

Forum Opieki Długoterminowej

ISSN 1643-1308 nakład 3000 egz.

medi

kwartalnik nr 1 (82) styczeń/luty 2020

Otoczenie prawne
Osoba z otępieniem
a samodzielne
funkcjonowanie

**Zmiany w ustawie
o pomocy społecznej**
z wątkiem ograniczenia
samodzielnego wyjścia
mieszkańców z DPS-u

**Relacja z MKOD
i warsztatów
z Teepą Snow**

Razem z mamą wybrałyśmy Seni Active

Majtki chłonne dla osób ze średnim
i ciężkim nietrzymaniem moczu



seni®

wspiera w opiece



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

Zamów
BEZPŁATNĄ PRÓBKĘ
na: seni.pl

Dostępne w refundacji

Forum Opieki Długoterminowej
medi
STYCZEŃ // 2020

Szanowni Państwo!

S erdecznie witamy się z Wami w 2020 roku! Życzymy, aby ten rok był pełen szczęścia oraz dobroci i przyniósł wiele pięknych chwil! Nowe wydanie Medi otwiera cykl artykułów poświęconych zagadnieniom prawnym. Na początek polecamy Państwu uwadze materiał dotyczący ubezwłasnowolnienia osób niesamodzielnych, w tym również osób z demencją. Michał Bochenek, prawnik, opisuje czym jest ubezwłasnowolnienie, jakie są jego rodzaje i co ono w praktyce oznacza. Pozostając w sferze prawnej zachęcamy do lektury tekstu skupiającego się na zmianach w ustawie o pomocy społecznej. Ograniczenie swobodnego opuszczania DPS-u przez mieszkańca na przykładzie Domu Pomocy Społecznej w Sopocie opisuje Agnieszka Cysewska, dyrektor tejże placówki. Zmiany wprowadzone przez Ustawodawcę wywołały sporo dyskusji. Swoje obawy w tym zakresie przedstawili dyrektorzy domów pomocy społecznej województwa kujawsko-pomorskiego. Życie osób z demencją w domach opieki społecznej - to kolejny ważny temat, który znalazł się w tym wydaniu Medi. W jaki sposób budować przestrzeń, w której osoby z otępieniem będą czuły się dobrze i bezpiecznie - na to pytanie stara się znaleźć odpowiedź Sylwia Wierzejska, terapeuta z Siedleckiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera. O niezwykle ważnej umiejętności jaką jest budowanie relacji pisze Agata Nowak, dyrektor Domu Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II w Nasielsku. Na łamach tego numeru Medi wracamy pamięcią do Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej, która odbyła się w Toruniu. Wśród osób, które zaszczyt nam było gościć znalazła się m.in. Teepa Snow, specjalistka z USA, ogromny autorytet jeśli chodzi o opiekę nad osobami z demencją. Ponadto, w czasie MKOD, po raz pierwszy w Polsce, swoją historię opowiedziała osoba chorująca na chorobę Alzheimera. Życzymy przyjemnej lektury!

Redakcja Medi

WYDAWCA:

Fundacja TZMO
Razem Zmieniamy Świat

PRACOWNIK WYDANIA:

TZMO SA
Producent wyrobów
pod markami Seni, Matopat, Bella

REDAKCJA NAUKOWA:

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

REDAKTOR:

Małgorzata Kamińska
malgorzata.kaminska1@tzmo-global.com

SKŁAD GRAFICZNY:

Małgorzata Bógdał

ADRES REDAKCJI:

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

PRENUMERATA:

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

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

Wyzwania opieki długoterminowej

- 6 Otoczenie prawne. Osoba z otępieniem, a samodzielne funkcjonowanie
Michał Bochenek
- 15 Zmiany w ustawie o pomocy społecznej
Agnieszka Cysewska
- 20 List dyrektorów woj. kujawsko-pomorskiego dotyczący zmian w ustawie o pomocy społecznej

MKOD 2019 - wspomnienia

- 22 Demencja - wiemy coraz więcej. Relacja z MKOD i warsztatów z Teepą Snow
Joanna Hain-Listewnik

Dobre praktyki

- 28 Osoby z demencją w DPS-ach – jak stworzyć dla nich odpowiednią przestrzeń do życia?
Sylwia Wierzejska
- 32 Czynniki determinujące relacje międzyludzkie w domu pomocy społecznej
Agata Nowak

Edukacja

- 36 Demencja na celowniku studentów pielęgniarstwa – wywiad
Izabela Matkowska

Pielęgnacja

- 38 Oklepywanie pleców jako profilaktyka zapalenia płuc
Joanna Szwedo

Miłośnicy piłki nożnej NA START!

Trwają przygotowania do Międzynarodowej Ligi Piłki Nożnej Osób Niepełnosprawnych Intelaktualnie.

W tym roku zostanie rozegrany jubileuszowy, bo już

20 Turniej
seniCUP

Spotkania kwalifikacyjne rozegrane zostaną w następujących terminach:

- 20-22 MAJA 2020 - WAPLEWO
- 27-29 MAJA 2020 - POGORZELICA
- 2-4 CZERWCA 2020 - CZARNA

Zapraszamy do zapisów!

Zgłoszenia przyjmowane są do 11 kwietnia 2020 roku.
Potrzebne dokumenty dostępne na stronie internetowej:
<http://www.razemzmieniamywiat.pl/>
w zakładce **Projekty - Seni Cup**



Otoczenie prawne

WPŁYW STANU ZDROWIA OSOBY Z OTĘPIENIEM NA ZDOLNOŚĆ SAMODZIELNEGO FUNKCJONOWANIA W OTOCZENIU PRAWNYM

MICHAŁ BOCHENEK // ekspert w sprawach pomocy społecznej

Powstało wiele opracowań - poradników dotyczących zorganizowania „przyjaznego otoczenia” dla osób w podeszłym wieku, szczególnie dotkniętych demencją¹ (otępieniem). Tak rozumiane otoczenie najczęściej traktuje się jako bezpieczną przestrzeń wokół seniora (np. odpowiednie ustawienie mebli, sprzętów w miejscu pobytu), który narażony na upadki, zapominanie się lub problemy z koncentracją uwagi, może wyrządzić szkodę sobie lub innym osobom. Niniejszy poradnik także dotyczy otoczenia; jednak w nieco innym znaczeniu.

¹Otępienie (ang. dementia) nie jest chorobą. To zespół objawów, który obejmuje zaburzenia funkcji poznawczych i objawy pozapoznawcze, czyli zaburzenia zachowania, zaburzenia psychotyczne i zaburzenia nastroju (...). Najkrócej otępienie można zdefiniować jako obniżenie sprawności intelektualnej wywołane organiczną chorobą mózgu. [źródło: T. Gabryelewicz, A. Barczak, M. Barcikowska, Otępienie w praktyce, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2018]

Mianowicie będzie w nim mowa o „otoczeniu prawnym” osoby, która ze względu na pogarszający się stan zdrowia, sama może wyrządzić szkodę sobie lub bliskim lub co najmniej nie zadbać właściwie o swoje interesy i sprawy.

Czy pełnia zdrowia = pełna zdolność do czynności prawnych?

Zasadniczo każda pełnoletnia osoba posiada pełną zdolność do czynności prawnych.

Co to w praktyce oznacza?

Pełna zdolność do czynności prawnych stanowi atrybut osoby fizycznej i trwa po uzyskaniu pełnoletności, nieprzerwanie aż do jej śmierci, chyba że osoba ta zostanie ubezwłasnowolniona. W odniesieniu do osób dotkniętych otępieniem warto zauważyć, że sama dysfunkcja mentalna z powodu choroby lub wieku nie powoduje ustania pełnej zdolności do czynności prawnych, chociaż stanowić może podstawę do częściowego bądź całkowitego ubezwłasnowolnienia.

Przepisy ustawy z 23.04.1964 r. - Kodeks cywilny (Dz.U. z 2019 r. poz. 1145) przewidują pewne formy ograniczenia czynności prawnych dla osób, u których wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych stwierdzono, iż nie jest ona w stanie kierować swym postępowaniem. Przepis ten dotyczy również osób z zaawansowanym zespołem otępiennym.

Ubezwłasnowolnienie powoduje ograniczenie dotyczące możliwości dokonywania czynności prawnych osoby z demencją. To rozwiązanie jest konieczne, gdy jego celem będzie przeciwdziałanie niepożądanym konsekwencjom prawnym, które może wywołać nieodpowiedzialne zachowanie chorego.

Utrata zdolności do czynności prawnych, spowodowana całkowitym ubezwłasnowolnieniem, trwa pomimo odzyskania sprawności umysłowej, aż do czasu uchylecia przez sąd tego ubezwłasnowolnienia.

Z całą mocą trzeba podkreślić, że instytucja ubezwłasnowolnienia została przewidziana w interesie osoby chorej i w żadnym wypadku nie może być wykorzystana w interesie osób bliskich, np. osoby, która zwraca się o ubezwłasnowolnienie w celu osiągnięcia swoich korzyści (np. kontroli nad osobą z otępieniem).

Dylematy pracownika socjalnego lub dyrektora domu pomocy społecznej

Nie do rzadkości należą przypadki, gdy po pewnym czasie od zamieszkania konkretnej osoby w DPS-ie, jej stan zdrowia tak się zmienił, że trzeba stwierdzić, że mieszkaniac nie tyle zapomina się, błędzi, ale nie wie jak się nazywa, gdzie się znajduje, staje się agresywny, odmawia przyjmowania posiłków lub leków (stan taki utrzymuje się np. od dwóch, trzech tygodni) Co wtedy począć? Jakiego działania podjąć, gdy dodatkowo jest to osoba samotna, która nie posiada krewnych, dalszej rodziny, a niewątpliwie nie jest zdolna do samodzielnego zadbania o swoje sprawy, zarówno pod względem administracyjnym (np. kontakty z ZUS, ośrodkiem zdrowia, etc.), jak i pod względem wypetniania codziennych czynności (np. kupno leków, których cena

przekracza limit kwoty zapewniany przez DPS, dysponowanie depozytem pieniężnym, etc.).

Przychodzi zatem czas, aby zadecydować o skierowaniu chorego mieszkańca DPS-u do szpitala. W tym miejscu trzeba wyjaśnić i doprecyzować, że rodzaj podmiotu leczniczego, do którego skierujemy osobę z otępieniem nie jest bez znaczenia. Ktoś mógłby rzec - to „tylko” demencja, a w DPS-ie skierowano osobę do szpitala psychiatrycznego (to i tak eufemistyczna wersja opinii, które niestety nie należą do rzadkości ...).

Wyzwania opieki długoterminowej

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878 z późn. zm.) osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody wymaganej w art. 22 do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości. Co istotne, pobyt w szpitalu, o którym mowa wyżej nie może trwać dłużej niż 10 dni.

W tym miejscu i w kontekście omawianego

Przykład:

Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi; zebrano zaburzenia umysłowe pogrupowane na podstawie ich wspólnej i znanej etiologii związanej ze schorzeniem organicznym mózgu, urazem mózgu lub innym uszkodzeniem upośledzającym funkcjonowanie mózgu. Zaburzenia te mogą mieć charakter pierwotny, jak w przypadku chorób, urazów i uszkodzeń, które dotyczą tkanki mózgowej bezpośrednio i wybiórczo, bądź wtórny – jak w przypadku schorzeń układowych i zajęcia mózgu jako jednego z wielu narządów lub układów organizmu.

Otępienie: to zespół związany z patologią mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w przebiegu którego dochodzi do zaburzenia licznych wyższych funkcji kory mózgowej, w tym pamięci, myślenia, orientacji, rozumienia, liczenia, zdolności uczenia się, znajomości języka oraz sądów. Świadomość nie ulega zabu-

tematu trzeba też wyjaśnić pojęcie „zaburzenia psychiczne”. To pojęcie szerokie i w potocznym życiu niestety często nadużywane (lub stosowane zamiennie z innymi rodzajowo odmiennymi stanami)². Wskazane niżej przykładowo i teoretycznie możliwe stany, w jakich znajdzie się mieszkaniec DPS-u, mogą pomóc personelowi niemedycznemu (np. pracownikom socjalnym) wstępnie ocenić, czy dana osoba zakwalifikuje się do dalszej opieki, ale już na etapie działań personelu medycznego.

zeniu. Opisanym zaburzeniom funkcji poznawczych często towarzyszy, a niekiedy je poprzedza, pogorszenie kontroli emocji, zachowań społecznych lub motywacji. Zespół ten występuje np. w przebiegu choroby Alzheimera, choć obserwuje się go również w schorzeniach naczyniowych mózgu oraz w innych chorobach pierwotnie lub wtórnie obejmujących mózg.

Szczególnym rodzajem jest otępienie w chorobie Alzheimera. To pierwotna choroba zwyrodnieniowa mózgu o nieznannej etiologii, charakteryzująca się określonymi cechami neuropatologicznymi i neurochemicznymi. Początek choroby jest zwykle trudny do ustalenia. Choroba rozwija się powoli, lecz stale postępuje przez okres kilku lat. Otępienie w chorobie Alzheimera o początku przed 65 rokiem życia występuje o stosunkowo szybkiej progresji i z licznymi towarzyszącymi zaburzeniami wyższych funkcji kory mózgowej.

² Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. <https://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>

Wyzwania opieki długoterminowej

Sąd Rejonowy w
Wydział Rodzinny i Nieletnich
ul.
.....

Wnioskodawca:
Dom Pomocy Społecznej
w ul.
.....

Uczestnik postępowania:
.....
zamieszkały w (.....)
ul.

ZAWIADOMIENIE

o potrzebie przyjęcia do szpitala
uczestnika postępowania

Na podstawie art. 572 § 1 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2019 r., poz. 1460 z późn. zm.) w związku z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1878 z późn. zm.), w imieniu Domu Pomocy Społecznej w, zwracam się o skierowanie przez Sąd uczestnika postępowania do Szpitala, ponieważ dotychczasowe zachowanie Ww. wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest chora/y psychicznie.

.....(opis sytuacji w jakiej znajduje się uczestnik postępowania)

Każdy, komu znane jest zdarzenie uzasadniające wszczęcie postępowania z urzędu, obowiązany jest zawiadomić o nim sąd opiekuńczy. Przedmiotowy obowiązek ciąży przede wszystkim na urzędach stanu cywilnego, sądach, prokuratorach, notariuszach, komornikach, organach samorządu i administracji rządowej, organach Policji, placówkach oświatowych, opiekunach społecznych oraz organizacjach i zakładach zajmujących się opieką nad dziećmi lub osobami psychicznie chorymi.

W stanie faktycznym i prawnym niniejsze zawiadomienie jest konieczne i uzasadnione.

Załączniki:

– odpis zawiadomienia.



Warto wspomnieć, że osoba przyjęta już do domu pomocy społecznej, w tym również osoba ubezwłasnowolniona, jej przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewni w linii prostej, rodzeństwo oraz osoba sprawująca nad nią faktyczną opiekę, mogą występować do sądu opiekuńczego z wnioskiem o zmianę orzeczenia o przyjęciu do domu pomocy społecznej. Z wnioskiem o zmianę orzeczenia o przyjęciu do domu pomocy społecznej może także wystąpić kierownik domu pomocy społecznej, jeżeli uzna, że zmieniły się okoliczności uzasadniające orzeczenie o przyjęciu oso-

by do domu pomocy społecznej. Natomiast w przypadku, gdy osoba nie wyraża zgody na dalsze przebywanie w domu pomocy społecznej i nie została do niego przyjęta na podstawie orzeczenia sądu opiekuńczego o przyjęciu do domu pomocy społecznej, osoba ta, jej przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewni w linii prostej, rodzeństwo, osoba sprawująca nad nią faktyczną opiekę lub kierownik domu pomocy społecznej mogą wystąpić do sądu opiekuńczego z wnioskiem o zniesienie obowiązku przebywania w domu pomocy społecznej.

Z wokandy:

Trzeba zwrócić uwagę, że stan zdrowia psychicznego osoby, której dotyczy postępowanie sądowe jest elementem istotnym, ale nie rozstrzygającym. Wnioski płynące z analizy Postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 14 kwietnia 2011 r., sygn. akt: IV CSK 483/10 są następujące: Artykuł 41 ust. 1 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego przyznaje osobie przyjętej do DPS-u oraz innym wymienionym w nim osobom uprawnienie do wystąpienia o zmianę orzeczenia o przyjęciu do placówki. W odróżnieniu od ustępu drugiego art. 41, który upoważnia kierownika domu pomocy społecznej o zmianę orzeczenia wtedy, gdy uzna on, że „zmieniły się okoliczności uza-

sadniające orzeczenie o przyjęciu tej osoby (...) bez jej zgody”, w ustępie pierwszym art. 41 nie ma mowy o zmianie okoliczności jako przestanie wniosku. Zasadniczo także w tym wypadku podstawą zmiany orzeczenia będzie stanowić zmiana okoliczności. Uwzględniając jednak ochronny charakter przepisu można dopuścić zmianę orzeczenia bez istotnej zmiany okoliczności, jeżeli będzie za tym przemawiać dobro osoby, której postępowanie dotyczy. Nie jest też wykluczone wzięcie przez sąd ponownie pod rozwagę okoliczności, które stanowiły podstawę wniosku i orzeczenia o umieszczeniu danej osoby w ośrodku pomocy społecznej bez jej zgody.

Jeśli po pobycie w szpitalu okaże się, że mieszkaniec DPS-u wymaga ubezwłasnowolnienia?

To taka sytuacja danej osoby, w której stała się ona niezdolna do czynności prawnych, czyli nie może samodzielnie zaciągać zobowiązań i realizować swoich praw, zarówno co do swojej osoby, jak i majątku. Warto w tym miejscu obalić stereotyp związany z ubezwłasnowolnieniem. Mianowicie wiele osób traktuje ubezwłasnowolnienie jako krzywdę dla osoby chorej. W istocie jest często odwrotnie. Ubezwłasnowolnienie ma pomóc chorej osobie, ponieważ jest ona narażona na wykorzystanie jej praw, majątku. Jest narażona na manipulacje, na różne szkodliwe wpływy, zaniedbania, ograniczenie lub niewykorzystanie przysługujących uprawnień, etc.

Poniżej znajduje się ramowa klasyfikacja podstawowych kwestii związanych z ubezwłasnowolnieniem i jej rodzajami.

Ubezwłasnowolnienie całkowite

Osoba, która ukończyła lat trzynaście, może być ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, nie jest w stanie kierować swym postępowaniem.

WAŻNE



Dla ubezwłasnowolnionego całkowicie ustanawia się opiekę³.

³ Chyba, że osoba pozostaje jeszcze pod władzą rodzicielską; my skupiamy się jednak na osobach w podeszłym wieku z otępieniem.

Z wokandy:

Ocena, czy dana osoba posiada zdolność do czynności procesowych odbywa się na gruncie przepisów kodeksu cywilnego, który definiuje także pojęcie zdolności procesowej. Musimy zauważyć, że zdolność procesowa osoby fizycznej to co innego niż zdolność do czynności prawnych i jest pochodną statusu prawnego danej osoby. To wyłącznie ten czynnik (formalny status osoby fizycznej), a nie jej cechy psychofizyczne, decyduje o posiadaniu zdolności procesowej. Samo istnienie przestanki ubezwłasnowolnienia nie wpływa na zdolność procesową osoby

fizycznej, dopóki nie dojdzie do wydania postanowienia o ubezwłasnowolnieniu. Osoba chora psychicznie, ale nieubezwłasnowolniona, ma zdolność procesową. Zaburzenia psychiczne nie są warunkiem wystarczającym przyjęcia braku zdolności procesowej strony (uczestnika). Bez ubezwłasnowolnienia przez sąd powszechny skutek ten nie następuje - tak orzekł Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 19 kwietnia 2018 r. w sprawie o sygn. akt: II FSK 1171/16 oceniając, czy dana osoba ma zdolność do czynności procesowych.

Warto zauważyć, że w przeciwieństwie do sytuacji, kiedy kierownik DPS-u posiada legitymację formalną do wystąpienia do sądu opiekuńczego z wnioskiem o przyjęcie chorego mieszkańca DPS-u do szpitala, to wniosek o ubezwłasnowolnienie może złożyć tylko wskazana niżej grupa podmiotów.

Zgodnie z art 545 § 1 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego, wniosek o ubezwłasnowolnienie może zgłosić:

- 1 matzonek osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie;
- 2 jej krewni w linii prostej oraz rodzeństwo;
- 3 jej przedstawiciel ustawowy.

UWAGA

Kto zgłosił wniosek o ubezwłasnowolnienie w złej wierze lub lekkomyślnie, podlega karze grzywny.

Z uwagi na fakt, iż postępowanie w sprawie o ubezwłasnowolnienie toczy się z udziałem prokuratora, kierownik DPS-u może teoretycznie złożyć stosowne zawiadomienie do prokuratury. Jednakże są to sprawy wymagające indywidualnej oceny i nie można w tym zakresie podawać gotowych rozwiązań.

Co istotne, z uwagi na powagę sprawy – osobę, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, należy wysłuchać niezwłocznie po wszczęciu postępowania. Wysłuchanie powinno odbyć się w obecności biegłego psychologa oraz - w zależności od stanu zdrowia osoby, która ma być wysłuchana - biegłego lekarza psychiatry lub neurologa.

Ubezwłasnowolnienie częściowe

Osoba pełnoletnia może być ubezwłasnowolniona częściowo z powodu choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych (np. otępienie) w szczególności pijaństwa lub narkomanii, jeżeli stan tej osoby nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego, lecz potrzebna jest pomoc do prowadzenia jej spraw.

WAŻNE



Dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo ustanawia się kuratelę.

Tak zwane „przestanki psychiatryczne” ubezwłasnowolnienia częściowego są te same, jakie przewiduje kodeks cywilny dla ubezwłasnowolnienia całkowitego, ale mają mniejsze natężenie niż te dotyczące ubezwłasnowolnienia całkowitego. Niewymagane jest ich występowanie w takim stopniu, że powodują one niemożliwość pokierowania swoim postępowaniem, ale tylko w stopniu powodującym potrzebę pomocy do prowadzenia spraw tej osoby. Musimy zauważyć, że ta potrzeba pomocy odnosi się do czynności prawnych, a nie do innej aktywności osoby ubezwłasnowolnionej częściowo. Osoba dotknięta zaburzeniami psychicznymi, co do której brak podstaw do ubezwłasnowolnienia całkowitego, może być ubezwłasnowolniona częściowo wówczas, gdy układ jej stosunków prawnych jest tego rodzaju, że zachodzi potrzeba zawierania przez nią czynności prawnych rozporządzających lub zobowiązujących.

UWAGA



Nie mają zdolności do czynności prawnych osoby ubezwłasnowolnione całkowicie. Czynność prawna dokonana przez osobę, która nie ma zdolności do czynności prawnych, jest nieważna. Jednakże, gdy osoba niezdolna do czynności prawnych zawarła umowę należącą do umów powszechnie zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia codziennego (np. dokonanie drobnych zakupów w sklepie spożywczym, zakup biletu komunikacji, etc.), umowa taka staje się ważna z chwilą jej wykonania, chyba że pociąga za sobą rażące pokrzywdzenie osoby niezdolnej do czynności prawnych.

Podobnie jak przy ubezwłasnowolnieniu całkowitym, tak i odnośnie do ubezwłasnowolnienia częściowego, interes osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, należy uznać za naczelną dyrektywę orzekania, czyli w przedmiocie tego, czy i jak ubezwłasnowolnić taką osobę. Niedopuszczalne jest orzekanie co do tego, nie mając na uwadze interesu ubezwłasnowolnianego, lecz innych osób, np. jego krewnych, sąsiadów, współmieszkańców z pokoju w DPS, czy jakichkolwiek innych osób. Nie ma znaczenia, jak wynika z wyżej cytowanych orzeczeń, nawet to, czy ubezwłasnowolnienia nie wymaga ochrona sądów, czy innych urzędów. Jeśli chodzi o ochronę innych osób, to – jeżeli osoba psychicznie chora poważnie zagraża ich interesom – można ją umieścić w placówce dla psychicznie chorych, jednak należy ograniczyć hospitalizację przymusową tylko do tych osób, dla których jest ona niezbędna. Innymi słowy, nie należy utatwiać jej stosowania wobec osób chorych psychicznie, które zachowują się w sposób nawet rażąco odbiegający od wymagań społecznych, ale mogą funkcjonować bez większych trudności w miejscu pobytu.

Jak to długo trwa?

„Sztwywny” termin przeprowadzenia postępowania w sprawie o ubezwłasnowolnienie nie jest określony przez przepisy. Należy jednak zauważyć, iż jedną z ogólnych zasad postępowania cywilnego jest taka, zgodnie z którą: „sąd powinien przeciwdziałać przewlekaniu postępowania i dążyć do tego, aby rozstrzygnięcie nastąpiło na pierwszym posiedzeniu, jeżeli jest to możliwe bez szkody dla wyjaśnienia sprawy. Pamiętać jednak przy tym należy, że osoba, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, musi być zbadana przez biegłego lekarza psychiatrę lub neurologa, a także psychologa. Ponadto sąd może, jeżeli na podstawie opinii dwóch biegłych lekarzy uzna to za niezbędne, zarządzić poddanie osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, pod obserwację w zakładzie leczniczym na czas nie dłuższy niż sześć tygodni, a w wyjątkowych wypadkach sąd może termin ten przedłużyć do trzech miesięcy. Z tych względów termin wydania przez sąd postanowienia w sprawie o ubezwłasnowolnienie może się wydłużyć.



Podsumowanie

Świadczenie usług zdrowotnych oraz pomoc społeczna dla mieszkańców DPS-u m.in. z otępieniami, powinny być dyscyplinami (działaniami) komplementarnymi. Często wymagane jest bardzo szybkie i sprawne wsparcie oraz profesjonalna opieka dla omawianej grupy osób przebywających w domach pomocy społecznej. Spra-

wę komplikuje często brak osób (np. krewnych), które posiadałyby legitymację formalną do inicjowania odpowiednich postępowań, np. sądowych. Określenie konsekwencji ograniczenia lub pozbawienia zdolności do czynności prawnych mieszkańców DPS-ów żyjących z otępieniem nie mieszczą w ramach niniejszego artykułu. ●

Artykuł Pana Michała Bochenka otwiera cykl felietonów poświęconych zagadnieniom z zakresu prawa. W kolejnym numerze kwartalnika Medi przeczytacie Państwo materiał poświęcony depozytom mieszkańców domów pomocy społecznej. Już teraz zachęcamy do lektury!

