

PROFILAKTYKA URAZÓW WŚRÓD OSÓB POWYŻEJ 60-GO ROKU ŻYCIA



Pod redakcją:
Magdaleny Krysińskiej,
Katarzyny Domosławskiej-Żylińskiej,
Marleny Fronk,
Hanny Marczak

MATERIAŁY EDUKACYJNE:

PROFILAKTYKA URAZÓW
WŚRÓD OSÓB POWYŻEJ
60-GO ROKU ŻYCIA

Pod redakcją:
Magdaleny Krysińskiej
Katarzyny Domostawskiej-Żylińskiej
Marleny Fronk
Hanny Marczak



Zadanie finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia
na lata 2016-2020

NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO

- PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY

NARODOWY PROGRAM ZDROWIA

Cel operacyjny nr 5: Promocja zdrowego i aktywnego starzenia

EDUKACJA ZDROWOTNA W PROFILAKTYCE URAZÓW I W PROMOCJI BEZPIECZEŃSTWA

© Copyright by Ministerstwo Zdrowia, 2018

Przedruk materiałów w całości lub części jest możliwy wyłącznie za zgodą Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego- Państwowego Zakładu Higieny. Cytowanie i wykorzystanie danych empirycznych dozwolone za podaniem źródła.

ISBN 978-83-65870-09-4

Koszty związane z przygotowaniem i publikacją zostały pokryte ze środków
Narodowego Programu Zdrowia 2016-2020

Opracowanie graficzne: Marta Kaczanowska

Ilustracja na okładce: Freepik.com

Ilustracje w środku: Marta Kaczanowska, 123RF, iStock,

Wydawca

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego

- Państwowy Zakład Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

tel. 22 54 21 245

e-mail: mkrysinska@pzh.gov.pl

Druk i oprawa:

AGENCJA REKLAMOWA GRAFPOL

www.argrapol.pl

SPIS TREŚCI

1	CZĘŚĆ 1 – URAZY I UPADKI	5
	Przyczyny urazów i upadków	7
	Konsekwencje upadków.....	14
	Profilaktyka upadków.....	20
	Schemat postępowania po upadku.....	20
2	CZĘŚĆ 2 – OPIEKA.....	23
	Formy opieki nad osobami starszymi w Polsce.....	25
	Rehabilitacja lecznicza w warunkach domowych i ambulatoryjnych dla osób starszych.....	45
	Teleopieka.....	53
3	CZĘŚĆ 3 – PSYCHOLOGIA.....	59
	Lęk przed upadkiem.....	61
	Bibliografia.....	64

URAZY I UPADKI



PRZYCZYNY URAZÓW I UPADKÓW

Najczęściej do urazu wśród osób powyżej 60. roku życia dochodzi w wyniku upadku.

Upadki w znaczący sposób obniżają jakość życia, ponieważ są główną przyczyną utraty ogólnej sprawności.

Utrzymanie wyprostowanej pozycji ciała wymaga ciągłej współpracy zmysłu wzroku z mózgiem oraz mięśniami. Z wiekiem wzrasta ryzyko doświadczania upadków, gdyż zmniejsza się zdolność kontroli równowagi.

KAŻDEGO ROKU NA ŚWIECIE



Należy pamiętać, że upadki mogą także być spowodowane stanami nagłymi np. jak np. **zawał serca, zapalenie płuc, niewydolność serca, udar mózgu.**

MIEJSCA, W KTÓRYCH UPADKI WYSTĘPUJĄ NAJCZĘŚCIEJ:

dom



20-60%

Najczęściej mają miejsce podczas wykonywania drobnych prac domowych, jak np.: wymiana żarówki, mycie okien, wieszanie firanek. Seniorzy często sami nie zgłaszają upadku, jeśli miał on miejsce w domu, a lekarz nie zawsze o to pyta, nawet jeśli są widoczne objawy urazu.

szpital



20%

Upadki w szpitalu wynikają z nieprzyzwyczajenia seniora do odmiennego niż w domu (w którym dotychczas funkcjonował) rozmieszczenia mebli, przedmiotów czy umiejscowienia toalety.

dom opieki



45-67%

Wysoki odsetek upadków spowodowany jest zarówno tym, że osoby starsze przebywające w domach opieki często posiadają niższy poziom sprawności i aktywności fizycznej, jak również zdecydowanie większa zgłaszalność zaistniałych upadków wynika z obecności personelu (osoby starsze mieszkające same, często nie informują o upadku).



RÓWNOWAGA I KONTROLA POSTAWY

Człowiek posiada zdolność do samodzielnego utrzymania wyprostowanej pozycji ciała, w której nie dochodzi do przewrócenia się.

Aby organizm utrzymywał ciało w wyprostowanej pozycji, otrzymuje informacje z narządu wzroku do mózgu. W starszym wieku, pogarsza się ostrość widzenia oraz wrażliwość oczu na kontrast, dlatego też seniorzy narażeni są na większą liczbę upadków. **Badanie wzroku oraz używanie odpowiednich okularów jest bardzo istotnym elementem profilaktyki przeciwapadkowej u osób starszych.**

Aby ciało człowieka utrzymało równowagę, bardzo ważna jest **siła mięśni nóg**. Wraz z wiekiem, siła nóg jest coraz mniejsza (średnio o 30-40%). Pogorszenie pracy mięśni u osób starszych, powoduje częstsze upadki.



UPOŚLEDZENIE RUCHOMOŚCI STAWÓW

Ruchomość stawów człowieka wpływa na postawę ciała i poruszanie się, a co za tym idzie, na aktywność i możliwość wykonywania czynności dnia codziennego.

Zakres ruchomości stawów zmniejsza się wraz z wiekiem, ale nierównomiernie w poszczególnych stawach i często ograniczenie dotyczy określonego kierunku ruchu w danym stawie. Zaburzenia ruchomości stawów wpływają na ograniczenie aktywności i udziału w codziennym życiu osób starszych.

UPOŚLEDZONA SPRAWNOŚĆ MIĘŚNI

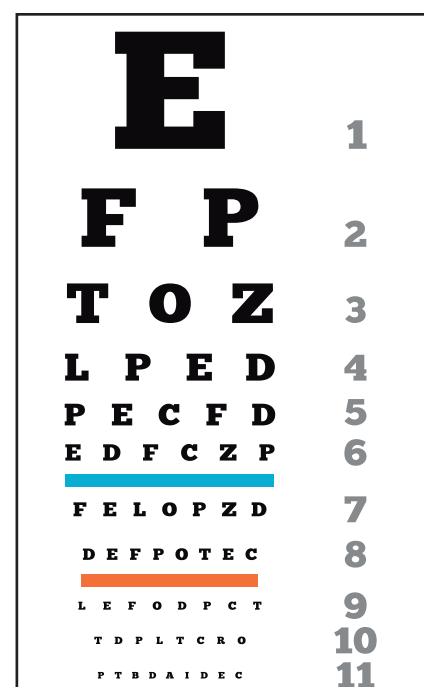
Wraz z wiekiem, dochodzi do zmniejszania masy mięśni, na skutek ich wyniszczenia. Może to spowodować pogorszenie sprawności ruchowej u osób starszych.

Aby zapobiec zanikowi mięśni, wskazane są **ćwiczenia oporowe (siłowe)**, których skuteczność jest udowodniona. Pomóc może także odpowiedni sposób odżywiania.

ZABURZENIA WIDZENIA

Wiele badań wykazało, że schorzenia w obrębie narządu wzroku są częstym czynnikiem ryzyka upadków.

Najczęstszą przyczyną słabego widzenia u osób w podeszłym wieku jest zaćma. Operacja usunięcia zaćmy poprawia funkcje wzrokowe. Nowoczesne techniki operacyjne skutkują szybką poprawą widzenia, gdzie 50% pacjentów osiąga dobre widzenie w ciągu 24 godzin od operacji i 96-99% w przeciągu 4 tygodni. Wykazano również, że poprawa widzenia



powoduje zwiększenie aktywności, pewności siebie, zmniejszenie lęku, łagodniejszy przebieg depresji oraz poprawę jakości życia. Dodatkowo odnotowano zmniejszenie o 34% częstości upadków, o 40% częstość wystąpienia kolejnego upadku oraz zmniejszenie ryzyka złamań.

INNE

Bardzo ważnym czynnikiem ryzyka upadku są **nagłe spadki ciśnienia tętniczego krwi**, w momencie gdy zmieniamy pozycję z leżącej albo siedzącej na stojącą. Występują one aż u 16% osób w podeszłym wieku, a ich częstość może zwiększyć się nawet dwukrotnie przy okazji leczenia nadciśnienia tętniczego.

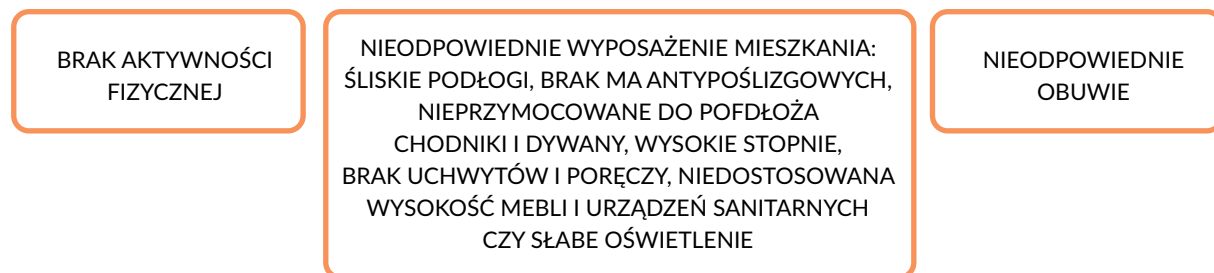
Spośród chorób często występujących w podeszłym wieku, ryzyko upadku zwiększają **schorzenia neurologiczne, choroby sercowo-naczyniowe, choroby narządu ruchu, choroby metaboliczne, choroby żołądkowo-jelitowe, choroby układu moczowo-płciowego oraz zaburzenia związane z psychiką.**

Zespół parkinsonowski szczególnie często predysponuje do upadków. Zwiększa ryzyko ich wystąpienia aż 10-krotnie. Ponadto także otępienie zwiększa ryzyko upadku – aż 2-3-krotnie. Czynniki, które mogą odpowiadać za wystąpienie upadku (poza zaburzeniami chodu i równowagi) to także zaburzenia zachowania w postaci pobudzenia, wędrowania i objawów psychotycznych.

Często niedocenianą przyczyną upadków są działania niepożądane leków. W podeszłym wieku, jednoczesne występowanie kilku chorób wiąże się z przyjmowaniem licznych preparatów, również tych dostępnych bez recepty. Wraz z liczbą zażywanych leków zwiększa się ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, a stosowanie więcej niż 4 preparatów wyraźnie zwiększa prawdopodobieństwo upadku. Mechanizm ich niepożądanego działania może polegać na upośledzeniu funkcji poznawczych, wydłużeniu czasu reakcji, powodowaniu zaburzeń świadomości, nasilaniu nagłych spadków ciśnienia, czy wywoływaniu zaburzeń rytmu serca.

