

Praca zbiorowa

PORADNIK DLA OPIEKUNÓW OSÓB NIESAMODZIELNYCH Z DYSFUNKCJAMI PSYCHICZNYMI

Pytania i odpowiedzi

Wydanie II, uzupełnione 2017



Fundacja „Ogólnopolskie Porozumienie
Uniwersytetów Trzeciego Wieku”

Mazowsze.
serce Polski

Projekt współfinansowany jest ze środków
Samorządu Województwa Mazowieckiego

Katarzyna Bieniek
Agnieszka Drzewińska
Konrad Dziuba
Hanna Grygarowicz
Maria Kłoda
Krystyna Lewkowicz
Magdalena Michalska
Elżbieta Szwałkiewicz

PORADNIK DLA OPIEKUNÓW OSÓB NIESAMODZIELNYCH Z DYSFUNKCJAMI PSYCHICZNYMI

Pytania i odpowiedzi

Wydanie II, uzupełnione
Warszawa 2017 r.



Fundacja „Ogólnopolskie Porozumienie
Uniwersytetów Trzeciego Wieku”

Mazowsze.
serce Polski

Projekt współfinansowany jest ze środków
Samorządu Województwa Mazowieckiego

Wydawca:



**Fundacja „Ogólnopolskie Porozumienie
Uniwersytetów Trzeciego Wieku”**

ul. Gruszy 32, 04 779 Warszawa

Redakcja wydawnictwa:

dr Elżbieta Szałkiewicz

mgr Krystyna Lewkowicz

Zespół autorów:

Katarzyna Bieniek

Agnieszka Drzewińska

Konrad Dziuba

Hanna Grygarowicz

Maria Kłoda

Krystyna Lewkowicz

Magdalena Michalska

Elżbieta Szałkiewicz

Projekt i skład: Tomasz Białkowski

Nakład: 2 000 egz.

Wydanie II, uzupełnione

Warszawa 2017 r.

ISBN 978-83-943987-2-9

Druk: szczodrak.com / Konrad Szczodrak



fot. Elżbieta Szwałkiewicz

Od Zespołu Redakcyjnego

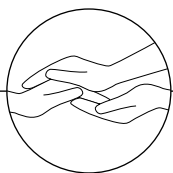
Pierwsza edycja **Poradnika dla opiekunów osób niesamodzielnych z dysfunkcjami psychicznymi. Pytania i odpowiedzi**, wydana w 2016 r. rozeszła się w środowisku senioralnym błyskawicznie, a napływające opinie, recenzje i kolejne prośby o jego dostarczenie potwierdziły, że publikacje dedykowane opiekunom nieformalnym, członkom rodziny często także niemłodym i obciążonym własnymi problemami zdrowotnymi oraz przyjaciółom, wolontariuszom zmagającym się z różnorodnymi problemami opieki nad osobami niesamodzielnymi, pozbawionymi niekiedy jakiegokolwiek formy pomocy, są niezwykle potrzebne.

Dziękujemy za zgłoszone pytania, przesłane kazusy, udzielone wywiady często też bardzo osobiste listy lub zwierzenia, bowiem są one niezwykle cenną inspiracją dla autorów.

Okazane nam zaufanie przyczyniło się do rozszerzenia i wzbogacenia tematyki niniejszego Poradnika jak również zwiększyło jego walory edukacyjne i praktyczne.

Cieszy nas, że do tematyki opieki długoterminowej włączają się podmioty srebrnej gospodarki promujące najlepsze światowe trendy i dobre praktyki, wysokie standardy produktów i usług jak również organizacje pozarządowe dbające o wysoki poziom usług dedykowanych seniorom.

Krystyna Lewkowicz
Elżbieta Szwałkiewicz

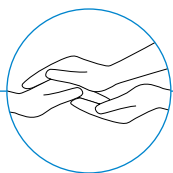


Spis treści

Wstęp	7
Rozdział 1. Zaburzenia poznawcze, choroby otępienne – opieka nad chorymi z trudnościami poznawczymi	11
Rozdział 2. Depresja	31
Rozdział 3. Pomagaj tak dużo na ile jest to konieczne, tak mało, jak tylko jest to możliwe. Wspieraj i dbaj, ale nie wyręczaj	47
Dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego i środków pomocniczych	77
Rozdział 4. Jak radzić sobie z codzienną opieką nad osobami z demencją	83
Rozdział 5. Programy senioralne OP UTW	119
Akademia Liderów 60+	119
Program wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich opiekunów	123
Rozdział 6. Stacjonarna opieka długoterminowa – smutna konieczność, czy szansa na godne życie?	127
Rozdział 7. Usługi dla seniorów z certyfikatem Znak Jakości OK SENIOR	139
Czym jest Znak Jakości OK SENIOR?	140
System zarządzania jakością w opiece senioralnej	141
Certyfikat OK SENIOR w praktyce	141

Spis treści

Rozdział 8.	Porady prawnika	143
	Zachowek i wydziedziczenie – charakterystyka i istota instytucji prawa spadkowego	144
	Odwrócony kredyt hipoteczny – bezpieczna przyszłość, czy najgorsza decyzja w życiu?	149
Rozdział 9.	Jak racjonalnie oszczędzać i zadbać o oszczędności swoich bliskich?	159
	Uśpione konta zmarłych członków rodziny	163



Krystyna Lewkowicz
Elżbieta Szwałkiewicz

Wstęp

Jest wiele poradników, a nawet szkół dla młodych rodziców. Chętnie uczymy się jak pielęgnować, karmić, uczyć, wychowywać swoje dzieci.

Do opieki nad osobami starszymi nikt nas nie przygotował.

Kiedy funkcje opiekuńczo – wychowawcze mamy sprawować nad swoimi rodzicami, dziadkami lub starszymi przyjaciółmi, czujemy się często nieprzygotowani, bezradni, a obowiązki okazują się wyzwaniem przekraczającym nasze umiejętności i siły.

Gdy mama lub tata zachorują, oczywistą czynnością jest zawiezenie do lekarza, wykupienie recept, pomoc w gospodarstwie domowym. Ale kiedy pojawia się znaczna niepełnosprawność, a chory wymaga całodziennego opieki i pomocy we wszystkich codziennych czynnościach – karmienia, przyjmowania leków, ale także utrzymywania higieny i załatwiania potrzeb fizjologicznych, opieka wymaga różnorodnych, fachowych kompetencji, sprzętów rehabilitacyjnych, siły fizycznej, a przede wszystkim niewyobrażalnej cierpliwości, wyrozumiałości i ustawicznej uwagi.

Dla opiekuna jest to nie tylko wysiłek fizyczny, a test odporności psychicznej. W takich sytuacjach najważniejszą rzeczą jest umiejętność radzenia sobie ze stresem.

W procesie starzenia się mogą wystąpić u człowieka różnego rodzaju zaburzenia komunikacyjne. Szczególnie dotkliwe są te, które są postępujące i nieodwracalne, a rodzina musi żyć z perspektywą powolnej utraty osoby, z którą czuje się emocjonalnie związana.

Pacjenci z zaburzeniami pamięci często są bardziej absorbujący niż ci obłożnie chorzy, ponieważ wymagają nadzoru nawet w tych czynnościach, które próbują wykonać sami.

W bardziej zaawansowanym stadium choroby, ze względów bezpieczeństwa, potrzebują nieustannej kontroli. Często zdarza się, że pacjent zapomina o gotującej się wodzie w garnku, włączonym żelazku lub nawet próbuje wyjść sam z domu. Opiekun musi umieć przewidywać takie sytuacje i reagować z wyprzedzeniem.

Osoby, które mają do czynienia z ludźmi dotkniętymi demencją często zupełnie nie wiedzą jak mają postępować. Seniorzy zamieniają się w małe dzieci, którymi bezustannie trzeba się zajmować, tłumaczyć najprostsze czynności i strzec jak oka w głowie.

Najtrudniejszych problemów doznają opiekunowie, gdy u chorego pojawia się utrata pamięci i zdolności logicznego myślenia, rozpoznawania bliskich, skrajnie zmienne nastroje, lęki, fobie, nieprzewidywalne zachowania i reakcje na bodźce zewnętrzne, a nawet agresja.

W zespół nazywany starczym otępieniem wpisany jest często skrajny egoizm, agresja oraz zachowania, których nie da się przewidzieć.

Chory postrzega często swojego opiekuna jak wroga. Bez przerwy oskarża, narzeka, opowiada lekarzom, sąsiadom i znajomym nie-stworzone historie o tym, jak złego traktowania doświadcza z jego strony.

Uczucia bezradności, a zarazem poczucia krzywdy doznają opiekunowie, wobec których pojawiają się ze strony podopiecznych fałszywe oskarżenia, donosy do różnych instytucji opiekuńczych, ucieczki z domu, agresja słowna, a nawet rękoczynny.

Muszą toczyć bitwę o wszystko, o utrzymanie higieny, spożywanie posiłków, przyjmowanie leków, bezpieczeństwo domu.

Najbardziej stresująca jest ustawiczna niepewność tego, co zastaną po przyjeździe do domu. Może wysmarowane kałem ściany, rozsypane wszystkie sypkie produkty żywnościowe, zalane mieszkanie, odkręcony gaz.

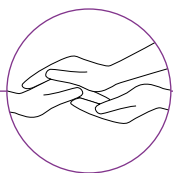
Drugie uzupełnione i zaktualizowane wydanie **„Poradnika dla opiekunów osób niesamodzielnych z dysfunkcjami psychicznymi. Pytania i odpowiedzi”**, który oddajemy do rąk Czytelników, przeznaczony jest dla nieformalnych opiekunów takich chorych, tj. współmałżonków, dzieci, wolontariuszy, przyjaciół. Zawiera więc rady i wskazówki postępowania w najbardziej typowych czynnościach, prostych domowych metodach rehabilitacji i rozładowywania napięcia itp. codziennych sytuacjach życiowych.

Godząc opiekę nad chorymi ze swoim życiem zawodowym i rodzinnym opiekunowie podejmują heroiczne wysiłki, aby zapewnić swoim bliskim godziwe warunki życia, często kosztem utraty własnego zdrowia, spokoju i normalnego życia osobistego.

Liczba pytań i korespondencja, jaka napłynęła do Redakcji, jako reakcja na pierwszą, wydaną w 2016 roku, edycję *„Poradnika dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów. Pytania i odpowiedzi”*, pokazała, że zdefiniowane problemy i statystyki osób niesamodzielnych wymagających pomocy, to zaledwie wierzchołek góry lodowej, a tematyka jest niezwykle zróżnicowana i praktycznie niewyczerpalna.

Wsluchując się w te potrzeby, oddajemy do Państwa rąk II wydanie poradnika ukierunkowane na niesprawność o podłożu psychicznym, bowiem te dolegliwości, uznane często za wstydlive, latami ukrywane przez pacjentów lub bagatelizowane przez otoczenie, pozostają często długo nie zdiagnozowane, a więc i nie leczone.

Kiedy choroba jest już zaawansowana i zdiagnozowana, opieka nad chorym i jego rehabilitacja jest niezwykle trudna.



mgr Agnieszka Drzewińska

Rozdział 1.

Zaburzenia poznawcze, choroby otępienne – opieka nad chorymi z trudnościami poznawczymi

Niniejszy rozdział ma za zadanie dostarczyć pacjentom oraz ich opiekunom wiedzy niezbędnej do prawidłowego zrozumienia diagnozy oraz przygotowania się do opieki nad chorym.

W związku z coraz większą dostępnością opieki medycznej na coraz to wyższym poziomie, średnia długość oraz jakość życia w naszym kraju zwiększają się. Podczas gdy ogólna poprawa stanu zdrowia i wydłużenie życia to raczej dobre wieści, taka sytuacja ma również swoje ciemne strony. Coraz więcej osób dożywa wieku, w którym mogą ujawnić się różnego rodzaju choroby, związane z funkcjonowaniem umysłowym – przykładem takiej choroby może być np. Choroba Alzheimerera. Rosnąca liczba chorych jest wyzwaniem dla medycyny, szukającej lekarstwa oraz sposobu zapobiegania otępieniom. Przed największym wyzwaniem stają jednak sami chorzy oraz ich rodziny i opiekunowie, którzy na co dzień muszą mierzyć się z narastającymi trudnościami, jakie pojawiają się w wykonywaniu codziennych czynności.

Aby jak najlepiej stawić czoła tym problemom, warto wiedzieć, jakich trudności można się spodziewać oraz jak można sobie z nimi poradzić

Co to są funkcje poznawcze?

Funkcje poznawcze to inaczej zdolności intelektualne, pozwalające każdemu z nas na poznawanie otaczającego nas świata oraz przetwarzanie uzyskanych na jego temat informacji. Do podstawowych funkcji poznawczych należą uwaga, pamięć, funkcje wzrokowo-przestrzenne, funkcje językowe oraz funkcje wykonawcze (inaczej zarządcze). Prawidłowe działanie każdej z nich, jak również ich odpowiednia współpraca, pozwalają na optymalne funkcjonowanie w otaczającym nas świecie.

Jak sprawdzić poziom funkcjonowania poznawczego?

Każdy z nas funkcjonuje na pewnym, właściwym sobie, poziomie poznawczym. Zależy on między innymi od codziennej aktywności umysłowej, doświadczeń oraz wykształcenia, a także wrodzonych predyspozycji. Jak wiemy z doświadczenia, są osoby, które mogą poszczycić się lepszą od innych pamięcią czy też zdolnością oceny np. odległości (tzw. „dobre oko”). Jeszcze inni z łatwością i na długo koncentrują się na zadaniach, które mają do wykonania.

Często, w wyniku zmęczenia lub stresu możemy zauważyć, że trudniej nam skoncentrować się np. na lekturze lub że łatwiej niż zazwyczaj zapominamy o drobnych sprawach do załatwienia. Subiektywnie doświadczamy wtedy pogorszenia funkcjonowania poznawczego. Jak jednak ocenić, jaki, obiektywnie, jest poziom naszego funkcjonowania?

Profesjonalną oceną funkcjonowania poznawczego zajmują się psycholodzy, a w szczególności neuropsycholodzy. Przy pomocy odpowiednio dobranych zadań i testów potrafią oni ocenić, czy zdolność zapamiętywania, koncentracja uwagi lub zdolność do szybkiego

i właściwego planowania działania są na odpowiednim do wieku i wykształcenia poziomie.

Badanie neuropsychologiczne, połączone z obserwacją zachowania pacjenta, może pomóc w postawieniu właściwej diagnozy w przypadku procesów otępiennych. Pozwala także na ocenę mocnych i słabych stron pacjenta, a na tej podstawie – na przygotowanie programu wsparcia lub terapii.

Kiedy funkcjonowanie poznawcze może ulec zaburzeniu?

Funkcjonowanie poznawcze człowieka jest ściśle związane z pracą mózgu. Poszczególne funkcje zlokalizowane są w różnych jego obszarach. Jeśli dana część mózgu ulegnie uszkodzeniu, może się zdarzyć, że upośledzeniu ulegnie także nasze funkcjonowanie w zakresie sprawowanych przez nią funkcji. Warto pamiętać, że mózg jest organem skomplikowanym i złożonym, dlatego uszkodzenie jednej jego części może wpływać na funkcjonowanie całości.

Najczęstszymi przyczynami uszkodzeń struktur mózgowych, a w ich wyniku również zaburzeń poznawczych są urazy (doznane np. w wyniku upadku, wypadku komunikacyjnego), udary mózgu (krwotoki, niedokrwienia – tzw. zawały mózgu), nowotwory, w tym guzy mózgu (uszkodzające otaczające je tkanki) oraz choroby neurodegeneracyjne i wiążące się z nimi zespoły otępienne (związane ze stopniową degeneracją struktur mózgowych).

Oprócz uszkodzeń struktur mózgu, przyczyną pogorszenia funkcjonowania poznawczego może być zwiększone działanie stresu, zmęczenie oraz zaburzenia nastroju.

Czy zaburzenia poznawcze wywołane poszczególnymi czynnikami różnią się między sobą?

Tak, jak różnią się między sobą czynniki wpływające na funkcjonowanie poznawcze pacjenta, tak różne są także wywoływane przez nie zaburzenia. Różnice dotyczyć mogą czasu powstania zaburzenia, jego głębokości, rokowań na przyszłość.

I tak zaburzenia poznawcze po udarze mózgu charakteryzują się przede wszystkim swoim nagłym pojawieniem się – po doznanym udarze. Dotyczą najczęściej funkcji związanych z miejscem uszkodzenia, choć często zaburzeniu w pewnym stopniu ulegają również inne funkcje (najczęściej zdolność koncentracji uwagi). Głębokość zaburzeń jest największa bezpośrednio po udarze, z biegiem czasu oraz wraz z poprawą stanu pacjenta, w wyniku rehabilitacji oraz naturalnych procesów neuroplastycznych (czyli zdolności zdrowych części mózgu do przejmowania zadań uprzednio pełnionych przez uszkodzone obszary) funkcjonowanie poznawcze pacjenta ulega stopniowej poprawie.

Jeśli zaburzenia poznawcze są wynikiem toczącego się w mózgu procesu neurodegeneracyjnego, zaburzenia początkowo będą nie-duże, niezauważalne nawet dla pacjenta. Wraz z postępem choroby funkcjonowanie poznawcze pacjenta będzie się stopniowo pogarszać. To, jakie funkcje będą zaburzone, zależeć będzie od rodzaju choroby neurodegeneracyjnej, a więc między innymi od tego, które części mózgu zostaną uszkodzone jako pierwsze. Znaczenie ma tu również wcześniejszy poziom funkcjonowania chorego. Im lepsze przedchorobowe funkcjonowanie chorego, tym dłużej będzie w stanie samodzielnie radzić sobie z różnymi zadaniami poznawczymi.

W przypadku guzów mózgu początek objawów może być podobny do tego obserwowanego w zespołach otępiennych. Początkowo zaburzenia mogą być niewielkie i trudno zauważalne. W zależności od tempa rozwoju choroby, mogą narastać bardzo szybko lub nieco wolniej. W odróżnieniu od procesów otępiennych, zaburzenia funkcji poznawczych będą raczej jednorodne, bezpośrednio związane z lokalizacją guza.

Jakie zaburzenia mogą wystąpić u chorych po udarze?

Udar mózgu, uszkadzając ośrodki korowe (czyli obszary kory mózgu, odpowiedzialne za nasze funkcjonowanie w różnych zakresach), w zależności od dokładnego miejsca uszkodzenia, może wywołać różnorodne trudności.

Te najłagodniejsze, niespecyficzne dla lokalizacji udaru, to deficyty w zakresie koncentracji uwagi oraz zdolności rozwiązywania problemów, np. matematycznych, „w pamięci.” Jeśli są bardzo nasilone, mogą w dużym stopniu utrudniać codzienne funkcjonowanie chorego, nie pozwalając na wykonanie bardziej skomplikowanych czynności.

Uszkodzenia lewej półkuli mózgu są najczęściej związane z deficytami językowymi. Chodzi tu o afazje, czyli zaburzenia rozumienia oraz/lub „produkowania” mowy. Pacjent z afazją ma trudności ze zrozumieniem dłuższego tekstu, czasami nawet złożonego zdania, a w najcięższych przypadkach zaburzone jest także rozumienie pojedynczych słów. Zdolność mówienia chorego najczęściej również ulega ograniczeniu, od trudności z opowiadaniem historii, przez trudności z nazywaniem przedmiotów (zamienianie nazw lub trudności z przypomnieniem sobie odpowiedniego słowa, co często uniemożliwia płynną konwersację), do trudności z wydobyciem pojedynczych słów, a czasem nawet dźwięków.

Uszkodzenia półkuli prawej natomiast często wiążą się z zaburzeniami funkcji wzrokowo-przestrzennych. Chorzy z takimi zaburzeniami mogą mieć trudności z prawidłowym postrzeganiem otaczającego ich świata przy pomocy wzroku, mimo, że pod względem okulistycznym wszystko jest w porządku. I tak mogą pojawić się problemy z oceną odległości pomiędzy przedmiotami, z rozumieniem relacji przestrzennych (przód-tył, prawa-lewa oraz bardziej złożone relacje przestrzenne), z posługiwaniem się mapą. Chory może gubić się w znanych sobie dotąd okolicach, może mieć trudności z trafieniem do łazienki. Mogą pojawić się także zaburzenia zdolności rozpoznawania przedmiotów za pomocą wzroku oraz zaburzenia bardziej specyficzne, jak na przykład trudności z rozpoznawaniem twarzy.

Diagnozą zaburzeń oraz ich terapią zajmuje się neuropsycholog. W badaniu jest w stanie ocenić, jakie trudności występują u chorego oraz dobrać odpowiednią terapię. W przypadku zaburzeń mowy ich diagnozą oraz terapią zajmuje się neurologopedą.

Lekarz poinformował mnie, że u mamy w wyniku udaru wystąpił zespół pomijania stronnego. Co to takiego? Z czym może się to wiązać? Czy można jakoś pomóc mamie?

Zespół pomijania stronnego to jeden z dosyć często występujących, możliwych skutków udaru lub urazu mózgu. Najczęściej jest związany z uszkodzeniami prawej półkuli, chociaż może wystąpić również po udarze lub urazie półkuli lewej.

Pomijanie stronne (często nazywane też zaniedbywaniem stronnym) jest zaburzeniem funkcji uwagi. Chory nie dostrzega części przestrzeni po stronie przeciwnej do uszkodzenia, „nie zdaje sobie sprawy” z jej istnienia. Dzieje się tak pomimo prawidłowych wyników badań okulistycznych (co oznacza, że wzrok jest prawidłowy) oraz braku uszkodzeń w korze wzrokowej (co znaczy, że mózg przetwarza docierające do niego sygnały wzrokowe). To, co uległo zaburzeniu to zdolność świadomego dostrzegania jednej strony przestrzeni.

Pacjent z zespołem pomijania stronnego w czasie codziennego funkcjonowania może prezentować szereg trudności. Może się zdarzyć, że będzie ignorował głos, docierający do niego z pomijanej strony (ponieważ nie będzie w stanie zlokalizować jego źródła). Trudność może sprawiać również jedzenie (np. pozostawianie posiłku na połowie talerza) oraz podstawowe czynności samoobsługowe, takie jak ubieranie się (zakładanie tylko jednej nogawki spodni lub tylko jednego rękawa koszuli, trudności z założeniem okularów) oraz codzienna toaleta (mycie zębów tylko po jednej stronie, golenie tylko połowy twarzy, nakładanie makijażu tylko z jednej strony). Pacjent z pomijaniem stronnym będzie miał również kłopoty z czytaniem (czytanie od połowy kartki, często dopiero od połowy wyrazu, co uniemożliwia zrozumienie tekstu) oraz pisaniem (zaczynanie od połowy strony lub niedostrzeganie uprzednio zapisanych liter i pisanie „jednego na drugim”).

Na szczęście zespół pomijania stronnego w wielu przypadkach dość łatwo poddaje się rehabilitacji, a stan chorego stopniowo wraca do normy. W czasie opieki nad pacjentem w domu warto pamiętać o kilku zasadach, które przyspieszą powrót zaburzonych funkcji.

Przede wszystkim należy dbać o stymulację zaniedbywanej strony; szafeczka przy łóżku może stać po stronie zaniedbywanej (jeśli jesteśmy w pobliżu, aby stale przypominać choremu o tym, że właśnie tam należy szukać potrzebnych przedmiotów – w przeciwnym przypadku, bez wsparcia z zewnątrz chory może sobie samodzielnie nie poradzić, zwłaszcza w początkowym okresie choroby), jeśli rozmawiamy z chorym, starajmy się siadać lub stawać ze strony zaniedbywanej. Można wzmacniać przekazywane informacje dotykiem, aby maksymalnie angażować „pomijaną” stronę ciała i przestrzeni. Podczas jedzenia oraz toalety należy stale przypominać o tym, aby wszystkie czynności wykonać po obu stronach ciała.

W przypadku czytania i pisania dobrze sprawdza się zaznaczenie lewej strony kartki wyraźną, czerwoną linią (kolor czerwony dobrze przykuwa uwagę). Informujemy chorego, że aby zacząć czytać linijkę od początku, musi wcześniej odnaleźć czerwoną linię. Można również wykorzystać „okienko” z kalendarza, które założone wcześniej na stronę, chory za każdym razem przesuwając maksymalnie w lewo, a następnie czyta tekst objęty ramką, stopniowo przesuwając ją w prawo.

O konkretne ćwiczenia dla danego chorego warto zapytać przed wypisem ze szpitala; neuropsycholog oraz fizjoterapeutę na pewno wyjaśnią, jak najlepiej wspierać chorego w procesie rehabilitacji.

Problem pacjenta

Trudności w porozumiewaniu się

Małżonek przebył udar mózgu. Od czasu zachorowania nie możemy się z nim porozumieć, mowa stała się zupełnie niezrozumiała. Z czym jest to związane? Czy można jakoś temu zaradzić?

Zaburzenia mowy są jedną z możliwych konsekwencji udaru mózgu. W zależności od lokalizacji oraz rozległości uszkodzenia możemy mieć do czynienia z różnymi zaburzeniami mowy.

Jeśli w wyniku udaru uszkodzeniu uległy ośrodki odpowiadające za przekazywanie impulsów do mięśni twarzy, krtani i języka, powodując niedowład w obszarze aparatu mowy, można spodziewać się, że mowa pacjenta stanie się niewyraźna. Chory nie będzie w stanie, jak dotychczas, prawidłowo „ustawiać” warg oraz języka, aby wydobyć konkretne dźwięki i słowa. W przypadku dużych niedowładów i porażień mowa może stać się zupełnie niezrozumiała. Takie zaburzenie nosi nazwę **dyzartrii**.

Jeśli natomiast uszkodzona została lewa półkula mózgu, u większości ludzi odpowiedzialna za mowę, może się zdarzyć, że nie będzie obecny niedowład w obrębie twarzy, jednak komunikacja z chorym nie będzie możliwa lub też będzie znacznie ograniczona. Takie zaburzenia noszą nazwę **afazji**. W zależności od dokładnej lokalizacji uszkodzenia pacjent może mieć trudności z „produkcją” mowy (znajdowanie słów, układanie prawidłowych zdań; czasami mowa zredukowana jest jedynie do pojedynczych wyrazów, w najcięższych przypadkach chory nie jest w stanie wydobyć żadnego dźwięku) lub z jej rozumieniem (chory może nie rozumieć długich i skomplikowanych komunikatów i wymagać mówienia do niego prostymi zdaniami lub pojedynczymi słowami; duże zaburzenia mogą uniemożliwić choremu rozumienie nawet pojedynczych wyrazów); przy bardzo dużych i poważnych uszkodzeniach zaburzeniu może ulec zarówno mówienie jak rozumienie mowy.

Diagnozą i terapią zaburzeń mowy zajmują się logopedzi oraz neurologopedzi. W czasie wizyty logopeda oceni, z jakim rodzajem trudności mamy do czynienia oraz zaproponuje odpowiednią terapię. Podpowie również, w jaki sposób ćwiczyć z chorym w domu – regularne oraz jak najczęstsze ćwiczenia są bardzo ważne dla powrotu utraconych funkcji mowy.

Jeśli u naszego podopiecznego zdiagnozowano afazję, warto pamiętać o tym aby kierować do niego jak najprostsze komunikaty. Proste, pojedyncze zdania, w miarę możliwości wsparte gestem lub wyraźnie osadzone w danej sytuacji pomogą choremu zrozumieć, czego od niego oczekujemy oraz będą pomagać w stopniowym odzyskiwaniu funkcji językowych. Jeśli chory ma trudności z przypominaniem sobie

niektórych wyrazów, można próbować mu podpowiadać, podając funkcję danego przedmiotu lub jego cechy charakterystyczne albo pierwszą sylabę oczekiwanego słowa (np. to rumiane, czerwone, soczyste...ja...jabłko).

W przypadku dyzartrii pomocne będą ćwiczenia przed lustrem oraz odpowiednie „wprawki dykcyjne”. Po dokładne wskazówki dotyczące pracy z chorym w warunkach domowych warto jednak zgłosić się do doświadczonego logopedy, który dobierze ćwiczenia odpowiednie do trudności danego pacjenta.

Czy zaburzenia poznawcze i otępienie to to samo?

Wydawać by się mogło, że skoro zarówno zaburzenia poznawcze, jak i otępienie związane są z osłabieniem zdolności funkcjonowania pacjenta, można tych pojęć używać wymiennie. Jednak dla dokładnej diagnostyki oraz charakterystyki trudności chorego te pojęcia zasadniczo różnią się między sobą.

Zaburzenia poznawcze bowiem mogą wystąpić w przebiegu np. ciężkiego zatrucia i ustąpić po wyzdrowieniu. Mogą także być następstwem udaru mózgu i dotyczyć jedynie niewielkiego wycinka funkcjonowania chorego, nie zaburzając w znacznym stopniu jego zdolności do samodzielnego funkcjonowania i nie pogłębiając się.

Główną charakterystyką otępienia natomiast jest jego trwałość w czasie (powyżej 6 miesięcy) oraz stopniowe pogłębianie się zaburzeń. Zaburzenia poznawcze są tu na tyle rozległe, aby w istotnym stopniu najpierw utrudnić, a następnie uniemożliwić choremu funkcjonowanie bez pomocy rodziny lub opiekunów.

Podsumowując, można stwierdzić, że otępienie to zaburzenia poznawcze o narastającym w czasie nasileniu, uniemożliwiające choremu samodzielne funkcjonowanie. Zaburzenia poznawcze natomiast dotyczyć mogą jedynie wybranych funkcji i ustępować, kiedy wywołujący je czynnik przestaje działać.

Problem pacjenta

U bliskiej osoby zostało zdiagnozowane otępienie o umiarkowanym nasileniu. Co to oznacza? Czy otępienie może występować też w innych nasileniach?

W diagnostyce otępień przyjęło się, że otępienie może mieć nasilenie łagodne, umiarkowane lub znaczne. Te poszczególne stopnie nasilenia otępień związane są z nasileniem objawów obecnych u pacjenta oraz wtórnie do nich, ze stopniem jego samodzielności oraz rodzaju pomocy wymaganej od jego otoczenia (rodziny/opiekunów). Należy przy tym pamiętać, że diagnoza otępienia w jakimkolwiek stopniu oznacza, że pacjent nie jest w stu procentach samodzielny i będzie wymagał pomocy opiekuna przynajmniej w niektórych czynnościach.

Otępienie łagodne będzie zatem wiązało się ze zwiększeniem konieczności sprawdzania, czy dana czynność została wykonana oraz czy została wykonana poprawnie. Może się np. zdarzyć, że chory z chorobą Alzheimera będzie zapominał o przyjmowaniu leków, lub też będzie to robił wielokrotnie. Wydłużeniu może ulec dotychczasowy czas poświęcany poszczególnym zadaniom, z jednoczesnym pogorszeniem jakości ich wykonania. Na tym początkowym etapie chory często zdaje sobie sprawę z doświadczanych trudności i stara się je maskować. Można więc obserwować stopniowe wycofywanie się z codziennych aktywności (gdy chory unika sytuacji, w których mogłoby dojść do niepowodzenia). Mogą pojawić się również inne zmiany osobowości: zmniejszenie pewności siebie, gorsze nawiązywanie kontaktu z innymi ludźmi, spadek liczby zainteresowań. Mogą pojawiać się również zachowania „na przekór” opiekunom lub, w niektórych otępieniach, urojenia – np. nieprawidłowa ocena intencji innych osób.

Kolejny etap, otępienie umiarkowane, wiąże się z dalszą degeneracją dotychczasowych umiejętności pacjenta oraz zmianami w jego osobowości. Pogarsza się możliwość kontaktu z pacjentem, jego wypowiedzi mogą stać się znacznie uboższe, może mieć również trudności ze śledzeniem rozmów prowadzonych w otoczeniu. Dalszemu

pogorszeniu ulega pamięć, co bezpośrednio wpływa na bezpieczeństwo pacjenta. Chory może na tym etapie zapominać o zakręceniu kranu czy kurka z gazem. Może pojawić się odwrócenie rytmu snu i czuwania („nocne wędrówki”) oraz dalsze zmiany w osobowości- agresja, wybuchy złości, nasilony niepokój. Na tym etapie często konieczna jest 24 godzinna opieka nad chorym.

Otępienie znacznego stopnia związane jest z całkowitą utratą zdolności do samodzielnego funkcjonowania. Kontakt z chorym staje się niemożliwy, gdyż mowa ulega znacznemu ograniczeniu, może się zdarzyć, że pacjent powtarzał będzie jedno, „ulubione” słowo. Następuje również utrata wszystkich umiejętności, nawet tak, wydawać by się mogło, prostych, jak przygotowanie kanapki, ubieranie się, korzystanie z toalety, obsługa sprzętów domowych. Mogą pojawić się trudności z poruszaniem się. Chory traci zdolność sprawnego siadania, może mieć trudności z utrzymaniem pionowej postawy ciała, co grozi upadkami w czasie chodzenia. Pacjent może przestać utrzymywać kontrolę nad zwieraczami i bezwiednie oddawać mocz i stolec. Może mieć również trudności z przełykaniem i krztusić się podczas posiłków. U wielu chorych może wystąpić chudnięcie, związane z nieregularnym przyjmowaniem posiłków.

Jakie choroby otępienne występują najczęściej? Czym się charakteryzują?

Najczęstszą przyczyną otępień w Polsce jest choroba Alzheimera (AD). Powszechnie kojarzona z zaburzeniami pamięci, wiąże się również z szeregiem innych objawów, w tym trudnościami wzrokowo-przestrzennymi oraz wykonawczymi.

Tak zwane otępienie naczyniowe jest, zaraz po chorobie Alzheimera, kolejną przyczyną otępień. Związane jest z uszkodzeniami tkanki mózgowej w wyniku niedokrwienia, związanego ze zmianami np. miażdżycowymi. Obraz choroby może się znacznie różnić u poszczególnych pacjentów, jednak charakterystyczną cechą takiego rodzaju otępienia jest jego nagły początek oraz skokowy postęp objawów.

Kolejną pod względem liczby zachorowań przyczyną postępujących zaburzeń poznawczych, prowadzących do otępienia jest otępienie z ciałami Lewy’ego (DLB). Tu głównymi objawami są omamy wzrokowe, trudności wzrokowo-przestrzenne, zaburzenia pamięci oraz duża zmienność funkcjonowania pacjenta w ciągu dnia.

Inną częstą przyczyną otępienia jest otępienie czołowo-skroniowe (FTD), w różnych jego formach. Najczęściej pojawiające się objawy to zmiana osobowości chorego oraz jego zachowania. Mogą wystąpić również zaburzenia pamięci lub zaburzenia językowe.

Co powinno zaalarmować opiekunów? Kiedy zgłosić się do lekarza?

Zespoły otępienne zazwyczaj rozpoczynają się w sposób podstępny. Podczas, gdy w mózgu chorego postępuje neurodegeneracja, objawy nie są jeszcze widoczne na zewnątrz lub są niezauważalne. Początkowo mogą pojawiać się kłopoty ze znajdowaniem słów, trudności z koncentracją. Często takie same objawy są wynikiem większego zmęczenia lub stresu. Jeśli jednak utrzymują się przez dłuższy czas (ponad dwa miesiące) lub zaczynają się nasilać, warto zgłosić się do specjalisty.

Innym sygnałem, który powinien wzbudzić naszą czujność, jest zmiana zachowania pacjenta. Może to być zwiększona drażliwość, zmiana sposobu wysławiania się (mogą pojawić się wulgaryzmy), skracanie dystansu, tendencja do „pikantnych” żartów. Może pojawić się skłonność do hazardu, ryzykownych zachowań, zwiększony popęd seksualny lub skłonność do „zbieractwa”. Takie objawy powinny być przedmiotem niezwłocznej konsultacji z lekarzem.

Również narastające trudności pamięciowe, wykraczające poza zapominanie nazwisk czy nazw leków, może stanowić sygnał alarmowy. Jeśli połączone są z trudnościami z rozpoznawaniem członków rodziny, zmianą rytmu codziennego funkcjonowania (nocne wędrówki po domu), czy gubieniem się w znanym dotychczas otoczeniu, powinny zostać jak najszybciej skonsultowane z lekarzem przyjmującym w poradni zaburzeń pamięci.

Problem pacjenta

Czy to Alzheimer?

Ostatnio łąpię się na zapominaniu nazwisk znanych aktorów i dziennikarzy, zdarza się też, że wchodząc do pokoju zapominam, po co tam przyszedłam. Najczęściej po chwili wszystko mi się przypomina. Mimo wszystko boję się, że to Alzheimer. Co robić?

Warto wiedzieć, że zapominanie nazwisk znanych osób czy nazw leków zdarza się wielu osobom w starszym wieku. Najczęściej w takich przypadkach mamy do czynienia z fizjologicznym starzeniem i nie powinno to być powodem do niepokoju, a jedynie skłonić nas do nieco większej aktywności umysłowej (krzyżówki, łamigłówek logiczne). Obniżenie sprawności poznawczej może być związane ze zwiększonym działaniem stresu, zmęczeniem, obniżeniem nastroju. Jeśli jednak wykluczmy te czynniki, a niepokojące zapominanie utrzymuje się przez dłuższy czas lub coraz bardziej się nasila, warto dokładniej przyjrzeć się objawom.

I tak, zapominanie słów i nazwisk podczas rozmowy nie powinno nas szczególnie niepokoić. Jeśli natomiast zauważamy, że zdarza się zapominać imion i nazwisk członków rodziny oraz nazw otaczających nas rzeczy codziennego użytku, powinien być to powód do niepokoju. Podobnie, „umykające” nam szczegóły odbytej rozmowy to objaw jak najbardziej prawidłowy, a podejrzenia nieprawidłowych procesów toczących się w organizmie powinno wzbudzić zapominanie o tym, że w ogóle odbyło się daną rozmowę. Analogicznie, trudności ze znalezieniem drobnych przedmiotów (np. kluczy), sporadyczne zapominanie o zapłaceniu rachunków czy zapominanie o odwołaniu spotkania to objawy prawidłowe, wynikające często z roztargnienia. Natomiast chowanie przedmiotów w dziwnych, nieprzeznaczonych do tego miejscach, trudności z zapłaceniem rachunków czy wykonaniem innych, codziennych obowiązków oraz wycofywanie się z dotychczasowych aktywności (hobby, spotkania w gronie przyjaciół i znajomych), powinny bezwzględnie wzbudzić niepokój i skłonić do wizyty

u specjalisty. Oprócz zapominania, w Chorobie Alzheimera pojawić mogą się również trudności z orientacją przestrzenną oraz umiejętnością wykonania różnych czynności. O ile sporadyczne skręcanie w nieprawidłową stronę w nieznanym dobrze terenie czy trudności ze zrozumieniem skomplikowanej instrukcji do nowego sprzętu domowego nie muszą nas szczególnie niepokoić, o tyle gubienie się w znanych miejscach oraz trudności z wykonaniem nawet prostych działań według wyraźnie podanej instrukcji to sygnał alarmowy.

Podsumowując, jeśli zapominanie utrzymuje się przez dłuższy czas i nasila się, przybierając formy, o jakich mowa powyżej, należy bezwzględnie skontaktować się ze specjalistą.

Problem pacjenta

Zanik pamięci po udarze

Mój mąż dostał udaru. Nie tylko jest bezwładny i jakiegokolwiek czynności pielęgnacyjne, chociażby zmiana bielizny, są dla mnie ogromnym wyzwaniem, ale w dodatku nie poznaje ludzi, ma urojenia, mówi bełkotliwie, trudno go zrozumieć.

O mnie mówi, że jestem złodziejką, która przyszła okraść jego mieszkanie, jest agresywny i wulgarny także wobec personelu medycznego, lży i wyzywa wszystkich wokół, przeklina itp.

Jak reagować na takie zachowania i jak sobie z nim radzić w domu po wyjściu ze szpitala?

Opisywane w liście liczne trudności sugerują, że udar doznany przez pani męża był dość rozległy, stąd też liczne trudności jakich doświadcza. Bełkotliwa mowa to prawdopodobnie dyzartria, powodowana niedowładami w obrębie aparatu artykulacyjnego (m.in. wargi, język). Pomóc może tu konsultacja oraz terapia logopedyczna. Logopeda oceni, jakie dokładnie trudności z mówieniem występują u pacjenta oraz doradzi, jakie ćwiczenia wykonywać, aby poprawić zrozumiałość mowy.

Agresja i wulgaryzmy natomiast mogą wskazywać na uszkodzenie płatów czołowych i występowanie zespołu czołowego. To stan, w którym pacjent traci poczucie tego, co w danej sytuacji jest adekwatne, nie rozróżnia zachowań prawidłowych od tych, których w danej sytuacji, zgodnie z normami społecznymi, lepiej unikać. Chorzy z zespołem czołowym często wydają się „pozbawieni hamulców”, mogą być skłonni do nieodpowiednich żartów, ale też łatwo wpaść mogą np. w szpony hazardu.

