jałowy opatrunek chłonny stosowany na trudno gojące się rany, w tym rany zakażone i ostre. Zapobiega także zakażeniu ran czystych oraz miejsc przeszczepu. Opatrunek Medisorb SILVER PAD absorbuje nadmiar wysięku i utrzymuje wilgotne środowisko gojenia się rany. Dzięki zawartości srebra wykazuje działanie antybakteryjne i bakteriobójcze.

TO JEST WYRÓB MEDYCZNY. UŻYWAJ GO ZGODNIE Z INSTRUKCJĄ UŻYWANIA LUB ETYKIETĄ.
Podmiot prowadzący reklamę: Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA, Producent: Eurofarm S. p.A



22. Turniej Piłki Nożnej Osób Niepełnosprawnych Seni Cup

Ogromne emocje, sportowa walka, radość z każdej strzelonej bramki – tak wyglądał 22. Turniej Piłki Nożnej Osób Niepełnosprawnych Seni Cup.

W Waplewie spotkało prawie 300 zawodników z 30 drużyn z całej Polski.

Seni Cup rozpoczął się meczami obserwowanymi, które zakwalifikowały drużyny do poszczególnych grup. Kolejne dni upłynęły pod znakiem sportowych zmagania. Celne podanie, skuteczna obrona, strzelona bramka to dla każdego z zawodników wielki sukces.

Turniej był nie tylko pokazem piłkarskich umiejętności, ale przede wszystkim okazją do świetnej zabawy. Zawodnicy po raz kolejny udowodnili, że współpraca i zaangażowanie przynosi niesamowite efekty, że razem łatwiej jest pokonywać własne słabości, a sukces smakuje bardziej, gdy możemy się nim podzielić. Po trzech dniach intensywnych zmagania udało się wyłonić zwycięzców w poszczególnych grupach:

Klasyfikacja końcowa Seni Cup 2024

GRUPA A

1. JAROMIN
2. WIELKIE OCZY
3. KRASNYSTAW
4. ŻYDOWO
5. OPOLNICA
6. NIEDABYL

GRUPA B

1. KUTNO
2. RUDA PILCZYCKA
3. CZĘSTOCHOWA
4. NOWA WIEŚ ELCKA
5. GRUDZIĄDZ
6. DĘBNO

GRUPA C

1. MATCZYN
2. TARNÓWKO
3. SZAROCIN
4. GRAZYMY
5. ZABŁOTY
6. WARSZAWA

GRUPA D

1. KASINA WIELKA
2. DĘBICA
3. WOJSZYCE
4. WĘGORZEWO
5. TEODORÓWKA
6. WĄBRZEŻNO

GRUPA E

1. CIECHANÓW
2. KOSTOMŁOTY
3. GDAŃSK-ORUNIA
4. WŁOSZCZOWA
5. OTWOCK
6. REJOWIEC



Turniej Piłki Nożnej Osób Niepełnosprawnych Seni Cup odbywa się pod patronatem Ministra Sportu i Turystyki, Polskiego Związku Piłki Nożnej oraz Burmistrza Olsztynka



PIELĘGNACJA W OPIECE

MYCIE BEZ WODY

Krem myjący 3 w 1



Pianka myjąco-pielęgnująca



Szampon w pianie



AKTYWACJA

Żel aktywizujący



Olejek pielęgnacyjny



SKUTECZNA OCHRONA

Krem ochronny z arginina
profilaktyka przeciwoleżynowa



Krem ochronny z tlenkiem cynku
na zaczerwienienia



WYGODNE OCZYSZCZANIE

Chusteczki pielęgnacyjne
Seni Care



Chusteczki pielęgnacyjne
Seni Care Sensitive

Chusteczki pielęgnacyjne
Seni Care Maxi



Chusteczki pielęgnacyjne
Seni Care inti+

PIELĘGNACJA SUCHEJ I WYMAGAJĄCEJ SKÓRY

DELIKATNE OCZYSZCZANIE

Delikatny żel myjąco-natuszczający

(wcześniej pod nazwą
Lioton myjąco-natuszczający)



Odżywczy kremowy żel do mycia

(wcześniej pod nazwą
Kremowy żel do mycia)



Szampon nawilżający



REGENERACJA

Balsam regenerujący do skóry suchej



Emulsja intensywnie nawilżająca



Odżywczy krem do rąk



Odżywczy krem do stóp



Krem do suchej zrogowaciałej skóry



KOMFORT OPIEKI

Aktywna pianka

Neutralizator

Podfoliowane myjki higieniczne

Myjki higieniczne

Śliniaki higieniczne z kieszonką

Ręczniki higieniczne air-laid

seni®

Cokolwiek robisz, poczuć się
PEWNIEM!



Produkt dofinansowany przez NFZ

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

Więcej na SeniMan.pl

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

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 czterech poziomach chłonności w rozmiarach od S do XXL

ZAMÓW
BEZPŁATNĄ
PRÓBKĘ NA:
seni.pl

Dofinansowane przez NFZ

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

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