

Jakich zmian wymaga opieka długoterminowa? Zebraliśmy dla was opinie praktyków

Anna Jarosz



Fot. Ocskay Mark - stock.adobe.com

Starość, bezradność, schorzenia przewlekłe. Niechętnie o nich mówimy, bo nie chcemy się przyznać, że obawiamy się czasu, gdy staniemy się - pod wieloma względami - zależni od innych. Zdarzają się też wypadki, nagle choroby, sytuacje losowe, które sprawiają, że potrzebujemy stałej, długoterminowej opieki osób najbliższych lub wyspecjalizowanych placówek.

Wielu z nas zastanawia się, jak definiować opiekę długoterminową, ponieważ jej formy są bardzo różne, świadczone przez sektor ochrony zdrowia oraz pomoc społeczną. Oczywiście jest jednak to, że zapotrzebowanie na takie usługi jest ogromne i będzie rosło, ponieważ jesteśmy społeczeństwem, które szybko się starzeje. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w 2025 r. seniorów w wieku 60 i więcej lat jest około 10 mln, co stanowi 25,7 proc. ogółu populacji. Liczba seniorów będzie się zwiększać i w 2060 r. będą oni stanowili już 37,5 proc. społeczeństwa. To jeden z powodów, który sprawi, że zapotrzebowanie na różnego rodzaju usługi opiekuńcze będzie rosło. Jeśli do tego dodamy osoby przewlekłe chore, po wypadkach czy ciężkich operacjach, może okazać się, że liczba osób potrzebujących całodobowej

opieki lub wsparcia w codziennym funkcjonowaniu przekroczy możliwości obecnego systemu.

Zagubieni w systemie

- Mówiąc o opiece długoterminowej musimy pamiętać, że pod tym pojęciem kryje się zarówno wsparcie ze strony pomocy społecznej, jak i ze strony sektora medycznego - tłumaczy Magdalena Osińska-Kurzywilk, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” i Fundacji „Przemijanie”. - Dlatego można ją określić jako kompleksowe świadczenia zarówno medyczne, jak również czynności pielęgnacyjno-opiekuńcze, które są wsparciem dla osób z niepełnosprawnościami, osób przewlekłe chorych, niesamodzielnymi. Mówiąc wprost - oba sektory są zaangażowane w opiekę długoterminową. Świadczenia opieki długoterminowej pochodzące z opieki zdrowotnej to

przede wszystkim usługi realizowane w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL), zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO), pielęgniarstwie opiece domowej, świadczenia dla pacjentów wentylowanych mechanicznie przebywających w środowisku domowym. Pacjenci korzystający z tej formy opieki nie wymagają leczenia szpitalnego, ich stan jest stabilny, ale nie są oni w stanie samodzielnie funkcjonować. Wsparcie sektora pomocy społecznej w opiece długoterminowej opiera się głównie na usługach asystenckich i opiekuńczych, specjalistycznych usługach opiekuńczych czy domach pomocy społecznej funkcjonujących w trybie stacjonarnym lub dziennym. Coraz większe znaczenie zyskują też transfery pieniężne. Taki przykładem są m.in. wprowadzone od 1 stycznia 2024 roku świadczenia wspierające czy świadczenie 500+, uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

Jak dodaje, nieustannie toczą się rozmowy nad tym, jak powinna wyglądać współpraca obu sektorów świadczących usługi opieki długoterminowej.

- Uważam, że koordynacja i współpraca nie jest taka, jaka powinna być. Pacjent, który opuszcza szpital, ale nadal potrzebuje pomocy, gubi się w systemie, zostaje pozostawiony sam wraz z bliskimi. Rodzina nie wie, gdzie ma się zwrócić, aby zapewnić krewnemu właściwą opiekę. Tylko połowa szpitali zatrudnia obecnie pracowników socjalnych, którzy mogliby poinformować pacjenta czy jego rodzinę, gdzie i jaką pomoc mogą uzyskać. Zainteresowani krążą od lekarzy POZ do pomocy społecznej lub zakładów opiekuńczych. Nie wiedzą, gdzie się zwrócić, gubią się, i metodą prób i błędów znajdują rozwiązanie. Tak nie powinno być. Jest możliwość korzystania z pielęgniarstwa długoterminowej opieki w domu, ale czeka się na nią około roku, jest też możliwość korzystania z realizacji usług opiekuńczych realizowanych przez gminy, ale coraz częściej są to usługi odpłatne, wyliczane na podstawie dochodu rodziny. To trwa zbyt długo i obecnie jest również niedostępne finansowo dla wielu rodzin. Musimy pamiętać, że pacjent wychodzący ze szpitala potrzebuje wsparcia natychmiast. Jest to szczególnie istotne z powodu ryzyka ponownej hospitalizacji, a co za tym idzie - obciążania budżetu państwa znacznymi kosztami finansowymi. Czekanie nie wchodzi w grę i dlatego rodziny często przedłużają pobyt pacjenta w szpitalu, ponieważ nie mogą się nim zajmować w domu. Gdyby opieka długoterminowa była skoordynowana, rodzina nie odwołałaby odebrania pacjenta ze szpitala. Rodzina musi wiedzieć, że jeżeli odbierze podopiecznego ze szpitala, to w środowisku domowym będzie mieć codzienne i systematyczne wsparcie. Dlatego cały czas podkreślam, że bardzo istotna jest szeroko zakrojona edukacja w zakresie przygotowania do starości. Edukacja od najmłodszych lat. Nie możemy bać się słowa „starość”, nie możemy o niej mówić „pogodna jesień życia”, bo dla dużej części społeczeństwa ona nie jest wcale pogodna. I to dotyczy zarówno samych seniorów, jak i opiekunów formalnych i nieformalnych - mówi Magdalena Osińska-Kurzywik.

