

BROSZURA POKONFERENCYJNA



*Wyzwania zdrowotne i społeczne w opiece
nad osobą starszą i niesamodzielną*

Kraków, 15–16 listopada 2019 r.



Organizator konferencji:

**Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe
Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielných w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków**

Opieka nad osobami starszymi i niesamodzielnymi wymaga przede wszystkim odpowiedniego podejścia do osoby, którą się opiekujemy. Podejście to powinno być pozytywne, holistyczne i pełne profesjonalizmu. Nad tym tematem znaczne grono pracowników medycznych oraz z branży usług społecznych debatowało podczas konferencji: „Wyzwania zdrowotne i społeczne w opiece nad osobą starszą i niesamodzielną”, która została zorganizowana przez Centrum Wsparcia Opiekunów przy Miejskim Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnym w Krakowie.

Konferencja była wyjątkową kombinacją zagadnień z wielu różnych dziedzin, czemu przyświecał jeden nadrzędny cel – przekazanie aktualnej wiedzy na temat sprawdzonych i nowatorskich metod terapeutycznych, najnowszych doniesień dotyczących skutecznej opieki i aktywizacji osób starszych i niesamodzielnym. Debatowano również nad tym, jak skutecznie komunikować się z osobami starszymi, które chorują na demencję oraz jak w profesjonalny sposób przekazać niepomysłne informacje pacjentowi i jego rodzinie. Nie zabrakło również zagadnień poświęconych odchodzeniu czy zasadom zdrowego odżywiania. Podczas konferencji zostały przekazane bogate informacje dotyczące założeń Polityki Senioralnej Gminy Kraków jak również mogliśmy usłyszeć o działalności Gminy na rzecz osób starszych i niesamodzielnym.

Wydarzenie swoją obecnością uświetnili prelegenci, którzy oprócz najnowszej wiedzy dzielili się swoimi doświadczeniami z życia zawodowego i podawali przykłady pełnej pasji i zaangażowania. Konferencja była okazją do wymiany poglądów na temat różnych aspektów opieki natomiast udział wybitnych ekspertów i możliwość interdyscyplinarnej dyskusji ubogaciła to inspirujące wydarzenie i dodała motywacji do stawiania nowych coraz bardziej rozwojowych celów w tej dziedzinie.

Pragniemy podziękować wszystkim uczestnikom konferencji. Jesteśmy zaszczytzeni, że byli Państwo z nami w tak liczonym gronie. Mamy nadzieję gościć Państwa podczas kolejnej edycji naszej konferencji, która pozwoli na kontynuację zapoczątkowanej dyskusji o wyzwaniach zdrowotnych i społecznych nad osobą starszą i niesamodzielną. A już dziś zapraszamy do śledzenia naszej strony internetowej www.wsparciedlaopiekuna.pl.

Z wyrazami szacunku

Organizatorzy

Spis treści

Agenda.	3
Najważniejsze wyzwania w profilaktyce zdrowia osób starszych - działania podejmowane przez samorządy, kreowanie strategii lokalnej w ramach polityki senioralnej.	4
Podstawowa opieka paliatywna w zaawansowanym otępieniu.	5
Ostatnie 48 godzin życia	5
Sztuka komunikacji i przyswajanie niepomyślnych informacji	6
Kiedy bliskiej osobie umyka świat - specyfika kontaktu z chorym z otępieniem.	6
Stan zdrowia i sprawności osób starszych w Polsce.	7
Zasady prawidłowego żywienia osób w wieku podeszłym.	7
Geriatry w artykułach naukowych.	8
Sytuacja prawna osób niesamodzielnych.	9
Prawa pacjenta w aspekcie osób niesamodzielnych.	11
Program opieki wytnieniowej dla członków rodzin i opiekunów nieformalnych osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych.	14
Udar mózgu jako wieloaspektowy problem dla rodziny.	14
Pozytywne podejście do osoby żyjącej z demencją - jak się komunikować, by usłyszeć i zostać usłyszonym	15
Otoczenie ma znaczenie. Jak przystosować otoczenie dla osoby zmagającej się z demencją?	15

„Wyzwania zdrowotne i społeczne w opiece nad osobą starszą i niesamodzielną”

Termin: 15-16 listopada 2019 r.

Miejsce: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych Przewlekłe

Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie,

ul. Wielicka 267 30-663 Kraków



PROGRAM

Piątek, 15 listopada 2019

09.00–09.45 „Założenia teoretyczne Polityki Senioralnej Gminy Kraków”

dr n. hum. Anna Okońska-Walkowicz

(Pełnomocnik Prezydenta Krakowa d/s Polityki Senioralnej)

09.45–10.30 „Najważniejsze wyzwania w profilaktyce zdrowia osób starszych – działania podejmowane przez samorządy, kreowanie strategii lokalnej w ramach polityki senioralnej”

mgr Maria Piętał-Frączek

(Kierownik Referatu ds. Zdrowia, Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia UMK Kraków)

10.30–10.45 Przerwa na kawę

10.45–11.30 „Podstawowa opieka paliatywna w zaawansowanym otępieniu”

dr n. med. Agata Adamkiewicz-Piejko

(Kierownik Oddziału Stacjonarnej Medycyny Paliatywnej MCO specjalista chorób wewnętrznych, medycyny paliatywnej i geriatrii, Kraków)

11.30–12.15 „Ostatnie 48 godzin życia”

dr n. med. Agata Adamkiewicz-Piejko

(Kierownik Oddziału Stacjonarnej Medycyny Paliatywnej MCO specjalista chorób wewnętrznych, medycyny paliatywnej i geriatrii, Kraków)

12.15–13.00 „Sztuka komunikacji i przyswajanie niepomyślnych informacji”

mgr Iwona Pieniążek

(Psycholog Kliniczny, Certyfikowany Psychoonkolog, Psychoterapeuta, Kraków)

13.00–13.30 Przerwa na obiad

13.30–14.15 „Kiedy bliskiej osobie umyka świat – specyfika kontaktu z chorym z otępieniem”

mgr Iwona Pieniążek

(Psycholog Kliniczny, Certyfikowany Psychoonkolog, Psychoterapeuta, Kraków)

14.15–15.00 „Stan zdrowia i sprawności osób starszych w Polsce”

dr hab. Barbara Wizner

(Klinika Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, UJCM Kraków)

15.00–15.45 „Działalność Gminy Miejskiej Kraków na rzecz osób niesamodzielnych, w tym osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności”

mgr Elżbieta Kois-Żurek

(Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia, UMK Kraków)

Sobota, 16 listopada 2019

09.00–09.45 „Opieka długoterminowa i geriatria – subiektywny przegląd piśmiennictwa anno 2018/2019”

lek. Dariusz Kubicz

(Z-ca dyrektora ds. Lecznictwa, MCO, Kraków)

09.45–10.30 „Sytuacja prawna osób niesamodzielnych”

adwokat Tomasz Możdżeń

(Kielce)

10.30–10.45 Przerwa na kawę

10.45–11.30 „Prawa pacjenta w aspekcie osób niesamodzielnych”

adwokat Tomasz Możdżeń

(Kielce)

11.30–12.15 „Zasady prawidłowego żywienia osób w wieku podeszłym”

dr n. med. Agata Skop-Lewandowska

(Zakład Higieny i Dietetyki UJCM, Kraków)

12.15–13.00 „Opieka wychnieniowa dla członków rodzin i opiekunów nieformalnych”

mgr pielęgniarstwa Irena Sikora-Mysiek

(Doktorant Uniwersytetu Opolskiego, specjalista Pielęgniarstwa Rodzinnego, pedagog, Częstochowa)

13.00–13.30 Przerwa na obiad

13.30–14.15 „Udar mózgu jako wieloaspektowy problem dla rodziny”

mgr pielęgniarstwa Irena Sikora-Mysiek

(Doktorant Uniwersytetu Opolskiego, specjalista Pielęgniarstwa Rodzinnego, pedagog, Częstochowa)

14.15–15.00 „Pozytywne podejście do osób żyjących z demencją. Jak się komunikować, by zostać usłyszonym?”

mgr pielęgniarstwa Iwona Przybyło

(Specjalista Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki, coach i trener, Kraków)

15.00–15.45 „Otoczenie ma znaczenie. Jak przystosować otoczenie dla osoby zmagającej się z demencją?”

mgr pielęgniarstwa Iwona Przybyło

(Specjalista Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki, coach i trener, Kraków)



Najważniejsze wyzwania w profilaktyce zdrowia osób starszych – działania podejmowane przez samorządy, kreowanie strategii lokalnej w ramach polityki senioralnej

mgr Maria Pięta-Frączek

1. Proces podejmowania decyzji oraz przygotowania strategii wymaga szerokich analiz demograficznych, epidemiologicznych oraz analizy potrzeb mieszkańców. Niekorzystna sytuacja demograficzna oraz proces starzenia się społeczeństwa wymaga podejmowania działań zapobiegawczych.

2. Samoocena zdrowia osób po 60 r.ż.:

- 30 % osób ocenia stan swojego zdrowia jako zły lub bardzo zły
- ok 50% osób ocenia swoje zdrowie jako „takie sobie, ani dobre ani złe”
- 67,7% osób wskazuje na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe
- 46,2% osób zgłasza poważnie lub niezbyt poważnie ograniczoną zdolność do wykonywania codziennych czynności.

Najczęstsze dolegliwości zdrowotne osób po 60 r.ż.:

- Choroby układu krążenia – choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze,
- Choroby układu kostno-stawowego,
- Cukrzyca,
- Choroby nowotworowe,
- Choroby neurologiczne,
- Choroby psychiczne,
- Choroby narządów zmysłu: wzroku i słuchu.

3. Miejski Program Ochrony Zdrowia oraz Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego jako działania profilaktyczne dla mieszkańców od 2004. Do osób starszych skierowany jest szczególnie:

- Program prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy;
- Program szczepień ochronnych przeciw grypie po 65 roku życia;
- Program zdrowotny w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego;
- Program dzienny dom opieki medycznej w Gminie Miejskiej Kraków (świadczenia zdrowotne udzielane przez personel medyczny, m.in.: lekarze specjaliści, pielęgniarki, fizjoterapeuci, opiekunowie medyczni, terapeuci zajęciowi, psycholodzy, dietetycy, logopedzi; edukacja w zakresie samoopieki i samopielęgnacji; doradztwo w doborze wyrobów medycznych; przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki).

