

Forum Opieki Długoterminowej

medi

ISSN 1643 – 1308 nakład 3000 egz.

KWARTALNIK // NR 2 (79)
KWIECIEŃ 2019



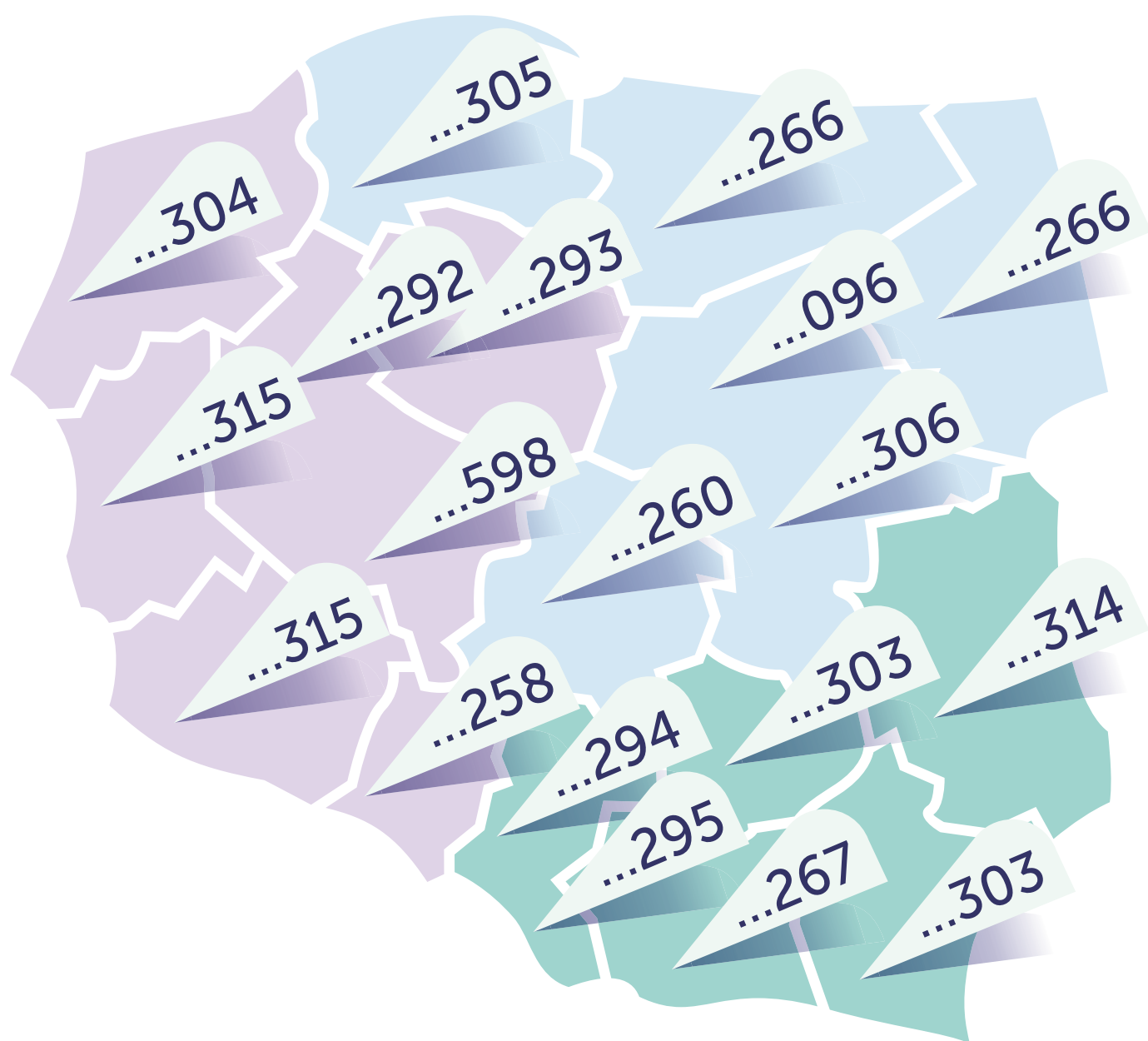
**Badanie
zasadności**
pobytu w DPS-ie

Problem alkoholowy
wśród mieszkańców
DPS-ów

Co tworzy DOM,
a nie instytucję?



Jeśli masz pytania
dotyczące produktów
marki Seni
ZADZWOŃ!



KONTAKT DO
PRZEDSTAWICIELA

723-185-...

medi

KWIECIEŃ // 2019

Szanowni Państwo!

WYDAWCA:

Fundacja
Razem Zmieniamy Świat

PRACOWNIK WYDANIA:

TZMO SA
Producent wyrobów
pod markami Seni, Matopiat, Bella

REDAKCJA NAUKOWA:

mgr Grzegorz Baranowski
prof. dr hab.
Zofia Kawczyńska-Butrym
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
prof. dr hab. med.
Anna Wilmowska-Pietruszyńska

REDAKTOR:

Małgorzata Kamińska
malgorzata.kaminska1@tzmo.com.pl

PROJEKT GRAFICZNY I SKŁAD:

Agata Wajer-Gądecka

ADRES REDAKCJI:

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

PRENUMERATA:

Formularz prenumeraty
znajduje się na stronie
www.razemzmieniamyswiat.pl
w zakładce PUBLIKACJE

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

Oddajemy w Wasze ręce kwietniowe wydanie Medi. W tym numerze, w dalszym ciągu, zajmujemy się rozważaniami dotyczącymi nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Tym razem skupiamy się na badaniu zasadności pobytu w DPS-ie. O tym, jakie problemy pojawiają się w związku z interpretacją przepisów pisze Mariusz Sajak, Prezes Stowarzyszenia Organizatorów i Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia w regionie małopolskim. Kolejny istotny temat to opieka pielęgniarska w DPS-ach. Zygmunta Jaksz, dyrektor Domu Opieki Samarytanin w Bielsku-Białej wskazuje, jakie trudności generuje brak możliwości uzyskania przez domy pomocy społecznej środków z NFZ na optacanie pielęgniarek w nich pracujących. W bieżącym numerze kwartalnika znalazł się również bardzo ważny artykuł na temat snu. Iwona Przybyto, pielęgniarka z długoletnim stażem, przekonuje jak ogromne znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania organizmu ma zdrowy sen. Reagując na problemy, które na co dzień występują w DPS-ach, przyglądamy się kwestii uzależnienia od alkoholu wśród mieszkańców. Psycholog, Iwona Zalikowska, pokazuje nam na przykładzie domu pomocy społecznej w Grudziądzu, jak wygląda terapia osób borykających się z problemem alkoholowym. Choć wielkimi krokami zbliża się 19. Turniej Międzynarodowej Ligi Piłki Nożnej Osób Niepełnosprawnych Seni Cup, to wspomnienia o zeszłorocznej edycji są cały czas żywe. Jeśli macie ochotę już teraz poczuć sportowego ducha walki, zachęcamy do przeczytania relacji trenerów: Szymona Lontkowskiego oraz Przemysława Kamińskiego. Miłej lektury!

Redakcja Medi

● Wyzwania opieki długoterminowej

- 5** Badanie zasadności pobytu w DPS-ie. Problemy z interpretacją przepisów
Mariusz Sajak
- 12** Opieka pielęgniarstwa. Dlaczego nie zrobić tego samego sprawniej i taniej?
Zygmunt Jaksz
- 17** Problem alkoholowy wśród mieszkańców DPS-ów
Iwona Zalikowska

● Wspomnienia

- 23** Seni Cup - czyli spełniamy marzenia
Szymon Lontkowski
- 27** Seni Cup. Turniej dla niezwykłych ludzi
Przemysław Kamiński

● Dobre praktyki

- 30** Co tworzy DOM, a nie instytucję?
Marta Lichowska, Marek Konarski

● Konferencja

- 35** Demencja. 22. Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej

● Pielęgnacja

- 38** SENSacyjna wartość snu
Iwona Przybyło

Badanie zasadności pobytu w DPS-ie

PROBLEMY Z INTERPRETACJĄ PRZEPISÓW

MARIUSZ SAJAK // Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Bobrku
Prezes Stowarzyszenia Organizatorów i Menadżerów Pomocy Społecznej
i Ochrony Zdrowia Region Małopolski

1 stycznia 2018 r. weszła w życie nowelizacja ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (uoozp). Głównym przedmiotem zmian były kwestie kierowania osób z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnością intelektualną do domów pomocy społecznej oraz badania zasadności ich dalszego pobytu w tych placówkach. Minął rok obowiązywania nowych regulacji, tymczasem Ministerstwo Zdrowia (inicjator zmian) nadal prowadzi analizę zagadnienia, gromadzi dodatkowe dane i nie potrafi w sposób jednoznaczny odnieść się do kierowanych przez dyrektorów domów uwag i wątpliwości w zakresie sposobu realizacji obowiązku wynikającego z art. 38 ust. 5 ustawy.

Nowe przepisy wprowadzone ustawą z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2017 r., poz. 2439) były pokłosiem orzeczeń Europejskiego Trybunału Praw Człowie-

ka oraz Trybunału Konstytucyjnego. Najbardziej znaną sprawą, na którą powołują się inicjatorzy zmian, była skarga Kędzior przeciwko Polsce (Skarga nr 45026/07). Europejski Trybunał Praw Człowieka stwierdził naruszenie przez Polskę przepisów Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności odno-

● Wyzwania opieki długoterminowej

szących się do podstawowych praw do wolności i bezpieczeństwa osobistego. Sprawa dotyczyła osoby ubezwłasnowolnionej, chorującej psychicznie, która bez własnej zgody, na wniosek opiekuna prawnego, została umieszczona w domu pomocy społecznej. W świetle obowiązujących wówczas przepisów, osoba taka pozbawiona była jakiegokolwiek ścieżki odwoławczej od decyzji o umieszczeniu w DPS-ie. Nie miała również możliwości podważenia zasadności dalszego pobytu w tejże placówce. W takiej sytuacji osoba ubezwłasnowolniona skazana była właściwie na dożywotni pobyt w instytucji opiekuńczej, jeżeli opiekun prawny nie postanowił inaczej.

Do uprzedniego stanu prawnego, na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, odniósł się również Trybunał Konstytucyjny, który wyrokiem z dnia 28 czerwca 2016 r. (sygn. akt K 31/15) uznał za niezgodne z Konstytucją zapisy art. 38 uoouzp - w zakresie, w jakim nie przewiduje czynnego udziału osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej w sprawach o uzyskanie przez jej opiekuna zezwolenia sądu opiekuńczego na złożenie wniosku o umieszczenie tej osoby w domu pomocy społecznej oraz art. 41 ust. 1 uoouzp w zakresie, w jakim pomija uprawnienie osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej, umieszczonej w domu pomocy społecznej za zgodą jej opiekuna, do domagania się weryfikacji podstaw jej przebywania w domu pomocy społecznej.

Zgodnie z nowymi regulacjami przyjęcie do domu pomocy społecznej osoby bez jej zgody, w każdym przypadku wymaga stosownego orzeczenia sądu opiekuńczego (art. 38 ust. 2 uoouzp). Natomiast na podstawie art. 41, osoba przyjęta do domu pomocy społecznej, w tym również osoba ubezwłasnowolniona, jej przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewni w linii prostej, rodzeństwo oraz osoba sprawująca nad nią faktyczną opiekę – mogą występować do sądu opiekuńczego z wnioskiem o zmianę orzeczenia o przyjęciu do domu pomocy społecznej.

Wprowadzenie zmian mających zagwarantować podstawowe prawa obywatelskie osobom umieszczonym w domu pomocy społecznej, niezdolnym do samodzielnego funkcjonowania wskutek choroby psychicznej lub

upośledzenia umysłowego, było bezsprzecznie zasadne i konieczne. Problemem jednak okazał się sposób realizacji obowiązku wynikającego z art. 38 ust.5 uoouzp.

Nie wiedzieć na jakiej podstawie, inicjujące zmiany Ministerstwo Zdrowia, a w ślad za nim sędziowie sądów rejonowych, czy też placówki zdrowia, to domom pomocy społecznej przypisują obowiązek przeprowadzania okresowych badań stanu zdrowia psychicznego mieszkańców w zakresie zasadności ich dalszego pobytu w placówce. Nie godząc się na taki stan rzeczy, dyrektorzy domów pomocy społecznej podnoszą problem niejasności przepisu, zarówno w kwestiach dotyczących samego sposobu przeprowadzenia rzeczonych badań, jak również zlokalizowania źródeł ich finansowania.

Zgodnie z art. 38 ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – osoba, o której mowa w ust. 1 (a więc każda osoba, przyjęta do domu pomocy społecznej wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego, bez względu na to czy jest osobą ubezwłasnowolnioną, czy też nie i czy została przyjęta za zgodą, czy też z orzeczenia sądu) podlega okresowym badaniom stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym jej pobyt w domu pomocy społecznej. Badania przeprowadza się co najmniej raz na 6 miesięcy.

Zgodnie z cytowanym przepisem, badaniu podlegają wszyscy mieszkańcy domów pomocy społecznej o profilu przeznaczonym dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz dorosłych i dzieci niepełnosprawnych intelektualnie. Pojawia się jednak zasadnicze pytanie: kto i w jaki sposób ma przeprowadzić owe badania i z jakich źródeł je sfinansować?

Stopień niejasności i ogólności art. 38 ust. 5 uoouzp jest tak znaczny, że od początku wejścia w życie wydawał się elementem prawa martwego. Mimo to, dyrektorzy domów pomocy społecznej przeczuwając niejako, że mogą zostać obarczeni nowym obowiązkiem, prowadzą od roku obszerną korespondencję z odpowiednimi departamentami Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Rodziny Pracy i Polityki Społecznej, czy też Prezesami Sądów Okręgowych z prośbą o wyjaśnienia. Problem stał się poważniejszy, odkąd sędziowie niektórych sądów



● Wyzwania opieki długoterminowej

rejonowych wyznaczeni do sprawowania kontroli przebywania i przyjmowania osób w domach pomocy społecznej zaczęli wydawać zalecenia pokontrolne w tej sprawie.

Znany jest również przypadek jednego z sądów rejonowych, który w trybie art. 38 ust. 5. domaga się od DPS-u przestania zaświadczenia dotyczącego stanu zdrowia mieszkańca. W przedmiotowym przepisie brak jest uregulowań dotyczących jakichkolwiek zaświadczeń związanych z przeprowadzonym badaniem, więc żądanie takie jest bezzasadne. Stanowisko to potwierdza Ministerstwo Zdrowia pismem z dnia 23.04.2018 r. do dyrektora jednego ze śląskich DPS-ów (znak IK: 1278997).

