

PORADNIK OPIEKUNA

Opieka nie musi być trudna, gdy nie zostaniesz z nią sam

wsparciedlaopiekuna.pl

wydanie bezpłatne

numer 2/2020 (3)



Centrum Wsparcia Opiekunów w Miejskim Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków, tel. +48 12 44 67 530, +48 12 44 67 590, e-mail: centrumwsparcia@mco.krakow.pl

■ SPIS TREŚCI

Od redakcji	3
Objawy wczesne wskazujące na demencję, czyli otępienie	4
W jaki sposób można zdiagnozować choroby otępienne?	
Prosty test na demencję	5
Wczesna demencja – jak możesz wesprzeć?	7
Organizacja opieki nad osobami niesamodzielnymi – specjalistyczne usługi opiekuńcze/opieka pielęgniarska domowa	8
Organizacja opieki nad osobami niesamodzielnymi – pomoc opiekuńcza domowa	9
Organizacja opieki nad osobami niesamodzielnymi – opieka instytucjonalna	11
Opieka wytchnieniowa dla opiekunów rodzinnych/niefORMALNYCH	12
Opieka przez różne formy aktywności w trosce o podopiecznych niesamodzielnymi	14
Przedłużanie samodzielności osób starszych i niepełnosprawnych w czynnościach dnia codziennego	16
Komunikacja z osobą z otępieniem – na co zwrócić uwagę?	18
Nowe wyzwania opieki długoterminowej	20

Poradnik opiekuna

Opieka nie musi być trudna, gdy nie zostaniesz z nią sam

Wydawca: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnymi w Krakowie, ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków, tel. +48 12 44 67 500, www.mco.krakow.pl

Realizacja: Wydawnictwo KA, ul. Opolska 23c, 42-600 Tarnowskie Góry

Publikacja bezpłatna, współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020
w ramach IX Osi Priorytetowej Region spójny społecznie

Szanowni Czytelnicy

Z wielką przyjemnością, w ramach projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”, przekazujemy w Państwa ręce – opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych, w wersji on-line, trzeci numer Kwartalnika. Stanowi on alternatywną formę prezentacji treści zawartych na portalu www.wsparciedlaopiekuna.pl

Pprzed nami znów ciepłe miesiące. Warto się nimi cieszyć w zdrowiu. Rekomendujemy zatem zdrowy tryb życia, ruch na świeżym powietrzu. Polecamy stosować odpowiednią dietę i gimnastykować się, bo to wzmacnia organizm, daje siłę i odporność. To ważne, bo gdy zdarza się choroba, czerpiemy z tych zasobów, które dostarczyliśmy organizmowi dbając o siebie. Dlatego nie zastanawiajcie się, tylko korzystajcie z ciepła i słońca, zwłaszcza po tych tygodniach pobytu w domach w związku z COVID-19. Zastąpcie potrawy odżywczymi sałatkami, siedzenie w domu przed telewizorem – spacerem, spotkaniami z najbliższymi w małym gronie, na świeżym powietrzu, w parku, z zachowaniem dystansu, stosując maseczkę na usta i nos, myjąc i dezynfekując ręce po spacerze.

W niniejszym wydaniu znajdą Państwo cenne informacje na temat organizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi świadczonymi w warunkach domowych i w formie instytucjonalnej. Proponujemy również Państwu artykuły na temat profilaktyki demencji i postępowania z podopiecznym cierpiącym na łagodną demencję czy postępującą niesprawność ruchową oraz różnych form aktywności, w których może brać udział podopieczny.

Dopingujemy, abyście Państwo korzystali z „opieki wytchnieniowej”. Kiedy w kontakcie z najbliższym macie za mało czasu, stajecie się niemili i niecierpliwi, jesteście sfrustrowani, zmęczeni, wystawiacie na próbę relacje w całej rodzinie, zaniedbujecie ją, narażacie się na konflikty z najbliższymi, zaniedbujecie własne zdrowie, hobby, musicie rezygnować ze swoich ambicji zawodowych, macie poczucie winy, które często w Was wzmacnia oceniające i kontrolujące otoczenie (co powiedzą sąsiedzi, rodzina) czy poczucie obowiązku (muszę się poświęcić, bo mama zrobiła dla mnie wszystko).

Mamy nadzieję, że artykuły zawarte w tym numerze zainteresują Państwa, a zdobyte informacje, gdzie prosić o pomoc, co robić, gdy bliski przewlekłe choruje, przyczynią się do zrozumienia, że wsparcie Opiekuna jest równie istotne, jak wsparcie Podopiecznego. Kiedy zostawicie swojego bliskiego w bezpiecznym miejscu, pod okiem profesjonalistów, wtedy możecie zrobić coś dla siebie: odpocząć, pójść do fryzjera czy do sklepu, a nawet wyjechać na urlop. Prośby o pomoc nie należy kojarzyć ze słabością, choć w naszej kulturze trzeba być dzielny i zaradnym, trudno przyznać się do tego, że sobie nie radzimy. Nie wolno Państwu zamknąć się w poczuciu winy. Trzeba starać się w miarę normalnie żyć. Warunkiem tego stanu rzeczy jest korzystanie z pomocy innych, dzielenie obowiązków, dbanie o siebie. Pamiętajcie, że kwestia otrzymywania wsparcia wiąże się też z umiejętnością proszenia o pomoc, do czego Państwa z całego serca chcemy zachęcić.

Serdecznie zapraszamy do czytania, dzielenia się swoimi doświadczeniami, zadawania pytań. Prosimy pisać pod adres: centrumwsparcia@mco.krakow.pl

Życzymy miłej lektury
Redakcja



Objawy wczesne wskazujące na demencję, czyli otępienie

Zaburzenia pamięci i obniżenie ogólnej aktywności psychicznej u pacjenta stopniowo narastają i prowadzą do coraz większych problemów. Dołączają się zaburzenia orientacji w czasie i przestrzeni.

Chorzy wielokrotnie dopytują się o dzień i godzinę oraz zaczynają się gubić w dotychczas znanym sobie otoczeniu, np. w drodze do domu, w parku lub na sąsiedniej ulicy. Dochodzi również do częstszych zmian nastroju, narasta niechęć do podejmowania jakichkolwiek czynności i apatia. W tym czasie często osoby te są odbierane przez otoczenie jako przygnębione, a nawet depresyjne.

Objawy różnią się od siebie na poszczególnych etapach otępienia, mogą występować w różnym nasileniu i kolejności

Otępienie łagodne – symptomy występują w postaci problemów z zapamiętywaniem ostatnich wydarzeń lub nowych informacji oraz rozproszenia uwagi. Wielokrotnie powtarzają te same pytania, np. „Kiedy przyjedziesz?”, „Na którą ta kolacja?”. Pacjenci mają zaburzenia pamięci, która dotyczy aktualnie wykonywanych czynności, np. zapominają, gdzie odłożyli klucze lub zadają cały czas te same pytania. Nie mogą przypomnieć sobie, np. nazw przypraw, jak ugotować zupę, którą gotowali całe życie. Ponadto mogą pojawiać się huśtawki nastrojów, nietypowe zachowania oraz problemy z osobowością, mogą również wystąpić pewne objawy depresji lub cały ich szereg. Otępienie łagodne powoduje, że chorzy unikają kontaktów

z innymi ludźmi, nie interesują się kontaktami z przyjaciółmi, rezygnują z życia towarzyskiego, wycofują się z dotychczasowych zajęć, pasji czy hobby. Jednak są oni jeszcze w stanie samodzielnie wykonywać pewne, zwłaszcza rutynowe, zadania i czynności życiowe. Potrafią zrobić wiele rzeczy samemu, może tylko już nie tak szybko, jak kiedyś. Jednak we wczesnej fazie demencji są mało elastyczni. Czują się bezpiecznie, gdy kolejne dni są podobne do siebie, porządek dnia opierają wtedy na nawykach. Potrzebują wielu powtórek, dużo czasu na przystosowanie się do nowych sytuacji. Nie lubią zmian, odstępstwo od rutyny jest dla nich trudne, niełatwo przychodzi im oswojenie się z nowymi ludźmi. Często robią w nadmiarze zakupy i zapasy tych samych produktów, np. mąki, kasz, herbaty. Ich zachowania mogą się gwałtownie zmieniać, bez wyraźnej przyczyny, albo z powodu hałasu, liczego towarzystwa, intensywnego światła lub jego braku. Występuje u nich **anozognozja**, czyli brak świadomości zaburzeń chorobowych, a nawet zaprzeczanie ich istnieniu. W tym okresie **czasem potrzebują pomocy i wsparcia rodziny**. ■

Opracowano na podstawie wieloletniej pracy w różnych obszarach opieki nad chorymi, dostępnych publikacji zwartych, on-line oraz opinii ekspertów poświęconych demencji.



W jaki sposób można zdiagnozować choroby otępienne? Prosty test na demencję

Osoby z chorobami otępiennymi powinny być pod opieką specjalistów – lekarza rodzinnego, neurologa, geriatry. Pierwszym symptomem kierującym pacjentów do lekarza są kłopoty z pamięcią, które zauważają członkowie rodziny. Taka osoba powinna udać się do specjalisty z członkiem rodziny/domownikiem, który będzie mógł poinformować go o sprawności chorego i tego, jak radzi sobie na co dzień.

Rozpoznanie opiera się na stwierdzeniu u pacjenta typowych cech otępienia. Do postawienia stuprocentowej diagnozy potrzebne jest duże nasilenie objawów i ich wpływ na normalne funkcjonowanie pacjenta. Jeżeli pacjent zaczyna mieć problemy z pamięcią dotyczące aktualnie wykonywanych czynności oraz przyswajanych informacji – istnieje powód do niepokoju. Tego typu zaburzenia powinny skłonić pacjenta do wizyty u lekarza. W rozpoznaniu chorób otępiennych przeprowadza się różnego rodzaju testy, wykonywane jako badanie przesiewowe, np.: test rysowania zegara, krótka skala oceny stanu psychicznego.

KRÓTKA SKALA OCENY STANU PSYCHICZNEGO (Mini-Mental State Examination, MMSE)

Orientacja w czasie i miejscu

Jaki jest teraz rok? Jaka jest teraz pora roku? Jaki jest teraz miesiąc? Jaka jest dzisiaj data? Jaki jest dzisiaj dzień tygodnia? W jakim kraju się znajdujemy? W jakim województwie się znaj-

dujemy? W jakim mieście się teraz znajdujemy? Jak nazywa się miejsce, w którym się teraz znajdujemy? Na którym piętrze teraz jesteśmy?

Zapamiętywanie

Wymienię teraz trzy słowa. Kiedy skończę, proszę, aby je Pan/Pani powtórzył/a (poniższe słowa wypowiadamy wolno i wyraźnie – jedno słowo na sekundę): BYK, MUR, LAS.

Proszę je zapamiętać, bo zapytam o te słowa powtórnie za kilka minut.

Za każdy poprawny wynik 1 pkt, maks. 5 pkt:

Uwaga i liczenie

Proszę odejmować kolejno od 100 po 7, aż powiem „stop”.

Przypominanie

Proszę wymienić trzy słowa, które Pan/i miał/a wcześniej zapamiętać (BYK, MUR, LAS).

Funkcje językowe – nazywanie

Proszę o nazwanie dwóch przedmiotów, które kolejno pokazuje badanemu (ołówek, zegarek). Jak nazywa się ten przedmiot? Jak nazywa się ten przedmiot?

Powtarzanie

Proszę dosłownie powtórzyć następujące zdanie: „Ani tak, ani nie, ani ale”.

Wykonywanie poleceń

Proszę uważnie posłuchać treści całego polecenia, a następnie wykonać te polecenia.

Proszę wziąć kartkę do lewej/prawej ręki, złożyć ją oburącz na połowę i położyć ją na kolana.