Środki finansowe przeznaczone na realizację wszystkich programów zdrowotnych w latach 2004-2018 wynosiły: 29 083 982 zł. Łączna liczba osób, które skorzystały z programów polityki zdrowotnej w latach 2004-2018 wynosiła: 629 000 osób.

4. Działania Miasta w zakresie profilaktyki zdrowotnej skierowane do osób starszych polegają szczególnie na: realizacji programów polityki zdrowotnej dla mieszkańców Miasta Krakowa; organizacji przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia i działania Miasta w zakresie profilaktyki zdrowotnej; organizacji przedsięwzięć naukowych (konferencje, szkolenia, seminaria) o tematyce zdrowotnej; podejmowanie działań w ramach poprawy dostępności do opieki hospicyjnej w warunkach domowych, świadczonych przez odpowiednio wyszkolony zespół interdyscyplinarny (wsparcie dla działań zmierzających do poprawy jakości życia chorych). Szczególnie istotne będzie także wspieranie inicjatyw zmierzających do rozwoju: ambulatoryjnej opieki geriatrycznej dla starszej populacji Miasta; promowanie zachowań zdrowotnych dla zapewnienia osobom starszym, jak najdłuższego samodzielnego funkcjonowania w środowisku z utrzymaniem dobrej jakości życia; utworzenie Miejskiego Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielných w ramach realizacji przez Gminę Miejską Kraków rozbudowy i modernizacji infrastruktury Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przy ul. Wielickiej 267 w Krakowie; rozwój form wsparcia dla opiekunów osób Niepełnosprawnych; zapewnienie warunków wsparcia dla osób starszych w środowisku lokalnym. Usługa teleopieki - usługa dedykowana osobom starszym, samotnym, przewlekłe chorym, które podczas samotnego pozostawiania w domu powinny mieć zapewnioną możliwość uzyskania wsparcia dotyczącego załatwienia podstawowych potrzeb socjalnych, psychologicznych, możliwość wezwania pomocy medycznej w przypadku zagrożenia życia, zdrowia lub bezpieczeństwa.

5. Elementem Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków: 2019-2021” jest Miejski Program Ochrony Zdrowia Osób Starszych i Niesamodzielných, który jest częścią strategii opieki nad osobami starszymi w mieście Krakowie. Rozpoznanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz stopnia ich zaspokajania jest jednym z warunków dla realizacji zadań w dziedzinie ochrony zdrowia. Istotnym zagadnieniem, które powinno definiować tego typu zadania jest proces starzenia się populacji. Opieka nad osobami starszymi realizowana jest obecnie w zakładach opiekuńczo-leczniczych, na oddziałach szpitalnych, w hospicjach oraz w poradniach. Opiekę domową w systemie opieki zdrowotnej sprawują pod nadzorem lekarza pierwszego kontaktu: pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki domowe na podstawie kontraktu na świadczenia pielęgniarstwa oraz wielodyscyplinarne zespoły opieki długoterminowej.

Podstawowa opieka paliatywna w zaawansowanym otępieniu

dr n. med. Agata Adamkiewicz-Piejko



Podstawowe założenia opieki paliatywnej, pokrywają się w dużym stopniu z założeniami opieki nad chorymi z zaawansowanym otępieniem. Chorzy z otępieniem, osiągnąwszy zaawansowane stadium choroby, tracą zdolność do odbierania rzeczywistości, mówienia i kontaktowania się z otoczeniem, kontrolowania swojego ciała oraz wyrażania potrzeb: fizycznych, emocjonalnych i duchowych, stając się tym samym całkowicie bezbronnymi. Są pacjentami umierającymi, choć proces ten może być rozciągnięty w czasie. W praktyce klinicznej zazwyczaj nie otrzymują opieki typu paliatywnego czy hospicyjnego. Do problemów medycznych u tych chorych należą m.in.: powikłania zakrzepowo-zatorowe, zaburzenia połykania, niedożywienie, odwodnienie, nietrzymanie moczu i stolca, odleżyny, przykurcze, wyniszczenie, współistniejące schorzenia i związane z tymi problemami dolegliwości bólowe. Zapewnienie komfortu, łagodzenie cierpień fizycznych i psychicznych oraz traktowanie z poszanowaniem godności powinno być podstawowym priorytetem w opiece nad tymi chorymi (rezygnacja z postępowania diagnostycznego, zwłaszcza inwazyjnego, nie przynoszącego realnych korzyści pacjentowi, rezygnacja z inwazyjnych form terapii, redukcja farmakoterapii). Rozpoczęcie, kontynuowanie lub zaniechanie tak zwanej agresywnej terapii, w stosunku do chorych z zaawansowanym otępieniem jest dla wszystkich osób zaangażowanych w opiekę nad tym pacjentem, źródłem wielu etycznych i moralnych dylematów.

Chory z otępieniem jest ogromnym obciążeniem dla opiekunów. Ważna jest: ogólna edukacja rodziny na temat choroby, informacja o niekorzystnym rokowaniu, umiejętność słuchania, dostępność, włączanie rodziny w opiekę nad chorym, pomoc w zwalczaniu poczucia winy oraz wsparcie rodziny po śmierci chorego.

PIŚMIENNICTWO

1. Grossberg GT, Kamat SM: Choroba Alzheimerera. Najnowsze strategie diagnostyczne i terapeutyczne. Warszawa: 2011
2. Congedo M. Ethical issues in end of life treatments for patients with dementia. Eur J Neurol. 2010)
3. Ketan Dipak Jethwa, Oluwadamilade Onalaja: Advance care planning and palliative medicine in advanced dementia: a literature review. BJ Psych Bull. 2015 Apr; 39(2): 74–78.
4. Robles Bayón, Gude Sampedro : Inappropriate treatments for patients with cognitive decline. 2012 Oct.
5. Sampson E.L Palliative care for people with dementia British Medical Bulletin 2010. Mitchell SL. Advanced Dementia. N Engl J Med. 2015 Sep 24; 373(13): 1276–7.
6. Wieczorowska - Tobis K. „Medycyna paliatywna i opieka u schyłku życia u osób starszych” Geriatria 2009; 3 : 133 - 138.
7. Babiarczyk B; Sternal D. „Zastosowanie opieki paliatywnej u chorych w zaawansowanym stadium otępienia” Gerontologia Polska tom 20 nr 2 33 - 44.
8. Drozdowska U, Wojtal W: Działanie lekarza w przypadku braku zgody lub sprzeciwie pacjenta. Warszawa 2010.

Ostatnie 48 godzin życia

Okres umierania (agonii) – obejmuje kilka ostatnich dni lub godzin chorego. Pacjenci często godzą się z faktem, że umrą, natomiast obawiają się umierania.

Chory umierający, zwłaszcza w szpitalu wciąż nie jest otoczony właściwą opieką. Pojawiają się problemy, które sprawiają że jakość opieki nad umierającym człowiekiem wciąż jest niedoskonała: akceptacja nieuchronności śmierci, stosowanie w ostatnich godzinach życia chorego uporczywej terapii, brak czasu na komunikację, unikanie trudnych rozmów. Ostatnie godziny życia, to proces wygasania czynności życiowych organizmu człowieka, zrywanie więzów ze światem. W najnowszych rekomendacjach brytyjskich z 2014 r. przedstawiono 5 priorytetów opieki nad umierającym:

- rozpoznanie prawdopodobieństwa, że chory umrze w ciągu najbliższych godzin, celem wdrożenia optymalnej strategii postępowania aby nie narazić chorego na uporczywą terapię,
- jasna komunikacja, między zespołem terapeutycznym a umierającym i jego bliskimi,
- włączenie umierającego i osób identyfikowanych jako ważne dla chorego w decyzje na temat leczenia i opieki,
- ocena: jakie są potrzeby rodziny i bliskich, szanowanie i udzielanie wsparcia na ile to możliwe,
- indywidualny plan opieki (żywienie i nawadnianie, leczenie objawowe, wsparcie duchowe psychiczne i społeczne) jest ustalany, koordynowany i realizowany ze współczuciem.

W ostatnim etapie ludzkiego życia (agonii) występuje m.in.:

- częściowa lub całkowita utrata świadomości,
- wilgotna zimna skóra,
- zaostrzone rysy twarzy,
- utrata zdolności zamykania oczu,
- sinica warg, dłoni i stóp,
- zaburzenia oddychania,
- nitkowate tętno,
- ból,
- czasami niepokój,
- pobudzenie.

W postępowaniu z chorym umierającym należy:

- ocenić potrzeby fizyczne, psychologiczne i duchowe,
- obserwować przekaz niewerbalny (grymasy, jęki, płacz, ponawiane ruchy kończyn, ruchy głowy, warg, gałek ocznych, mruganie),
- uważne wsłuchiwanie się i wpatrywanie w każdy gest chorego (pomoc rodziny innych bliskich osób),
- analiza przyczyny cierpienia umierającego i reagowanie na przekazywane przez niego sygnały.

Ważna jest modyfikacja dotychczasowego leczenia, włączenie leczenia objawowego zgodnie z rekomendacjami, ocena czy badania diagnostyczne będą miały jeszcze jakieś znaczenie.

Umiejętność rozpoznania objawów zbliżającej się śmierci, ma istotne znaczenie w podejmowaniu ważnych, respektujących wolę chorego decyzji mających zapewnić umierającemu: ciągłą, łagodzącą cierpienia opiekę, włącznie z wyrażeniem zgody na sedację paliatywną w przypadkach nie dającego się opanować innymi metodami cierpienia.



