



Materiały edukacyjne do wykorzystania dla jednostek samorządu terytorialnego/innych podmiotów publicznych, planujących szkolenia dla opiekunów nieformalnych osób starszych*

dr n. o zdr. Katarzyna Domosławska-Żylińska
mgr Magdalena Łopatek
dr n. o zdr. Magdalena Krysińska-Pisarek



**Ministerstwo
Zdrowia**



**NARODOWY
INSTYTUT
ZDROWIA
PUBLICZNEGO
PAŃSTWOWY INSTYTUT
BADAWCZY**

*Materiały zawierają najważniejsze informacje, które powinny zostać uwzględnione w trakcie szkolenia



Ministerstwo
Zdrowia



NARODOWY
INSTYTUT
ZDROWIA
PUBLICZNEGO
PAŃSTWOWY INSTYTUT
BADAWCZY

Materiały edukacyjne do wykorzystania dla jednostek samorządu terytorialnego/innych podmiotów publicznych, planujących szkolenia dla opiekunów nieformalnych osób starszych*

Autorzy:

dr n. o zdr. Katarzyna Domosławska-Żylińska
mgr Magdalena Łopatek
dr n. o zdr. Magdalena Krysińska-Pisarek

Opracowano w ramach zadań badawczych prowadzonych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy finansowanych przez Ministra Zdrowia na podstawie umowy nr NIZP PZH-PIB/2021/1094/1056.

**Materiały zawierają najważniejsze informacje, które powinny zostać uwzględnione w trakcie szkolenia*

Warszawa 2024 r.

Spis treści

Moduł 1 Wprowadzenie	5
1.1 PROCES STARZENIA SIĘ A ZMIANY ZACHODZĄCE W ORGANIZMIE	5
1.2 WPŁYW OGRANICZEŃ FUNKCJONALNYCH ZWIĄZANYCH Z WIEKIEM NA FUNKCJONOWANIE OSÓB STARSZYCH	7
Moduł 2 Komunikacja i psychologia	9
2.1 ZASADY I SPOSOBY PRAWIDŁOWEJ KOMUNIKACJI Z OSOBĄ STARSZĄ WYMAGAJĄCĄ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU	9
2.2 RADZENIE SOBIE Z EMOCJAMI WYNIKAJĄCYMI Z ROLI OPIEKUNA.....	13
2.2.1 Zespół stresu opiekuna i zespół wypalenia opiekuna	14
2.2.2 Budowanie zasobów opiekuna.....	15
Moduł 3 Prawne i organizacyjne kwestie związane z opieką.....	19
3.1 ORGANIZACJA SYSTEMU WSPARCIA W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ I POMOCY SPOŁECZNEJ.....	19
3.1.1 Opieka zdrowotna	19
3.1.2 Pomoc Społeczna	25
3.2 PRAWNE ASPEKTY ZWIĄZANE Z OPIEKĄ NAD OSOBAMI STARSZYMI WYMAGAJĄCYMI WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU	33
3.2.1 Orzeczenie o niepełnosprawności.....	34
3.2.2 Ubezważnowolnienie całkowite i częściowe	34
3.2.3 Orzeczenie o ubezważnowolnieniu	34
3.2.4 Opiekun osoby ubezważnowolnionej.....	35
3.2.5 Obowiązki opiekuna prawnego	35
3.2.6 Świadczenia dla opiekuna prawnego osoby ubezważnowolnionej.....	35
3.2.7 Działania sądu wobec opiekuna prawnego	36
3.2.8 Ustanie opieki nad osobą ubezważnowolnioną	36
3.2.9 Umieszczenie w domu pomocy społecznej	36
3.2.10 Umowa darowizny.....	37
3.2.11 Umowa dożywocia	37
Moduł 4 Opieka nad osobami niesamodzielnymi	38
4.1 PODSTAWOWE CZYNNOŚCI PIELĘGNACYJNO-HIGIENICZNE I OPIEKUŃCZE.....	38
4.1.1 Higiena osobista	38
4.1.2 Technika mycia głowy/włosów.....	39

4.1.3 Technika zakładania pieluchomajtek.....	40
4.1.4 Zmiana bielizny pościelowej.....	40
4.1.5 Zmiana prześcieradła i podkładu	41
4.1.6 Karmienie	42
4.1.7 Pomiar ciśnienia tętniczego	42
PROFILAKTYKA POWIKŁAŃ ZWIĄZANYCH Z DŁUGOTRWAŁYM UNIERUCHOMIENIEM	45
4.2.2 Zasady pielęgnowania skóry.....	46
4.2.3 Oklepywanie.....	47
4.2.4 Wykonywanie prostych masażu i ćwiczeń rehabilitacyjnych	47
4.2.5 Ćwiczenia oddechowe	49
4.2.6 Pionizacja i zmiany pozycji chorego	50
4.2 BEZPIECZNE OTOCZENIE.....	52
4.2.1 Mieszkanie.....	52
4.3.2 Strefa poza mieszkaniem.....	56
4.3 ZDROWE ODŻYWIENIE	57
4.4.1 Zbilansowana dieta.....	57
4.4.2 Ryzyko niedożywienia.....	62
4.4.3 Zaparcia	63
4.4.4 Nawodnienie	69
4.5 PIERWSZA POMOC W STANACH ZAGROŻENIA ŻYCIA	71
4.5.1 Postępowanie w przypadku zadławienia	71
4.5.2 Postępowanie w przypadku porażenia prądem elektrycznym.....	72
4.5.3 Postępowanie w przypadku wystąpienia drgawek	73
4.5.4 Postępowanie w przypadku oparzeń	74
4.5.5 Postępowanie w przypadku urazów kostno-stawowych	74
4.5.6 Resuscytacja krążeniowo – oddechowa	74
4.5.7 Postępowanie w przypadku udaru mózgu	76
4.5.8 Koperta życia	77
4.6 SPOSOBY AKTYWIZACJI I TERAPII OSÓB STARSZYCH Z ZABURZENIAMI POZNAWCZYMI.....	79
Moduł 5 technologie i innowacje	83
5.1 USŁUGI Z ZAKRESU E-ZDROWIA	83
5.1.1 IKP	83
5.1.2 Teleporada.....	84
5.1.3 E-skierowanie	85

5.1.4 E-recepta	86
5.1.5 Teleplatforma Pierwszego Kontaktu (TPK)	86
5.1.6 Program Domowej Opieki Medycznej (DOM)	87

MODUŁ 1 WPROWADZENIE

1.1 PROCES STARZENIA SIĘ A ZMIANY ZACHODZĄCE W ORGANIZMIE

Proces starzenia charakteryzuje się fizjologicznymi, psychologicznymi i społecznymi zmianami. Na stan zdrowia osób starszych może mieć wpływ wiele czynników, w tym: styl życia, genetyka, środowisko, choroby przewlekłe i inne. Osoby starsze są bardziej narażone na choroby przewlekłe, spadek sprawności fizycznej, upadki, problemy ze zdrowiem psychicznym, niekorzystne zmiany społeczne (utrata przyjaciół i bliskich, ograniczenie kontaktów społecznych). Powyższe czynniki mogą prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia osoby starszej, przez co osoba ta będzie potrzebowała wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Celem takiego wsparcia jest m.in. utrzymywanie samodzielności i poprawa jakości życia.

Typową cechą wieku podeszłego jest wielochorobowość, czyli występowanie dwóch i większej liczby chorób przewlekłych jednocześnie (somatycznych i psychicznych).

Z tematem wielochorobowości łączy się temat wielolekowości i polipragmazji. Aż 1/3 Polaków po 65 roku życia przyjmuje co najmniej 5 leków dziennie. Zażywanie wielu medykamentów jednocześnie zwiększa ryzyko wystąpienia groźnych powikłań i wzajemnych interakcji.

Pięć zasad, które zmniejszą ryzyko niepożądanych skutków przyjmowania wielu leków:

- Zawsze miej przy sobie aktualny spis leków wraz z dawkami. W spisie powinny znajdować się wszystkie preparaty, łącznie z suplementami diety i lekami kupowanymi bez przepisu lekarza.
- Kiedy idziesz do lekarza (każdego) pokaż mu aktualny spis swoich leków.
- Każdorazowo informuj swojego głównego lekarza prowadzącego o innych wizytach i o wynikających z nich zaleceniach. Nawet nie pytany, informuj lekarzy wszystkich specjalności o tym, że leczysz się przewlekłe.
- Nie zażywaj leków polecanych przez sąsiada czy rodzinę, bez konsultacji z Twoim lekarzem. To co im pomogło, Tobie może zaszkodzić. Dobrym przykładem są leki przeciwbólowe i przeciw przeziębieniowe o różnych nazwach handlowych i podobnym składzie, których łączne stosowanie może doprowadzić do ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.
- Przyjmowanie licznych leków bywa konieczne. Czasem ratuje życie. Zawsze może wywołać trudne do przewidzenia powikłania.

Częstą przyczyną niesamodzielności czy niesprawności w okresie starości są tzw. zespoły geriatryczne. To szereg problemów zdrowotnych spotykanych w starszym wieku. Do wielkich zespołów geriatrycznych zalicza się:

1. **Zaburzenia zwieraczy** – nietrzymanie moczu i stolca. Problemy związane z funkcjonowaniem mięśni zwieraczy, są częstym problemem zdrowotnym u osób starszych. Zaburzenia zwieraczy mogą mieć różne przyczyny, takie jak choroby neurologiczne, zaburzenia hormonalne, zmiany w układzie mięśniowo-szkieletowym, a także związane z wiekiem zmiany w układzie moczowo-płciowym. Zaburzenia zwieraczy powodują problemy z utrzymaniem higieny, są też często przyczyną innych zaburzeń, np. infekcji, odleżyn, zaburzeń snu. Zaburzenia zwieraczy to

problem zarówno medyczny, jak i społeczny, mogący znacznie wpłynąć na jakość życia pacjentów, utrudniając codzienne czynności i prowadząc do izolacji społecznej.

2. **Zaburzenia otępienne** – to zaburzenia, w których występuje stopniowe pogorszenie funkcji poznawczych, takich jak pamięć, myślenie, mowa, zdolność do planowania, liczenie, zdolność uczenia się, wykonywania czynności i rozumienia sytuacji życiowych. Są zwykle skutkiem uszkodzenia komórek nerwowych mózgu i mają charakter przewlekły lub postępujący. Choroby otępienne powodują znaczący spadek funkcji intelektualnych i zwykle wpływają na podstawowe aktywności życiowe. Chorzy z otępieniem tracą nie tylko pamięć i sprawność funkcjonowania, ale najczęściej także autonomię. W Polsce co dziesiąta osoba po 65. roku życia cierpi na różne formy otępienia.¹² Do najczęściej występujących zespołów otępiennych zalicza się: chorobę Alzheimera, chorobę Parkinsona i demencję typu miażdżycowego. Choroba Alzheimera stanowi ponad połowę wszystkich chorób otępiennych zdiagnozowanych w populacji osób starszych. Postępujący proces otępienia może trwać kilka, a nawet kilkadziesiąt lat.
3. **Depresja** – charakteryzuje się uczuciem smutku, beznadziei, utratą zainteresowania życiem, a także zaburzeniami snu, apetytu i koncentracji. W wieku podeszłym depresja może być trudniejsza do zdiagnozowania, ponieważ starsze osoby często zmagają się z innymi chorobami i dolegliwościami, które mogą maskować objawy depresji. Wśród czynników sprzyjających występowaniu zaburzeń depresyjnych w wieku podeszłym wymienia się: brak aktywności, izolację związaną z przejściem na emeryturę, przerwaniem pracy zawodowej; zmianę warunków mieszkaniowych lub miejsca zamieszkania, pobyt w placówkach opiekuńczych; pogorszenie sytuacji materialnej; osamotnienie, brak wsparcia ze strony bliskich; utratę osób najbliższych (śmierć współmałżonka, odejście dzieci); przewlekłe choroby somatyczne; obecność zaburzeń otępiennych. Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych po 65. roku życia sięga 15–20%. Objawy w depresji typowej można podzielić na: podstawowe (osiowe) i nieswoiste (wtórne). Do pierwszych zalicza się: obniżenie nastroju – stan smutku, przygnębienia, zubożenie, niezdolność do przeżywania radości; osłabienie tempa procesów psychicznych i ruchowych (zahamowanie psychoruchowe) – spowolnienie tempa myślenia, osłabienie pamięci, spowolnienie ruchowe, niepokój; zaburzenia rytmu snu i czuwania, wahania samopoczucia w ciągu dnia, napięciowe bóle głowy, wysychanie błon śluzowych jamy ustnej, brak łaknienia; lęk – utrzymujący się niemal stale. Do objawów nieswoistych (wtórnych) zalicza się: negatywna ocena własnej osoby, stanu zdrowia, przeszłości i przyszłości, osłabienie kontaktów z otoczeniem, izolowanie się, zmniejszenie obszaru zainteresowań, samozaniedbywanie się. Dość częstym zjawiskiem w depresji jest także dysforia, której przejawem są: gniew, zniecierpliwienie, rozdrażnienie. Dysforia może być przyczyną konfliktów z otoczeniem, ale także źródłem agresji i autoagresji.
4. **Zaburzenia lokomocji i równowagi** – szacuje się, że co trzecia osoba starsza przynajmniej raz

¹ A.A. Zych, B.M. Zych, Przekraczając „smugę cienia”. Szkice z gerontologii i tanatologii, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2013, s. 60–61.

² A. Gutowska, (Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie, Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej 8/2015

w roku doświadcza upadku fizycznego, z czego około 10–15% kończy się urazem, który skutkuje trudnościami w przemieszczaniu się.³ ⁴Upadek definiuje się jako niezamierzone przewrócenie się, którego bezpośrednią przyczyną jest nagłe zaburzenie równowagi. Aby zmniejszyć ryzyko upadków u osób starszych, ważne jest, aby zapewnić bezpieczne środowisko zamieszkania, regularne badania wzroku i słuchu, regularną aktywność fizyczną, odpowiednią dietę i regularne kontrole lekarskie.

5. **Upośledzenia wzroku i słuchu** – do najczęstszych zaburzeń wzroku spotykanych u osób starszych zalicza się: zaćmę, czyli utratę przejrzystości soczewki, jaskrę, prowadzącą do nieodwracalnych uszkodzeń nerwu wzrokowego, starcze zwyrodnienie plamki (powodujące stopniowe, postępujące zaburzenia widzenia centralnego), nadwzroczność starczą. Natomiast zaburzenia słuchu przybierają postać starczego przytępienia słuchu czy nawet głuchoty starczej. Wśród seniorów stwierdza się ponadto zmniejszenie odległości, z jakiej słyszane są dźwięki, pogorszenie zdolności lokalizacji dźwięków oraz słyszenie dodatkowych dźwięków (szumy uszne subiektywne). Procesy starzenia są nieodwracalne i dotyczą wszystkich struktur drogi słuchowej. Upośledzenie wzroku i/lub słuchu w okresie starości istotnie wpływa na społeczne funkcjonowanie seniorów.

Cechą charakterystyczną wielkich zespołów geriatrycznych jest przewlekłość, wieloprzyczynowość i trudność w leczeniu. Najczęściej ograniczają one aktywność osób starszych, ich mobilność, aż w końcu powodują stopniową utratę niezależności. Mimo, że nie stanowią bezpośredniego zagrożenia życia, to w zdecydowany sposób wpływają na obniżenie jakości życia osób starszych.

1.2 WPŁYW OGRANICZEŃ FUNKCJONALNYCH ZWIĄZANYCH Z WIEKIEM NA FUNKCJONOWANIE OSÓB STARSZYCH

Ważnym zagadnieniem dotyczącym niepełnosprawności osób starszych jest sprawność funkcjonalna, czyli sprawność w zakresie podstawowych (funkcjonowanie w mieszkaniu/domu) oraz złożonych (funkcjonowanie w środowisku) czynności życiowych. Przekłada się ona bezpośrednio na samodzielność i niezależność osoby starszej. Składają się na nią czynności związane z poruszaniem się po mieszkaniu/domu, ubieraniem się, jedzeniem, robieniem zakupów, przygotowywaniem posiłków, korzystaniem ze środków komunikacji miejskiej. Nieprawność funkcjonalna może wynikać zarówno z ograniczenia mobilności (nieprawność fizyczna), jak i zaburzeń w sferze psychicznej. Skutki pogarszającego się zdrowia mogą prowadzić m.in. do trudności w poruszaniu się, a także wypełnianiu codziennych zadań życiowych. Wpływa to na ograniczenie możliwości uczestnictwa w życiu społecznym. Ograniczona samodzielność może powodować poczucie utraty autonomii i niezależności, przybliżać wizję końca życia. Istotnym doświadczeniem może być także skumulowanie doświadczeń straty, m.in. zdrowia, kondycji, a także bliskich (współmałżonka, krewnych, przyjaciół). Wszystkie te

³ A.A. Zych, B.M. Zych, Przekraczając „smugę cienia”. Szkice z gerontologii i tanatologii, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2013 s. 60–61.

⁴ A. Gutowska, (Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie, Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej 8/2015

czynniki mogą prowadzić do izolacji społecznej, samotności, dotkliwego poczucia osamotnienia, a w efekcie obniżenia poziomu jakości życia.

Najważniejsze zasady profilaktyki chorób w podeszłym wieku:

1. Regularna aktywność fizyczna - jest korzystna dla zdrowia osób starszych, może pomóc w utrzymaniu siły mięśniowej, równowagi, koordynacji i zdrowia układu krążeniowego. Zalecana jest tygodniowo co najmniej 150-300 minutowa aerobowa aktywność fizyczna o umiarkowanej intensywności lub co najmniej 75-150 minutowa aerobowa aktywność o dużej intensywności lub ich równoważne połączenie. Osoby starsze powinny również co najmniej 2 dni w tygodniu wykonywać ćwiczenia wzmacniające, obejmujące wszystkie główne grupy mięśni. Zaleca się również 3 razy w tygodniu podejmowanie wieloskładnikowej aktywności fizycznej, kładącej nacisk na równowagę funkcjonalną i trening siłowy w celu zwiększenia wydolności funkcjonalnej i zapobiegania upadkom.
2. Zbilansowana dieta - zdrowa i zbilansowana dieta może pomóc w utrzymaniu zdrowia. Dieta powinna składać się z różnorodnych pokarmów, zawierających dużo warzyw, owoców, pełnoziarnistych produktów zbożowych, białka, nienasyconych kwasów tłuszczowych i wody.
3. Regularne badania lekarskie - seniorzy powinni regularnie odbywać wizyty lekarskie w celu monitorowania swojego stanu zdrowia i wykrywania chorób we wczesnym stadium.
4. Unikanie szkodliwych nawyków - seniorzy powinni unikać szkodliwych nawyków, takich jak palenie tytoniu i nadmierne spożycie alkoholu.
5. Właściwa higiena - seniorzy powinni pamiętać o higienie, aby zapobiec infekcjom i chorobom. Należy często myć ręce, dbać o higienę jamy ustnej i zębów, a także minimalizować ryzyko zarażenia chorobami zakaźnymi.
6. Odpowiednia ilość snu – sen jest istotnym elementem zdrowego stylu życia. Może pomóc między innymi w utrzymaniu dobrego samopoczucia i poprawie zdolności poznawczych.
7. Aktywność społeczna - aktywność społeczna może pomóc w utrzymaniu zdrowia psychicznego seniorów i zapobiec izolacji społecznej. Seniorzy powinni utrzymywać kontakty z rodziną i przyjaciółmi, a także brać udział w zajęciach i aktywnościach społecznych.

Źródła:

1. Wójcicka M, Szczuka J. Opiekun szyty na miarę. Poradnik dla osób z chorobami otępiennymi, Warszawa 2019.
2. Gutowska A.: (Nie) pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie. Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej, 2015, 8: 9-33.
3. Halik J.: Inwalidztwo i niepełnosprawność wśród osób starszych. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 1997.
4. Zych A.A., Zych B.M.: Przekraczając „smugę cienia”. Szkice z gerontologii i tanatologii, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2013.
5. MZ. Niespodziewany udar: <https://pacjent.gov.pl/zapobiegaj/niespodziewany-udar>
6. NFZ. Polipragmazja – kiedy leki szkodzą?: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnoscioddzialow/polipragmazja-kiedy-leki-szkodza-sroda-z-profilaktyka-w-ow-nfz,571.html>
7. Wytyczne WHO dotyczące aktywności fizycznej i siedzącego trybu życia: omówienie. Kopenhaga: Biuro Regionalne WHO na Europę; 2021.

MODUŁ 2 KOMUNIKACJA I PSYCHOLOGIA

2.1 ZASADY I SPOSOBY PRAWIDŁOWEJ KOMUNIKACJI Z OSOBĄ STARSZĄ WYMAGAJĄCĄ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

Prawidłowa komunikacja z osobą starszą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu jest istotnym aspektem opieki. Pozwala na budowanie pozytywnych relacji, zrozumienie potrzeb i oczekiwań podopiecznego, a także zapewnia poczucie bezpieczeństwa.

Osoby starsze, często też samotne, mają silną potrzebę wyrażenia siebie, swoich emocji poprzez rozmowę. Konstruktywna, poprawna komunikacja to efektywne porozumiewanie się między nadawcą i odbiorcą. Z kolei bariery komunikacyjne to czynniki, które ten proces zakłócają. Należy zawsze dostosować poziom rozmowy do wykształcenia rozmówcy z uwzględnieniem ograniczeń np. wynikających z choroby czy niepełnosprawności (Tabela 1). Ważne jest zatem poznanie rozmówcy, traktowanie go indywidualnie i z szacunkiem. Kolejnym, istotnym czynnikiem sprzyjającym skutecznej komunikacji jest przyjęcie perspektywy mówiącego, czyli tzw. empatia oraz umiejętność słuchania. Istotną cechą konstruktywnego komunikatu jest także wystrzeganie się osądów, krytyki, narzucania własnych opinii, rozkazywania, a także proponowania rozmówcy rozwiązań skutecznych u innych osób, nie uwzględniając potrzeb podopiecznego. Te działania, mogą spowodować różne stany emocjonalne u rozmówcy takie jak: opór lub bunt, złość, agresję, bezsilność, frustrację, poczucie niskiej wartości, spadek motywacji, poczucie braku zainteresowania. W razie konieczności udzielenia rad należy dążyć do tego, by robić to w sposób otwarty, pozostawiając wybór i wolność danej osobie. Poniżej, w formie tabeli, przedstawione są najczęstsze bariery, problemy w komunikacji i praktyczne wskazówki jak je pokonywać.

Tabela 1 Wskazówki dotyczące rozwiązywania barier w komunikacji

Przyczyna	Bariera komunikacyjna	Wskazówki dotyczące komunikacji
Naturalne procesy w okresie starzenia się u osób zdrowych	Obniżenie sprawności sensorycznej	Należy dostosować siłę głosu i dykcji do potrzeb rozmówcy. Ważna jest zrozumiałość i prostota wypowiedzi.
	Rozbudowane narracje, dygresyjność wypowiedzi, liczne wspomnienia	Wspomnienia osób starszych wiążą się ze zmianami, które dokonują się w pamięci semantycznej. Na ich skutek wygasają emocje związane ze złymi wspomnieniami, większość przywoływanych wspomnień wiąże się z pozytywnymi i neutralnymi aspektami przeszłych zdarzeń. Zjawisko to pomaga w uzyskaniu pozytywnej integracji całego życia. Jeśli nasz rozmówca wspomina, nie należy mu tego utrudniać, jeśli to nie jest konieczne, a jeśli pojawia się duża dygresyjność, to ukierunkowujemy temat

		rozmowy poprzez zadawanie pytań ułatwiających powrót do właściwego wątku.
	Obniżona zdolność przystosowania się do nowych sytuacji	Należy ograniczyć do minimum jednoczesną ilość zmian przeprowadzanych w środowisku osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, a w przypadku uczenia się nowych czynności (np. obsługi glukometru) wykorzystywać uczenie się przez działanie, czyli wspólne, wielokrotne uczenie się nowych czynności.
Otępienie	Obniżenie funkcji poznawczych: • orientacji, • uwagi, • funkcji językowych, • pamięci, • oraz trudności z zapamiętywaniem i uczeniem się.	Należy powtarzać informacje istotne i zapisywać na kartce to, co wymaga zapamiętania. Należy poprosić o podsumowanie lub powtórzenie tego, co mówimy. Można posługiwać się obrazkami, pomocami wizualnymi, kalendarzem itp. Ważne, by zawsze zwracać się z szacunkiem i cierpliwością do rozmówcy.
Choroba psychiczna	Zaburzenia myślenia takie jak: urojenia (fałszywe sądy) np. osoba twierdzi, że jest śledzona.	Należy przyjąć neutralne stanowisko w stosunku do fałszywych sądów. Nie polemizować z nimi, nie próbować udowodniać, że są fałszywe ani nie potwierdzać, że są prawdziwe. Wyслуchać i zasugerować konieczność lub umówić na konsultację z lekarzem psychiatrą. W kontakcie z osobą starszą i chorą psychicznie niezbędne jest kontrolowanie przyjmowania leków.
	Agresja i pobudzenie rozmówcy	Należy wysłuchać osobę, a następnie poinformować, że dalsza rozmowa będzie możliwa tylko w przypadku zmiany jej zachowania. Należy wyznaczyć granice nieakceptowanych zachowań i nie wdawać się w tzw. „słowną przepychankę”. Ważne jest zachowanie dystansu fizycznego dla własnego bezpieczeństwa. W przypadku przejawów agresji fizycznej należy przenieść rozmowę w bezpieczne miejsce.
	Osoba wyniosła, konfrontacyjna	Należy trzymać się faktów, być rzeczowym. Pytać o argumenty, uzasadnienia. Nie podważać tego, co mówi rozmówca. Zamiast formułowania stwierdzeń, zadawać pytania.

		Należy szukać elementów wspólnych i podobieństw.
	Osoba wycofana, niechętna do współpracy	Należy zadawać pytania konkretne, potem poprosić o opinie i rozwinięcie wypowiedzi. Na początku rozmowy dobrze jest więcej mówić od siebie, by osoba poczuła się bezpiecznie.
Kryzys życiowy np. choroba czy śmierć kogoś bliskiego	Trudne emocje, które przeżywa osoba np. lęk, smutek, rozpacz.	Należy stworzyć atmosferę zrozumienia, akceptacji i wsparcia. Osoba przeżywająca np. żałobę będzie potrzebować wspominać osobę zmarłą i wystarczy jej empatycznie wysłuchać. Powinniśmy zachęcać do mówienia o swoich przeżyciach, wypowiadanie bowiem obaw, lęków, możliwość swobodnego mówienia też o złości zwiększa poczucie bezpieczeństwa. Należy unikać dawania rad, zaprzeczania uczuciom, kwestionowania przekonań religijnych czy mówienia o zmarłym bezosobowo.
Niepełnosprawność	Uszkodzenie słuchu	Wiele osób niedosłyszących mówi tak samo wyraźnie jak osoby słyszące. Często osoby niedosłyszące potrafią odczytywać słowa z ruchu warg, dlatego należy mówić wyraźnie, powoli, głośno. W przypadku wątpliwości czy osoba nas zrozumiała, można napisać na kartce dużymi literami, to co chcemy, by dana osoba wiedziała.
	Uszkodzenie wzroku	W komunikacji z osobami słabo widzącymi należy poinformować ich o swojej obecności. Należy rozmawiać w takim miejscu, w którym nie ma hałasu, upewnić się czy nie razi jej światło. Używać konkretnych określeń, np. dotyczących położenia przedmiotów i kierunków.

W kontakcie z podopiecznym mającym zaburzenia otępienne istotną rolę odgrywa komunikacja niejęzykowa, np. mimika oraz gesty, dotyk, uśmiech, które mogą wspomagać komunikat językowy lub go zastępować.

Zasady komunikacji:

1. Stymulacja aktywności językowych - zachęcanie do rozmowy na tematy przystępne dla podopiecznego, np. wspomnienia z przeszłości.