Skoro zatem dyrektorzy domów pomocy społecznej otrzymują związane z art. 38 ust. 5 zalecenia pokontrolne, a Sądy wysuwają wobec nich żądania dokumentowania przeprowadzanych badań, to nie może być mowy o *martwym przepisie*. W czym tkwi zatem problem? Do dnia dzisiejszego, wobec niejasnych zapisów w ustawie oraz kolizji z innymi aktami prawnymi, nie wiadomo kto ma wykonać badania, o których mowa w art. 38 ust. 5, kto ma te badania sfinansować, który podmiot i w jaki sposób ma dokumentować ich wyniki, w końcu jak doprowadzić do ich faktycznego wykonania.

Z literalnego zapisu art. 38 ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie wynika wprost, który podmiot odpowiada za przeprowadzanie badań stanu zdrowia psychicznego mieszkańca domu pomocy społecznej. Należy zauważyć, że dom pomocy społecznej nie realizuje usług medycznych, więc nie posiada uprawnień do przeprowadzania jakichkolwiek badań.

Z tej samej ustawy (art. 9 ust. 3) wynika, że jednostka organizacyjna pomocy społecznej

dla osób z zaburzeniami psychicznymi udziela osobie w niej przebywającej, adekwatnie do potrzeb i stanu zdrowia tej osoby, pomocy w korzystaniu przez nią ze świadczeń zdrowotnych przysługujących na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Czy badanie wynikające z art. 38 ust. 5 uooczp jest świadczeniem opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych? Otóż, mimo rozbieżnych stanowisk, wszystko wskazuje na to, że nie.

Co prawda, według opinii Małopolskiego Oddziału NFZ badania kontrolne z art. 38 ust. 5 uooczp mieszczą się w katalogu świadczeń określonych rozporządzeniem Ministra Zdro-

wia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (pismo z dnia 05.03.2018 r. do dyrektora krakowskiego DPS znak WSOZ IV.401.2.5.2018PSY.5.7.MG). Jednak szpital psychiatryczny, zapytany przez tegoż dyrektora o możliwość przeprowadzenia badań, nie podzielił stanowiska NFZ. Na dowód, placówka medyczna, powołuje się na opracowany przez Ministerstwo Zdrowia dokument *Ocena Skutków Regulacji*, który stanowi załącznik do projektu ustawy wprowadzającej zmiany przepisów. Dokument zakładał, że okresowe badanie stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym pobyt osoby w domu pomocy społecznej, wykonywanych nie rzadziej niż co 6 miesięcy, finansowane będzie ze środków pozostających w dyspozycji domu pomocy społecznej, pozyskanych z tytułu opłat wnoszonych przez mieszkańców za pobyt pensjonariuszy w domu lub innych źródeł określonych w przepisach o pomocy społecznej. W związku z powyższym regulacja ta nie będzie generować dodatkowych kosztów

Wprowadzenie zmian mających zagwarantować podstawowe prawa obywatelskie osobom umieszczonym w domu pomocy społecznej, niezdolnym do samodzielnego funkcjonowania wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego, było bezsprzecznie zasadne i konieczne.



dla budżetu państwa. Na *Ocenę Skutków Regulacji* – dokument który, co warto podkreślić, nie stanowi prawa, ani jego wykładni, powołuje się również Ministerstwo Zdrowia, wskazując DPS jako podmiot finansujący badania (pismo z dnia 31 sierpnia 2018 r. znak ZPN.054.11.2018 do dyrektora jednego ze śląskich DPS oraz pismo z dnia 6 września 2018 r. znak IK: 1421804 do dyrektora małopolskiego DPS). Departament dodaje, iż *Ocena*, wraz z projektem ustawy, została przyjęta przez Radę Ministrów i nie stanowiła przedmiotu sporu.

Ministerstwo Zdrowia, projektując zmiany przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, założyło a priori, iż badania, o których mowa w art. 38 ust. 5, będą finansowane przez domy pomocy społecznej. Jednak brak jest podstawy prawnej, która normowałaby taki stan rzeczy. Mało tego, pozostawałoby to w kolizji z innymi przepisami prawa.

Oprócz przytoczonego już wcześniej art. 9 ust. 3 uoosp określającego zakres pomocy w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych, jakiej udziela mieszkańcom jednostka pomocy społecznej przeznaczona dla osób z zaburzeniami psychicznymi, należy wskazać przepisy ustawy o pomocy społecznej.

Art. 58 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.) określa, jakiego rodzaju wydatki mogą ponosić domy pomocy społecznej. Mowa w nim o wydatkach związanych z zapewnieniem całodobowej opieki mieszkańcom oraz zaspokajaniem ich niezbędnych potrzeb bytowych i społecznych, a także o opłatach ryczałtowych i częściowej odpłatności do wysokości limitu ceny, przewidzianych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. DPS może również pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nadto zgodnie z art. 58 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej, DPS umożliwia i organizuje mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów. Badania stanu zdrowia psychicznego nie mieszczą się zatem w katalogu świad-

czeń pokrywanych ze środków domów pomocy społecznej.

Czy wobec tego dyrektorzy domów pomocy społecznej, nie mając podstaw prawnych do finansowania badań stanu psychicznego wynikających z art. 38 ust. 5 uoosp, a realizując wytyczne Ministerstwa Zdrowia i zalecenia pokontrolne Sądu, nie narażają się na zarzut naruszenia dyscypliny finansów publicznych?

Odrębną kwestią, która ze względu na niedoprecyzowanie w przepisach budzi wątpliwości, jest sposób dokumentowania wyników badania przeprowadzonego w trybie art. 38 ust. 5. Skoro wymaga się od dyrektorów domów pomocy społecznej udokumentowania przeprowadzenia ewentualnych badań należy wziąć pod uwagę kilka istotnych faktów.

Po pierwsze, dom pomocy społecznej nie jest placówką leczniczą i nie prowadzi dokumentacji medycznej. Po drugie, podmiotami właściwym do przeprowadzenia badań stanu zdrowia psychicznego są wyłącznie placówki opieki zdrowotnej. W jaki zatem sposób dyrektor DPS-u ma zapewnić sobie dostęp do wyników badań? Należy zauważyć, iż każde badanie prowadzone przez lekarza psychiatrę jest realizowane w warunkach zachowania szczególnej intymności, bez udziału osób trzecich. Pracownicy DPS-u nie mają dostępu do dokumentacji medycznej mieszkańca, a mieszkańcy niejednokrotnie zabraniają udzielania informacji o własnym stanie zdrowia innym osobom. Zgodnie z artykułami 13 i 14 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.), każdy pacjent, w tym mieszkaniec DPS-u, ma prawo do zachowania tajemnicy informacji związanych z procesem leczenia i diagnostyki. Trzeba mieć również na uwadze mocno ostatnio zmieniony stan prawny w zakresie ochrony danych osobowych w związku z wejściem w życie rozporządzenia RODO.

W sprawie udostępniania dokumentacji medycznej, Ministerstwo Zdrowia powołuje się (pismo z dnia 17.07.2018 r. znak IK: 1366943.DL, pismo z dnia 17.01.2019 r. znak IK: 1539211.DL) na przepisy art. 26 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w myśl którego podmiot udzielający świadczeń zdro-



● Wyzwania opieki długoterminowej

wotnych udostępnić dokumentację medyczną m.in.:

- sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
- uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek.

W świetle przedstawionych wyżej wywodów trudno jest jednak uznać, że dom pomocy społecznej jest podmiotem właściwym do wnioskowania o przeprowadzenie badań.

Należy w końcu odnieść się do bardzo istotnej, jeżeli nie najistotniejszej, a pominiętej zupełnie w uzasadnieniu do ustawy zmieniającej i w dotychczasowych stanowiskach Ministerstwa Zdrowia, kwestii woli samego mieszkańca i wyrażenia zgody na poddanie się badaniom.

Przepis art. 38 ust. 5 uoopz stanowi wprost – osoba, o której mowa w ust. 1, podlega okresowym badaniom stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym jej pobyt w domu pomocy społecznej. W ust. 1 mowa jest o osobach, które wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego, za zgodą własną lub przedstawiciela ustawowego zostały przyjęte do domu pomocy społecznej. Przepis obejmuje zatem wszystkich mieszkańców DPS-ów dla osób przewlekle psychicznie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie, bez względu na to, czy zostali do nich przyjęci za zgodą własną, czy też z postanowienia sądu oraz, czy są to osoby ubezwłasnowolnione, czy też posiadają pełnię praw obywatelskich. Mieszkańcy tacy, zgodnie z cytowanym ust. 5 – bezwzględnie podlegają badaniom, nie zaś mogą podlegać, czy

mają prawo do badań. A więc co w przypadku, kiedy mieszkaniec DPS-u nie wyraża chęci i nie ma ochoty poddawać się tym badaniom? W jaki sposób, dyrektorzy domów pomocy społecznej mają wywiązać się z narzuconego im (skąd inną bezpodstawnie) obowiązku realizacji art. 38 ust. 5 uoopz? Jak zmusić mieszkańca do zgłoszenia się do właściwej placówki zdrowia psychicznego i poddania się badaniom? Nadmienić trzeba, że gros osób przebywających w domach pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych intelektualnie w ogóle nie pozostaje w leczeniu psychiatrycznym. Czy w tym dążeniu do wprowadzenia przepisów prawnych gwarantujących podstawowe prawa obywatelskie osobom przebywającym w domach pomocy społecznej, nie zapomniano o prawie do samostanowienia o sobie?

Zasady wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody określają przepisy Rozdziału 5 – Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Każda osoba posiadająca pełnię praw obywatelskich ma prawo do odmowy udzielenia jej świadczeń medycznych po uzyskaniu informacji o stanie zdrowia. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo,

lecz dysponujący dostatecznym rozważaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Wyjątki wykonywania badań psychiatrycznych bez zgody pacjenta zostały wskazane w przepisie art. 21

Ministerstwo Zdrowia, projektując zmiany przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, założyło a priori, iż badania, o których mowa w art. 38 ust. 5, będą finansowane przez domy pomocy społecznej. Jednak brak jest podstawy prawnej, która normowałaby taki stan rzeczy. Mało tego, pozostawałoby to w kolizji z innymi przepisami prawa.

ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Mowa tam o sytuacjach, gdy badana osoba zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu i zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspakajania podstawowych potrzeb życiowych.

Trudno nie zauważyć, że w przypadku braku współpracy ze strony mieszkańca DPS-u i nie wyrażeniu przez niego woli poddania się badaniom stanu zdrowia psychicznego, nie ma żadnej możliwości realizacji obowiązku art. 38 ust. 5 uoosp.

Z analizy zmian ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wprowadzonych od 1 stycznia 2018 r. wynika, że wszelkie prawa i interesy osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo umieszczonych w domach pomocy społecznej zabezpieczają pozostałe przepisy wprowadzone nowelizacją. Kontrowersyjny art. 38 ust. 5 w mojej opinii jest zbyteczny.

Przyjęcie do DPS-u osoby bez jej zgody wymaga stosownego orzeczenia sądu opiekuńczego (art. 38 ust. 2). Przyjęcie małoletniego wymaga uzyskania przez opiekuna prawnego zezwolenia sądu (art. 38 ust. 3). Jeżeli natomiast do DPS-u przyjmowana jest osoba małoletnia powyżej 16 roku życia lub pełnoletnia całkowicie ubezwłasnowolniona, zdolna do wyrażania zgody, wymagane jest również uzyskanie zgody tej osoby. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego decyzję podejmuje sąd opiekuńczy. Z kolei art. 41 stanowi, że osoba przyjęta do domu pomocy społecznej, w tym również ubezwłasnowolniona, jej przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewni w linii prostej, rodzeństwo oraz osoba sprawująca nad nią faktyczną opiekę, mogą w każdej chwili wystąpić do sądu z wnioskiem o zmianę orzeczenia o przyjęciu, jak też o zniesienie obowiązku przebywania w DPS-ie.

Po roku obowiązywania art. 38 ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, właściwie nadal nie wiadomo kto i w jaki sposób ma ten obowiązek realizować. Mimo, iż próbuje się go przypisać domom pomocy społecznej, brak jest podstaw prawnych oraz praktycznych możliwości podtrzymywania takiego stanu rzeczy. Widać jednak światełko w tunelu. Ministerstwo Zdrowia, początkowo bezwzględnie przypisujące ten obowiązek dyrektorom DPS-ów, obecnie przyznaje, że problematyka poddawana jest ponownej analizie. W odpowiedzi na mój wniosek o doprecyzowanie lub zmiany przepisu art. 38 ust. 5, w piśmie z dnia 17 stycznia 2019 r. (znak IK: 1539211.DL) Ministerstwo Zdrowia informuje, iż mając na uwadze dotychczasową wymianę rozbieżnych stanowisk dotyczących interpretacji przedmiotowego zapisu, Departament Zdrowia Publicznego prowadzi aktualnie analizę tego zagadnienia oraz gromadzi dodatkowe dane. Ustosunkowanie do wniosków zawartych w piśmie, będzie możliwe po zakończeniu ww. analizy.

W oczekiwaniu na zmiany w przepisach prawa, pozostaje zatem żywić nadzieję, iż w międzyczasie zmieni się również podejście do omawianego problemu organów wyznaczonych do kontrolowania domów pomocy społecznej. ●



Opieka pielęgniarska

DLACZEGO NIE ZROBIĆ
TEGO SAMEGO
SPRAWNIEJ I TANIEJ?

ZYGMUNT JAKSZ // Dyrektor Domu Opieki Samarytanin w Bielsku-Białej

Opieka pielęgniarska nad mieszkańcami domów pomocy społecznej jest od szeregu lat tematem poruszonym przez środowiska liderów jak i pracowników domów pomocy. W tej sprawie prowadzonych jest wiele korespondencji między organizatorami pomocy społecznej, a stosownymi organami państwowymi. Istotą problemu jest dotychczasowa niemożność uzyskania przez domy pomocy społecznej środków z NFZ na opłacanie pielęgniarek w nich pracujących.

Placówki Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz Zakłady Opieki Długoterminowej, którym NFZ zleca wykonywanie opieki pielęgniarskiej, nie spełniają swojej roli w sposób wystarczający. W domach pomocy społecznej, gdzie jesień życia spędzają osoby starsze, przewlekle, somatycznie chore, zapotrzebowanie na usługi ściśle pielęgniarskie – w różnych godzinach dnia i nocy, we wszystkie dni tygodnia – jest ogromne.