Sztuka komunikacji i przyswajanie niepomyślnych informacji

mgr Iwona Pieniążek

Komunikacja z pacjentem stanowi jedną z ważniejszych zmian, mających wpływ na proces leczenia i powrót do zdrowia. Efektywna komunikacja lekarza z pacjentem sprzyja uzyskiwaniu lepszych wskaźników zdrowia somatycznego, psychicznego i społecznego. Dobra komunikacja pomaga uregulować emocje chorego, pozwala zidentyfikować jego potrzeby i oczekiwania, zwiększa również zaangażowanie pacjenta w proces terapii. Komunikowanie się lekarza z pacjentem traktuje się jako rodzaj sztuki, rozumianej jako zbiór umiejętności i postaw względem pacjenta. Proces komunikacji umożliwia tworzenie więzi opartej na zaufaniu ze strony chorego i zaangażowaniu ze strony lekarza. Nawiązywanie i budowanie relacji lekarz – pacjent ma prowadzić obie strony uczestniczące w dialogu do wspólnego podejmowania decyzji w procesie leczenia. Podstawę dobrej komunikacji stanowi szczerść i mówienie prawdy. Przekazywanie niepomyślnych informacji, choć przysparza może w praktyce lekarskiej wiele trudności, ma istotną rolę w procesie adaptacji chorego do jego sytuacji zdrowotnej. Jest umiejętnością, której można się nauczyć. Przekazywanie niepomyślnych informacji przez lekarza oraz ich przyswajanie przez pacjenta to procesy mające swoją dynamikę, przebiegające etapowo. Niepomyślna informacja w oczach pacjenta zmienia jego perspektywę przyszłości i wywołuje zwykle szeroką gamę uczuć i przeżyć, może wywołać wystąpienie mechanizmów obronnych. W procesie przekazywania niepomyślnych informacji istotne jest, aby ustalić możliwość zrozumienia przez pacjenta treści, które lekarz ma do przekazania

oraz ustalić stopień zapotrzebowania chorego na informację. Przekazując niepomyślne informacje należy stworzyć atmosferę zaufania i bezpieczeństwa, dać możliwość choremu zadawania pytań oraz wyrażania emocji. Niezwykle przydatną umiejętnością lekarza jest również wykorzystanie sygnałów niewerbalnych.

LITERATURA:

1. Adamczyk K. (2017). Specyfika kontaktu z pacjentem onkologicznym. W: M. Makara – Studzińska (red.) Komunikacja w opiece medycznej. Warszawa, Medical Education
2. De Walden - Gałuszko K. (2011). Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL
3. De Walden - Gałuszko K. (2000). U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne MAKmed
4. Janiszewska J. (2015) Umiejętności komunikowania się z chorym i jego rodziną. W: K. De Walden - Gałuszko , A. Ciałkowska – Rysz (red.) Medycyna Paliatywna. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL
5. Makara – Studzińska M. (2017). Komunikacja zawodowa. W: M. Makara – Studzińska (red.) Komunikacja w opiece medycznej. Warszawa, Medical Education
6. Widera A. (2007) Psychologiczne aspekty pacjenta z chorobą nowotworową. : B. Korpała – Bętkowska, K. Gierowski (red). Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie. Kraków Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
7. Życzkowska J.M. „Dobra śmierć a więc jaka? Oczekiwania pacjentów w ostatnich dniach życia” . Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2016, tom 10, nr2

Kiedy bliskiej osobie umyka świat – specyfika kontaktu z chorym z otępieniem

Otępienie jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie funkcje poznawcze, jak: pamięć, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, funkcje językowe, zdolność do porównywania, oceniania i dokonywania wyborów. U chorych z otępieniami, poza objawami poznawczymi, powszechne są również zaburzenia psychiczne (psychozy, depresje, zaburzenia lękowe) oraz inne objawy behawioralne i psychologiczne (behavioural and psychological symptoms of dementia, BPSD). Otępienie przejawia się obniżeniem sprawności intelektualnych i upośledzeniem funkcjonowania w życiu codziennym. W wyniku deterioracji funkcji poznawczych pacjenci coraz bardziej gubią się w otaczającej rzeczywistości, nie pamiętają faktów ze swojego życia, nie rozpoznają osób bliskich, czas staje się dla nich pojęciem abstrakcyjnym. Dla chorych z otępieniem utrudnione, a z czasem niemożliwe, staje się gospodarowanie finansami, samodzielne podróżowanie, przygotowywanie posiłków, korzystanie ze sprzętów gospodarstwa domowego, ubieranie się, pielęgnowanie własnego ciała. Mowa chorych i posiadany słownik ubożeją, w wyniku postępującej afazji komunikowanie z chorym jest coraz bardziej utrudnione. Pacjenci mogą mieć poczucie zagrożenia, przeżywać rzeczywistość w sposób urojeniowy, przejawiać dysforyczne reakcje. Zachowania będące konsekwencją BPSB mogą być niebezpieczne dla samego chorego lub osób z jego najbliższego otoczenia i często przyspieszają instytucjonalizację chorych. Objawy otępienia istotnie obniżają zdolność komunikacji

pacjentów z otoczeniem, obniżają ich jakość życia, są bardzo uciążliwe dla opiekunów. Znajomość deficytów oraz rozumienie zmienionego w wyniku choroby świata przeżyć pacjentów, ułatwia efektywną komunikację oraz sprawowanie opieki nad chorymi. W kontekście opieki niezwykle istotna jest rola opiekuna w relacji pacjent – opiekun, której wynikiem może być łagodzenie lub nasilenie BPSB.

LITERATURA:

1. Bilikiewicz A., Matkowska-Białko D. „Zaburzenia Funkcji poznawczych a depresja”, Udar Mózgu 2004, tom 6, nr 1, s. 27-37
2. Bilikiewicz A. „Diagnostyka zespołów otępiennych”, Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 1995, 4, suplement 1 (2)13-19
3. Gabrylewiec T. „Zaburzenia zachowania oraz zaburzenia psychiczne i afektywne w otępieniu”, Polski Przegląd Neurologiczny, 2007, tom 3, nr 2
4. Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A., (red.), Przewlekłe chory w domu, Fundacja Lubie Pomagać, Gdańsk 2011
5. Kwiatkowska A, Krajewska – Kulak E., Panka W. (red.) Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2003.
6. Sadowska A. „Jak radzić sobie z chorobą Alzheimer. Poradnik dla opiekunów. Wydawca: Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimer, Warszawa, 2001
7. Sobów T. Zaburzenia psychiczne w przebiegu zespołów otępiennych – znaczenie kliniczne i zasady postępowania”, Aktualn Neurol 2012, 12 (4), p 236 -244
7. Talarska D., Wieczorowska- Tobis K., Szałkiewicz E. Opieka nad osobami przewlekłe chorymi , niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi. Podręcznik dla opiekunów medycznych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011

Stan zdrowia i sprawności osób starszych w Polsce – podsumowanie danych z projektu PolSenior

dr hab. Barbara Wizner



Dane demograficzne wskazują na stały przyrost odsetka osób po 80-tym r.ż. w społeczeństwie; prognozy do roku 2080 szacują, że odsetek tej grupy wzrośnie ponad dwukrotnie. To rodzi oczywiste pytania o stan zdrowia i sprawności najstarszych osób i kierunek zmian. Po osiągnięciu 65 r.ż., spośród oczekiwanych dalszych niespełna 20 lat życia dla kobiet i 15 dla mężczyzn, jedynie przez około 2 lata Polacy mogą spędzić w bardzo dobrym lub dobrym zdrowiu. Natomiast połowa tego czasu, upływa w złym i bardzo złym stanie zdrowia - dotyczy to zwłaszcza kobiet. W latach 2007-2010 przeprowadzono po raz pierwszy na skalę ogólnopolską program badawczy (PolSenior), oceniający różne aspekty starzenia się populacji Polski. Badanie miało charakter interdyscyplinarny, obejmowało nie tylko aspekty zdrowotne starzenia ale również wymiar socjo-ekonomiczny i jest pierwszym tego typu badaniem w Polsce; powstało na zlecenie i przy współfinansowaniu Ministerstwa Zdrowia. Badaniem objęto blisko 5 tys. losowo dobranych osób w wieku od 65 lat - najstarszy uczestnik badania miał 104 lata. Najczęściej występujące problemy zdrowotne u osób starszych to schorzenia układu sercowo-naczyniowego. Na nadciśnienie tętnicze cierpi nawet do 80% osób w 7 i 8 dekadzie życia; pobyt w szpitalu z powodu zaburzeń rytmu serca ma za sobą ok. 30% badanych, z powodu choroby niedokrwiennej serca - ok. 30%, z powodu niewydolności serca - ok. 10% badanych. Wraz z wiekiem wzrasta częstość chorób układu oddechowego (astma, rozedma płuc, przewlekła obturacyjna choroba płuc) - dotyczyła blisko 20% badanych, po 70-tym r.ż.: częściej mężczyzn (ok 22%) niż kobiet (ok.16%). Blisko 18% badanych miało rozpoznaną już wcześniej cukrzycę, u 4% rozpoznano ją na nowo przy okazji badania, natomiast u 20% stwierdzono nieprawidłowy wynik glikemii na czczo.

Rozpowszechnienie przewlekłej choroby nerek rośnie liniowo z wiekiem i dotyczy ponad połowy osób w wieku 80 lat i powyżej. Analizy innych danych, oceniające dalszą oczekiwaną długość życia dla 65-letnich Polaków z towarzyszącą wielochorobowością (3 choroby i więcej), wskazują, że czas przeżycia w przypadku mężczyzn jest krótszy o połowę w porównaniu z kobietami, odpowiednio: 4.4 lata vs 8.4 lata (źródło: EHLEis.eu).

Wyniki badania PolSenior wskazują na pogarszającą się, zwłaszcza u osób po 80 r.ż. sprawność fizyczną, psychiczną i stan odżywienia. Samodzielność w zakresie złożonych czynności ocenianych przy pomocy skali IADL deklarowało niespełna 20% osiemdziesięcioletków, co 3 z nich doświadczył epizodu co najmniej jednego upadku na przestrzeni roku. U ponad 20% osób powyżej 65 r.ż. wstępnie rozpoznano zaburzenia pamięci i funkcji poznawczych (test MMSE); objawy umiarkowanej lub ciężkiej depresji (skala GDS) stwierdzono u blisko 30%. Niedożywienie rozpoznano u 12% osób starszych ogółem i 25% wśród osób 90-letnich; 50% badanych charakteryzowało całkowity brak zębów własnych, ok 90% używało protez. Z danych zebranych w badaniu PolSenior podjęto próbę wyłonienia czynników decydujących o tzw. starzeniu się w zdrowiu. Wśród nich, poza wiekiem, istotny i niekorzystny wpływ miały: niższe wykształcenie, stan cywilny wolny, niższe dochody i większe zapotrzebowanie na pomoc osób innych.

Druga edycja projektu PolSenior, realizowana w latach 2017-2019 pozwoli ocenić kierunek zmian w zakresie zdrowia i sprawności najstarszych Polaków.