Trudności z rozpoznawaniem członków rodziny mogą z kolei wiązać się z zaburzeniami wzrokowymi, np. zaburzeniami rozpoznawania twarzy. Chory w związku z tym, że wydaje mu się, że w pomieszczeniu jest obca osoba, może czuć się zagrożony, stąd też tak zaskakujące oskarżenia. Urojenia względem osób z otoczenia występują również w chorobie Alzheimera. Jeśli takie trudności wystąpiły bezpośrednio po udarze, prawdopodobieństwo takiej choroby jest mniejsze, jednak warto skonsultować się ze specjalistą celem dokładnej diagnozy.

Należy pamiętać, że pacjent po udarze, z licznymi zaburzeniami poznawczymi, traci dotychczasową kontrolę nad sytuacją. Powszechnie jest poczucie zagrożenia i niepokój, które w przypadku zaburzeń kontroli zachowania (jak w zespole czołowym), mogą skutkować agresją. Warto w takim przypadku zachować cierpliwość i nie starać się „na siłę” przekonywać chorego, że nie ma racji. Często najlepszą taktyką jest próba zajęcia chorego czymś innym. W przypadku nieskuteczności takich działań warto skonsultować się ze specjalistą, który pomoże dobrać odpowiednie leki (interwencja farmakologiczna może być konieczna).

Problem pacjenta

Opiekunowie przechodzą szkołę przetrwania

Moja ciotka z wiekiem zaczęła popadać w jakieś nie do końca zdiagnozowane przypadłości psychiczne. Córka z zięciem, mający z nią zawsze dobre relacje, zabrali ją do swojego luksusowego domu w innej miejscowości i otoczyli troskliwą opieką. Jed-

nak ciotka zachowywała się irracjonalnie – uciekała z domu, wzywała na ulicy pomocy, bo rzekomo w domu córki i zięcia dzieją się jej wszystkie krzywdy świata. Składała też skargi na córkę i zięcia za rzekome złe traktowanie. Wzywała na pomoc sąsiadów, dalszą rodzinę oraz wszelkie możliwe służby miejskie aby ratowały ją przed złym traktowaniem opiekunów, którzy rzekomo ją głodzą, biją, więżą, chowają ubrania, zabraniają korzystania z toalety itp.

Rodzina sprawująca opiekę to powszechnie znani w tym środowisku stateczni, szanowani i majątni ludzie, toteż częste wizyty policji, straży pożarnej, pogotowia ratunkowego, wizje lokalne pracowników pomocy społecznej, kontrole i protokoły niezliczonych wizytatorów i konieczność odpowiadania na nie, wywiady środowiskowe wśród sąsiadów, w miejscu pracy, nadzór nad rodziną ze strony policji i lokalnej opieki społecznej, zamieniły ich w życie w horror. Doznawali pasma udręki i wstydu, stresów, narażani byli też na utratę dobrego imienia i zaufania publicznego niezbędnego w ich pracy zawodowej, plotki, a nawet szykany otoczenia.

Wszelkie próby rozmowy z ciotką, tłumaczenia ze strony innych członków rodziny i przyjaciół wzmagaly jedynie fobie i agresję chorej. Trudno opisać kilkuletnią gehennę, którą zgotowała im kochana mamusia.

Jak pomóc w takich sytuacjach? Jak odróżnić fałszywe oskarżenia od urojeń lecz jednocześnie nie wyzbywać się wrażliwości na krzywdy innych, uniknąć znieczulicy w prawdziwych, niestety dość częstych, przypadkach przemocy wobec osób niesamodzielnych, a więc całkowicie bezbronnych.

Zachowanie Ciotki opisane powyżej nosi niestety wiele znamion charakterystycznych dla choroby Alzheimera. W zakres jej objawów wchodzi zarówno ucieczki z domu, jak i urojenia względem osób z najbliższego otoczenia. Może występować również agresja oraz błędna interpretacja intencji rodziny czy też opiekunów. Ponieważ chory nie jest w stanie prawidłowo ocenić sytuacji, reaguje lękiem

i niepokojem i korzysta ze znanych sobie sposobów radzenia sobie w takich sytuacjach. Stąd też, prawdopodobnie, większość opisywanych wydarzeń. Opiekunom Ciotki warto uświadomić, że takie zachowania mogą być związane z chorobą i zasugerować wizytę u specjalisty. Lekarz w poradni zaburzeń pamięci nie tylko oceni poziom funkcjonowania chorej oraz jego możliwe przyczyny, ale też, w razie potrzeby, zaleci odpowiednie leki i podpowie, jak radzić sobie w trudnych sytuacjach. Może również wskazać bliskim chorego odpowiednią grupę wsparcia.

Błędne przekonania dotyczące miejsc, osób i ich zachowań często są obecne u pacjentów z chorobą Alzheimera i innymi otępieniami. Pacjenci nie są w stanie rozpoznać domu czy członków rodziny, ponieważ nie potrafią scalić w całość docierających do nich informacji. Często, w sytuacji oskarżenia o kradzież pomaga wspólne poszukiwanie i odnalezienie „skradzionego” przedmiotu. W przypadku innych, trudnych zachowań lub uporczywych pytań dotyczących stale jednego tematu, skuteczną strategią może okazać się próba odwrócenia uwagi chorego. Natomiast wszelkie próby zaprzeczania oskarżeniom oraz udowadniania, że chory nie ma racji, mogą tylko wzmacniać u niego poczucie niepokoju i wyzwalają agresję.

Problem pacjenta i opiekunów

Maksymalnie mobilizować osobę z demencją

Moja Mama chora na Alzheimera od wielu miesięcy nie wykazuje żadnego kontaktu społecznego. Jest całkowicie nieobecna, bierna, żyje w innym wymiarze. Ostatnio zetknęłam się z publikacją naukową, w której autorzy twierdzą, że mimo wszystko taka osoba powinna przebywać w domu, uczestniczyć w życiu rodzinnym, należy z nią jak najwięcej rozmawiać (choć próbować), mówić do niej, wydawać proste polecenie i razem je realizować, razem jeść, chodzić na spacer, na zakupy, uczestniczyć w codziennych czynnościach np. podlewaniu kwiatów, sprzątnięciu, gotowaniu itp. bo jak twierdzili jest to forma reha-

bilitacji, która spowalnia postęp choroby i podnosi komfort chorego.

Czy są jakieś wzorce postępowania w opiece nad chorymi na choroby otępienne (oczywiście poza czynnościami typowo pielęgnacyjnymi)?

Opisywana bierność oraz zanik więzi i kontaktów społecznych u osoby z Chorobą Alzheimera jest niestety częstym objawem, związanym, poza postępującym otępieniem, z często występującą u chorych depresją. Może więc być to reakcja na narastające trudności z porozumiewaniem się z otoczeniem oraz z wykonywaniem codziennych czynności, ale też sygnał utraty kompetencji komunikacyjnej wystarczającej do włączania się w życie otoczenia.

Autorzy wspomnianej publikacji mają oczywiście rację. Udział w prostych czynnościach domowych oraz podtrzymywanie kontaktu z chorym to forma rehabilitacji spowalniającej proces otępienny oraz zwiększające poczucie sprawczości oraz poczucie bezpieczeństwa chorego.

W wyborze aktywności dostosowanych do stanu pacjenta może pomóc neuropsycholog. Po badaniu oceni, jakie czynności domowe są wciąż w zasięgu chorego, podpowie, jak wspierać go i pomagać w ich wykonaniu. Może również polecić konkretne ćwiczenia funkcji poznawczych, możliwe do wykonania w warunkach domowych z odpowiednim wsparciem opiekuna.

Problem pacjenta i opiekunów

Szczodrość Mamy doprowadzi nas do ruiny

Moja mama popadła w manię działalności charytatywnej, w tym obdarowywania wszystkich napotkanych ludzi. Listonosz, który przyniósł list musi obowiązkowo dostać napiwek, dzieci sąsiadów drobne na lody, inkasent, który pochwalił się nowo narodzonym synkiem otrzymał srebrną łyżeczkę na szczęścia i tak bez końca. Bywa, że nie może donieść zakupów do

domu, bo po drodze bułki odda bezdomnemu, kiełbasą nakarmi miłego pieska, kaszę rozsypie gołębiom.

Z domu znikają różne przedmioty – czasem drobne, a czasem kosztowne bibeloty, zawsze przed pierwszym brakuje pieniędzy. Lekarz nie stwierdza choroby psychicznej, zwłaszcza, że mama potrafi na pokaz być czarująca, dowcipna, inteligentna, nie ma więc mowy o jakimkolwiek ubezwłasnowolnieniu.

– To mój majątek i mogę robić z nim co zechcę – tak kończy się każda próba rozmowy z mamą.

Borykam się z trudami utrzymania rodziny, liczę każdą złotówkę, muszę dzieciom odmawiać wielu rzeczy, tymczasem codziennie z wielkim stresem rozglądam się po mieszkaniu, sprawdzam stan konta, bo nie wiem co zastanę (lub czego nie znajdę) po powrocie do domu. Co będzie jak ktoś cwany wciśnie jej jakiś kredyt, pożyczkę, cudowne garnki lub pościel za 6 tysięcy itp. Kto spłaci jej długi? Gdzie się podziemy jeśli np. zastawi mieszkanie będące wciąż jej własnością?

Jak ustrzec rodzinę od skutków tak nieodpowiedzialnego zachowania Mamy?

Przytoczony opis zachowania Mamy przywodzi na myśl zachowania pacjentów z diagnozą zespołu czołowego. Są to osoby, które w wyniku choroby stopniowo tracą krytycyzm wobec własnej osoby oraz swoich działań. Zdarzają się diametralne zmiany osobowości, skłonność do zachowywania się w nieakceptowany społecznie sposób (np. przeklinanie, nadmierne skracanie dystansu w stosunku do nieznanomych-mówienie na „ty” w urzędzie, sklepie), a nawet tendencja do hazardu czy wzmożone potrzeby seksualne. Taki chory nie jest w stanie racjonalnie ocenić i przewidzieć skutków swoich działań, jednocześnie często na długo zachowując inne umiejętności, co często może zmylić rodzinę/opiekunów (chory sam się ubiera, je, nie gubi się po wyjściu z domu). Osoby obce (np. lekarz) mogą nie zwrócić uwagi na zmiany w zachowaniu, zrzucając je na karb osobowości pacjenta („pewnie zawsze był z niego taki gaduła”). Pomóc w diagnozie może neurolog lub neuropsycholog, który wykona bada-

nie, sprawdzając zdolność pacjenta do samodzielnego, logicznego myślenia, wyciągania wniosków, dostrzegania logicznych ciągów, przyczyn oraz skutków różnych zdarzeń. Badanie obejmuje również funkcjonowanie pamięci i zdolność złożonego planowania. Diagnosta na pewno zwróci również uwagę na zachowanie pacjenta i ewentualne odstępstwa od normy w tym zakresie.

Gdzie szukać pomocy?

Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerera

www.alzheimer-waw.pl, ul. Emilii Plater 47, 00-118 Warszawa, zapewnia wsparcie psychiczne, informacje o źródłach pomocy, organizuje wykłady dotyczące sposobów pielęgnacji i opieki, prowadzi telefon zaufania: **(22) 622 11 22** (wtorki i czwartki w godzinach 15.00-17.00)

Poradnie Zaburzeń Pamięci

Są to najczęściej poradnie przyszpitalne. **Wymagane są skierowania od lekarza** podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalisty neurologa.

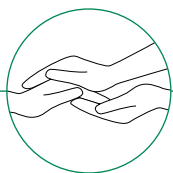
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Przychodnia Przykliniczna,

Poradnia Zaburzeń Pamięci, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, telefon: (22) 842 40 12

Wymagane skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

O AUTORCE

Agnieszka Drzewińska jest psychologiem i logopedą. Ukończyła Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego (specjalność neuropsychologia kliniczna) oraz Podyplomowe Studium Logopedyczne na Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Od trzech lat pracuje jako psycholog w Zespole Oddziałów Neurologii Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego, gdzie zajmuje się diagnozą oraz rehabilitacją neuropsychologiczną pacjentów z różnorodnymi schorzeniami neurologicznymi. Jako logopeda interesuje się przede wszystkim zagadnieniami związanymi z afazją i apraksją mowy u dorosłych.



mgr Hanna Grygarowicz

Rozdział 2.

Depresja

Jak zauważyć, że ktoś z bliskich nam osób może cierpieć na depresję? Jakie są przyczyny tego schorzenia? Jakie są jego objawy? Kiedy należy zgłosić się do specjalisty i gdzie szukać pomocy? Jak możemy pomóc swoim bliskim w roli opiekuna? Jakie są maski depresji? Z jakimi zaburzeniami emocjonalnymi mogą borykać się opiekunowie osób niesamodzielnych? Odpowiedzi na te pytania wraz z opisami sytuacji, w których znaleźli się niektórzy z naszych kursantów, przytaczamy w poniższym rozdziale.

Przeżywanie negatywnych odczuć od czasu do czasu zdarza się każdemu z nas.

Okresowe odczuwanie przygnębienia, smutku, zniechęcenia jest szczególnie uzasadnione, kiedy osoba znajdzie się w trudnej sytuacji życiowej np. dowie się o chorobie, doświadczy zmiany pracy, przejdzie na emeryturę, utraci bliską osobę, ulegnie pogorszeniu jej status społeczny czy materialny. Jednak przedłużający się stan przygnębienia może prowadzić do zaburzeń depresyjnych.

Depresja jest chorobą. Pogarsza ona komfort życia osób na nią cierpiących oraz ich otoczenia. Uważa się, że depresja jest obecnie jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych na świecie. Jest także coraz powszechniejszym następstwem przewlekłych chorób oraz utraty sprawności i samodzielności w codziennym funkcjonowaniu.

Depresja jest chorobą uleczalną, i jak w przypadku każdego innego schorzenia, im wcześniej będzie rozpoznana i leczona, tym większe są szanse na trwałą poprawę albo ograniczenie ryzyka nawrotu symptomów.

Jakie są objawy depresji?

Objawy depresji mogą mieć różne nasilenie i występować w wielu konfiguracjach. Warto pamiętać, że symptomy tego schorzenia utrzymują się przez większość dnia i występują nieprzerwanie przez okres co najmniej 2 tygodni. Poniżej wymienione są typowe symptomy choroby. Nie wszystkie z nich występują w każdym przypadku depresji, jednak u większości chorych występuje około 5 z wymienionych niżej objawów:

- ✓ częste lub ciągłe odczuwanie smutku oraz przygnębienia;
- ✓ pesymizm, zniechęcenie przyszłością;
- ✓ przeżywanie poczucia winy, nawracające wyrzuty sumienia;
- ✓ brak poczucia zadowolenia z własnej osoby, brak wiary w siebie;
- ✓ utrata/znaczne zmniejszenie odczuwania przyjemności z czynności, które wcześniej cieszyły, utrata/znaczenie zmniejszenie zainteresowania seksem;
- ✓ wybuchy złości, zwiększona drażliwość;
- ✓ trudność w radzeniu sobie z codziennymi czynnościami, które wcześniej nie sprawiały kłopotu;
- ✓ trudność w podejmowaniu decyzji, kłopoty z pamięcią i koncentracją uwagi;
- ✓ spowolnienie myślenia, mówienia lub poruszania się;
- ✓ zmniejszenie zainteresowania sprawami innych osób, unikanie kontaktu z ludźmi;
- ✓ brak apetytu i spadek masy ciała lub odwrotnie, zwiększenie łaknienia i przybranie na wadze (co najmniej 2 kg w przeciągu ostatniego miesiąca);
- ✓ zaburzenia snu, m.in. trudność z zasypianiem, przedwczesne budzenie się;

- ✓ zwiększona męczliwość, ciągłe poczucie wyczerpania fizycznego, codzienne czynności wymagają większego wysiłku, niż dotychczas;
- ✓ myśli samobójcze.

Poza opisanymi wyżej objawami osoby chore na depresję mogą również odczuwać bóle głowy albo inne trudne do wyjaśnienia dolegliwości fizyczne. Nierzadko w parze z depresją idzie przeżywanie lęku, które może charakteryzować się odczuwaniem duszności, ucisku w klatce piersiowej, obawą przed samodzielnym wyjściem z domu.

Opiekun osoby niesamodzielnej może mieć trudność z dostrzeżeniem części z opisanych wyżej symptomów, ponieważ odnoszą się one do strefy przeżyć wewnętrznych człowieka. Natomiast zauważenie kilku symptomów fizycznych (np. zmiana wagi, zaburzenia snu), społecznych (wycofanie się z kontaktów), motywacyjnych (utrata zainteresowań) czy poznawczych (zaburzenia uwagi, pamięci, trudności z podejmowaniem decyzji) może być podstawą do rozmowy z osobą, którą zajmuje się opiekun oraz rozważenie możliwości kontaktu z psychiatrą czy psychologiem poprzez umówienie się na wizytę do Poradni Zdrowia Psychicznego.

Jakie mogą być przyczyny depresji?

Depresja może wystąpić bez wyraźnych przyczyn zewnętrznych. Wówczas ma podłoże biologiczne. Odpowiedzialne za ten stan mogą być czynniki genetyczne, zmiany w mózgu, przewlekłe choroby. Innym rodzajem depresji jest depresja reaktywna. W tym przypadku objawy rozwijają się w odpowiedzi na niekorzystne z punktu widzenia chorego czynniki zewnętrzne, przykładowo osamotnienie, utratę pracy, utratę samodzielności. W praktyce rzadko mamy do czynienia z osobnymi postaciami depresji uwarunkowanej biologicznie albo środowiskowo. Często depresja powstaje na podłożu połączenia tych czynników.

Czemu rozróżnienie przyczyn depresji jest w ogóle istotne? Pozwala na celowaną pomoc pacjentom. Osoby chorujące na depresję z przyczyn biologicznych będą wymagały przede wszystkim wizyty u psy-

chiatry i ustawienia leczenia farmakologicznego. Z kolei w przypadku depresji reaktywnej same leki mogą nie wystarczyć. Potrzebna okazać się może także psychoterapia skierowana na poradzenie sobie z trudnościami leżącymi u podstaw obniżenia nastroju.

Kiedy udać się po pomoc do lekarza?

O tym czy mamy do czynienia z depresją decyduje nasilenie objawów, długość ich trwania oraz wpływ na funkcjonowanie człowieka w życiu codziennym. Konsultacja psychiatryczna jest wskazana, kiedy wyżej opisane objawy o niewielkim czy umiarkowanym nasileniu utrzymują się przez 2-4 tygodnie. W przypadku nasilonych objawów depresji i poważnych zaburzeń w zakresie wykonywania codziennych obowiązków (higiena osobista, jedzenie, praca, obowiązki rodzinne) warto udać się do lekarza wcześniej. Jeśli objawy depresji utrzymują się przez kilka dni ale pojawiają się często i regularnie, np. co miesiąc, wówczas również należy zgłosić się do Poradni Zdrowia Psychicznego. Szczegóły możliwości uzyskania pomocy – miejsca, procedury, rodzaje interwencji – są opisane w dalszej części rozdziału.

Problem pacjenta

Utrata woli życia

Moja Mama całe życie bardzo ciężko pracowała aby samotnie wychować dwoje dzieci. Dzielnie radziła sobie z przeciwnościami losu, ale wyczekiwała i ciągle martwiła się, że nie doczeka upragnionej emerytury. Kiedy wreszcie przestała pracować zawodowo straciła całkowicie motywację do działania i zaszły w jej zachowaniu bardzo niepokojące zmiany. Siedzi w mieszkaniu w palcie, bo nie chce się jej napalić w piecu. Telewizor gra całą dobę, bo aby go wyłączyć trzeba wstać i nacisnąć guzik. Całymi tygodniami nie myje się, nie czesze, nie sprząta. Nigdzie nie wychodzi. Mówi, że życie to dla niej

zbyt wielki wysiłek przekraczający siły. Najwyraźniej popadła w jakąś depresję, tylko jak ją z tego marazmu wyrwać?

Opisana wyżej historia jest prawdopodobnie przypadkiem przetrwałej reakcji adaptacyjnej, która wobec braku odpowiedniej interwencji mogła rzeczywiście zamienić się w zaburzenie psychiczne o charakterze depresji. Jak rozumieć to co się stało z mamą jednej z naszych kursantek? Każdemu z nas przydarzają się istotne zmiany życiowe, np. zmiana pracy, zmiana miejsca zamieszkania, przejście na emeryturę, zapadnięcie na przewlekłą chorobę, utrata bliskiej osoby. Czasem jesteśmy przygotowani na te zmiany, innym razem przychodzą zupełnie nieoczekiwanie. Tak czy inaczej w tych trudnych momentach życiowych jesteśmy szczególnie podatni na obniżenie nastroju.

Warto nadmienić, że przeżywanie negatywnych uczuć w sytuacjach kryzysowych jest rzeczą normalną, wręcz zdrową. Dlatego nie należy się obawiać chwilowo występującego smutku czy obniżenia motywacji do działania tuż po zaistnieniu takiej sytuacji. Jednak przedłużające się obniżenie nastroju, brak motywacji do wyjścia z tej sytuacji, ograniczenie kontaktów społecznych mogą wskazywać na wystąpienie chronicznej reakcji kryzysowej/adaptacyjnej i prowadzić to takich zaburzeń jak m.in. depresja. Jeśli widzimy, że bliska nam osoba nie radzi sobie ze zmianą otaczającej jej rzeczywistości, przeżywa opisane w powyższym rozdziale objawy depresji albo lęk i ten stan utrzymuje się od co najmniej 2-4 tygodni, należy zgłosić się do Poradni Zdrowia Psychicznego. Według obowiązującego systemu skierowanie do psychiatry nie jest konieczne, dlatego też można umówić się na wizytę do psychiatry dzwoniąc bezpośrednio do rejestracji Poradni Zdrowia Psychicznego. Listę placówek świadczących usługi w ramach NFZ znajdziemy na stronie internetowej kolejki.nfz.gov.pl po wpisaniu hasła Poradnia Zdrowia Psychicznego oraz wybraniu interesującej nas miejscowości.

Jaka może być rola opiekuna w podobnej sytuacji? Przede wszystkim dostrzeżenie stanu obniżonego nastroju, zmotywowanie osoby, u której podejrzewamy wystąpienie zaburzeń depresyjnych do kontaktu z lekarzem, motywowanie chorego w trakcie leczenia do jego kontynuacji. Istotnym wsparciem, zwłaszcza w początkowym okresie

po zaistnieniu sytuacji kryzysowej, może być także rozmowa z chorym, stworzenie przestrzeni do wyrażenia negatywnych uczuć. Nie należy obawiać się negatywnych odczuć czy karcić chorego za ich przeżywanie. Kiedy chory dzieli się swoimi negatywnymi emocjami i odczuciami nie należy udzielać komentarzy oceniających, zapewniać chorego o tym, że wszystko będzie dobrze czy zachęcać go do zaniechania tych odczuć. Możliwość swobodnego wyrażenia podobnych emocji może przynieść choremu ulgę. Kolejnym krokiem może być wspólne zaplanowanie dalszych działań skierowanych na leczenie czy społeczną adaptację do nowej rzeczywistości oraz wspieranie (nie wyręczanie) chorego w jego stopniowej realizacji.

Jakie są rodzaje pomocy dla osób chorujących na depresję?

Jak wspomniano w powyższej części rozdziału, depresja może mieć różne przyczyny stąd wymagać może też różnych form pomocy. Pomoc psychiatryczna oraz leczenie farmakologiczne, czyli przyjmowanie przepisanych przez psychiatrę leków, jest często pierwszym niezbędnym krokiem w leczeniu depresji, zwłaszcza jeśli mówimy o rodzaju depresji uwarunkowanej przede wszystkim biologicznie. Pomaga walczyć z objawami depresji, czyli obniżonym nastrojem. Nie eliminuje jednak przyczyn choroby, jeśli ma ona podłoże reaktywne/środowiskowe.

Pomoc psychoterapeutyczna czy psychologiczna pomaga odkryć przyczyny obniżonego nastroju. Skierowana jest także na próbę rozwiązania trudności leżących u podstaw depresji, dostrzeżenie schematów naszego codziennego funkcjonowania, które mogły doprowadzić do depresji, pomóc w radzeniu sobie z jej skutkami. Psycholog może pomóc pacjentowi w rozpoznaniu stanu obniżonego nastroju, nazwaniu towarzyszących jemu odczuć. Często już zdiagnozowanie choroby oraz świadomość tego, że jest ona uleczalna może być dużym wsparciem dla osoby cierpiącej na depresję. Psychoterapia zalecana jest osobom cierpiącym na reaktywną formę depresji.

Gdzie szukać pomocy?

Poniżej opisane są świadczenia dostępne w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Podane są także dane kontaktowe bezpłatnych telefonicznych linii zaufania.

Telefon zaufania

Jedną z form pomocy osobom borykającym się z zaburzeniami nastroju jest możliwość skorzystania z telefonów zaufania. Pod telefonem dyżurują zazwyczaj lekarze bądź psychologowie. Udzielają oni informacji na temat choroby, odpowiadają na pytania dzwoniących dotyczące objawów występujących u nich albo ich bliskich. Rozmowa ze specjalistami udzielającymi porad w ramach telefonu zaufania może pomóc przekonać się w konieczności wizyty u lekarza, a więc może być pierwszym krokiem w uzyskaniu profesjonalnej pomocy.

Zadzwoić mogą zarówno osoby, które podejrzewają, że mogą mieć depresję, bliscy osób chorych, jak również osoby ze zdiagnozowanymi zaburzeniami nastroju, które poszukują wsparcia w trakcie leczenia.

Lista telefonów zaufania

Organizacja	Numer telefonu	Godziny pracy
Antydepresyjny telefon zaufania Fundacji ITAKA	22 654 40 41	Poniedziałki w godz. 17.00-20.00
Antydepresyjny telefon Forum Przeciw Depresji	22 594 91 00	Środy oraz czwartki od 17.00 do 19.00
Infolinia przeznaczona dla osób z problemami psychicznymi lub ich rodzin (pod patronatem PTP)	22 885 84 83	Od poniedziałku do piątku w godzinach 11.00-19.00
Telefon Zaufania dla Osób Dorosłych w Kryzysie Emocjonalnym	116 123	Od poniedziałku do piątku w godz. 14.00-22.00
Fundacja „Nagle Sami” . Bezpłatna linia wsparcia dla osób po stracie bliskich	800 108 108	Od poniedziałku do piątku w godz. 14.00 -20.00
Ośrodek Interwencji Kryzysowej ADAMUS	22 855 44 32	Od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 – 20.00

Dane zawarte w powyższej tabeli są aktualne na moment przygotowania poradnika, natomiast z czasem mogą ulec zmianom. Rekomendujemy zweryfikować dane bezpośrednio na stronach internetowych wymienionych organizacji.

Poradnie Zdrowia Psychicznego

Leczenie depresji jest procesem. Nie może ograniczyć się do jednej wizyty u psychiatry bądź psychologa. Proces leczenia zaczyna się od postawienia właściwej diagnozy, zweryfikowania możliwych przyczyn choroby oraz towarzyszących czynników ryzyka. Najpowszechniej dostępnymi ośrodkami pomocy są Poradnie Zdrowia Psychicznego. W ramach Narodowego Funduszu Zdrowia w Poradni Zdrowia Psychicznego przyjmują psychiatry, psycholodzy oraz psychoterapeuci. Proces diagnozy warto zacząć od wizyty u psychiatry, który oceni stopień natężenia objawów oraz zaleci konkretne formy pomocy, a mianowicie zaproponuje konkretne leki albo/i wizyty u psychologa, czy podjęcie psychoterapii.

Farmakologiczne leczenie depresji wymaga stałej kontroli lekarza. A więc kolejnym krokiem powinny być stałe wizyty kontrolne najlepiej u tego samego specjalisty. Pozwoli to zweryfikować skutki leczenia, na bieżąco monitorować stan chorego oraz, w razie potrzeby, zmodyfikować leczenie. Modyfikacja leczenia może być istotna z uwagi na różne grupy leków dostępne na rynku oraz różną reakcją na nich poszczególnych pacjentów. A więc może się okazać, że zanim uda się dobrać odpowiednie leczenie (czyli dające najmniejszą ilość skutków ubocznych przy najlepszym efekcie terapeutycznym) minie nawet kilka miesięcy.

Jak dostać się na wizytę do psychiatry w Poradni Zdrowia Psychicznego?

Skierowanie do psychiatry nie jest wymagane wobec obowiązującego systemu prawnego. Natomiast obowiązuje skierowanie do psychologa. Po pierwszej wizycie u psychiatry w Poradni Zdrowia Psychicznego lekarz zazwyczaj proponuje wizytę u psychologa,

jeśli widzi taką konieczność po przeanalizowaniu stanu pacjenta. Niemniej, jeśli czujemy, że potrzebujemy dodatkowego wsparcia, warto podczas pierwszej wizyty u psychiatry zapytać o możliwość wystawienia skierowania również do psychologa.

Jak i w przypadku wizyt u psychiatry, kontakt z psychologiem powinien być ciągły, aby mógł doprowadzić do poprawy stanu pacjenta. Po otrzymaniu skierowania do psychologa należy zapisać się na pierwszą wizytę również w ramach Poradni Zdrowia Psychicznego. Podczas pierwszej konsultacji psycholog oceni stan pacjenta oraz zaproponuje ramy współpracy (częstotliwość oraz terminy wizyt).

Gdzie szukać placówek przyjmujących na NFZ?

Pomocna jest strona internetowa **kolejki.nfz.gov.pl**. Po wejściu na stronę należy wpisać hasło „Poradnia Zdrowia Psychicznego” w pasku oznaczonym pytaniem „jakiego świadczenia szukasz?”. Następnie należy wybrać interesujące nas województwo oraz wpisać nazwę miejscowości w odpowiednio oznaczonych rubrykach. Po wpisaniu tych danych oraz wciśnięciu przycisku „sprawdź czas oczekiwania” zostaną wyświetlone nazwy oraz dane kontaktowe wszystkich dostępnych w wybranym regionie Poradni Zdrowia Psychicznego (publicznych oraz niepublicznych) mających kontrakt z NFZ. Strona kolejki.nfz.gov.pl umożliwia także sprawdzenie szacowanego czasu oczekiwania na wizytę.

Zespoły Leczenia Środowiskowego

Jest to forma leczenia, która może odbywać się w trybie wizyt domowych. Zazwyczaj dedykowana jest pacjentom, którzy już odbyli hospitalizację na oddziale psychiatrycznym ale także osobom, które mają problemy ze swobodnym poruszaniem się, a opieka nad nimi jest sprawowana w domu.

Zespoły Leczenia Środowiskowego (ZLS) składają się zazwyczaj z lekarza psychiatry, psychologa, pielęgniarki. Czasem w zespole są także pracownicy socjalni oraz psychoterapeuci. Kwalifikacja do leczenia w ramach ZLS odbywa się przez lekarza psychiatrę. Lista placówek,

świadczących usługi leczenia środowiskowego dostępna jest na stronie internetowej kolejki.nfz.gov.pl po wpisaniu hasła „zespół leczenia środowiskowego” oraz wybraniu interesującej nas miejscowości.

Oddziały Dienne Psychiatryczne

Pomoc Psychiatrycznego Oddziału Dziennego skierowana jest do osób nie wymagających hospitalizacji, czyli radzących sobie w warunkach domowych, ale wymagających intensywniejszej pomocy niż cykliczne wizyty u psychiatry czy psychologa w Poradni Zdrowia Psychicznego. Oddział Dzienny oferuje najczęściej połączenie farmakoterapii z psychoterapią. Pobyt na Oddziale Dziennym zaczyna się od godzin porannych i trwa do godzin południowych po czym pacjenci wracają do swoich domów. Długość leczenia najczęściej zależy od nasilenia trudności pacjenta.

Do przyjęcia na Oddział Dzienny Psychiatryczny wymagane jest skierowanie od lekarza. Może ono być wystawione np. podczas pierwszej wizyty u psychiatry w Poradni Zdrowia Psychicznego.

Lista Psychiatrycznych Oddziałów Dziennych dostępna jest na stronie internetowej kolejki.nfz.gov.pl po wpisaniu hasła „Oddział Dzienny Psychiatryczny” oraz wybraniu interesującej nas miejscowości.

Rola opiekuna w leczeniu depresji

Warto pamiętać, że takie symptomy choroby jak bezsilność, utrata wiary w możliwość poprawy mogą powodować niechęć chorego do kontynuacji terapii. Ponadto osoby stosujące farmakoterapię w leczeniu depresji mogą odczuć pierwsze oznaki działania leku dopiero po 2 – 3 tygodniach od rozpoczęcia jego stosowania. Z kolei przerwanie leczenia bez porozumienia z lekarzem może skutkować nawrotem objawów. W związku z powyższym niezwykle istotna staje się rola opiekuna jako osoby, która może zachęcać podopiecznego do kontynuacji leczenia oraz pomagać w przestrzeganiu harmonogramu przyjmowania leków.

Problem pacjenta

Wygląda śmierci

U mojego ojca zdiagnozowano raka prostaty. Lekarz przedstawił dość optymistyczną ścieżkę leczenia i rehabilitacji rokującą jeszcze długie lata życia, ale mój ojciec nie chce słyszeć ani o operacji, ani o leczeniu tylko szykuje się na śmierć.

Sprzedał samochód, rozdziela majątek, załatwia miejsce na cmentarzu, szykuje ubranie, wybiera nawet trumnę i zamawia pomnik, bo twierdzi, że rodzina pochowa go w byle czym i byle gdzie.

Skupia się więc wyłącznie na organizacji i przygotowaniu swojego godnego odejścia.

Jak namówić ojca do poddania się operacji i dalszej terapii?

Opisana wyżej sytuacja może być próbą poradzenia sobie z trudną diagnozą. W końcu nawet mimo pozytywnych rokowań, w świadomości większości z nas choroba onkologiczna kojarzy się z chorobą terminalną. W przypadku podobnej diagnozy każdy reaguje inaczej. Nie wiadomo jaką wizję swojej choroby i przyszłości miał ojciec jednej z naszych kursantek. Warto pamiętać, że nasza reakcja jako bliskich czy opiekunów może istotnie się różnić od postrzegania tej samej sytuacji przez chorego. Warto więc rozmawiać o diagnozie z chorym, spróbować dowiedzieć się jaki ma odbiór sytuacji. Poza rozmową chorego z bliskimi, pomocna może okazać się wizyta u psychologa, który jest w stanie zdiagnozować oraz pokazać choremu ewentualne błędy w jego myśleniu. Czasem pomocna może być wnikliwa rozmowa z lekarzem, który wytłumaczy możliwe następstwa leczenia oraz jego braku, odpowie na nurtujące pacjenta pytania, przedstawi dokładną wizję procesu leczenia oraz rehabilitacji, pomoże zaplanować leczenie.

Warto dodać, że pacjentom, w sumie nam wszystkim, niezwykle ciężko jest poradzić sobie z tym, że na wiele rzeczy w życiu nie mamy wpływu. Zdarzają się, kiedy ich nie planujemy. Zwłaszcza choroby.

Wydaje się, że bohater przytoczonej historii mógł mieć potrzebę przejścia kontroli nad sytuacją. Szczegółowe planowanie pogrzebu mogło być dla niego sposobem na poradzenie sobie ze stresującą sytuacją nagłej utraty kontroli nad swoim życiem.

Problem pacjenta

Jak złagodzić skutki diagnozy?

Panuje powszechne przekonanie, że silna psychika pacjenta to jeden z głównych czynników sukcesu w walce z chorobą, ale jak ją wzmocnić w obliczu druzgocącej diagnozy medycznej, cierpienia, trudów terapii?

Lekarka badająca mojego męża beznamyślnie, znudzonym wręcz opryskliwym głosem poinformowała go, że ma raka.

Taka diagnoza to szok dla każdego pacjenta, mogący wywołać załamanie nerwowe, depresję, a nawet próby samobójstwa.

Jak rozmawiać z chorym o takiej diagnozie, jak wesprzeć go w procesie walki z chorobą, przekonać o konieczności maksymalnej mobilizacji, zachęcić do terapii, rehabilitacji.

Podobna diagnoza oznacza istotną zmianę w dotychczasowym życiu i może wiązać się z przeżyciem dużego stresu. Aby ułatwić choremu przejście przez tę zmianę i zaadaptować się do niej warto pamiętać o kilku krokach. Po usłyszeniu wstępnej diagnozy warto zebrać rzetelne informacje na jej temat, na temat rokowań oraz możliwego leczenia. Dalej warto wesprzeć chorego we wspólnym ustaleniu planu dalszych działań (jeśli wymagana – dalsza diagnostyka, rehabilitacja, leczenie, przyszłość zawodowa, ale też ewentualne uporządkowanie spraw majątkowych). Zebranie informacji oraz przygotowanie planu działań może pomóc choremu (oraz jego rodzinie) niwelować lęk przed nieznanym, powstający w nowej sytuacji.

Istotne jest bycie przy chorym, bieżące jego wspieranie, dawanie możliwości wyrażania swoich uczuć bez ich oceny.

Nie należy podejmować działań skrajnych, np. nieustannych wizyt u kolejnych lekarzy w celu pozyskania informacji czy ciągłego działania bez chwili na refleksję i wyrażenie uczuć.

Na drugim biegunie są ciągłe rozmowy dotyczące nastroju chorego, diagnozy, traktowanie chorego jak niepełnosprawnego. Opiekun może być na co dzień dostępnym do rozmów o uczuciach, być wrażliwym ale nie wyręczać chorego, pamiętać o swoim komforcie psychicznym, dzieleniu się obowiązkami dotyczącymi opieki nad chorym z rodziną, przyjaciółmi.

Warto, aby opiekunowie widzieli przez jakie etapy godzenia się z podobną diagnozą mogą przechodzić ich podopieczni. Pierwszą reakcją może być „zaprzeczanie” nie dopuszczanie do siebie świadomości choroby. Kolejnym – złość, gniew, bunt wobec rzeczywistości. Dalej nastąpić może „targowanie się”, prowadzenie wewnętrznego dialogu, w którym chory wyraża nadzieję na poprawę, obiecuje sobie, że np. zostanie lepszym człowiekiem, jeśli uda się jemu pokonać chorobę. Po „targowaniu się” nastąpić może etap rezygnacji, towarzyszyć jemu będzie smutek, a nawet rozpacz. Ostatni etap to akceptacja rzeczywistości, dająca możliwość przystosowania się do nowej sytuacji.

Jak przewlekły stres związany z opieką nad chorym może wpłynąć na opiekuna?

Rola opiekuna jest obciążająca nie tylko fizycznie i materialnie ale również psychicznie. Bezgraniczne, długotrwałe poświęcenie obowiązkom opiekuńczym wobec osób niesamodzielnych może doprowadzić do fizycznego, psychicznego oraz emocjonalnego wyczerpania opiekuna, a nawet depresji. Opisany wyżej stan nazywany jest zespołem stresu opiekuna. Początkowo objawiać się może lękiem wobec nowej dla opiekuna roli, poczuciem osamotnienia w tej nieznannej dotąd sytuacji, poczuciem przytłoczenia ciężarem oraz ilością nowych obowiązków, bezsilności. Opiekunowie mogą odczuwać nieadekwatne do sytuacji wyrzuty sumienia

(„daję z siebie za mało”). Z czasem stają się jednak coraz bardziej wycofani, apatyczni.

Później pojawić się może drażliwość, irytacja, złość oraz szereg objawów somatycznych: poczucie ciągłego zmęczenia, bóle w obrębie całego ciała, trudności ze snem, zaburzenia uwagi, zaburzenia łaknienia. Przewlekły stres oraz odczucie ciągłego napięcia psychicznego mogą w efekcie doprowadzić do rozwoju objawów depresji albo uzależnień (np. od alkoholu) u opiekunów.

Jak radzić sobie z objawami stresu związanego z opieką nad osobą niesamodzielną?

Warto pamiętać, że rola opiekuna nie jest pracą całodobową. Aby skutecznie pomagać swoim podopiecznym, opiekun powinien przede wszystkim zadbać o swoje zdrowie oraz komfort psychiczny. **Podstawową zasadą przy opiece nad osobami niepełnosprawnymi jest podział obowiązków**, który powinien być ustalony już przy rozpoczęciu sprawowania opieki. Warto zwrócić się po pomoc do swojego otoczenia. Mowa tu m.in. o rodzinie, sąsiadach, znajomych. Przyjmowanie postawy samodzielnego i samowystarczalnego opiekuna jest bardzo istotnym błędem wielu opiekunów. Izoluje też chorego od szerszych kontaktów społecznych. Jak najbardziej wskazane jest dzielenie się informacjami o chorobie z osobami ze swojego otoczenia oraz **przyjmowanie proponowanej pomocy**, nawet jeśli ma ona być doraźna albo polegać tylko na wysłuchaniu problemów chorego czy opiekuna.