Proponowana usługa dla mieszkańców DPS-ów, za pośrednictwem w/w zakładów, nie tylko nie spełnia oczekiwań, ale jest i bardzo kosztowna. Dlatego rozlega się wołanie liderów domów pomocy społecznych o dokonanie stosownych zmian w dotychczas obowiązujących przepisach, umożliwiających opłacanie pielęgniarek ze środków NFZ. Takie rozwiązanie będzie tańsze i bardziej efektywne. W chwili obecnej pośrednicy ustanowieni do takiej opieki są kosztowni, a w dodatku nieskuteczni, jeżeli chodzi o domy pomocy społecznej.

W DPS-ach z każdym rokiem wzrasta ilość mieszkańców w ciężkich stanach zdrowia – z chorobą Alzheimera i innymi odmianami demencji, chorobami kardiologicznymi, narządu ruchu oraz innymi wynikającymi z podeszłego wieku. Mieszkańcy to osoby wymagające specjalistycznej, całodobowej opieki pielęgniarskiej w określonym zakresie.

Opieka ta obejmuje czynności, które mogą wykonywać jedynie pielęgniarki dyplomowane:

- iniekcja zgodnie ze stałymi i doraźnymi zleceniami lekarskimi,
- wkłucia dożylnych oraz pielęgnacja wenflonów,
- obserwacja i pomiar obrzęków,
- pobieranie materiałów do zlecanych badań,
- pomiar i interpretacja poziomu glukozy we krwi oraz podawanie insuliny u chorych obłożnie oraz z demencją,
- cewnikowanie pęcherza,
- zaopatrywanie sztucznych annusów,
- wykonywanie specjalistycznych opatrunków,
- pomiar i interpretacja parametrów życio-

wych (RR, tętno i oddech),

- zakładanie zgłębnika do żołądka i podawanie przez niego pokarmów, płynów i leków,
- doraźne podawanie leków, celem eliminacji dolegliwości zgłaszanych przez mieszkańca,
- rozkładanie i rozdawanie mieszkańcom stałych leków i nadzorowanie ich ilości,
- udzielanie pierwszej pomocy w przypadku zdarzeń nagłych – ataki epilepsji, krwotoki, utrata przytomności, skaleczenia, upadki, urazy itp.,
- interpretacja objawów oraz podejmowanie działań w przypadku nagłych zachorowań,
- konsultacje mieszkańców w specjalistycznych poradniach lekarskich i wykonywanie zleceń lekarskich,
- dezynfekcja i sterylizacja narzędzi medycznych,
- prowadzenie dokumentacji (indywidualne karty zleceń lekarskich, raporty pielęgniarskie, rejestr leków podawanych doraźnie, rejestr zastosowania przymusu bezpośredniego),
- wykonywanie wlewek doodbytniczych,
- odsysanie zalegających wydzielin z górnych dróg oddechowych,
- nadzór nad jakością usług wykonywanych przez personel pomocniczy,
- obsługa mieszkańców żywionych dietą przemysłową oraz obsługa i pielęgnacja PEG-ów.

Wymienione czynności są niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa i odpowiedniego poziomu usług opiekuńczych. Z tych samych względów, obsługa ciężko chorych mieszkańców, wymaga jednoczesnego wykonywania przez opiekunkę i pielęgniarkę wielu czynności kompleksowych, na przykład kąpiel osoby zabrudzonej wydaliniami, mającej otwarte, wymagające szczególnej pielęgnacji rany, a następnie założenie jej specjalistycznego opatrunku. Procedurę tę od początku do końca wykonywać musi pielęgniarka w towarzystwie opiekuna. Takich czynności w DPS-ach dla osób przewlekle, somatycznie chorych jest bardzo wiele i to o każdej porze dnia i nocy.

Ponieważ nie sposób przewidzieć, w którym momencie i w jakim zakresie zajdzie po-

● Wyzwania opieki długoterminowej

trzeba wykonania zabiegów pielęgniarских – ratujących zdrowie i życie – stała, całodobowa obecność pielęgniarek w domach pomocy społecznej jest niezbędna.

Opisanych w powyższych punktach czynności nie można oddzielać administracyjnie i przypisywać do wykonywania różnym podmiotom, tak jak jest to obecnie praktykowane: część czynności wykonują pielęgniarki zatrudnione w publicznych bądź prywatnych podmiotach leczniczych, a część czynności wykonują pielęgniarki zatrudnione bezpośrednio przez DPS-y. Przykładem jest następujący podział: w dni robocze od godz. 7 do 18 czynności podejmują pielęgniarki zatrudnione w publicznych bądź prywatnych podmiotach leczniczych, a pielęgniarki zatrudnione w DPS-ach pracują w godzinach nocnych i w dni świąteczne.

Należy podkreślić, że taki sztuczny układ w praktyce nie funkcjonuje w sposób właściwy, tj. gwarantujący należyłą pomoc mieszkańcom DPS-ów, komplikuje sytuację i jest organizacyjnie nieuzasadniony. Stwarza także zagrożenia zarówno dla mieszkańców DPS-ów, jak i samych pielęgniarek.

Próby stworzenia grafiku zespołu pielęgniarско- opiekuńczego, z uwzględnieniem pielęgniarek z podmiotów leczniczych oraz opiekunek zatrudnionych w DPS-ie, dowodzą, że dochodzi do dublowania obsady pracowników. Wynika to z faktu, że konieczność całodobowej obecności pielęgniarek w DPS-ie nie wiąże się jednocześnie z wykorzystaniem tego czasu dla wykonywania czynności kontraktowanych przez NFZ. W wolnych od fachowych zabiegów chwilach, pielęgniarki wykonują inne czynności niezbędne do prawidłowego funkcjonowania DPS-u, np. prace polegające na nadzorze czy opiece. Jednocześnie, w każdej chwili pielęgniarki są gotowe do czynno-

ści stricte pielęgniarских. Taki układ sprawia, że nie ma konieczności zatrudniania osób wykonujących wyżej wymienione czynności pomocnicze.

W wypadku korzystania przez DPS z usługi pielęgniarской danego podmiotu leczniczego, konieczne staje się obsadzenie grafiku dyżurów, niezależnie od obecności pielęgniarek, osobami wykonującymi czynności polegające na dozorze czy opiece. To zaś z kolei wymaga dodatkowych

środków finansowych. Zwiększone koszty obciążą fundusze publiczne.

Należy podkreślić, że środki przeznaczane przez NFZ na opiekę pielęgniarскую mieszkańców DPS-ów oraz przez gminy na dofinansowanie pobytów mieszkańców w DPS-ach, są środkami publicznymi, które należy wydawać

oszczędnie i rozsądnie. Funkcjonujący w praktyce system zatrudniania pielęgniarek z dwóch różnych źródeł (to jest bezpośrednio przez DPS-y oraz podmioty lecznicze), świadczących czynności w tym samym DPS-ie, sprawia, że ogólne koszty opieki pielęgniarско- opiekuńczej są ogromne.

Prawidłowe rozwiązanie przez Ustawodawcę przedstawionego w niniejszym artykule problemu, z całą pewnością przyczyni się do usprawnienia działalności DPS-ów w Polsce.

Ponadto wskazujemy, że dla prowadzenia praktyki przez zespoły pielęgniarek niezbędne jest też zatrudnienie osób zajmujących się sprawami finansowymi i kadrowymi oraz zapatrującymi w sprzęt i materiały. Personel taki każdy DPS już posiada, w związku z czym, również w tej dziedzinie możliwe jest racjonalne gospodarowanie pieniędzmi publicznymi (brak zdublowania stanowisk administracyjnych).

Zasadnym wydaje się podjęcie działań legislacyjnych, które w konsekwencji umożliwią finansowanie pracy pielęgniarek zatrudnia-

Ponieważ nie sposób przewidzieć, w którym momencie i w jakim zakresie zajdzie potrzeba wykonania zabiegów pielęgniarских – ratujących zdrowie i życie – stała, całodobowa obecność pielęgniarek w domach pomocy społecznej jest niezbędna.



nych w DPS-ach przez NFZ. Określanie ilości opłacanych przez NFZ pielęgniarek powinno być regulowane stanem zdrowia mieszkańców przebywających w DPS-ach i oceniane określonymi skalami (np. Barthela, MMS). Przy takim rozwiązaniu, przyznanymi środkami dysponowałby DPS, rozliczając się z NFZ, bez tworzenia innej, pośredniej struktury organizacyjnej. Rozwiązałoby to ostatecznie w prosty sposób problem nękający pomoc społeczną od wielu lat. Mieszkańcom DPS-ów zagwarantowałyby zaś dostęp do należycie zorganizowanej i funkcjonującej opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 68 Konstytucji RP. Zdaniem dyrektorów DPS-ów koszty niezbędnej opieki pielęgniarskiej, dla wymagających tego mieszkańców, powinny być pokrywane ze środków publicznych, którymi dysponuje NFZ.

Obecnie, źródłem komplikacji jest zapis w Ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1769 z późn. zm.), w którym ustawodawca stwierdza, że domy pomocy społecznej nie świadczą usług zdrowotnych, a jedynie zobowiązane są do umożliwienia i organizacji dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

W istocie rzeczy DPS świadczy jednak

usługi zdrowotne, co wykazane zostało powyżej, a w całym tym zamieszaniu chodzi tylko o to, za czym pośrednictwem następuje finansowanie z NFZ?

Gdyby dokonano nowelizacji ww. ustawy, na mocy której zobowiązaliby DPS-y do umożliwienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez ich zorganizowanie w domu pomocy społecznej, za co w stosownym zakresie koszty poniesie NFZ, to taki zapis ostatecznie rozwiązałby istniejący problem i przyczynił się do zaoszczędzenia środków publicznych.

Zmuszanie środowiska pomocowego do korzystania z usług zespołów długoterminowej opieki pielęgniarskiej sztucznie komplikuje sytuację, nie zaspakaja potrzeb mieszkańców DPS-ów, rodzi wiele komplikacji w związku z funkcjonowaniem dwóch podmiotów w jednym zakładzie, jest ekonomicznie nieuzasadnione i szkodliwe dla interesu publicznego. Celem rozwiązania istniejącego problemu można by posłużyć się modelem funkcjonującym chociażby w Niemczech czy Anglii, zbliżonym do naszej propozycji.

Obecna sytuacja zniechęca pielęgniarki do zatrudniania się w DPS-ach i jest kolejnym, po

● Wyzwania opieki długoterminowej

względach finansowych, powodem ich rezygnacji z pracy w tych ośrodkach. Mamy świadomość, że praca pielęgniarek w DPS-ach jest ciężka, zwłaszcza fizycznie. Dyrektorzy borykają się z poważnymi kłopotami z utrzymaniem pracujących i pozyskiwaniem nowych pielęgniarek, a to z uwagi na umiarkowaną wysokość ich wynagrodzeń, dyktowaną przez panujące okoliczności prawne i faktyczne.

Utrzymywanie obowiązujących rozwiązań prawnych w opisywanych powyżej kwestiach jest powodem problemów. Z całą pewnością problemów tych nie rozwiązuje zachęcanie DPS-ów do występowania do NFZ z roszczeniami o zwrot kosztów świadczeń pielęgniarskich. Jedynym skutkiem takich propozycji jest

wzajemne przierzucanie się korespondencją, natomiast problem pozostaje wciąż nierozwiązany. Niezrozumiałym jest, czyim interesem jest utrzymywanie obecnego systemu, opartego na drogich i niezadawalających pośrednikach usługi pielęgniarskiej. ●

KOMENTARZ...

Powstają zatem pytania dlaczego nie dokonać takiej nowelizacji praw, aby omawiane działania były efektywniejsze i tańsze? Kto ma w tym interes, że ten stan rzeczy trwa tak długo?

STRESZCZENIE PROBLEMÓW I ZAGROZEŃ OPISANYCH W NINIEJSZYM PIŚMIE



- 1** Niemożliwość legalnej, opłacanej przez NFZ, pracy pielęgniarek w dni wolne od pracy oraz w godzinach od 18.00 do 8.00 następnego dnia.
- 2** Ustalone przez NFZ karty indywidualnej opieki oraz sprawozdanie z realizacji planu indywidualnego opieki wymagają wpisywania przez NFZ daty wykonanej czynności pielęgniarskiej. Powstaje pytanie, jaką datę i godzinę wpisać dla czynności wykonywanych w dni wolne od pracy i czas nocny?
- 3** Problem oddzielnych pomieszczeń dla pielęgniarek zewnętrznych i własnych.
- 4** Niemożliwość wydzielenia materiałów pielęgnacyjnych, finansowanych przez DPS i wykorzystywanych jednocześnie przez pielęgniarki z opieki długoterminowej.
- 5** Podział odpowiedzialności prawnej za kompleksową opiekę nad mieszkańcem w DPS-ie.
- 6** Prowadzenie raportu pielęgniarskiego, który stanowi źródło wiedzy o stanach zdrowia podopiecznych oraz problemach powstających podczas służby opiekuńczej. Dochodzące pielęgniarki nie mają obowiązku wpisywania objawów stanów zdrowia mieszkańców i ewentualnie podjętych interwencji w raportach.
- 7** Komplikacja odpowiedzialności dyrektorów za bezpieczeństwo mieszkańców domów.
- 8** Obecnie rodziny mieszkańców stają się coraz to bardziej wymagające i roszczeniowe. Rodziny kierują swoje uwagi i pretensje do DPS-u, a nie do zakładu zewnętrznego świadczącego usługi pielęgniarskiego. Rozdzielanie odpowiedzialności jest zatem niszczeniem dobrze funkcjonującego systemu opieki.
- 9** Dublowanie pracowników na zmianach podnosi ogólne koszty zatrudnienia.
- 10** Istnieje możliwość uproszczenia sytuacji przez dostosowanie przepisów obowiązujących NFZ z ustawą o pomocy społecznej.

PROBLEM ALKOHOLOWY WŚRÓD MIESZKAŃCÓW DPS-ÓW

IWONA ZALIKOWSKA // Psycholog, DPS w Grudziądzu

Nie piję i teraz poprzez odnalezienie swojego miejsca w grupie mogę prawdziwie zapuszczać korzenie w swoim życiu, w tym domu, w tym świecie. Mogę wrastać w rzeczywistość czując się potrzebnym sobie i innym, nie czując się już samotnym – te słowa, wypowiedziane przez wieloletniego mieszkańca Domu Pomocy Społecznej, uzależnionego od alkoholu, chorego na schizofrenię, pięćdziesięcioletniego mężczyzny chyba najpełniej oddają sens pracy w grupie terapeutycznej prowadzonej w tym miejscu.