Nie ma precyzyjnych danych, które pokazują, ile osób w naszym kraju potrzebuje opieki długoterminowej. One stale się zmieniają. Nie są zbierane centralnie, co sprawia, że są niepełne. Według szacunków może to być około miliona osób.

- Trudno to precyzyjnie oszacować, bo pod skrzydła opieki długoterminowej trafiają nie tylko seniorzy, którzy wymagają wsparcia ze względu na wiek, ale także osoby, niezależnie od wieku, z orzeczoną niepełnosprawnością, jak również osoby niesamodzielne - mówi Magdalena Osińska-Kurzywik. - Około 20 tys. osób czeka na miejsca w stacjonarnych placówkach opiekuńczych, jak i do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową. Na co dzień opiekują się pacjentami w ich domach rodzinnych. Wielu moich podopiecznych wymaga już wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, ale niestety nie mają nawet złożonych wniosków o jakiekolwiek wsparcie. Dlatego możemy tu mówić nawet o dwukrotnie większym zapotrzebowaniu na tego typu usługi. Jak wspomniałam opieka długoterminowa to różne formy pomocy społecznej, co w środowisku domowym przekłada się na wsparcie w zrobieniu bieżących zakupów, pomoc w umówieniu wizyty do lekarza, wykupienie leków, pomoc w porządkach domowych, przyniesienie ciepłego posiłku itp. Z takiej formy wsparcia korzystają często seniorzy tylko dlatego, że mają problemy z poruszaniem się i mieszkają na czwartym piętrze w bloku bez windy. Nie zapominajmy też o osobach, które uległy różnym wypadkom, nagłym ostrym chorobom, są leżące i wymagają opieki długoterminowej, w tym świadczeń asystenckich, realizowanych przez młode osoby aktywne zawodowo i społecznie. Z każdym rokiem lista osób wymagających pomocy w codziennym funkcjonowaniu będzie się wydłużała, bo jako społeczeństwo starzejemy się, ale także dłużej żyjemy dzięki osiągnięciom współczesnej medycyny - dodaje pani prezes.

Oplaca się dobrze leczyć

Zakłady opiekuńczo-lecznicze skupione w Stołecznym Centrum Opiekuńczo-Lecznicznym Sp. z o.o. są podmiotami wykonującymi działalność leczniczą. Pacjenci przyjmowani są do nich na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. z 2012 r., poz. 731). Opieka zdrowotna z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych gwarantowana w ramach opieki długoterminowej udzielana jest osobom, które w ocenie skalą Barthel (ankieta oceniająca samodzielność pacjenta w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak jedzenie, ubieranie się, higiena osobista czy poruszanie się) otrzymały 40 pkt lub mniej. Świadczenia te są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. (Dz.U. nr 2013, poz. 1480). Koszty żywienia i zakwaterowania, czyli 70 proc. dochodu, ponoszą pacjenci, zgodnie z art. 18.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Właścicielem Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego Sp. z o.o. (SCOL) jest Miasto Stołeczne Warszawa. – *Do naszych zakładów opiekuńczo-leczniczych trafiają osoby w bardzo różnej kondycji* – mówi Barbara Misińska, prezes Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego. – *Przywożeni są z domów rodzinnych, ze szpitali czy też z domów opieki społecznej oraz z innych placówek opieki długoterminowej, które w ocenie rodziny pacjenta nie gwarantują usług na wysokim poziomie. Ogólnie oceniając, stan naszych pacjentów można określić jako średniociężki i ciężki. Są to osoby, które są niesamodzielne, czyli niezdolne do samodzielnej egzystencji. Niektórzy mają założone PEG-i, przeszskórną endoskopową gastrostomię, czyli są żywieni dojelitowo. Z niektórymi naszymi podopiecznymi nie ma kontaktu, są po ciężkich wypadkach, wyniszczeni przez choroby.*