2. Odpowiednie warunki do rozmowy - bez hałasu i nadmiaru bodźców, przy wyłączonym radiu i telewizorze, zamkniętych drzwiach lub oknie. Rozmawiając, stań przed rozmówcą (twarzą w twarz) oraz staraj się utrzymywać kontakt wzrokowy, a także:
 - Mów krótkimi, prostymi zdaniami w sposób łagodny, bez oznak gniewu, ale wyraźnie i dostatecznie głośno,
 - Bądź ostrożny w odgadywaniu, co rozmówca chciał powiedzieć i kończeniu za niego zdania (bezpieczniej będzie wykazać się cierpliwością i pozwolić choremu skończyć myśl),
 - Unikaj komentarzy typu „A nie mówiłam”, „Nie pamiętasz?”, „Już o to pytałeś”,
 - Używaj słownictwa, które jest dla rozmówcy zrozumiałe, jednocześnie unikaj zdrobnień,
 - Pytania formułuj tak, żeby odpowiedź mogła się ograniczyć do słowa „tak” lub „nie” np. „Zjesz kanapkę?” zamiast „Co zjesz na kolację?” lub ograniczała wybór do 2 opcji, np. „Zjesz kanapkę z serem czy z szynką?”,
 - Opowiadaj podopiecznemu o powtarzających się zdarzeniach i sytuacjach, aby ułatwić orientację w czasie i pomóc odnaleźć się w rytmie dnia, np. „Czas na kolację”, „Po obiedzie czas na spacer” - wzmacniaj słowa gestem i mimiką, np. kiedy mówisz „usiądź”, jednocześnie wskaż ręką na fotel, gdy chcesz powiedzieć „nie wychodź”, w tym samym czasie przecząco ruszaj głową,
 - Zachęcaj podopiecznego do aktywności językowej, okazuj zainteresowanie, podtrzymuj rozmowę, staraj się nie przerywać,
 - Możesz odwoływać się do znanych, utrwalonych tekstów, np. piosenek, wierszy,
3. Pamiętaj, że podopieczny nadal odczuwa różne emocje, nawet jeśli nie rozumie, co się do niego mówi.
4. Nie dyskutuj o podopiecznym, np. z lekarzem, w obecności podopiecznego.
5. W trakcie rozmowy przypominaj podopiecznemu, gdzie jest, co się dzieje w danej chwili. Zwiększy to poczucie bezpieczeństwa u podopiecznego.
6. Staraj się wykonywać wszystkie czynności przy podopiecznym o stałych porach. Wprowadzenie rutyny zminimalizuje poczucie zagubienia.
7. Wszelkie zadania dla podopiecznego dziel na małe, możliwe do zrealizowania etapy.
8. Jeżeli podopieczny w czymś się myli, nie staraj się za wszelką cenę wyprowadzić go z błędu.

2.2 RADZENIE SOBIE Z EMOCJAMI WYNIKAJĄCYMI Z ROLI OPIEKUNA

Niesamodzielnosc i koniecznosc wsparcia bliskiej osoby w codziennym funkcjonowaniu moze prowadzic w zyciu rodziny do powaznego kryzysu. Zmianie ulega zwykle system wartosci, rytm zycia, pelnione role i zadania. Zachodzi koniecznosc przeorganizowania wielu spraw, jednak przede wszystkim rodzina musi poradzic sobie z lekciem, zalem, bezsilnoscia, niepewnoscia i przeciazeniem. Biedac opiekunem osoby niesamodzielnej mozna doswiadczac obciazenia: fizycznego, psychicznego (zwiazanego z radzeniem sobie z sytuacja stresowa, jaka jest sprawowanie opieki nad chorym), spolecznego (ograniczenie kontaktow spolecznych) i finansowego (np. biedacego nastepstwem przerwania pracy).

Pod katem mozliwych trudnosci emocjonalnych zwiazanych z funkcja opiekuna, mozna wyroznic cztery etapy sprawowania opieki nad chorym:

1. Przygotowanie do opuszczenia szpitala przez podopiecznego,
2. Pierwsze tygodnie i miesiace sprawowania opieki,
3. Etap po roku sprawowania opieki,
4. Postrzeganie dlugoterminowej opieki i przyszlosci.

Etap pierwszy

To przygotowanie do opuszczenia szpitala przez chorego. Opiekunowie borykaja sie w tym czasie z brakiem informacji na temat choroby oraz sposobow postepowania z chorym. Mogu doswiadczac uczucia bezradnosci, leku i braku wsparcia.

Etap drugi

To pierwsze tygodnie i miesiace pobytu w domu. Rodzina chorego moze doswiadczac braku zainteresowania ze strony srodowiska, izolacji, wyczerpania i problemow finansowych. Istotnym czynnikiem zmniejszajacym obciazenie jest w tym okresie wsparcie informacyjne oraz pomoc w nabyciu umiejetnosci opiekuńczych i pielęgniacyjnych przez rodzinę pacjenta.

Etap trzeci

Rozpoczyna sie po roku sprawowania opieki nad chorym. Przyczyna obciazenia, ale rowniez jego przejawem staje sie znaczne wyczerpanie fizyczne i emocjonalne. Sytuacje pogarsza niekiedy bezradnosc wynikajaca z braku kontaktu z innymi osobami biedacymi w podobnej sytuacji oraz stres zwiazany z zagrozeniem negatywnymi zmianami w funkcjonowaniu wlasnej rodziny. Problem ten dotyczy rowniez opiekunow niezamieszkujacych razem z chorym.

Etap czwarty

Dotyczy postrzegania przyszlosci przez rodzinę chorego. Dominuje troska o zdrowie wlasne oraz podopiecznego. Opiekunowie musza zmierzyc sie czesto z przewleklym wyczerpaniem, zarowno psychicznym, jak i fizycznym. Niezmiernie istotnym w przewlekłej fazie sprawowania opieki jest wsparcie zarowno praktyczne, instrumentalne, jak i emocjonalne.

Czynniki, które nasilają poczucie obciążenia:

- Zaawansowany wiek opiekuna i jego problemy zdrowotne,
- Brak wsparcia ze strony innych osób,
- Długotrwała opieka nad chorym (kilka, kilkanaście lat),
- Niski poziom samodzielności chorego i jego problemy psychiczne,
- Aktywność zawodowa opiekuna (trudności w pogodzeniu pracy zawodowej z obowiązkami wynikającymi z opieki).

2.2.1 Zespół stresu opiekuna i zespół wypalenia opiekuna

Stała opieka nad chorym oraz inne liczne obowiązki dnia codziennego mogą prowadzić do wyczerpania fizycznego, emocjonalnego i psychicznego, określanego jako „zespół stresu opiekuna” lub „zespół opiekuna”. W reakcji na obciążenie opieką pojawia się szereg objawów somatycznych i psychicznych. Do objawów somatycznych należą m.in. wyczerpanie fizyczne, przewlekłe zmęczenie; problemy ze snem i koncentracją; dolegliwości bólowe, dolegliwości gastryczne (wzdęcia, wrzody żołądka, niestrawność, biegunka, zaparcia). Zespół opiekuna może prowadzić także do wysokiego ciśnienia krwi, cukrzycy, chorób serca, wrzodów żołądka i skrajnego osłabienia systemu odpornościowego. Do objawów psychicznych należą, m.in. lęk związany z odpowiedzialnością za drugą osobę, uczucie bezsilności i osamotnienia, stałe napięcie i nerwowość, apatia, pogłębiający się smutek, przewlekłe znużenie, poczucie winy oraz depresja. Depresja dotyczy od 11% do 52% opiekunów. Udowodniono, że ryzyko depresji wzrasta wraz z czasem trwania opieki nad chorym. Stwierdzono istotną zależność pomiędzy depresją opiekuna a stanem funkcjonalnym chorego. Im gorsza sprawność chorego tym większa możliwość wystąpienia depresji u opiekuna. Nadmierne obciążenie pociąga za sobą obniżenie jakości życia i satysfakcji życiowej opiekuna. Dotyczy ono głównie pełnienia ról i relacji społecznych. Opieka nad osobami starszymi wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu stanowi wyzwanie. Często wymaga zmian w życiu i przededefiniowania dotychczas uznawanych priorytetów. Ważne, aby nie zapominać o własnych potrzebach.

W trakcie sprawowania długotrwałej opieki mogą pojawić się objawy zespołu wypalenia opiekuna: poczucie, iż zadania związane z opieką przewyższają możliwości, doświadczanie wielu różnorodnych emocji: rozdrażnienia, zdenerwowania, poczucia winy, utrata zaangażowania i satysfakcji z pełnienia roli opiekuna.

Zarówno w przypadku zespołu stresu opiekuna jak i zespołu wypalenia opiekuna ważne jest zapewnienie wsparcia emocjonalnego dla opiekuna. W celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia ww. zespołów można podjąć następujące kroki:

- Ustalenie realistycznych celów i planów – pomoże to uniknąć poczucia przytłoczenia i niepokoju. Ważne jest także podejmowanie działań i zadań, które nie przekraczają możliwości opiekuna i są wykonalne w założonym czasie.
- Wykonywanie zadań krok po kroku - opiekunowie często mają do wykonania wiele zadań, co może powodować poczucie przytłoczenia. Dlatego warto wykonywać zadania krok po kroku,

koncentrując się na jednym zadaniu. Takie działanie pomaga uniknąć poczucia przytłoczenia i zwiększa skuteczność pracy.

- Wdrażanie zasad zdrowego stylu życia - opiekun powinien zadbać o swoje zdrowie fizyczne i psychiczne. Należy pamiętać o odpowiedniej ilości snu, zdrowej diecie, regularnej aktywności fizycznej i czasie na odpoczynek.
- Korzystanie z pomocy innych osób – warto szukać wsparcia w czynnościach opiekuńczych, jak i wsparcia emocjonalnego (w zakresie m.in. radzenia sobie z trudnymi emocjami).
- Utrzymywanie kontaktów społecznych - by mieć wsparcie emocjonalne i uniknąć izolacji.
- Odnalezienie skutecznych sposobów redukcji stresu - opiekun powinien znaleźć sposoby na relaks i redukcję stresu, np. medytacja, aktywność fizyczna, czy czytanie książek.

Jednym z większych problemów członka rodziny chorego podejmującego się roli opiekuna jest trudność w pogodzeniu się ze stopniową utratą bliskiego. Powoli przestaje on być kimś, kogo opiekun znał nieraz przez całe życie. Fizycznie to wciąż osoba, którą rozpoznaje. Lecz nie jest już samodzielna. Emocjonalnie i komunikacyjnie już nie współdzieli życia w takim stopniu jak kiedyś. Opiekun więc latami ma kontakt z osobą, w stosunku do której wraz z rozwojem choroby doświadcza wciąż nowych strat, związanych z „zanikiem” osoby, którą znał. Wzbudza to podobne emocje jak w przypadku sytuacji, gdy umiera ktoś bliski.

Można więc nazwać targające opiekunem uczucia „żałobą”, co jest naturalną reakcją. Każde pogorszenie się stanu chorego jest dla opiekuna rzeczywistą stratą. Samo nazwanie efektów np. choroby oziępszej „stratą” i zapewnienie, że odczuwanie „żałoby” w takiej sytuacji jest normalne, może nieść ze sobą wielką ulgę dla opiekuna.

2.2.2 Budowanie zasobów opiekuna

Chcąc wesprzeć psychologicznie osobę, która na co dzień zmagą się z obciążeniami związanymi z opieką nad osobami wymagającymi wsparcia, warto przenieść ciężar rozmowy ze skupienia na trudnościach opiekuna na wzmacnianie tego wszystkiego, co pomaga opiekunowi radzić sobie w danej sytuacji. Warto skorzystać z technik Podejścia Skoncentrowanego na Poszukiwaniu Rozwiązań (ang. Solution-Focused Brief Therapy, polski skrót TSR). Techniki te, pozwolą opiekunowi uświadomić sobie dotychczasowe osiągnięcia oraz pomogą zdefiniować potrzebne działania.

Technika TSR

- Ocena własnych zasobów i motywacji - obejmuje pytania związane z codziennym funkcjonowaniem. Opiekun, doświadczając tak trudnych dla siebie okoliczności, wciąż znajduje w sobie motywację, aby funkcjonować i opiekować się chorym. Skąd się ona w nim bierze i jakie myśli ją napędzają?

Rozumiem Pana/Pani trudną sytuację i codzienne trudności, którym stawia Pani/Pani czoła. Zastanawiam się, jak to Pani/Pani robi, że w obliczu tego wszystkiego znajduje Pan/Pani w sobie siłę, aby troszczyć się o chorego?

Jak to Pan/Pani zrobiła, że był/a Pan/Pani dzisiaj w stanie wstać z łóżka i rozpocząć dzień?

Co takiego Pan/Pani sobie myśli, co sprawia, że ma Pan/Pani siłę, aby opiekować się chorym?

A kiedy jest Panu/Pani tak ciężko, to co sprawia, że mimo wszystko Pan/Pani trwa?

- Skalowanie - o radzenie sobie można pytać na różne sposoby, m.in. za pomocą pytań opartych na skali, w której opiekun określa poziom radzenia sobie z obowiązkami, co musiałoby się stać, aby poczuł, że radzi sobie lepiej oraz co musiałby zrobić najpierw, aby zacząć sobie lepiej radzić.

Gdyby miał/a Pan/Pani oszacować na skali od 1 do 10, jak dobrze sobie Pan/Pani teraz radzi, to gdzie by się Pan/Pani teraz umieścił/a? Załóżmy, że 1 oznacza, że Pan/Pani radzi sobie najmniej dobrze, a 10 najlepiej, jak to tylko jest możliwe.

Co spowodowało, że wybrał/a Pan/Pani tak wysoką ocenę? lub Co spowodowało, że nie dał/a Pan/Pani 1? Lub, jeśli opiekun jednak dał 1-2: Rozumiem, że jest Panu/Pani teraz naprawdę ciężko. Zastanawiam się więc, jak Pana/Pani znalazł/a w sobie siłę, aby opiekować się podopiecznym?

Jakie były inne powody, aby zaznaczyć tyle punktów na skali?

Warto podkreślić to, co jest najważniejsze w odpowiedzi opiekuna:

Rozumiem, czyli jest Pan/Pani osobą, która ceni sobie...

Czyli jest dla Pana/Pani bardzo ważne, aby..... i to daje Panu/Pani siłę?

Pytania, które pozwolą skupić się na przyszłości i zaplanować, co można zrobić, aby lepiej sobie radzić:

A po czym by Pan/Pani poznał/a, że jest Pan/ni o 1-2 punkty na skali wyżej?

Po czym jeszcze?

A co takiego najmniejszego musiałoby się stać, aby Pan/Pani poczuł, że sprawy idą w lepszym kierunku?

Lub co Pan/Pani mógłby/mogłaby zrobić takiego małego, najmniejszego, co sprawiłoby, że osiągnąłby/osiągnęłaby Pan/Pani punkt więcej na skali?

Czego Pan/Pani do tego potrzebuje?

Pytania, które pozwolą opiekunowi przeżyć w trybie rzeczywistym zmianę na lepsze:

Założmy, że Pan/Pani już to zrobił/a. Co się dla Pana/Pani zmieniło?

Co jeszcze się zmieniło?

I kiedy Pan/Pani to robi, kto inny jako pierwszy zauważy różnicę?

Co jeszcze zauważy?

Pytanie zwiększające motywację:

Jak Pan/Pani myśli, kiedy Pan/Pani będzie w stanie to zrobić?

- Odwołanie się do chwili, kiedy było lepiej (tzw. technika wyjątków) - Opiekun miewa lepsze i gorsze okresy. Warto odnieść się do tych chwil, które były dla niego lepsze i dowiedzieć się, co takiego było w tych sytuacjach, co sprawiło, że opiekun lepiej sobie radził. Jakie za tym kryły się jego myśli, zdolności i umiejętności oraz co musiałby zrobić, aby tych chwil było więcej. Ważne, aby wyszukać te okoliczności, w których to faktycznie opiekun robił coś, by było lepiej, zamiast na tych chwilach, na które miały wpływ czynniki niezależne (np. mój mąż jeszcze mnie nie poznawał).

Kiedy ostatnio była w Pana/Pani życiu taka chwila, że czuł/a Pan/Pani, że radzi sobie trochę lepiej?

Lub kiedy był ostatnio taki okres, gdy na skali mógł/mogła Pan/Pani dać więcej punktów niż dzisiaj?

Co było innego w tamtej chwili?

Co jeszcze?

Co Pan/Pani zrobił/a inaczej (lub zareagował/a inaczej), że tamta chwila była lepsza?

A jak Pan/Pani zrobił/a (zareagował/a) inaczej, to jak to wpłynęło na: dalszy dzień/chorego/nastrój/ cokolwiek, co jest dla opiekuna ważne i związane jest z wyjątkiem.

Jak Pan/Pani myśli, co musiałoby się stać, aby takich chwil było więcej?

Co jest Pana/Pani zdaniem najważniejsze, co trzeba zapamiętać, aby ten wyjątek mógł znów się powtórzyć?

Opisane powyżej techniki mogą stanowić szybkie wsparcie w sytuacjach, gdy opiekun przeżywa kryzys oraz być stałymi metodami wspierającymi opiekuna w codziennym funkcjonowaniu. Skorzystanie z pomocy psychologicznej może być postrzegane jako potrzeba drugiej kategorii lub z racji miejsca zamieszkania może być niedostępne.

Obecnie działające bezpłatne linie telefoniczne, które można polecać opiekunom w zakresie wsparcia psychologicznego:

1. Kryzysowy Telefon Zaufania, numer: 116 123 (również darmowy!). Dyżury: codziennie w godzinach 14:00-22:00: <http://www.psychologia.edu.pl/kryzysy-osobiste/telefon-kryzysowy-116123.htm>
2. Infolinia Narodowego Funduszu Zdrowia dla pacjenta, rozwiązująca problem dostępności do świadczeń medycznych, bezpłatne połączenie pod numerem: 800 190 590. Dostępność całodobowo, przez 7 dni w tygodniu: <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/infolinia-dla-pacjenta>

3. Centrum Wsparcia dla osób w kryzysie psychicznym, numer: 800 70 2222; 24 godziny na dobę 7 dni w tygodniu: <https://centrumwsparcia.pl/>

W celu wymiany informacji oraz wsparcia psychicznego można skorzystać z pomocy oferowanej przez organizacje pacjentów w ramach Forum Organizacji Pacjentów:

[Organizacje pacjentów / Organizacje pacjentów / Dla Pacjenta / Narodowy Fundusz Zdrowia \(NFZ\) – finansujemy zdrowie Polaków](#)

Źródła:

1. Fundacja Razem Zmieniamy Świat. Jak opiekować się osobą przewlekle chorą w domu: <https://szpital.siedlce.pl/attachments/38d1bf6cdf2c56c8068019c407f64634db35096c.pdf>.
2. Materiały edukacyjne dla opiekunów osób starszych: Cel operacyjny 5: Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się. Zadanie 1: Edukacja zdrowotna w profilaktyce urazów i promocji bezpieczeństwa: <https://www.pzh.gov.pl/projekty-i-programy-archiwum/>.
3. Wójcicka M., Szczuka J. Opiekun szyty na miarę. Poradnik dla osób z chorobami otępiennymi: <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Opiekun%20szyty%20na%20miarę%20poradnik.pdf>.
4. Fundacja Razem Zmieniamy Świat. Jak opiekować się osobą przewlekle chorą w domu: <https://szpital.siedlce.pl/attachments/38d1bf6cdf2c56c8068019c407f64634db35096c.pdf>
5. Nowicka A., Opieka i wsparcie osób z chorobą Alzheimera i ich opiekunów rodzinnych w Polsce, Wydawnictwo Zielonogórskie: 2015.
6. Misiak K., Kopydłowska E. 2011. Praca Poglądowa: Przygotowanie rodziny do opieki nad osobą starszą, cierpiącą na chorobę otępienną. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne: 1,1: 65–75.
7. Wypalenie opiekuna osoby starszej i pacjenta – jak sobie radzić?: <https://www.zwrotnikraka.pl/wypalenie-opiekuna-jak-sobie-radzic/>
8. P. Kłosiewicz. Zespół Stresu Opiekuna – przyczyny, objawy, profilaktyka: <https://akademiaopiekunow.pl/opiekunie-dbaj-o-siebie-o-zdrowiu-opiekunow-osob-starszych/> (dostęp: 26.04.2022).

MODUŁ 3 PRAWNE I ORGANIZACYJNE KWESTIE ZWIĄZANE Z OPIEKĄ

3.1 ORGANIZACJA SYSTEMU WSPARCIA W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ I POMOCY SPOŁECZNEJ

Do roli opiekuna trudno się przygotować. Sytuacja związana z koniecznością zapewnienia opieki osobie przewlekle chorej w domu zazwyczaj pojawia się nagle i wymaga zmierzenia się z wieloma wyzwaniami. Warto wspomóc się profesjonalną pomocą pielęgniarską i opiekuńczą.

3.1.1 Opieka zdrowotna

3.1.1.a Opieka długoterminowa

3.1.1.a.a Pielęgniarska domowa opieka długoterminowa

Jest to opieka nad przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają leczenia szpitalnego, ale ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej, intensywnej opieki pielęgnacyjnej udzielanej w warunkach domowych. Wskazaniem do takiej opieki może być np. występowanie ran przewlekłych i odleżyn. Kwalifikacja do opieki następuje na podstawie skali Barthel.

Skala Barthel pozwala na określenie stopnia samodzielności chorego. Zdolność do wykonywania poszczególnych czynności dnia codziennego punktuje się w określony sposób. Po zsumowaniu, na podstawie liczby punktów stan chorego określa się jako lekki, średnio ciężki albo bardzo ciężki.

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa stworzona została dla osób przewlekle chorych somatycznie i psychosomatycznie, które:

- W skali Barthel uzyskały od 0 do 40 punktów;
- Są nieobjęte opieką przez hospicjum domowe;
- Są nieobjęte opieką przez inny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych;
- Są nieobjęte opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie;
- Nie pozostają w ostrej fazie choroby psychicznej.

Świadczenia gwarantowane:

- Świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
- Przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością;
- Świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania;

- Edukacja zdrowotna świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny;
- Pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym;
- Pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.

Zasady korzystania ze świadczeń:

- Wizyty przysługują nie mniej niż 4 razy w tygodniu, od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00–20.00 - jest to czas, w którym odbywają się wizyty domowe (liczba godzin opieki dla danego pacjenta jest ustalana indywidualnie),
- W medycznie uzasadnionych przypadkach dostępność także w weekendy oraz dni ustawowo wolne od pracy,
- Okres objęcia opieką jest uzależniony od stanu zdrowia danej osoby i jej oceny w skali Barthel – przekroczenie poziomu 40 punktów w skali Barthel podczas oceny kontrolnej powoduje brak kwalifikacji do dalszej opieki.

Dokumenty niezbędne do objęcia pielęgniarstwą domową opieką długoterminową:

- Skierowanie do objęcia pielęgniarstwą domową opieką długoterminową (od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jeśli chory wcześniej przebywał w szpitalu może je wystawić lekarz prowadzący przy wypisywaniu chorego ze szpitala),
- Karta oceny świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową.

Dokumenty złożyć można w podmiotach leczniczych, świadczących opiekę długoterminową domową.

3.1.1.a.b Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie

Zespół zajmuje się pacjentami z niewydolnością oddechową, którzy wymagają inwazyjnej (prowadzonej przy pomocy respiratora – przez rurkę tracheotomijną) lub nieinwazyjnej (prowadzonej przez ustniki, maski lub hełmy), ciągłej lub okresowej terapii oddechowej. Zespół zajmuje się pacjentami, którzy nie muszą przebywać na oddziałach intensywnej terapii lub w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, ale wymagają stałego, specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

Zespół wykonuje m.in. badania diagnostyczne, które umożliwiają właściwą terapię oddechową w warunkach domowych. W szczególności są to:

- Badania obrazowe (w tym RTG i USG – w pełnym zakresie),
- Badanie równowagi kwasowo-zasadowej krwi i gazów oddechowych w arterializowanej krwi kapilarnej.

W celu skorzystania z powyższych świadczeń niezbędne są poniższe dokumenty:

- Skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- Karta informacyjna leczenia szpitalnego (niezbędna tylko w przypadku gdy takie leczenie było prowadzone),

- Aktualne wyniki badań,
- Kwalifikacja do objęcia opieką w warunkach domowych:
 - Dla pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania inwazyjnej wentylacji mechanicznej – wydawana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii zatrudnionego w szpitalu, w którym pacjent zakończył leczenie,
 - Dla pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej – wydawana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza specjalistę chorób płuc zatrudnionego w szpitalu, w którym pacjent zakończył leczenie.

3.1.1.a.c Zakłady opiekuńcze

Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) lub opiekuńczo-lecznicze (ZOL) – dalej nazywane zakładami opiekuńczymi – zapewniają całodobową opiekę i pielęgnację, rehabilitację oraz kontynuację leczenia dla osób niewymagających pobytu w szpitalu, a ze względu na stan zdrowia i niepełnosprawność wymagających świadczeń pielęgnacyjnych. Do zakładu może zostać przyjęta osoba przewlekle chora, która w ocenie skalą Barthel – mierzącą stopień samoobsługi i samodzielności pacjenta – uzyskała nie więcej niż 40 punktów.

Zakłady opiekuńcze różnią się często profilem co oznacza, że istnieją zakłady przystosowane do opieki nad osobami przewlekle chorymi, a także nad osobami chorymi psychicznie. Długość pobytu jest uzależniona od stanu zdrowia chorego oraz stopnia samoobsługi i samodzielności.

Brak kwalifikacji do przedłużenia pobytu w placówce nie zawsze jest równoznaczny z pełną sprawnością i samodzielnością chorego. Istnieje wówczas konieczność zorganizowania innych form opieki długoterminowej w warunkach domowych. Możliwe jest ponowne skierowanie pacjenta do zakładu opiekuńczego w przypadku pogorszenia się jego stanu zdrowia.

W celu umieszczenia osoby w zakładzie opiekuńczym należy dostarczyć następujące dokumenty:

- Skierowanie,
- Zaświadczenie lekarskie,
- Wywiad pielęgniarzki,
- Kartę oceny świadczeniobiorcy wg skali Barthel,
- Informacje o wysokości dochodu, w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń emerytalnych lub rentowych aktualna decyzja waloryzacji świadczenia.

Dokumenty te wypełnia odpowiednio lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (może to być lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz w szpitalu, specjalista) i pielęgniarzka ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku, gdy osoba przebywa w domu oraz personel oddziału szpitalnego – w przypadku pobytu osoby chorej w szpitalu.

Świadczenia w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacji leczniczej finansowane są zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

„Świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Miesięczną opłatę za wyżywienie i zakwaterowanie dziecka do ukończenia 18. roku życia, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26. roku życia, przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ustala się w wysokości odpowiadającej 200% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.”

Do zakładu opiekuńczego nie mogą zostać przyjęte osoby, dla których wskazaniem do objęcia opieką jest uzależnienie, choroba psychiczna lub zaawansowana choroba nowotworowa. Osoby ze zdiagnozowaną chorobą psychiczną kierowane są do Psychiatrycznych Zakładów Opiekuńczo-Leczniczych.

3.1.1.b Opieka paliatywno-hospicyjna

Opieka paliatywna i opieka hospicyjna mają uśmierzać ból i dokuczliwe objawy choroby oraz podtrzymać jakość życia pacjenta na możliwie najwyższym poziomie. Dostępne rodzaje opieki paliatywno-hospicyjnej:

- Ambulatoryjna – poradnia medycyny paliatywnej,
- Stacjonarna – hospicjum lub oddział medycyny paliatywnej w szpitalu,
- Domowa – hospicjum domowe.

Wszystkie formy opieki paliatywnej i hospicyjnej odbywają się na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (rodzinnego, onkologa lub innego specjalisty) lub od lekarza przy wypisie ze szpitala. Decydujące o wystawieniu skierowania są wskazania medyczne.

3.1.1.b.a Poradnia medycyny paliatywnej

Poradnia medycyny paliatywnej jest dla osób, których stan ogólny jest stabilny i sami mogą zgłosić się do niej. Poradnie te zapewniają:

- Konsultacje lekarskie,
- Pomoc pielęgniarską,
- Wsparcie psychologa, także dla opiekunów.

3.1.1.b.b Hospicjum stacjonarne

Opieka stacjonarna odbywa się w hospicjum stacjonarnym albo w szpitalu na oddziale medycyny paliatywnej. Opieka hospicjum stacjonarnego jest ciągła lub tymczasowa. Ma też formę opieki wyręczającej – maksymalnie 10 dni – gdy bliscy nie są w stanie jej zapewnić lub potrzebują odpoczynku. Hospicjum oferuje również profesjonalną konsultację psychologiczną opiekunom pacjenta.

Świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej udzielane w warunkach stacjonarnych obejmują:

- Świadczenie opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy, pielęgniarzy, psychologów, rehabilitantów i fizjoterapeutów;
- Leczenie farmakologiczne;
- Leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna);
- Leczenie innych objawów chorobowych;
- Zapobieganie powikłaniom;
- Badanie zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej;
- Zaopatrzenie w wyroby medyczne i środki pomocnicze konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego, w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej;
- Opiekę wyręczającą;
- Świadczenia w warunkach stacjonarnych udzielane są przy zachowaniu całodobowego dostępu przez 7 dni w tygodniu do lekarza i pielęgniarzy.

Dokumenty niezbędne do objęcia opieką hospicyjną:

- Skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- Dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

3.1.1.b.c Hospicjum domowe

Z hospicjum domowego może skorzystać pacjent, który wymaga opieki paliatywnej i hospicyjnej. Jednocześnie jego stan zdrowia, warunki zamieszkania i zaangażowanie bliskich w opiekę pozwalają mu na pobyt w domu.

Świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej udzielane w warunkach domowych obejmują:

- Świadczenie opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy, pielęgniarzy, psychologów, rehabilitantów i fizjoterapeutów;
- Leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna);
- Leczenie innych objawów chorobowych;
- Zapobieganie powikłaniom;
- Bezpłatne wypożyczanie przez hospicja domowe wyrobów medycznych i środków pomocniczych (np. inhalatory, glukometry, wózki inwalidzkie, kule, sprzęt do pomiaru ciśnienia krwi);
- Badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia.

Świadczenia w warunkach domowych udzielane są przy zachowaniu całodobowego dostępu przez 7 dni w tygodniu do lekarza i pielęgniarzy, porad lekarskich w zależności od potrzeb (nie rzadziej niż 2 w miesiącu), wizyt pielęgniarzy w zależności od potrzeb (nie rzadziej niż 2 w tygodniu).

Źródła:

1. MZ. Opieka paliatywno-hospicyjna: <https://pacjent.gov.pl/artukul/opieka-paliatywno-hospicyjna> (dostęp: 25.05.2022)
2. MZ. Opieka paliatywna i hospicyjna w warunkach stacjonarnych: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/opieka-paliatywna-i-hospicyjna-w-warunkach-stacjonarnych> (dostęp: 25.05.2022)
3. MZ. Opieka paliatywna i hospicyjna w warunkach domowych: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/opieka-paliatywna-i-hospicyjna-w-warunkach-domowych> (dostęp: 25.05.2022)
4. Fundacja Razem Zmieniamy Świat. Jak opiekować się osobą przewlekle chorą w domu: <https://damy-rade.info/opieka-w-domu-2/jak-opiekowac-sie-osoba-przewlekle-chora-w-domu/system-opieki-w-polsce> (dostęp: 25.05.2022)
5. MZ. Jak może Ci pomóc pielęgniarka: <https://pacjent.gov.pl/system-opieki-zdrowotnej/jak-moze-ci-pomoc-pielegniarka>

3.1.2 Pomoc Społeczna

3.1.2.a Instytucje pomocy społecznej

Do jednostek organizacyjnych pomocy społecznej należą:

- Regionalne ośrodki polityki społecznej - na szczeblu województwa istnieją dwie odrębne struktury organizacyjne – administracji rządowej i samorządowej. Zadania rządowe na szczeblu województwa wykonuje wojewoda. Zadania wojewody w zakresie pomocy społecznej realizowane są przez wydziały polityki społecznej urzędów wojewódzkich. Natomiast zadania samorządowe wykonuje marszałek województwa przy pomocy regionalnego ośrodka polityki społecznej - jednostki organizacyjnej powołanej do realizacji zadań pomocy społecznej w województwach samorządowych.
- Powiatowe centra pomocy rodzinie - to jednostki organizacyjne wykonujące zadania powiatu w zakresie pomocy społecznej. Zadania powiatowych centrów pomocy rodzinie w miastach na prawach powiatu realizują miejskie ośrodki pomocy społecznej (miejskie ośrodki pomocy rodzinie).
- Ośrodki pomocy społecznej – są to jednostki organizacyjne wykonujące zadania z zakresu pomocy społecznej w gminie.
- Centrum usług społecznych – w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U. poz. 1818), to jednostki organizacyjne gmin i instytucje lokalnej polityki społecznej. Są to miejsca, w których są dostępne usługi społeczne z różnych systemów: pomocy społecznej, polityki rodzinnej, promocji i ochrony zdrowia, kultury, edukacji publicznej, polityki prorodzinnej, wspierania osób niepełnosprawnych. Usługi są świadczone przez różnych wykonawców, wśród których są zarówno jednostki samorządowe, jak i lokalni przedsiębiorcy, podmioty ekonomii społecznej i organizacje pozarządowe.

Centra usług społecznych:

- Zapewniają możliwość uzyskania różnych usług społecznych w jednym miejscu – bez potrzeby chodzenia do urzędu gminy, ośrodka pomocy społecznej czy innej jednostki;
 - Zapewniają dopasowanie oferty usług społecznych do realnych potrzeb społeczności lokalnych i dostarczenie ich w sposób skoordynowany;
 - Przyczyniają się do skutecznego i efektywnego dostarczania usług społecznych mieszkańcom gmin w takiej skali i formie, w jakiej tego potrzebują;
 - Usługi społeczne oferowane przez centra usług społecznych są kierowane zarówno do ogółu mieszkańców gminy jak i do grup społecznych o szczególnych potrzebach, np. osób z niepełnosprawnościami, osób starszych czy rodzin wielodzietnych.
- Domy pomocy społecznej - jednostka organizacyjna pomocy społecznej, która świadczy, na poziomie obowiązującego standardu, usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności.

- Placówki specjalistycznego poradnictwa, w tym rodzinnego - jest świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód
- Ośrodki wsparcia - są jednostką organizacyjną pomocy społecznej dziennego pobytu. W ośrodku wsparcia mogą być prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu. Ośrodkiem wsparcia może być ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, dzienny dom pomocy, dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, schronisko dla osób bezdomnych, schronisko dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi oraz klub samopomocy.
- Ośrodki interwencji kryzysowej - rolą ośrodków interwencji kryzysowej jest świadczenie osobom i rodzinom będącym w stanie kryzysu, w tym dla matek z małoletnimi dziećmi oraz kobiet w ciąży dotkniętych przemocą lub znajdujących się w innej sytuacji kryzysowej, specjalistycznej pomocy psychologicznej, poradnictwa socjalnego, prawnego oraz schronienia.

3.1.2.b Wybrane formy udzielanej pomocy społecznej

3.1.2.b.a Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze

Pomoc w formie usług opiekuńczych przysługuje osobie, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga opieki, a rodzina nie jest w stanie jej zapewnić. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania mogą być przyznane w formie usług sąsiedzkich. Organizatorem usług sąsiedzkich jest gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania osoby korzystającej z usług sąsiedzkich lub podmiot uprawniony. Osobą wykonującą usługi sąsiedzkie może być osoba, która:

- Jest pełnoletnia;
- Nie jest członkiem rodziny osoby, na rzecz której są świadczone usługi sąsiedzkie;
- Nie jest oddzielnie zamieszkującym małżonkiem, wstępnym ani zstępnym osoby, na rzecz której są świadczone usługi sąsiedzkie;
- Złożyła organizatorowi usług sąsiedzkich oświadczenie o zdolności pod względem psychofizycznym do świadczenia takich usług;
- Zamieszkuje w najbliższej okolicy osoby, na rzecz której są świadczone usługi sąsiedzkie;
- Ukończyła szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy;
- Została zaakceptowana przez osobę, na rzecz której są świadczone usługi sąsiedzkie;
- Została zaakceptowana przez organizatora usług sąsiedzkich.

Zakres usług opiekuńczych:

- Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych;
- Opieka higieniczna;
- Pielęgnacja zalecona przez lekarza;
- Zapewnienie kontaktów z otoczeniem (w miarę możliwości).

Zasady korzystania ze świadczeń:

- Ośrodek pomocy społecznej albo centrum usług społecznych, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia;
- Rada gminy określa, w drodze uchwały, szczegółowe warunki przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, oraz szczegółowe warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat, jak również tryb ich pobierania.

3.1.2.b.b Domy pomocy społecznej

Placówkami zapewniającymi całodobową opiekę są również domy pomocy społecznej. Są one przeznaczone dla osób wymagających całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogących samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, oraz dla osób którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych.

W przypadku kierowania osoby do domu pomocy społecznej ocenia się całokształt sytuacji osoby lub rodziny, a więc także sytuację osobistą, zawodową oraz materialną. Skierowanie takie może być na czas określony lub na stałe.

Istnieją różne typy domów pomocy społecznej w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, np. domy dla osób starszych, przewlekłe somatycznie chorych, przewlekłe psychicznie chorych. W tym wypadku przepisy nie są zupełnie jednolite, każdy przypadek jest rozpatrywany indywidualnie. W celu powierzenia opieki nad bliskim opiekunom w domu pomocy społecznej, należy zwrócić się do pracownika socjalnego w ośrodku pomocy społecznej. Pracownik socjalny powinien udzielić wszystkich niezbędnych informacji w zakresie przyjęcia i skorzystania z opieki w tej formie.

Odpłatność za pobyt w domu pomocy społecznej, ustaloną na poziomie kosztów rzeczywistych, ponosi osoba kierowana do placówki, małżonek, zstępni przed wstępnymi, bądź gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej.

Dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających.

3.1.2.b.c Ośrodek wsparcia

Ośrodek wsparcia jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej dziennego pobytu. W ośrodku wsparcia mogą być prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu.

Ośrodkiem wsparcia może być ośrodek wsparcia dla osób z:

- Zaburzeniami psychicznymi;
- Dzienny dom pomocy;
- Dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży;
- Schronisko i dom dla bezdomnych;
- Klub samopomocy.

3.1.2.b.d Mieszkanie chronione

Mieszkanie chronione może być prowadzone przez każdą jednostkę organizacyjną pomocy społecznej lub organizację pożytku publicznego i w zależności od celu udzielania wsparcia prowadzone jest jako mieszkanie chronione treningowe lub mieszkanie chronione wspierane.

Mieszkanie chronione wspierane przeznaczone jest dla:

- Osoby niepełnosprawnej, w szczególności osoby niepełnosprawnej fizycznie lub osoby z zaburzeniami psychicznymi;
- Osoby w podeszłym wieku lub przewlekle chorej.

W mieszkaniu chronionym wspieranym zapewnia się usługi bytowe oraz pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym i realizacji kontaktów społecznych, w celu utrzymania lub rozwijania samodzielności osoby na poziomie jej psychofizycznych możliwości.

Decyzję o skierowaniu do korzystania ze wsparcia w mieszkaniu chronionym wydaje się na czas określony. W stosunku do osób, które posiadają orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a także w szczególnie uzasadnionych przypadkach w stosunku do innych osób, może być wydana decyzja o skierowaniu do korzystania ze wsparcia w mieszkaniu chronionym wspieranym na czas nieokreślony.

3.1.2.b.e Poradnictwo specjalistyczne

Poradnictwo specjalistyczne, w szczególności prawne, psychologiczne i rodzinne, jest świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód. Poradnictwo prawne realizuje się przez udzielanie informacji o obowiązujących przepisach z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego, zabezpieczenia społecznego, ochrony praw lokatorów. Poradnictwo psychologiczne realizuje się przez procesy diagnozowania, profilaktyki i terapii. Poradnictwo rodzinne obejmuje problemy funkcjonowania rodziny, w tym problemy opieki nad osobą niepełnosprawną, a także terapię rodzinną.

3.1.2.b.f Zasilek stały

Zasilek stały przysługuje:

- Pełnoletniej osobie samotnie gospodarującej, niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej;
- Pełnoletniej osobie pozostającej w rodzinie, niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód, jak również dochód na osobę w rodzinie są niższe od kryterium dochodowego na osobę w rodzinie.

Kwota zasiłku stałego nie może być niższa niż 30 zł miesięcznie.

W przypadku zbiegu uprawnień do zasiłku stałego i renty socjalnej, świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego, dodatku z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania lub zasiłku dla opiekuna, zasiłek stały nie przysługuje. Osobę przebywającą w domu pomocy społecznej lub ubiegającą się o przyjęcie do niego uznaje się za osobę samotnie gospodarującą, jeżeli przed przyjęciem do domu pomocy społecznej lub rozpoczęciem oczekiwania na miejsce w takim domu była uprawniona do zasiłku stałego. Przy ustalaniu uprawnienia oraz wysokości zasiłku stałego do dochodu nie wlicza się kwoty zasiłku okresowego.

3.1.2.b.g Zasiłek okresowy

Zasiłek okresowy przysługuje w szczególności ze względu na długotrwałą chorobę, niepełnosprawność, bezrobocie, możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego:

- Osobie samotnie gospodarującej, której dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej;
- Rodzinie, której dochód jest niższy od kryterium dochodowego rodziny.

Zasiłek okresowy ustala się w przypadku osoby samotnie gospodarującej - do wysokości różnicy między kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby, z tym że miesięczna kwota zasiłku nie może być wyższa niż kwota kryterium dochodowego na osobę w rodzinie;

w przypadku rodziny - do wysokości różnicy między kryterium dochodowym rodziny a dochodem tej rodziny.

W przypadku podjęcia zatrudnienia przez osobę objętą kontraktem socjalnym pobierającą zasiłek okresowy, może być on wypłacany nadal niezależnie od dochodu, do dnia wynikającego z decyzji przyznającej zasiłek okresowy, nie dłużej jednak niż do 2 miesięcy od dnia, w którym osoba została zatrudniona. Okres, na jaki jest przyznawany zasiłek okresowy, ustala ośrodek pomocy społecznej na podstawie okoliczności sprawy. Rada gminy, w drodze uchwały, może podwyższyć minimalne kwoty zasiłku okresowego. Zasiłek okresowy może być przyznany w szczególnie uzasadnionych przypadkach osobie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium dochodowe, ale pod warunkiem zwrotu części lub całości kwoty zasiłku.

3.1.2.b.h Zasiłek celowy

Jest to świadczenie fakultatywne przyznawane na zaspokojenie niezbędnej potrzeby bytowej, a w szczególności na pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków i leczenia, ogrzewania, w tym opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu, a także kosztów pogrzebu. Osobom bezdomnym i innym osobom nieposiadającym dochodu oraz możliwości uzyskania świadczeń zdrowotnych może być przyznany zasiłek celowy na pokrycie części lub całości wydatków na świadczenia zdrowotne.

Zasiłek celowy może być przyznany:

- W formie biletu kredytowanego - w celu realizacji postanowień kontraktu socjalnego;

- W wyniku zdarzenia losowego - osobie albo rodzinie, które poniosły straty w wyniku zdarzenia losowego - w takim przypadku może być przyznany niezależnie od dochodu i może nie podlegać zwrotowi;
- Na pokrycie wydatków związanych z klęską żywiołową lub ekologiczną - Świadczenie to może być przyznane osobie albo rodzinie, które poniosły straty w wyniku klęski żywiołowej lub ekologicznej. W takim przypadku może być przyznany niezależnie od dochodu i może nie podlegać zwrotowi;
- W szczególnie uzasadnionych przypadkach osobie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium ustawowe - w wysokości nieprzekraczającej odpowiednio kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub rodziny.

Świadczenie to może być przyznane w szczególnie uzasadnionych przypadkach osobie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium dochodowe, ale pod warunkiem zwrotu części lub całości kwoty zasiłku.

3.1.2.c Wybrane świadczenia formy wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami

3.1.2.c.a Świadczenie wspierające

Świadczenie wspierające jest nowym instrumentem wsparcia, o które mogą ubiegać się osoby z niepełnosprawnościami w wieku od ukończenia 18 roku życia. Jest to rozwiązanie skierowane bezpośrednio do osób z niepełnosprawnościami, tak aby dorosła już osoba z niepełnosprawnością mogła decydować jak wykorzystywane ma być otrzymywane wsparcie. Świadczenie wspierające przysługuje bez względu na dochody (brak kryterium dochodowego), a także niezależnie od innych form wsparcia otrzymywanych przez osoby z niepełnosprawnościami. Prawo do świadczenia wspierającego uzależnione jest od uzyskania przez osobę z niepełnosprawnością decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia, na poziomie od 70 do 100 punktów. Wniosek o wydanie takiej decyzji należy złożyć do wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności (wojewoda) począwszy od 1 stycznia 2024 r. Wysokość świadczenia wspierającego zależy od poziomu potrzeby wsparcia, czyli liczby przyznanych punktów i jest powiązana z wysokością renty socjalnej. Przyjmowaniem wniosków o świadczenie wspierające, ich rozpatrywaniem oraz przyznawaniem i wypłatą tego świadczenia od 1 stycznia 2024 r. zajmuje się Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

3.1.2.c.b Dofinansowanie z PFRON

Dofinansowanie osoby niepełnosprawnej mogą otrzymać także ze specjalnego programu PFRON „Aktywny samorząd”. Przysługuje ono m.in. do uzyskania prawa jazdy, na zakup skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym, oprzyrządowania auta, zakupu protez, zakupu sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania, utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego sprzętu elektronicznego, szkoleniu z obsługi nabytego w programie sprzętu elektronicznego, a także pomoc w zdobyciu wyższego wykształcenia.

3.1.2.c.c Fundusz Solidarnościowy

Celem Funduszu jest udzielanie wsparcia społecznego, zawodowego, zdrowotnego oraz finansowego osobom z niepełnosprawnościami. Funkcjonowanie Funduszu zgodnie z ideą jego utworzenia ma

służyć zapewnieniu kompleksowego wsparcia osobom z niepełnosprawnościami, wpływając jednocześnie na większy komfort życia tej grupy społecznej. Realizując politykę włączenia społecznego osób z niepełnosprawnościami, od roku 2019, uruchamiane są programy resortowe oraz rządowe, których beneficjentami są osoby z niepełnosprawnościami oraz członkowie ich rodzin i opiekunowie.

Obecnie realizowane są:

- Program pn. „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024;
- Program pn. „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024;
- Program pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024;
- Program pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024;
- Program pn. „Centra opiekuńczo-mieszkalne” edycje 2019, 2021 oraz 2023 (realizatorem gminy/powiaty).

3.1.2.c.d 500+ świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji

Warunki otrzymania świadczenia uzupełniającego:

- Ukończony 18 rok życia;
- Niezdolność do samodzielnej egzystencji, przy czym niezdolność ta została stwierdzona orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji;
- Brak uprawnień do emerytury oraz renty, brak ustalonego prawa do innego świadczenia pieniężnego finansowanego ze środków publicznych, np. zasiłku stałego albo zasiłku okresowego (warunek nie dotyczy jednorazowych świadczeń) ani nie jesteś uprawniony do świadczenia z zagranicznej instytucji właściwej do spraw emerytalno-rentowych lub jesteś uprawniony do tych świadczeń (emerytury, renty albo innych świadczeń pieniężnych finansowanych ze środków publicznych, łącznie z kwotą wypłacaną przez zagraniczną instytucję właściwą do spraw emerytalno-rentowych), ale ich łączna wysokość brutto nie przekracza 2 157,80 zł;
- Miejsce zamieszkania w Polsce;
- Obywatelstwo polskie lub prawo pobytu lub prawo stałego pobytu w Polsce, jeśli jesteś obywatelem jednego z państw członkowskich Unii Europejskiej albo Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej lub mieć zalegalizowany pobyt w Polsce (jeśli jesteś obywatelem państwa spoza UE albo EFTA).

3.1.2.d Wybrane programy i nowe rozwiązania skierowane do seniorów

3.1.2.d.a Program „Opieka 75+”

Bezpośrednim adresatem programu są gminy do 60 tys. mieszkańców, które przystępując do jego realizacji otrzymają wsparcie finansowe na świadczenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych, w wysokości do 60% kosztów realizacji tych usług. Adresatem pośrednim

programu są osoby w wieku 75 lat i więcej, które są osobami samotnymi, samotnie gospodarującymi, a także te które pozostają w rodzinie. Organizowanie oraz świadczenie usług opiekuńczych jest zadaniem własnym gminy o charakterze obowiązkowym, finansowanym ze środków własnych gminy. Jest to forma wspierania osób, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób. Głównym celem usług opiekuńczych jest pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, świadczenie opieki higienicznej lub pielęgnacji zaleconej przez lekarza oraz zapewnienie – w miarę możliwości ośrodka pomocy społecznej/centrum usług społecznych – kontaktów z otoczeniem. Celem programu jest zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób w wieku 75 lat i więcej, które są osobami samotnymi, samotnie gospodarującymi, a także tych które pozostają w rodzinie. Środki finansowe przyznane gminie w ramach ww. programu mogą zostać przeznaczone na:

- Dofinansowanie do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób, którym przedmiotowe usługi były już świadczone w ramach programu w latach ubiegłych i będą kontynuowane w danym roku kalendarzowym;
- Dofinansowanie do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób, którym usługi te nie były świadczone;
- Dofinansowanie do zwiększenia liczby godzin usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób w wieku 75 lat i więcej.

3.1.2.d.b Program Korpus Wsparcia Seniorów na rok 2024

Gminy, które przystąpią do realizacji programu uzyskają finansowe wsparcie do 80% przewidywanych kosztów całkowitych realizacji zadania. Adresatami programu będą seniorzy w wieku 60 lat i więcej, mający problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia, prowadzący samodzielne gospodarstwa domowe lub mieszkający z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić im wystarczającego wsparcia.

Program zakłada realizację dwóch Modułów:

- Moduł I, którego celem jest zapewnienie usług opiekuńczych w formie usług sąsiedzkich seniorom w wieku 60 lat i więcej. Usługi sąsiedzkie świadczone w ramach Modułu I obejmą swoim zakresem pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, podstawową opiekę higieniczno-pielęgnacyjną, przez którą należy rozumieć formy wsparcia niewymagające specjalistycznej wiedzy i kompetencji, oraz, w miarę potrzeb i możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.
- Moduł II, którego celem będzie poprawa bezpieczeństwa oraz możliwości samodzielnego funkcjonowania w miejscu zamieszkania osób starszych przez zwiększanie dostępu do tzw. „opieki na odległość”, a także wsparcie gmin w realizacji świadczenia usług opiekuńczych. W ramach Modułu II gminy będą mogły uzyskać wsparcie finansowe na dofinansowanie zakupu, jak również kosztów użytkowania tzw. opasek lub innych urządzeń bezpieczeństwa oraz na dofinansowanie kosztów użytkowania opasek lub innych urządzeń bezpieczeństwa zakupionych w ramach programu Korpus Wsparcia Seniorów w latach 2022 – 2023.

3.1.2.d.c Bony senioralne

Planowane jest wprowadzenie nowego rozwiązania skierowanego do seniorów, jakim mają być usługi wsparcia w postaci bonów senioralnych. Usługi świadczone w ramach bonu będą miały charakter niemedyyczny i ich celem będzie wsparcie materialne w czynnościach życia codziennego osób starszych. Usługi będą świadczone w miejscu zamieszkania osoby starszej. Uzupełnią one już obecnie dostępne wsparcie w zakresie opieki nad osobami starszymi w ramach systemu pomocy społecznej (usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze) oraz w ramach systemu ochrony zdrowia (pielęgniarska domowa opieka długoterminowa). Projektowane rozwiązanie jest skierowane do osób, które nie kwalifikują się, ze względu na dochody gospodarstwa domowego, do skorzystania z usług opiekuńczych realizowanych w ramach pomocy społecznej. W swoim założeniu rozwiązanie to będzie usługą społeczną o charakterze opiekuńczym, dostosowaną do potrzeb osób w wieku 75 lat.

W ramach projektu ww. ustawy przewiduje się ustanowienie minimalnych wymagań, które powinny spełniać osoby wykonujące usługi w ramach bonu senioralnego. W ramach tych wymagań, zakłada się, że osoba wykonująca usługi jest osobą, która:

- Jest pełnoletnia;
- Posiada wykształcenie co najmniej średnie, średnie branżowe, zasadnicze branżowe lub zasadnicze zawodowe;
- Nie jest członkiem rodziny osoby w wieku 75 lat lub więcej, na rzecz której będzie świadczyć usługi w ramach bonu senioralnego;
- Nie jest oddzielnie zamieszkującym małżonkiem, wstępnym ani zstępnym osoby w wieku 75 lat lub więcej, na rzecz której będzie świadczyć usługi w ramach bonu senioralnego;
- Oświadczyła, że jest zdolna pod względem psychofizycznym do świadczenia takich usług w ramach bonu senioralnego;
- Ukończyła szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy;
- Planuje się, że osoba świadcząca usługi w ramach bonu senioralnego- przed przystąpieniem do ich świadczenia – powinna odbyć co najmniej 30-godzinne szkolenia.

Aktualne informacje dotyczące wsparcia i programów kierowanych do osób niesamodzielnym i ich opiekunów są dostępne na stronie Ministerstwa Rodziny Pracy i Polityki Społecznej.

3.2 PRAWNE ASPEKTY ZWIĄZANE Z OPIEKĄ NAD OSOBAMI STARSZYM WYMAGAJĄCYMI WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

Opieka nad osobami starszymi wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu może mieć wiele prawnych aspektów, które zależą od konkretnych potrzeb i sytuacji danej osoby.

3.2.1 Orzeczenie o niepełnosprawności

W przypadku, gdy bliski choruje przewlekłe, warto wystąpić z wnioskiem o ustalenie stopnia niepełnosprawności. Orzeczenie o niepełnosprawności wydają powiatowe oraz wojewódzkie Zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności.

Posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jest niezbędne w celu uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej czy korzystania z karty parkingowej. Informację o tym, gdzie w danym mieście należy składać dokumenty o wydanie karty parkingowej, można uzyskać przy Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności. Kartę parkingową wydaje przewodniczący powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności na podstawie wydanego przez Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, orzeczenia o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności lub wskazaniach do ulg i usprawnień wraz ze wskazaniem do wydania karty parkingowej.

3.2.2 Ubezważnowolnienie całkowite i częściowe

Ubezważnowolnienie jest instytucją prawa cywilnego, która wpływa na zdolność do czynności prawnych danej osoby fizycznej. Kodeks cywilny wyróżnia: ubezważnowolnienie całkowite oraz częściowe. Osoba ubezważnowolniona całkowicie to osoba całkowicie pozbawiona zdolności do czynności prawnych. Osoba ubezważnowolniona częściowo ma ograniczoną zdolność do czynności prawnych.

3.2.3 Orzeczenie o ubezważnowolnieniu

Postępowanie w przedmiocie ubezważnowolnienia toczy się przed sądem okręgowym właściwym ze względu na miejsce zamieszkania osoby, której postępowanie dotyczy. Przestankami ubezważnowolnienia całkowitego są: określony wiek (ukończenie 13 lat), choroba psychiczna, niedorozwój umysłowy lub inne zaburzenie psychiczne, których następstwem jest brak możliwości kierowania własnym postępowaniem. Z kolei ubezważnowolnienie częściowe jest możliwe w sytuacji gdy osoba pełnoletnia w wyniku choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub innego zaburzenia psychicznego potrzebuje pomocy do prowadzenia własnych spraw, a stan tej osoby nie uzasadnia ubezważnowolnienia całkowitego. Stwierdzenie istnienia przesłanek ubezważnowolnienia wymaga przeprowadzenia dowodu w postaci opinii biegłego – psychiatry lub neurologa oraz także psychologa. Opinia powinna dotyczyć nie tylko oceny stanu zdrowia psychicznego lub rozwoju umysłowego, ale także oceny zdolności do kierowania swoim postępowaniem. Do złożenia wniosku o ubezważnowolnienie uprawnieni są małżonek osoby, której sprawa dotyczy, krewni w linii prostej lub rodzeństwo, przedstawiciel ustawowy. W postępowaniu obowiązkowy jest udział prokuratora. O ubezważnowolnieniu rozstrzyga sąd w składzie trzech sędziów określając czy ubezważnowolnienie jest całkowite, czy częściowe i z jakiego powodu następuje. Orzeczenie o ubezważnowolnieniu jest zaskarżalne, także przez osobę, której dotyczy. Może być także w każdym czasie uchylone przez sąd.

W razie orzeczenia ubezwłasnowolnienia, dla osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie sąd ustanawia opiekuna, chyba że ubezwłasnowolniony pozostaje jeszcze pod władzą rodzicielską. Dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo ustanawia się kuratelę.

3.2.4 Opiekun osoby ubezwłasnowolnionej

Opiekun ustanowiony dla ubezwłasnowolnionego całkowicie jest przedstawicielem ustawowym tej osoby. Oznacza to, że jest on osobą uprawnioną, między innymi do wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne, uzyskania pełnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach, a także do wyników leczenia, rokowań dotyczących ubezwłasnowolnionego czy uzyskania dokumentacji medycznej.

3.2.5 Obowiązki opiekuna prawnego

Opiekun obowiązany jest wykonywać swe czynności z należytą starannością, jak tego wymaga dobro pozostającego pod opieką i interes społeczny. Opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby ubezwłasnowolnionej lub jej majątku. Niezwłocznie po objęciu opieki opiekun obowiązany jest sporządzić inwentarz majątku osoby pozostającej pod opieką i przedstawić go sądowi opiekuńczemu. Wymóg ten stosuje się odpowiednio także w razie późniejszego nabycia majątku przez osobę ubezwłasnowolnioną. Sąd opiekuńczy może zwolnić opiekuna od obowiązku sporządzenia inwentarza, jeżeli majątek jest nieznaczny. Opiekun obowiązany jest, w terminach oznaczonych przez sąd opiekuńczy, nie rzadziej niż co roku, składać temu sądowi sprawozdania dotyczące osoby pozostającej pod opieką oraz rachunki z zarządzania jej majątkiem. W razie zwolnienia opiekuna lub ustania opieki, opiekun zobowiązany jest złożyć w ciągu trzech miesięcy rachunek końcowy z zarządu majątkiem. Sąd może zwolnić ze składania rachunku końcowego.

