

Forum Opieki Długoterminowej

# medi

ISSN 1643 - 1308 nakład 3000 egz.

Kwartalnik nr 1(67)  
**marzec 2016**

Terapia  
**naturalna**

Organizacja  
pracy zespołu  
**w Instytucji**

CHOROBA  
**PARKINSONA**

# Między nami kobietami

Zdarzają Ci się chwile „słabości”,  
gdy głośno się śmiejesz, niespodziewanie  
kichniesz lub coś podniesiesz?

**To tylko kilka kropelek, ale odbiera Ci pewność siebie.**

A może wyciek moczu jest bardziej obfity  
i tak częsty, że uniemożliwia codzienne  
aktywności i przyjemności?

**Aż co 4 kobietę na różnych etapach życia dotyczy  
nietrzymanie moczu.**

**seni**  
Lady

Dla pełnego zabezpieczenia i komfortu  
przy nietrzymaniu moczu wybierz wkładki  
urologiczne Seni Lady

- **dużo bardziej chłonne niż zwykłe podpaski**
- **z systemem URO Protect**



**NOWE**  
kobiece delikatne  
wyjątkowo chłonne



Bardziej anatomiczna forma dopasowuje się  
do kobiecego ciała zapewniając dyskrecję i wygodę.



Oddychające materiały zapewniają poczucie świeżości  
dzięki swobodnemu przepływowi powietrza.



Ostonki boczne chronią przed przeciekami,  
nawet przy obfitym wycieku moczu.

# medi

## Szanowni Państwo!

**O**ddajemy do Państwa rąk pierwszy numer Medi w roku 2016, który rozpoczynamy ważkim tematem choroby Parkinsona. Przedstawiamy dwa aspekty opieki nad osobą dotkniętą problemem drżeń mięśniowych – rozwiązanie farmakologiczne, a także wytyczne dietetyczne, które mają niebagatelne znaczenie w leczeniu zespołu parkinsonowskiego. Numer marcowy służy również przybliżeniu naszym czytelnikom terapii naturalnej, której rozwój zawdzięczamy toruńskiej Fundacji Ducha. Jej pracownicy zajmują się od ponad 20 lat różnymi formami pomocy osobom niepełnosprawnym, z których hipoterapia osiąga niebagatelne sukcesy. Opisujemy historię małej Wandy, która dzięki hipoterapii przezwycięża kolejne bariery narzucane przez własne ciało.

W części magazynu poświęconej zarządzaniu, polecamy dwa artykuły poświęcone sposobom organizacji pracy personelu w instytucji opieki długoterminowej. W obecnej sytuacji prawnej w Polsce, regulacje dotyczące pielęgnacji i postępowania z mieszkańcami domów pomocy, często okazują się niewystarczające. Inicjatywy oddolne, opisane w tych artykułach, to sposób odpowiedzi na ten niewątpliwy niedostatek prawny.

Wśród osób odwiedzających strony projektu Damy Radę, materiały poświęcone ubezwłasnowolnieniu cieszą się niesłabnącym zainteresowaniem. Przedstawiamy artykuł poświęcony temu zagadnieniu, napisany z perspektywy osoby, która całe zawodowe życie poświęciła opiece długoterminowej. Zapraszamy do lektury!

**Redakcja  
kwartalnika Medi**

**WYDAWCA:**  
Fundacja  
Razem Zmieniamy Świat

**PARTNER WYDANIA:**  
TZMO SA  
Producent wyrobów  
pod markami Seni, Matopat, Bella

**RADA NAUKOWA:**  
prof. dr hab. med.  
Anna Wilmowska-Pietruszyńska  
prof. dr hab.  
Zofia Kawczyńska-Butrym  
mgr Janina Mirończuk  
mgr Lilia Kimber-Dziwisz  
mgr Grażyna Śmiarowska  
dr n. med. Piotr Kowalczyk  
dr n. med. Robert Ślusarz

**REDAKTOR:**  
Robert Kujawa

**PROJEKT GRAFICZNY I SKŁAD:**  
APP - POLE ZNAKU  
Agata Wajer-Gądecka  
poleznaku.pl

**ADRES REDAKCJI:**  
ul. Żółkiewskiego 20/26  
87-100 Toruń  
tel. 056 612-32-93  
fax. 056 612-35-83  
[redakcja.medi@gmail.com](mailto:redakcja.medi@gmail.com)

**PRENUMERATA:**  
Formularz zamówienia prenumeraty  
znajduje się na stronie  
[www.razemzmieniamywiat.pl](http://www.razemzmieniamywiat.pl)  
w zakładce Publikacje

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

# SPIS TREŚCI

## marzec 2016

### TEMAT NUMERU

---

- 6** Drżenia mięśniowe. Może nie najważniejszy, ale zawsze dolegliwy objaw, znacząco ograniczający jakość życia chorych
- 10** Choroba Parkinsona: dieta ma znaczenie

### TEORIA I PRAKTYKA

---

- 13** Hipoterapia i wspinaczka terapeutyczna jako metody rehabilitacji w Fundacji Ducha
- 18** Hipoterapia w Fundacji Ducha: historia Wandy
- 23** Pielęgniarka i rodzina jako członkowie zespołu terapeutycznego w opiece nad osobą chorą i niesamodzielną

### ZARZĄDZANIE

---

- 28** Tworzenie kultury organizacji w Domu Pomocy Społecznej
- 30** Problem standardu usług w działalności DPS jakość usług realizowanych przez zespół terapeutyczno-opiekuńczy w DPS
- 36** Ubezpieczeniowanie – często wskazane, jednak najczęściej nadużywane

### AKTUALNOŚCI

---

- 39** Co nowego w podkładach?

# Drżenia mięśniowe

może nie najważniejszy, ale zawsze dolegliwy objaw znacząco ograniczający jakość życia chorych

DR N. MED. MAREK KARWACKI  
Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

ARTYKUŁ SPONSOROWANY

*Z definicji, drżenie mięśni (med. tremor) związane z rozwijającym się procesem chorobowym, to zaburzenie ruchowe, którego istotą są rytmiczne, mimowolne ruchy wywołane naprzemiennym skurczem przeciwstawnych mięśni, zazwyczaj o niewielkiej amplitudzie, powodujące naprzemienne lub oscylacyjne (wahadłowe) ruchy powiązanych ze sobą grup mięśniowych.*

**Z**wykle dotyczą one rąk, głowy, twarzy, strun głosowych, tułowia lub kończyn dolnych. Drżenia mogą być szybkie lub wolne i pojawiać się w spoczynku lub po wykonaniu określonych ruchów, czy podczas przyjmowania określonych pozycji. Stanowią jedną z częstszych dolegliwości i występują zarówno u ludzi młodych, jak i u starszych. Nie należy może do najważniejszych, ale na pewno drżenie jest jednym z najbardziej dolegliwych objawów dla chorych, w tym zwłaszcza dla aktywnych zawodowo młodych osób.

Drżenie mięśniowe kojarzone jest najczęściej z chorobą Parkinsona. Może być jednak konsekwencją nie tylko patologii w obrębie układu nerwowego (jak choćby szeroko pojęty parkinsonizm, stwardnienie rozsiane, płąsa-

wica Huntingтона, choroby mózdzku i płatów czołowych), ale także wielu innych chorób (zwłaszcza ch. metabolicznych, zaburzeń hormonalnych i zatruc czy alkoholizmu), a poza tym również długotrwałego lub bardzo silnego napięcia emocjonalnego czy znacznego zmęczenia mięśni (nadmierny wysiłek fizyczny), czy niedoborów lub nieprawidłowości dietetycznych (niedobory witamin z grupy B i mikroelementów, ale także nadmierne stężenie wit. B1). Występuje także jako fizjologiczna reakcja na zimno lub pojawia się choćby wskutek nadmiernego spożywania kawy.

W przypadku chorób neurologicznych drżenie występuje często w chorobach mózdzku oraz związanych z nim struktur pnia mózgu i wtedy ulega nasileniu podczas ruchu (tzw. drżenie zamiarowe) z towarzyszącymi innymi ob-

jawami, np. z zaburzeniami koordynacji ruchów. Jako izolowany objaw choroby układu nerwowego pojawia się w tzw. drżeniu samoistnym i drżeniu starczym. Najczęściej jest jednak osiowym (dominującym i rozpoznawczym) objawem choroby Parkinsona (ponad 70% chorych), w której pojawia się bez związku z ruchem kończyną (tzw. drżenie spoczynkowe). W parkinsonizmie ulega nasileniu podczas stresu i chodzenia, a zmniejsza się lub ustępuje w trakcie wykonywania ruchów celowych, zwłaszcza czynności precyzyjnych. W początkowym okresie choroby występuje wyłącznie po jednej stronie ciała i bywa bardzo dyskretne. Typowo chory porusza np. palcami dłoni, wykonując ruchy przypominający tzw. „kręcenie pigułki” lub „liczenie pieniędzy”, a następnie pojawiają się ruchy w nadgarstku oraz



w kończynie dolnej. Drżenie parkinsonowskie rzadziej obejmuje brodę, usta oraz język i wyjątkowo tylko powoduje drżenie całej głowy. Jest skutkiem zaburzeń funkcjonowania układu pozapiramidowego mózgu. Wobec tego, dokładnie takie same objawy mogą także prezentować pacjenci z innymi chorobami, u których dochodzi do wystąpienia zespołu pozapiramidowego wskutek współistniejących zaburzeń organicznych lub jako działanie niepożądane leków. Inne, poza chorobą Parkinsona, przyczyny powstawania takich samych zaburzeń określa się mianem zespołu Parkinsona lub parkinsonizmem (np. wtórnym, objawowym). Pojęcie „zespołu pozapiramidowego”, niejednokrotnie utożsamiane z parkinsonizmem, obejmuje poza drżeniem także inne objawy charakterystyczne dla choroby i zespołu Parkinsona: sztywność mięśniową, spowolnienie ruchowe oraz zaburzenia chodu.

Dla skutecznego leczenia parkinsonizmu kluczowe jest zrozumienie podstaw działania specyficznych struktur mózgu: układu pozapiramidowego i piramidowego, odpowiedzialnych za możliwość dokonywania dowolnych ruchów ciała i jego poszczególnych części oraz za koordynację i precyzję ich wy-

*Istotą leczenia choroby i zespołu Parkinsona jest modyfikowanie nieprawidłowego stężenia neuroprzekaźników w mózgu. W chorobie Parkinsona dochodzi do zaniku neuronów zawierających melaninę w strukturach tworzących podkorowy układ pozapiramidowy, zwłaszcza istoty czarnej.*

konania. Aby ruch był płynny i szybki, impulsy nerwowe do mięśni biorących udział w ruchu muszą dochodzić w odpowiedniej kolejności i z właściwą intensywnością. Skoordynowanie i wydolność funkcjonalna tak skomplikowanego mechanizmu wymaga współpracy ośrodków ruchowych kory mózgu z tzw. jądrami podkorowymi. Układ piramidowy (kora ruchowa) zapewnia koordynację uświadamianego ruchu dowolnego i postawy ciała, a więc czynności wymagających skupienia uwagi (np. nauka jazdy na rowerze, nauka pisanie, itp.). Rolą układu pozapiramidowego (podkorowego) jest powolne przejmowanie czynności kontrolowanych wcześniej przez układ piramidowy i ich au-

tomatyzację. Układ pozapiramidowy wspomaga więc nasz organizm w precyzyjnym wykonywaniu czynności codziennych bez konieczności skupiania się nad nimi, umożliwiając „bezwiedne” wykonywanie ruchu. Współdziała także w wyzwalaniu ruchów dowolnych i adekwatnego do potrzeb i sytuacji regulowaniu napięcia mięśni szkieletowych.

Istotą leczenia choroby i zespołu Parkinsona jest modyfikowanie nieprawidłowego stężenia neuroprzekaźników w mózgu. W chorobie Parkinsona dochodzi do zaniku neuronów zawierających melaninę w strukturach tworzących podkorowy układ pozapiramidowy, zwłaszcza istoty czarnej. Do wystą-

pienia objawów dochodzi zwykle przy uszkodzeniu 60-80% neuronów tej okolicy i zmniejszeniu produkowane w nich dopaminy poniżej 20%. W mniejszym stopniu zmniejsza się stężenie noradrenaliny i serotoniny. Zakłócenie funkcjonowania układu wydzielającego dopaminę doprowadza do wtórnego wzmocnienia aktywności neuronów produkujących acetylocholiny (cholinergicznych) i glutaminę (glutaminergicznych). W przypadku zespołu Parkinsona do wystąpienia objawów prowadzą analogiczne zmiany anatomiczne w strukturach podkorowego układu pozapiramidowego mózgu (np. naczyniopochodne, urazowe, pozapalne, toksyczne lub niszczenie tych struktur przez inne choroby niż choroba Parkinsona) lub czynnościowe zaburzenie stężeń poszczególnych neurotransmiterów, z wybitnym niedoborem dopaminy, np. wskutek tzw. dopaminolitycznego działania wielu leków (neuroleptyki, leki przeciwdepresyjne, metoklopramid, cynaryzyna i wiele innych). Niedobór dopaminy w układzie pozapiramidowym można skorygować stosując leczenie substytucyjne (uzupełnienie z zewnątrz stężenia dopaminy w komórkach, poprzez podanie leków zawierających dopaminę, np. lewodopa). Można także stosować leki bezpośrednio pobudzające receptor dopaminergiczny (tzw. leki agonistyczne, nie będące dopaminą) lub zwiększające uwalnianie endogennej (własnej, ustrojowej) dopaminy albo leki hamujące działanie enzymów biorących udział w jej rozkładzie. Inną filozofię leczenia stanowią leki z grupy tzw. cholinolityków, które były bardzo szeroko wykorzystywane w terapii choroby Parkinsona przed odkryciem lewodopy. Ich podanie nie wpływa na zwiększenie produkcji lub działania dopaminy, ale pośrednio przywraca równowagę neurotransmiterów poprzez zmniejszenie stężenia acetylocholiny. Obecnie, m.in. ze względu na działania niepożądane u osób starszych i wiele przeciwwskazań oraz interakcji, leki cholinolityczne znajdują zastosowanie głównie w leczeniu parkinsonizmu polekowego (jako leki tzw. „podstawowe”) oraz u młodszych pacjentów z chorobą Parkinsona (jako leki pomocnicze), u których drżenie jest dużym problemem znacząco zakłócającym życie codzienne.

Zarówno w chorobie Parkinsona, jak i parkinsonizmie drżenie stanowi ten z objawów, który najłabiej poddaje się leczeniu farmakologicznemu. Jednak przy zastosowaniu odpowiednio dobranego leczenia cholinergicznego (zwłaszcza młodszy chorzy) czy dopaminergicznego (osoby w podeszłym wieku – cezura 70. roku życia) lub interwencji chirurgicznej można doprowadzić do satysfakcjonującej poprawy klinicznej. Drżenie w przebiegu pozostałych zaburzeń, spoza zespołu pozapiramidowego, ma nie tylko inny przebieg, ale – jeżeli zachodzi konieczność interwencji – wymaga innego leczenia, likwidującego przyczynę schorzenia.

Wspomniane leki cholinolityczne, działają ośrodkowo, a więc w obrębie struktur mózgowia hamując aktywność receptorów muskarynowych, które aktywuje acetylocholina. To neurotransmitter, który wobec niedoboru adrenaliny dominuje w układzie pozapiramidowym mózgu. Określenie „cholinolityczne” oznacza właśnie aktywność hamującą skutki działania acetylocholiny. Współcześnie wykorzystuje się biperiden, pridinol i triheksyfenidyl, przy czym ten ostatni nie jest obecnie dostępny w Polsce. Są skuteczne w zwalczaniu drżenia mięśniowego i ślinienia, natomiast słabo przeciwdziałają sztywności, spowolnieniu ruchowemu i zaburzeniom równowagi. Dlatego cholinolityki (ale zwłaszcza pridinol) stosuje się także w innych zaburzeniach ruchowych, a szczególnie w profilaktyce i leczeniu nocnych skurczów mięśni, w premedykacji przed zabiegami rehabilitacyjnymi i podczas ich prowadzenia, w leczeniu ślino- i śluzotoku w opiece paliatywnej i neurologicznej oraz w chorobach przebiegających ze wzmocnionym napięciem mięśniowym (zarówno pochodzenia ośrodkowego, jak i obwodowego – np. w bólowym zespole kręgosłupowo-korzeniowym oraz w bólach napięciowych ze sztywnością mięśni). Nadwrażliwość na działanie tych leków występuje u dzieci i osób w podeszłym wieku. Działania niepożądane i interakcje lekowe tej grupy leków stanowią konsekwencję hamowania aktywności receptora muskarynowego, choć częstość ich występowania różni się pomiędzy preparatami i zależy od różnic w farmakokinetyce poszczególnych prepa-

**Tab. 1.**

Najczęstsze działania niepożądane i interakcje cholinolityków działających centralnie

### DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE

- ▶ Najczęściej występują objawy cholinolityczne, takie jak: suchość w ustach, zaburzenia akomodacji, podwyższenie ciśnienia śródgałkowego
- ▶ Ponadto mogą wystąpić: zaburzenia w oddawaniu moczu, zaparcie (szczególnie u osób w podeszłym wieku), pogłębienie upośledzenia sprawności intelektualnej, omamy, stany splątania
- ▶ Rzadko obserwowano: wysypkę, niedrożność porażenną jelit, megacolon.
- ▶ Długotrwałe stosowanie wymaga powolnego odstawiania leku.