Zmiany w ustawie o pomocy społecznej

Z WĄTKIEM OGRANICZENIA SAMODZIELNEGO WYJŚCIA MIESZKAŃCÓW Z DPS-u

AGNIESZKA CYSEWSKA // dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Sopocie

Zmiany w ustawie o pomocy społecznej – zastosowanie w praktyce na przykładzie domu dla osób w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych w Sopocie.

Przeprowadzka do DPS-u z własnego mieszkania to bardzo duża zmiana. Mieszkaniec od podstaw uczy się organizacji życia w nowym miejscu, poznaje dużą grupę obcych ludzi i nowy plan dnia. Jeśli jego stan zdrowia fizycznego i psychicznego pozwala na poznanie

nowego systemu oraz odnalezienie się w nim, można zacząć współpracę i wykorzystywać zasoby DPS-u, jego usługi i ofertę. Jeśli choroba stawia ograniczenia i współpraca nie jest możliwa lub jest bardzo utrudniona musimy znaleźć indywidualne rozwiązania, które będą przyjazne i bezpieczne dla podopiecznego.

Wyzwania opieki długoterminowej

Wszyscy potrzebujemy wolności i swobody w codziennym życiu. Lubimy sami decydować jak spędzić czas, w co się ubrać, co zjeść. Mimo choroby czy niepełnosprawności chcemy zachować wpływ na własne życie, prowadzić swój styl życia i utrzymać niezależność, jak długo się

da. Każdemu przysługuje wolność osobista, a prawo RP zapewnia ochronę życia osobistego, rodzinnego i społecznego. Tylko w wyjątkowych przypadkach można je ograniczyć. Takim wyjątkiem może być demencja.



Poważne ograniczenia

W domach pomocy społecznej, gdzie opiekujemy się seniorami z demencją widzimy, że niezależnie od jej rodzaju i natężenia ograniczone zostają funkcje poznawcze chorego. Nie mają możliwości krytycznie ocenić sytuacji, w której się znaleźli, ani nie mają szans na podjęcie racjonalnej decyzji. Demencja jest dużym wyzwaniem, bo nie ma na nią leku, pozostają nam działania terapeutyczne, opiekuńcze i ochrona podopiecznych, bo ograniczenia, które otępienie wywołuje, mogą doprowadzić do zagrożenia zdrowia, a nawet życia chorego. Najbardziej jaskrawym przykładem takiego zagrożenia, jest samodzielne opuszczanie DPS-u, przez osobę, która (według naszej wiedzy i na podstawie przeprowadzonych badań i testów) nie ma możliwości rozpoznania drogi powrotnej i bez asysty pracownika, wolontariusza czy członka rodziny nie poradzi sobie.

Kontrola jest potrzebna

W domach pomocy społecznej staraliśmy się podejmować środki zaradcze. Podstawą naszych działań był art. 55 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej, który stanowi, iż "organizacja domu pomocy społecznej, zakres i poziom usług świadczonych przez dom uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności". Niestety dotyczy on tylko kwestii związanych z organizacją domu i zakresem świadczonych usług. Usiłowaliśmy także, pod wpływem raportów RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur uzasadniać ograniczenia opiniami lekarzy psychiatrów czy psychologów, ale były to jedynie niewystarczające półśrodki. Rzecznik Praw Obywatelskich kilkakrotnie wypowiadał się, iż DPS-y nie mogą samowolnie decydować o ograniczaniu wyjść mieszkańców z DPS-ów, mimo, iż problem ten powtarza się codziennie. W DPS-ie w Sopocie mamy mieszkańców z demencją i odczuwających potrzebę ciągłego chodzenia. Nasz budynek jest bardzo duży (kiedyś mieściła się w nim szkoła podstawowa), można krążyć po nim, spacerować w zadaszonym ogrodzie zimowym lub wy-

Wyzwania opieki długoterminowej

chodzić do ogrodu mieszczącego się pomiędzy skrzydłami budynku. To duży teren, który pozwala na wielogodzinne spacerowanie, a jednak osoby z demencją wciąż powtarzają: „muszę iść”. Latem spotkałam panią Krystynę (lat 75, w zaawansowanym stadium demencji), która stała przy drzwiach DPS-u i powtarzała: „muszę iść do mamy, ona czeka z obiadem”. Było to oczywiście wspomnienie z dzieciństwa, nie fakt z teraźniejszości. Zaproponowałam, że pójdziemy razem. Otwarte drzwi i możliwość swobodnego wyjścia wcale nie ucieszyły pani Krystyny. Już po kilku krokach, gdy z oczu zniknął nam DPS widziałam u niej napięcie i nerwowość. Całe życie mieszkała w okolicach DPS-u, jednak miasto bardzo się zmieniło, ona nie rozpoznawała okolicy. Widać było, że się waha, ma wątpliwości, w którą stronę powinna iść. Nie wiedziała gdzie jest ani jak wrócić do DPS-u. Mocno trzymała się mojego ramienia. Po kilkunastu minutach zaprowadziłam panią Krystynę do DPS-u. Na ławeczce przed wejściem odpoczywałyśmy, a ja pytałam, jak podobał się jej spacer, drzewa, okolica. W ogóle nie odpowiadała, była zaniepokojona, wyjście z domu nie uspokoiło jej, ani nie dało wytchnienia w odczuwanym przymusie chodzenia. Jednak gdy tylko weszłyśmy do DPS-u, znowu usłyszałam od pani Krystyny: „muszę iść”. Osoby z demencją czują nieustanne napięcie. Na większość bodźców reagują obroną oraz właśnie chęcią pójścia gdzieś, gdzie indziej, tam, gdzie kiedyś czuli się bezpiecznie, pod opieką rodziców czy rodzeństwa. To niebezpieczne sytuacje, zwłaszcza, że zdajemy sobie sprawę, iż senior z demencją nie będzie w stanie sam wrócić do domu. Takie są realia w opiece nad osobami z otępieniem. To skłania nas do zmian organizacji domów pomocy społecznej, kontrolowania wyjść i wejść, a w skrajnych przypadkach ich ograniczanie.

Ważne zmiany

Niezbędne stało się rozstrzygnięcie ustawowe, bowiem tylko akt prawny rangi ustawy może ograniczyć wolność osobistą w rozumieniu art. 31 Konstytucji. Ustawą z dnia 19 lipca 2019r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy



o ochronie zdrowia psychicznego ustawodawca umożliwił podjęcie działań domom pomocy społecznej. Zgodnie z art. 55 ust. 2a, dom pomocy społecznej może określić zasady zgłaszania przez mieszkańców domu personelowi tego domu wyjść poza jego teren oraz ich ograniczeń. Jednocześnie ustawodawca wskazał warunki takiego ograniczenia:

- 1 Tylko w przypadku gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu mieszkańca.
- 2 Dotyczy ono mieszkańców z zaburzeniami psychicznymi.
- 3 Decyzję o ograniczeniu swobodnego wyjścia z DPS-u może podjąć dyrektor lub kierownik domu.
- 4 Decyzja musi być podjęta na podstawie zaświadczenia lekarskiego.
- 5 Zaświadczenie lekarskie oraz samoograniczenie może być wydane na czas nie dłuższy niż 6 miesięcy.
- 6 Zaświadczenie lekarskie musi zawierać wskazanie zasadności takiego ograniczenia.
- 7 Ograniczenie wydawane jest w formie pisemnej.
- 8 Ograniczenie w treści zawiera wskazanie osoby, której dotyczy, okresu na jaki zostało wydane, uzasadnienie ograniczenia oraz pouczenie o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia do sądu opiekuńczego.

- 9 Ograniczenie doręcza się mieszkańcowi domu, a gdy jest osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie, również jego przedstawicielowi ustawowemu.
- 10 Doręczając ograniczenie dyrektor lub kierownik domu pomocy społecznej poucza mieszkańca domu o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia.
- 11 Informacje o ograniczeniu dyrektor lub kierownik przesyła do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się dom, w terminie 3 dni od dnia doręczenia ograniczenia mieszkańcowi domu.

Dodatkowo ustawa przewiduje tryb odwoławczy oraz wskazuje odpowiedzialnych za szkodę wyrządzoną przez niezgodnie z prawem działanie w zakresie ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczenia terenu domu pomocy społecznej.

Prawny porządek

Od lat widzieliśmy potrzebę prawnego uregulowania sytuacji chorych w DPSach i legalizacji naszych działań opiekuńczych. Staraliśmy się dbać o podopiecznych i kierować się ich dobrem. Zawsze widzieć najpierw człowieka, jego potrzeby i oczekiwania, a dopiero potem jego chorobę i kondycję zdrowotną. Zdając sobie sprawę z zagrożenia staraliśmy się im zapobiegać. Jednocześnie zawsze byliśmy świadomi, że nasze działania bezwzględnie wymagają legity-

macji prawnej i bardzo nam jej brakowało. Zmiana ustawy o pomocy społecznej rozwiązała nasz problem. Wchodzimy w etap praktycznego stosowania nowych rozwiązań, które wydają się zabezpieczać interesy i być korzystne dla wszystkich stron.

Indywidualne podejście

Ograniczenie swobodnego opuszczania DPS-u nie dotyczy całej grupy mieszkańców, a jedynie konkretnych osób. W każdym przypadku analizujemy indywidualnie stan zdrowia i funkcje poznawcze (wykorzystując np. testy MMSE). Obserwujemy zachowanie i reakcje seniora w różnych sytuacjach: jego zachowanie w grupie znanych i nieznanymi osobami, orientację w budynku DPS-u, umiejętność trafienia do własnego pokoju, jadalni czy sali gimnastycznej. Ustawodawca określając obowiązki otrzymaniu zaświadczenia lekarskiego podkreśla indywidualny charakter ograniczenia. Jest to forma zabezpieczenia przed niepotrzebnym wprowadzeniem zakazu samodzielnego opuszczenia DPS-u.

Zespołowe podejmowanie decyzji

W DPS-ach funkcjonują zespoły terapeutyczno-opiekuńcze. Realizują zadania DPS-ów. Pracownicy pierwszego kontaktu, którzy są członkami zespołów pozostają w stałym, osobistym kontakcie z podopiecznymi. Na temat kondycji seniora i poziomu jego samodzielności wypowiadają się wszyscy członkowie zespołu oraz inni pracownicy, wolontariusze, członkowie rodziny. Dla dyrektora, który może ograniczyć swobodę mieszkańca, opinia każdego jest ważna, bo każdy ma inne doświadczenia i miał kontakt z podopiecznym w innych sytuacjach. Zachowanie samodzielności i możliwość podejmowanie decyzji na własny temat w drobnych, bieżących sprawach jest ważna w procesie leczenia i opieki nad mieszkańcem. Zbyt wcześnie wprowadzane ograniczenia powodują apatię, wycofanie się osoby z codziennych aktywności, czasem zachowania agresywne. Tego chcemy uniknąć.

Stosowanie ograniczeń nigdy dla wygody personelu czy w celu ukarania

Opieka nad osobami z demencją to wyzwanie dla całej kadry DPS. Potrzebujemy dobrej kondycji, bo przez częste wędrowanie chorego pracownicy pozostają w ciągłym ruchu. Niezbędna jest też spora dawka cierpliwości, zwłaszcza gdy mieszkaniec wielokrotnie powtarza to samo pytanie. Systematyczne szkolenia pomagają pracownikom zrozumieć chorobę, zachowanie i reakcję podopiecznych. Jednak każdy z nas ma prawo czuć zmęczenie, niemoc, spadek motywacji do podejmowania kolejny raz tych samych czynności. To prosta droga do pójścia na skróty. Zwykłe ludzkie zmęczenie może przerodzić się w obwinianie mieszkańca za sytuację, w jakiej jesteśmy. Lepiej unikać chęci ukarania osoby, odegrania się za wszystkie przykrości, których od niej doznał. Takie działania nie mają sensu. Osoba z demencją nie robi nic na złość. To wymagałoby zaplanowania działania, a ona ma przecież chory mózg i nic nie jest w stanie zaplanować. Ustawodawca wskazał jednoznacznie, iż ograniczenie można zastosować tylko w sytuacji zagrożenia życia lub poważnemu zagrożeniu zdrowia.