Gdy ludzie słyszą, że jestem psychologiem w DPS-ie, najczęściej pytają o to jak funkcjonują tam starsi ludzie i co psycholog z nimi robi. Ciągłe jeszcze w świadomości społecznej istnieje przekonanie, że domy pomocy społecznej to domy spokojnej starości. Tymczasem tak nie jest. Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku art. 56 określa typy domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku, osób przewlekle psychicznie chorych,

osób przewlekle somatycznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie, osób niepełnosprawnych fizycznie, osób uzależnionych od alkoholu.

Każdy mieszkaniec DPS-u, zgodnie z obowiązującymi standardami, powinien mieć zapewnione warunki pobytu zbliżone do tych, jakie każdy z nas buduje w swoim życiu osobistym. Wszystkie prawa oparte na Konstytucji uwzględnione zostały w Ustawie o Pomocy Społecznej, szczególnie prawo do intymności,

● Wyzwania opieki długoterminowej

godności, wolności, szacunku, zaspokojenia potrzeb i poczucia bezpieczeństwa, dla każdego z członków społeczności domu. Z tego punktu widzenia, dom pomocy społecznej nie jest miejscem, w którym można wprowadzić zakaz spożywania alkoholu, ale jednocześnie jest miejscem, w którym godność, intymność i poczucie bezpieczeństwa muszą mieć zagwarantowane wszystkie osoby zamieszkujące. Jak grupa osób uzależnionych i pijących może zdezorganizować życie mieszkańców i personelu wiedzą wszyscy, którzy stykają się z tym problemem na co dzień. Inne instytucje pomocowe, takie jak środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, schroniska dla bezdomnych warunkują swoją pomoc abstynencją podopiecznych. DPS - owi jako jedynej instytucji pomocowej prawo zabrania stosowania takiego warunku. Zjawisko nadużywania alkoholu, biorąc pod uwagę wyżej wymienione typy domów pomocy społecznej, występuje w największym nasileniu głównie w dwóch typach domów: dla przewlekle somatycznie chorych i dla przewlekle psychicznie chorych. Tak jak różnią się przeznaczeniem te dwa typy domów, tak różnymi cechami charakteryzują się grupy zamieszkujących je pensjonariuszy. Jestem psychologiem pracującym w obydwu typach DPS-ów w Grudziądzu i z mojego doświadczenia wynika, że metody profilaktyki, terapii i edukacji mieszkańców w zakresie problematyki alkoholowej powinny być odmienne w zależności od typu DPS-u.

Mieszkaniec z podwójną diagnozą

Termin *podwójna diagnoza* ang. dual diagnosis odnosi się do sytuacji klinicznej, w której stawia się rozpoznanie dwóch równoznacznych zaburzeń psychicznych, z których jedno stanowi nadużywanie substancji psychoaktywnej, drugie – choroby psychicznej. Aby użycie tego terminu było zasadne musimy mieć pewność, że nadużywanie np. alkoholu wiąże się z występowaniem u pacjenta znaczących szkód psychicznych, somatycznych i społecznych. Planując terapię należy brać pod uwagę równowagę każdego z tych zaburzeń. Terapia osób z podwójną diagnozą wydaje się być bardziej skomplikowana, dłuż-

sza, obarczona większym ryzykiem niepowodzenia, wymagająca łączenia przez terapeutę wielu kompetencji, współpracy interdyscyplinarnej, szczególnie lekarza, terapeutów różnych specjalności, psychologa, rodziny i całego personelu placówki.

Jak podają J. Meder, A. Katwa, M. Rosenfeld, związek przyczynowo – skutkowy nadużywania substancji psychoaktywnych i występowania psychoz może być różny:

- może pełnić funkcję mechanizmu spustowego psychozy,
- może być próbą samoleczenia psychozy, jest więc wtórny do choroby,
- może być próbą zmniejszenia działań niepożądanych po stosowaniu neuroleptyków,
- może być przypadkową koincydencją dwóch zaburzeń – schizofrenii i uzależnienia.

W grupie mieszkańców DPS-ów z podwójną diagnozą, z którą pracuję są pojedyncze osoby, które alkohol stosowały jako środek zmniejszający niepożądane działanie neuroleptyków ponieważ przed zamieszkaniem w DPS-ie zdecydowana większość z nich nie przyjmowała regularnie leków poza pobytami w szpitalu. Wyraźnie ujawniają się dwa związki: picie alkoholu jako mechanizm spustowy psychozy i jako próba samoleczenia.

Jak wynika z ich introspekcji, negatywnego sprzężenia leków i alkoholu doświadczyli w przeszłości, gdy zamieszkali w domu pomocy społecznej, gdy już zaczęli się leczyć, a jeszcze nadal pili. Aktualnie nie spożywają alkoholu i wyraźnie doświadczają poprawy funkcjonowania. Jednak procesu ich zdrowienia nie można pozostawić w gestii ich samych. Przy zatrzymaniu picia, dalsza terapia podtrzymująca, pogłębiona wymaga stałej systematyczności, a ze strony terapeuty - dojrzałości, uważności i cierpliwości. Jak wskazuje moja praktyka również nie wszyscy wolontariusze AA, tak potrzebni w procesie zdrowienia, są w stanie na dłużej sprostać wymaganiom grupy mieszkańców uzależnionych i schizofrenicznych.

W domu pomocy społecznej w Grudziądzu przy ul. Parkowej, przeznaczonym dla 170 mieszkańców, mężczyzn i kobiet przewlekle psychicznie chorych aktualnie przebywa 28 osób z podwójną diagnozą, uzależnionych od

alkoholu i utrzymujących trwale abstynencję. Zaznaczyć należy, że pomimo utrzymywania abstynencji przez tę grupę mieszkańców, nie można rezygnować z działań podtrzymujących i poprawiających ich funkcjonowanie. Według diagnozy psychiatrycznej są to głównie osoby chorujące na psychozy z kręgu schizofrenicznego. 14 mieszkańców uczęszcza regularnie na zajęcia grupowe, pozostali są w stałym, indywidualnym kontakcie z psychologiem. Pomimo motywowania do udziału w spotkaniach grupowych wolą pozostawać w znajomym otoczeniu swojego pokoju czy zespołu. Nie piją, przyjmują leki, bardziej preferują indywidualne kontakty z personelem niż ze współmieszkańcami.

Historia - od picia do abstynencji

Jeden z mieszkańców DPS-u w Grudziądzu przy ulicy Parkowej, chory na schizofrenię, uzależniony od alkoholu opisuje rzeczywistość domu przed laty w następujący sposób:

Mam na imię Janusz i przebywam w tym Domu od 2000 roku. Gdy tu przyszedłem, zauważyłem, że wielu mieszkańców, głównie mężczyzn, pije alkohol. Były to starsze i młodsze osoby, namawiali, częstowali i wkrótce ja się w to picie wciągnąłem. Jak wyglądały pokoje, jak wyglądali ci co pili i do jakich sytuacji dochodziło nietrudno sobie wyobrazić. Pan kierownik i cały personel walczył z naszym pićem, rozmawiał, namawiał, prosił, tłumaczył i wszystko na nic. Dziesiątki razy przyjeżdżała Policja, mieszkańcy byli przewożeni do Izby Wyrzębów, nie raz, dwukrotnie w ciągu dnia i wracali pijani. Wydawało się, że nic się nie zmieni. Tymczasem nic bardziej mylnego. Rok 2003, kiedy nastąpiła nasza Pani Dyrektor przyniósł przełom w oddziaływaniach i traktowaniu pijących. Jako terapeuta zaczął przyjeżdżać z Torunia - Czerniewic terapeuta i trzeźwy alkoholik Zbyszek, potem Tomek. Mieszkańcy zdiagnozowani jako alkoholicy zaczęli jeździć na leczenie, zaczęto konsekwentnie traktować pijanych mieszkańców, ale z szacunkiem i z wiedzą. Mieszkańcy zaprzestający picia zaczęli doświadczać korzyści, a to wolne wyjścia, a to wycieczki, a to wczasy profilaktyczne w Bachotku, te wszystkie działania wspierała pani psychiatra, szczególnie słynąca z konsekwencji.





Utrzymywanie abstynencji dla większości wynikało bardziej z warunków socjalno-ekonomicznych (brak funduszy na zakup, stan zdrowia, zakazy formalne, proste korzyści z niepicia) niż z faktycznej akceptacji trzeźwości.

Działania prowadzone na trzech poziomach profilaktyki alkoholowej kompleksowo objęły całą społeczność domu pomocy społecznej. Podstawą działań w tego typu instytucji jaką jest dom pomocy społecznej jest rozumienie problemu, stworzenie warunków do zmiany i zaangażowanie dyrektora placówki. Tak zaangażowanym dyrektorem była i jest od 2003 roku do dzisiaj pani dyrektor. Szkoleniami objęto cały personel, uczono zasad tzw.

twardej mitości, konsekwencji i jednomyślności w działaniu. Praca terapeutów z mieszkańcami opierała się głównie na spotkaniach indywidualnych, interwencji, motywowaniu do rozpoczęcia terapii i podtrzymywaniu jej efektów. Efektem powyższych oddziaływań stała się abstynencja większości mieszkańców, ci którzy nadal pili złożyli prośby o przeniesienie do innego domu lub w wyniku powikłań zdrowotnych zmarli. Nie udało się poprowadzić działań edukacyjno – terapeutycznych mieszkańców uzależnionych w oparciu o grupę.

Początki

Gdy w 2013 roku otrzymałam propozycję pracy w DPS-ie w Grudziądzu, ze szczególnym uwzględnieniem objęcia opieką psychologiczną niepijących mieszkańców z podwójną diagnozą zastanawiałam się od czego zacząć. Szybko zorientowałam się, że moje wieloletnie doświadczenia w terapii uzależnień nie do końca sprawdzą się w odniesieniu do tej grupy pacjentów. Swoją pracę rozpoczęłam od poznawania mieszkańców, ich historii życia, środowiska, w którym aktualnie przebywają, warunków pobytu. Rozmawiałam z mieszkańcami i personelem. Początkowo wytoniła się grupa 12 mężczyzn z podwójną diagnozą. Wszyscy utrzymywali abstynencję, trzem na przestrzeni ostatniego roku zdarzyło się spożyć alkohol, bez większych konsekwencji. Utrzymywanie abstynencji dla większości wynikało bardziej z warunków socjalno - ekonomicznych/brak funduszy na zakup, stan zdrowia, zakazy formalne, proste korzyści z niepicia) niż z faktycznej akceptacji trzeźwości.

Przez około dziesięć miesięcy spotykałam się z nimi indywidualnie, poznając ich, zyskując powoli akceptację, zaufanie i budując relację. Wprowadzałam temat prowadzenia zajęć grupowych, który nie spotkał się na początku z żadnym oddźwiękiem. Zależało mi na zapoczątkowaniu działalności grupy AA. Zaprosiłam członków Wspólnoty AA z Grudziądza, doszło do spotkania i wspólnego wyboru nazwy – Grupa AA WIOSNA. Spotkania zakończyły się po około dwóch miesiącach. Ani mieszkańcy, ani trzeźwiejący alkoholicy nie byli przygotowani, moim zdaniem do wspól-

pracy. Mieszkańcy nie pojmowali idei mitingu, trudno było im utrzymać koncentrację na tu i teraz, nieufnie odnosili się do przychodzących z zewnątrz, życzliwie słuchali wypowiedzi aowców, sami nie zabierając głosu. Przychodzący na spotkania nie rozumieli często funkcjonowania i zachowania schizofrenicznych mieszkańców, dziwaczności, dygresyjności, problemów. Jak podają J.Meder, A.Katwa, M.Rosenfeld, co okazało się w praktyce - *W trakcie leczenia pacjentów z podwójną diagnozą /.../ należy pamiętać, że typowa terapia uzależnień lub samo uczestnictwo w grupie AA nie jest skuteczną metodą.*

Uznając potrzebę terapii grupowej wobec tej grupy poszukiwałam formuły spotkań akceptowanej przez mieszkańców. Założyłam, że grupa pozwoli na przetamanie bariery izolowania, zintensyfikowanie procesu socjalizacji, a wykorzystanie zjawisk dynamiki grupy pozwoli również na osiągnięcie celów terapeutycznych, które uznałam za ważne do osiągnięcia dla moich pacjentów z podwójną diagnozą. Były to cele:

- poprawa kontaktów interpersonalnych i komunikacji
- wzrost zaufania do siebie i innych
- reedukacja w zakresie problematyki uzależnień
- poprawa samooceny i wzrost poczucia własnej wartości
- zbudowanie wzajemnych relacji umożliwiających wspieranie oraz wspólne, satysfakcjonujące spędzanie czasu
- rozpoznawanie i różnicowanie uczuć, radzenie sobie z nimi bez ucieczki w zachowania autystyczne
- pogłębienie wglądu w siebie, doświadczenie siebie poprzez relacje w grupie
- zaakceptowanie siebie w trzeźwieniu, z postawą wyboru nie picia.

Uzyskałam od mieszkańców ważną informację, że jeżeli będą spotkania grupowe dotyczące uzależnienia od alkoholu, to chcę spotkań z psychologiem, a nie spotkań w ramach mitingów. W rezultacie Grupa AA WIOSNA, przekształcona w Grupę Trzeźwościową WIOSNA zaczęła spotykać się w marcu 2014 roku, raz w tygodniu, w wymiarze czasowym do 90 minut. Liczy 14 stałych uczestników,

tym trzy kobiety. Najmłodszy uczestnik ma 23 lata, a najstarszy ponad 80. Spotykamy się regularnie, a od czerwca 2015 roku systematycznie przychodzi dwóch członków Wspólnoty AA z Grudziądza, którzy korzystają z formuły terapeutycznej pracy naszej grupy.

Co jako terapeuta musiałam zrozumieć?

