

ANDRZEJ MIELCZAREK

Wyższa Szkoła Kultury Społecznej i Medialnej w Toruniu

## REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ DLA OSÓB W PODESZŁYM WIEKU

### ABSTRAKT

W świetle Konstytucji RP obywatel ma prawo do ochrony zdrowia. Dotyczy to także mieszkańców w podeszłym wieku w domu pomocy społecznej (DPS). Pogłębiające się zniedołężnienie, współistnienie wielu schorzeń, ich przewlekłość i poziom powikłań wywołują wzrost zapotrzebowania w DPS na systematyczną, całodobową geriatryczną opiekę medyczną (opieka lekarska, usługi pielęgnacyjne i rehabilitacyjne). Realizacja potrzeb zdrowotnych mieszkańców w podeszłym wieku w DPS przez podmioty podlegające pod służbę zdrowia budzą wiele kontrowersji, stąd konieczność zmian przepisów prawnych w kierunku przeniesienia ciężaru finansowania świadczeń zdrowotnych w DPS na NFZ.

**Słowa kluczowe:** dom pomocy społecznej, usługi medyczne, choroba, pielęgnacja geriatryczna, leczenie, rehabilitacja, niepełnosprawność

### WSTĘP

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zdrowie jako „stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko jako brak choroby lub niepełnosprawności” (zob. gabinetzdrowia.net.pl...). Jest ono wartością, dzięki której jednostka może realizować swoje aspiracje, osiągać satysfakcję, zmieniać środowisko i sobie w nim radzić. Zdrowie jest zasobem (bogactwem) społeczeństwa, gwarantując rozwój społeczny i ekonomiczny. Tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe, rozwijać się i osiągać lepszą jakość życia (Kulik, Zboina, Wiecheć, 2001, s. 45).

W świetle Konstytucji RP obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne mają obowiązek zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki

zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych. Zakres i sposób realizacji tych uprawnień reguluje Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2015, poz. 581). W świetle przepisów tej ustawy prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, przysługuje także mieszkańcom domu pomocy społecznej (DPS) objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, na takich samych zasadach jak świadczeniobiorcom, którzy potrzebują pomocy medycznej w warunkach domowych. Słaby stan zdrowia i niepełnosprawność mieszkańców w podeszłym wieku wymagają od DPS zapewnienia im kompleksowej opieki długoterminowej, polegającej na ciągłej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji, wraz z leczeniem farmakologicznym i dietetycznym (Bień, 2002, s. 78).

## **REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W DPS DLA OSÓB W PODESZŁYM WIEKU**

Zasady funkcjonowania DPS określa Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. 2015, poz. 163) oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. (Dz.U. 2012, poz. 964). DPS nie świadczy usług zdrowotnych, ponieważ nie posiada statutu zakładu opieki zdrowotnej. Ma jednak obowiązek umożliwienia i zorganizowania pomocy mieszkańcom w dostępie do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, przysługujących im na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (art. 58, ust. 4; Dz.U. 2003 nr 45, poz. 391) i Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2015, poz. 581) z ubezpieczenia zdrowotnego i z opłaconych przez mieszkańców składek zdrowotnych.

Ochrona zdrowia w DPS przeznaczonym dla osób w podeszłym wieku jest ogromnym wyzwaniem. Dłuższe życie człowieka na ogół wiąże się z poszerzeniem zakresu jego cierpienia i niepełnosprawnością, w wyniku przebytych chorób i zmian patologicznych, wywołujących dolegliwości bólowe, czasami utratę pamięci i sprawności intelektualnej (Ostrzeżek, Kocur, 2001, s. 32). Współistnienie wielu schorzeń i przewlekłości ich przebiegu, skłonności do schorzeń i powikłań wywołują wzrost zapotrzebowania na systematyczną, geriatryczną opiekę medyczną (Chabior, 2000, s. 29). Dotyczy to szczególnie chorych z dużymi deficytami w samoobsłudze i samopielęgnacji, którzy nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego, ale wymagają wsparcia i całodo-

bowej, stałej specjalistycznej opieki, podtrzymującej zdrowie i zapewniającej bezpieczeństwo zdrowotne (Skolmowska, Chwesiuk, Raczek, 2002, s. 36). Według badań przeprowadzonych wrywkowo przez personel medyczny, w zależności od typu domu, od 35 do 75% mieszkańców DPS kwalifikuje się do całodobowej opieki i pielęgnacji długoterminowej, a odsetek osób wysoce niesamodzielnych w DPS systematycznie wzrasta (tamże, s. 37).

Jako świadczeniobiorcy ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) mieszkańcy DPS powinni mieć zapewniony dostęp do adekwatnej do ich stanu zdrowia pomocy medycznej, w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wydłużający się średni okres życia ludzi starych, a wraz z nim postępująca niepełnosprawność i pogarszający się stan zdrowia, skutkują trudnościami w dostępie do usług medycznych. Usługi medyczne na rzecz mieszkańców DPS świadczone przez podmioty podległe służbie zdrowia nie są zadowalające, dlatego też w większości przypadków DPS, z uwagi na konieczność zapewnienia opieki i pielęgnacji mieszkańcom przez 24 godziny na dobę, finansują usługi zdrowotne, które powinny być finansowane z NFZ. Głównie dotyczy to zatrudniania pielęgniarzek i rehabilitantów. Wpływa to negatywnie na sytuację finansową DPS oraz jego mieszkańców (którzy już płacą składki na ubezpieczenia zdrowotne), a także ich rodzin oraz gmin, które dopłacają do pełnego kosztu utrzymania mieszkańca. Z tego powodu wyższe są koszty utrzymania mieszkańców, które przekładają się m.in. na ograniczanie skierowań do DPS osób starych i niepełnosprawnych, wymagających całodobowej opieki specjalistycznej.