POTENCJALNE PRZYCZYNY UPADKÓW

NIE
związane
ze stanem zdrowia



KONSEKWENCJE UPADKÓW

a) **złamania**: ok. 5% upadków kończy się złamaniem; najczęściej złamaniom ulega: szyjka kości udowej, kość promieniowa, żebra, kości nadgarstka, staw skokowy lub kolanowy;

b) **inne obrażenia ciała**: ok. 10-20% upadków kończy się ciężkim obrażeniem tkanek miękkich: poważne urazy mózgu (m.in. wstrząśnienie mózgu), krwiaki wewnątrzczaszkowe, stłuczenia, pęknięcia kości, skręcenia w obrębie stawu;

c) **zespół poupadkowy**: spadek aktywności po doznanym upadku – strach i lęk przed kolejnym upadkiem i jego konsekwencjami. Następstwem tego jest ograniczenie aktywności życiowej, nieopuszczanie domu, prowadzi to do zmniejszenia sprawności fizycznej i tym samym do zwiększenia ryzyka upadku. Zespół poupadkowy dotyka 20-65% osób, u których doszło do upadku. Zdarza się także, że występuje on u osób, które były świadkiem czyjegoś upadku lub obserwowały skutki upadku u kogoś;

d) **śmierć**: następstwo nieszczęśliwego wypadku lub w wyniku powikłań po upadku (długotrwały powrót do zdrowia oraz unieruchomienie w łóżku może spowodować poważne powikłania, takie jak zakrzepica żył głębokich czy zapalenie płuc).

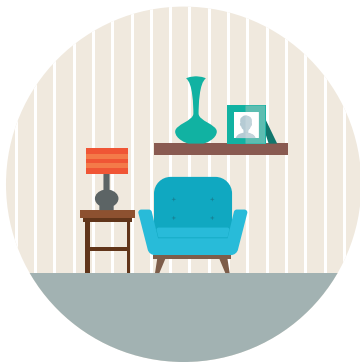
KONSEKWENCJE UPADKÓW



PROFILAKTYKA UPADKÓW

1. Bezpieczne otoczenie (modyfikacje środowiskowe)

W MIESZKANIU



- Usuń z otoczenia wszelkie zbędne przedmioty.
- Nie umieszczaj nowych przedmiotów na trasie stałego poruszania się (z przyzwyczajenia można o nich zapomnieć i się o nie potknąć).
- Usuń dywany, zwłaszcza te ozdobione frędzlami, mające tendencję do zwijania się, ślizgania.
- Oprócz oświetlenia głównego, zadbaj o oświetlenie punktowe – pomocne w zacienionych miejscach oraz oświetlenie nocne ułatwiające dotarcie np. do toalety.
- Zlikwiduj progi między pomieszczeniami.

STREFA POZA MIESZKANIEM



Noszenie odpowiedniego obuwia:

- zapiętek zapewniający oparcie dla pięty przy chodzeniu i zapobiegający wysunięciu się stopy z obuwia,
- posiadającego sznurowadła, sprzączki lub rzepy, odpowiednio dostosowujące mocowanie obuwia do stopy,
- z szerokim i głębokim noskiem zapewniającym wygodę dla palców stóp dzięki dużej ilości miejsca,
- właściwy rozmiar obuwia zgodny z długością stopy,
- odpowiednia podeszwa z bieżnikiem obuwia, nie zaburzająca czucia oraz zapobiegająca poślizgnięciu,
- niski, szeroki obcas zapewniający jak najlepszy kontakt z podłożem i zapobiegający poślizgnięciu.



To ważne:

- zakaz umieszczania reklam na chodnikach na wysokości głowy przechodniów, gdyż zwiększa to ryzyko urazu i upadku;
- instruktaż używania urządzeń typu balkonik lub laska – najdogodniejszych pomocy stosowanych przy przemieszczaniu się;
- noszenie okularów z filtrami, aby poprawić kontrast widzenia i uniknąć oślnieni;
- dostosowanie środków komunikacji miejskiej do możliwości seniorów z obniżoną sprawnością – niskopodłogowe środki transportu;
- pomoc w przystosowaniu pomieszczeń w mieszkaniu, aby zmniejszyć ryzyko upadków;
- udostępnienie i edukacja używania technologii mających zastosowanie w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub upadku w celu wezwania pomocy (np. urządzenia telemedyczne).

2. Ćwiczenia fizyczne

Najlepsze efekty w zmniejszaniu ryzyka wystąpienia upadku przynosi **właściwie prowadzona i podejmowana aktywność fizyczna**. Stanowi ona zatem **podstawowy element profilaktyki przeciwupadkowej**.

Aktywność fizyczna wpływa korzystnie na cały organizm: poprawia stan i działanie mięśni, kości, stawów, układu krążenia, układu oddechowego, a także wyrabia prawidłowe wzorce chodu oraz ułatwia utrzymanie stabilnej postawy zarówno podczas stania jak również w czasie poruszania się.

Zaleca się wykonywać 30 minut aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności minimum 5 razy w tygodniu (najlepiej codziennie).

DO ZALECANYCH FORM AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ NALEŻĄ M. IN. :



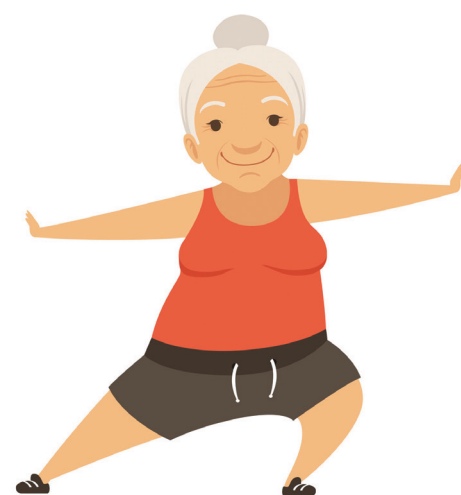
spacery



taniec



pływanie



gimnastyka

Program treningowy zapobiegający występowaniu upadków powinien składać się z poniższych elementów:



Ćwiczenia **siłowe** powinny być wykonywane dwa razy w tygodniu po **20 minut** z użyciem taśm oporowych, hantli, urządzeń do ćwiczeń siłowych oraz ćwiczeń z zastosowaniem oporu stawianego przez fizjoterapeutę. W trakcie treningu indywidualnego lub grupowego powinny być zaangażowane najważniejsze grupy mięśniowe. Zaleca się wykonywanie jednorazowo **8-10 ćwiczeń**. Liczba powtórzeń dla każdego ćwiczenia powinna wynosić **8-12**.

Wskazane są również ćwiczenia **równowagi, koordynacyjne i rozciągające**, które powinny być wykonywane codziennie przez 10 minut. Za skuteczny trening równowagi uznawane jest **Tai-chi**, gdyż składa się

z powolnych ruchów kładących nacisk na kontrolę postawy w połączeniu z głębokim oddychaniem. W grupie osób realizujących program ćwiczeń tai-chi poprawie uległo poczucie równowagi, zmniejszył się lęk przed upadkiem, obniżyło się ciśnienie krwi i zmniejszyło się o 47,5% ryzyko upadków.

Trening wytrzymałościowy w profilaktyce upadków odgrywa dużą rolę. Najbardziej korzystne dla zdrowia wysiłki o umiarkowanej intensywności - powinny być stosowane co najmniej 2 razy w tygodniu przez co najmniej 20 minut.

Na stronie www.zdrowie.pap.pl/strefa-seniora od grudnia 2018 roku, możliwe będzie pobranie zestawów ćwiczeń w formie krótkich filmów z przykładowymi ćwiczeniami.

3. Wielokierunkowe programy zapobiegania upadkom z zastosowaniem różnych podejść, m.in. klinicznego, edukacyjnego czy związanego z otoczeniem

Osoby starsze i ich opiekunowie oraz specjaliści ochrony zdrowia powinni być objęci edukacją na temat problematyki upadków. Szkolenie powinno dotyczyć czynników ryzyka upadków i ich eliminacji oraz promocji aktywności fizycznej, która wspiera sprawność. Uczestniczący zdobywają wiedzę i umiejętności w zakresie zachowań redukujących niebezpieczeństwo upadku, takich jak:

- spokojne, etapowe zmienianie pozycji ciała,
- wystrzeganie się gwałtownych manewrów czy zwrotów ciała,
- zaniechanie prób dosięgnięcia rzeczy, które leżą wysoko na meblach.

Należy również edukować uczestników szkoleń o konieczności i sposobach dobrego nawadniania osoby starszej, co istotnie zmniejsza zagrożenie spadkiem ciśnienia i omdleniem.

4. Profilaktyka i leczenie osteoporozy

Należy zadbać o właściwą dietę, bogatą w wapń i witaminę D w celu zmniejszenia ryzyka złamań kości. Ważnym elementem zapobiegania oste-

oporozie jest także ekspozycja na światło słoneczne oraz ruch.

5. Kontrola przyjmowanych leków oraz stosowanie się do zaleceń lekarza

Kontrola przyjmowanych leków ma na celu bezpieczeństwo pacjenta, ponieważ niektóre leki mogą powodować senność czy zawroty głowy, zwiększając ryzyko upadków.

6. Urządzenia pomocnicze

Przyrządy ułatwiające chodzenie (np. laski i balkoniki) mogą zapewnić większą stabilność osoby starszej i zmniejszyć ryzyko jej upadku. Zapewniają one dodatkowe podparcie zarówno w czasie stania jak i w ruchu... Mogą one również zmniejszać lęk przed upadkiem.

PROFILAKTYKA PRZECIW-UPADKOWA



1. SPRAWDŹ CZY DOZNAŁEŚ OBRAŻEŃ CIAŁA PO UPADKU:

Czy możesz się ruszać? Czy coś Cię boli? Czy krwawisz? Spróbuj zatamować krwawienie (choćby elementem odzieży). Staraj się jak najmniej poruszać, jeśli czujesz ból związany z urazem.

2. WEZWIJ POMOC:

Zawołaj opiekuna lub innego lokatora. Jeśli nie możesz się samodzielnie podnieść - zadzwoń pod numer alarmowy 999 lub 112, krzycz lub w inny sposób zwróć na siebie uwagę (uderzaj twardym przedmiotem o kaloryfer, stukaj w podłogę, itp.).

3. JEŚLI MOŻESZ SIĘ SWOBODNIE PODNIEŚĆ:

Postaraj się zrobić to korzystając z pomocy np. z laski, chodzika lub innego przedmiotu, który pozwoli Ci zrobić to stabilnie i bezpiecznie.

4. USIĄDŹ/POŁÓŹ SIĘ I ODPOCZNIJ.

5. W RAZIE POTRZEBY – ZADZWOŃ PO POMOC:

Jeśli odczuwasz silny ból po upadku lub masz duszność, ból lub dyskomfort w klatce piersiowej, osłabienie połowy ciała lub inne niepokojące objawy – zadzwoń pod numer telefonu **999** lub **112**.

6. POWIADOM O KAŻDYM UPADKU:

Zawsze powiadom o zdarzeniu swoją rodzinę/opiekuna i swojego lekarza (nawet jeśli w trakcie upadku nie doszło do utraty przytomności i obrażeń ciała).

Pamiętaj!

Pod numerem telefonu **999** pracuje dyspozytor medyczny - to osoba posiadająca zawód medyczny i co najmniej 5-letnie doświadczenie. W razie wątpliwości co należy robić po upadku – poproś o wskazówki.

NOTATKI

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OPIEKA



FORMY OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI W POLSCE

WSTĘP

Termin „opieka długoterminowa”, „usługi opieki długoterminowej” odnosi się do organizacji i świadczenia szerokiego zakresu usług i pomocy osobom, których zdolność do samodzielnego życia jest ograniczona w dłuższym okresie. Usługi te mają na celu zachowanie w jak największym stopniu samodzielności osoby starszej, przywracanie sprawności lub zapobieganie skutkom jej utraty oraz obejmują pomoc przy wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego (przygotowywanie posiłków, sprzątanie) i różne zadania organizacyjne (robienie zakupów, gospodarowanie pieniędzmi, podawanie leków), czy organizację transportu.