90 proc. pacjentów przebywających w Stołecznym Centrum Opiekuńczo-Lecznicznym to osoby, które muszą być zaopatrzone w wyroby chłonne, najczęściej pieluchomajtki. Oprócz Skali Barthel do oceny stanu pacjentów stosuje się także Skalę Glasgow. To narzędzie używane w medycynie do oceny poziomu świadomości i przytomności pacjenta. Służy do szybkiej oceny stanu pacjentów

blemem leżących pacjentów są odleżyny. Dlatego też robimy zdjęcia chorych miejsc na ciele, aby nie tylko monitorować postępy w ich leczeniu, ale także uchronić się przed oskarżeniami, że powstały one w wyniku braku staranności z naszej strony. Pod opieką mamy 840 pacjentów, a problem odleżyn dotyczy niecałych 3 proc. z nich. Odleżyny pojawiają się u pacjentów, którzy trafiają do nas z dużymi niedoborami białka lub zwyczajnie są niewłaściwie odżywiani. Opiekunowie, zwykle rodzina, nie wiedzą, co robić, aby odleżyna nie powstała. Gdy tak się stanie, konieczne jest specjalistyczne leczenie, które jest długotrwałe i dość kosztowne. Dlatego w naszym centrum zabiegamy o to, aby odleżyny nie powstawały, gdyż jest to dodatkowy ból dla podopiecznego. Nie oszczędzamy na tym, bo w takich sytuacjach liczy się dobro pacjenta. Uważamy, że opłaca się dobrze leczyć pacjentów.

Niektórzy pacjenci Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego korzystają z wózka inwalidzkiego, mogą samodzielnie zjeść posiłek, ale potrzebują pomocy przy zabiegach higienicznych, ubieraniu się.

– *Duży nacisk kładziemy także na rehabilitację* – dodaje Barbara Misińska. – *Oczywiście, zanim pacjent rozpocznie zajęcia, zacznie ćwiczyć, musi być oceniony przez lekarza*

i fizjoterapeutę, abyśmy mieli pewność, że bardziej mu pomożemy, niż zaszkodzimy. Niektórzy nie mają na to siły, ale z czasem siła mięśniowa odbudowuje się, chociaż nie zawsze się to udaje. Rehabilitacja na poziomie podstawowym jest opłacana przez NFZ, ale można wykupić też dodatkowe zajęcia. Wiele pacjentów obawia się ćwiczeń, aby nie wydarzyło się coś złego, np. upadek, który dodatkowo ograniczy ich sprawność. Można powiedzieć, że pacjent sam się unieruchamia. Ale gdy zaczyna ćwiczyć pod okiem fizjoterapeuty, nabiera pewności siebie i z osoby, która nie mogła sama dojść do łazienki, staje się mobilniejszy i porusza się z pomocą chodzika. Unieruchomienia zdarzają się także po dłuższych pobytach w szpitalu. Po właściwie dobranej rehabilitacji pacjenci zaczynają chodzić, odyskują samodzielność. Nie zawsze tak się

Fot. New Africa - stock.adobe.com

po urazach głowy i wstępnego określenia rokowania. Skala ocenia trzy parametry: otwieranie oczu, odpowiedź słowną i reakcję ruchową.

– *Pacjentów, którzy w Skali Barthel mają „zero”, mamy w granicach 50-70 proc.* – mówi Barbara Misińska. – *Tacy pacjenci nie mogą przebywać w domach pomocy społecznej i nie kwalifikują się także do opieki długoterminowej w warunkach domowych. Powód jest prosty: wymagają oni specjalistycznej opieki, podawania kroplówek, żywienia dojelitowego itd. Niezwykle ważnym problemem są rany prowokowane przez różne schorzenia, np. nieleczone żylaki. Ogromnym pro-*

blemem leżących pacjentów są odleżyny. Dlatego też robimy zdjęcia chorych miejsc na ciele, aby nie tylko monitorować postępy w ich leczeniu, ale także uchronić się przed oskarżeniami, że powstały one w wyniku braku staranności z naszej strony. Pod opieką mamy 840 pacjentów, a problem odleżyn dotyczy niecałych 3 proc. z nich. Odleżyny pojawiają się u pacjentów, którzy trafiają do nas z dużymi niedoborami białka lub zwyczajnie są niewłaściwie odżywiani. Opiekunowie, zwykle rodzina, nie wiedzą, co robić, aby odleżyna nie powstała. Gdy tak się stanie, konieczne jest specjalistyczne leczenie, które jest długotrwałe i dość kosztowne. Dlatego w naszym centrum zabiegamy o to, aby odleżyny nie powstawały, gdyż jest to dodatkowy ból dla podopiecznego. Nie oszczędzamy na tym, bo w takich sytuacjach liczy się dobro pacjenta. Uważamy, że opłaca się dobrze leczyć pacjentów.