Zasady prawidłowego żywienia osób w wieku podeszłym

dr n med. Agata Skop-Lewandowska



Sposób żywienia stanowi jeden z zasadniczych elementów stylu życia determinujących zachowanie zdrowia, satysfakcjonującej kondycji psycho-fizycznej oraz dobrego samopoczucia człowieka w każdym wieku.

Błędy żywieniowe oraz niski poziom aktywności fizycznej seniorów sprzyjają rozwojowi wielu schorzeń cywilizacyjnych, w tym chorób układu sercowo- naczyniowego, otyłości, cukrzycy, osteoporozy. Ponadto prowadzą do rozwoju niedożywienia organizmu, obniżają odporność, co niejednokrotnie pogarsza jakość życia osób w wieku podeszłym oraz przedłuża okres zdrowienia i czas pobytu w szpitalu.

Celem żywienia osób starszych jest: pokrycie aktualnego zapotrzebowania organizmu na energię, składniki odżywcze i wodę, zapewnienie przyjemności ze spożywania posiłków, uwzględnienie ograniczeń w odczuwaniu smaku, zapachu, trudności w spożywaniu posiłków oraz łagodzenie ewentualnych dolegliwości.

W planowaniu żywienia seniorów należy kierować się wytycznymi zawartymi w:

- Normach żywienia dla populacji Polski – pod redakcją M. Jarosza, IŻŻ Warszawa 2017
- Piramidzie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej osób starszych, opracowanymi przez IŻŻ w Warszawie.

Ponadto należy uwzględnić:

- 10 praktycznych zaleceń żywieniowych i stylu życia dla osób w wieku starszym opracowanych przez IŻŻ
- Indywidualne upodobania, zwyczaje, preferencje możliwości seniorów
- Stan zdrowia - warunkujący dobór odpowiedniej diety leczniczej. Obserwowane często nieprawidłowości w zakresie jakościowo-ilościowej diety osób starszych stanowią przesłankę do realizacji edukacji w tym zakresie, zarówno wśród seniorów jak i ich opiekunów.



Geriatrya w artykułach naukowych – subiektywny przegląd piśmiennictwa

Ilek. Dariusz Kubicz

Telomery, przewlekły stres i aktywność fizyczna

Powszechnie przyjmuje się, że skracanie się telomerów przy kolejnych podziałach komórek somatycznych jest jednym z kluczowych aspektów biologii starzenia się. Zidentyfikowano wiele czynników przyspieszających ten proces, w tym między innymi przewlekły stres. Niewiele wiadomo natomiast na temat potencjalnych interwencji pozwalających utrzymać długość telomerów lub zmniejszyć szybkość ich skracania się. Amerykańscy badacze postanowili sprawdzić jak na proces skracania się telomerów u osób narażonych na przewlekły stres (nieformalni opiekunowie chorych na otępienie o różnej etiologii) wpłynie istotne podniesienie ich aktywności fizycznej. Osoby zakwalifikowane do badania przydzielono losowo do grupy wykonujących przez co najmniej 40 minut zestaw opracowanych wcześniej ćwiczeń aerobowych co najmniej 3 razy w tygodniu lub do grupy niepodlegających aktywności fizycznej. Aktywność fizyczną ściśle monitorowano i wystandaryzowano. Po 24 tygodniach oceniano zmianę długości telomerów i wewnątrzkomórkowej aktywności telomerazy (enzymu pozwalającego odbudowywać ubytki telomerów).¹

Stwierdzono, że aktywność telomerazy w obu grupach nie różni się istotnie. Natomiast długość telomerów u osób podejmujących aktywność fizyczną była statystycznie istotnie większa niż w grupie kontrolnej (średnio o 67 par zasad). Nieznany jest mechanizm w jakim wysiłek fizyczny wpłynął na uzyskane wyniki, niemniej jednak, badacze konkludują, że u osób z grupy zwiększonego ryzyka przyspieszonego starzenia się aktywność fizyczna jest cenną interwencją promującą wskaźnik zdrowego starzenia się, jakim na poziomie komórkowym jest wydłużanie się telomerów.

Dziadku, a może powinienś jednak zażyć aspirynę?

Kwas acetylosalicylowy jest uznanym lekiem w profilaktyce wtórnej zdarzeń sercowo-naczyniowych, jakkolwiek jego rola w profilaktyce pierwotnej, szczególnie u osób starszych, jest niejasna.

W zakrojonym na szeroką skalę badaniu ASPREE (Aspirin in Reducing Events in the Elderly) prowadzonym metodą podwójnie ślepej próby z placebo w USA i Australii zaplanowano sprawdzenie czy podawanie kwasu acetylosalicylowego w dawce 100 mg raz na dobę osobom w wieku co najmniej 70 lat bez rozpoznanej choroby sercowo-naczyniowej, otępienia lub niepełnosprawności wpłynie korzystnie na ich stan zdrowia. Oceniano czy grupa leczonych kwasem acetylosalicylowym będzie różniła się od grupy przyjmujących placebo śmiertelnością całkowitą, częstością przypadków otępienia i niepełnosprawności (główny złożony punkt końcowy), a także częstością występowania poważnego krwawienia i nowych przypadków chorób sercowo-naczyniowych.²

Do badania zakwalifikowano 19 114 osób. Mediana czasu obserwacji wyniosła 4,7 roku. Pomiedzy grupą osób przyjmujących kwas acetylosalicylowy i grupą przyjmujących placebo nie stwierdzono żadnych istotnych statystycznie różnic w zakresie ocenianych przez badaczy punktów końcowych, w tym częstości nowych przypadków chorób sercowo-naczyniowych. U leczonych kwasem acetylosalicylowym stwierdzono natomiast istotne statystycznie zwiększenie częstości poważnych krwawień.

Konkludując, badacze stwierdzają, że brak jest korzyści z podawania osobom starszym bez rozpoznanej choroby sercowo-naczyniowej kwasu acetylosalicylowego.

Śpię przed telewizorem – co to oznacza?

Czy stwierdzenie u starszych osób nadmiernej senności w ciągu dnia może długoterminowo wiązać się z występowaniem w ośrodkowym układzie nerwowym zmian patologicznych będących podłożem rozwoju choroby Alzheimera?

W celu udzielenia odpowiedzi na to pytanie badacze amerykańscy poddali obserwacji 283 osoby w wieku co najmniej 70 lat, u których wykonano w okresie od 2009 do 2016 roku dwa kolejne obrazowania mózgu metodą tomografii emisji pozytronowej. Na początku obserwacji osoby badane oceniano z użyciem kwestionariusza oceny nadmiernej senności w ciągu dnia Epworth (Epworth sleepiness scale).³

Stwierdzono, że u osób wykazujących wyjściowo nadmierną senność w ciągu dnia w kolejnym badaniu obrazowym mózgu częściej obserwowano nasilone, względem grupy kontrolnej, gromadzenie się β -amyloidów mózgu – uznanego markera postępu neuropatologii u chorych na chorobę Alzheimera.

Badacze stwierdzili w podsumowaniu, że osoby starsze wykazujące nadmierną senność w ciągu dnia mogą być bardziej podatne na występowanie u nich w przyszłości patologii charakterystycznych dla choroby Alzheimera.

Czy kanabinoidy są skuteczne i bezpieczne u starszego pacjenta?

Kannabinoidy stają się obecnie klasą leków coraz powszechniej stosowaną w wielu wskazaniach, wykazując wiele korzystnych działań u pacjentów opornych na inne klasy leków. Dotychczas niewiele jednak wiadomo czy u starszych chorych kanabinoidy są równie skuteczne i bezpieczne, jak u pacjentów z młodszych grup wiekowych. W celu uzyskania odpowiedzi na to pytanie w badaniu przeprowadzonym w Izraelu dokonano prospektywnej obserwacji grupy pacjentów w wieku co najmniej 65 lat, którym przepisano preparaty kanabinoidów w warunkach poradni specjalistycznej.⁴

Badaniem objęto łącznie 2 736 pacjentów, których wiek wyniósł średnio 74,5 roku ($\pm 7,5$ roku). W badaniu oceniano zmianę natężenia bólu (główne wskazanie) po 6 miesiącach leczenia, a także zmianę jakości życia i występowanie zdarzeń niepożądanych. Stwierdzono, że po 6 miesiącach leczenia kanabinoidami zmniejszenie nasilenia bólu zgłosiło 93,7% pacjentów, a początkowe średnie nasilenie bólu w skali 10 stopniowej zmniejszyło się z 8 punktów do 4. Najczęstsze zdarzenie niepożądane (zawroty głowy) wystąpiło u 9,7% chorych, a kolejne pod względem częstości (suchość w ustach) u 7,1% chorych. Ponadto stwierdzono, że uzyskano bardzo dużą poprawę jakości życia pacjentów: na 861 przypadków chorych analizowanych pod tym względem początkowo złą lub bardzo złą jakość życia stwierdzono u 540 osób. Jedynie 122 chorych swoją początkową jakość życia określiło jako dobrą lub bardzo dobrą. Po zakończeniu obserwacji liczby te wyniosły odpowiednio 136 i 505, co stanowiło znamienne poprawę ($p < 0,001$).

W konkluzji badacze stwierdzili, że preparaty kanabinoidów były bardzo skuteczne i bezpieczne w obserwowanej grupie pacjentów, choć oczywiście konieczne są dalsze, zakrojone na szerszą skalę badania w tym zakresie.

Piśmiennictwo:

1. Puterman, Eli, et al. "Aerobic exercise lengthens telomeres and reduces stress in family caregivers: A randomized controlled trial-Curt Richter Award Paper 2018." *Psychoneuroendocrinology* 98 (2018): 245-252.
2. McNeil, John J., et al. "Effect of aspirin on cardiovascular events and bleeding in the healthy elderly." *New England Journal of Medicine* 379.16 (2018): 1509-1518.
3. Carvalho, Diego Z., et al. "Association of excessive daytime sleepiness with longitudinal β -amyloid accumulation in elderly persons without dementia." *JAMA neurology* 75.6 (2018): 672-680.
4. Abuhasira, Ran, et al. "Epidemiological characteristics, safety and efficacy of medical cannabis in the elderly." *European journal of internal medicine* 49 (2018): 44-50.