Nieformalna i formalna opieka długoterminowa

Usługi długoterminowej opieki nad osobami starszymi są organizowane i świadczone zarówno w sposób formalny, jak i nieformalny. Tradycyjnie, opieka nad niesamodzielnymi osobami starszymi była realizowana głównie w rodzinie.

Opieka nieformalna

Opieka nieformalna jest w większości przypadków nieodpłatna, a świadczą ją członkowie rodziny, bliscy krewni, przyjaciele lub sąsiedzi. Termin „opieka” odnosi się do relacji i czynności związanych ze spełnianiem fizycznych i emocjonalnych potrzeb zależnych osób dorosłych i dzieci.

Główne wyróżniki opieki nieformalnej:

- Opiekunowie nie są profesjonalistami i nie korzystali z przeszkolenia w udzielaniu pomocy
- Opiekunowie nie podpisują umów z określonym zakresem odpowiedzialności
- Opiekunowie często nie są opłacani
- Opiekunowie wykonują szeroki zakres zadań
- Nie istnieją limity czasowe usług
- Opiekunom nie przysługują żadne uprawnienia, łącznie z uprawnieniami socjalnymi

Opieka formalna

Formalna opieka długoterminowa może być świadczona jako opieka instytucjonalna - stacjonarna, domowa i środowiskowa. Opieka domowa i środowiskowa to profesjonalna opieka zapewniana w domu osoby wymagającej opieki lub na poziomie lokalnej społeczności, podczas gdy stacjonarna opieka instytucjonalna to profesjonalna opieka w podmiotach opiekuńczych poza miejscem zamieszkania tych osób.

Główne rodzaje opieki formalnej:

- Usługi świadczone są przez przeszkolonych, uprawnionych i wykwalifikowanych pracowników
- Usługi podlegają kontroli państwa lub innych organizacji
- Opiekunowie podpisują umowy z określonym zakresem odpowiedzialności
- Opiekunowie otrzymują zapłatę, są objęci kodeksem pracy i przysługują im świadczenia socjalne
- Zadania są im przydzielane zgodnie z ich kwalifikacjami zawodowymi
- Opiekunowie profesjonalni mają określony czas pracy i korzystają z czasu wolnego

Organizacja opieki długoterminowej w Polsce

PUBLICZNA		NIEPUBLICZNA
SEKTOR ZDROWOTNY	SEKTOR SOCJALNY	
- Zakład Opiekuńczo - Lecznicy (ZOL) - Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy (ZPO) - Domy Opieki Paliatywnej (DOP) - szpital	- Dom Pomocy Społecznej (DPS) - Rodzinne Domy Pomocy	- opieka domowa - domy seniora (placówki zapewniające całodobową opiekę)
Opieka środowiskowa (pielęgniarka POZ, pielęgniarka długoterminowej opieki domowej)		

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy (ZOL) oraz Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy (ZPO) (sektor publiczny)

Charakterystyka

Głównym celem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia dla ludzi przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Objęcie całodobową opieką i leczeniem osób, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym wymagają stałego nadzoru lekarskiego,

profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

Pacjentom zapewniane są produkty lecznicze i wyroby medyczne, pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.

Zasady kwalifikacji do ZOL/ZPO

Wniosek o przyjęcie składa osoba ubiegająca się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciel ustawowy lub – za zgodą tej osoby albo jej przedstawiciela ustawowego – inna osoba lub zakład opieki zdrowotnej do lekarza POZ lub lekarza prowadzącego pacjenta z oddziału szpitalnego.

Wniosek powinien zawierać:

1. Zaświadczenie lekarskie, że osoba ubiegająca się o skierowanie ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej pielęgnacji, opieki lub rehabilitacji i nie wymaga hospitalizacji (wg wzoru – załącznika nr 2 do rozporządzenia),
2. Wywiad pielęgniarski przeprowadzony przez pielęgniarkę środowiskową (rodzinną) albo pielęgniarkę udzielającą świadczeń w podmiocie leczniczym, w którym pacjent jest hospitalizowany, jeśli przebywa w szpitalu (wg wzoru – załącznika nr 2 do rozporządzenia),
3. Ocenę stanu zdolności do samoopieki (skala Barthel),
4. Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w zakładzie (decyzja ZUS, KRUS lub decyzja o przyznaniu zasiłku stałego),

Jednocześnie z praktyki wynika, że różne ZOL/ZPO proszą także o załączenie:

5. Zgodę – oświadczenia osoby zainteresowanej umieszczeniem w ZOL/ZPO (lub jej przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego w przypadku jego ustanowienia). W przypadku pacjenta nie mogącego wyrazić świadomej zgody, konieczne jest uzyskanie postanowienia sądu - właściwy jest sąd miejsca świadczenia lekarskiego, chyba że ustanowiony

jest opiekun prawny dla osoby ubezwłasnowolnionej. Do takiej zgody należy dołączyć dokumenty potwierdzające tj. postanowienie sądu,

6. Pisemną deklarację zgody (lub jej brak) na udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz dostępu do jego dokumentacji medycznej,
7. Kopię dowodu osobistego pacjenta,
8. Kopię dodatkowej dokumentacji medycznej, jeżeli pewne informacje medyczne w niej zawarte są istotne pod kątem opieki nad pacjentem w ZOL/ZPO.

Świadczeniobiorca składa skierowanie bezpośrednio do wybranego przez siebie lekarza ZOL/ZPO, który jest upoważniony przez organ kierujący do wstępnej kwalifikacji przedłożonych dokumentów i wydania opinii (lekarz opiniujący).

Po wydaniu opinii osoba kierowana otrzymuje decyzję kierującą do umieszczenia w ZOL/ZPO

Osoba ubiegająca się o umieszczenie w ZOL/ZPO zostaje wpisana na listę osób oczekujących.

O terminie przyjęcia do placówki powiadamia Dyrektor ZOL/ZPO

Opłaty za pobyt

Miesięczną opłatę za pobyt w ZOL wynosi 70% miesięcznego dochodu zgodnie z przepisami o pomocy społecznej osoby przebywającej w ZOL, ale nie wyższa niż 250% najniższej krajowej emerytury (zgodnie z zapisami zawartymi w art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Leczenie szpitalne (sektor publiczny)

Charakterystyka

Pacjenci powyżej 60. roku życia mogą być diagnozowani i leczeni

ni wraz z wszystkimi schorzeniami z zakresu neuroortopedii, onkologii, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, kardiologii, diabetologii, gastroenterologii czy psychologii wieku podeszłego.

● Oddział geriatryczny

Sprawuje całodobową opiekę medyczną nad chorym po 65 roku życia. Oddziały geriatryczne zajmują się profilaktyką, rozpoznawaniem, leczeniem oraz rehabilitacją schorzeń występujących w wieku podeszłym. Celem pobytu na oddziale geriatrycznym jest przywrócenie hospitalizowanej osobie dobrego stanu zdrowia w określonym czasie pobytu. W sytuacji, kiedy ze względu na nieuleczalność choroby, nie jest to możliwe, podniesienie stanu funkcjonalno-czynnościowego pacjenta na wyższy poziom, spowolnienie rozwoju przewlekłych procesów chorobowych oraz zapobieganie ich zaostrzeniu.

● Oddział dla przewlekle chorych

Zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgnarską nad pacjentami, którzy nie wymagają już intensywnego leczenia, natomiast ich stan zdrowia nie pozwala na wypis do domu. Jeśli pobyt pacjenta przedłuża się ponad 30 dni, zwykle rozważa się przeniesienie pacjenta do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego.

● Oddział medycyny paliatywnej

Świadczy wszechstronną, całodobową opiekę nad pacjentami cierpiącymi na nieuleczalne choroby. Najczęściej są to pacjenci z chorobą nowotworową, znajdujący się w terminalnym okresie życia. Celem pobytu na tych oddziałach jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin poprzez: zapobieganie i uśmierzanie bólu oraz innych dolegliwości somatycznych, pielęgnację, wsparcie psychiczne i duchowe chorego oraz jego najbliższych, a także stwarzanie godnych warunków w ostatnim etapie życia chorego.

● Oddział psychogeriatryczny

Zabezpiecza leczenie pacjentów po 60-tym roku życia,

z rozpoznaniem organicznych zaburzeń lękowych, schizofrenii, zaburzeń urojeniowych, zespołów otępiennych, psychoz organicznych, organicznych zaburzeń nastroju oraz zaburzeń afektywnych (np. zaburzeń nastroju). Pacjenci przebywają na oddziale nie dłużej niż 12 tygodni. Oddział zapewnia całodobową opiekę lekarską, pielęgnarską, i opiekę psychologa, terapeuty zajęciowego, fizjoterapeuty.

Domy Pomocy Społecznej (DPS) (sektor publiczny)

Charakterystyka

Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone przez dom pomocy społecznej mogą być przyznane osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina nie może takiej pomocy zapewnić.

Usługi opiekuńcze obejmują:

- pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych,
 - specjalistyczne usługi opiekuńcze dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.
- Ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia.

Zasady kwalifikacji

Prawo do umieszczenia w DPS przysługuje osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie

można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych.

Osoba ta kierowana jest do domu pomocy społecznej odpowiedniego typu, zlokalizowanego jak najbliżej miejsca zamieszkania.

Jeśli przewidywany termin oczekiwania na umieszczenie w domu pomocy społecznej danego typu, zlokalizowanym najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej wynosi ponad 3 miesiące, osobę potrzebującą kieruje się na jej wniosek do domu pomocy społecznej tego samego typu zlokalizowanego jak najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej, w którym przewidywany termin oczekiwania na umieszczenie jest krótszy niż 3 miesiące.

Postępowanie w sprawie skierowania do domu pomocy społecznej, a następnie umieszczenia w nim osoby kierowanej rozpoczyna pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej na wniosek osoby ubiegającej się/jej przedstawiciela ustawowego lub opiekuna, bądź z urzędu w sytuacji przewidzianej przepisami.

Dokumentację kompletuje ośrodek pomocy społecznej, właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o miejsce w DPS. W przypadku osób bezdomnych właściwy do rozpatrzenia wniosku jest ośrodek pomocy społecznej ze względu na miejsce ostatniego stałego zameldowania. Całość dokumentacji wraz ze stanowiskiem ośrodka pomocy społecznej przekazywana jest do Centrum Pomocy Rodzinie celem wydania stosownej decyzji. Jeżeli osoba ubiegająca się o skierowanie do domu pomocy społecznej przebywa czasowo w innej miejscowości, ale właściwym do rozpatrzenia sprawy jest ośrodek ze względu na miejsce jej stałego zamieszkania, ośrodek pomocy społecznej z miejsca przebywania osoby powinien przestać sprawę zgodnie z właściwością miejscową.

Wymagane dokumenty (niezbędne druki dostępne w siedzibie Ośrodków Pomocy Społecznej):

- wywiad środowiskowy u osoby ubiegającej się o miejsce w DPS, przeprowadzony przez pracownika ośrodka pomocy społecznej,
- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do DPS,

- opinia ośrodka pomocy społecznej dotycząca stopnia sprawności osoby ubiegającej się o skierowanie do DPS,
- decyzja o przyznaniu zasiłku stałego lub decyzja organu rentowo-emerytalnego ustalającego wysokość renty lub emerytury,
- wywiad środowiskowy u osób zobowiązanych do zapewnienia opieki oraz ponoszenia odpłatności za pobyt członka rodziny w DPS,
- zgoda osoby ubiegającej się, jej przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego na ponoszenie opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej oraz zgodę na potrącanie opłaty ze świadczenia emerytalnego lub rentowego przez właściwy organ emerytalno-rentowy.