dzieje, ale staramy się dbać także o tę sferę życia. W rehabilitacji ważną rolę odgrywają także psycholodzy, którzy zachęcają pacjentów do rozpoczęcia ćwiczeń w celu odzyskania samodzielności. Często muszą tłumaczyć, jak jest to ważne. Barbara Misińska podkreśla, że Stołeczne Centrum Opiekuńczo-Leczniczne dysponuje pełnym zapleczem medycznym i rehabilitacyjnym. Zatrudnieni tu lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, farmaceuci czy opiekunowie osób starszych sprawują pieczę nad pacjentami przez całą dobę. Dzięki temu pacjenci i ich rodziny mogą czuć się bezpieczni. W centrum dba się także o psychikę pacjentów

i poszerzenie ich zainteresowań. Organizuje się koncerty, spotkania, zajęcia terapeutyczne. Jest też możliwość pracy w ogródku, gdzie można wyhodować np. własną sałatę. Niezwykle ważna jest także opieka farmakologiczna. Niektórzy pacjenci przychodzą z zaleceniem przyjmowania nawet kilkunastu leków. Po analizie okazuje się, że wiele z nich przyjmuje niepotrzebnie lub w niewłaściwych dawkach. Po wdrożeniu zmian samopoczucie podopiecznych ulega często znacznej poprawie. Opieka długoterminowa musi być pełnoprofilowa i obejmować wszystkie aspekty życia pacjenta.

Trzeba szanować ludzką godność

- Znaczna część seniorów trafia do nas krótko po hospitalizacji - mówi Agata Mrózek, dyrektor Domu Seniora „Pogodna Jesień” w Opolu. - *Są to osoby po urazach, złamaniach, do których dochodzi najczęściej w domu, a także osoby z zaburzeniami otępiennymi i w różnych stadiach demencji. Rodziny, mimo chęci i ogromnego wysiłku, nie są już w stanie zapewnić im bezpieczeństwa ani odpowiedniej opieki w domu. Wspólną cechą niemal wszystkich przyjmowanych do naszej placówki podopiecznych są wieloletnie zaniedbania w zakresie profilaktyki zdrowotnej, rehabilitacji, aktywizacji i relacji społecznych. Ale nie można mówić, że to zaniedbania ze strony rodzin. To wynik luk systemowych i braku dostępnych form wsparcia. Zaskakująco wielu seniorów nigdy nie miało fizjoterapeuty w domu, nie korzystało z poradni geriatrycznej, nie było objętych środowiskową opieką pielęgniarstwa. Rodziny zostają same z problemami, z którymi nie są w stanie sobie poradzić. W sytuacji granicznej (najczęściej po urazie, nagłym pogorszeniu stanu zdrowia i koniecznej hospitalizacji) senior trafia do placówki. Efekt? Seniorzy przyjmowani do domów opieki wymagają dziś kompleksowej i intensywnej pomocy na wielu płaszczyznach. Od lat obserwuję, że kondycja osób starszych trafiających do placówek systematycznie się pogarsza.*

Na ten stan wpływa wiele czynników. Jednym z nich są rosnące koszty opieki stacjonarnej, trudne do udźwignięcia dla rodzin. Decyzja o powierzeniu bliskiego profesjonalnej opiece zapada dopiero wtedy, gdy domowe wsparcie staje się niemożliwe. Kolejną barierą jest długi czas oczekiwania na miejsce.

- Na przyjęcie do „Pogodnej Jesieni” trzeba dziś czekać minimum kilkanaście miesięcy - dodaje Agata Mrózek. - *Okolo 30 proc. wpływających wniosków o przyjęcie zmuszeni jesteśmy odrzucać, ponieważ stan zdrowia seniora bezwzględnie kwalifikuje go do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub hospicjum. A tam kolejki są jeszcze dłuższe. W praktyce oznacza to, że część osób nie doczeka się profesjonalnej pomocy.*

W warunkach domowych to dorosłe dzieci najczęściej podejmują się roli głównych opiekunów swoich rodziców. Przez lata łączą pracę zawodową, życie rodzinne i opiekę nad seniorem. Z czasem pojawia się przeciążenie, zmęczenie i poczucie bezradności. Szczególną trudnością są czynności higieniczno-toaletowe, obciążające fizycznie,

ale i emocjonalnie. Wielu opiekunów przyznaje, że nie jest w stanie wykopać rodzica. Nie chodzi o brak chęci, ale o opór ze strony samego seniora, wynikający z poczucia wstydu czy choroby. Do tego dochodzą bariery architektoniczne w mieszkaniach, które sprawiają, że bezpieczna kąpiel staje się niemal niemożliwa. To właśnie higiena jest dla wielu opiekunów nieformalnym największym wyzwaniem dnia codziennego.