### INTERAKCJE

- ▶ Nasilają działanie cholinolityczne leków przeciwparkinsonowskich, przeciwhistaminowych, psychotropowych i spazmolitycznych (z ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego)
- ▶ Stosowane z chinidyną zwiększają działanie cholinolityczne na układ sercowo-naczyniowy (szczególnie na przewodzenie przedsionkowo-komorowe), z lewodopą może nasilać dyskinezy.
- ▶ Nasilają objawy wywołane przez alkohol
- ▶ Zmniejszają skuteczność metoklopramidu i leków o podobnym mechanizmie działania
- ▶ Mogą nasilać działania niepożądane petydyny na OUN

ratów. Rolę odgrywa przede wszystkim biologiczny okres półtrwania (krótki dla pridinolu i bardzo długi dla biperidenu) i związana z nim możliwość kumulacji oraz długotrwałego, toksycznego już oddziaływania, nawet po zaprzestaniu terapii. Oba dostępne w Polsce leki wpływają także rozkurczająco na mięśniówkę gładką, tworzącą zręby narządów i struktur ustrojowych, np. jelit czy tętnic (tzw. spasmolityki). Pridinol obdarzony jest dodatkowo bezpośrednim działaniem zwiotczającym mięśnie (tzw. miorelaksant) i dlatego jest wykorzystywany w leczeniu bólowego zespołu kręgosłupowo-korzeniowego oraz różnych postaci dystonii. Dystonie to choroby występujące wskutek niekontrolowanego wzmocnienia napięcia mięśni i ich powolnych, mimowolnych ruchów. Poza dziecięcą dystonią uogólnioną o bardzo ciężkim przebiegu, znacznie częściej występują typowe dla wieku dorosłego kurczowy kręczy karku, kurcz powiek lub ręki (kurcz pisarski). W wielu krajach świata powszechnie wykorzystuje się np. skojarzenie pridinolu i meloksikamu lub diklofenaku w jednej tabletkie. ■


**Tab. 2.**

Rekomendacje międzynarodowych towarzystw naukowych dotyczące stosowania cholinolityków działających centralnie w leczeniu choroby i zespołu Parkinsona, dystonii oraz innych zaburzeń mięśniowych (zalecenia *European Federation of Neurological Societies and the Movement Disorder Society-European Section - EFNS/MDS-ES* oraz )

**CHOROBA PARKINSONA** (stosowanie lecznicze)

- ▶ w początkowym stadium choroby niemal wyłącznie u pacjentów młodych (<50 r.ż.) z dominującym drżeniem (dowody poziomu B w EBM)
  - jeden z trzech wyborów: selegilina, amantadyna lub cholinolityki (biperiden, pridinol lub triheksyfenidyl)
  - skuteczne (poziom B) w leczeniu objawowym ch. Parkinsona, ale nie zalecane w zapobieganiu powikłaniom motorycznym (jednak ze względu na brak wystarczającej liczby dowodów)
  - wskazane w wypadku osób publicznych oraz w przypadku, kiedy drżenie stanowi poważny problem zaburzający jakość życia
  - przejściowo na początku choroby, gdy nasilenie objawów wymaga wprowadzenia farmakoterapii, ale podlega łatwej kontroli
- ▶ jako terapia wspomagająca (3 rzutu) w przypadku nasilonego drżenia u pacjentów nieodpowiadających na inne metody leczenia w wieku pomiędzy 50. a 60. r.ż.
- ▶ względne przeciwwskazanie do stosowania tej grupy leków u pacjentów po ukończeniu 60 r.ż. (nadwrażliwość na działania niepożądane)

**POLEKOWE OBJAWY POZAPIRAMIDOWE** (zwłaszcza poneuroleptyczne)

- ▶ duże ryzyko wystąpienia polekowych objawów pozapiramidowych istnienie czynników predysponujących
  - profilaktyczne stosowanie leków antycholinergicznyc (do 6 tyg.)
- ▶ leczenie poneuroleptycznych zespołów pozapiramidowych
  - Parkinsonizm
    - neuroleptyk w skojarzeniu z (1) antycholinergicznymi lub (2) benzodiazepinami jako leczenie 1-szego rzutu
  - Dystonia
    - neuroleptyk w skojarzeniu z antycholinergicznymi jako leczenie 1-szego rzutu (gdy nie skutkuje redukcja dawki leku podstawowego)
  - Akatyzja
    - neuroleptyk w skojarzeniu z antycholinergicznymi jako leczenie 2-go rzutu (gdy nie skutkuje redukcja dawki leku podstawowego oraz skojarzone leczenie neuroleptykiem i propranololem)

**ZESPÓŁ PARKINSONA** (parkinsonizm wtórny z innych przyczyn niż polekowe)

- ▶ stosowane jako leczenie 1 rzutu lub wspomagające

**DYSTONIE I INNE ZABURZENIA MIĘŚNIOWE**

- ▶ stosowane jako leczenie wspomagające, ze względu na krótkotrwałą skuteczność i działania niepożądane przewlekłego leczenia



# Choroba Parkinsona

## dieta ma znaczenie

JOANNA ANNA WALCZAK

Ekspert ds. żywienia człowieka i dietetyki

*Przemyślane, starannie zaplanowane posiłki wspomagają terapię i profilaktykę wielu schorzeń. W przypadku choroby Parkinsona, sposób żywienia wpływa dodatkowo na efektywność działania leków.*



**W** chorobie Parkinsona żywienie stanowi ważny element kompleksowego leczenia. Spożywanie odpowiednich ilości pokarmów, dbanie o regularność i urozmaicenie posiłków, chroni przed niekorzystnym ubytkiem masy ciała i niedożywieniem, na jakie narażeni są pacjenci poddawani długotrwałej farmakoterapii. Ważną kwestią jest również dostosowanie diety do stosowanych leków.

### **Białka pożywienia kontra lewodopa**

Standardem w leczeniu choroby Parkinsona jest lewodopa będąca prekursorem dopaminy – neuroprzekaźnika, którego niedobór jest przyczyną objawów parkinsonowskich. Pod względem budowy chemicznej lewodopa jest aminokwasem z grupy tzw. dużych obojętnych aminokwasów (angl. large neutral amino acids – LNAA). Zalicza się do nich także część aminokwasów budujących białka pokarmów – walinę, leucynę, izoleucynę, tyrozynę, fenyloalaninę, tryptofan, metioninę i histydynę. Aminokwasy z grupy LNAA są w taki sam spo-

sób wchłaniane w przewodzie pokarmowych oraz w taki sam sposób transportowane z krwi do mózgu. Te fizjologiczne prawidłowości mają przełożenie na interakcje jakie zachodzą między aminokwasami wchodzącymi w skład białek pożywienia a lewodopą.

Złagodzenie objawów parkinsonowskich następuje dopiero wtedy, gdy lewodopa dotrze do mózgu i tam zostanie przekształcona w dopaminę. Jeśli jednak we krwi krąży dużo aminokwasów (taka sytuacja ma miejsce po spożyciu posiłku bogatego w białko), transport lewodopy do mózgu, a w konsekwencji też działanie leku – są spowolnione. Można to porównać do sytuacji, gdy wiele osób chce jechać w to samo miejsce tym samym pociągiem, ale ilość miejsc jest ograniczona. Do celu dojadą tylko ci, którzy szybciej kupią bilet lub pierwsi wsiądą do pociągu. Pozostali będą musieli poczekać na kolejny pociąg lub zrezygnować z podróży.

Wyniki badań pokazują, że efektywność działania lewodopy zależy od całkowitej ilości białka w diecie oraz jego poziomu w poszczególnych posiłkach. Niezależnie od etapu choroby pacjenci powinni pamiętać, aby nie spożywać produktów wysokobiałkowych przed, jak i tuż po zażyciu leku. Pacjentom długotrwale leczonym, którzy coraz słabiej reagują na lek i doświadczają fluktuacji ruchowych, zaleca się spożycie białka na poziomie dolnej granicy normy – 0,8-1,0 g/kg masy ciała. Aby sprostać temu wymogowi, należy kontrolować spożycie bogatych w białko produktów, takich jak mięso, ryby, jaja, produkty mleczne, nasiona strączkowe i orzechy. Nie ma natomiast specjalnych ograniczeń, co do spożycia zbóż, warzyw i owoców, których białka zawierają znacznie mniejsze ilości aminokwasów z grupy LNAA. Dodatkowo produkty zbożowe (m.in. płatki, kasze, ryż, pieczywo), warzywa (w tym ziemniaki) i owoce, dostarczają węglowodanów, które stymulują trzustkę do wydzielania insuliny. Insulina obniża poziom glukozy we krwi, ale też ułatwia wychwyt aminokwasów przez tkanki (np. mięśnie). Ze względu na te zależności leki zawierające lewodopę działają najskuteczniej, gdy poziom białka w posiłkach jest niski, a węglowodanów – wysoki. Trzeba jednak podkreślić, że zalecane jest



*Ze względu na te zależności leki zawierające lewodopę działają najskuteczniej, gdy poziom białka w posiłkach jest niski, a węglowodanów – wysoki. Trzeba jednak podkreślić, że zalecane jest spożywanie w większości węglowodanów złożonych, w postaci pełnoziarnistych produktów zbożowych oraz ziemniaków.*

spożywanie w większości węglowodanów złożonych, w postaci pełnoziarnistych produktów zbożowych oraz ziemniaków. Z kolei słodczyce i słodkie owoce należy ograniczać. Obciążanie organizmu zawartymi w nich cukrami, może sprzyjać insulinooporności i cukrzycy typu II.

### **Redystrybucja białka w diecie**

Po wielu latach leczenia lewodopą, osoby z chorobą Parkinsona zwykle doświadczają objawów niepożądanych, w tym fluktuacji ruchowych. Nabyte okresy oporności na lek mogą być następstwem zaburzeń wchłaniania lewodopy z przewodu pokarmowego i nierównomiernego dostarczania jej do mózgu. Jeśli pacjent doświadcza ostrych fluktuacji ruchowych ważna jest nie tylko ilość białka w diecie, ale także jego rozkład na poszczególne posiłki. W posiłkach porannych i popołudniowych, gdy chory jest najbardziej aktywny, ilość białka powinna być ograniczona do minimum. Wskazane są potrawy wysokowęglowodanowe bazujące na niskobiał-

kowych zbożach (ryż, kukurydza), ziemniakach, warzywach i owocach, z niewielkim dodatkiem tłuszczów. Produkty zbożowe o wyższej zawartości białka, między innymi płatki owsiane, kasza gryczana, kasza jaglana, pszenne makaron i pieczywo, powinny być spożywane w umiarkowanych ilościach, a najlepiej gdyby jadane były dopiero wieczorem. Większość zalecanej ilości białka powinna znaleźć się w kolacji, którą najlepiej podzielić na dwa mniejsze posiłki. Aby dobowy podaż białka była zgodna z normami, konieczne jest, by w wieczornych posiłkach znalazły się produkty takie jak chude mięso, ryby, twaróg, jogurt, tofu, nasiona strączkowe oraz orzechy.

W praktyce dostosowanie się do zaleceń diety z redystrybucją białka może przysparzać pacjentom pewnych trudności. Kłopotliwe może być między innymi dostarczenie jednorazowo dużej ilości białka w kolacji, ale tak jak wspomniano – można ją podzielić na dwie porcje. Aby posiłki spożywane w ciągu dnia były bardziej urozmaicone i od-



powiednio kaloryczne, można uwzględnić w nich produkty niskobiałkowe, takie jak pieczywo czy makarony.

Należy dodać, że radykalne zmiany w diecie oraz ograniczenia co do rodzaju spożywanych pokarmów mogą sprzyjać niedoborom pokarmowym. W celu uniknięcia ich i dla pewności, że posiłki dostarczają wszystkich niezbędnych składników, wskazana jest opieka dietetyka. Dodatkowo, decyzja o wprowadzeniu jakichkolwiek zmian w sposobie odżywiania powinna być skonsultowana z lekarzem.

### Profilaktyka żywieniowa

Ważnym zagadnieniem jest nie tylko sposób żywienia chorych, ale też możliwość przeciwdziałania degeneracji komórek nerwowych poprzez odpowiednią dietę. Badania pokazują, że w profilaktyce choroby Parkinsona istotne jest przestrzeganie podstawowych zasad zdrowego żywienia – spożywanie dużej ilości świeżych warzyw i owoców, uwzględnienie w codziennym jadłospisie pełnoziarnistych produktów zbożowych, nasion strączkowych, orzechów, ryb oraz drobiu. Istnieją przesłanki, że mleko może sprzyjać rozwojowi choroby, dlatego lepiej z niego zrezygnować. Nie ma natomiast powodu, by wykluczać z diety fermentowane przetwory mleczne, takie jak

jogurt, kefir, sery twarogowe. Nie bez znaczenia jest również dobór tłuszczów. Tłuszczów nasyconych występujących głównie w produktach zwierzęcych, w tym w tłustych mięsach i wędlinach, należy unikać. Ochronny wpływ na komórki dopaminergiczne mają natomiast wielonienasycone kwasy tłuszczowe z rodziny omega-3, w tym kwasy  $\alpha$ -linolenowy (ALA), eikozapentaenowy (EPA) i dokozaheksaenowy (DHA). Źródłem tego pierwszego są nasiona lnu, orzechy włoskie oraz oleje – lniany, rzepakowy i sojowy. EPA i DHA w znaczących ilościach występują jedynie w tłustych rybach morskich, takich jak łosoś, makrela, śledź czy szprotki.

Spożywanie warzyw i owoców (minimum 500 g/dzień) jest istotne ze względu na zawarte w nich witaminy i inne składniki o charakterze antyoksydacyjnym. Ryzyko zachorowania na chorobę Parkinsona zmniejsza w szczególności regularne spożywanie owoców bogatych w antocyjaniny, takich jak czarne jagody, czarne porzeczki, borówki, jeżyny czy truskawki. Do produktów zasobnych w dobroczynne fitoskładniki, zalicza się ponadto cytrusy, warzywa o intensywnym zabarwieniu (np. buraki, marchew, czerwona kapusta, brokuły, szpinak, natka pietruszki), przyprawy ziołowe, kakao, ciemne winogrona oraz sporządzane z nich czerwone wino. Korzystna okazuje się również kofeina dostarczana w formie codziennej kawy (1-2 filiżanki) lub herbaty (2-4 szklanki). Umiarkowane dawki kofeiny nie tylko chronią przed chorobą Parkinsona, ale też w pewnym stopniu mogą łagodzić towarzyszące chorobie symptomy. ■

#### LITERATURA:

- Barichella M., Marczevska A., De Notaris R., Vairo A., Baldo C., Mauri A., Savardi C., Pezzoli G. Special low-protein foods ameliorate postprandial off in patients with advanced Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2006, 21(10):1682-7.
- Berry E.M., Growdon J.H., Wurtman J.J., Caballero B., Wurtman R.J. A balanced carbohydrate: protein diet in the management of Parkinson's disease. *Neurology.* 1991, 41,1295-1297.
- Carter J., Nutt J.G., Woodward W.R., Hatcher L.F., Trotman T.L. Amount and distribution of dietary protein affect clinical response to levodopa in Parkinson's disease. *Neurology.* 1989, 39,552:556.
- Cereda E., Barichella M., Pedrolli C., Pezzoli G. Low-protein and protein-redistribution diets for Parkinson's disease patients with motor fluctuations: a systematic review. *Mov Disord.* 2010, 15,25(13):2021-34.
- Evatt M.L. Nutritional therapies in Parkinson's disease. *Curr Treat Options Neurol.* 2007, 9(3):198-204.
- Gao X., Cassidy A., Schwarzschild M.A., Rimm E.B., Ascherio A. Habitual intake of dietary flavonoids and risk of Parkinson disease. *Neurology* 2012, 78(15): 1138-1145.
- Gao X., Chen H., Fung T.T., Logroscino G., Schwarzschild M.A., Hu F.B., Ascherio A. Prospective study of dietary pattern and risk of Parkinson disease. *Am J Clin Nutr.* 2007, 86(5): 1486-1494.
- Pincus J.H., Barry K. Protein redistribution diet restores motor function in patients with dopa-resistant „off” periods. *Neurology.* 1988, 38(3),481:483.
- Postuma R.B., Lang A.E., Munhoz R.P., Charland K., Pelletier A., Moscovich M., Filla L., Zanatta D., Romenets S.R., Altman R., Chuang R., Shah B. Caffeine for treatment of Parkinson disease. *Neurology.* 2012, 14; 79(7): 651-658.
- Seidl S.E., Santiago J.A., Bilyk H., Potashkin J.A. The emerging role of nutrition in Parkinson's disease. *Front Aging Neurosci.* 2014, 6:36.
- Sheard J.M., Ash S., Silburn P.A., Kerr G.K. Prevalence of malnutrition in Parkinson's disease: a systematic review. *Nutr Rev.* 2011, 69(9):520-32.
- Walczak J.A. Żywnienie w chorobie Parkinsona – praktyczny poradnik dla pacje7ntów. Fundacja „Życie z chorobą Parkinsona”, 2007.

# Hipoterapia i wspinaczka terapeutyczna

## jako metody rehabilitacji w Fundacji Ducha

JOANNA DUSZYŃSKA-GAWIŃSKA  
Prezes Fundacji Ducha

*Fundacja Ducha na Rzecz Rehabilitacji Naturalnej Ludzi Niepełnosprawnych istnieje od 1992 roku. Jej założycielem i wieloletnim prezesem był Stanisław Duszyński przez swoich przyjaciół i uczniów nazywany po prostu „Duchem”. Stworzył pojęcie rehabilitacji naturalnej i opracował metody działania odpowiadające temu nowatorskiemu pomysłowi.*

**B**aza Fundacji znajduje się na Bydgoskim Przedmieściu w Toruniu. Położona jest w pięknym miejscu, wśród zieleni, w sąsiedztwie zabytkowego parku i rozległych łąk. To usytuowanie sprzyja prowadzonej działalności. Fundacja zajmuje się szeroko pojętą rehabilitacją osób niepełnosprawnych. Oprócz pacjentów indywidualnych z terapii korzystają również dzieci ze szkół specjalnych, ze szkoły życia, przedszkoli integracyjnych, Ośrodka Szkolno-Wychowawczego oraz ośrodka dla dzieci autystycznych.