W przypadku umieszczania osób ubezwłasnowolnionych:

- postanowienie sądu o ubezwłasnowolnieniu,
- postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna lub kuratora,
- postanowienie sądu zezwalające opiekunowi na umieszczenie osoby ubezwłasnowolnionej w domu pomocy społecznej.
- w przypadku umieszczania osób, które nie mogą wyrazić zgody na pobyt w DPS ze względu na stan zdrowia, zachodzi konieczność skierowania wniosku do Sądu Rodzinnego (przez pracownika socjalnego MOPS) w celu wydania postanowienia o umieszczeniu osoby bez jej zgody.

Opłaty za pobyt

Pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania w danym domu, ustalonego zgodnie z ustawą o pomocy społecznej.

Do wnoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej, poza mieszkańcami placówki, zobowiązani są również w pierwszej kolejności: małżonek, zstępni (dzieci, wnuki, prawnuki, itd.) przed wstępnymi (ojciec, matka, dziadek, babka, itd.), osoby ubiegającej się o miejsce w domu pomocy społecznej. Obowiązek ponoszenia opłaty w przypadku skierowania członka rodziny do domu pomocy społecznej spoczywa w pierwszej kolejności na

wskazanych w przepisach krewnych, przed gminą, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej (przy czym ww. rodzina i gmina nie mają obowiązku wnoszenia opłat, jeżeli mieszkaniem domu ponosi pełną odpłatność).

Opłaty te mogą wносить także osoby wyżej nie wymienione (na podstawie odrębnej umowy).

Opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej wnoszą:

- 1) mieszkaniem domu, nie więcej jednak niż 70% swojego dochodu,
- 2) małżonek, zstępni przed wstępnymi – zgodnie z umową zawartą w trybie art. 103 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej :
 - a) w przypadku osoby samotnie gospodarującej, jeżeli dochód jest wyższy niż 300% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej, jednak kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie może być niższa niż 300% tego kryterium,
- 3) opieka społeczna, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej – opłata dotyczy wysokości różnicy między średnim kosztem utrzymania w domu pomocy społecznej a opłatami wnoszonymi przez osoby, o których mowa w pkt 1 i 2.

Rodzinne Domy Pomocy (sektor publiczny)

Charakterystyka

Rodzinne domy pomocy są nowoczesną formę całodobowych usług opiekuńczych i bytowych, świadczonych przez osoby lub rodziny w ich miejscu zamieszkania.

Zadaniem rodzinnych domów pomocy jest zapewnienie całodobowej opieki nie mniej niż trzem i nie więcej niż ośmiu osobom-seniorom.

Służą one pomocą szczególnie osobom wymagającym wzmożonej opieki ze względu na znaczne ograniczenie w codziennym funkcjonowaniu, wynikające z podeszłego wieku i niepełnosprawności. Sposób świadczenia usług opiekuńczych oraz bytowych uwzględnia stan zdrowia, sprawność fizyczną intelektualną seniora oraz jego indywidualne potrzeby.

Świadczenia:

- całodobowa opieka 3-8 osobom, które mają ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu wynikające z podeszłego wieku i niepełnosprawności,
- prawo do godności, wolności, intymności oraz poczucie bezpieczeństwa osób korzystających z usług rodzinnego domu pomocy,
- pomoc w podstawowych, codziennych czynnościach (np. przygotowanie i podanie posiłków, pranie odzieży, porządkowanie pomieszczeń),
- opieka higieniczna i pielęgnacja w czasie choroby,
- pomoc w: korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych, załatwianiu spraw osobistych, zakupach, kontakty z otoczeniem oraz organizację czasu wolnego.

Zasady kwalifikacji

Kto może być umieszczony w rodzinnym domu pomocy?

1. Osoba wymagająca pomocy innych osób z powodu wieku lub niepełnosprawności.
2. Osoba, której nie można zapewnić usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

Opłaty za pobyt

Odpłatność za pobyt w rodzinnym domu pomocy wynosi 70% miesięcznego dochodu mieszkańca, nie może jednak przekroczyć wysokości pełnej kwoty miesięcznego utrzymania w rodzinnym domu określonej w umowie zawartej między MOPR a osobą / organizacją prowadzącą rodzinny dom pomocy.

Dzienne Domy Pomocy Społecznej (opieka półstacjonarna) (sektor publiczny)

Charakterystyka

Dzienne Domy Pomocy Społecznej są ośrodkami wsparcia przeznaczonymi najczęściej dla określonej liczby osób. Celem działalności tych ośrodków jest zorganizowanie czasu wolnego osobom w wieku starszym z danego terenu. Może być to pomoc w zaspokojeniu ich potrzeb, a także wsparcie w samodzielnym egzystowaniu w środowisku lokalnym.

Dzienne Domy Pomocy Społecznej oferuje różne rzeczy, m.in.: codzienne obiady, terapie zajęciowe - plastyczne, informatyczne, teatralne czy muzyczne. W ośrodkach wsparcia odbywają się rozmaite imprezy kulturalne, uroczystości oraz spotkania okolicznościowe, np. z okazji świąt. Dienne Domy Pomocy Społecznej bardzo często korzystają z usług pielęgniarek, lekarzy czy też rehabilitantów.

Tego typu placówki świadczą środowiskową pomoc i opiekę mieszkańcom danej miejscowości. Domy przeznaczone są najczęściej dla kilkudziesięciu osób, które mogą spędzać tam czas w godzinach - od 7.00 do 15:00. W zależności od potrzeb, czas funkcjonowania placówek ulega wydłużeniu.

Dzienny Dom Pomocy Społecznej ma za zadanie udzielać jak najszerszego wsparcia osobom w podeszłym wieku, aby mogły funkcjonować w swoim środowisku zamieszkania. Nadzór nad funkcjonowaniem placówki sprawuje najczęściej Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie.

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa (sektor publiczny)

Charakterystyka

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa to opieka nad obłożnie i przewlekle chorym przebywającym w domu. Może nią być objęty pacjent, który nie wymaga leczenia w warunkach stacjonarnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne potrzebuje systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej w warunkach domowych. Opieka ta jest realizowana we współpracy z lekarzem POZ.

Zasady kwalifikacji

Do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej mogą być zakwalifikowani pacjenci, którzy:

- w ocenie opartej na skali Barthel otrzymali 40 punktów lub mniej,
- nie korzystają w tym samym czasie z domowej opieki dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, hospicjum domowego, stacjonarnego zakładu opiekuńczego (opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego)
- nie są w ostrej fazie choroby psychicznej,
- Świadczenia pielęgniarskie domowe udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się kartę oceny pacjenta według skali Barthel.
- Pielęgniarka opieki długoterminowej domowej zobowiązana jest do powiadomienia lekarza i pielęgniarki POZ, do których pacjent złożył deklarację wyboru, o terminie rozpoczęcia i zakończenia udzielania

świadczeń, a także o istotnych zmianach w stanie zdrowia pacjenta,

- Karta wizyt powinna być potwierdzona podpisem przez pacjenta, jego rodzinę lub opiekuna,
- Środki higieniczne i opatrunkowe, leki i inne wyroby medyczne zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, zapewnia rodzina pacjenta (lub jego opiekun faktyczny/ prawny),
- Po godzinie 20.00 do godz. 8.00 rano dnia następnego, świadczenia pielęgniarstwa wynikające z zachowania ciągłości procesu leczenia i pielęgnacji zapewnia w ramach sprawowanej opieki świadczeniodawca realizujący umowę w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Opłaty

Świadczenie realizowane w ramach NFZ.

Hospicjum (sektor publiczny)

Charakterystyka

Hospicjum jest domem opieki dla osób nieuleczalnie chorych. Opieka hospicyjna polega na udzielaniu pomocy osobom cierpiącym z powodu postępujących procesów choroby nieuleczalnej (m.in. nowotwory).

Nieuleczalnie chorzy mogą skorzystać z trzech form pomocy:

- Opieka poradni medycyny paliatywnej.
- Hospicjum domowe – lekarz odwiedza pacjenta średnio raz w tygodniu (nie mniej niż dwa razy w miesiącu), pielęgniarka trzy razy tygodniowo

(nie rzadziej niż dwa razy w tygodniu), zaś pozostali członkowie zespołu (fizjoterapeuta, psycholog, pracownik socjalny, rehabilitant wolontariusze) – w zależności od potrzeb.

Pacjent objęty opieką hospicjum domowego ma możliwość bezpłatnego wypożyczenia sprzętu i aparatury medycznej, np. materaca przeciwoleżynowego, aparatu tlenowego, kul, chodzika, wózka inwalidzkiego.

- Hospicjum stacjonarne – zapewnia całodobową opiekę. Mogą z niego korzystać podopieczni domów pomocy społecznej oraz pacjenci z trudnościami w oddychaniu czy przyjmowaniu pokarmów.

Zasady kwalifikacji

1. Opieka poradni medycyny paliatywnej – skierowanie wypisuje lekarz rodzinny lub specjalista. Chory chodzący zgłasza się do najbliższego ambulatorium. Choremu leżącemu przysługują maksymalnie dwie wizyty domowe w tygodniu.

2. Hospicjum domowe – skierowanie wypisuje lekarz rodzinny lub specjalista. Zgłoszenia można dokonać osobiście lub telefonicznie.

Ważne! Osoba chora musi wyrazić zgodę na piśmie na opiekę hospicjum domowego. Jeśli nie może pisać, zgodę może wyrazić jego opiekun prawny lub rodzina.

Hospicjum stacjonarne – skierowanie od lekarza rodzinnego lub specjalisty, dokumentacja medyczna chorego oraz jego pisemna zgoda.

Opłaty

Chory objęty opieką hospicjum domowego ponosi opłaty za leki i środki opatrunkowe.

Pacjent w hospicjum stacjonarnym nie ponosi żadnych opłat.

