

Przewodnik dla opiekunów osób niesamodzielnych

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY



Szanowni Czytelnicy!

Z wielką przyjemnością, w ramach projektu pn. Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT w Ośrodku Pomocy Społecznej, przekazujemy do Państwa rąk – opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych w wersji tradycyjnej – drukowanej broszury – „Przewodnik dla opiekunów osób niesamodzielnych”.

Jest on przewodnikiem po świecie, w którym żyjesz jako opiekun nieformalny osoby niesamodzielnej, przewlekle chorej, starszej. Ma ułatwić sprawowanie opieki nad bliskim chorym w domu z zachowaniem niezbędnych standardów bezpiecznego postępowania oraz w poszanowaniu godności osoby niesamodzielnej.

Materiały zawarte obejmują praktyczne rady, mają ułatwić opiekę i pielęgnację nad osobami z chorobami przewlekłymi, podnosząc jej jakość. Są cennym źródłem informacji umożliwiających poruszanie się po różnych systemach wsparcia, dofinansowań, świadczeń, ulg i uprawnień.

Jeśli w Twoim otoczeniu, domu, sąsiedztwie jest osoba która opiekuje się osobą niesamodzielną, przekaz jej informację o Poradniku.

Wierzimy, że artykuły zawarte w nim zainteresują Państwa. Liczymy, że okażą się dla Państwa cennym źródłem wiedzy pomocnej w wykonywaniu czynności opiekuńczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych, leczniczych i psychoterapeutycznych.

Serdecznie zapraszamy do czytania, dzielenia się swoimi doświadczeniami, zadawania pytań. Życzymy miłej lektury.

WSPARCIE DLA OPIEKUNÓW

Rodzaje świadczeń opiekuńczych przysługujących osobie niepełnosprawnej oraz inne formy wsparcia

ZASIŁEK PIEŁĘGNACYJNY

Zasady przyznawania oraz wypłacania zasiłku pielęgnacyjnego i świadczenia pielęgnacyjnego reguluje ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. z 2024 r. poz.323, z późn.zm). Zasiłek pielęgnacyjny przyznaje się w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

ZASIŁEK PIEŁĘGNACYJNY PRZYSŁUGUJE NIEZALEŻNIE OD DOCHODU:

- niepełnosprawnemu dziecku (do 16 r. życia)
- osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16 roku życia, jeżeli legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności
- osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16 roku życia legitymującej się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała w wieku do ukończenia 21 roku życia.
- osobie, która ukończyła 75 lat i nie posiada orzeczenia i nie jest uprawniona do dodatku pielęgnacyjnego w ZUS, KRUS lub innym organie emerytalno-rentowym.

ZASIŁEK PIEŁĘGNACYJNY NIE PRZYSŁUGUJE:

- osobie uprawnionej do dodatku pielęgnacyjnego
- osobie umieszczonej w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie
- jeżeli członkowi rodziny osoby uprawnionej do zasiłku pielęgnacyjnego przysługuje za granicą świadczenie na pokrycie wydatków związanych z pielęgnacją tych osób, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej.

Od dnia 1 listopada 2019 r. **zasiłek pielęgnacyjny** wypłacany jest w wysokości **215,84 zł miesięcznie**.

Prawo do zasiłku pielęgnacyjnego ustala się na czas nieokreślony, chyba że orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności zostało wydane na czas określony, wówczas zasiłek przysługuje do ostatniego dnia miesiąca ważności orzeczenia.

Zgodnie z art. 6ba ust. 1, 2, 3 ustawy z dnia 24 lipca 2024 o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U., poz.1165, z późn.zm).

Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności albo o stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony może wystąpić do powiatowego zespołu z wnioskiem o wydanie kolejnego orzeczenia o niepełnosprawności albo o stopniu niepełnosprawności nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem terminu ważności posiadanego orzeczenia.

Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności może wystąpić do powiatowego zespołu z wnioskiem o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu ważności orzeczenia o niepełnosprawności.

Oznacza to, że jeżeli osoba posiadająca ustalone prawo do zasiłku pielęgnacyjnego złoży przed końcem ważności orzeczenia wniosek do powiatowego zespołu o wydanie kolejnego orzeczenia, zachowuje prawo do zasiłku pielęgnacyjnego do dnia wydania kolejnego ostatecznego orzeczenia, nie dłużej jednak niż do ostatniego dnia szóstego miesiąca następującego po dacie określającej tę ważność.

Wniosek o przyznanie zasiłku pielęgnacyjnego można złożyć

1. za pośrednictwem platformy ePUAP,
2. Portal EMPATIA
3. za pośrednictwem poczty elektronicznej, podpisanej podpisem elektronicznym, o którym mowa w ustawie z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej,
4. osobiście - poprzez złożenie wniosku wraz wymaganymi dokumentami w siedzibie Ośrodka Pomocy Społecznej w Tuchowie – Dział Świadczeń Rodzinnych, ul. Jana Pawła II 4, 33-170 Tuchów, I Piętro, pok.111, od poniedziałku do piątku od godz. 7 do godz. 15.

DODATEK PIEŁĘGNACYJNY

Jest świadczeniem przyznawanym i wypłacanym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). Jest to pomoc państwa w częściowym pokryciu kosztów, które wynikają z niezdolności bądź ograniczonej niezdolności osoby do samodzielnego funkcjonowania.

Dodatek pielęgnacyjny przysługuje niezależnie od dochodu:

- osobom uprawnionym do emerytury lub renty pod warunkiem niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji
- osobom mającym prawo do świadczeń emerytalno-rentowych, które ukończyły 75 rok życia.

Aby otrzymać dodatek pielęgnacyjny, należy wystąpić ze stosownym wnioskiem do ZUS/KRUS, do którego dołącza się orzeczenie lekarza Orzecznika ZUS/KRUS o niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji. Osoby, które pobierają świadczenie emerytalno-rentowe z ZUS/KRUS i ukończyły 75. rok życia otrzymują dodatek pielęgnacyjny z urzędu, co oznacza, że osoby nie muszą składać żadnych wniosków i dodatkowych dokumentów.

Od 01-03-2025r. **dodatek pielęgnacyjny** wynosi: **348,22 zł** miesięcznie.

Wnioski oraz wszelkie informacje można uzyskać na stronie internetowej ZUS, infolinii ZUS pod nr telefonu 22 560 16 00 lub w oddziale ZUS – Tarnów, ul. Kościuszki 32 oraz w oddziale KRUS – Placówka Terenowa w Tuchowie, ul. Kazimierza Wielkiego 8, 33-170 Tuchów, lub w placówce KRUS – Tarnów, ul. Wałowa 12, na stronie internetowej KRUS, infolinii KRUS pod nr telefonu 22 592 66 40.

ŚWIADCZENIE PIEŁĘGNACYJNE NA „NOWYCH” ZASADACH OBOWIĄZUJĄCYCH OD 01-01-2024 R.

Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje z tytułu sprawowanej opieki nad osobą niepełnosprawną w **wieku do ukończenia 18. roku życia** legitymującą się:

- orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności
- albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia.

Przy ustalaniu prawa do świadczenia pielęgnacyjnego nie jest brane pod uwagę kryterium dochodowe rodziny. Osoba ubiegająca się o przyznanie świadczenia może być zatrudniona na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenie czy dzieło, może prowadzić działalność gospodarczą i gospodarstwo rolne. Nie ma wymogu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej. Może również mieć uprawnienie do renty, renty rodzinnej, emerytury, zasiłku przedemerytalnego, zasiłku macierzyńskiego, zasiłku dla bezrobotnych, świadczenia rehabilitacyjnego itp.

Osoby uprawnione do ubiegania się o świadczenie pielęgnacyjne:

- matka albo ojciec
- inne osoby, na których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy ciąży obowiązek alimentacyjny, a także małżonkom
- opiekun faktyczny dziecka
- rodzina zastępcza
- osoba prowadząca rodzinny dom dziecka
- dyrektor placówki opiekuńczo-wychowawczej
- dyrektor regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej
- dyrektor interwencyjnego ośrodka preadopcijnego.

Wysokość świadczenie pielęgnacyjnego:

Od dnia **1 stycznia 2025 r.** świadczenie pielęgnacyjne jest wypłacane w wysokości **3 287,00 zł** miesięcznie (kwota ta jest corocznie waloryzowana i ogłaszana w drodze obwieszczenia w Dzienniku Urzędowym Monitor Polski).

Od 1 stycznia 2024 r. świadczenie pielęgnacyjne przysługuje na każde dziecko niepełnosprawne w rodzinie tj.:

Osobom, wymienionym powyżej i sprawującym opiekę nad więcej niż jedną osobą w wieku do ukończenia 18. roku życia legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia rehabilitacji i edukacji, wysokość świadczenia pielęgnacyjnego, podwyższa się o 100% na drugą i każdą kolejną osobę, nad którą sprawowana jest opieka.

Okres na jaki przyznawane jest świadczenie pielęgnacyjne.

Świadczenie pielęgnacyjne jest przyznawane od miesiąca złożenia wniosku lub jeżeli w okresie trzech miesięcy, licząc od dnia wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, zostanie złożony wniosek o świadczenie, prawo to ustala się począwszy od miesiąca, w którym złożono wniosek o ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności na czas nieokreślony chyba, że orzeczenie o niepełnosprawności zostało wydane na czas określony to wtedy ustala się świadczenie ostatniego dnia miesiąca w którym upływa termin ważności orzeczenia ale nie dłużej niż do ukończenia 18 roku życia dziecka.

Świadczenie pielęgnacyjne nie przysługuje, jeżeli:

- osoba sprawująca opiekę ma ustalone prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów;
- osoba wymagająca opieki została umieszczona lub przebywa w domu pomocy społecznej, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, o której mowa w przepisach o pomocy społecznej, zakładzie karnym, zakładzie poprawczym, areszcie śledczym albo schronisku dla nieletnich;
- osoba wymagająca opieki jest uprawniona za granicą do świadczenia na pokrycie wydatków związanych z opieką, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej;
- na osobę wymagającą opieki inna osoba inna osoba jest uprawniona za granicą do świadczenia na pokrycie wydatków związanych z opieką, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej;
- na osobę wymagającą opieki jest ustalone prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, prawo do świadczenia pielęgnacyjnego lub prawo do zasiłku dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów.