Nie ma złotego środka

Zgodnie z art. 56 ustawą o pomocy społecznej mamy kilka typów DPS-ów: dla osób w podeszłym wieku, przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie, osób niepełnosprawnych fizycznie oraz osób uzależnionych od alkoholu. W każdym z tych typów domów ograniczenie będzie wyglądało inaczej. Inne będą warunki techniczne, sposób komunikowania mieszkańcom ich praw i ewentualnego ich ograniczenia. Inne będzie też jego uzasadnienie. W różnych placówkach inaczej zorganizowane są kontakty z lekarzem rodzinnym czy lekarzem psychiatrą (zaświadczenie lekarskie może wystawić lekarz rodzinny, nie lekarz psychiatra, których w Polsce mamy zbyt mało, a przez to kontakt z nimi jest utrudniony) Wynika to ze specyfiki placówek, potrzeb jego mieszkańców, indywidualnych warunków lokalnych. ●

List dyrektorów DPS-ów

WOJ. KUJAWSKO-POMORSKIEGO DOTYCZĄCY ZMIAN W USTAWIE O POMOCY SPOŁECZNEJ

Wprowadzone przez Ustawodawcę zmiany dotyczące ograniczenia swobodnego opuszczenia DPS-u przez mieszkańców będących osobami z zaburzeniami psychicznymi budzą sporo emocji. Dyrektorzy DPS-ów z województwa kujawsko-pomorskiego w liście przekazanym do naszej redakcji prezentują swoje stanowisko w tej sprawie.



Dyrektorzy Domów Pomocy Społecznej woj. kujawsko-pomorskiego wyrażają swoje obawy, co do zmiany ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Wątpliwości te głównie wynikają z braku możliwości systematycznego kontaktu i to nie tylko z lekarzem specjalistą – psychiatrą, ale też z lekarzem POZ – rodzinnym. Z powodu limitów wizyt lekarskich stosowanych przez NFZ i oddalenie od miast, Domy Pomocy Społecznej mają coraz większe trudności w dostępie do usług medycznych. Nowelizacja ustawy zrzuca odpowiedzialność za bezpieczeństwo mieszkańca wyłącznie na Dyrektora DPS-u lub kierownika. Już dziś, na kilka tygodni po wprowadzeniu możliwości ograniczenia wyjść, dyrektorzy spotykają się z oporem lekarzy. Nie chcą oni wypisywać zaświadczeń lekarskich i uzasadniać ograniczenia, gdyż boją się trybu odwoławczego tzn.

- nie chcą uczestniczyć w procesie odwoławczym uzasadniającym ograniczenia,
- nie chcą, dlatego, że nie wszyscy lekarze utożsamiają się z Domem Pomocy Społecznej,
- nie mają czasu, aby na wezwanie Sądu Rodzinnego pójść i bronić swoich decyzji.

Dyrektor w tej sytuacji staje się „zakładnikiem”, bo z jednej strony jest brak wsparcia ze strony lekarzy, z drugiej naraża się na odpowiedzialność za skutki wyrządzone przez niezgodne z prawem działanie w zakresie ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania terenu DPS-u przez mieszkańca gdyż odpowiedzialność ponosi jednostka prowadząca dom.

Domy Pomocy Społecznej to jednostki „otwarte”. Wprowadzona zmiana ustawy nie daje narzędzi do jej egzekwowania i instrumentów do egzekwowania zakazu wyjść a jednocześnie przenosi odpowiedzialność na jednostkę i jej kierownictwo. Niewiele domów pomocy społecznej ma portiera, recepcję, w której kontroluje się wyjścia mieszkańców. Nasuwają się zatem pytania:

- Jak ma zachować się dyrektor w sytuacji, gdy mieszkaniec mimo zakazu wyjdzie?
- Kto personalnie w takiej sytuacji będzie odpowiedzialny i będzie ponosił konsekwencje?
- Kto ostatecznie będzie zmuszony pokryć straty, jeśli osoba z zakazem opuszczania DPS-u poza jego terenem wyrządzi szkodę?
- Co w sytuacji, gdy osoba samowolnie opuści DPS i zginie, bądź zadziała na szkodę zdrowia i życia swojego lub innych?

Intencja ustawodawcy wprowadzająca zmianę do przepisów ustawy była dobra. Wychodzi ona naprzeciw potrzebom środowiska, jednak brak konsultacji praktycznych z wykonawcami ustawy powoduje, że przepis ten w praktyce życia codziennego DPS-u staje się nie do zastosowania rodząc szereg dotkliwych, prawnych i materialnych konsekwencji dla kierownictwa domów.

Wprowadzenie zapisu ustawy przy braku instrumentów egzekwowania zakazu powoduje, iż my, jako dyrektorzy DPS-ów czujemy się mimo wszystko osamotnieni w działaniu i po raz kolejny przybija nas ciężar odpowiedzialności za rzeczy, na które nie mamy wpływu.



Szanowni Państwo!

zależy nam na poznaniu Waszej opinii na temat zmian wprowadzonych przez Ustawodawcę. Serdecznie zapraszamy do dzielenia się swoimi uwagami pod adresem mailowym: fundacja@tzm-global.com

Demencja – wiemy coraz więcej

JOANNA HAIN-LISTEWNIK // Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat

Demencja była głównym tematem 22. Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej, która odbyła się w Toruniu w dniach 18-20 września 2019 roku. Jak ważny jest to temat potwierdziło blisko 1000 uczestników z całego świata, którzy przyjechali do Torunia posłuchać specjalistów w tej dziedzinie i wymienić się doświadczeniami.



Dwie sesje poprowadziła Teepa Snow - niekwestionowany ekspert w dziedzinie opieki nad osobami z demencją, twórczyni programu edukacyjnego Positivie Approach to Care™ - PAC™ czyli Pozytywne Podejście do Opieki. Amerykanka współpracuje z największymi organizacjami alzheimerowskimi na świecie. Do Polski przyjechała po raz

pierwszy, na specjalne zaproszenie Fundacji TZMO Razem Zmieniamy Świat. W czasie Konferencji swoim doświadczeniem podzielili się również wybitni specjaliści z Polski i Europy. W ciągu trzech dni Konferencji wysłuchaliśmy kilkunastu wykładów dotyczących opieki nad osobą z demencją, wsparcia terapeutycznego, sposobów komunikacji, budowania bezpiecznego i przyjaznego otoczenia.

Zmiany w demencji



Warsztaty z Teepą

Teepa Snow poprowadziła także dodatkowe, bezpłatne, kilkugodzinne warsztaty, podczas których starała się pokazać jak wygląda świat osób z demencją. Dzięki temu łatwiej jest zrozumieć jakie ograniczenia niesie choroba, a przede wszystkim uświadomić sobie, że w demencji zmiany w zachowaniu wynikają z choroby mózgu. Podkreślała jak ogromnie ważne jest wypracowanie nowych ścieżek porozumiewania się z chorym, ponieważ sprawna komunikacja jest jednym z filarów efektywnej opieki opartej na współpracy.

– *W gruncie rzeczy chodzi o to, by nauczyć się naprawdę zwracać uwagę na drugą osobę. Nasz chory bliski nie jest uparty. Nie jest złośliwy. To nie jest tak, że się nie stara. Chodzi o to, że jego mózg umiera* – mówiła między innymi Teepa Snow.

Głos osoby z demencją

Pierwszy raz w historii szkoleń i konferencji w Polsce głos zabrała też sama osoba chora - Adam Soral. Przeczytał poruszający list o sobie, o pierwszych objawach choroby i jaki miało to wpływ na jego rodzinę. Podkreślał jak ważne jest to, żebyśmy samej opieki nie planowali bez udziału osoby, którą się zajmujemy.

– *Choruję neuropoznawczo. Czyli mam demencję, Inaczej mówiąc otępienie. Mój mózg choruje prawdopodobnie podwójnie. Na cho-*



robę Alzheimera i naczyniową demencję. Mówi się wtedy o otępieniu mieszanym. Medycyna nie wie, dlaczego choruję – mówił na wstępie swojego wystąpienia pan Adam. Część swojej prelekcji poświęcił kłopotom z porozumiewaniem się z otoczeniem. Mówił o słowach, które „straciły sens”. – *To, o czym chcę państwu powiedzieć, muszę przeczytać.*

I to też nie jest łatwe. Jest ze mną moja żona, mój zapasowy mózg.

Tłumaczył – *Moja rodzina i ja przeszliśmy długą drogę zanim okazało się, że moja choroba to poważne schorzenie neurologiczne. Jestem inżynierem. Studiowałem na Politechnice Gdańskiej. Całe życie zawodowe byłem związany ze statkami. Praca była moją pasją. Jestem też poliglotą. Znam angielski, francuski i rosyjski.*

Opowiadał, że pierwsze symptomy choroby były niegroźne – jak to, że wyjeżdżając z garażu zamiast w lewo, skręcał w prawo, wjeżdżał pod prąd lub błędził na wakacjach – w miejscach gdzie nie był po raz pierwszy. – *Nie mogę liczyć pieniędzy. Dobrze zarabiałem i wydawałem bardzo dużo. Nawet nie wiemy na co* – czytał Adam. Z perspektywy czasu ocenia, że pierwsze symptomy jego choroby wystąpiły prawie 20 lat wcześniej, kiedy miał zaledwie 52 lata i zmieniało się jego zachowanie.

– *Zawsze byłem osobą zrównoważoną. Towarzyskim facetem. A stałem się aroganckim osobnikiem, który nie kontrolował swoich zachowań. Moja żona nie wytrzymała tego i się rozwiedliśmy. Dla nas wszystkich to było trudne. Wiem, że nasza rodzina przeżyła coś złego, ale mój mózg nie dostarcza mi danych na ten temat. Nie mogę przywołać faktów.*

Dochodziły kolejne problemy z wykonywaniem prostych czynności – *Nie mogłem złożyć koca. Nie wiedziałem jak. A kiedyś przecież zarabiałem na geometrii wykreślnej* – tłumaczył.

– *Czy mam problemy z pamięcią? Czasami tak,*

a czasami nie. Czasem nie mam świadomości, czasami wiem, gdzie coś jest, a innym razem nie wiem. Są dni, gdy nie mogę w domu trafić do toalety. Łatwo się rozpraszam. Na przykład kiedy ubieram buty i coś mnie rozproszy, mój mózg traci informację czy wychodzę czy przyszedłem. Kiedy jestem na ulicy, wystarczy, że obrócę głowę i już jestem w innej przestrzeni. Często zabieram żonie kubek z kawą, bo mój mózg widzi inaczej.

Pan Adam wskazywał także co mu pomaga.

– *Pomaga mi gdy nie mówicie, lecz pokazujecie. Słowa są trudne. Choroba uszkodziła mój płat skroniowy i spowodowała afazję. To znaczy, że kiedy coś mówię, wy możecie mnie nie zrozumieć. Kiedy chcę coś skomentować, mój mózg intonuje, ale układa słowa w przypadkowej kolejności i to co mówię traci sens. Czasem o tym wiem, czasem nie. Kiedy jednak mówię o rodzinie – mówię płynnie i zrozumiale, bo mój mózg korzysta wtedy z innych zasobów. Mam na szyi stopery, a w torbie duże słuchawki, zakładam to, żeby odpocząć. Mój mózg źle znosi hałas.*

Na koniec podsumował – *Być może gdyby moja choroba została rozpoznana wcześniej, nasza rodzina nie musiałaby przejść kryzysu. Miałbym wcześniej dostęp do leczenia, a objawy z którymi zmagam się dzisiaj, miałbym za 10 lat. Moja teściowa też choruje, też ma demencję. Ma 90 lat. O ludziach w tym tym wieku mówimy, że to starość. To błąd. Zmieniła się z powodu choroby, a nie ze starości. Jej mózg również choruje, ale każde z nas choruje inaczej. Chorujemy wszędzie. Żaden kraj nie*



ma leczenia, ale każdy ma problem z edukacją. Jestem pewien, że moje pokolenie zmieni podejście do opieki. Nie chorujemy nadaremnie. Uczcie się od nas, a nie na nas.

Pan Adam, kiedy pierwszy raz trafił do lekarza usłyszał, że jest za młody, żeby chorować na Alzheimera. Z pewnością demencja jest w większości przypadków diagnozowana za późno. Nie ma leku, dlatego tak ważna jest edukacja i zrozumienie zmian, które następują.

Na bazie nauki Teepy Snow i różnych organizacji pacjenckich działających w Stanach Zjednoczonych, Anglii czy Australii, Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat, w ramach projektu

Damy Radę, wydała poradnik – **„Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji”**. To 124 strony przewodnika, którego celem jest prowadzenie po złożonym świecie demencji i pomoc w zrozumieniu sytuacji, w których opiekun uczestniczy wraz z chorym. Konkretnie studia przypadku opisujące najtrudniejsze, wg. opiekunów, sytuacje.

– W opiece nad osobami z demencją najważniejsza jest wiedza. Bezplatny poradnik to taka deska ratunku dla opiekunów, każdy powinien mieć taki w domu, bo opisane są poszczególne etapy choroby. – Mówi Marcel Andino Velez, koordynator opieki geriatrycznej.



Poradnik składa się z czterech części:

- Część I – Zrozumieć demencję**
- Część II – Etapy demencji**
- Część III - Otoczenie**
- Część IV – Trudne sytuacje w opiece**

Bezplatny poradnik „Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji” można zamówić na stronie internetowej: damy-rade.info w zakładce ZAMÓW PORADNIKI



Szkolenie jak i wydany poradnik długo były jeszcze komentowane przez uczestników. Pozytywne opinie są dowodem na to, jak bardzo takie spotkanie i materiały są potrzebne opiekunom.

Pani Beata, opiekunka z DPS-u w Ozorkowie opisała swoje doświadczenia w opiece nad Panem Wojtkiem ze zdiagnozowaną chorobą Alzheimera w zaawansowanym stanie. Pan Wojtek nie pozwalał do siebie nawet podejść a kąpiel często przebiegała w asyście trojga opiekunów.