Opieka domowa i domy seniora (sektor prywatny)

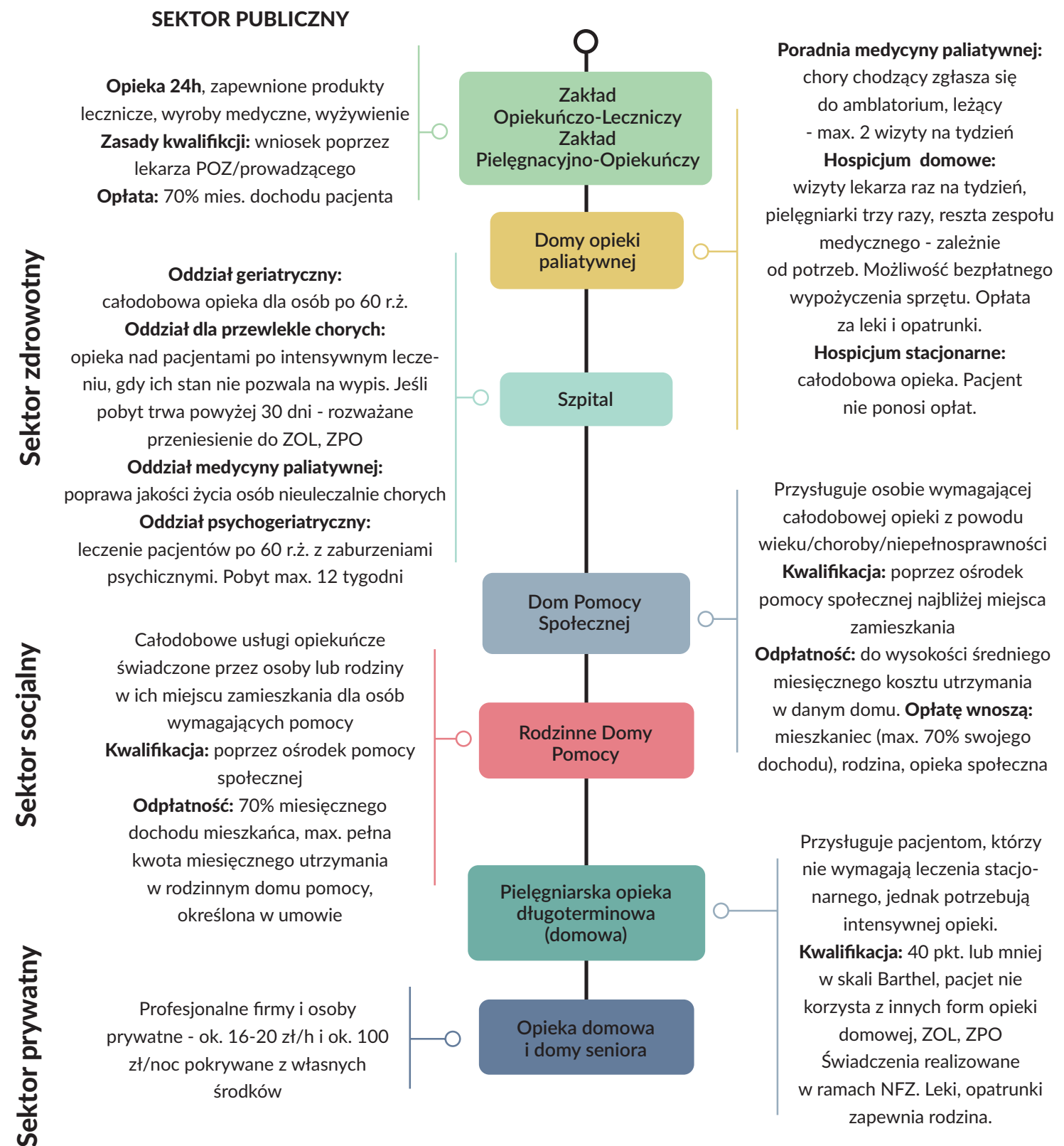
Charakterystyka, zasady kwalifikacji, opłaty

Na rynku opieki domowej działają zarówno profesjonalne firmy, które oferują opiekę nad chorymi, jak i osoby prywatne. Koszt takiej usługi to wydatek rzędu 16-20 zł za godzinę i ok. 100 zł za noc, pokrywane z własnych środków.

Jednak jakość takich usług opiekuńczych podlega ograniczonemu nadzorowi.

Domy seniora nie zawsze działają na zasadach komercyjnych – niektóre z nich prowadzone są przez organizacje pozarządowe.

ORGANIZACJA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ



ZASIŁKI I ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE

Wśród różnego rodzaju usług istnieją zasiłki i świadczenia pieniężne związane z opieką. Świadczenia pieniężne zależą od rodzaju opieki i od przyczyn zapotrzebowania na nią (opieka nad niepełnosprawnym dzieckiem lub osobą dorosłą bądź opieka nad osobą starszą). Należy pamiętać, iż kwoty wskazane poniżej mogą ulec zmianie.

Dostępne rodzaje świadczeń:

Zasiłek pielęgnacyjny (153 zł miesięcznie) – świadczenie opiekuńcze przyznawane osobom zapewniającym opiekę:

- dziecku w wieku poniżej 16 lat wymagającemu stałej pomocy (orzeczenie)
- dziecku w wieku powyżej 16 lat o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, która powstała w wieku uprawniającym do uzyskania świadczeń rodzinnych (jeśli niepełnosprawność powstała przed ukończeniem 21 roku życia), lub osobie o znacznym stopniu niepełnosprawności, bez kryterium wiekowego,
- osobie w wieku ponad 75 lat.

Świadczenie pielęgnacyjne (1406 zł miesięcznie) – wsparcie osób, które nie mogą podjąć zatrudnienia lub muszą zrezygnować z zatrudnienia, by zapewnić opiekę niepełnosprawnemu dziecku. Świadczenie to ma zatem stanowić ekwiwalent wynagrodzenia. Ponadto rodziny o dochodach poniżej 664 zł na osobę uprawnione są do otrzymywania specjalnego zasiłku opiekuńczego.

Dodatek pielęgnacyjny – powszechne świadczenie przyznawane osobom uprawnionym do otrzymywania emerytury lub renty, które ukończyły 75 rok życia, oraz osobom w dowolnym wieku, uprawnionym do otrzymywania emerytury lub renty, które są całkowicie

niezdolne do pracy i do samodzielnej egzystencji (209,59zł miesięcznie).

Uwaga! Nie przysługuje on osobom pobierającym zasiłek pielęgnacyjny z tytułu niepełnosprawności.

Dodatki z ZUS dla działaczy opozycji – do 402,72 zł wzrosła w marcu 2018 roku kwota świadczenia pieniężnego przysługującego działaczom opozycji antykomunistycznej lub osobom represjonowanym z powodów politycznych.

Ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny – wysokość ryczałtu energetycznego, która w dalszym ciągu będzie wynosić 165,71 zł.

Zasiłki dla osób starszych i chorych z ośrodków pomocy społecznej

- **Zasiłek stały** w wysokości nie mniejszej niż 30 zł i nie wyższej niż 605 zł miesięcznie. Przysługuje osobom niezdolnym do pracy w związku z wiekiem (tym, które nabyły już prawa do świadczeń emerytalnych) lub całkowicie niezdolnym do pracy z tytułu niepełnosprawności, jeżeli nie przekraczają one kryterium dochodowego. Dla osób samotnych wynosi ono 701 zł, a dla osób w rodzinie – 528 zł. W obu przypadkach to kwota netto (czyli po odliczeniu zaliczek na podatek dochodowy i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne). Dokładna wysokość zasiłku zostanie wyznaczona w urzędzie na podstawie różnicy między kryterium dochodowym a dochodem (osoby samotnej lub na osobę w rodzinie).
- **Zasiłek okresowy** przysługuje w przypadku długotrwałej choroby, niepełnosprawności, bezrobocia oraz oczekiwania na przyznanie emerytury lub renty. Jest to co najmniej 50 proc. różnicy między wspomnianym kryterium dochodowym a dochodem osoby samotnej lub w rodzinie. Zasiłek nie może być niższy niż 20 zł i nie wyższy niż 418 zł miesięcznie (w przypadku osoby samotnie gospodarującej). Ośrodek pomocy społecznej podejmuje decyzję, przez jaki

okres będzie wypłacana pomoc. Zależy to od sytuacji danej osoby czy rodziny.

- **Zasiłek celowy**, na zaspokojenie tzw. niezbędnych potrzeb życiowych, m.in. zakup leków, żywności, opału, ubrania, naprawienie drobnych usterek w mieszkaniu oraz na organizację pogrzebu. Potrzebujący mogą otrzymać bilet socjalny w komunikacji miejskiej, który wykorzystują na dojazd na zabiegi rehabilitacyjne lub do lekarza.

Wysokość pomocy zależy od możliwości finansowych opieki społecznej oraz sytuacji materialnej potrzebującego.

- Ulga na paszport - seniorzy, którzy mają ukończone 70 lat, otrzymają paszport za darmo.
- Ulga na telewizję – zwolnienie z opłat abonamentu po 75 r.ż.
- Tańsze bilety PKP i darmowa komunikacja miejska.

Zasiłki dla opiekunów

Opiekunowie dorosłych osób niepełnosprawnych mogą się starać o:

- **Specjalny zasiłek opiekuńczy**. Wynosi 520 zł netto miesięcznie, ale jego uzyskanie wymaga rezygnacji z pracy (lub niepodejmowania zatrudnienia) oraz niskich dochodów w rodzinie (764 zł netto na osobę miesięcznie). Zmiana w przedmiotowym zakresie nastąpi od 1 listopada 2018 r. - 620 zł miesięcznie.

- **Zasiłek dla opiekuna**. Wynosi 520 zł netto miesięcznie. Należy się tylko tym opiekunom, którzy po nowelizacji ustawy o świadczeniach rodzinnych z 2013 r. utracili prawo do świadczenia pielęgnacyjnego, a jednocześnie z powodu zbyt wysokich dochodów nie przysługuje im specjalny zasiłek opiekuńczy. Zmiana w przedmiotowym zakresie nastąpi od 1 listopada 2018 r. - 620 zł miesięcznie.

- **Zasiłek pielęgnacyjny**. Wynosi 153 zł netto miesięcznie. Przyznawany jest osobom niezdolnym do samodzielnej egzystencji. (Rząd zaproponował, aby kwota zasiłku pielęgnacyjnego została podwyższona do kwoty 184,42 zł [wzrost o 31,42 zł]. Zmiany miałyby obowiązywać od 1 listopada 2018 r. Ma to być pierwszy etap podwyż-

szenia. W kolejnym etapie, od 1 listopada 2019 r. kwota zasiłku ma wynieść 215,84 zł.)

- **Dodatek pielęgnacyjny**. Wynosi 209,59 zł netto miesięcznie. Nie przysługuje osobie, która pobiera zasiłek pielęgnacyjny lub rentę socjalną.

Zwolnienie lekarskie

Prawo pozwala skorzystać ze zwolnienia lekarskiego na chorego członka rodziny. Ustawa z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa przewiduje, że ubezpieczonemu zwolnionemu od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny przysługuje zasiłek opiekuńczy. Zasiłek przysługuje przez 14 dni kalendarzowych (nie roboczych) w roku.

REHABILITACJA LECZNICZA W WARUNKACH DOMOWYCH I AMBULATORYJNYCH DLA OSÓB STARSZYCH

Miejsce sprawowania i formy opieki geriatrycznej

Poza rehabilitacją szpitalną lub w zakładach opiekuńczo-leczniczych istnieje możliwość ubiegania się o rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, bądź domowych.

Specjalistyczną, ambulatoryjną opiekę lekarską skierowaną do ludzi w podeszłym wieku oferują poradnie geriatryczne. Z końcem 2014 r. na terenie Polski działało 115 poradni geriatrycznych.

Opieka domowa, w tym opieka w końcowej fazie życia, jest realizowana przez zespół geriatryczny opieki domowej przy poradni geriatrycznej.

Charakterystyka usług rehabilitacji domowej i ambulatoryjne

Poradnia geriatryczna – poradnia ambulatoryjna

Poradnia zajmuje się profilaktyką i leczeniem chorób występujących u osób w starszym wieku.

Podstawą diagnozowania i leczenia w geriatrici jest kompleksowa ocena geriatryczna.

W jej skład wchodzi:

- **porada rehabilitacyjna kontrolna** - obejmuje badanie lekarskie bez dodatkowej diagnostyki, ocenę wyników badań dodatkowych, wypisanie recept, wniosków na zaopatrzenie ortopedyczne, wydanie zaleceń terapeutycznych.
- **porada rehabilitacyjna specjalistyczna** - pierwsza porada lekarska w cyklu leczenia udzielona przez uprawnionego lekarza lub porada rehabilitacyjna kontrolna, która dodatkowo wymaga zlecenia przez lekarza dodatkowej diagnostyki. Diagnostyka ta nie obejmuje specjalistycznych badań odrębnie finansowanych przez NFZ lub Ministerstwo Zdrowia.