Z tytułu pobieranego świadczenia pielęgnacyjnego zarówno na „starych” jak i na „nowych zasadach” organ opłaca składki emerytalno-rentowe, jeżeli osoba nie podlega innemu tytułowi ubezpieczenia oraz nie posiada już wymaganego okresu składkowego i nieskładkowego wynoszącego 20 lat kobiety i 25 lat mężczyźni zgodnie z art. 6 ust. 2a. ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. 2024r. poz.497) .

Ponadto osoba uprawniona do świadczenia pielęgnacyjnego może zostać objęta ubezpieczeniem zdrowotnym , jeżeli nie posiada obowiązku ubezpieczenia z innego tytułu zgodnie z art. 66 ust.1 pkt.28a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2024r. poz.146, z późn.zm).

Wniosek o przyznanie świadczenia pielęgnacyjnego można złożyć:

- za pośrednictwem platformy ePUAP,
- Portal EMPATIA
- za pośrednictwem poczty elektronicznej, podpisanej podpisem elektronicznym, o którym mowa w ustawie z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej,
- osobiście - poprzez złożenie wniosku wraz wymaganymi dokumentami w siedzibie Ośrodka Pomocy Społecznej w Tuchowie – Dział Świadczeń Rodzinnych, ul. Jana Pawła II 4, 33-170 Tuchów, I Pietro, pok.111, od poniedziałku do piątku od godz. 7 do godz. 15.

ŚWIADCZENIE WSPIERAJĄCE

Celem świadczenia wspierającego jest udzielenie osobom niepełnosprawnym mającym potrzebę wsparcia pomocy służącej częściowemu pokryciu wydatków związanych z zaspokojeniem szczególnych potrzeb życiowych tych osób.

Świadczenie wspierające przysługuje jeżeli osoba:

1. ma skończone 18 lat
2. jest obywatelem Polski albo Unii Europejskiej (UE) lub Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA), a jeśli nie – to przebywa w Polsce i ma dostęp do rynku pracy
3. mieszka w Polsce
4. **posiada decyzję Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności (WZON), w której poziom potrzeby wsparcia został ustalony na poziomie punktów uprawniającym do świadczenia.**

CO TRZEBA ZROBIĆ, ABY UZYSKAĆ ŚWIADCZENIE WSPIERAJĄCE?

KROK 1.

Wniosek do ZUS o przyznanie świadczenia wspierającego można złożyć dopiero wtedy, gdy decyzja ustalająca poziom potrzeby wsparcia wydana przez WZON stanie się ostateczna. Decyzja ustalająca poziom potrzeby wsparcia stanie się ostateczna po 14 dniach od jej doręczenia. Jeśli nie zgadzasz się z decyzją, możesz w tym terminie złożyć wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Po jego rozpatrzeniu WZON wyda decyzję, która stanie się ostateczna w dniu jej wydania.

Kiedy osoba ubiega się o decyzję z WZON, musi mieć status osoby z niepełnosprawnością potwierdzony w formie:

- orzeczenia o niepełnosprawności i jej stopniu – wydanego przez zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności
- orzeczenia o niezdolności do pracy lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji – wydanego przez lekarzy orzekających w ZUS
- orzeczenia o inwalidztwie – wydanego przed wrześniem 1997 r. przez komisje lekarskie do spraw inwalidztwa i zatrudnienia
- orzeczenia wydanego przez inny organ, np. Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS).

WZON wyda decyzję ustalającą poziom potrzeby wsparcia na taki sam okres, na jaki masz orzeczenie o niepełnosprawności, nie dłużej jednak niż na 7 lat.

KROK 2.

Kiedy jest wydana decyzja WZON o ustaleniu skali potrzeb wsparcia, należy wówczas złożyć wniosek o świadczenie wspierające do ZUS.

Kiedy decyzja o ustaleniu skali potrzeb wsparcia jest ostateczna należy w terminie 3 miesięcy złożyć do ZUS wniosek o przyznanie świadczenia wspierającego. Jeśli wniosek zostanie złożony w tym terminie, świadczenie wspierające przysługuje z wyrównaniem od dnia, od którego WZON przyznał uprawniające punkty potrzeby wsparcia.

Jeśli wniosek zostanie złożony po tym terminie świadczenie wspierające zostanie przyznane od miesiąca złożenia wniosku.

Samo orzeczenie o niepełnosprawności lub niezdolności do pracy (np. wydane przez ZUS, KRUS, zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności) nie wystarczy do złożenia wniosku do ZUS o świadczenie wspierające. **Osoba niepełnosprawna musi mieć decyzję o potrzebie wsparcia wydaną przez WZON.**



Wniosek o świadczenie wspierające składa się do ZUS wyłącznie drogą elektroniczną przez:

- Platformę Usług Elektronicznych (PUE) ZUS
- portal Emp@tia
- bankowość elektroniczną.

Jeżeli wniosek zostanie złożony przez bank albo portal Emp@tia, ale osoba nie ma profilu na PUE ZUS, wówczas taki profil zostanie utworzony automatycznie, na podstawie danych z wniosku.

Do wniosku o świadczenie wspierające nie ma wymogu załączać decyzji wydanej przez WZON. Należy podać tylko numer tej decyzji. Ważne, żeby był to numer decyzji, w której WZON ustalił liczbę punktów poziomu potrzeby wsparcia, a nie np. numer orzeczenia o niepełnosprawności. Wszystkie dane, które się znajdują w takiej decyzji, otrzymamy z Elektronicznego Krajowego Systemu Monitoringu Orzeczeń o Niepełnosprawności (EKSMOON). System ten prowadzi Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS).

Osoba nie musi samodzielnie składać wniosku o świadczenie wspierające. Może upoważnić inną osobę do działania w swoim imieniu.

Pełnomocnik powinien złożyć wniosek ze swojego profilu PUE ZUS, portalu Emp@tia albo przez swoje konto bankowe. Do wniosku powinien załączyć zdjęcie albo skan pełnomocnictwa. Wzór pełnomocnictwa jest dostępny na stronie www.zus.pl.

Pełnomocnictwo powinno być podpisane przez osobę niepełnosprawną. W takiej sytuacji osoba ubiegająca się nie musi mieć własnego profilu na PUE ZUS.

W pełnomocnictwie należy wskazać:

- swoje dane, czyli dane osoby, która udziela pełnomocnictwa (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL)
- dane pełnomocnika, czyli dane osoby, której udzielane jest pełnomocnictwo (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL)
- zakres pełnomocnictwa w brzmieniu: „Udzielam pełnomocnictwa do załatwiania spraw w ZUS związanych ze świadczeniem wspierającym”.

Ważne jest, żeby zachować właściwą kolejność składania wniosków. Najpierw wniosek do WZON o wydanie decyzji, w której zostanie ustalona liczba punktów określająca poziom potrzeby wsparcia. A dopiero po wydaniu przez WZON takiej decyzji można złożyć wniosek do ZUS o przyznanie świadczenia wspierającego na podstawie decyzji WZON.

Wysokość świadczenia wspierającego obliczana jest jako procent renty socjalnej i zależy od ustalonego poziomu potrzeby wsparcia:

- **95–100 pkt** – 220 proc. renty socjalnej
- **90–94 pkt** – 180 proc. renty socjalnej
- **85–89 pkt** – 120 proc. renty socjalnej
- **80–84 pkt** – 80 proc. renty socjalnej
- **75–79 pkt** – 60 proc. renty socjalnej
- **70–74 pkt** – 40 proc. renty socjalnej.

Świadczenie wspierające przysługuje w wysokości od 40 do 220 proc. aktualnej wysokości renty socjalnej. Od 01-03-2025 r. **kwota renty socjalnej** wynosi **1878,91 zł brutto (1709,81 zł netto)**.

Kwota świadczenia wspierającego będzie podwyższana w terminach podwyższenia kwoty renty socjalnej. Zazwyczaj jest to 1 marca każdego roku. ZUS będzie wypłacać świadczenie wspierające przelewem na numer rachunku bankowego w Polsce, który został podany we wniosku.

Świadczenie wspierające przysługuje niezależnie od innych świadczeń, dlatego można pobierać świadczenie wspierające i inne przyznane świadczenie, np. emeryturę, 500+ dla osób niesamodzielnych czy rentę socjalną.

Świadczenie wspierające przysługuje bez względu na dochód, jest zwolnione z podatku dochodowego i nie może zostać zajęte przez komornika.

Świadczenie wspierające jest wprowadzane w trzech etapach.

Harmonogram, zgodnie z którym będzie ono dostępne, wygląda następująco:

- osoby, które w decyzji WZON mają przyznane od 87 do 100 pkt, mogą ubiegać się o świadczenie od 2024 r.,
- osoby, które w decyzji WZON mają przyznane od 78 do 86 pkt, mogą ubiegać się o świadczenie od 2025 r.,
- osoby, które w decyzji WZON mają przyznane od 70 do 77 pkt, mogą ubiegać się o świadczenie od 2026 r.

Harmonogram ten nie dotyczy osób z niepełnosprawnością, na które ich opiekunowie 1 stycznia 2024 r. lub później pobierali z organu gminy świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna. Takie osoby mogą ubiegać się o przyznanie świadczenia wspierającego od 2024 r., jeśli w decyzji o poziomie potrzeby wsparcia uzyskały co najmniej 70 punktów.

ŚWIADCZENIE UZUPEŁNIAJĄCE - TZW . 500+ DLA OSÓB NIESAMODZIELNYCH

Celem świadczenia uzupełniającego jest dodatkowe wsparcie dochodowe osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Ma ono na celu zaspokajanie ich potrzeb życiowych, w szczególności ze względu na zwiększone koszty związane z pielęgnacją, rehabilitacją i opieką medyczną. Przyznawane i wypłacane jest przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) DLA OSÓB NIEZDOLNYCH DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI.