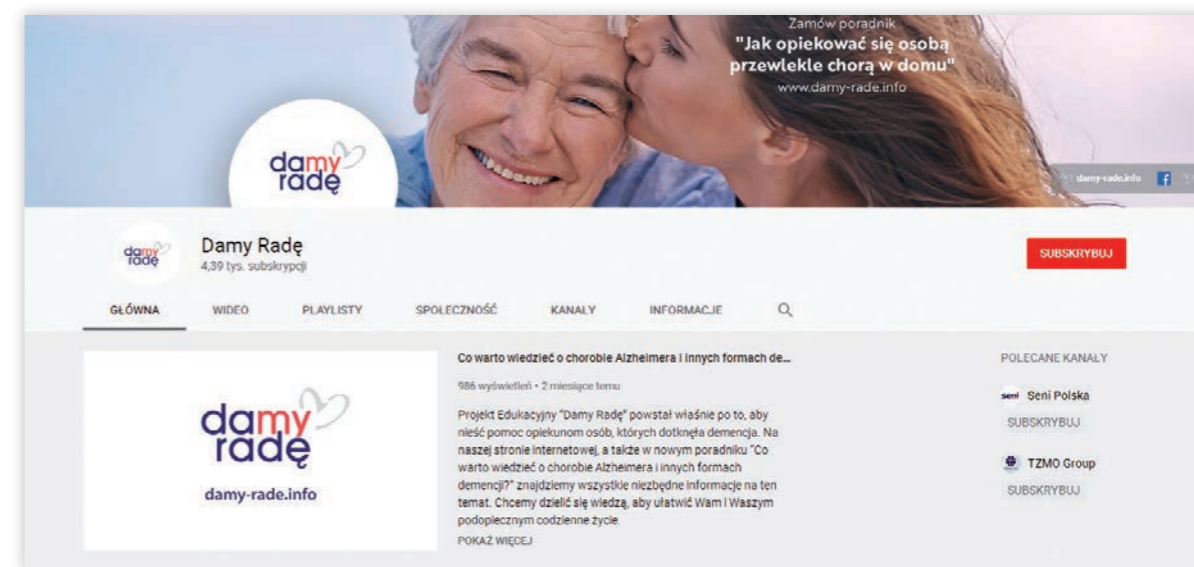
W trakcie warsztatów nauczyłam się, że robimy podstawowe błędy. Uświadomiłam sobie jak ważne jest podchodzenie do osoby chorej patrząc jej w oczy i stając na przeciwko, mówić gestykując i pokazując co ma robić. Wykorzystałam chwyt dłoń-pod-dłoń, dzięki czemu Pan Wojtek pozwolił się ogolić. Tak naprawdę „prowadziłam go za

rękę” i on wykonywał te czynności razem ze mną. Pozwolił się wykąpać. Oczywiście Pan Wojtek ma swoje gorsze dni i wtedy trzeba to uszanować i odpuścić, bo nie pozwala na żaden kontakt.

Warsztaty były rewelacyjne, wróciłyśmy uskrzydłone chcąc stosować nowe techniki. Szybko widziałyśmy efekty.

Pani Beata dodała też – *Uważam, że techniki nie są tylko dla osób z demencją. Czasami chorzy czują się porzuceni przez rodzinę, są zbuntowani przeciwko chorobie i sytuacji w jakiej się znaleźli. Mają ograniczone zaufanie, a dzięki odpowiedniej komunikacji, kontaktowi wzrokowemu zaczynają czuć się bezpieczniej i zaczynają nam ufać. Wykorzystałam też technikę chwytu dłoń-pod-dłoń przy karmieniu osoby leżącej. Do*

tej pory wydawało mi się, że najważniejsze jest, żeby ktoś był nakarmiony – nieważne jaką metodą, że robię dobrze a tak naprawdę ktoś czuje się do czegoś zmuszany. Przy zmianie podejścia współpracujemy. Marta, opiekowała się wiele lat swoim tatą, teraz pomaga w opiece nad teściową. – *Często używam zwrotu „dopóki pamiętam”, a dopiero teraz czytając przewodnik w pełni rozumiem jego znaczenie... Dzięki poradnikowi zobaczyłam, że choroba mojego Taty (Alzheimer) zaczęła się dużo wcześniej niż to zrozumieliśmy i że teraz łatwiej jest mi przyjąć i zrozumieć jego zachowania. Szkoda, że tak późno. Jednak nie jest za późno na zrozumienie choroby mojej teściowej (demencja) i pomoc w zaakceptowaniu tego przez mojego męża. To, co jest ważne w tym poradniku to pokazanie świata z perspektywy chorego. Przybliżyła to opiekuna do zrozumienia jego zachowań, to BARDZO cenne”.*



Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat przygotowała szereg filmów skierowanych do opiekunów osób z demencją, które pomagają zrozumieć czym jest demencja, to m.in. rozmowy ze specjalistami czy też wskazówki dotyczące pielęgnacji chorych. Porad udziela także Teepa Snow. Wyjaśnia trudne sytuacje, które często pojawiają się przy opiece nad osobą z demencją

[YouTube.com/DamyRadeinfo](https://www.youtube.com/DamyRadeinfo)

Osoby z demencją w DPS-ach

JAK STWORZYĆ DLA NICH ODPOWIEDNIĄ PRZESTRZEŃ DO ŻYCIA

SYLWIA WIERZEJSKA // terapeuta, Siedleckie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera

Siedleckie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera od 25 lat zajmuje się rodzinami osób z demencją. Z roku na rok jest ich coraz więcej, a wsparcia rodziny mogą szukać głównie wśród organizacji pozarządowych. Stowarzyszenie z Siedlec jest organizacją, która jako pierwsza otworzyła całodobowy dom opieki dla osób z demencją.

W związku z wydłużeniem się naszego życia obserwujemy coraz bardziej starzejące się społeczeństwo. Wraz ze wzrostem liczby osób starszych pojawiają się nowe wyzwania w opiece nad seniorami stojące przed obecną cywilizacją. Zadaniem władz samorządowych i centralnych, jest dostosowanie obecnie prowadzonej polityki i instytucji świadczących usługi medyczne oraz socjalne do zachodzących zmian demograficznych.

Demencja - znak naszych czasów

Samorządy mają trudną misję do zrealizowania jaką jest stworzenie optymalnych warunków opieki oraz wsparcia osób starszych, niesamodzielnymi, w większości przypadków schorowanych. Należy zauważyć, że obecnie na cztery osoby w wieku produkcyjnym (15-64 lat) przypada jedna osoba w wieku 65+. W 2050 roku stosunek jednej grupy osób do drugiej drastycznie się zmniejszy i będzie wynosić 2:1. Postęp cywilizacyjny sprawił, że żyjemy dłużej, wygodniej, bardziej aktywnie. Nie uchroniło

nas to jednak przed zapadaniem na choroby degenerujące organizm. Wśród chorób cywilizacyjnych znajdują się różne rodzaje demencji. Opieka nad osobą z otępieniem wymaga szczególnego zaangażowania, wiedzy i cierpliwości. Jeżeli osoba jest pod opieką rodziny to z naszego doświadczenia wiemy, że zajmuje się nią tylko jedna osoba spośród bliskich. Zwykle jest ona typowana przez resztę rodziny i niestety pozostaje w tej opiece osamotniona. Zdarza się, choć bardzo rzadko, że rodziny dzielą się opieką, wtedy o wiele łatwiej jest zatroszczyć się o podopiecznego, a opiekun ma możliwość odpoczynku. W Polsce, szczególnie na terenach wiejskich, silnie zakorzeniony jest obowiązek opieki nad osobą starszą, wymagającą pomocy. Niemniej jednak coraz częściej sytuacja rodzinna, ekonomiczna czy mieszkaniowa nie pozwala na podjęcie opieki w domu. W przypadku demencji dodatkowym obciążeniem są zmiany w zachowaniu, począwszy od zaburzeń trybu dnia i nocy, aż po agresję czy halucynacje.

Oficjalnie Alzheimer w DPS-ie nie mieszka

Wsparcie w trudnej sytuacji może zapewnić dom pomocy społecznej. Tu rodzi się jednak problem ze znalezieniem odpowiedniej placówki mimo tego, że w Polsce są instytucje oferujące swoje usługi osobom z różnymi schorzeniami.

Zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej art. 56 wyróżniamy siedem typów domów pomocy społecznej, dla:

- 1 Osób w podeszłym wieku
- 2 Osób przewlekle somatycznie chorych
- 3 Osób przewlekle psychicznie chorych
- 4 Dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- 5 Dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie
- 6 Osób niepełnosprawnych fizycznie
- 7 Osób uzależnionych od alkoholu

Choroby takie jak Alzheimer, Parkinson, otępienie naczyniowe, otępienie w ciałach Lewy'ego, otępienie naczyniowo-skroniowe uznawane są za choroby psychiczne i osoby z tymi schorzeniami umieszczane są w domach dla osób przewlekle psychicznie chorych. Czy taki podział na typy domów jest odpowiedni? Czy ludzie z demencją powinni być „wrzucani do jednego worka” z chorującymi na różne choroby o podłożu psychicznym?

Istnieje przekonanie, że w Polsce powinien powstać nowy podział domów pomocy, w którym wyszczególniono, by dom dla osób z otępieniem traktować jako zupełnie nową, samodzielną jednostkę.

Współpraca jest możliwa

Jako organizacja prowadząca od dwudziestu lat Dom Pomocy Społecznej dla Osób z Chorobą Alzheimera w Ptaszkach oraz od dziesięciu lat filię domu w miejscowości Kukawki, obserwujemy funkcjonowanie osób z zaburzeniami psychicznymi typu schizofrenia oraz osób z demencją. Wnioski mogą zaskakiwać niektórych, ale naszym zdaniem te dwie grupy ludzi chociaż tak bardzo różne, to świetnie ze sobą współpracują na co dzień. Niejednokrotnie osoby z zaburzeniami psychicznymi stają się opiekunami osób z demencją. Wspomagają ich w codziennym funkcjonowaniu, obserwując czy nie zrobią sobie krzywdy biorąc do ręki rozmaite przedmioty, czasem również karmią lub pilnują, aby się nie zagubili wychodząc na zewnątrz budynku. Taka opieka stanowi pewien rodzaj terapii dla osób chorych psychicznie.

Niestety człowiek z demencją nie kojarzy już wielu faktów i pomimo tego, że wie co wziąć do ręki, to często nie wie w jaki sposób może dany przedmiot użyć. Osoba z otępieniem potrafi złapać np. bombkę na choince i ją ugryźć, przecież jest to rzecz okrągła, pięknie lśniąca, w czerwonym kolorze jak jabłko. Każdy z rodzajów demencji ma inny przebieg, jednak można znaleźć wspólny mianownik – każda osoba z otępieniem wymaga opieki całodobowej. Cieszy nas to, że możemy liczyć na wsparcie naszych mieszkańców, którzy pomimo zaburzeń psychicznych czuwają nad swoimi współmieszkańcami i reagują na każ-

dą niepokojącą ich sytuację. Osoby chore np. na schizofrenię chętnie wspierają terapeutów podczas zajęć i razem z osobami z demencją wykonują różne ćwiczenia manualne. Często również w ramach rehabilitacji wspólnie spacerują na zewnątrz budynku.

Co ciekawe osoby z zaburzeniami psychicznymi często stają się przyszywanymi dziećmi dla osób z demencją. Osoby chore psychicznie często są odrzucone przez swoje rodziny, ich zaburzenia wynikają często z nieprawidłowych relacji rodzinnych w wieku młodzieńczym. Natomiast dobrze rozumieją się z osobami z demencją, czytają im książki, przytulają ich, wspólnie się modlą.

Mieliśmy przypadek, że mieszkanka chorująca na schizofrenię, która straciła syna parę lat wcześniej upatrzyła sobie „zastępczego” syna w człowieku chorującym na płasawicę Huntingtona. Pacjent chory na płasawicę Huntingtona nie był łatwym pacjentem we współpracy, bo pomimo pogłębiającego się otępienia był uparty i często nie chciał jeść, ale od swojej przyszywanej matki zawsze zjadł.

Poczucie bycia potrzebnym jest dla osób z zaburzeniami psychicznymi bardzo ważne. Ostatnio trafił do nas młody mężczyzna uzależniony od alkoholu. Od początku zamieszkania w DPS-ie zaczął pomagać przy organizacji posiłków, otwiera również bramę zamykaną na klucz. Nie szuka sposobów ucieczki, czuje się potrzebny i akceptowany. Zniknął też u niego problem z alkoholem.

Wykwalifikowany personel to podstawa

Możemy pochwalić się tym, że zbudowaliśmy dom pełen ciepła i zrozumienia dla osób całkowicie zależnych. Udało nam się osiągnąć to dzięki temu, że utrzymujemy niewielką liczbę miejsc w naszych ośrodkach, ponieważ na stałe przebywa zarówno w jednym jak i w drugim domu po 25 osób. Mało jest takich domów pomocy. Zatem DPS w Ptaszkach i filia w Kukawkach to domy o pięknej tradycji, gdzie pacjent z demencją czuje się bezpiecznie, niemal jak we własnym domu.