REHABILITACJA AMBULATORYJNA

W opiece ambulatoryjnej pacjenci przyjmowani z terenu dzielnicy miasta, powiatu lub gminy.

KTO	CO	UWAGI
Lekarz POZ	Skierowanie do lekarza rehabilitacji/ specjalisty - Skierowanie na badanie specjalistyczne (zgodnie z zapotrzebowaniem)	Gdy pacjent ma dolegliwości bólowe lub inne stany chorobowe musi zgłosić się do lekarza POZ. Lekarz POZ wystawi skierowanie do lekarza specjalisty lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Średni przewidywany czas oczekiwania na wizytę wynosi od 0 do 7 dni
Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego/ lekarz specjalista	- Skierowanie na badanie specjalistyczne (zgodnie z zapotrzebowaniem) - Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne - Recepta na leki (farmakoterapia)	Lekarz specjalista przeprowadzi wywiad i wystawi skierowanie na dodatkowe badania. Średni przewidywany czas oczekiwania na pierwszą wizytę wynosi od 0 dni do kilku miesięcy Pacjent musi zapisać się na listę oczekujących na badania specjalistyczne. Średni przewidywany czas oczekiwania na badania wynosi od 0 dni do kilku miesięcy Z wynikami badania trzeba umówić kolejną wizytę do lekarza specjalisty.
Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego/ lekarz specjalista	Skierowanie do poradni rehabilitacyjnej	Na podstawie wywiadu oraz wyników badań specjalistycznych może być wystawione skierowanie na rehabilitację. Skierowanie do poradni rehabilitacyjnej oraz na zabiegi fizjoterapeutyczne może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego.

		Jedynie w przypadku wady postawy kwalifikującej się do rehabilitacji leczniczej narządu ruchu , skierowanie na zabiegi wystawia, w ramach umowy z NFZ, lekarz specjalista .
Okres ważności skierowania	Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne jest ważne 30 dni od daty wystawienia. W tym czasie skierowanie musi zostać zarejestrowane w miejscu udzielania świadczeń, bez względu na to, kiedy rozpocznie się rehabilitacja. Średni przewidywany czas oczekiwania na rehabilitację wynosi od 0 dni do kilku lub kilkunastu miesięcy	
Zasady finansowania przez NFZ	NFZ finansuje do 5 zabiegów dziennie w dziesięciodniowym cyklu terapeutycznym.	
Dostępność	Poradnia rehabilitacji (lekarz) czynna jest co najmniej 2 dni w tygodniu, w tym co najmniej jeden dzień w godzinach popołudniowych. Gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii (zbiegi) czynny jest co najmniej 5 dni w tygodniu, w tym co najmniej 2 dni w godzinach popołudniowych.	

REHABILITACJA DOMOWA

Jest to rehabilitacja udzielana w miejscu zamieszkania lub pobytu. Przysługuje pacjentowi, jeśli wymaga rehabilitacji, a ze względu na stopień niepełnosprawności nie może dotrzeć do placówek lecznictwa ambulatoryjnego. Czas rehabilitacji: od 3 do 10 tygodni.

Rehabilitacja domowa uważana jest za jeden z najważniejszych

kroków w kierunku samodzielności osoby niepełnosprawnej lub w podeszłym wieku.

Zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych są udzielane pacjentom z zaburzeniami funkcji motorycznych.

Rehabilitacją domową są objęci:

- Pacjenci, którzy nie mogą korzystać z rehabilitacji ambulatoryjnej,
- Pacjenci kardiologiczni – w ramach kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej,
- Pacjenci z zaburzeniami narządu ruchu, powstałymi w wyniku:
 - ogniskowych uszkodzeń mózgu (stany po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – przez okres do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu;
 - ciężkich uszkodzeń centralnego i obwodowego układu nerwowego, odpowiadającymi 5. stopniowi skali oceny stopnia inwalidztwa;
 - uszkodzenia rdzenia kręgowego - przez okres 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia;
 - chorób przewlekłe postępujących, w szczególności: miopatii, choroby Parkinsona, zapalenia wielomięśniowego, rdzeniowego zaniku mięśni, guzów mózgu, procesów demielinizacyjnych, kolagenozy, przewlekłych zespołów pozapiramidowych, reumatoidalnego zapalenia stawów;
 - chorób zwyrodnieniowych stawów biodrowych lub kolanowych, po zabiegach endoprotezoplastyki stawu - przez okres 6 miesięcy od dnia wykonania operacji;
 - urazów kończyn dolnych - przez okres 6 miesięcy od dnia powstania urazu;
- Osoby w stanie wegetatywnym lub apalicznym.

Przebieg i zakres rehabilitacji domowej jest uzależniony od wskazań medycznych określanych przez lekarza, uwzględniając stan zdrowia oraz potrzeby pacjenta.

KTO	CO	UWAGI
Lekarz geriatra (pierwsza wizyta)	<ul style="list-style-type: none"> - Badanie, pomiary, testy w celu wystawienia rozpoznania; - Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne; - Recepta na leki (farmakoterapia). 	<p>Pierwsza wizyta domowa lekarza specjalizacji w dziedzinie geriatry albo lekarza będącego w trakcie specjalizacji w dziedzinie geriatry powinna być przeprowadzona w terminie do siedmiu dni od zgłoszenia, a pielęgniarki – w terminie dwóch dni, po uzgodnieniu terminu.</p> <p>Domowe wizyty geriatryczne udzielane są w trybie planowym, z wyjątkiem uzasadnionych przypadków. Częstotliwość geriatrycznych wizyt domowych powinna zależeć od indywidualnego stanu zdrowia pacjenta.</p> <p>Wizyty kontrolne i wizyty pozostałych członków zespołu odbywają się w uzgodnieniu z pacjentem geriatrycznym, jego rodziną lub opiekunem.</p>
Lekarz POZ/ lekarze ubezpieczenia zdrowotnego	<ul style="list-style-type: none"> - Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych; - Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne; - Recepta na leki (farmakoterapia). 	<p>Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), a także inni lekarze ubezpieczenia zdrowotnego, w tym lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji medycznej, medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, fizjoterapii i balneoklimatologii, balneologii, balneologii i medycyny fizykalnej, reumatologii, neurologii, neurochirurgii i neurotraumatologii, chirurgii, chirurgii ogólnej, chirurgii ortopedycznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, ortopedii i traumatologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie</p>

		rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, neurologii, neurochirurgii, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii, lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej, balneologii i medycyny fizykalnej, reumatologii, neurologii, neurochirurgii, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii.
Okres ważności skierowania	Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych jest ważne 30 dni od daty wystawienia. W tym czasie skierowanie musi zostać zarejestrowane, bez względu na to, kiedy rozpocznie się rehabilitacja.	
Zasady finansowania przez NFZ	<p>NFZ finansuje do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym.</p> <p>W rehabilitacji domowej wykonywanych jest do 5 zabiegów dziennie. W uzasadnionych przypadkach czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza kierującego na zabiegi, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.</p> <p>Ważne! Świadczenia rehabilitacji w warunkach domowych nie mogą być łączone ze świadczeniami realizowanymi w zakresie hospicjum domowego!</p>	

W przypadku rehabilitacji domowej:

Po wizycie w domu pacjenta lekarz z poradni rehabilitacyjnej ustala program leczenia. Fizjoterapeuta przychodzi 3 razy w tygodniu lub częściej, jeżeli istnieje taka potrzeba. Korzystając z przenośnych urządzeń, może wykonywać nawet niektóre zabiegi, np. elektrostymulację, laseroterapię. Pacjent lub jego opiekun potwierdzają podpisem wykonanie zabiegu. Rehabilitacja w domu prowadzona jest zazwyczaj przez 4 tygodnie. NFZ refunduje do 80 dni terapii na rok. Na dłuższą rehabilitację trzeba mieć pisemną zgodę dyrektora oddziału NFZ.

Na skierowaniu konieczna jest adnotacja lekarza, że rehabilitacja ma się odbywać w domu pacjenta. Przy kwalifikacji istotne jest schorzenie oraz czas, jaki upłynął od rozpoczęcia choroby. NFZ ściśle określa, kto i jak długo może korzystać z tej formy usprawnienia.

REHABILITACJA GRUPOWA

Osamotnienie, brak zainteresowania ze strony najbliższych to często przyczyna izolowania się starszych osób od otoczenia. Jeżeli do depresji dołączą dolegliwości wynikające ze zmian zwyrodnieniowych w stawach, choroby układu krążenia czy inne dolegliwości fizyczne, wielu seniorów w krótkim czasie wycofuje się z aktywnego życia i staje się osobami niepełnosprawnymi.

Dlatego, aby przerwać niekorzystny splot zdarzeń, lekarze kierują seniorów na grupową rehabilitację. Oprócz łagodnych ćwiczeń fizycznych prowadzi się tam warsztaty rozwijające zainteresowania, naukę właściwego odżywiania, wspólne czytanie, śpiewanie – zajęcia, które pozwalają utożsamić się z grupą i wyjść z zespołu kruchości. Ale zawsze trzeba mieć na uwadze to, że przyczyną złego samopoczucia seniora czy izolowania się od otoczenia mogą być np. nieleczone schorzenia czy interakcje zachodzące między lekami przepisanyymi przez różnych lekarzy.

Uwaga!

Świadczenia finansuje NFZ, jednak chory musi sam płacić za leki, środki opatrunkowe i pielęgnacyjne. Skierowanie umożliwiające skorzystanie z pomocy pielęgnacyjno-opiekuńczej wystawia lekarz rodzinny lub lekarz specjalista.

W jaki sposób uzyskać dostęp do usług rehabilitacyjnych?

Przy objawach chorobowych oraz dolegliwościach należy zgłosić się do lekarza i umówić wizytę.

TELEOPIEKA

Statystyki pokazują, że aż 70% upadków w domach, którym ulegają osoby powyżej 65. roku życia, zdarza się podczas kąpieli w łazience, gdy dostęp do telefonu jest niemożliwy. Ponad 40% uszkodowanych nie może się podnieść, a więc także dotrzeć do telefonu, by wezwać pomoc. Więcej niż połowa osób w chwili zagrożenia i stresu nie potrafi wybrać numeru telefonu do służb ratunkowych. Tu z pomocą przychodzą nowoczesne rozwiązania mające wpływ na szybkość i jakość udzielenia pierwszej pomocy medycznej.

Teleopieka:

To m. in. usługa dająca możliwość wezwania pomocy w przypadku zagrożenia życia, zdrowia lub bezpieczeństwa. System skierowany do osób starszych, niesamodzielnych, czasowo lub stale samotnych. Osoby te mogą mieć ograniczoną sprawnością ruchową lub intelektualną, jednak chcą lub muszą prowadzić samodzielne życie i przy tym wymagają stałego nadzoru. System teleopieki jest również rozwiąza-

niem dla każdego, kto chce podwyższyć swoje bezpieczeństwo osobiste i komfort życia.

W razie pojawiającego się zagrożenia, jak np. nagła choroba, załamanie, upadek, potrzeba wsparcia psychologicznego, awaria urządzeń domowych, zatrzaśnięcie drzwi, potrzeba szybkiej informacji lub zamówienie usługi, system umożliwia wezwanie pomocy lub dostarcza rozwiązania niezbędne do zażegnania zaistniałego problemu.

Głównym celem teleopieki jest zapewnienie seniorom i osobom chorym poczucia bezpieczeństwa, a najbliższej rodzinie/opiekunom komfortu, że ich bliski jest pod stałą fachową opieką.

Ważne jest również, aby osoby wymagające opieki i wsparcia jak najdłużej mogły pozostawać w swoim bezpiecznym i znanym miejscu.