Komu przysługuje:

Osobie która:

- ukończyła 18 lat oraz
- jest niezdolna do samodzielnej egzystencji oraz
- nie jest uprawniona do świadczenia pieniężnego finansowanego ze środków publicznych (np. emerytury, renty, zasiłku stałego albo zasiłku okresowego o charakterze innym niż jednorazowe ani nie jest uprawniona do świadczenia z zagranicznej instytucji właściwej do spraw emerytalno-rentowych), albo jest uprawniona do tych świadczeń, ale ich łączna wysokość brutto nie przekracza 2 552,39 zł oraz
- ma polskie obywatelstwo, prawo pobytu lub prawo stałego pobytu w Polsce, jeśli jest obywatelem jednego z państw członkowskich Unii Europejskiej albo Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, lub ma zalegalizowany pobyt w Polsce (jeśli jest obywatelem państwa spoza UE albo EFTA), oraz
- zamieszkuje w Polsce.

Świadczenie uzupełniające nie przysługuje osobie, która jest tymczasowo aresztowana lub odbywa karę pozbawienia wolności – z wyjątkiem kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego.

Wnioski o świadczenie uzupełniające są dostępne w siedzibach ZUS/KRUS, na stronach internetowych ZUS/KRUS. Informacje na temat tego świadczenia można uzyskać na infolinii ZUS pod nr telefonu 22 560 16 00 oraz infolinii KRUS pod nr telefonu 22 592 66 40.

ŚWIADCZENIA - POMOC SPOŁECZNA

Aby skorzystać ze świadczeń pieniężnych wypłacanych przez OPS należy spełnić warunki, jednym z nich jest kryterium dochodowe oraz powód przyznania pomocy w szczególności: ubóstwo, sieroctwo, bezdomność, bezrobocie, niepełnosprawności, długotrwała lub ciężka choroba, przemoc domowa, potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradność gospodarstwa w sprawach domowego, opiekuńczo-wychowawczych zwłaszcza w rodzinach i prowadzenia niepełnych lub wielodzietnych, trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizmu lub narkomanii, zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej lub ekologicznej.

Od 1 stycznia 2025 r. obowiązują nowe kwoty miesięcznych kryteriów dochodowych. Dla osoby samotnie gospodarującej wynosi ona **1 010 zł**, a dla osoby w rodzinie – **823 zł**. Kwota dochodu z 1 ha przeliczeniowego wynosi **459 zł**.

ZASIŁEK STAŁY

Zgodnie z art. 37 ustawy o pomocy społecznej zasiłek stały przysługuje:

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

Zasiłek stały nie przysługuje w przypadku zbiegu uprawnień do zasiłku stałego i renty socjalnej, świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub dodatku z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania.

Zasiłek stały ustala się w wysokości:

1. W przypadku osoby samotnie gospodarującej – różnicy między kwotą stanowiącą 130% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby, z tym że kwota zasiłku nie może być wyższa niż 1 229,00 zł miesięcznie;
2. W przypadku osoby w rodzinie – różnicy między kwotą stanowiącą 130% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie a dochodem na osobę w rodzinie.

Kwota zasiłku stałego nie może być niższa niż 100,00 zł miesięcznie.

ZASIŁEK OKRESOWY

Zasiłek okresowy przysługuje na podstawie art. 38 ustawy o pomocy społecznej w szczególności ze względu na długotrwałą chorobę, niepełnosprawność, bezrobocie, możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego:

1. osobie samotnie gospodarującej, której dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej
2. rodzinie, której dochód jest niższy od kryterium dochodowego rodziny.

Zasiłek okresowy ustala się:

1. w przypadku osoby samotnie gospodarującej – do wysokości różnicy między kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby, z tym, że kwota zasiłku nie może być wyższa niż kwota kryterium dochodowego na osobę w rodzinie
2. w przypadku rodziny – do wysokości różnicy między kryterium dochodowym rodziny, a dochodem tej rodziny.

Kwota zasiłku okresowego nie może być niższa niż 50% różnicy między:

1. kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby
2. kryterium dochodowym rodziny a dochodem tej rodziny.

Kwota zasiłku okresowego nie może być niższa niż 20 złotych miesięcznie.

Okres, na jaki jest przyznany zasiłek okresowy, ustala Ośrodek Pomocy Społecznej na podstawie okoliczności spraw .

ZASIŁEK CELOWY

Zasiłek celowy jest świadczeniem fakultatywnym przyznawanym na podstawie art. 39 ustawy o pomocy społecznej.

Osobie lub rodzinie spełniającej kryterium dochodowe może być przyznany zasiłek celowy w celu zaspokojenia niezbędnej potrzeby bytowej w szczególności na pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych i leczenia, ogrzewania, w tym opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu, a także kosztów pogrzebu.

Osobom bezdomnym i innym osobom niemającym dochodu oraz możliwości uzyskania świadczeń podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych może być przyznany zasiłek celowy na pokrycie części lub całości wydatków na świadczenia zdrowotne.

Na podstawie art. 40 ustawy o pomocy społecznej zasiłek celowy może być przyznany również osobie i rodzinie, które poniosły straty w wyniku zdarzenia losowego, klęski żywiołowej lub ekologicznej. Zasiłek może być przyznany niezależnie od dochodu i może nie podlegać zwrotowi

SPECJALNY ZASIŁEK CELOWY

W szczególnie uzasadnionych przypadkach na podstawie art. 41 ustawy o pomocy społecznej osobie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium dochodowe może być przyznany:

1. Specjalny zasiłek celowy w wysokości nieprzekraczającej odpowiednio kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub rodziny, który nie podlega zwrotowi
2. Zasiłek okresowy, zasiłek celowy lub pomoc rzeczowa, pod warunkiem zwrotu części lub całości kwoty zasiłku lub wydatków na pomoc rzeczową.

POMOC W FORMIE DOŻYWIANIA

Dożywianie realizowane jest w ramach wieloletniego rządowego programu „Posiłek w szkole i w domu” na lata 2024-2028. który został ustanowiony Uchwałą nr 149 Rady Ministrów z dnia 23 sierpnia 2023 r. r. (M. P. z 2023 r. poz. 881).

Rządowy Program „Posiłek w szkole i w domu” zapewnia pomoc zarówno osobom starszym, niepełnosprawnym, o niskich dochodach, jak i dzieciom, które wychowują się w rodzinach znajdujących się w trudnej sytuacji.

Celem Programu jest zapewnienie posiłku dzieciom, uczniom i młodzieży oraz objęcie pomocą osób dorosłych, zwłaszcza starszych, chorych lub niepełnosprawnych i samotnych. Program przewiduje udzielenie pomocy w jednej z trzech form:

- posiłek
- świadczenie pieniężne na zakup posiłku lub żywności
- świadczenie rzeczowe w postaci produktów żywnościowych.

Pomocy udziela się w formie posiłku, świadczenia pieniężnego na zakup posiłku lub żywności albo świadczenia rzeczowego w postaci produktów żywnościowych w szczególności:

1. dzieciom do czasu podjęcia nauki w szkole podstawowej
2. uczniom do czasu ukończenia szkoły ponadpodstawowej
3. osobom i rodzinom znajdującym się w sytuacjach wymienionych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w szczególności osobom starszym, chorym i niepełnosprawnym.

Pomoc może być przyznana osobom i rodzinom, których dochód nie przekracza 200% kryterium dochodowego określonego w art. 8 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej – Uchwała nr LXI/543/2023 Rady Miejskiej w Tuchowie z dnia 25 października 2023r. w sprawie podwyższenia kryterium dochodowego uprawniającego do przyznania pomocy w zakresie dożywiania w formie świadczenia pieniężnego w postaci zasiłku celowego na zakup żywności lub posiłku oraz określenia zasad zwrotu wydatków w zakresie dożywiania w formie posiłku albo świadczenia rzeczowego w ramach rządowego programu „Posiłek w szkole i w domu” na lata 2024-2028.

SKIEROWANIE DO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

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, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej.

Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na następujące typy:

- dla osób w podeszłym wieku
- dla osób przewlekle somatycznie chorych
- dla osób przewlekle psychicznie chorych
- dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie
- dla osób niepełnosprawnych fizycznie
- dla osób uzależnionych od alkoholu.

Pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny, średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca ustala nie później niż do dnia 31 marca każdego roku:

- w domu pomocy społecznej o zasięgu gminnym – wójt (burmistrz, prezydent miasta);
- w domu pomocy społecznej o zasięgu powiatowym – starosta;
- w regionalnym domu pomocy społecznej – marszałek województwa.

Zarządzenia ustalające średni miesięczny koszt utrzymania ogłoszone są w Wojewódzkim Dzienniku Urzędowym.

Zobowiązani do wnoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej są w kolejności:

1. mieszkaniac domu nie więcej jednak niż 70% swojego dochodu, a w przypadku osób małoletnich przedstawiciel ustawowy z dochodów dziecka, nie więcej niż 70% tego dochodu,
2. małżonek, zstępni przez wstępni – zgodnie z umową zawartą w trybie art. 103 ust.2 ustawy o pomocy społecznej:
 - 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,
 - w przypadku osoby w rodzinie, jeżeli posiadany dochód na osobę jest wyższy niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, z tym, że kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie może być niższa niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie;
3. gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej w wysokości różnicy między średnim kosztem utrzymania w domu pomocy społecznej a opłatami wnoszonymi przez osoby, o których mowa w pkt 1 i 2.

Przy czym osoby i gmina określone w pkt 2 i 3 nie mają obowiązku wnoszenia opłat, jeżeli mieszkaniac domu ponosi pełną odpłatność.

Do domu kieruje się na podstawie:

1. pisemnego wniosku osoby ubiegającej się o skierowanie do domu,
2. rodzinnego wywiadu środowiskowego przeprowadzonego przez pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu osoby ubiegającej się w dniu jej kierowania, zawierającego w szczególności pisemne stwierdzenie braku możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania przez rodzinę i gminę.