Zapoczątkowując proces tworzenia grupy terapeutycznej dla osób z podwójną diagnozą w domu pomocy społecznej zrozumiałam, że:

- moje dotychczasowe doświadczenia w pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi od alkoholu są niewystarczające, nie dadzą się wprost przełożyć na pomoc pacjentom z podwójną diagnozą, którzy mieszkają w DPS-ie
- trzeba pozwolić na wzajemne poznanie się terapeuty i uczestników grupy
- trzeba zaakceptować fakt, że nie wszyscy są gotowi do podjęcia terapii grupowej, część pozostanie w terapii indywidualnej
- konieczne jest cierpliwe budowanie wzajemnych relacji terapeuta – pacjent, początkowo w kontakcie indywidualnym
- trzeba pamiętać, że pacjenci w przeszłości często doświadczali zaniedbywania ze strony swoich rodzin, mieli trudne doświadczenia w kontaktach z policją, różnymi służbami społecznymi, środowiskiem innych osób, często nie wierzą już nikomu. Podczas nawiązywania relacji terapeutycznej należy unikać postawy konfrontacyjnej, a przywołać empatię, zachować delikatność i spokój
- trzeba pozyskać środowisko życia pacjentów dla wspierania ich pracy nad sobą, stworzenia życzliwej atmosfery ze strony personelu i współmieszkańców
- ważne jest dostrzeganie i za pożądanego efekty terapii uznawanie drobnych przejawów rozwoju i zmian pacjentów, szczególnie w obrębie ich emocjonalności.

Kluczowe dla mnie stały się słowa napisane przez M. Kostecką – *Najważniejszym jest stworzenie związku i trwanie przy pacjencie, bez względu na intensywność uczuć jakie to trwanie wyzwala oraz powolne budowanie kontaktu.*

● Wyzwania opieki długoterminowej

Jak funkcjonuje grupa trzeźwociowa WIOSNA w DPS-ie?

- Zajęcia terapeutyczne mają charakter terapii pogłębionej, nie ograniczają się do treści uzależnienia i trzeźwienia
- Uczestnicy dzielą się swoimi przeżyciami i emocjami, wymieniają myśli i skojarzenia związane z codziennym życiem, doświadczeniami z przeszłości i wyobrażeniami o przyszłości
- Tematy dyskusji są zawsze wnoszone przez mieszkańców. Nigdy nie są z góry planowane. Dotyczą przeżyć bieżących, wspomnień, pragnień i lęków przed przyszłością
- Tematy rozwijają i pogłębiają rozumienie własnych indywidualnych przeżyć oraz zjawisk czy też procesów interpersonalnych zachodzących w grupie
- Lepiej rozumiejąc własne doświadczenia i swój sposób funkcjonowania w relacjach z ludźmi, członkowie grupy mogą dokonywać wielu konstruktywnych zmian w swoim życiu.
- Decydując się na kontynuowanie dotychczasowego sposobu funkcjonowania w trzeźwości, zyskują przekonanie, że jest to ich własny, świadomy wybór.
- Doświadczają autorefleksji myśląc o sobie i pozostałych członkach grupy, poszerzając krąg rozumienia własnych przeżyć.
- Każda osoba w grupie dowiaduje się również od innych jakie emocje i myśli wywołują jej zachowanie i wypowiedzi. Jest to proces przebiegający na płaszczyźnie interpersonalnej.
- Udział w zajęciach grupowych umożliwia dokonanie próby ponownego poradzenia sobie z trudnym doświadczeniem. Mieszkańcy coraz częściej sięgają do trudnych doświadczeń z przeszłości i przeżywają je w bezpiecznej atmosferze grupy.
- Jako terapeuta pozostaję zawsze uważna na proces dynamiki grupowej, pomagam i przekazuję swoje interpretacje gdy grupa nie może poradzić sobie z treściami i napięciem.
- Zawsze dbamy o danie czasu na wypowiedź każdemu uczestnikowi grupy.
- Zawsze dbamy, by uczestnicy spotkań

sami organizowali przestrzeń wokół siebie i wzajemnie sobie pomagali.

- By uniknąć narracji dbam, by każdy z uczestników zrelacjonował ostatni przeżyty tydzień.
- Poprzez członków grupy wzmacniany zostaje proces uaktywniania każdego z nich w ramach działań poza sesjami grupy – uczestnictwo w terapii zajęciowej, imprezy, aktywne działania na rzecz środowiska domu, wyjazdy, występy, pisanie poezji.

Czy to działa?

- Grupa pracuje już czwarty rok
- rozwija się, zbudowała poczucie tożsamości
- członkowie grupy podkreślają jej spójność, identyfikują się z grupą, podkreślają przynależność, mają poczucie zdrowienia
- grupa rozwija się i jest otwarta na nowe osoby
- wszyscy uczestnicy utrzymują abstynencję, a większość jest z tego powodu szczęśliwa
- uczestnicy zwracają się do siebie, a nie do terapeuty czy przez terapeutę jak było na początku
- pacjenci otwarcie rozmawiają o swoich lękach, problemach, trudnościach
- pacjenci pamiętają o spotkaniach, upominają się o nie i współorganizują
- pacjenci przekazują komunikaty wsparcia, potrafią korygować wzajemnie swoje, zdarzające się niewłaściwe zachowania
- skoro potrafią razem publicznie wystąpić i zaśpiewać hymn o swojej trzeźwości... to chyba działa. ●

CO DALEJ?

Grupa terapeutyczna stała się bezpiecznym środowiskiem trzeźwienia dla mieszkańców domu pomocy społecznej z podwójną diagnozą. Teraz czas na proces zdrowienia, wychodzenie z alkoholowej perspektywy na płaszczyznę rozwiązywania problemów osobistych, rozwój tożsamości osobowej i pogłębianie kontaktów z samym sobą i innymi.

seni cup

CZYLI SPEŁNIAMY MARZENIA

SZYMON LONTKOWSKI // Trener oraz fizjoterapeuta, DPS w Grudziądzu
fot. Szymon Lontkowski

Uśmiechy na twarzy, strzelone gole, zwycięstwa, ale i poniesione porażki to lekcja życia, którą wszystkim uczestnikom funduje turniej piłki nożnej Seni Cup. To dowód na to, że dzięki ciężkiej pracy oraz szczypcie szczęścia można wygrać i spełniać marzenia. Taki rodzaj spotkania osób niepełnosprawnych z rówieśnikami oraz społeczeństwem to bardzo ważny element w rozwoju społecznym i emocjonalnym mieszkańca. Jest także doskonałą formą rehabilitacji i integracji nie tylko dla uczestników turnieju, ale także zabieganej, lokalnej społeczności



Zespół z Grudziądza z domu pomocy społecznej przy ulicy Parkowej od 16 lat uczestniczy w turnieju Seni Cup. Na przestrzeni lat, drużyna bardzo zmieniała swój kształt. Aktualnie zespół składa się z sześciu mężczyzn oraz naszego rodzyńka czyli jednej kobiety. W takim też składzie, drużyna przygotowywała się do ubiegłorocznego turnieju kwalifikacyjnego w Niechorzu oraz do turnieju głównego w Toruniu.

Przy doborze zawodników do drużyny zawsze kieruję się chęcią mieszkańca do rywalizacji, zaangażowaniem przez cały rok. Drugorzędną wartością dla mnie jako trenera są umiejętności, które można nabyć i których można się nauczyć w różnym stopniu. Obecnie drużyna z Grudziądza to osoby w wieku od 29 do 54 lat więc przedział wiekowy jest duży, lecz nie wiek oraz płęć jest najważniejsza. Mamy w naszej drużynie dziewczynę, Magdę, lat 34, która jest bardzo waleczna pomimo mniejszych umiejętności piłkarskich. Jest również Stanisław, lat 29, który cierpi na móżdgo-

porażenie dziecięce i pomimo niepełnosprawnych nóg, na boisku stara się dorównać pełnosprawnym rówieśnikom – pełnosprawnym zawodnikom, pokazując, że jest ważnym ogniwem drużyny. Swoim zaangażowaniem oraz wolą walki jako obrońca pokazuje, jak ważna jest dla niego piłka nożna, niejednokrotnie ocalił już drużynę od utraty gola.

Przygotowywania do Seni Cup 2018 zaczęliśmy już zimą, gdzie chodziliśmy na basen kryty oraz zajęcia w naszej siłowni. Mieszkańcy trenują na bieżni oraz pokonują wiele kilometrów na rowerkach stacjonarnych. Gdy śniegi już stopniały, głównym elementem przygotowań, który corocznie powtarzamy jest budowanie formy dzięki biegom w każdych warunkach pogodowych w naszym parku miejskim, poza tym mecze kontrolne z innymi placówkami, a także tworzenie akcji już na naszym boisku do piłki nożnej.

Dużo biegając, budując przy tym formę na turniej Seni Cup, powtarzam moim zawodnikom, że mając lepszą kondycję od swojego przeciwnika na boisku mamy nad nim przewa-

gę. Szalą zwycięstwa jest wytrzymałość, ponieważ piłkarz mniej zmęczony to celniejsze podania, bardziej precyzyjne strzały oraz lepsze przyspieszenie z piłką przy ograniu przeciwnika i GOOL !!!

Zanim wjedziemy na boisko, czas na integrację. Od 2 lat nasza drużyna uczestniczy w wieczorku artystycznym, gdzie charakterystycznym ogniwem naszej drużyny jest bramkarz, Dariusz. To właśnie on, ze swoją gitarą elektryczną napędza do śpiewu całą zespół, który umila czas wszystkim uczestnikom Seni Cup. Śpiewaliśmy piosenki Klenczona, Maryli Rodowicz czy wszystkim znane piosenki zespołu Akcent.

Kolejne dni to już sportowa rywalizacja i koncentracja. Zawsze mówię zawodnikom o tym, jak ważna jest gra fair play. W czasie meczów robimy rotacyjnie zmiany, jak w hokeju na lodzie, by cała drużyna mogła zaprezentować się na boisku próbując strzelić gola, wygrać swój mecz, a także, by poszczególni zawodnicy mogli odpocząć i spragnieni napić się wody.

W wolnych blokach pomiędzy meczami, gdy pogoda nie zawodzi, zawsze odwiedzamy latarnię morską w Niechorzu, pod którą plażujemy. Niektórzy twardziele kąpią się w jeszcze zimnym morzu. To czas na odpoczynek i regenerację.

Turniej finałowy w Toruniu, spełniamy marzenia...

Turniej kwalifikacyjny w Niechorzu okazał się dla nas przepustką do Torunia. W czasie turnieju finałowego, w swojej grupie rywalizowaliśmy z drużynami z Polski, Słowacji oraz Niemiec. Mecze na Stadionie Miejskim przebiegały sprawnie, dzięki bardzo dobrej organizacji, a wszystko to uwiecznia specjalnie zbudowana strefa kibica, na której uczestnicy turnieju mogli najpierw zobaczyć pokazy kuglarzy, uczestników telewizyjnego talent show Mam Talent, a później na wielkim telebimie wybrane mecze Mistrzostw Świata w Piłce Nożnej, które odbywały się w Rosji.





Strzelone gole, wielka wola zwycięstwa, wylany pot na boisku w ubiegłorocznym turnieju finałowym Seni Cup 2018, przyniósł zawodnikom z Grudziądza pierwsze miejsce w swojej grupie, upragniony puchar, możliwość stanięcia na podium i spełnienie marzeń!!! Dziękujemy!!! ●

W domu pomocy społecznej przy ul. Parkowej w Grudziądzu, przebywam nieco ponad rok. W kilka miesięcy po moim przybyciu w jego progi, wzięłam udział (po raz pierwszy) w eliminacjach do Głównego Turnieju w Niechorzu, a potem w meczach finałowych. Czym było dla mnie to nowe doświadczenie życiowe i jak je oceniam? Byłam innymi- oraz sobą- pozytywnie zaskoczona. Doszłam do wniosku, że i dziewczyny mogą cieszyć się grą w dyscyplinie sportowej, którą stereotypowo przypisuje się facetom. I fakt, że zarówno przygotowania do gry, przebiegnięte kilometry, treningi na boisku, spotkania z innymi osobami z niepełnosprawnością, a także pokonanie własnego lęku oraz ograniczeń może przynieść wiele satysfakcji, bardzo doceniam. Do zobaczenia w tym roku (i w następnych!).

Magdalena Rutkowska, lat 34

Potwierdzenie słów trenera stanowią opinie zawodników grudziądzkiej drużyny, dla których udział w Seni Cup to ogromne przeżycie i wielka radość:

Uczestnictwo w turnieju piłki nożnej Seni Cup to dla mnie fajna przygoda oraz motywacja do treningu, by stać się lepszym piłkarzem i zdobywać większe umiejętności piłkarskie. Integracja z rówieśnikami z Polski oraz zagranicy to dla mnie również duża wartość, a także możliwość nawiązania nowych znajomości oraz przyjaźni.

Dariusz Paszkowski, lat 54

Piłka nożna to dla mnie fajna zabawa oraz forma rehabilitacji. Turniej kwalifikacyjny Seni Cup w Niechorzu to morze, wieczór artystyczny, festiwal kolorów oraz wygrana całej drużyny dzięki czemu awansowaliśmy do turnieju głównego w Toruniu.

Turniej finałowy Seni Cup w Toruniu to wiele miłych wspomnień, strefa kibica, pyszne lody w dobrej lodziarni oraz duży puchar za zajęcie pierwszego miejsca w turnieju głównym.

Stanisław Rynkowski, lat 29

Seni Cup

TURNIEJ DLA NIEZWYKŁYCH LUDZI

PRZEMYSŁAW KAMIŃSKI // *terapeuta, DPS Łomża*
fot. Przemysław Kamiński

Seni Cup 2018 to co prawda historia, lecz w pamięci podopiecznych Domu Pomocy Społecznej z Łomży pozostanie zdecydowanie na długo. Nie tylko za sprawą niemal trzydniowych zmagani na dwóch boiskach, ale przede wszystkim dlatego, że to skrupulatnie wymyślane i profesjonalnie przygotowane przedsięwzięcie rekreacyjno-sportowe dla niezwykłych osób.

Można śmiało powiedzieć, że impreza ta rangą nie odstaje od jakichkolwiek pierwszoligowych turniejów piłki nożnej. Są trenerzy, sędziowie, doskonale przygotowane zaplecze medyczne, ale przede wszystkim ogromna chęć i wola walki o pierwsze miejsce w swojej grupie. Warto dodać, że zwycięstwo w grupie owocuje wyjazdem na rozgrywki międzynarodowe, które odbywają się w Toruniu, zatem naprawdę jest o co walczyć. DPS w Łomży reprezentowała drużyna kobieca. Dziewczyny udowodniły, że świetnie radzą sobie na boisku.

Turniej odbywał się tradycyjnie w malowniczo położonym ośrodku AMW Rewita w Waplewie koto Olsztyńka. Miejsce świetnie nadające się na tego typu przedsięwzięcia. Bardzo dogodne warunki mieszkaniowe oraz pobliska





przystań nad jeziorem, stwarza bardzo przyjazne środowisko dla zawodników Seni Cup. Dwa boiska, miejsce do grillowania, posiedzenia przy ognisku. Z pełną odpowiedzialnością mogę powiedzieć, że wybór takiej lokalizacji na miejsce zmagania sportowych osób niepełnosprawnych nie był przypadkowy.