3.2.6 Świadczenia dla opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej

Sąd opiekuńczy przyzna opiekunowi za sprawowanie opieki na jego żądanie stosowne wynagrodzenie okresowe albo wynagrodzenie jednorazowe w dniu ustania opieki lub zwolnienia go od niej. Wynagrodzenia nie przyznaje się, jeżeli nakład pracy opiekuna jest nieznaczny albo czyni zadość zasadom współżycia społecznego. Wynagrodzenie pokrywa się z dochodów lub z majątku osoby, dla której opieka została ustanowiona, a jeżeli osoba ta nie ma odpowiednich dochodów lub majątku, wynagrodzenie jest pokrywane ze środków publicznych na podstawie przepisów o pomocy społecznej.

Opiekun może żądać od pozostającego pod opieką zwrotu nakładów i wydatków związanych ze sprawowaniem opieki.

3.2.7 Działania sądu wobec opiekuna prawnego

Sąd opiekuńczy wykonuje nadzór nad sprawowaniem opieki, zaznajamiając się na bieżąco z działalnością opiekuna oraz udzielając mu wskazówek i poleceń. Jeżeli opiekun nie sprawuje należycie opieki, sąd opiekuńczy wyda odpowiednie zarządzenia. Z ważnych powodów sąd może zwolnić opiekuna z opieki na jego żądanie. Sąd dokonuje takiego zwolnienia, jeżeli z powodu przeszkód faktycznych lub prawnych opiekun jest niezdolny do sprawowania opieki albo dopuszcza się czynów lub zaniedbań, które naruszają dobro pozostającego pod opieką.

3.2.8 Ustanie opieki nad osobą ubezwłasnowolnioną

Opieka nad ubezwłasnowolnionym całkowicie ustaje z mocy prawa w razie uchylenia ubezwłasnowolnienia lub zmiany ubezwłasnowolnienia całkowitego na częściowe.

3.2.9 Umieszczenie w domu pomocy społecznej

Szczególnym środkiem prawnym, stosowanym niezależnie od instytucji ubezwłasnowolnienia, jest procedura umieszczenia w domu pomocy społecznej bez zgody osoby, opisana w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Dotyczy ona osób, które wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie są zdolne do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie mają możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebują stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymagają leczenia szpitalnego. O umieszczeniu osoby w domu pomocy społecznej orzeka sąd, działając na wniosek ośrodka pomocy społecznej lub kierownika szpitala psychiatrycznego, jeżeli przebywająca w nim osoba jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, natomiast nie wymaga dalszego leczenia w tym szpitalu. Podobnie, jak w przypadku postępowania dotyczącego ubezwłasnowolnienia, sąd przed wydaniem orzeczenia jest obowiązany uzyskać opinię jednego lub kilku lekarzy psychiatrów, przy czym biegłym nie może być osoba, która uczestniczyła w podjęciu decyzji o przyjęciu do szpitala lub odmowie wypisania osoby chorej psychicznie ze szpitala psychiatrycznego.

Opisana powyżej procedura dotyczy osób, co do których istnieje konieczność niezwłocznego zapewnienia całodobowej opieki, a które nie mają bliskich i środków, dzięki którym mogłyby taką opiekę otrzymać oraz osób, które ze względu na stan zdrowia lub wiek nie są w stanie wyrazić zgody na umieszczenie w domu pomocy społecznej, a często wręcz wyrażają sprzeciw wobec takiej możliwości. Są to trudne sytuacje. Z jednej strony należy szanować prawo osoby starszej, aby ostatnie dni spędzić we własnym domu. Z drugiej strony, niektóre choroby, jak chociażby choroba Alzheimera, wiążą się z koniecznością ciągłej opieki i faktycznym brakiem rozeznania co do własnych potrzeb i możliwości.

3.2.10 Umowa darowizny

Osoby starsze, chcąc m.in. pomóc swoim dzieciom czy wnukom w zaspokojeniu ich potrzeb mieszkaniowych, decydują się na dobrowolne przeniesienie prawa własności do zamieszkiwanej przez siebie nieruchomości (domu, mieszkania). W umowie darowizny nieruchomości, która zawsze musi zostać zawarta przed notariuszem, nie ma żadnych postanowień co do obowiązku opieki nad darczyńcą. Do odwołania darowizny musi zejść niewdzięczność, która nosi cechy rażącej. Podkreśla się więc, że obdarowany musi wykazać znaczne nasilenie złej woli.

3.2.11 Umowa dożywocia

Zgodnie z brzmieniem art. 908 k.c. polega ona na tym, że nabywca nieruchomości w zamian za otrzymaną nieruchomość powinien zapewnić zbywcy dożywotnie utrzymanie. Doktryna prawnicza podkreśla, że podstawową funkcją umowy dożywocia jest funkcja alimentacyjna, która polega na zapewnieniu opieki, pomocy, środków utrzymania.

Źródła:

1. Lorek K. Prawne aspekty związane z ochroną seniorów w społeczeństwie polskim: 10.17951/g.2018.65.2.129-145 (dostęp: 28.10.2022)
2. Prawne aspekty opieki nad osobami starszymi oraz chorymi psychicznie: <https://kn-advokaci.pl/prawne-aspekty-opieki-nad-osobami-starszymi-oraz-chorymi-psychicznie/>
3. Opiekun prawny dla osoby starszej: <https://www.infor.pl/prawo/prawa-seniora/opieka-nad-seniozem/313953,Opiekun-prawny-dla-osoby-starszej.html>
4. RPO. Prawa człowieka poradnik dla osób starszych: https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/BIULETYN_RPO_Materialy_nr_72_Prawa_czlowieka_poradnik_dla_osob_starszych.pdf
5. Fundacja Razem Zmieniamy Świat. Jak opiekować się osobą przewlekle chorą w domu: <https://szpital.siedlce.pl/attachments/38d1bf6cdf2c56c8068019c407f64634db35096c.pdf>

MODUŁ 4 OPIEKA NAD OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI

4.1 PODSTAWOWE CZYNNOŚCI PIELĘGNACYJNO-HIGIENICZNE I OPIEKUŃCZE

Pielęgnacja (codzienna) w opiece ma ogromne znaczenie dla zachowania zdrowia i dobrego samopoczucia, ma również duże znaczenie w zapobieganiu problemom zdrowotnym, takim jak odleżyny, podrażnienia i infekcje skóry oraz choroby układu moczowego. Dlatego ważne jest zapewnienie odpowiedniej pielęgnacji osobie, która może mieć trudności z samodzielnym jej wykonaniem. Istotne jest również zadbanie o bezpieczeństwo podopiecznych, szczególnie osób z chorobami otępiennymi, ze względu na zaburzenia pamięci oraz problemy z racjonalną oceną sytuacji. Chory może niespodziewanie wyjść z domu lub wychylić się przez otwarte okno. Warto pamiętać, aby np. nie zostawiać kluczy w drzwiach wejściowych, odpowiednio zabezpieczyć okna, sprzęty elektryczne, nie zostawiać ostrych przedmiotów w łatwo dostępnych miejscach. Należy pamiętać, że osoby starsze nie lubią drastycznych zmian, dlatego należy je wprowadzać stopniowo. Opiekując się osobą z chorobą otępienną warto zadbać o regularność i powtarzalność czynności - co zwiększa poczucie bezpieczeństwa. Choroby otępienne mają charakter postępowy, a tempo rozwoju zależy od przyjmowanych leków, diety i aktywności fizycznej. Dlatego istotne jest, aby podawać choremu leki zgodnie z zaleceniami lekarza, stworzyć dla niego zbilansowaną dietę, ćwiczyć z nim pamięć i koncentrację, a także zachęcać do aktywności fizycznej.

4.1.1 Higiena osobista

Mycie ciała w łóżku - dotyczy osób, które ze względu na stan zdrowia nie mogą się myć pod natryskiem lub w wannie. Celem jest zapobieganie i wyeliminowanie infekcji oraz przykrego zapachu, zapewnienie podopiecznemu dobrego samopoczucia oraz zapewnienie zdrowia.

Istotą prawidłowo wykonanej czynności przy toalecie całego ciała jest zachowanie odpowiedniej kolejności: mycie zębów, toaleta jamy ustnej, golenie (u mężczyzn), mycie oczu i twarzy, mycie uszu, mycie szyi, mycie dekoltu, mycie klatki piersiowej, mycie kończyn górnych, mycie brzucha, mycie pleców, mycie pośladków, mycie kończyn dolnych, mycie krocza, czesanie, czyszczenie paznokci.

Zasady:

- Zapewnij intymność, odpowiednią temperaturę, zamknij okna;
- Dostosuj sposób oraz częstotliwość pomocy do ogólnej, indywidualnej sytuacji pacjenta (fizycznej, umysłowej, psychologicznej) oraz do stopnia, w jakim jest on uzależniony od pomocy;
- Przygotuj sprzęt niezbędny do toalety, zapewniając w ten sposób poczucie bezpieczeństwa, komfort oraz skracaj czas wykonania czynności.

Pamiętaj: podczas toalety należy przykryć umyte i osuszone części ciała, zapobiegając wyziębieniu, dbając o zachowanie intymności.

- Zastosuj rękawiczki jednorazowego użytku, aby uniknąć zarażenia lub zakażenia czynnikami chorobotwórczymi;
- Poranna toaleta oraz mycie powinno być dokładne i obejmować całe ciało (przynajmniej raz w tygodniu należy przewidzieć kąpiel w wannie lub pod prysznicem);
- Należy delikatnie osuszać skórę, a nie pocierać;
- W przypadku suchej i łuszczącej się skóry, należy stosować preparaty nawilżające, pozwalające przywrócić równowagę hydrolipidową naskórka;
- Toaletę miejsc intymnych powinno się wykonywać przynajmniej raz dziennie oraz każdorazowo po zanieczyszczeniu się wskutek wypróżnień. Jest to czynność dość intymna i krępująca, dlatego należy zapewnić choremu poczucie bezpieczeństwa i intymności;
- Jeżeli chory jest w stanie wykonać czynność samodzielnie rolę opiekuna jest jedynie dyskretna i taktowna pomoc.

Okolice intymne należy myć od strony spojenia łonowego w kierunku odbytu. U mężczyzn należy odciągnąć napletek i umyć żołądź. Po umyciu i osuszeniu napledek należy odprowadzić (naciągnąć) na żołądź. Niewłaściwe postępowanie może doprowadzić do: zakażenia układu moczowego, odparzania i odleżyn, zakażenia grzybiczego.

Mycie twarzy, oczu i szyi: <https://www.youtube.com/watch?v=4I6NoAfDRRE>

Mycie klatki piersiowej i brzucha: <https://www.youtube.com/watch?v=5vXpoWdhNfo>

Mycie pleców i pośladków: <https://www.youtube.com/watch?v=HV6bt6u-u34>

Mycie krocza: <https://www.youtube.com/watch?v=pUo2qU1GqeE>

Mycie kończyn dolnych: <https://www.youtube.com/watch?v=oezwGcWSnaM>

4.1.2 Technika mycia głowy/włosów

1. Ułóż chorego w taki sposób, aby jego głowa była przy krawędzi łóżka, pod barki należy ułożyć poduszki, tak, aby głowa nieco zwisała do tyłu. Można zastosować odpowiedni do mycia głowy profesjonalny sprzęt (np. basenik do mycia włosów);
2. Przed myciem rozczesz i wyszczotkuj włosy;
3. Zwilż głowę (włosy) chorego i nanieś szampon, wcierając opuszkami palców w skórę głowy, a następnie spłucz wodą;
4. Po umyciu rozczesz, wysusz i uczesz włosy.

Pamiętaj: W czasie wykonywania zabiegu zabezpiecz chorego przed wyziębieniem lub poparzeniem gorącą wodą

- Chorych po operacjach neurochirurgicznych, urazach głowy i kręgosłupa pielęgnuj po instruktażu wykonanym przez pielęgniarkę czy lekarza;
- Zmiany chorobowe w okolicy głowy należy pielęgnować zgodnie z zaleceniami lekarza i pielęgniarki.

Mycie głowy: <https://www.youtube.com/watch?v=FNnx-ZhBmuU>

4.1.3 Technika zakładania pieluchomajtek

1. Załóż rękawiczki jednorazowego użytku;
2. Podłóż pod pośladki chorego podkład higieniczny;
3. Stań z przegu łóżka i zegnij w kolanie jedną z nóg chorego;

Uwaga: Jeśli stoisz po prawej stronie chorego, zegnij jego lewą nogę, jeśli stoisz po jego lewej stronie – zegnij nogę prawą.

4. Obróć chorego na bok w kierunku do siebie i po dokonaniu czynności pielęgnacyjnych oraz zabezpieczeniu skóry kremem ochronnym podłóż z tyłu pod chorego aktywowane wcześniej pieluchomajtki, (aktywowanie podlega na złożeniu wzdłuż na pół i lekkim skręceniu /jak przy wyżywaniu ręcznika/, co poprawi ich funkcjonalność);

Uwaga: Pamiętaj o tym, aby podwinąć skrzydło pieluchomajtek, co umożliwi wyjęcie ich spod chorego po jego obróceniu na plecy.

5. Połóż chorego na plecach, wyprostuj jego nogi i wyciągnij podwinięte skrzydło pieluchomajtek. Wyciągnij przednią część pieluchomajtek i dopasuj ją do kroczu;
6. Umocuj pieluchomajtki za pomocą elastycznych przylepcorzepów zaczynając od dolnego zapięcia, które przyczep lekko skośne do góry;
7. Po umocowaniu dolnych zapięć, umocuj górne przylepcorzepty, dopasowując pieluchomajtki do talii. Po zapięciu pieluchomajtek upewnij się, czy pielucha dobrze leży i przylega do ciała, czy falbanki nie są zwinięte i czy w żadnym miejscu pielucha nie wpija się w ciało;
8. Zużyte pieluchomajtki zwiń i wyrzuć do kosza na śmieci. Nie wyrzucaj zużytego wyrobu do toalety.

Pamiętaj: Niewłaściwie założone pieluchomajtki zwłaszcza jeśli rozmiar jest źle dobrany, mogą spowodować: otarcia i podrażnienia skóry chorego, wyciekanie moczu, a w konsekwencji zabrudzenie ubrania chorego i pościeli, niewygodę chorego i pogorszenie jego samopoczucia.

Sprzęt pomocny przy utrzymaniu higieny chorego w łóżku: basen i pojemnik na mocz, podkłady ochronne.

Technika zakładania pieluchomajtek: <https://www.youtube.com/watch?v=4v9MjkbCNC8>

4.1.4 Zmiana bielizny pościelowej

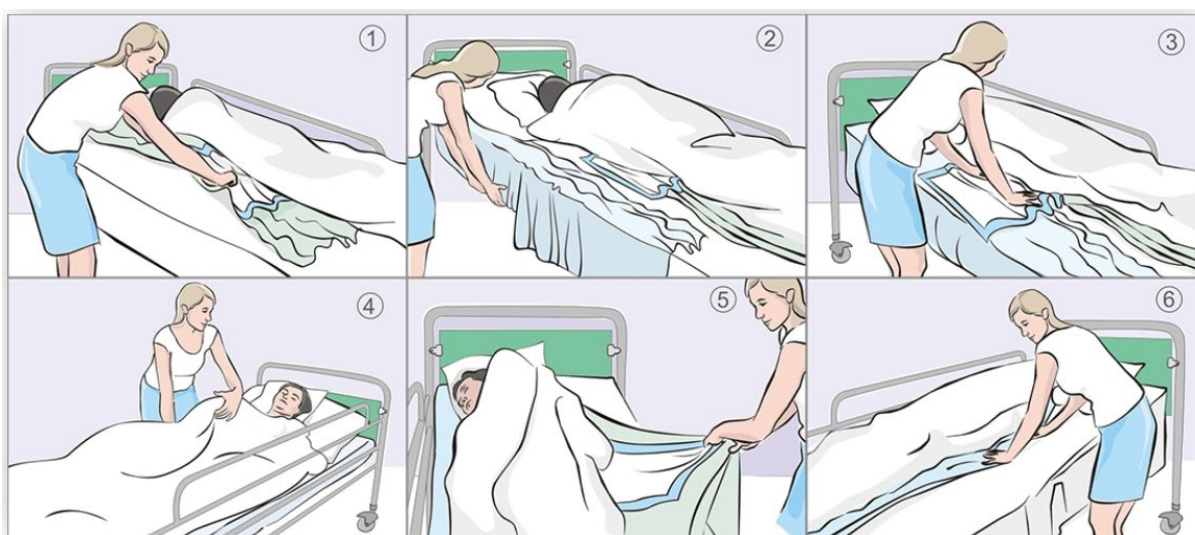
Zmiana bielizny pościelowej chorego leżącego to jedna z podstawowych czynności opiekuńczych. Ponieważ dla takiego chorego łóżko jest jedynym miejscem, gdzie spędza czas, niezmiernie ważne jest zadbanie o jego wygodę oraz komfort.

Jeśli możliwe jest posadzenie podopiecznego na krzesło podczas zmiany pościeli, czynność ta staje się prosta. Dużo trudniej jest wykonać zadanie, gdy chory cały czas przebywa w łóżku. Wówczas, oprócz zapewnienia choremu czystości, ważne jest także dbanie o jego bezpieczeństwo w trakcie wykonywania tej czynności.

Pamiętaj:

- Dbaj, by nie wyiębić chorego. Niech podczas zmiany pościeli chory pozostaje przykryty np. kocem;
- Jeśli chory leży na łóżku z regulowanym wezgłowiem, opuść je. Dzięki temu ułatwisz sobie pracę. Uniesione wezgłowie uniemożliwia dokładne naciągnięcie prześcieradła, a poza tym przy uniesionym wezgłowiu bardzo trudno jest zmienić pozycję ciała chorego;
- Jeśli chory ma duszność nie układaj go na płasko, lecz pod głowę podłóż dwie poduszki, poszewki na poduszkach wymieniaj kolejno;
- Zadbaj o bezpieczeństwo chorego – jeśli chory leży na łóżku rehabilitacyjnym – zabezpiecz je drabinkami po stronie przeciwnej do tej, po której stoisz; jeśli leży na wersalce – ułóż go w taki sposób by nie wypadł z łóżka;
- Najtrudniejszym elementem zmiany pościeli jest wymiana prześcieradła i podkładu. Poniżej podajemy wskazówki, jak to zrobić.

4.1.5 Zmiana prześcieradła i podkładu



1. Zmarszcz i podwiń brudny podkład i prześcieradło jak najdalej pod plecy chorego leżącego na boku (rys. 1);
2. W to miejsce połóż czyste prześcieradło, rozłóż na materacu i zaściel prześcieradło (zwisającą część podłóż pod materac, drugą stronę prześcieradła podsuń jak najdalej pod plecy chorego) (rys. 2);
3. Ułóż czysty podkład, wierzchnią warstwę zmarszcz do pleców chorego, drugą połowę rozłóż na łóżku (rys. 3);
4. Odwróć chorego na wznak, zabezpiecz łóżko od swojej strony np. drabinką, przejdź na drugą stronę łóżka, odbezpiecz łóżko z tej strony (rys. 4);
5. Ułóż chorego na drugim boku, okryj jego plecy. Wyciągnij brudny podkład i prześcieradło (rys. 5);
6. W to miejsce naciągnij czyste prześcieradło oraz podkład i zaściel (rys. 6);

7. Ułóż chorego na wznak, popraw kołdrę. Jeśli chory leży na łóżku rehabilitacyjnym – zabezpiecz je drabinkami;
8. Podłóż poduszki pod głowę; jeśli chory ma łóżko z regulowanym wezgłowie, ustaw je zgodnie z życzeniem chorego;
9. Dla zabezpieczenia łóżka i bielizny pościelowej warto stosować podkłady higieniczne.

4.1.6 Karmienie

1. Ułóż pacjenta w pozycji siedzącej. Nigdy nie należy karmić w pozycji leżącej, gdyż grozi to zakrztuszeniem! Jeśli pacjent jest w stanie jeść samodzielnie, z niewielką pomocą, nie wyręczaj go, „żeby było szybciej”;
2. Możesz pomóc mu w trzymaniu sztućców i poprowadzić jego rękę tak, by łyżką trafił do ust, Jeśli stan pacjenta wymaga, żebyś go nakarmił, rób to tak, żeby nie czuł się traktowany jak małe dziecko;
3. Nakładaj na łyżkę/widelec małe, łatwe do połknięcia porcje;
4. Obserwuj, kiedy przeżuwa lub połyka pokarm - jeśli jest taka potrzeba np. występują problemy z gryzieniem i przełykaniem należy rozdrobnić pokarm (forma przecieranki);
5. Nie uderzaj sztućcami o zęby – u osób z demencją może to wywołać odruch zaciskania szczęki, Jeśli pacjent nie chce otworzyć ust, lekko dotknij je czubkiem łyżki.

Karmienie pacjentów, u których występuje problem z samodzielnym przyjmowaniem posiłków, jest czasochłonne, w zależności od stanu zdrowia pacjenta wymaga użycia sprzętu lub różnych technik karmienia (doustnie, przez zgłębnik, przetokę żołądkową, jelitową).

Przygotowanie do posiłku i karmienie: <https://www.youtube.com/watch?v=OYOoHIQIluc>

4.1.7 Pomiar ciśnienia tętniczego

Osoba, której mierzymy ciśnienie powinna przed pomiarem odpocząć minimum 5 minut.

Sposób wykonywania pomiaru:

- Pomiaru dokonujemy w cichym pomieszczeniu, po uprzednim odpoczynku;
- Prawidłowe pozycje podczas dokonywania pomiaru to:
 - Leżąca
 - Siedząca, ze wspartymi stopami i plecami, łokieć powinien być podparty, a mięśnie badanej kończyny należy rozluźnić
- Mankiet powinien być dostosowany do obwodu ramienia i ustawiony na wysokości serca;
- Zaleca się mierzenie ciśnienia dwukrotnie w ciągu dnia (rano i wieczorem), a każdorazowo należy wykonać 2 pomiary w odstępach 1-2 minutowych;
- Upewnij się, czy obcisłe ubranie nie uciska ramienia;
- Podczas pomiaru nie należy rozmawiać.

Pomiar ciśnienia krwi w domu – zasady

1. Zaleca się używanie w pełni automatycznych aparatów posiadających walidację z mankiem zakładanym na ramię;
2. Należy wykonywać po 2 pomiary w kilkuminutowych odstępach, rano i wieczorem, o stałych porach, w równych odstępach czasu (np. 6.00–18.00, 7.00–19.00 itp.). Pomiary powinny być wykonywane bezpośrednio przed przyjęciem leków, a w godzinach porannych przed jedzeniem;
3. Przed założeniem ciśnieniomierza naramiennego naciśnij tętnicę ręki dwoma palcami w odległości ok. 2,5 cm ponad łokciem, po wewnętrznej stronie ręki, aby określić, w którym miejscu tętno jest najsilniejsze. Mankiet ciśnieniomierza naramiennego powinien znajdować się ok. 1,5 cm od łokcia. Ciśnieniomierz nadgarstkowy zakładaj zawsze w ten sposób, aby dłoń była skierowana do góry, a mankieta ciśnieniomierza nadgarstkowego powinien znajdować się w odległości ok. 1,5 cm od dłoni;
4. Mankiety na rzepy mocno ściśnij. Mankiet ciśnieniomierza zarówno nadgarstkowego, jak i naramiennego podczas pomiaru powinien znajdować się na tym samym poziomie co serce;
5. Przed pomiarem odwróć dłoń do góry, usiądź w wyprostowanej pozycji na krześle, weź 5-6 głębokich oddechów i rozluźnij całe ciało;
6. Jeżeli mankieta nie jest na tym samym poziomie co serce lub trudno ci jest utrzymać rękę w bezruchu, to do podparcia ramienia możesz użyć jakiegoś miękkiego przedmiotu, np. zwiniętego ręcznika. Podczas pomiaru nie wolno odchyłać się, rozmawiać ani poruszać ręką;
7. Przed kolejnym pomiarem trzeba odczekać około 5 minut.

Nie wykonujemy pomiaru ciśnienia tętniczego po:

- Bezpośrednio po spożyciu posiłku, kawy lub alkoholu;
- Wypaleniu papierosa;
- Wyśiłku fizycznym.

Należy pamiętać, że również gorączka, ból czy stres mogą przejściowo zwiększać wartości ciśnienia tętniczego krwi.

Pomiar ciśnienia tętniczego krwi: <https://www.youtube.com/watch?v=EChQD0-QPBU>

Warto wiedzieć:

Pomiar temperatury ciała: <https://www.youtube.com/watch?v=mlhNuFGtuQc>

Pomiar poziomu cukru we krwi: <https://www.youtube.com/watch?v=9KhsBrB1sW4>

Administrowanie lekami:

Przepisane leki powinny być stosowane zgodnie z zaleceniami lekarskimi. Ważne jest regularne ich przyjmowanie dlatego należy zadbać aby podopieczni przyjmowali leki o stałych porach, aby uniknąć pomijania dawek. Aby ułatwić administrowanie lekami można skorzystać np. dziennych kasetek do dawkowania leków, pudełek na leki czy kalendarzy lekowych, dostępnych w aptekach. Leki powinny być popijane wodą przegotowaną (przynajmniej pół szklanki).

Źródła:

1. Szpital Barlinek. Niezbędnik opiekuna osoby niesamodzielnej: <http://szpitalbarlinek.pl/wp-content/uploads/2016/10/NIEZB%C4%98DNIK-OPIEKUNA-OSOBY-NIESAMODZIELNEJ.pdf>
2. Fundacja Razem Zmieniamy Świat. Zmiana pościeli: <https://damy-rade.info/opieka-w-domu-2/jak-opiekowac-sie-osoba-przewlekle-chora-w-domu/przewlekle-chory-w-domu/zmiana-poscieli>
3. Subregionalne Centrum Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niesamodzielnych Bezpieczna Przystań 2020. Pomiar ciśnienia tętniczego krok po kroku: <https://www.bezpiecznaprzystan.com.pl/pomiar-cisnienia-tetniczego-krok-po-kroku/>
4. Anna Staniszevska, Dominik Olejniczak, Emilia Gąsińska. Abecadło Lekowe: https://archiwum.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/aktualnosci/aktualnosci_pliki/abecadlo-lekowe.pdf

PROFILAKTYKA POWIKŁAŃ ZWIĄZANYCH Z DŁUGOTRWAŁYM UNIERUCHOMIENIEM

4.2.1 Profilaktyka odleżyn

Odleżyny są częstym i poważnym powikłaniem występującym u pacjentów unieruchomionych przez dłuższy czas w następstwie długotrwałej, ciężkiej choroby. Pogłębienie się odleżyny grozi nowym powikłaniem w postaci zakażenia odleżyny, początkowo miejscowego, lecz szybko mogącego się rozprzestrzenić na cały organizm. W takim przypadku już nie choroba podstawowa, ale zakażenie ogólnoustrojowe może zagrażać bezpośrednio życiu pacjenta.

Odleżyna powstaje w wyniku długotrwałego ucisku na skórę i tkankę podskórną, co powoduje zamknięcie naczyń doprowadzających krew, następnie doprowadza do niedokrwienia tkanek. Powodem tego stanu jest brak dopływu tlenu i składników odżywczych. Dochodzi do zwolnienia przemiany komórkowej, a w przypadku przedłużania się powyższego stanu do śmierci komórki i powstania odleżyny. W początkowym etapie objawy niedokrwienia są prawie niewidoczne. W pierwszym etapie tworzenia się odleżyny powstaje lekkie zaczerwienienie, następnie w miejscu zaczerwienienia powstaje rana, która jeżeli nie jest odpowiednio leczona powiększy się i pogłębi. W stanie zaawansowanym rana ta może sięgać do mięśni, stawów i kości.

Leczeniem odleżyn zajmują się lekarz i pielęgniarka. Nowoczesne metody leczenia odleżyn opierają się na zapewnieniu wilgotnego środowiska (nowoczesne specjalistyczne opatrunki). Leczenie odleżyn jest długotrwałe i uciążliwe. Rany odleżynowe często utrudniają lub uniemożliwiają prowadzenie rehabilitacji, dlatego tak ważne jest im zapobieganie. Powszechnie uważa się, że pojawienie się odleżyn świadczy o złej, niewystarczającej opiece pielęgnacyjnej. Obecnie wiadomo jednak, że wystąpienie odleżyn zależy od wielu czynników. U niektórych ciężko chorych pacjentów odleżyny pojawiają się mimo podejmowania największych starań, jednak w większości przypadków powstaniu odleżyn można zapobiec.

Czynniki ryzyka wystąpienia odleżyn:

1. Wiek ≥ 75 lat;
2. Unieruchomienie;
3. Stan skóry (nadmierna suchość lub wilgotność, urazy, infekcje);
4. Stan odżywienia (niedożywienie, odwodnienie);
5. Nietrzymanie moczu i stolca;
6. Zaburzenia świadomości;
7. Przewlekłe schorzenia współistniejące (cukrzyca, niedokrwistość, choroby neurologiczne).