Do wniosku dołącza się:

- udokumentowanie wysokości dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie,
- udokumentowanie sytuacji zdrowotnej (np. orzeczenie o niepełnosprawności, karty informacyjne, badania lekarskie),
- zaświadczenie lekarskie osoby ubiegającej się o skierowanie o konieczności całodobowej opieki i kwalifikujące do danego typu domu,
- zaświadczenie od lekarza psychiatry osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych,
- zaświadczenie psychologa osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych intelektualnie,
- pisemną zgodę osoby ubiegającej się lub przedstawiciela ustawowego na ponoszenie opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej,
- inne dokumenty istotne w sprawie.
- W przypadku gdy do domu kieruje się osobą na podstawie orzeczenia sądu, wydanie decyzji o skierowaniu do domu nie wymaga przedłożenia dokumentów. Dokumenty te powinny zostać skompletowane w terminie nieprzekraczającym trzech miesięcy od dnia wydania decyzji o skierowaniu do domu.

Dokumenty kompletuje ośrodek pomocy społecznej i wydaje decyzję o skierowaniu do domu, a w przypadku, gdy osobę ubiegającą się kieruje się do domu o zasięgu ponadgminnym, dokumenty te ośrodek przekazuje do właściwego ze względu na siedzibę domu powiatowego centrum pomocy rodzinie.

Po umieszczeniu w domu pomocy społecznej Ośrodek Pomocy Społecznej ustala odpłatność za pobyt w domu pomocy społecznej i wydaje w tej sprawie decyzję.

W nagłych wypadkach, wynikających ze zdarzeń losowych, skierowanie i umieszczenie osoby w domu może nastąpić poza kolejnością oraz bez przedłożenia dokumentów. Dokumenty te powinny zostać skompletowane przez ośrodek pomocy społecznej, w terminie trzech miesięcy od dnia przyjęcia tej osoby do domu.

SCHRONIENIE

Zgodnie z art.48 oraz 48b ustawy o pomocy społecznej osoba lub rodzina ma prawo do schronienia, posiłku i niezbędnego ubrania, jeżeli jest tego pozbawiona.

1. Udzielenie Schronienia następuje przez przyznanie tymczasowego miejsca w noclegowni, schronisku dla osób bezdomnych albo schronisku dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi.
 - Schronisko dla osób bezdomnych zapewnia osobom bezdomnym, które podpisały kontrakt socjalny, całodobowe, tymczasowe schronienie oraz usługi ukierunkowane na wzmocnienie aktywności społecznej, wyjście z bezdomności i uzyskanie samodzielności życiowej.
 - Schronisko dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi zapewnia osobom bezdomnym, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, ale nie wymagają usług w zakresie świadczonej przez jednostkę całodobowej opieki, zakład opiekuńczo-leczniczy lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, tymczasowe schronienie wraz z usługami opiekuńczymi oraz usługami ukierunkowanymi na wzmocnienie aktywności społecznej, w miarę możliwości wyjście z bezdomności i uzyskanie samodzielności życiowej.
 - Noclegownia zapewnia schronienie osobom bezdomnym, świadcząc tymczasową pomoc w postaci miejsca noclegowego, w ramach, której umożliwia spędzenie nocy w warunkach gwarantujących ochronę życia i zdrowia.
 - Tymczasowe schronienie może być udzielone również w formie ogrzewalni, która umożliwia interwencyjny, bezpieczny pobyt w ogrzewanych pomieszczeniach wyposażonych, co najmniej w miejsca siedzące.

W noclegowni, schronisku dla osób bezdomnych, ogrzewalni mogą przebywać osoby zdolne do samoobsługi, których stan zdrowia nie zagraża zdrowiu i życiu innych przebywających w placówce.

2. Przyznanie niezbędnego ubrania następuje przez dostarczenie osobie potrzebującej odpowiedniego rozmiaru bielizny, odzieży i obuwia odpowiednich do pory roku.
3. Pomoc doraźna albo okresowa w postaci jednego gorącego posiłku dziennie przysługuje osobie, która własnym staraniem nie może go sobie zapewnić. Pomoc w formie jednego gorącego posiłku przyznana dzieciom i młodzieży w okresie nauki w szkole może być realizowana w formie zakupu posiłku.

Osoba lub rodzina może otrzymać pomoc w formie rzeczowej w postaci produktów żywnościowych.

OPIEKA WYTCNIENIOWA

Program finansowany jest ze środków Fundusz Solidarnościowego.

Celem głównym Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

- a. dziećmi od ukończenia 2 roku życia do ukończenia 16 roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub,
- b. osobami niepełnosprawnymi posiadającymi:
 - orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo
 - orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2024 r. poz.44 z póź.zm.)

– poprzez umożliwienie uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytnieniowej, tj. odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością przez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie.

Dzięki temu wsparciu osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki nad osobą z niepełnosprawnością dysponować będą czasem, który mogą przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw życiowych. Usługi opieki wytnieniowej mogą służyć również okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy członkowie rodzin lub opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.

Usługi opieki wytnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

Program jest realizowany w formie świadczenia usług opieki wytnieniowej **w ramach pobytu dziennego** w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością.

Uczestnik nie ponosi odpłatności za usługi świadczone w ramach Programu.

USŁUGI OPIEKUŃCZE, USŁUGI SĄSIEDZKIE LUB SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE

Osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych, usług sąsiedzkich lub specjalistycznych usług opiekuńczych.

Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina a także wspólnie zamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić.

Usługi sąsiedzkie przyznane są osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione. Jeżeli osoba uprawniona do usług opiekuńczych wymaga także opieki higienicznej lub zleconej przez lekarza pielęgnacji usługi sąsiedzkie mogą być przyznane równoległe z usługami opiekuńczymi świadczonymi w innej formie.

Usługi sąsiedzkie mogą być przyznane również osobie pozostającej w rodzinie, dla której wsparcie w postaci usług sąsiedzkich będzie miało charakter uzupełniający opiekę sprawowaną przez rodzinę oraz wspólnie zamieszkującego małżonka, wstępnych i zstępnych.

Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

Usługi sąsiedzkie obejmują pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, podstawową opiekę higieniczno-pielęgnacyjną, przez którą należy rozumieć formy wsparcia niewymagające specjalistycznej wiedzy i kompetencji, oraz w miarę potrzeb i możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Usługi sąsiedzkie mają charakter podstawowy i wspomagający.

Ośrodek Pomocy Społecznej przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia.

Menadżer opieki

Menadżer opieki to osoba odpowiedzialna za zarządzanie procesami opieki nad pacjentami, klientami lub osobami wymagającymi szczególnej uwagi, często w kontekście opieki zdrowotnej lub opieki długoterminowej. Rolą menadżera opieki jest koordynowanie działań, aby zapewnić pacjentom najlepszą możliwą opiekę, zarówno pod względem medycznym, jak i społecznym, oraz monitorowanie jakości świadczonych usług.

Zakres obowiązków menadżera opieki:

Koordynacja opieki – nadzorowanie procesu opieki nad pacjentami, w tym planowanie leczenia, harmonogramów wizyt i interakcji z różnymi specjalistami.

1. Monitorowanie jakości usług – dbanie o to, by opieka spełniała określone standardy jakościowe, a pacjent otrzymywał usługi zgodne z najlepszymi praktykami.
2. Współpraca z zespołami medycznymi i opiekuńczymi – koordynowanie pracy różnych specjalistów (np. lekarzy, pielęgniarek, terapeutów) w celu zapewnienia kompleksowej opieki.
3. Kontakt z rodzinami i pacjentami – regularna komunikacja z rodzinami pacjentów, wyjaśnianie procesu opieki, wspieranie ich w podejmowaniu decyzji oraz zapewnianie odpowiednich informacji.
4. Zarządzanie dokumentacją – dbanie o właściwą dokumentację medyczną i administracyjną, zgodną z przepisami prawa.

Kto może zostać menadżerem opieki?

Menadżerem opieki może zostać osoba z doświadczeniem w obszarze opieki zdrowotnej, opieki społecznej lub zarządzania. Oto kilka przykładów osób, które mogą pełnić tę rolę:

1. Pielęgniarki lub pielęgniarze – zwłaszcza ci z doświadczeniem w zarządzaniu opieką lub w pracy w placówkach opieki długoterminowej.
2. Absolwenci kierunków związanych z zarządzaniem – np. zarządzaniem w ochronie zdrowia, administracją zdrowotną, zarządzaniem organizacjami non-profit.
3. Specjaliści w obszarze socjologii, psychologii lub pracy socjalnej – osoby, które posiadają doświadczenie w pracy z pacjentami wymagającymi wsparcia psychicznego, emocjonalnego lub społecznego.
4. Specjaliści w obszarze terapii zajęciowej lub rehabilitacji – mający doświadczenie w organizowaniu opieki w kontekście rehabilitacji.

Na czym polega rola menadżera opieki?

Menadżer opieki to osoba, która ma szeroką perspektywę na proces opieki nad pacjentem. Odpowiada za zaplanowanie i monitorowanie wszystkich etapów tej opieki, od diagnozy, przez leczenie, po rehabilitację i wsparcie społeczne. Często pełni także rolę lidera w zespole opiekuńczym, który może obejmować różne osoby: lekarzy, pielęgniarki, terapeutów, opiekunów i innych specjalistów.

Dofinansowanie do wyjazdu na turnus rehabilitacyjny ze środków PFRON dla osób niepełnosprawnych i ich opiekunów

Turnusy rehabilitacyjne odbywają się w grupach zorganizowanych liczących nie mniej niż 20 uczestników o podobnych potrzebach w zakresie rehabilitacji ze względu na rodzaj niepełnosprawności. Trwają co najmniej 14 dni. Każda grupa turnusowa ma opracowany program rehabilitacji odpowiedni do schorzeń uczestników, realizowany przy udziale kadry specjalistów. Turnus może być zorganizowany w formie stacjonarnej lub niestacjonarnej.