Pomocy należy także szukać w grupach wsparcia dla opiekunów osób niepełnosprawnych. Oferują one zazwyczaj m.in. wsparcie psychologiczne, warsztaty relaksacyjne, warsztaty pracy ze stresem.

Spotkania z osobami borykającymi się z podobnymi problemami służą także wymianie doświadczeń, pomagają rozładować napięcie, zmienić otoczenie. Grup wsparcia można szukać poprzez wyszukiwarki internetowe. Powstają w ramach różnych projektów społecznych, przy szpitalach czy Domach Pomocy Społecznej.

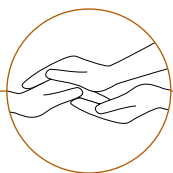
Warto także pamiętać o cyklicznych wizytach kontrolnych u lekarza. Jeśli odczuwamy dolegliwości, należy zgłosić się z nimi do lekarza, nie zwlekając oraz nie wymawiając się koniecznością opieki nad chorym.

Należy także dbać o aktywność fizyczną, odpowiednią dawkę odpoczynku.

Warto też pamiętać, że nie jesteśmy w stanie pomóc każdemu. Ponadto, zaawansowane stadia niektórych chorób często wymagają całodobowej opieki lekarskiej np. w Zakładach Opiekuńczo-Lecznicznych, a próby radzenia sobie w warunkach domowych mogą czasem tylko pogorszyć stan chorych. Warto więc adekwatnie przeanalizować dostępne możliwości przed podjęciem opieki oraz w trakcie jej sprawowania.

O AUTORCE

Hanna Grygarowicz – psycholog, absolwentka Uniwersytetu Warszawskiego. Obecnie pracuje jako psycholog w Zespole Oddziałów Neurologii Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego. Posiada doświadczenie w diagnozie, rehabilitacji oraz prowadzeniu badań naukowych z udziałem pacjentów z zaburzeniami poznawczymi oraz psychicznymi. Kwalifikacje zdobywała m.in. w Akademickim Ośrodku Psychoterapii, na praktykach i stażach w Instytucie Psychiatrii i Neurologii oraz w Szpitalu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Swoje kompetencje zawodowe podnosi szkoląc się ciągle, m.in. z zakresu zagadnień neuropsychologicznych i biorąc udział w szkoleniach organizowanych przez Sopotkie Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej. Obecnie znajduje się także w trakcie, rekomendowanego przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne, szkolenia z zakresu psychoterapii w Krakowskim Centrum Psychodynamicznym.



dr Maria Kłoda

Rozdział 3.

**Pomagaj tak dużo na ile jest to konieczne,
tak mało, jak tylko jest to możliwe.**

Wspieraj i dbaj, ale nie wyręczaj.

Kiedy pojawia się w rodzinie niesamodzielność lub niepełnosprawność członka rodziny, oznacza to często konieczność dokonania dużych zmian w jego otoczeniu. Mieszkanie robi się zbyt ciasne, dostrzegamy w nim bariery architektoniczne, niebezpieczne dla chorego meble lub bibeloty, brak miejsca dla sprzętu rehabilitacyjnego, zbyt ciasną łazienkę do manewrowania wózkiem inwalidzkim i wiele innych trudności wynikających ze specjalnych potrzeb bytowania samego chorego, a także sprawowania nad nim opieki, czynności pielęgnacyjnych, higienicznych i rehabilitacji.

Jak urządzić mieszkanie/dom?

Aby zapewnić przewlekle choremu leżącemu w łóżku jak najlepsze warunki do rekonwalescencji, odpoczynku i życia, warto przeznaczyć dla niego jeden oddzielny pokój w mieszkaniu/domu. Jeśli nie jest to możliwe, trzeba wydzielić miejsce oddzielone od reszty pomieszczenia parawanem lub zasłonką, co zapewni spokój i intymność, np. podczas zabiegów pielęgnacyjnych czy rehabilitacyjnych. Pokój chorego powinien być utrzymywany w temperaturze 18 – 20° C, często wietrzony, by zapewnić dopływ świeżego powietrza, i codziennie sprzą-

tany. Wielu chorych nie toleruje mocnego światła, dlatego na oknach koniecznie trzeba zamontować rolety lub żaluzje, albo przynajmniej powiesić gęste firany, które ograniczą nasłonecznienie, a w lampach: nocnej i sufitowej wkręcić żarówki o niezbyt dużej mocy.

Jaki sprzęt powinien znaleźć się w pokoju chorego?

- ✓ łóżko – najlepsze jest typu szpitalnego, czyli dzielone na trzy („łamane” pod różnymi kątami przy zagłówku i kolanach), wykonane z lekkich materiałów, wysokie (z możliwością regulacji), na kółkach (aby można było łatwo je przesuwac), z barierkami. (Ryc. 1) Najważniejszym elementem w wyposażeniu łóżka dla chorego długo leżącego jest materac przeciwodleżynowy albo jednocześnieowy, elastyczny (np. z gąbki) o falistej powierzchni (Ryc. 2),



Ryc. 1. Łóżka ortopedyczne



Ryc. 2. Materace przeciwodleżynowe

Do potrzeb chorego można też dostosować zwykłe, domowe łóżko. Powinno mieć wymiary: długość ok. 190 – 200 cm, szerokość min.

90 cm i wysokość 65 – 70 cm. Ten ostatni parametr można wyregulować, podsuwając pod łóżko drewniane klocki, cegły, pustaki.

Z kolei barierki można zastąpić wykonaną przez ślusarza lekką siatką, zagłówek – kocami złożonymi w kostkę lub drewnianym klinem (obciążonym cienką warstwą gąbki zmiękczającej i materiałem) lub z gąbki o gęstej fakturze, a tzw. lejce lub drabinkę, które pomagają choremu podciągnąć się na łóżku lub wykonać proste ćwiczenia usprawniające – taśmą wykorzystywaną w pracach remontowych z uformowanym uchwytem. Łóżko należy ustawić z daleka od okna, aby nie narażać chorego na bezpośrednie działanie powietrza. Dla usprawnienia czynności wykonywanych przy chorym powinniśmy zapewnić dostęp do łóżka przynajmniej z dwóch stron.

- ✓ Stolik nocny (na leki, napoje, telefon, pilota, dzwoneczek, którym chory będzie mógł wezwać pomoc itp.) – niezbyt duży i ustawiony tak, aby chory mógł do niego sięgnąć (Ryc. 3).



Ryc. 3. Stoliki nocne

- ✓ Szafka na rzeczy osobiste (książki, gazety, płyty, telefon, dokumenty, grzebień, kosmetyki itp.) – najlepiej by była z zamykaną szufladką i ustawiona w wygodnym miejscu, nieograniczającym dostępu do łóżka.
- ✓ Fotel z wysokim siedziskiem, podnóżkiem, zagłówkiem i poręczami,
- ✓ Telewizor – ustawiony na wprost łóżka chorego i na takiej wysokości, aby nie musiał on zbyt mocno zadzierać lub obniżać głowy.
- ✓ Pulpit z regulowaną wysokością i kątem ustawienia, który ułatwi pisanie, czytanie albo obsługę laptopa (Ryc. 4).



Ryc. 4. Pulpit z regulowaną wysokością

- ✓ Wózek toaletowy (wózek inwalidzki, w którego siedzisku wmontowany jest specjalny pojemnik na odchody oraz zamykająca go klapka) (Ryc. 5) lub stołeczek na basen (basen i tzw. kaczka, z której korzystają panowie – najlepiej plastikowe, bo zachowują stałą temperaturę, nigdy nie powinny stać na podłodze, aby znajdujące się tam zarazki nie zainfekowały dróg moczowych pacjenta; oba przedmioty należy po każdym użyciu opróżnić i dokładnie umyć).



Ryc. 5. Wózki toaletowe

Jakich reguł dotyczących tzw. „ergonomii opieki” należy przestrzegać przy pielęgnowaniu chorych leżących?

- ✓ podczas pracy oszczędzać kręgosłup (prawidłowa postawa, pewne oparcie się o podłogę, kręgosłup wyprostowany, kończyny dolne ugięte w stawach biodrowych i kolanowych),
- ✓ wskazanym jest praca we dwoje i w sposób uporządkowany,
- ✓ zachęcać chorego do współdziałania,
- ✓ gdy jest to możliwe, stosować urządzenia pomocnicze do podnoszenia,
- ✓ działać zgodnie z zasadami kinestezji.

Opiekunowie i goście chorego powinni przestrzegać zasad higieny – myć ręce wodą z mydłem przed i po wizycie, wkładać fartuch ochronny itp. Organizm chorego leżącego jest zwykle dość osłabiony przez co bardziej podatny na zakażenie wszelkiego rodzaju bakteriami przenoszonymi na ciele lub ubraniu. Chorego nie powinny też odwiedzać osoby chore.

Jakie są przyczyny długotrwałego unieruchomienia?

Lista schorzeń, które mogą skazać bliską nam osobę na wielotygodniowe, a nawet wieloletnie przebywanie w łóżku jest bardzo długa. Należą do nich m.in.:

- ✓ przewlekłe schorzenia, które ograniczają aktywność fizyczną i psychiczną człowieka (np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane),
- ✓ stany pourazowe (unieruchomienie zewnętrzne jako metoda leczenia),
- ✓ choroby neurologiczne (np. udar niedokrwienny mózgu),
- ✓ postępujący proces starzenia się organizmu człowieka.

Osoba, która z powodu następstw choroby, urazu lub wady wrodzonej nie może samodzielnie przyjąć pozycji siedzącej i opuścić łóżka nazywana jest osoba leżącą. Brak aktywności ruchowej stanowi przyczynę wielu poważnych problemów zdrowotnych mogących doprowadzić do śmierci.

Jakie są skutki długotrwałego unieruchomienia?

1. Niewydolność układu sercowo-naczyniowego

- zmniejszenie krwi krążącej,
- obniżenie pojemności wyrzutowej serca,
- wzrost ryzyka niedokrwienia mięśnia sercowego,
- zastój krwi żyłnej,
- wzrost krzepliwości krwi i tendencja do zakrzepicy żył głębokich,
- niedociśnienie ortostatyczne,
- wzrost ryzyka ciśnienia tętniczego,

- zwiększenie ryzyka miażdżycy tętnic,
- zmniejszenie liczby erytrocytów i hemoglobiny co prowadzi do anemii,
- zmniejszenie liczby leukocytów co prowadzi do spadku odporności i zwiększa podatność na zakażenia.

2. Niewydolność układu oddechowego

- mniejsza ruchomość klatki piersiowej,
- gorsza wentylacja płuc,
- mniejsza zdolność pochłaniania tlenu,
- gorsze utlenienie krwi i tkanek,
- wysokie ustawienie przepony,
- zapalenie płuc,
- niedodma.

3. Niekorzystny wpływ na układ kostno-stawowy

- osteoporoza,
- demineralizacja kości,
- zaniki chrząstki stawowej,
- przykurcze torebek stawowych i więzadeł.

4. Niekorzystny wpływ na mięśnie szkieletowe

- obniżenie siły mięśniowej,
- zaniki mięśni (szczególnie mięśni kończyn dolnych),
- przykurcze mięśni.

5. Niekorzystny wpływ na układ pokarmowy

- zaparcia,
- wzdęcia,
- brak łaknienia.

6. Niekorzystny wpływ na układ moczowy

- nietrzymanie moczu,
- zastój moczu,
- infekcje dróg moczowych.

7. Odleżyny, otarcia, utrata elastyczności skóry, suchość skóry

8. Niekorzystny wpływ na metabolizm

- skłonność do cukrzycy i wzrost insulinooporności,
- spowolnienie metabolizmu,
- nadmierne gromadzenie węglowodanów (otyłość).

9. Niekorzystny wpływ na układ nerwowy

- pogorszenie sprawności psychomotorycznej,
- obniżenie nastroju, rozdrażnienie, depresja,
- zniechęcenie, brak zainteresowań,
- zaburzenie czucia eksteroreceptywnego i proprioceptywnego.

Jakie są następstwa społeczne długotrwałego unieruchomienia?

- ✓ ograniczenie kontaktów towarzyskich, izolacja,
- ✓ ograniczenie dopływu bodźców ze środowiska zewnętrznego,
- ✓ pełne uzależnienie od pomocy innych osób.

AD 1

Jak zapobiegać zakrzepowemu zapaleniu żył?

Jednym z czynników sprzyjających powstawaniu zakrzepowego zapalenia żył jest długotrwałe unieruchomienie w łóżku i wielogodzinne siedzenie w fotelu. Rozwojowi tej choroby zapobiega każde działanie zmierzające do przyspieszenia przepływu krwi w naczyniach żylnych, a więc przede wszystkim aktywność fizyczna.

W profilaktyce zakrzepowego zapalenia żył stosuje się:

- ✓ ćwiczenia kończyn dolnych w celu poprawy krążenia obwodowego,
- ✓ pończochy przeciwżylakowe,
- ✓ częstą zmianę pozycji,
- ✓ wczesne uruchamianie,
- ✓ masaże kończyn dolnych w stronę tułowia, z pomocą szczotki aby pobudzić odpływ krwi żylniej i niwelować jej zastój,
- ✓ wyższe ułożenie kończyn dolnych, jednak bez wałków podkolano-wych, aby nie tamować odpływu krwi żylniej. W przypadku wystąpienia tego objawu zaleca się wyższe ułożenie chorej kończyny, wykonywanie chłodnych okładów.

AD 2

Choremu unieruchomionemu należy zapewnić warunki do właściwej wymiany gazowej w płucach, zapobiegając hipowentylacji

i niedrożności dróg oddechowych. Jednym z najgroźniejszych powikłań u chorych leżących, prowadzącym niejednokrotnie do śmierci, jest zapalenie płuc.

Jakie działania mają zapobiegać hipowentylacji i niedrożności dróg oddechowych?

- ✓ częsta zmiana pozycji (co 2 godziny),
- ✓ układanie głowy chorego ze zwróceniem pod kątem 30° w bok w celu uniknięcia zapadania się języka,
- ✓ nacieranie, oklepywania i masaż klatki piersiowej,
- ✓ ćwiczenia oddechowe, odkasływanie – wykonywane dwa, trzy razy dziennie przez ok. 10 min przed śniadaniem, kolacją lub dwie godziny po posiłkach, nadmuchiwanie balonika, wydmuchiwanie powietrza przez rurkę do pojemnika z wodą, aby woda zabulgotała,
- ✓ zapewnienie właściwego mikroklimatu – wietrzenie trzy razy dziennie pokoju chorego, ćwiczenia oddechowe,
- ✓ prawidłowe odżywianie,
- ✓ właściwe ubieranie.

Jaki jest cel i zasada stosowania fizjoterapii oddechowej?

Ćwiczenia oddechowe prowadzi się w odpowiednich pozycjach ułożeniowych. Dzięki nim można ułatwić bądź utrudnić wdech lub wydech, ustabilizować jedną część klatki piersiowej oraz poprawić ruchomość drugiej, jak również zwiększać udział przepony lub mięśni międzyżebrowych w czasie ćwiczeń. Ma to duże znaczenie dla prawidłowej wentylacji płuc.

Jak poprawnie wykonywać ćwiczenia oddechowe?

Przed przystąpieniem do ćwiczeń oddechowych konieczna jest nauka prawidłowego ich wykonywania. Należy je rozpoczynać od wydechu. Stosunek czasu wdechu wykonywanego zawsze nosem do wydechu przez usta powinien wynosić 1:2, a czasami nawet 1:3. Należy dążyć do maksymalnego wydłużenia czasu wydechu aż do uczucia „braku powietrza”. Podczas wdechu brzuch musi się unosić, a podczas

wydechu zapadać. Dla kontroli prawidłowego wykonywania ćwiczeń można delikatnie układać ręce na klatce piersiowej lub w okolicy nadbrzusza. Można również umieścić przed ustami chorego kawałek ligniny lub waty, który podczas wydechu powinien jak najdłużej się poruszać.

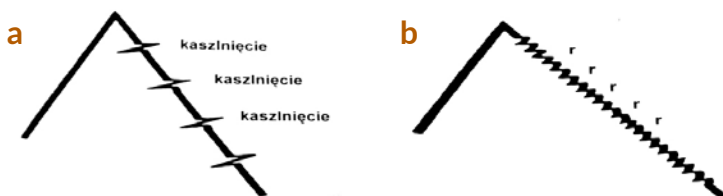
Liczba ćwiczeń oddechowych nie powinna przekraczać 3 – 4 w jednej serii. Zbyt intensywne ich stosowanie może prowadzić do hiperwentylacji, której następstwem mogą być zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej. Lepiej przyjąć zasadę częstego ich powtarzania z mniejszym ich natężeniem.

W zależności od potrzeb stosuje się dodatkowo:

✓ naukę efektywnego kaszlu

- należy wykonać głęboki wdech nosem, a następnie długi, przerywany wydech przez otwarte usta, składający się z kilku etapów krótkiego kaszlu (pokaszliwanie na wydechu) (Ryc. 6a),
- należy wykonać głęboki wdech nosem, a następnie długi wydech, w czasie którego wymawia się „rrrrr”.

Powoduje to szybkie zmiany ciśnienia powietrza w oskrzelach, przenoszące się na ich ściany i wprawiające je w drgania przesuwa-
jące wydzielinę w kierunku tchawicy i jamy ustnej (Ryc. 6b),



Ryc. 6. a) Pokaszliwanie na wydechu b) Wymawianie na wydechu „rrrrr”

✓ oklepywania klatki piersiowej

- oklepuje się obie połowy klatki piersiowej od szczytu płuc, omijając okolicę nerek i kręgosłupa. Przy oklepywaniu ręce ułożone są jak do czerpania wody („w łódkę”) i wykonują ruchy tylko w stawach promieniowo-nadgarstkowych (Ryc. 7). Klatkę piersiową oklepuje się przez kilka minut, a liczba powtórzeń oraz serii zależy od stanu chorego,



Ryc. 7. Oklepywania klatki piersiowej

✓ opukiwanie klatki piersiowej

- klatkę piersiową opukuje się opuszkami palców obu rąk wzdłuż przebiegu żeber od podstawy do szczytu płuc (Ryc. 8),



Ryc. 8. Opukiwanie klatki piersiowej

✓ sprężynowanie klatki piersiowej

- ułożyć chorego w pozycji półleżącej, a swoje obie dłonie ułożyć na dolnych partiach jego klatki piersiowej. W czasie wydechu należy wywierać oburącz ucisk na dolne partie klatki piersiowej i nagle zwolnić ucisk w chwili, kiedy pacjent rozpoczyna wdech (Ryc. 9),



Ryc. 9. Sprężynowanie klatki piersiowej

✓ **masaż wibracyjny**

- klatkę piersiową masuje się obiema rękami wzdłuż przebiegu żeber od podstawy do szczytu płuc, używając techniki głaskania. Masaż ma na celu zmniejszenie nadmiernego napięcia mięśni klatki piersiowej, które ulegają zmęczeniu na skutek zwiększonej pracy oddechowej.

AD 3, 4

Jakie są najczęstsze miejsca powstawania przykurczów mięśniowych i co jest ich przyczyną?

Kończyna dolna

- ✓ ustawienie **stawu skokowo-goleniowego** w zgięciu podszwowym
BŁĄD – brak podparcia stopy pod kątem prostym, brak ćwiczeń
- ✓ **staw biodrowy** – ograniczenie ruchu wyprostu i odwodzenia
BŁĄD – zbyt długie przebywanie w pozycji zgiętego stawu (brak zmiany pozycji), brak klina między nogami, częste skrzyżowanie kończyn dolnych, brak ćwiczeń
- ✓ **staw kolanowy** – przykurcz zgięciowy
BŁĄD – zbyt długie przebywanie w pozycji zgiętego kolana, brak ćwiczeń

Kończyna górna

- ✓ **staw ramienny** – ograniczenie wznosu przez zgięcie i odwodzenia oraz rotacji wewnętrznej

BŁĄD – brak ćwiczeń stawu ramiennego, brak zmiany pozycji

- ✓ **staw łokciowy** – ograniczenie wyprostów

BŁĄD – brak ćwiczeń stawu łokciowego, zła pozycja ułożeniowa kończyny górnej

- ✓ **przykurcz zginaczy palców ręki**

BŁĄD – brak ćwiczeń wyprostów palców, ściskanie piłeczki (Ryc. 10)



Ryc. 10. Nieprawidłowe ułożenie chorego

Jaka jest profilaktyka przeciwprzykurczowa?

Przykurcze mięśniowe są jednym z najcięższych powikłań, ale łatwo poddających się profilaktyce:

- ✓ codziennie kilkakrotnie wykonywać ćwiczenia czynne lub bierne we wszystkich stawach kończyn dolnych i górnych (również ręce i stopy),
- ✓ ćwiczenia samo wspomagane,
- ✓ częsta zmiana pozycji.

Jaki sprzęt jest potrzebny do prawidłowego ułożenia chorego w łóżku?

- ✓ materac przeciwoleżynowy,
- ✓ pomoce-wałki, półwałki, kliny, woreczki z piaskiem, poduszki, koce, kołdry (Ryc. 11),
- ✓ uchwyty usprawniające (pionowe i poziome),
- ✓ barierki boczne,
- ✓ maty poślizgowe, rolki, hamaki i dźwigi (Ryc. 12).



wałki

półwałki

kliny

Ryc. 11. Sprzęt potrzebny do prawidłowego ułożenia chorego w łóżku



Ryc. 12. Podnośnik elektryczny

Jaki jest cel terapii ułożeniowej?

- ✓ zapobieganie deformacjom ciała, odleżynom i przykurczom mięśniowym,
- ✓ regulacja napięcia mięśniowego (właściwe ułożenie miednicy wpływa na stopień napięcia mięśniowego),
- ✓ zapewnienie choremu komfortu,
- ✓ zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa.

Jakie są sposoby układania i zmiany pozycji ciała?

W praktyce wykorzystuje się różne sposoby układania i zmiany pozycji ciała, które mogą być stosowane u większości osób niezdol-

nych do samodzielnego przemieszczania się i w większości schorzeń powodujących długotrwałe unieruchomienie:

- ✓ wszędzie tam, gdzie jest to możliwe ręczne podnoszenia i przemieszczenia chorego należy zastępować metodą przesuwania,
- ✓ w miarę możliwości stosować sprzęt (łatwoślizg), wskazane jest przesuwanie na podkładzie,
- ✓ w przypadku braku innych udogodnień można stosować:
 - mocne prześcieradło lub podkład z materiału, pod które można podłożyć kawałek śliskiego plastiku lub worka z folii, aby zmniejszyć opór spowodowany tarcieniem o podłogę,
 - dwa pasy do podnoszenia chorego, które podkłada się pod uda pacjenta i niższą część pleców – najpierw odwraca się nogi, głowę i ramiona chorego, a następnie trzymając pasy z obu stron.

Przemieszczanie chorego do boku łóżka:

- ✓ leżącemu na plecach choremu ugiąć nogi, stopy oprzeć stabilnie o materac,
- ✓ sprawdzić, czy chory może pomóc przy unoszeniu bioder,
- ✓ usiąść na łóżku obok chorego, włożyć jego kolano (jeśli pomaga) lub kolana (jeśli nie pomaga) pod swoją pachę i zaprzeć się tą samą ręką o stopę, jednocześnie ją docisnąć,
- ✓ nacisnąć na kolana (w tył) powoduje to unoszenie się bioder chorego do góry), drugą ręką chwycić chorego za bok (opierając rękę na miednicy) i odepchnąć jego biodra od siebie,
- ✓ przesunąć barki pacjenta (Ryc. 13).



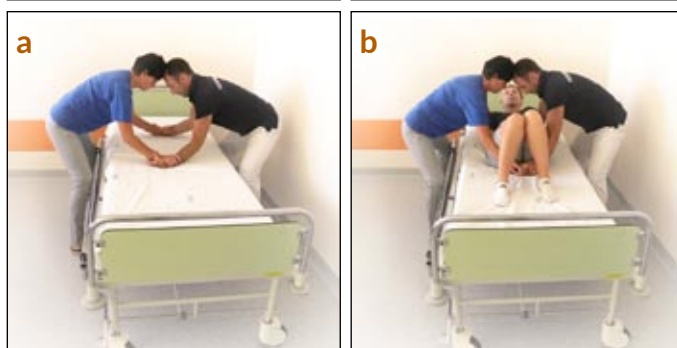
Ryc. 13. Przemieszczanie chorego do boku łóżka

Przemieszczanie chorego w dół i w górę: jeśli chory nie może pomóc, należy skorzystać z pomocy drugiej osoby lub użyć tkaniny/sprzętu do ślizgowego przemieszczania:

- ✓ (2 osoby) wsunąć lewe ręce pod pośladki chorego i spleść je,
- ✓ jedna osoba chwytając chorego prawą ręką pod kolana, druga wsuwa prawą rękę pod jego głowę,
- ✓ poprzez niewielkie uniesienie, jednocześnie przesunąć chorego w dół lub w górę łóżka, jeśli chory jest w stanie pomóc, w tym czasie odpycha się nogami (Ryc. 14, 15,16).



Ryc. 14. Przemieszczanie pacjenta w górę ruchem zygzakowym



Ryc. 15. a) Układ rąk osób przemieszczających chorego b) Czynność przemieszczania w górę



Ryc. 16. Przemieszczanie na podkładzie

Obracanie chorego na boki:

- ✓ leżącemu na plecach choremu ugiąć nogi i oprzeć jego stopy na materacu,
- ✓ chwycić chorego jedną ręką za biodro, przekładając ją przez nogi, a drugą rękę podłożyć pod to samo biodro z tyłu i energicznym ruchem przesunąć chorego do siebie,
- ✓ chwycić chorego w okolicy jego barku i przesunąć tułów,
- ✓ zabezpieczyć pozycję chorego klinami, wałkami, poduszkami (Ryc. 17).



Ryc. 17. Obracanie chorego na bok

W jakich pozycjach należy układać chorego?

Pozycje ułożeniowe są jednym z ważniejszych elementów profilaktyki zmian wtórnych:

Ułożenie tyłem:

- ✓ głowa w przedłużeniu linii tułowia, pod głowę i kark podłożyć poduszkę,
- ✓ kończyny górne lekko odwiedzone,
- ✓ przedramiona i dłonie oparte na klinach lub poduszkach (zapobieganie powstawania obrzęków),
- ✓ kończyny dolne zabezpieczone przed rotacją zewnętrzną,
- ✓ stopy oparte,
- ✓ pod kolanami niewielkie wałki,
- ✓ pod piętami specjalne wałki, kliny albo małe poduszcзки (Ryc. 18a,b).



Ryc. 18. a) Ułożenie na plecach b) Ułożenie na plecach chorego po udarze mózgu

Ułożenie na boku:

- ✓ za plecami klin zabezpieczający przed rotacją tułowia,
- ✓ kończyna górna bliższa (na materacu) wysunięta do przodu,
- ✓ kończyna dolna bliższa wyprostowana w stawie biodrowym i kolanowym,
- ✓ kończyna górna i dolna dalsza oparte na poduszkach (zabezpieczenie przed przywiedzeniem),
- ✓ kończyna górna i dolna dalsza zgięta około 90 stopni w barku, w stawie łokciowym, biodrowym i kolanowym (Ryc. 19a,b).

WAŻNE aby tułów był lekko odchylony do tyłu, chory nie leżał bezpośrednio na barku i nie obciążał centralnie krętarza kości udowej i wyrostka barkowego łopatki



Ryc. 19. a) Ułożenie na boku b) Ułożenie na boku chorego po udarze mózgu

Ułożenie na brzuchu:

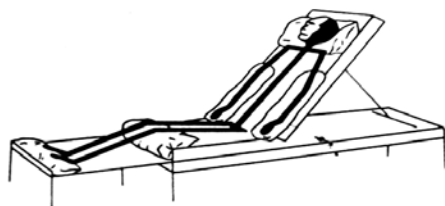
- ✓ głowa zwrócona w bok i zabezpieczona przed uciskiem,
- ✓ ramiona odwiedzone i zrotowane na zewnątrz,
- ✓ dłonie z palcami wyprostowane,
- ✓ pod brzuch poduszka (umożliwia fizjologiczne wygięcie kręgosłupa i zabezpiecza piersi przed uciskiem),
- ✓ stopy ułożone za materac z podparciem (Ryc. 20a,b).



Ryc. 20. a) Ułożenie na brzuchu b) Ułożenie na brzuchu chorego po udarze mózgu

Pozycja „pół leżąc – pół siedząc”,

- ✓ głowa, okolica stawów kolanowych, stóp i kończyny górne podparte na poduszkach (Ryc. 21)



Ryc. 21. Ułożenie w pozycji „pół leżąc – pół siedząc”

W profilaktyce skutków długotrwałego unieruchomienia, głównie w układzie kostno-stawowo-mięśniowym należy jak najwcześniej rozpocząć z chorym ćwiczenia fizyczne. W zależności od stanu klinicznego chorego i jego zaangażowania w terapię należy wykonywać ćwiczenia bierne (ruchy w stawach kończyn chorego wykonuje osoba opiekująca się nim), ćwiczenia czynno-bierne (ruchy w stawach kończyn wykonuje osoba opiekująca się chorym, a zadaniem chorego jest pomoc i zaangażowanie się w ruch), ćwiczenia czynne wolne (chory wykonuje ćwiczenia samodzielnie).

Jak poprawnie wykonywać z chorym ćwiczenia bierne?

- ✓ Pozycją wyjściową dla ćwiczeń ruchów biernych w stawach kończyn dolnych, tułowia oraz głowy i szyi jest pozycja leżąca.
- ✓ U chorych, których stan zdrowia stanowi przeciwwskazanie do opuszczenia łóżka, wykonuje się ćwiczenia bierne w łóżku, w pozycji leżącej lub półsiedzącej z wygodnym oparciem dla tułowia i głowy, sprzyjającej rozluźnieniu mięśni.
- ✓ Odcinek bliższy ćwiczonego stawu musi być ustabilizowany tak, aby ruch odbywał się tylko w tym stawie i nie był wspomagany przez ruch w innym stawie.
- ✓ Stabilizację uzyskuje się przez odpowiednio dobraną pozycję wyjściową lub przez zastosowanie pasów stabilizujących.
- ✓ Chwyty stosowane przy ćwiczeniach biernych musi być pewny – nie może jednak sprawiać pacjentowi bólu. Ruch należy wyko-

nywać płynnie we właściwej płaszczyźnie i wokół fizjologicznej osi stawu.

- ✓ Należy ćwiczyć wszystkie ruchy w stawie w pełnym zakresie, jeżeli jest to możliwe. W stawach bolesnych nie wolno nigdy przekroczyć granicy bólu.
- ✓ Wykonując ruchy bierne w stawie trzeba odciągnąć od siebie kości tworzące staw, aby zmniejszyć nacisk i tarcie powierzchni stawowych o siebie.
- ✓ Wszystkie ruchy w ćwiczonym stawie powtarza się 20 – 30 razy w czasie jednego zabiegu, z uwzględnieniem fazy ruchu, powrotu do pozycji wyjściowej i krótkiej przerwy.
- ✓ Tempo ćwiczeń jest wolne i rytmiczne.
- ✓ Ćwiczenia bierne wykonuje się 3 – 4 razy dziennie (Ryc. 22).



Ryc. 22. Przykłady ćwiczeń biernych

Co to jest pionizacja i jakie są jej kolejne etapy?

Pionizacja jest stopniowym przeprowadzeniem pacjenta z pozycji leżącej do pozycji stojącej. Polega na stopniowej adaptacji układu krążeniowo-oddechowego do pozycji pionowej ze względu na często

występujące zaburzenia ciśnienia ortostatycznego. Podczas pionizacji może dojść do spadku ciśnienia skurczowego krwi o ponad 20 mm Hg lub spadku ciśnienia rozkurczowego o ponad 10 mm Hg. Przyczyną jest zbyt długie przebywanie w jednej pozycji i brak adaptacji układu krążenia podczas zmiany pozycji. Duża ilość krwi przemieszcza się do naczyń żylnych poniżej przepony co prowadzi do spadku ciśnienia i krótkotrwałego niedotlenienia mózgu.

Pionizacja w obrębie łóżka chorego:

- ✓ unoszenie głowy,
- ✓ siady z ukośnym (w stosunku do podłoża) ustawieniem tułowia,
- ✓ siady płaskie w łóżku,
- ✓ siady płaskie z nogami zwieszonymi,
- ✓ siady z oparciem pośladkami o łóżko i stopami o podłogę,
- ✓ stanie przy łóżku (Ryc. 23).



Ryc. 23. Kolejne etapy pionizacji

Na jakie objawy należy zwrócić uwagę podczas pionizacji?

- ✓ utratę przytomności,
- ✓ złe samopoczucie,
- ✓ osłabienie,
- ✓ zasinienie wargi, bladość twarzy,
- ✓ zaburzenia świadomości,
- ✓ „mroczki” przed oczami,
- ✓ duszność,
- ✓ potliwość,
- ✓ nudności.

Jak poprawnie posadzić pacjenta na brzegu łóżka?

- ✓ ułożyć pacjenta na boku,
- ✓ położyć rękę na biodrze chorego i szybkim ruchem zsunąć jego nogi własną nogą (udem) z łóżka; chory jeśli potrafi, może to zrobić sam, poprzez zsunięcie nogi słabszej nogą zdrową,
- ✓ docisnąć biodro chorego i posadzić go stymulując do samodzielnej pracy,
- ✓ zabezpieczyć chorego tak, aby nie opadł na łóżko (objąć go lub zabezpieczyć poduszkami) (Ryc. 24).



Ryc. 24. Sadzanie chorego na brzegu łóżka

Jak poprawnie przesadzić pacjenta z łóżka na wózek/krzesło/fotel?

Dla ergonomii techniki przesadzania ważna jest wysokość łóżka, z którego przesadza się chorego. Najodpowiedniejsza jest taka sytuacja, gdy przesadza się z łóżka wyższego od wózka:

- ✓ wózek ustawić jak najbliżej łóżka, przygotować go,
- ✓ chorego posadzić na brzegu łóżka ze spuszczoneymi kończynami dolnymi; chory opiera się klatką piersiową i brzuchem o swoje kolana,
- ✓ chwycić chorego za miednicę,
- ✓ kolanami chwycić kolano chorego bliższe wózka lub je zablokować,
- ✓ przechylić własne ciało lekko do tyłu, chory wówczas lekko odrywa się od łóżka,
- ✓ obrócić chorego wokół kończyny dolnej stabilizowanej przez osobę przesadzającą i posadzić na wózek (Ryc. 25a,b, Ryc. 26).



Ryc. 25a. Sposób przesadzania z łóżka na wózek



Ryc. 25b. Poprawianie pozycji chorego siedzącego na wózku



Ryc. 26. Podnoszenie chorego za pomocą podnośnika i przymieszczenie na wózek inwalidzki

Jak pomagać choremu podczas chodzenia?

Chorzy wymagający wsparcia i odciążenia podczas pionizacji, reedukacji chodu może wykorzystać sprzęt ortopedyczny: kule łokciowe, czwórnoży, balkoniki i podpórki dwukołowe (Ryc. 27). Wybór odpo-

wiedniego sprzętu powinien zostać skonsultowany z fizjoterapeutą. Osoba niepełnosprawna powinna przejść trening użytkowania danego urządzenia. Przed wykonaniem pierwszych kroków przez chorego należy sprawdzić, czy utrzyma się on w pozycji stojącej przy wykorzystaniu konkretnej pomocy. Jeśli podopieczny ma słabe kończyny dolne i istnieje ryzyko upadku, można mu zaproponować wysoki balkonik z podparciem łokci wyposażony w szelki podtrzymujące tułów pacjenta (Ryc. 28).



kula łokciowa



czwórnóg



balkonik



podpórka czterokołowa

Ryc. 27. Sprzęt ortopedyczny do nauki chodzenia



Ryc. 28. Chodzenie z wykorzystaniem sprzętu ortopedycznego

AD 5/6

Częstym powikłaniem unieruchomienia wynikającego z zaburzeń mikcji, defekacji i błędów higienicznych są zakażenia układu moczowego, które mogą doprowadzić do niewydolności nerek lub nawet posocznicy.

Jak zapobiegać powikłaniom wynikającym z zaburzeń mikcji i defekacji?

- ✓ zakwaszenie moczu np. przez podawanie witaminy C,
- ✓ aplikowanie środków odkażających;
- ✓ przepłukiwanie pęcherza roztworami leków przeciwbakteryjnych i przeciwgrzybiczych;
- ✓ regularne badanie moczu z posiewem;
- ✓ zakładanie chorym leżącym cewnika Folleya (wymienianego co 2 tygodnie);
- ✓ wczesne uruchamianie pacjenta- sadzanie, zmiana pozycji, masowanie łona;
- ✓ ćwiczenia mięśni Kegla (dna miednicy małej). Ćwiczenia polegają na naprzemiennym napinaniu i rozluźnianiu mięśni okolicy pochwy i krocza;
- ✓ wkładki urologiczne dla kobiet i mężczyzn.

Jakie są zasady postępowania z chorym z nietrzymaniem moczu i problemem defekacji?

- ✓ motywować chorego do aktywnego udziału w odzyskiwaniu kontroli nad trzymaniem moczu, okazywanie zrozumienia (problem bardzo często wstydlivy),
- ✓ zwracać uwagę na prawidłowe wzorce stylu życia ułatwiające kontrolę wydalania moczu,
- ✓ zaraz po nocnym wypoczynku obowiązuje całkowite opróżnienie pęcherza, przestrzegać godzin wydalania moczu,
- ✓ w miarę możliwości wyprzedzać czas mimowolnego moczenia nocnego,
- ✓ zapewnić szybki i bezpieczny dostęp do toalety,
- ✓ ubierać chorego tak, aby przygotowanie do oddania moczu nie trwało zbyt długo,
- ✓ dostosować toaletę do potrzeb osób starszych i chorych (uchwyty, nakładki na sedes) (Ryc. 29).



Ryc. 29. Nakładki sedesowe

- ✓ droga do toalety musi być bezpieczna, możliwie jak najprostsza, bez przeszkód (przewody, meble),
- ✓ dobrym rozwiązaniem jest krzesło sanitarne w pobliżu łóżka, szczególnie w nocy,
- ✓ pomóc chorym w utrzymaniu higieny ciała,
- ✓ po każdym epizodzie inkontynencji umyć delikatnie okolice intymne letnią wodą, najlepiej pod bieżącą wodą, kobiety w odpowiednim kierunku – od przodu ku tyłowi,
- ✓ do mycia stosować specjalistyczne środki odpowiednim pH, które nie naruszają naturalnej ochronnej powłoki białkowo-lipidowej (mydło kosmetyczne działa wysuszająco i ma nieodpowiednie pH),
- ✓ dokładnie osuszyć miejsce intymne (specjalnie przeznaczony do tego ręcznik, często zmieniany),
- ✓ dbać o prawidłowe nawodnienie i edukacja w tej kwestii,
- ✓ bardzo częstym błędem jest ograniczenie ilości przyjmowanych płynów w celu zmniejszenia incydentów moczenia,
- ✓ przyjmowanie małej ilości płynów prowadzi do odwodnienia,
- ✓ osoba starsza powinna wypijać około 2 – 2,5 litra płynów na dobę,
- ✓ należy kontrolować ilość przyjmowanych płynów (chęć picia i uczucie pragnienia u osób starszych ulegają osłabieniu) i monitorować bilans płynów,
- ✓ zaleca się unikać picia napojów, które działają moczopędnie i mogą podrażniać pęcherz moczowy np.: alkohol, napoje gazowane, zawierające sztuczne słodziki, kofeinę i teinę,
- ✓ zaleca się wypicie ostatniej, wieczornej porcji płynu 2 – 4 godz. przed położeniem się na nocny wypoczynek, szczególnie u tych osób, które doświadczają epizodów nietrzymania w czasie snu,

- ✓ dbać o odpowiednią dietę i regularne wypróżnianie. W diecie pacjentów należy uwzględnić produkty bogato błonnikowe, tj. warzywa i owoce, soki i kompoty oraz produkty zbożowe,
- ✓ wykonywać masaż mięśni brzucha.

AD 7

Odleżyny stanowią poważny problem zarówno dla samego chorego, jak i osób sprawujących opiekę (Ryc. 30). Często są to problemy o charakterze przewlekłym, wieloprzyczynowe, znacznie obniżające jakość życia, niejednokrotnie stają się przyczyną hospitalizacji.