Uważam za konieczne przeniesienie ciężaru finansowania świadczeń zdrowotnych w DPS na NFZ, co ograniczy koszty prowadzenia tych placówek. Tym samym DPS nie będą w gorszej sytuacji w stosunku do zakładów opieki medycznej, do których zalicza się oddziały dla przewlekle chorych, zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO). Chodzi także o to, ażeby warunki pracy i płacy personelu medycznego w DPS były zrównane z sytuacją pracowników medycznych zatrudnionych w innych zakładach opieki zdrowotnej.

Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców DPS jest możliwe jedynie poprzez kompleksowe działanie zespołu specjalistów: lekarza geriatry lub internisty, pielęgniarki, stomatologa, rehabilitanta, psychologa. Zespół ten powinien wypracować odpowiednie warunki współpracy, niezbędne dla dobra pacjenta. Każdy z jego członków musi mieć tu sprecyzowaną własną rolę, jak również znać dokładnie zadania współpracowników. Powołanie takiego zespołu leży poza możliwościami zakładu opieki medycznej.

## PIELĘGNIARSTWO GERIATRYCZNE W DPS DLA OSÓB W PODESZŁYM WIEKU

„Ludzie starsi powinni mieć prawo do życia w godności i bezpieczeństwie, zapewnioną niezależność, godność, możliwość samorealizacji, liczyć na opiekę ze strony rodziny lub gminy oraz mieć dostęp do opieki zdrowotnej, ażeby utrzymać w optymalnym stanie zdrowie fizyczne i psychiczne” (Garrett, 1990, s. 76). Wydłużenie życia ludzkiego (efekt postępu cywilizacyjnego i postępu nauk medycznych) spowodowało wzrost liczby osób w podeszłym wieku, osób z niepełnosprawnością i osób z chorobami przewlekłymi. Rośnie zatem liczba osób niepełnosprawnych, niezdolnych do samodzielnej egzystencji, wymagających wzmożonej opieki lekarskiej, pielęgniarstwa i rehabilitacyjnej (Stachowska, 2003, s. 70). Ze względu na wysoki odsetek ludzi starych w społeczeństwie istnieje konieczność „geriatryzacji opieki zdrowotnej”. Ostatnio wyliczono, że przyrost odsetka ludzi starych w Polsce o 1,3% spowodował aż 10-procentowy wzrost pacjentów tej grupy wiekowej wśród ogółu hospitalizowanych (Roszkowska, Goryński, 2001, s. 39).

Stawia to m.in. przed pielęgniarkami coraz wyższe wymagania profesjonalne (Rogała-Pawelczyk, 2006, s. 4). Szczególnie trudną rolę odgrywa pielęgniarka (geriatryczna) w DPS, której praca charakteryzuje się całościowym podejściem do pielęgnowania, diagnozą pielęgniarstwa i opieką opartą na diagnozie pielęgnacyjnej. Najczęstsze zabiegi pielęgnacyjne to: mycie chorego, ubieranie, korzystanie z toalety, karmienie, wspieranie psychiczne, zapewniające poczucie bezpieczeństwa i kontakty społeczno-towarzyskie. Zadaniem personelu pielęgniarstwa jest mierzenie temperatury pacjenta w spoczynku, tętna, częstotliwości oddechu, ciśnienia krwi, ocena stanu skóry, paznokci, włosów i jamy ustnej, co pozwoli wczesnie wykryć stany patologiczne. Wszystkie zaobserwowane nieprawidłowości wymagają szczegółowego odnotowania w książce stanu zdrowia mieszkańca, co pozwala określić problemy zdrowotne seniora i ustalić strategię jego leczenia, zapewnić pomoc w dostosowaniu się chorego do nowych warunków związanych z ograniczeniem zajęć dnia codziennego, rekompensować choremu (poprzez pielęgnację) rezygnację z zainteresowań osobistych, poprzez podmiotowe traktowanie i zaspokajanie potrzeb chorego w ramach istniejącej sytuacji. Pielęgniarka pomaga w wykonywaniu czynności warunkujących zdrowie lub powrót do zdrowia. Pracując w zespole wielodyscyplinarnym, zachęca ona mieszkańca do dbałości o samego siebie i pomaga w przewy-

ciężaniu zażenowania lub niepewności związanych z podjęciem przez podopiecznego kontaktów towarzyskich.