Turnusy rehabilitacyjne mobilizują do kontaktów z otoczeniem i do samodzielnego funkcjonowania, pobudzają rozwój osobisty. W odróżnieniu od pobyków sanatoryjnych NFZ, które koncentrują się na rehabilitacji leczniczej osób indywidualnych, na turnusach znaczącą wagę przykłada się do aktywności społecznej i zorganizowanych działań grupowych obok poprawy stanu zdrowia w ramach rehabilitacji leczniczej.

Organizator turnusu musi posiadać uprawnienia nadane przez wojewodę i umieszczony jest w centralnej bazie organizatorów. Jego zadaniem jest zorganizowanie grup uczestników wymagających podobnej rehabilitacji, opracowanie i realizacja programu turnusu, dostosowanego do potrzeb uczestników, które zależą od rodzaju niepełnosprawności. Zapewnia on wykwalifikowaną kadrę rehabilitantów, psychologów, terapeutów - zależnie od przewidzianych programem działań. Zobowiązany jest do przesłania do właściwego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie informacji o przebiegu turnusu w terminie 21 dni od jego zakończenia odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania PFRON.

Kto może ubiegać się o dofinansowanie ze środków PFRON:

- 1. osoba posiadająca orzeczenie:
 - zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub
 - całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów lub niepełnosprawności, wydane przez ukończeniem 16 roku życia
- 2. osoba spełniająca kryterium dochodowe:
 - przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:
 - 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.
 - w przypadku przekroczenia tych kwot, dofinansowanie pomniejsza się o kwotę, o którą dochód został przekroczony.

Osobie niepełnosprawnej w trudnej sytuacji materialnej lub losowej może zostać przyznane dofinansowanie lub dofinansowanie opiekuna bez pomniejszania dofinansowania pomimo przekroczenia ww. kwot dochodu.

Osobie ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności albo posiadającej orzeczenie równoważne oraz osobie niepełnosprawnej w wieku do 16 lat, która wymaga pomocy w codziennym funkcjonowaniu, może być przyznane dofinansowanie pobytu opiekuna na turnusie, pod warunkiem, że lekarz we wniosku skierowania wyraźnie uzasadni konieczność pomocy opiekuna.

Jakie warunki musi spełnić opiekun:

- 1. nie może pełnić funkcji członka kadry na turnusie,
- 2. nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- 3. ukończył 18 lat lub ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

Jakie dokumenty niezbędne do ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON należy złożyć w PCPR:

- 1. wniosek o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym wypełniony przez wnioskodawcę,
- 2. skierowanie na turnus wypełnione przez lekarza prowadzącego lub lekarza pierwszego kontaktu
- 3. kopia orzeczenia o niepełnosprawności,
- 4. oświadczenie o wysokości dochodu w rodzinie oraz liczbie osób we wspólnym gospodarstwie domowym.

Dokumenty należy złożyć zgodnie z miejscem zamieszkania lub miejscem pobytu, osobiście lub za pośrednictwem opiekuna albo organizatora turnusów rehabilitacyjnych.

Dofinansowanie pobytu osób niepełnosprawnych i ich opiekunów na turnusach rehabilitacyjnych wynosi:

30% przeciętnego wynagrodzenia	dla osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności; osoby niepełnosprawnej w wieku do 16. roku życia; osoby niepełnosprawnej w wieku 16-24 lat uczącej się i niepracującej, bez względu na stopień niepełnosprawności
27% przeciętnego wynagrodzenia	dla osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności
25% przeciętnego wynagrodzenia	dla osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności
20% przeciętnego wynagrodzenia	dla opiekuna osoby niepełnosprawnej
20% przeciętnego wynagrodzenia	dla osoby niepełnosprawnej zatrudnionej w zakładzie pracy chronionej, niezależnie od posiadanego stopnia niepełnosprawności .

W przypadku szczególnie trudnej sytuacji życiowej osoby niepełnosprawnej, dofinansowanie może zostać podwyższone do 40% przeciętnego wynagrodzenia. Jeżeli opiekun pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną lub osoba ta ponosi koszty uczestnictwa opiekuna na turnusie, może on również otrzymać wyższe dofinansowanie.

W przypadku ograniczonych środków finansowych w danym roku w stosunku do istniejących potrzeb, PCPR może obniżyć wysokość dofinansowania, nie więcej jednak niż o 20% kwot, o których mowa w tabeli, albo przyjąć zasadę przyznawania dofinansowania raz na dwa lata.

Dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie jest przekazywana na rachunek bankowy organizatora turnusu i może być wykorzystane jedynie przez osobę, której zostało przyznane.

Kwota dofinansowania nie może być wyższa od faktycznego kosztu uczestnictwa w turnusie osoby niepełnosprawnej lub pobytu jej opiekuna.

Kryteria istotne przy rozpatrywaniu wniosków:

Pierwszeństwo dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym mają osoby, które posiadają orzeczenia o zaliczeniu do znacznego i umiarkowanego stopnia niepełnosprawności albo równoważne, a także osoby niepełnosprawne w wieku do 16 lat albo w wieku do 24 lat uczące się i niepracujące, bez względu na stopień niepełnosprawności.

PCPR rozpatruje wnioski w terminie 30 dni od złożenia kompletnego wniosku.

Po uzyskaniu decyzji o dofinansowaniu turnusu, uczestnik samodzielnie wybiera organizatora i miejsce turnusu. W terminie 30 dni od powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu, przekazuje do PCPR informację o wyborze turnusu.

PCPR w terminie 7 dni sprawdza czy ośrodek jest uprawniony do przyjmowania osób z dysfunkcjami lub schorzeniami określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim, oraz czy wybrany organizator jest uprawniony do organizowania takiego rodzaju turnusu.

W przypadku niespełnienia tych warunków, PCPR w terminie 7 dni informuje osobę niepełnosprawną o konieczności zmiany ośrodka lub organizatora turnusu rehabilitacyjnego, pod rygorem nieprzekazania przyznanego dofinansowania.

Osoba zainteresowana wybiera ośrodek i organizatora turnusu biorąc pod uwagę potrzeby wynikające z rodzaju swojej niepełnosprawności. Może skorzystać z pomocy pracowników PCPR lub dokonać wyboru samodzielnie korzystając z elektronicznej centralnej bazy zawierającej informacje o ośrodkach i organizatorach turnusów rehabilitacyjnych, pod adresem elektronicznym: empatia.mpips.gov.pl. **na Portalu Informacyjno-Usługowym EMPATIA** .

Baza umożliwia wyszukiwanie ośrodków i organizatorów posiadających uprawnienia potwierdzone wpisami do rejestrów wojewodów. Pozwala znaleźć turnusu według zadanych kryteriów (np. rodzaju turnusu, rodzaju dysfunkcji, adresu ośrodka).

Dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i innych środków pomocniczych

PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) oferuje różnorodne dofinansowania dla osób niepełnosprawnych, m.in. na likwidację barier architektonicznych, sprzęt rehabilitacyjny, opiekę, edukację, turnusy rehabilitacyjne, działalność gospodarczą, szkolenia i wynagrodzenia dla pracowników. Dofinansowania mogą obejmować również zakup protez, wózków inwalidzkich, przedmiotów ortopedycznych i innych środków pomocniczych, a także dofinansowanie do wynagrodzenia asystenta osobistego.

Na czym polega dofinansowanie

Celem dofinansowania jest pomoc finansowa przy zakupie sprzętów, przyrządów i urządzeń wspierających funkcjonowanie i rehabilitację osób niepełnosprawnych w ich miejscu zamieszkania.

Sprzęt rehabilitacyjny, to urządzenia i sprzęty zalecone przez lekarza, niezbędne do rehabilitacji w warunkach domowych, nieobjęte ubezpieczeniem zdrowotnym Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).

Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:

- Wózki inwalidzkie (manualne, elektryczne, specjalistyczne).
- Protezy kończyn.
- Ortezy (stabilizatory, np. ortezy kolanową).
- Aparaty słuchowe.
- Soczewki okularowe.
- Obuwie ortopedyczne.
- Łaski i kule.
- Balkoniki.
- Pieluchomajtki, wkładki anatomiczne, wkłady do pieluchomajtek, cewniki, sprzęt stomijny.
- Materace przeciwdleżynowe.

Sprzęt rehabilitacyjny:

- Elektrostymulatory.
- Treningery oddechu.
- Sprzęt cardio (orbitreki, maszyny eliptyczne, rowery poziome).
- Łóżka rehabilitacyjne.
- Fotele pionizujące.
- Podnośniki.

Inne:

- Urządzenia wspomagające widzenie (lupy, okulary lornetkowe, monookulary).
- Białe laski dla osób niewidomych.
- Meble medyczne (stoły rehabilitacyjne, fotele geriatryczne).
- Wyroby chłonne (pieluchomajtki, majtki chłonne, wkłady anatomiczne).
- Urządzenia multifunkcyjne (pionizacja, stabilizacja w pozycji siedzącej i leżącej).

Kto może skorzystać

Każdy:

- kto posiada dokument potwierdzający niepełnosprawność,
- kto spełnia kryterium dochodowe: o dofinansowanie mogą ubiegać się osoby, jeżeli przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:
- 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej,
- u kogo zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu.

Kiedy można skorzystać

Wnioski przyjmowane są przez cały rok. Dofinansowania wypłacane są do momentu, do którego powiatowe centrum pomocy rodzinie (PCPR) dysponuje środkami finansowymi na ten cel.

Ile można otrzymać

Dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego wynosi do 80% jego kosztu, nie więcej jednak niż wysokość pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Udział własny wnioskodawcy: minimum 20% kosztu zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

Bezpłatne leki 65+

Podeszły wiek powoduje wiele dolegliwości i chorób, a te zażywania leków. Leki dla seniorów, choć drogie, w wielu przypadkach są refundowane. Dla seniorów powyżej 65+ to prawie 3 800 bezpłatnych leków. Lista bezpłatnych leków znajduje się na stronie Ministerstwa Zdrowia .