Osoby starsze są bardziej narażone na powstawanie odleżyn ze względu na zmiany jakie zachodzą w skórze wraz z wiekiem:

- skóra staje się cieńsza i sucha,
- osłabiona jest proliferacja (namnażanie) naskórka,
- zmniejszone odczuwanie bólu i osłabiona reakcja zapalna.



Ryc. 30. Odleżyna II stopnia na pośladkach

Jakie są czynniki predysponujące do powstawania odleżyn?

Zewnętrzne (egzogenne):

- ✓ długotrwałe unieruchomienie i związane z tym ucisk (niedokrwienie i niedotlenienie tkanek),
- ✓ siły tarcia spowodowane nieodpowiednią techniką zmiany pozycji,
- ✓ siły ścinające – np. podczas zsuwania się chorego w dół łóżka z pozycji półwysokiej (zmiana położenia skóry względem tkanek głębiej położonych, powoduje niedokrwienie na znacznych obszarach skóry),
- ✓ urazy – np. po uderzeniu o łóżko, fotel, sedes,
- ✓ zła pielęgnacja – m.in. niedokładne mycie i osuszanie skóry, brak zmiany pozycji ułożeniowej, nieodpowiednia bielizna osobista

i pościelowa, złe nawyki pielęgnacyjne, brak sprzętu i środków do profilaktyki i pielęgnacji pacjentów,

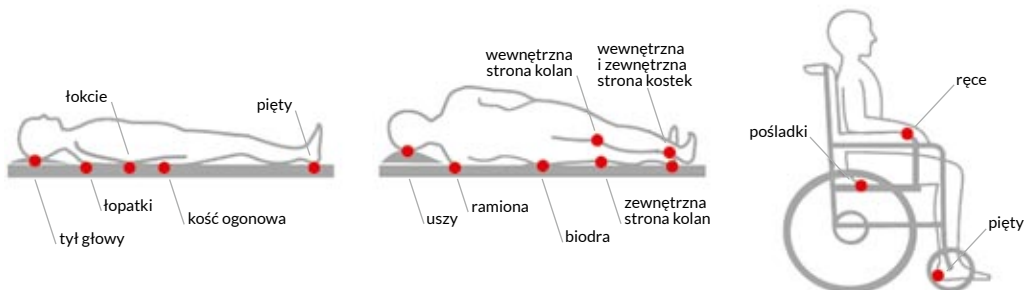
- ✓ brak wiedzy.

Wewnętrzne (endogenne):

- ✓ zły stan ogólny chorego (wyniszczenie chorobą),
- ✓ niedożywienie lub otyłość,
- ✓ zniesienie lub osłabienie czucia bólu,
- ✓ wiek podeszły,
- ✓ nietrzymanie zwieraczy (moczu i stolca),
- ✓ uszkodzenia skóry, schorzenia skórne, obrzęki,
- ✓ współistniejące choroby (np. cukrzyca, miażdżyca, depresja, infekcje bakteryjne, zespoły otępienne, niedokrwistość, zaburzenia neurologiczne),
- ✓ zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej.

Które miejsca są najbardziej narażone na wystąpienie odleżyn?

- ✓ małżowiny uszne,
- ✓ łopatki,
- ✓ kręgosłup (wyrastki kolczyste),
- ✓ łokcie,
- ✓ kość ogonowa,
- ✓ krętarze większe kości udowych,
- ✓ kolana,
- ✓ kostki (Ryc. 31).



Ryc. 31. Miejsca najbardziej narażone na wystąpienie odleżyn

Jakie podjąć działania, których celem jest niedopuszczenie do powstawania odleżyn?

- ✓ Zachęcać i motywować chorego do samodzielnego poruszania się (w miarę możliwości), a u chorych z częściowo ograniczoną sprawnością do samodzielnej zmiany pozycji w łóżku.
- ✓ Regularnie zmieniać pozycje ułożeniowe (co 2 godz.), pozycja leżąca wezglowie maksymalnie 30°, chorzy na wózkach: unoszenie się na rękach co 20 minut, jeśli jest to niemożliwe chorego może pozostać na wózku w pozycji siedzącej maksymalnie 2 – 3 godz.
- ✓ Przy zmianie pozycji stosować sprzęt pomocniczy (np. łatwościłzgi, podkład płócienny) aby zapobiec ocieraniu o podłoże, pomoc osoby drugiej.
- ✓ Obserwować skórę pod kątem zmian ze szczególnym uwzględnieniem miejsc narażonych (otarcia, skaleczenia, zmiany skórne),
- ✓ Stosować bieliznę osobistą i pościelową wyłącznie z tkanin naturalnych, przepuszczających powietrze, nie wywołujących otarć (szyby, guziki), łóżko codziennie prześcielone, prześcieradło dobrze naciągnięte, bielizna czysta i sucha.
- ✓ Dbać o suchość i czystość skóry (mycie ciała łagodnym środkiem pielęgnacyjnym – pH 5,5 i letnią wodą (ok. 37°C), dokładne, delikatnie osuszać skórę poprzez dotyk, a nie pocieranie!).
- ✓ Po umyciu wskazany delikatny masaż z zastosowaniem preparatów natłuszczających i uelastyczniających – uwagę zwrócić na miejsca, gdzie skóra styka się ze skórą, przy nadmiernej potliwości można stosować talkowanie jednak nie stosuje się talku i środków natłuszczających.
- ✓ Należy pamiętać o oklepywaniu i wziąć pod uwagę, iż nacieranie spirytusem poprawia miejscowe ukrwienie skóry, jednak powoduje także jej wysuszenie i macerację.
- ✓ W przypadku nietrzymania zwieraczy, dokładną toaletę okolic intymnych po każdym oddaniu moczu i stolca oraz zabezpieczenie skóry w okolicach intymnych specjalnymi środkami, które pozostawiają na skórze warstwę ochronną.
- ✓ W razie potrzeby stosować wyroby chłonne dostosowane indywidualnie do potrzeb pacjenta.

- ✓ Stosowanie materacy przeciwoodleżynowych (ograniczenie rozwoju odleżyn nawet do 60%) oraz udogodnień do układania chorego w łóżku (poduszki, kliny, wałki, półwałki, kółka – piankowe, żelowe, wypełnione siemieniem lnianym, łuską gryki).
- ✓ Nie stosuje się gumowych podkładów i kółek!
- ✓ Nie stosuje się udogodnień zawierających kuli styropianu!
- ✓ Unikać kółek pod pięty i łokcie.
- ✓ Dla osób na wózkach zalecane są poduszki zmiennościśnieniowe.
- ✓ Odpowiednie odżywianie – dieta uwzględniająca dużą zawartość białka do 1,5g/kg m.c./d, witamin i soli mineralnych oraz odpowiednie nawodnienie – 2 l/d. Dostępne są także specjalne preparaty odżywcze dla osób wyniszczonych, z trudno gojącymi się ranami.
- ✓ Prowadzenie dokładnej dokumentacji z opisem stanu skóry, pozycji w jakiej układany jest pacjent oraz jak długo w niej przebywa, zastosowanych środków pielęgnacyjnych.

AD 9

Element zaburzeń sfery emocjonalnej stanowi osobny obszar działań. Jest on zależny od możliwości komunikacyjnych człowieka. Chorzy przewlekłe unieruchomieni mogą być:

- ✓ w pełni przytomni, kiedy komunikacja z otoczeniem nie jest zaburzona,
- ✓ z afazją czuciową, ruchową, a najczęściej mieszaną, z przewaga jednej z nich,
- ✓ nieprzytomni.

W przypadku chorych nieprzytomnych opiekun sam podejmuje wszelkie działania pielęgnacyjne. Ważne jest stymulowanie chorego głosem, nawet wówczas gdy nie wykazuje reakcji na bodźce akustyczne. Może to być np. informowanie chorego co się z nim dzieje. Zalecane jest stosowanie muzykoterapii, której pozytywny wpływ na organizm został już udowodniony. Chory z zaburzeniami mowy może być rozdrażniony, pobudzony, zniecierpliwiony, zaniepokojony. Należy jak najwcześniej ustalić sposoby porozumiewania się. Może to być kartka papieru z rysunkiem lub nazwą przedmiotu. Należy

mówić wolno i wyraźnie, oczekując reakcji chorego. Każdorazowo należy informować chorego, co zamierza się przy nim robić, nawet wtedy gdy sprawia on wrażenie, że nie ma kontaktu z rzeczywistością. Wskazana jest współpraca z pielęgniarką, logopedą i psychologiem aby podjąć wszelkie działania prowadzące do poprawy sprawności chorego.

■ Dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego i środków pomocniczych

Wiele osób w wyniku wypadku czy choroby musi zaopatrzyć się w sprzęt ortopedyczny lub w środki pomocnicze. Są to m.in. aparaty ortopedyczne, gorsety, protezy kończyn, obuwie ortopedyczne, kule, laski, wózki, materace przeciwoleżynowe, pasy przepuklinowe, aparaty słuchowe, sprzęt stomijny, cewniki, inhalatory, okulary, pieluchy i inne. Każdej ubezpieczonej osobie przysługuje ww. zaopatrzenie z NFZ bezpłatnie albo za dopłatą. Dopłatę można również uzyskać ze środków PFRON w Powiatowych Centrach Pomocy Rodzinie.

Refundacja NFZ

Zarówno zasady, jak i szczegółową listę przedmiotów refundowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U. z 2013, poz. 1565). Rozporządzenie to określa:

- ✓ nazewnictwo określające wyrób medyczny,
- ✓ oznaczenia – kody, tj. litera grupy głównej oraz liczba porządkowa odpowiadająca zlecanej pozycji,
- ✓ wykaz asortymentowy oraz limity i procentowe udziały refundacji w odniesieniu do limitów cenowych,
- ✓ kryteria medyczne przyznawania wyrobów, jak również okresy użytkowania dotyczące wyrobów medycznych i ich napraw,

- ✓ grupy osób uprawnionych do wypisywania zleceń (grupę lekarzy i felczerów poszerzono w określonych pozycjach wykazu o pielęgniarki i położne ubezpieczenia zdrowotnego).

Jak uzyskać refundację z NFZ?

Aby uzyskać refundację z Narodowego Funduszu Zdrowia na zakup sprzętu lub środka pomocniczego należy postępować zgodnie z poniższą procedurą:

1. Uzyskać zlecenie zaopatrzenia od uprawnionego do tego lekarza specjalisty. Lekarz nie musi podlegać Wojewódzkiemu Oddziałowi NFZ, w którym realizowane będzie zlecenie, ale musi mieć uprawnienia do wydania zlecenia (neurolog, neurochirurg, ortopeda, rehabilitacji medycznej, pierwszego kontaktu).
2. Po otrzymaniu zlecenia od lekarza specjalisty należy udać się do Wojewódzkiego Oddziału NFZ wraz z dokumentem tożsamości i potwierdzić zlecenie. Potwierdzenia należy dokonać osobiście, drogą pocztową lub przez pełnomocnika. Zlecenie na środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie jest ważne do końca miesiąca, na który zostało wystawione, nie dłużej jednak niż 30 dni.
3. Z tak poświadczonym dokumentem należy udać się do posiadającego podpisaną umowę z NFZ producenta lub sklepu medycznego (informację, jakie to są sklepy i producenci, można uzyskać w Oddziale Wojewódzkim NFZ).

Przy comiesięcznym zakupie sprzętu, np. stomijnego, pieluchomajtek przy potwierdzaniu pierwszego zlecenia w danym roku zostanie wydane w Wojewódzkim Oddziale NFZ „Zlecenie na zaopatrzenie w środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie”. W zleceniu tym uprawniony lekarz (najczęściej pierwszego kontaktu) będzie wpisywał wydane na kolejne miesiące zlecenia, a odbiór sprzętu potwierdzała placówka, w której zlecenie jest realizowane. W tym wypadku tylko raz w roku trzeba udać się do Wojewódzkiego Oddziału NFZ.

Jeżeli cena sprzętu przekracza limit, do jakiego NFZ refunduje zakup, kupujący musi pokryć różnicę z własnych środków.

Informacji o wykazach przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środkach technicznych oraz limitach cen można uzyskać w **Wojewódzkich Oddziałach NFZ** lub na ich stronach internetowych (www.nfz.gov.pl).

Jak uzyskać dofinansowanie ze środków PFRON?

Osoby z niepełnosprawnością często mają problem ze sfinansowaniem udziału własnego przy zakupie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Dla takich osób przewidziano możliwość ubiegania się w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w miejscu zamieszkania o ww. zaopatrzenia ze środków PFRON. Poszczególne PCPR-y mogą ustalać dodatkowe kryteria.

Kto i gdzie może składać wnioski?

Wnioski można składać przez cały rok w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie, właściwym ze względu na miejsce zamieszkania (druki do pobrania w PCPR lub w wersji elektronicznej ze strony internetowej PCPR).

W dofinansowaniu do zakupu obowiązuje kryterium dochodowe. Średni miesięczny dochód, obliczony z okresu ostatnich trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku, nie może przekraczać kwoty:

- ✓ 50 proc. przeciętnego wynagrodzenia na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym,
- ✓ 65 proc. przeciętnego wynagrodzenia – w przypadku osoby samotnej.

Ponieważ kwoty te zależą od wysokości przeciętnego wynagrodzenia, podawanego przez Główny Urząd Statystyczny, ulegają zmianom. Aktualne kwoty można znaleźć m.in. na stronach internetowych PCPR lub Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

Na jakie dofinansowanie można liczyć?

Zgodnie z wyżej wymienionymi przepisami, wysokość dofinansowania do przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, o jakie osoba z niepełnosprawnością może się starać w PCPR, wynosi:

- ✓ do 100 proc. kosztów udziału własnego osoby z niepełnosprawnością w limicie ceny, jeżeli taki udział jest wymagany,
- ✓ do 150 proc. kwoty limitu na dany sprzęt, jaki został wyznaczony przez NFZ, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit.

Jeżeli cena sprzętu nie przekracza limitu wyznaczonego przepisami, ale wymagany jest udział własny w zakupie, to PCPR może sfinansować nawet 100 proc. tego udziału.

Nie można uzyskać dofinansowania na zakup innego sprzętu, niż wymieniony w rozporządzeniu ministra zdrowia. I tak w ramach tych środków nie można uzyskać dofinansowania do zakupu np. koncentratora tlenu.

Jakie dokumenty będą potrzebne?

Aby starać się o dofinansowanie zakupu sprzętu ortopedycznego lub środków pomocniczych, należy złożyć w PCPR następujące dokumenty:

- ✓ wniosek o dofinansowanie zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych,
- ✓ kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
- ✓ zaświadczenie o wysokości dochodów,
- ✓ kserokopię zlecenia lekarskiego na sprzęt, o który wnioskodawca ubiega się, potwierdzoną przez NFZ,
- ✓ fakturę zakupu lub inny dokument poświadczający zakup.

Wnioski rozpatrywane są na bieżąco, przez cały rok, do wyczerpania środków przewidzianych na ten cel, po przekazaniu funduszy z PFRON.

Przy ubieganiu się o dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego wysokość dofinansowania wynosi do 80 proc. kosztów tego sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia. Wnioskodawca zobowiązany jest do zadeklarowania udziału środków własnych w wysokości stanowiącej minimum 20 proc. kosztów sprzętu rehabilitacyjnego. Właściwy procent wysokości dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego oraz udziału środków własnych wnioskodawcy w danym roku i górne

limity kwot dofinansowania są ustalane w oparciu o posiadane środki finansowe, na posiedzeniu komisji po otrzymaniu środków PFRON. Kwoty te mogą ulec zmianie w przypadku niedoboru środków, a przy znacznej liczbie wnioskodawców decyzja jest podejmowana każdorazowo na posiedzeniu komisji.

Po przyznaniu środków na dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, zawierana jest umowa z wnioskodawcą, określająca w szczególności:

- ✓ kwotę dofinansowania i jej przeznaczenie,
- ✓ sposób przekazania dofinansowania,
- ✓ termin i sposób rozliczenia dofinansowania.

Dofinansowaniem może być objęty wyłącznie zakup sprzętu, dokonany po zawarciu umowy z osobą z niepełnosprawnością, dotyczącej dofinansowania zakupu tego sprzętu.

Podstawa prawna:

- Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. 2013 poz. 1190);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U. z 2013, poz. 1565).

Informacje o możliwościach dofinansowania dla pacjenta dostępne są na stronach internetowych:

- ✓ www.pfron.org.pl,
- ✓ www.mopr.poznan.pl,
- ✓ www.pcpr.info,
- ✓ www.nfz-poznan.pl,
- ✓ NFZ ZIP – Zdrowotny Informator Pacjenta,
- ✓ USTAWA o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego i sanitarnego

Wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego oferują produkty do wypożyczenia na każdy okres.

W ofercie znajdują się następujące przedmioty:

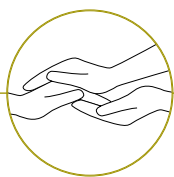
- ✓ łóżka szpitalne sterowane elektrycznie 3 i 4 funkcyjne,
- ✓ materace przeciwoleżynowe – także na wniosek NFZ,
- ✓ koncentratory tlenowe,
- ✓ zestawy do tlenoterapii (butla tlenowa z reduktorem),
- ✓ wózki inwalidzkie różnego typu,
- ✓ kule łokciowe z regulacją wysokości,
- ✓ balkoniki i podpórki ułatwiające poruszanie się po domu,
- ✓ rotory do ćwiczeń kończyn dolnych,
- ✓ wózki do transportu po schodach,
- ✓ RUP (przyłóżkowe urządzenia do rehabilitacji kończyn górnych i dolnych),
- ✓ dźwigi do transportu chorych,
- ✓ monitory Oddechu Angel Care.

O AUTORCE

dr n. o zdr. Maria Kłoda – Specjalista II° rehabilitacji ruchowej.

Adiunkt w Zakładzie Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Starszy Specjalista Rehabilitacji w Zespole Oddziałów Neurologii Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego Sp. z o. o. w Warszawie, ul. Kondratowicza 8.



dr Elżbieta Szwatkiewicz

Rozdział 4.

Jak radzić sobie z codzienną opieką nad osobami z demencją

W tym rozdziale dowiecie się Państwo, że rzeczywistość seniora z demencją jest zupełnie inna niż rzeczywistość jego opiekuna co zdecydowanie utrudnia porozumienie się i sprawowanie opieki. Korzystając z wiedzy nabytej na wykładach¹ Pani Agnieszki Smrokowskiej-Reichmann², dotyczących metod pomocy sędziwym zdezorientowanym seniorom, a także własnej praktyki zawodowej, odpowiem na najczęściej stawiane przez opiekunów pytania. W przekazanych informacjach znajdziecie Państwo elementy eksperckich koncepcji: *jak wyprzedzić kryzys, według Jennie Powell, słowa-klucze, które otwierają seniora, według Margarete Schneberger, czy walidacji gerontologicznej jako komunikacji, według Naomi Feil*. Są to uznawane na świecie i zalecane przez wielu specjalistów metody porozumiewania się z osobą z demencją.

Myślę, że zrozumienie, jak fundamentalne znaczenie ma efektywna rozmowa prowadzona tak, by senior zrozumiał, zapamiętał i chciał współpracować zwróci jednocześnie Państwa uwagę na najczęściej popełniane błędy. Uniknięcie tych błędów będzie miało wymiar

1 W latach 2013-2014

2 Adiunkt w Zakładzie Klinicznej Terapii Zajęciowej, Katedry Terapii Zajęciowej Wydziału rehabilitacji Ruchowej AWF w Krakowie, Członek Założyciel Polskiego Stowarzyszenia Terapii Zajęciowej, Przewodnicząca Rady Naukowej Polskiego Towarzystwa Snoezelen, współpracuje z Kieleckim Stowarzyszeniem Alzheimerowskim

terapeutyczny, gdyż każde komunikowanie się z seniorem z demencją jest czymś więcej niż tylko przekazaniem informacji, jest mostem łączącym tę osobę z normalnym życiem. Tak więc moim celem jest poprawa umiejętności prowadzenia rozmowy z osobą z demencją w sposób prosty, a jednocześnie skuteczny i możliwy do realizacji w każdych warunkach. Tak rozumiana rozmowa to nie tylko wymiana informacji, to także forma relacji międzyludzkich mająca istotne konsekwencje dla podopiecznego i jego opiekuna. W tej relacji niezbędny jest kompromis: opiekun nie neguje wyznawanych przez seniora poglądów, przekonań czy wartości lecz próbuje go zrozumieć poprzez jego przeszłość i w ten sposób otwiera „komunikacyjne drzwi” a senior wie, że opiekun go rozumie ale jednocześnie czuje i doświadcza, że nie wszystkie jego nastawienia i zachowania będą bezkrytycznie przyjmowane przez opiekuna. W tej relacji chodzi o wyjście naprzeciw podopiecznemu, przerzucenie mostu do jego odmiennej rzeczywistości i uzyskanie efektu współpracy.

■ Przypadek pacjentki

Moja mama ma 87 lat, od jakiegoś czasu wykonuje bezsensowne czynności np. siedzi przy stole i roluje obrus albo składa w harmonijkę serwetkę lub bez celu wędruje po pokoju. Na moje pytania dlaczego to robi nie odpowiada jakby w ogóle mnie nie słyszała. Bardzo mnie to denerwuje.

Często nie zdajemy sobie sprawy, że senior, którym się opiekujemy dotkliwie odczuwa samotność, bezradność i nudę. Chcemy naszemu podopiecznemu zapewnić wszystko czego potrzebuje i koncentrujemy się na jego podstawowych potrzebach życiowych takich jak jedzenie, higiena ciała, ubranie, czystość w mieszkaniu. Ponieważ nasze codzienne obowiązki są rozbudowane, na wiele innych spraw, to staramy się wszystko co jest związane z opieką na seniorem wykonać sami i możliwie szybko. Nie mamy czasu by czekać aż potrzebną czynność senior wykona samodzielnie. Uważamy, że nasz podopieczny nie potrafi odpowiednio do potrzeb sam o siebie

zadbać i wyręczamy go w możliwie dużym zakresie. Proszę spróbować nakłonić mamę by robiła sama to co jest w stanie wykonać i wspomagać jej aktywność choćby była symboliczna. Przy tym nie można zwracać uwagi, że źle się uczesała, ubrała bluzkę na lewą stronę czy obrała ziemniaki niedokładnie. Miłe, przyjazne nastawienie i docenianie jakiegokolwiek zakresu samodzielności jako pomoc w opiece przyniesie z pewnością efekt. U starych ludzi poczucie samotności i nudy można zdecydowanie ograniczyć przez ofiarowanie im kota. Codzienny kontakt z tym zwierzęciem ma charakter terapeutyczny, także w późnych etapach demencji.

Przypadek pacjenta

Mam pod opieką stryja, który jest w dużym zakresie niesamodzielny, najprawdopodobniej z powodu demencji, bo sprawność fizyczną utrzymał mimo 80 lat. Niestety nie jest zainteresowany by o siebie zadbać a tylko potrafi godzinami przesuwając dłońmi po powierzchni stołu, a jak leży w łóżku po powierzchni kołdry, tak jakby wygładzał niewidoczne fałdy. Mam wrażenie, że nic go nie interesuje, a przecież u nas jest zadbany i ma znacznie lepsze warunki niż w swoim mieszkanku w bloku. Nie odpowiada na nasze propozycje np. wyjścia do ogrodu. Wie kim jesteśmy i myślę, że rozpoznaje nas ale mamy wrażenie, że nie nawiązuje z nami rozmowy, aby w ten sposób demonstrować niechęć wobec nas. A przecież tylko my z całej rodziny mu pomagamy. Lekarz rodzinny mówi, że to otępienie starcze. Co można zrobić by poprawić tę sytuację?

Po przeprowadzce stryj utracił dotychczasowy schemat życia. Nowe środowisko powoduje zagubienie i niepewność. Stryj nie jest w stanie odnaleźć się w nowej rzeczywistości i zrozumieć oczekiwań otaczających go osób. Im człowiek starszy tym proces adaptacji dłuższy i bardziej bolesny. Za punkt wyjścia do poprawy relacji należy przyjąć założenie, że człowiek do końca swego życia odczuwa potrzebę sensownego zajęcia i chce być czynny. Starego człowieka, w późnych

etapach demencji, zadowala samo wykonywanie jakiejś czynności, a w znacznie mniejszym stopniu jest on zainteresowany jej efektem końcowym. Błędem jest gdy opiekun osoby z demencją zakłada, że podopieczny niczego już nie potrafi robić ani nie chce robić. Tym czasem senior nie tylko potrzebuje zajęcia ale wręcz sam go sobie szuka np. wycieranie czy wygładzanie powierzchni obrusa czy kołdry, tak jak w przypadku Państwa stryja. Proszę spróbować znaleźć czynności, które mają dla niego sens np. poprosić go o szlifowanie papierem ściernym blatu stołu w ogrodzie. W razie potrzeby proszę wykonać pierwszy krok i zademonstrować czynność tak aby stryj zrozumiał co ma robić. Na tym, co jeszcze senior potrafi wykonać można zbudować dobrą z nim relację. Przy tym trzeba zadbać o warunki zewnętrzne, chodzi o poczucie bezpieczeństwa (np. obecność opiekuna) i wykluczenie czynników dekoncentrujących seniora np. głośna muzyka. Aktywności, które najlepiej sprawdzają się u seniora demencyjnego to czynności znane i głęboko osadzone w pamięci dawnej, wiążące się z ruchem lub wykonywaną przez lata pracą fizyczną (np. czesanie włosów, wycieranie naczyń, spacer, ruszanie się w rytm ulubionej muzyki, prace w kuchni, prace ogrodowe, np. grabienie liści) albo to co jeszcze senior może robić samodzielnie, np. przeglądanie albumów, majsterkowanie, dbanie o rośliny czy domowe zwierzęta. Jeżeli to nie jest znacznie zaawansowana demencja to senior powinien także dbać swój pokój, który powinien być urządzony meblami z poprzedniego mieszkania. Pomocne jest także zawieszenie na ścianie fotografii przedstawiających bliskie osoby i dobre chwile z przeszłości. Ułatwią one nawiązywanie rozmowy.

Przypadek pacjentki

Moja mama całkowicie przestała dbać o siebie i o mieszkanie, nie kontaktuje się z nikim z własnej inicjatywy, nie chce do mnie dzwonić i przychodzić, niechętnie odpowiada na zadawane pytania i stroni od dłuższej rozmowy. Z początku łączyłam to z żałobą po śmierci mojego ojca, ale minął rok, a sytuacja znacznie się pogorszyła. Lekarz rodzinny podejrzewa

u mamy chorobę Alzheimera. Mama mieszka sama i nie chce się do mnie przeprowadzić, nie chce także zaakceptować aby ktoś z nią zamieszkał. Co mam zrobić, nie chcę jej do niczego zmuszać.

Niestety, choroba Alzheimera uniemożliwia człowiekowi przewidywanie skutków swego działania lub zaniechania, a samodzielne zamieszkiwanie stwarza problemy i sytuacje kryzysowe zagrażające osobie z demencją i jej otoczeniu. Z tego powodu na Pani, jako osobie odpowiedzialnej za mamę spoczywa bardzo trudne zadanie ograniczenia jej autonomii, szczególnie w zakresie zaciągania różnych zobowiązań oraz zaspakajania codziennych potrzeb życiowych. Ograniczanie autonomii w celu zapewnienia mamie bezpieczeństwa musi zgodnie z obowiązującym prawem, opierać się na obiektywnej przesłance, w tym wypadku na orzeczeniu lekarza psychiatry, że mama nie jest zdolna do kierowania swym postępowaniem z powodu braku możliwości intelektualnej oceny swojej sytuacji, swojego zachowania i wywołanych nim następstw. W sytuacji gdy Pani podejmuje się opieki, chce zapewnić mamie stabilizację, utrzymanie i troskliwą pomoc to nie jest potrzebne sądowe ubezwłasnowolnienie mamy a jedynie notarialnie potwierdzone pełnomocnictwo do reprezentowania jej w czynnościach prawnych. Na tej podstawie będzie Pani samodzielnie podejmować decyzje, które uzna za bezpieczne i najlepsze dla mamy. Niestety będzie się to łączyło z wprowadzaniem wielu zmian, na które mama nie wyrazi zgody ale będzie musiała je zaakceptować. Warto nawiązać kontakt ze Stowarzyszeniem Opiekunów Osób Chorych na tę chorobę gdyż tam uzyska Pani wiele wskazówek przydatnych w codziennej, obiektywnie trudnej opiece.

Przypadek pacjentki

Moja mama ma 93 lata i zaawansowaną demencję, często odmawia spożywania jedzenia reagując krzykiem i agresją, a po długich namowach przyjmuje postawę zupełnie pasywną i pozwala się karmić, demonstrując, że odbywa się to wbrew jej

woli, podobnie jest z piciem. Zabiera mi to bardzo dużo czasu i jest ogromnie stresujące gdyż mama jest w stanie samodzielnie jeść i pić. Argument, że nikt nie chce jej otruć i jak nie będzie jadła to umrze w ogóle do niej nie trafia. Jak powinno się w tej sytuacji postępować?

Często zdarza się, że osoba z demencją odmawia spożywania posiłków. Dzieje się tak dlatego, że typowe dla tej choroby są:

- ✓ **Lęk i niepokój** – świat jest niezrozumiały i zagrażający. Przerażony i niepewny senior nie może jeść.
- ✓ **Depresja** – często towarzyszy zwłaszcza początkom demencji. Senior przygnębiony i zrozpaczony nie je.
- ✓ **Agresja** – wywołana demencją (np. niedobór neuroprzekaźnika serotoniny). Odmowa pożywienia jako ostatni atak skierowany przeciw otoczeniu.
- ✓ **Urojenia** – typowe dla demencji. Senior uważa, że ktoś zatrjuje jego pożywienie.

Osoba z demencją odbiera kierowane ku niej bodźce selektywnie. Jeśli ma jakieś wątpliwości, to rozstrzyga je na swoją niekorzyść. Jeśli na przykład pani powie: „Nikt nie chce tobie zrobić krzywdy i ciebie otruć”, to w prawie stu procentach przypadków zdezorientowana mama zrozumie „zrobić krzywdę, otruć, umrzesz”. I oczywiście będzie się bała jeszcze bardziej. W żadnym wypadku nie może Pani okazywać niezadowolenia i rozczarowania, gdy nie uda się Pani osiągnąć zamierzonego efektu. Należy powstrzymać się od wypowiadania słów kojarzonych przez seniora z problemami i nieprzyjemnymi doświadczeniami, takimi jak choroba, szpital, chirurg, zastrzyk, długi, itp. Stany lękowe i dezorientacja występujące w demencji tak silnie wiążą uwagę seniora, że należy stosować tylko wyraźnie pozytywną komunikację. W taki sposób da się wyrazić każdą informację. Dobry efekt daje oczekiwanie, aż emocje seniora się wyciszą. Na talerzu powinno być różnorodnie i kolorowo (np. rozmaite warzywa przygotowane bezpośrednio do spożycia, kanapki itd.) a opiekunka sprawia wrażenie, że je razem z seniorem, mówi łagodnie, z uśmiechem, utrzymuje kontakt wzro-

kowy i prowadzi monolog o treści kulinarnej. W razie możliwości należy seniorowi pozwolić na samodzielność. Gdy podopieczny jest tak znacznie oddalony od rzeczywistości, że odmawia spożywania niektórych potraw i napojów ze strachu przed otruciem należy spokojnie tłumaczyć, że potrawy są smaczne, zdrowe i świeże oraz je próbować w obecności seniora. Czasami bardzo dobry efekt daje nawet tylko symboliczne współdziałanie np. towarzyszenie seniora przy przygotowywaniu posiłku, a także przy robieniu zakupów spożywczych. W przypadku osób z demencją obawiających się otrucia należy unikać potraw, w których występuje smak gorzki i smak bardzo kwaśny.

Przypadek pacjenta

Mój ojciec, w podeszłym wieku cierpi na zaawansowaną demencję, od momentu zamieszkania w domu opieki sprawia trudności opiekuńcze i odmawia jedzenia. Dyrektor domu opieki poinformował mnie, że musieli zastosować wobec ojca przymus bezpośredni i założyć mu sondę do żołądka. Czy ojciec chciał się zagłodzić? Bardzo mnie to martwi gdyż czuję się winna, że go namówiłam by tam zamieszkał. Alternatywą było zamieszkanie z nim opiekunki, ale na to też nie wyraził zgody. Ja mieszkam w innym mieście z dwójką dzieci i mężem, mam bardzo małe mieszkanie.

Proszę się nie czuć winną. Gdyby ojciec zamieszkał z Pani rodziną też mógłby na tak drastyczną zmianę w jego życiu zareagować odmową jedzenia. Tym bardziej, że w tak małym mieszkaniu nie mogła Pani stworzyć niezbędnych warunków do opieki nad osobą z demencją. Przewlekła forma odmowy jedzenia może ciągnąć się wiele tygodni, przybierając coraz ostrzejszą postać: od niechętnego jedzenia tego co senior otrzymuje, przez odmawianie spożywania niektórych potraw, następnie przyjmowanie pożywienia w formie płynnej i półpłynnej, odmawianie spożywania niektórych posiłków, następnie jedzenie i picie tylko wtedy, gdy opiekun do tego zmusza aż po nie jedzenie

przez całe dni. Ta sytuacja zwykle kończy się odżywianiem przez zgłębnik założony przez nos do żołądka (tzw. sonda) lub przez PEG zgłębnik założony operacyjnie przez skórę brzucha bezpośrednio do żołądka.

Przyczyny odmowy jedzenia mogą mieć podłoże fizjologiczne i psychiczne. Wśród przyczyn fizjologicznych mogą to być: zmiany chorobowe w obszarze jamy ustnej i gardła, niedopasowana proteza, brak apetytu połączony z wrazeniem pełnego żołądka, zaburzenia odruchu połknięcia i perystaltyki obszaru gardła (zwłaszcza po 80. roku życia i w chorobie demencyjnej), przewlekły ból, skutki uboczne lekarstw czy nie odczuwanie smaku (proteza, zmniejszanie się kubków smakowych o 65% po 75 roku życia).

Wśród przyczyn psychicznych odmowy pożywienia najczęstsze to:

- ✓ **Utrata środowiska socjalnego** (po przeniesieniu do domu opieki senior jest oderwany ze swoich korzeni, głodówka jako skutek).
- ✓ **Utrata osób odniesienia** (poczucie opuszczenia przez rodzinę, głodówka jako protest).
- ✓ **Utrata zainteresowania ze strony innych** (głodówka jako sposób zwrócenia na siebie uwagi).
- ✓ **Utrata kompetencji komunikacyjnych** (odmowa jedzenia jako jedyna pozostała możliwość wyrażenia się).
- ✓ **Utrata sfery prywatnej** (jadłowstręt lub strajk głodowy jako reakcja).
- ✓ **Utrata autonomii i poczucia kontroli** (odmowa jedzenia jako jedyna dostępna forma wpływania na otoczenie).
- ✓ **Utrata zaufania** (interpretowanie wszystkiego jako spisku przeciwko sobie).

Jedyne co w tej sytuacji może Pani zrobić to odwiedzać ojca możliwie często, wyposażyć jego pokój w przedmioty bardzo mu bliskie podkreślające jego tożsamość np. lampka, radio czy fotel oraz sporządzić tablicę biograficzną – jest to tablica korkowa zawieszona w miejscu gdzie seniora najczęściej przebywa np. przy łóżku na wysokości jego wzroku. Na tablicy przypięte będą fotografie ojca oraz osób mu bliskich z różnych okresów życia oraz zdjęcia upamiętniające miłe chwile i ważne momenty. Ułatwią one roz-

poczynanie rozmowy i przekierunkowanie negatywnych emocji. Proszę pamiętać by monolog prowadzić wystarczająco głośno, krótkimi zdaniami z dłuższymi przerwami na oddech i utrzymywać kontakt wzrokowy z ojcem. Przekazywane komunikaty muszą być zdecydowanie pozytywne, proszę nie używać słów o negatywnym wydźwięku.

Przypadek pacjenta

Po śmierci mamy namówiłam mojego ojca, który jest w podeszłym wieku by zamieszkał z moją rodziną. Ojciec jest coraz bardziej niespokojny, podejrzliwy a ostatnio opowiada sąsiadom, że zatruję jego pożywienie. Lekarz psychiatra zdiagnozował demencję, której skutkiem są urojenia. Jak postępować by mój ojciec czuł się bezpieczny. Moje zapewnienia, że je to co wszyscy domownicy a jedzenie nie jest zatrute do niego nie trafiają.

Gdy podopieczny jest tak znacznie oddalony od rzeczywistości, że boi się otrucia przez domowników to trzeba bardzo uważać na to co się do niego mówi bo z kierowanego do niego komunikatu słyszy i rozumie tylko niektóre słowa, te które pasują do jego wyobrażenia. Na przykład gdy Pani zapewnia, że jedzenie nie jest zatrute ojciec słyszy i rozumie tylko słowo „zatrute” co pogłębia jego strach przed spożywaniem niektórych potraw i napojów, szczególnie gdy mają wyraźny smak gorzki lub słony. Może dojść do tego, że ojciec w ogóle odmówi przyjmowania posiłków.

Dobry efekt przynosi wzmocnione pozytywne komunikowanie, czyli w krótkich zdaniach podkreślanie słów że potrawy są smaczne, zdrowe i świeże oraz wspólne z seniorem spożywanie posiłków połączone z próbowaniem potraw jemu podanych. Lęk ojca zmniejszy się gdy będzie miał możliwość przebywania w kuchni w trakcie przygotowywania posiłku, a także wykonywania niektórych prostych czynności, np. umycie warzyw.

Przypadek pacjentki

Mieszkam z moją babcią, która ma ponad 85 lat. Babcia jest sprawna ale pod moją nieobecność myszkuje po szafach i lodówce, zbiera i chomikuje wszystko, co udaje jej się znaleźć do jedzenia. Głównie chowa w swoim pokoju ale nie tylko. Ciągłe znajduję zepsute i spleśniałe produkty. Na moje uwagi babcia wypiera się i mówi, że to nie ona. Co mogę zrobić, nie mam możliwości zamknięcia szafek i lodówki. Czy powinnam drzwi do kuchni wyposażyć w klucz i zamykać na czas mojej nieobecności.

Zamknięcie drzwi do kuchni na klucz pogłębi u babci reakcje lękowe, gdyż najprawdopodobniej przeżyła w czasie wojny głód i cały czas tkwi w niej strach, że zabraknie jej jedzenia. Z powodu demencji terażniejszość jest dla niej mniej wyrazista niż przeszłość w której codziennością był głód i trudności w zdobyciu jedzenia. Ten strach jest dla niej tak realny, że zbiera i chomikuje wszystko, co udaje jej się znaleźć i zabrać pod Pani niewagę. Sytuację poprawi zmniejszenie lęku babci poprzez częste prowadzenie jej do lodówki lub spiżarni, gdzie Pani przechowuje żywność. Może Pani zaproponować babci żeby przechowywała swoje zapasy na wydzielonych półkach i kontrolować, czy nic nie ubyło. Jeżeli babcię to zainteresuje, to proszę przydzielić jej obowiązek dbania o porządek w lodówce czy spiżarni, przy czym trzeba pamiętać, żeby nie oczekiwać efektu uzyskania czystości, już samo wykonywanie czynności porządkowania i zgłaszania Pani czego brakuje będzie dużym sukcesem. Jeżeli mimo to babcia czuje się bezpieczniej gdy przechowuje żywność w swoim pokoju to proszę dawać jej raz po raz produkt, który nie zepsuje się łatwo, na przykład słoik konfitur, aby „uzupełniła swoje zapasy”.

Przypadek pacjenta

Mój ojciec ma 90 lat, jest wdowcem, po pobycie w szpitalu z powodu złamania nogi zamieszkał ze mną. Nasze dotychczasowe kontakty były sporadyczne i niezbyt bliskie. W karcie

informacyjnej jest wypis, że ojciec ma otępienie. Rzeczywiście zachowuje się dziwnie, nie chce jeść, utrzymuje, że nie ma pieniędzy by mi płacić za posiłki i nie wie jak wrócić do domu. Nie chce u mnie mieszkać i mam wrażenie, że nie wierzy mi gdy mówię, że jestem jego córką. Gdy odmawiam mu otwarcia drzwi zewnętrznych staje się agresywny i pięścią uderza w drzwi, a jak wypuszczam go z mieszkania to stoi pod blokiem i nie wie gdzie iść. Zupełnie nie umiem sobie poradzić z tą sytuacją, a wiem, że ojciec nie może mieszkać sam bez całodobowej opieki. Dysponuję skromną emeryturą, a mój ojciec także ma niewystarczające środki by zapewnić sobie opiekę we własnym mieszkaniu.