Istotnym aspektem jest zatrudnianie personelu przygotowanego do pracy z osobami z demencją oraz posiadający cechy osobowo-

ści ułatwiające im pracę w takich warunkach. Praca z ludźmi chorymi psychicznie i osobami z demencją to praca szczególna, wymagająca mocnej psychiki, wiedzy o tym jak osoby z otępieniem się zachowują i jak sobie należy radzić w sytuacjach trudnych.

Dostępność domów pomocy społecznej, w której personel ma wiedzę o tym jak zajmować się osobami z otępieniem jest na wagę złota. Osoba z demencją potrzebuje odpowiedniej aktywności, bodźców zewnętrznych w postaci terapii zajęciowej, rehabilitacji, angażowania go w życie domu. Do naszych domów trafiają niejednokrotnie osoby leżące i w wyniku starań personelu podnoszą się z łóżka, zaczynają samodzielnie siadać, a z czasem wstawać i chodzić, uczestniczyć w życiu domu. Sztuką jest utrzymanie jak najdłużej sprawności chorego, aby nie doprowadzić go do stanu wegetatywnego. Mieszkańcy z otępieniem stanowią dla większości domów pomocy duże wyzwanie, bo często chodzą bez celu, zaczepiają innych, dużo mówią.

Miejsc ciągle za mało

W Polsce nadal jest niewiele domów pomocy społecznej, gdzie osoba z demencją znajdzie odpowiednie wsparcie. Jeśli chodzi o wschodni kraniec Polski, to Dom Pomocy Społecznej dla Osób z Chorobą Alzheimera w Ptaszkach z filią w Kukawkach jest jedyną tego typu placówką. Staramy się przyjmować osoby z każdej części Polski. Mamy mieszkańców pochodzących z Bydgoszczy, Wrocławia, Świnoujścia czy Sopotu. Reagując na rosnącą liczbę osób z otępieniem, podjęliśmy decyzję o powiększeniu ośrodka w Ptaszkach.

Dobrym pomysłem są funkcjonujące Dienne Domy Opieki. Dzięki takim instytucjom, osoby z demencją mają możliwość uczestnictwa w terapii i rehabilitacji, a opiekunowie faktycznie mogą prowadzić normalne życie, pracować, załatwić ważne sprawy. Ubolewamy, że nie ma takiego dziennego domu dla osób z demencją w naszym regionie. Brak takiej placówki odczuwamy w rozmowach z opiekunami, którzy chcą być aktywni zawodowo i społecznie, a nie są gotowi na podjęcie decyzji o umieszczeniu swojego bliskiego w DPS-ie. W Siedlcach funkcjonuje dzienny dom, ale dla seniorów zdro-

wych intelektualnie. Osoby z demencją są tam przyjmowane, ale tylko na wczesnym etapie choroby.

Pomagamy na zewnątrz

Odpowiedzią na potrzeby opiekunów są realizowane obecnie przez nasze Stowarzyszenie projekty w ramach Budżetu Województwa Mazowieckiego. W ramach pierwszego z projektów pt. „Alzheimer? Jak żyć?” udzielamy wsparcia rodzinom osób z demencją w miejscu zamieszkania w postaci wizyt edukacyjnych. Grupa specjalistów (pielęgniarka, asystent, terapeuta zajęciowy i fizjoterapeuta) edukuje opiekunów jak radzić sobie w sytuacjach dnia codziennego, jak rozwiązywać konflikty, jak pracować z osobą z otępieniem i przygotowują bliskich na to, co mogą przynieść kolejne etapy demencji. Udzielamy również wsparcia psychologicznego w postaci rozmów indywidualnych oraz prowadzimy spotkania otwarte, warsztaty edukacyjne i akcje promocyjne w prasie, radiu i telewizji.

Drugi projekt nosi nazwę „Dostępność? Jesteśmy na tak – opieka domowa nad osobą starszą w tym niesamodzielną z chorobą otępienną”. Jego założeniem jest również edukacja opiekuna w zakresie opieki nad osobą z demencją oraz udzielenie realnego wsparcia w postaci usług opiekuńczych przez okres półroczny. Trzeci projekt „Mobilne usługi opiekuńcze dla osób niesamodzielnymi” realizowany jest u jednej rodziny, u której świadczymy usługi opiekuńcze.

Problem z opieką nad osobą z demencją w Polsce narasta. Osoby z otępieniem są zwykle późno diagnozowane, ponieważ pierwsze symptomy choroby są niezauważalne dla bliskich. Nie ma wystarczającej edukacji społeczeństwa w kierunku demencji. Trudność stanowi też dostęp do miejsc w domach pomocy społecznej oraz dziennych domach pomocy dla takich osób w szczególności na wschodzie Polski. Rozwiązania takich sytuacji doszukują się i wspierają poprzez swoje działania głównie organizacje alzheimerowskie oraz Alzheimer Polska, która zrzesza obecnie 15 organizacji z terenu całej Polski. W działania na rzecz osób z demencją włącza się także Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat. ●

Relacje międzyлюдzkie

CZYNNIKI DETERMINUJĄCE RELACJE MIĘDZYLUDZKIE W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

AGATA NOWAK // Dyrektor Domu Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II w Nasielsku

Relacje międzyлюдzkie towarzyszą nam każdego dnia, nie mają one w większości obojętnego znaczenia, są pozytywne lub negatywne. Porozumiewanie się jest konieczne dla realizacji potrzeb fizjologicznych, bezpieczeństwa, tożsamości i samorealizacji. Nie jest więc przesadą stwierdzenie, że porozumiewanie się jest kluczową umiejętnością w życiu każdego człowieka.

W relacji między ludźmi potrzebne jest posiadanie wiedzy o drugiej osobie, ale także o samym sobie. Budowanie relacji jest jedną z podstawowych umiejętności społecznych, dzięki której potrafimy dobrze funkcjonować w społeczeństwie. Posiadanie tej umiejętności

pozwala na realizację i zaspakajanie potrzeb m.in. przynależności do grupy oraz na samorealizację w obszarze prywatnym i zawodowym.

Relacje międzyлюдzkie zwane inaczej stosunkiem społecznym to „*normatywnie określony schemat oczekiwanych interakcji między partnerami zajmującymi pewne pozycje społeczne i pełniącymi związane z nimi role*” (P. Sztompka).

Pozytywne wrażenie na początek

Aby relacje międzyлюдzkie w domu pomocy społecznej były budowane poprawnie i opierały się na dobrej komunikacji, istotne jest aby w czasie przyjęcia nowego mieszkańca stworzyć pozytywny obraz pierwszego kontaktu, który zostanie zakodowany w pamięci zarówno mieszkańca, rodziny jak i personelu. Starajmy się postawić w sytuacji drugiej osoby i spojrzeć na problem z jej punktu widzenia. Spróbujmy zrozumieć, że każdy inaczej postrzega otaczającą rzeczywistość, która w przypadku naszych mieszkańców jest zniekształcona przez pryzmat choroby.

Niejednokrotnie mieszkańcy kierowani są do domu pomocy społecznej postanowieniem sądu, czyli wbrew własnej woli, niesie to za sobą brak akceptacji pobytu i trudniejszą adaptację do warunków życia w DPS-ie. W dniu przyjęcia personel działa według opracowanych procedur, zgodnie z obowiązującymi przepisami, jednak przede wszystkim, należy zwrócić uwagę na to, aby każdy mieszkaniec traktowany był indywidualnie z należnym szacunkiem, empatią i zachowaną godnością. Starajmy się nawiązać „nić porozumienia”, aby pierwszy kontakt, pierwsze wrażenie było jak najbardziej pozytywne. Częstokroć, to ono będzie powracać w rozmowach z naszymi podopiecznymi. Ważnym aspektem jest fakt, przyjęcia i zaopiekowania się nowoprzybyłym mieszkańcem również przez przedstawicieli Samorządu, którzy podejmują próby nawiązania i budowania pierwszych relacji, będąc jednocześnie „grupą wsparcia”.

Mieszkaniec, a zwłaszcza jego rodzina, oczekują od placówki, aby nie tylko z nazwy była **DOMEM** i nie wyłącznie **INSTYTUCJĄ** pomocową.

Po pierwsze: słuchaj

Budując relacje musimy rozpoznać potrzeby, oczekiwania, rezultaty, których się spodziewa, zarówno mieszkańca jak również jego rodzina. Kluczem do osiągnięcia celu jest aktywne słuchanie naszych rozmówców i staranie się zrozumieć, co chcą nam przekazać. Częstokroć

niepogodzenie się z losem i swoją sytuacją powoduje, że nasi podopieczni „w akcie bezsilności” obrażają pracowników, obrzucając ich epitetami i wulgaryzmami, wypowiadają slogany „płatę i wymagam”, „to dzięki mnie macie tu pracę”, chcąc zniechęcić do własnej osoby, udowodnić swoje

„DPS to nie tylko dach nad głową, strawa, odzież i szczoteczka do zębów, to subtelna sieć wpływów, bodźców i zahamowań... to laboratorium ducha ludzkiego, który rozwijając się i potężniejąc sam znajduje najodpowiedniejszą strawę”

J. Babicki

racje i umocnić swoją pozycję. Niewykluczone, że dzieje się tak, pod wpływem buntu, ponieważ nie mogą się pogodzić z zaistniałą sytuacją (często nie mając realnego poczucia i spojrzenia na chorobę), tęsknią za swoim, (jakie by ono nie było) „życiem na tzw. wolności”, czują się oszukani zarówno przez bliskich, jak również przez niedoskonały „system opieki”, który nie daje wystarczającego wsparcia i szansy funkcjonowania w środowisku. Brakuje w nim „ogniwa” tj. wykwalifikowanego asystenta osoby niepełnosprawnej - ale przewlekłe psychicznie chorej, która wspomagałaby w funkcjonowaniu oraz w systematycznym i nieprzerwanym procesie farmakoterapii. Dlatego posiadając wiedzę, m.in. z wywiadu środowiskowego starajmy się pomóc w odszukaniu i wytyczeniu „nowej drogi”, na której mieszkaniec może liczyć na szeroko pojęte, holistyczne wsparcie. W pracy „u podstaw” z podopiecznym w sposób indywidualny staramy się wspomóc, nawiązać dobre relacje, budując zaufanie, wypracowując wzajemny szacunek i autorytet. Podejmujemy próby „wydobycia” z naszego mieszkańca choćby namiastki zainteresowania tym, co dom ma

w swojej ofercie do zaproponowania, aby zachęcić do poznania, a niejednokrotnie rozwoju hobby i pasji, aby pokazać, że pobyt w DPS-ie to nie koniec (...), lecz początek czegoś nowego.

Trudne relacje z rodziną mieszkańca

Podczas rozmów z rodzinami naszych podopiecznych napotykać na roszczeniowość, której niejednokrotnie źródłem jest ogromny bagaż negatywnych doświadczeń, zawierający niespełnione marzenia, oczekiwania wobec, m.in. syna czy córki, frustracje, związane ze wstydem i stygmatyzacją spowodowaną chorobą psychiczną, brakiem akceptacji w rodzinie i w środowisku. Przeżyciem tego, są często wygórowane oczekiwania, wymagania wobec personelu, uwagi odnośnie jakości świadczonych przez DPS usług. Wiąże się to, z ograniczeniami ze strony rodzin (opiekuna prawnego, kuratora), stawianymi wobec mieszkańców, np. minimalizowanie kwot wypłat „Syn za dużo pali, a to kosztuje, przecież możecie go odzwycząić”. Taka postawa utrudnia pozytywne, często żmudnie budowane relacje, a co za tym idzie zaburza pracę i funkcjonowanie podopiecznego. Ograniczenia wobec naszego beneficjenta, powodują przerzucanie na nas winy, a niejednokrotnie negatywnie wpływają na wypracowane relacje. Co w efekcie przekształca się ze strony podopiecznego w agresję słowną, czasem nawet w czynną, kierowaną pod adresem personelu oraz współmieszkańców. Niwelowanie takich zachowań i „układanie cegiełki po cegiełce” dobrych relacji jest nieustannym zadaniem całego Zespołu Terapeutyczno-Opiekuńczego. Przeprowadzenie wielu rozmów terapeutycznych, psychoedukacyjnych, wspierających, porządkujących, niwelujących napięcia, modelujących postawy, daje oczekiwane rezultaty. Jest to jednak proces długofalowy, wymagający przede wszystkim akceptacji naszego mieszkańca i wytrwałości personelu w zamierzeniach.

Budując w domu pomocy społecznej pozytywne relacje międzyludzkie mieszkaniec – mieszkaniec, mieszkaniec – rodzina, mieszkaniec – personel, pracownik – rodzina, musimy pamiętać o kilku płaszczyznach, tj. o empatii, akceptacji, wzajemnym szacunku, tolerancji, nawiązywaniu i zacieśnianiu przyjaźni, sympatii oraz asertywności.