Na liście bezpłatnych leków znajdują się leki, które wcześniej podlegały częściowej refundacji. Wśród nich są m.in. leki: antyhistaminowe, hipoglikemizujące, hormonalne, immunostymulujące, immunosupresyjne, okulistyczne, przeciwbakteryjne, przeciwgrzybicze, przeciwwirusowe, przeciwbólowe, przeciwwzkaźne, przeciwdrgawkowe, stosowane w chorobach dróg oddechowych, stosowane w nadciśnieniu tętniczym, stosowane w chorobach urologicznych, stosowane w chorobach układu pokarmowego czy szczepionki.

Kto może skorzystać z bezpłatnych leków?

Osoby, które ukończyły 65 lat – liczy się dzień urodzin.

Kiedy możesz skorzystać z usługi?

1. Jeśli masz minimum 65 lat,
2. przyjmujesz leki z listy bezpłatnych leków zgodnie ze wskazaniami, które obejmuje refundacja,
3. na receptce jest litera S.

PAMIĘTAJ!

Na receptce musi pojawić się litera S w polu „kod uprawnień dodatkowych”. Jeśli jej nie ma – nie dostaniesz leku za darmo! Farmaceutanie może jej dopisać.

Co musisz zrobić:

1. Idź do lekarza lub pielęgniarki POZ
2. Odbierz receptę na leki z wykazu bezpłatnych leków
3. Idź po leki do apteki



Które leki są bezpłatne?

Kto może wystawić receptę na bezpłatne leki?

- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), który ma umowę z NFZ
- lekarz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) lub lekarz po zakończonym leczeniu szpitalnym – po spełnieniu dodatkowych warunków
- pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej uprawniona do wystawiania recept, która ma umowę z NFZ
- lekarz dowolnej specjalności (który ma prawo wykonywania zawodu, ale zaprzestaj jego wykonywania) – dla siebie albo dla małżonka, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu oraz krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej – do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa .

Co możesz zrobić, jeśli leki przepisuje ci lekarz specjalista?

Jeśli lekarz specjalista przepisuje ci leki z wykazu bezpłatnych leków (zgodnie ze wskazaniami, które obejmuje refundacja), poproś go o zaświadczenie dla lekarza POZ. Na tej podstawie lekarz POZ będzie mógł Ci wystawiać przez określony czas recepty na bezpłatne leki.

Świadczenia udzielane w domu pacjenta

Świadczenie pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i POZ

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej zobowiązana jest do udzielania pielęgniarskich świadczeń opieki zdrowotnej w gabinecie pielęgniarki oraz w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy (z uwzględnieniem mieszkańców Domów Pomocy Społecznej). Realizacja opieki odbywa się od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 i 18.00 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. W uzasadnionych medycznie przypadkach świadczenia udzielane są w dniu zgłoszenia. W schorzeniach przewlekłych oraz w pozostałych przypadkach wynikających z zakresu zadań pielęgniarki POZ świadczenia udzielane są w terminie uzgodnionym ze świadczeniobiorcą. Świadczenia są bezpłatne.

Warunki niezbędne do objęcia opieką:

- Złożona deklaracja wyboru pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.
- Zgłoszenie osobiście lub telefonicznie konieczności objęcia opieką.

Pielęgniarska opieka długoterminowa

Pielęgniarska opieka długoterminowa stanowi opiekę nad przewlekłe chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach leczenia stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych. Mogą być zakwalifikowani do opieki przewlekłe chorzy somatycznie i psychosomatycznie oraz psychicznie chorzy z wyłączeniem ostrej fazy choroby psychicznej, którzy w ocenie skalą Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów. Skala Barthel ocenia sprawność chorego i zapotrzebowanie na opiekę. W pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej pielęgniarka wykonuje zgodnie z posiadanymi kompetencjami, czynności wynikające ze zleceń lekarskich oraz z ustalonego planu pielęgnacji.

- świadczenia są bezpłatne,
- wizyty pielęgniarskie nie mniej niż 4 razy w tygodniu,
- dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00,
- w medycznie uzasadnionych przypadkach – dostępność w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy.

Niezbędna dokumentacja do objęcia opieką:

- skierowanie do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz rodzinny lub jeśli chory przebywa w szpitalu może je wystawić lekarz prowadzący).
- ocena stanu zdrowia według skali Barthel dokonana przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej i potwierdzona przez lekarza.

Zakres Świadczeń Rehabilitacji Domowej

- Rehabilitacja Neurologiczna np. : udar, SM, SLA, guzy mózgu, uraz rdzenia kręgowego (do roku od incydentu udarowego, powstania uszkodzenia rdzenia)
- Rehabilitacja Ortopedyczna po złamaniach oraz endoprotezoplastyce w obrębie kończyn dolnych (do 6 m-cy od urazu/zabiegu)
- Rehabilitacja w zaawansowanej chorobie zwyrodnieniowej bioder i kolan (jeżeli stan pacjenta nie pozwala na korzystanie ze świadczeń w placówce ambulatoryjnej)
- Rehabilitacja Reumatologiczna np. RZS
- Rehabilitacja osób w stanie wegetatywnym, apalicznym

Zabiegi fizjoterapeutyczne dedykowane osobom niepełnosprawnym, ciężko chorym lub po zabiegu operacyjnym, które mają utrudniony dostęp do placówek rehabilitacyjnych. Kwalifikacja odbywa się na podstawie skierowania od lekarza POZ lub specjalisty. **E-skierowanie powinno być wystawione na kod 2146 - Zespół Rehabilitacji Domowej.**

Z pominięciem kolejki oczekujących przyjmowani są pacjenci posiadający ważne orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym

Oprócz osób posiadających ważne orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym, do zabiegów w przyspieszonym trybie uprawnione są:

- Osoby, które przed 1998 rokiem uzyskały I grupę z KRUS oraz MSWiA
- orzeczenie ZUS o niezdolności do pracy i /lub samodzielnej egzystencji.

Jak działa rehabilitacja domowa?

Zabiegi w domu nie różnią się jakością od tych, wykonywanych w ośrodkach rehabilitacji. Szybki efekt zapewnia indywidualne podejście fizjoterapeuty, który podczas wizyty poświęca czas tylko jednej osobie. Zabiegi są realizowane dzień po dniu, w cyklu dziesięciodniowym.

Fizjoterapia Domowa

Rejestracja
tel. 14 652 64 43

Świadczenia Opieki Nocnej i Świątecznej opieki zdrowotnej obejmują:

Doraźne porady lekarskie udzielane w warunkach ambulatoryjnych lub domu chorego
Świadczenia Pielęgniarskie, wynikające z porady lekarskiej/ ciągłości leczenia

Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna

ul. Szpitalna 1, Tuchów
tel. 146535242
Pon 18: 00 - 08: 00 |Wt 18:00 - 08:00 |Śr 18:00 - 08:00 |Czw 18:00 - 08:00 |Pt 18:00 - 08:00

Świadczenia Lekarza POZ obejmują:

- Profilaktykę Chorób, w tym badania i porady w ramach profilaktyki wieku rozwojowego oraz szczepienia ochronne
- Świadczenia profilaktyki chorób układu krążenia
- Udzielanie porad w leczeniu schorzeń
- Diagnostyka laboratoryjna
- EKG, RTG, USG
- Orzekanie o stanie zdrowia
- Kierowanie do poradni specjalistycznych / leczenie szpitalne
- Kierowanie na rehabilitację / leczenie uzdrowiskowe
- Wystawianie zleceń przewozów transportu sanitarneto
- Wystawianie zleceń na realizację świadczeń zakresu pielęgniarstwa POZ
- Wystawianie zaświadczeń dotyczących stanu zdrowia pacjenta

Warunkiem skorzystania z usług poradni POZ jest złożenie deklaracji pisemnej/internetowej oświadczającej o wyborze konkretnej poradni.

Kontakt
Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o.
33-170 Tuchów
ul. Szpitalna 1

Rejestracja
tel: 14 653 52 02
tel: 14 653 52 95
Fax. 14 65 35 104
kontakt@czt.com.pl

Hospicjum domowe

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe pacjentów chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i społecznych.

- świadczenia są bezpłatne,
- porady lekarskie są udzielane nie rzadziej niż 2 razy w miesiącu, wizyty pielęgniarskie nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu,
- pozostały personel (psycholog, fizjoterapeuta) udziela porad indywidualnie, na zlecenie lekarza.

Niezbędna dokumentacja do objęcia opieką:

- przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
- wskazanie medyczne, a w szczególności fakt występowania jednostki chorobowej, nierokującej nadziei na wyleczenie.

Czasami zdarzają się sytuacje, w których sprawowanie opieki na osobą przewlekłe chorą w warunkach domowych staje się niemożliwe lub niewystarczające z różnych względów. Wówczas istnieje możliwość skorzystania z pomocy placówek, które zapewniają całodobową opiekę i pielęgnację.

Zakłady Opiekuńczo – Lecznicze – (ZOL)

Do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego i opiekuńczo–leczniczego może zostać przyjęty pacjent, który ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagający hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą Barthel dokonanej w dniu przyjęcia otrzymał 40 punktów lub mniej. Do zakładu opiekuńczego nie mogą zostać przyjęte osoby z zaawansowaną chorobą nowotworową oraz osoby ze zdiagnozowaną chorobą psychiczną, które kierowane są do innych placówek

Zasady korzystania ze świadczeń:

- chory ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania w wysokości 70 % dochodu,
- pobyt w zakładzie opiekuńczym jest na czas określony, zależny od stanu zdrowia danej osoby i jej oceny według skali Barthel.

Niezbędna dokumentacja do objęcia opieką:

- skierowanie do zakładu opiekuńczo – leczniczego lub pielęgnacyjno – opiekuńczego wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz rodzinny lub jeśli chory przebywa w szpitalu może je wystawić lekarz prowadzący)
- ocena stanu zdrowia według skali Barthel dokonana przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej i potwierdzona przez lekarza.
- wywiad pielęgniarski.
- Informacja o wysokości dochodu.