Gdy ojciec boi się, że nie ma pieniędzy proszę spokojnie tłumaczyć, że jest dzisiaj gościem Pani i został zaproszony na obiad. Dobry skutek przynosi także zaproponowanie zapracowania sobie na obiad pomagając przy gotowaniu. Pomoc może być symboliczna np. pilnowanie by wszystkie odpadki trafiały do kubelka, składanie zużytych opakowań informowanie gdy potrawy zaczynają wrzeć itp. Można też uspokajająco informować, że obiad został już zapłacony np. przez kogoś kogo ojciec zna.

Opiekując się osobą z demencją stale trzeba zwracać uwagę na swoje zachowanie, ton głosu i mimikę gdyż ojca nie uspokoją, nie wyciszą słowa wypowiedane przez Panią, jeżeli swoją komunikacją niewerbalną daje mu Pani do zrozumienia, że nie akceptuje jego stanu i że uważa zajmowanie się nim za szczególne obciążenie. Należy także unikać słów „musisz” i „powinieneś”. Żadne racjonalne argumenty nie trafią. Odbierane będzie tylko Pani rozdrażnienie i zdenerwowanie. Ojciec wtedy będzie chciał koniecznie opuścić obce i nieprzychylnie mu mieszkanie i gwałtownie będzie się domagał otwarcia drzwi. Jeżeli dojdzie do takiej sytuacji kryzysowej proszę otworzyć drzwi i pozwolić ojcu wyjść na zewnątrz. Pójść dyskretnie za nim i towarzyszyć mu aż do wyciszenia. Dać mu czas. A potem gdy zdezorientowany stanie, nie będzie widział dokąd ma iść, podejść blisko i rozpocząć spokojną rozmowę oferując wspólny spacer a następnie powrót do mieszkania.

W rozmowie używać tylko słów o wyraźnie pozytywnym zabarwieniu. Doświadczenie nauczy Panią jak zapobiegać takim sytuacjom kryzysowym. Najskuteczniejsze jest unikanie przymuszania i danie ojcu jakiegoś zajęcia, takiego które leży w jego możliwościach. Może to być np. porządkowanie w skrzynce na narzędzia. Proszę pamiętać, że nie chodzi o efekt końcowy a tylko o wykonywanie czynności porządkowania. Nie chodzi o uszczęśliwienie Pani ojca ale o zmniejszenie jego lęku, bezradności, bezczynności i nudy spowodowanych przez demencję. Gdy to się uda, opieka nie będzie przysparzać tylu stresów i frustracji. Jednak gdy poczuje Pani, że opieka jest ponad Pani siły to jedynym rozwiązaniem jest umieszczenie ojca w specjalistycznym domu pomocy społecznej.

Przypadek pacjentki

U mojej mamy nasiliły się zaniki pamięci, tzw. krótkotrwałej. Nie pamięta co się wydarzyło w bieżącym dniu a nawet potrafi w godzinę po obiedzie twierdzić, że nie dostała nic do jedzenia i jest bardzo głodna. Zaobserwowałam, że ma problemy z odczuwaniem zarówno sytości, jak i głodu. Je zbyt dużo i za szybko, ma kłopoty trawienne i nadwagę. Jak wymóc na mamie regularne jedzenie i w mniejszych ilościach.

W takich sytuacjach dobry efekt może dać odwracanie uwagi mamy od potrzeby jedzenia poprzez angażowanie jej w aktywności, które lubi i w których bierze udział z wyraźną przyjemnością. Na przykład porządkowanie zdjęć rodzinnych czy układanie biżuterii w pudełkach. Ważne jest także by przygotowywane pokarmy były lekkostrawne i podawane o tej samej porze i w tym samym miejscu przy stole, który służy tylko do jedzenia a nie wykonywania także innych czynności. Nie ograniczać picia (co najmniej 2 l) Nie stole proszę nie stawiać wszystkich potraw, lecz przynosić je stopniowo, tak by pomiędzy kolejnymi elementami posiłku były choćby krótkie przerwy. Jeżeli w przerwach między posiłkami mama będzie domagała się jedzenia to niech to będzie coś niskokalorycznego np. jogurt z owocami. Warto

skontaktować się z dietetykiem, który pomoże ustalić odżywianie odpowiednie do mamy aktywności co w niedługim czasie wpłynie na zmniejszenie wagi i poprawę aktywności fizycznej.

Przypadek pacjentki

Moja ciotka jest osobą starszą (ponad 80 lat) i mimo, że ma zaniki pamięci upiera się by mieszkać sama. Jej sąsiadka także starsza osoba mnie powiadomiła, że ciocia po otrzymaniu emerytury sama w sklepiku osiedlowym dokonuje zakupów żywności na zapas tak długo aż wyda na to wszystkie pieniądze. A potem, zapomina o dokonanych zakupach i jakby nie zdaje sobie sprawy, że ma duże ilości produktów spożywczych, często zepsutych i nie nadających się do jedzenia. Chodzi do sąsiadów płacze, że jest głodna i domaga się od nich wsparcia. Niestety ostatnio zaczęła żebrać o jedzenie od innych osób, a nawet poszukuje go w śmietniku. Co mogę zrobić jako krewna by rozwiązać ten problem w sytuacji gdy ciocia nie ma bliższej rodziny i nie wyraża zgody na zamieszkanie w domu opieki.

Proszę zgłosić problem w ośrodku pomocy społecznej i nawiązać kontakt z pracownikiem socjalnym, który spotka się z ciocią w jej mieszkaniu i sporządzi wywiad środowiskowy zbierając informacje także od sąsiadów i od Pani. W efekcie będzie zlecone badanie lekarza psychiatry, który zawyrokuje czy ciocia jest zdolna do samodzielnej egzystencji i czy istnieje konieczność umieszczenia jej w domu opieki mimo, że nie wyraża na to zgody. Jeżeli nie będzie Pani chciała podjąć się opieki nad ciotką to sąd wyznaczy kuratora do reprezentowania jej w czynnościach prawnych, w tym związanych z rozporządzaniem majątkiem. Jeżeli podejmie się Pani opieki i nie będzie chciała umieszczać ciotki w domu opieki to bardzo ważne jest by sąsiadom i w sklepiku osiedlowym wyjaśnić sytuację, czyli w przystępny sposób wytłumaczyć, że ciotka nie głoduje, a jej zachowanie jest jednym z objawów demencji. Warto zostawić, u sąsiadów lekkostrawne herbatniki lub jakieś inne przekąski, tak aby ciocia miała

poczucie odniesienia sukcesu w swoich poszukiwaniach żywności a jednocześnie nie obciążała żołądka. Sąsiadki też będą zadowolone, że nie odmawiają osobie skarżącej się na głód. W sklepie ustalić ze sprzedawcą listę towarów, które może bez przeszkód sprzedać cioci. U sąsiadów i w sklepie zostawić swój numer telefonu, aby mogli się skonsultować w razie wątpliwości lub jeśli będą mieli trudności z niespełnieniem oczekiwań cioci i jej odprawieniem. Ponieważ orzeczeniem Sądu będzie Pani uprawniona do odbioru emerytury ciocia będzie miała dostęp tylko do małych kwot wypłacanych przez panią jako kieszonkowe nie będzie już problemu z dużymi ilościami psującej się żywności.

Przypadek pacjentki

Dla mojej krewnej, która jest samotna i ma otępienie starcze zatrudniłam opiekunkę. Co zrobić gdy kuzynka reaguje krzykiem, przekleństwami, płaczem, agresją fizyczną i nie chce być karmiona przez opiekunkę. Kuzynka jest całkowicie pasywna, nic koło siebie nie robi, nie chce też samodzielnie jeść ani pić, choć jest wystarczająco sprawna fizycznie by to zrobić. Czy powinnam zwrócić się do lekarza o założenie sondy do żołądka?

Jeżeli nie może Pani uzyskać od kuzynki odpowiedzi na pytanie: „dlaczego tak się zachowujesz?” To proszę spróbować samodzielnie znaleźć odpowiedź w oparciu o przytoczony wykaz potencjalnych powodów odmowy jedzenia:

✓ **Przyczyny fizjologiczne:**

- Zmiany chorobowe w obszarze jamy ustnej i gardła.
- Niedopasowana proteza.
- Schorzenia układu pokarmowego (wrażenie „przepełnienia” żołądka).
- Skutki uboczne leków – brak łaknienia.
- Zaburzenia odruchu połykania (zwłaszcza po 80-tym roku życia i w chorobie demencyjnej).

- Przewlekły ból.
- Nie odczuwanie smaku (proteza, zmniejszanie się kubków smakowych o 65% po 75-tym roku życia).

✓ **Błędy opiekuńcze:**

- Brak codziennej higieny jamy ustnej i kontroli stanu dziąseł.
- Nie poinformowanie lekarza pod którego opieką jest kuzynka o odmowie jedzenia.
- Jedzenie w łóżku w pozycji półleżącej. Posiłek powinien być spożywany przy stole w pozycji wyprostowanej.
- Niewspomaganie odruchu połykania np. poprzez umożliwienie popijania w trakcie posiłku.
- Wprowadzanie do ust łyżek przepelnionych pokarmem (łyżka powinna być napełniona najwyżej w trzech czwartych).
- Stanie nad seniorem i popędzanie przy jedzeniu – demonstrowanie, że nie mamy czasu (opiekun powinien siedzieć przy jedzącym dając mu do zrozumienia, że ma dla niego czas).
- „Taśmowe” karmienie łyżką za łyżką, bez pauzy.
- Uniemożliwienie umycia przed jedzeniem rąk, twarzy, czasem także oczyszczenia jamy ustnej (pod protezami zębowymi mogą być drobiny poprzedniego posiłku, które boleśnie uwierają przy gryzieniu).
- Zmuszanie seniora siłą do jedzenia.
- Posługiwanie się „trikami” (np. odwracanie uwagi seniora, aby zniecka wepchnąć mu do ust łyżkę).
- Podawanie posiłku byle jak i byle gdzie (hałas, bałagan, nieprzyjemne wonie i widoki).
- Strofowanie seniora za „złe maniery” przy stole, np. gdy mu jedzenie wypada z ust.

✓ **Przyczyny psychologiczne to utrata:**

- swego środowiska (np. przeprowadzka do córki czy zamieszkanie w domu opieki) – senior jest oderwany od swoich korzeni, głódówka jest tego skutkiem;
- osób odniesienia (poczucie opuszczenia przez rodzinę, głódówka jest protestem);

- zainteresowania ze strony innych (głodówka jest sposobem zwrócenia na siebie uwagi);
- kompetencji komunikacyjnych (odmowa jedzenia jako jedyna pozostała możliwość wyrażenia się);
- sfery prywatnej (jadłowstręt lub strajk głodowy jako reakcja);
- autonomii i poczucia kontroli (odmowa jedzenia jako jedyna dostępna forma wpływania na otoczenie);
- zaufania (interpretowanie wszystkiego jako spisku przeciwko sobie).

Przy tym należy pamiętać, że z powodu towarzyszących seniorowi stanów lękowych i dezorientacji, należy stosować wyraźnie pozytywną komunikację. Opiekunka nie powinna w relacjach z podopiecznym wymuszać oczekiwanego zachowania i używać słów typu „musisz”, „powinieneś”. Być może agresja kuzynki jest wywoływana przez niekompetentną opiekunkę i problem rozwiąże wymiana opiekunki. Nie można złościć się na demencyjnego seniora i brać jego agresji bezpośrednio do siebie. Niestety często zdarza się, że opiekunka na problemowe zachowanie osoby z demencją reaguje agresywnie i stosuje przymus bezpośredni. Opiekunka powinna wiedzieć, że posiłek może być podawany, gdy emocje seniora się wyciszą. Talerz powinien zachęcać do jedzenia różnorodnością i wielokolorowością – rozmaite warzywa przygotowane bezpośrednio do spożycia, kanapki itd. Pomocne jest sprawianie wrażenia, że opiekunka je razem z seniorem. Powinna prowadzić monolog o treści kulinarnej i mówić łagodnie, z uśmiechem, utrzymując kontakt wzrokowy. W miarę możliwości zachęcać i pozwalać seniorowi na samodzielność. Dopiero gdy to wszystko nie przynosi rezultatu należy z lekarzem rozmawiać o założeniu sondy.

Przypadek pacjentki

Po śmierci mamy, która prowadziła dom, muszę przejąć opiekę nad moim ojcem. Jest on dość sprawny fizycznie ale ma narastające kłopoty z pamięcią i roztargnieniem. Namówiłam go żeby się do mnie wprowadził gdyż mieszkam na wsi i mam duży dom z ogrodem. Jestem na emeryturze ale nadal podtrzy-

muszę aktywność zawodową i społeczną. Chcę tak przygotować mieszkanie, żeby ojciec się u mnie dobrze czuł i nie absorbował mnie zbyt mocno swoją osobą. Czy powinnam coś zmienić w swoim domu, który według mnie jest przestronny, nowoczesny i dość komfortowy.

Przeprowadzka seniora to koniec jego dotychczasowego życia i trauma z którą może sobie nie poradzi. W związku z tym nie należy dokonywać przy ojcu likwidacji jego mieszkania i wyrzucania zbędnych rzeczy. Przestronny, nowoczesny, komfortowy – te cechy nic dla seniora nie znaczą. On potrzebuje znaleźć w nowym domu odniesienie do jego dotychczasowego życia i zachować poczucie prywatności. Efekt ten można uzyskać poprzez przeniesienie ze starego mieszkania tych mebli i przedmiotów, które ojciec najbardziej lubi. Pokój przeznaczony dla ojca trzeba urządzić w sposób nawiązujący możliwie wiernie do mieszkania w którym spędził wiele czasu – fotel, obraz, radiodbiornik, lampka. W tej sytuacji mebel nie jest tylko sprzętem lecz ma wartość emocjonalną i symboliczną. Wewnętrzne umeblowanie pokoju seniora jest elementem samo-identyfikacji, poczucia tożsamości i formą autoprezentacji, czyli wyrażenia swoich preferencji towarzyskich, kulturowych, religijnych itd.

Jeżeli chodzi o meble jest jeden wyjątek – to łóżko. Trzeba przewidywać, że ojciec z czasem może zniedołężnieć i potrzebować pomocy w zmianie pozycji ciała, wstawaniu z łóżka, czy w ostatniej fazie życia pielęgnacji w łóżku. Wersalka czy typowe małżeńskie łóżko nie będą dla ojca sprzętem wspomagającym a jedynie utrudniającym opiekę. Tak więc w pokoju seniora niezbędne jest łóżko pielęgnacyjne, z drewnianą obudową, regulowaną pilotem wysokością leża, zagłówka i podnóżka oraz barierkami bocznymi zabezpieczającymi przed upadkiem z łóżka. Jeżeli senior ma kłopot ze zdążeniem do toalety, lub ma nietrzymanie moczu, materac powinien być w specjalnym pokrowcu ochronnym.

Proszę także wykonać „tablicę biograficzną” czyli w pokoju ojca na wysokości jego wzroku powiesić tablicę z korka i przypiąć na niej zdjęcia ojca oraz osób mu bliskich z różnych okresów życia oraz

zdjęcia upamiętniające miłe chwile i ważne momenty. Ułatwią one rozpoczęcie rozmowy i wygaszanie negatywnych emocji. Chodzi o maksymalne nawiązanie do tego, czym ojciec żył we własnym domu i taką organizację dnia by była możliwa „symulacja” normalnego stylu życia seniora. Tak przygotowany pokój będzie oddziaływał na ojca terapeutycznie: będzie wyciszał, redukował lęki, stabilizował emocjonalnie, będzie dopasowany do obniżonych możliwości percepcji i interpretacji oraz pomoże w orientowaniu się w rzeczywistości. Tym samym ułatwi codzienną aktywność.

Trzeba także umożliwić swobodne i bezpieczne przemieszczanie się po domu, co oznacza rezygnację z chodników czy dywaników. Na podłodze nie może być nic o co można się potknąć lub poślizgnąć. Ważne jest także oświetlenie – bardziej natężone tam gdzie ojciec głównie ma przebywać a mniej ostre tam gdzie Pani nie chce by ojciec wchodził. Należy także stworzyć warunki do codziennej aktywności, chodzi tu o przydzielenie obowiązków związanych z prowadzeniem domu, tych, które ojciec wykonywał jak mieszkał z mamą. Może to być dbanie o ogród, koszenie trawy i podlewanie kwiatów, wynoszenie śmieci, czyszczenie obuwia, majsterkowanie, robienie drobnych zakupów, zapoznanie z nowymi sąsiadami i pomoc w podtrzymaniu wzajemnych relacji. Jeżeli ojciec jest aktywnym katolikiem można spróbować włączyć go w różne aktywności organizowane przez parafię. Jeżeli ojciec będzie często sam z powodu Pani zajęć, to proszę rozważyć podarowanie ojcu kota – specjaliści w dziedzinie opieki geriatrycznej podkreślają jego terapeutyczne oddziaływanie. Opłaca się zadbać o autentyczność relacji w osobistych kontaktach, bazowanie na aktualnym stanie emocjonalnym, odwoływanie się do biografii i wspierać ojca w jego próbach zagospodarowania czasu w ciągu dnia. Sensowne i intensywne wypełnienie czasu w ciągu dnia to zadowolony ojciec, mniej obciążająca opieka i lepszy sen w nocy.

Przypadek pacjenta

Mój ojciec w podeszłym wieku jest w ciągłym ruchu, mam wrażenie, że zupełnie bezcelowym, mimo podejmowanych przez

domowników prób nie może się wyciszyć ani dłużej skupić na żadnej celowej aktywności.

Seniorzy demencyjni są często nadpobudliwi ruchowo. W rzeczywistości wiele czasu spędzają w beczynności, bez ukierunkowanej stymulacji. Obserwacje z praktyki wielu domów opieki na terenie USA i Europy Zachodniej wskazują na dobre efekty tzw. „terapii kołysania”. Stwierdzono, że przeciwdziała ona nadmiernemu pobudzeniu ruchowemu. Redukuje w znacznym stopniu stany lękowe i depresyjne. Pozwala także zmniejszyć dawki środków przeciwbólowych. Tak więc, może Pani sprawić ojcu prezent w postaci fotela bujanego. Ustawić go w miejscu gdzie ojciec najbardziej lubi przebywać, np. w jego pokoju. Ojciec może na nim spędzać czas od pół godziny nawet do trzech godzin dziennie. Balansowanie ciałem, aby wprawić fotel w ruch kołysania, podtrzymuje a nawet zwiększa samodzielność i sprawność ruchową. Następuje także poprawa umiejętności zachowania równowagi podczas chodzenia, tym samym zmniejszenie ryzyka potykania się i przewracania. Gdy ojciec siedzi na fotelu można pod plecy podłożyć poduszeczkę, włączyć telewizję czy radio z ulubioną audycją lub muzyką, można też dać do przeglądania prasę czy album. Należy tylko uważać by nie było zbyt wielu bodźców, tylko kołysanie i „jedno coś jeszcze”. Taki czas wyciszania wymaga pewnej dyscypliny od członków rodziny by unikali zbyt głośnych i negatywnych dla seniora zachowań.

Przypadek pacjenta

Mój teść jest w podeszłym wieku i ma zdiagnozowaną chorobę Alzheimera. Opieka nad nim, po śmierci teściowej, stała się rodzinnym koszmarem. Jego trzech synów podzieliło się majątkiem ojca i obowiązkiem opieki. W efekcie teść mieszkał u każdego z nich po trzy miesiące, teraz już po miesiącu. Obecnie jest u nas i zachowuje się w sposób nie do zaakceptowania: wybiera jedzenie z talerzy rękami, zanieczyszcza się, rozmazuje odchody po ścianach, rozlewa wodę i zjada wszystko

co ma pod ręką. Jest w ciągłym, takim niespokojnym ruchu i wszystkiego dotyka. Mąż ani jego bracia nie zgadzają się by oddać ojca do domu opieki. Co robić by przetrwać okres kiedy teść jest u nas?

Problematyczne zachowania seniora z demencją nie zawsze są jego „akcją” ukierunkowaną przeciw domownikom. Mogą one stanowić „reakcję” na: lęk, ból, dezorientację, brak stymulacji sensorycznej (podświadome współdziałanie zmysłów człowieka umożliwiające wykonywanie codziennych czynności). Pani teść co miesiąc znajduje się u kolejnego syna w obcym sobie środowisku i nie jest w stanie objąć na raz wszystkich elementów tej nowej, nieznannej mu rzeczywistości. Lęk i dezorientacja powoduje zamknięcie się przed zbyt wieloma impulsami, których senior nie potrafi jednocześnie przepracować. Co miesięczna zmiana środowiska uniemożliwia wygaszenie czy nawet zmniejszenie lęku. Ojciec intuicyjnie rejestruje sygnały niewerbalne, barwę głosu i niechętną postawę kolejnych domowników. Najczęściej „ostro” wypowiedane w jego kierunku słowa „co robisz” „muisz”, „powinieneś” itp., kary i upominanie nie wywołują żadnej reakcji. W tej sytuacji opiekunom może pomóc świadomość, że u seniora, nawet w późnym etapie demencji, nie zanika całkowicie potrzeba sensownego zajęcia. On chce być czynny w jakikolwiek sposób i zadowala go samo wykonywanie czynności a nie efekt końcowy o którym nawet nie myśli. Senior nie tylko potrzebuje zajęcia, ale wręcz sam go sobie szuka (wędrówki, grzebanie w szafie i szufladach, dotykanie i zgniatanie zasłon, rozmazywanie odchodów na ścianie czy wylewanie wody). Te problematyczne dla domowników zachowania można spróbować zamienić na inne, które pozwolą aktywnie wypełnić czas i uspokoją seniora.

Senior w późnej fazie demencji chętnie wykonuje wielokrotnie tę samą czynność, taką jak sortowanie i układanie gazet, przenoszenie, wycieranie, czesanie włosów, prucie i zwijanie wełny, układanie rzeczy w szufladzie czy w skrzynce na narzędzia. Dajemy do wykonania to co senior jeszcze potrafi wykonać, rozkładamy czynność na poszczególne kroki, w razie potrzeby wykonujemy pierwszy krok

(aby senior „zaskoczył”. Podczas wykonywania czynności ograniczamy czynniki dekoncentrujące seniora. Mogą to być czynności wiążące się z ruchem (prace ogrodowe, spacer, ruch do muzyki). Dostarczamy także zróżnicowanych wrażeń sensorycznych (smarowanie rąk kremem, wąchanie kwiatów, rozcinanie i próbowanie różnych owoców).

Drugi ważny element opieki to świadomość i wiedza, że senior demencyjny potrzebuje zróżnicowanej oferty doświadczeń dotykowych już od samego początku choroby. Dotykanie przedmiotów daje informacje nie tylko o przedmiotach, ale wspomaga odbieranie własnego ciała. Typowa dla demencji jest agnozja wzrokowa (ślepotę korową) – senior widzi przedmiot (np. krzesło), ale nie rozpoznaje wzrokiem jego funkcji. Dopiero gdy zbada przedmiot dotykowo, wie, do czego on służy.

Stąd się bierze znane wszystkim opiekunom zjawisko ruchliwych dłoni seniora demencyjnego.

Żeby zmniejszyć lęk i zagubienie ojca pogłębiane co miesięcznymi przeprowadzkami powinien mieć on kilka przedmiotów, które będą przemieszczane razem z nim. Powinien to być kilim wieszany na ścianie przy łóżku o rozbudowanej fakturze (można na zwykłą makatkę ponaszywać elementy z różnych materiałów, w tym różnej grubości sznurki, frędzle itp. Ponadto fotel bujany, w którym powinien spędzać do kilku godzin dziennie. Tzw. terapia kołysania jest bardzo skuteczna m.in. w wyciszaniu i zmniejszaniu nadpobudliwości ruchowej. Do okrycia nieduży pled, także wzbogacony różnymi naszywkami. W gerontopsychiatrii jako narzędzia stosuje się tzw. terapeutyczną kołdrę dotykową. Spodnią stroną stanowi pled o wymiarach 120x140 cm z owczej wełny a górną tkanina doszyta grubą włóczką lub sznurkiem, która jest pozszywana z różnej wielkości kawałków z różnych tkanin (tzw. patchwork). Materiały takie jak Sztruks, wełna, satyna, len, bawełna powinny mieć żywe kolory. Stosowanie terapeutycznej kołdry zapobiegania stereotypiom ruchowym, uspokaja i stymuluje poznawczo:

- **wzrokowo:** naszywki, hafty, aplikacje
- **smakowo:** naszyte kieszenie z ukrytym ciasteczkiem

- **zapachowo:** naszyte kieszenie z ukrytym pachnącym suszem kwiatowym lub ziołowym.

Równie ważna jest stymulacja dotykowa wykonywana przez opiekuna. Pomaga ona seniorowi w orientowaniu się w rzeczywistości i w zachowaniu jak najdłużej częściowej samodzielności np. włożenie łyżki do dłoni i wykonanie z seniorem ruchu przypominającego jak się nią posługiwać. Proszę przy tym pamiętać, że:

- **zbyt łagodne**, delikatne dotknięcia z reguły odbierane są jako nieprzyjemne (negatywnie),
- **zdecydowane**, wyraźne dotknięcia – odbierane jako wskazówki do dalszego działania (pozytywnie).

Jeżeli ojciec rozmazuje kał na ścianie to proszę sprawdzić stan skóry wokół genitaliów i odbytu. Skóra może być podrażniona, a nawet uszkodzona, co może powodować trudny do zniesienia świąd, szczególnie w momencie wydalania. Senior by złagodzić tę dolegliwość drapie się i brudzi ręce. Nie pamięta już co służy do higieny intymnej a zakorzeniona głęboko w świadomości potrzeba oczyszczenia rąk powoduje, że senior wyciera te ręce o to co ma w zasięgu, może to być ściana lub pościel. Na rynku dostępnych jest wiele środków do pielęgnacji i ochrony skóry narażonej na drażniące działanie moczu i kału.

Przypadek pacjentki

Nie potrafię uzyskać od mojej mamy (lat 93), informacji czego oczekuje od domowników i jakie potrzeby są dla niej najważniejsze. Lekarz powiedział, że mama ma otępienie. Raz sprawia wrażenie smutnej i wycofanej a czasami czegoś głośno się domaga i jest agresywna. Jak w takiej sytuacji mogę ocenić czy nasza opieka jest wystarczająca.

Senior, który już niemal nie potrafi komunikować się werbalnie najczęściej nie rozumie, co się do niego mówi. Często charakteryzuje go zachowanie nieprzystające do sytuacji rozmowy. Nie potrafi jednoznacznie artykułować, co mu smakuje, co chce jeść, a co nie. W takiej

sytuacji pomocne jest uważne obserwowanie mimiki seniora i jego reakcji niewerbalnych. Proszę stosować wypowiedzi nie przekraczające pięciu słów. Na przykład: Obiad jest gotowy; Proszę, jedz; Chcesz jeszcze bułkę; Teraz przyniosę deser. Pytania proszę stawiać w taki sposób, aby można na nie odpowiedzieć przeczeniem lub potwierdzeniem: tak; nie. Gdy mama staje się zbyt głośna i pobudzona proszę zastosować strategię wyciszające, uspokajające, odwracające uwagę (na przykład przesadzenie seniora na inne miejsce, np. na fotel bujany, czasami to wystarczy).

Przypadek pacjentki

Opiekuję się moimi rodzicami w podeszłym wieku, którzy robią wrażenie zrezygnowanych, smutnych i niezainteresowanych żadną aktywnością wychodzącą poza codzienne podstawowe czynności życiowe, a przecież mają możliwości i wystarczającą sprawność by aktywnie żyć a nie wegetować. Dochodzę do wniosku, że już w tej chwili mając 60 lat powinnam przygotować się do mojej starości i żyć, tak żeby opóźnić wystąpienie objawów otępienia. Czy są jakieś uznane metody by zapewnić sobie lepsze starzenie się niż narastający marazm?

Wzrost świadomości, poziomu życia i własne zasoby finansowe spowodowały, że współcześni seniorzy chcą być zadowoleni, aktywni i jak najdłużej uczestniczyć w normalnym życiu. Zadowolony, szczęśliwy, zrównoważony emocjonalnie człowiek w późnej starości staje się podopiecznym utrzymującym dobry kontakt z opiekunem. Co ważne następuje mało trudności, jest chętny do współpracy i dłużej zachowuje samodzielność pomimo deficytów i ograniczeń.

W literaturze fachowej mówi się o 4 najczęstszych postawach wyrażających pozytywne podejście do własnej starości, praktykowane także przez osoby obciążone różnego rodzaju dolegliwościami zdrowotnymi i sprawnościowymi:

- ✓ Mimo przejścia na emeryturę kontynuowanie życia dokładnie w taki sam sposób, jak dotychczas. Osoba taka, o ile jest to możliwe, chce być nadal czynna zawodowo, choćby tylko kilka godzin tygodniowo albo też ze zdwojoną siłą angażuje się w wolontariat, dotychczasowe zainteresowania i tego typu zajęcia, autonomiczna i samodzielna, chce być jednak konfrontowana z zadaniami z zewnątrz i ciągle szuka nowych wyzwań. Odnoszenie sukcesów, bycie przydatnym i produktywnym uznaje za źródło swojego osobistego szczęścia i dobrego samopoczucia.

Niebezpieczeństwo, jakie kryje się w tym modelu podchodzenia do własnej starości wiąże się z przecenieniem własnych sił i starszy człowiek powinien być tego świadomy.

- ✓ Mimo przejścia na emeryturę podtrzymywanie aktywności, ale na polach nieco różniących się od tego, czym dana osoba zajmowała się dotychczas. Będzie to często coś, czym chciała się zająć już znacznie wcześniej, ale nie miała takiej możliwości. Dlatego na starość chce podjąć te aktywności – i często mocno podkreśla tę właśnie motywację. Ponadto kierują nią chęci: zachowania dotychczasowych sprawności; rozwijania się „przez całe życie”; ale także zapewnienia sobie dodatkowego zabezpieczenia socjalnego, materialnego lub choćby komfortu emocjonalnego
- ✓ Czekanie na starość jako uwolnienie się od masy obowiązków, z których część była im narzucona lub stanowiła zbyt intensywne obciążenie. Ten senior określa swoją starość jako „zupełnie nowe życie”, twierdzi, że po raz pierwszy w życiu „czuje się wolny”, „nareszcie wie, co to spokój” umiarkowana pasywność i beczynność, nie prowadzi do psychosocjalnej degeneracji. Ten człowiek naprawdę chce wreszcie odpocząć po długim i wyczerpującym życiu. I to jest jego wariant szczęśliwej starości
- ✓ Senior za wszelką cenę chce nadrobić to, czego nie dane mu było zakosztować w przeszłości. Może on, z różnych przyczyn, dopiero w starości oddać się swoim prawdziwym zainteresowaniom, preferować indywidualny styl życia, bez poświęcania większości czasu jedynie na zarabianie pieniędzy. Korzysta z bogatej

gamy propozycji wydawniczych; oferty telewizyjnych kanałów oświatowo-edukacyjnych; coraz liczniejszych klubów i stowarzyszeń dla seniorów; coraz liczniejszych ofert rekreacji, terapii i rehabilitacji itp.

Żeby dbać o dobrą kondycję mózgu i opóźnić kłopoty z pamięcią lekarze proponują przestrzeganie kilku podstawowych dobrze nam znanych zasad, i tak:

- ✓ **dbaj o swoją wagę**, nie dopuszczaj do nadmiernego gromadzenia tłuszczu, szkodliwego dla każdego narządu w organizmie, w tym mózgu,
- ✓ **wyeliminuj cukier ze swojej diety** gdyż jest największym wrogiem dla naszego mózgu – szkodzi pamięci długo i krótkotrwałej oraz zwiększa ryzyko zachorowania na udar mózgu,
- ✓ **ćwicz codziennie** – uprawianie sportu, który lubisz zwiększa pracę wszystkich neuroprzekaźników i zwiększa ilość szarych komórek,
- ✓ **dużo śpij** – ma to ogromne znaczenie dla pamięci oraz efektywnego funkcjonowania mózgu. Zbyt krótki sen upośledza jego funkcjonowanie i ma negatywny wpływ na zapamiętywanie oraz koncentrację,
- ✓ **ogranicz do minimum spożywanie alkoholu**, gdyż jest on zabójczy dla komórek mózgowych,
- ✓ **dbaj o różnorodność diety** by dostarczyć organizmowi niezbędnych substancji do prawidłowego funkcjonowania, a wtedy kiedy to konieczne wspomagaj się suplementacją (witaminy i odżywki).
- ✓ **jedz pokarmy bogate w kwasy tłuszczowe omega 3** gdyż są one niezbędne do prawidłowego funkcjonowania mózgu i zwiększają wchłanianie witamin.

Co wskazuje na negatywne podejście podopiecznego do własnej starości i co może w takiej sytuacji działać opiekun?

Podopieczny, który negatywnie podchodzi do swej starości nie chce przeżywać starości aktywnie i konstruktywnie mimo zadowalającego

stanu psychofizycznego. Taką negatywną postawę łatwo rozpoznać gdyż senior sprawia wrażenie, że:

- ✓ nie zależy mu na sobie samym, a warunki zewnętrzne są mu zupełnie obojętne,
- ✓ nie posiada w swoim życiu żadnego punktu odniesienia np. drugiego człowieka, zwierzęcia, idei, zadania, planów, czyli czegoś dla czego warto żyć, co motywuje do podejmowania wysiłku. Brak takiego punktu odniesienia powoduje, że egzystencja seniora prowadzona jest „po najmniejszej linii oporu”,
- ✓ nie jest dla niego ważna własna autonomia czy wolność wyboru. Wydaje się, jakby senior nie miał żadnych zainteresowań, upodobań, własnych opinii itd.
- ✓ przeważają zachowania, które sprowadzają seniora do roli pasywnego konsumenta. Senior chce być obsługiwany, sam prawie nic nie robi mimo, że ma takie możliwości, aby samodzielnie wpływać na swoją sytuację, kształtować ją i rozwijać z myślą o przyszłości,
- ✓ słowa i zachowania seniora świadczą o tym, że ma on coraz mniejsze poczucie własnej wartości.

Negatywne podejście podopiecznego do własnej starości utrudnia sprawowanie opieki. Z jednej strony opiekun jest na co dzień konfrontowany z pasywnością i obojętnością seniora, a z drugiej strony zdaje sobie sprawę, że zwłaszcza w okresie starości każdy człowiek powinien widzieć w swoim życiu sens, być aktywnym i zainteresowanym otoczeniem. Opiekun jako osoba, która spędza z seniorem wiele czasu na co dzień, może i powinien służyć podopiecznemu pomocą w podejmowaniu trafnych decyzji, ponieważ nie zawsze senior decyduje w sposób właściwy i korzystny dla siebie. Niektórzy seniorzy z uporem nie chcą dać się przekonać opiekunowi do aktywnej, przemyślanej i starannej troski o swoje życie. Na szczęście wielu, a może nawet większość seniorów mimo demonstrowanej obojętności zdaje sobie sprawę, że opiekun nakłania ich do aktywności nie dlatego, aby robić im na złość, lecz w ich własnym najlepiej pojętym interesie.

Co jest najważniejsze dla starego człowieka zależnego od opieki innych osób?

Potrzeby osób starszych jak wszystkich ludzi bez względu na wiek mają wspólny mianownik obejmujący takie aspekty jak:

- ✓ poczucie przynależności do wspólnoty,
- ✓ kontakty socjalne
- ✓ zaspokajanie potrzeb somatycznych i psychicznych,
- ✓ stymulacja intelektualna,
- ✓ dbanie o sferę duchową,
- ✓ możliwość zarówno aktywności, jak i wycofania się z aktywności,
- ✓ poczucie bezpieczeństwa w zdrowiu, a tym bardziej w chorobie i niepełnosprawności,
- ✓ empatia, w starości potrzeba ta wyprzedza nawet oczekiwanie praktycznej pomocy.

Jeżeli senior musi zaadoptować się do nowych warunków życia i zaangażować się w zupełnie nowe dla niego aktywności, należy go od razu zapewnić, że otrzyma niezbędną pomoc i że zawsze na każdym etapie danej czynności, otrzyma oczekiwane informacje i wsparcie.

Opiekun osoby w podeszłym wieku powinien znać jej dotychczasowy styl życia, gdyż na bazie tej wiedzy najłatwiej jest wprowadzić nowe elementy, począwszy od takich, które są jedynie rozbudowaniem starych przyzwyczajeń. Przynajmniej w pierwszej fazie opieki należy unikać zmian, bez których można byłoby się na razie obejść.

Cierpliwe i stałe budowanie ogólnego klimatu zaufania i poczucia „bycia u siebie” skutecznie redukuje wszelkie obawy i lęki w trudnych dla starszego człowieka sytuacji zamieszkania z rodziną lub w domu opieki.

Zupełnie nowe umiejętności (np. obsługa nowoczesnych urządzeń domowych) muszą zostać u seniora wyćwiczone poprzez ich regularne, wielokrotne powtarzanie pod nadzorem opiekuna.

Starych przyzwyczajeń nie należy negować i całkowicie im zaprzeczać, gdyż wówczas od razu obudzi się sprzeciw seniora wobec nowych propozycji.

Przypadek pacjenta

Mój ojciec, mocno starszy człowiek, nie wyraża zgody na żadne zmiany w jego sposobie życia i w mieszkaniu mimo, że mogą one pomóc w samoobsłudze, utrzymaniu jego samodzielności i bezpiecznym funkcjonowaniu. Co robić?

Uparte obstawanie przy swoim to rodzaj obrony seniora przed kurałką członków rodziny lub obcych osób. Jest to również zamknięcie się przed zbyt wieloma impulsami, których senior nie potrafi jednocześnie przepracować (na przykład polecenia od kilku osób dotyczące bardzo różnych spraw).

Dotychczasowe rutynowe sposoby zachowań (wypracowany schemat życia) pozwalały seniorowi na pewną „automatyczność” działań, co oszczędzało jego siły i nie wymagało intensywniejszego zaangażowania uwagi. Starszy człowiek chce zachować ten łatwiejszy sposób życia i dlatego broni się przed wszelkimi zmianami.

Jest to też metoda uciekania przed osłabieniem pamięci. Wszystko, co nowe jest dla seniora trudnością. Stary, utarty sposób postępowania chroni przed zapominaniem, bo po prostu nie trzeba się wtedy skupiać na zapamiętywaniu.

Dlatego zupełnie nowe umiejętności muszą być wielokrotne przez seniora powtarzanie w obecności opiekuna, tak żeby nabrał pewności. Przy tym nie należy negocjować starych przyzwyczajzeń i ich zabraniać gdyż bo pogłębimy w ten sposób opór seniora. Jeżeli przyzwyczajenia seniora nie są dla niego groźne to należy je zaakceptować.

Przypadek pacjentki

Moja mama ma zaawansowaną demencję, Nie rozpoznaje mojego męża i dzieci, mimo, że mieszka z nami od 20 lat. Obserwuję, że robi się coraz bardziej niespokojna i agresywna. A od czasu jak zdechł nasz pies nie chce nawet wychodzić do ogrodu. Co mogę zrobić by poprawić sytuację?

Utrata psa dla starszego człowieka jest bolesna a dla osoby z demencją jest to jeszcze większe przeżycie, gdyż jest to utrata ważnego elementu, który pomagał odnaleźć się w mglistej i niepokojącej rzeczywistości. Mama się boi i dlatego nie można jej do niczego przymuszać bo to tylko pogłębi jej lęk i przyspieszy wycofywanie się. Polecam podarowanie mamie fotela bujanego i zastosowanie terapii kołysania i wyciszania. Proszę poprosić wszystkich członków rodziny zamieszkujących wspólnie, by unikali hałasu, głośnej muzyki, jednoczesnego głośnego mówienia, kłótni i innych zachowań, które mogą denerwować mamę. Osoby z demencją bardzo dobrze wyczuwają emocje innych ludzi i rozpoznają je zdecydowanie lepiej niż słowa. Agresja mamy może być reakcją na zbyt wiele negatywnych bodźców i nowych dla niej sytuacji. W tym stanie zdezorientowania nakłonienie mamy by wyszła do ogrodu może okazać się trudne. Gdy jest ładna pogoda można zachęcić mamę do siedzenia przy otwartym oknie. Ważne jest także by dać mamie jakieś zajęcie, np. prucie swetra i zwijanie wełny w kłębki. Proszę także przekonać domowników by w kontaktach z mamą stosowali zasadę pierwszego kontaktu. Specjaliści od komunikowania się ze zdezorientowanym seniorem nazywają ją formułą **IKO** (pierwsze litery od słów: imię – kontakt – oddech). W praktyce wygląda to tak:

I – Babciu, mam na imię Robert

K – utrzymać kontakt wzrokowy

O – zrobić przerwę długości dobrego oddechu, która da czas seniorce na przetworzenie komunikatu, a potem może być następny komunikat, np. „przyniosłem herbatę” i znowu czas na oddech i.t.d.