- Obecnie około 70 proc. mieszkańców „Pogodnej Jesieni” to osoby niesamodzielne, wymagające wsparcia w niemal wszystkich czynnościach życia codziennego - od higieny po karmienie - mówi Agata Mrózek. - *Warto jednak podkreślić, że w takim stanie seniorzy trafiają do nas, ale dzięki pracy całego zespołu i wdrożonym procedurom wielu z nich udaje się przywrócić do względnej samodzielności. Placówka działa w oparciu o zezwolenie wojewody. Formalnie świadczy usługi opiekuńcze, jednak realne potrzeby podopiecznych wymagają często również profesjonalnego wsparcia medycznego. Dlatego oprócz opiekunów medycznych i pielęgniarek zatrudniani są także lekarze: internista, psychiatra i ortopeda. Dzięki temu nasi podopieczni mają dostęp do konsultacji praktycznie od ręki, co znacząco podnosi standard opieki i daje rodzinom poczucie bezpieczeństwa.*

Wypracowane w „Pogodnej Jesieni” procedury opierają się na kompleksowej rehabilitacji i aktywizacji. To nie jest klasyczna rehabilitacja medyczna, ale tzw. mikrorehabilitacja, której celem jest przywracanie i utrzymanie drobnych, a zarazem niezwykle ważnych umiejętności, takich jak przesiadanie się z wózka na łóżko, możliwość samodzielnego ubrania się czy wykonania toalety. Dla seniora to ogromny krok w stronę powrotu do niezależności i poczucia sprawczości. Widok osoby starszej, która po kilku miesiącach ćwiczeń i aktywizacji odzyskuje choć część sprawności, jest niezwykle budujący.

- Rehabilitacja prowadzona jest siedem dni w tygodniu, indywidualnie i grupowo - podkreśla dyrektor Mrózek. - *Równoległe duży nacisk kładziemy na aktywizację, w tym aktywizację społeczną - od terapii zajęciowej, przez współpracę z placówkami edukacyjnymi i kulturalnymi, aż po wspólne wyjścia i wyjazdy. Samotność i izolacja sprawiają, że seniorzy zamykają się w sobie, tracą zainteresowania, są bierni, tracą chęć i motywację do życia, popadają w stany depresyjne. Dlatego równie ważne jak usprawnienie fizyczne jest ponowne otwieranie ich na świat. Wielu naszych podopiecznych mówi, że dzięki aktywizacji odzyskali dawne życie.*

„Pogodna Jesień” realizuje trzy formy opieki: całodobową stacjonarną, mieszkania wspomagane dla osób bardziej samodzielnych oraz dzienny dom opieki. To właśnie dzienny dom opieki szczególnie pokazuje skalę wyzwań, z jakimi mierzą się rodziny osób zależnych. Placówka dysponuje 20 miejscami. Podopieczni otrzymują trzy posiłki dziennie, mają opiekę pielęgniarstwa, korzystają z terapii zajęciowej i rehabilitacji. Sporym zainteresowaniem

cieszy się także możliwość skorzystania z kąpeli, dzięki zainstalowaniu w placówce innowacyjnego urządzenia do kąpeli Sit & Shower. Placówka dysponuje trzema takimi urządzeniami, które całkowicie zmieniły standard opieki w „Pogodnej Jesieni”. Korzystają z nich praktycznie wszyscy podopieczni. Wybierają tę formę kąpeli, ponieważ zapewnia im ona komfort, intymność i poczucie samodzielności. Dla opiekunów zaś stanowi ogromne odciążenie od ciężkich fizycznie czynności.

– Dzięki tej innowacji mogliśmy włączyć kąpiel do katalogu usług w ramach pobytu dziennego, który dla uczestników jest całkowicie bezpłatny, bo finansowany ze środków UE – wyjaśnia Agata Mrózek. – Bez Sit & Shower nie byłoby to możliwe. Tradycyjna kąpiel osoby zależnej jest bardzo czasochłonna, obciążająca fizycznie i psychicznie zarówno dla seniora, jak i opiekuna, a dodatkowo wiąże się z ryzykiem urazów. Dzięki innowacyjnemu rozwiązaniu mogliśmy zaoferować usługę, która wcześniej była poza zasięgiem, a dziś staje się dla wielu osób jednym z ważniejszych elementów pobytu dziennego. Historie podopiecznych najlepiej obrazują wagę tego rozwiązania. Jedną z podopiecznych, uczestniczką dziennego domu opieki, od urodzenia zmagającą się z porażeniem mózgowym, mogła skorzystać z prawdziwej kąpeli po raz pierwszy od 30 lat! Do tej pory opiekowała się nią ponad 80-letnia matka, która w warunkach domowych nie była w stanie zapewnić jej odpowiedniej higieny. To doświadczenie było przełomowe i na długo pozostanie w pamięci całego zespołu „Pogodnej Jesieni”. Seniorzy często powtarzają, że bardziej traumatycznym doświadczeniem, niż sama choroba czy operacja, był dla nich pobyt w szpitalu lub innej placówce, gdzie zostali unieruchomieni w pieluchomajtkach, a higiena sprowadzała się do pobieżnej toalety wykonywanej w łóżku, często przy innych pacjentach. Czuli się wtedy odarci z intymności i godności. Dlatego tak mocno akcentujemy, że w opiece nad osobami zależnymi trzeba pamiętać nie tylko o ich potrzebach fizycznych, ale również o poczuciu godności, prywatności i sprawczości. To fundament dobrej opieki.