Specjalnością Fundacji jest hipoterapia i wspinaczka terapeutyczna. Zalety obu form rehabilitacji są nie do przecenienia, ponieważ niezwykle korzystnie wpływają zarówno na stan fizyczny jak i psychikę pacjentów. Dodatkowo są bardzo atrakcyjne, więc podopieczni chętnie





*Fundacja jest laureatem wielu nagród i wyróżnień, z których najważniejsze to przyznana przez Fundację im. Stefana Batorego i Bankers Trust nagroda główna dla najlepszej organizacji pozarządowej oraz tytuł najlepszego ośrodka patronackiego Polskiego Towarzystwa Hipoterapeutycznego.*

nie korzystają z takiej rehabilitacji. Fundacja dysponuje przestronną krytą ujeżdżalnią, dzięki czemu hipoterapia może się odbywać przez cały rok bez względu na kaprysy pogody. Oczywiście przy sprzyjającej aurze zajęcia prowadzone są na zewnętrznych padokach, co dodatkowo podnosi ich atrakcyjność.

Podopiecznymi Fundacji są przede wszystkim dzieci i młodzież z różnym typem niepełnosprawności, ale największą grupę stanowią dzieci po porażeniu mózgowym. Stan dzieci jest zróżnicowany, a niepełnosprawność dotyczy sfery fizycznej, ale również często intelektualnej. Trafiają pod opiekę doświad-

czonych hipoterapeutów, którzy dbają o bezpieczeństwo podczas zajęć, ułatwiają pierwszy kontakt ze zwierzęciem, i decydują o przebiegu ćwiczeń. Terapeuci Renata, Karolina, Ania, Grażyna, Piotr i Paweł, to dla naszych niepełnosprawnych bliskie i przyjazne osoby. Te dobre relacje są niezbędne do optymalnego wykorzystania potencjału jaki ma hipoterapia. Niekwestionowany jest jej dobroczynny wpływ na stan fizyczny, psychiczny i funkcjonowanie społeczne uczestników terapii. Kontakt z koniem dostarcza wielu bodźców, które wszechstronnie stymulują pacjentów. Temperatura ciała konia jest wyższa od temperatury człowieka, co sprzyja efektywności ćwiczeń. Ważny jest nie tylko ruch konia, ale również jego dotyk, zapach, odgłosy które wydaje. Można powiedzieć bez przesady, że koń jest terapeutą doskonałym. Musi być jednak odpowiednio dobrany i ułożony. Ważne są jego naturalne predyspozycje. Powinien mieć

łagodne usposobienie, cierpliwość, ufność wobec człowieka. Te cechy są niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa w trakcie ćwiczeń i zbudowania zaufania dziecka do tak dużego zwierzęcia jakim jest koń. Znaczenie ma jednak nie tylko charakter konia, ale również jego pokrój. Powinien być odpowiednio umięśniony i mieć prosty, szeroki grzbiet. Nie może być zbyt wysoki, żeby nie utrudniać asekuracji pacjenta. Fundacja dysponuje końmi rasy huculskiej, które ze względu na swoją budowę i wielkość, jak też cechy charakteru, znakomicie nadają się do hipoterapii. Są zrównoważone i nie reagują na reakcje emocjonalne nadpobudliwych pacjentów (dzieci autystyczne, z nadpobudliwością psychoruchową, niedostosowanie społeczne). Mimo, że hipoterapia ma niewiele przeciwwskazań, o tym czy pacjent może z niej korzystać decyduje lekarz. Czasem konieczna jest dodatkowa diagnostyka, np. u dzieci z zespołem Downa, gdzie należy wykonać wcześniej RTG odcinka szyjnego kręgosłupa, w celu wykluczenia jego niestabilności. Po pozytywnej opinii lekarza dziecko może rozpocząć hipoterapię. Ważny jest już sam kontakt z koniem – dotykanie, głaskanie, które jest często wstępem do dalszych ćwiczeń i pozwala oswoić się dziecku ze zwierzęciem i nabrać odwagi. Obserwujemy pozytywne emocje wynikające z kon-

taktu z koniem, co jest niezwykle ważne dla przebiegu rehabilitacji. U wielu podopiecznych mija onieśmienie, a dzieci nadpobudliwe wyciszają się. Kolejne etapy hipoterapii odbywają się na końskim grzbiecie. To ważny i trudny dla niektórych moment. Trzeba przezwyciężyć strach, zaufać hipoterapeucie i zwierzęciu. Bywa że te pierwsze próby są nieudane, ale doświadczony, cierpliwy terapeuta pracując z dzieckiem potrafi sprawić, że kolejne kończą się sukcesem. Pacjent, który znajdzie się już na grzbiecie konia może biernie poddawać się jego ruchowi, pozostając w pozycji siedzącej lub leżącej, może też pod kierunkiem terapeuty wykonywać dobrane indywidualnie ćwiczenia. W trakcie jazdy stępem miednica poddawana jest ruchom zgodnym ze wzorcem chodu ludzkiego, pacjenci mogą więc uczyć się chodzenia bez chodzenia. Ruch kołyszący

wymusza pracę mięśni (napinanie i rozluźnianie) powodując ich wzmocnienie, koryguje postawę ciała, podnosi zdolność utrzymania równowagi, wpływa korzystnie na symetrię mięśni tułowia, ma również wpływ na ruchomość stawów i pracę narządów wewnętrznych. Ruch i ciepło konia zmniejsza, często występujące u dzieci po porażeniu mózgowym, nadmierne napięcie mięśniowe - spastyczność mięśni, która powodowana jest uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego. Hipoterapia sprzyja też orientacji w przestrzeni i w schemacie własnego ciała. Niezwykle ważny jest jej wpływ na psychikę ćwiczących. Hipoterapia łagodzi agresję, uspakaja, pozwala budować poczucie własnej wartości. Dzieci są dumne, że mają swojego konia- wspianiałego przyjaciela i to daje poczucie pewności siebie. Stają się bardziej

*Hipoterapia łagodzi agresję, uspakaja, pozwala budować poczucie własnej wartości. Dzieci są dumne, że mają swojego konia- wspianiałego przyjaciela i to daje poczucie pewności siebie. Stają się bardziej otwarte, wykazują inicjatywę. Polepsza się komunikacja, doskonalili mowa.*





otwarte, wykazują inicjatywę. Polepsza się komunikacja, doskonalą mowa.

Ogromnym atutem hipoterapii jest to, że sprawia ona pacjentom przyjemność i nie ma nic wspólnego z mozolnym

ćwiczeniami na sali rehabilitacyjnej. Tę samą zaletę ma również wspinaczka terapeutyczna, która jest prowadzona od lat w Fundacji Ducha. Bogdan Krauze Twórca Szkoły Alpinizmu w Podlesicach

przekonywał, że wspinaczka to dyscyplina, która w sposób pełny i równomierny rozwija ciało ludzkie. Angażuje ona wszystkie grupy mięśniowe, ruchy odbywają się w zakresie wszystkich stawów, zaabsorbowany zostaje umysł wspinającego. Badania dr Jerzego Bienia z Kliniki Chirurgii Ortopedycznej Śląskiej Akademii Medycznej wykazywały, że wspinaczka jest jednym z czynników usprawniania leczniczego. Jest zespołem ćwiczeń wszechstronnych, angażujących wszystkie grupy mięśni, gdzie ruch odbywa się w zakresie wszystkich stawów. Podczas wspinaczki konieczne jest balansowanie ciałem, co usprawnia również zmysł równowagi.

Często mylnie wspinaczka uważana jest za sport „ekstremalny”, dostępny dla osób sprawnych fizycznie i posiadających szczególne predyspozycje psychiczne. Okazuje się jednak, że ta forma aktywności jest niezwykle cenna w rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Jest to atrakcyjna forma terapii i większość podopiecznych Fundacji chętnie uczestniczy w ćwiczeniach. Wykorzystuje się naturalną skłonność dzieci do wspinania się. Na sztucznej ścianie w krytej ujeżdżalni, pod czujnym okiem instruktora – pana Marcina, podopieczni pokonują dobrane do ich możliwości „trasy” wspinaczkowe. Ważna jest praca instruktora, który nie tylko dba o bezpieczeństwo wspinacza, ale jest jego przewodnikiem, wskazuje jak pokonywać drogę, gdzie ustawić stopę czy gdzie jest najlepszy chwyt. Gdy sytuacja tego wymaga razem z dzieckiem wchodzi na ściankę. Dzięki prawidłowej asekuracji wspinanie jest całkowicie bezpieczne. Nawet gdy pacjent straci równowagę i odpadnie od ściany, to dzięki asekuracji „na wędkę” zatrzymuje się praktycznie w miejscu. Wspinanie ma pozytywny wpływ nie tylko na stan fizyczny ale również na psychikę. Wspinacz musi przełamać własne słabości i często naturalną obawę przed wysokością. Kiedy udaje mu się pokonać kolejny fragment drogi „na szczyt”, odnosi sukces, który motywuje do dalszej rehabilitacji.

Aby zwiększyć skuteczność terapii, w Fundacji stosowana jest opracowana i wprowadzona przez Stanisława Duszyńskiego, metoda łączenia ćwiczeń hipoterapeutycznych z terapią wspinaczki ścianaowej i linowej. Wykorzystywany jest fakt, że po hipoterapii pacjent jest roz-



*Wszystkie opisane formy rehabilitacji stosowane są także podczas organizowanych przez nas w okresie letnim obozów rehabilitacyjno-sportowych dla osób niepełnosprawnych.*

grzany i rozluźniony, a to najlepszy moment, aby rozpocząć wspinaczkę. Sprzężenie hipoterapii z ćwiczeniami wspinaczkowymi stosowane jest zgodnie z zaleceniami lekarskimi, a cały proces terapeutyczny prowadzony jest pod nadzorem lekarza ze specjalnością rehabilitacyjną.

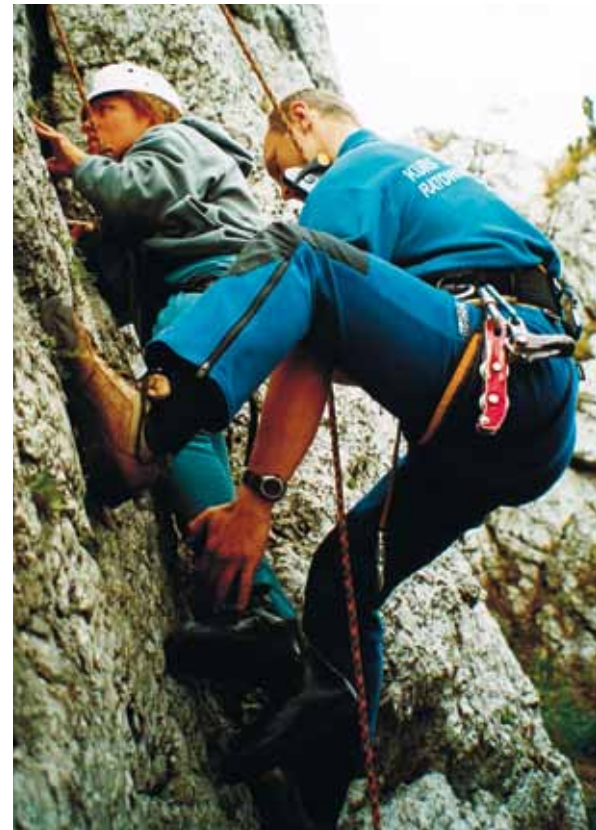
Oprócz hipoterapii i wspinaczki terapeutycznej podopieczni Fundacji mogą korzystać z fizjoterapii, terapii zajęciowej, zajęć logopedycznych, a także z hydroterapii na wynajętym basenie.

Wszystkie opisane formy rehabilitacji stosowane są także podczas organizowanych przez nas w okresie letnim obozów rehabilitacyjno-sportowych dla osób niepełnosprawnych. Rajd kajakowo konny na osi Czarna Hańcza – Kanał Augustowski jest obozem wędrownym, namiotowym. Uczestnicy obozu dzielą się na dwie grupy: konną i wodniacką. Codzien-

nie obydwie grupy spotykają się na wcześniejszym umówionym biwaku, gdzie wspólnie rozbijają namioty oraz sami przygotowują na ognisku posiłki. Uczestnicy korzystają z hydroterapii, hipoterapii a także ćwiczeń fizjoterapeutycznych i terapii zajęciowej.

Obóz konno-kajakowy na Polanie w Żylinach w Puszczy Augustowskiej, to z kolei obóz stacjonarny, namiotowy na którym uczestnicy mogą korzystać z hipoterapii, terapeutycznej nauki jazdy konnej, hydroterapii w naturalnych akwenach, terapii zajęciowej, ćwiczeń z fizjoterapeutą oraz wspinaczki linowej (specjalne stanowisko do wspinaczki na sosnach rosnących w Puszczy). Odbywają się również zajęcia sportowe tj. pływanie kajakami, kanadyjkami, różnego typu gry i zabawy ruchowe.

Na obozie konno – wspinaczkowym w Jurze Krakowsko – Częstochowskiej



podopieczni mogą zmierzyć się ze wspinaczką na jurajskich skałkach. Oprócz tego uczestnicy korzystają z hipoterapii, ale również ćwiczeń z fizjoterapeutą, czy terapii zajęciowej. ■



# Hipoterapia

## w Fundacji Ducha: historia Wandy

KAROLINA TRACEWICZ

Hipoterapeutka, fizjoterapeutka i pedagog w Fundacji Ducha

*Wanda urodziła się 1999 roku z dysfunkcją rdzenia kręgowego i wodogłowie. Dziewczynka miała prawidłową masę ciała (3.830 kg), 8 pkt w skali Apgar. Od maksymalnej skali Apgar czyli 10 pkt, odjęte zostały punkty za odruch kończyn dolnych oraz kolor skóry.*



Fot. 1

**W** pierwszej dobie po porodzie dziecko przeżyło operację kręgosłupa, polegającą na zamknięciu kanału rdzeniowego. Operację trzeba było przeprowadzić bardzo szybko, aby nie doszło do zakażenia organizmu. W drugiej dobie po porodzie przeprowadzono operację założenia zastawki oponowordzeniowej w mózgu, ponieważ główka zwiększała swoją objętość. Spowodowane to było wydobywaniem się płynu mózgowo-rdzeniowego w obręb komórek mózgowia.

Przy tym rodzaju dysfunkcji dużym problemem jest brak czucia w całej dolnej partii ciała. Począwszy od palców stóp kończyn dolnych, a skończywszy na układzie moczowo-płciowo-trawiennym. Brak wspomnianego czucia przekłada się na charakterystyczne ułożenie kończyn dolnych. Od stawów biodrowych do stawów kolanowych ustawiają się one w przywiedzeniu, a od stawów kolanowych do stawów skokowych w odwiedzeniu. Natomiast stopy ustawiają się paluchem do wewnątrz.

Przy wyżej wymienionych nieprawidłowościach, ważną rolę spełnia nauczenie się prawidłowego opróżniania pęcherza moczowego-neurogennego.

Polega ono na systematycznym opróżnianiu pęcherza z zalegającego moczu przy pomocy cewnika i tzw. wyciskania przez powłoki brzuszne.

Do dziesiątego roku życia, biorąc pod uwagę wrodzoną chorobę rozwój dziecka przebiegał prawidłowo, bez incydentów wymagających interwencji szpitalnej.

Wanda uczestniczyła w zajęciach szkolnych oraz dodatkowych, kształtując swój prawidłowy rozwój umysłowy, zdolności manualne oraz relacje interpersonalne z rówieśnikami.

Dziewczynka samodzielnie przemieszczała się korzystając z wózka inwalidzkiego. Nie miała problemów z pokonywaniem przeszkód, wózek doskonale zastępował jej kończyny dolne i stał się integralną częścią jej życia. Samodzielna jazda na wózku spowodowała wzmocnienie siły całej obręczy barkowej.

Radykalne zmiany w życiu rodziny i opisywanej przeze mnie pacjentki nastąpiły gdy Wandzia miała 10 lat, kiedy to doszło do niedrożności zastawki. Konsekwencją tego wydarzenia była utrata przytomności i długotrwały pobyt na oddziale chirurgii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu.

Udrożnienie zastawki odbyło się natychmiast po przewiezieniu do szpitala, w pełnej narkozie. W trzeciej dobie po zabiegu pacjentka została spionizowana do pozycji siedzącej na wózku i uruchomiona do stanu sprzed wypadku. Niestety w czwartej dobie po zabiegu doszło do zaburzeń oddychania, co skończyło się pobytem na oddziale Intensywnej Terapii. Na tym oddziale dziewczynka została zaopatrzona w rurkę tracheotomijną, ułatwiającą oddychanie oraz PEG-a (przezskórna endoskopowa gastrostomia), umożliwiającego podawanie pokarmów.