Wzorem roku 2017, kiedy to po raz pierwszy przyjechaliśmy do Waplewa, urzekły nas nie tylko piękne okoliczności przyrody tego miejsca, ale przede wszystkim uśmiechnięte i życzliwie patrzące na nas, znajome już, twarze organizatorów. To dzięki nim, mogliśmy po raz kolejny uczestniczyć w Seni Cup. Nie brakowało również rozmów i wspomnień z innymi uczestnikami, których już przecież znaliśmy. Warto w tym miejscu dodać, że turniej ten skupia drużyny nie tylko ze zróżnicowanym poziomem gry w piłkę, ale także osoby w różnym wieku. O tytuł piłkarski walczą zarówno młodzież jak i seniorzy między innymi nasza podopieczna, 65-letnia Marianna.

W minionym roku dzięki uprzejmości słonecznej aury, przemaszerowaliśmy uroczyscie

z transparentami (na każdym nazwa miasta, z którego jest dana drużyna) na boisko, gdzie odbyło się powitanie wszystkich drużyn przez organizatorów oraz przybyłych włodarzy Olsztyńka i przedstawiciela tamtejszej komendy Policji. Rozbrzmiał znany wszystkim okrzyk *tak się bawi, tak się bawi Seni Cup!* i nastąpił wykop piłek na boisko, co zwiastowało, że Seni Cup 2018 czas rozpocząć.

Na początek mecze kwalifikacyjne, które pomagają pogrupować drużyny o zbliżonym poziomie umiejętności gry w piłkę nożną do tych samych drużyn tak, by wyrównać poziom zmagania. Kiedy już wiadomo było, że walczymy w grupie D można udać się na imprezę integracyjną oraz pyszną kolację z grilla. Organizatorzy zadbali bowiem nie tylko o strawę dla ducha, ale i dla ciała.

Kolejny dzień to już nie przelewki, trzeba bowiem było stawić czoła zarówno starszym jak i lepszym od siebie. Tak też było w naszym przypadku, jednak waleczny duch był z nami do ostatniego meczu. Całości zmagania dopisywała znakomita, słoneczna pogoda. Mimo, iż

na rozgrywki między-
narodowe nie uda-
ło się nam zakwalifi-
kować, to po raz ko-
lejny warto było ra-
zem być, dobrze się
bawić i współzawod-
niczyć, pokazując
tym samym, że oso-
by niepełnospraw-
ne to ludzie tacy sami
jak wszyscy. Tak samo
czują, tak samo ko-
chają (może nawet

bardziej), tak samo się uśmiechają. Tak samo
też uczestniczą w różnego rodzaju imprezach,
nie tylko sportowych.

Do turnieju Seni Cup podopieczne domu
pomocy społecznej z Łomży przygotowywa-
ły się pod okiem zawodowego trenera Marci-
na Gałązki, trenującego miejscowy ŁKS 1926
Łomża. Przygotowania trwały już od wcze-
snej wiosny, nie przeszkadzały deszcz czy niska
temperatura. Chęć i wola walki były silniejsze.
Ania, Kasia, Renata, Wioletta oraz najstarsza
z nich, 65-letnia Marianna zwana Majką, dum-
nie stawiały czoła wszelkim barierom. Jako
zawodniczki, które po raz drugi brały udział

*Mimo, iż na rozgrywki międzynaro-
dowe nie udało się nam zakwalifiko-
wać, to po raz kolejny warto było ra-
zem być, dobrze się bawić i współza-
wodniczyć, pokazując tym samym,
że osoby niepełnosprawne to ludzie
tacy sami jak wszyscy.*

w turnieju Seni Cup,
wiedziały doskona-
le, że zmierzyć im się
przyjdzie z drużynami
nie tylko silniejszymi,
ale i bardziej doświad-
czonymi. Jednak nie
tylko wola walki mo-
tywowała je do re-
gularnych ćwiczeń
i treningów, ale to, że
mogą wyjechać i po-
kazać to, co potra-
fią zdziałać wspólnie

na boisku. Dzięki takim imprezom mogą rów-
nież zintegrować się z innymi zawodnikami, co
niejednokrotnie owocuje długotrwałymi znajo-
mościami czy przyjaźniami.

Seni Cup to impreza pokazująca, że także
ludzie z niepełnosprawnością są w stanie wal-
czyć na boisku, z równie ogromnym zaangażowaniem co ludzie zdrowi, że tak samo po-
trafią cieszyć się ze swoich pasji, zaintereso-
wań, wygrywać i przegrywać. Będziemy bar-
dzo zaszczytzeni móc uczestniczyć w kolejnych
edycjach. Seni Cup to dla nas po prostu zwykły
turniej, niezwykłych ludzi. ●

SENI CUP 2019

Trwają intensywne przygotowania do 19. Turnieju Międzynarodowej Ligi Piłki Nożnej Osób Niepełnosprawnych Seni Cup. Tradycyjnie, zapowiada się ogromna dawka sportowych emocji. Po raz kolejny miłośnicy piłki nożnej zmierzą się ze sobą na boisku, a my będziemy im kibicować.

Turnieje kwalifikacyjne Seni Cup 2019 zostaną rozegrane w następujących miejscach i terminach:



I Turniej Kwalifikacyjny odbędzie się w miejscowości Waplewo koło Olsztyńska, w terminie 15-17 maja 2019 roku (woj. warmińsko-mazurskie)



II Turniej Kwalifikacyjny odbędzie się w miejscowości Pogorzelica i Niechorze, w terminie 5-7 czerwca 2019 roku (woj. zachodniopomorskie)



III Turniej Kwalifikacyjny odbędzie się w miejscowości Czarna koło Dębicy, w terminie 11-13 czerwca 2019 roku (woj. podkarpackie)





Co tworzy DOM, A NIE INSTYTUCJĘ?

MARTA LICHOWSKA, MAREK KONARSKI // *terapeuci, DPS Nad Jarem w Nowym Miszewie*
fot. Marek Konarski

Dom pomocy społecznej to jedno z wielu rozwiązań, które w pewnym stopniu ma zapewnić namiastkę prawdziwego domu, rodziny i spotkań przy stole. Dom to ostoją. Wielu ludzi marzy, aby był wyjątkowy, czasem całe życie pracują na to, by jego miejsce było jedyne w swoim rodzaju. Każdy z nas potrzebuje takiej przystani. Przestrzeni, w której będzie czuł się bezpiecznie. Strefy, gdzie będzie potrzebny i ważny, będącej celem wszelkich powrotów. Taki właśnie jest dom pomocy społecznej Nad Jarem w Nowym Miszewie.

Zapraszamy na wycieczkę po miejscu, które dla naszych mieszkańców stało się prawdziwym domem, po miejscu, które łączy wiele pokoleń, wartości i tradycji.

To, co od razu przykuwa uwagę to malownicze otoczenie – las i cudowne ogrody sprzyjają kontemplacji. Seniorzy mają tu swoje ulubione ławeczki, a młodzież siłownię plenerową i boisko do gry. W sezonie wiosenno-letnim nie brakuje huśtawek i hamaków. Dobrze jest zatrzymać się w jednej z wielu altan-świątyń dumania. Świeże powietrze i dobry klimat są zacznym do leśnych spacerów, wycieczek rowerowych, biwaków oraz pikników. Sielskość miejsca udziela się nie tylko mieszkańcom. Wiodokowi kwitnących magnolii i jabłoni nie mogą się oprzeć artyści plastycy, ściągający tu co roku z całej Polski na integracyjne plenery artystyczne.

Charakter miszewskiego podwórka podkreślają rozmieszczone w całej przestrzeni rzeźby oraz naścienne malowidła mieszkańców domu. To tak, jakbyśmy weszli do galerii sztuki i korytarze drzew odstaniały nam poszczególne działy. Do tego rozmaitych kształtów i kolorów ptaki, postaci grajków, figury z ludowych podań oraz uśmiechnięte anioły oraz stwory i stworki. Cały taki spacer okraszony jest symfonią parkowo-leśnych dźwięków. O każdej porze roku inny repertuar.

Kolorowy witraż otwiera przed nami przestrzeń przytulnej, domowej kawiarenki. To miejsce spotkań – poetyckich popołudniówek, podczas których rezydenci prezentują swe wierszowane i literackie dzieła. Do tego kawka, herbatka, ciasteczka – wszystko domowe, wypiekane w pracowni kulinarnej... palce lizać.

Skoro mowa o kuchni to należy wspomnieć również o miszewskich przetworach - jak one pachną... Przy każdym domu powinien być ogród i grządki, tak jest

i tu. Uprawa warzyw niezbędnych do domowej spiżarni. Mieszkańcy wspólnie z instruktorem zajmują się pielęgnacją roślin, a w następnej kolejności zbiorom i przetwórstwem. W efekcie powstają kiszona kapusta, paprykowe i dyniowe marynaty, ogórki. Pan Andrzej kocha pracę na roli, mówi, że ziemia to jego życie.

Dom to miejsce odpoczynku i relaksu. Pokoje urządzone są według preferencji mieszkańców – każdy jest królem swej enklawy, pilnie jej strzeże mając wszystko pod kluczem. Dom to także obowiązki, praca dla siebie i innych. Zadania stawiane przez instruktora prowadzącego określoną terapię zajęciową generują różnorodność wytworów, powodując rozwój intelektualny i manualny. Poza wartością terapeutyczną spełniają walor użytkowy. Obok dzieł sztuki powstają rzeczy pomagające w codziennym funkcjonowaniu. Tak jak w prawdziwym domu, każdy może zrobić coś sam dla siebie.

Instruktorzy starają się, by jak najwięcej czynności robionych było z udziałem mieszkańców. Proste prace w codziennym życiu wykonywane przez ludzi zdrowych są dla niepełnosprawnych nieco bardziej skomplikowane. Czasem jest to cały proces zależny od dobrej organizacji i komunikacji. I tak na przykład: pracownik socjalny zgłasza opiekunowi pierwszego kontaktu, że jego podopiecznej należy wyrobić nowy dowód osobisty. Zdjęcia do dokumentów wykonywane są w naszym domu przez fotografa - instruktora terapii. Mieszkan-

ka idzie zatem najpierw do fryzjera (gabinet fryzjersko-kosmetyczny). Tam jak najlepiej przygotowuje się do zdjęcia - musi być zadowolona ze swego wyglądu. W pracowni krawieckiej jej koleżdy, którzy akurat mają dyżur prasują elegancką koszulę i doszywają urwany guzik. Inny mieszkaniec, dobrze znający topografię domu, przynosi ubranie we wskazane miejsce, ona się przebie-

Dom to miejsce odpoczynku i relaksu, ale także obowiązki, praca dla siebie i innych. Zadania stawiane przez instruktora prowadzącego określoną terapię zajęciową generują różnorodność wytworów, powodując rozwój intelektualny i manualny.

● Dobre praktyki

ra. Efekt: dobre zdjęcie do dowodu wykonane, w domowym atelier przy zaangażowaniu wielu osób. To wszystko wyzwala większe poczucie wartości.

W naszym DPS-ie jest wiele sposobów spędzania wolnego czasu. Poza drzemką we własnym pokoju, można korzystać z sal telewizyjnych, zajęć biblioterapii, muzykoterapii, aerobiku, turniejów gry w tysiąca, w tenisa stołowego, w bilard, siłowni, pomodlić się w zacciszu domowej kaplicy czy obejrzeć projekcję filmów na dużym ekranie w domowym kinie. To tylko niektóre zajęcia stworzone dla podopiecznych domu Nad Jarem, by czuli się jak w domu.

Pan Jerzy jest kierownikiem kina. Zaproponuje Tobie najlepszy film ze swojego zbioru, w razie potrzeby doradzi. Pani Krystyna skrupulatnie prowadzi ewidencję wszystkich książek. Jej królestwem jest biblioteka.

Każdy mieszkaniec ma opiekuna pierwszego kontaktu. Osobę, której w pierwszej kolejności mówi o własnych problemach, przeżyciach, zwraca się o pomoc. Opiekun to osoba, która cegietka po cegietce pomaga wybudować swój dom. To właśnie on ma za zadanie odpowiadać na bieżące potrzeby swojego podopiecznego, ale również motywować go

do działania, egzekwować zamierzone cele. Nie jest to zawsze relacja łatwa (szczególnie ze względu na determinujące naszych mieszkańców doświadczenia). Nieocenione są tu rozmowy, wzajemne zaufanie, szacunek przy jednoczesnym poszanowaniu autonomii jednostki.

Pani Ewa chciała zorganizować huczny jubileusz. Urządziła go w altanie, zapraszając znajomych, rodzinę. Był grill, przekąski, deser. Na akordeonie zagrał zaprzyjaźniony z domem muzyk. Wszelkie oddziaływania terapeutyczne i pedagogiczne zmierzają w kierunku maksymalnego usamodzielnienia podopiecznego, jak również wykorzystaniu jego potencjału. Jak w każdym domu tak i w naszym bywają sytuacje trudne. Kłótnie, konflikty, problemy. Treningi funkcjonowania, komunikacji, wsparcie psychologiczne i pedagogiczne są niezwykle przydatne.

W domu Nad Jarem duży nacisk kładziemy na podmiotowość w procesie terapii, ta z kolei możliwa jest tylko dzięki dobremu poznaniu naszego podopiecznego. Dobry opiekun potrafi określić preferencje i zainteresowania swojego podopiecznego. Tu nikogo nie dziwi, że pani Ewa dzieli pokój ze swoim królikiem – to przecież jej dom, ma zwyczajnie do



tego prawo, podobnie rzecz ma się z doborem ubioru, makijażu czy fryzury – ekstrawertyk rzecz powszednia.

Mieszkaniec domu pomocy przychodzący na zajęcia terapeutyczne, uczestnicząc w integracji robi to po to, by móc się spotkać z innym człowiekiem. Przede wszystkim porozmawiać. Tak jak w rodzinie. Dobra rodzina to wspólne posiłki i rozmowy. Kiedy tego zaczyna brakować, dom się rozpada. U nas jest podobnie. Pracownika weryfikuje mieszkaniec. Akceptacja następuje np. przez zaproszenie do rozmów, znalezienie czasu na herbatę. Czasem warto poświęcić kwadrans po pracy. To są bezcenne chwile, których czasem nie sposób opisać.