Pokazuję badanemu tekst polecenia „Proszę zamknąć oczy”.

Proszę przeczytać to polecenie i je wykonać.

Pisanie

Daję osobie badanej czystą kartkę papieru i proszę o napisanie dowolnego zdania: „Proszę napisać na tej kartce jakieś dowolne zdanie”.

Praksja konstrukcyjna

Proszę przerysować poniższy rysunek tak dokładnie, jak tylko to możliwe.

Interpretacja:

- ▶ 30-28 pkt – norma,
- ▶ 27-24 pkt – łagodne zaburzenia funkcji poznawczych,
- ▶ 23 pkt – próg otępienia,
- ▶ 22-20 pkt – otępienie o małym stopniu zaawansowania,
- ▶ 19-10 pkt – otępienie o średnim/umiarkowanym stopniu zaawansowania,
- ▶ 9-0 pkt – otępienie głębokie.

TEST RYSOWANIA ZEGARA wg Sunderlanda (CLOCK DRAWING TEST, CDT)

Ocenia zdolności wzrokowo-przestrzenne, konstrukcyjne, funkcje wykonawcze i myślenie abstrakcyjno-pojęciowe.

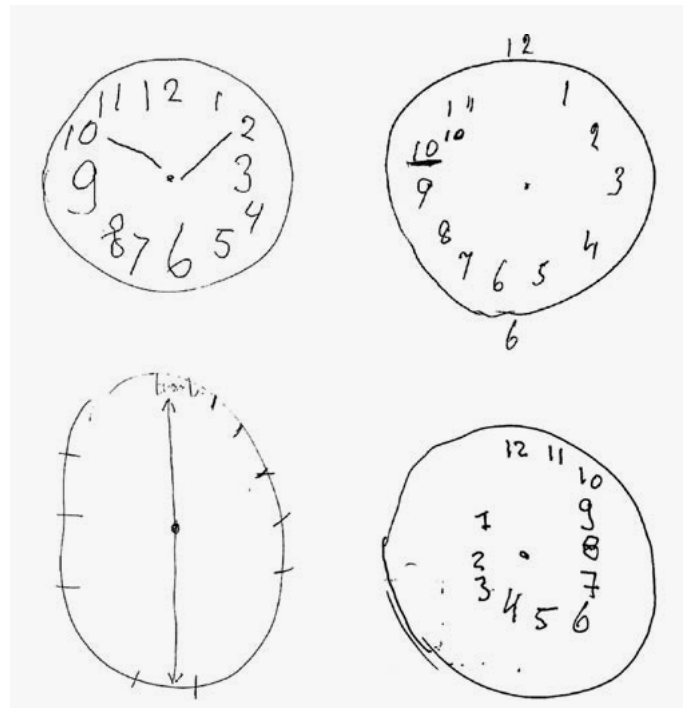
Zadanie 1. Proszę wpisać w tarczę zegara cyfry oznaczające kolejne godziny.

Zadanie 2. Proszę wpisać w tarczę zegara wskazówki, tak aby na zegarze była godzina trzecia zero zero.

Zadanie 3. Proszę wpisać w tarczę zegara wskazówki, tak aby na zegarze była godzina dziesięć po jedenastej.

Kryteria oceny testu:

- ▶ 10-6 pkt – rysowanie całego zegara jest zasadniczo poprawne:
 - 10 pkt – wskazówki na właściwych pozycjach,
 - 9 pkt – drobne pomyłki w położeniu wskazówek,
 - 8 pkt – wyraźne błędy w położeniu wskazówek,
 - 7 pkt – wskazówki zdecydowanie źle położone,
 - 6 pkt – brak wskazówek, inne oznaczenie godziny, np. zapis liczbowy, bądź zakreślenie godziny;



Przykładowe rysunki wykonane podczas testu rysowania zegara.

- ▶ 5-1 pkt.: rysowanie tarczy zegara (koła i cyfry) jest zaburzone:
 - 5 pkt – grupowanie cyfr po jednej stronie zegara lub ich odwracanie,
 - 4 pkt – dalsze zaburzenie sekwencji cyfr, zegar traci integralność – brakuje cyfr lub są poza tarczą,
 - 3 pkt – tarcza i cyfry nie są ze sobą związane, brak wskazówek,
 - 2 pkt – rysunek wskazuje, że coś z instrukcji zostało zrozumiane, ale bardzo słabo przypomina zegar,
 - 1 pkt – próba rysowania zegara nie zostaje podjęta albo wyniku nie można zinterpretować.

Badania te pomagają wyselekcjonować pacjentów, u których potrzebna jest dalsza diagnostyka w kierunku choroby Alzheimera. Wykonuje się również badania neuropsychologiczne, które mają na celu ustalenie rodzaju oraz stopnia zaburzeń funkcji poznawczych. Badania dodatkowe obejmują obrazowanie mózgu w postaci tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego – nie potwierdzają one diagnozy, ale pomagają wykluczyć inne czynniki otępienia, np. guz mózgu, niedokrwienie lub zmiany pourazowe. Jeżeli zachodzi podejrzenie, że zaburzenia poznawcze mogła wywołać inna choroba, należy wykonać dodatkowe badania wykluczające lub potwierdzające (np. biochemiczne), że przyczyną zaburzeń jest inny stan niż choroba Alzheimera. ■

Opracowano na podstawie wieloletniej pracy w różnych obszarach opieki nad chorymi, dostępnych publikacji zwartych, on-line oraz opinii ekspertów poświęconych demencji.



Wczesna demencja – jak możesz wesprzeć?

Poznaj perspektywę osoby z demencją, by zrozumieć, co odczuwa, czego potrzebuje i jak widzi świat w związku z demencją.

Poznaj przyzwyczajenia, dopóki możesz się porozumieć, np. dotyczące higieny (czy chory lubi kąpać się rano czy wieczorem, czy myje zęby przed czy po posiłku, czy woli wannę od prysznica, kiedy i jak często lubi myć włosy, jakiego szamponu nie znosi), bowiem kiedy pomoc przy kąpieli stanie się niezbędna, znajomość nawyków ułatwi codzienne czynności.

Pamiętaj, że to co się dzieje z osobą z demencją, jak się zachowuje, jest niezależne od niej, to efekt choroby, a nie świadomych decyzji; w tej fazie demencji mózg zaczyna chorować i tworzyć nową dla tej osoby rzeczywistość, inną niż rzeczywistość opiekuna, zatem powinieś to, jako opiekun, zrozumieć, nie udowadniać na siłę, że jest inaczej. Spróbuj zamiast tego nauczyć się kilku nowych zdań; wyrzuc podsyte irytacją upomnienia typu „Skup się!”, „Po co tyle opakowań herbaty, kto to zużyje?”, „Znowu nie pamiętasz?”, „Znowu o to samo pytasz!”. Używaj często słów „przepraszam”, „masz rację”, „dziękuję”, „popatrz ile zrobiłeś”, „świetnie ci poszło”, zmień kulturę opieki, co sprawi, że osoba we wczesnej demencji ci zaufa i jej opór będzie mniejszy.

Wspieraj – osoba z demencją zachowuje samodzielność, stara się być niezależna na ile potrafi, ale potrzebuje wsparcia; **nie traktuj osoby z demencją jak dziecko**, bo jest to dla niej bolesne, irytujące, powoduje gniew. Bycie pielęgowanym jak dziecko to nie jest codzienność, jakiej ktokolwiek by chciał – osoby dorosłe nie chcą być pielęgowane – chcą żyć, a jeśli już, to chcą być angażowani w drobną pomoc.

Pomóż osobie z wczesną demencją odnaleźć się w czasie – zawiąż w domu **duży kalendarz tygodniowy lub miesięczny** (roczny zawiera za dużo informacji i mózg osoby chorej nie może ich przetworzyć), który pozwoli zaplanować każdy dzień i zapanować nad obowiązkami „Tato, we wtorek masz wizytę u lekarza. Zobacz, zaznaczyłam to w kalendarzu”. Jeżeli koniecz-

ne jest wprowadzenie zmiany, należy oswajać z nią stopniowo, spokojnie, wpisując nową czynność lub obowiązek krok po kroku w plan osoby chorej.

Bądź cierpliwy i wyrozumiały – odpowiadaj osobie z demencją za każdym razem tak, jakbyś udzielał informacji po raz pierwszy. Pytanie zadane dwudziesty raz, za każdym razem dla osoby chorej jest pytaniem zadany po raz pierwszy, bo jej mózg nie utrzymuje nowych informacji, tzn. nie potrafi zapisać odpowiedzi, wydarzeń, dat, terminów wizyt, ponieważ miejsce w mózgu, które do tego służy – hipokamp – choruje i robi się mniejsze, tak jak w telefonie komórkowym, któremu brakuje pamięci i nie można wykonać nowych zdjęć i ich zapisać. Jeszcze lepiej w takich sytuacjach jest spróbować odwrócić uwagę, skierować zainteresowanie chorego na coś innego.

Ograniczaj bodźce i przedmioty – w szafce kuchennej, ubraniowej, w łazience zostaw tylko rzeczy, przedmioty potrzebne, niezbędne, z wyraźnymi napisami lub rysunkami wskazującymi na to, do czego służą, odstawiaj je zawsze w to samo miejsce (nadmiar rozprasza, a nieład utrudnia korzystanie z nich osobie chorej). Postaraj się, aby dla wygody chorego zakupić kosmetyki w stabilnych opakowaniach, a bieliznę oznakować, gdzie prawa a gdzie lewa strona.

Ułatwiaj podejmowanie decyzji – w demencji zawodzi planowanie, dla chorego dwie czynności, dwa obiekty do wyboru są zrozumiałe, ale trzy już nie. Zamiast „Czego się napijesz?” zapytaj „Zaparzyć ci kawy czy herbaty?”. Nie pytaj „Co chcesz dzisiaj włożyć?”, lecz daj dwie propozycje do wyboru. ■

Opracowano na podstawie wieloletniej pracy w różnych obszarach opieki nad chorymi, dostępnych publikacji zwartych, on-line oraz opinii ekspertów poświęconych demencji.

Organizacja opieki nad osobami niesamodzielnymi – specjalistyczne usługi opiekuńcze/opieka pielęgniarska domowa

Opieka nad osobami niesamodzielnymi to głównie wsparcie w codziennym życiu i pomoc umożliwiająca im jak najdłuższe prawidłowe funkcjonowanie w środowisku lokalnym. Często zmiana miejsca zamieszkania wiąże się z dużym stresem i niechęcią.

W skrajnych przypadkach nawet z utratą chęci do życia. Dlatego zdecydowanie najlepszą jest dobrze zorganizowana opieka nad osobą niesamodzielną w domu, która daje poczucie bezpieczeństwa, komfort, dobre samopoczucie, a co za tym idzie, szybszy powrót do zdrowia lub opóźnienie progresu choroby.

Analizując wsparcie oraz organizację opieki nad osobami niesamodzielnymi w Polsce, możemy wyróżnić opiekę w warunkach domowych oraz w różnego rodzaju instytucjach. System pomocy społecznej zapewnia patronat instytucji: Domy Pomocy Społecznej, Miejskie Dienne Domy Pomocy Społecznej, Ośrodki Wsparcia dla Osób Starszych oraz opieki domowej i specjalistycznych usług opiekuńczych (obejmujących pielęgnację wspierającą proces leczenia, rehabilitację i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub zaleceniami specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii, świadczonych przez specjalistów, np. pielęgniarki, rehabilitantów, fizjoterapeutów) w domu osoby niesamodzielnej. Natomiast Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) zapewnia wsparcie instytucjonalne w Zakładach Opiekuńczo-Leczniczych (ZOL), Zakładach Pielęgnacyjno-Opiekuńczych (ZPO), w hospicjach i w poradniach, w szpitalach oraz opiekę pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), pielęgniarską długoterminową opiekę lub opiekę nad pacjentem wentylowanym mechanicznie.