Pielęgniarka geriatryczna powinna znać i rozumieć znaczenie pobudzenia zmysłów chorego oraz treningu pamięciowego czy też treningu orientacji w rzeczywistości. W ten sposób pielęgniarki hamują postęp procesu chorobowego, ułatwiają sobie opiekę nad osobą w podeszłym wieku, pomagają jej w zachowaniu samodzielności i integralności (niezależności), a tym samym poprawiają jakość życia chorego i atrakcyjność własnej pracy. Charakterystyczną cechą pielęgniarki powinna być zmiana punktu postrzegania pacjenta, spowodowana osiągnięciami współczesnej gerontopsychiatrii. Pielęgniarka stawia tu na pierwszym miejscu nie deficyty zdrowotne, z których nic nie da się wykrzesać, lecz posiadane rezerwy podopiecznego i jego zasoby, czyli pozostałe dyspozycje psychiczne i somatyczne. Tak więc dotychczasowa podstawowa zasada deficytu została zastąpiona zasadą kompensacji, oznaczającą wyrównywanie obiektywnie istniejących lub subiektywnie odczuwanych braków w jednej dziedzinie działalności człowieka, poprzez wzmożoną aktywność w innej sferze (Szałkiewicz, 2006, s. 6). To pielęgniarka musi wiedzieć, że dominującymi cechami w komunikacji pomiędzy nią a pacjentem są: partnerstwo, współuczestnictwo, współodczuwanie, odpowiedzialność i wolność, ponieważ w interakcjach z innymi ludźmi ważne są zarówno spotkania w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym oraz duchowym (Krzyżanowska-Łągowska, 2001, s. 2–6).

Pielęgniarka w DPS musi wykazywać się dużym zakresem kompetencji, co wymusza na niej ustawiczne doksztalcanie zawodowe. Pielęgowanie mieszkańca w podeszłym wieku w DPS opiera się na indywidualnej odpowiedzialności i charakteryzuje się celowością, planowaniem i ciągłością. Zatem musi to być osoba, która wykorzystując swoją wiedzę, kompetencje, naukowe podejście do problemu pielęgowania, uwzględnia wszystkie sfery bio-psycho-społeczne człowieka. To ona ponosi odpowiedzialność za podejmowane i wykonane działania przed podmiotem opieki, własną grupą zawodową, zespołem terapeutycznym i całym społeczeństwem i jest zobowiązana do prowadzenia rzetelnej dokumentacji procesu pielęgowania (Szałkiewicz, 2006, s. 7).

Musi także współpracować z instytucjami samorządowymi i organizacjami pozarządowymi sprawującymi opiekę nad ludźmi w wieku podeszłym, opiekować się mieszkańcem i zarządzać opieką pielęgniarską wysokiej jakości. Ponadto powinna umieć rozpoznać sytuację zdrowotną, psychologiczną, udzielać specjalistycznej pomocy w zakresie rozwiązywa-

nia złożonych problemów zdrowotnych i psychospołecznych, współpracować z zespołem interdyscyplinarnym oraz współuczestniczyć w realizowaniu rehabilitacji pacjenta. Musi także komunikować się z jego rodziną, wspierać chorego w sytuacjach trudnych, planować działania edukacyjne, ukierunkowane na samoopiekę i samopielęgnację, określać specyfikę opieki paliatywnej, szanować przekonania religijne i kulturowe mieszkańca oraz prowadzić rozmowy z chorym na różne tematy (tamże, s. 8).

Ponieważ ludzie starsi najczęściej chorują na kilka chorób, stąd konieczne jest wnikliwe rozważenie i zbadanie nawet najbardziej błahych objawów, szczególnie w zakresie niewydolności intelektualnej, niestabilności postawy i unieruchomienia, nietrzymania moczu i kału. Terapia ludzi starszych ma odrębną specyfikę, podobnie jak patologia. Wchodzi tu w grę nie tylko odmienny sposób dawkowania leków; sprawę komplikują często paradoksalne reakcje organizmu starczego na niektóre z nich lub zmniejszenie tolerancji na wiele leków. Pielęgniarka musi wiedzieć, że każdy człowiek powyżej 70. roku życia powinien przejść badanie sprawności umysłowej w aspekcie upośledzenia słuchu czy wzroku, trudności werbalnych oraz problemów w komunikowaniu się. Należy też wykluczyć obecność depresji, która ze względu na wysokie rozpowszechnienie wśród osób w starszym wieku stwarza wrażenie otępienia (depresja rzekoma) (Ostrzeżek, 2001, s. 32).

Sztuka pielęgniarstwa geriatrycznego polega na zwiększaniu możliwości i zmniejszaniu istniejących ograniczeń podopiecznego. Rolą pielęgniarki geriatrycznej jest także zachęcanie mieszkańca do samoobsługi. Pacjent o odpowiedniej motywacji może przezwyciężyć wiele trudności, osiągając zdolność zadbania o samego siebie, jednak można to czynić tylko w środowisku dobrze znanym podopiecznemu, takim, w którym się on dobrze czuje. Dlatego trzeba dokonać w nim wiele niezbędnych zmian adaptacyjnych, pozwalających na przezwyciężanie niesprawności, np. upewnić się, czy meble mają prawidłową wysokość i są w dobrym stanie technicznym (tamże, s. 91).