Komunikaty muszą być krótkie, a jeżeli jest to wstęp do zaproponowania wykonania jakiejś czynności to, tak jak w tym przykładzie, kubek z herbatą trzeba podać do ręki i pomóc mamie go uchwycić. Jeżeli mama nie wie co z nim zrobić to proszę z mamą ostrożnie wykonać pierwsze dwa ruchy uniesienia do ust, tak żeby mama „zaskoczyła”. Dotykając ręki mamy, przytulając głaszcząc komunikuje się Pani z mamą w sposób dla niej zrozumiały.

Takie strategie komunikacyjne zapobiegają lękowi i wyprzedzają sytuacje kryzysowe.

Przypadek pacjenta

Często odnoszę wrażenie, że mój ojciec (81 lat), udaje, że ma kłopoty z pamięcią gdyż wybiórczo nie stosuje się do niektórych moich poleceń; nie robi tego, co zostało ustalone we wspólnej rozmowie, tak, jakby pewnych ustaleń w ogóle nie było. Mam wrażenie, że złośliwie nie robi tego co powinien, choć jest to dla niego w oczywisty sposób niezbędne, przydatne, dobre i wskazane. Do tego niechętnie wychodzi z domu do ogrodu, a przecież przez płot ma życzliwych sąsiadów. Dlaczego się tak zachowuje, przecież wszystko czego od niego oczekuję jest w zasięgu jego możliwości.

Najprawdopodobniej ojciec ma początki dezorientacji. To taki stan seniora, który charakteryzuje się coraz większym oddalaniem od świata realnego, coraz większym regresem, brakiem współpracy i tym, co można nazwać „powolnym rezygnowaniem z życia”. Najprawdopodobniej ojciec doświadcza niedostatecznej, niepełnej, tylko częściowej orientacji i nie czuje się szczęśliwy. To zaburzenia komunikację między ojcem a Panią. Proszę pamiętać, że w wieku Pani ojca sprawność organów i zmysłów zmniejsza się, dłuższy jest czas reakcji i zdecydowanie gorsza zdolność do koncentracji i zapamiętywania. Dlatego należy bezwzględnie unikać przekazywania wielu poleceń jednocześnie i angażowania ojca do zadań wykonywanych pod presją czasu. Należy starać się o zdecydowanie pozytywny wydźwięk każdej rozmowy i każdego kontaktu. Chodzi tu zarówno o zalecany sposób traktowania osoby z demencją, jak i o unikanie wypowiedzi zawierających negatywne sformułowania. Ojcu trzeba zaoszczędzić niepotrzebnego stresu gdyż odbiera kierowane ku niemu bodźce selektywnie. Jeśli ma jakieś wątpliwości, to rozstrzyga je na swoją niekorzyść. Jeśli na przykład Pani powie: „jedz więcej bo umrzesz z głodu” to na pewno ojciec zrozumie tylko „umrzesz z głodu” lub „spotkaj się w ogrodzie z sąsiadami, nikt nie zrobi ci krzywdy”, to w prawie stu procentach przypadków zdezorientowany odbiorca zrozumie „w ogrodzie zrobi ci krzywdy”. I oczywiście będzie się bał jeszcze bardziej i z pewnością nie wyjdzie z mieszkania. Specjaliści

zalecają by w rozmowie ze zdezorientowanym seniorem całkowicie wyeliminować okazywanie niezadowolenia i rozczarowania, gdy coś nie uda mu się zapamiętać lub wykonać. Stany lękowe i dezorientacja występujące w demencji tak silnie wiążą uwagę seniora, że należy stosować tylko dobitnie pozytywną komunikację. Pozytywna komunikacja polega m.in. na powstrzymaniu się od wypowiadania słów kojarzonych przez seniora z problemami i nieprzyjemnymi doświadczeniami, na przykład: choroba, bieda czy krzywda. Należy także pamiętać, senior jest niezwykle wyczulony na emocje. Wyrażanie głośno niezadowolenia, czy tylko demonstrowanie go mimiką i gestykulacją oraz wypowiadanie z naciskiem słów „powinieneś” czy musisz” dodatkowo pogłębione obietnicą kary np. oddam cię do domu opieki, spowoduje, że ojciec wycofa się w głąb siebie a wzajemne porozumiewanie się będzie coraz trudniejsze. Kontakty z ojcem poprawią się, jeżeli oprze je Pani na swojej empatii. Jest to umiejętność zrozumienia co odczuwa i myśli drugi człowiek oraz reagowania i pomagania opartego na współczuciu. Empatia jest warunkiem każdej dobrej relacji.

Przypadek pacjenta

Mój tata, który bardzo przeżył śmierć mamy zachorował na depresję, lekarz psychiatra zdiagnozował u niego chorobę Alzheimera. Tata zamieszkał z nami i przyjął to właściwie obojętnie ale denerwuje się gdy czegoś od niego oczekujemy. Co mogę zrobić by uniknąć konfliktów i sytuacji kryzysowych między ojcem a pozostałymi domownikami?

Demencja wytycza granice interakcji komunikacyjnej, których nie jest w stanie przekroczyć ani senior, ani jego opiekunowie. Jednak to po stronie domowników, jako osób świadomych sytuacji, leży budowanie równowagi emocjonalnej seniora, tak by sobie oszczędzić wysiłków z góry skazanych na porażkę. Jeśli więc senior żyje głównie świadomością swej przeszłości, to trzeba się do tego dostosować. Pomocne będzie przywoływanie wspomnień i wiązanie ich

z wykonywaniem codziennych czynności. Wspomnienia będą zrozumiałymi dla seniora punktami odniesienia i zmniejszą poczucie dezorientacji (zagubienia w aktualnej rzeczywistości). Rolą członków rodziny będzie odnajdywanie drogi do tych pozytywnych wspomnień będących impulsem do nawiązania kontaktu. Takim impulsem może być stara fotografia, zapach, specyficzny dotyk, odgłos i oczywiście słowa. Aby taki bodziec rzeczywiście mobilizował i odnawiał wspomnienia, musi dotyczyć czegoś naprawdę istotnego, zdarzeń, które utrwaliły się w pamięci seniora jednoznacznie pozytywnie, wiązały się z poczuciem zadowolenia, szczęścia, przyjemności. Słowa stają się kluczami do wewnętrznego świata seniora gdy charakteryzują się intensywnym i wyraźnie pozytywnym dla seniora znaczeniem. Warto wykonać tablicę biograficzną (zawierającą fotografie i słowa – klucze) i umiejscowić ją w miejscu gdzie senior najczęściej przebywa. Absolutnie należy unikać słów, komunikatów i emocji o zabarwieniu negatywnym.

Przypadek pacjenta

Mój ojciec, który cierpi na demencję robi czasami rzeczy, które denerwują całą rodzinę, np. wstaje bardzo wcześnie i wysypuje śmieci z kubek na środku kuchni. Nie pomogło, wynoszenie śmieci wieczorem do śmietnika, gdyż ojciec wcześnie rano i tak opróżnia pusty kubek stukając nim głośno o podłogę, co nas budzi. Co możemy zrobić by zrozumiał, że to jest bez sensu?

Pani ojciec odczuwa potrzebę zrobienia czegoś przydatnego. Ale nie potrafi już rozróżnić, co w aktualnej sytuacji można lub należy robić, a od czego należy się powstrzymać. Nie potrafi również przenieść swoich wyobrażeń na rzeczywiste okoliczności i dopasować swej wizji do realnych uwarunkowań. Obrazy przesuwające się w jego mózgu pochodzą z odległej przeszłości. Są to wspomnienia z okresu, kiedy był zdrowy i czynny zawodowo. Być może pracował przy wywozie śmieci albo wypróżniał kubły dla całej kamienicy jako dozorca. A być może jego obowiązkiem w domu było codziennie rano, przed wyjściem

do pracy, wynoszenie śmieci. Robił tak przez wiele lat. Demencyjne upośledzenie umiejętności logicznego myślenia sprawia, że ojciec nie zauważa dysproporcji pomiędzy swoimi myślami a możliwościami ich praktycznego zrealizowania.

W takiej sytuacji niewłaściwa i nieskuteczna jest reakcja negatywna, np. *„co też tata robi, proszę natychmiast przestać i wrócić do łóżka.”*

Powinna pani odnieść się do zachowania ojca w sposób pozytywny i je przekierunkować: *„Tato, chcesz wysypać śmieci? Pomogę Ci pozbierać do kubła to, co wypadło na podłogę. Już jest czysto. Dobrze wykonałeś swoją pracę. Śmieci zostały zabrane, więc teraz możesz wrócić do łóżka”.*

Przekierunkowanie: Opiekun pozornie zgadza się z opinią seniora, np. że do jego obowiązków należy wyrzucanie śmieci ale w rzeczywistości nadaje myślom (bądź działaniom) seniora pożądaną kierunek – można wrócić do łóżka i dalej spać.

Każde, nawet najbardziej niezrozumiałe, zachowanie seniora z otępieniem ma jakąś przyczynę. Dobrze jest uświadomić domownikom, że zdezorientowany w skutek demencji senior nie postrzega siebie samego jako zdezorientowanego. Nie rozumie, że otoczenie nadal funkcjonuje logicznie, sensownie – i że to on się zmienił wskutek choroby. Przeciwnie, wydaje mu się, że on sam zachowuje się zrozumiałe i przewidywalnie – natomiast otoczenie stało się jakimś nowym, nieznanym, trudnym do zrozumienia, a nawet bezsensownym światem, który zaskakuje, a czasem wręcz przeraża. Rzeczywistość zdrowych ludzi wydaje się demencyjnemu seniorowi równie dziwna, jak tym zdrowym ludziom – zachowania i reakcje seniora.

W przekierunkowaniu pomaga fakt, że człowiek ze swej istoty dąży do równowagi emocjonalnej. Można spróbować wprowadzić zwyczaj, że wieczorem przed snem senior w towarzystwie opiekuna wynosi śmieci. A przed zaśnięciem, w trakcie przygotowania seniora do snu można powtarzać zdanie: wyniosłeś śmieci możesz spokojnie spać.

Przypadek pacjentki

Moja mama okazuje wyraźnie, że nie interesuje się tym co mam jej do powiedzenia, nawet najciekawszymi wydarzeniami. Nie reaguje na mój monolog. Więc jak i o czym mam z nią rozmawiać by spowolnić postęp zdiagnozowanego u niej otępienia?

Proponuję by za każdym razem stosować zasadę pierwszego kontaktu:

- ✓ Najpierw przypomnieć mamie, kto do niej mówi: „*Dzień dobry mamo, to ja Danusia*”.
- ✓ Potwierdzająca, pozytywna reakcja mamy sprowadzi się do nawiązania kontaktu wzrokowego.
- ✓ Jeżeli mama nie zareagowała i na Panią nie spojrzała proszę ponowić i wzmocnić próbę nawiązania kontaktu delikatnie dotykając dłoni lub ramienia mamy, co sygnalizuje: „*Mówię teraz do ciebie*”. I to powinno wystarczyć, aby mama zrozumiała Pani intencje. Spojrzenie, celowy kontakt wzrokowy potwierdza gotowość do kontynuowania interakcji, skorzystania z zaproszenia do rozmowy. Powinna wtedy Pani siedzieć naprzeciw mamy i skupić na niej całą swoją uwagę. Utrzymywanie kontaktu wzrokowego jest nieustannie wysyłałą do rozmówcy informacją: „*Jestem tutaj dla ciebie*”.
- ✓ Po przedstawieniu się trzeba zrobić kilkusekundową przerwę, chodzi tu o czas na głęboki, spokojny i długi oddech. Z jednej strony jest to czas dla mamy by uzmysłowiła sobie kto z nią rozmawia i nastawiła się na dalszy ciąg komunikacji a z drugiej strony Pani głos po wykonaniu świadomego oddechu będzie brzmiał mocno, wyraźnie, ciepło i miło dla ucha mamy.
- ✓ Celowe operowanie oddechem normalizuje interakcję komunikacyjną. Powstają pauzy strukturyzujące wypowiedź, oddzielające poszczególne etapy przekazywania informacji. Stanowią one również zaproszenie partnera komunikacyjnego do aktywnej postawy. Nawet osoby z zaawansowaną demencją odbierają pauzę jako zachętę do podjęcia jakiejś aktywności komunikacyjnej. Odpowie-

dzią seniora będzie spojrzenie, potakujące lub przeczące poruszenie głową, monosylabowa wypowiedź, a czasami całe zdania.

- ✓ Ponad to nie należy mamie opowiadać o aktualnych wydarzeniach bo mama nie zrozumie o czym Pani mówi. Należy odnosić się do faktów z przeszłości, które były ważne dla mamy i miały zdecydowanie pozytywny charakter. Rytuał rozpoczynania rozmowy od przypominania swojego imienia i odwoływania się do faktów z przeszłości i wspólnie przeżytych szczęśliwych chwil, pomoże mamie w relatywnie krótkim czasie zyskać wstępną orientację. Przemyślane postępowanie oszczędzi mamie ale także Pani niepotrzebnego stresu. Przedstawienie się głośno i wyraźnie zapobiega niekomfortowym emocjonalnie sytuacjom, a mama nie musi się denerwować, że nie potrafi przypomnieć sobie Pani imienia.

Przypadek pacjenta

Jestem dobrze wykształcona, mimo wieku (70 lat) zajmuję wysokie stanowisko i mam podobnie usytuowanych znajomych. Mój mąż, który do czasu zachorowania na chorobę Alzheimera był eleganckim, kulturalnym, starannie wystawiającym się starszym panem zachowuje się coraz gorzej, tak jak niezdyscyplinowane, źle wychowane, rozkapryszone dziecko. W towarzystwie wstydzę się za niego. Mimo, że próbuję wyśmiewać jego niechłujne ubieranie się, prostować pomyłki w rozpoznawaniu naszych bliskich znajomych i przymuszać aby zostawiał po sobie porządek w toalecie, to i tak zachowuje się tak jakby mi robił na złość. Jaka metoda jest najskuteczniejsza by mąż zaczął zachowywać się zgodnie z moimi oczekiwaniami?

Poważnym błędem opiekuńczym jest gdy mąż będąc na pograniczu zdrowia i początków choroby Alzheimera doświadcza publicznego pouczenia, połajanek i ciągłego wypominania błędów. Jest to dla niego bardzo bolesne i cierpienie jakiego doświadcza utrwali się w jego wspomnieniach. To zdecydowanie pogłębi narastające trud-

ności jakie będzie Pani miała w komunikowaniu się z mężem w późniejszych fazach choroby. Zalecam poinformowanie osób stykających się z mężem o jego chorobie oraz zmianę podejścia i zastosowanie przez te osoby oraz przez Panią poniższych zasad:

- ✓ **Unikać konfrontacji** – Jeśli mąż się pomyli, twierdzi coś, co nie ma pokrycia w faktach – wtedy proszę go nie poprawiać, nie korygować. Nie podejmować konfrontacji również po usłyszeniu nieprawdziwych zarzutów pod swoim adresem. O wiele lepszym sposobem zachowania jest reakcja neutralna, niezobowiązująca, bez ustosunkowania się do prawdziwości bądź fałszywości wypowiedzi seniora demencyjnego.
- ✓ **Działać praktycznie** – unikać słów i okoliczności towarzyszących rozmowie, wywołujących w mężu przykre skojarzenia.
- ✓ **Objasniać emocje męża i pocieszać go** – nazwanie swoimi słowami negatywnych emocji jakie odczuwa senior – zwykle go uspokaja. Podobnie jak wyraźne, jednoznaczne pocieszenie w sytuacjach, kiedy czuje się smutny lub wylękniony. Jest to dobry sposób pomocy w przełamaniu bariery dezorientacji i niezdolności do zrozumienia sytuacji. Gdy mąż nie będzie miał poczucia osamotnienia, gdy doświadczy od bliskich zrozumienia, współczucia i solidarności w cierpieniu, wtedy wyraźnie zmniejszają się jego stany lękowe i będzie mniej problemowych sytuacji.

O AUTORCE

Elżbieta Szałkiewicz – pielęgniarka, dr nauk o zdrowiu, prezes Polskiego Stowarzyszenia Opiekunów „Z Nami Łatwiej” oraz przewodnicząca Koalicji „Na Pomoc Niezależnym”. Aktywność zawodowa i społeczna dotyczy problemów z codziennym funkcjonowaniem osób zależnych od opieki, szczególnie osób starych oraz ich opiekunów.



Krystyna Lewkowicz

Rozdział 5.

Programy senioralne OP UTW

Wg szacunków, w Polsce jest ok. 1 miliona osób niesamodzielnych, przebywających w domach pod opieką osób bliskich.

Obowiązki opiekunów, często ponad siły i kompetencje fachowe, powodują szybkie przeciążenie fizyczne i psychiczne, zwane „zespołem wypalenia opiekuna”. Każda forma ich wsparcia jest więc cennym elementem czyniącym ich pracę łatwiejszą i skuteczniejszą.

Temu służą, przedstawione w tym rozdziale, dwa projekty realizowane przez Ogólnopolskie Porozumienie Uniwersytetów Trzeciego Wieku.



Projekt współfinansuje m. st. Warszawa



■ Akademia Liderów 60+

Akademia Liderów 60+ to projekt Ogólnopolskiego Porozumienia UTW adresowany do liderów organizacji i wolontariuszy.

Ukierunkowuje swoje działania na wspieranie rozwoju kompetencji liderskich uczestników, zamierzających zaangażować się w tworze-

nie i promowanie wolontariatu, na kreowanie postaw obywatelskich, a także umiejętność nawiązywania współpracy z innymi lokalnymi liderami, organizacjami pozarządowymi, instytucjami publicznymi oraz podmiotami niepublicznymi.

Akademia kładzie nacisk na szeroko pojętą integrację pokoleniową oraz międzypokoleniową osób ze środowiska warszawskich seniorów.

Uczestnicy projektu, dzięki wsparciu wykwalifikowanych trenerów i animatorów, uzyskują nowe kompetencje, a także wsparcie finansowe, aby mogli włączyć się aktywnie w działania na rzecz lokalnej społeczności, a nawet stworzyć własne autorskie wydarzenia/mikroprojekty społeczne.

Osoby, które mają swój pomysł na wolontariat senioralny mogą je zgłosić do koordynatora projektu, a po przeanalizowaniu koncepcji i jej zaakceptowaniu przez komisję otrzymają niewielkie granty na ich realizację.

To świetna szkoła pisania, rozliczania i raportowania projektów przygotowująca do samodzielnego prowadzenia lub udziału w dużych projektach senioralnych, zwłaszcza, że autorzy mogą liczyć na wsparcie mentorów i ekspertów z różnych dziedzin, w tym pomoc w efektywnym graficznym przedstawieniu projektu.

Akademia Liderów 60+ realizuje także założenia projektu oraz promuje standardy wolontariatu miejskiego „Ochotnicy Warszawscy”.

Celem Akademii Liderów 60+ jest:

- ✓ wzmocnienie aktywności grup liderów w wieku 60+ działających na rzecz społeczności lokalnych, w szczególności na rzecz seniorów,
- ✓ rozwój wolontariatu osób w wieku 60+,
- ✓ wzmocnienie lokalnych organizatorów wolontariatu.

Projekt realizowany jest w partnerstwie z organizacjami reprezentującymi różne środowiska, takimi jak:

- Uniwersytet Trzeciego Wieku Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie,

- Warszawski Instytut Bankowości, ul. Wiejska 12a w Warszawie,
- Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej, ul. Wilanowska w Warszawie,
- Biblioteka Publiczna dla Dzielnicy Warszawa Wawer ul. Trawiasta 10 w Warszawie,
- Oddział Rejonowy Warszawa Targówek Polskiego Związku Emerytów Rencistów i Inwalidów, ul. Prałatomska 4 w Warszawie,
- Centrum Alzheimera, Al. Wilanowska 257 w Warszawie.

Każdy z Partnerów będzie mógł zgłosić do realizacji i finansowania dwa mikro projekty.

Absolwenci otrzymają dyplomy ukończenia Akademii Liderów 60+.

Trzydziestu najlepszych laureatów projektu wyłonionych przez Radę programową utworzy Korpus Wolontariatu Akademii Liderów 60+ oraz otrzyma tytuł „Ambasador Akademii Liderów 60+”, komplet wizytówek i nagrodę rzeczową.

Program merytoryczny Akademii Liderów 60+ realizowany jest w różnych formach organizacyjnych:

1. seminaria i warsztaty doskonalące dla zaawansowanych wolontariuszy,
2. program edukacyjny i warsztaty zajęciowe dla początkujących wolontariuszy,
3. wizyty studyjne w ośrodkach pomocy społecznej, domach seniora, radach seniora i innych miejscach potencjalnej pracy wolontariuszy,
4. publikacje w prasie senioralnej, w tym obrazujące pracę wolontariuszy,
5. spotkania eksperckie– t.zw. śniadania czwartkowe w klubie seniora w Międzyzlesiu, ul. Patriotów 309, poświęcone integracji uczestników, koordynacji wydarzeń, zatwierdzaniu projektów publikacji i imprez oraz poradnictwa,

6. tworzenie mikro projektów, do samodzielnej realizacji w środowiskach lokalnych,
7. udział w imprezach senioralnych organizowanych w mieście,
8. seminarium wyjazdowe, poświęcone tworzeniu projektów, doradztwu i prezentacji projektów;
9. raport ewaluacyjny,
10. nagrania filmowe telewizji senioralnej TV60+,
11. konferencja podsumowująca projekt.

Na pierwszym „śniadaniu czwartkowym” przedstawiciele partnerów projektu utworzyli Radę programową, zatwierdzili Regulamin Akademii Liderów 60+ oraz szczegółowy plan realizacyjny.

Pierwsza grupa kandydatów na liderów złożenia wizytę studyjną w Ośrodku opiekuńczo-leczniczym Medi System „Marianna” połączoną z warsztatami ogrodniczymi dla pensjonariuszy ośrodka, będzie uczestniczyła w Dniu Otwartym, w ośrodku „Konstancja” w Konstancinie, a także zajęciach warsztatowych aktywizujących osoby z dysfunkcjami psychicznymi w plenerach zespołu Pałacowo-Parkowego w Wilanowie oraz w Akademickim Centrum Medycznym w Warszawie przy ulicy Bobrowieckiej 9.

Targowisko pomysłów na mikro projekty połączone z poradami ekspertów – mentorów z różnych dziedzin, odbędzie się w Centrum Szkoleniowo-Konferencyjnym w Konstancinie, gdzie zostaną wyłonięone projekty zakwalifikowane do dofinansowania.

Aktualne oferty aktywności w ramach projektu wraz z akredytacją prowadzi biuro OP UTW adres pocztowy: 04 767 Warszawa ul. Patriotów 309, kl. A, lok 15, adres e-mail: **biuro@fundacjaoputw.pl**.

Projekt współfinansowany jest ze środków
Samorządu Województwa Mazowieckiego



■ Program wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich opiekunów

W Polsce na zaburzenia psychiczne choruje 8 milionów dorosłych Polaków w wieku od 18 do 64 lat. Gdyby włączyć dzieci, młodzież i osoby starsze, liczba pacjentów mogłaby wzrosnąć o kolejne 4 miliony.

Według prognoz Światowej Organizacji Zdrowia, w 2030 roku depresja może stać się najbardziej powszechną dolegliwością.

Skala problemów psychicznych i ich różnorodność jest w Polsce ogromna. Chorzy nie zawsze mogą liczyć na społeczne zrozumienie i życzliwość.

Wielu z nich wstydzi się przyjść do poradni, aby nie przyłgnęła do nich etykieta „psychicznego”. Tylko nieliczni samokrytycznie dostrzegają u siebie problem ze zdrowiem psychicznym i nie czekając, udają się do specjalisty. Na niepokojące zachowania swoich bliskich powinni szybko reagować także opiekunowie i rodziny.

Badania prowadzone w Uniwersytetach Trzeciego Wieku wskazują, iż osobami starszymi niesamodzielnymi z dysfunkcjami psychicznymi zmuszone są opiekować się najczęściej inne osoby starsze (współmałżonkowie, dzieci) z własnym problemami zdrowotnymi i ograniczonymi możliwościami fizycznymi.

Obowiązki ponad siły opiekunów przyspieszają ich własną niesamodzielność. Często osoby potrzebujące specjalistycznej opieki nie figurują w żadnych statystykach i pozbawione są jakichkolwiek form wsparcia, bo nie są prawidłowo zdiagnozowane, a ich niestandardowe zachowanie postrzegane jest jako normalne dziwactwa osób starszych: „Babcia już tak ma”.

W takich sytuacjach dolegliwości osoby starszej, zwłaszcza depresje są po prostu lekceważone, nie są objęte stałym nadzorem poradni zdrowia psychicznego. Chorzy latami popadają w coraz cięższe stany depresyjne nie otrzymując żadnej pomocy farmakologicznej ani psychologicznej.

Opiekunom brak jest też kompetencji do fachowej opieki nad tą grupą chorych wymagającą specjalnego traktowania, zrozumienia i niezwykłej cierpliwości i wyrozumiałości.

Dla podniesienia skuteczności działania o charakterze ciągłym dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzin i opiekunów powstał autorski projekt Fundacji Ogólnopolskie Porozumienie Uniwersytetów Trzeciego Wieku pod nazwą: **Program wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich opiekunów.**

Program zapewnia:

1. różnorodne zajęcia aktywizujące i rehabilitacyjne dla pacjentów, ukierunkowane na podtrzymywani samodzielnego funkcjonowania w społeczności lokalnej;
2. niezbędne szkolenia i warsztaty dla opiekunów w celu umiejętności dostrzeżenia granicy, kiedy dziwne zachowania są efektem drobnych starczych dziwactw, a kiedy objawem ciężkiego schorzenia wymagającego fachowej interwencji;
3. wsparcie eksperckie umożliwiające uzyskanie porady prawnej, psychologicznej;
4. możliwość dyskusji, wymiany doświadczeń, zawiązania grup wsparcia, kontaktów towarzyskich;
5. „Poradnik dla opiekunów osób niesamodzielnymi z dysfunkcjami psychicznymi”, II wydanie, jako efekt zgłaszanych przez beneficjentów projektu problemów oraz pojawienia się nowych rozwiązań prawnych i organizacyjnych.

Założeniem niniejszego programu, lansowanym przez psychologów i neurologów w terapii zajęciowej z chorymi mającymi problemy psychiczne jest to, że muszą oni być jak najbardziej i najdłużej aktywni, mieć swoje obowiązki i wykonywać na miarę

swoich możliwości czynności, jak czytanie gazet, robienie zakupów, podlewanie kwiatów, układanie bukietów w wazonach, karmienie kota (psa), proste czynności higieniczne i porządkowe, upranie pończoch, uprasowanie ręczników.

Muszą pamiętać do czego służy bankomat i jak posługiwać się kartą płatniczą, planować zakupy, oceniać przydatność garderoby.

Trzeba uczyć ich jak zachować się w chwili zagrożenia, np. zgubienia drogi do domu, złego samopoczucia itp. jak też unikania oszustów, naciągaczy na kredyty, okazyjne zakupy itp.

Doskonale efekty daje omawianie z grupą kasusów zgłoszonych przez innych beneficjentów. Chorzy uczą się krytycyzmu wobec różnych sytuacji, które mogą spotkać także ich samych.

Ważnym elementem programu są też warsztaty zajęciowe będące niezwykle ważnymi czynności o charakterze rehabilitacyjnym, które utrzymują chore osoby dłużej w samodzielności, a przy tym zwiększają ich bezpieczeństwo, poprawiają ich postrzeganie przez otoczenie i podnoszą ich własną wartość.

Dlatego tak ważna jest rehabilitacja poprzez plastyczną terapię zajęciową, podlewanie kwiatów, dbanie o własną garderobę, robienie drobnych zakupów, organizowanie czasu, okazjonalnych przyjęć towarzyskich, świątecznych, urodzinowych itp.

Robiąc systematycznie drobne zakupy chorzy nie zapominają do czego służą pieniądze i jaką mają wartość, a przy tym muszą uprzednio wykonać pracę myślową aby zakupy zaplanować, przeanalizować i zdecydować jakie produkty będą im potrzebne i do jakich celów, powiedzieć w sklepie co chcą kupić, zapłacić, pobrać resztę, zabezpieczyć portfel.

Następnie przyniosą zakupy, owoce, ciasteczka, gazety do klubu i przygotowują razem wspólny poczęstunek z okazji imienin jednego z uczestników, jak również wcześniej wręczą własnoręcznie wykonane prezenty.

Spacery i proste gry sytuacyjne w parkach, przyczynią się do poprawy orientacji w terenie oraz nauczą gdzie szukać pomocy kiedy dzieje się coś złego.

Osoby z dysfunkcjami psychicznymi wezmą też udział w prostych zajęciach instruktazowych pokazujących jak pomocny w różnych awaryjnych sytuacjach może być telefon komórkowy, koperta życia, przycisk alarmowy itp. urządzenia zwiększające bezpieczeństwo.

Podsumowaniem projektu będzie spotkanie wszystkich beneficjentów, tj. zarówno osób chorych jak i opiekunów, a także ekspertów i autorów raportu ewaluacyjnego.

Umożliwi to nawiązanie znajomości, czasem trwałych przyjaźni, wymianę doświadczeń, zainspiruje kontakty towarzyskie itp.

Szczególnie trudna jest opieka nad chorymi w zaawansowanym stadium choroby, bowiem tracą one kontakt z rzeczywistością, nie są w stanie decydować o swoim życiu, jak również ich reakcje są często niezrozumiałe, a sposób zachowania nie do zaakceptowania dla domowników i innych postronnych osób.

Przejawiają agresję, rzucają bezpodstawne oskarżenia na opiekunów, odmawiają przyjmowania jedzenia lub wykazują chorobliwą żarłoczność i chomikowanie jedzenia, ich zachowania są całkowicie nieprzewidywalne, wymagają więc od opiekunów bezustannej troski i całodobowego nadzoru, a przy tym szczególnych kwalifikacji, cierpliwości, wyrozumiałości, życzliwości itp. cech.

Poradnictwo psychologiczne specjalistów doświadczonych w pracy z takimi pacjentami pomoże zrozumieć chorego i dostosować swoje zachowanie do jego dysfunkcji.



Magdalena Michalska

Rozdział 6.

Stacjonarna opieka długoterminowa – smutna konieczność, czy szansa na godne życie?

Poszukiwanie rozwiązania dylematu zawartego w tytule wymaga realnej oceny potrzeb chorego i możliwości ich zaspokojenia przez osoby do tego zobowiązane.

Często z wielu obiektywnych powodów opieka członków rodziny jest niewystarczająca lub sposób jej sprawowania daleki jest od oczekiwań i potrzeb. Decydującą przesłanką wyboru powinno być dobro pacjenta.

Domy Pomocy Społecznej świadczące usługi długoterminowej opieki stacjonarnej nie miały w ostatnich dekadach dobrych konotacji. Trudne niekiedy warunki lokalowe, nieprawidłowości w prowadzeniu ośrodków, nagłaśniane w mediach przypadki patologicznych zachowań personelu wobec podopiecznych, niskie standardy, a nawet przypadki przestępstw na szkodę pensjonariuszy powodowały, że pobyt w ośrodku kojarzył się dotychczas ze smutną koniecznością ludzi samotnych, ubogich i pozbawionych rodziny.

Przypadki wzorcowych, a jest ich na szczęście coraz więcej, słabo przebijają się do powszechnej świadomości. W ostatnich 20 latach

sytuacja ta jednak systematycznie poprawia się i to we wszystkich jej obszarach:

- jakości, dostępności usług opiekuńczych, zróżnicowania form organizacyjnych i własnościowych,
- zmian w mentalności zarówno rodzin jak i pensjonariuszy,
- rozwoju i konkurencji srebrnej gospodarki sprzyjającej nowym wysokim standardom.

Wpisanie opieki nad osobami niepełnosprawnymi do zadań własnych gmin spowodowało, że to lokalne samorzady stały się podmiotami zamawiającymi na rynku na dużą skalę usługi opiekuńcze, a kierując do nich swoich mieszkańców muszą stawiać odpowiednie wymagania jakościowe oraz prowadzić systematyczne kontrole sposobu świadczenia usług.

Zanik modelu rodziny wielopokoleniowej, migracja zarobkowa, niestabilny rynek pracy oraz trudności młodego pokolenia powodują, że zarówno rodzice jak i dziadkowie zrozumieli, że pobyt w ośrodku opiekuńczo-leczniczym to nie hańba i rażąca niewdzięczność dzieci, lecz świadomy wybór zapewniający godne życie, leczenie, rehabilitację i opiekę.

Dzieci natomiast przestały się wstydzić się powierzenia opieki nad członkiem rodziny ośrodkowi opiekuńczemu i wyzbyły się poczucia winy mając świadomość, że nie są w stanie na siebie takich obowiązków przyjąć. Często solidarnie dofinansowują bliskiego, aby zapewnić mu pobytu w miejscu o wysokim standardzie.

Zróżnicowanie sytuacji materialnej osób starszych powoduje też wzrost wymagań i oczekiwania potencjalnych pensjonariuszy w zakresie jakości usług.

Przypadek pacjenta

Jestem wykształconym, bywałem w świecie i majątnym człowiekiem. Mam luksusowy dom, moim hobby jest hodowla zwierząt domowych i robienie domowych nalewek (degustacje też). Mam potrzebę bywania w operze, teatrze, kinie. Lubię spotkać się ze znajomymi w dobrej restauracji, podyskutować o polityce,

napić kawy z ekspresu, wydać przyjęcie urodzinowe z alkoholem, czy pograć w pokera.

Mam potrzebę okresowych badań specjalistycznych, odwiedzin u stałego dentysty-protetyka, korzystania z usług ulubionego zakładu fryzjerskiego, rehabilitacji, czy pójścia do kawiarni na tort i dobrą kawę.

Po nieudanej operacji stawu biodrowego stałem się jednak niesprawny fizycznie i to powoduje liczne ograniczenia w moim życiu. Nie radzę sobie też z obsługą dużego domu, pielęgnacją ogrodu, naprawami, zakupami, zwierzętami itp.

Te fizyczne ograniczenia rozumiem i pogodziłem się z nimi, ale nie ma powodu abym vegetował w innych sferach życia, m.in. kulturalnego i towarzyskiego.

Rozważam na chłodno przeniesienie się do jakiego pensjonatu, ale mimo ustawicznych poszukiwań i wizytacji nie mogę znaleźć miejsca, które odpowiadałoby moim potrzebom.

Brak swobody poruszania się, prywatności, regulaminy, ograniczenia wolności, niezliczone nakazy, zakazy oraz mieszkanie razem z osobami z demencją, bez kontaktu, smutnych, apatycznych.

Pomoc domowa czy prywatna opiekunka rozwiązuje problem jedynie częściowo.

Henryk

Eksperci odpowiadają

Srebrna gospodarka i konkurencja powoduje, że na rynku pojawiają się usługi odpowiadające oczekiwaniom osób w sytuacji podobnej do opisanej przez Pana Henryka.

MEDI-system

O ile możliwości finansowe Pana Henryka wydają się nietypowe jak na polskiego seniora, wymienione w liście potrzeby nie są niczym nadzwyczajnym.

Najważniejszą wydaje się być prywatność, chęć kontynuacji życia społecznego i towarzyskiego, przy jednoczesnym „subtelny” wsparciu, które jest wymagane z powodu niesprawności fizycznej.

Dlatego Pan Henryk wyklucza możliwość skorzystania z oferty zakładu opiekuńczo-leczniczego czy domu opieki, gdzie przebywają osoby wymagające leczenia, opieki i wsparcia w codziennym życiu. Wydaje się za to idealnym kandydatem do skorzystania z mieszkania senioralnego (ang. assisted living), które łączy niezależność z profesjonalnymi usługami dobranymi do potrzeb i wymagań seniora. Z założenia takie mieszkania są zaprojektowane z myślą o osobach powyżej 60. roku życia, dostosowane do potrzeb seniorów z ograniczeniami ruchowymi (brak barier architektonicznych, sprzęty wspomagające codzienne czynności (np. toaleta, higiena, przygotowywanie posiłków). Coraz częściej stosuje się w nich rozwiązania telemedyczne – systemy przyzywowe, telemonitoring, łatwy i dostępny o każdej porze kontakt z rodziną. Seniorzy korzystający z formuły assisted living mogą liczyć na zorganizowane wsparcie personelu medycznego (lekarz, usługi pielęgniarstwa, rehabilitacja), ale również wybrać dodatkową pomoc, jeśli takowej potrzebują – np. zapewnienie posiłków, serwisu sprząającego czy technicznego, dedykowaną osobę do terapii zajęciowej czy po prostu do towarzystwa.

W zależności od typu schorzenia, problemów zdrowotnych – a co za tym idzie – potrzeb opiekuńczo-rehabilitacyjnych polscy seniorzy mają do wyboru następujące formy zamieszkania:

- ✓ **Instytucje stałego pobytu dla osób starszych:** domy pomocy społecznej (DPS), rodzinne domy pomocy (prowadzone przez samorządy, Kościoły i związki wyznaniowe, fundacje i stowarzyszenia, inne osoby prawne oraz osoby fizyczne),
- ✓ **Instytucje opieki długoterminowej w systemie ochrony zdrowia:** zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) – mogą mieć profil ogólny lub psychiatryczny, zapewniają całodobową opiekę z wyżywieniem (pielęgnacja, rehabilitacja, leki i wyroby medyczne), przy czym kwalifikacja

odbywa się na podstawie skali Barthel, określającej stopień niesamodzielności,

- ✓ **Mieszkania chronione i wspomagane** – zapewniają pomoc specjalistów (m.in. pracownicy socjalni, socjologowie, psychologowie, terapeuci, opiekunowie) pozwalającą podtrzymywać samodzielność lub przygotowanie do samodzielnego życia; w rozporządzeniu do ustawy o pomocy społecznej jest zapisana możliwość przebywania w mieszkaniu chronionym m.in. dla osób niezdolnych do pracy ze względu na wiek,
- ✓ **Spoleczne** – spółdzielnie mieszkaniowe, mieszkania TBS (np. inwestycja w Opolu, osiedle Centrum 50+m w Gliwicach: niewielkie mieszkania z udogodnieniami dla niepełnosprawnych, domy wyposażone w windy, dostęp do rehabilitacji i dziennej opieki, bliskość terenów rekreacyjnych),
- ✓ **Sektor prywatny – osiedla deweloperskie dla emerytów (assisted living).**

Zarówno w instytucjach stałego pobytu, jak i placówkach opieki długoterminowej działających w systemie ochrony zdrowia (finansowanie z dwóch źródeł – dochody pacjenta oraz NFZ) mogą znaleźć się osoby w podeszłym wieku z różnego rodzaju schorzeniami – przewlekle somatycznie chore, niepełnosprawne fizycznie, ale również – jak zauważa Pan Henryk – z problemami demencyjnymi. Pewnym rozwiązaniem jest wydzielenie części placówki dla osób z tego typu problemami. Przykładowo, MEDI-system, który jest liderem stacjonarnej opieki długoterminowej w Polsce, w jednym ze swoich ośrodków (w Wólce Ostrożeńskiej nieopodal Garwolina) prowadzi oddział dla pacjentów z chorobami neurologicznymi (m.in. z chorobą Alzheimera), którzy szczególnie wymagają fachowej opieki, terapii zajęciowej i rehabilitacji.

Wzorem Grupy ORPEA, europejskiego giganta w opiece długoterminowej do której należy MEDI-system, firma zapowiada tworzenie w Polsce coraz większej liczby klinik – rehabilitacyjnych i psychiatrycznych – które będą się specjalizowały w terapii i opiece dostosowanej do potrzeb i wymagań konkretnych grup pacjentów.

Mieszkania dla seniorów w Polsce

Na razie seniorzy w sytuacji podobnej do Pana Henryka nie mają dużego wyboru jeśli chodzi o formę zamieszkania i wsparcia, odpowiadającą ich wymaganiom i potrzebom. Jednak budownictwo senioralne zaczyna się rozwijać bardzo dynamicznie. Wiele podmiotów rozpoczyna inwestycje dedykowane osobom po sześćdziesiątce, które chcą zachować samodzielność, prywatność i samorealizację. Inwestorzy zapowiadają różne rodzaje mieszkań senioralnych:

- formuła independent living (dla samodzielnych seniorów),
- assisted living (mieszkania asekurowane – finansowanie w oparciu o wynajem),
- continuous living (z dostępem do usług opieki, rehabilitacji).