Opieka pielęgniarki POZ w domu

Gdy osoba chora przebywa w szpitalu i zachodzi prawdopodobieństwo, iż będzie wymagała opieki, warto jak najszybciej udać się do pielęgniarki POZ. Po rozpoznaniu problemu pielęgniarka wskaże możliwości korzystania ze świadczeń medycznych w ramach NFZ. Jeśli chory będzie wymagał usług opiekuńczych, wskaże kontakt do pracownika socjalnego, który z kolei zaproponuje możliwości w tym obszarze. Pomoc pielęgniarki POZ w domu, jest świadczeniem bezpłatnym, finansowanym przez NFZ, a częstotliwość i czas wizyt ustalane są indywidualnie dla chorego po wizycie wstępnej. Warunkiem niezbędnym do korzystania z tego rodzaju pomocy jest złożenie deklaracji o wyborze pielęgniarki POZ (np. w wybranej przez siebie przychodni) i poinformowanie o konieczności wizyt (telefonicznie lub za pomocą wizyty opiekuna osoby starszej w gabinecie pielęgniarki). Ta forma opieki przysługuje osobom chorym, które ze względu na istniejące problemy zdrowotne (stany poszpitalne lub schorzenia przewlekłe) wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarskich, nie są objęte świadczeniami opieki długoterminowej re-

alizowanej stacjonarnie. Pielęgniarka świadczy opiekę od poniedziałku do piątku w godzinach pomiędzy 8.00 a 18.00, tzn. odbywa wizyty domowe u podopiecznych (z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy). W przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia chorego, świadczenie pielęgniarki POZ jest udzielane w dniu zgłoszenia, w pozostałych przypadkach świadczenia są udzielane w terminie uzgodnionym ze świadczeniobiorcą, na podstawie zlecenia lekarskiego lub skierowania.

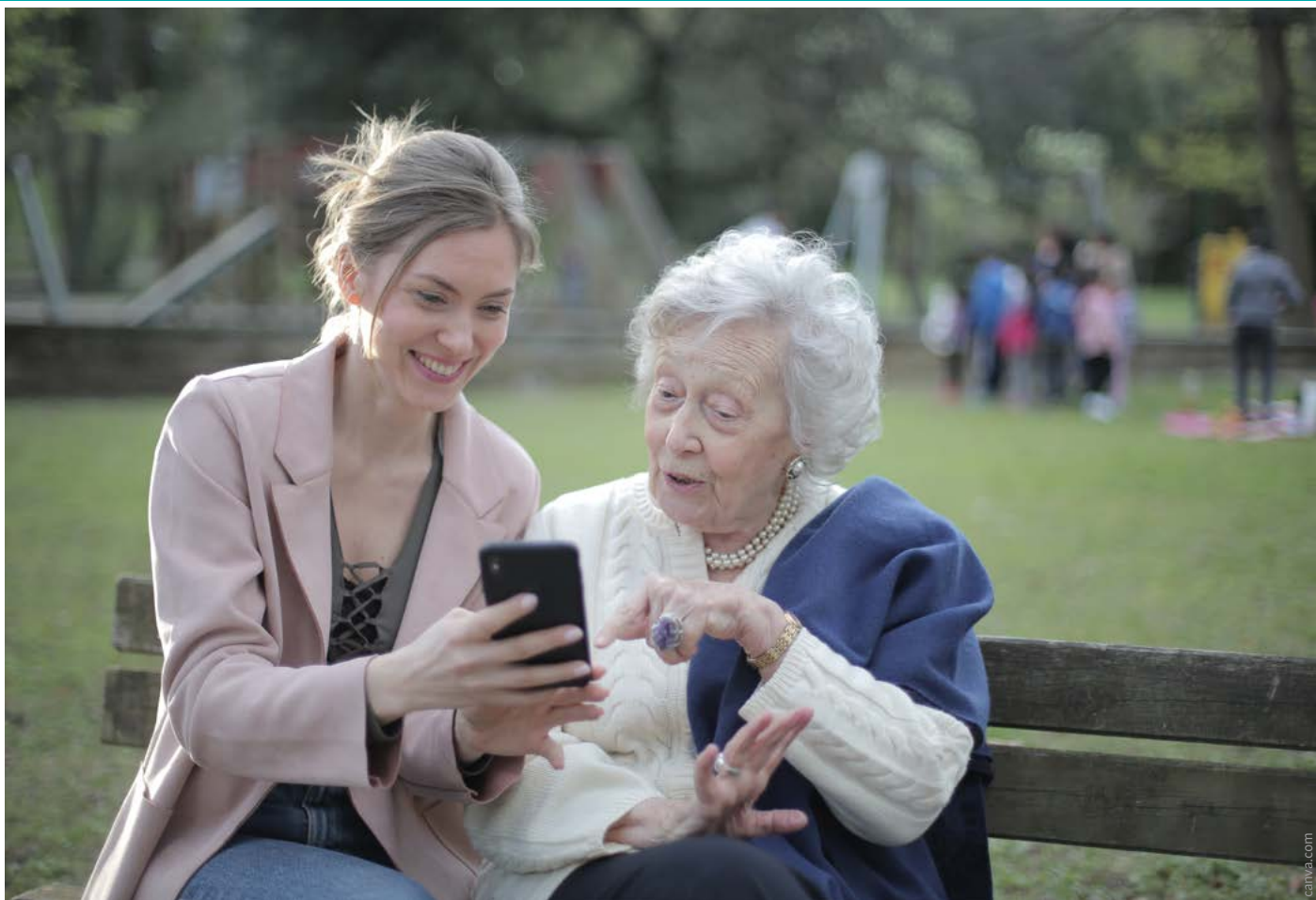
Opieka pielęgniarska długoterminowa domowa

O opiekę pielęgniarską długoterminową w domu w ramach NFZ mogą ubiegać się pacjenci niezdolni do samoopieki i samopielęgnacji, niewymagający leczenia szpitalnego, przewlekle chorzy czy unieruchomieni z powodu choroby bądź urazu, w zależności m.in. od stanu zdrowia, towarzyszących chorób czy rodzaju niepełnosprawności. Kryterium jest również międzynarodowa skala Barthel (od 0 do 40 punktów) – do oceny sprawności chorego, pozwalająca na ocenę zapotrzebowania na pomoc: pacjent całkowicie niesamodzielny (0-20 punktów), pacjent potrzebujący pomocy innych (20-80 punktów), pacjent mogący funkcjonować samodzielnie przy niewielkiej pomocy (80-100 punktów). Do tego typu opieki nie kwalifikują się osoby w ostrej fazie choroby psychicznej, uzależnione, w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej.

Opieka pielęgniarska długoterminowa udzielana jest na podstawie skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub ze szpitala oraz na podstawie kwalifikacji pielęgniarki. Czas poświęcony na pomoc może być różny i zależy od stanu zdrowia podopiecznego. Opieka taka obejmuje wizyty pielęgniarek w domu cztery razy w tygodniu, od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00, bez weekendów, zwykle ogranicza się do stosowania określonych procedur medycznych, np. zmiany opatrunku na ranie odleżynowej, leczenia ran przewlekłych, intensywnej pielęgnacji. W medycznie uzasadnionych przypadkach tego typu usługi mogą być dostępne w soboty oraz dni ustawowo wolne od pracy. Okres objęcia opieką jest uzależniony od stanu zdrowia danej osoby, jej oceny w skali Barthel – przekroczenie limitu 40 punktów podczas oceny kontrolnej powoduje brak kwalifikacji do dalszej opieki. ■

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 24.09.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Dz.U. z 2016 r., poz. 86 ze zm.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Dz.U. z 2015 r., poz. 1658.



Organizacja opieki nad osobami niesamodzielnymi – pomoc opiekuńcza domowa

Rodzina rzadko kiedy jest w stanie sama zająć się osobą niesamodzielną, przewlekle chorą, dlatego bardzo przydatna staje się pomoc Miejskiego/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej (MOPS/GOPS) poprzez **wykwalifikowanego opiekuna/wykwalifikowaną opiekunkę osoby starszej/opiekuna medycznego/opiekunki medycznej, asystenta osoby starszej/asystenta domowego**, udzielających pomocy środowiskowej/usług opiekuńczych w domu.

Asystent domowy ma pomagać osobom jeszcze w miarę samodzielnymi i zdrowymi, które potrzebują wsparcia przy sprzątnięciu, gotowaniu, ubieraniu, robieniu zakupów, realizacji recept czy wyjściu do miasta. Nie musi mieć skończonych specjalistycznych kursów, chociaż cenią się doświadczenie w opiece domowej, np. praktyka w MOPS-ie. Ważnym atutem jest posiadanie prawa jazdy i samochodu.

Opiekun medyczny, formalnie jest to zawód, który zdobywa się po ukończeniu rocznego studium, zdaniu egzaminu państwowego i otrzymaniu certyfikatu. Jednak osób mających taki dokument jest wciąż niewiele, dlatego sporo firm honoruje świadectwa ukończenia dwumiesięcznych kursów

opiekuńczych, organizowanych np. przez PCK. Ważniejsze od certyfikatu jest doświadczenie, czyli przynajmniej roczna praktyka opiekuńcza w MOPS-ie lub PCK. Opiekun medyczny powinien umieć zrobić wszystko to, co asystent domowy, a dodatkowo wykąpać podopiecznego, zmienić pieluchomajtki, prowadzić profilaktykę przeciwoleżynową, podać lekarstwa, ocenić stan zdrowia i przekazać informacje lekarzowi. Z zatrudnieniem asystenta domowego lub opiekuna medycznego, zwykle należy łączyć zatrudnienie pielęgniarki, jeśli stan zdrowia podopiecznego ulega znacznemu pogorszeniu i wymaga stałego, profesjonalnego monitorowania i wykonywania czynności czysto medycznych.

Zakres pomocy opiekuńczej domowej

Pracownik socjalny podczas wywiadu środowiskowego oceniającego sytuację rodzinną, materialną oraz zdrowotną osoby niesamodzielnej przydziela opiekę domową (niestety tylko w godzinach dziennych). Aby ubiegać się o tego typu pomoc potrzebne jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu. W zakres **usług opiekuńczych** mogą wchodzić usługi higieniczne, tj. mycie, czesanie, kąpanie, golenie, ubieranie, zmiana pieluchomajtek, profilaktyka przeciwoleżynowa, pomiary ciśnienia tętniczego, glukozy, utrzymanie w czystości najbliższego otoczenia osoby niesamodzielnej, przygotowanie i podawanie posiłków, robienie zakupów, realizacja recept, opłata rachunków, spędzanie wolnego czasu, wyjście na spacer, pomoc w prawidłowym przyjmowaniu leków i umawianie wizyt lekarskich, a także pomoc i wsparcie logistyczne, np. dojazd na umówioną wizytę lekarską. W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi pomoc polega na uczeniu i pomaganiu w samodzielnym funkcjonowaniu. W zależności od dochodu, usługi takie świadczone są nieodpłatnie lub odpłatnie. Ustawa o pomocy społecznej wskazuje, że pomoc w formie usług opiekuńczych przysługuje osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby, niepełnosprawności lub innej przyczyny wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione. Usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobom, które wymagają pomocy innych osób, a rodzina nie może takiej pomocy zapewnić. Usługi świadczone są w mieszkaniu osoby, która potrzebuje pomocy lub w ośrodkach wsparcia, takich jak środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, dzienne domy pomocy. Usługi opiekuńcze dedykowane są osobom przewlekle chorym, niesamodzielnym, przebywającym w domu, wymagającym niewielkiej pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb oraz/lub czynności dnia codziennego.