Pielęgniarka geriatryczna pomaga również w układaniu planu indywidualnego wsparcia mieszkańców. Skuteczna opieka pielęgniarska polega w pierwszej kolejności na pozyskaniu dokładnych informacji o stanie zdrowia podopiecznego, jego oczekiwań w zakresie poprawy zdrowia, jego przeżyciach z pobytu w szpitalu, uprzedzeniach w zakresie sposobu leczenia itp. Pozwala to opracować trafny, indywidualny plan pielęgnacji, za zgodą mieszkańca, który powinien być zachęcany do aktywnego udziału w planowaniu opieki nad własnym zdrowiem. Istnieje zasada, że problemy

naglące mają pierwszeństwo w realizacji, co pozwoli zapobiegać ewentualnym komplikacjom.

Szczegółnej troski pielęgniarek potrzebują mieszkańcy z niewydolnością intelektualną (otępieniem), co wiąże się ograniczeniem pamięci. Może to w istotny sposób wywoływać stresse u mieszkańców. W celu złagodzenia cierpień podopiecznego pielęgniarzka powinna poznać przyczyny stresu i dodawać choremu otuchy, przypominać, gdzie się znajduje, ubierać go we własną odzież, organizować kontakty z lekarzem i krewnymi. Zmniejsza to lęk podopiecznego, ułatwia orientację, daje większą pewność siebie i pozwala utrzymywać więzi ze środowiskiem. Działania te łagodzą niepokój, pozwalają na pełne zrozumienie problemów medycznych, zwiększają poczucie przydatności i zaangażowania seniora, ograniczają wydatki energetyczne i zwiększają zainteresowanie posiłkami (Rossa, 2014, s. 30).

Podopieczni często mają niestabilny chód, na skutek czego może dochodzić do upadku. Stwierdzono, że 90% upadków dotyczy ludzi w podeszłym wieku, dlatego też na ten problem należy spojrzeć w sposób szczególny; każdy upadek może mieć groźne konsekwencje dla zdrowia i prowadzić do niepełnosprawności (tamże, s. 32). Upadek może być spowodowany wieloma przyczynami: osłabieniem, nadmiernym uspokojeniem wywołanym obniżeniem ciśnienia, zbyt długim pozostawaniem w łóżku, zaburzeniami psychicznymi, bólem kości, stawów, stóp, depresją. Konsekwencją unieruchomienia mogą być odleżyny, przykurcza, zaparcia, nietrzymanie moczu, powikłania zakrzepowo-zatorowe itp., depresja. W tym wypadku niezbędne jest szybkie wykonanie badań i odpowiednie leczenie. Postępowanie pielęgniarzkie w takim przypadku polega na częstym i regularnym zmienianiu pozycji ciała, utrzymywaniu skóry w czystości, starannym słaaniu łóżka. Wszystkie stawy powinny być uruchamiane w pełnym zakresie ruchów, przynajmniej trzy razy dziennie, nagrzewane, po uprzednim zastosowaniu leków przeciwbólowych. Leżącego należy zachęcać do częstego picia, prowadzić z nim gimnastykę usprawniającą oddychanie, podejmować próby wywołania u chorego dobrego nastroju. Pielęgniarzka powinna też w miarę możliwości uczestniczyć w badaniach mających na celu ustalenie prawdziwej przyczyny unieruchomienia podopiecznego i sposobu jego leczenia (Garrett, 1990, s. 127).

Personel pielęgniarzki powinien wykazywać szczególne zainteresowanie podopiecznymi cierpiącymi na nietrzymanie moczu i kału. Brak kontroli, brudzenie pościeli, sprzętów, ubrania rujnują osobowość ludzi starych, są przyczyną utraty godności i szacunku do samego siebie, skutkują negatyw-

nym nastawieniem personelu wobec takiego mieszkańca. Choroba ta obejmuje szeroki zakres problemów urologicznych, a spowodowana jest m.in. apatią, depresją, nadmiernym napięciem, uszkodzeniem mózgu i rdzenia kręgowego, zakażeniem dróg moczowych, przerostem gruczołu krokowego, stosowaniem niektórych leków, opadnięciem macicy. Koniec życia zwykle poprzedza długotrwały okres niemocy; decydujące znaczenie w tej fazie życia ma zapewnienie odpowiedniej opieki i pielęgnowanie seniora. Ludzie w podeszłym wieku często niepokoją się śmiercią i często o niej myślą, zatem obowiązkiem służb medycznych jest przygotowanie psychiczne podopiecznego do faktu zakończenia życia ze spokojem poprzez osvajanie go w sposób przemyślany z myślą o własnej śmierci. Stwierdzono, że umieranie może być lżejsze wśród ludzi, którzy mają dla mieszkańca najważniejsze znaczenie, dlatego, o ile jest to możliwe, należy dążyć, by tak ono następowało (tamże, s. 156).

W przyszłości należy się liczyć z dalszym wzrostem zapotrzebowania na usługi pielęgniarstwa świadczone osobom w podeszłym wieku, co wiąże się z dalszym wzrostem liczby ludzi starych w społeczeństwie.