Sytuacja prawna osób niesamodzielnych

adwokat Tomasz Możdżeń



Osoba niesamodzielną to taka, która nie może sama, częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznej lub psychicznej.

Osoby niesamodzielne, szczególnie te, które doznają upośledzenia natury psychicznej lub umysłowej, mogą doznawać ograniczeń w aspekcie prawnym, albowiem ich zdolność do bycia podmiotem praw i obowiązków, jak również możliwość dokonywania we własnym imieniu czynności prawnych, może w prawie cywilnym być ograniczona z mocy prawa, bądź może zostać ograniczona wskutek orzeczenia sądowego.

Osoby niesamodzielne są także w znacznie większym stopniu narażone na wyzysk czy wykorzystanie ze strony osób trzecich. Często prowadzi to do niekorzystnego rozporządzenia swoim majątkiem lub zaciągnięcia niekorzystnych zobowiązań.

Prawo chroni osoby niesamodzielne przed tego typu wykorzystaniem:

Jeżeli jedna ze stron, wyzyskując przymusowe położenie, niedoświadczenie lub niedoświadczanie drugiej strony, w zamian za swoje świadczenie, którego wartość w chwili zawarcia umowy przewyższa w rażąco stopniu wartość jej własnego świadczenia (...) druga strona może żądać unieważnienia umowy (art. 388 § 1 K.C.)

Okoliczności rzutujące na ważność czynności prawnych dokonywanych przez osoby niesamodzielne podzielić możemy na dwie grupy. Pierwszą z nich są okoliczności związane z samą osobą niesamodzielną, tj.: brak świadomości lub swobody, a także błąd. Drugą grupę stanowią okoliczności związane z osobami trzecimi, tj.: podstęp i groźba.

Brak świadomości przejawia się nie tylko w braku rozeznania i oceny rzeczywistości ale także w niemożności zrozumienia własnych działań lub nie zdawania sobie skutków z podejmowanych decyzji.

Brak swobody to z kolei niemożność dokonywania wyboru wskutek oddziaływań wewnętrznych jak i zewnętrznych.

Błąd to mylny obraz rzeczywistości istniejący w umyśle podmiotu składającego oświadczenie woli. Jest to zatem szczególna sytuacja, w której zachodzi niezgodność pomiędzy obiektywną rzeczywistością a jej odbiciem w świadomości osoby niesamodzielnej. Nadmienić należy, iż błąd musi być istotny, tzn. musi zachodzić uzasadnione przypuszczenie, że gdyby zawierający umowę nie mylił się w stosunku do któregośkolwiek elementu składającego się na treść czynności prawnej, nie zawarłby umowy.

Co istotne jeżeli oświadczenie woli pod wpływem błędu zostało złożone innej osobie, to uchylenie się od jego skutków jest możliwe wtedy, gdy błąd został wywołany przez tę osobę, albo gdyby wiedziała ona o błędzie lub mogła z łatwością błąd zauważyć.

Podstęp określić można jako kwalifikowaną postać błędu. Niewątpliwie wspólnym elementem błędu i podstępu jest mylne wyobrażenie o rzeczywistości osoby składającej oświadczenie woli. Jednak różnią się one okolicznościami powstania mylnego obrazu rzeczywistości. Przy podstępie występuje naganne zachowanie się

wprowadzeniu w błąd osoby składającej oświadczenie woli. Także podstępne działanie osoby trzeciej będzie traktowane na równi z podstępem drugiej strony, jeżeli ta o podstępie wiedziała i nie zawiadomiła o nim osoby składającej oświadczenie woli albo jeżeli czynność prawna była nieodpłatna. W takim wypadku ustawodawca nie wymaga aby błąd osoby składającej oświadczenie był istotny.

Groźba to wada polegająca na złożeniu oświadczenia woli, które następuje w obawie przed zrealizowaniem niekorzystnych następstw natury osobistej lub majątkowej, jakie zostały zapowiedziane przez drugą stronę czynności prawnej lub osobę trzecią. Podobnie jak w przypadku podstępu, ma tu miejsce ingerencja innej osoby w proces decyzyjny składającego oświadczenie woli, z tą jednak różnicą, że nie polega ona na wprowadzeniu w błąd, a na zastosowaniu przymusu, który przybiera postać wpływania na osobę, w celu nakłonienia jej do złożenia oświadczenia woli o oznaczonej treści.

Prawo chroni osoby niesamodzielne przed zagrożeniami, jakie cychają na nie w obrocie prawnym. Wyrazem tego jest przede wszystkim możliwość unieważnienia przed sądem czynności prawnej w sytuacji, gdy jej wola została oświadczona wadliwie.

Artykuł 82 Kodeksu cywilnego stanowi, że: „*nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby nawet przemijającego zaburzenia czynności psychicznych.*”

W przypadku spełnienia przesłanek stwierdzających istnienie błędu, osoba, która dokonała czynności prawnej pod jego wpływem może domagać się jedynie uchylenia skutków prawnych od złożonego oświadczenia woli. Sam fakt wystąpienia błędu nie powoduje nieważności czynności prawnej dotkniętej tą wadą (art. 84 K.C.).

Podobny skutek będzie miało złożenie oświadczenia woli pod wpływem podstępu lub groźby, których wystąpienie daje możliwość uchylenia się od skutków prawnych oświadczenia (art. 86 i 87 K.C.).

Zgoda przedstawiciela ustawowego

W określonych sytuacjach decyzję za osobę niesamodzielną będzie podejmował przedstawiciel ustawowy lub sąd opiekuńczy.

W myśl art. 17 Kodeksu cywilnego zgoda przedstawiciela ustawowego jest niezbędna do ważności czynności prawnej, przez którą osoba ograniczona w zdolności do czynności prawnych zaciąga zobowiązanie lub rozporządza swoim prawem, potrzebna jest zgoda jej przedstawiciela ustawowego.

Zgodnie zaś z art. 18 § 1 Kodeksu cywilnego, ważność umowy, która została zawarta przez osobę ograniczoną w zdolności do czynności prawnych bez wymaganej zgody przedstawiciela ustawowego, zależy od potwierdzenia umowy przez tego przedstawiciela.

Osoba ograniczona w zdolności do czynności prawnych może natomiast bez zgody przedstawiciela ustawowego: a) zawierać umowy należące do umów powszechnie zawieranych w drobnych

bieżących sprawach życia codziennego (art. 20 k.c.), lub b) rozporządzać swoim zarobkiem, chyba że sąd opiekuńczy z ważnych powodów inaczej postanowi (art. 21 k.c.).

Zgoda Sądu Opiekuńczego

Art. 156 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego stanowi, iż: „Opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby lub majątku małoletniego.”

Osoby sprawujące opiekę na osobami niesamodzielnymi, nie będący ich przedstawicielami ustawowymi ani opiekunami osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie, winny przed dokonaniem czynności prawnej przekraczającej zwykły zarząd zwrócić się do sądu opiekuńczego o zgodę na dokonanie czynności. W przeciwnym wypadku może ona zostać uznana za nieważną.

Ubezwłasnowolnienie – jako instytucja chroniąca prawa osób niesamodzielnych.

Ubezwłasnowolnienie to ograniczenie bądź pozbawienie osoby fizycznej zdolności do czynności prawnych, które następuje w formie orzeczenia sądowego.

O potrzebie całkowitego lub częściowego ubezwłasnowolnienia z powodu choroby psychicznej decyduje stan zdrowia osoby, która ma być ubezwłasnowolniona i jego wpływ na możliwość kierowania swym postępowaniem, istniejący w chwili orzekania.

Ubezwłasnowolnienie ma służyć pomocy i opiece osobom niesamodzielnym, które nie są w stanie same się o siebie zatroszczyć. Celem ubezwłasnowolnienia jest wyłącznie dobro osoby ubezwłasnowolnionej i ochrona jej interesu prawnego.

Ubezwłasnowolnienie częściowe

Ubezwłasnowolnić częściowo można jedynie osobę pełnoletnią, która z powodu choroby psychicznej lub niedorozwoju umysłowego potrzebuje pomocy do prowadzenia jej spraw, a jej stan nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego. W takiej sytuacji sąd ustanawia kuratora.

Przy ubezwłasnowolnieniu częściowym ważność czynności prawnych dokonywanych przez osobę ubezwłasnowolnioną zależy od zgody kuratora. Jednakże osoba ubezwłasnowolniona częściowo może skutecznie zawierać umowy w drobnych bieżących sprawach życia codziennego oraz swobodnie dysponować swoim zarobkiem.

Ubezwłasnowolnienie całkowite

Możliwe jest u osoby powyżej 13 roku życia w przypadku stwierdzonych chorób psychicznych lub niedorozwoju umysłowego, powodujących niemożność kierowania swoim postępowaniem. W takiej sytuacji sąd ustanawia opiekuna.

Ubezwłasnowolnienie całkowite pozbawia osobę zdolności do czynności prawnych, tj. możliwości podejmowania czynności prawnych (np. zawierania umów). Za osobę ubezwłasnowolnioną skutecznie czynności prawne podejmuje wyłącznie opiekun. Jedy- nym wyjątkiem są drobne umowy zawierane w bieżących sprawach życia codziennego.

Procedura ubezwłasnowolnienia

Podmiotami uprawnionymi do złożenia wniosku o ubezwłasnowolnienie są:

- małżonek osoby, której dotyczy wniosek
- jej krewni w linii prostej oraz rodzeństwo
- jej przedstawiciel ustawowy
- Rzecznik Praw Obywatelskich
- Prokurator.

Sprawy o ubezwłasnowolnienie należą do właściwości Sądów Okręgowych. Wniosek inicjujący postępowanie o ubezwłasnowolnienie, oprócz ogólnych wymogów dotyczących pism procesowych, zawierać musi także żądanie ubezwłasnowolnienia, z określeniem rodzaju (całkowite lub częściowe), określenie przyczyny a także świadectwo lekarskie wydane przez psychiatrę o stanie psychicznym osoby, której dotyczy wniosek lub opinię psychologa o stopniu upośledzenia umysłowego, tudzież zaświadczenie poradni przeciwalkoholowej lub zaświadczenie z poradni leczenia uzależnień.