Podmiot właściwy do ustalenia prawa do usług opiekuńczych

O pomoc w formie usług opiekuńczych, także specjalistycznych usług opiekuńczych, należy zwrócić się do pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej (Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej, MOPS/GOPS) właściwego dla miejsca zamieszkania. Nie zawsze konieczna jest wizyta w ośrodku. Można skontaktować się telefonicznie lub wysłać list. Nie jest konieczne skierowanie od lekarza, choć mile widziane jest zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, uzasadniające korzystanie z usług opiekuńczych i zalecaną przez lekarza pielęgnację. Po zgłoszeniu,

w przeciągu 14 dni roboczych, pracownik socjalny z MOPS/GOPS odwiedza osobę oczekującą pomocy w jej mieszkaniu i przeprowadza tzw. rodzinny wywiad środowiskowy, którego celem jest ocena sytuacji życiowej podopiecznego. Od wyników wywiadu zależy m.in. ustalenie wysokości odpłatności za usługi. Ośrodek pomocy społecznej w ciągu 30 dni od otrzymania zgłoszenia zapotrzebowania na usługi wydaje decyzję administracyjną o przyznaniu bądź odmowie tej formy pomocy.

Odpłatność za usługi opiekuńcze

Usługi opiekuńcze MOPS/GOPS są płatne, wg ustalonych stawek godzinowych w zależności od dochodu danej osoby/rodziny. Wizyty odbywają się od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 15.00, ilość godzin opieki jest ustalana indywidualnie. Okres oczekiwania na objęcie usługami opiekuńczymi wynosi zwykle od kilku do kilkunastu dni.

Zwolnienia z opłat za usługi opiekuńcze

Zwolnienie częściowe lub całkowite z odpłatności jest traktowane przez MOPS/GOPS uznaniowo (każda sprawa rozpatrywana jest indywidualnie). Sprawa jest przedmiotem postępowania administracyjnego kończącego się decyzją administracyjną, od której przysługuje prawo wniesienia odwołania. Organem odwoławczym w omawianych sprawach jest Samorządowe Kolegium Odwoławcze.

Usługi opiekuńcze sprawowane przez wolontariuszy

Można skorzystać z pomocy opiekuńczej darmowej zapewnianej przez wolontariuszy organizacji społecznych, kościelnych (Caritas), fundacji czy zasiłku pielęgnacyjnego.

Usługi opiekuńcze prywatne

Usługi opiekuńcze oferowane są także przez profesjonalne firmy prywatne. Udzielane są na godziny, w ciągu dnia, na całą dobę z zamieszkaniem opiekuna. Zakres opieki świadczonej, jak i jej koszty, są bardzo zróżnicowane. Zawierane z firmami umowy pozwalają uniknąć zatrudnienia przypadkowych osób, dają możliwość składania reklamacji i skarg. Dla przykładu godzina pracy asystenta domowego wynosi od 16 zł, pakiet trzech godzinnych wizyt tygodniowo przez opiekuna przez 4 tygodnie – około 470 zł, wizyta pielęgniarki 20-100 zł, opieka całodobowa z zamieszkaniem 3-4 tys. zł na miesiąc. ■

*Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Dz. U.2019.1507
<http://dziennikustaw.gov.pl/du/2019/1507/1>*

Organizacja opieki nad osobami niesamodzielnymi – opieka instytucjonalna

Czasem zdarzają się sytuacje, w których nie ma możliwości zapewnienia choremu opieki w domu lub opieka jest niewystarczająca. Wyjściem z takiej sytuacji jest możliwość skorzystania z placówki stacjonarnej zapewniającej całodobową opiekę i pielęgnację.

Wyróżnia się kilka typów tego rodzaju placówek, są to:

- ▶ zakłady opiekuńcze i hospicja – świadczące usługi medyczne, gdzie źródłem finansowania jest NFZ,
- ▶ domy pomocy społecznej – świadczące głównie usługi opiekuńcze, gdzie głównym źródłem finansowania jest Pomoc Społeczna.

Zakłady Pielęgnacyjno-Opiekuńcze (ZPO) i Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze (ZOL)

Zakłady Pielęgnacyjno-Opiekuńcze (ZPO) lub **Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze (ZOL)**, dalej nazwane zakładami opiekuńczymi, są placówkami ochrony zdrowia, pełniącymi podobne funkcje. Zapewniają całodobową opiekę i pielęgnację, rehabilitację oraz kontynuację leczenia dla osób niewymagających pobytu w szpitalu, a ze względu na stan zdrowia i niepełnosprawność fizyczną, brak samodzielności w samoopiece, wymagają świadczeń pielęgnacyjnych. Do zakładu **może zostać przyjęta** osoba przewlekle chora, która w skali Barthel otrzymała 40 punktów i mniej. Istnieją zakłady przystosowane do opieki nad osobami przewlekle chorymi somatycznie i osobami chorymi psychicznie. **Nie może zostać przyjęta** osoba w zaawansowanej chorobie nowotworowej, chorobie psychicznej lub uzależniona.

Kryterium przyjęcia do zakładu opiekuńczego jest skierowanie, zaświadczenie lekarskie, pielęgniarzkie i ocena w tzw. skali Barthel. Dokumenty wypełnia pielęgniarzka, lekarz POZ, jeśli osoba przebywa w domu lub pielęgniarzka, lekarz w szpitalu, jeśli chory przebywa w szpitalu. **Wskazaniem do skierowania osoby do zakładu opiekuńczego**, jest wyłącznie stan zdrowia chorego, a nie sytuacja zawodowa, osobista czy zdrowotna pozostałych członków rodziny. Długość pobytu jest uzależniona od stanu zdrowia chorego, poziomu samodzielności, których oceny dokonuje lekarz i pielęgniarzka na koniec każdego miesiąca. Świadczenia zdrowotne w tego typu placówce są finansowane ze środków NFZ, pacjent ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania w wysokości 70% swojego dochodu rozumianego w myśl przepisów o pomocy społecznej. Konieczne jest udokumentowanie wysokości dochodu na podstawie decyzji o waloryzacji renty lub emerytury, decyzji o przyznaniu zasiłku stałego, zaświadczenia o wysokości zasiłku chorobowego. Okres oczekiwania na miejsce może się wahać od kilku tygodni do kilku miesięcy, co związane jest z niewielką liczbą miejsc w tego typu placówkach w stosunku do potrzeb.

Domy Pomocy Społecznej i Dienne Domy Pomocy Społecznej

Domy Pomocy Społecznej (DPS) świadczą całodobowo usługi opiekuńcze, zapewniają wyżywienie, mieszkanie, odzież oraz pomagają w załatwianiu codziennych spraw. Są przeznaczone

dla osób wymagających całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogących samodzielnie funkcjonować w życiu codziennym, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych. W przypadku kierowania osoby do DPS ocenia się całokształt sytuacji osoby lub rodziny, a więc także sytuację osobistą, zawodową, materialną. Skierowanie takie może być na czas określony lub na stałe. Można wybierać pomiędzy domami dla osób starszych, przewlekle chorych somatycznie lub przewlekle chorych psychicznie. Chcąc powierzyć opiekę nad bliskim opiekunom w DPS, należy zwrócić się do pracownika socjalnego w Miejskim/Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej funkcjonującym najbliżej miejsca zamieszkania. Odpłatność za pobyt w DPS, ustaloną na poziomie kosztów rzeczywistych, ponosi osoba kierowana do placówki, osoby zobowiązane do alimentacji i/lub gmina.

Możliwa jest również pomoc społeczna półstacjonarna realizowana w **Dziennym Domu Pomocy Społecznej**, poprzez całodzienne zajęcia, tj. kulturalne, rehabilitacyjne, rozmowy i porady psychoterapeutyczne oraz posiłki.

Ośrodek pomocy społecznej może zapewnić osobom niepełnosprawnym dofinansowanie do uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych, likwidacji barier architektonicznych (np. remont łazienki, budowa podjazdu dla wózka inwalidzkiego) czy zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne.

Hospicja

Pacjentowi przewlekle i nieuleczalnie choremu zapewnia się opiekę paliatywną całodobową (łagodzenie bólu, cierpienie psychicznych, duchowych, socjalnych chorego w końcowym okresie życia). Pacjent trafia do hospicjum na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub innej placówki specjalistycznej – z poradni lub oddziału szpitalnego. Czas oczekiwania wynosi do kilku dni. ■

W celu uzyskania dokładniejszych informacji warto zapoznać się z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z 2012 r., poz. 731) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147 z późn. zm.)

Opieka wytchnieniowa dla opiekunów rodzinnych/niefORMALNYCH

„Bardzo nam zależało na tym, żeby zapewnić wsparcie opiekunom, żeby mogli choć chwilę odpocząć, mając świadomość, że ich najbliższa osoba jest bezpieczna i ma zapewnioną fachową opiekę”.

Elżbieta Rafalska, 2019

Według szacunkowych danych, w Polsce możemy mówić o milionach opiekunów niefORMALNYCH/rodzinnych/faktycznych, jest ich co najmniej tyle samo, co osób niesamodzielnych, wymagających stałej opieki. Rodzinni opiekunowie samotnie, często przez wiele lat zmagają się z chorobą bliskich i własną bezradnością. Wykonują tytaniczną pracę, ich wysiłek można nazwać heroicznym. Pełnią istotną, a jednocześnie nie w pełni docenianą rolę. Ważni są nie tylko dla swoich bliskich, ale także dla systemu opieki zdrowotnej i społecznej, bowiem uzupełniają działania zawodowych opiekunów. Wielu „cichych opiekunów-bohaterów”, nie istnieje w systemie. Ich podopieczni nie mają orzeczenia o niepełnosprawności, nie dostają więc świadczeń ani systemowego wsparcia. Brakuje im odpoczynku, wsparcia informacyjnego, finansowego i medycznego, a także opieki wyręczającej. Nie mają czasu na rozwijanie swoich pasji, hobby, wyjazd na wakacje, wizytę u lekarza. Czują zmęczenie i wypalenie. Czasem muszą zrezygnować z pracy zawodowej, co powoduje, że mają problemy finansowe. Narażają się na konflikty z najbliższymi. Wielu z nich zmuszonych jest dzielić czas między opieką nad bliskim a obowiązkami zawodowymi, rodzinnymi, a doba ma tylko 24 godziny. Rzadko mówi się o ich prawie do pomocy i wypoczynku, o tym, że potrzebują różnych form wsparcia, w tym również instytucjonalnego, oraz nowych rozwiązań. Wydaje się, że pomysłem wartym zainteresowania w ramach świadczenia opieki zintegrowanej dla rodzin, które koncentrują całą swą uwagę na podopiecznym i chcą opiekować się swoim bliskim w domu, jest zapewnienie opieki wytchnieniowej.



wytchnieniowa” adresowany jest **do gmin i powiatów**, które mogą składać wnioski bezpośrednio u właściwego wojewody. Zakłada on bowiem finansowe wsparcie samorządów, poprzez zwrot nawet 80% kosztów poniesionych na realizację zadań Programu.

Cel opieki wytchnieniowej

Celem wprowadzenia programu „Opieka wytchnieniowa” jest przede wszystkim **nagrodzenie opiekunów osób niepełnosprawnych prawem do zyskania należytego wypoczynku**. Mowa o przerwie od wykonywania obowiązków wynikających ze sprawowania opieki nad inwalidą. Program ma za zadanie ułatwić rodzinie połączenie sprawowania opieki z innymi obowiązkami. Rząd postanowił umożliwić opiekunom skorzystanie z wolnego, organizując i optacając na ten czas opiekę nad niepełnosprawnymi. Członkowie rodzin lub opiekunowie sprawujący bezpośrednią opiekę nad inwalidami wymagają wsparcia w postaci doraźnej przerwy od wykonywania zadań. Chodzi zarówno o ich **zdrowie psychiczne, jak i fizyczne**, a co więcej – o szansę na podniesienie własnych umiejętności i wiedzy w zakresie opieki nad niepełnosprawnymi.