## REHABILITACJA GERIATRYCZNA W DPS DLA OSÓB W PODESZYM WIEKU

Rehabilitacja (*habitalis* – sprawny, zręczny) oznacza przywracanie sprawności. Światowa Organizacja Zdrowia określa rehabilitację jako „świadomie kierowany proces, polegający na celowym wykorzystywaniu ściśle określonych ćwiczeń fizycznych w celu uzyskania efektów przeciwdziałających obniżeniu się możliwości przystosowawczych organizmu. W jej skład wchodzi fizjoterapia, terapia zajęciowa oraz zaopatrzenie ortopedyczne” (Kulik, Zboina, Wiecheć, 2001, s. 23). „Rehabilitacja jest zazwyczaj dzielona na trzy rodzaje: rehabilitację leczniczą (rozpoczyna się jeszcze w fazie terapii), rehabilitację zawodową (uzdolnienie pacjenta do powrotu do pracy zawodowej) oraz rehabilitację społeczną (włączenie jednostki do życia społecznego, której celem jest nawiązanie relacji socjalnych)” (Żak, *Rehabilitacja...*).

Od kilku lat odchodzi się od terminu „rehabilitacja”, zastępując je określeniem „fizjoterapia”. W proces ten zaangażowane są osoby, które zajmują się znoszeniem barier architektonicznych, przystosowaniem osób niepełnosprawnych do wymagań życia społecznego oraz przygotowujące daną osobę do życia zgodnie z jej potrzebami i zainteresowaniami (tamże).

Fizjoterapia jest bardzo obszernym działem, składającym się z trzech składowych: kinezyterapii (terapia ruchowa), fizykoterapii (wykorzysta-



nie naturalnych bądź sztucznych źródeł energii) oraz masażu, opartego na energii mechanicznej. Procesem rehabilitacyjnym obejmuje się osobę, która z różnych przyczyn utraciła zdolność samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie na skutek przebytych chorób, urazów itp. (Kuskowski, 2007, s. 45). Rehabilitacja pozwala ograniczyć do minimum fizyczne, psychiczne i społeczne skutki niepełnosprawności, powstające w momencie zaistnienia pewnych dysfunkcji organizmu, niepełnosprawności w sensie fizycznym, intelektualnym, kulturalnym czy społecznym itp. To kolejny etap terapii, przywracający pacjentowi stan zdrowia, samodzielność i sprawność w takim zakresie, w jakim jest to możliwe do osiągnięcia. Rehabilitacja oznacza kompleksowe leczenie przez specjalistów różnych dziedzin, nie tylko fizjoterapeutów zajmujących się przywracaniem sprawności ruchowej ludzi starych.

Podmiotem rehabilitacji geriatrycznej w DPS dla osób w podeszłym wieku jest senior w zaawansowanym wieku, cierpiący na kilka zazwyczaj przewlekłych chorób, które wzajemnie na siebie wpływają i stanowią zagrożenie dla samodzielności mieszkańca (Nikolaus, 2000, s. 234). Stąd należy stosować wobec niego różne jej formy. Po pierwsze, rehabilitację prewencyjną, zmierzającą do utrzymania dotychczasowych kompetencji seniora w dobrej kondycji zdrowotnej, unikania chorób, niesprawności i niesamodzielnosci. Po drugie, rehabilitację ogólną, skierowaną do seniorów przewlekle chorych, która polega na ich uaktywnianiu poprzez celowe działania, dopasowane do poszczególnych jednostek chorobowych i potrzeb pacjentów (Kabsch, 2005, s. 12).

Celem rehabilitacji geriatrycznej jest utrzymywanie osób w podeszłym wieku w jak najlepszej sprawności. Oznacza ona zespół działań leczniczych, psychologicznych, technicznych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia możliwie najwyższego poziomu funkcjonowania seniorów, poprawy jakości ich życia i integracji społecznej (Garrett, 1990, s. 123).

W rehabilitacji szczególnego znaczenia nabiera identyfikacja nowych potrzeb rehabilitacyjnych oraz ustalenie strukturalnych i funkcjonalnych zmian w procesie starzenia się organizmu jako czynników ryzyka niepełnosprawności. Wśród zmian inwolucyjnych na szczególną uwagę zasługują strukturalne zmiany kości, stawów i konsekwencje tych zmian oraz zdolność zachowywania zrównoważonej postawy ciała (tamże, s. 37).

Wielu seniorów cierpi na zaburzenia wzroku lub słuchu, równowagi chodu, osłabienie siły mięśniowej, sprawności układu krążenia, obniżenie zdolności poznawczych i spostrzegawczych. Prawdopodobieństwo ich wy-

stąpienia zwiększa się wśród chorych na cukrzycę i cierpiących na chorobę Parkinsona (ta ostatnia zwiększa ryzyko upadku aż 10-krotnie). Po upadkach, poprzez rehabilitację przywraca się do sprawności 50% osób w wieku od 65 do 74 lat, powyżej 75. roku życia – 30%, a powyżej 80. roku życia – 25% osób. Rehabilitacja jest zbędna, gdy zwrócimy uwagę na czynniki zewnętrzne, odpowiedzialne za upadki: nieodpowiednie obuwie, śliskie podłóża, progi, złe oświetlenie. Dlatego też należy monitorować zagrożenia związane zarówno z czynnikami wewnętrznymi, związanymi z upadkami, łączącymi się z zaburzeniami ustroju, jak i zewnętrznymi, a dotyczącymi środowiska, w którym przebywa osoba starsza (Żak, *Rehabilitacja...*).