Niepełnosprawność

Osoby niepełnosprawne określa się w polskim prawie jako osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnienie ról społecznych, a w szczególności zdolności do wykonywania pracy zawodowej, jeżeli uzyskały orzeczenie o zakwalifikowaniu przez organy do jednego z trzech stopni niepełnosprawności (znacznego, umiarkowanego, lekkiego) oraz o niezdolności do pracy.

Osoby niepełnosprawne dzieli się według różnych kryteriów: rodzaju niepełnosprawności, okresu życia w którym ona wystąpiła oraz stopnia niepełnosprawności.

Stopnie niepełnosprawności

ZNACZNY - jeśli spełnione są poniższe warunki:

- przez swój stan zdrowia osoba jest niezdolna do pracy zarobkowej albo potrzebuje przystosowania stanowiska pracy do swojego schorzenia,
- nie może samodzielnie funkcjonować i jest osobą całkowicie zależną od opieki innych osób przez więcej niż 12 miesięcy (na przykład wymaga pielęgnacji, karmienia, mycia).

UMIARKOWANY - jeśli:

- przez swój stan zdrowia osoba jest niezdolna do pracy zarobkowej albo potrzebuje przystosowania stanowiska pracy do swojego schorzenia,
- potrzebuje czasowej albo częściowej pomocy innych osób przez więcej niż 12 miesięcy.

LEKKI - jeśli:

- przez swój stan zdrowia osoba ma duże ograniczenia w funkcjonowaniu i może pracować tylko częściowo, na przykład na pół etatu (obniżenie zdolności do wykonywania pracy),
- ma problemy w codziennych czynnościach i potrzebuje urządzeń, które pomagają w prawidłowym funkcjonowaniu — na przykład protezy, implantu ślimakowego, osobistej pompy insulinowej.

Orzeczenie o niepełnosprawności

Dzięki niemu wnioskodawca otrzymuje formalne potwierdzenie, że jest osobą niepełnosprawną. Na jego podstawie osoba taka może starać się o różne świadczenia, ulgi i uprawnienia.

Osoba z orzeczeniem może:

- uzyskać odpowiednie zatrudnienie w zakładzie aktywności zawodowej albo zakładzie pracy chronionej,
- skorzystać z przywilejów pracowniczych, między innymi z prawa do dodatkowego urlopu wypoczynkowego, dłuższej przerwy w pracy lub krótszego czasu pracy,
- uzyskać świadczenia opiekuńcze, dodatek mieszkaniowy, kartę parkingową,
- dostać dofinansowanie do: turnusu rehabilitacyjnego, sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, likwidacji barier architektonicznych, likwidacji barier w komunikowaniu się (na przykład zakupu komputera), likwidacji barier technicznych (na przykład zakupu urządzenia, które umożliwia wjazd wózka inwalidzkiego z napędem elektrycznym do samochodu), działalności gospodarczej albo rolniczej.

- skorzystać z usług socjalnych i opiekuńczych (na przykład pomoc przy robieniu zakupów i załatwianiu spraw urzędowych, sprzątanie, gotowanie), terapeutycznych, rehabilitacyjnych, które są oferowane przez instytucje pomocy społecznej czy organizacje pozarządowe, pocztowych (art. 62 ustawy Prawo Pocztowne).

Należy pamiętać, iż stopień niepełnosprawności orzeka się **na czas określony** (jeżeli według wiedzy medycznej może nastąpić poprawa stanu zdrowia) lub **na stałe** (jeżeli według wiedzy medycznej stan zdrowia nie rokuje poprawy).

Jeżeli u osoby posiadającej orzeczenie o stopniu niepełnosprawności nastąpi zmiana stanu zdrowia, może ona wystąpić z wnioskiem o ponowne wydanie orzeczenia uwzględniające zmianę stanu zdrowia.

Tryb załatwiania sprawy

W celu uzyskania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy: zgłosić się do Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności właściwego dla miejsca stałego pobytu osoby zainteresowanej lub właściwego dla miejsca pobytu w przypadku osób: bezdomnych, przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych.

Wniosek może złożyć: a) osoba zainteresowana, b) przedstawiciel ustawowy osoby zainteresowanej, c) kierownik ośrodka pomocy społecznej, ale za zgodą osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego.

Do wniosku należy dołączyć zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności – w oryginale – zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych oraz aktualną dokumentację medyczną (karty informacyjne leczenia szpitalnego, dokumentację medyczną z przebiegu leczenia ambulatoryjnego, wyniki dodatkowych badań diagnostycznych, opisy zdjęć RTG, posiadane opinie i konsultacje specjalistyczne, posiadane orzeczenia o grupach inwalidzkich – ZUS, KRUS, MSWiA, MON, Zespół Orzekający, itp. – kserokopie i oryginały, oryginały należy przynieść wyłącznie do wglądu.

Jeżeli dołączona do wniosku dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności Przewodniczący Powiatowego/Miejskiego Zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

O terminie rozpatrzenia wniosku zawiadamia się osobę zainteresowaną nie później niż 7 dni przed jego rozpatrzeniem.

Wniosek powinien być rozpatrzony nie później niż w ciągu 1 miesiąca od dnia jego złożenia. W przypadkach bardziej skomplikowanych spraw wniosek powinien być rozpatrzony nie później niż w ciągu 2 miesięcy od daty jego złożenia.

O każdym przypadku niezakończonych spraw w wyżej wymienionych terminach Powiatowy/Miejski Zespół obowiązany jest zawiadomić wnioskodawcę, podając przyczyny zwłoki i wskazując nowy termin załatwienia sprawy.

Wnioskodawca bierze udział w posiedzeniu składu orzekającego. Przeprowadzane jest wtedy badanie – ocena stanu zdrowia osoby zainteresowanej oraz dokonuje się oceny funkcjonowania osoby przede wszystkim w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej.

Niestawienie się osoby zainteresowanej na posiedzenie powoduje pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia. Jeżeli jednak okoliczność niestawienia się jest usprawiedliwiona ważnymi przyczynami lub zdarzeniami losowymi (nagła choroba, wypadek itp.) w terminie 14 dni od dnia posiedzenia, Przewodniczący Zespołu na wniosek osoby zainteresowanej wyznacza nowy termin rozpatrzenia sprawy.

Od wydanego przez Powiatowy/Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności orzeczenia przysługuje odwołanie do Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w terminie 14 dni od daty otrzymania orzeczenia.

Odwołanie składa się za pośrednictwem Powiatowego/Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności.

Prawa pacjenta w aspekcie osób niesamodzielnych

Prawo do ochrony zdrowia jest jednym z podstawowych praw człowieka i obywatela. Daje ono możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności. Gwarancją prawa do ochrony zdrowia w Konstytucji RP jest art. 68 §1: „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.” Dotyczy to zarówno obywateli polskich jak i osób czasowo lub stale przebywających na terytorium Polski.

Paragraf drugi cytowanego artykułu stanowi, że: „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.” Jest to gwarancja dostępu do publicznej opieki zdrowotnej dla każdego obywatela.

Jednakże szczególną ochronę zdrowia zapewnia się enumeratywnie wyliczonej grupie osób. „Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku” (art. 68 § 3 Konst.).

Rozwinięciem gwarancji konstytucyjnych są regulacje ustawowe. Podstawowym aktem prawnych chroniącym prawa pacjenta jest Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (UPP). W jej myśl do podstawowych praw pacjenta należą:

- Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych (art. 6 UPP)
- Prawo do opinii innego lekarza lub pielęgniarki (art. 6 ust. 3 UPP)
- Prawo do natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego (art. 7 UPP)
- Prawo pacjenta do informacji (art. 9 UPP)
- Prawo pacjenta do tajemnicy (art. 13 UPP)
- Prawo pacjenta do poszanowania jego intymności i godności (art. 20 ust. 1 UPP)

Realizacja prawa do ochrony zdrowia wiąże się nierozdzielnie z ingerencją w dobra osobiste człowieka, albowiem każda interwencja medyczna stanowi ingerencję w sferę dóbr osobistych człowieka (np. nietykalność cielesną). Wyjątek stanowi jedynie ingerencja podjęta celem ratowania życia, gdyż to właśnie życie jest dobrem szczególnie chronionym. Bezprawność ingerencji w dobra osobiste pacjenta wyłącza jedynie skutecznie wyrażona zgoda pacjenta na leczenie.

Zgoda pacjenta na leczenie to akt woli pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, podjęty swobodnie i wyrażony według reguł znaczeniowych dostępnych dla innych uczestników procesu medycznego, na podstawie informacji udzielonej w sposób przystępny i rzetelny w zakresie wszelkich stadiów postępowania medycznego.

Zgoda pacjenta w ustawie o Prawach Pacjenta zawarta jest w art. 16, stanowiącym, że: „*Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9.*”

Uszczegółowieniem tej normy jest przepis dotyczący osób niesamodzielnych, które nie mogą same skutecznie udzielić zgody na leczenie. „*Przedstawiciel ustawowy pacjenta całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 1. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.*” (art. 17 ust.2 UPP)

Natomiast pacjent ubezwłasnowolniony albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanieniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. (art. 17 ust.3 UPP)

Zgoda oraz sprzeciw pacjenta mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie pacjenta, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli. (art. 16 ust.4 UPP)

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Podobne rozwiązania przyjęto w innych aktach prawnych. Art. 32 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty stanowi, że: „*lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta.*” Przepis ten nie tylko gwarantuje pacjentowi udział w procesie leczenia i uprawnienie o decydowaniu o jego przebiegu ale także nakłada na lekarza obowiązek uzyskania zgody pacjenta przed wykonywaniem procedur medycznych.

Zdecydowanie większy rygor ustawodawca przewidział dla ważności zgody pacjenta na zabieg inwazyjny. Art. 34 ust. 1 stanowi, że: „*lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody.*”

Obowiązek informowania Pacjenta

Na prawo pacjenta do informacji składają się uprawnienia pacjenta do informowania go o jego stanie zdrowia, prawo do nieinformowania o stanie zdrowia innych osób oraz prawo do wskazania osób uprawnionych do informowania o stanie zdrowia pacjenta.

Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami. (art. 9 ust. 1 UPP).

Pacjent o ograniczonej zdolności prawnej ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji, o swoim stanie zdrowia i podejmowanym leczeniu w zakresie i formie potrzebnej do

prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwach.

W przypadku gdy pacjent jest ubezwłasnowolniony całkowicie lub nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 UPP.