Co to jest opieka wytchnieniowa?

Jaka jest misja programu „Opieka wytchnieniowa”?

Resort polityki społecznej ogłosił otwarcie kolejnej edycji programu „Opieka wytchnieniowa 2020”. To drugi z programów, po usługach opiekuńczych dla osób niepełnosprawnych, finansowanych ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych. Dzięki programowi opiekunowie rodzinni/niefORMALNI mogą liczyć na przyznanie kilkunastu dni należytego wypoczynku/wytchnienia za czas sprawowania opieki nad swoim bliskim, a także na możliwość skorzystania z usług specjalistycznych, w tym psychologicznych. Z programu skorzystać mogą przede wszystkim **opiekunowie i członkowie rodzin sprawujący bezpośrednią opiekę nad dziećmi lub osobami niepełnosprawnymi. Program skierowany jest przede wszystkim do opiekunów dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności**. Od strony czysto technicznej program „Opieka

Opieka wytchnieniowa – moduły/formy

Pierwszy moduł Programu dotyczy opieki nad niepełnosprawnym udzielanej w formie **pobytu dziennego**. Z tego modułu skorzystać będą mogli ci opiekunowie, którzy nie korzystają z innych form usług w miejscu zamieszkania podopiecznego (w tym w ośrodkach wsparcia i w domu pomocy społecznej). Moduł drugi polega na rozszerzeniu usług opiekuńczych do formy **pobytu całodobowego**, tzw. „opieki zastępczej”, „odciążeniowej”, „wyręczającej”. Dzięki tej formie wsparcia podopieczny będzie mógł pozostać okresowo w ośrodku wsparcia posiadającym miejsce całodobowego pobytu lub w mieszkaniu chronionym, pozwalając tym samym opiekunowi na należyte wytchnienie od pracy, dając mu tzw. „urlop od opieki” w razie potrzeby odpoczynku czy też okresowej niemożności sprawowania pieczy. Co do zasady, rekomenduje się organizowanie opieki/pobytów dwutygodniowych, przy czym zgodnie z zasadą indywidualizacji wsparcia, każdorazowo winna być rozpatrywana konkretna sytuacja opiekuńcza. Z kolei Moduł trzeci pozwala opiekunowi na skorzystanie z **usług poradnictwa specjalistycznego**

(w tym oczywiście psychologicznego i terapeutycznego) oraz z **możliwości nauki** w zakresie pielęgnacji, rehabilitacji i diety podopiecznego. W 2020 r. w ramach programu przysługuje: 240 godzin opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu dziennego; 14 dni opieki wytchnieniowej świadczonej w ramach pobytu całodobowego; 40 godzin opieki wytchnieniowej świadczonej poprzez możliwość skorzystania ze specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki. Do tej pory było to łącznie 240 godzin na opiekę świadczoną w ramach pobytu dziennego oraz specjalistycznego poradnictwa i wsparcia w zakresie nauki m.in. pielęgnacji czy dietetyki. ■

Źródła:

<https://www.gov.pl/web/rodzina/nabor-wnioskow-w-ramach-programu-opieka-wytchnieniowa-edycja-2019>

<https://www.gov.pl/web/rodzina/wytchnienie-dla-opiekunow-nowy-program-z-podpisem-minister-rodziny>

W ramach projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” przy ulicy Wielickiej 267, realizowane są usługi uzupełniające do usług wytchnieniowych, w postaci Diennej Placówki Opieki i Aktywizacji Osób Niesamodzielnymi, Menadżera opieki, Grup wsparcia/samopomocy. Między innymi polegają one na świadczeniach opiekuńczych, aktywizujących, udzielaniu informacji, edukacji, wsparciu i poradnictwie, zarówno dla podopiecznych, jak i ich rodzin. Działania wspomagające rodzinę osoby starszej, niesamodzielnej mają wymiar indywidualny i polegają na współpracy z rodziną w zakresie rozwiązywania problemów podopiecznych, wskazywaniu rozwiązań mających na celu poprawę funkcjonowania podopiecznego, np. wskazywaniu instytucji zajmujących się problematyką będącą źródłem trudności, udzielaniu wsparcia w zachowaniu więzi rodzinnych i nawiązywaniu kontaktów z współuczestnikami, przeprowadzaniu rozmów wspierających, udzielaniu wskazówek i informacji pomagających opiekunom rodzinnym w opiece nad bliskim. Miejskie Centrum Opieki (MCO), w ramach realizacji usług wspomagających, udziela wsparcia psychologicznego oraz wskazuje uczestnikom i ich rodzinom możliwości spędzania czasu wolnego poza placówką, w tym motywuje ich do podjęcia aktywności i uczestnictwa w zajęciach, imprezach organizowanych poza placówką.

W nowym projekcie „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” (planowana realizacja od 1 lipca 2021 r. do 30 czerwca 2023 r.), który stanowić będzie kontynuację obecnie realizowanego przedsięwzięcia, przewidziano wprowadzenie zupełnie nowych usług. Będą to usługi „odciążeniowe”/„wytchnieniowe”/„opieki zastępczej” dla opiekunów nieformalnych. Polegać one będą na czasowym całodobowym przebywaniu osoby niesamodzielnej pod profesjonalną opieką w przypadku okresowego braku możliwości sprawowania opieki przez jej opiekuna nieformalnego lub potrzeby odpoczynku opiekuna. Wynikają one z braku wsparcia i przeciążenia opiekuna związanego z opieką nad osobą niesamodzielną, towarzyszącego mu stresu emocjonalnego i strachu, powodującego problemy zdrowotne, np. stany depresyjne, bezsenność, zanie-

dbywanie własnego zdrowia. Odciążenie opiekuna w codziennych obowiązkach, umożliwienie mu czasowego wytchnienia od sprawowania opieki, poprzez zorganizowanie podopiecznemu całodobowej opieki, znacząco poprawi jego sytuację, niwelując ryzyko wykluczenia społecznego. Głównym celem usług wytchnieniowych będzie zapewnienie osobie niesamodzielnej opieki i nadzoru, dając opiekunowi tzw. „urlop od opieki” w razie potrzeby odpoczynku czy też okresowej niemożności sprawowania pieczy. Jest to rozwiązanie dedykowane tym opiekunom, którzy z różnych przyczyn nie mogą zająć się bliską osobą lub które są zmuszone wyjechać na jakiś czas i nie mogą zostawić bliskiej osoby bez opieki. Usługa taka będzie realizowana przez: czterech opiekunów i cztery pielęgniarki (pracujące na pełny etat w systemie 12-godzinny), którzy zapewnią podopiecznym opiekę całodobową, w ramach której zawsze dostępny będzie jednocześnie jeden opiekun i jedna pielęgniarka oraz jeden fizjoterapeuta, który zapewni podopiecznemu rehabilitację fizyczną i usprawnienie zaburzonych funkcji organizmu.

Średni czas objęcia usługą wynosić będzie nieprzerwanie od 2 do 4 tygodni, przy czym zgodnie z zasadą indywidualizacji wsparcia, każdorazowo będzie rozpatrywana konkretna sytuacja opiekuńcza. Na potrzeby podopiecznych wydzielona zostanie część wyremontowanego w 2020 r. pawilonu MCO przy ulicy Wielickiej 267. Podopieczni będą mieli do dyspozycji trzy 2-osobowe i dwa 1-osobowe pokoje pacjentów, łazienki przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, pokój jadalno-wypoczynkowy, pokój socjalny, dostęp do kuchni. Pokoje wyposażone będą w niezbędny sprzęt: łóżka medyczne, sofy, fotele, stoliki, szafy. Jednocześnie warunki pobytu będą przypominać pobyt domowy. Dodatkowo podopieczni będą mieli możliwość korzystania z pełnego zaplecza rehabilitacyjnego znajdującego się w pawilonie, w którym będą przebywać. Zagwarantowany zostanie im niezbędny sprzęt medyczny, pielęgnacyjny, rehabilitacyjny. Zapewniona zostanie możliwość korzystania z organizacji czasu wolnego, spacerów, zaplecza do prowadzenia terapii zajęciowej, przebywania w ogrodzie sensorycznym.

Opracowano na podstawie wieloletniej pracy w różnych obszarach opieki nad chorymi, dostępnych publikacji zwartych, on-line oraz opinii ekspertów



Opieka przez różne formy aktywności w trosce o podopiecznych niesamodzielnych

Placówki zapewniające dzienną opiekę i aktywizację osób niesamodzielnych, niesprawnych, starszych, seniorów uwzględniają ich stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości, a także prawa człowieka, w tym w szczególności prawo do godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa.

Wachlarz usług obligatoryjnie obejmuje usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne, usługi aktywizująco-usprawniające oraz usługi wspomagające dla podopiecznych, jak również usługi dla opiekunów rodzinnych.

W artykule skupiono się na usługach aktywizująco-usprawniających. **Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji (PDOA), Dienne Domy Opieki Medycznej (DDOM), Miejskie Dienne Domy Pomocy Społecznej (MDDPS), Centra Aktywności Seniora (CAS), Kluby Aktywizacyjne (KA)** zapewniają m.in. organizację czasu wolnego, udział w zajęciach terapeutycznych, udział w zajęciach podnoszących sprawność i aktywizujących do uczestnictwa w życiu społecznym. Działalność w zakresie usług aktywizująco-usprawniających jest wielokierunkowa, ma prowadzić do usprawnienia psychicznego i fizycznego uczestnika. Zajęcia w placówkach odbywają się

w formie: 1. indywidualnej pracy terapeutycznej, podczas której uczestnik wykonuje zadania przygotowane specjalnie dla niego (forma przede wszystkim dla uczestników wymagających specyficznych oddziaływań z uwagi na stan psychofizyczny np. po przebytych udarach, z chorobą Alzheimera); 2. zajęć grupowych, podczas których wszyscy uczestnicy lub ich grupa poddawani są takim samym oddziaływaniom lub wykonują te same zadania.

W Placówce Diennej Opieki i Aktywizacji Osób Niesamodzielnych przy ulicy Wielickiej 267 do aktywizacji i usprawniania uczestników wykorzystywane są np. następujące formy terapii zajęciowej i ruchowej:

- ▶ **arteterapia** – zajęcia mające na celu usprawnienie manualne (np. klejenie, rysowanie, nawijanie włóczki), usprawnienie koordynacji wzrokowo-ruchowej (np. wyszywanie, robótki ręczne), pobudzenie zainteresowań

i zagospodarowanie czasu wolnego (np. zajęcia z wykorzystaniem różnych sztuk i technik plastycznych m.in. malarstwo, tkactwo, prace z masą solną, decoupage, kolaż, papieroplastyka, ceramika, rękodzieło, pracownia krawiecka).