W 2009 roku zaczęła się moja współpraca z Wandzią i jej rodzicami. Gdy dziewczynka wróciła do domu, rodzice skontaktowali się ze mną, żebym przyjeżdżała do ich córki na rehabilitację. Po wysłuchaniu całej historii Wandzi wiedziałam, że przed nami będzie bardzo dużo pracy. Przez pierwszy rok ćwiczyliśmy pięć razy w tygodniu. Począwszy od ćwiczeń biernych, przez ćwiczenia czynno-bierne, a skończywszy na ćwiczeniach równoważnych, wspomaganych i oporowych doprowadziliśmy dziewczynkę do samodzielnego sie-



Fot. 2



Fot. 3



Fot. 4

- Fot. 1 Wanda  
 Fot. 2 Przebieg drenu zastawki mózgowo-rdzeniowej.  
 Fot. 3 Blizna po zamkniętej przepuklinie oponowo-rdzeniowej.  
 Fot. 4 Ułożenie kończyn dolnych



Fot. 5



Fot. 6

dzenia, prób samodzielnego trzymania głowy oraz wzmocnienia mięśni kończyny górnej, mięśni grzbietu i tułowia. Mimo poprawy stanu zdrowia w sferze fizycznej, u Wandy była apatyczna i wycofana. W pewnym momencie rehabilitacja przestała przynosić efekty, dziewczynka ćwiczyła, ale nie było widać w niej zapału do dalszej pracy. Korzystając ze swojego doświadczenia rehabilitantki oraz hipoterapeutki proponowałam rodzicom, żeby Wanda zaczęła korzystać z hipoterapii w Fundacji Ducha. Konieczne było wykona-

nie badań, które pozwoliły lekarzowi specjalście ocenić stan zdrowia pacjentki. Neurolog nie stwierdził przeciwwskazań i wyraził zgodę na ten rodzaj rehabilitacji. Hipoterapia oprócz pozytywnego wpływu na psychikę pacjenta jest oczywiście nieoceniona przy usprawnianiu fizycznym. Ważny jest czterotaktowy ruch konia w stępie, jego temperatura ciała oraz wszystkie bodźce dotykowe jakich dostarcza. Te cechy powodują rozluźnienie mięśni spastycznych, a poddają pracy mięśnie wiotkie. Sam stęp jest doskonałym

odzwierciedleniem chodu ludzkiego, który jest tak ważny do stymulacji mięśni z obniżonym i podwyższonym napięciem mięśniowym. Dosiad, który pacjentka osiąga na koniu, powoduje trójwymiarowy ruch ludzkiej miednicy. Kiedy człowiek chodzi, jego miednica porusza się w trzech wymiarach, na które składa się ruch w przód i w tył, ruch na boki oraz ruch wokół własnej osi. Ponadto dziecko siedzące na koniu, aby zachować równowagę, porusza swoim tułowiem, rękoma, ramionami i głową w sposób rytmiczny i równomierny. Te typy ruchów, dla zachowania równowagi, pobudzają głęboko osadzone mięśnie, które nie są dostępne w trakcie typowych terapii fizycznych. Dodatkowo ruch konia usprawnia odruchy takie jak prostowanie mięśni oraz prowadzi do ich wzmacniania. Bodźce dotykowe są również bardzo ważne, ponieważ zmuszają mózg do przyswajania i przetwarzania większych ilości informacji.

Dziewczynka zaczęła korzystać z hipoterapii prowadzonej przeze mnie w Fundacji Ducha na Rzecz Rehabilitacji Naturalnej Ludzi Niepełnosprawnych. Swoją przygodę z koniem rozpoczęła w półtora roku po stwierdzeniu niedrożności zastawki oponowo-rdzeniowej w mózgu. Gdy dziewczynka pojawiła się pierwszy raz w Fundacji nie utrzymywała równowagi, wykazywała niską siłę mięśniową i miała problem z „trzymaniem” głowy. Zauważalny był też jej zły stan psychiczny. Była też trudność w komunikacji, ponieważ Wanda po niedotlenieniu i założeniu rurki tracheotomijnej przestała mówić. Żeby jej nie zniechęcić należało postępować z wyrozumieniem i stopniowo oswajać ją z koniem, który miał się stać przecież głównym „narzędziem” rehabilitacyjnym. Przez zły stan emocjonalny oraz fizyczny zajęcia zaczęliśmy od „terapii z koniem”. Początki polegały na karmieniu koni. Na kolanach Wandy siedzącej na wózkach ustawiałam wiaderko z owsem. W ten sposób dziewczynka mogła samodzielnie nakarmić konia.

Udało się przezwyciężyć obawy i wkrótce dziecko nabrało zaufania, a bliskość zwierzęcia sprawiała jej wyraźną radość. Można więc było przejść do następnego etapu – głaskania konia, co nie jest błahą czynno-



Fot. 7



Fot. 8



Fot. 9

ścią, bo w wypadku dziecka na wózku wymaga nie tylko pracy rąk, ale również tułowia. Następnym etapem było prowadzenie konia. Ten wstęp do hipoterapii trwał trzy miesiące. Wanda przyjeżdżała do Fundacji trzy razy w tygodniu. Stała się bardziej śmiała, otwarta i komunikatywna, czego efektem było wypowiedzianie przez nią coraz trudniejszych słów. W tym czasie u dziewczynki zauważyć można było poprawę samopoczucia i samooceny oraz chęć współpracy. Również prowadzone przeze mnie ćwiczenia w domu przynosiły coraz to lepsze efekty. Dziewczynka chętniej zaczęła współpracować z rodzicami, na jej ustach częściej pojawiał się uśmiech, nabierała coraz więcej siły, sama zaczęła wykonywać pierwsze ruchy rękoma.

Kontynuowaliśmy zajęcia w Fundacji. Obserwowałam ogromną radość jaką sprawia dziewczynce obcowanie z dużym, silnym i wspaniałym zwierzęciem, jakim jest koń. Czekwała z niecierpliwością kiedy znowu nadejdzie dzień zajęć w Fundacji i pojedzie odwiedzić konia. Nadszedł więc odpowiedni czas by Wandzia przeszła do następnego etapu przygody z hipoterapią.

Kolejnym krokiem w rehabilitacji Wandy była „terapia ruchem konia”. Miałam świadomość, że to może być najtrudniejsza chwila. Dziewczynka



Fot. 10

- Fot. 5** Wózek inwalidzki.
- Fot. 6** Cewnik do opróżniania neurogennego pęcherza
- Fot. 7** Samodzielnie jeżdżąca Wanda w Jura Parku.
- Fot. 8** Rurka tracheotomijna bez zatyczki ułatwiająca mówienie.
- Fot. 9** Rurka tracheotomijna z zatyczką ułatwiająca mówienie.
- Fot. 10** PEG



Fot. 11



Fot. 12

**Fot. 11** Wanda karmiła konia Nobla owsem.

**Fot. 12** Wanda dosiadająca samodzielnie konia Pigwę, z boku asekurowująca mama i ja

musiała wsiąść na konia, a często ten właśnie moment wywołuje strach, uniemożliwiający prowadzenie zajęć. Wandzia zaskoczyła nas wszystkich. Śmiało, bez obaw pozwoliła posadzić się na grzbiecie jednego ze swoich końskich przyjaciół. Ze względu na to, że Wanda miała słabą umiejętność trzymania głowy oraz niską siłę mięśniową, dla zapewnienia bezpieczeństwa i pełnej kontroli nad podopieczną, wsiadałam na konia razem z nią.

Podczas ćwiczeń Wandzia zachowywała się bardzo spokojnie. Była skoncentrowana, starała się odpowiadać na zadawane pytania i wykonywać polecenia. Po kilku jazdach dziewczynce udawało się pogłaskać samodzielnie konia oraz kontrolować stabilność głowy. W dalszym ciągu jednak miała poważne problemy z zachowaniem równowagi. Poprawa widoczna była dopiero po półrocznej, systematycznej jeździe wraz z terapeutą. Postępy były zauważalne nie tylko dla mnie, ale również dla rodziców. To była motywacja do dalszych ćwiczeń. Po trwających 30 minut zajęciach, Wanda była bardzo zmęczona, ale również uśmiechnięta i zadowolona z siebie. Na tym etapie terapii, dziewczynka umiała kontrolować coraz lepiej głowę, mocniej napinała kończyny górne, którymi wykonywała coraz trudniejsze ruchy. Potrafiła przez krótki czas sama utrzymywać równowagę.

Kolejnym krokiem było posadzenie Wandy samodzielnie na koniu. Dziewczynka na pierwszej jeździe bała się, ale już po kolejnych zajęciach była spokojna i skoncentrowana. Aby ułatwić utrzymanie równowagi na koniu, postanowiłam założyć tzw. pas wołyżerski, za który dziewczynka mogła się trzymać, co sprawiało że czuła się pewniej. Ku naszej radości następowały znaczne postępy. Obserwowałam wyraźne wzmocnienie napinanych w trakcie ćwiczeń mięśni grzbietu i brzucha. Na tym etapie, dziewczynka nauczyła się trzymać prawie samodzielnie równowagę. Po pewnym czasie nie sprawiało jej problemu utrzymanie głowy. Kolejnym znaczącym postępem było wzmocnienie kończyn górnych w stopniu pozwalającym utrzymać ciało dziewczynki. Dodatkowym bonusem było to, że Wandzia w trakcie zajęć zaczęła próbować mówić pełnymi zdaniami. Jej poczucie wartości bardzo wzrosło.

Hipoterapia wpłynęła bezpośrednio na rozwój zarówno fizyczny, jak i psychiczny dziewczynki. Terapia przy pomocy konia stała się bodźcem wyzwalamym pozytywne cechy charakteru, wpływa kojąco i uspokajająco na zmysły pacjentki, powodując wyciszenie i relaks. Sprawia, że osoba pomimo swoich dysfunkcji osiąga większą pewność siebie i staje się bardziej otwarta na świat. Dziewczynka z bardzo ograniczonymi z ruchami, nie chodząca, przemieszczająca się na co dzień wózkem inwalidzkim, czerpała satysfakcję i radość z tego, że dosiada tak duże zwierzę i przez całe zajęcia jest w stanie kontrolować je dzięki ruchom swojego ciała. Po dłuższym uczęszczaniu na zajęcia rodzice Wandzi stwierdzili, że lepiej nawiązuje ona kontakty społeczne, stała się mniej nieśmiała, nie boi się poznawać nowych ludzi. Obserwując pozytywne efekty terapii w przypadku Wandzi myślę, że dalsze systematyczne ćwiczenia znacząco poprawią jej stan fizyczny i dodatkowo podniosą jej samoocenę, dlatego wskazaniem dla niej powinno być kontynuowanie hipoterapii. ■

# Pielęgniarka i rodzina

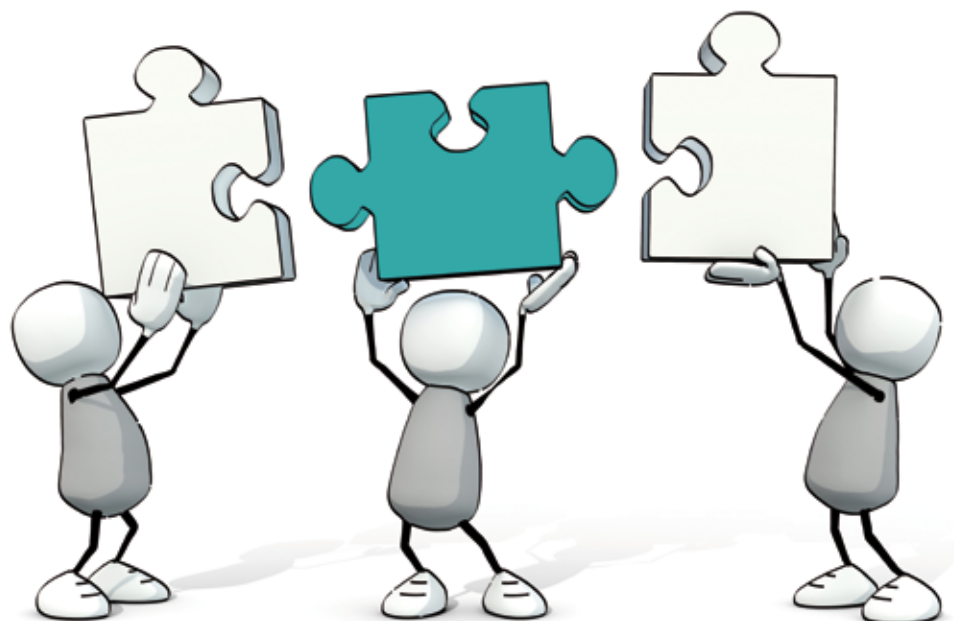
## jako członkowie zespołu terapeutycznego w opiece nad osobą chorą i niesamodzielną

IRENA SIKORA-MYSŁEK  
Specjalista pielęgniarstwa rodzinnego,  
zastępca Dyrektora Medycznego „Hospmed”

*Opieka długoterminowa jest opieką długofalową, ciągłą, profesjonalną w pielęgnacji i rehabilitacji oraz kontynuacją leczenia farmakologicznego i dietetycznego, realizowaną instytucjonalnie (stacjonarnie lub w domu chorego). Wzrost liczby zakładów i łóżek opieki długoterminowej jest wolniejszy niż proces starzenia się społeczeństwa i narastania liczby osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w Polsce.*

**W**śród czynników, które charakteryzują pracę pielęgniarki z pacjentami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi, można wymienić:

- ▶ samodzielność stanowiska pracy;
- ▶ sprawowanie opieki nad pacjentem ze złożonymi problemami zdrowotnymi, społecznymi i życiowymi;
- ▶ duży zakres działań edukacyjnych i wsparcia na rzecz podopiecznych;
- ▶ współudział pacjenta i jego rodziny w wyborze metody leczenia, pielęgnacji i organizacji opieki długoterminowej;
- ▶ konieczność integracji świadczeń z różnych zakresów: medycznych, rehabilitacyjnych, opiekuńczych, społecznych, prawnych itp.,
- ▶ potrzeba nawiązywania efektywnej współpracy z członkami zespołu terapeutycznego, a przede wszystkim z rodziną.



Głównym celem działania pielęgniarki specjalisty pielęgniarstwa opieki długoterminowej jest ustalenie obszaru świadczenia medycznego w zakresie opieki i pielęgnacji, koordynowanie i monitorowanie działań w odniesieniu do osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Codzienna praca pielęgniarki specjalisty opieki długoterminowej jest pracą samodzielną, ale jednocześnie wymaga ścisłej współpracy z lekarzem, całym zespołem terapeutycznym oraz organizacjami działającymi na rzecz pacjentów przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Ze względu na specyfikę pracy z osobą częściowo lub całkowicie uzależnioną od pomocy pielęgniarki, niezwykle ważną jest współpraca z rodziną i innymi opiekunami chorego. Specjalista wykonuje także zadania związane ze szkoleniem personelu, rodzin i opiekunów pacjentów. W realizacji świadczeń dla pacjenta przewlekle chorego i niepełnosprawnego pielęgniarka specjalista opieki długoterminowej powinna wykazywać się dużą wiedzą w zakresie zmian involucyjnych w procesie starzenia się oraz zmian i zagrożeń powstających w wyniku chorób przewlekłych, prowadzących do niepełnosprawności i niesamodzielnności. Pielęgniarka specjalista opieki dłu-

goterminowej jest osobą samodzielną, kreatywną, trafnie i szybko podejmującą decyzje oraz skuteczną.

Do głównych zadań zawodowych pielęgniarki specjalisty opieki długoterminowej należą:

- ▶ organizowanie opieki pielęgniarstwa nad pacjentem przewlekle chorym i niepełnosprawnym w warunkach instytucjonalnych i domowych;
- ▶ organizowanie wsparcia społecznego dla pacjentów opieki długoterminowej i kształtowanie pozytywnych relacji interpersonalnych w najbliższym otoczeniu podopiecznego;
- ▶ planowanie i wdrażanie standardów opieki obowiązujących w opiece długoterminowej;
- ▶ rozpoznawanie i ocena stanu zdrowia oraz ustalanie zakresu deficytu w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji pacjenta przewlekle chorego, a także niezdolnego do samodzielnej egzystencji;
- ▶ koordynowanie i planowanie opieki nad pacjentem przewlekle chorym i niezdolnym do samodzielnej egzystencji z rozróżnieniem cech opieki nad dorosłym;
- ▶ przygotowanie chorego przewlekle chorego i niepełnosprawnego oraz jego rodziny do samoopieki i kompensowania utraconych funkcji;
- ▶ prowadzenie edukacji w zakresie obsługi sprzętu i aparatury specjalistycznej;
- ▶ kierowanie pracą zespołu terapeutycznego w przebiegu opieki i rehabilitacji pacjenta przewlekle chorego i niepełnosprawnego;





*Pielęgniarka pracująca w opiece długoterminowej powinna dobrze poznać pacjenta i jego rodzinę, aby móc rozpoznawać ich aktualne i potencjalne, najczęściej złożone, problemy zdrowotne i życiowe.*

- ▶ współpraca z instytutami i organizacjami społecznymi, oraz osobami fizycznymi w celu rozwiązywania problemów zdrowotnych, społecznych i prawnych pacjentów przewlekle chorych i niepełnosprawnych;

▶ w schyłkowym okresie choroby pacjent i jego rodzina wymagają objęcia profesjonalną opieką terminalną. Przedstawiona wyżej charakterystyka pacjenta przewlekle chorego umożliwia określenie roli pielęgniarki w opiece długoterminowej i podejmowanych przez nią zadań na rzecz chorego.

Pielęgniarka pracująca w opiece długoterminowej powinna dobrze poznać pacjenta i jego rodzinę, aby móc rozpoznawać ich aktualne i potencjalne, naj-

częściej złożone, problemy zdrowotne i życiowe.

Rodzina jest naturalnym środowiskiem człowieka w każdym wieku i w każdym stanie zdrowia, stąd też stanowi najważniejszą instytucję opieki długoterminowej nie tylko w Polsce, ale i na świecie. Opieka nad człowiekiem przewlekle chorym czy niepełnosprawnym należy do tradycyjnych funkcji rodziny. Jednak procesy demograficzne oraz społeczno-ekonomiczne dokonujące się od kilkudziesięciu lat w Polsce nie sprzyjają kształtowaniu odpowiednich warunków do sprawowania opieki w środowisku domowym. Zmiany w strukturze rodziny, niezadowolająca sytuacja socjalno-bytowa, nasilenie migracji oraz koncentracja na realizacji

funkcji zarobkowo-konsumpcyjnej powodują, iż wiele rodzin nie zapewnia opieki na odpowiednim poziomie.