Pacjent ma także prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. W celu realizacji tego prawa, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta.

Wyjątek od tej reguły stanowią sytuacje w których:

- zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji związanych z udzielaniem pacjentowi świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń;
- zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta albo życia lub zdrowia innych osób.

Jak oceniać skuteczność prawną wyrażenia zgody?

Zgoda pacjenta warunkowana jest jego kompetencjami (faktycznymi i prawnymi). Znaczna część chorych kwalifikowanych do opieki paliatywnej w hospicjach czy na oddziałach medycyny paliatywnej nie jest świadoma prognozy a nawet zaawansowania choroby. Mogą wtedy powstać problemy ze skutecznością wyrażonej przez pacjenta zgody.

Zgoda jest świadoma wtedy, gdy chory otrzymał prawdziwe i zrozumiałe informacje dotyczące dalszego leczenia oraz świadomie i z pełnym zrozumieniem a przy tym dobrowolnie wyraził zgodę na proponowane postępowanie.

Ważność zgody oceniana jest według kryteriów ważności oświadczenia woli zawartych w Kodeksie cywilnym.

Przesłanki ważności zgody:

- (1) zgoda powinna być udzielona przez podmiot do tego uprawniony,
- (2) przedmiot zgody nie sprzeciwia się ustawie ani zasadom współżycia społecznego,
- (3) oświadczenie nie jest dotknięte wadami oświadczenia woli (przede wszystkim jest złożone w sposób świadomy po uprzednim poinformowaniu),
- (4) zgodę złożono w odpowiedniej formie.

Brak świadomości lub swobody powoduje, że wyrażona przez pacjenta zgoda nie ma mocy prawnej i jest nieskuteczna. Lekarz czy inna osoba wykonująca zabieg medyczny bądź podejmująca się leczenia w takim przypadku naraża się na bezprawność swoich działań.

Ma to ogromne znaczenie w szczególności w przypadku osób niesamodzielnych, gdyż często zdarza się, że ze względu na swój stan zdrowia lub stan psychiczny, tudzież upośledzenie umysłowe lub podeszły wiek, osoby takie nie są w stanie wyrazić zgody na leczenie w sposób świadomy.

Pacjent jest zdolny do podjęcia decyzji medycznych na swój temat, jeśli:

- posiada umysłową zdolność zrozumienia odpowiedniej informacji medycznej,

- posiada umysłową zdolność zrozumienia odpowiedniej informacji medycznej,
- zdaje sobie sprawę z sytuacji medycznej i możliwych konsekwencji podjętych decyzji terapeutycznych oraz
- jest zdolny do sterowania tą informacją w sposób racjonalny w celu podjęcia decyzji.

Zgoda zastępcza

W przypadku wątpliwości co do zdolności pacjenta do wyrażenia prawnie skutecznej zgody, należy uzyskać zgodę jej opiekuna bądź wystąpić o zgodę do sądu opiekuńczego (zgoda zastępcza).

W określonych sytuacjach decyzję za pacjenta będzie podejmował: a) przedstawiciel ustawowy, b) opiekun faktyczny (jednak tylko co do przeprowadzenia badań), c) sąd opiekuńczy.

Przedstawiciel ustawowy pacjenta całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w art. 17 ust. 1.

W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny. (art. 17 ust.2 UPP)

Sprzeciw Pacjenta niesamodzielnego

Nieco mniejszy rygorystyczny ustawodawca przewidział dla skutecznego wyrażenia sprzeciwu przez pacjenta. Co do zasady pacjent może wyrazić swój sprzeciw na leczenie lub konkretny zabieg w każdej rozumiałej i nie budzącej wątpliwości formie.

Dotyczy to wszystkich pacjentów, także tych niesamodzielných. Sprzeciw wyrażony przez osobę niesamodzielną pozostaje ważny nawet jeśli osoba ta jest reprezentowana przez przedstawiciela ustawowego. W takim wypadku osoby wykonujące zawody medyczne są zobowiązane do odstąpienia od wykonania określonej procedury.

Pacjent ubezwłasnowolniony albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanie, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. (art. 17 ust.3 UPP)

Forma zgody i sprzeciwu

Co do zasady ustawodawca nie wymaga dla ważności zgody i sprzeciwu określonej formy. Wyjątek stanowi norma wyrażona w art. 18 ust. 1 UPP „W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w art. 17 ust. 1, wyraża się w formie pisemnej.”

W pozostałych przypadkach zgoda oraz sprzeciw mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli. (art. 16 ust.4 UPP)

Zgoda Sądu Opiekuńczego

W przypadku osób niesamodzielných często dochodzi do ograniczenia swobody podejmowania decyzji i rozeznania ze względu na upośledzenie w sferze psychicznej. Jednakże dla dobra takich pacjentów, w sytuacjach, gdzie przeprowadzenie określonych procedur medycznych jest niezbędne lub wskazane, a zgoda nie może być skutecznie wyrażona przez samego pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, ustawodawca przewidział instytucję zgody zastępczej. „Jeżeli pacjent małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody – nie ma przedstawiciela ustawowego ani

opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.” (art. 32 ust. 8 UPP)

Obecność osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

Jednym z najważniejszych aspektów w procesie leczenia dla osób niesamodzielných jest obecność osób bliskich. Kwestia ta została szczegółowo uregulowana w ustawie o Prawach Pacjenta. „Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska.” (art. 21 ust. 1 UPP)

Nie jest to prawo bezwzględnie obowiązujące i doznaje ono wyjątków. „Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.” (art. 21 ust. 1 UPP)

Należy jednak pamiętać, że to od personelu medycznego w dużej mierze zależy czy prawo pacjenta do obecności osoby bliskiej jest przestrzegane. To na personelu medycznym spoczywa obowiązek zapewnienia prawa do obecności osoby bliskiej przy pacjencie. Wszelkie ograniczenia w tym zakresie muszą być uzasadnione.

Prawa pacjenta w stadium terminalnym

Wiele osób niesamodzielných znajduje się w terminalnym okresie życia z uwagi na chorobę lub podeszły wiek. Niezależnie od przyczyn tego stanu każdy człowiek ma prawo do traktowania należnego i ochrony swojej godności.

Szczególne znaczenie ma w tym aspekcie prawo do informacji o kończącym się życiu. Według obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej "lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie" (art. 16). W razie niepomyślnej prognozy dla chorego powinien on być o niej poinformowany z taktem i ostrożnością. "Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji" (art. 17).

Pacjent w stadium terminalnym ma również prawo do opieki pielęgnacyjnej na równi z innymi pacjentami. Prawo to może zostać ograniczone poprzez zawężenie zakresu czynności pielęgnacyjnych jedynie z uwagi na stan zdrowia pacjenta. Żadne inne okoliczności nie mogą tego prawa ograniczać.

Powszechnym doświadczeniem osób w stadium terminalnym jest smutek, poczucie winy, niepokój, strachu, depresji, a temu wszystkiemu towarzyszy jeszcze najczęściej ból fizyczny. Pacjent może odczuwać także samotność, która wpływa na jego stan psychosomatyczny. Dlatego tak ważne jest zapewnienie pacjentowi potrzebnego mu wsparcia innych osób. Istotnym elementem tego wsparcia jest pomoc psychologiczna. Wszystko to stanowi przejaw prawa do wsparcia psychologicznego i kontaktów z osobami trzecimi do chwili śmierci.

Ból jest częstym doświadczeniem u pacjentów w stanie terminalnym. Wywołuje on stres i negatywne doznania, u pacjenta. Dlatego też jest zjawiskiem niekorzystnym i ograniczającym psychofizyczną integralność pacjenta. Lekarz opiekujący się chorym powinien ograniczać jego ból, aby przywrócić mu panowanie nad sobą i zmniejszać jego cierpienie. Jest to wyraz prawa pacjenta do poprawy jakości kończącego się życia i łagodzenia bólu.

i M. Świdorska, Zgoda pacjenta na zabieg medyczny, Toruń 2017 r.



Program opieki wytchnieniowej dla członków rodzin i opiekunów nieformalnych osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych mgr piel. Irena Sikora-Mysiek

Opieka wytchnieniowa to szstandarowy cel, który powstał dnia 1 stycznia 2019r. przez Państwowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, zwany "Funduszem Solidarnościowym", zgodnie z art. 1 ustawy z dnia 23 października 2018r. (Dz.U. z 2018r. poz.2192), zwanej dalej "ustawą o SFWON". Program swoją realizację rozpoczął od 1 kwietnia 2019r. przez samorządy i organizacje pozarządowe. Program jest szczególnym rodzajem pomocy dla osób, którzy przez całą dobę opiekują się dziećmi i swoimi członkami rodzin. Opiekunowie potrzebują odpoczynku i wsparcia przy codziennych obowiązkach, które spoczywają na nich w trakcie opieki nad dzieckiem i osobą niesamodzielną. W trakcie obserwacji i przeprowadzonych rozmów z opiekunami często rodzina i opiekun nieformalny ma poczucie bezsilności i niemocy. Na uwagę zasługuje fakt, iż realizacja opieki długofalowej wiąże się także z innymi problemami zdrowotnymi, społecznymi a także rozwiązaniami spraw bieżących życia codziennego. Opiekunowie wiele razy zmuszeni są do wycofania się z życia społecznego, zawodowego jaki i zaniedbania osobistego zdrowia. Członkowie są obciążeni psychicznie i fizycznie. Muszą bardzo często podporządkować każdy swój dzień bez możliwości załatwienia innych spraw prywatnych. Program realizowany w ramach Solidarnościowego Funduszu Wsparcia pozwoli w dużym stopniu odciążyć rodziny i iść z pomocą poprzez zapewnienie zastępstwa przy opiece nad osobą niepełnosprawną. Podkreślić również należy fakt, iż kontakt dziecka lub człowieka dorosłego niesamodzielnego z inną osobą pozwala chociaż na odrobinę uspołecznienia

i rozwijania kompetencji społecznych osoby dotkniętej dysfunkcją o różnym podłożu. Wprowadzony program zakłada realizację w trzech zakresach:

1. Pierwszy moduł – to zapewnienie usług pielęgnacyjnych czy opiekuńczych nad dzieckiem i osobą niepełnosprawną w ciągu dnia na kilka godzin.