Utrata samodzielności, czy to w wyniku urazu, choroby przewlekłej czy procesu starzenia się, to jeden z najtrudniejszych momentów w życiu człowieka. Z osoby niezależnej stajemy się osobą zależną, wymagającą wsparcia w codziennych czynnościach. Zmienia się nie tylko ciało, ale i psychika – pojawia się poczucie bezradności, wstydu, a czasem lęk przed byciem ciężarem dla innych. To również ogromne wyzwanie społeczne, bo zmieniają się role w rodzinie i relacje z bliskimi. Dlatego tak ważne jest, aby w opiece nad osobami za-

leżnymi pamiętać nie tylko o ich podstawowych potrzebach fizycznych, ale też o poczuciu godności, sprawczości i przynależności.

Rewolucja nie tylko w kąpielach

Prawidłowe dbanie o higienę osoby z niepełnosprawnością czy niezdolnej do samodzielnej egzystencji to ogromne wyzwanie. Wie to każdy, kto opiekował się taką osobą. – Z własnego doświadczenia wiem, że umycie leżącej osoby w warunkach domowych to zadanie, które często przekracza fizyczne możliwości opiekuna nieformalnego, czyli np. członka rodziny – mówi Tomasz Troniewski, współzałożyciel firmy Automation for Humanity Global Holdings, która opracowała koncepcję urządzenia Sit & Shower i dzisiaj rozwija ją w Polsce. – Ale chodzi nie tylko o fizyczny wysiłek opiekuna. Trzeba pamiętać, że w wielu częściach świata brakuje wykwalifikowanych opiekunek. Poza tym podopieczni często nie akceptują osób obcych w roli opiekunów lub też nie chcą, aby rodzina była obecna przy myciu czy innych czynnościach pielęgnacyjnych. Osoby niesamodzielne potrzebują opiekuna na dłuższy czas niż kiedyś, bo dłużej żyją. I jeszcze jedna, raczej smutna refleksja: z roku na rok maleje liczba osób młodszych, które chciałyby zajmować się schorowanymi rodzicami. Taki trend jest obecnie najbardziej widoczny w Europie Zachodniej i Ameryce Północnej, ale i u nas to zjawisko zaczyna występować.

Suma osobistych doświadczeń w roli opiekuna nieformalnego, pogłębiający się globalny deficyt opiekunów oraz poczynione obserwacje rynkowe skłoniły grupę inżynierów do skonstruowania nowatorskiego urządzenia medycznego służącego do zautomatyzowanej kąpeli dla osób niesamodzielnych. Początkowo wydawało się, że na tym przedsięwzięciu proces innowacji się zakończy. Z czasem jednak specjaliści przekonali się, jak ważna jest możliwość samodzielnego wykonywania wszystkich czynności życia codziennego, czyli mobilności, utrzymania higieny, ubierania się, jedzenia, korzystania z toalety. Tak narodził się pomysł wyprodukowania ekosystemu urządzeń, które pomogą osobom niesamodzielnym właśnie w sposób samodzielny, bezpieczny i godny wykonywać czynności życia codziennego. W przedsięwzięcie to jest zaangażowany międzynarodowy zespół inżynierów, a firma ma swoją centralę w Polsce, do której na stałe sprowadził się kanadyjski wspólnik Tomasz Troniewski. – Oprócz pomocy osobom niesamodzielnym mamy jeszcze drugi cel: chcemy



Fot. POMO@Ymo - stock.adobe.com

ulatwić pracę opiekunów zawodowych (formalnych) - dodaje Tomasz Troniewski. - *Chodzi nam o to, aby opieka nad osobą zależną nie kojarzyła się z ciężką pracą fizyczną, która jest obciążona m.in. ryzykiem urazów kręgosłupa u opiekunów, co w efekcie skutkuje niemożnością zapewnienia należytej opieki pacjentom. Jeśli dzięki robotyzacji i automatyzacji niektórych procesów będziemy mogli przyczynić się do uatrakcyjnienia pracy opiekunów, to przyciągniemy do zawodu nowe kadry. Jeśli ich praca będzie lżejsza pod względem fizycznym, to pojawi się przestrzeń do zachęcenia opiekunów do poszerzania wiedzy z zakresu medycyny czy psychologii. To zaś przyczyni się do podniesienia standardów opieki długoterminowej. Obserwujemy, że jest spore zainteresowanie taką transformacją zawodu opiekuna. Na przykład w Polsce podpisaliśmy umowę partnerską z Zespołem Szkół Medycznych „Medyk” w Brzegu na Opolszczyźnie, aby wypracować nowe procedury z obszaru opieki długoterminowej właśnie w oparciu o zastosowanie innowacji.*

W Europie pierwsze urządzenia do zautomatyzowanej kąpieli Sit & Shower zostały zamontowane w Domu Seniora „Pogodna Jesień” w Opolu. Testowane były przez rok. Uzyskane doświadczenia, jak zastosowanie urządzeń wpływa na procesy opiekuńcze, są obecnie dyskutowane zarówno w Polsce, jak i za granicą.