Mimo, iż w większości przypadków to rodzina świadczy usługi opiekuńcze wobec osób przewlekle chorych, starszych i niepełnosprawnych, nie ma, niestety, formalnego systemu wsparcia opiekunów rodzinnych w Polsce. Jedną z pozytywnych oznak zmian jest rozwój usług pielęgniarskich w środowisku domowym, która daje doskonałą możliwość wsparcia osób chorych i ich rodzin.

Do sprecyzowania roli rodziny u danego podopiecznego niezbędne jest określenie wydolności pielęgnacyjno-opiekuńczej rodziny, typu relacji opiekuńczej między opiekunami a podopiecznymi, a także zakresu zmian w funkcjonowaniu rodziny, w tym ocena stopnia obciążenia opiekunów.

Podstawowym warunkiem podjęcia opieki nad chorym członkiem rodziny jest ustalenie stanu **wydolności pielęgnacyjno-opiekuńczej** rodziny, na którą składa się 6 elementów.

Ocenie pielęgniarki powinna podlegać:

- ▶ wiedza i umiejętności rodziny;
- ▶ struktura rodziny;





*Pielęgniarka na etapie zbierania danych musi również uwzględnić zmiany w rodzinie na skutek choroby jednego z jej członków. Konieczność sprawowania opieki nad chorym w domu powoduje zmiany – zarówno negatywne, jak i pozytywne – w funkcjonowaniu rodziny we wszystkich sferach życia.*

- ▶ sprawność fizyczna i psychiczna jej członków;
- ▶ funkcjonowanie społeczne członków rodziny;
- ▶ sytuacja bytowa rodziny;
- ▶ funkcjonowanie emocjonalne.

Poza tym pielęgniarka-specjalistka stwierdza, który z czynników kształtujących wydolność pielęgnacyjno-opiekuńczą rodziny jest najsłabszy w danej rodzinie, a który najsilniejszy, a także czy sama, bądź z pomocą innych osób lub instytucji, może wpłynąć na wzmocnienie najsłabszych czynników.

Kolejny element podlegający ocenie pielęgniarki to **relacje opiekuńcze**

panujące w rodzinie. Kawczyńska-Butrym wyróżnia 5 typów relacji, które tworzą się między głównymi dawcami opieki, a osobą chorą :

**I typ** – najbardziej pożądany. Występuje wtedy, gdy istnieje równowaga między niezbędną opieką i pielęgnacją, a faktycznym zapotrzebowaniem podopiecznego. Dotyczy to pełnego zakresu opieki i pielęgnacji, jaką człowiek powinien uzyskać w sytuacji choroby, a także pomocy w odzyskiwaniu zdrowia/sprawności, kompensowaniu utraconych lub ograniczonych funkcji. Członkowie rodziny występują jako osoby wspierające w chorobie

i niesprawności, a nie wyręczające chorego. W tego rodzaju relacji istnieje pełna akceptacja oraz troskliwe wpieranie osoby chorej, niesprawnej, starszej.

**II typ** – nadopiekuńczość. Występuje, gdy członkowie rodziny wykazują nadmiar opieki. Postawa taka wpływa demobilizująco na chorego i uzależnia od stałej pomocy innych. Ze strony rodziny występuje stała gotowość do udzielania pomocy, jednak opiekunowie nie wspierają, tylko stale wyręczają. Wynika to z braku pewnej akceptacji chorego i traktowania go jako mniej wartościowego człowieka, któremu należy kompensować niedostatki przez świadczenie pomocy.

**III typ** – polega na manipulowaniu członkami rodziny, co najczęściej przejawia się instrumentalnym traktowaniem chorego w postaci pozbawiania go renty, odbierania zasiłku pielęgnacyjnego, zwalniania się i usprawiedliwiania z niewykonywania różnego typu obowiązków z winy i powodu chorego („przez Ciebie nie mam czasu dla innych, nie mogę tego zrobić”)

**IV typ** – polega na znęcaniu się fizycznym i psychicznym nad osobą chorą lub niepełnosprawną (typ patologiczny)

**V typ** – przejawia się uszkodzeniem choremu mimo dobrych intencji. Działania wykonywane w dobrej wierze szkodzą osobie pozostającej pod opieką.

Pielęgniarka na etapie zbierania danych musi również uwzględnić zmiany w rodzinie na skutek choroby jednego z jej członków. Konieczność sprawowania opieki nad chorym w domu powoduje zmiany – zarówno negatywne, jak i pozytywne – w funkcjonowaniu rodziny we wszystkich sferach życia.

Przejawem negatywnych zmian jest przede wszystkim wzrost obciążenia bezpośrednich opiekunów pod względem fizycznym i emocjonalnym, a także ponoszenie kosztów społecznych, materialnych oraz zdrowotnych. Do oceny stopnia obciążenia rodziny opieką nad osobą przewlekle chorą pielęgniarka może zastosować Wskaźnik Obciążenia Opiekuna.

Członkom rodziny opiekującym się chorym codziennie towarzyszy wiele emocjonalnych i duchowych dylematów oraz cierpień, które są źródłem przewlekłego stresu. Długotrwałe narażenie na stres związane z opieką nad chorym przekłada się, natomiast, na problemy zdrowotne opiekunów w postaci dolegliwości psychosomatycznych, takich jak: bóle głowy, bezsenność, drażliwość, brak apetytu, pogorszenie samopoczucia, obniżony nastrój.

Obciążenie opieką oznacza również społeczną zmianę w codziennym życiu opiekuna. W szczególnie trudnej sytuacji są osoby pracujące zawodowo z uwagi na konflikt ról pracownika i opiekuna. Stała opieka stopniowo prowadzi też do utraty przyjaciół, rezygnacji z dotychczasowych rozrywek i zainteresowań, a w konsekwencji do przewlekłego stresu.

Pielęgniarka opieki długoterminowej w swojej codziennej pracy zwraca uwagę również na powstanie **ryzyka zaniedbań terapeutyczno-pielęgnacyjnych**, które mogą wystąpić ze strony samego chorego, jak i jego opiekunów. Przyczyny zaniedbania są niezwykle złożone. Należy szczególnie zwrócić uwagę na przyczyny, które tkwią w świadomości i zachowaniach chorego oraz członków jego rodziny.

Wymienić można m.in.:

- ▶ kryzys egzystencjalny. To psychiczne, fizyczne i duchowe „trzęsienie ziemi” – okres uświadamiania sobie, że już nic nie będzie takie, jak dawniej i czas budowania nowej rzeczywistości;
- ▶ brak przekonania do diagnozy i poszukiwanie innych lekarzy, którzy zmienią diagnozę i sposób leczenia;
- ▶ brak oczekiwanej przez chorego i jego rodzinę ewidentnej poprawy w trakcie stosowanej terapii (w przebiegu chorób przewlekłych takie oczekiwania nie są uzasadnione);
- ▶ nieprawidłowości w stosowaniu leków, zaniechanie, stosowanie wybiórcze wg uznania chorego i opiekunów lub zmiana leków pod wpływem informacji z nieprofesjonalnych źródeł;
- ▶ brak pieniędzy i poszukiwanie leków tańszych o mniejszej skuteczności;
- ▶ brak silnej woli chorego bądź opiekunów;
- ▶ zmęczenie i zniechęcenie, załamanie;
- ▶ zaniżony poziom intelektualny opiekunów;
- ▶ brak sprawności fizycznej (np. dysfunkcja wzrostu, niedowład).

Opieka nad przewlekle chorym w domu stanowi też poważne obciążenie finansowe rodzin opiekujących się chorymi. Następuje wzrost wydatków związanych z koniecznością sprawowania opieki, wyposażenie w sprzęt ortopedyczny, prowadzenia leczenia i rehabilitacji niejednokrotnie komercyjnie. Opieka nad osobą chorą i niesamodzielną wiąże się z utratą dochodów wynikającą z ograniczenia lub rezygnacji z pracy zawodowej rodzin opiekunów.

Opieka nad chorym może być również źródłem pozytywnych zmian i przeżyć opiekuna, przede wszystkim związanych z poczuciem własnej wartości, satysfakcji z realizacji przyjętych obowiązków i własnego rozwoju oraz przekonania, że życie osoby udzielającej pomocy choremu ma większą wartość. Często następuje wzmocnienie więzi w rodzinie, wzrost zaangażowania innych członków rodziny i ich uczestnictwo w czynnościach codziennego życia i odciążenie głównego opiekuna (aktywizacja, wzajem-

ne wsparcie). Zaletami tej sytuacji może też być poszerzenie kontaktów społecznych i zainteresowań w relacjach z osobą chorą, możliwość okazania jej wdzięczności, wzmocnienie lub poprawa więzi.

## Wnioski

Na podstawie formy sprawowania obecnej opieki w Polsce nad osobami chorymi i niepełnosprawnymi można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Starzenie się społeczeństw prowadzi do eskalacji problemu opieki nad chorymi z różnymi przewlekłymi jednostkami chorobowymi i będzie wymagało wprowadzenia nowych, funkcjonalnych rozwiązań ze strony różnych organizacji, instytucji państwowych i sektorów prywatnych.
2. Sprawnie działający system opieki nad ludźmi chorymi zależy od właściwych rozwiązań prawno-administracyjnych w kraju, dostępności środków finansowych oraz świadomości społeczeństwa.
3. Pozostawienie rodziny, opiekuna bez wsparcia i pomocy może doprowadzić do sytuacji, kiedy z powodu jego problemów finansowych (a nawet w skrajnych przypadkach ubóstwa) lub pogorszenia się jego zdrowia psychofizycznego, rodzina zaprzestanie sprawowania opieki i sama będzie potrzebowała wsparcia ze strony pomocy społecznej. ■

## Literatura:

1. Durda M., Organizacja opieki nad osobami z demencją w Polsce na tle krajów rozwiniętych i rozwijających się, Poznań 2010
2. Szewczyczak M., Adryan, Stachowska M., Talarska D., Obciążenia rodziny w opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimera, Poznań 2012
3. Problemy Pielęgniarstwa 2012, tom 20 zeszyt nr 2
4. Kędziora-Kornatowska K., Muszaliak M., Skolmowska E.,(red.) Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Warszawa PZWL 2010
5. Kawczyńska-Butrym Zofia „Funkcjonowanie rodziny a choroba”, Zakład Małej Poligrafii KUL, Lublin 1987
6. Hryniewicz J, red O sytuacji ludzi starszych. Warszawa 2012
7. Samoliński B., Raciborski F., red. Zdrowe starzenie się. Biała księga. Scholar. Warszawa, 2013

# Tworzenie kultury organizacji

## w Domu Pomocy Społecznej

ELŻBIETA KUBICKA

Główny specjalista w DPS im. Marie Juchacz w Gorzowie Wielkopolskim

*Dom Pomocy Społecznej to specyficzne miejsce, gdzie stykają się różnorodne potrzeby i oczekiwania osób tu zamieszkujących oraz ich bliskich, problemy funkcjonalne, techniczne, prawne i przede wszystkim **ludzkie** dotyczące zarówno samych podopiecznych, jak i zatrudnionego personelu.*

**D**la wszystkich osób odpowiedzialnych za funkcjonowanie instytucji opieki długoterminowej stanowi ono istny worek z problemami. Zastanowić się należy, co może pomóc w osiągnięciu jak najlepszej jakości świadczonych usług, skutecznego rozwiązywania problemów i w rezultacie tworzenia dobrej atmosfery Domu Pomocy Społecznej.

Z pewnością wszelkie regulacje prawne wskazujące normatywy ogólne są dla tych placówek drogowskazem, którym posługujemy się w codziennej pracy.

Dla DPSów to Ustawa o Pomocy Społecznej z 2004r (Dz. U.2004 nr 64 poz. 593 z późniejszymi zmianami) oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r w sprawie domów pomo-

cy społecznej (Dz. U. 2012 poz. 964), które wyznacza główne standardy i zadania tych placówek w zakresie usług bytowych, opiekuńczych i wspomagających.

W rozwiązywaniu codziennych problemów okazuje się jednak, że przepisy ogólne to za mało, aby stworzyć przyjazne i bezpieczne miejsce, gdzie każdy podopieczny znajdzie troskliwą, życzliwą i profesjonalną opiekę długoterminową i namiastkę Domu, a pracownicy przyjazne miejsce pracy.

W chwili obecnej brakuje na rynku usług opiekuńczych szczegółowych standardów budujących jakość. Obowiązujące regulacje prawne są niewystarczające. Każda instytucja radzi sobie więc na swój sposób tworząc własne rozwiązania.

Jestem głęboko przekonana, że warto nie ustawać w staraniach, aby za-

służyć na słowa naszych mieszkańców gdy wracają do DPS po hospitalizacji czy po wyjeździe na urlop: „wszędzie dobrze ale w domu najlepiej”.

### Kultura organizacji

Pojęcie to pochodzi z psychologii zarządzania. Jest specyficznym sposobem funkcjonowania, opartym na wspólnocie wartości, praw (norm) i idei. Badacz kultury organizacyjnej Edgar Schein utworzył definicję tego pojęcia jako: „Całość fundamentalnych założeń, które dana grupa wymyśliła, odkryła lub stworzyła, ucząc się adaptacji do środowiska i integracji wewnętrznej”. Stephen P. Robbins określa to pojęcie jako: „System znaczeń przyjmowanych przez członków organizacji, odróżniający tę organizację od innych”.

Dom Pomocy Społecznej w swych humanitarnych funkcjach wpisuje się w cytowane definicje i pojęcie.

Literatura dotycząca tego zagadnienia podaje za amerykańską psycholog C. Anderson 4 elementy mające wpływ na kulturę organizacyjną. Są to:

**1. Ekologiczny:**

- ▶ zewnętrzny (np. otoczenie, rodzaj budynku),
- ▶ wewnętrzny (np. estetyka, sprzęt).

**2. Skumulowane cechy zespołu.** Są to cechy zespołu, które przeważają w danej instytucji, takie jak: płeć, wiek, generacja, doświadczenie.

**3. System społeczny instytucji.** Są to jej struktura organizacyjna, sposoby podejmowania decyzji, procesy komunikacji formalnej i interpersonalnej.

**4. System normatywny:** normy-reguły, zasady obowiązujące w instytucji (pisane i niepisane), wartości.

Każdy z tych elementów wymaga z pewnością wielu starań i zabiegów, aby budować kulturę organizacji w domach pomocy społecznej. Wszelkie powiązania pomiędzy normatywami w formie przepisów, zarządzeń, wewnętrznych procesów i standardów, a „miękkimi” aspektami świadczonych usług mają kluczowe znaczenie.

## Dom – instytucja

Trudne do pogodzenia funkcje. Co możemy więc zrobić, aby zbliżyć się do stanu pożądanego?

W każdym dobrze funkcjonującym domu, jak i w każdej instytucji, dla osiągnięcia harmonii niezbędne są zasady przyjęte przez wszystkich tworzących te społeczności.

„Drogowskazy” w postaci obowiązujących przepisów ogólnych okazują się daleko niewystarczające. Tak więc potrzeby wewnętrzne, które przynosi nam życie regulujemy poprzez tworzenie własnych rozwiązań. Każda placówka po swojemu i „po omacku”. Są to procedury, standardy, zarządzenia itd. Warto tymi rozwiązaniami się dzielić, aby czerpać wzajemnie ze sprawdzonych pomysłów i wspólnie tworzyć kulturę organizacji Domów Pomocy Społecznej.

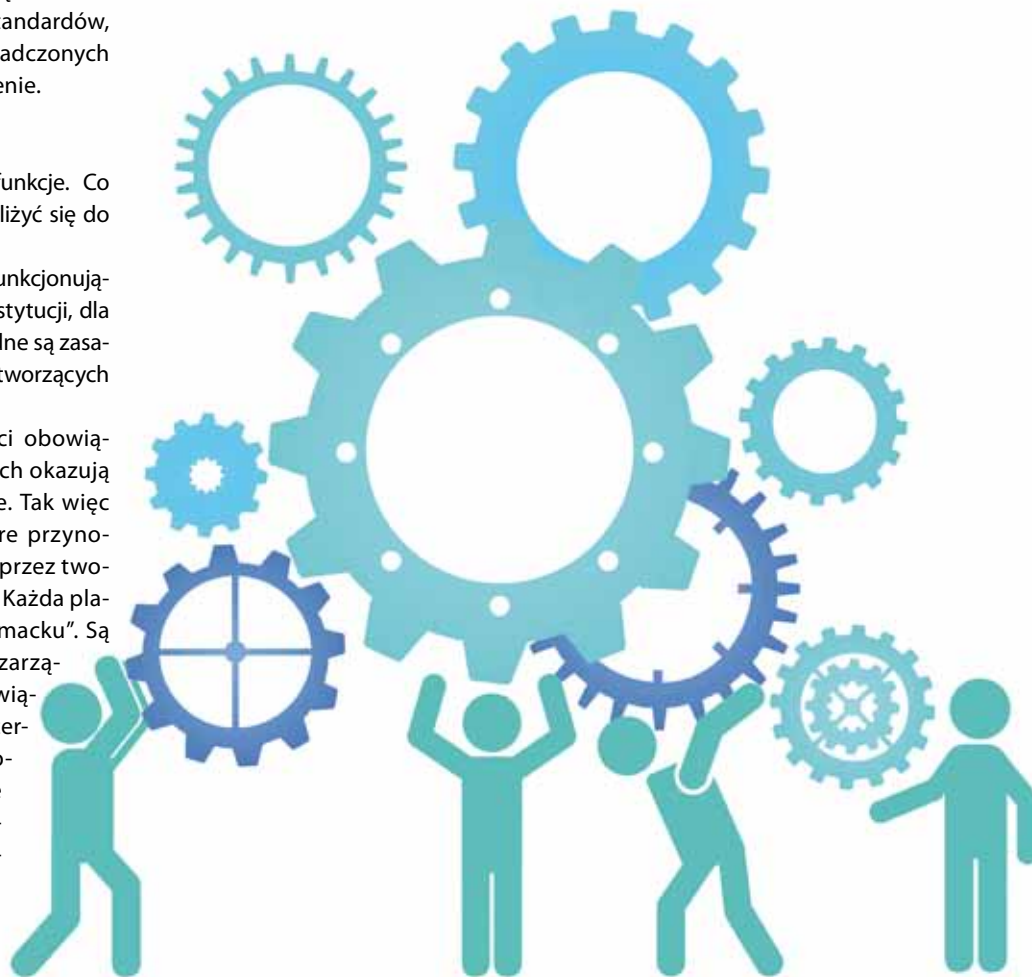
Na stronie 30 zamieszczony jest przykład ta-

*W rozwiązywaniu codziennych problemów okazuje się jednak, że przepisy ogólne to za mało aby stworzyć przyjazne i bezpieczne miejsce gdzie każdy podopieczny znajdzie troskliwą, życzliwą i profesjonalną opiekę długoterminową i namiastkę Domu, a pracownicy przyjazne miejsce pracy.*

kiego rozwiązania zastosowanego w **Domu Pomocy Społecznej Nr 1 imienia Marie Juchacz w Gorzowie Wielkopolskim**. Jest to **kodeks etyki** pracowników placówki, wypracowany przez zespół złożony z pracowników i wprowadzony zarządzeniem dyrektora jako obowiązujący.