Hospicjum

Hospicjum stacjonarne przeznaczone jest dla tych, którzy z różnych powodów chorują w samotności lub też stan chorego nie pozwala na opiekę nad nim w domu. Hospicjum przyjmuje głównie chorych w końcowej fazie choroby nowotworowej, kiedy leczenie przyczynowe /radio-, chemioterapia/ nie przyniosło pożądanego skutku lub nie jest możliwe ze względu na zaawansowanie choroby

- świadczenia są bezpłatne,
- całodobowa opieka pielęgnarska,
- opieka lekarza, psychologa, fizjoterapeuty,
- wolontariat

Niezbędna dokumentacja do objęcia opieką :

- skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz rodzinny, specjalista, lekarz z oddziału szpitalnego)
- zgoda na objęcie opieką w hospicjum.

Pomoc społeczna

Umożliwia przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych tym, którzy nie są w stanie sami ich pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Pomoc społeczna wspiera ich w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka. Zadaniem pomocy społecznej jest także zapobieganie trudnym sytuacjom życiowym przez podejmowanie działań zmierzających do usamodzielnienia osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem. Osoba lub rodzina ubiegająca się o pomoc społeczną może zgłosić się do ośrodka pomocy społecznej w miejscu zamieszkania (ośrodki znajdują się w każdej gminie). Decyzje o przyznaniu lub odmowie przyznania pomocy wymagają uprzednio przeprowadzenia przez pracownika socjalnego rodzinnego wywiadu środowiskowego. Decyzje w sprawach świadczeń pomocy społecznej wydawane są w formie pisemnej. Od każdej decyzji służy prawo odwołania.

Osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych. Usługi opiekuńcze w domu obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Zakres opieki: pomoc/asystowanie w wykonywaniu czynności higienicznych, pomoc w robieniu zakupów, pomoc w przyrządzaniu posiłków, towarzyszenie podczas spaceru, wizyty u lekarza, sprzątanie itp.

- płatne według 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 ustalana jest indywidualnie),
- pracownik socjalny przeprowadza wywiad środowiskowy w miejscu zamieszkania osoby chorej, aby ocenić zaistniałą sytuację i w razie potrzeby podjąć stosowne działania,
- w celu uzyskania pomocy należy zwrócić się do pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej właściwego dla miejsca zamieszkania. Ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia. 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, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej.

Dom Pomocy Społecznej

- świadczenie jest odpłatne, ustalone na poziomie kosztów rzeczywistych, które ponosi osoba kierowana do placówki, osoby zobowiązane do alimentacji (małżonek, dzieci, rodzice) lub gmina. Decyzję o skierowaniu do domu pomocy społecznej i decyzję ustalającą opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej wydaje organ gminy właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania do domu pomocy społecznej,
- w razie niemożności umieszczenia w domu pomocy społecznej z powodu braku wolnych miejsc, powiadamia się osobę o wpisaniu na listę oczekujących oraz o przewidywanym terminie oczekiwania na umieszczenie w domu pomocy społecznej. W przypadku braku możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osoba wymagająca z powodu wieku lub niepełnosprawności pomocy innych osób może korzystać z usług opiekuńczych i bytowych w formie rodzinnego domu pomocy.

Profilaktyka medyczna

Najczęstsze schorzenia u osób niesamodzielnych i starszych

CHOROBA ALZHEIMERA

Co to jest choroba Alzheimer'a i jakie są przyczyny?

Choroba Alzheimer'a jest chorobą zwyrodnieniową mózgu, charakteryzującą się postępującymi zaburzeniami pamięci oraz zachowania, które z czasem całkowicie uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie chorego w codziennym życiu, wykonywanie pracy oraz zaburzają kontakty społeczne. Występowanie takich chorób, jak nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, cukrzyca typu 2, podobnie jak brak kontaktów społecznych i mała aktywność fizyczna zwiększają ryzyko rozwoju choroby Alzheimer'a. Pierwsze objawy pojawiają się wtedy przeważnie wcześniej niż w typowej postaci choroby (przed 60. rokiem życia) i zwykle szybciej postępują. W przebiegu choroby Alzheimer'a, w zależności od nasilenia objawów, można wyróżnić 3 stadia: łagodne, umiarkowane i zaawansowane.

W pierwszym stadium choroby Alzheimer'a obserwuje się przede wszystkim obniżenie sprawności procesów mentalnych oraz zmianę osobowości. Osoba na tym etapie choroby często kładzie przedmioty nie na swoje miejsce, nie potrafiąc ich później odnaleźć. Zostawia różne rzeczy w środkach komunikacji, sklepach. Pyta wielokrotnie o to samo, na przykład o aktualną datę. Zapomina o przekazaniu istotnych informacji innym osobom. Ma trudności z odtworzeniem zdarzeń sprzed kilku godzin. Opowiadając, często traci wątek po kilku zdaniach, powtarza ten sam temat w trakcie jednej rozmowy, ma trudności z przypomnieniem sobie odpowiedniego słowa lub nazwy danego przedmiotu. Wyraźne są trudności z nauczeniem się posługiwania nowymi urządzeniami mechanicznymi, na przykład pralką. Zdarza się, że chory powtarza pewne czynności w czasie dnia, zapominając, że już je wykonał. Pojawiają się zaburzenia wzrokowo-przestrzenne i kłopoty z dotarciem do celu, nawet w znanym sobie otoczeniu. W tym okresie chory często bywa apatyczny i przygnębiony, gorzej nawiązuje kontakty z innymi ludźmi, jest mniej pewny siebie. Często obserwuje się osłabienie zainteresowań, zwiększenie poczucia winy, czasami myśli samobójcze, ale również osłabienie kontroli emocjonalnej i nadmierną wesołość w nieodpowiednich sytuacjach.



W drugim stadium choroby Alzheimera dominują stopniowo narastające zaburzenia zachowania, takie jak bezcelowe chodzenie, wykonywanie tych samych ruchów, niepokój, błędzenie, nagłe wybuch złości, agresja słowna, ale często również fizyczna, głównie w stosunku do opiekuna (np. popychanie, szczypanie). Nawet u ponad połowy chorych na tym etapie choroby Alzheimera mogą wystąpić urojenia. Najczęściej dotyczą one okradania chorego, poczucia zagrożenia fizycznego. Mogą się również pojawić omamy, halucynacje wzrokowe lub słuchowe. Zdarza się, że chory nie rozpoznaje członków własnej rodziny, szczególnie jeżeli nie ma z nimi stałego kontaktu. Oglądając telewizję, chory może uważać oglądane tam postacie za realne i aktualnie go otaczające i reagować na nie lękiem i agresją. Na tym etapie może występować nadmierny apetyt, niekiedy nawet żarłoczność, ssanie, gryzienie, żucie różnych przedmiotów, niekoniecznie jadalnych. Zdarza się, że obserwuje się odhamowanie seksualne oraz zaburzenia prawidłowego rytmu snu i czuwania, kiedy chory większą część dnia przesypia, wykazując zwiększoną aktywność w nocy. Na tym etapie chory wymaga pomocy podczas ubierania się, jedzenia posiłków, kąpieli.

W trzecim stadium choroby Alzheimera dotaczają się zaburzenia ruchowe, na przykład zwiększenie napięcia mięśniowego, spowolnienie ruchowe (tzw. bradykineza, czyli niezdolność do prawidłowego wykonywania szybkich ruchów), nietrzymanie moczu, stolca. Tryb życia staje się coraz bardziej siedzący, stopniowo przechodząc w trwałe pozostawanie w łóżku w terminalnej fazie choroby. Chory traci możliwość komunikacji z otoczeniem, kontroli nad własnym ciałem, nie rozpoznaje najbliższych osób, swojego odbicia w lustrze. Wymaga stałej pielęgnacji, karmienia.

Co robić w razie wystąpienia objawów choroby Alzheimera? Niezwykle ważna jest cierpliwość i wyrozumiałość względem zachowań chorego. Zawsze kiedy rozmawiasz z bliskim lub kierujesz w jego stronę polecenia, pamiętaj o spokojnym tonie głosu. Wszelka nerwowość, agresja, pretensja czy zniecierpliwienie mogą zostać źle odebrane przez podopiecznego i mieć na niego negatywny wpływ. Tak, jak chory nie rozumie czasami znaczenia niektórych słów czy zwrotów, tak bardzo dobrze rozumie i odczytuje ton naszego głosu. Jeżeli będziemy rozdrażnieni czy agresywni, podopieczny może się przestraszyć lub zdenerwować i zamknąć w sobie, tym bardziej nie reagując na nasze prośby.

Istotne jest zapewnienie choremu regularnego planu dnia. Poprzez stałą powtarzalność czynności utrwalony zostanie przez niego stały schemat dnia. Dzięki temu chory będzie bardziej spokojny i chętniej będzie wykonywał obowiązki czy poddawał się określonym zabiegom. Dlatego podawaj posiłki choremu o tych samych godzinach, niech w ciągu dnia będzie czas obowiązków i rekreacji, np. spaceru oraz rozrywki – oglądaj z chorym rodzinne fotografie czy programy telewizyjne.

Dopóki stan chorego będzie na to pozwalał, angażuj chorego w życie rodzinne, zachęcaj do wykonywania codziennych czynności. Ważne, aby osoba z chorobą Alzheimera jak najdłużej była stymulowana do samodzielności – codzienna toaleta, spożywanie posiłków, ubieranie się. Zadbaj o to, żeby miała obowiązki dostosowane do swoich upodobań, możliwości i stanu zdrowia.

Zdarza się, że u osób chorych na Alzheimera występują zaburzenia snu, w związku z tym rozregulowaniu ulega cały rytm dnia. Obserwuje się wówczas wzmożoną aktywność w nocy. Chory przygotowuje sobie posiłki, chce wychodzić z domu, aby załatwić codzienne sprawy. Aby znormalizować taką sytuację, należy zorganizować choremu odpowiednią ilość obowiązków i aktywności w ciągu dnia. Jeżeli takie rozwiązania nie przynoszą efektów, należy skonsultować się z lekarzem, który określi, czy nie jest konieczne zastosowanie leczenia farmakologicznego.