Ważna jest integracja

W instytucjach takich jak dom pomocy społecznej celowo organizowane są spotkania i aranżowane sytuacje sprzyjające kontaktom oraz tworzeniu się więzi. Przykładem mogą być spotkania mieszkańców organizowane z różnych okazji, m.in. takich jak uczestnictwo w zabawach tanecznych, kawiarenkach, spotkaniach poetyckich czy zebraniach społeczności. Dzięki temu podopieczni spędzają ze sobą więcej czasu, mogą się lepiej poznać, a co za tym idzie, zaczynają odczuwać wzajemną bliskość i przywiązanie. Utożsamiają się z domem, ze współmieszkańcami, a także z rolą, jaką w nim pełnią. Zaspokajają w ten sposób jedną z podstawowych potrzeb ludzkich - potrzebę afiliacji, uczestnictwa, bycia akceptowanym i potrzebnym. Nierzadko nasilająca się choroba powoduje zaburzenia spostrzegania i myślenia burząc każdą relację międzyludzką. W takich sytuacjach wsparciem jest dobrze wykształcony i wykwalifikowany personel, który w sposób profesjonalny i kreatywny podejmuje odpowiednie do danej sytuacji działania w pracy z naszym podopiecznym i ich rodzinami.

Indywidualne podejście kluczem do porozumienia

Dom pomocy społecznej jako instytucja totalna, obwarowana jest przepisami, zarządzeniami, regulaminami oraz procedurami, które wytyczają zgodnie z literą prawa jej funkcjonowanie. Jednak „w gąszczu przepisów” musimy pamiętać, że nasz podopieczny wymaga indywidualnego podejścia, tak aby w przypadku „trudnego i niedostosowanego mieszkańca”, nawiązać i wypracować „nić porozumienia”. Potrzebne są jasne i klarowne zasady, aby czuł się zauważony i ważny w miejscu, w którym się znalazł. Sposobem jest nieustanna praca całego Zespołu Terapeutyczno-Opiekuńczego, opracowywanie Indywidualnych Planów Wsparcia, psychoedukacja oraz szeroko pojęte działania wspierające. Bogata oferta aktywizacji czasu wolnego pozostawia wolny wybór w nawiązywaniu i budowaniu relacji międzyludzkich. Wspólne wyjazdy, m.in. na turnusy rehabilitacyjne, spacer, przeglądy twórczości, ćwiczenia, olimpiady, zajęcia z dziedziny hortikuloterapii, dają różne możliwości nawiązy-

wania i zacieśniania znajomości. Mieszkańcy wspólnie spędzając czas, wymieniają swoje poglądy na różne tematy, dzielą się opowieściami o osobistych odczuciach i emocjach, są dla siebie wsparciem w trudnych i ciężkich momentach swojego życia, np. w czasie choroby, pomagają sobie nawzajem. W kręgu wyznaniowym, spotykają się w trakcie nabożeństw, na wspólnych modlitwach.

Podopieczni dzięki wsparciu i pracy, którą Zespół Terapeutyczno-Opiekuńczy stara się ich wesprzeć, mają możliwość uspotecznienia się, wychodzenia z „enklawy niepełnosprawnych”, podejmowania, m.in. aktywizacji zawodowej, dzięki czemu nawiązują relacje poza domem pomocy społecznej, w środowisku lokalnym, pokonują bariery wynikające z choroby, są pełnoprawnymi członkami społeczeństwa, a tym samym lepiej funkcjonują. Dobre relacje są niewątpliwie w pracy z mieszkańcem uzupełnieniem farmakoterapii.

Wsparcie personelu

Podsumowując, najważniejszym „narzędziem” dla dyrektora w trudnej i niedocenianej w środowisku pracy, jest dobrze dobrany, profesjonalny, kreatywny, identyfikujący się z placówką personel. Jednym z zadań jest umożliwienie i kierowanie pracownikom na szkolenia i kursy oraz szeroko rozumiane imprezy i spotkania integracyjne. Bardzo ważną rzeczą, jest wsparcie personelu, ze strony zatrudnionych w DPS-ie psychologów, podczas indywidualnych i grupowych spotkań. Z jednej strony mają na celu podwyższenie kwalifikacji oraz umiejętności, które przekładają się na jakość świadczonych przez dom usług. Z drugiej zaś dają pracownikowi możliwość nowego spojrzenia na sposób wykonywanej przez siebie pracy - pełnionej misji wobec potrzebującego, często zagubionego i bezbronno mieszkańca, co dalej przekłada się na relacje na wszystkich płaszczyznach funkcjonowania DPS-u. Nie bez przyczyny wybrany został cytat „DPS to nie tylko dach nad głową...”. Podkreślić należy fakt, że poprawne relacje międzyludzkie towarzyszą nam zarówno w codziennym życiu prywatnym, jak i zawodowym. W budowaniu i utrzymywaniu relacji ważny jest wzajemny szacunek, zaufanie, empatyczne podejście do

drugiego człowieka, „wstuchanie się w Niego” - próba zrozumienia, co chce nam przekazać, umiejętność współpracy, a nie rywalizacji. Jak głosił Simmel: „Specyficzną dla człowieka formą bytu jest istnienie z innymi i dla innych”. ●

LITERATURA:

- A. Pease - Język ciała - jak czytać myśli ludzi z ich gestów. Kraków,
- Z. Nęcki - Komunikacja międzyludzka. Kraków, 1996
- M. Argyle - Psychologia stosunków międzyludzkich. Warszawa, 1991
- E. Aronson - Psychologia społeczna-serce i umysł. Warszawa 1997
- J. Stewart - Mosty zamiast murów. Warszawa 2000

Demencja

NA CELOWNIKU STUDENTÓW PIELĘGNIARSTWA

Z ANGELIKĄ JAKUBOWSKĄ // rozmawiała IZABELA MAŁKOWSKA, dziennikarka

O nauczaniu w zakresie demencji mówi Angelika Jakubowska, mgr pielęgniarstwa, wykładowca GUMed, Katedra Pielęgniarstwa, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Promocji Zdrowia oraz pielęgniarzka rodzinna NZOZ „Stogi” w Gdańsku.

IM: Czego uczy się dziś studentów w zakresie chorób otępiennych?

AJ: Choroby otępienne przybierają różne postacie i nasilenie. Najbardziej znaną społeczeństwu postacią demencji jest choroba Alzheimera, ale zaburzenia otępienne pojawiają się również po udarach, na skutek chorób zakaźnych, w chorobie Parkinsona oraz innych chorobach neurodegradacyjnych. Poziom wiedzy, jaką należy posiadać żeby we właściwy sposób sprawować opiekę nad osobą z demencją, musi być naprawdę wysoki. Studenci pielęgniarstwa Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego temat ten mają bardzo dokładnie oma-

wiany. Poczawszy od aspektów klinicznych, poprzez bardzo istotny temat szeroko pojętej pielęgnacji pacjenta z demencją, po ujęcie psychologiczne i wspierająco-edukacyjne.

W cyklu 3-letniego kształcenia na poziomie licencjackim temat chorób otępiennych jest poruszany na takich przedmiotach, jak: neurologia, geriatryka, psychiatria, psychologia. Oczywiście konieczność opieki nad osobą z otępieniem może pojawić się w każdej innej dziedzinie, jak np. podstawowa opieka zdrowotna, gdzie pielęgniarzka rodzinna sprawuje opiekę środowiskową nad pacjentem z demencją. Jak widać charakter pracy z pacjentem z otępieniem jest naprawdę rozległy.

IM: Jak ta wiedza zmieniała się na przestrzeni lat?

AJ: Medycyna to dziedzina, gdzie nie można pozwolić na stagnację. Wciąż prowadzone są badania mające na celu polepszenie farmakoterapii, która pomoże opóźnić procesy otępienne. Prowadzone są bardzo intensywne działania profilaktyczne przez naukowców z całego świata.

Spoleczeństwo XXI wieku jest społeczeństwem starzejącym się i problem demencji będzie coraz większy. Naszym zadaniem jako wykładowców jest zapoznanie się z najnowszymi doniesieniami i rzetelne przekazywanie tej wiedzy studentom. Oczywiście zachęcamy studentów do poszerzania swojej wiedzy w zakresie samokształcenia oraz dodatkowych aktywności, które wykraczają poza standardy nauczania. Mam tu na myśli działalność w Studentckich Kołach Naukowych czy projektach Ministerstwa Zdrowia i Unii Europejskiej.

Obecnie studenci pielęgniarstwa Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego biorą udział w projekcie pt. „PODNOSENIE JAKOŚCI I ROZSZERZENIE KSZTAŁCENIA STUDENTÓW PIELĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA W ODPOWIEDZI NA WSPÓŁCZESNE ZAGROŻENIA ZDROWOTNE”. W ramach tego projektu stworzono przedmiot ponadstandardowy „Innowacyjne formy świadczeń pielęgniarzkich”. Jednym z aspektów innowacyjnej opieki nad chorymi była praca z pacjentem z demencją. Studenci biorący udział w projekcie mieli możliwość zapoznania się z terapią z wykorzystaniem sztucznej inteligencji wobec pacjentów z demencją zamieszkujących w Domu Pomocy Społecznej w Sopocie.

Jaka wiedza najczęściej przydaje się w pracy z osobą z demencją?

AJ: Rozpoznawanie określonych symptomów oraz wiedza na temat farmakoterapii to fundamenty. Studenci pielęgniarstwa doskonale zdają sobie sprawę, że podstawą pracy z każdym pacjentem jest odpowiednia komunikacja. Porozumiewanie się z osobą z demencją jest wyjątkowo trudne. Wymaga dostosowania się do jego stanu, który może być różny każdego dnia. Najczęściej pacjenci z chorobami otępiennymi są nieufni, boją się osób, które ich

otaczają, mogą zadawać nieustannie te same pytania pomimo, że przed chwilą otrzymali na nie odpowiedź.

W ramach przedmiotu „psychologia” studenci są uczeni odpowiednich form komunikowania się z pacjentami, w tym również z osobami z otępieniem.

Ponadto znajomość metod terapeutycznych jest istotna w pracy z osobą z demencją. Ten obszar opieki jest wciąż poszerzany i ulepszany. Wszystko zmierza w stronę telemedycyny, co bardzo interesuje młode pokolenie przyszłych pielęgniarzek i pielęgniarzy.

IM: Czy poruszane są też kwestie problemów opiekunów osób z demencją?

AJ: Oczywiście, to niezbędny element procesu pielęgnowania. Biorąc pod uwagę, że choroby otępienne są chorobami postępującymi, dość często dochodzi do tego, że to opiekunowie naszego pacjenta stają się jedynym źródłem informacji o stanie chorego dla pielęgniarzki czy pielęgniarza.

W chwili kiedy rodzina dowiaduje się, że najbliższa im osoba ma demencję i kiedy uświadomi im się, mówiąc kolokwialnie, że będzie tylko „gorzej” jest to dla nich niewątpliwie trudna sytuacja. Są zagubieni, dezorientowani, muszą poukładać sobie na nowo schemat funkcjonowania domu rodzinnego. Czasami zdarza się, że muszą przejść funkcje osoby chorej. W tej sytuacji doskonale wykorzystywana jest rola wspierająco-edukująca pielęgniarzek i pielęgniarzy. Okazuje się, że zarówno pacjenci jak i ich opiekunowie obdarzają dużym zaufaniem pielęgniarzki i pielęgniarzy i w bardziej otwarty sposób potrafią zwrócić się o pomoc.

Tutaj właśnie wiedza zarówno kliniczna, jak i wsparcie psychologiczne odgrywa dużą rolę. Opiekunowie naszego pacjenta będą potrzebowali pomocy nie tylko w danej chwili. Wskazanie grup wsparcia, przekazanie broszur, które pozwolą na usystematyzowanie informacji na temat choroby i opieki nad ich bliskim, pozostawienie kontaktu do pielęgniarzki, z którą będą mogli się konsultować w razie potrzeby zwiększa znacznie ich poczucie bezpieczeństwa. ●

Oklepywanie pleców

PROFILAKTYKA ZAPALENIA PŁUC – CZYLI CO ROBIĆ, ABY UNIKNAĆ CHOROBY?

JOANNA SZWEDO // pielęgniarka, ambasadorka projektu **Damy Radę**

Jednym z powikłań długotrwałego unieruchomienia chorych są infekcje układu oddechowego a dokładnie zapalenie płuc. Jak zapobiegać powikłaniom oddechowym u osób leżących, osłabionych, niesamodzielnych?

Oddychanie to proces, w którym dochodzi do wymiany gazowej pomiędzy organizmem, a środowiskiem zewnętrznym. Podczas tej czynności organizm oddaje dwutlenek węgla zaś pobiera tlen. Tlen jest niezbędnym do życia pierwiastkiem, dzięki któremu żyjemy. Wszystkie narządy naszego ciała potrzebują go do prawidłowego funkcjonowania. Szczególnie wrażliwy na brak tlenu jest mózg.