Potrzebę utworzenia regulacji stworzył nam brak takich dyrektyw zewnętrznych, szczególnie dla zawodów związanych z DPS, takich jak opiekunowie, pokojowe, terapeuci zajęciowi,

które nie wypracowały własnych kodeksów (mają je np. pracownicy socjalni czy pielęgniarki). Bywają bowiem sytuacje trudne, kiedy należy odwołać się do obowiązujących w placówce zasad. Jest to więc skrojony na miarę potrzeb wewnętrznych zbiór norm moralnych, które odzwierciedlają kulturę organizacji, do której wspólnie z mieszkańcami i pracownikami dążymy. ■



## KODEKS ETYKI PRACOWNIKÓW DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ NR 1 IM. MARIE JUCHACZ W GORZOWIE WLKP.

Dom Pomocy Społecznej Nr 1 im. Marie Juchacz w Gorzowie Wlkp. to miejsce szczególne. Miejsce zamieszkania dla przewlekle chorych i niepełnosprawnych osób. Każda z nich nosi w sobie indywidualny bagaż doświadczeń, często trudnych, bolesnych. Podejmując decyzję o zamieszkaniu w placówce jej podopieczni i ich najbliżsi mają prawo oczekiwać, że odnajdą tu bezpieczeństwo, zrozumienie i fachową pomoc.

Pracownicy Domu powinni zdawać sobie sprawę, że mają zaszczyt realizować najbardziej humanitarne zadania. Jest to praca wymagająca od nas predyspozycji i ciągłego rozwoju.

Każdy z nas ma słabości, popełnia błędy. Z tego powodu istnieje potrzeba ujęcia moralności zawodowej w ramy prawne, które pozwolą nam właściwie i wspólnie realizować wyznaczone w Domu zadania.

### §1

#### Zasady ogólne

- Kodeks Etyki pracowników Domu Pomocy Społecznej nr 1 w Gorzowie Wlkp. im. Marie Juchacz wyznacza standardy postępowania, których powinni przestrzegać pracownicy w związku z wykonywaniem przez nich swoich obowiązków służbowych. Stanowi zbiór wartości i zasad, którymi kierują się zatrudnieni w placówce pracownicy samorządowi zarówno w miejscu pracy jak i poza nim, w relacjach z mieszkańcami, współpracownikami, przełożonymi, rodzinami podopiecznych i osobami odwiedzającymi placówkę oraz współpracującymi z nią.
- Ilekróć jest mowa o:
  - Domu - należy przez to rozumieć Dom Pomocy Społecznej Nr 1 im. Marie Juchacz w Gorzowie Wlkp,
  - Kodeksie - należy przez to rozumieć Kodeks Etyki Pracowników Domu Pomocy Społecznej Nr 1 im. Marie Juchacz w Gorzowie Wlkp,
  - Pracownikowi - należy przez to rozumieć pracownika Domu Pomocy Społecznej Nr 1 im. Marie Juchacz w Gorzowie Wlkp,
  - Mieszkańcu - należy przez to rozumieć mieszkańca Domu Pomocy Społecznej Nr 1 im. Marie Juchacz w Gorzowie Wlkp.
- Postanowienia niniejszego Kodeksu obowiązują również stażystów, praktykantów, wolontariuszy oraz inne osoby wykonujące prace na rzecz Domu Pomocy Społecznej Nr 1 w Gorzowie Wlkp.
- Kodeks opracowany został na podstawie ustawy z dnia 21 listopada 2008 o pracownikach samorządowych (Dz.U.2008 Nr 223, poz 1458), ustawy z dnia 12 marca 2004r o pomocy społecznej (Dz.U.2009 Nr 175, poz 1362) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005r w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U.2005 Nr 217, poz 1837).

### §2

#### Zasady szczegółowe

##### I. Zasada praworządności

- Pracownik samorządowy traktuje pracę jako służbę publiczną, na zajmowanym stanowisku służy państwu i społecznościom lokalnym, przestrzega porządku prawnego wykonując powierzone mu zadania.
- Pracownik stosuje procedury wynikające z przepisów powszechnie obowiązujących oraz regulacji wewnętrznych jednostki.
- Pracownik zwraca uwagę na to, aby decyzje dotyczące praw lub interesów podmiotów posiadały podstawę prawną, a ich treść była zgodna z obowiązującymi przepisami prawnymi.
- Informacje uzyskane w wyniku prowadzonych czynności pracownik wykorzystuje wyłącznie do celów służbowych.
- Pracownik ujawnia przełożonemu wszelkie sytuacje, w których interes prywatny koliduje z interesem publicznym. Nie podejmuje żadnych działań w Domu i poza nim, które mogłyby rodzić podejrzenie osiągnięcia korzyści osobistej lub materialnej, bądź używania wpływów w prywatnym interesie.

##### II. Zasada niedyskryminowania

- Przy podejmowaniu decyzji, wykonywaniu czynności pracownik zapewnia przestrzeganie zasady równego traktowania. Pojedyncze osoby znajdujące się w takiej samej sytuacji są traktowane w porównywalny sposób.
- Pracownik powinien powstrzymać się od wszelkiego nieusprawiedliwionego i nierównego traktowania pojedynczych osób ze względu na ich narodowość, płeć, rasę, kolor skóry, pochodzenie etniczne lub społeczne, cechy genetyczne, język, religię lub wyznanie, przekonania polityczne lub inne przekonania, przynależność do mniejszości narodowej, posiadaną własność, urodzenie, niepełnosprawność, wiek lub preferencje seksualne.

##### III. Zasada profesjonalizmu

- Pracownik zobowiązany jest do uzupełniania i udoskonalania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych.
- W wykonywanych obowiązkach pracownik w pełni wykorzystuje posiadaną wiedzę i umiejętności dla skutecznego załatwienia podjętego zadania.
- Do obowiązków pracownika należy sumienne i staranne wypełnianie poleceń przełożonego.
- Pracownik ma prawo odmowy wykonania polecenia służbowego, które według jego przekonania stanowiłoby przestępstwo lub groziłoby

stratami (finansowymi i pozafinansowymi).

- Każdego pracownika Domu obowiązuje tajemnica zawodowa, zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu zatrudnienia.

##### IV. Zasada nienadużywania uprawnień

- Z posiadanych uprawnień pracownik może korzystać wyłącznie dla osiągnięcia celów, dla których uprawnienia te zostały mu powierzone.
- Pracownik nie powinien korzystać z uprawnień dla osiągnięcia celów, dla których brak jest podstawy prawnej lub które nie mogą być uzasadnione interesem publicznym.

##### V. Zasada bezstronności i niezależności

- Pracownik działa bezstronnie, niezależnie i powstrzymuje się od wszelkich arbitralnych działań, które mogą mieć negatywny wpływ na sytuację pojedynczych osób, oraz od wszelkich form faworyzowania, bez względu na motywy takiego postępowania.
- Na postępowanie pracowników nie może mieć wpływu interes osobisty lub rodzinny ani też presja polityczna. Pracownik nie może uczestniczyć w podejmowaniu decyzji, w której on lub bliski członek jego rodziny miałby jakikolwiek interes.

##### VI. Zasada obiektywizmu

- W toku podejmowania decyzji pracownik uwzględni wszystkie istotne czynniki i przypisuje każdemu z nich należne mu znaczenie, nie uwzględnia okoliczności niezwiązanych z daną sprawą.
- Pracownik wykonuje zadania sumiennie i sprawnie, wykorzystując w pełni posiadaną wiedzę i doświadczenie. Swoje decyzje i ustalenia opiera na ustalonej prawdzie obiektywnej.

##### VII. Zasada uprzejmości i empatii

- W swoich kontaktach z mieszkańcami Domu, ich rodzinami, osobami odwiedzającymi placówkę oraz współpracownikami pracownik zachowuje się właściwie i uprzejmie. Kieruje się zasadą życzliwego zainteresowania, z zachowaniem ogólnie przyjętych form grzecznościowych.
- Pracownik stara się zrozumieć, wczuć się w przeżycia mieszkańców, ich uczucia, przekonania. W pracy do podopiecznych odnosi się z szacunkiem, ciepłem i troską.
- Pracownik stara się być możliwie jak najbardziej pomocny, udziela odpowiedzi na skierowane do niego pytania możliwie wyczerpująco i dokładnie.
- Jeżeli pracownik nie jest właściwy w danej sprawie, kieruje ją do pracownika właściwego.

##### VIII. Zasada podmiotowości

- Pracownik zobowiązany jest traktować każdego mieszkańca, współpracownika, osobę odwiedzającą Dom indywidualnie, z poszanowaniem jej tożsamości i odrębności.
- Pracownik zobowiązany jest do przestrzegania praw mieszkańców, ze szczególnym poszanowaniem godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa.

##### IX. Zasada pomocniczości

- Pracownicy wspomagają mieszkańców w czynnościach, sytuacjach z którymi nie są w stanie sami poradzić.
- Pracownicy aktywizują mieszkańców, nie wyręczają w realizacji czynności, które mogą być wykonane samodzielnie przez podopiecznego.
- Pracownicy zachęcają mieszkańców do wzajemnej, sąsiedzkiej pomocy.
- W zespołach pracowniczych obowiązuje zasada wzajemnej pomocy.

##### X. Zasada współodpowiedzialności

- Pracownik nie boi się podejmowania decyzji oraz wynikających z nich konsekwencji, zgodnie z posiadanymi uprawnieniami.
- Relacje służbowe opierają się na wspólnym dążeniu do budowania dobrego imienia Domu, współpracy, koleżeństwie, wzajemnym szacunku oraz dzieleniu się doświadczeniem i wiedzą.
- Jakiegokolwiek przejawy stosowania przemocy fizycznej czy psychicznej wobec mieszkańców, współpracowników winny być przez pracowników napiętnowane i natychmiast zgłaszane przełożonym.
- W przypadku popełnienia błędu naruszającego prawa lub interesy mieszkańca, współpracownika, innej osoby lub Domu pracownik zgłasza ten fakt przełożonemu. Pracownik stara się skorygować negatywne skutki popełnionego przez siebie błędu w jak najwłaściwszy sposób.
- Pracownik godnie zachowuje się w miejscu pracy i poza nim, a swoją postawą buduje autorytet i pozytywny wizerunek Domu Pomocy Społecznej Nr 1 im. Marie Juchacz w Gorzowie Wlkp.

### §3

#### Postanowienia końcowe

- Pracownik zobowiązany jest znać i przestrzegać zasad Kodeksu.
- Pracownik ponosi odpowiedzialność porządkową i dyscyplinarną za naruszenie zasad Kodeksu.
- Pracownicy składają oświadczenie o zapoznaniu się z Kodeksem.

# Problem standardu usług w działalności DPS

## jakość usług realizowanych przez zespół terapeutyczno-opiekuńczy w DPS

GRZEGORZ BARANOWSKI  
dyrektor DPS dla Dorosłych w Bytomiu

ALEKSANDRA GRZEŚCZYK  
kierownik zespołu opiekuńczo-terapeutycznego  
DPS dla Dorosłych w Bytomiu

*Minęło wiele lat od wprowadzenia standardu usług realizowanych przez domy pomocy społecznej. Obowiązujące obecnie rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012r., w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2012 poz. 964), jest kolejną wersją niewiele zmienionych zapisów poprzednich rozporządzeń.*

**S**ystem pomocy społecznej w Polsce, przy zaangażowaniu ogromnych środków przeznaczonych przez samorządy oraz administrację rządową na standaryzację, dał sobie radę z wprowadzeniem mierzalnych standardów bytowych, a także standardów pracy zespołów terapeutyczno-opiekuńczych, w zakresie spełnienia minimalnych norm zatrudnienia pozwalającego na uzyskanie wymaganego poziomu wskaźnika zatrudnienia w zespole. Nie wprowadzono jednak innych uregulowań, takich jak np. zakres usług opiekuńczo pielęgniacyjnych.

Zatem kolejnym zadaniem realizowanym przez domy pomocy społecznej w Polsce powinna być troska o naj-





wyższą z możliwych jakość realizowanych przez jednostkę usług. Jest to o tyle istotne, iż równolegle do działalności publicznych, lub prowadzonych na zlecenie samorządu domów pomocy społecznej, dynamicznie rozwija się rynek usług komercyjnych, skierowanych na klienta, który dysponuje potencjałem ekonomicznym pozwalającym na samodzielne opłacenie pobytu w placówce.

Na tym tle pojawia się szereg wątpliwości dotyczących dalszych kierunków realizacji usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych na rzecz mieszkańców oraz problemów związanych z uwarunkowaniami dotyczącymi realizacji świadczeń w postaci pobytu i usług w DPS.

### **Jakość usług w DPS – identyfikacja problemów stojących przed DPS**

Aby mówić o jakości usług w DPS konieczne jest przeprowadzenie szczegółowej analizy problemów stojących przed DPS. Tabelka na stronie 33 przedstawia zidentyfikowane problemy oraz postulowane sposoby ich rozwiązania.

Praktycznie wszystkie w/w problemy wymagają uregulowania i zmian na poziomie zmian ustawowych, w zakresie tworzenia przepisów prawa mającego na celu zmianę sposobu świadczenia usług.

*Tworzenie standardów pracy dla poszczególnych grup pracowników, w odniesieniu do realnych, realizowanych przez pracowników zadań, jest tak naprawdę ogromnym wyzwaniem dla kadry zarządzającej DPS.*

Niestety od wielu lat widoczny jest problem braku zmian w przepisach regulujących zakres działalności DPS. Dobrym przykładem obrazującym stagnację w dokonywaniu zmian jest zapis § 6 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012r., w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2012 poz. 964), który stanowi, iż: „... przy ustalaniu wskaźników zatrudnienia uwzględnia się również wolontariuszy, stażystów, praktykantów **oraz osoby odbywające służbę zastępczą w domu, jeżeli pracują bezpośrednio z mieszkańcami domu; przy wyliczaniu wskaźnika udział tych osób nie może przekroczyć 30% ogólnej liczby osób zatrudnionych w zespole terapeutyczno-opiekuńczym**”. Warto zaznaczyć, iż przepis został wprowadzony w 2012r., zaś ostatni pobór do zasad-

niczej służby wojskowej **miał miejsce w grudniu 2008r.**

Z w/w przepisu wynika również, iż do wskaźnika zespołu terapeutyczno-opiekuńczego nie jest możliwe wliczenie osób zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy jak również zatrudnionych w ramach umowy cywilno-prawnej, gdyż norma prawna stanowi iż: „...posiadanie wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy w odpowiednim typie domu...”