Odleżyny najczęściej pojawiają się w przypadku ułożenia:

- W pozycji grzbietowej: w okolicy pięt, kości guzicznej, krzyżowej, łopatek, potylicy, na małżowinach usznych;
- W pozycji bocznej – w okolicy kostek, kolan, krętarza kości biodrowej, barku, za uszami i w okolicy wyrostka sutkowego;
- W pozycji brzusznej – w okolicy kostek, kolan, i mostka.

Tworzą się, gdy chory nie może sam zmieniać pozycji. Sprzyja im też niestaranie pościelone łóżko czy okrucy na prześcieradle. Równie bolesne są odparzenia. Powstają w fałdach skóry, gdy nie została dokładnie osuszona po kąpieli, przy rzadko zmienianych pieluchomajtkach. Gdy zaobserwujemy na skórze zaczerwienienia, pęknięcia, zgłośmy to lekarzowi lub pielęgniarce, aby mogli wdrożyć odpowiednie leczenie.

Działania, które mają zapobiec powstawaniu odleżyn:

- Ułożenie pacjenta na materacu zmiennociśnieniowym dynamicznym;
- Zastosowanie udogodnień w łóżku (wałki, krążki, podpórki, kliny);
- Dokładne codzienne prześcielanie łóżka, aby nie pozostawić fałdów i zmarszczek;
- Usuwanie spod pacjenta szwów, guzików, okruców i innych zanieczyszczeń;
- Dbłość aby bielizna osobista i pościelowa była sucha, czysta, niekrochmalona, miękka, z surowców naturalnych. Należy unikać przegrzania i przepocenia;
- Obserwowanie skóry przynajmniej 1 raz dziennie, najlepiej w czasie czynności higienicznych i przy każdej zmianie pozycji;
- Dokładne, delikatne osuszanie skóry, szczególnie w okolicach fałdów i miejsc narażonych na ucisk;
- Zachowanie prawidłowej techniki podnoszenia na podkładzie metodą „hamaka”. Nie należy pociągać za skórę pacjenta;
- Zmiana pozycji przynajmniej co 2 godziny.

Zmiana pozycji osoby niesamodzielnej: https://www.youtube.com/watch?v=Vl8MJ_1fVtU

4.2.2 Zasady pielęgnowania skóry

- Skórę należy myć codziennie ciepłą wodą, stosując delikatne środki oczyszczające, które nie wysuszają skóry. Dobre rezultaty daje mycie szarym mydłem lub mydłem o pH 5,5;
- Należy dokładnie, delikatnie osuszyć skórę po każdorazowej toalecie, nie trzeć. Po umyciu można oklepać narażone miejsca wypukłą dłonią o złączonych palcach;
- Umytą i osuszoną skórę należy nawilżyć i natłuścić, co pozwoli utrzymać jej sprężystość. Do tego celu można zastosować oliwkę, maści, kremy, balsamy czy preparaty do pielęgnacji niemowląt;
- Fałdy skórne po wysuszeniu można oddzielić talkiem (na brzuchu, pod piersiami);
- Nie należy razem stosować środków natłuszczających, osuszających i pudrów, ponieważ tworzy się rodzaj skorupy, co może doprowadzić do powstania odparzenia, a w następstwie odleżyny;
- Należy unikać masażu wyniosłości kostnych. Miejsca narażone można delikatnie oklepywać. W przypadku nietrzymania moczu warto zastosować pieluchomajtki zapewniające kontakt skóry z suchą powierzchnią. Każdorazowo, gdy ubranie lub pościel jest wilgotna należy je zmienić;
- Bielizna pościelowa i osobista winna być wykonana z naturalnych materiałów, pozbawiona zgrubień, guzików, niekrochmalona.

4.2.3 Oklepywanie

Oklepywanie pleców ma na celu pomóc choremu odkrztusić wydzielinę z drzewa oskrzelowego, co ułatwia oddychanie. Oklepywanie wykonujemy dłonią złożoną w tzw. „łódkę” od dolnych części pleców do góry. Podczas oklepywania omijamy okolice kręgosłupa oraz nerek. Optymalny czas oklepywania to 3 – 5 minut.

4.2.4 Wykonywanie prostych masażu i ćwiczeń rehabilitacyjnych

Fizjoterapia osoby leżącej pomaga zapobiegać i niwelować przykurcze mięśniowe, wspomagać funkcjonowanie układu oddechowego (pomocne przy dusznościach), zapobiega powstawaniu obrzęków, poprawia nastrój i samopoczucie chorego. Ćwiczenia ogólnousprawniające wpływają pozytywnie na wszystkie układy organizmu, nawet jeżeli są wykonywane w niewielkim zakresie, w pozycji leżącej. Ćwiczenia powinny być różnorodne, aby zaktywizować jak najwięcej mięśni. Najbardziej wskazane są ćwiczenia czynne, czyli wykonywane samodzielnie przez chorego. Należy pamiętać, że intensywność, czas ćwiczeń, liczbę powtórzeń oraz tempo zawsze dobieramy indywidualnie do stanu i możliwości chorego. Zaleca się, by ćwiczyć jak najczęściej (4-6 razy w ciągu dnia), ale z mniejszym natężeniem (2-3 min., kilka powtórzeń). Jeśli chory jest w ciężkim stanie, wykonuj z nim ćwiczenia bierne.

Znaczenie ćwiczeń rehabilitacyjnych: <https://www.youtube.com/watch?v=InXV8vMn9dA&t=2s>

Drenaż limfatyczny: https://www.youtube.com/watch?v=d-iE_voRhtI

Ćwiczenia bierne: <https://www.youtube.com/watch?v=O3iUm13YaJw>

Zestaw ćwiczeń dla chorego w pozycji leżącej na plecach:

PW - pozycja wyjściowa (leżenie na plecach)

RR - ramiona, ręce

R - jedna ręka

NN - nogi

N - jedna noga

T – tułów

1. Ćwiczenie 1

Pozycja wyjściowa (PW) - nogi (NN) zgięte w kolanach, ręce (RR) zgięte w łokciach pod kątem 45 stopni.

Prostowanie palców dłoni

Zginanie palców dłoni w pięść

2. **Ćwiczenie 2**

PW - NN zgięte w kolanach, RR zgięte w łokciach pod kątem 45 stopni
Krążenia w stawach nadgarstkowych w jedną i drugą stronę

3. **Ćwiczenie 3**

PW - NN zgięte w kolanach, jedna ręka (R) zgięta w stawie łokciowym
Naprzemienne zginanie RR w łokciach

4. **Ćwiczenie 4**

PW - NN zgięte w kolanach, RR wzdłuż tułowia (T)

Wzniesienie RR przodem w górę do ułożenia za głową (180 stopni)

Wdech, powrót do PW, wydech

UWAGA: nie należy wykonywać zbyt wielu powtórzeń tego ćwiczenia, aby nie dopuścić do hiperwentylacji. Wystarczy 3-4 powtórzenia.

5. **Ćwiczenie 5**

PW - RR zgięte w łokciach pod kątem 90 stopni

Wciskanie łokci w materac licząc do 3, na 4 rozluźnienie

6. **Ćwiczenie 6** (wzmacniające koordynację ruchu)

PW- NN ugięte w kolanach

Na 1 - wzniesienie pięt w górę, stopy oparte na palcach

Na 2 - wzniesienie palców (stóp) w górę, stopy oparte na piętach

Można też na przemian jednocześnie unosić prawą piętę i lewą stopę (opartą na pięcie).

7. **Ćwiczenie 7**

PW- NN wyprostowane, RR wzdłuż T

Na 1 - zgiąć prawą nogę (N) w kolanie i postawić stopą na materacu

Na 2 - wyprostować N i położyć na materacu

Na 3 - zgiąć lewą N w kolanie (stopę postawić na materacu)

Na 4 - wyprostować N i położyć na materacu

8. **Ćwiczenie 8**

PW - NN zgięte w kolanach, stopy na materacu

Na 1 - wyprostować prawą N w górę

Na 2 - powrót do PW

Na 3 - wyprostować lewą N w górę

Na 4 - powrót do PW

9. **Ćwiczenie 9**

PW - NN wyprostowane, RR wzdłuż T

Na 1 - prawą N zgiąć i obejmując dłońmi kolano przyciągnąć do klatki piersiowej

Na 2 - wyprostować prawą N, położyć na materacu RR wzdłuż T

Na 3, 4 - analogicznie z lewą N

10. **Ćwiczenie 10**

PW - NN zgięte w kolanach, stopy na materacu, dłonie splecione palcami na brzuchu

Chory wykonuje duże, obszerne koła splecionymi dłońmi w prawo i następnie w lewo

11. **Ćwiczenie 11** - przydatne dla chorych cierpiących na przewlekłe zaparcia

PW - NN zgięte w kolanach, RR wzdłuż T

Chory wykonuje rowerek do przodu następnie do tyłu prawą N

Analogicznie lewą N

Wersja dla zaawansowanych - rowerek jednocześnie obiema NN

12. Ćwiczenie 12

PW - NN ugięte w kolanach, dłonie na brzuchu

Wdech przez nos – brzuch unosi się do góry

Wydech ustami – powrót do PW

Jest to oddychanie torem brzuszny (przeponowym), wydech powinien być 2 razy dłuższy od wdechu.

13. Ćwiczenie 13 (dedykowane szczególnie osobom po udarze mózgu, jako ćwiczenie koordynacyjne, a także chorym ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa)

PW - NN zgięte, RR wzdłuż T

Skręt NN w prawo z jednoczesnym wzniesieniem przodem lewej R

Analogicznie skręt NN w lewo ze wzniesieniem przodem prawej R

14. Ćwiczenie 14

PW - NN zgięte, RR wzdłuż T

Uniesienie bioder w górę i utrzymanie ich przez 5 sekund

Powrót do PW

15. Ćwiczenie 15 (wskazane osobom z bólami kręgosłupa na tle zwyrodnieniowym oraz osobom otyłym).

PW - NN zgięte, RR wzdłuż T

Przyciąganie dłońmi NN zgiętych w kolanach w kierunku brzucha

Utrzymanie tej pozycji 5 sekund

Powrót do PW

UWAGA: Ćwiczenie przeciwwskazane po operacjach brzusznych i przy przepuklinach.

16. Ćwiczenie 16

PW - NN zgięte, RR wzdłuż T

Odwodzenie RR (przesuwanie ich po materacu bokiem w górę), wdech nosem

Powrót do PW, wydech przez usta

Do ćwiczeń możemy użyć też przyborów, takich jak laska gimnastyczna (krążenia laską trzymaną oburącz) lub elastyczne taśmy gumowe.

4.2.5 Ćwiczenia oddechowe

Ćwiczenia oddechowe są jednymi z podstawowych ćwiczeń zalecanych w wielu chorobach, szczególnie przy dusznościach. Ćwiczenia oddechowe wykonujemy 3-4 razy dziennie. W zależności od siły i chęci chorego można ćwiczyć nawet kilkanaście razy dziennie. Przy zwiększeniu ilości ćwiczeń należy obserwować, czy stan chorego nie pogarsza się. Ćwiczenia oddechowe możemy prowadzić w łóżku chorego. Chory powinien wykonywać ćwiczenia w pozycji siedzącej (poduszka pod plecami i głową). Należy pomóc choremu usiąść w wygodnej pozycji w łóżku.

Przykłady ćwiczeń oddechowych:

1. Świadome oddychanie

Powietrze nabieramy nosem (wdech), a wypuszczamy (wydech) przez lekko przymknięte usta (jak do zdmuchnięcia świeczki). Staramy się, by wydech był długi, spokojny, nieco wymuszony na końcu. Powietrze wydychamy w ten sposób z lekkim oporem, co wzmacnia mięśnie oddechowe. Serie powtarzamy 3-4 razy. Do oddychania można dołączyć ruch rąk: podczas wdechu unosimy ręce bokiem lub przodem w górę, wydychając ręce opuszczamy.

2. Powolnie wykonujemy maksymalny wdech przez nos, następnie wykonujemy przerywany wydech przez usta.

Można dodatkowo dołączyć ruchy rąk: wdech – unieść ramiona przodem lub bokiem w górę, podczas wydechu ramiona opuścić przodem lub bokiem do pozycji wyjściowej. W ten sposób zwiększamy ruchomość klatki piersiowej, co pozwala na pogłębione oddychanie.

3. Ćwiczenie z przyłożeniem oporu

Opór tworzymy za pomocą własnych dłoni lub niezbyt ciężkiego przedmiotu na przeponę lub żebra. Dajemy choremu polecenie wykonania wdechu tak, by napierał na wytworzony opór.

4. Ćwiczenie z wykorzystaniem chusteczki/kartki papieru

Kartkę lub chusteczkę trzymamy w odległości ok. 15 cm od ust chorego. Następnie polecamy dmuchać w przedmiot tak, aby się poruszył. Ćwiczenie polecane jest osobom o słabych mięśniach oddechowych.

5. Ćwiczenie z wykorzystaniem słomki

Słomkę wkładamy do opróżnionej w połowie 0,5 litrowej butelki wody. Chory wykonuje wydech przez słomkę tak, aby w wodzie powstawały bąbelki. Wraz ze wzrostem siły mięśni oddechowych, słomkę zanurzamy głębiej.

6. Jeśli chory potrzebuje usprawnienia odkształcania zalegającej wydzieliny, prowadź ćwiczenia uczące efektywnego kaszlu.

Ćwiczenia w pozycji siedzącej: <https://www.youtube.com/watch?v=DEBVQFthpl4>

4.2.6 Pionizacja i zmiany pozycji chorego

Mając na uwadze iż czynności opiekuńcze oraz przesadzanie, przemieszczanie chorego będzie wykonywane przez wiele lat istotne jest wypracowanie technik i chwytów, które nie będą przeciążały układu ruchu opiekuna. Należy unikać podnoszenia chorego przed opanowaniem właściwej techniki. Warto poprosić specjalistę by pokazał sposoby i techniki bezpiecznej pracy z podopiecznym. Stosując bezpieczne techniki zmniejsza się ryzyko wystąpienia dolegliwości bólowych kręgosłupa.

- Mierz siły na zamiary – nie próbuj unosić / przemieszczać / zmieniać pozycji chorego, jeśli wiesz, że samodzielnie nie jesteś w stanie tego zrobić;
- Jeśli tylko jest taka możliwość, przy każdej czynności proś o pomoc drugiego opiekuna;
- Jeśli w przemieszczaniu chorego jest zaangażowanych więcej osób, należy wyznaczyć osobę kierującą – wydającą komendy do przemieszczania;
- Zorientuj się, co do możliwości chorego. Być może jest w stanie przynajmniej częściowo włączyć się w zmianę pozycji (np. odepchnąć się nogami przy unoszeniu do pozycji wysokiej);
- Nigdy nie chwytaj chorego „pod pachy”, bo możesz uszkodzić strukturę stawu barkowego, przełóż swoje ręce pod pachami chorego i chwyć za łopatki podopiecznego;

- Podczas przemieszczania chorego z łóżka na wózek zadbaj, by stopy chorego były ustawione w pozycji pośredniej (tzn. między równoległą a prostopadłą – ukośnie w stosunku do łóżka), co zapobiegnie zwichnięciu stawu skokowego;
- Zawsze pracuj na ugiętych nogach – w ten sposób zmniejszasz obciążenie kręgosłupa;
- Do podnoszenia używaj mięśni nóg (ugięcie, a następnie wyprost kolan), nie pochylaj pleców;
- Przez cały czas staraj się, by Twoje plecy były wyprostowane;
- Podczas wykonywania czynności opiekuńczych, jeśli to możliwe, dostosuj wysokość łóżka do swojego wzrostu, aby zapobiec nadmiernemu nadwyrężaniu kręgosłupa;
- Podczas podnoszenia chorego z łóżka podpieraj swoje ciało, opierając jedno kolano na łóżku chorego;
- Przed przystąpieniem do jakiegokolwiek czynności opuść drabinkę łóżka chorego (o ile korzystasz z łóżka z drabinkami);
- Nie wykonuj żadnych czynności przez drabinkę czy inne zabezpieczenia;
- Unikaj skręceń kręgosłupa i pochyłeń na boki;
- Nie dopuść, by chory podczas przemieszczania chwycił Cię za szyję, niech obejmie Cię w pasie;
- Pamiętaj o odpowiednim stroju – niekrępującym ruchów.

Możesz zaopatrzyć się w udogodnienia do zmiany pozycji lub przemieszczania tzw. łatwoślizgi, które umożliwiają szybkie i bezwysiłkowe przemieszczanie chorego. Zaletą tych urządzeń jest fakt, że podczas zmiany pozycji nie dochodzi do tarcia skóry chorego z powierzchnią materaca. Jeśli nie masz możliwości skorzystania z tak nowoczesnego sprzętu, możesz zastosować zwykłe płóciennne podkłady, które – choć same w sobie nie są przeznaczone do przemieszczania – pozwalają na równomierne rozmieszczenie ciężaru ciała chorego i ułatwiają jego przemieszczanie.

Przenoszenie chorego z łóżka na wózek: <https://www.youtube.com/watch?v=MfjUG430W0A>

Przesadzanie chorego z wózka na łóżko: https://www.youtube.com/watch?v=8k_YYHSbAEY

Przenoszenie chorego przy użyciu dźwigu: <https://www.youtube.com/watch?v=DuGIZYDLdqs>

Pionizacja chorego przy pomocy balkonika: <https://www.youtube.com/watch?v=qVmuYwggmxY>

Źródła:

1. Fundacja Razem Zmieniamy Świat. Jak opiekować się osobą przewlekle chorą w domu: <https://szpital.siedlce.pl/attachments/38d1bf6cdf2c56c8068019c407f64634db35096c.pdf>
2. Lasota R. Zestaw ćwiczeń dla chorego leżącego: <https://bliskochorego.pl/opieka/zestaw-cwiczen-dla-chorego-lezacego.html>
3. Zentkowska H. Dofinansowanie sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego: <https://bliskochorego.pl/formalnosci/dofinansowanie-sprzetu-medycznego-i-rehabilitacyjnego.html>
4. Szpital na wyspie: <https://www.youtube.com/@SzpitalnawyspiePl>

4.2 BEZPIECZNE OTOCZNIĘ

Działania przystosowawcze służące stworzeniu bezpiecznej przestrzeni dla podopiecznego i opiekuna.

4.2.1 Mieszkanie

Bezpieczeństwo, wygoda, łatwość utrzymania – wokół tych haseł najłatwiej opisać mieszkanie przyjazne seniorom.

Mieszkanie bezpieczne to takie gdzie ograniczono możliwość wystąpienia niebezpieczeństwa oraz ułatwiona jest reakcja w wypadku jego wystąpienia.

Do bezpiecznego poruszania się konieczne są:

- Wystarczająca ilość miejsca adekwatna do sposobu poruszania się;
- Brak przeszkód (progi, krawędzie dywanów, przewody);
- Stabilna, nieśliska nawierzchnia, możliwość podparcia się;
- Dobre oświetlenie i kontrastowe kolory powierzchni poziomych i pionowych elementów wyposażenia.

Sposób urządzenia mieszkania powinien ograniczać konieczność pokonywania dłuższych dystansów lub dokonywania wielu zmian kierunku przejścia na trasach:

- Sypialnia – toaleta;
- Pokój dzienny – kuchnia;
- Pokój dzienny – strefa wejściowa;
- Pokój dzienny – taras/ balkon.

Najczęściej używane sprzęty i elementy wyposażenia powinny znajdować się na wysokości niewymagającej schylania oraz być dostępne zarówno dla osoby znajdującej się w pozycji stojącej jak i siedzącej (np. na wózku inwalidzkim).

Mieszkanie powinno być wyposażone w instalacje, których niewprawna obsługa nie rodzi bezpośredniego zagrożenia.

Zaleca się:

- Oświetlenie elektryczne;
- Kuchnie elektryczne (z indukcyjną płytą, która grzeje tylko naczynia, a sama pozostaje bezpieczna);
- Ogrzewanie centralne (brak otwartych palenisk, powierzchni gorących);
- Baterie wyposażone w ogranicznik temperatury;
- Wanny i umywalki wyposażone w przelewy;
- Materiały wykończeniowe wewnątrz mieszkania oraz zawarte w nich sprzęty powinny być:

- Trudnopalne
- Nie wydzielać szkodliwych substancji (lotne związki organiczne, formaldehydy)
- Być odporne na uszkodzenia, a w przypadku jego wystąpienia nie stanowić dalszego zagrożenia (tafle szklane o podwyższonej wytrzymałości lub tłukące się w sposób bezpieczny - klejone)
- Ograniczać obrażenia wynikłe z niekontrolowanego zetknięcia się z użytkownikiem (obte krawędzie, miękkie powierzchnie)
- Wykrycie i powiadamianie o niebezpieczeństwie w mieszkaniu:
 - Bezpieczne mieszkanie powinno umożliwiać wykrycie niebezpieczeństwa i zawiadomienie o nim, jak również wezwanie i skuteczne udzielenie pomocy użytkownikowi
 - Zaleca się stosowanie czujników zalania, dymu lub ognia podłączonych do instalacji alarmowych

Oprócz rozwiązań technicznych odnoszących się do bezpieczeństwa, należy zwrócić uwagę na rozwiązania czysto organizacyjne, jak na przykład:

- Regularne kontakty z sąsiadami i rodziną (ich brak może być powodem do wszczęcia alarmu);
- Przekazanie kluczy do mieszkania zaufanej osobie w sąsiedztwie;
- Przechowywanie w widocznym miejscu zestawu z najważniejszymi informacjami o stanie zdrowia, przyjmowanych lekach, danych kontaktowych bliskich.

Mieszkanie wygodne to inaczej mieszkanie komfortowe, ułatwiające prowadzenie zdrowego trybu życia zgodne z naszymi potrzebami. Na komfort składa się kilka jego aspektów.

4.3.1.a Komfort termiczny

Osoby starsze są dużo bardziej wrażliwe na zmiany temperatury, mogą też mieć zaburzone poczucie ciepła lub zimna. W mieszkaniu zatem powinna być możliwość regulacji temperatury w poszczególnych pomieszczeniach. Bardzo dobrym rozwiązaniem jest umieszczenie w mieszkaniu termometru(ów) by umożliwić weryfikację odczuć temperatury. Warto wspomnieć, że na komfort termiczny składa się nie tylko temperatura powietrza, ale i jego wilgotność i ruch. W okresie grzewczym należy zwrócić uwagę na potrzebę nawilżenia powietrza, zaś w letnim, gdy potrzebujemy chłodu, odpowiednio lekkiego przewiewu. Jeśli instalujemy klimatyzatory wskazane jest również uzupełnienie ich o nawilzacze powietrza.

4.3.1.b Komfort akustyczny

Na komfort akustyczny składają się z jednej strony ograniczenie hałasu pochodzącego z zewnątrz czy wewnątrz mieszkania, jak również redukcja pogłosu, czyli upraszczając - niekontrolowanych odbić dźwięku. Redukcja pogłosu w mieszkaniu powoduje polepszenie wyrazistości słyszanych dźwięków, dzięki czemu są one łatwiej rozumiane. Można ją osiągnąć poprzez umieszczenie w mieszkaniu materiałów pochłaniających dźwięk. Do typowych należą: zasłony, kilimy czy miękkie obicia mebli. Grube, długowłose dywany i wykładziny także pochłaniają dźwięki, ale jednocześnie gromadzą łatwo

brud, stąd nie są rekomendowane. Obecnie na rynku dostępne są panele będące pochłaniaczami akustycznymi, które można zamontować na ścianach i suficie.

4.3.1.c Komfort olfaktoryczny

Zapach wpływa na nastrój, jest też sygnałem o jakości powietrza jakim oddychamy. Odpowiednie przewietrzanie mieszkania oraz utrzymanie w czystości (eliminacja zanieczyszczeń zawartych w powietrzu m.in. kurzu) jest sprawą kluczową. Należy zapewnić stałą wymianę powietrza w mieszkaniu albo poprzez wentylację mechaniczną jak w wielu współczesnych budynkach lub poprzez kontrolowane rozszczelnienie okien tzw. nawietrzakami.

4.3.1.d Komfort optyczny

Wpływ światła, w szczególności światła naturalnego, ma nie tylko znaczenie dla orientacji w przestrzeni człowieka, ale także ma wpływ na aspekty zdrowotne w tym nastrój czy właściwe proporcje czuwania i snu. W mieszkaniu powinno być dostępne jak najwięcej światła dziennego, które dla osób starszych, mniej wychodzących na zewnątrz ma kluczowe znaczenie. Zasłony lub żaluzje w oknach powinny umożliwiać ograniczenie oślnienia światłem, jednak nie dawać możliwości całkowitego zaciemnienia. Oświetlenie sztuczne powinno być dostosowane do czynności wykonywanych w danym miejscu mieszkania. Należy zwrócić uwagę nie tylko na jego moc, ale również na barwę, sposób rozsyłania światła przez lampę czy sposób uruchamiania oświetlenia (np. oświetlenie umożliwiające przejście nocą z sypialni do toalety powinno włączać się automatycznie i nie powodować nagłego oślnienia). Z mieszkania powinien być dostępny widok na zewnątrz, pokazujący element przyrody lub przestrzeń publiczną uczęszczaną przez ludzi.

4.3.1.e Mieszkanie łatwe w utrzymaniu

Użytkowanie mieszkania łączy się z koniecznością jego utrzymywania, które związane jest z nakładem pracy na obsługę i konserwację oraz opłatami administracyjnymi i dostawy mediów. Nakłady te w pierwszym rzędzie są związane z rozmiarem lokum. Dla wielu osób starszych wielkość mieszkania nastręcza trudności. Zalecane jest by mieszkanie dla pojedynczej osoby starszej miało powierzchnię nie większą niż 55 m² zaś dla pary nie więcej niż 70 m². Powinien być to lokal maksymalnie 3 pokojowy. Na nakład związany z utrzymaniem mieszkania wielki wpływ ma ogólny standard techniczny mieszkania, a najbardziej główne instalacje.

Zaleca się:

- Ogrzewanie – oparte na grzejnikach z zewnętrznego, bezobsługowego źródła ciepła;
- Instalacja wodociągowa – ze stałym dostępem ciepłej i zimnej wody, bateriami wyposażonymi w perlatory zmniejszające zużycie wody i dwustopniowym spłukiwaniem toalet;
- Oświetlenie – oświetlenie elektryczne, oparte na trwałych i oszczędnych źródłach światła (LED).

Należy zapewnić by instalacje w mieszkaniu dla seniora nie wymagały uciążliwych czynności eksploatacyjnych często połączonych z ryzykiem dla jego bezpieczeństwa (np. palenie w piecu). Instalacje te powinny być efektywne w działaniu redukując bieżące koszty utrzymania. Zaleca się stosowanie instalacji z automatyczną regulacją pozwalającą na osiągnięcie dodatkowych oszczędności i korzyści. Więcej na ten temat w następnym rozdziale.

4.3.1.f Powierzchnie i sprzęty wymagające czyszczenia

Utrzymanie w czystości jest kluczowe dla utrzymania higieny w mieszkaniu. Czynności te jednak można ułatwić poprzez:

- Dobór materiałów wykończeniowych i wyposażenia mieszkania łatwego w utrzymaniu w czystości (zmywalne, niechłonne, raczej nieelektryzujące się);
 - Podłogi: płytki ceramiczne; wykładziny zmywalne, podłogi drewniane i drewnopodobne zmywalne, nieelektryzujące się i antypoślizgowe
 - Ściany: farby i tapety umożliwiające zmywanie powierzchni, okładziny ceramiczne
- Redukcję rodzajów materiałów wymagających odmiennych metod pielęgnacji (np. rezygnacja z wielu rodzajów podłóg i nakryć podłóg w mieszkaniu na rzecz jednego lub dwóch);
- Ograniczenie ilości przedmiotów w mieszkaniu i dobrą organizację miejsc przechowywania.

W przypadku pacjentów całkowicie leżących, zasadne jest wyposażenie mieszkania w specjalistyczne łóżko. Najlepsze jest łóżko typu szpitalnego, które ma 200 cm długości, 90 cm szerokości i 65 cm wysokości. Szersze lub niższe utrudnia opiekunom wykonywanie czynności pielęgnacyjnych. Wygodniejsze i bezpieczniejsze dla chorego jest łóżko z regulowanym zagłówkiem (ręcznie lub automatycznie), podnoszonymi bokami lub łamane. Wskazany jest materac z komorami napełnionymi powietrzem, co pozwala regulować siłę nacisku (zmiennociśnieniowy). Materac powinien chronić przed odleżynami. Zarówno łóżko, jak i materac można kupić w sklepach ze sprzętem rehabilitacyjnym lub wypożyczyć. Przy zakupie łóżka, materaca, wózka inwalidzkiego itp. można starać się o dofinansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia. Należy zwrócić się do lekarza rodzinnego, ortopedy, neurologa, reumatologa lub lekarza rehabilitacji medycznej z prośbą o wystawienie wniosku na zakup właściwego sprzętu. Wniosek (na specjalnym druku) może wypisać tylko lekarz, który podpisał kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Przy zakupie sprzętu rehabilitacyjnego np. łóżka sterowanego elektrycznie można się także starać o dofinansowanie z Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR).