W najbliższym czasie będą powstawać całe osiedla przystosowane do szczególnych wymagań osób starszych i poruszających się na wózkach. Firmy bardzo pilnują by nie były one „gettami” dla seniorów, ale miejscem, gdzie tętni życie (funkcje handlowo-usługowe, rekreacyjne, edukacyjne), ale jednocześnie seniorzy czują się bezpiecznie, zachowują niezależność, mogą się integrować. Eksperci podkreślają, że oferta dla seniorów powinna być zróżnicowana w zależności od ich stanu zdrowia oraz sytuacji finansowej. Aby usługi senioralne były dostępne dla osób o różnym statusie materialnym, domy pomocy społecznej, zakłady opiekuńcze i mieszkania senioralne powinny być łączone w kompleksy, gdyż tylko wtedy można optymalizować koszty i zapewnić dostępność usług na różnym poziomie cenowym.

W ciągu dwóch lat w sercu Poznania, jednej z najszybciej starzejących się aglomeracji w Polsce, ma powstać największe w Polsce kompleksowe centrum dla seniorów z różnymi potrzebami, wynikającymi ze stopnia niesamodzielności. Kompleks, zajmujący obszar ponad 1 ha, będą tworzyć:

- ✓ **dom seniora:** opieka całodobowa i pobyt dzienny dla osób starszych, wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- ✓ **apartamenty senioralne typu assisted living:** dla seniorów z mniejszymi obciążeniami medycznymi, którzy mieszkają i żyją

samodzielnie, mając jednocześnie fachową opiekę medyczną i techniczną „szytą na miarę”;

✓ **klina rehabilitacyjna.**

Taka formuła daje poczucie bezpieczeństwa i możliwość przechodzenia przez kolejne etapy w ramach jednego środowiska. MEDI-system zapowiada rozwój usług premium w centrach największych polskich miast gdyż taka lokalizacja domów opieki jest najbardziej pożądana przez seniorów i ich rodziny. Umożliwia bowiem pozostanie w dotychczasowym środowisku (seniorzy w Polsce nie są gotowi do radykalnej zmiany miejsca zamieszkania), co ułatwia utrzymywanie więzi rodzinnych i przyjacielskich oraz zapewnia możliwość korzystania z infrastruktury miejskiej oraz udział w życiu kulturalnym i społecznym.



W sercu Poznania MEDI-system stworzy największy w Polsce kompleks dla seniorów o różnym stopniu samodzielności i potrzeb opiekuńczo-rehabilitacyjnych



Ośrodek opiekuńczo-rehabilitacyjno-leczniczy MEDI-system OSTROWIA wraz z oddziałem dla pacjentów z chorobami otępiennymi to unikatowa placówka w skali województwa mazowieckiego.







Ośrodek MEDI-system HONORATA został wyposażony nowoczesny sprzęt, gwarantujący zabiegi rehabilitacyjne dla seniorów na najwyższym poziomie

Pierwsze próby standaryzacji w branży opieki

W Polsce stworzono pierwszy w Europie system certyfikacji dóbr i usług, które są skierowane do osób starszych. Znak Jakości OK SENIOR pomaga seniorom dokonywać wyborów konsumenckich, a jednocześnie tworzy nowe wzorce podejścia do seniora jako klienta i nowe zasady działania dla biznesu. Wpisuje się w najważniejsze założenia strategii polityki senioralnej i srebrnej gospodarki Polski oraz krajów Unii Europejskiej.

Wybierając placówkę ze znakiem OK SENIOR, osoby starsze i ich rodziny będą miały pewność, że została ona dokładnie zbadana i podlega stałemu nadzorowi przez jednostkę certyfikującą.

Certyfikat OK SENIOR ułatwia identyfikację placówki opiekuńczej, która jest:

-  **BEZPIECZNA** – spełnia najwyższe kryteria bezpieczeństwa dla osób starszych,
-  **POTRZEBNA** – odpowiada na rzeczywiste potrzeby osób starszych i chroni przed nadużyciami,
-  **ZROZUMIAŁA** – jest przystosowana do potrzeb osób z ograniczonym funkcjonowaniem zmysłów (wzroku, słuchu),
-  **PRZYSTĘPNA** – wyróżnia się najlepszym stosunkiem jakości do ceny.

Certyfikacji poddaje się coraz więcej ośrodków i domów opieki.

Ośrodek MEDI-system OSTROWIA został wybrany jako jedna z dwóch placówek referencyjnych w kraju do współtworzenia systemu oceny jakości oraz zasad wdrażania procedur.

Podczas procesu certyfikacyjnego szerokiej analizie zostają poddane m.in. następujące obszary działania ośrodka opieki długoterminowej:

✓ **Prawa i wolności pensjonariusza, w tym m.in.:**

- wykaz praw dostępny dla pensjonariuszy i rodzin/opiekunów prawnych,
- pomoc w adaptacji,
- możliwość kontaktu bliskich z personelem w celu uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta,
- prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z wybranymi osobami (oraz prawo do odmowy kontaktu).

✓ **Zakres świadczonych usług opiekuńczych, w tym m.in.:**

- dostosowanie zakresu opieki do indywidualnych potrzeb i stanu zdrowia seniora,
- funkcjonowanie procedur w zakresie usług,
- opieka w zakresie zabiegów higienicznych, kosmetycznych, etc,
- terapia zajęciowa, aktywizacja ruchowa, organizacja czasu wolnego,
- możliwość realizacji usług poza ośrodkiem (fryzjerskie, kosmetyczne, pocztowe).

✓ **Infrastruktura ośrodka opieki senioralnej i zakres usług opiekuńczych, w tym m.in.:**

- lokalizacja i zagospodarowanie terenu,
- układ komunikacji wewnętrznej (możliwość bezpiecznego poruszania się po ośrodku),
- pomieszczenia wspólne,
- pokoje (wielkość odpowiednia w stosunku do liczby łóżek, wyposażenie sanitarne, odpowiednie oświetlenie).

✓ **Personel, w tym m.in.:**

- dostępność i kompetencje personelu,
- rekrutacja i szkolenia,
- okresowa weryfikacja.

✓ **Komunikacja z rodziną podopiecznego:**

- informacje o ośrodku dostępne przed przyjęciem i podpisaniem umowy,
- komunikacja podczas pobytu (informacje o stanie zdrowia, uczestnictwie w zajęciach, wydarzeniach organizowanych w ośrodku, możliwość kontaktu z personelem),
- zgłaszanie uwag, skarg i reklamacji.

Nadaniem **Znaku Jakości OK SENIOR** może pochwalić się podmiot, który świadczy właściwe usługi lub produkuje dobra przeznaczone dla Klienta-Seniora i pozytywnie przejdzie proces certyfikacji.

SADZIMY KWIATY – przykład warsztatów aktywizujących i integracyjnych dla osób niesamodzielnych (Ośrodek opiekuńczo-medyczny „Marianna”)







Katarzyna Bieniek

Rozdział 7.

Usługi dla seniorów z certyfikatem Znak Jakości OK SENIOR

Nie jest łatwo w coraz większym gąszczu ofert domów opieki wybrać ten najlepszy. Brak jednolitych standardów jakości tych usług powoduje, że na rynku powstaje wiele placówek, które nie spełniają żadnych norm jakości.

W lutym 2017 roku Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej powołał do życia Zespół Opieki i Opieki Długoterminowej, który jest platformą spotkań, pracy i wymiany doświadczeń osób i organizacji związanych z obszarem opieki nad osobami starszymi. Jednym z celów pracy Zespołu jest wypracowanie i upowszechnianie najlepszych rozwiązań i praktyk z obszaru opieki długoterminowej.



Odpowiedzią na potrzebę seniorów w zakresie wskazania bezpiecznych dla nich usług jest certyfikacja i wyróżnienie pozytywnie tych najlepszej jakości. Taka była właśnie idea powstania Znaku Jakości OK SENIOR.

Już teraz seniorzy i ich rodziny, czy też opiekunowie mogą sprawdzić, które produkty i usługi adresowane do osób starszych są fak-

tycznie sprawdzone i podlegają nadzorowi poprzez wyszukanie ich na stronie internetowej www.oksenior.pl

Audyty i certyfikacja OK SENIOR dotyczą różnych obszarów, w tym m.in. placówek opiekuńczych dla seniorów, ale również wszystkich branż, gdzie osoba starsza może być klientem. Dzięki takiemu podejściu seniorzy mogą łatwo rozpoznawać dobre oferty i dobre usługi specjalnie dla nich przygotowane oraz sprawdzone przez niezależny podmiot certyfikujący.

■ Czym jest Znak Jakości OK SENIOR?

System certyfikacji Znak Jakości OK SENIOR został wypracowany jako efekt współdziałania Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, *TÜV Rheinland Polska*, *spółki Healthy Ageing* oraz *Public Consulting Group Polska*. Partnerem Strategicznym projektu została Fundacja Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska”. Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej jest czołowym polskim think-tan-kiem wspierającym firmy oferujące produkty i usługi dedykowane osobom starszym. Diagnostuje i przygotowuje rekomendacje w obszarach świadczenia usług dla osób starszych, zarówno w ochronie zdrowia, mieszkalnictwie, sektorach ubezpieczeń i finansów, jak również w wielu innych, gdzie Senior jest beneficjentem dóbr i usług.

Certyfikat Jakości Produktów i Usług OK SENIOR jest nadawany w trzech podstawowych obszarach:

- ✓ „Senior konsumentem dóbr i usług”,
- ✓ System zarządzania jakością w opiece dłużej i krótkoterminowej,
- ✓ Asystent Seniora – szkolenia i certyfikaty dla opiekunów.

Wprowadzenie znaku jakości OK SENIOR pozwala na pozytywne wyróżnienie i pokazanie potencjału polskiego rynku usług senioralnych nie tylko wobec rodzimych uczestników, ale również za granicą, a seniorom i ich rodzinom pomaga w dokonywaniu wyborów konsumenckich.

■ System zarządzania jakością w opiece senioralnej

Pierwszą grupę usług, dla których zostały przygotowane szczegółowe normy oceny stanowiły zakłady opieki krótko i długoterminowej. Eksperti pracowali nad tymi wytycznymi przez ponad rok. Audyt w placówkach jest przeprowadzany przez TÜV Rheinland. W wyniku pozytywnie zakończonej weryfikacji, audytowane ośrodki otrzymują Znak Jakości OK SENIOR.

Celem standardu jest wsparcie podmiotów świadczących stacjonarną opiekę nad osobami starszymi w dostarczaniu bezpiecznej, wysokiej jakości usługi, zgodnej z obowiązującymi wymaganiami prawnymi oraz dobrymi praktykami.

Standard definiuje wymagania jakie powinien spełnić ośrodek oraz funkcjonujący w nim system zarządzania jakością.

Podmiot, który legitymuje się Znakiem Jakości OK SENIOR jest identyfikowany przez Seniorów i ich rodziny jako dostawca sprawdzonych i dobrych usług. Niezmiernie istotna jest świadomość i pewność osób starszych, że placówka senioralna, która poddała się weryfikacji oraz otrzymała certyfikat jakości OK SENIOR podlega stałemu nadzorowi podmiotu certyfikującego. Jest to istotny argument związany z wyborem konkretnej placówki spośród wielu innych ofert dostępnych na rynku. Certyfikat pozwala na pozytywne wyróżnienie najlepszych podmiotów na rynku, a także wspiera stanowienie dobrych praktyk na rynku usług opiekuńczych nad osobami starszymi. Certyfikat jest nadawany na okres dwóch lat, a po upływie tego czasu konieczne jest poddanie się uproszczonemu audytowi dla ponownej certyfikacji.

■ Certyfikat OK SENIOR w praktyce

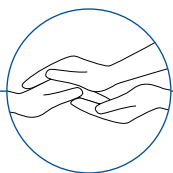
MEDI-system OSTROWIA, jako lider branży z 15-letnim doświadczeniem, włączył się w inicjatywę audytu i certyfikacji OK SENIOR i pozytywnie przeszedł weryfikację jako pierwsza tego typu placówka w kraju.

Standaryzacja usług długoterminowych jest niezbędna by zapewnić pensjonariuszom właściwą opiekę. Jest to niezmiernie ważne zwłaszcza w przypadku osób z chorobami otępiennymi, które mają szczególne potrzeby. Procedurę audytu i certyfikacji przeszedł – jako pierwszy w Polsce – ośrodek MEDI-system OSTROWIA, który specjalizuje się w opiece i rehabilitacji pacjentów z chorobą Alzheimera. Znak OK SENIOR potwierdza wysoką jakość usług opiekuńczo-leczniczych, do której powinny dążyć placówki działające w branży opiece długoterminowej.

Kolejne ośrodki, które przeszły pozytywnie audyt i otrzymały certyfikat OK SENIOR, to Medicover Senior (Dom Opieki Józefina) oraz DPS w Strzelcach Opolskich.

Podczas audytu w tego typu ośrodkach badanych jest siedem obszarów: system zarządzania jakością, prawa i poszanowanie wolności osobistej seniorów, zakres świadczeń usług opiekuńczych, kompetencje personelu, infrastruktura, wyżywienie, komunikacja z rodziną osoby starszej. To tylko niektóre elementy certyfikatu OK SENIOR w obszarze „System zarządzania jakością w opiece krótko i długoterminowej”.

Wybierając placówkę ze znakiem OK SENIOR, osoby starsze i ich rodziny mają pewność, że została ona dokładnie zbadana i podlega stałemu nadzorowi.



Konrad Dziuba

Rozdział 8.

Porady prawnika

Proces starzenia się społeczeństwa oraz zanik rodzin wielopokoleniowych, w których senior jest osobą pożądaną, szanowaną i mającą wysoką pozycję społeczną inspiruje do wprowadzania na rynek różnorodnych produktów nie tylko służących poprawie komfortu życia i ułatwieniom w niepełnosprawności, ale też produktów ubezpieczeniowych, rozwiązań majątkowych i instrumentów prawnych zabezpieczających interesy osób starszych.

Badania wskazują, że najbardziej pożądaną „instytucją opiekuńczą” dla osoby chorej, starszej lub niepełnosprawnej jest rodzina, a najmiłszym miejscem ostatnich lat życia jest własne mieszkanie/dom, w którym spędziły one ostatnie kilkadziesiąt lat.

Nie zawsze jednak spełnienie obydwu tych warunków jest możliwe, zarówno z przyczyn obiektywnych jak np. brak rodziny, migracja dzieci, jak i subiektywnych, tj. niestety dość częstego braku zainteresowania opieką nad starymi rodzicami lub krewnymi ze strony osób do tego zobowiązanych. Zajęci własnym życiem, problemami i trudami utrzymania własnej rodziny często nie czują się do jakichkolwiek obowiązków opiekuńczych wobec rodziców, a tym bardziej dalszych członków rodziny.

Brak zainteresowania i troski o los starszego, niesprawnego członka rodziny, pożytywany jest za skrajną niewdzięczność. Poszukując alternatywnych rozwiązań, osoby mające poczucie krzywdy próbują zabezpieczyć sobie godne życie dysponując swoim majątkiem na rzecz

osób lub instytucji, które darzą większym zaufaniem i nadzieją na opiekę niż członków rodziny.

Autorzy Poradnika wskazują dalej przykładowe rozwiązania prawno-majątkowe, które mogą częściowo rozwiązać problemy opieki nad osobą niesamodzielną i zapewnić jej godne warunki życia.

Każde jednak tego typu rozwiązanie obarczone jest ryzykiem, więc należy korzystać z niego z dużą ostrożnością.

Przyjrzyjmy się im z pomocą eksperta.

■ **Zachowek i wydziedziczenie – charakterystyka i istota instytucji prawa spadkowego**

Cel i istota zachowku

Fundamentem systemu dziedziczenia w Polsce jest założenie, iż spadek powinny otrzymać osoby z najbliższego kręgu zmarłego spadkodawcy. Często zresztą przekazanie majątku na rzecz osoby obcej jest wysoce krzywdzące dla najbliższych krewnych zmarłego, np. z uwagi na to, że majątek spadkowy powstał wysiłkiem całej rodziny. Wśród najważniejszych funkcji, jakie pełnią przepisy prawa spadkowego wymienia się funkcję ochrony rodziny zmarłego. Zadanie to pełni w głównej mierze instytucja prawa spadkowego jaką jest zachowek. Zachowek to pewna minimalna korzyść z majątku spadkodawcy gwarantowana przez prawo najbliższym członkom jego rodziny. Istotnym jest, iż prawo do zachowku powstaje z mocy prawa z chwilą otwarcia spadku, a jego głównym celem jest zabezpieczenie najbliższych członków rodziny przed możliwością pozbawienia ich korzyści z majątku spadkodawcy.

Kto jest uprawniony do zachowku?

Odpowiedź na pytanie, dotyczące kręgu podmiotów uprawnionych do zachowku znajdziemy w art. 991 § 1 Kodeksu Cywilnego. Wśród uprawnionych wymienia się zstępnych spadkodawcy (dzieci), małżonków oraz rodziców – należy przy tym podkreślić, iż katalog podmiotów uprawnio-

nych zależy od okoliczności i realiów konkretnej sprawy. Trzeba pamiętać, iż prawa do zachowku w żadnym wypadku nie mają inne osoby, które nie są zstępnyymi, małżonkiem albo rodzicami spadkodawcy.

Przykłady:

1. Spadkodawca miał mieszkanie o wartości 100 000 zł, które wraz z samochodem o nikłej wartości stanowiło cały jego majątek. Za życia spadkodawca darował mieszkanie swojej konkubinie i nie pozostawił testamentu. Zmarły nie miał żony, jednakże miał trójkę dzieci.

W takiej sprawie, dzieci spadkodawcy będą spadkobiercami ustawowymi. Każde z nich będzie miało prawo dochodzenia od konkubiny zapłaty stosownej kwoty potrzebnej do pokrycia należnego mu zachowku.

Odnosząc się do przykładu powyższego, niezależnie od tego czy spadkodawca za życia daruje swojej konkubinie cały swój majątek, czy też zapisze jej go w testamencie – niniejsze uprawnienie dzieci (zstępnych) do zachowku będzie nadal aktualne.

2. Spadkodawca w testamencie wydziedziczył swoją córkę, jednocześnie zapisując w testamencie cały swój majątek na rzecz konkubiny. W takiej sprawie stosownie do treści art. 1011 Kodeksu Cywilnego dzieci wydziedziczonej córki (wnuki) będą uprawnione do zachowku, chociażby wydziedziczona córka przeżyła spadkodawcę (ojca).

Warto pamiętać, iż skutki prawne wydziedziczenia obejmują jedynie samego wydziedziczonego, nie dotyczą zaś jego zstępnych (dzieci), co oznacza, że w miejsce wydziedziczonego do dziedziczenia, zostają powołani jego zstępni (dzieci).

3. Spadkodawca za życia rozporządził całym swoim majątkiem w formie darowizn na rzecz swojej konkubiny. Spadkodawca w chwili śmierci nie miał dzieci ani żadnych innych

zstępnych, nie żyli jego rodzice oraz siostra, żył natomiast brat oraz córka siostry.

W tym przypadku uprawnienie do zachowku nie przysługuje nikomu. Zarówno brat, jak i siostrzenica zmarłego nie należą do kręgu osób uprawnionych do zachowku, mimo iż w tej sytuacji dziedziczyliby oni po spadkodawcy z ustawy.

W tym miejscu warto nadmienić, iż uprawnienie do zachowku nie przysługuje jednak:

- ✓ osobom, które zostały uznane za niegodne, zrzekły się dziedziczenia albo odrzuciły spadek przypadający im z mocy ustawy (wszystkie te osoby traktowane są tak, jakby nie dożyły otwarcia spadku),
- ✓ małżonkowi, który został wydziedziczony,
- ✓ osobom wydziedziczonym przez spadkodawcę.

Wydziedziczenie

Instytucja wydziedziczenia w prawie spadkowym to swoistego rodzaju sankcja spadkodawcy wobec członka rodziny zachowującego się niegodziwie. Innymi słowy mówiąc, w przypadku gdy któryś z członków rodziny zachowuje się w sposób naganny względem osoby sporządzającej testament – polskie prawo przewiduje możliwość wydziedziczenia takiej osoby. Kluczowym skutkiem wydziedziczenia jest pozbawienie prawa do zachowku konkretnej osoby.

Celem zachowania doniosłości prawnej oświadczenia o wydziedziczeniu, należy w testamencie zawrzeć przyczynę wydziedziczenia. Zgodnie z regulacją art. 1008 Kodeksu Cywilnego, spadkodawca może w testamencie wydziedziczyć bliską osobę (uprawnioną do zachowku) wtedy, gdy:

- ✓ wbrew woli spadkodawcy postępuje ona uporczywie w sposób sprzeczny z zasadami współżycia społecznego (np. prowadzi przestępczy tryb życia, nadużywa alkoholu itp.),
- ✓ dopuściła się ona względem spadkodawcy albo jednej z najbliższych mu osób umyślnego przestępstwa przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności albo rażącej obrazy czci (np. dopuszcza się wobec niej pobicia, groźby karalnej czy zakłócenia miru domowego),

- ✓ uporczywie nie dopełnia względem spadkodawcy obowiązków rodzinnych (np. obowiązku alimentacyjnego lub obowiązku pomocy niedołącznemu rodzicowi).

Należy podkreślić, iż wydziedziczenie może być dokonane wyłącznie w testamencie. Spadkodawca musi zawrzeć w nim zapis, że wydziedzicza daną osobę oraz wskazać przyczynę, dla której to robi.

W potocznym rozumieniu wydziedziczenie oznacza pominięcie nagannego członka rodziny w testamencie. W prawie taka sytuacja określana jest mianem **testamentu negatywnego**. Konkretyzując, jeżeli córka zachowująca się nagannie nie zostaje uwzględniona w testamencie ojca np. na rzecz pozostałych dzieci, to z tytułu testamentu nie przysługuje jej udział w spadku, ale nadal przysługuje jej roszczenie o zachowek wobec pozostałych spadkobierców (tj. prawo do żądania od spadkobierców powołanych w testamencie określonej sumy pieniężnej). Jeżeli natomiast ojciec skutecznie zawrze w testamencie oświadczenie o wydziedziczeniu niegodnej córki, to córka ta nie będzie brała udziału w spadkobranii oraz nie będzie mogła żądać zachowku od pozostałych spadkobierców.

Wysokość zachowku

Wielkość kwoty należnej z tytułu zachowku konkretnej osobie jest uzależniona od kilka czynników, do których bez wątpienia zaliczamy liczbę uprawnionych, ich sytuację osobistą oraz wartość darowizn i zapisów windykacyjnych doliczanych do spadku.

Zachowek przysługuje w następujących wysokościach:

- ✓ połowa wartości udziału spadkowego, który przypadłby w dziedziczeniu ustawowym,
- ✓ 2/3 wartości udziału spadkowego, który przypadłby w dziedziczeniu ustawowym, jeżeli uprawniony jest trwale niezdolny do pracy albo jeżeli zstępny uprawniony jest małoletni.

Należy zauważyć, iż wysokość zachowku zależy od udziału spadkowego, który przypadłby uprawnionemu, gdyby dziedziczył z ustawy. Do obliczenia udziału bierze się pod uwagę także spadkobierców niegodnych oraz spadkobierców, którzy spadek odrzucili. Nie uwzględ-

nia się zaś spadkobierców, którzy zostali wydziedziczeni albo zrzekli się dziedziczenia.

Warto pamiętać, że do obliczenia zachowku dla zstępnego (np. dziecka) nie dolicza się do spadku darowizn uczynionych przez spadkodawcę w czasie, kiedy nie miał zstępných. Jeżeli jednak darowizna została uczyniona na mniej niż trzysta dni przed urodzeniem się zstępnego, to dolicza się ją do spadku. Ponadto na poczet zachowku dla zstępnego zalicza się poniesione przez spadkodawcę koszty wychowania oraz wykształcenia ogólnego i zawodowego, o ile koszty te przekraczają przeciętną miarę przyjętą w danym środowisku. W przypadku obliczania zachowku należnego małżonkowi nie dolicza się do spadku darowizn, które spadkodawca uczynił przed zawarciem z nim małżeństwa. Należy podkreślić, iż wartość przedmiotu darowizny oblicza się według stanu z chwili jej dokonania, a według cen z chwili ustalania zachowku.

Kto jest zobowiązany z tytułu zachowku?

Zobowiązany do zapłaty zachowku jest w pierwszej kolejności spadkobierca. Jeżeli uprawniony nie może otrzymać od spadkobiercy należnego mu zachowku, może go żądać od osób obdarowanych przez spadkodawcę. Takimi osobami mogą być:

- ✓ osoba, która otrzymała od spadkodawcy darowiznę doliczoną do spadku, a więc darowiznę dokonaną przed nie więcej niż dziesięć laty, licząc wstecz od otwarcia spadku, z tym że taki obdarowany jest zobowiązany do zapłaty w granicach wzbogacenia będącego skutkiem darowizny,
- ✓ osoba, która otrzymała od spadkodawcy darowiznę (nieważne w jakim czasie), ale sama jest uprawniona do zachowku – taka osoba jest odpowiedzialna tylko do wysokości nadwyżki przekraczającej jej własny zachówek.

Obdarowany zawsze może zwolnić się od obowiązku zapłaty sumy potrzebnej do uzupełnienia zachowku poprzez wydanie przedmiotu darowizny. W sytuacji kiedy jest kilku obdarowanych, to w pierwszej kolejności odpowiedzialność z tytułu zachowku ponosi ten, który został obdarowany później, a jeżeli nie można zaspokoić

wysokości zachowku od niego, odpowiedzialność ponosi obdarowany wcześniej.

W polu widzenia należy mieć fakt, iż roszczenie z tytułu zachowku jest dziedziczone, a więc przechodzi na spadkobiercę osoby uprawnionej tylko wtedy, gdy spadkobierca ten należy do osób uprawnionych do zachowku po pierwszym spadkodawcy.

Przedawnienie roszczenia o zachówek

Niezwykle istotnym jest, aby pamiętać o terminach przedawnienia roszczenia z tytułu zachowku. Zgodnie z art. 1007 Kodeksu Cywilnego roszczenia uprawnionego z tytułu zachowku przedawniają się z upływem lat pięciu od ogłoszenia testamentu, jednakże roszczenie przeciwko osobie obowiązanej do uzupełnienia zachowku z tytułu otrzymanych od spadkodawcy darowizn lub zapisu windykacyjnego przedawnia się z upływem lat pięciu od otwarcia spadku. Upływ wskazanych terminów pociąga za sobą możliwość uchylenia się zobowiązanego od spełnienia świadczenia (np. zapłaty sumy pieniężnej z tytułu zachowku).

■ Odwrócony kredyt hipoteczny – bezpieczna przyszłość, czy najgorsza decyzja w życiu?

„**Odwrócona hipoteka**” to stosunkowo nowy rodzaj kredytu, jakiego bank może udzielić właścicielowi nieruchomości albo osobie, której przysługuje spółdzielcze własnościowe prawo do lokalu lub prawo użytkowania wieczystego. Zasady i tryb zawierania umowy odwróconego kredytu hipotecznego, prawa i obowiązki stron oraz zasady rozliczenia zobowiązań z niej wynikających zawarte są w Ustawie z dnia 23 października 2014 r. o odwróconym kredycie hipotecznym.

Uchwalenie niniejszej ustawy stanowi reakcję ustawodawcy na istotną społeczną potrzebę dotyczącą uruchomienia kapitału rzeczowego zawierającego się w nieruchomościach. Statystycznie potrzeba ta jest odczuwana zwłaszcza przez osoby starsze, które dysponują prawami rzeczowymi do nieruchomości (prawo własności),

a jednocześnie cierpią na niedostatek środków pieniężnych na bieżące utrzymanie.

Dotychczas, w naszym systemie prawnym brakowało wyspecjalizowanego mechanizmu prawnego, pozwalającego na przekształcenie tego rodzaju nie płynnego kapitału rzeczowego (własność mieszkania) w strumień płynnych środków pieniężnych. Odwrócony kredyt hipoteczny to instrument, dzięki któremu możliwa jest monetyzacja kapitału zakumulowanego w nieruchomościach.

Odwrócona hipoteka charakteryzuje się tym, iż bank udziela kredytu do wysokości wartości rynkowej np. mieszkania a spłata tego kredytu następuje poprzez przejęcie jego własności. Warto zauważyć, że przy tradycyjnym kredycie hipotecznym spłata kredytu następuje w pieniądzu. Zwykły kredyt hipoteczny zaciągamy z reguły celem zakupu mieszkania i to nowe mieszkanie obciążone jest wtedy hipoteką. W przypadku odwróconego kredytu hipotecznego jest odwrotnie – jesteśmy właścicielami mieszkania i bank nabywa prawo do przejęcia tego mieszkania po naszej śmierci, wypłacając nam – za życia – wartość rynkową mieszkania jednorazowo albo w ratach. Cel wydatkowania otrzymanych środków pieniężnych nie jest zasadniczo ograniczony. Tego typu „sprzedaż” mieszkania będzie jednak mogła nastąpić po podpisaniu stosownej umowy z bankiem i to w formie aktu notarialnego. Należy pamiętać, iż bank nie jest instytucją charytatywną ale organizacją nastawioną na osiągnięcie zysku, zatem umowa odwróconego kredytu hipotecznego powinna być sformułowana tak, ażeby z punktu widzenia kredytobiorcy oraz banku ten zysk był godziwy.

Warto podkreślić, iż stroną umowy odwróconego kredytu hipotecznego może być wyłącznie bank. Jest to niezwykle istotne, bowiem wiele instytucji na rynku (np. parabanki) oferuje różnego rodzaju pożyczki, jednakże w odróżnieniu od banków ich działalność nie jest licencjonowana i nie podlega kontroli Komisji Nadzoru Finansowego. Zatem umowa zawarta z podmiotem niebędącym bankiem nie będzie umową odwróconego kredytu hipotecznego, co za tym idzie osoba, która ją zawrze nie będzie mogła korzystać z ochrony zapewnionej w Ustawie o odwróconym kredycie hipotecznym. Nadmienić

należy, iż kredytobiorcą może być wyłącznie osoba fizyczna, która jest właścicielem nieruchomości lub której przysługuje spółdzielcze własnościowe prawo do lokalu, albo prawo użytkowania wieczystego. Kredytobiorcą może być również osoba fizyczna, będąca współwłaścicielem nieruchomości lub której przysługuje udział w spółdzielczym własnościowym prawie do lokalu lub w prawie użytkowania wieczystego.

Musimy pamiętać, iż procedura zawarcia umowy odwróconego kredytu hipotecznego determinuje szereg obowiązków, które bank winien zrealizować przed zawarciem umowy. Konkretyzując, bank w terminie nie krótszym niż 14 dni przed zawarciem przedmiotowej umowy zobowiązany jest dostarczyć kredytobiorcy, według jego wyboru, w postaci papierowej lub elektronicznej formularz zawierający informacje o ofercie odwróconego kredytu hipotecznego. Ma to na celu umożliwienie potencjalnemu kredytobiorcy zapoznanie się z podstawowymi, istotnymi warunkami, jakie proponuje bank.

Znamienne dla udzielenia kredytu hipotecznego jest to, iż nie jest ono poprzedzone badaniem zdolności kredytowej kredytobiorcy, albowiem przychody kredytobiorcy nie są planowanym źródłem spłaty tego zobowiązania. W celu uzyskania kredytu kredytobiorca zobowiązany jest przedstawić bankowi odpowiedni przedmiot zabezpieczenia – przedmiotem takim jest nieruchomość, do której kredytobiorcy przysługuje zbywalne prawo rzeczowe (prawo własności, prawo użytkowania wieczystego, spółdzielcze własnościowe prawo do lokalu) i przedmiot ten zostaje obciążony hipoteką na rzecz banku. Ustawa nie określa przy tym, jakiego rodzaju winna być to nieruchomość. Może to być zatem lokal mieszkalny, dom czy nieruchomość gruntowa – będzie to zależało od oceny banku, który zbada także stan prawny nieruchomości.

Kwota kapitału odwróconego kredytu hipotecznego, którą bank udostępnia kredytobiorcy uzależniona jest od wartości przedmiotu zabezpieczenia (nieruchomości) – oblicza się ją, uwzględniając wahania cen na rynku nieruchomości. Wskazać należy, iż wartość rynkową nieruchomości stanowi jej najbardziej prawdopodobna cena możliwa do uzyskania na rynku. Wyceny nieruchomości dokonuje

rzeczoznawca majątkowy, uwzględniając w szczególności: cel wyceny, rodzaj i położenie nieruchomości oraz jej stan. Swoją opinie w przedmiocie wartości nieruchomości rzeczoznawca sporządza na piśmie w formie operatu szacunkowego.

Ważne aby w przedmiotowej umowie uregulowane zostało, która ze stron ponosi koszty szacowania nieruchomości lub lokalu, a także kto ponosi koszty monitorowania wartości nieruchomości lub lokalu oraz – o ile umowa je przewiduje – warunki, na jakich koszty te mogą ulec zmianie.

Należy pamiętać, iż kredyt z tytułu odwróconej hipoteki nie jest świadczeniem dożywotnim, to w umowie między bankiem a kredytobiorcą należy określić, czy ma być wypłacony jednorazowo, a jeśli w ratach – to w ilu i w jakiej wysokości – nie dłużej jednak niż do dnia śmierci kredytobiorcy.

Istotnym prawem kredytobiorcy jest możliwość odstąpienia od umowy odwróconego kredytu hipotecznego, bez podania przyczyny w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Termin do odstąpienia uważa się za zachowany, jeżeli kredytobiorca przed jego upływem złoży pod wskazany przez bank adres lub nada w placówce pocztowej oświadczenie o odstąpieniu od umowy. Należy przy tym pamiętać, iż kredytobiorca będzie zobowiązany do zwrotu bankowi wypłaconej kwoty odwróconego kredytu hipotecznego wraz z odsetkami, jeżeli wypłata nastąpiła przed upływem terminu do odstąpienia od umowy. Podkreślić trzeba, iż pomimo stosunkowo długiego terminu na odstąpienie od umowy, decyzja o zawarciu umowy odwróconego kredytu hipotecznego powinna być należycie przemyślana – musimy pamiętać, iż poprzez złożenie podpisu na niniejszej umowie niejednokrotnie decydujemy o losach majątku, będącego dorobkiem całego życia. Celem zabezpieczenia interesów kredytobiorcy, ustawodawca ustanowił kolejny przywilej dla kredytobiorcy – możliwość wypowiedzenia umowy odwróconego kredytu hipotecznego w każdym czasie, z zachowaniem 30-dniowego terminu.

Na potrzeby niniejszego opracowania koniecznym jest omówienie kwestii dotyczących obowiązków kredytobiorcy w przypadku zawarcia umowy odwróconego kredytu hipotecznego. Katalog przedmiotowych obowiązków, związanych z nieruchomością (lokałem) stanowiącą przedmiot zabezpieczenia oraz niektóre regulacje konsekwencji prawnych naruszenia tych obowiązków zawarto w treści art. 16 ustawy o odwróconym kredycie hipotecznym. Zgodnie ze wskazaną regulacją, w okresie trwania umowy odwróconego kredytu hipotecznego kredytobiorca jest zobowiązany w odniesieniu do nieruchomości lub lokalu:

1. posiadać ubezpieczenie tej nieruchomości lub tego lokalu od zdarzeń losowych, jeżeli jest wymagane przez bank;

(Powyższy obowiązek występuje jedynie wtedy, gdy umowa odwróconego kredytu hipotecznego nakłada go na kredytobiorcę – “jeżeli jest ono wymagane przez bank”. W przypadku braku takiego obowiązku, umowę ubezpieczenia nieruchomości może zawrzeć bank i jest on wówczas zobowiązany do zapłaty składki ubezpieczeniowej na rzecz ubezpieczyciela. Umowa odwróconego kredytu hipotecznego może przewidywać, że koszty składki ubezpieczeniowej są refundowane bankowi przez kredytobiorcę. O ile umowa odwróconego kredytu hipotecznego nie stanowi odmiennie, wybór ubezpieczyciela należy do kredytobiorcy.)

2. utrzymywać tę nieruchomość lub ten lokal w stanie nieogorszonym, z uwzględnieniem zwykłego używania rzeczy zgodnie z jej przeznaczeniem, w szczególności dokonywać bieżących napraw i remontów;

(Musimy mieć na uwadze, iż nieruchomość pozostaje podstawowym źródłem zaspokojenia roszczeń banku, wynikających z umowy odwróconego kredytu hipotecznego, konieczne jest zatem zapewnienie utrzymania nieruchomości w odpowiednim stanie. Obowiązki związane z utrzymaniem nieruchomości spoczywają na kredytobiorcy, ponieważ to jemu przez cały okres trwania umowy odwróconego kredytu hipotecznego przysługuje prawo do nieruchomości. Obowiązki ciążące na kredyto-

biorcy mogą polegać – stosownie do okoliczności – na działaniu np. dokonanie remontu lub zaniechaniu np. powstrzymanie się od przebudowy lokalu. W szczególności kredytobiorca ma obowiązek dokonywać bieżących napraw i remontów, a ponadto używać nieruchomości (lokalu) w sposób zwykły, uwzględnivszy jej przeznaczenie. Konkretyzując, kredytobiorca narusza omawiany obowiązek, gdy np. dom mieszkalny zaczyna wykorzystywać do prowadzenia warsztatu rzemieślniczego.)

Nie sposób nie zauważyć kwestii, iż konstrukcja odwróconego kredytu hipotecznego obowiązek remontów i napraw pozostawia na barkach kredytobiorcy, zatem przed podpisaniem stosownej umowy należy uwzględnić ten aspekt i zastanowić się nad zdolnością organizacyjną i finansową w zakresie dokonywania remontów mieszkania będącego przedmiotem zabezpieczenia. Remonty dokonywane przez kredytobiorcę w trakcie trwania niniejszej umowy są oczywiście uwzględniane w przypadku oszacowania wartości nieruchomości, innymi słowy mówiąc w przypadku woli spłaty odwróconego kredytu hipotecznego przez kredytobiorcę albo spadkobierców – kwota do spłaty będzie stosownie pomniejszona o wartość dokonywanych remontów. Niezależnie od tego, trzeba stanowczo podkreślić, iż przed zawarciem umowy o odwrócony kredyt hipoteczny należy rozważyć zakres powyższego obowiązku (remonty, naprawy) oraz konsekwencje braku ich realizacji.

3. terminowo uiszczać podatki i obowiązkowe opłaty związane z korzystaniem z tej nieruchomości lub tego lokalu.

Podstawowym celem ustanowienia obowiązków kredytobiorcy jest ochrona interesów banku. Ponadto, obowiązki te mają również na celu uniknięcie pojawienia się po stronie kredytobiorcy zadłużenia wobec wierzycieli, którzy następnie mogliby skierować egzekucję do przedmiotu zabezpieczenia (np. mieszkania), zakłócając prawidłowy przebieg rozliczenia odwróconego kredytu hipotecznego.

Podkreślić należy, iż ustawowy katalog obowiązków kredytobiorcy może zmieniony na korzyść kredytobiorcy, w szczególności strony umowy odwróconego kredytu hipotecznego mogą wyłączyć lub ograniczyć obowiązki kredytobiorcy.

Przykłady:**1. W umowie ograniczono zakres bieżących remontów lokalu, do jakich jest zobowiązany kredytobiorca.**

Należy przy tym pamiętać, iż w umowie odwróconego kredytu hipotecznego można nałożyć dodatkowe obowiązki na kredytobiorcę.

2. Zgodnie z umową odwróconego kredytu hipotecznego kredytobiorca jest zobowiązany niezwłocznie poinformować bank o każdym przypadku szkody w nieruchomości, która powoduje zmniejszenie wartości tej nieruchomości o co najmniej 10%.

Najbardziej rozsądnym rozwiązaniem jest skonkretyzowanie obowiązków kredytobiorcy w umowie, celem uniknięcia ewentualnych nieporozumień między stronami w obrębie przedmiotowej materii. Kredytobiorca zobowiązany jest do wypełniania wskazanych powyżej obowiązków przez cały czas trwania umowy odwróconego kredytu hipotecznego. Po śmierci kredytobiorcy przedmiotowe obowiązki przechodzą na spadkobierców. Należy pamiętać, iż zbycie przez kredytobiorcę nieruchomości (prawa) tworzącej przedmiot zabezpieczenia nie zwalnia kredytobiorcy z wymienionych obowiązków. Skutek taki występuje niezależnie od tego, czy w umowie odwróconego kredytu hipotecznego zamieszczono zakaz dotyczący zbywania przedmiotu umowy np. mieszkania, czy też nie.

3. Jeżeli kredytobiorca zbył nieruchomość będącą przedmiotem zabezpieczenia, nadal jest on zobowiązany do utrzymywania ubezpieczenia tej nieruchomości, gdy umowa odwróconego kredytu hipotecznego nakłada na kredytobiorcę obowiązek posiadania ubezpieczenia.