- ▶ **muzykoterapia** – terapia polegająca na wykorzystaniu muzyki lub jej elementów do celów terapeutycznych, np. zajęcia relaksacyjne, rytmiczne, emisja głosu, nauka piosenek, zajęcia z wykorzystaniem instrumentów, słuchanie muzyki połączone z dyskusją na temat jej treści i przekazu. Zajęcia muzykoterapeutyczne pozytywnie wpływają na nastrój, stan emocjonalny, zaburzenia zachowania oraz interakcje społeczne uczestników, uczą relaksacji wiążącej się z obniżeniem napięcia mięśniowego, prowadzą do poprawy wydolności oddechowo-krążeniowej, psychicznej i ruchowej uczestników.
- ▶ **biblioterapia** – terapia z wykorzystaniem książek, publikacji literackich, poezji, ale również bieżącej prasy. Zajęcia odbywają się poprzez głośne czytanie powieści, prasy i dyskusje na temat wysłuchanej treści. Celem tego oddziaływania terapeutycznego jest poprawa pamięci, rozwijanie zainteresowań uczestników, wyrabianie nowego spojrzenia na świat, przeżywania i zachowania.
- ▶ **choreoterapia** – terapia za pomocą tańca i ruchu. Prowadzenie zajęć odbywa się między innymi poprzez tańce i zabawy ruchowe. Celem zajęć jest wzrost sprawności fizycznej i ruchowej, ćwiczenie poczucia rytmu i harmonii, wzrost poczucia własnej wartości i pewności siebie, stworzenie możliwości do odreagowania napięcia i stresu.
- ▶ **terapia kulinarna** – zajęcia, podczas których uczestnicy wspólnie przygotowują potrawy (np. dania ciepłe, sałatki, ciasta) i wspólnie degustują. Celem tych zajęć jest propagowanie zdrowego odżywiania wśród seniorów, zmiana złych nawyków żywieniowych, przedstawienie ciekawych i smacznych propozycji żywienia, a także stworzenie możliwości do współpracy w grupie, wzmocnienia więzi.
- ▶ **terapia reminiscencyjna** – terapia polegająca na odwoływaniu się do przeżyć z przeszłości. Terapia ta poza oddziaływaniem na procesy poznawcze, wpływa również na poprawę pamięci, nastrojów, usprawnienie zdolności komunikacji, zarówno werbalnej, jak i niewerbalnej.
- ▶ **terapia informatyczna** – celem zajęć jest pobudzenie zainteresowania osób starszych komputerem, nabycie umiejętności korzystania z internetu oraz zaznajomienie

nie z możliwościami, jakie dają nowoczesne nośniki informacji. Zajęcia te pozwalają na eliminowanie wykluczenia cyfrowego osób starszych, jednocześnie dając im możliwość ciągłego dokształcania się.

- ▶ **terapia rozrywkowa** – zajęcia z wykorzystaniem gier stolikowych (np. warcaby, karty, scrable), gier logicznych (np. rebusy, kalambury), gier zręcznościowych (rzuty do tarczy, bierki), zabaw ruchowych (np. rzutki, bule, ćwiczenia z piłką, rzucanie do celu woreczkami). Celem zajęć jest usprawnienie ogólnych zdolności intelektualnych i sprawności ruchowej uczestników oraz wywołanie pozytywnych stanów emocjonalnych.
- ▶ **ergoterapia** – terapia, która wykorzystuje terapeutyczną funkcję pracy i ruchu. Ta forma umożliwia zainteresowanym realizowanie się w zakresie wykonywania drobnych prac użytecznych na rzecz placówki (np. porządkowanie szaf z materiałami, pielienie grządek, grabienie trawy, liści w ogródku itp.) i innych uczestników. Celem ergoterapii jest zwiększenie poczucia przydatności seniorów, wzrost sprawności psychofizycznej, usprawnienie manualne oraz pogłębienie relacji interpersonalnych.
- ▶ **terapia ruchowa** – realizowana jest poprzez organizację ćwiczeń ogólnousprawniających, mających na celu poprawę kondycji fizycznej i samopoczucia uczestników. Prowadzona jest m.in. w postaci gimnastyki ogólnousprawniającej, zajęć sportowych, spacerów, marszów z kijkami, prowadzenia instruktaży ćwiczeń na sali gimnastycznej z wykorzystaniem różnego rodzaju sprzętów i urządzeń (np. bieżnie, rowerki rehabilitacyjne, rotory), organizowania ćwiczeń w ramach kinezyterapii (np. ćwiczeń oddechowych, elementów jogi i Pilatesu, ćwiczeń w odciążeniu – UGUL), ćwiczeń na urządzeniach siłowni zewnętrznej.

Dodatkowo, placówka umożliwia uczestnikom udział w imprezach integracyjnych i rekreacyjno-turystycznych. W ramach tej grupy usług placówka realizuje potrzeby kulturalne uczestników, organizuje obchody świąt, uroczystości okazjonalne wynikające z tradycji i obyczajów, zapewnia uczestnikom udział w inicjatywach wzmacniających solidarność międzypokoleniową i integrację ze środowiskiem lokalnym. ■

Opracowano na podstawie wieloletniej pracy w różnych obszarach opieki nad chorymi, dostępnych publikacji zwartych, on-line oraz opinii ekspertów



Przedłużanie samodzielności osób starszych i niepełnosprawnych w czynnościach dnia codziennego

Pogłębiająca się niesprawność ruchowa podopiecznego, np. ze stwardnieniem zanikowym bocznym (łac. *sclerosis lateralis amyotrophica* – SLA) – chorobą neurodegeneracyjną, prowadzącą do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego oraz neuronów drogi piramidowej, objawiającą się stopniowym zanikiem mięśni – zmusza do szukania rozwiązań, dzięki którym jak najdłużej może być on samodzielnym.

Często osoby wymagające opieki, ich opiekunowie nie wiedzą o dostępności i funkcjonalności wielu produktów, które ułatwiają codzienne życie. Zatem nie pytają o nie w sklepach rehabilitacyjnych, a te z kolei nie są zainteresowane ich sprzedażą. Tłumaczą to ceną, brakiem pytań o nie. Należy pamiętać, że niektóre z tych produktów są dofinansowane z NFZ, inne można wypożyczyć za darmo lub za odpłatnością, a jeszcze inne kupić jako używane.

Wśród produktów ułatwiających codzienne życie wymienić należy m.in.:

- ▶ Łóżko sterowane pilotem – ma: funkcję podnoszenia i opuszczania całego łóżka, wezgłowia lub podnóżka; barierki zabezpieczające przed upadkiem; wysięgnik (uchwyt) umożliwiający przemieszczanie się w obrębie łóżka i zmianę pozycji; drabinkę ułatwiającą siadanie; koła zapewniające dowolne przemieszczanie, wyposażone w blokadę, dające stabilność sprzętu i bezpieczeństwo pacjenta; materac piankowy, o twardości (H1-mięk-
- ki do H5-twardy), grubości 12 cm; w zaawansowanej chorobie potrzebny jest materac przeciwoślizgowy – dynamiczny, z komorami zmiennociśnieniowymi.
- ▶ Podnośnik z funkcją pionizatora – rodzaj dźwigu zasilanego bateriami, pozwala na przewożenie chorego w dowolne miejsca (np. wprost na toaletę, fotel), w pozycji stojącej lub siedzącej; obsługa jest całkowicie bezwysiłkowa; można też wykorzystać podnośniki wyposażone w specjalną podwieszkę do układania chorego w pozycji leżącej i przewozić np. wprost do wanny.
- ▶ Wózek łazienkowo-toaletowy – służy do poruszania się po mieszkaniu, gdy nogi są jeszcze na tyle sprawne, że można się odpychać, a głowa utrzymuje się w pionie i nie wymaga podpórki; umożliwia najeżdżanie na sedes i załatwienie potrzeb fizjologicznych; wygodna poduszka zakrywa siedzisko; jest bardzo zwrotny, posiada hamulce.
- ▶ Wózek inwalidzki spacerowy – ma wysokie oparcie pod głowę z trzema stopniami odchylenia, składany mieści się do samochodu, posiada hamulce dla opiekuna, pasy

bezpieczeństwa, zagłówek stabilizujący głowę, stolik terapeutyczny, podnóżki regulowane, koła przeciwwywrotne, poduszkę przeciwodleżynową.

- ▶ Fotel sterowany pilotem – służy do odpoczynku w ciągu dnia w pozycji siedzącej, leżącej, półsiedzącej; pilotem może operować podopieczny, nawet przy mało sprawnych palcach dłoni; siedzisko, oparcie, podnóżek można podnosić, opuszczać i pochylać we wszystkich kierunkach.
- ▶ Poduszka-katapult – ułatwia wstawanie z krzesła, fotela, sofy, gdy nogi podopiecznego odmawiają posłuszeństwa.
- ▶ „Agrafka” do przeciągania guzików przez dziurki – przy dużej niepełnosprawności palców zapięcie guzika jest niemożliwe, ale dzięki „agrafke” przez kilka miesięcy dłużej podopieczny może chodzić w koszuli zapinanej samodzielnie.
- ▶ Bidet elektroniczny lub nakładka myjąca na WC z funkcją bidetu – przedłużają samodzielność w codziennej higienie intymnej. Za pomocą pilota sterowanego przez podopiecznego lub opiekuna można umyć ciepłą wodą i wysuszyć ciepłym powietrzem miejsca intymne, a nawet wykonać lewatywę.
- ▶ Dźwig samochodowy – urządzenie składane, przenośne, zasilane z gniazdka zapalniczki, pasuje praktycznie do każdego typu samochodu osobowego, nie trzeba przymocowywać go do samochodu na stałe.
- ▶ Schodołaz – urządzenie podobne do robota, który chodzi po schodach, przymocowuje się go do wózka inwalidzkiego, wymaga użycia nieco siły i osoby asekurującej.
- ▶ Podciągarka prześcieradła – nawija prześcieradło u wezłowania, podsuwając jednocześnie podopiecznego do góry, przy minimalnym wysiłku opiekuna.
- ▶ SmartNaw – system, z którego może skorzystać podopieczny, gdy nie może już pisać na komputerze z wykorzystaniem klawiatury.
- ▶ Balkoniki rehabilitacyjne: 1. statyczny – bardzo stabilny, polecany osobom mającym trudności z utrzymaniem równowagi, utrzymuje w dobrej kondycji mięśnie rąk, bo przed kolejnym krokiem trzeba chodzik nieco unieść i przestawić; 2. kroczące – poruszają się zgodnie z ruchem osoby prowadzącej, wskazane dla osób niepełnosprawnych, które mają zbyt słabe ręce, by skorzystać z balkonika statycznego; 3. na kółkach – łatwe w prowadzeniu, mało stabilne, odradza się je osobom, które z trudem utrzymują równowagę, często wyposażone w torby, kosze, siedziska, które ułatwiają codzienne funkcjonowanie.

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie przy ulicy Wielickiej 267 w ramach projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” **świadczy bezpłatnie usługę wypożyczania sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego** wraz z doradztwem w zakresie jego właściwego wykorzystania. **Asortyment** wypożyczalni stanowią: łóżka medyczne, materace przeciwodleżynowe, chodziki, balkoniki wysokie ze stabilizacją przedramion, wózki inwalidzkie, koncentratory tlenu, rotory rehabilitacyjne, pionizatory statyczne, podnóżniki, laski typu trójnóg, laski typu czwórnóg. Sprzęt w ramach

usługi jest dowożony do domu osoby niesamodzielnej, wypożyczany jest na okres nawet 12 miesięcy. Więcej informacji na stronie: <https://wsparciedlaopiekuna.pl/uslugi/wypożyczalnia-sprzetu-medycznego/>

Inną formą wsparcia, która również służy przedłużaniu samodzielności osób w podeszłym wieku jest **teleopieka**, która polega na zdalnym monitorowaniu stanu zdrowia podopiecznego w warunkach domowych. Na Zachodzie powszechna, w Polsce, choć jeszcze kosztowna, cieszy się coraz większym zainteresowaniem, gdyż koszty opieki tradycyjnej też nie są małe. Pozwala na szybkie udzielenie pomocy, co z wielokrotnia szansę na powrót do samodzielnego życia. Często długie oczekiwanie na transport do szpitala, nawet jeśli nie zakończy się śmiercią, powoduje wzrost kosztów leczenia, rehabilitacji i specjalistycznej opieki. Telefon komórkowy nie jest w stanie zastąpić profesjonalnej teleopieki, np. jeśli u osoby starszej dojdzie do udaru mózgu, to nawet bez utraty świadomości, nie będzie w stanie wskazać miejsca, w które ma przyjechać karetka pogotowia, opisać swego stanu zdrowia, ani powiedzieć, jak otworzyć drzwi.