Praktyczne wskazówki dotyczące zmian w mieszkaniu sprzyjającym bezpieczeństwu podopiecznego:

- Usuń z otoczenia wszelkie zbędne przedmioty;
- Nie umieszczaj nowych przedmiotów na trasie stałego poruszania się (z przyzwyczajenia można o nich zapomnieć i się o nie potknąć);
- Usuń dywany, zwłaszcza te ozdobione frędzlami, mające tendencję do zwijania się, ślizgania;
- Oprócz oświetlenia głównego, zadбай o oświetlenie punktowe – pomocne w zacienionych miejscach oraz oświetlenie nocne ułatwiające dotarcie np. do toalety;
- Zlikwiduj progi między pomieszczeniami;
- Jeśli osoba choruje na chorobę otępienną (np. chorobę Alzheimera), dobrze oznakować jest pomieszczenia, np. kuchnia, łazienka, a także w przypadku zaawansowanej choroby – rozwinąć strzałki pomagające trafić do łazienki lub kuchni. Dzięki takim oznaczeniom osoba będzie bardziej samodzielna i mniej zagubiona;
- Można także opisać zawartość szaf lub szuflad, np. ciepłe skarpetki, kubki;

- Dbając o bezpieczeństwo osoby starszej cierpiącej na otępienie, pamiętajmy o zabezpieczeniu narzędzi oraz sprzętów, które mogą stanowić zagrożenia, np. kuchenka gazowa, żelazko, noże, jak również o zabezpieczeniu drzwi wejściowych;
- W celu ułatwienia codziennej pielęgnacji wannę należy zastąpić brodzikiem. Zarówno wanna jak i brodzik powinny być wyposażone w matę antypoślizgową;
- Bardzo przydatnym ułatwieniem są wszelkiego rodzaju uchwyty, poręcze, które można zamontować przy wannie, umywalce czy muszli klozetowej.

4.3.2 Strefa poza mieszkaniem

Noszenie odpowiedniego obuwia:

- Zapewniającego oparcie dla pięty przy chodzeniu i zapobiegającego wysunięciu się stopy z obuwia;
- Dostosowanego do rozmiaru stopy i/lub posiadającego sprzączki lub rzepy, odpowiednio dostosowujące obuwie do stopy;
- Z szerokim i głębokim noskiem zapewniającym wygodę dla palców stóp dzięki dużej ilości miejsca, właściwy rozmiar obuwia zgodny z długością stopy;
- Odpowiednia podeszwa z bieżnikiem obuwia, niezaburzająca czucia oraz zapobiegająca poślizgnięciu, niski, szeroki obcas zapewniający jak najlepszy kontakt z podłożem i zapobiegający poślizgnięciu.

W celu zmniejszenia ryzyka upadków należy:

- Nosić okulary z filtrami, aby poprawić kontrast widzenia i uniknąć oślnień;
- Przeprowadzić instruktaż używania urządzeń typu balkonik lub laska – pomocy stosowanych przy przemieszczaniu się;
- Zapewnić pomoc w przystosowaniu pomieszczeń w mieszkaniu, aby zwiększyć bezpieczeństwo.

Źródła:

1. Materiały edukacyjne dla opiekunów osób starszych: Cel operacyjny 5: Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się. Zadanie 1: Edukacja zdrowotna w profilaktyce urazów i promocji bezpieczeństwa: <https://www.pzh.gov.pl/projekty-i-programy-archiwum/>
2. <http://szpitalbarlinek.pl/wp-content/uploads/2016/10/NIEZB%C4%98DNIK-OPIEKUNA-OSOBY-NIESAMODZIELNEJ.pdf> (dostęp: 25.05.2022)

4.3 ZDROWE ODŻYWIANIE

4.4.1 Zbilansowana dieta

Zalecenia zdrowego żywienia w sposób prosty i przejrzysty zilustrowano graficznie w postaci talerza pełnego różnorodnych produktów, który symbolizuje zalecane proporcje poszczególnych grup produktów w całodzienniej diecie. Należy jednak pamiętać, że osoby z rozpoznanymi chorobami (m.in. udar, zawał, osteoporoza, cukrzyca typu 2) wymagają indywidualnych zaleceń żywieniowych.

Zalecenia zdrowego żywienia
JEDZ RÓŻNORODNE PRODUKTY KAŻDEGO DNIA

Jedz więcej:

- Produktów zbożowych z pełnego ziarna (np. płatki owsiane, pieczywo razowe, makaron razowy, kasze);
- Różnokolorowych warzyw i owoców - więcej warzyw niż owoców;
- Nasion roślin strączkowych (np. fasola, groch, ciecierzycza, soczewica, bób);
- Ryb (zwłaszcza tłustych morskich);
- Produktów mlecznych niskotłuszczowych, zwłaszcza fermentowanych;
- Orzechów i nasion (np. orzechów włoskich, pestek dyni, nasion słonecznika).

Jedz mniej:

- Soli;
- Mięsa czerwonego i przetworów mięsnych (m.in. kielbas, wędlin, boczków);
- Cukru i słodzonych napojów;
- Produktów przetworzonych (takich jak: fast food, słone przekąski, herbatniki, batony, wafelki) z dużą zawartością soli, cukrów i tłuszczów.

Zamieniaj:

- Przetworzone produkty zbożowe (np. jasne pieczywo, słodkie płatki śniadaniowe) na pełnoziarniste;
- Mięso czerwone i przetwory mięsne na ryby, drób, jaja, nasiona roślin strączkowych i orzechy;
- Słodkie napoje na wodę;
- Tłuszcze zwierzęce na tłuszcze roślinne (oleje np. rzepakowy, oliwa z oliwek);
- Produkty mleczne pełnotłuste na niskotłuszczowe (mleko, jogurt, kefir, maślanka, białe ser);
- Smażenie, grillowanie na gotowanie w tym na parze, duszenie lub pieczenie.

Bądź aktywny fizycznie, utrzymuj masę ciała w normie

Założenie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Rozpracowane przez Ministerstwo Zdrowia.

Jeśli chorujesz na choroby przewlekłe skonsultuj swój sposób żywienia z dietetykiem.

1. Spożywaj posiłki regularnie (5–6 posiłków co 2–3 godziny). Pamiętaj o piciu płynów, co najmniej 2 l dziennie.

W starszym wieku szczególnie ważne jest regularne i częste picie płynów – do posiłków i między posiłkami. Ich niedobór szybko prowadzi do odwodnienia i związanej z tym mniejszej wydolności fizycznej, zaburzeń funkcji poznawczych oraz dolegliwości m.in. ze strony układu moczowego, krwionośnego, pokarmowego. Niekorzystnie wpływa na skórę, zwiększając ryzyko zakażeń (np. ropni skóry) i odleżyn u osób leżących. Może też zaburzać działanie leków. Należy pić co najmniej 2 l płynów dziennie. Przede wszystkim powinna być to woda, zaleca się także picie soków, zwłaszcza warzywnych, napojów mlecznych oraz herbaty i kawy, jeśli jest dobrze tolerowana. Nie jest zalecane picie napojów słodzonych. U osób starszych może być zaburzone odczucie pragnienia, dlatego należy pić płyny nawet jeśli nie odczuwa się pragnienia.

2. Warzywa i owoce spożywaj jak najczęściej, co najmniej połowę, tego co jesz. Jedz więcej warzyw niż owoców.

Warzywa i owoce powinny być podstawowym składnikiem codziennej diety (minimum 400 g codziennie). Warzywa i owoce zawierają duże ilości witamin antyoksydacyjnych (witamina C, beta-karoten), które wykazują działanie przeciwmiażdżycowe i przeciwnowotworowe, a także opóźniają procesy starzenia się organizmu. Warzywa i owoce są także źródłem błonnika pokarmowego, który reguluje pracę przewodu pokarmowego, obniża stężenie cholesterolu we krwi, zapobiega zaparciom. Duża ilość potasu zawarta w warzywach i owocach zapobiega nadciśnieniu krwi. Najkorzystniej spożywać warzywa i owoce na surowo, ponieważ w takiej formie produkty te zachowują najwyższą wartość odżywczą. Jednak dla osób starszych z dysfunkcjami przewodu pokarmowego poleca się także formę gotowaną. W celu ułatwienia spożycia warzyw i owoców można produkty te podawać w formie rozdrobnionej (miksowanie, przecieranie). Polecane są koktajle, zupy kremy, musy.

3. Spożywaj produkty zbożowe, zwłaszcza pełnoziarniste.

Produkty zbożowe powinny być składnikiem większości posiłków. Jeśli produkty pełnoziarniste są dobrze tolerowane to należy je wybierać jak najczęściej. Przetwory zbożowe pełnoziarniste zawierają więcej witamin, zwłaszcza z grupy B (tiamina, ryboflawina, niacyna, kwas foliowy), składników mineralnych (magnez, cynk) i korzystnego dla zdrowia błonnika pokarmowego. Warto częściej sięgać po pieczywo razowe lub graham, kasze (np. gryczaną, jęczmienną), makaron pełnoziarnisty czy ryż brązowy. Cennym elementem codziennego żywienia są również naturalne płatki zbożowe, np. owsiane, jęczmienne, żytnie. Produkty zbożowe dostarczają węglowodanów złożonych, przez co są źródłem energii. Zawarte w nich witaminy z grupy B wspomagają np. prawidłowe funkcjonowanie układu nerwowego. Składniki mineralne, w tym magnez, cynk są m.in. istotne dla prawidłowej pracy mięśni, dobrego stanu kości, cynk korzystnie wpływa na odporność czy funkcjonowanie zmysłu smaku i węchu. Błonnik pokarmowy wspomaga pracę układu pokarmowego, ułatwia utrzymanie prawidłowej masy ciała, wpływa korzystnie na poziom cholesterolu we krwi, zapobiega zaparciom i powstawaniu nowotworów jelita grubego.

4. Codziennie spożywaj produkty mleczne – głównie fermentowane (jogurty, kefiry) – 2 szklanki. Możesz częściowo zastąpić je serem białym.

Produkty mleczne w żywieniu osób starszych są tak samo ważne, jak w wieku młodzieńczym gdyż mają one za zadanie dostarczyć organizmowi wapń i zahamować ubytek masy kostnej postępujący wraz z wiekiem oraz zapobiegać w ten sposób złamaniom kości. Większe zapotrzebowanie na wapń u osób w starszym wieku wynika między innymi z gorszej przyswajalności tego składnika oraz zwiększonego wydalania z moczem na skutek przyjmowania niektórych leków np. moczopędnych. Spożycie codziennie 2 szklanek mleka lub innych napojów mlecznych (np. jogurt, kefir, maślanka), zmniejsza ryzyko wystąpienia osteoporozy, nadciśnienia tętniczego i pomaga w utrzymaniu prawidłowej masy ciała. Najbardziej polecane w diecie osób starszych są niskotłuszczowe produkty mleczne fermentowane takie jak kefiry, jogurty, zsiadłe mleko oraz chude białe sery. Fermentowane produkty mleczne oprócz tego, że są doskonałym źródłem wapnia, zawierają żywe kultury bakterii, które są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania przewodu pokarmowego ponieważ zapobiegają niestrawności, wzdęciom, likwidują biegunki i zaparcia oraz obniżają poziom cholesterolu we krwi. Mleczne produkty fermentowane mogą być spożywane również przez osoby z nietolerancją laktozy.

Obecnie osoby z nietolerancją laktozy nie muszą rezygnować z mleka i produktów mlecznych, ponieważ na rynku jest bogaty asortyment produktów bezlaktozowych. Pamiętajmy o tym, że produkty mleczne są najlepszym źródłem dobrze przyswajalnego wapnia oraz dobrym źródłem pełnowartościowego białka.

5. Jedz ryby, jaja, chude mięso i nasiona roślin strączkowych. Wybieraj oleje roślinne. Ograniczaj spożycie mięsa czerwonego, przetworzonych produktów mięsnych i tłuszczów zwierzęcych.

Dla utrzymania zdrowia i zapewnienia aktywności fizycznej szczególnie ważne jest spożywanie pełnowartościowego białka. Najlepszym jego źródłem jest mięso, ryby i jaja. Przynajmniej dwa razy w tygodniu powinno się jeść ryby, przede wszystkim morskie. Zawierają one cenne dla zdrowia kwasy tłuszczowe omega 3, które odgrywają zasadniczą rolę w prawidłowym funkcjonowaniu mózgu, układu nerwowego i wzroku. Jaja można jeść praktycznie codziennie, są skoncentrowanym źródłem wielu składników odżywczych. Należy wybierać chude mięso (indyk, kurczak), aby ograniczyć spożycie tłuszczów nasyconych, które są przyczyną chorób sercowo-naczyniowych i niektórych nowotworów. Przetworzone produkty mięsne, w tym wędliny, mogą zawierać niekorzystne dla zdrowia związki o potencjalnym działaniu rakotwórczym. Dlatego spożycie tych produktów należy ograniczać. Warto pamiętać o spożywaniu nasion 10 roślin strączkowych m.in. fasoli, zielonego groszku, soczewicy. Zawierają one dużo białka a mało tłuszczu. Są doskonałą i zdrową alternatywą dla mięsa. Oleje roślinne są bogatym źródłem jedno- i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, które chronią przed chorobami sercowo-naczyniowymi. Dlatego należy zastępować tłuszcze zwierzęce olejami roślinnymi, których jest obecnie ogromny wybór m.in. olej rzepakowy, sojowy, słonecznikowy, różne rodzaje oliwy z oliwek. Warto pamiętać, że oleje tłoczone na zimno można spożywać wyłącznie „na surowo”, jako doskonały dodatek do surówek i sałatek warzywnych. Do smażenia najlepiej używać rafinowany olej rzepakowy lub oliwę z oliwek. Jednak należy ograniczać spożywanie produktów smażonych, znacznie zdrowsze są potrawy gotowane, szczególnie na parze.

6. Unikaj spożycia cukru i słodczy (zastępuj je owocami i orzechami). Unikaj picia napojów słodzonych

Nadmiar cukru w codziennej diecie jest jedną z najczęstszych przyczyn nadwagi i otyłości, zwiększa ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych (hipercholesterolemii i hipertriglicerydemii) czy stłuszczenia wątroby. Ponadto spożywanie dużej ilości cukru osłabia układ odpornościowy, zaostrza stany zapalne stawów, powoduje próchnicę zębów i wzdęcia. Spożywanie słodczy, wyrobów czekoladowych, ciast, pieczywa cukierniczego lub słodzonych napojów powoduje gwałtowny wzrost stężenia glukozy we krwi a następnie gwałtowny jej spadek, czyli jest to duża dawka energii dla organizmu, która wystarcza na krótki okres czasu. Oprócz tego większość słodczy jest źródłem niekorzystnych dla zdrowia nasyconych kwasów tłuszczowych i izomerów trans, sprzyjających chorobom układu krążenia i nowotworom. Warto ograniczyć dodawanie cukru do potraw i napojów a słodkie przekąski zastąpić owocami, dostarczającymi wielu witamin i składników mineralnych lub niesolonymi orzechami i nasionami (mogą być mielone). Orzechy, zwłaszcza włoskie oraz migdały, nasiona słonecznika czy dyni mają szereg wartości odżywczych sprzyjających zdrowiu, m.in.: korzystnie wpływają na układ sercowo-naczyniowy, poprawiają pamięć, zmniejszają ryzyko depresji, opóźniają procesy starzenia się i występowanie niektórych chorób układu nerwowego.

7. Nie dosalaj potraw i kupuj produkty z niską zawartością soli. Używaj ziół – mają cenne składniki i poprawiają smak.

Nadmierne spożycie soli prowadzi do wielu poważnych konsekwencji zdrowotnych, m.in. nadciśnienia tętniczego, zawału serca, udaru mózgu, może też sprzyjać rozwojowi raka żołądka, osteoporozy i otyłości. Zmniejszeniu zawartości soli w diecie pomoże (lub: Zawartość soli w diecie można zmniejszyć poprzez:) ograniczenie jej dodatku przy przygotowywaniu potraw, zrezygnowanie z dosalania (lub: używania solniczki) przy stole i unikanie spożywania produktów wysoko przetworzonych. Przy zakupach warto zwrócić uwagę na zawartość soli w produktach i kupować te, w których soli jest mniej (należy czytać etykiety). Nie powinno się spożywać więcej soli (łącznie z produktami i dosalaniem) niż 5 g dziennie (płaska łyżeczka do herbaty). Łatwo jest odzwyczaić się od spożywania słonych produktów i potraw. Zamiast soli można je doprawiać ziołami. Zioła wzbogacają smak i zapach żywności, zwiększają jej trwałość, zawierają także korzystne dla zdrowia składniki, wykazujące m.in. działanie przeciwzapalne oraz bakterio- i wirusobójcze. Dobrze jest używać świeżych ziół, można je też zastąpić suszonymi. Szczególnie polecane są takie zioła jak: oregano, tymianek, majeranek, szalwia, bazylia, rozmaryn, a z innych przypraw: czosnek, chrzan, kminek, cynamon, kurkuma, imbir. Natomiast nie powinno się stosować mieszanek przyprawowych zawierających sól.

8. Unikaj spożywania alkoholu.

Alkohol, pomimo że jest substancją wysokoenergetyczną, nie dostarcza żadnych niezbędnych dla zdrowia składników odżywczych. Przeciwnie, jego spożywanie może utrudniać przyswajanie wielu witamin i składników mineralnych, powodując ich niedobory w organizmie. Ma też wiele konsekwencji zdrowotnych, m.in.: spowalnia ruchy i osłabia koordynację, podrażnia błonę śluzową przewodu pokarmowego, powoduje odwodnienie, obniża odporność, stanowi ryzyko uszkodzenia mięśnia sercowego, wątroby, trzustki, nerek i układu nerwowego. Jednoznacznie potwierdzono też niekorzystny wpływ alkoholu na rozwój nowotworów, w tym zwłaszcza jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku, piersi, jelita grubego i wątroby. Należy pamiętać również o wpływie alkoholu na wchłanianie i metabolizm leków w organizmie. Interakcje środków farmakologicznych z alkoholem mogą wpływać niekorzystnie na przebieg leczenia a także stanowić zagrożenie dla zdrowia a nawet życia. W przypadku leków nasennych, uspokajających czy psychotropowych, alkohol nasila ich wnikanie do układu nerwowego, przez co silniej oddziałują na organizm. Potęguje także wpływ leków przeciwzakrzepowych skutkując krwawieniami oraz niektórych środków obniżających ciśnienie, co może doprowadzić do omdleń i zapaści. Spożycie alkoholu zwiększa drażniące działanie leków przeciwzapalnych i przeciwbólowych, wskutek czego może dojść do owrzodzenia błony śluzowej przewodu pokarmowego i krwawienia. Osłabia natomiast działanie niektórych leków przeciwpadaczkowych i przeciwcukrzycowych, przyspieszając ich metabolizm w wątrobie.

9. Pamiętaj o codziennej suplementacji diety witaminą D (2000 j.m./dobę).

W wieku starszym znacznie maleje wydolność organizmu do produkcji witaminy D w skórze, pod wpływem promieni słonecznych. Mając na uwadze stwierdzone obecnie niedobory tej witaminy, nawet u osób młodych w okresie letnim ryzyko poważnych deficytów witaminy D u ludzi starszych jest duże i nie dotyczy tylko tych, o krótkim kontakcie ze słońcem. W związku z małą ilością witaminy D w diecie (rzadkie spożywanie tłustych ryb) oraz ograniczoną syntezą skórną zaleca

się przyjmowanie preparatów witaminy D w dawce 2000 j.m. dziennie (50 µg) przez cały rok. Docelowe jest uzyskanie stężenia witaminy D na poziomie, co najmniej 30 ng/ml. W przypadku istnienia poważnych chorób przewodu pokarmowego lub nerek albo przyjmowania niektórych leków, które mogą wpływać na poziom witaminy D w organizmie może istnieć potrzeba modyfikacji tej dawki. W takich sytuacjach zaleca się także konsultację z lekarzem, podczas regularnych wizyt pacjentów.

Dodatkowe praktyczne zalecenia żywieniowe dla osób w wieku starszym

- Posiłki powinny być urozmaicone, małe objętościowo i świeżo przygotowane;
- Przynajmniej jeden posiłek w ciągu dnia powinien być ciepły;
- Należy pić płyny dość często, małymi łykami, nawet wtedy, kiedy nie odczuwa się pragnienia. Zapobieganie to odwodnieniu organizmu;
- Warzywa i owoce, jeśli nie są dobrze tolerowane, można spożywać rozdrobnione, przetarte lub w postaci soków;
- U osób mających problem z gryzieniem lub połykaniem należy przygotowywać posiłki półpłynne lub płynne. Dlatego powinno się rozdrabniać posiłki z dodaniem odpowiedniej ilości płynów;
- Stosowanie świeżych lub suszonych ziół do przyprawiania potraw pozwala na ograniczenie dodatku soli oraz zwiększa atrakcyjność smakowo-zapachową i wizualną posiłków;
- Wraz z wiekiem istnieje duże ryzyko niedoboru witamin i składników mineralnych. Konieczne jest codzienne zażywanie witaminy D (2000 j.m./dobę), a w przypadku innych suplementów – tylko po konsultacji z lekarzem lub dietetykiem;
- Uważaj, co jesz, gdy zażywasz leki. Istnieje możliwość groźnych interakcji pomiędzy żywnością, suplementami diety a zażywającymi lekami – sprawdź to (przeczytaj ulotkę o leku, spytaj lekarza). Leki zawsze popijaj wodą;
- Jeśli zachodzi potrzeba zmiany dotychczasowego sposobu żywienia, to należy to robić powoli, stopniowo.

W przypadku wątpliwości lub chęci uzyskania większej ilości informacji na temat żywienia można skorzystać z bezpłatnych konsultacji z dietetykiem w ramach Centrum Dietetycznego Online: <https://cdo.pzh.gov.pl/consultancy/#/app/login>

4.4.2 Ryzyko niedożywienia

„Niedożywienie stanowi częsty problem u osób w wieku podeszłym. Z wiekiem zachodzą zmiany sprzyjające pojawieniu się niedożywienia, m.in. ograniczenie przyswajania niektórych składników odżywczych, zmniejszenie lub brak apetytu, utrata smaku, problemy z użębieniem, trudności w przygotowywaniu posiłków lub brak samodzielności w ich spożywaniu, spadek wydatkowanej energii. Niedożywienie może rozwijać się w przebiegu fizjologicznych procesów starzenia się, jak również w wyniku chorób (somatycznych i psychicznych, w tym depresji). Dodatkowo niektóre grupy leków mogą wpływać na wchłanianie witamin. Wskaźniki niedożywienia u osób starszych łączą się również z sytuacją społeczną, często ubóstwem, izolacją, a także niezdolnością robienia zakupów, przygotowywania posiłków. Wszystkie te elementy powinny być brane pod uwagę zarówno podczas oceny jadłospisu pacjenta starszego, jak również podczas prowadzenia terapii żywieniowej.”

Wybrane schorzenia i problemy zdrowotne w kontekście niedożywienia:

Choroba Alzheimera – pacjenci z chorobą Alzheimera powinni spożywać regularne posiłki w ustalonych godzinach w ciągu dnia. U osób, które mają problemy ze spożywaniem posiłku ważne jest, przygotowanie posiłku łatwego do spożycia, np. pokrojonego na mniejsze kawałki, zblendowanego lub w formie zupy. Należy zadbać aby dieta podopiecznego była urozmaicona z uwzględnieniem preferencji smakowych. W przypadku braku odpowiedniej ilości składników odżywczych w diecie, nagłej utraty masy ciała lekarz może zalecić zastosowanie doustnych suplementów pokarmowych, suplementy diety a w przypadku ich nieskuteczności – konieczność żywienia dojelitowego w ograniczonym czasie.

Odleżyny - Osoby z odleżynami powinny otrzymywać około 30-40 kcal/kg/d oraz od 1,2 do 1,5 g/kg białka w codziennej diecie, aby wspomagać proces gojenia. W przypadku niewystarczającej ilości energii i białka w pożywieniu można uzupełnić je za pomocą dodatkowych ilości białka w postaci sproszkowanej dodawanej do głównych posiłków lub korzystać z doustnych suplementów pokarmowych, w postaci płynnej, proszku lub gotowych produktów jak np. batony, zawierające kompletny zestaw makro-, mikroelementów i witamin.

Zaburzenia połykania - występujące najczęściej w przebiegu chorób neurologicznych mogą powodować zaburzenia oddychania, niedożywienie, odwodnienie i wiele innych powikłań. W takiej sytuacji najczęściej wymagane jest rozdrobnienie pokarmu w celu ułatwienia żucia i połykania. Ważna jest kontrola stanu odżywienia podopiecznego w celu zapobiegania niedożywieniu.

Im starszy wiek pacjenta, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia niedożywienia i niedoborów różnych składników pokarmowych. Zaleca się okresowe monitorowanie stanu odżywienia osoby w podeszłym wieku i w przypadku zaobserwowania zmniejszenia spożycia energii poniżej potrzeb lub rozwoju niedożywienia, przeprowadzenie konsultacji dietetycznej.

4.4.3 Zaparcia

Zaparcia to stan, w którym zwykle zmniejszona jest częstość wypróżnień (mniej niż 3 razy w tygodniu) i pojawia się dyskomfort towarzyszący wypróżnianiu. Zaparcia mogą być zdiagnozowane również w sytuacji, gdy stolce są twarde i wypróżnianie sprawia trudność, czemu towarzyszy uczucie niepełnego wypróżnienia. Do czynników sprzyjających wystąpieniu zaparć należą: płeć (u kobiet zaparcia stwierdzane są dwukrotnie częściej), wiek (częstotliwość zwiększa się z wiekiem i sięga 50% u osób po 80. roku życia), mała aktywność fizyczna, siedzący tryb życia, nieprawidłowa dieta (typu zachodniego, niskoenergetyczna), stosowanie niektórych leków (m.in. opiatów, przeciwnadciśnieniowych, antydepresyjnych, przeciwdrgawkowych, preparatów żelaza), choroby (m.in. niedoczynność tarczycy, nadczynności przytarczyc, choroby zapalne jelit), ciąża. Modyfikacja stylu życia, w tym sposobu żywienia, stanowi istotny element leczenia przewlekłych zaparć. Podstawowym postępowaniem jest zwiększenie spożycia produktów będących źródłem błonnika pokarmowego, takich jak warzywa, owoce, pełnoziarniste produkty zbożowe, nasiona roślin strączkowych, orzechy, nasiona i pestki. Bardzo ważne jest również zwiększenie ilości wypijanych płynów, głównie wody. Warto dodać, że zaparcia mogą wynikać także ze zbyt małej ilości spożywanej żywności, np. na skutek stosowania restrykcyjnej diety redukcyjnej. Dieta powinna być dostosowana indywidualnie do potrzeb pacjenta.