Finansowaniem teleopieki zajmują się gminy, miasta, samorządy, które wychodzą naprzeciw oczekiwaniom lokalnej społeczności i poszukują rozwiązań, aby móc zapewnić należytą opiekę seniorom.



Korzyści, które powinny przemawiać za wprowadzeniem i upowszechnianiem idei teleopieki wśród osób starszych:

- *świadomość poczucia bezpieczeństwa*

Z rozmów z podopiecznymi teleopieki wynika, że całodobowa ochrona, daje nieocenione poczucie bezpieczeństwa. Podopieczni, mimo że mieszkają sami, a ich rodzina nie znajduje się w pobliżu, czują się silniejsi i bardziej zaradni. Wiedzą, że są w stanie sami sobie skutecznie pomóc.

Rozwiązanie takie daje obopólne korzyści zarówno dla seniora jak i jego rodziny. W przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia czy życia seniora, nie jest on zdany jedynie na pomoc sąsiadów, ale również ma możliwość samodzielnie zareagować wzywając pomoc. Świadomość tego faktu znacząco zwiększa komfort psychiczny także bliskich mu osób.

- *wsparcie społeczne*

Wsparcie ze strony otoczenia jest potrzebne ludziom w każdym wieku. Jednak osoby starsze potrzebują go szczególnie, a potrzeba ta wzrasta w miarę pojawiania się niesamodzielności, będącej skutkiem przewlekłej choroby lub niepełnosprawności. Mogąc korzystać z systemu teleopieki we własnym miejscu zamieszkania odczuwają większy komfort. Wiedzą, że o ich istnieniu wie ktoś, kto może im pomóc jeżeli będą tego potrzebowali.

- *poczucie samodzielności i zaradności*

Poczucie to, przejawia się w możliwości samodzielnego zamieszkiwania, bez konieczności korzystania z pomocy innych osób przy wykonywaniu codziennych czynności. System teleopieki jest dobrym motywatorem do zachowania jak najdłuż-

szej samodzielności, a co za tym idzie, nie obciążania najbliższych.

- możliwość pozostania jak najdłużej w miejscu zamieszkania

Możliwość pozostania w miejscu zamieszkania, pomimo pogarszającego się z wiekiem stanu zdrowia, zaradności i samodzielności, jest czynnikiem bardzo ważnym do utrzymania poczucia niezależności. Osoby samotne, schorowane chcą jak najdłużej zostać w swoim domu, będącym dla nich „azylem”, w którym nie rzadko spędzili całe życie. Myśl o zmianie miejsca zamieszkania na dom późnej starości lub dom opieki społecznej, seniorzy odkładają na jak najpóźniej. W trakcie rozmów z osobami w wieku podeszłym, mówią one, że jest to dla nich ostateczne rozwiązanie, w momencie gdy rodzina nie będzie mogła sprawować nad nimi opieki, bądź gdy zaistnieje sytuacja, że zostaną ubezwłasnowolnieni.

- możliwość godzenia przez najbliższych pracy z opieką nad osobą starszą

System teleopieki pozwala rodzinie lub opiekunom podopiecznego na spokojne łączenie pracy z innymi obowiązkami, ponieważ wiedzą, że ich bliscy są objęci skuteczną, 24 - godzinną opieką przez 365 dni w roku.

Dodatkową korzyścią dla podopiecznego jest ułatwienie korzystania z telefonu poprzez duże, podświetlone, a przy tym wygodne przyciski.

- skuteczne poczucie obniżenia zagrożenia

Starsze osoby które są świadome, że w razie niebezpieczeństwa w środowisku domowym (upadku lub nagłej choroby) są w stanie samodzielnie wezwać pomoc, mają większe poczucie bezpieczeństwa. Wpływa to pozytywnie na ich poczucie samoskuteczności oraz zwiększa wiarę we własne siły.

- korzyści ekonomiczne

Korzyści teleopieki, to także możliwość obniżenia kosztów w innych obszarach jak: rehabilitacja, pomoc społeczna czy system ochrony zdrowia.

Poza tym, przyczynia się do skrócenia okresu hospitalizacji pacjentów. Korzyści wynikają również ze zmniejszenia liczby osób oczekujących na miejsca w stacjonarnych domach pomocy społecznej czy zakładach opiekuńczych, w których koszt opieki nad seniorem jest znacznie wyższy niż w środowisku domowym.

- możliwość lokalizacji podopiecznego

Teleopieka oferuje wśród licznych dostępnych urządzeń identyfikatory lokalizujące osoby zagubione za pomocą sygnału GPS. Dzięki transmisji GSM opiekunowie mogą zdalnie kontrolować stan zdrowia podopiecznego oraz miejsce jego pobytu.

Kryterium włączania osób starszych do systemu teleopieki

Każda instytucja może sama określić kryteria włączania osób do systemu teleopieki.

Możliwość włączenia seniora do systemu, najczęściej zależy od:

- przedziału wiekowego seniorów – najczęściej podawany wiek to 60+,
- oceny stopnia zaradności osób starszych, czyli samodzielności – bądź jej braku, w oparciu o możliwość wykonywania czynności dnia codziennego,
- podwyższonego zagrożenia zdrowia lub życia, np. nagłe ataki, wstrząsy, chwilowe utraty przytomności,
- niepełnosprawności,
- schorzeń narządu ruchu,
- rozwoju osteoporozy,
- chorób o podłożu kardiologicznym, neurologicznym (np. udary).

NOTATKI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PSYCHOLOGIA



LĘK PRZED UPADKIEM U OSÓB STARSZYCH

Wstęp

Lęk jest stanem emocjonalnym, nieprzyjemnym, niejasnym, związanym z takimi uczuciami jak strach, stres, przykrość, obawa, niepokój, poczucie zagrożenia. Lęk oddziałuje na całego człowieka, zarówno na jego psychikę, fizjologię jak i zachowanie. Jest też czymś zupełnie normalnym. W pewnych sytuacjach reagowanie lękiem jest zupełnie naturalne i właściwe. Problem pojawia się, gdy lęk jest nieadekwatnie intensywny, trwa dłużej, przeszkadza w codziennym funkcjonowaniu.

Zespół poupadkowy dotyka 20-65% osób, u których doszło do upadku.

Zdarza się także, że występuje on u osób, które były świadkiem czyjegoś upadku lub obserwowały skutki upadku u kogoś.

Konsekwencją przeżywania lęku przed upadkiem jest ograniczenie swojej aktywności w celu zminimalizowania prawdopodobieństwa upadku. Osoba zaczyna unikać wychodzenia z domu, najpierw do nieznanych miejsc, na spacer, na zakupy w końcu przyjmuje siedzący tryb życia. Prowadzi to do pogorszenia się siły mięśniowej, postawy, równowagi i ogólnej sprawności. Pojawia się błędne koło, ponieważ konsekwencje lęku zwiększają osłabienie fizyczne i powodują wzrost ryzyka upadku. Wpływają również na psychikę osoby starszej, nasilają lęk, poczucie bezsilności, brak poczucia bezpieczeństwa, rezygnację z życia, która powoduje poczucie osamotnienia, bycia zależnym i niepotrzebnym. Spadek poczucia własnej wartości

i bezsilność nasila strach i lęk, powoduje depresję.

Jak zmniejszyć lęk przed upadkiem

1. Zbadanie przyczyny poprzedniego upadku – pomoże to wyeliminować możliwe przyczyny upadku (zarówno zewnętrzne jak i wewnętrzne), przez co faktycznie zmniejszy się prawdopodobieństwo kolejnego upadku oraz pomoże to zmniejszyć lęk.

2. Dostosowanie mieszkania do potrzeb i zasad bezpieczeństwa minimalizujących ryzyko upadku

Usunąć: przedmioty o które można się potknąć, takie jak zwijające się dywaniki, kable, przedmioty leżące na przejściach, utrudniające dostęp, progi.

Postawić: w miejscach łatwo dostępnych przedmioty codziennego użytku.

Używać: mat antypoślizgowych, siedzenia pod prysznicem lub w wannie.

Zamontować: poręcze i uchwyty, szczególnie w łazience.

Zadbać: o dobre oświetlenie, odpowiednie obuwie.

3. Zadbanie o stan zdrowia, m.in.:

- regularne sprawdzanie wzroku i w razie potrzeby wymiana okularów, używanie okularów przeciwsłonecznych,
- sprawdzanie słuchu i w razie potrzeby używanie aparatów słuchowych,
- monitorowanie czy nie ulega pogorszeniu równowaga, czy nie ma zawrotów głowy, skoków ciśnienia lub innych dolegliwości i w razie potrzeby zwrócić się do specjalisty,
- dbanie o regularną aktywność fizyczną, nauczenie się bezpiecznego poruszania, usprawnianie chodzenia, schylania się,
- leczenie osteoporozy, w razie trudności lub wątpliwości zwrócić się do lekarza, fizjoterapeuty.

4. Znajomość schematu postępowania po upadku, umiejętność właściwego upadania i w razie potrzeby bezpiecznego podnoszenia się.

5. Wsparcie emocjonalne ze strony bliskich, sąsiadów (osób trzecich) - czyli cierpliwe słuchanie, rozmawianie otwarcie i wprost o lęku przed upadkiem, okazywanie zrozumienia, zachęcanie do aktywności, często małymi krokami, ale nigdy na siłę, Towarzyszenie w oswojaniu lęku. W razie potrzeby zwrócić się do specjalisty np. psychologa, terapeuty.

Ryzyko wystąpienia zespołu poupadkowego jest niższe u osób przygotowanych, świadomych swoich ograniczeń, ale również znających swoje możliwości, które potrafią zadbać o siebie samych.