Ludzie niepełnosprawni, w tym chorzy psychicznie, to ludzie pełni szczerości i autentyczności. Ten ich świat w tle niesie za sobą tragedie ciężkich chorób, patologicznych przeżyć. Kiedy jednak trafią na człowieka, który znajdzie chwilę, zatrzyma się tylko dla nich, to wtedy można poczuć co tak naprawdę znaczy przyjaźń i miłość. Jak te pojęcia są różne od tego, co opisano w Wikipedii. A kiedy przychodzi koniec żywota, nawet wtedy ważna jest osoba, która trzyma jego dłoń na pożegnanie.

W każdym domu przychodzi ten czas, który łączy z sobą dwa domy. Najprostszym sposobem na to jest powstanie nowej rodziny czyli związek małżeński. Tak było i w Nowym Miszewie. Prawie 20 lat temu, odbył się tu (prawdopodobnie pierwszy raz w Polsce) ślub i wesele mieszkańców. Para mieszka w Miszewie wspólnie do dziś. Potem śluby były jeszcze trzy.

Co może jeszcze potężyć dwa domy - jeśli chodzi o Dom Nad Jarem to integracyjne imprezy dla osób niepełnosprawnych: zawody sportowe, plenery artystyczne. To wydarzenia, które prócz profilowych tematów oferowały bogactwo doznań dla ducha. Podczas tych imprez, Nad Jarem od kilkadziesiąt lat gościło w swych progach mnóstwo znanych artystów, sportowców, ludzi polityki, dziennikarzy, nie tylko z Polski. Gratka dla towarzyszy autografów i gadżetów od gwiazd. Wydarzenia te powodują, że z roku na rok przybywa placówek oraz instytucji współpracujących z DPS-em Nad Jarem. Głośno obchodzone

są imieniny i urodziny naszych podopiecznych. Każdy z nich dostaje w tym czasie tort, zaprasza gości, otrzymuje drobne podarki. Organizowane są Dzień Kobiet, Walentynki, Dożynki, Wigilia, Nowy Rok, Wielkanoc – tak jak w każdej rodzinie jest czas na tradycyjne świętowanie. Wszyscy mieszkańcy wiedzą, że to czas nagród za pracę, czas spotkań z gośćmi. Czas, w którym oni sami poczuć się jak we własnych fotelach. Sukcesem jest wtedy, gdy mieszkaniec powie - mam to wszystko, bo sobie sam na to zapracowałem.

Można nauczyć się rzeźby w drewnie, trudnej snycerskiej roboty, malarstwa olejnego na płótnie, skomplikowanych wiklinowych splotów. Są również i tacy, którzy uczą się innych rzeczy np. sznurowania butów, jedzenia łyżką zupy, uczą się pisać. Jeszcze inne osoby uczą się chodzić albo używać protezy po





amputacji kończy-
ny. Człowiek nigdy nie
wie, czego w życiu bę-
dzie musiał się uczyć. Ni-
gdy też nie wie, do cze-
go tak naprawdę ma ta-
lent, dopóki nie otrzyma
dłuta i po kilku godzinach
spostrzeże, że zwykły ka-
watek drewna zamienił
w figurkę, która wprawia
w zachwyt każdego, kto
ją zobaczy.

Pan Sebastian - mi-
łośnik sportu. Podnosze-
nie ciężarów początkowo
podpatrywał w televi-
zji. Obecnie pięciokrotny
zwycięzca Mistrzostw Polski w Dwuboju Siło-
wym. Dzięki systematycznej pracy i mozolnym
ćwiczeniom pod okiem rehabilitanta leci na
Mistrzostwa Świata do Abu-
Dhabi. To przygo-
da jego życia.

Pan Krzysztof marzył, by osobiście po-
znać znanego polityka. Podczas swej indywi-
dualnej wystawy w Sejmie RP, miał okazję spo-
tkać przedstawicieli wielu opcji politycznych.

*Mieszkaniec domu pomocy
przychodząc na zajęcia tera-
peutyczne, uczestnicząc w in-
tegracji robi to po to, by móc się
spotkać z innym człowiekiem.
Przede wszystkim porozma-
wiać. Tak jak w rodzinie. Do-
bra rodzina to wspólne posiłki
i rozmowy.*

Do dziś z ekscytacją
wspomina rozmowę
z postem Pawłem Ku-
kizem.

Dom to symbol
ciepła, więzi, zdoby-
wania doświadczeń,
poznawania siebie. To
miejsce gdzie czło-
wiek codziennie wy-
konuje określone obo-
wiązki, rozwiązuje pro-
blemy, ale też planuje
i marzy, smuci się i ra-
duje. Nawet jeśli dom
pomocy będzie duży
i super nowoczesny,
to nie zapewni poczu-

cia prawdziwego domu gdy nie będzie w nim
właściwych pracowników i odpowiednie-
go gospodarza-dyrektora. Najlepsze nowin-
ki techniki nie skorygują pracy źle dobranego
personelu. Pracownicy młodzi wiekiem i du-
chem, wykwalifikowani, świadomi swojej misji
w pomocy społecznej starają się jak najlepiej
kreować rzeczywistość mieszkańca i dom,
w którym żyje. ●

Demencja

22. MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Demencja cały czas budzi wiele obaw i kontrowersji. Dostrzegamy jak ważny jest to problem, dlatego to właśnie demencja będzie głównym bohaterem Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej, która po raz 22. odbędzie się w Toruniu. Zaprezentujemy wiele inspirujących przykładów i sprawdzonych rozwiązań z całego świata.



Konferencja

Co zrobić, by lepiej zrozumieć zachowanie osoby z chorobą Alzheimera lub innymi formami demencji? Jak dostosować otoczenie? W jaki sposób minimalizować negatywne objawy tej choroby? Jak poprawić jakość życia chorego? – to tylko niektóre z pytań na jakie odpowiedzą specjaliści, którzy spotkają się w czasie konferencji. Zaprośiliśmy wykładowców z różnych dziedzin, którzy będą debatować na temat poprawy jakości życia osób chorych z różnymi formami demencji.

Wśród gości będzie m.in. Teepa Snow, ekspertka w opiece nad osobami chorującymi na demencję. Międzynarodowa Konferencja Opieki

Długoterminowej to wydarzenie na skalę światową, które pozwala nie tylko na nawiązanie nowych kontaktów, wymianę poglądów, ale przede wszystkim jest doskonałym źródłem inspiracji do działania i szansą na integrację. – „Każdego roku podczas Konferencji przekonujemy się jak wiele nas łączy. W całej Europie, na całym świecie mamy te same wyzwania: braki kadrowe, rosnąca populacja ludzi starszych. To są problemy, które musimy rozwiązać i jestem przekonany, że możemy je rozwiązać tylko razem” – mówił Markus Leser, Old Age Department of CURAVIVA ze Szwajcarii podczas konferencji w 2017 roku. ●

RZADKA OKAZJA

EWA KORDACZUK // Dyrektor LAURENTIUS Oddziału Fundacji Laurentius w Olsztynie

Teepa Snow to zjawisko. Niezrównana terapeutka, ale też genialny pedagog – nauczyciel opiekunów. Nikt nie tłumaczy skomplikowanych tematów związanych z demencją tak prosto i sugestywnie, jak ona. Od lat jeździ (głównie) po Stanach Zjednoczonych i prowadzi szkolenia dla opiekunów profesjonalnych, ale też nieformalnych, którzy nie dysponują dużą wiedzą medyczną. Jak w teatrze odgrywa typowe zachowania podopiecznych, tłumaczy ich przyczyny i pokazuje jak sobie z kłopotliwymi zachowaniami poradzić. Skomplikowane zmiany w dotkniętym demencją mózgu, tłumaczy w najprostszy, możliwy sposób, najważniejsze reguły powtarza kilkakrotnie na głos z uczestnikami szkolenia, tak, że po spotkaniu z nią materiał jest już dobrze przyswojony. Swoje szkolenia Teepa Snow nagrywa i udostępnia w postaci filmów. Teepa Snow współpracuje z uczelniami wyższymi i profesorami, ale sama jest cudownym praktykiem, który znajduje rozwiązania w trudnych sytuacjach opiekuńczych.

Fundacja Laurentius w Olsztynie o Teepie Snow usłyszała niespełna trzy lata temu, dzięki współpracy z bodajże jedyną certyfikowaną trenerką Positive Approach to Care w Polsce. Od tego czasu, pracownicy Domu Opieki i Domu Pomocy Społecznej LAURENTIUS kilkakrotnie uczestniczyli w szkoleniach. Rzadko się zdarza, żeby pracownicy dziękowali za szkolenia. W tym przypadku wiele osób uczestniczących w szkoleniu, i to nie tylko opiekunów, musiało przyjść i podzielić się ze mną swoimi wrażeniami i entuzjazmem, że w końcu rozumieją, dlaczego nasi mieszkańcy z demencją zachowują się tak, a nie inaczej, że to wszystko tak pasuje! Z taką wiedzą będą mieli więcej wyrozumiałości i cierpliwości dla mieszkańców, a przede wszystkim będą teraz unikać swoich błędnych zachowań i reakcji.

Jest jeszcze jeden ciekawy aspekt działalności Teepy Snow, mianowicie jej współpraca ze stowarzyszeniami osób (nie rodzin) chorujących na różne typy demencji. W USA takie choroby diagnozuje się dużo wcześniej niż w Polsce, jest więc sporo ludzi, którzy świadomie doświadczają pogarszającego się stanu zdrowia, ale są jeszcze osobami aktywnymi zawodowo i życiowo. Niektóre swoją misję znalazły w informowaniu społeczeństwa o zjawisku demencji. Jeżdżą po kraju i opowiadają o swoich doświadczeniach i odczuciach. Czasem jeżdżą z Teepą Snow, a dla niej są kolejnym autentycznym źródłem wiedzy, co przeżywa i jak czuje się osoba cierpiąca na demencję. Każda osoba pracująca zawodowo z podopiecznymi z demencją powinna się tego dowiedzieć. Teraz mamy niepowtarzalną okazję, by usłyszeć to od samej Teepy Snow.

Na Konferencję na temat opieki długoterminowej do Torunia zawsze warto przyjechać, sama robię to od wielu lat. Jest to jedyna w Polsce okazja do spotkania, w tak dużym gronie, specjalistów i praktyków w dziedzinie opieki długoterminowej oraz do cennej wymiany doświadczeń. Tegoroczna edycja zapowiada się wyjątkowo ciekawie.





PROGRAM RAMOWY

22. Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej

GLOBALNE WYZWANIA W STAROŚCI

CHOROBA ALZHEIMERA I INNE FORMY DEMENCJI

**18-20
września 2019**

Centrum
Kulturalno-Kongresowe
Jordanki,
Al. Solidarności 1-3,
Toruń

Jak poprawić jakość życia osób chorych
z różnymi formami demencji?
Dobre praktyki ze świata.

18 września 2019

18:00 Uroczysta inauguracja

19 września 2019

9:00 – 11:00 Sesja I

**Pozytywne podejście do opieki w chorobie
Alzheimera i innych formach demencji.**

TEEPA SNOW

11:30 – 13:00 Sesja II

Po drugiej stronie lustra.

Czy dobrze rozumiemy to, co widzimy?

Doświadczenia osób chorujących na demencję.

14:00 – 15:30 Sesja III

Otoczenie ma znaczenie.

**Co możemy zrobić, by minimalizować
negatywne objawy choroby oraz poprawić
jakość życia chorego i komfort opieki?**

16:00 – 18:00 Sesja IV

Alzheimer u specjalisty. Czy znamy lekarstwo?

20 września 2019

9:00 – 12:00 Sesja V

**Dobre praktyki w opiece nad osobami
z demencją.**


Więcej szczegółów na stronie internetowej www.mkod.pl

SENsacyjna

WARTOŚĆ SNU

IWONA PRZYBYŁO // pielęgniarka z wieloletnim stażem, dyplomowany terapeuta zajęciowy, coach i trener

Oslabienie układu odpornościowego, znacznie obniżona możliwość zapamiętywania nowych informacji, wydłużony czas reakcji na bodźce czy osłabiona sprawność psychomotoryczna to tylko niektóre z konsekwencji, jakich może doświadczać człowiek z powodu nieodpowiedniej ilości snu.



Dorośli człowiek przesypia około 1/3 swojego życia, nie mówię dwa razy tyle. Nie jest to jednak czas stracony, wręcz przeciwnie. To czas regeneracji, który ma kluczowe znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania całego organizmu. Sen pozwala na regenerację w chorobie, odbudowę utraconych pokładów energii, pomaga zregenerować mięśnie i kości. To wszystko jest możliwe, dzięki procesom zachodzącym podczas snu.



Co się dzieje, gdy śpimy?

Podczas snu zachodzą dwie odmienne fazy snu, każda z nich ma nieocenione znaczenie dla naszego organizmu. Fazy te to SEM lub NREM (Slow Eye Movements lub Non-Rapid Eye Movements) oraz REM (Rapid Eye Movement), obie fazy następują po sobie cyklicznie. Cykl ten u zdrowego człowieka jest powtarzalny. Wymiana faz następuje 4-5 razy w ciągu nocy, a każda z faz trwa około 90 minut. Przejście wszystkich cykli gwarantuje, że sen będzie efektywny i dojdzie do procesów regeneracyjnych w organizmie.

Pierwsza faza NREM trwa najdłużej, bo około 80-100 minut. Podczas tej fazy dochodzi do wyłączenia lub zmniejszenia nasilenia większości funkcji mózgu. Często mówimy wówczas, że mózg odpoczywa podczas tej fazy. W czasie jej trwania dochodzi również do obniżenia ciśnienia tętniczego krwi oraz obniżenia wartości tętna, serce przez zmniejszoną podaż glukozy po prostu zwalnia. Ono też potrzebuje odpoczynku i regeneracji. Po niej następuje kolejna faza – REM. Trwa ona o wiele krócej, bo od 5 do 30 minut. Czas jej trwania jednak nie umniejsza jej zasług. To właśnie podczas tej fazy dochodzi do zwiótczenia mięśni, zwłaszcza szkieletowych, wówczas napięcie, które gromadzimy podczas całego dnia naturalnie ustępuje. Podczas tej fazy dochodzi do znacznego spowolnienia metabolizmu. Dzięki temu energia, którą organizm nadal dysponuje zostaje spożytkowana na procesy regeneracyjne. Podczas tej fazy następuje wyrzut hormonu wzrostu, który to odbudowuje tkanki oraz przyspiesza gojenie ran czy stanów zapalnych obecnych w organizmie. Podczas fazy REM dochodzi również do utrwalania zapisanych podczas procesów pamięciowych informacji. Badania naukowe dowodzą, że podczas snu, a konkretnie fazy REM w korze mózgu dochodzi do aktywności neuronów podobnej jak podczas uczenia się.