Najważniejsze zalecenia żywieniowe:

- Spożywaj posiłki regularnie, co 3-4 godziny, a ostatni najpóźniej 2-3 godziny przed snem;
- Śniadanie możesz poprzedzić szklanką wody, co pobudzi perystaltykę jelit;
- Zwiększ spożycie błonnika pokarmowego z dietą, który powoduje wzrost objętości stolca i przyspiesza pasaż jelitowy. Zalecana dzienna podaż błonnika według WHO powinna wynosić 25 g, natomiast ADA (z ang. American Dietetic Association, Amerykańskie Stowarzyszenie Dietetyczne) różnicuje ją pod względem płci oraz wieku i zaleca codzienne spożycie błonnika dla kobiet na poziomie 25 g dziennie, dla mężczyzn 38 g, a dla dzieci 19-25 g. Zwiększenie podaży błonnika wiąże się też z dodatkowymi korzyściami zdrowotnymi. Według panelu ekspertów EFSA w niektórych przypadkach u ludzi dorosłych spożycie błonnika wyższe od 25 g dziennie może wspomagać utrzymanie prawidłowej masy ciała oraz zmniejsza ryzyko rozwoju chorób dietozależnych. Zwiększenie ilości błonnika należy przeprowadzić stopniowo, ponieważ nagła zmiana może być przyczyną wzdęć i innych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego;
- Spożywaj warzywa i owoce w ilości minimum 400 g dziennie. Warzywa jedz jak najczęściej, dodawaj je do większości posiłków w ciągu dnia. Nie zapominaj o kiszonkach (np. kapuście i ogórkach), które korzystnie wpływają na mikrobiotę jelitową. Owoce spożywaj w mniejszej ilości, ponieważ zawierają więcej cukrów prostych. Są jednak cennym źródłem błonnika pokarmowego, polifenoli i sorbitolu, czyli składników ułatwiających wypróżnianie. Częściej wybieraj owoce surowe, a suszone tylko okazjonalnie. Dodawaj je do posiłków, np. owsianek, koktajli, sałatek. Nie zaleca się spożywania soków, napojów i nektarów, które są pozbawione błonnika pokarmowego (Tabela 2);
- Wybieraj pełnoziarniste produkty zbożowe, tj. pieczywo razowe, graham, kasze gruboziarniste, naturalne płatki zbożowe, makarony razowe, ryż brązowy;

- Do posiłków dodawaj orzechy, nasiona i pestki (np. słonecznika, dyni, siemę lniane), które są doskonałym źródłem błonnika pokarmowego. Zalecana dzienna porcja wynosi 30 g (garść);
- Zwiększenie podaży błonnika jest skuteczne w leczeniu zaparć, kiedy towarzyszy mu odpowiednia ilość wypijanych płynów. Zalecane jest spożywanie min. 2,5 litra płynów dziennie. Przede wszystkim powinna być to woda, ale źródłem płynów będą też napary z herbaty, kawy i ziół, zupy, koktajle, fermentowane produkty mleczne. Dodatkowo można rozważyć regularne spożywanie wody wysokozmineralizowanej bogatej w magnez, która poprawia konsystencję stolca i przyspiesza perystaltykę jelit;
- Spożywaj codziennie fermentowane produkty mleczne, tj. jogurty, kefir, zsiadłe mleko, które korzystnie wpływają na mikrobiotę jelitową, a w efekcie wspomagają perystaltykę jelit;
- Ogranicz spożycie produktów będących źródłem cukrów prostych (np. cukru używanego do słodzenia napojów, słodczy, wyrobów cukierniczych, dżemów, lodów, miodu) i tłuszczów (np. tłustych sosów, smażonych potraw, panierowanych mięs, masła), które spowalniają pracę przewodu pokarmowego, powodują wzdęcia i uczucie dyskomfortu w jamie brzusznej;
- W szczególnych przypadkach i po konsultacji lekarskiej można rozważyć zastosowanie preparatów zawierających probiotyki i/lub prebiotyki (w tym błonnik np. z babki płesznik).

Tabela 2 Produkty zalecane i niezalecane w zaparciach

Grupa produktów	Niezalecane	Zalecane
Warzywa	• warzywa z dodatkiem tłustych sosów, zasmażek	• wszystkie świeże i mrożone • kiszonki w umiarkowanych ilościach
Owoce	• owoce kandyzowane • owoce w syropach	• wszystkie świeże i mrożone • owoce suszone w umiarkowanych ilościach
Produkty zbożowe	• mąka oczyszczona • pieczywo cukiernicze, jasne • pieczywo tostowe, kajzerki, chleb zwykły, bułki maślane • płatki śniadaniowe z dodatkiem cukru: kukurydziane, czekoladowe, muesli, crunchy • drobne kasze: kuskus, manna, kukurydziana • biały ryż • jasne makarony: pszenne, ryżowe	• mąki z pełnego przemiału • pieczywo pełnoziarniste i graham • płatki zbożowe naturalne: owsiane, jęczmienne, orkiszowe, żytnie • otręby pszenne, żytnie, owsiane kasze: gryczana, jęczmienna pęczak, bulgur, komosa ryżowa • ryż: brązowy, dziki, czerwony • makaron pełnoziarnisty: pszenny, żytni, gryczany, orkiszowy

ziemniaki	- ziemniaki z dodatkiem tłustych sosów, zasmażki, śmietany, masła np. puree - smażone - frytki, chipsy - placki ziemniaczane smażone na tłuszczu	- gotowane - pieczone
Mleko i produkty mleczne	- pełnotłuste mleko - mleko skondensowane - śmietana, śmietanka do kawy - jogurty owocowe z dodatkiem cukru, desery mleczne - sery: pełnotłuste białe i żółte, topione, typu feta, pleśniowe typu brie, camembert, roquefort, pełnotłusta mozzarella, mascarpone	- mleko o obniżonej zawartości tłuszczu (do 2%) - produkty mleczne naturalne (bez dodatku cukru), fermentowane, o zawartości tłuszczu do 3%: jogurty, kefiry, maślanka, skyr, serki ziarniste, zsiadłe mleko - chude i półtłuste sery twarogowe - mozzarella light - serki kanapkowe (w umiarkowanych ilościach)
Jaja	- jaja smażone na dużej ilości tłuszczu (np. maśle, boczku, smalcu, słoninie) - jaja z majonezem	jaja gotowane na miękko i twardo, w koszulce, jajecznica, omlet smażony bez tłuszczu lub na niewielkiej jego ilości
Mięso i przetwory mięsne	- tłuste mięsa: wieprzowina, wołowina, baranina, gęś, kaczka - tłuste wędliny: (np. baleron, salami, salceson, boczek, mielonki) - konserwy mięsne, wędliny podrobowe, pasztety, parówki, kabanosy, kiełbasy	- chude mięsa bez skóry: cielęcina, kurczak, indyk, królik - w umiarkowanych ilościach chuda wołowina i wieprzowina: (np. schab, polędwica) - chude wędliny, najlepiej domowe: polędwica, szynka gotowana, wędliny drobiowe, pieczony schab, pieczona pierś z indyka/kurczaka
Ryby i przetwory rybne	konserwy rybne, kawior	chude lub tłuste ryby morskie i słodkowodne, np. dorsz, sola, morszczuk, miruna, sandacz, leszcz, szczupak, okoń, makrela, łosoś, halibut, karp

		• w umiarkowanych ilościach śledzie i inne ryby w olejach roślinnych, ryby wędzone
Nasiona roślin strączkowych i ich przetwory	• niskiej jakości gotowe przetwory z nasion roślin strączkowych (np. parówki sojowe, kotlety sojowe w panierce, pasztety sojowe, burgery wegetariańskie)	• nasiona roślin strączkowych, np. soja, ciecierzycza, groch, soczewica, fasola, bób • pasty z nasion roślin strączkowych • mąka sojowa, napoje sojowe bez dodatku cukru, przetwory sojowe: tofu, tempeh • makarony z nasion roślin strączkowych (np. z fasoli, grochu)
Tłuszcze	• masło i masło klarowane • smalec, słonina, tój • margaryny twarde (w kostce) • oleje tropikalne: palmowy, kokosowy • majonez	• oliwa z oliwek, olej rzepakowy, lniany • mieszanki masła z olejami roślinnymi niezawierające oleju palmowego • margaryny miękkie
Orzechy, pestki, nasiona	• orzechy, pestki i nasiona solone, w czekoladzie, karmelu, miodzie, posypkach, panierkach i chipsach	• orzechy, np. włoskie, laskowe, migdały • pestki i nasiona, np. dyni, słonecznika, siemienia lnianego
Cukier i słodczyce, słone przekąski	• cukier, np. biały, trzcinowy, brązowy, kokosowy • miód, syrop klonowy, daktylowy, z agawy • słodczyce o dużej zawartości cukru i tłuszczu (np. ciasta, ciastka, batony, czekolada mleczna i biała, chałwa, pączki, faworki, cukierki) • słone przekąski (np. chipsy, słone paluszki, prażynki, krakersy, nachosy, chrupki) • czekolada i wyroby czekoladowe	• W umiarkowanych ilościach: • przeciery owocowe, musy, sorbety bez dodatku cukru • jogurt naturalny z owocami, jogurt owocowy bez dodatku cukru • słodziki naturalne (np. ksylitol, stewia, erytrytol niskosłodzony dżem) • kisiele i galaretki bez dodatku cukru • domowe wypieki bez dodatku cukru
Napoje	• napoje alkoholowe • słodkie napoje gazowane i niegazowane • napoje energetyzujące • nektary	• woda • napoje bez dodatku cukru, np. kawa, kawa zbożowa, słabe napary herbaty, napary ziołowe i owocowe, kompoty

	• syropy owocowe wysokostodzone • czekolada do picia, kakao • mocne napary herbaty	• soki warzywne i owocowe w ograniczonych ilościach • domowa, niesłodzona lemoniada
Przyprawy i sosy	• sól, np. kuchenna, himalajska, morska • mieszanki przypraw zawierające dużą ilość soli • kostki rosołowe • płynne przyprawy wzmacniające smak • gotowe sosy	• zioła świeże i suszone jednoskładnikowe (np. bazylia, oregano, zioła prowansalskie, kurkuma, cynamon, imbir) • mieszanki przypraw bez dodatku soli • domowe sosy sałatkowe na bazie soku z cytryny, niewielkiej ilości oleju lub jogurtu i ziół • sól sodowo-potasowa w ograniczonej ilości
Zupy	• zupy na tłustych wywarach mięsnych • zupy z zasmażką, zabielać śmietaną • zupy typu instant	• zupy na wywarach warzywnych lub chudych mięsnych • zupy zabielać mlekiem do 2% tłuszczu lub jogurtem
Dania gotowe	• typu fast food, np. zapiekanki, hot-dogi, hamburgery, kebab • mrożone pizze i zapiekanki • wyroby garmazeryjne w panierkach, tłustych sosach, z mąk oczyszczonych • dania instant (np. sosy, zupy)	• mix mrożonych warzyw lub owoców • mieszanki kasz i nasion roślin strączkowych • owsianki typu instant bez dodatku cukru • zupy krem • gotowe dania na patelnię z warzywami • pasty i przeciery warzywne bez dodatku soli <i>Czytaj etykiety, porównuj skład i zwracaj uwagę na zawartość cukru dodanego, soli i tłuszczów</i>
Obróbka technologiczna potraw	• smażyć na głębokim tłuszczu • duszenie z wcześniejszym obsmażeniem • pieczenie z dodatkiem dużej ilości tłuszczu • panierowanie	• gotowanie w wodzie, na parze (produkty zbożowe i warzywa gotowane al dente) • grillowanie z użyciem grilla elektrycznego lub patelni grillowych

		• pieczenie w folii, pergaminie, rękawie, naczyniu żaroodpornym • smażenie bez dodatku tłuszczu, duszenie bez obsmażania <i>Okazjonalnie możesz użyć niewielkiej ilości zalecanego tłuszczu roślinnego, np. oliwy z oliwek lub oleju rzepakowego.</i>
--	--	--

4.4.4 Nawodnienie

Aby zapobiec odwodnieniu organizmu, bardzo ważne jest zapewnienie odpowiedniej ilości płynów w ciągu dnia tj. woda, napary ziołowe, naturalne soki owocowo-warzywne, niesłodzone napoje. Istotne znaczenie ma również zwiększanie świadomości osób starszych, ich rodzin i opiekunów o zagrożeniach związanych z odwodnieniem.

W celu zmniejszenia ryzyka odwodnienia należy:

- Pić płyny w formie małych porcji wypijanych regularnie w ciągu całego dnia, zamiast picia napojów jednorazowo w dużych ilościach;
- Wypijać minimum 8 szklanek płynów dziennie;
- Lato to szczególny okres, w którym zapotrzebowanie na płyny wzrasta razem ze wzrostem temperatury. Należy zwiększyć ilości wypijanych płynów o 250 ml (dodatkowa szklanka) na każdy stopień powyżej 37°C. Podczas upałów należy uzupełniać również niedobory sodu i potasu;
- W okresach zwiększonego ryzyka odwodnienia należy zwrócić szczególną uwagę na dostępność płynów oraz ich odpowiednią ilość w diecie;
- Wykluczyć napoje alkoholowe, ograniczyć mocną kawę i mocną herbatę;
- Unikać napojów gazowanych, ponieważ pochodzący z nich dwutlenek węgla, poprzez drażnienie zakończeń nerwowych w ścianie żołądka, hamuje uczucie pragnienia;
- Zachęcać osoby starsze do regularnego picia wody, aby ułatwić im codzienne utrzymanie odpowiedniego poziomu nawodnienia. Niech ulubione płyny będą w łatwo dostępnym miejscu, pod ręką i na widoku, umieszczone w małych butelkach, kubkach lub pojemniczkach;
- Zachęcać do popijania leków wyłącznie wodą;
- Dokładnie obserwować zachowanie osób starszych, aby jak najszybciej rozpoznać wczesne objawy odwodnienia. Znaki ostrzegawcze to zmęczenie, zawroty głowy, pragnienie, ciemny kolor moczu, bóle głowy, suchość w ustach/nosie, suchość skóry oraz skurcze mięśni;
- Pamiętać, że pokarmy o dużej zawartości wody, takie jak świeże owoce, warzywa i niektóre produkty mleczne mogą wspomóc organizm w dostarczeniu zalecanej dziennej ilości wody. Dlatego należy zachęcać osoby starsze do urozmaicania własnej diety;
- Pamiętać, że strach przed nietrzymaniem moczu może powodować celowe zmniejszenie ilości wypijanych płynów w ciągu dnia. W związku z tym zaleca się, aby osoby borykające się z tym problemem na co dzień – wypijały więcej płynów w ciągu dnia, w okresie, kiedy są w domu, i zmniejszyły ich ilość bezpośrednio przed snem. Dodatkowo picie małych ilości wody w ciągu dnia również może pomóc ograniczyć ten problem.

Osoby szczególnie narażone na ryzyko odwodnienia, to osoby: z zaburzeniami połykania, z otyłością, w wieku powyżej 85. lat, długotrwale leżące, mające problem z biegunkami, wymiotami, ograniczające picie płynów w obawie przed nietrzymaniem moczu, które nadmiernie się pocą, cierpią na choroby przewlekłe (np. choroby nerek).

Źródła:

1. NCEŻ Piramida zdrowego żywienia dla osób starszych z zaleceniami : <https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2022/03/piramida-zdrowiego-zywienia-dla-osob-strszych-z-zaleceniami.pdf>
2. Alina Kanikowska, Ewelina Swora-Cwynar, Angelika Kargulewicz, Marian Grzymiśławski. Niedożywienie w wieku podeszłym – niedoceniony problem kliniczny: https://www.akademiamedycyny.pl/wpcontent/uploads/2016/05/201501_Geriatria_005.pdf
3. NCEŻ. Zaparcia: <https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2021/03/zalecenia-dietetyczne-zaparcia.pdf>
4. NCEŻ. Żywnienie osób w wieku starszym: <https://ncez.pzh.gov.pl/seniorzy/zywienie-osob-w-wieku-starszym>

4.5 PIERWSZA POMOC W STANACH ZAGROŻENIA ŻYCIA

4.5.1 Postępowanie w przypadku zadławienia

Zadławienie to zamknięcie dróg oddechowych przez ciało obce, do którego może doprowadzić np. szybkie, łapczywe spożywanie pokarmów. Zadławienie jest stanem zagrożenia życia, z którym można się spotkać na co dzień. Wczesna interwencja może zapobiec utracie przytomności.

Jeśli do dróg oddechowych dostanie się ślina, kawałek pokarmu lub cokolwiek innego poza powietrzem, grozi to niedotlenieniem organizmu, a nawet zatrzymaniem akcji serca.

Jak postępować przy zadławieniu?

Gdy poszkodowany przestał kaszleć, ale jest przytomny należy:

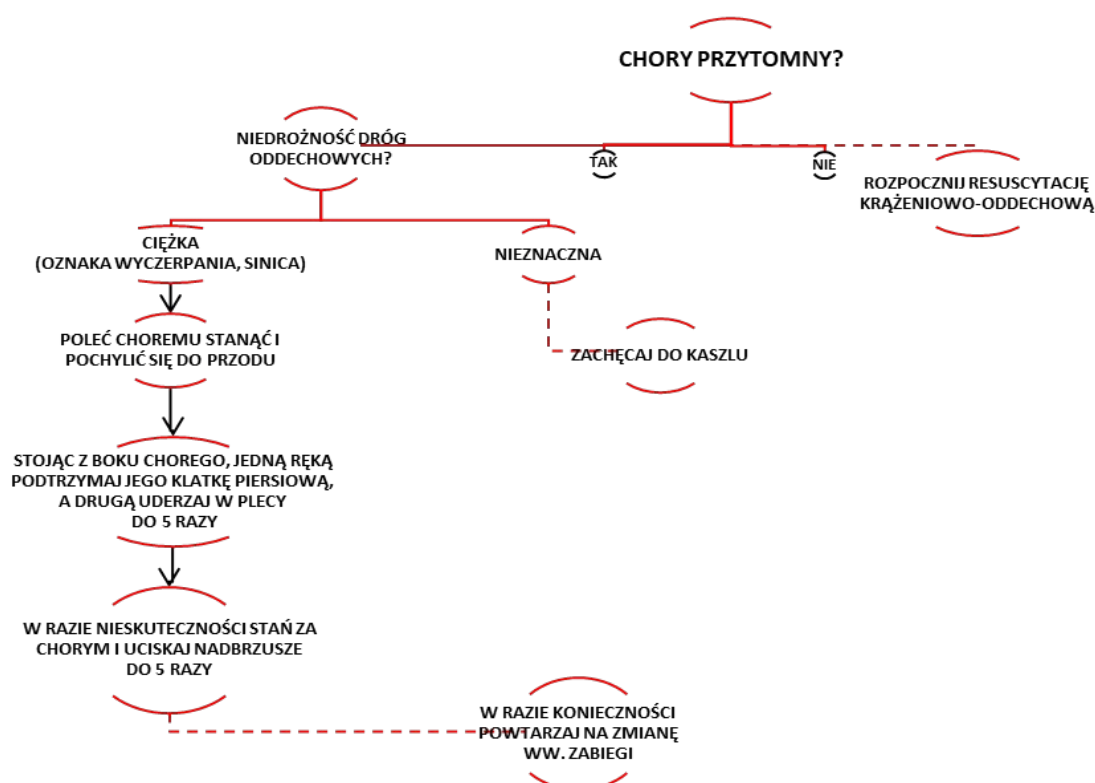
1. Pochylić poszkodowanego do przodu;
2. 5 x energicznie uderzyć w okolicę międzyłopatkową.
- 3.

Gdy uderzenie nie pomaga zastosować tzw. chwyt Heimlicha:

1. Pochylić poszkodowanego;
2. Objąć rękoma kładąc jedną na nadbrzuszu (pod mostkiem);
3. Drugą ręką objąć zaciśniętą pięść i energicznie pociągnąć do wnętrza i ku górze.

Chwyt Heimlicha i uderzenia w plecy: <https://www.youtube.com/watch?v=fW-EtDJcKME>

Gdy uderzenia międzyłoptkowe i manewr Heimlicha są nieskuteczne i poszkodowany straci przytomność wezwij pomoc dzwoniąc pod numer 999 lub 112. Następnie ułóż poszkodowanego na plecach na twardym podłożu, skontroluj wzrokiem czy w jamie ustnej nie ma ciała obcego – jeżeli jest widoczne usuń je pod kontrolą wzroku i niezwłocznie przystąp do prowadzenia resuscytacji krążeniowo- oddechowej.



Schemat 1. Algorytm postępowania w zadławieniu

4.5.2 Postępowanie w przypadku porażenia prądem elektrycznym

Do porażenia prądem dochodzi na skutek przepływu prądu elektrycznego przez ciało człowieka. Najczęściej dochodzi do porażenia prądem o napięciu 220V, płynącym w domowych instalacjach elektrycznych.

Objawy porażenia prądem:

- Utrata przytomności;
- Zatrzymanie krążenia;
- Zatrzymanie oddechu;
- Skurcz mięśni;
- Oparzenia, martwica i zwęglenie tkanek;
- Urazy kręgosłupa i głowy;
- Poparzenie.

Postępowanie:

1. Nie dotykaj poszkodowanego do czasu gdy upewnisz się, że poszkodowany i miejsce w którym się znajduje zostały odcięte od dopływu prądu;

2. W tym celu odłącz źródło zasilania – bezpieczniki, wtyczkę z gniazdka. Odłączenie uszkodzonego od przewodnika prądu należy wykonywać przy pomocy izolowanych narzędzi (drewno, guma, szkło), w gumowych rękawicach, stojąc na płycie izolującej (deska, gumowa podkładka, szklany podest);

3. Należy ocenić stan uszkodzonego:

- Jeśli jest przytomny i nie wymaga pilnej interwencji na miejscu, czekaj na karetkę;
- Jeśli jest nieprzytomny, ale oddycha, krążenie jest zachowane i jednocześnie można wykluczyć uraz kręgosłupa i wstrząs, ułóż go w pozycji bocznej bezpiecznej;
- Jeśli uszkodzony nie oddycha, jest nieprzytomny - rozpocznij RKO.

4.5.3 Postępowanie w przypadku wystąpienia drgawek

Przyczyny

- Epilepsja;
- Hipoglikemia;
- Zatrucie (lekami, narkotyki, tlenek węgla, alkoholem);
- Porażenie prądem elektrycznym;
- Uraz głowy;
- Udar mózgu (zawał/wylew).

Rozpoznanie napadu drgawek:

- Nagły upadek na ziemię;
- Utrata świadomości;
- Kurczowe ruchy lub skurcze całego albo poszczególnych części ciała;
- Wypływ z jamy ustnej śliny (czasami krwisto podbarwionej w wyniku przygryzienia języka);
- Często bezwiedne oddanie moczu;
- Po zaprzestaniu drgawek utrzymujący się przez krótki okres czasu brak świadomości lub dezorientacja (stan splątania), przy zachowaniu normalnego oddechu;
- Później niepamięć wsteczna co do zdarzenia.

Postępowanie w czasie ataku drgawek:

- Zabezpieczyć głowę uszkodzonego przed dodatkowymi urazami;
- Stan ten może trwać kilka minut, a atak może się powtórzyć kilkakrotnie.

NIE WKŁADAJ NICZEGO DO UST POSZKODOWANEGO.

Po ataku:

- Usuń ślinę i wymiociny z jamy ustnej uszkodzonego;
- Rozluźnij ciasne części ubrania;
- Ułóż uszkodzonego w pozycji bezpiecznej;
- Regularnie kontroluj czynności życiowe;
- Zapewnij komfort psychiczny i termiczny;
- Wezwij pogotowie.

4.5.4 Postępowanie w przypadku oparzeń

Oparzenie – uszkodzenie skóry wywołane czynnikiem: termicznym, elektrycznym, chemicznym.

Są trzy stopnie oparzeń:

- Stopień I – objawem jest zaczerwienienie skóry (rumień), obrzęk i uczucie pieczenia;
- Stopień II – na zaczerwienionej i obrzękniętej skórze pojawiają się pęcherze z płynem surowiczym, towarzyszy temu ostry ból;
- Stopień III – niebolesny, cechuje się martwicą skóry, a także uszkodzeniem tkanek położonych głębiej (mięśnie, ścięgna). Skrajną postacią oparzenia jest zwęglenie tkanek.

Postępowanie:

- Zdjąć z dłoni lub stopy pierścionki, obrączki, bransolety, itp.;
- Oparzone miejsce schłodzić chłodną wodą, kierując strumień powyżej rany, zasada 15 tzn. temp wody 15 C, oblewając powierzchnię skóry 15 cm powyżej powierzchni oparzonej co najmniej przez 15 min (w przypadku oparzenia oka okres ten jest dłuższy);
- Na ranę założyć jałowy opatrunek (nie może on uciskać rany);
- W przypadku oparzenia oka opatrunek wykonać na obie gałki oczne;
- Pęcherzy z płynem surowiczym nie należy przebijać;
- Zapewnić poszkodowanemu komfort termiczny i psychiczny.

4.5.5 Postępowanie w przypadku urazów kostno-stawowych

Najczęstszymi urazami układu kostno-stawowego są: złamania (otwarte i zamknięte), skręcenia i zwichnięcia.

W przypadku urazów kostno-stawowych należy:

- Zadbać o własne bezpieczeństwo;
- Ocenić stan świadomości poszkodowanego;
- Unieruchomić złamaną/skręconą/zwichniętą kończynę w pozycji zastanej przy pomocy chusty trójkątnej, ubrania, plecaków itp.

Powiadomić zespół ratownictwa medycznego przy poważnych urazach.

4.5.6 Resuscytacja krążeniowo – oddechowa

Brak reakcji na polecenia słowne lub dotyk pozwala stwierdzić, że poszkodowany jest nieprzytomny.

- a. Ułóż poszkodowanego na twardym podłożu i upewnij się, że pod nim nie znajdują się żadne przedmioty;
- b. Pochyl się nad poszkodowanym i udroźnij drogi oddechowe – odchyl głowę i unieś żuchwę poszkodowanego;
- c. Pochyl swoją głowę nad twarzą poszkodowanego tak, aby policzek i ucho znajdowały się nad ustami i nosem poszkodowanego;
- d. Postaraj się wyczuć i usłyszeć oddech poszkodowanego oraz obserwuj ruchy klatki piersiowej poszkodowanego;
- e. Licz głośno do 10. W tym czasie poszkodowany powinien wykonać dwa oddechy;

- f. Jeżeli nie oddycha wezwij kogoś do pomocy;
- g. Wezwij pogotowie ratunkowe dzwoniąc pod numer 999 lub 112 najlepiej używając trybu głośnomówiącego i wykonuj polecenia dyspozytora medycznego;

Jeśli wiesz, że w pobliżu znajduje się AED wyślij kogoś aby je przyniósł (jeżeli jesteś sam i możesz w czasie do 2 – 3 min przynieść na miejsce AED pozostaw poszkodowanego i przynieś AED).

Postępuj zgodnie z poleceniami głosowymi i wizualnymi defibrylatora. Podczas podłączania i używania AED należy kontynuować RKO, minimalizując przerwy w uciśnięciach klatki piersiowej.

- h. Rozpocznij resuscytację krążeniowo- oddechową (RKO);
- i. Uklęknij obok poszkodowanego na wysokości jego klatki piersiowej;
- j. Ułóż nadgarstek jednej ręki na środku mostka, ułóż nadgarstek drugiej ręki na już położonym i spleć palce obu dłoni;
- k. Upewnij się, że nie będziesz wywierać nacisku na żebra poszkodowanego i nie uciskaj nadbrzusza ani dolnego końca mostka;
- l. Ręce w łokciach powinny być wyprostowane i zablokowane;
- m. Uciskaj mostek w sposób, który zapewni ugięcie się klatki piersiowej na głębokość 4-5 cm;
- n. Nie odrywając dłoni wykonaj 30 uciśnieć klatki piersiowej.

Po wykonaniu 30 uciśnieć wykonaj oddechy ratownicze

- a. Odchyl głowę poszkodowanego ku tyłowi (jak w czasie sprawdzania oddechu);
- b. Dłonią położoną na czole zaciśnij skrzydełka nosa poszkodowanego;
- c. Drugą dłonią przytrzymując brodę w górze, utrzymuj otwarte usta;
- d. Obejmij swoimi ustami usta poszkodowanego;
- e. Wykonaj spokojny wydech do ust poszkodowanego (czas trwania – 1 sekunda);
- f. Pozwól, aby powietrze wydostało się z płuc poszkodowanego;
- g. Wykonaj kolejny wydech – łącznie wykonaj 2 oddechy ratownicze.

Natychmiast rozpocznij następną serię 30 ucisków klatki piersiowej.

RKO wykonuj do momentu przyjazdu służb ratowniczych lub przywrócenia czynności oddechowych i krążeniowych poszkodowanego.

Czynności po ustabilizowaniu sytuacji

1. Należy zadbać o komfort poszkodowanego do momentu przyjazdu służb ratowniczych;
2. Należy zabezpieczyć poszkodowanego przed utratą ciepła, szczelnie okrywając poszkodowanego;
3. Przez cały czas należy utrzymywać kontakt słowny z poszkodowanym;
4. Jeśli poszkodowany oddycha, lecz nadal jest nieprzytomny należy ułożyć go w pozycji bezpiecznej – bocznej ustalonej:
 - a. Rękę bliższą należy ułożyć pod kątem 90 stopni;
 - b. Nogę dalszą należy zgiąć w kolanie;
 - c. Należy spleść dłonie znajdującą się bliżej poszkodowanego z jego dalszą dłonią;
 - d. Za pomocą utworzonej dźwigni należy chwycić kolano poszkodowanego i jednocześnie pociągnąć splecioną dłoni;
 - e. Splecioną wcześniej dłoni należy ułożyć pod głową poszkodowanego, nogę pozostawiając ugiętą;
 - f. Sprawdź czy poszkodowany oddycha;

g. Obserwuj czynności życiowe poszkodowanego do momentu przyjazdu służb ratowniczych.

RKO: <https://www.youtube.com/watch?v=eg6YseN5GU8>

4.5.7 Postępowanie w przypadku udaru mózgu

Według światowej Organizacji Zdrowia (WHO) udary mózgu stanowią drugą najczęstszą przyczynę zgonów na świecie i najczęściej dotyczą osób po 65. roku życia. Trafne i szybkie rozpoznanie udaru, może pomóc w zmniejszeniu ryzyka powikłań.

Udar to niewydolność krążenia krwi, która wpływa na część obszaru mózgu i powoduje śmierć komórek nerwowych. Udar może spowodować porażenie lub utratę przytomności. U większości ludzi nie poprzedza go żaden sygnał ostrzegawczy. Trzeba działać szybko, aby zmniejszyć uszkodzenie mózgu i uniknąć niepełnosprawności.