Jest też rzeczą oczywistą, iż większość profesjonalnych terapeutów, psychologów osób realizujących świadczenia z zakresu arteterapii lub innych form terapeutycznych bardzo często nie są zainteresowane pracą w wymiarze pełnego etatu, co więcej chcą wykonywać

**Tab. 1. Problemy w DPS i sposoby ich rozwiązania**

ZIDENTYFIKOWANY PROBLEM	OPIS PROBLEMU	REKOMENDACJA W DZIAŁANIU
<b>Problem nierównej konkurencji</b>	Standardy usług realizowanych przez DPS, są inne niż w placówkach zapewniających całodobową opiekę. Dotyczy to głównie najważniejszego standardu – a więc standardu zatrudnienia i realizacji usług (np. terapia zajęciowa, rehabilitacja, praca socjalna). Przepisy wyznaczają przejrzysty standard zatrudnienia w DPS, natomiast w przypadku placówki, brak jest jakichkolwiek regulacji. W tym zakresie, koszt realizacji usługi przez DPS nie może być konkurencyjny z placówkami komercyjnymi. Jest zatem rzeczą oczywistą, iż placówka prywatna w sposób dowolny może kształtować koszt realizacji usługi. Powoduje to konsekwencję w postaci odpływu osób posiadających środki finansowe z DPS do placówek komercyjnych. Sprzyja temu również skomplikowana i często „upokarzająca” procedura wydawania skierowań do DPS przez właściwe miejscowo ośrodki pomocy społecznej.	Konieczna jest zmiana przepisów prawa urealniająca zasady zdrowej konkurencji. Należy opracować standardy zatrudnienia dla placówek prywatnych, umożliwić DPS przyjmowanie osób i świadczenie usług w ramach umów cywilno-prawnych, czemu może pomóc umożliwienie uruchomienia rachunku dochodów własnych w jednostkach
<b>Zmiana profilu klienta</b>	Wraz ze zmianą sposobu ponoszenia odpłatności za DPS, ciężar utrzymania mieszkańców w DPS - ach w zdecydowanej części ponoszą gminy. Nakłady ponoszone przez gminy powodują radykalną zmianę profilu mieszkańca kierowanego do DPS. Obecny profil klienta, to klient wymagający totalnego wsparcia instytucjonalnego, w każdym obszarze jego funkcjonowania. Zatem mamy do czynienia z mieszkańcem wymagającym maksymalnego nakładu sił i środków w realizacji jego potrzeb życiowych.	Konieczna jest profesjonalizacja usług adekwatnych do rzeczywistego profilu mieszkańca. Dotyczy to zarówno jakości usług świadczonych przez personel jak i środków pracy skierowanych na działanie z mieszkańcem (specjalistyczne wyposażenie, sprzęt, środki ochrony indywidualnej i profesjonalne środki pomocnicze)
<b>Niedostateczne przygotowanie instytucjonalne DPS do typu klienta, wraz okresem jego starzenia</b>	Zmiana profilu mieszkańca, wydłużenie okresu życia, duża ilość osób wymagających totalnej opieki, „starzenie” się mieszkańców DPS powoduje, iż placówki bardzo często nie są odpowiednio przygotowane do realizacji usług pielęgnacyjno-opiekuńczych. Na przykładzie DPS – ów dla osób przewlekle psychicznie chorych i osób niepełnosprawnych intelektualnie, w procesie starzenia się mieszkańców, dostrzegalna jest zmiana profilu domu na DPS dla osób przewlekle somatycznie chorych i osób starych. W przypadku tych DPS, powoduje to konieczność działań zmierzających do realizacji profilu domu ukierunkowanego na oddziaływania psychogeriatryczne. Jednak wiąże się to z zasadniczą zmianą sposobu funkcjonowania placówki i koniecznością poniesienia kosztów inwestycyjnych w postaci dostosowania placówki do rzeczywistych potrzeb.	Proponuje się zwiększenie środków inwestycyjnych przeznaczonych na dostosowanie placówki do rzeczywistych, zdiagnozowanych potrzeb mieszkańców. Dotyczy to również dostosowania oferty usług zespołu terapeutyczno-opiekuńczego do rzeczywistych potrzeb.
<b>Problem braku standardów usług pielęgnacyjno-opiekuńczych</b>	Pomimo uregulowania szczegółowych zasad świadczenia usług bytowych, obecnie nie istnieją szczegółowo uregulowane zasady udzielania świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych. Przekłada się to wprost na różną jakość usług realizowanych przez DPS w zakresie opieki i pielęgnacji mieszkańca. Oznacza to, że jakość usługi jest warunkowana innymi niż powszechne standardy determinantami. Brak standardów usług opiekuńczych w DPS ma charakter powszechny. Dobrym przykładem jest regulowanie zakresu czynności osób pełniących funkcje pracownika pierwszego kontaktu, standardów dotyczących profilaktyki przeciwoleźynowej, etc. Dostrzegalne są przypadki tworzenia standardów pracy pracowników zespołów, jednak mają one charakter oddolny.	Niezbędne jest stworzenie standardów określonych dla realizacji usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych w DPS, opartych na doświadczeniu, merytorycznej wiedzy i możliwościach ekonomiczno-organizacyjnych jednostek pomocy społecznej. Standardy takie musiałyby mieć charakter powszechny. Konieczne jest też skorelowanie systemu pomocy społecznej z powszechnym systemem ochrony zdrowia, na zasadach partnerskiego uzupełniania się świadczonych usług, nie zaś na zasadach wzajemnej zależności.
<b>Braki dotyczące personelu</b>	Problemem nowym, jednak bardzo narastającym na sile jest problem braku wykwalifikowanej kadry realizującej świadczenia opiekuńcze. Problem ten jest szczególnie widoczny w rzeczywistości DPS funkcjonujących w dużych aglomeracjach. Warunki ekonomiczne zatrudnienia, uciążliwy i wyczerpujący charakter pracy, niski prestiż zawodu powodują, iż zainteresowanie pracą opiekuna ma dziś charakter symboliczny, a do zawodu zgłaszają się osoby, które nie mają wykształcenia, wiedzy, a często nawet podstawowych predyspozycji w zawodzie. Problemem ogólnopolskim jest powszechny brak pielęgniarek w DPS. Podobnie rzecz ma się z doświadczonymi terapeutami, pracownikami socjalnymi, etc. Nie jest zatem możliwe prowadzenie działalności DPS w zakresie profesjonalnych usług opiekuńczych bez wykwalifikowanego i mocno zmotywowanego zespołu interdyscyplinarnego pracowników.	Rekomenduje się podjęcie działań zmierzających do stworzenia warunków do rozwoju zawodowego pracowników, tworzenie mechanizmów wynagradzania adekwatnego do realizowanych zadań. Wprowadzenie minimalnych stawek wynagrodzenia na poszczególnych stanowiskach pracy, dofinansowanie plac, konieczność wsparcia finansowego DPS – dotacje celowe na wynagrodzenia lub tworzenie trwałych mechanizmów podwyższania wynagrodzeń. Konieczne jest również stworzenie ścieżki awansu wewnętrznego.
<b>Nieadekwatność środków finansowych na realizację zadań</b>	Sposób obliczania miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca w DPS powoduje, iż koszty związane z inwestycjami w działalność DPS nie mają odzwierciedlenia w koszcie. Oznacza to, iż samorząd inwestujący w infrastrukturę socjalną nie ma możliwości zwiększenia kosztu, który wpływa na jakość funkcjonowania jednostki, w tym np.: na stawkę żywieniową, wynagrodzenia oraz inne składniki. Co więcej taki sposób naliczania kosztu powoduje, iż polityka prowadzenia gospodarnego zarządzania środkami finansowymi jednostki, skutkuje obniżeniem kosztu, co jest równoznaczne z mniejszym budżetem w następnym roku.	Proponuje się zmianę sposobu obliczania kosztu utrzymania mieszkańca, wprowadzenie regulacji minimalnego kosztu utrzymania, umożliwienie wliczania kosztu inwestycji do działalności bieżącej (oczywiście w rozsądnych limitach)



swoją pracę w ramach umów cywilnoprawnych.

Totalna abstrakcja przytoczonych przepisów potwierdza fakt, braku adekwatności zapisów regulujących działalność DPS, do obecnych uwarunkowań w zakresie świadczenia usług.

### Jakość usług w DPS – rozpozczynajmy od zmian we własnych jednostkach

Nie czekając na zmiany ustawowe wskazane jest dalsze podejmowanie działań zmierzających do profesjonalizacji działań DPS, poprzez wdrażanie standardów w realizacji usług.

Przykładem tego rodzaju działań jest

wdrażanie standardów usług opiekuńczych przez Dom Pomocy Społecznej dla Dorosłych w Bytomiu. Przeznaczony jest on dla osób przewlekle psychicznie chorych, a zamieszkuje w nim 135 osób. W ramach DPS funkcjonują IV zespoły terapeutyczno – opiekuńcze:

- ▶ **I ZTO** – obejmujący 2 piętra budynku głównego – 65 osób, które nie rokują w żaden sposób na usamodzielnienie i wymagają wzmożonych usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych oraz dozoru terapeutycznego,
- ▶ **II ZTO** – zespół psychogeriatryczny – znajdujący się na parterze budynku głównego – zamieszkuje go 12 osób, wymagających totalnej opieki i pielęgnacji,
- ▶ **III ZTO** – odrębny budynek – 32 osoby, wobec których realizowany jest program usamodzielnienia, w zakresie adekwatnym do stanu zdrowia, program ma charakter aktywizujący,
- ▶ **IV ZTO** – odrębny budynek – 26 osób – najbardziej sprawne osoby, część z mieszkańców po realizacji programu usamodzielnienia może trafić do mieszkań chronionych.

Stworzenie czterech różnych zespołów terapeutyczno – opiekuńczych pozwoliło na opracowanie różnych standardów pracy zarówno dla opiekunów jak i terapeutów zatrudnionych w DPS. Jest rzeczą oczywistą, iż zakresy odpowiedzialności i obowiązków opiekunów będą różniły się, w zależności od miejsca wykonywania swojej pracy. Oznacza to, iż zakres usług realizowanych na oddziale, w którym przebywają mieszkańcy psychogeriatryczni, będzie różny od zakresu usług realizowanych przez opiekunów zatrudnio-

nych w zespole, którego celem pracy terapeutycznej jest jak największe usamodzielnienie mieszkańców.

Wyżej wymienione założenia nie są niczym nowym, jak tylko praktyczną realizacją zasad o których mowa w Art. 55 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, który stanowi, iż: „*Dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających, zwanych dalej mieszkańcami domu*”, a także § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012r., w sprawie domów pomocy społecznej, który brzmi: „*Dom funkcjonuje w sposób zapewniający właściwy zakres usług, zgodny ze standardami określonymi dla danego typu domu, w oparciu o indywidualne potrzeby mieszkańca domu*”.

Tworzenie standardów pracy dla poszczególnych grup pracowników, w odniesieniu do realnych, realizowanych przez pracowników zadań, jest tak naprawdę ogromnym wyzwaniem dla kadry zarządzającej DPS. Jednak tworzenie przedmiotowych standardów pracy wskazuje jednoznacznie, na doskonałą znajomość zarządzających środowiska pracy oraz zadań realizowanych przez poszczególnych pracowników na konkretnych stanowiskach pracy.

Standard ma również charakter porządkujący. Stanowi dla pracowników punkt odniesienia dla realizacji danego zadania – w tym przypadku usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Celem standardu jest uzyskanie optymalnego, w danych okolicznościach, stopnia uporządkowania usług, w szczególności w określonym zakresie, poprzez ustalanie norm przeznaczonych do powszechnego i wielokrotnego stosowania.

Zachęcamy do wypracowywania własnych standardów realizacji usług, które mają służyć profesjonalizacji działań DPS. Jako przykład ilustrujący sposób budowania standardu usług przedstawiamy standard usług Pracownika Pierwszego Kontakt. ■



## ZAKRES ZADAŃ REALIZOWANYCH PRZEZ PRACOWNIKA PIERWSZEGO KONTAKTU – STANDARD PRACY

### Imię i nazwisko pracownika

### Komórka organizacyjna

Dział Opiekuńczo-terapeutyczny (DO)

### Wymiar czasu pracy

1/1

## MIESZKAŃCY PRACOWNIKA PIERWSZEGO KONTAKTU

lp	Imię i nazwisko mieszkańca	PESEL

### 1. ROLA PRACOWNIKA PIERWSZEGO KONTAKTU W DPS.

W skład zespołu terapeutyczno – opiekuńczego wchodzi przede wszystkim pracownicy pierwszego kontaktu. Sytuacja mieszkańca trafiającego do DPS jest bardzo trudna. Świadomość swej niepełnosprawności, choroba, niezaradność życiowa, nieznanostwo instytucji, zasad społecznych w niej obowiązujących oraz brak znajomości mieszkańców i pracowników domu sprawiają, iż mieszkaniowiec może przeżywać trudności adaptacyjne oraz może odczuwać dyskomfort związany z deficytem upragnionego poczucia bezpieczeństwa. Aby przeciwdziałać tym negatywnym zjawiskom w domu funkcjonuje instytucja pracownika pierwszego kontaktu.

Pracownik pierwszego kontaktu w DPS w swoim założeniu ma być najbardziej zaufaną przez mieszkańca osobą. Ma być zatem rzecznikiem mieszkańca. Wybór pracownika pierwszego kontaktu powinien odbywać się jak najbardziej naturalnie, choć w wielu przypadkach nie jest to możliwe. Ustawodawca w ust. 2 § 3. ROZPORZĄDZENIA, stwierdza:

*„Działania wynikające z indywidualnego planu wsparcia mieszkańca domu koordynuje pracownik domu, zwany dalej "pracownikiem pierwszego kontaktu", wskazany przez mieszkańca domu, jeżeli wybór ten jest możliwy ze względu na jego stan zdrowia i organizację pracy domu”.*

Obowiązki pracownika pierwszego kontaktu powinny być realizowane poprzez:

- ▶ NAWIĄZYWANIE CZĘSTEGO KONTAKTU Z MIESZKAŃCEM
- ▶ PRZEJAWIANIE CHĘCI BYCIA Z NIM I WZAJEMNEGO POZNANIA
- ▶ STOSOWANIE ZASAD POPRAWNEJ KOMUNIKACJI

### 2. ZAKRES OBOWIĄZKÓW REALIZOWANYCH PRZEZ PRACOWNIKA PIERWSZEGO KONTAKTU:

#### ZADANIA

#### CZĘSTOTLIWOŚĆ

##### Poznanie mieszkańca:

- ▶ zapoznanie się z informacjami dotyczącymi stanu zdrowia mieszkańca, stopnia niepełnosprawności
- ▶ zapoznanie się z sytuacją życiową mieszkańca (osobistą, rodzinną, itp.)

na bieżąco

##### Nawiązanie więzi:

- ▶ częste wchodzenie w kontakt z mieszkańcem
- ▶ wypracowanie relacji zaufania, dającej mieszkańcowi poczucie bezpieczeństwa
- ▶ rozmowy z mieszkańcem
- ▶ wspólne spędzanie czasu, w tym animowanie czasu wolnego

na bieżąco, w tym rozmowa z mieszkańcem co najmniej 0,5 godziny tygodniowo

##### Diagnoza problemów mieszkańca:

- ▶ rozeznanie potrzeb bio-psycho-społecznych mieszkańca
- ▶ dostrzeganie problemów mieszkańca w funkcjonowaniu na terenie DPS
- ▶ zgłaszanie zauważonych deficytów pracownikom zespołu terapeutyczno – opiekuńczego
- ▶ reagowanie na zagrożenia

na bieżąco

##### Troska o mieszkańca i jego warunki pobytu:

- ▶ kontrola stanu zaopatrzenia mieszkańca w odzież i obuwie adekwatne do pory roku, środki czystości, bieliznę osobistą i inne przedmioty niezbędne mieszkańcowi.
- ▶ dbanie o stan przedmiotów codziennego użytku, w tym odzieży
- ▶ zapewnienie niezbędnych przedmiotów mieszkańcowi, który przebywa poza DPS (np. pobyt w szpitalu, wyjazd na urlop, itp.)
- ▶ dbanie o otoczenie mieszkańca, w tym urządzenie pokoju, personalizację miejsca pobytu, itp.
- ▶ dokonywanie zakupów na rzecz mieszkańca lub zgłaszanie istniejących potrzeb w tym zakresie osobom upoważnionym
- ▶ inne, wynikające z indywidualnych potrzeb mieszkańca

co najmniej raz w miesiącu i na bieżąco

##### Dbanie o aktywność mieszkańca:

- ▶ mobilizowanie mieszkańca do aktywności psycho – fizycznej
- ▶ integrowanie podopiecznych z innymi mieszkańcami
- ▶ troska o uczestnictwo w formach terapeutycznych

na bieżąco

##### Uczestnictwo w pracach zespołu terapeutyczno – opiekuńczego:

- ▶ koordynacja oddziaływań wynikających z planu wsparcia, rozumiana jako stała wiedza i troska o realizowanie zadań zawartych w planie.
- ▶ zgłaszanie zauważonych problemów specjalistom
- ▶ udział w tworzeniu planu wsparcia

na bieżąco

**WZORY DOKUMENTÓW WYPEŁNIANYCH PRZEZ PRACOWNIKA PIERWSZEGO KONTAKTU:** karta pracy z mieszkańcem

# Ubezważnowolnienie

często wskazane,  
jednak najczęściej nadużywane

BOGDAN KUŚMIERCZYK  
DPS Cichy Zakątek w Końskich

*Ubezważnowolnienie może być traktowane jak temat rzeka, jednak z tej rzeki wybiorę strumyk dotyczący ubezważnowolnionych mieszkańców domów pomocy społecznej. Dla jasności skupię się na osobach, które zostały ubezważnowolnione już po zamieszkaniu w domach pomocy społecznej.*

**Z**darza się czasami, że konieczne trzeba ubezważnowolnić kogoś, kto nie może sam egzystować, a nie chce mieszkać w domu pomocy społecznej, ani nawet korzystać z jakiegokolwiek innej formy pomocy. Ale dlaczego ubezważnowolnia się osoby już tam przebywające?

Z definicji, ubezważnowolnienie polega na całkowitym albo częściowym pozbawieniu wskazanej osoby możliwości działania ze skutkiem prawnym wtedy, gdy ta osoba sama nie jest w stanie tego uczynić, lub gdy poczynania tej osoby mogą skutkować utratą zdrowia lub majątku, a przecież w domach pomocy społecznej są profesjonalści którzy te czynności wykonują. Wyznaczony przez sąd prawny opiekun ma chronić interesu osobistego lub majątkowego tej osoby.

Osoba ubezważnowolniona całkowicie jest w swoich prawach podobna do dziecka do lat 13.

Osoba ubezważnowolniona częściowo ma podobne prawa jak młodzież od 13 do 18 lat.

Osoba ułomna może do załatwienia swoich spraw otrzymać kuratora, a o wszystkich tych przypadkach decyduje sąd.

Zdarza się jednak, że jedyną przyczyną wystąpienia o orzeczenie ubezważnowolnienia jest wygoda urzędników.