2. Drugi moduł – to zapewnienie już całodobowych usług opiekuńczych. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zakłada realizację w/w modułu już w placówkach, które spełniają standardy w opiece osób niepełnosprawnych oraz wyspecjalizowany zespół terapeutyczny.

3. Trzeci moduł – to zapewnienie członkom rodzin i opiekunom nieformalnym skorzystania z poradnictwa specjalistów m.in.: psychologa czy terapeuty a także poradnictwa w zakresie pielęgnowania, rehabilitacji czy poradnictwa dietetycznego.

Ważną informacją jest także, iż każdemu opiekunowi przysługuje 14 dni opieki wytchnieniowej nad dzieckiem i osobą dorosłą niesamodzielną w formie pobytu całodobowego i 240 godzin w formie pobytu dziennego lub poradnictwa specjalistycznego bez kryterium dochodowego.

Opieka wytchnieniowa wskazuje konieczność wdrażania dostosowanych do potrzeb osób z różnymi dysfunkcjami rozwiązań, które polepszą sytuację członków ich rodzin lub opiekunów nieformalnych.

Udar mózgu jako wieloaspektowy problem dla rodziny

Symptomy ostrego uszkodzenia mózgu u części osób ustępują samoistnie lub w wyniku zastosowanego leczenia.

25-50% stanowią przypadki utrzymującej się niepełnosprawności, która wymaga częściowej lub całkowitej zależności od osób trzecich w codziennym funkcjonowaniu.

Czynniki wpływające na jakość życia osób po udarze mózgu

1. Niepełnosprawność ruchowa (niedowład połowiczy, zaburzenia napięcia mięśniowego, zaburzenia czucia)
2. Zaburzenia poznawcze między innymi wcześniej wspomniane ośpienie, afazja, zaburzenia w koncentracji uwagi
3. Zaburzenia emocjonalne - zmienność nastroju, apatia, depresja. W wielu przypadkach występują napady płaczu, lęku oraz stany maniakkalne
4. Napady padaczkowe
5. Powikłania ogólnoustrojowe
 - **zakrzepica żył głębokich, zatorowość płucna**
 - **zakażenia układu moczowego oraz oddechowego (zapalenie płuc)**
 - **nietrzymanie moczu i stolca**
 - **odleżyny**
6. Ograniczenie aktywności społecznej (utrata dotychczasowego statusu społecznego, pogorszenie warunków materialnych, izolacja społeczna).

Następstwa udaru wpływają zasadniczo na relację rodzinną, przeważnie zakłócając funkcjonowanie poszczególnych członków rodziny. Chorzy w okresie szpitalnym zwykle zdani są na pomoc: małżonka, dziecka bądź rodziców. Bardzo rzadko natomiast są to

osoby obce. Podmiotem opieki pielęgnarskiej jest więc nie tylko pacjent, ale także jego opiekun, który w wyniku choroby zmuszony jest wielokrotnie zmienić styl życia. W wielu przypadkach można zaobserwować unikanie kontaktów towarzyskich, rezygnację lub ograniczenie pracy zawodowej.

Na skutek powyższych czynników występują różnorodne emocje: złość, smutek, bezradność. Badania przeprowadzone w ich środowisku wskazują, wpływ na stan zdrowia - większość części choruje niż dotychczas. Ponad połowa potwierdza zażywanie środków nasennych, przeciwdepresyjnych lub uspakajających. Mimo to satysfakcję odczuwa ponad połowa opiekunów, którzy na co dzień zajmują się i pielęgnują swoje bliskie osoby niepełnosprawne i niesamodzielne.

W wyniku troskliwej opieki oraz specjalistycznego leczenia i rehabilitacji większość skutków może zmniejszyć swoje nasilenie poprawiając tym samym jakość życia pacjentów, szczególnie w zakresie funkcjonalnym. Należy jednak pamiętać, że udar mózgu jest bardzo ciężką chorobą i poszczególne jej następstwa mogą pozostać nieodwracalne.

Jednym z ważniejszych skutków choroby jest ograniczenie aktywności ruchowej która wpływa na zdolność wykonywania czynności i pracy zawodowej - która po udarze mózgu spada o około 40 procent. Relacje rodzinne są także zakłócone, znaczna część członków rodziny odczuwa pogorszenie warunków życia. Współczesna literatura i badania podkreślają, że opiekunowie zaakceptują chorych i pomagają im zaakceptować siebie takimi, jakimi są.

Pozytywne podejście do osoby żyjącej z demencją – jak się komunikować, by usłyszeć i zostać usłyszany

mgr piel. Iwona Przybyło



Zaburzenia zachowania w demencji (BPSD – behavioural and psychological symptoms of dementia) są nieodłączną częścią choroby. W zależności od typu demencji i fazy, w jakiej się znajduje chory różne ich formy pojawiają się praktycznie u wszystkich. To one najczęściej zaburzają komunikację i nie pozwalają na pozytywne podejście do osoby żyjącej z demencją. A bez odpowiedniej komunikacji, czyli takiej, która przede wszystkim odpowie na potrzeby chorego, który sam ich zakomunikować nie potrafi opieka staje się coraz bardziej skomplikowana, czasem nawet niemożliwa do realizacji. Do najczęściej występujących zaburzeń zachowania, które wynikać mogą między innymi z braku odpowiedniej komunikacji należą między innymi: niepokój, wędrowanie, agresja, apatia, negatywizm, urojenia, konfabulacje i omamy. Nielezione prowadzą do szybszej progresji demencji i znacznego pogorszenia jakości życia, zarówno chorego jak i jego opiekunów.

Podstawą leczenia zaburzeń zachowania jest farmakoterapia, często jednak nie przynosi oczekiwanych efektów i niestety okazuje się być nie wystarczająca.

Dlatego tak ważne okazują się być strategie komunikacji, które to mogą ułatwić „rozszyfrowywanie” komunikatów, które chory często kieruje do nas nie za pomocą słów, ale poprzez trudne zachowania. Często komunikat „Chcę pójść do domu” wcale nie musi oznaczać chęci wyjścia z domu, w którym przecież człowiek przebywa, może jednak oznaczać głód, pragnienie czy dyskomfort wynikający z za ciasnej odzieży, która już bardzo uwiera. Taka strategia komunikacji, która czasem nie zrozumiała dla otoczenia może znacznie ułatwić opiekę, by mogła stać się nie tylko lepsza dla samego chorego, ale również bardziej satysfakcjonująca i mniej obciążająca dla opiekuna.

Otoczenie ma znaczenie. Jak przystosować otoczenie dla osoby zmagającej się z demencją?

Praca z podopiecznym z demencją to ciągły proces, opiekun wchodzi do otoczenia chorego i często pozostaje w nim do śmierci osoby, którą się opiekuje. Podkreślenie, jak ważne jest wniesienie ze sobą już zdobytego doświadczenia, które pomaga w pracy, ale też postawę otwartości na kolejne doświadczenia, gdyż praca z chorym demencyjnym to ciągła zmiana i ciągła nauka. Otoczenie człowieka, który zaczyna chorować powinno zostać odpowiednio dostosowane do zmieniających się możliwości chorego. Świat, w którym on żyje jest przez niego postrzegany zupełnie inaczej niż przez nas ludzi bez demencji. To złota zasada, o której każdy opiekun powinien pamiętać. Poniżej przedstawiam kilka wskazówek, na które koniecznie musimy zwrócić uwagę.

Otoczenie - we wspólnym domu - wskazówki dla opiekuna

- Bezpieczne otoczenie - zabezpieczenie przestrzeni domu a kwestia bezpieczeństwa chorego (udogodnienia, pomoce również aktywizacyjne).
- Plany dnia, a aktywna postawa podopiecznego (przykładowy powinien uwzględniać nawet drobne aktywności, które wykona podopieczny – toaleta poranna, wyjście na spacer, krótka rozmowa z kimś przez telefon, pomoc przy obiedzie, sklep, kościół).
- Powtarzalność – rutyna okazuje się zbawienna w opiece nad osobą zmagającą się z demencją, nawet drobne zmiany mogą wywołać trudne zachowania, takie jak chęć wychodzenia z domu, lęk czy apatię.
- Podopieczny sam wybiera - pomoc w podejmowaniu decyzji.
- Empatyczne podejście, postawa otwartości i szacunku.
- Oświetlenie i znaczenie kontrastów (np. czarne dywaniki na jasnych płytkach w łazience mogą wyglądać jak czarna dziura, itp.)
- Obserwacja podopiecznego - co powinno niepokoić opiekuna? Każda nagła zmiana w zachowaniu powinna być informacją dla

opiekuna, że coś niepokojącego się dzieje z bliskim, nigdy nie można jej lekceważyć.

- Ogólne zasady zrozumienia ograniczeń podopiecznego demencyjnego (powtarzalność i rutyna, asystowanie nie wyręczenie, zawężenie pola widzenia, nadwrażliwość na dźwięki itd.).
- Wspólne działania: ubieranie, potrzeby fizjologiczne, higiena osobista, wypoczynek i sen.
- Wspomnieć o grupy zachowań podopiecznego (wahania nastroju, lęki, apatia i depresja, wędrowanie, seksualność, agresja), zaburzenie postrzegania (unikanie odbicia w lustrze/szybie) - > opisane w rozdziale wcześniejszym.
- Sugestie obejmujące stworzenie przyjaznego środowiska dla seniora, w zależności od możliwości w domu, jako miejscu pracy (rearanżacja przestrzeni, pokój, łazienka, potrzebne sprzęty i pomoce - przykłady).
- Czas na wspólne aktywności: w domu i poza nim („metoda biograficzna”, „zapamiętnik”, „zajmowanie rąk” dostosowane do predyspozycji seniora, spacer i ruch „na powietrzu”, pomoce dostępne w domu oraz profesjonalne narzędzia dostępne na rynku itp.).

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz niesamodzielných w Krakowie

ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków



www.wsparciedlaopiekuna.pl

Kontakt telefoniczny: +48 12 44 67 500, +48 12 44 67 530, +48 12 44 67 590

Kontakt e-mailowy: mco@mco.krakow.pl, centrumwsparcia@mco.krakow.pl

Konferencja organizowana w ramach projektu "Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa – zít, Typ projektu A. działania wspierające opiekunów nieformalnych osób niesamodzielných, Typ projektu B. wsparcie dla tworzenia i/lub działalności placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób niesamodzielných.