Rehabilitacja jest ważnym elementem w leczeniu osób z chorobą Alzheimera, w której chorzy cierpią na postępujące osłabienie wydolności organizmu i funkcji poznawczych, zaburzenia percepcji zmysłowej i czuciowej oraz utratę równowagi. Konsekwencje tych zjawisk można ograniczyć, włączając podopiecznych do odpowiednio dobranego programu rehabilitacyjnego, uwzględniającego wiele czynników, wpływających na jego aktualny stan fizyczny i psychiczny. Ma to na celu utrzymanie jak najlepszej kondycji fizycznej i psychicznej oraz zapobieganie powikłaniom.

Fizjoterapia ma za zadanie utrzymanie dobrej kondycji fizycznej dzięki wzmocnieniu siły mięśniowej, zwiększenie zakresu ruchu w stawach, poprawę krążenia, przeciwdziałanie zaburzeniom równowagi i upadkom. Ponadto aktywny styl życia zmniejsza występowanie u mieszkańców takich objawów, jak niepokój, pobudzenie i bezwiedne przemieszczanie się, a także stymuluje pracę jelit i poprawia jakość snu. Ćwiczenia powodują zwiększone wydzielanie przez organizm substancji będących substytutami leków antydepresyjnych. Rehabilitacja jest niezbędnym uzupełnieniem leczenia farmakologicznego, maksymalnie wykorzystującym możliwości pacjenta i podtrzymującym samodzielne funkcjonowanie, np. ćwiczenia mięśni miednicy umożliwiają większą kontrolę zwieraczy, ćwiczenia kończyn dolnych – lepsze i sprawniejsze przemieszczanie się, natomiast ćwiczenia kończyn górnych – samodzielność, która przejawia się w takich czynnościach, jak ubieranie się czy jedzenie (Burszczyk, 2008, s. 26).

Najnowsze piśmiennictwo zaleca wykorzystywanie do aktywizowania podopiecznego zabiegów pielęgnacyjnych oraz wszelkich innych czynności wynikających z codziennej opieki nad nim. Im większy zakres takiej pielęgnacyjnej rehabilitacji, tym lepiej dla chorego. Im wcześniej rozpoczyna się rehabilitacja, tym większa jej efektywność. Zaawansowany wiek chorego jest przesłanką, która każe zredukować oczekiwania co do skuteczności

tych zabiegów, choć oczywiście nie oznacza to, że poprawa nie nastąpi. Zawsze należy spodziewać się zmian na lepsze (Kraus, 2006, s. 8).

Motywy skłaniające do podjęcia rehabilitacji u osób starszych są następujące: poprawa lub zachowanie zadowalającego poziomu wydolności fizycznej, zachowanie i stabilizacja optymalnej masy ciała, zachowanie zadowalającej siły mięśniowej, stabilizacja stawów, a szczególnie kręgosłupa, wzrost dodatnich bodźców psychicznych dających poczucie wzrastającej lub utrzymującej się sprawności ciała. Wymienić tu należy także wzrost lub utrzymanie swoistej odporności przeciwwakaźnej, zapobieganie powstawaniu lub rozwojowi chorób cywilizacyjnych, głównie chorobie niedokrwiennej serca i chorób metabolicznych poprzez poprawę sprawności narządu krążenia oraz higienizację życia (dieta, zaniechanie lub ograniczenie palenia tytoniu, unikanie stresów emocjonalnych itp.) (Kuskowski, 2007, s. 45).

Rehabilitacja znajduje szerokie zastosowanie we wszystkich gałęziach medycyny: w chorobach kardiologicznych, chirurgicznych, reumatologicznych, neurologicznych, laryngologicznych, u osób niedowidzących, głuchych, z upośledzeniem umysłowym. Obecnie w każdej specjalności medycznej trudno sobie wyobrazić leczenie chorych bez działań rehabilitacyjnych, które poprawiają końcowe wyniki leczenia. We wczesnym okresie po urazie lub zachorowaniu na plan pierwszy wysuwa się rehabilitacja lecznicza, natomiast następny akcent powinien być przeniesiony na rehabilitację pedagogiczną i socjalną (Kiwierski, 2002, s. 16).

Szczególnie ważna staje się rehabilitacja mieszkańców w wieku powyżej 80 lat, którzy doświadczyli urazów. Ponieważ są oni niedołęzni i cierpią na wiele złożonych problemów zdrowotnych, często typowych dla podeszłego wieku (choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, osteoporoza, wielostanowe zmiany zwyrodnieniowe), konieczna jest wobec nich rehabilitacja kompleksowa, świadczona przez wielu specjalistów. U takich mieszkańców do problemów zdrowotnych dochodzi jeszcze trudna sytuacja psychologiczna (depresja, paranoja), społeczna (brak rodziny) i ekonomiczna (niskie świadczenia emerytalno-rentowe) (Sosin, Ciszek, Bac, 2005, s. 37). Rehabilitacja stanowi skuteczny postęp w leczeniu pod warunkiem, że jest prowadzona już w pierwszych dniach choroby lub po urazie. Zmniejsza się wówczas niebezpieczeństwo trwałego inwalidztwa i zapobiega się rozwojowi wtórnych, niekorzystnych zmian, takich jak: przykurcze, zaniki mięśniowe, zwyrodnienie stawów, zaburzenia troficzne, odleżyny, zniekształcenia kończyn, zaburzenia krążeniowo-naczyniowe. Taka rehabilitacja wpływa na poprawę sprawności seniora, a niekiedy nawet zwiększa szanse

na przeżycie, np. po zawale mięśnia sercowego, w schorzeniach pulmonologicznych, uszkodzeniach mózgu, rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym (Kiwierski, 2002, s. 16).