Teleopieka może mieć różne formy:

- ▶ „Przycisk życia” umieszczony w mieszkaniu, który uruchamia się, by wezwać pomoc w chwili nagłego pogorszenia stanu zdrowia. Pomocna może być „Koperta życia”, zwłaszcza służbom ratowniczym, w podjęciu adekwatnych działań ratujących zdrowie i życie, w sytuacji gdy nie ma kontaktu z pacjentem, kontakt jest utrudniony lub osoba wzywająca pomoc, nie zna przebiegu leczenia osoby potrzebującej. Koperta zawiera informacje o chorobach, przyjmowanych lekach, przebytych zabiegach, alergiach, niepełnosprawnościach oraz kontakt do osoby bliskiej. Umieszczana jest najczęściej w lodówce, którą odpowiednio oznaczamy, żeby ratownik medyczny wiedział, gdzie szukać informacji.
- ▶ Czujnik upadku noszony na ręce w formie bransoletki, który informuje o zdarzeniu niepożądanym, powiadamia rodzinę, firmę opiekuńczą, sąsiadów, którzy mają zapasowe klucze do drzwi; wdrożone zostają procedury pozwalające jak najszybciej wezwać pomoc i udzielić niezbędnych informacji lekarzom/ratownikom medycznym, jak np. o przewlekłych chorobach, alergiach. Wmontowany system monitorowania zachowań – dyskretnie obserwuje podopiecznych. Przycisk SOS i czujnik upadku powiadomi o sytuacjach alarmowych. Moduł sztucznej inteligencji automatycznie poinformuje o niebezpieczeństwie, nawet wówczas, kiedy podopieczny jest nieprzytomny. Zestaw głośnomówiący umożliwia kontakt głosowy na odległość.
- ▶ Czujniki przypominające o przyjmowaniu leków, mierzące poziom glukozy we krwi, tętno i temperaturę, zapewniające podgląd za pomocą kamer.
- ▶ Czujniki przeciwpożarowe, przeciw zalaniu wodą i przeciwcisnieniowe, zapewniające podgląd za pomocą kamer. ■

Opracowano na podstawie wieloletniej pracy w różnych obszarach opieki nad chorymi, dostępnych publikacji zwartych, on-line oraz opinii ekspertów



Obraz licencjonowany z Depositphotos.com/Drukarnia Chroma

Komunikacja z osobą z otępieniem – na co zwrócić uwagę?

Wraz z pogłębianiem się objawów otępiennych, dochodzi do stopniowego ograniczania zdolności komunikacji werbalnej chorego z otoczeniem. W zależności od rodzaju oraz głębokości deficytów, podopieczny może wielokrotnie powtarzać te same wypowiedzi, ujawniać trudności z wyrażaniem myśli, nazywaniem obiektów, zachowaniem odpowiedniej składni zdania, rozumieniem. Tego typu problemy mogą rodzić wzajemną frustrację, a w konsekwencji prowadzić do nasilenia agresji oraz zaburzeń zachowania ze strony chorego.

Co prawda nie istnieje uniwersalna recepta na skuteczną komunikację z osobami z otępieniem, niejako jednak wypracowujemy pewne rozwiązania indywidualnie dla każdego chorego, nabywając doświadczenie w roli opiekuna. Na co wówczas powinniśmy zwrócić szczególną uwagę?

Atmosfera szacunku

Wyeliminujmy dystraktory, zorganizujmy odpowiednie warunki do skutecznej komunikacji, bez hałasu i nadmiaru bodźców. W większej grupie chory może poczuć się zagubiony – jeżeli jest to możliwe, ograniczmy liczbę uczestników rozmowy, by jednocześnie tylko jedna osoba zwracała się do podopiecznego. Okażmy poszanowanie dla podmiotowości, intymności oraz przestrzeni osobistej drugiej osoby. Nawet jeżeli bliski wymaga znacznej pomocy w czynnościach samoobsługowych, zadbajmy o atmosferę bezpieczeństwa i zaufania. Większość naszych działań może być dla chorego niezrozumiała (dlaczego ktoś nagle nas rozbiera? dlaczego ktoś wchodzi z nami do łazienki?). W nawale obowiązków często pomijamy te kwestie

– bo po prostu brakuje nam czasu, chcemy coś zrobić szybciej, sprawniej. Efekt często bywa jednak odwrotny i nasz pośpiech w rezultacie może znacznie utrudnić współpracę z chorym.

Mimo że nie zawsze jesteśmy w stanie odnaleźć sens wypowiedzi chorych, nie odbierajmy im prawa do głosu, zachęcajmy ich do rozmowy, by w dalszym ciągu stymulować funkcje językowe. Podtrzymujmy kontakt i okazujmy zainteresowanie, starajmy się gwałtownie nie przerywać wypowiedzi (nawet, jeżeli słyszeliśmy historię już wielokrotnie, delikatnie zmienmy temat lub odwróćmy uwagę podopiecznego). Nie lekceważmy wypowiedzi, które początkowo wydają się bezsensowne – mogą zawierać próbę zakomunikowania jakiejś istotnej potrzeby!

Komunikaty pozawerbalne

Postawa ciała, mimika, gesty mogą wspomagać komunikat werbalny, a w przypadku znacznych zaburzeń rozumienia mowy – zastąpić go, stanowiąc główne źródło informacji na temat sytuacji, w której chory się znajduje. Spróbujmy obej-

rzyć film z wyłączoną fonią, by uświadomić sobie, jak ważną rolę odgrywa komunikacja pozawerbalna w codziennym życiu (to stąd wiemy, że „nic się nie stało” może oznaczać coś zupełnie innego!). Upewnijmy się zatem, że dzielimy wspólne pole uwagi z podopiecznym, zwróćmy jego uwagę i nawiążmy kontakt lekkim dotknięciem ramienia czy dłoni. Okażmy postawą ciała gotowość do zaangażowania w rozmowę: usiądźmy na tyle blisko, by chory nas widział, starając się utrzymać kontakt wzrokowy na wysokości twarzy rozmówcy (tak, by nad nim nie „górować”), dostosujmy mimikę, uśmiechnijmy się. Wzmacniajmy słowa odpowiednimi gestami (np. kiedy mówimy „usiądź”, jednocześnie wskażmy krzesło), udzielajmy wizualnych wskazówek, by pomóc podopiecznemu zrozumieć, czego od niego oczekujemy. Unikajmy pośpiechu, pokażmy, że zależy nam na rozmowie. Czekajmy cierpliwie na odpowiedź, ale też uważnie obserwujmy. Jeżeli chory doświadcza widocznych trudności, z którymi sobie nie radzi – w naturalny sposób podpowiedzmy słowo, wplatając je w rozmowę (a nie podkreślając problem!). Powtórzmy jeszcze raz całe zdanie z brakującym wyrazem albo zasugerujmy go („masz na myśli okulary?”).

Istotnym komponentem komunikatu werbalnego – nie tylko w przypadku osób z otępieniem – jest ton głosu, emocjonalny wydźwięk wypowiedzi oraz jej tempo. Starajmy się zatem mówić łagodnie, powoli, ale dostatecznie głośno, bez zbytecznej napastliwości (podniesiony ton może zostać zinterpretowany jako gniew). Unikajmy też nienaturalnej modulacji i zdrobnień (rozmawiamy z dorosłą osobą!).

Wzajemne komunikaty werbalne

Zwróćmy również uwagę na to, w jaki sposób budujemy komunikaty werbalne. Starajmy się używać słownictwa znanego podopiecznemu, podkreślajmy kluczowe słowa w wypowiedzi, unikajmy abstrakcyjnych sformułowań czy metafor („niedaleko pada jabłko od jabłoni” może oznaczać dla chorego po prostu, że owoc łąduje obok drzewa). Używajmy nazw i imion zamiast zaimków (np. „masz jakieś inne?” – „masz jakieś inne okulary?”), by przypomnieć istotę rozmowy. Formułujmy krótkie, proste wypowiedzi, konkretne i rzeczowe. Starajmy się umieszczać podmiot na początku zdania. Już we wczesnym stadium otępienia mogą występować problemy ze zrozumieniem wypowiedzi o wysokim stopniu złożoności syntaktycznej. Np. pytanie „jak ma na imię pani córka?” może ujawnić problem ze zrozumieniem znaczenia konstrukcji gramatycznej i chora może zapytać „która pani?”.

W miarę możliwości, powtarzajmy instrukcje lub ich najbardziej istotne części wielokrotnie, a jeżeli bliski ciągle zadaje te same pytania – spróbujmy łagodnie odwrócić jego uwagę. Gdy widzimy, że chory nie rozumie prośby, a powtórzenie zdania nie pomaga, postarajmy się je sparafrazować. Zaburzenia pamięci w otępieniu mogą powodować również trudności z podążaniem za wątkiem rozmowy. Pomocne może się okazać przypominanie tematu, zwłaszcza, jeżeli rozmowa była przerywana lub widzimy, że uwaga chorego została rozproszona.

Zaznaczmy wyraźnie, kiedy zmieniamy temat lub aktywność („kończymy obiad, idziemy do łazienki”). Sygnalizujmy powtarzające się zdarzenia i sytuacje, by ułatwić bliskiemu orientację w czasie i odnalezienie się w rytmie dnia (np. „czas na obiad”, „po obiedzie pora na spacer”). Przypominajmy, gdzie jesteście i co robimy (bez wypytywania, „sprawdzania chorego”, które może wywołać napięcie) – tego typu działania wzmacniają poczucie bezpieczeństwa. Komunikaty w pierwszej osobie liczby mnogiej w pewnych sytuacjach mogą budować poczucie wspólnoty i w rezultacie ułatwić współpracę (np. „pójdziemy razem na obiad”).

Używajmy pytań zamkniętych („zjesz kanapkę?” zamiast „co zjesz na kolację?”; „napijesz się herbaty?” zamiast „czego się napijesz?”), by nie przytłoczyć bliskiego. Prośmy o proste rozstrzygnięcia, podając dwie możliwości wyboru. Wskazanie alternatywy w drugiej części zdania czyni je łatwiejszym w odbiorze („chcesz do picia wodę czy sok?” zamiast „chcesz wodę czy sok do picia?”). Unikajmy nadmiaru pytań, na które bliski może nie znać odpowiedzi, zwłaszcza w rodzaju „czy pamiętasz...?”.

Ograniczajmy stosowanie zakazów wyrażonych wprost – typowe „nie wolno” może spotkać się z niezadowoleniem podopiecznego (bo dla czego „nie wolno mu otworzyć okna?”). Nadmierne stosowanie negacji, zakazów i rozkazów może więc wzmacniać sprzeciw i opór, a w rezultacie utrudnić współpracę. Nie sprzecyżajmy się, nie poprawiajmy chorego, a jeżeli się myli – nie wyprowadzajmy z błędu. W takich sytuacjach zastanówmy się, czemu służyć ma zwrócenie uwagi i czy nasze oczekiwania wobec bliskiego są realistyczne. Jeżeli podopieczny nalega na zrobienie czegoś, co z jakichś powodów nie może być zrealizowane, podajmy wiarygodny powód lub odłóżmy działanie na później (np. jeżeli chce wyjść sam z mieszkania, możemy zwrócić uwagę na to, że pada deszcz lub po prostu powiedzieć, że nie chcemy zostać sami).

Szczególnie trudne w opiece nad osobą z głębokimi zaburzeniami pamięci mogą być pytania, na które często nie znajdujemy odpowiedzi – np. „gdzie jest moja mama?”. Należy pamiętać, że zazwyczaj sygnalizują one niepewność oraz niepokój chorego i zwykle nie wymagają odpowiedzi wprost. W takich sytuacjach sprawdzić się może zapewnienie podopiecznego o tym, że wszystko jest w porządku i zarówno on, jak i rodzina są bezpieczni.