Objawy udaru obejmują:

- Kłopoty z mówieniem i rozumieniem tego, co mówią inni. Możesz doświadczyć trudności ze zrozumieniem mowy lub sam mieć kłopoty z mówieniem;
- Paraliż lub drętwienie twarzy, rąk lub nóg. Może wystąpić nagłe drętwienie, osłabienie lub porażenie twarzy, ręki lub nogi. Często dotyczy to tylko jednej strony ciała. Postaraj się jednocześnie podnieść obie ręce nad głowę. Jeśli jedno ramię zacznie spadać, być może masz udar. Innym objawem jest opadanie jednej strony twarzy, gdy próbujesz się uśmiechnąć;
- Problemy z widzeniem w jednym lub obu oczach. Możesz nagle widzieć niewyraźne lub mieć ciemne plamy w polu widzenia w jednym lub obu oczach lub możesz widzieć podwójnie;
- Ból głowy. Nagły i silny ból głowy, któremu mogą towarzyszyć wymioty, zawroty głowy lub zaburzenia świadomości, może wskazywać na udar;
- Kłopoty z chodzeniem. Możesz się potknąć lub stracić równowagę. Możesz również mieć nagłe zawroty głowy lub utratę koordynacji ruchowej.

Zasięgnij natychmiastowej pomocy lekarskiej, jeśli zauważysz jakiegokolwiek objawy udaru, nawet jeśli wydają się pojawiać i mijać lub całkowicie znikają.

Jeśli podejrzewasz, że ktoś w Twojej obecności może mieć udar, działaj szybko i sprawdź:

U – utrudniona mowa. Poproś o powtórzenie prostej frazy. Czy mowa jest niewyraźna lub dziwna?
D – dłoń opadnięta. Poproś osobę, aby podniosła obie ręce. Czy jedna ręka opada w dół? A może nie może podnieść jednej ręki?
A – asymetria ust. Poproś tę osobę, aby się uśmiechnęła. Czy opadnie jedna strona twarzy?
R – rozmazane widzenie. Spytaj, czy widzi wyraźnie.

Najważniejszy jest czas. Jeśli zaobserwujesz którykolwiek z tych objawów, natychmiast zadzwoń pod numer alarmowy 112 lub na pogotowie ratunkowe: 999.

Nie czekaj, czy objawy ustaną. Liczy się każda minuta. Im dłużej udar pozostaje nieleczone, tym większe jest ryzyko uszkodzenia mózgu i niepełnosprawności.

4.5.8 Koperta życia

Koperta życia to pakiet informacji (o stanie zdrowia, przyjmowanych lekach, alergiach na leki, kontaktach do najbliższych, danych osobowych, w tym nr pesel). Koperta życia powinna być przechowywana w widocznym miejscu w domu, takim jak lodówka, aby w razie nagłej potrzeby ratownik medyczny miał szybki i łatwy dostęp do zawartych w niej informacji.

Warto zrobić listę z numerami telefonów osób, które są w stanie pomóc w sytuacjach nagłych lub w codziennych potrzebach (telefony alarmowe, do członków rodziny, znajomych). Lista powinna zawierać aktualne numery telefonów oraz wisieć w łatwo dostępnym i widocznym miejscu.

Bezpieczniejsi z aplikacją mojeIKP

Aplikacja moje IKP wprowadziła zakładkę „Pierwsza pomoc” dedykowaną uczestnikom i świadkom wypadków. Zawiera ona materiały szkoleniowe, filmy instruktażowe z zakresu pierwszej pomocy, numery alarmowe oraz wskazówki dotyczące informacji, które należy przekazać dyspozytorowi. Dzięki tej platformie użytkownicy mogą szybko uzyskać niezbędne informacje i wiedzę, co przyczynia się do skuteczności udzielania pierwszej pomocy w nagłych sytuacjach.

1. Krzysztof Mółka. Pierwsza pomoc przedmedyczna w pracy z seniorem: <https://mcps.com.pl/wp-content/uploads/2021/11/pierwsza-pomoc-25.11.2021-prezentacja.pdf> (dostęp: 26.05.2022).
2. Urząd miejski w Gnieźnie. Vademecum pierwszej pomocy przedlekarskiej: <https://docplayer.pl/3105145-Vademecum-pierwszej-pomocy-przedlekarskiej.html> (dostęp: 26.05.2022).
3. Algorytm postępowania w zadławieniu (na podstawie wytycznych ERC): <https://www.mp.pl/ratownictwo/algorytmy/show.html?id=203816> (dostęp: 26.05.2022)
4. GIS. Postępowanie przy zadławieniu: <https://www.gov.pl/web/gis/postepowanie-przy-zadlawieniu> (dostęp: 26.05.2022).
5. UJD. Instrukcja pierwszej pomocy w przypadku porażenia prądem: <https://www.ujd.edu.pl/uploads/article/instrukcjapierwszejpomocywprzypa-39c2cc5cef.pdf> (dostęp: 26.05.2022).
6. MZ, NFZ. Zadbajmy o kontakty z seniorami: <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/zadbajmy-o-kontakty-z-seniorami> (dostęp: 26.05.2022).
7. Osoba starsza z Alzheimerem – opieka inna, niż wszystkie: https://professionalcare24.pl/dok/osoba-starsza-z-alzheimerem--opieka-inna_-niz-wszystkie (dostęp: 26.05.2022)
8. PAN. Najczęstsze problemy medyczne wieku starszego w Polsce: <https://whc.ifps.org.pl/wp-content/uploads/2012/03/Problemy-medyczne-wieku-starszego.pdf> (dostęp: 26.05.2022).

9. Poradnik opiekuna. Opieka nie musi być trudna, gdy nie zostaniesz z nią sam:
https://wsparciedlaopiekuna.pl/wp-content/uploads/2021/06/poradnik_opiekuna_3_2021-1.pdf (dostęp: 26.05.2022).
10. A. Smrokowska-Reichman, E. Szwalkiewicz. Osoby niesamodzielne jak im pomagać? Poradnik opiekuna wspierającego: <https://docplayer.pl/162560757-Osoby-niesamodzielne-jak-im-pomagac-poradnik-opiekuna-wspierajacego-agnieszka-smrokowska-reichman-elzbieta-szwalkiewicz.html> (dostęp: 26.05.2022).

4.6 SPOSOBY AKTYWIZACJI I TERAPII OSÓB STARSZYCH Z ZABURZENIAMI POZNAWCZYMI

Terapia zajęciowa ma istotne znaczenie w procesie wspierania aktywizacji osób starszych, a także w ich rehabilitacji. Wśród jej rodzajów wyróżniamy:

- Ergoterapię – terapia pracą, terapia poprzez zajęcia manualne, ergonomia;
- Arteterapię – terapia sztuką, kontakt bierny lub czynny ze sztuką i kulturą;
- Socjoterapię – terapia zaburzeń ruchowych, zachowania i emocjonalnych w toku spotkań indywidualnych, grupowych lub towarzyskich.

Różnorodność metod i technik terapii zajęciowej umożliwia ich indywidualny dobór dostosowany do zainteresowań podopiecznego. Poniżej znajdują się przykłady aktywności w ramach terapii zajęciowej (Tabela 3).

Tabela 3 Terapia zajęciowa

Rodzaj terapii zajęciowej	Metody terapii zajęciowej	Techniki pracy (przykłady)
Ergoterapia	Dziewiarstwo	• Szydełkowanie; robienie na drutach;
	Hafciarstwo	• Haft richelieu, gobelinowy, krzyżykowy;
	Tkactwo	• Tkanie na krośnie, na ramkach; • Wyplatanie makram, breloczków itp.;
	Krawiectwo	• Szycie rzeczy użytkowych; zabawkarstwo; reperowanie odzieży;
	Kaletnictwo	• Tworzenie wyrobów ze skóry, np. obrazy, biżuteria, portfele;
	Metaloplastyka	• Wyroby z drutu, np. świeczniki, breloczki, drzewka szczęścia; • Wyroby z metalu, np. znaczki, godła, medale, obrazy;
	Stolarstwo	• Prace w drewnie, np. płaskorzeźby, rzeźby, domki, pudełka (również z patyków);
	Ogrodnictwo	• Prace ogrodnicze i porządkowe, np. sadzenie, kopanie, sianie; • Hortykuloterapia – oddziaływanie pięknem ogrodu, prace w ogrodzie;
	Wikliniarstwo	• Plecenie różnorodnych przedmiotów z wikliny, np. koszyki;
	Garncarstwo i ceramika	• Wyrabianie garnków, dzbanów; • Tworzenie przedmiotów ceramicznych;

Arterapia	Rysunek	Rysowanie kredkami ołówkowymi, świecowymi, pastelami, ołówkiem, kredą, węglem;
	Malarstwo	Malowanie farbami plakatowymi, akwarelą, witrażowymi, olejnymi, do szkła, farbami window colors, tuszem kreślarskim;
	Grafika	Gipsoryt; linoryt; drzeworyt; monotypia; druk strukturalny;
	Rzeźba	- Masy plastyczne: masa solna, glina, modelina, plastelina, masa papierowa; - Rzeźbienie np. w drewnie; - Papieroplastyka, np. origami;
	Sztuki użytkowe	- Witraż – na okna, drzwi, butelki itp.; fotografia; plakat; projekty okładek; - Collage – tworzenie pracy łączonej różnymi technikami plastycznymi;
	Zdobnictwo i dekoratorstwo	- Ikebana; - Dekoracje – okolicznościowe; - Zdobienie różnych przedmiotów;
	Muzykoterapia	- Muzykoterapia bierna – muzyka aktywizująca, relaksacyjna; - Muzykoterapia czynna;
	Filmoterapia	- Projekcja filmów i dyskusja po niej; - Nagrywanie filmów;
	Teatroterapia	Psychodrama; drama; pantomima; oglądanie spektakli;
	Biblioterapia	- Czynna – czytanie głośne fragmentów lub całości książki / tekstu przez podopiecznych i rozmowa po przeczytaniu; - Bierna – słuchanie tekstów biblioterapeutycznych (aktywizujących bądź relaksacyjnych); - Poradnictwo biblioteczne – propozycje do samodzielnego czytania i rozmowa po przeczytaniu; - Wieczory poezji;
	Choreoterapia	- Taniec; - Improwizacje ruchowe przy muzyce;
Socjoterapia	Ludoterapia (zabawoterapia)	Zabawy manipulacyjne; zabawy tematyczne; zabawy dydaktyczne;
	Terapia ruchem (kinezyterapia)	Ćwiczenia ogólnie usprawniające, oddechowe, poranne itp.;

		Gry i zabawy ruchowe;
	Nauka czynności życia codziennego	- Trening higieniczny; - Trening samoobsługi, np. mycie się, czesanie, ubieranie, przemieszczanie; - Trening kulinarny, np. estetyczne przygotowanie i spożywanie posiłków, robienie zakupów; nuka doboru artykułów spożywczych; - Trening budżetowy – kształtowanie umiejętności planowania i gospodarowania budżetem domowym, na miarę swoich możliwości; - Trening lekowy;
	Trening umiejętności społecznych	Treningi: rozpoznawania, nazywania i właściwego sposobu wyrażania emocji, nawiązywania relacji, prowadzenia rozmowy i podtrzymywania kontaktów społecznych, aktywnego słuchania, asertywności, rozwiązywania konfliktów, właściwego sposobu zachowania się w różnych sytuacjach społecznych;
	Rekreacja	- Silwoterapia (oddziaływanie pięknem przyrody – terapia przez spacer po lesie); - Talasoterapia – spacer brzegiem morza.

Przykładowy zeszyt ćwiczeń wspomagających funkcje poznawcze (od str. 188):

https://dops.wroc.pl/wp-content/uploads/2020/09/sprawny_umysl.pdf

Podczas planowania czasu wolnego należy pamiętać, aby dostosować aktywność do sprawności, możliwości, potrzeb i preferencji podopiecznego. Odpowiedni dobór aktywności może wpłynąć na poprawę sprawności fizycznej i umysłowej. Inne, przykładowe i popularne aktywności, które można zaproponować podopiecznemu w czasie wolnym to: gry planszowe, rozwiązywanie krzyżówek i łamigłówek, układanie puzzli, gra w karty, układanie klocków, rysowanie i malowanie, tworzenie prac plastycznych z różnych materiałów np. kolarze, zielnik, drzewo genealogiczne, fotografowanie, nauka obsługi komputera, czytanie, słuchanie muzyki, gimnastyka, aktywności na świeżym powietrzu tj. spacer, zajęcia ogrodnicze.

Źródło:

1. M. Nawrot, E. Kopij, E. Suska, A. Woroniuk, A. Kuczyńska, Klasyfikacja rodzajów, metod, technik i form terapii zajęciowej, <https://www.google.pl/search?q=szubin+metody+i+techniki+terapii+zajeciowej>
2. E. Kaniewska-Mackiewicz. Rola terapii zajęciowej w aktywizacji i rehabilitacji osób starszych. Zeszyty Naukowe 32: 135-149.
3. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej. Mapa pomocy osobom starszym. Metody pracy z seniorami. Kraków 2012.

4. E. Trypka, K. Turek, J. Zima, L. Górska-Klęk. Sprawny umysł. Aktywności wspomagające funkcje poznawcze w wieku senioralnym: https://dops.wroc.pl/wpcontent/uploads/2020/09/sprawy_umysl.pdf (dostęp: 26.05.2022).
5. Zajęcia dla seniora: <https://carework.pl/poradnik/30-zajec-dla-seniorow> (dostęp: 26.05.2022).

MODUŁ 5 TECHNOLOGIE I INNOWACJE

5.1 USŁUGI Z ZAKRESU E-ZDROWIA

5.1.1 IKP

Czym jest Internetowe Konto Pacjenta (IKP)

To informacje medyczne o Twoim stanie zdrowia — w internecie. Teraz znajdziesz tam:

- E-recepty;
- E-skierowania (na badanie lub wizytę u specjalisty);
- Historię Twoich wizyt u lekarza w ramach NFZ;
- Informację o zaplanowanych wizytach u lekarza w ramach NFZ;
- Jeśli pracujesz – informację o zwolnieniach lekarskich (e-zwolnienie);
- Listę Twoich leków na receptę;
- Informację o lekach (możesz sprawdzić każdy lek dopuszczony do obrotu w Polsce);
- Informacje ważne w czasie pandemii:
 - Wynik Twojego testu na koronawirusa,
 - Informację, do kiedy prawdopodobnie masz przebywać na kwarantannie lub izolacji domowej,
 - Certyfikat COVID (dawniej: Unijny Certyfikat COVID, (UCC – który potwierdza zaszczepienie przeciw COVID19, negatywny wynik testu na koronawirusa lub fakt bycia ozdrowieńcem).

Dzięki Internetowemu Kontu Pacjenta wiele spraw związanych ze zdrowiem załatwisz bez wychodzenia z domu.

Dlaczego Internetowe Konto Pacjenta jest wygodne?

Oto niektóre korzyści:

- Nie musisz niczego pamiętać, zapisywać — na swoim koncie sprawdzisz, jakie leki zapisano Ci ostatnio, jak je masz przyjmować, kiedy masz kolejną wizytę u lekarza umówioną w ramach NFZ;
- Dzięki Internetowemu Kontu Pacjenta lekarz może wystawić Ci e-receptę na leki, które stale bierzesz na podstawie konsultacji przez telefon. Może też wystawić Ci ponownie receptę na leki, które stale przyjmujesz;
- Jeśli zdecydujesz się upoważnić kogoś z rodziny lub opiekunkę, ta osoba łatwiej wykupi dla Ciebie leki i przypomni o wizytach u lekarza i terminach badań.

Krok 1. Założ profil zaufany

Możesz to zrobić przez internet w swoim banku albo w urzędzie, np. w urzędzie skarbowym, oddziale NFZ lub ZUS

Krok 2. Zaloguj się na swoje IKP

Teraz możesz użyć profilu zaufanego i zobaczyć swoje e-recepty, upoważnić kogoś bliskiego lub wybrać lekarza

Krok 3. Upoważnij bliską osobę

Możesz upoważnić kogoś do wglądu w Twoje Internetowe Konto Pacjenta po to, by odbierał e-recepty i sprawdzał terminy wizyt u lekarza

Krok 4. Co robić z e-receptą

Koniec z pismem lekarzy nie do odczytania, z błędami na receptach, przez które musisz wracać z apteki do lekarza. E-receptę łatwo odbierzesz i wykupisz

Krok 5. Jak znaleźć receptę na IKP

Możesz skorzystać z Internetowego Konta Pacjenta, by znaleźć e-receptę lub nazwę leku, który Ci przepisano

Krok 6. Zainstaluj aplikację mojeIKP

Zyskaj łatwy dostęp do e-recept i e-skierowań, a także e-rejestracji na szczepienie przeciw COVID-19

Internetowe Konto Pacjenta (IKP) dostępne jest w również w wersji mobilnej - „mojeIKP”. Dzięki aplikacji pacjenci mogą skorzystać m.in. z funkcji przypominania o braniu leków, a także mają łatwy dostęp do numerów alarmowych, Teleplatformy Pierwszego Kontaktu (TPK) i Telefonicznej Informacji Pacjenta. Ponadto, najnowsza funkcjonalność aplikacji – „Pierwsza pomoc” stanowi kompendium wskazówek przy udzielaniu pierwszej pomocy drugiej osobie, której celem jest nie tylko edukacja, ale również wsparcie dla wszystkich, którzy w sytuacji potrzeby ratowania zdrowia i życia czują się zagubieni. Od stycznia 2023 roku użytkownicy aplikacji mojeIKP mają dostęp do zdarzeń medycznych jako historii leczenia oraz skanera leków z dostępem do ulotki.

5.1.2 Teleporada

Teleporada to po prostu klasyczna konsultacja z lekarzem znajdującym się w innym miejscu niż pacjent. Lekarz powinien znajdować się w gabinecie lub w takim miejscu, w którym osoby postronne nie będą mogły go usłyszeć. Rozmowa jest prowadzona telefonicznie lub przy wykorzystaniu aplikacji do połączeń wideo. Możesz wykorzystać do niej swój telefon, smartfon lub komputer. Telekonsultacja spełnia warunki klasycznej porady: lekarz zobowiązany jest zachować pełen profesjonalizm i należytą staranność, a później na podstawie rozmowy sporządzić lub uzupełnić Twoją dokumentację medyczną. W ramach teleporady lekarz jest uprawniony do wystawienia Ci niezbędnych dokumentów, takich jak recepta, zwolnienie, zlecenie czy skierowanie. Jeżeli lekarz oceni, że na odległość nie może rzetelnie ocenić Twojego stanu zdrowia, poprosi Cię o osobiste stawienie się w placówce w celu uzupełnienia badania. Skorzystanie z teleporady nie oznacza też, że nie możesz już uzyskać bezpośredniej porady w gabinecie lekarza.

Za pomocą teleporady możesz uzyskać:

- Zalecenia;
- E-zwolnienie;
- E-skierowanie;
- Zlecenie na test na koronawirusa;
- E-receptę;

- Sugestię bezpośredniej wizyty w przychodni lub kontaktu z pogotowiem ratunkowym (jeśli twój stan zdrowia będzie tego wymagał).

Termin realizowania teleporady

Teleporada jest udzielana w jednym z dwóch terminów:

- Nie później niż w pierwszym dniu roboczym po dniu zgłoszenia się pacjenta do placówki – za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, systemu łączności lub osobiście;
- W późniejszym terminie, jeśli ustalimy go w porozumieniu z pacjentem lub jego opiekunem ustawowym.

Przebieg teleporady:

- Przed udzieleniem teleporady potwierdzenie tożsamość pacjenta. Lekarz robi to na podstawie przekazanych przez pacjenta danych lub danych wskazanych w dokumentacji medycznej czy deklaracji wyboru, okazanych przy wideoporadzie (np. dowód osobisty) albo wskazanych w Internetowym Koncie Pacjenta;
- Przeprowadzenie wywiadu z pacjentem oraz analiza jego dokumentacji medycznej;
- Udzielenie świadczenia zdrowotnego, czyli ustalenie jednostki chorobowej, oraz zlecenie właściwego postępowania medycznego;
- Ocena, czy teleporada jest wystarczająca, by rozwiązać problem zdrowotny pacjenta;
- Poinformowanie pacjenta o konieczności stacjonarnej wizyty, jeżeli problem zdrowotny uniemożliwia udzielenie świadczenia zdrowotnego w formie teleporady.

Twój lekarz nie może odmówić Ci bezpośredniej wizyty, gdy:

- Nie wyrażasz zgody na teleporadę – Ty lub Twój opiekun ustawowy;
- Cierpisz na przewlekłą chorobę i nastąpiło pogorszenie lub zmieniły się objawy;
- Istnieje podejrzenie choroby nowotworowej;
- Masz pierwszą wizytę u lekarza, pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki lekarskiej, których wskazałeś w deklaracji wyboru.

5.1.3 E-skierowanie

E-skierowanie wystawiane jest do szpitala, do lekarza specjalisty, na zabieg (np. szczepienie przeciw COVID-19) lub badanie.

Zalety e-skierowania

- E-skierowania nie możesz zgubić – jest dostępne na Internetowym Koncie Pacjenta oraz w aplikacji mojeIKP;
- Na Internetowym Koncie Pacjenta (IKP) i w mojeIKP możesz w każdym momencie sprawdzić historię swoich e-skierowań;
- Nie musisz przyjeżdżać do placówki w celu odbioru e-skierowania, możesz je też otrzymać po teleporadzie;

- Na zabieg lub konsultację możesz zarejestrować się telefonicznie lub podając do zeskanowania swoje e-skierowanie;
- Nie masz obowiązku dostarczenia do placówki oryginału skierowania w określonym terminie (14 dni).

Jak dostaniesz e-skierowanie

E-skierowanie możesz otrzymać w postaci:

- SMS-a z 4 cyfrowym kodem;
- E-maila z pdf-em;
- Wydruku informacyjnego e-skierowania;
- W aplikacji mojejKP.

Żeby otrzymać e-skierowanie w postaci SMS-a lub e-maila, zaloguj się na swoje Internetowe Konto Pacjenta, wejdź w „Ustawienia” i wpisz numer telefonu lub adres e-mailowy.

5.1.4 E-recepta

E-recepta to elektroniczny dokument, który zastąpił tradycyjną, papierową receptę. E-receptę zrealizujesz na podstawie czterocyfrowego kodu, który otrzymasz e-mailem lub SMS-em, w zależności od tego, jak wybierzesz na swoim Internetowym Koncie Pacjenta. Możesz ją odebrać w aplikacji mojejKP w telefonie. Na życzenie dostaniesz ją w formie wydruku.

Co zyskasz dzięki e-recepte?

- Jeżeli przepisano Ci więcej leków, nie musisz prosić o odpis i nie utracisz refundacji — każdy lek możesz kupić w dowolnej aptece;
- Nie ma ryzyka, że otrzymasz niewłaściwy lek — e-recepta jest zawsze czytelna;
- Nie zgubisz jej — wszystkie e-recepty zapisują się na Twoim Internetowym Koncie Pacjenta;
- Zrealizujesz ją w każdej aptece w Polsce.

W 2022 roku Polska uruchomiła e-receptę transgraniczną. Umożliwia ona polskim pacjentom realizowanie e-recepty zagranicą, a zagranicznym pacjentom w polskiej aptece.

- Wystawioną w Polsce e-receptę można zrealizować w Chorwacji i niektórych regionach Hiszpanii, a od 10.01.2023 r. także w Finlandii.
- W Polsce można zrealizować e-receptę wystawioną w Portugalii, Estonii i Hiszpanii, a od 10.01.2023 r. także w Finlandii.

Grono państw, które wprowadziły e-receptę transgraniczną sukcesywnie rośnie.

5.1.5 Teleplatforma Pierwszego Kontakt (TPK)

Platforma dostępna jest dla pacjenta poza godzinami pracy Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), czyli od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 8:00 następnego dnia oraz w soboty i niedziele oraz inne dni ustawowo wolne od pracy całodobowo. Z TPK można skorzystać w sytuacji:

- Nagłego zachorowania, poza godzinami pracy POZ;

- Nagłego pogorszenia stanu zdrowia, gdy nie ma objawów sugerujących stan bezpośredniego zagrożenia życia, a zastosowane środki lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy;
- Gdy zachodzi obawa, że oczekiwanie na otwarcie przychodni POZ może znacząco niekorzystnie wpłynąć na stan zdrowia pacjenta.

Kontaktując się z TPK, pacjent otrzyma poradę pielęgniarki/położnej lub lekarską w formie telekonsultacji. Może uzyskać poradę medyczną, e–receptę, e–skierowanie, e–zwolnienie.

Obecnie infolinia obsługiwana jest w języku polskim, angielskim i ukraińskim.

TPK została także wyposażona w usługę tłumacza języka migowego (PJM i SJM) we wszystkich godzinach funkcjonowania, co zapewnia dostęp do TPK pacjentom z niepełnosprawnością narządu słuchu.

5.1.6 Program Domowej Opieki Medycznej (DOM)

W celu podniesienia bezpieczeństwa osób przebywających w izolacji domowej wywołanej zakażeniami COVID-19 w listopadzie 2020 roku została uruchomiona Platforma DOM (znana wcześniej pod nazwą PulsoCare). Początkowo system dedykowany był w szczególności pacjentom o podwyższonych czynnikach ryzyka niewymagających hospitalizacji. Domowa Opieka Medyczna poza pierwotnym zastosowaniem została rozszerzona o nowe funkcjonalności wspierające pracę lekarzy POZ, którzy mają możliwość zakwalifikowania pacjenta do programu w zakresie pomiarów saturacji krwi, ciśnienia, glikemii. DOM umożliwia przeprowadzenie badań w warunkach domowych, które pozwalają zdiagnozować stan zdrowia pacjenta. Przy wykorzystaniu platformy DOM dotychczas zrealizowano programy pilotażowe w zakresie wykorzystywania rozwiązań telemedycznych w podstawowej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, z wykorzystaniem e-stetoskopu i e-spirometru.

E-stetoskop to narzędzie do monitorowania stanu zdrowia pacjentów po przebytych zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, którzy ze względu na wiek, choroby współistniejące lub ciężki przebieg choroby Covid-19, doświadczają dolegliwości wpływających na komfort życia i u których występuje pogarszający się stan kliniczny objawiający się męczliwością, skróceniem oddechu, pogorszeniem wydolności fizycznej, odczuwalnymi trudnościami z oddychaniem.

E-spirometr jest narzędziem umożliwiającym badanie pacjenta ze stwierdzonymi zaburzeniami poziomu saturacji tlenowej i tętna, w celu wykrywania potencjalnych zaburzeń czynności płuc. Spirometry elektroniczne są certyfikowanymi wyrobami medycznymi służącymi do zarządzania chorobami układu oddechowego oraz wspomagania leczenia przewlekłych chorób układu oddechowego. Urządzenie umożliwia wykonanie pełnego badania spirometrycznego w domu pacjenta.

Dzięki projektom Dostępność Plus dla zdrowia i Dostępność Plus dla AOS coraz więcej placówek medycznych staje się dostępna dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym osób starszych. Jest to możliwe dzięki takim działaniom, jak budowa/wymiana wind i podjazdów, dostosowanie pomieszczeń, rejestracji i gabinetów lekarskich, stworzenie nowych miejsc postojowych, zakup nowego sprzętu

i łatwiejszy dostęp do alternatywnych sposobów komunikacji pacjentów z placówkami medycznymi. Projekty przyczyniają się też do poprawy kompetencji kadry medycznej z obsługi, komunikacji czy świadomości związanej z potrzebami wdrażeń zwiększających dostępność placówek medycznych do potrzeb osób starszych. Więcej informacji o projektach na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

Źródła:

1. MZ, NFZ. Czym jest Internetowe Konto Pacjenta (IKP) <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta/jestem-seniozem> (dostęp 4.01.2023).
2. NFZ. Teleporada: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-oddzialow/nowe-zasady-korzystania-z-porad-lekarskich,462.htm> (dostęp 4.01.2023).
3. RPP. Poradniki dla pacjentów oraz lekarzy dotyczące zasad korzystania z teleporad: <https://www.gov.pl/web/rpp/poradniki-dla-pacjentow-oraz-lekarzy-dotyczace-zasad-korzystania-z-teleporad> (dostęp 4.01.2023).
4. MZ, NFZ. E-skierowanie: <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta/eskierowanie> (dostęp 4.01.2023).
5. MZ, NFZ. E-recepta: <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta/erecepta> (dostęp 4.01.2023).
6. MZ. Teleplatforma Pierwszego Kontakt: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/tpk> (dostęp 4.01.2023).
7. NFZ. Teleplatforma Pierwszego Kontakt: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/tpk-twoja-pomoc-medyczna-w-godzinach-wieczornych-w-weekendy-i-swiate,7987.html> (dostęp 4.01.2023).
8. MZ. Program DOM: <https://www.gov.pl/web/domowaopiekamedyczna> (dostęp 4.01.2023).