Chociaż działania rehabilitacyjne nie „odmładzą” i nie „uzdrowią” schorowanego człowieka, gdy będą przeprowadzane przez odpowiednio długi czas i będą odpowiednio intensywne, poprawne i konsekwentne, w życiu starszego człowieka można osiągnąć wiele diametralnych zmian na lepsze i to w najróżniejszych wymiarach. Mieszkaniec staje się bardziej samodzielny i niezależny, kompetentny i wydajny, może się cieszyć lepszą jakością życia. Poprawie ulegają też jego relacje z innymi ludźmi i zaczyna się on odnajdować w życiu społecznym (Kraus, 2006, s. 43).

Ze wszech miar wskazane jest, by właściwą rehabilitację geriatryczną poprzedzać różnego rodzaju formami terapii zajęciowej. Głównym zadaniem terapii jest usprawnienie psychiczne i fizyczne, które poprawia stan zdrowia, kondycję człowieka i zapobiega niepełnosprawności, przywraca zdolność nawiązywania kontaktów z otoczeniem, uczy umiejętności współżycia z innymi ludźmi i dostosowania się do środowiska, w którym senior przebywa. Największe znaczenie ma terapia zajęciowa, dostosowana do możliwości fizycznych i psychicznych podopiecznego, odbywająca się pod kontrolą lekarską. Ważne jest także, by zajęcia terapeutyczne organizowane były grupowo, gdzie dużą rolę odgrywają możliwości podtrzymywania kontaktów z innymi osobami i możliwość rozmowy (tamże, s. 9). Zadaniem pracowników DPS jest przekonywanie podopiecznych, że bez aktywności umysłowej i fizycznej, osobistego zaangażowania, postęp rehabilitacji jest więcej niż wątpliwy.

Warto w DPS skorzystać z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych – Dz. U. 1997 nr 123, poz. 776, ze zm.) na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych dla osób niepełnosprawnych, realizację wielu programów związanych ze sportem, rekreacją czy też z turystyką; warunek jest taki, by były to imprezy przygotowywane wspólnie z organizacjami społecznymi. Ponadto warto wiedzieć, że istnieje możliwość pozyskiwania środków na likwidację barier architektonicznych występujących w budynku DPS i w jego najbliższej okolicy, które utrudniają lub uniemożliwiają osobie niepełnosprawnej funkcjonowanie społeczne. Fundusz ten może być przeznaczony na korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych przez osoby niepełnosprawne i ich opiekunów. Ponadto istnieje

możliwość korzystania ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, przeznaczonego konkretnie w przypadku DPS na edukację pracowników i ich przekwalifikowanie (Mielczarek, 2006, s. 12).

## ZAKOŃCZENIE

Pogłębiające się zniedołężnienie, współistnienie wielu schorzeń, ich przewlekłość i poziom powikłań wywołują wzrost zapotrzebowania w DPS na systematyczną, całodobową geriatryczną opiekę medyczną (opieka lekarska, usługi pielęgnacyjne i rehabilitacyjne) (Parnowski, 2003, s. 23). Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców w podeszłym wieku w DPS przez podmioty podlegające służbie zdrowia budzą wiele kontrowersji. Dlatego też konieczne są zmiany przepisów prawnych w kierunku przeniesienia ciężaru finansowania świadczeń zdrowotnych w DPS na NFZ, co ograniczy koszty prowadzenia tych placówek. Personel medyczny zatrudniony w DPS, bazując na ogromnej wiedzy, dojrzałości, elastyczności i cierpliwości, jest w stanie zaspokajać potrzeby zdrowotne na wyższym, zadowalającym poziomie.

## BIBLIOGRAFIA

- Bień, B. (2002). Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych. W: B. Synak (red.), *Polska starość* (s. 35–78). Gdańsk: Wydawnictwo UG.
- Burszczyk, M. (2008). Rehabilitacja w chorobie Alzheimera. W: A. Jankiewicz (red.), *Poradnik dla opiekunów osób chorych na chorobę Alzheimera* (s. 26–32). Poznań: Wielkopolskie Stowarzyszenie Akzheimerowskie.
- Chabior, A. (2000). *Rola aktywności kulturalno-oświatowej w adaptacji do starości*. Radom–Kielce: Instytut Technologii Eksploatacji.
- Garrett, G. (1990). *Potrzeby zdrowotne ludzi starych*. Warszawa: PZWL.
- Kabsch, A. (2005). Niepełnosprawności towarzyszące starzeniu się człowieka – powstawanie potrzeb rehabilitacyjnych. W: E. Szałkiwicz i in. (Komitet naukowy konferencji), *Materiały pokonferencyjne z VIII Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej*. Toruń: Toruńskie Zakłady Materiałów S.A.
- Kiwierski, J.E. (2002). Realizacja polskiego modelu rehabilitacji w okresie reformy ochrony zdrowia. W: I.D. Karwat (red.), *Niepełnosprawność i rehabilitacja osób dorosłych jako problem medyczny i społeczny w Polsce* (s. 33–39). Lublin: Wydawnictwo Liber.
- Kraus, S. (2006). Początek długiej drogi. Pacjent po udarze mózgu a priorytety nowoczesnej opieki, pielęgnacji, rehabilitacji w kontekście aktywizowania psychosocjalnego. Część I. *Wspólne Tematy*, 5, 8–12.