NOTATKI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BIBLIOGRAFIA

CZĘŚĆ 1 – URAZY

1. Baczuk L. Trauma in elderly people. *Postępy Nauk Medycznych*. 2008.
2. Kamińska M. The role of family nurse in prevention of falls in elderly people. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2013;15, 1:21-26.
3. Buczak-Stec E, Goryński P. Hospitalizacja z powodu upadków osób starszych w Polsce w 2010 roku. *Przegl Epidemiol* 2013;67: 141-144.
4. Gill TM, Williams CS, Tinetti ME. Environmental hazards and the risk of nonsyncopal falls in the homes of community-living older persons. *Medical care*. 2000;38(12):1174-83.
5. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski JT. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. *Hygeia Public Health*. 2011;46(3):313-8.
6. Organization WH. WHO Global Report on Falls: Prevention in Older Age. Organization GWH, editor: World Health Organization; 2007.
7. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane Library*. 2012.
8. Paszko-Patej G, Terlikowski R, Kułak W, Sienkiewicz D, Okurowska-Zawada B. Czynniki wpływające na proces kształtowania równowagi dziecka oraz możliwości jej obiektywnej oceny. *Neurol Dziec*. 2011;20(41):121-12.
9. Iaboni A, Flint AJ. The complex interplay of depression and falls in older adults: a clinical review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013;21(5):484-92.
10. Rolland Y, Czerwinski S, Van Kan GA, Morley J, Cesari M, Onder G, et al. Sarcopenia: its assessment, etiology, pathogenesis, consequences and future perspectives. *The Journal of Nutrition Health and Aging*. 2008;12(7):433-50.
11. Harwood RH, Foss A, Osborn F, Gregson R, Zaman A, Masud T. Falls and health status in elderly women following first eye cataract surgery: a randomised controlled trial. *British Journal of Ophthalmology*. 2005;89(1):53-9.
12. Borzym A. Upadki osób w podeszłym wieku – przyczyny, konsekwencje i zapobieganie. *Psychogeriatrya Polska*. 2009;6(2):81-8.
13. Hawley C, Sakr M, Scapinello S, Salvo J, Wrenn P. Traumatic brain injuries in older adults—6 years of data for one UK trauma centre: retrospective analysis of prospectively collected data. *Emerg Med J*. 2017:emermed-2016-206506.
14. Mazur K, Pisany-Syska A. CZYNNIKI RYZYKA UPADKÓW CHORYCH HOSPITALIZOWANYCH NA ODDZIALE GERIATRYCZNYM. *PIELĘGNIARSTWO POLSKIE POLISH NURSING*. 2017:260.
15. Petridou ET, Manti EG, Ntinapogias AG, Negri E, Szczerbińska K. What works better for community-dwelling older people at risk to fall? A meta-analysis of multifactorial versus physical exercise-alone interventions. *Journal of aging and health*. 2009;21(5):713-29.
16. Frick KD, Kung JY, Parrish JM, Narrett MJ. Evaluating the Cost-Effectiveness of Fall Prevention Programs that Reduce Fall-Related Hip Fractures in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(1):136-41.
17. Turner S, Arthur G, Lyons RA, Weightman AL, Mann MK, Jones SJ, et al. Modification of the home environment for the reduction of injuries. status and date: New search for studies and content updated (no change to conclusions), published in. 2006(1).
18. Karlsson MK, Magnusson H, von Schewelov T, Rosengren B. Prevention of falls in the elderly—a review. *Osteoporosis international*. 2013;24(3):747-62.
19. Ang BH, Chen WS, Lee SWH. Global burden of road traffic accidents in older adults: a systematic review and meta-regression analysis. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2017;72:32-8.
20. Olszewski P, Szagała P, Wolański M, Zielińska A. Pedestrian fatality risk in accidents at unsignalized zebra crosswalks in Poland. *Accident Analysis & Prevention*. 2015;84:83-91.
21. Pransky GS, Benjamin KL, Savageau JA, Currivan D, Fletcher K. Outcomes in work-related injuries: A comparison of older and younger workers. *American journal of industrial medicine*. 2005;47(2):104-12.
22. Grandjean CK, McMullen PC, Miller KP, Howie WO, Ryan K, Myers A, et al. Severe occupational injuries among older workers: demographic factors, time of injury, place and mechanism of injury, length of stay, and cost data. *Nursing & Health Sciences*. 2006;8(2):103-7.
23. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski JT. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. *Hygeia Public Health* 2011; 46(3); 313-318.
24. Guccione AA i in. *Fizjoterapia kliniczna geriatryi*. Elsevier 2014: 389-419
25. Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A. Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. *Via Medica* 2006:123-133
26. Gryglewska B, Grodzicki T. *Vademecum Geriatrii dla Lekarza Praktyka*. *Via Medica* 2016: 48-61
27. Lesley K, Bowker i in. *Oxford Handbook of Geriatric Medicine*. Oxford University Press 2015: 101-124.
28. Majchrzyk I. Upadki u osób w podeszłym wieku – praktyczne spojrzenie na rolę pielęgniarki w profilaktyce. *Geriatria i opieka długoterminowa*; 2016 (7): 8-11.
29. Mudroch I i in. *Stany nagłe w geriatryi*. Edra Urban & Partner ; Wrocław 2017: 123-139 i 161-174
30. Nowicki G, Rzońca P i in. Urazy wieku geriatrycznego w praktyce Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. *Gerontologia Polska* 2015; 2:47-54.
31. *Polsenior – Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*: red Małgorzata Mossakowska, Andrzej Więcek, Piotr Błędowski: Termedia 2012; rozdz. 15: Anna Skalska, Barbara Wizner, Alicja Klich-Rączka, Karolina Piotrowicz, Tomasz Grodzicki ; Upadki i ich następstwa w populacji osób starszych w Polsce; 275-294.
32. Pytlak MA, Tomska N, Bohatyrowicz A i in, Influence of selected demographic factors on traumas in persons over 65 years of age reporting to the Hospital Medical Ward. *Family Medicine & Primary Care Review* 2016; 18: 49-53.
33. Reuben DB i in. *Geriatrics at your fingertips*. American Geriatrics Society; 2016: 113-120
34. Rosenthal T i in. *Geriatria* 2009:187-196
35. Skalska A. Nawracające upadki w: *Geriatria w przypadkach klinicznych* (red) Gryglewska B, Grodzicki T. *Via Medica* 2015: 89-94.

36. Wieczorowska-Tobis K. Fizjologia w geriatric. PZWL 2015: 82-93
37. Wieczorowska-Tobis K. Geriatric i pielęgniarstwo geriatriczne. PZWL 2010: 247-254
38. Wieczorowska-Tobis K, Talarska D, Zasadzka E. Upadki jako wielki zespół geriatriczny. Wydawnictwo VERLAG DASHOFER Sp. z o.o. 2013.

CZĘŚĆ 2 – OPIEKA

1. Bank Światowy, 2010
2. Bank Światowy. Live Long and Prosper – Responses to Population 3.Ageing in the East Asia Pacific Region. 2015 [DRAFT]
3. Biercewicz M, Szewczyk M, Ślusarz R. Pielęgniarstwo w geriatric. Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstwa specjalistycznego. Borgis, Warszawa 2006.
4. Błędowski P, Maciejasz M. Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje [Development of the long-term care in Poland – status and recommendations], in: Nowiny Lekarskie 2013; 82:61-69
5. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Biuletyn statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2014
6. Colombo F. et al. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Publishing www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted
7. Golinowska S, Sowa A. Działania samorządów lokalnych w opiece i integracji niesamodzielnych osób starszych, IPISS raport na zlecenie MPiPS, Warszawa 2010.
8. Golinowska S, Kocot E, Sowa A. (2013), Ageing, Health Expenditure and Golinowska S. Rysz-Kowalczyk B. Regionalne strategie polityki społecznej i rynku pracy narzędziem prowadzenia polityki społecznej. Social Policy 2014; 10/1914
9. GUS (2000-2015), Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych 1999, 2006, 2013, Warszawa
10. GUS (2014), Zdrowia i ochrona zdrowia w 2013 r., Warszawa
11. GUS (2014a), Trwanie życia w 2013 r., Warszawa
12. GUS (2015), Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności IV kwartał 2014 r., Warszawa
13. Komisja Europejska.The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States, European Economy 3/2015, Brussels
14. Kotowska I, Sztanderska U, Wóycicka I. Między domem a pracą. Rekomendacje. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2007
15. Raćław M. (red.). Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych. ISP i ZUS Warszawa 2011
16. Rosenthal T. Naughton B, Williams M (red.). Geriatric. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2009.
17. World Health Organization (2009)
18. Wóycicka I, Rurarz. Zapotrzebowanie na opiekę, w: Kotowska IE, Sztanderska U, Wóycicka I, Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2007
19. Bień B, Błędowski P. Standardy postępowania w opiece geriatricznej. Stanowisko

- Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, Gerontologia Polska nr 2, tom 21, 2013.
20. Błędowski P. Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych Warszawa, 2012.
21. Cybulski M, Krajewska-Kułak E. Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego. PZWL. Warszawa 2016,
22. Fal AM. Opieka geriatriczna w Polsce, wyd.CeDeWu.pl. Warszawa 2016.
23. GUS. Ludność w wieku 60 lat i więcej, Notatka Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej odnośnie „Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia”, 19.02.2016 r.
24. Herudzińska M, Błaszczak I. Znane i nieznanie oblicza starości jako obszar wyzwań dla społeczeństw XXI wieku. Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2016.
25. Iwański R, Opieka długoterminowa nad osobami starszymi. wydawnictwo CeDeWu. pl. Warszawa 2016.
26. Jakimowicz-Klein B. Opieka nad seniorem. świat Książki. Warszawa 2104.
27. Klimczuk A, Polityka społeczna wobec starości i osób starszych w mieście Białystok w świetle dokumentów strategicznych (Social policy towards aging and older people in the city of Białystok in the light of the strategic documents), MPRA (Munich Personal RePec Archive), 2014 (posted 2 March 2016).
28. Mikołajewska E. Rehabilitacja domowa osób w podeszłym wieku i rola zaopatrzenia ortopedycznego, Psychogeriatrica Polska 2012; 9(1): 11-16.
29. NIK Departament zdrowia. Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym 2014.
30. Palka MM, Podstawowa opieka zdrowotna nad osobami w wieku podeszłym. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie; 2014: 12(4).
31. <http://www.nfz-warszawa.pl>
32. <http://nanfz.pl>
33. Bielak-Zasadzka M., Kucharczyk-Brus B. Obraz zasobu mieszkalnego w Polsce i relacji demograficzne. Polityka senioralna 2017; 3.
34. Karolska K.. Wyniki przeprowadzonego badania sytuacji bytowej osób starszych z Giżycka po 60. r. ż., Giżycko 2016 r.
35. Kostka T. Nowoczesne technologie w opiece nad seniorami. PIRB, Warszawa 27 IX 2017 r.
36. Rzczyński B. Gerontechnologia w przestrzeni komunalnej. Przegląd komunalny 2009; 3
37. Townsend P. Ageism and Social Policy, 1986.
38. Zapędowska – Kling KA. Nowe technologie w służbie seniorom, 2015.
39. Gazeta Olsztyńska, czwartek, 19.10.2017 r.
40. <http://teleopieka.com.pl/misja-systemu-teleopieki-naszsenior-pl/>
41. <http://www.londonhp.nhs.uk/wp-content/uploads/2011/03/16-Telecare-Briefing.pdf/>
42. <http://www.centrum-opieki.pl/produkty/czerwonyprzycisk>
43. <http://www.centrum-opieki.pl/produkty/czerwonyprzycisk#>

44. <https://www.tsa-voice.org.uk/what-is-tec>
45. <http://www.zdaniemseniora.pl/teleopieka-aniol-stroz-dla-seniorow/>
46. <http://teleopieka.com.pl/misja-systemu-teleopieki-naszsenior-pl/>
47. <http://um.suwalki.pl/suwalki-miastem-zdrowia/>
48. <http://www.aktywizacja.org.pl/biblioteka/technologie/1389-teleopieka-nowoczesna-forma-wsparcia>
49. <http://dziennikustaw.gov.pl/du/2015/1991>

CZĘŚĆ 3 – PSYCHOLOGIA

1. Borzym A. Upadki osób w podeszłym wieku – przyczyny, konsekwencje i zapobieganie. *Psychogeriatrya Polska*. 2009; 6(2): 81-88
2. Bourne EJ. Lęk i fobia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2011
3. Cumming RG. I wsp. Prospective study of impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *J Gerontol A Biol Sci Med. Sci*. 2000;55(5):299-305
4. Cybulski M, i wsp. *Psychogeriatrya..* Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2017
5. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski JT. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. *Hygeia Public Health*. 2011; 46(3):313-318
6. Reber AS, Reber ES. *Słownik Psychologii*. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Wyd. 3. Warszawa 2005
7. Steuden S. *Psychologia starzenia się i starości*, red. Straś-Romanowska M. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2014
8. Szczerbińska K. Okoliczności i czynniki ryzyka upadków powtarzających się i występujących sporadycznie w domach pomocy społecznej. *Gerontologia Polska* 2011; 19(3-4):161-170
9. WHO Media Centre, Falls, sierpień 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>
10. Wojszel B, Bień B, Przydatek M. Wielkie problemy geriatryczne: II. Upadki, „Borgis - Medycyna Rodzinna” 2001; 2:83-86