Istotnym jest także, iż wypowiedzenie umowy odwróconego kredytu hipotecznego nie ma wpływu na obowiązki kredytobiorcy. Obowiązki

te pozostają w mocy i ciążą na kredytobiorcy lub jego spadkobiercach do czasu zbycia przedmiotu zabezpieczenia (np. mieszkania) w procesie rozliczenia odwróconego kredytu hipotecznego.

Jeżeli kredytobiorca nie będzie wykonywał nałożonych na niego obowiązków dotyczących nieruchomości lub lokalu, stanowiących zabezpieczenie odwróconego kredytu hipotecznego, bank wezwie go do ich dopełnienia, wyznaczając termin nie krótszy niż sześćdziesiąt dni.

Oczywiście, termin wyznaczony na wykonanie obowiązku powinien być uzależniony od rodzaju obowiązku, który nie został zrealizowany i powinien być dostosowany do działań, które kredytobiorca będzie zobowiązany podjąć w celu jego realizacji.

4. Jeżeli kredytobiorca naruszył obowiązek dotyczący wykonania poważnego remontu, właściwy termin powinien wynosić kilka miesięcy, aby kredytobiorca mógł znaleźć wykonawcę remontu, zawrzeć z nim umowę i przeprowadzić remont (np. remont dachu).

5. Z winy kredytobiorcy nastąpiło zalanie lokalu stanowiącego przedmiot zabezpieczenia i wartość tego lokalu uległa istotnemu zmniejszeniu. Bank wezwał kredytobiorcę do wykonania remontu lokalu, wyznaczając mu odpowiedni termin. Kredytobiorca nie wykonał tego remontu w wyznaczonym terminie. Bank może wypowiedzieć umowę odwróconego kredytu hipotecznego.

Uwagi wymaga fakt, iż bank może także wypowiedzieć umowę odwróconego kredytu hipotecznego wtedy, gdy została wszczęta egzekucja z nieruchomości lub z prawa, stanowiących zabezpieczenie dla banku. W takim przypadku bank natychmiastowo wstrzymuje wypłatę odwróconego kredytu hipotecznego. Ponadto bank może także wypowiedzieć umowę w sytuacji zbycia nieruchomości przez kredytobiorcę bez zgody banku (jeżeli umowa to przewiduje), oraz wtedy, gdy wartość nieruchomości lub lokalu, będących przedmiotem zabezpieczenia z przyczyn zawinionych przez kredytobiorcę

uległa istotnemu zmniejszeniu. Okres wypowiedzenia przez bank przedmiotowej umowy wynosi 30 dni.

Na kanwie powyższych rozważań, nie sposób pominąć okoliczność spłaty odwróconego kredytu hipotecznego. Ustawa przewiduje bowiem, że niezwłocznie po uzyskaniu informacji o śmierci kredytobiorcy, bank zamieszcza na swojej stronie internetowej ogłoszenie zawierające dane kredytobiorcy, informację o zawarciu z nim umowy oraz informację o możliwości dokonania przez spadkobierców spłaty udzielonego kredytu, a także termin w jakim należy tego dokonać. Przedmiotowe informacje bank przekazuje na piśmie także osobom wyznaczonym do kontaktu po śmierci kredytobiorcy i wskazanym w umowie odwróconego kredytu hipotecznego. Warto nadmienić, iż osobami wskazanymi przed kredytobiorcą do kontaktu nie muszą być spadkobiercy kredytobiorcy, ale mogą nimi być także inne osoby, które ułatwią bankowi uzyskanie informacji o potencjalnych spadkobiercach zmarłego. Uprawnieni do dokonania całkowitej spłaty odwróconego kredytu hipotecznego są wyłącznie spadkobiercy, zaś o tym kto jest spadkobiercą przesądza postanowienie sądu albo notarialny akt poświadczenia dziedziczenia. Spadkobiercy mają rok czasu od daty śmierci kredytobiorcy na podjęcie decyzji, czy dokonają spłaty odwróconego kredytu hipotecznego i zachowają prawa do nieruchomości, czy też nie. Roczny okres pozwala także na zgromadzenie środków finansowych na ten cel. Jeżeli spadkobiercy, w terminie 12 miesięcy od dnia śmierci kredytobiorcy, dokonają spłaty całkowitej kwoty do zapłaty – zabezpieczenie odwróconego kredytu hipotecznego wygasa. W przypadku natomiast, gdy nie dojdzie do spłaty kredytu, nastąpi przeniesienie nieruchomości na rzecz banku, który w ten sposób zaspokoi swoją wierzytelność. Podkreślenia wymaga fakt, iż jeżeli nawet spadkobiercy podejmą decyzję o rezygnacji z nieruchomości lub innego prawa, będzie im przekazana kwota stanowiąca różnicę między wartością roszczenia banku a wartością nieruchomości, o ile oczywiście różnica jest dodatnia.

Nawiązując do tematyki spłaty odwróconego kredytu hipotecznego wskazać należy, iż w praktyce bankowej brak jest konkretnych stanowisk dotyczących wysokości i metody ustalania oprocentowania.

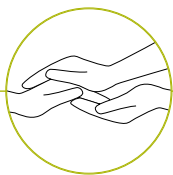
W związku z tym przed zawarciem umowy o odwrócony kredyt hipoteczny, należy uważnie przeanalizować postanowienia formularza informacyjnego banku w przedmiocie oprocentowania kredytu. Swobodnego rodzaju „dowolność” i brak jednolitego stanowiska banków co do oprocentowania powoduje istotne ryzyko, iż umowy o odwrócony kredyt hipoteczny mogą być kształtowane w sposób niekorzystny dla kredytobiorcy, a także dla zstępnych chcących spłacić owe zobowiązanie. Warto nadmienić, iż oprocentowanie wraz z obowiązkiem remontów mieszkania jawią się jako najbardziej doniosłe i ryzykowne obszary umowy.

Podsumowanie

Zasadnym jest stwierdzić, iż niniejsze opracowanie odwróconego kredytu hipotecznego ma charakter teoretycznoprawny. Jest to podyktowane faktem, iż obecnie produkt finansowy, jakim jest odwrócony kredyt hipoteczny bardzo rzadko widnieje w ofertach banków. W związku z powyższym brak jest na gruncie przedmiotowej materii informacji dotyczącej praktyki bankowej, czy też innych okoliczności, które pozwoliłyby na szersze omówienie zagadnienia. **Niemniej jednak, pamiętać należy, iż przy zawieraniu umowy odwróconego kredytu hipotecznego należy ze szczególną uwagą przeanalizować regulacje umowne, celem podjęcia świadomej, słusznej i opłacalnej decyzji.**

O AUTORZE

Konrad Dziuba – prawnik, absolwent Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, obecnie doktorant w Katedrze Prawa Cywilnego i Prawa Prywatnego Międzynarodowego. Chcąc łączyć wiedzę prawniczą z zarządzaniem rozpoczął menadżerskie studia podyplomowe na poziomie Executive MBA. Zawodowo realizuje się jako prawnik w jednej z kancelarii adwokackich w województwie śląskim. Jest członkiem Stowarzyszenia DOGMA, które swoją działalność statutową skupia wokół szerzenia świadomości prawnej obywateli. Aktywnie działa na rzecz poprawy kształtu i jakości nieodpłatnej pomocy prawnej w Polsce, udzielając przy tym porad prawnych osobom narażonym na wykluczenie. Współpracuje z Wyższą Szkołą Biznesu w Dąbrowie Górniczej oraz Uniwersytetami Trzeciego Wieku, jako wykładowca akademicki.



Konrad Dziuba

Rozdział 9.

Jak racjonalnie oszczędzać i zadbać o oszczędności swoich bliskich

Każda osoba starsza ma potrzebę i nawyk robienia oszczędności na „czarną godzinę”, tj. na wypadek choroby, konieczności niezbędego remontu mieszkania, przystosowania do niepełnosprawności, zakup sprzętu rehabilitacyjnego czy w końcu na zapewnienie sobie godnego odejścia, pochówku.

Znając jednak zaborczość bliskich, a także częste przypadki nieuczciwości w otaczającym środowisku, osoby starsze często skryżnie nie skrywają informacje nt. swojego stanu posiadania.

Nawet bliskie osoby często nie wiedzą w jakim banku mama/babcia trzyma swoje pieniądze, ani nie mają wiedzy o zgromadzonych na rachunkach kwotach.

Powoduje to, że osoby starsze, a zwłaszcza obarczone chorobami ołępiennymi, depresją czy innymi dolegliwościami natury psychicznej, nie tylko nie potrafią racjonalnie zarządzać zasobami, ale nawet korzystać ze swoich oszczędności dla poprawy swojej sytuacji życiowej, leczenia, rehabilitacji czy dorażnej pomocy opiekuńczej.

Często nie informują bliskich o stanie swojego majątku, a nawet w ogóle zapominają o tym, że dysponują sporymi oszczędnościami.

Skutkiem tych okoliczności są m.in.t.zw. **uśpione konta**, których zasoby przepadały dotychczas na rzecz Skarbu Państwa lub latami były w nienależnej dyspozycji i obrocie banku.

Stan prawny w zakresie dziedziczenia zgromadzonych w bankach oszczędności się zmienił i wskazane jest upowszechnienie wiedzy w tym zakresie.

Problemy zgłoszone przez opiekunów osób niesamodzielnych w czasie seminariów, warsztatów, poradnictwa prawnego

Moja Mama miała zawsze spore oszczędności, ale z wiekiem stała się bardzo skąpa, podejrzliwa, skłonna do niestuszných oskarżeń. Zmieniła bank, utworzyła jakieś lokaty długoterminowe, wprowadziła nie znane nikomu z rodziny hasła, inne zabezpieczenia itp. środki ostrożności.

Teraz zdiagnozowano u niej chorobę Alzheimera i objawy szybko się nasilają.

Ja zrezygnowałam z pracy zawodowej aby zapewnić Mamie dobrą opiekę, nasz dom wymaga poważnego remontu, Mama potrzebuje kosztownej rehabilitacji, leków, środków opatrunkowych itp. nieznaných wcześniej wydatków, na które emerytura Mamy nie wystarcza i nasza sytuacja materialna znacznie się pogorszyła. Uzasadnia to skorzystanie z części zgromadzonych przez Mamę oszczędności, chociażby na zaspokojenie jej własnych potrzeb, np. przystosowania mieszkania do jej niepełnosprawności.

Jakakolwiek dyskusja na ten temat kończy się jednak domową awanturą, niestusznymi oskarżeniami, a nawet powiadomianiem opieki społecznej o zagrożeniach bezpieczeństwa z naszej strony.

Proszę zatem o poradę:

- 1. Czy istnieją jakieś procedury pozwalające na skorzystanie z części oszczędności Mamy za jej życia, z przeznaczeniem np. zakup sprzętu rehabilitacyjnego, remont wspólnego gospodarstwa domowego i przystosowania go do potrzeb chorej?*
- 2. Jakie są uprawnienia i procedury przejęcia tych oszczędności przez osoby prowadzące wspólne gospodarstwo*

domowe, a także innych uprawnionych do dziedziczenia, po śmierci Mamy?

Problem samotnego seniora

Przeraża mnie perspektywa niedołęznej starości tym bardziej, że jestem samotna, nie mam bliskiej rodziny ani znajomych, którym mogłabym całkowicie zaufać.

Muszę liczyć się z tym, że w pewnym momencie mogę utracić możliwość samodzielnego prowadzenia swoich spraw, w tym majątkowych. W prawdzie mam mieszkanie i spore oszczędności, ale być może nie będzie komu godnie mnie pochować, postawić nagrobek, a o spadek po mnie kłócić się będą jacyś obcy mi ludzie.

Zakłóca mój spokój i spędza mi sen z powiek poszukiwanie optymalnego rozwiązania aby zapewnić sobie dostatni i spokojny sposób spędzenia ostatniego etapu swojego życia i być godnie pochowana.

Czy ktoś może mi wskazać drogę postępowania?

Odpowiada prawnik:

Prawne procedury, które umożliwiają najbliższemu skorzystanie ze środków pieniężnych zgromadzonych na koncie bankowym przez osoby pozostające pod ich opieką są wielorakie. W pierwszej kolejności należałoby wspomnieć o możliwości udzielenia przez posiadacza rachunku bankowego pełnomocnictwa na rzecz osoby trzeciej. Pełnomocnictwo jest dwojakiego rodzaju, tj. ogólne oraz szczególne. Pełnomocnik ogólny ma praktycznie takie same prawa jak właściciel rachunku, może składać wszystkie dyspozycje w ramach umowy rachunku bankowego, w tym także dokonywać wypłat i przelewów, łącznie z zamknięciem rachunku. Bezpiecznym zatem rozwiązaniem jest pełnomocnictwo szczególne, w którym to zawarte są konkretne czynności, których może dokonać pełnomocnik szczególny, np. wypłaty na rachunek, wypłaty do 5.000 zł miesięcznie, uzyskiwanie infor-

macji o saldzie rachunku. Owych czynności, do jakich może być upoważniony pełnomocnik szczegółowy, posiadacz rachunku może w pełnomocnictwie wpisać bardzo wiele.

Należy też pamiętać, że pełnomocnictwo wygasa z chwilą śmierci właściciela rachunku, stąd ważnym jest aby ewentualnie dane pełnomocnika wpisać w dyspozycji na wypadek śmierci. W sytuacji gdy, osoba nam najbliższa jest osobą, która nie potrafi samodzielnie zatroszczyć się o swoje sprawy, dbać o własne dobro, z uwagi na niepełnosprawność intelektualną występującą w różnym stopniu, albo u której występują zaburzenia psychiczne, narkomania lub pijaństwo to możemy wystąpić do sądu z wnioskiem o jej ubezwłasnowolnienie. Ubezwłasnowolnienie może być całkowite lub częściowe.

Pierwsze odnosi się do sytuacji, w których podopieczny nie jest w stanie kierować swoim postępowaniem, drugie dotyczy osób, którym z uwagi na chorobę potrzebna jest pomoc w prowadzeniu ich spraw. Sąd Okręgowy po uprawomocnieniu się orzeczenia o ubezwłasnowolnieniu całkowitym przesyła odpis postanowienia do Sądu Rejonowego, Wydziału Rodzinnego, właściwego dla miejsca zamieszkania uczestnika postępowania (osoby ubezwłasnowolnionej). Sąd opiekuńczy ustanawia dla niej przedstawiciela ustawowego – opiekuna lub kuratora. Osoby te dokonują w imieniu osoby ubezwłasnowolnionej czynności prawnych. Zadaniem opiekuna dla osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej jest dbanie o to, aby ubezwłasnowolniony miał środki do życia, a w razie ich braku, powinien dochodzić dla niego odpowiednich świadczeń. Opiekun winien zadbać, aby podopieczny miał zapewnioną opiekę lekarską, by sobie nie szkodził i nie stwarzał zagrożenia dla innych osób. Przy tym do obowiązków opiekuna nie należy ponoszenie jakichkolwiek nakładów i wydatków na rzecz podopiecznego. Natomiast zadaniem kuratora jest opieka nad majątkiem i sprawami życiowymi osoby częściowo ubezwłasnowolnionej. Podobnie zresztą jak opiekun prawny, zobowiązany jest dbać o to, aby jego podopieczny miał środki do życia, zapewnioną opiekę lekarską. Również nie jest zobowiązany do ponoszenia jakichkolwiek nakładów i wydatków na rzecz podopiecznego. Do reprezentowania podopiecznego i zarządzania jego majątkiem kurator jest uprawniony

tylko wtedy, gdy sąd opiekuńczy tak postanowi. W przeciwnym razie jest wyłącznie doradcą.

Zarząd majątkiem osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie sprawuje jej opiekun prawny. To opiekun prawny, a nie osoba ubezwłasnowolniona decyduje o wydatkach z majątku osoby ubezwłasnowolnionej.

Koszty utrzymania osoby ubezwłasnowolnionej powinny być ponoszone z jej majątku.

W sytuacji opisanej w pytaniu opiekun prawny powinien przedłożyć w ZUS i w urzędzie gminy zaświadczenie o tym, iż jest opiekunem prawnym oraz wnioski o wypłacanie renty socjalnej i zasiłku pielęgnacyjnego do rąk opiekuna prawnego (na jego konto).

W banku również można przedłożyć stosowne zaświadczenie.

Osoba ubezwłasnowolniona nie powinna sama zarządzać środkami jakie znajdują się na jej koncie. Tymi środkami zarządza opiekun prawny.

Zarząd majątkiem osoby ubezwłasnowolnionej podlega nadzorowi ze strony sądu opiekuńczego. Opiekun prawny powinien składać sprawozdania z pełnionego zarządu majątkiem.

■ Konta uśpione

Opowiada prawnik:

Nie rzadko czytelnicy mogli się spotkać z problemem, kiedy ktoś bliski zmarł, a oni jako uprawnieni spadkobiercy, pomimo świadomości posiadanych przez spadkodawcę pieniędzy na koncie bankowym lub na lokacie, nie mieli wiedzy na temat banku czy numeru rachunku bankowego, na którym owe środki były gromadzone. Sytuacje te mogły również dotyczyć ich bliskich, którzy byli chorzy na tyle, że nie byli im w stanie udzielić informacji w tym zakresie.

Przytoczony powyżej, poważny problem, który stanowił swoistego rodzaju dolegliwość dla wielu Polaków został skutecznie rozwią-

zany przez ustawodawcę dzięki nowelizacji ustawy Prawo bankowe (Dz.U. z 2016, poz. 1988), która weszła w życie 1 lipca 2016 r.

Celem przedmiotowej nowelizacji było „uregulowanie spraw związanych z rachunkami nieaktywnymi, tzw. „rachunkami uśpionymi”, na których w ciągu dwóch lat nie dokonano żadnych obrotów poza dopisywaniem odsetek. Założeniem nowelizacji było także wprowadzenie rozwiązań, które ułatwią następcom prawnym uzyskanie wypłat należnych im z tytułu spadkobrania środków pieniężnych, znajdujących się na tych rachunkach”.

Dotychczas spadkobiercy czy osoby bliskie, w celu odnalezienia „uśpionych rachunków” zobowiązane były do zwracania się z indywidualnymi pytaniami do każdego banku, w którym mógł być prowadzony taki rachunek. Z uwagi, iż samych instytucji bankowych w Polsce jest około 40, SKOK-ów około 50 proces pozyskania wiedzy w tym zakresie był czasochłonny i kosztowny. Obecnie dzięki wprowadzonej Centralnej Informacji o Rachunkach, wystarczy złożenia zapytania np. w wybranej, dowolnej placówce banku lub SKOK-u albo listownie na adres korespondencyjny danej instytucji o dostęp do następujących danych o:

- 1) rachunkach bankowych osób zmarłych, o których nie wiedzieli spadkobiercy,
- 2) rachunkach należących do osób, których spadkobierców nie odnaleziono,
- 3) rachunkach, o których istnieniu zapomnieli sami właściciele. Wprowadzenie Centralnej Informacji o Rachunkach daje o wiele większe pole możliwości, w zakresie uzyskiwania danych w stosunku do stanu prawnego, obowiązującego przed wejściem w życie opisywanej nowelizacji przepisów obowiązującego prawa.

Centralna Informacja o Rachunkach umożliwia:

- 1) posiadaczowi rachunku oraz członkowi SKOK odszukanie własnych rachunków bankowych oraz imiennych rachunków członka SKOK,

- 2) osobie, która uzyskała tytuł prawny do spadku po posiadaczu rachunku lub tytułu prawnego do spadku po członku SKOK – odszukanie rachunków osoby zmarłej (spadkodawcy), w tym rachunków bankowych oraz imiennych rachunków członka SKOK,
- 3) podmiotowi uprawnionemu na podstawie art. 105b ustawy Prawo bankowe – odszukanie rachunków osoby wskazanej we wniosku, w tym rachunków bankowych oraz imiennych rachunków członka SKOK.

W informacji zbiorczej, która jest wygenerowana przez Centralną Informację o Rachunkach zostaje zawarta informacja o:

- 1) podmiotach, które prowadziły lub prowadzą rachunek,
- 2) numer rachunku,
- 3) informacje, czy jest on nadal prowadzony,
- 4) informacje, czy jest to rachunek wspólny,
- 5) informacje o umowach rachunku bankowego rozwiązanych albo wygasłych z przyczyn określonych w Prawie bankowym, tj. z powodu śmierci posiadacza rachunku albo braku dyspozycji dotyczących rachunku przez okres 10 lat. Informacja zbiorcza nie będzie zaś zawierać szczegółowych danych dotyczących rachunku. Uzyskanie takich danych, np.: wysokość salda na rachunku, jest możliwa wyłącznie w placówce banku lub SKOK-u, w którym rachunek jest prowadzony. Stąd, po uzyskaniu informacji zbiorczej wnioskodawca już z łatwością uzyska dodatkowe informacje w placówce właściwego banku lub SKOK-u, w którym złoży bezpośrednio rachunek.

Ważnym jest, że taka informacja odnosić się będzie do rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych, oszczędnościowych, rachunków terminowej lokaty oszczędnościowej oraz rachunków oszczędnościowych IKE. W przypadku jednoosobowych działalności gospodarczych czy spółek cywilnych odpowiednio zawierać będzie dane dotyczące rachunku bieżącego, rachunku oszczędnościowego. Minusem jest to, iż nie znajdziemy tam informacji na temat produktów kredytowych, w tym kart kredytowych oraz rachunków technicznych służących

do obsługi tych produktów. Ponadto informacja zbiorcza obejmować będzie tylko rachunki, których osoba wskazana we wniosku jest lub była posiadaczem, bądź rachunki, które były prowadzone lub są prowadzone na rzecz jednoosobowej działalności gospodarczej, spółki cywilnej (o ile osoba wskazana we wniosku prowadzi lub prowadziła jednoosobową działalność gospodarczą lub jest/była współnikiem spółki cywilnej). Nie znajdziemy tam informacji o rachunkach, co do których osoba wskazana we wniosku jest/była pełnomocnikiem.

Na marginesie powyższych rozważań, należy zauważyć, że przyjęcie przez ustawodawcę takiego rozwiązania jest niezwykle cenne i należy je ocenić jako pozytywny zabieg legislacyjny, mający na celu ochronę praw i interesów obywateli. W mojej ocenie uzyskanie informacji o rachunkach bankowych może być przydatne nie tylko z punktu widzenia posiadaczy rachunków bankowych i spadkobierców posiadaczy, ale także – w niektórych sytuacjach – dla osób, które są stronami sporów sądowych. Strona będzie mogła, na podstawie art. 187 § 3 pkt 3 k.p.c. w zw. z art. 208 § 1 pkt 5 k.p.c. wnieść do Sądu żądanie zobowiązania strony przeciwnej do dostarczenia na rozprawę wydruku z Centralnej Informacji o Rachunkach po to, aby następnie wnieść o zobowiązanie strony przeciwnej do dostarczenia wyciągu z rachunków bankowych wskazanych w tym wydruku.

Dokumenty jakie są wymagane podczas składania w banku lub właściwej placówce SKOK-u wniosku są zróżnicowane, w zależności od tego czy wniosek składa spadkobierca, czy posiadacz rachunku bądź podmiot uprawnionemu na podstawie art. 105b Ustawy Prawo bankowe. I tak, w przypadku, gdy składa wniosek spadkobierca potrzebować będzie: 1) oryginał lub kopię potwierdzoną przez notariusza/pracownika banku odpisu prawomocnego postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku lub, 2) oryginał lub kopię potwierdzoną przez notariusza/pracownika banku odpisu zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia lub inny dokument stwierdzający tytuł prawny do spadku, 3) akt zgonu – w przypadku, gdy na podstawie innych dokumentów weryfikacja danych zmarłego nie jest możliwa, 4) dokument uprawniający do reprezentacji Wnioskodawcy – w przypadku, gdy Wnioskodawca nie jest osobą fizyczną

albo reprezentowany jest np. przez przedstawiciela ustawowego, 5) dokument pełnomocnictwa rodzajowego do uzyskania w imieniu Wnioskodawcy zbiorczej informacji z Centralnej Informacji – w przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika. Następnie, gdy wniosek składa posiadacz rachunku z zapytaniem o swoje rachunki: 1) dokument potwierdzający tożsamość posiadacza rachunku, 2) w przypadku, gdy wnioskodawca reprezentowany jest np. przez przedstawiciela ustawowego – dokument uprawniający do reprezentacji wnioskodawcy, 3) w przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika – dokument pełnomocnictwa rodzajowego do uzyskania w imieniu wnioskodawcy zbiorczej informacji z Centralnej Informacji. W sytuacji, gdy wniosek składa podmiot uprawniony na podstawie art. 105b Ustawy Prawo bankowe wymagane prawem są następujące dokumenty: 1) dokument wykazujący, że podmiot uprawniony występuje w granicach uprawnień do żądania zbiorczej informacji wynikających z podstawy prawnej do wystąpienia z wnioskiem, 2) dokument upoważniający do działania w imieniu wnioskodawcy – w sytuacji, gdy wnioskodawcę reprezentuje osoba działająca z jego upoważnienia. Za uzyskanie informacji zbiorczej Bank pobiera opłatę zgodną z Taryfą prowizji i opłat, która to opłata średnio, w zależności od banku oscylować będzie w granicach od 5 do 60 zł. Realizację wniosku następuje średnio do 14 dni.

Nowelizacją art. 59a ustawy Prawo bankowe ustawodawca nałożył na bank obowiązek zamknięcia rachunków w następujących sytuacjach, tj.: 1) z dniem śmierci posiadacza rachunku, 2) po upływie 10 lat od wydania ostatniej dyspozycji dotyczącej tego rachunku (np. skierowania do banku polecenia wypłaty środków pieniężnych z tego rachunku, skorzystania z karty płatniczej np. w celu wypłaty gotówki czy sprawdzenia salda rachunku). Zatem, jeżeli umowa uległa rozwiązaniu na podstawie tych dwóch sytuacji, uważa się ją za wiążącą do chwili wypłaty przez bank środków pieniężnych osobie posiadającej do nich tytuł prawny, chyba że stan środków pieniężnych na danym rachunku nie przekracza kwoty minimalnej określonej w umowie. Dodatkowo wprowadzonym novum jest to iż, po

upływie 5 lat od dnia wydania ostatniej dyspozycji bank będzie zobowiązany wystąpić do Ministra właściwego do spraw informatyzacji o udostępnienie danych z rejestru Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności (PESEL) umożliwiających ustalenie, czy posiadacz rachunku żyje, a w razie ustalenia śmierci posiadacza rachunku, bank będzie zobowiązany poinformować o tym fakcie osoby uprawnione do pobrania kwot, zgodnie ze złożoną dyspozycją na wypadek śmierci posiadacza rachunku. Powyższe uregulowanie dotyczące tzw. „wygaszania uśpionych rachunków bankowych” jest uzupełnieniem obecnie obowiązującego art. 60 ustawy Prawo bankowe który stanowi, że rozwiązanie umowy rachunku bankowego następuje po dwóch latach od dnia ostatniej aktywności, jeżeli w ciągu tego czasu nie dokonano na rachunku żadnych obrotów. Należy zauważyć, że przepis art. 60 ma dwie słabości, którego niedostatki są następujące, tzn.: 1) umowa rachunku bankowego może wyłączyć stosowanie tego przepisu dotyczącego „wygaszenia rachunku bankowego” (a jak powszechnie wiadomo, wzory umów są tworzone przez banki, zaś zwykły konsument zazwyczaj ich w ogóle nie czyta, a nawet gdyby czytał, ciężko zrozumieć ich treści), 2) rachunek nie może być zamknięty, jeśli stan rachunku przekracza kwotę minimalną określoną w umowie (i, oczywiście, kwota ta jest ustalana przez sam bank). Natomiast nowelizacja ustawy i wprowadzenie nowego przepisu art. 59a ustawy Prawo bankowe należy ocenić jako pozytywny krok w stronę konsumenta i jako skuteczne narzędzie do przeciwdziałania ewentualnym nieuczciwym praktykom ze strony banków.

Ponadto, na skutek nowelizacji obowiązkiem banku jest poinformowanie posiadacza rachunku o możliwości wydania przez niego dyspozycji wkładem na wypadek śmierci. Informacja ta ma być przekazywana klientowi przy zakładaniu rachunku bankowego w sposób dla niego zrozumiały. Na skutek złożenia takiej dyspozycji przez posiadacza rachunku bank, będzie zobowiązany poinformować uprawnione osoby, o możliwości wypłaty określonej kwoty, niezwłocznie po tym, jak poweźmie informacje o śmierci posiadacza rachunku. Rozwiązanie to ma na celu zmianę obecnego postępowania banków, które nie informują klientów o możliwości udzielenia

dyspozycji wkładem na wypadek śmierci, a następnie po uzyskaniu informacji o śmierci posiadacza rachunku przenoszą zgromadzone na rachunku pieniądze na nieoprocentowane konto i zaprzestają wypłacania należnych odsetek.

Zatem obecnie na podstawie art. 56 ustawy Prawo bankowe posiadacz rachunku bankowego oszczędnościowego, rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego lub rachunku terminowej lokaty oszczędnościowej może polecić bankowi, aby w razie swojej śmierci bank dokonał wskazanym uprzednio przez zmarłego osobom wypłaty pieniędzy z rachunku. Osobami, które po śmierci posiadacza rachunku mogą otrzymać wypłatę pieniędzy, są osoby najbliższe, tj. małżonek, wstępni (rodzice, dziadkowie), zstępni (dzieci, wnuki, prawnuki) oraz rodzeństwo. Do wypłacenia przez bank pieniędzy nie jest konieczne legitymowanie się dokumentami potwierdzającymi spadkobranie, wystarczający jest tu akt zgonu właściciela rachunku. Kwota, która może zostać w tym przypadku wypłacona, nie może być wyższa niż dwudziestokrotne przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego za ostatni miesiąc przed śmiercią posiadacza rachunku, jest to obecnie ok. 83,000 tyś. zł, niezależnie od liczby osób uprawnionych. Kwota ta nie wchodzi do spadku po posiadaczu rachunku bankowego, a więc środki te nie podlegają dziedziczeniu na mocy ustawy. Jeżeli posiadacz rachunku wyda więcej niż jedną dyspozycję wkładem na wypadek śmierci, a łączna suma dyspozycji przekroczy powyższy limit, dyspozycja wydana później ma pierwszeństwo przed dyspozycją wydaną wcześniej. Istotnym jest również z punktu widzenia posiadacza rachunku, że dyspozycja wkładem na wypadek śmierci może być w każdym czasie przez niego zmieniona lub odwołana na piśmie. Natomiast ważnym jest, że nie złożenie takiej dyspozycji wkładem na wypadek śmierci prowadzi do tego, że podjęcie środków pieniężnych z rachunku jest możliwe dopiero po przeprowadzeniu postępowania spadkowego. Należy pamiętać, że posiadacz rachunku bankowego nie będzie mógł wykonać omawianej dyspozycji odnośnie prowadzonego rachunku wspólnego.

Należy raz jeszcze silnie podkreślić, iż przyjęte w ramach nowelizacji rozwiązania są znacznym ułatwieniem dla klientów banków. Uruchomienie usługi, jaką jest Centralna Informacja o Rachunkach”, pozwoli na znacznie szybsze zlokalizowanie rachunków po zmarłym członku rodziny – wystarczy udać się do dowolnej instytucji bankowej, uiścić jednorazową opłatę i po kilku dniach otrzymać zbiorcze zestawienie wszystkich kont należących do zmarłego. Ponadto jeżeli nieżyjący posiadacz rachunku wydał dyspozycję o wypłacie środków, to najbliżsi do których odnosi się owa dyspozycja dowiedzą się o tym fakcie niezwłocznie po jego śmierci. Spadkobiercy będą mogli również na tej podstawie od razu wejść w posiadanie zapisanej kwoty bez przeprowadzania żmudnego postępowania spadkowego, które może trwać nawet kilka lub kilkanaście miesięcy.

Podjmując próbę odpowiedzi na pytanie czytelnika, celem wskazania trafnego środka zaradczego – zalecałbym wybrać z grona osób najbliższych, tj. małżonek, wstępny (rodzice, dziadkowie), zstępny (dzieci, wnuki, prawnuki) oraz rodzeństwo – osobę godną zaufania, na której pomoc można zawsze liczyć, a następnie złożyć w swoim banku, gdzie prowadzony jest jeden z wymienionych powyżej rachunków bankowych dyspozycje na wypadek śmierci. Od tego momentu bank będzie miał obowiązek powiadomienia osoby wskazanej w tej dyspozycji (zapisobiorców) o przysługującym jej prawie do środków z tego tytułu. Należy pamiętać, że składając przedmiotowe oświadczenie o dyspozycji na wypadek śmierci konieczne będzie określenie kwoty, jaka ostatecznie ma być wypłacona wskazanej osobie. Należy zważyć, iż niezbędne będzie również określenie tej osoby wskazanej w dyspozycji z imienia i nazwiska, podanie jej numeru PESEL, stopnia pokrewieństwa oraz kwoty przypadającej na poszczególne osoby (w przypadku, gdy dyspozycja wskazywać będzie kilkoro uprawnionych). W sytuacji, gdy wybrana przez nas osoba z czasem nie będzie chciała przyjąć na siebie ciężaru powierzonych jej obowiązków, bądź nie będzie umiała im sprostać z różnych powodów, to dyspozycja wkładem z konta uprawnienia posiadacza rachunku do tego, aby w każdej chwili zmienić jej treść lub odwołać ją, z tym

że należy uczynić to zawsze na piśmie. Najważniejszy skutek takiej dyspozycji oznacza, iż środki znajdujące się na rachunku a określone w dyspozycji na wypadek śmierci nie wejdą w skład spadku, a więc i nie będą podlegać dziedziczeniu na podstawie ustawy lub testamentu.

Należy pamiętać, że mimo iż zapisana w dyspozycji kwota jest wyłączona spod reguł dziedziczenia nie oznacza, że nie stosuje się do niej przepisów podatkowych. Podatkowi od spadków i darowizn podlega nabycie przez osoby fizyczne własności rzeczy znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub praw majątkowych wykonywanych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, m.in. w związku z nabyciem praw do wkładu oszczędnościowego na podstawie dyspozycji wkładem na wypadek śmierci. Wynika to z art. 1 ust. 2 ustawy o podatku od spadków i darowizn (Dz.U. z 2017 r. poz. 833). Z uwagi na to, że krąg osób mogących skorzystać z owej dyspozycji należy do tzw. grupy zerowej, to osoby te mogą skorzystać tym samym z całkowitego zwolnienia podatkowego, co wynika z art. 4a ustawy o podatku od spadków i darowizn. Ale, w tym celu muszą osoby te złożyć zeznanie podatkowe (SD-Z2) w terminie sześciu miesięcy od dnia powstania obowiązku podatkowego. Przepis nie zwalnia podatnika z obowiązku zgłoszenia nabycia środków pieniężnych, jeśli wypłata następuje ze strony banku czy nawet wtedy, gdy bank wysłał do urzędu skarbowego informację o dokonanej wypłacie.

Obowiązek podatkowy

Na marginesie wskazać należy, iż spadkobiercy nierzadko zapominają, iż nabycie majątku tytułem dziedziczenia z reguły podlega podatkowi od spadków i darowizn (dalej P*SiD*). Sytuacja ta ma miejsce, ponieważ w praktyce większość spadkobierców, czyli osób najbliższych (jak małżonek, dzieci, wnuki, ojciec, matka, dziadek, babcia, pasierb, rodzeństwo, ojczym i macocha) podlega tzw. uldze całkowitej, którą uregulowano w art. 4a ustawy o podatku od spadków i darowizn (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 205 ze zm., dalej P*SiD*). Tzw. ulga

całkowita od P*SiD* dla grupy zerowej przysługuje jednak dopiero po dopełnieniu formalności. Dlatego z ulgi tej skorzystać można po zgłoszeniu nabycia majątku właściwemu naczelnikowi urzędu skarbowego, w terminie 6 miesięcy od uprawomocnienia się orzeczenia sądu stwierdzającego nabycie spadku. Zgłoszenia dokonuje się na formularzu SD-Z2.

Co więcej warto pamiętać, że nie wszystkie osoby najbliższe podlegają tzw. uldze całkowitej od P*SiD* dla grupy zerowej. W efekcie nie mogą z niej skorzystać teść i teściowa, którzy podlegają P*SiD* dla pierwszej grupy podatkowej, tj. na poziomie od 3% do 5% wartości odziedziczonego majątku. Z kolei dzieci rodzeństwa, rodzeństwo rodziców i pozostali przedstawiciele dalszej rodziny podlegają P*SiD* dla drugiej grupy podatkowej, tj. na poziomie od 7% do 12% wartości odziedziczonego majątku. Natomiast pozostali nabywcy, których zalicza się do trzeciej grupy podatkowej, podlegają P*SiD* na poziomie od 12% do 20% wartości nabywanego majątku. Osoba, która podlega P*SiD* powinna zgłosić ten fakt właściwemu naczelnikowi urzędu skarbowego w terminie miesiąca od przyjęcia spadku. Zgłoszenia dokonuje się na formularzu SD-3.

Musimy pamiętać, że nabycie majątku tytułem dziedziczenia po którejjkolwiek z osób najbliższych, a także po teściu i teściowej podlega całkowitemu zwolnieniu od P*SiD*, jeżeli wartość odziedziczonego majątku po którejjkolwiek z tych osób nie przekracza 9 637 zł. Analogiczne granice zwolnienia w przypadku dziedziczenia po osobach zaliczanych do drugiej i trzeciej grupy podatkowej wynoszą: 7 276 zł i 4 902 zł.

W przypadku całkowitego zwolnienia od P*SiD* podatnik nie ma obowiązku dopełnienia dodatkowych formalności.



dr Elżbieta Szałkiewicz
Przewodnicząca Koalicji Na Pomoc Niezależnym

Demencja zwana też otępieniem, stopniowo odbiera seniorowi zdolność do typowego zachowania w relacjach z innymi osobami, takiego którego wyuczył się w ciągu życia i które było akceptowane przez jego otoczenie. Jak dotąd nauka nie znalazła lekarstwa na zatrzymanie postępu demencji.

Gdy podejmujemy się trudnego zadania opieki nad osobą z demencją to szybko uświadomimy sobie, że spontaniczna, typowa dla nas komunikacja nie wystarczy. Mimo, że komunikowanie się z seniorem demencyjnym jest trudne, to jednak jest możliwe pod warunkiem dopasowania sposobu komunikacji werbalnej i pozawerbalnej odpowiednio do stanu jego zdezorientowania. Samopoczucie osoby z demencją może ulec zdecydowanej poprawie jeżeli opiekun umie i chce stworzyć w domu strefę terapeutyczną oraz wykorzystać alternatywne kanały komunikacyjne.

Tak więc będziemy zmuszeni zmienić nasze życie i nauczyć się efektywnego porozumiewania się z seniorem, co w praktyce oznacza zapobieganie kryzysom i sensowne reagowanie w sytuacjach problemowych. Naszą intencją jest by ten Poradnik ułatwił opiekunom wykonanie tego trudnego zadania.



mgr Krystyna Lewkowicz
Prezes Fundacji „Ogólnopolskie Porozumienie Uniwersytetów Trzeciego Wieku”

Seniorzy cierpiący na zaburzenia pamięci stanowią coraz większą grupę w szybko starzejących się społeczeństwach europejskich. Warto nauczyć się właściwie i wcześniej diagnozować zmiany osobowości starszych osób i wiedzieć jak postępować z chorymi.

Tym bardziej, że żaden pacjent, nawet obłożnie chory, nie wymaga tyle zrozumienia i ciepła jak właśnie ten doświadczający zaburzeń demencyjnych.

Wsluchując się w potrzeby zgłaszane przez beneficjentów projektu w czasie wykładów, warsztatów i seminariów, wiele pytań i problemów tymczasem pozostawało bez odpowiedzi, bo wymagało szerszego omówienia lub pomocy eksperta.

Tak powstał ten Poradnik ukierunkowany na pomoc chorym z niesprawnościami o podłożu psychicznym, bowiem te dolegliwości, uznane często za wstydliwe, latami ukrywane przez pacjentów lub bagatelizowane przez otoczenie, pozostają często długo nie zdiagnozowane, a więc i nie leczone.

Kiedy choroba jest już zaawansowana i zdiagnozowana, opieka nad chorym i jego rehabilitacja jest niezwykle trudna, zwłaszcza jeśli obciąża inną osobę starszą mającą obniżony poziom sprawności fizycznej i własne problemy zdrowotne.

Bardzo dobre recenzje I wydania Poradnika oraz napływająca korespondencja zainspirowała Autorów do dokonania uzupełnień, aktualizacji, odpowiedzi na nowe pytania... Tak powstało II wydanie tego Poradnika.