- Krzyżanowska-Łagowska, U. (2001). Wartości duchowe w etosie pielęgniarki. *Medi. Forum Opieki Długoterminowej*, s. 27–32.
- Kulik, T.B., Zboina, B., Wiecheć, M. (2001). Wpływ aktywności fizycznej na jakość życia osób w podeszłym wieku. W: P. Błędowski i in. (Komitet naukowy konferencji), *Materiały konferencyjne IV Konferencji Opieki Długoterminowej* (s. 23–24). Toruń: Toruńskie Zakłady Materiałów S.A.
- Kuskowski, M. (2007). Terapia (?) zajęciowa. *Wspólne Tematy*, 3, 44–47.
- Mielczarek, A. (2006). Rehabilitacja geriatryczna warunkiem poprawy życia ludzi starszych. Aby żyło się lepiej! *Medi. Forum Opieki Długoterminowej*, s. 12–13.
- Nikolaus, T. (2000). *Klinische Geriatrie*. Berlin–Heidelberg–New York: Springer Verlag.
- Ostrzeżek, A. (2001). Ocena stanu czynnościowego i ocena funkcji poznawczych u pacjentów w podeszłym wieku – niezbędne elementy praktyki pielęgniarskiej w zakładzie opieki długoterminowej. W: P. Błędowski i in. (Komitet naukowy konferencji), *Materiały z V Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Opieki Długoterminowej w Toruniu* (s. 30–32). Toruń: Toruńskie Zakłady Materiałów S.A.
- Ostrzeżek, A., Kocur, J. (2001). Aktualne spojrzenie na ocenę jakości życia pacjentów w podeszłym wieku. W: P. Błędowski i in. (Komitet naukowy konferencji), *IV Konferencja Opieki Długoterminowej. Materiały konferencyjne* (s. 32–36). Toruń: Toruńskie Zakłady Materiałów S.A.
- Parnowski, T. (2003). Człowiek w wieku podeszłym z perspektywy psychiatrycznej. W: P. Błędowski i in. (Komitet naukowy konferencji), *VI Konferencja Opieki Długoterminowej* (s. 23–24). Toruń: Toruńskie Zakłady Materiałów S.A.
- Rogala-Pawelczyk, G. (2006). *Wartości moralne, etyczne i odpowiedzialność w pracy pielęgniarki i położnej – materiały konferencyjne*. Warszawa: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.
- Rossa, A. (2014). Opieka w domu chorego – uwagi opiekuna. W: *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera. Raport RPO* (s. 46–48). Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie.
- Roszkowska, H., Goryński, P. (2001). Hospitalizacja starszych mieszkańców miast i wsi w Polsce w latach 1979–1996. *Gerontologia Polska*, 2, 39–45.
- Skolmowska, E., Chwesiuk, H., Raczek, B. (2002). Pacjent w opiece długoterminowej. W: P. Błędowski i in. (Komitet naukowy konferencji), *Materiały z V Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Opieki Długoterminowej w Toruniu* (s. 34–36). Toruń: Toruńskie Zakłady Materiałów S.A.
- Sosin, P., Ciszek, E., Bac, A. (2005). Urazy narządu ruchu i możliwości ich rehabilitacji u pacjentów w podeszłym wieku. W: P. Błędowski i in. (Komitet naukowy konferencji), *Materiały pokonferencyjne z VIII Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej* (s. 36–37). Toruń: Toruńskie Zakłady Materiałów S.A.
- Stachowska, M. (2003). Proces pielęgnowania jako metoda pracy pielęgniarki w opiece długoterminowej. W: P. Błędowski i in. (Komitet naukowy konferencji), *VI Konferencja Opieki Długoterminowej. Niepełnosprawność wyzwaniem do*

- współpracy interdyscyplinarnej. Materiały konferencyjne* (s. 79–81). Toruń: Toruńskie Zakłady Materiałów S.A.
- Szwałkiewicz, E. (2006). Starzenie się społeczeństwa – wyzwanie dla Polski. *Medi. Forum Opieki Długoterminowej*, s. 6–7.
- Żak, M. *Rehabilitacja w geriatricii – wybrane zagadnienia*. <http://www.cim.tzmo.pl>, dostęp: 02.01.2016.

## IMPLEMENTATION OF HEALTH SERVICES IN THE NURSING HOME FOR THE ELDERLY

### ABSTRACT

In the light of the Constitution of the Republic of Poland the citizen has the right to health care. This also applies to elderly people in a nursing home (DPS). The deepening of indigestion, the coexistence of many diseases, their chronicity and the level of complications trigger the increase in demand for DPS for systematic, 24-hour geriatric medical care (medical care, nursing and rehabilitation services). Realizing the health needs of elderly people in DPS by health care providers is a source of controversy, hence the need for legislative changes to shift the burden of health financing in DPS to the Polish National Health Fund (NFZ).

**Key words:** social assistance home, medical services, illness, geriatric care, treatment, rehabilitation, disability