- *Szacujemy, że od ubiegłego roku, tylko na samej Opolszczyźnie, w różnych typach placówek opiekuńczych (DPS, ZOL, dom seniora) przeprowadzono około 60 tys. sesji kąpieli podopiecznych, wykorzystując technologię Sit & Shower - mówi Troniewski. W tych placówkach 69 proc. podopiecznych i pacjentów wybrało kąpiel w urządzeniu Sit & Shower jako jedyną metodę kąpieli, o 22 proc. zwiększyła się częstotliwość kąpieli, 62 proc. korzystających z urządzeń stwierdziło, że produkt lepiej pozwala zachować higienę oraz ułatwia wypróżnianie się, 75 proc. doceniło poprawę bezpieczeństwa kąpieli, a pracownicy - opiekunowie ocenili, że obciążenie ich pracy jest o 87 proc. mniejsze, niż w przypadku tradycyjnej metody kąpieli. Z badań wykonanych przez Politechnikę Opolską wynika, że zastosowanie technologii Sit & Shower wywołuje także pozytywny efekt środowiskowy. Na przykład w Domu Seniora „Pogodna Jesień” w Opolu, w skali roku, udaje się zaoszczędzić 120 tys. litrów wody, obniżyć zapotrzebowanie na energię oraz zmniejszyć emisję CO2 o 1899 kg.*

- *Z naukowych badań medycznych wiemy, że jeśli człowiek utraci zdolność do samodzielnej kąpieli, to jego chęć do życia drastycznie się obniża - dodaje Tomasz Troniewski. - Zaniedbana skóra, nieprzyjemny zapach ciała, przyczyniają się do znacznego obniżenia nastroju, a nawet depresji. Mało kto zdaje sobie sprawę z tego, jak istotną sprawą jest możliwość samodzielnej kąpieli. Dziś wiemy, że dzięki urządzeniu Sit & Shower nie oferujemy tylko samej możliwości kąpieli, ale de facto nowy proces organizacji pracy opiekunów, a podopiecznym przywracamy komfort życia. Stosując tę innowa-*



JESTEŚMY SOLIDARNI Z UKRAINĄ

ZWERYFIKOWANE ZBIÓRKI

Zbiórka pieniężna

Polska Akcja Humanitarna

Zbiórka na pomoc bezpośrednią (żywność i inne formy wsparcia) dla ludzi, którzy muszą uciekać ze swoich domów.

Wsparcie obejmie osoby pozostające na Ukrainie i uchodźców w Polsce

www.siepomaga.pl/pah-ukraina

Zbiórka pieniężna

Polski Czerwony Krzyż

Pozyskane środki będą przeznaczone w pierwszej kolejności m.in. na zakup żywności, materiałów opatrunkowych oraz zabezpieczenie innych priorytetowych potrzeb.

www.pck.pl/na-pomoc-ukrainie/

Zbiórka pieniężna

Caritas Polska

Zebrane środki zostaną wykorzystane do zakupu artykułów pierwszej potrzeby oraz wsparcie psychologiczne dla pokrzywdzonych w wyniku wojny.

www.caritas.pl/ukraina/

Więcej zbiorów i informacji znajduje się na stronie: www.pomagamukrainie.gov.pl

cję rozwiązujemy wiele innych problemów – nie tylko z obszaru psychologii osób niesamodzielnych, ale także medycyny, w tym problemów związanych z kondycją skóry, poprawą higieny, czy redukcją liczby hospitalizacji spowodowanych zapaleniami dróg moczowych. Podopieczni placówek opiekuńczych, w których są nasze urządzenia, mówią, że korzystają z „niebieskiego spa”. To świadczy o odczuciach, jakich doświadczają podczas kąpieli w Sit & Shower.

Doświadczenie podpowiedziało pomysłodawcom urządzenia, że powinno ono być instalowane nad toaletą, aby pacjent mógł z niej skorzystać podczas kąpieli. Urządzenie Sit & Shower może być zainstalowane także w mieszkaniu. Takie projekty są już realizowane. Nie łączy się to z ogromnym remontem łazienki, a raczej z drobnymi przeróbkami, np. odsunięciem toalety o kilka centymetrów od ściany. W Polsce takie instalacje mogą być dofinansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Z opinii uzyskanych od użytkowników, którzy zdecydowali się na takie rozwiązanie wiadomo, że dobrostan całego gospodarstwa domowego poprawia się, jeżeli osoba niesamodzielna może korzystać z prawdziwej kąpieli bez udziału innych osób.

– Deficyt opiekunek w opiece długoterminowej jest coraz bardziej widoczny – podkreśla Tomasz Troniewski. – W niektórych placówkach przekłada się to na niższy standard opieki. Brak personelu opiekuńczego zaczyna być usprawiedliwieniem dla różnych niedociągnięć. Przeraża mnie to, ale taka jest rzeczywistość. A chętnych, z przyczyn demograficznych, do korzystania z usług opieki i tak nie brakuje. Dlatego tak ważne jest dla nas wprowadzenie innowacji do opieki długoterminowej. Beneficjentami robotyzacji i automatyzacji niektórych procesów opieki długoterminowej są osoby niesamodzielne, ich opiekunowie i rodziny.