Zadbaj o siebie

Starajmy się zachować dystans w stosunku do tego, co możemy usłyszeć ze strony podopiecznych. Pamiętajmy, że tego typu zachowania są również objawem choroby – co może być szczególnie trudne, jeżeli relacje sprzed okresu zachorowania nie były dobre. W miarę możliwości, postarajmy się zachować poczucie humoru, które pomaga rozładować napięcie, zadbajmy o kondycję fizyczną i psychiczną. Skorzystajmy ze wsparcia społecznego (od właściwych osób!), przyjmijmy pomoc, by znaleźć czas na odpoczynek. Tylko w dobrej formie będziemy w stanie efektywnie pomóc drugiej osobie. ■

Dwanaście miesięcy realizacji projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”

Nowe wyzwania opieki długoterminowej

To człowiek jest człowiekowi najbardziej potrzebny do szczęścia
Paul Henry d’Holbach

Zmiany demograficzne i epidemiologiczne zachodzące we współczesnym świecie, wydłużenie średniej długości życia, starzenie się społeczeństw, częstsze i dłuższe zachorowania na choroby przewlekłe, stanowią jedno z największych wyzwań dla sektora opieki zdrowotnej i społecznej. Również dla osób zajmujących się profesjonalną i nieprofesjonalną/rodzinną opieką nad przewlekle chorymi, trwale niepełnosprawnymi, niesamodzielnymi, nieuleczalnie chorymi, z zaburzeniami otępiennymi oraz starszymi, zwłaszcza powyżej 80. roku życia („podwójne starzenie”, double ageing).

Przewiduje się, że w Polsce, także w Krakowie i okolicznych gminach, procentowy udział osób starszych, niesamodzielnych, w ciągu najbliższych dwudziestu lat wzrośnie znacznie bardziej niż w innych krajach rozwiniętych. Problemy opiekuńcze ma Europa, Ameryka, Australia, Afryka. Różnią nas języki, granice terytorialne, kultura, ale opieka wszędzie, także i w Polsce, jest wielkim wyzwaniem.

Według szacunkowych danych, w Polsce możemy mówić raczej o milionach opiekunów nieformalnych/rodzinnych niż tysiącach, jest ich co najmniej tyle samo, co osób niesamodzielnych, wymagających stałej opieki. Potrzebują różnych form wsparcia, w tym również instytucjonalnego. Rodzinni opiekunowie samotnie, często przez wiele lat, zmagają się z chorobą bliskich i własną bezradnością. Wykonują tytaniczną pracę, ich wysiłek można nazwać heroicznym. Pełnią istotną, a jednocześnie nie w pełni docenianą rolę. Ważni są nie tylko dla swoich bliskich, ale także dla systemu opieki zdrowotnej i społecznej, bowiem uzupełniają działania zawodowych opiekunów. Wielu „cichych opiekunów” nie istnieje w systemie. Ich podopieczni nie mają orzeczenia o niepełnosprawności, nie dostają więc świadczeń ani systemowego wsparcia. Brakuje im odpoczynku, wsparcia informacyjnego, finansowego i medycznego, a także opieki wyręczającej. Nie mają czasu na kino, teatr, wycieczkę, wizytę u lekarza czy wyjazd na wakacje. Czują zmęczenie i wypalenie. Czasem muszą zrezygnować z pracy zawodowej, co powoduje, że mają problemy finansowe. Wielu z nich zmuszonych jest dzielić czas między opieką nad bliskim a obowiązkami zawodowymi, rodzinnymi, a doba ma tylko 24 godziny.

Potrzebne są nowe rozwiązania. Dla rodzin, które koncentrują całą swą uwagę na podopiecznym i chcą opiekować się swoim bliskim w domu, zapewnienie **dziennej opieki** stanowi formę **opieki wytchnieniowej**. Ma za zadanie ułatwić rodzinie połączenie sprawowania opieki z innymi obowiązkami. Wydaje się być pomysłem wartym zainteresowania w ramach świadcze-

nia **opieki zintegrowanej**, zainwestowanie we wsparcie opieki domowej, znacznie tańszej niż instytucjonalna.

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie przy ulicy Wielickiej wyszło naprzeciw tym potrzebom. Stworzyło projekt „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” dofinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działanie 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.2 Usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa na okres od 1 lipca 2019 r. do 30 czerwca 2021 r. Jest on przykładem dobrej praktyki tworzenia świata rozumiejącego potrzeby osób niesamodzielnych oraz **próbą zmiany kultury opieki**. W okresie od lipca 2019 r. do czerwca 2020 r. objęto wsparciem niemal 300 osób, w różnych formach:

- ▶ **szkolenia opiekunów** indywidualne w domach podopiecznych lub dwudniowe grupowe odbywające się na terenie Miejskiego Centrum Opieki. Opiekunowie często nie wiedzą, jak zajmować się bliskimi. Potrzebują informacji, umiejętności praktycznych, jak komunikować się z osobą chorą; jak reagować na jej zachowania; jak pielęgnować osobę przewlekle, obłożnie chorą w domu, zadbać o jej komfort; jak wspierać podopiecznego emocjonalnie i jak być dobrym opiekunem, a przy tym zadbać o siebie, swoje zdrowie i emocje. Szkolenia dedykowane są w szczególności początkującym opiekunom, którzy z sytuacją opieki nad osobą niesamodzielną borykają się od niedawna.
- ▶ **usługa Menadżera opieki**, na którą składa się 17 wizyt w miesiącu realizowanych w domu podopiecznego przez zespół złożony z: lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, opiekuna medycznego, psychologa i pracownika socjalnego. Ta forma wsparcia polega na szeroko rozumianym doradztwie w zarządzaniu opieką nad osobą niesamodzielną. Opiekun ma prawo do pomocy i odpoczynku. Opiekun bywa nazywany pacjentem drugiego rzutu. Zaczyna chorować, kiedy umiera jego podopieczny. Trafia do szpitala, bo odzywają się dotychczas lekceważone dolegliwości. Opiekunów rodzinnych dotyka wypalenie. Wywołuje je brak pomocy w pielęgnacji podopiecznego, wsparcia emocjonalnego oraz długotrwałe zmęczenie. Czasami rodzina potrafi się zmobilizować i podzielić obowiązkami. Czasami pomagają bliskie osoby z sąsiedztwa, osiedla, parafii czy innej społeczności. Jednak im dłużej jest potrzebna opieka, tym trudniej o pomoc. Zwykle po-

zostaje jedna osoba, która ten ciężar przejmuje. Nikt nie pyta jej, jakiej potrzebuje pomocy i w jakiej formie. Próbuje szukać jej w różnych instytucjach, często bez skutku. A jeśli otrzyma, to zbyt małą. Czasami nie wie, o co się ubiegać. Dlatego też ważne jest dostarczenie informacji, jak zorganizować opiekę domową, jakie przysługują formy wsparcia finansowego dla podopiecznego i opiekuna, jakie są warunki ubiegania się o pomoc finansową.

- ▶ **grupy wsparcia/samopomocy**, to cykliczne spotkania opiekunów osób niesamodzielnych w niewielkich grupach, zarządzane przez moderatora, którym jest doświadczony psycholog. Mające na celu wymianę doświadczeń z osobami w podobnej sytuacji życiowej. Dają głównie wsparcie emocjonalne i wartościujące opiekunom. Po sesji grupowej dla zainteresowanych odbywają się spotkania indywidualne z psychologiem. Podstawową zaletą tych grup jest możliwość porozmawiania o dręczących problemach, omówienie ich z osobami, które są w podobnej sytuacji. Dobrze jest bowiem wiedzieć, jak inne rodziny radzą sobie z tymi samymi problemami i w jaki sposób je pokonują. Dzięki osobistej wymianie doświadczeń przekazać można wypróbowane praktyczne rady, które pomogą uniknąć szybkiego wyczerpania się opiekunów. Często zdarza się, że opiekunowie nie chcą się przyznać, że przecenili swoje możliwości. Inni członkowie grupy mogą im wtedy pokazać granicę ich możliwości i spowodować dostosowanie zbyt dużych oczekiwań do rzeczywistości i w ten sposób przyczynić się do uniknięcia poczucia winy. Grupy samopomocy umożliwiają wyrażenie w otwartej atmosferze poczucia winy, złości, rozczarowania. Ponadto są dla wielu opiekujących się osób jedyną możliwością poznania innych ludzi. W związku z koniecznością zapewnienia stałej opieki opiekunowie izolują się. Grupa wsparcia jest dla nich często jedyną możliwością oddalenia się np. raz w tygodniu z domu i odpoczynku. Ma za zadanie pomóc opiekunowi zaadaptować się do zmian wynikających z postępu choroby podopiecznego. Zachęca do partnerstwa w opiece nad osobami żyjącymi z chorobami przewlekłymi, do pozytywnego podejścia do opieki, do uzupełniania przez opiekunów umiejętności utraconych

w wyniku choroby podopiecznego, aktywizowania ich, a nie rozpaczania nad tym, czego nie da się już odzyskać u podopiecznego.

- ▶ **wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego** wraz z doradztwem i dowozem do domu podopiecznego.
- ▶ **konferencje edukacyjno-informacyjne** organizowane dwa razy w ramach projektu.
- ▶ **Dzienna Placówka Opieki i Aktywizacji Osób Niesamodzielnych**, w godzinach od 7.30 do 15.30, od poniedziałku do piątku, zapewnia opiekę osobom starszym, niesamodzielnym, które zmagają się z chorobami przewlekłymi, różnymi dysfunkcjami, np. ruchowymi po udarach mózgu, chorują na chorobę Alzheimera i/lub inne formy demencji, z terenu Krakowa i Wieliczki. Okres korzystania z placówki, jest zależny od tego, czy podopieczny angażuje się w proponowany szeroki wachlarz codziennych aktywności. Zespół specjalistów złożony z: pielęgniarki, fizjoterapeuty, terapeuty zajęciowego, psychologa, dietetyka i opiekuna medycznego opracowuje zindywidualizowany plan wsparcia dla każdego podopiecznego, który uwzględnia jego możliwości i potrzeby oraz jest modyfikowany na bieżąco w zależności od jego aktualnego stanu. Po comiesięcznej ocenie sprawności funkcjonalnej, zespół podejmuje decyzję o pozostaniu w placówce podopiecznego, średnio ten czas wynosi trzy miesiące. Jednocześnie z tej formy wsparcia dziennie korzysta 10-12 osób niesamodzielnych. Opieka dzienna ma poprawić funkcjonowanie psycho-fizyczne podopiecznego, by jak najdłużej mógł przebywać w swoim środowisku zamieszkania, był bardziej sprawny fizycznie i poznawczo, mógł unikać tym samym zbędnych hospitalizacji lub przebywania w placówkach całodobowych.
- ▶ **portal internetowy wsparciedlaopiekuna.pl**, w **Poradniku** w zakładce: **Artykuły, Blog, Aktualności, Baza wiedzy**, zawiera praktyczne rady dla opiekunów, tzw. ABC pomocy, a na **Facebooku** informacje z bieżącego życia Diennej Placówki Opieki i Aktywizacji Osób Niesamodzielnych.

Od mądrości opiekunów, ich cierpliwości, utrzymanych zasobów psychospołecznych, zależy to, ile czasu kupią swoim bliskim i w jakiej kondycji chore osoby przeżyją ostatnie wspólne chwile. Projekt i realizowane w jego ramach zadania mają w tym pomóc, dać nadzieję i wytchnienie chorym oraz ich opiekunom, ułatwić sprawowanie opieki w domu z zachowaniem niezbędnych standardów postępowania oraz w poszanowaniu autonomii i godności osoby niesamodzielnej oraz opiekuna. ■



Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych
oraz Niezależnych w Krakowie, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków, tel. +48 12 44-67-500

www.mco.krakow.pl

mco@mco.krakow.pl