Wdech-wydech

Całym procesem oddychania zawiaduje ośrodek oddechowy, zlokalizowany w rdzeniu przedłużonym. Reaguje on na poziom dwutlenku węgla we krwi. Komórki ośrodka oddechowego wysyłają impulsy do mięśni oddechowych: przepony oraz mięśni międzyżebrowych inicjując i regulując ilość, głębokość oddechów. Sam proces oddychania jest nieświadomy, jednak możemy świadomie kontrolować oddychanie z udziałem kory mózgowej. Aby proces



wymiany gazowej, a tym samym oddychanie przebiegało prawidłowo, niezbędna jest praca mięśni oddechowych. Należą do nich: przepona, mięśnie oddechowe międzyżebrowe, które podczas wdechu unoszą klatkę piersiową, zwiększając tym samym jej objętość. Wdech czasami wspomagany jest poprzez mięśnie pochyłe oraz mostkowo-obojętkowo-sutkowe. Wydech jest natomiast procesem biernym wspomagany przez mięśnie brzuszne oraz międzyżebrowe wewnętrzne. W wielu sytuacjach chorobowych oraz w przypadku braku aktywności fizycznej zbyt słaba praca mięśni oddechowych, co za tym idzie niepełna wentylacja płuc nie zapewnia prawidłowego przepływu powietrza przez wszystkie pęcherzyki płucne. Skutkiem takiego stanu rzeczy jest możliwość wystąpienia niedodmy oraz zwiększone ryzyko wystąpienia zmian zapalnych. Przepływ powietrza jest istotny przy usuwaniu wydzieliny z oskrzeli i wpływa na utrzymanie drożności dróg oddechowych.

Aktywność fizyczna to podstawa

Aby zapobiec powikłaniom oddechowym bardzo ważna jest szeroko rozumiana mobilizacja chorego do aktywności ruchowej. Jeżeli chory może wstać – warto codziennie pomóc

mu w wykonaniu kilku kroków, jeżeli przebywa w łóżku – zmieniać jego pozycję ciała z leżącej do siedzącej. Każda taka aktywność niewątpliwie wpłynie na poprawę wentylacji płuc poprzez przyspieszenie oddechu oraz stymulację mięśni oddechowych do zwiększonej pracy. Kolejnym krokiem w profilaktyce zapalenia płuc u osób leżących, słabych, wyniszczonych jest zastosowanie u nich ćwiczeń oddechowych. Aby zwiększyć objętość płuc oraz zmniejszyć ryzyko niedodmy i poprawić stopień utlenowania naszego organizmu stosuje się naukę pogłębionego oddychania, ze stymulacją wszystkich torów oddychania, możliwie w różnych pozycjach ciała. W przypadku zmian anatomicznych w budowie klatki piersiowej i jej czynności, pogłębione oddychanie i wymuszenie toru oddechowego służy poprawie ruchomości klatki piersiowej. **Pacjent nabiera powietrza i wdmuchuje powietrze przez słomkę do wody, tak by powstały w niej bąbelki. Wydechy powinny być powolne, z nasileniem w końcowej fazie.** Taka czynność wspomaga usuwanie nadmiaru wydzieliny z oskrzeli. Podopiecznemu należy dokładnie wytłumaczyć na czym polega ćwiczenie, sprawdzić czy rozumie nasze polecenie (czasami osoby zamiast „dmuchać” do butelki – po-

piją wodę). Zadanie może być zbyt trudne do wykonania dla osób z zaawansowaną demencją. Bezpieczniejszym ćwiczeniem będzie nauka wydechu przez „zasznurowane” usta. **Podczas fazy wydechu podopieczny wypuszcza powoli powietrze przez przymknięte, lekko zacisnięte usta.** Taki zabieg zwiększa ciśnienie w drogach oddechowych, zapobiegając zamykaniu się oskrzeli na skutek zmian zapalnych, zapadających się i wiotkich ścian oskrzelików oraz wptywa na poprawę jakości wymiany gazowej w pęcherzykach płucnych.

W przypadku ostabienia mięśni oddechowych oraz u osób z małą tolerancją wysiłku, u osób wyniszczonych można zastosować trening mięśni wdechowych.

Ogólne zasady dotyczące wykonywania ćwiczeń oddechowych:

- Ćwiczenia należy wykonywać przynajmniej dwa razy dziennie
- Podopieczny wykonuje ćwiczenia albo przed jedzeniem albo godzinę po posiłku i ok 30 min po przyjęciu płynów
- Podczas ćwiczeń (np. wdech) nie można unosić barków. Należy kontrolować pozycję i ułożenie ramion i barków, nie odchylać głowy do tyłu, głowa powinna być lekko pochylona ku przodowi.

Aby poprawić ruchomość klatki piersiowej, zwiększyć pojemność życiową płuc oraz wzmocnić mięśnie oddechowe warto zastosować następujące ćwiczenia:

- Podopieczny wykonuje powoli maksymalny wdech, po czym następuje stopniowy, przerywany wydech
- Podopieczny wykonuje 5 sekundy wdech, następnie 3 sekundy bezdech i powolny, równomierny wydech.
- W odległości około 15 cm od ust pacjenta należy trzymać kartkę papieru lub chus-

teczkę. Następnie prosimy, aby chory z całym sił dmuchał w przedmiot, aby ten się widocznie poruszył.

- Aby poprawić wybrany tor oddechowy należy położyć podopiecznemu na klatce piersiowej niezbyt ciężki przedmiot. Osoba będzie musiała wykonać taki oddech, aby przedmiot uniósł się do góry wraz z ciałem. Jeżeli ułożymy przedmiot pomiędzy pępkiem, a mostkiem będzie ćwiczony tor brzuszno-przeponowy. Położenie przedmiotu na linii sutków będzie skutkowało treningiem oddychania torem piersiowym.

Oklepywanie pleców pomaga

Kolejnym ważnym elementem profilaktyki powikłań oddechowych jest oklepywanie klatki piersiowej. Ma ono na celu rozluźnienie wydzieliny oraz ułatwienie jej ewakuacji poprzez wprowadzenie rytmicznych drgań i wibracji do pęcherzyków płucnych podczas „uderzeń” w klatkę piersiową. Dobrym momentem dla przeprowadzenia czynności jest codzienna toaleta oraz zmiana pozycji ciała.

Zasady oklepywania klatki piersiowej podopiecznego:

- 1 Poinformowanie o zamiarze wykonania czynności, wyjaśnienie celu oraz jej przebiegu
- 2 Odpowiednie przygotowanie – podopieczny nie powinien być bezpośrednio po posiłku. Należy odczekać godzinę po spożyciu posiłku oraz min pół godziny po przyjęciu płynów
- 3 Miejsce oklepywania – przód, tył oraz boczne partie klatki piersiowej z pominięciem topatek, kręgosłupa, mostka, okolicy nerek

Do takiego treningu wykorzystuje się np. urządzenia, które generują opór podczas wydechu. Może to być butelka z wodą (opróżniona do połowy 0,5 l) oraz zanurzoną w niej słomką, drenem.

- 4 U osób z chorobą nowotworową płuc skonsultować możliwość oklepywania z lekarzem (aby nie spowodować masywnego krwotoku)
- 5 Palce dłoni łączy się ze sobą i tworzymy tódeczkę. Prosimy, aby podopieczny wykonał wdech. Podczas niego rozpoczynamy oklepywanie od dołu klatki piersiowej i przechodzimy do góry. Zabieg rozpoczynamy od delikatnego oklepywania i stopniowo zwiększamy siłę, zabieg ma być bezbolesny, dość rytmiczny.

Warto zaznaczyć, że **do zabiegu oklepywania należy zastosować odpowiedni preparat, który wspomaga i zintensyfikuje nasze działanie.**

Bardzo często do oklepywania używany jest spirytus. Niestety nie jest to dobry wybór. Spirytus przede wszystkim wysusza skórę, może powodować podrażnienia, mikrourazy – doprowadzając do poważniejszych konsekwencji.

Środkiem, który doskonale sprawdzi się przy wykonywaniu tej czynności będzie **żel aktywizujący Seni Care**. Poprawia mikrokrążenie w skórze i stymuluje ukrwienie, poza tym poprawia znacznie komfort podopiecznego. Dzięki swoim właściwościom ma również działanie wspomagające profilaktykę odleżynową.

Żel aktywizujący Seni Care



Dzięki naturalnemu ekstraktowi z guarany wspomaga mikrocyrkulację krwi w skórze, działa pobudzająco i odświeżająco. Nawilża skórę i relaksuje, przynosi ulgę napiętym mięśniom. Redukuje ryzyko powstania stanów zapalnych i podrażnień. Składniki aktywne:

- GUARANA
- KAMFORA
- KOFEINA
- BIODOPOLSKA
- ALANTOINA

Żel aktywizujący Seni Care jest stosowany do:

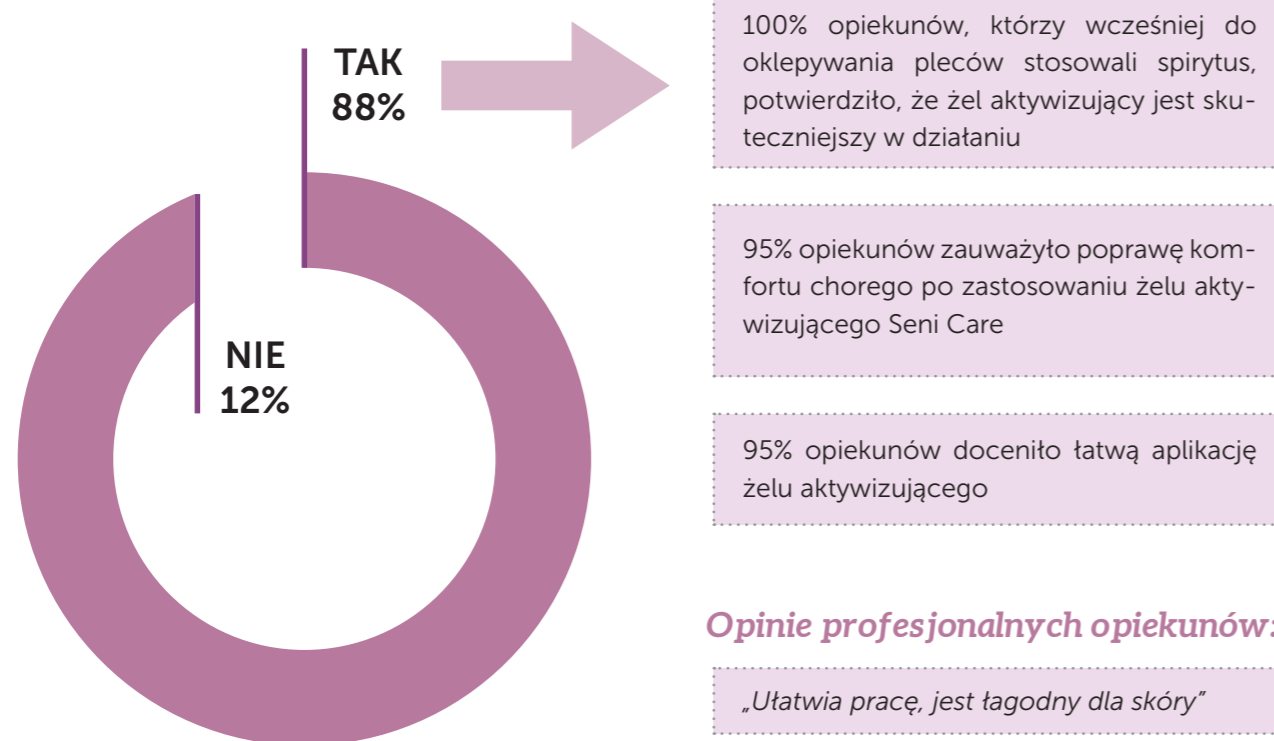
- oklepywania pleców
- masażu ciała
- masowania nóg u osób, które przebywają przez dłuższy czas w jednej pozycji (siedzącej lub stojącej).

Pielęgnacja

Potwierdzeniem skuteczności działania żelu aktywizującego Seni Care są badania przeprowadzone wśród profesjonalnych opiekunów w kilkudziesięciu DPS-ach w całej Polsce.

W ramach badania opiekunowie przez trzy tygodnie stosowali żel aktywizujący wśród swoich podopiecznych. W badaniu uczestniczyło blisko 80 osób leżących, niesamodzielnych.

Czy poleciłbyś stosowanie żelu aktywizującego Seni Care innym opiekunom?



Opinie profesjonalnych opiekunów:

„Ułatwia pracę, jest łagodny dla skóry”

„Sprawdza się, nie wysusza skóry”

„Poprawia komfort podopiecznego”

„Łatwa i wygodna aplikacja, produkt jest wydajny”

„Daje podopiecznemu uczucie odprężenia i odświeżenia”



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



1. ZAZNACZ NIEPASUJĄCĄ FIGURĘ



2. PROSZĘ ZAZNACZ PRAWIDŁOWĄ DEFINICJĘ

Ołówek

- a) Są w nim kwiaty
- b) narzędzie do pisania lub rysowania
- c) nietypowe zwierzę

Książka

- a) kartka białego papieru
- b) roślina lecznicza występująca w Afryce
- c) dokument piśmienniczy

Okoń

- a) drapieżna ryba
- b) niegdyś najpopularniejsze zwierzę pociągowe
- c) dorosły mężczyzna

3. PROSZĘ WYMIENIĆ PO MINIMUM JEDNYM PRZYKŁADZIE

- a) WARZYWO –
- b) DRZEWO –
- c) IMIĘ –
- d) KOLOR –

seni[®]

**wspiera
w profilaktyce
odparzeń
i odleżyn**



+



Więcej na seni.pl