Za opracowanie koncepcji tej społecznej innowacji firma Automation for Humanity otrzymała nagrody na trzech kontynentach. – Wprowadzenie innowacji do sektora opieki długoterminowej jest dużym wyzwaniem, ale najlepszą rekompensatą za te wysiłki jest świadomość, że możemy przywrócić schorowanym i cierpiącym osobom trochę normalności – dodaje Troniewski.

A rzeczywistość skrzeczy

Helena Kładko, wieloletnia członkini Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, od wielu lat choruje na stwardnienie rozsiane (SM). Jest też od 33 lat nieformalnym opiekunem 50-letniej córki Moniki, która także choruje na SM. Obie panie zmagają się z różnymi przeciwnościami losu, z chorobami i ograniczoną sprawnością.

– Chciałabym, aby ustawodawcy w poważny i skuteczny sposób pochylić się nad potrzebami osób z różnymi niepełnosprawnościami – mówi Helena Kładko. – Poruszam się z pomocą balkonika, ale nadal mogę chodzić. Córka jest osobą leżącą, a zdiagnozowana była, gdy miała 18 lat. Oboje z mężem

opiekujemy się córką najlepiej, jak potrafimy. W postaci przewlekłej postępującej SM nie ma skutecznego leczenia farmakologicznego. Jedynym ratunkiem dla nas, aby spowolnić postęp choroby, jest rehabilitacja. I tu pojawiają się paradoksy w przepisach. Dwa lata temu po leczeniu szpitalnym pacjenci byli kierowani na dalszą rehabilitację do sanatorium, aby utrwalić poczynione postępy. We wniosku, który się składa na leczenie sanatoryjne, należy podać informacje, czy pacjent jest samodzielny. Córka jeździ na wózku, a więc nie może być zakwalifikowana do sanatorium. Argument, że sami zajmujemy się opieką nad Moniką do nikogo nie przemawia. To bezdusność, zwłaszcza że po złożeniu dokumentacji na rehabilitację ogólnoustrojową (przysługuje raz w roku, ale wy Mogiem jest posiadanie I grupy inwalidzkiej) do tego samego szpitala sanatoryjnego nikt się nie pyta o samodzielność. Pacjent może być przyjęty. Absurd oderwany od rzeczywistości. Kolejny problem, z którym zmagają się państwo Kładko, jest opieka długoterminowa, na którą trzeba czekać blisko rok. A przecież pacjent leżący wymaga opieki od zaraz. Nie wystarczy pomoc pielęgniarki środowiskowej, która przychodzi wymienić cewnik.

Pacjent niesamodzielny jest uwięziony w czterech ścianach, odcięty od świata, bo bariery architektoniczne uniemożliwiają mu pokonanie nawet kilku schodków. O tym też się nie myśli, chociaż społeczeństwo szybko się starzeje.

– Nie myśli się o rozwoju opieki długoterminowej – mówi wprost Helena Kładko. – Dopóki my żyjemy, córka ma zapewnioną opiekę, ale nie jesteśmy najmłodszy – przekroczyliśmy siedemdziesiątkę. Co będzie dalej? Codzienne życie pokazuje, że miejsce w zakładzie opieki długoterminowej można uzyskać tylko wtedy, gdy ktoś odchodzi na wieczną wartę. Ale o tym się nie myśli. Publiczne pieniądze są trwonione na inicjatywy, które nie poprawiają losu chorych, nie przywracają ludzi do pracy. Patrząc na problem z własnej perspektywy, ale wiele jest do naprawienia. Niewątpliwie wielką pomocą dla osób z niepełnosprawnościami jest dodatek wspierający [to potoczna nazwa świadczenia wspierającego przeznaczonego dla dorosłych osób z niepełnosprawnościami, niezdolnymi do samodzielnej egzystencji, które ma na celu częściowe pokrycie wydatków związanych z zaspokajaniem ich potrzeb. Kwota tego nowego świadczenia jest uzależniona od poziomu potrzeby wsparcia ustalonego w decyzji Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności (WZON), wynosi od 40 proc. do 220 proc. renty socjalnej – przyp. aut.]. Dzięki temu dodatkowi możemy sobie pozwolić na dodatkową rehabilitację w domu, możemy kupić lek, który nie jest refundowany, a bardzo potrzebny. Bez tego leku z córką nie ma kontaktu werbalnego. Niepokoi natomiast projekt zaprzestania rehabilitacji domowej, bo jest ona zbyt dużym obciążeniem dla NFZ, oraz przeniesienia opieki długoterminowej na barki rodziny. System zapomina o osobach z niepełnosprawnościami, przewlekłe i nieuleczalnie chorych, niedołączonych, ale to nie oznacza, że ci ludzie znikną. Oni są i wymagają opieki.