A co, gdy nie śpisz?

Badania pokazują, że już jedna nieprzespana noc może mieć poważne konsekwencje dla zdrowia. Bardzo szybko dochodzi do spadku koncentracji, pojawiają się problemy z zapamiętywaniem, a nastrój znacznie się obniża.

Przewlekły deficyt snu może prowadzić do poważnych chorób układu krążenia, układu nerwowego w tym depresji oraz cukrzycy czy otyłości. Gdy mówimy o deficycie snu, mamy tu na myśli nieodpowiednią ilość czasu przeznaczanego na efektywny sen.

Efektywny sen to nie tylko sen trwający odpowiednio długo, ale również – sen nieprzerwany. Procesy odbudowy zachodzą przede wszystkim pod koniec cyklu snu, ilość czasu którą spędzimy w końcowej fazie cyklu NREM i fazy REM decyduje o tym na ile regenerujący będzie odpoczynek. Jednak, jeżeli zostaniemy obudzeni, nawet tylko na chwilę i zaraz położymy się dalej spać, wrócimy nie do tej fazy snu z której się przebudziliśmy, ale na sam początek cyklu. To oznacza, że nawet krótkie przebudzenie może oznaczać stratę kilkudziesięciu minut cyklu, który został przerwany. Zaburzenie odpoczynku spowodowane takimi przebudzeniami nazywamy fragmentacją snu. Jej głównymi przyczynami są hałas, niedobór światła za dnia i kontakt ze światłem podczas odpoczynku, odczuwanie wilgoci przy nie-
trzymaniu moczu, trudności ze zmianą pozycji oraz ból.

Szeroko rozumiana bezsenność rozpoznawana jako syndrom jest bardzo złożoną strukturą i może odnosić się do trzech, subiektywnie określanych elementów: trudności w zaśnięciu, skróceniu czasu snu oraz złej jakości snu. Skargi na zaburzenia snu są dolegliwością powszechnie zgłaszaną przez osoby po 65. roku życia. W tym miejscu należy pamiętać, iż wielu badaczy zaburzenia snu występujące u osób po 65. roku życia, określa jako mocny wskaźnik biologiczny depresji. Pacjenci ci często skarżą się na bezsenność, która w rzeczywistości oznacza częste budzenie się w nocy czy problemy z zaśnięciem. Chorym może być łatwiej mówić o zaburzeniach snu czy bezsenności niż o samotności, głębokim smutku czy nawet myślach samobójczych. Należy zatem ze szczególną skrupulatnością i zaangażowaniem podchodzić do zgłaszanych problemów ze snem i wnikliwie poszukiwać ich przyczyn.

Jak spać, by się wyspać?

Ogromny wpływ na długość snu ma wiek. I tak, noworodki do trzech miesięcy potrze-



bują aż 14 – 17 godzin snu, dalej dzieci roczne i dwulatki od 11 do 14 godzin, a przedszkolaki do 5 roku życia między 11 a 13 godzin snu. Z wiekiem liczba ta zmniejsza się i tak dorosły człowiek potrzebuje 7 – 9 godzin nieprzerwanego snu. Osoby po 65. roku życia potrzebują nieco mniej snu, ich zapotrzebowanie wynosi 7 – 8 godzin. Pamiętajmy jednak, że zapotrzebowanie na sen jak również pora snu są uwarunkowane indywidualnie i w zależności od dziennej aktywności stosunkowo zmienne.

Niezależnie od indywidualnych preferencji co do pory snu czy jego ilości, aby dobrze się wyspać musimy zadbać o higienę snu. Co to takiego? Otóż to nic innego jak katalog zasad poprawiających jakość snu. A przecież jak już wiemy sen jest nieocenioną wartością wpływającą na jakość życia każdego człowieka. O higienę snu powinni zadbać wszyscy, nie tylko ci mający różnego rodzaju problemy ze snem. Co zatem zaliczamy do higienicznego katalogu snu wysokiej jakości? Pierwszą podstawową zasadą jest przestrzeganie określonych godzin kładzenia się do snu. Bardzo dobrą praktyką jest kładzenie i wstawanie o określonych porach. Takie zaprogramowanie wpływa na unormowanie rytmu biologicznego oraz na poprawę jakości snu, znacznie ogranicza również

ryzyko problemów z zasypianiem oraz wybudzaniem się w nocy.

- Drzemanie w trakcie dnia może utrudniać zaśnięcie w nocy i powodować zwiększone zapotrzebowanie na drzemkę dnia następnego, które sprawi, że jeszcze trudniej będzie zasnąć kolejnej nocy... Skłonność do drzemania często jest wyrazem nudy i warto zapewnić podopiecznym, szczególnie popołudniu, aktywność, która ich zaangażuje.
- Warto stworzyć pewne rytuały, które będą dawały poczucie bezpieczeństwa. Dla osób, zwłaszcza żyjących z demencją taka rutyna może okazać się zbawienna i przez długi czas ułatwiać samodzielność. Zawsze o tej samej porze jem kolację, wykonuję wieczorną toaletę, kładę się i zasypiam.
- Warto zadbać o regularność spożywanych posiłków, a szczególnie o porę spożywania kolacji i to, co podczas tego posiłku spożywamy. Należy unikać produktów o podwyższonej zawartości białka czy tłuszczu oraz bogatych w cukry proste. Niestety produkty obfitujące w te składniki znacznie wydłużają czas trawienia, a co za tym idzie powodują problemy z zaśnięciem oraz niemożność przesta-

wienia się z trybu trawienia i spalania na tryb regeneracyjny. Kolację najlepiej spożyć nie później niż na dwie, trzy godziny przed snem.

- Należy bezwzględnie unikać alkoholu, kofeiny i nikotyny, które w bezpośredni sposób wpływają na problemy z zaśnięciem i znacznie pogarszają jakość snu.
- Kolejnym ważnym elementem jest aktywność fizyczna, powoduje ona, że sen staje się głębszy i dłuższy. Pamiętajmy jednak, by wysiłek fizyczny dozować w taki sposób, by zakończyć go na około 4 godziny przed snem. Bardzo dobrym rozwiązaniem, które dodatkowo obniża poziom stresu są krótkie spacerki, zwłaszcza na łonie natury.
- Należy również zadbać o odpowiednią bieliznę dobraną do pory roku oraz warunki panujące w sypialni, jak też o wygodny materac oraz odpowiednią grubość kołdry. Ważna jest również odpowiednia temperatura w sypialni, nie może być za ciepło ani za zimno. Optymalną temperaturą jest około 20 - 21 stopni Celsjusza.

- Jeśli opiekujemy się osobami z nietrzymaniem moczu, najważniejsze jest dobranie produktu chłonnego, który pozwoli na komfortowy sen bez zbędnego wybudzenia podopiecznego na zmianę pieluchy. Takie sytuacje nie powinny mieć absolutnie miejsca, jeśli nie zachodzi taka konieczność. Obecnie dostępne są produkty o wysokiej chłonności, jednocześnie dające komfort i możliwość nieprzerwanego, regeneracyjnego snu. W czasie snu organizm z trybu podwyższonej pracy narządów w ciągu dnia, przestawia się na tryb regeneracji, również i układ wydalniczy podlega tej zasadzie. Obserwujemy wówczas, iż wydalanie zbędnych składników przemiany materii znacznie się obniża. Wybudzając podopiecznego w nocy w celu zmiany pieluchy, mijamy na uwadze to, że właśnie przerywamy proces regeneracji jego organizmu. Wybór pieluchy o wyższej chłonności np. Super Seni Trio lub Super Seni Quatro gwarantuje komfort przez całą noc i brak przebudzeń



SUGEROWANY
DOBÓR CHŁONNOŚCI
PIELUCHOMAJTEK SUPER SENI

● Pielęgnacja

spowodowanych poczuciem wilgoci.

- Warto zadbać również o to, by tuż przed snem nie wypijać dużych ilości płynów. O odpowiednim nawodnieniu należy pamiętać w ciągu dnia, a podaż płynów rozłożyć tak, by na noc ograniczyć już ich spożycie.

Zadbanie o dobry sen podopiecznych, którymi się opiekujemy zdaje się być tak samo ważne jak wsparcie w realizacji podstawowych potrzeb życiowych. Dobroczynna wartość snu staje się sensoryjną wartością, o którą musimy koniecznie zabiegać chcąc zagwarantować wysoką jakość życia. ●

PAMIĘTAJ!

Przy każdej zmianie pieluchy - dokładnie oczyszczaj skórę



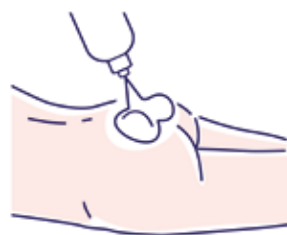
CHUSTECZKI PIELĘGNACYJNE SENI CARE

- ▶ są dużo większe niż chusteczki dla dzieci
- ▶ pozwalają w wygodny sposób oczyścić skórę
- ▶ łagodzą podrażnienia
- ▶ dzięki zawartości SINODORU® pochłaniają nieprzyjemny zapach



PIANKA MYJĄCO-PIELĘGNUJĄCA SENI CARE

- ▶ skutecznie oczyszcza skórę, również z pozostałości kału
- ▶ dzięki zawartości SINODORU® pochłania nieprzyjemny zapach



PAMIĘTAJ!

Zabezpiecz skórę przed podrażnieniami kremem ochronnym



KREM OCHRONNY Z ARGININĄ SENI CARE DO CODZIENNEJ PROFILAKTYKI

- ▶ zabezpiecza skórę przed odparzeniami i przyspiesza regenerację
- ▶ ma lekką konsystencję i szybko się wchłania
- ▶ tworzy na skórze przezroczystą warstwę ochronną, która pozwala na bieżąco obserwować stan skóry



KREM OCHRONNY Z TLENKIEM CYNKU SENI CARE POMOC PRZY ZACZERWIENIENIACH

- ▶ chroni i regeneruje odparzoną skórę
- ▶ ma gęstą konsystencję
- ▶ tworzy na skórze białą warstwę ochronną izolującą od czynników drażniących





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



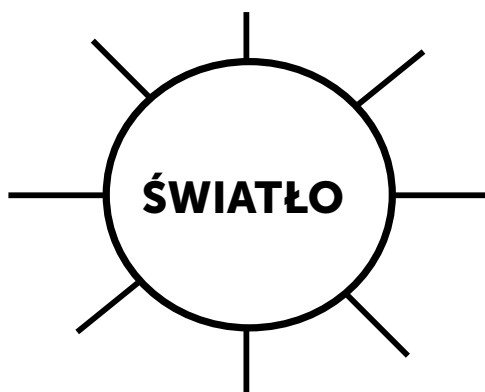
1. WYKREŚLANKA

W poniższym ciągu liter proszę odnaleźć ukryty wyraz **KOT**.
Odpowiedź powtarza się 15 razy.

KOTNOIHGORIHGRGRNGBGRAJBGKOTHIOFEH
FOEWFEBFFHUJHDMJSIJHFEHFHIKOTTADRTYA
DFYVFJHHFWIFSUGUYSGJSJKJAJKRFGJUHGIEJ
KOTJODIOHEJKNFKWQLK798OIU3H42KNCLKOTLA
SKDNJKFHDYDUGFEQH569KOTOJADAI AHUIIEFGA
OIWFHF678894O2HEBKQJDNAKOTJSHBCGSCTWQY
UWAHCBKOTYVTF6E563TE782YDHUYGFH32982QUI
KOTMKSANJHJB EY3UGU2WUEBJKNKDSBHYGKOT
5673R4YGEW DUWYKOTJHBJCDEYWUIHDJBGR567
KOTMJBHUYG678YVHBYG768HUNBG78UIKOT8927
3T8RIUDEBYKOTMKNACBYC87EW9DQHUJEBUA98
KOTMNJASBUQW8NJUEFGWE87Q9IONAJKBQI2NE2N

2. SŁOŃCE

Do podanego wyrazu spróbuj znaleźć
jak najwięcej skojarzeń.



ODPOWIEDZI:

1. WYKREŚLANKA

KOTNOIHGORIHGRGRNGBGRAJBGKOTHIOFEH
FOEWFEBFFHUJHDMJSIJHFEHFHIKOTTADRTYA
DFYVFJHHFWIFSUGUYSGJSJKJAJKRFGJUHGIEJ
KOTJODIOHEJKNFKWQLK798OIU3H42KNCLKOTLA
SKDNJKFHDYDUGFEQH569KOTOJADAI AHUIIEFGA
OIWFHF678894O2HEBKQJDNAKOTJSHBCGSCTWQY
UWAHCBKOTYVTF6E563TE782YDHUYGFH32982QUI
KOTMKSANJHJB EY3UGU2WUEBJKNKDSBHYGKOT
5673R4YGEW DUWYKOTJHBJCDEYWUIHDJBGR567
KOTMJBHUYG678YVHBYG768HUNBG78UIKOT8927
3T8RIUDEBYKOTMKNACBYC87EW9DQHUJEBUA98
KOTMNJASBUQW8NJUEFGWE87Q9IONAJKBQI2NE2N

2. SŁOŃCE (przykładowe rozwiązanie)



3. HYMN

Jeszcze Polska nie **zginęła**,
Kiedy **my** żyjemy,
Co nam **obca** przemoc wzięta,
Szablą odbierzemy.

Marsz, **marsz** Dąbrowski,
Z ziemi **włoskiej** do Polski,
Co nam **obca** przemoc wzięta,
Złączym się z narodem.

Przejdziem Wisłę, przejdziem **Wartę**,
Będziem **Polakami**,
Dał nam **przykład** Bonaparte,
Jak **zwycięzać** mamy.

3. HYMN

Uzupetnij tekst Mazurka Dąbrowskiego

Jeszcze Polska nie,
Kiedy żyjemy,
Co nam przemoc
wzięta,
Szablą odbierzemy.
Marsz,, Dąbrowski,
Z ziemi do Polski,
Za przewodem
..... się z narodem.
Przejdziem Wisłę, przejdziem
.....,
Będziem,
Dał nam
Bonaparte,
Jak mamy.



seni[®]
care

**wspiera
w profilaktyce
odparzeń
i odleżyn**

Seni Care



to linia
specjalistycznych
produktów
do pielęgnacji skóry,
szczególnie polecana dla osób
z problemem nietrzymania moczu



• krem ochronny z arginina

dzięki zawartości SINODORU[®]
niweluje nieprzyjemny zapach

SINODOR[®]



• chusteczki pielęgnacyjne

2x większe
niż chusteczki dla dzieci