O ile w przypadku postępującej demencji sąd raczej nie ma wątpliwości, to przypadki osób ze schorzeniami układu nerwowego już takie wątpliwości nastroczają, gdyż ta choroba przebiega w dwóch etapach. Rozróżniamy etap ostry trwający stosunkowo krótko i etap remisji, gdy nie ma żadnych objawów choroby, a zasądzone ubezważnowolnienie trwa.

Niestety, w świetle prawa osoba ubezważnowolniona nie jest osobą, tylko przedmiotem, choć mającym świadomość nałożonych ograniczeń, dlatego

bardzo ostrożnie trzeba podchodzić do tych zagadnień. Najbardziej przykrym dla skazanych na ubezważnowolnienie jest dzień wyborów, kiedy to mocną „art. 3 ust. 2.” osoba ubezważnowolniona zostaje wykreślona z listy uprawnionych do głosowania. Wtedy zamykają się w swoich pokojach, a bywa, że niejeden zapłacze. Widziałem łzy w oczach ubezważnowolnionego Mieszkańca naszego Domu, w dniu wyborów. Tego dnia nie wyszedł ze swojego pokoju nawet na posiłek.

Ubezważnowolnienie to gwałt na żywym organizmie.

O ile kurator jest wybrany i wskazany przez zainteresowanego i działa w jego interesie, to prawny opiekun jest wskazany przez osobę wnioskującą, wbrew zainteresowanemu i działa – tak przynajmniej jest przekonana osoba ubezważnowolniona - wbrew interesom skazanego.

I choćby dlatego dla osoby przebywającej w domu pomocy społecznej prawnym opiekunem nie powinien być ani członek rodziny, ani pracownik domu, tylko zawodowy kurator sądowy.

Głównym celem ubezwłasnowolnienia osoby przebywającej w domu pomocy społecznej, z punktu widzenia rodziny, jest – delikatnie rzecz ujmując, „skok na kasę”, przy czym używa się przeróżnych eufemizmów, aby tylko nie użyć tego zwrotu. Zatem przed sądem wylicza się, że zachodzi potrzeba kontroli, czy opieka jest sprawowana prawidłowo. Choć nic nie stoi na przeszkodzie, by to sprawdzić bez decyzji sądu.

Nie spotkałem się z przypadkiem, by prawny opiekun zaproponował pójście do miasta na spacer ze swoim podopiecznym. Choć osoba ubezwłasnowolniona nie ma prawa do wyjścia do miasta bez opiekuna. Owszem prawny opiekun chce koniecznie kupić swojemu podopiecznemu pączka, a może i banana, dlatego pierwsze kroki kieruje do kasy. A przecież takie zakupy są robione niemal codziennie, a już na pewno nie raz w miesiącu. Robią to wyspecjalizowani pracownicy. Prowadzą szczegółowe rozliczenie wszystkich, nawet najdrobniejszych zakupów.

Przezorny opiekun prawny zaopatruje się w decyzję sądową, upoważniającą go do pobierania dochodów w całości, bezpośrednio od ZUS-u.

Tymczasem, jeżeli komukolwiek z rodziny osoby skazanej na pobyt w domu pomocy społecznej, nie podoba się obsługa, to może w każdej chwili zabrać z takiego miejsca swojego bliskiego i do tego nie trzeba być prawnym opiekunem. A z drugiej strony, nie spotkałem się z przypadkiem, by prawny opiekun wymusił na pracownikach lepsze traktowanie swojego podopiecznego, jeżeli w którymś domu źle się dzieje.

### **Ubezwłasnowolnienie z punktu widzenia pracownika instytucji**

Przesłanką, która uzasadnia wystąpienie do sądu z wnioskiem o ubezwłasnowolnienie jest stwierdzenie niemożności działania tej osoby dla własnego dobra, co się objawia brakiem zdolności oceny swojej sytuacji i co może skutkować np. zawarciem niekorzystnej umowy cywilno-prawnej a w rezultacie utratą majątku, lub odmową przyjmowania leków,



*Niestety, w świetle prawa osoba ubezwłasnowolniona nie jest osobą, tylko przedmiotem, choć mającym świadomość nałożonych ograniczeń, dlatego bardzo ostrożnie trzeba podchodzić do tych zagadnień.*

a w konsekwencji pogorszeniem się stanu zdrowia tej osoby.

Jeśli istnieją powody wywołane niedorozwojem umysłowym, chorobą psychiczną, narkomanią, pijaństwem, demencją starczą lub innymi zaburzeniami, osoba po ukończeniu 13 lat może być ubezwłasnowolniona całkowicie. Ubezwłasnowolnienie częściowe może być orzeczone po ukończeniu 18 lat.

Osoby w wieku do 13 lat podlegają władzy rodziców lub prawnych opiekunów, którzy do podejmowania w ich imieniu decyzji prawnych nie potrzebują żadnego orzeczenia sądu, a osoby pomiędzy 13., a 18. rokiem życia również z mocy prawa mają ograniczoną zdolność do niektórych czynności.

Stosowny wniosek składa się do sądu okręgowego właściwego dla miejsca zamieszkania osoby, która ma być ubezwłasnowolniona, a w przypadku braku

miejsca zamieszkania - do sądu miejsca pobytu tej osoby.

Do złożenia takiego wniosku uprawnieni są krewni w linii prostej: rodzice, dziadkowie, dzieci, wnuki, rodzeństwo lub drugie z współmałżonków. Wszyscy pozostali mogą złożyć taki wniosek wyłącznie za pośrednictwem prokuratora, który przed skierowaniem tego wniosku do sądu przeprowadza rozeznanie i decyduje, czy złożony wniosek jest zasadny.

Przed wydaniem orzeczenia sąd zwraca się do wnioskodawcy o wskazanie kandydata na opiekuna prawnego.

Sąd po rozpoznaniu sprawy orzeka częściowe lub całkowite ubezwłasnowolnienie na czas nieograniczony i jednocześnie wskazuje prawnego opiekuna, od którego odbiera stosowne przyznanie. Sąd może też ustanowić wynagrodzenie dla prawnego opiekuna, wypłacane co miesiąc przez gmin-

ny ośrodek pomocy społecznej właściwy dla miejsca zamieszkania tego opiekuna, którego górna granica nie może przekroczyć 1/10 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw ogłoszonego przez Prezesa GUS za okres poprzedzający dzień przyznania wynagrodzenia. Od 20 stycznia 2016 roku ta kwota wynosi 412,14 zł (1/10 z kwoty 4121,41zł – to przeciętne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw ogłoszone w Dzienniku Urzędowym GUS z dnia 22 stycznia 2016 r. Poz. 3).

W przypadku ustania przyczyn powodujących ubezwłasnowolnienie, sąd może je uchylić. **Art. 559. § 1.** Sąd uchyli ubezwłasnowolnienie, gdy ustaną przyczyny, dla których je orzeczone; uchylene nie może nastąpić także z urzędu.

**§ 2.** Sąd może w razie poprawy stanu psychicznego ubezwłasnowolnionego zmienić ubezwłasnowolnienie całkowite na częściowe, a w razie pogorszenia się tego stanu - zmienić ubezwłasnowolnienie częściowe na całkowite.

**§ 3.** Z wnioskiem o uchylenie albo zmianę ubezwłasnowolnienia może wystąpić także ubezwłasnowolniony.

Konsekwencją ubezwłasnowolnienia całkowitego są:

- ▶ Nieważność oświadczenia woli
- ▶ Nieważność testamentu
- ▶ Niemożność zawarcia małżeństwa
- ▶ Niemożność sprawowania władzy rodzicielskiej
- ▶ Niemożność przysposobienia dziecka
- ▶ Niemożność bycia opiekunem prawnym
- ▶ Niemożność bycia wykonawcą testamentu

## Prawo mieszkańca do samostanowienia

Przytoczony tu art. 559 kpc uprawnia osobę ubezwłasnowolnioną do występowania do sądów z wnioskami o zmianę lub całkowite uchylenie decyzji tegoż sądu.

Kilka lat temu, na spotkaniu w Biało-brzegach, Pani Minister swoje wystąpienie na temat praw mieszkańców do samostanowienia rozpoczęła pytaniem: „Na ile jednostka, której pomagamy, ma prawo do własnej tożsamości?” A swój wykład zakończyła konkluzją: „Upodmiotowić uprzedmiotowionych mieszkańców”.

No właśnie.

## Jak głęboko i w jakim obszarze można ingerować w sprawy drugiego człowieka, w trakcie dawania pomocy?

Pani sędzia sądu rejonowego powiedziała wprost: „Osoba ubezwłasnowolniona nie jest już osobą, tylko przedmiotem”.

Pan G. z postępującym stwardnieniem rozsianym, jeszcze gdy był w miarę sprawny, przed notariuszem podpisał stosowne dokumenty w których upoważnił swojego przyjaciela do podejmowania w jego imieniu wszelkich decyzji administracyjnych przed różnymi instytucjami. I to upoważnienie było i jest skuteczne.

Pan M. jest od 10 lat ubezwłasnowolniony. Pan M. ma jeszcze brata, a rodzice pana M. posiadają zakład mechaniczny. Od 20 lat pan M. jest osadzony w domu pomocy społecznej. I tyle samo czasu trwa u niego okres remisji. Ma rozpoznanie: schizofrenia rezydualna czyli schizofrenia bezobjawowa. I dożywotni wyrok pozbawienia praw do samostanowienia.

W środowisku Domu Pomocy jest bardzo uczynny; zarówno wobec pracowników, jak i wobec współmieszkańców: pomaga w zakupach, pomaga przy sprzątnięciu, pomaga przy toalecie, a najczęściej robi to samodzielnie. Samodzielnie również wychodzi poza teren Domu, np. do miasta. Jest zaradny i operatywny. Jest kapitanem drużyny sportowej. Z tej racji wyjeżdża ze swoją drużyną na zawody sportowe a to do Gnojna, a to do Dębicy, czy do Brodnicy. Zdobył wiele dyplomów i pucharów.

Posiada rower, na którym jeździ po okolicy na wycieczki.

Tylko w dniach, w których są wybory, zamyka się w swoim pokoju, nie wychodzi nawet na posiłki i ma łzy w oczach.

Ubezwłasnowolnienie specjalnie mu nie przeszkadza, bo prawny opiekun nigdy go nie odwiedza, a sam pan M. doskonale sobie radzi w DPS i w środowisku. Jedyny moment, w którym uwidacznia się jego poniżenie, to właśnie czas wyborów i wykreślenie jego nazwiska z listy uprawnionych do głosowania. Po nagłośnieniu w mediach sąd pochylił się nad jego przypadkiem i zmienił decyzję z ubezwłasnowolnienia całkowitego na ubezwłasnowolnienie częściowe, ale w dalszym ciągu pan M. nie ma prawa wyborczego.

Pani K. Kilka lat temu zwróciłem się do sądu z pismem: „Ustały przyczyny

dla których Pani K. została ubezwłasnowolniona, jej mieszkanie zostało sprzedane, wobec tego wnoszę o przywrócenie jej praw”. Otrzymałem odpowiedź: „Jest to niemożliwe. Przywrócenie praw ubezwłasnowolnionym spowodowałoby ogromne zamieszanie w sądach. Dlatego żaden sąd nie przywróci osobie ubezwłasnowolnionej odebranych praw”.

Pani K. miła, starsza osoba, była właścicielką mieszkania.

Pani K. nie jest bynajmniej osobą pozbawioną jakichkolwiek wad.

Z tych zauważalnych, ma jedną nogę krótszą od drugiej i w trochę większej proporcji niż w pierwszym przypadku, miała (bo już są po rozwodzie) młodszego męża.

To wystarczyło, by umieścić Panią K. w domu pomocy społecznej z rozpoznaniem: schizofrenia w inwolucji. [to też odmiana schizofrenii rezydualnej, czyli bezobjawowej].

A przecież, gdyby chodziło tylko o sprzedaż mieszkania, to o wiele skuteczniej zrobiłby to kurator, także wskazany przez sąd, bez konieczności pozbawiania tej osoby prawa do samostanowienia.

## Jak rozmawiać o ubezwłasnowolnieniu z rodziną

Nie spotkałem się z przypadkiem, by pracownik domu pomocy społecznej wystąpił o ubezwłasnowolnienie kogoś wbrew woli jego rodziny.

Z moich obserwacji wynika, że najczęściej o ubezwłasnowolnienie występuje właśnie rodzina i to tylko w przypadku, gdy zachodzi potrzeba sprzedaży majątku osoby przebywającej w domu pomocy społecznej.

I najczęściej w takich przypadkach zabiegają, by na prawnego opiekuna sąd wyznaczył kogoś z kręgu rodziny zainteresowanej taką transakcją.

Oczywiście w przypadkach utrudnionego porozumiewania się, może się tak zdarzyć, że lekarz nie podejmie czynności, jeśli nie będzie miał podpisanej zgody pacjenta lub upoważnionego prawnego opiekuna na dokonanie zabiegu. I choćby z tego względu z odpowiednim wyprzedzeniem należy wystąpić do prokuratora o ustanowienie prawnego opiekuna. ■

# Co nowego w podkładach?

MARTA MALESZEWSKA  
Specjalista do spraw produktu

**W**śród wyzwań w codziennej opiece nad osobą nie-samodzielną nie sposób pominąć trudności związanych ze zmianą pościeli. Jest to szczególnie uciążliwe w przypadku opieki nad długotrwale unieruchomionymi chorymi z nietrzymaniem moczu, u których może dochodzić do obfitych wycieków, wymagających częstszych zmian prześcieradła czy poszewek. Jednym ze sposobów zapobiegania takim sytuacjom jest stosowanie dodatkowej ochrony w postaci jednorazowych podkładów higienicznych.

Podkłady higieniczne to najstarszy środek pomocniczy używany przy inkontynencji. Kiedyś stanowiły jedyną dostępną ochronę dla dorosłych, by później – wraz ze wzrostem wymagań użytkowników i rozwojem technologii – ewoluować w produkty bardziej dopasowane do anatomii ludzkiego ciała. Tradycyjne podkłady są wciąż używane, choć obecnie częściej jako dodatkowe zabezpieczenie podczas użytkowania lub zmiany pieluchomajtek niż jako podstawowy produkt. Obok wersji tradycyjnej, współcześnie powstają również nowoczesne typy podkładów, dostosowane do nowych potrzeb użytkowników.

Jedną z innowacji są **podkłady z superabsorbentem**, czyli materiałem zapewniającym wysoką chłonność pieluchomajtek i innych produktów chłonnych zakładanych na ciało. Dzięki obecności superabsorbentu redukowany jest również nieprzyjemny zapach moczu. W Europie, gdzie podkłady są traktowane przede wszystkim jako dodatkowe zabezpieczenie materaca lub krzesła przed zabrudzeniem, ten typ podkładów nie jest jeszcze popularny. Natomiast w krajach o bardziej tropikalnym klimacie (np. w południowej Azji) zakładanie produktu na ciało wiąże się z dyskomfortem chorego, więc dużą popularnością cieszą się podkłady z superabsorbentem, stosowane jako jedyna ochrona przy inkontynencji. Dzięki wyższej chłonności stanowią substytut pieluchomajtek u osób długotrwale unieruchomionych.

Inną innowacją są **podkłady pozwalające skórze oddychać**, z paroprzepuszczalną dolną warstwą. W tradycyjnych podkładach warstwę zewnętrzną tworzy folia. Wprawdzie oddychalność w podkładach nie jest tak istotna jak w pieluchomajtkach

lub majtkach chłonnych, jednak w przypadku osób trwale leżących na podkładzie jej brak może wpływać na powstawanie odparzeń skóry. Podkłady pozwalające skórze oddychać są polecane w opiece długoterminowej, szczególnie dla osób narażonych na powstawanie odleżyn. Stosowanie podkładów z warstwą paroprzepuszczalną na materacach zmiennościowych wspomaga termowentylację zachodzącą przez skórę.

Podkłady łączące dwie powyższe innowacje są od niedawna dostępne również w Polsce. **Seni Soft Super Dry** to podkłady higieniczne z superabsorbentem i laminatem paroprzepuszczalnym. Dzięki superabsorbentowi są bardziej chłonne i powstrzymują zapach powstający podczas rozkładu moczu. Natomiast warstwa zewnętrzna pozwalająca skórze oddychać jest korzystna nie tylko dla osób długotrwale unieruchomionych narażonych na odleżyny i odparzenia. Obecność laminatu (zamiast folii) zapewnia również **lepszą przyczepność do podłoża**, co docenią szczególnie osoby częściowo mobilne, samodzielnie zmieniające pozycję na łóżku. Ponadto, w podkładach Seni Soft Super Dry zostały zastosowane bardzo miękkie włókna, co daje przyjemne odczucie w kontakcie ze skórą. ■



Seni Soft Super Dry



pozwała skórze oddychać



zapobiega nieprzyjemnemu zapachowi



wysoka chłonność



miękkie i przyjemne w dotyku

# Jak opiekować się osobą przewlekle chorą w domu

- jak pielęgnować, aby uniknąć odleżyn
- jak łatwo i bezpiecznie zmieniać pieluchomajtki
- jak bezpiecznie przemieszczać

**Spotkaj się z naszymi ekspertami na bezpłatnych warsztatach organizowanych w całej Polsce.**

Zgłoś się na warsztaty  
lub zamów bezpłatny poradnik:

[www.damy-rade.info](http://www.damy-rade.info)  
tel. 801 105 555



małtki chłonne

pieluchomajtki

produkty pielęgnacyjne i przeciwoodleżynowe

**seni**

Seni wspiera opiekę nad osobami przewlekle chorymi.

**damy  
radę**

Pomogliśmy już ponad 150 000 rodzin\*