Opiekowanie się osobą chorą na Alzheimera jest niezwykle angażujące i wyczerpujące – tak psychicznie, jak i fizycznie. Zazwyczaj zmianie i przewartościowaniu ulega całe życie osoby czy rodziny mieszkającej z chorym. Pamiętaj, że masz prawo do własnego życia. Jeżeli nie odnajdziesz w natłoku zajęć chwili dla siebie, będziesz wciąż zmęczony i poddenerwowany, ucierpi na tym również osoba chora. Nie bój się poprosić o pomoc w opiece nad osobą chorą.

CUKRZYCA

Cukrzyca, jest to choroba metaboliczna, która objawia się nieprawidłowym poziomem glukozy we krwi pacjenta. Nieprawidłowy poziom glukozy we krwi spowodowany jest zaburzeniami w wydzielaniu przez trzustkę hormonu – insuliny lub też jej nieprawidłowym działaniem.

- cukrzyca typu 1 – spowodowana jest uszkodzeniem komórek beta trzustki, które odpowiadają za produkcję insuliny. Dotyka ona około 20% chorych na cukrzycę. Występuje głównie u osób młodych. Jedynym sposobem jej leczenia jest podawanie insuliny, aktywność fizyczna i odpowiednia dieta;
- cukrzyca typu 2 – najczęściej chorują na nią osoby starsze. Jej przyczyna jest nieprawidłowe działanie insuliny w organizmie. Choroba często występuje u osób zmagających się z nadciśnieniem i otyłością. Leczenie cukrzycy typu 2 polega na stosowaniu leków przeciwcukrzycowych, aktywności fizycznej, a także odpowiedniej diecie.

Cukrzycy nie da się wyleczyć. Można jednak zminimalizować jej destrukcyjne działanie poprzez odpowiednią dietę, styl życia i stosowanie leków.

Objawy cukrzycy insulinozależnej:

- zwiększone pragnienie,
- częste oddawanie moczu,
- chudnięcie, apatia
- zmęczenie i senność
- trudniejsze i powolniejsze gojenie się ran,
- częste infekcje pęcherza moczowego,
- częste zapalenia skóry,
- świąd skóry
- stany zapalne

Wczesna diagnoza cukrzycy jest niezwykle istotna. Pozwala na szybkie wdrożenie leczenia i zastosowanie diety, która pozwoli na prawidłowe funkcjonowanie i kontrolowanie poziomu glukozy we krwi. Jednocześnie to sposób na to, by zapobiec powikłaniom, do których może dojść, jeżeli natychmiastowe leczenie nie zostanie podjęte. Nieleczona cukrzyca wpływa na cały organizm chorego, stopniowo niszcząc kolejne narządy i układy wewnętrzne. Po przeprowadzeniu dokładnego wywiadu z pacjentem, lekarz powinien zlecić różnorodne badania, w tym badanie krwi pod kątem poziomu glukozy. Nie zawsze cukrzyca daje wcześniej wymienione objawy. Czasami przebiega bezobjawowo lub objawy nie są charakterystyczne i właśnie dlatego chory nie wie nawet, że cierpi na takie schorzenie. Jeżeli poziom glikemii na czczo znajdzie się między wartościami 60mg/dl a 99 mg/dl to nie ma powodów do obaw. O nieprawidłowym wyniku mówi się dopiero przy wartościach powyżej 100 mg/dl. Oczywiście, podwyższony pojedynczy wynik nie musi jeszcze przesądzać o cukrzycy. Aby potwierdzić cukrzycę konieczne jest wykonanie dodatkowych badań, w tym test obciążenia glukozą, który polega na zbadaniu próbki krwi na czczo, przyjęciu glukozy (wypija się odpowiednio odmierzoną porcję) i wykonaniu kolejnych badań krwi w określonych odstępach czasu.

Bardzo ważne jest to, by poziom cukru we krwi był badany w odpowiednim momencie. W przypadku pomiarów diagnostycznych badanie należy wykonać rano i na czczo.

Hipoglikemia przyczyny

Hipoglikemia czyli niedocukrzenie. Jest to spadek stężenia glukozy we krwi poniżej 70 mg/dl. U osób długotrwale chorujących na cukrzycę może być w pierwszej fazie niezauważalny, ale jeżeli pomiar wskaże takie wartości, to należy natychmiast podjąć działania, których celem jest wyrównanie zbyt niskiego poziomu. Natychmiast należy podjąć odpowiednie działanie również wtedy, gdy pojawiają się pierwsze objawy hipoglikemii. Zbyt duży spadek cukru może nawet doprowadzić do śpiączki hipoglikemicznej. Hipoglikemia pojawia się najczęściej przy cukrzycy typu I.

- Przyczyną nagłego spadku cukru we krwi może być:
- zbyt duża dawka insuliny podana choremu lub zbyt duża dawka leków przyjmowanych doustnie,
- zbyt długa przerwa pomiędzy przyjętą dawką leku lub insuliny a zjedzonym posiłkiem,
- zbyt duży wysiłek fizyczny bez uprzedniego podania dodatkowych węglowodanów,
- nagła i zbyt duża redukcja masy ciała,
- błędy w żywieniu cukrzyka,
- spożywanie alkoholu lub narkotyków,
- błąd pomiaru glukometru, który skutkuje nieprawidłowym dawkowaniem insuliny.

Bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie objawów hipoglikemii, które pozwala na podjęcie natychmiastowego działania i zapobieżenie zapadnięciu w śpiączkę hipoglikemiczną.

Hipoglikemia objawy

- ból głowy,
- wilczy głód,
- mdłości,
- senność,
- zimny pot,
- osłabienie,
- kołatanie serca,
- drżenie rąk,
- uczucie niepokoju,
- zaburzenia koordynacji ruchowej,
- utrata przytomności.

Hipoglikemia leczenie

Przy zaobserwowaniu u siebie objawów hipoglikemii należy podjąć natychmiastowe działanie. O ile, przy lekkim stanie, który jest tylko nieznacznym obniżeniem poziomu cukru we krwi i chory odczuwa jedynie lekkie osłabienie, zmęczenie lub potliwość, można poradzić sobie właśnie poprzez zjedzenie kostki cukru lub cukierka, co spowoduje szybki wzrost stężenia glukozy we krwi, o tyle w przypadku ciężkiej hipoglikemii należy działać bardziej radykalnie. Każdy cukrzyk powinien mieć przy sobie dawkę glukagonu. Na rynku jest on dostępny pod różnorodnymi postaciami. Podanie leku powoduje, że cukier rośnie w ciągu kilku minut, a chory szybko odzyskuje sprawność. Glukagon podaje się domięśniowo lub podskórnie. Można wstrzyknąć go w pośladek, udo lub ramię. Glukagon powoduje uwalnianie glukozy zmagazynowanej w wątrobie, dlatego działa tak szybko i tak skutecznie.

Przy silnej hipoglikemii, szybkie podanie leku ma naprawdę duże znaczenie, niejednokrotnie wręcz ratuje życie chorego. Po podaniu glukagonu należy pozostać z chorym i wezwać pogotowie. W czasie oczekiwania na przyjazd karetki należy kontrolować poziom glukozy we krwi. W stanach głębokiej hipoglikemii nie należy zmuszać chorego do przełykania cukierków czy herbaty, ponieważ grozi to zachłyśnięciem.

- Niedocukrzenie skutki
- bardzo poważnie wpływa na pracę serca,
- zaburza oddychanie,
- powoduje zaburzenia wzroku,
- uszkadza mięśnie,
- wywołuje drgawki,
- prowadzi do zaburzeń świadomości,
- w skrajnych przypadkach, gdy nie zostanie podjęta żadna interwencja, zbyt niski poziom cukru może doprowadzić do śmierci chorego.
- Wczesne powikłania cukrzycy:
- kwasica ketonowa – spowodowana nieprawidłowym poziomem cukru we krwi. Może doprowadzić nawet do śmierci,
- hipoglikemia – niedocukrzenie, które prowadzi do śpiączki hipoglikemicznej i śmierci,
- hiperglikemia – czyli podwyższony poziom cukru we krwi, zwykle wynikający z braku leczenia lub nieprawidłowego leczenia.

Późne powikłania cukrzycy:

- choroba niedokrwienna serca, którą powodują zmiany miażdżycowe w naczyniach wieńcowych występujące u cukrzyków,
- zawał serca,
- udar mózgu,
- retinopatia cukrzycowa,
- uszkodzenie nerek,
- uszkodzenie nerwów,
- stopa cukrzycowa.

Cukrzyca typu 1

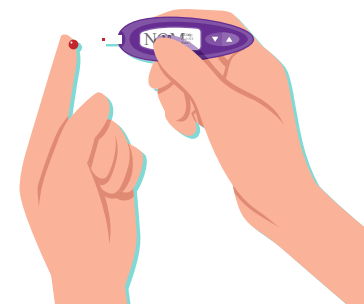
Leczenie cukrzycy typu pierwszego odbywa się za pomocą insulinoterapii. Poziom podawanej insuliny powinien być dopasowany do stanu zdrowia chorego. Insulinę podaje się za pomocą pompy insulinowej lub pena. Podstawą leczenia jest odpowiednia dieta. Chory powinien jeść posiłki regularnie o podobnej kaloryczności. Bardzo starannie trzeba dbać o odpowiednie proporcje składników pokarmowych. Wsparciem leczenia może być też odpowiednio dobrany wysiłek fizyczny.

Cukrzyca typu 2

Leczenie cukrzycy typu 2 rozpoczyna się od zmiany trybu życia i wprowadzeniu zdrowych nawyków nie tylko żywieniowych, ale również dotyczących aktywności fizycznej. Podstawowe znaczenie ma prawidłowa dieta i regularne spożywanie posiłków.

Leczenie polega na przyjmowaniu leków doustnych. Jeżeli jednak nowy tryb życia i leki nie będą wystarczające, wdrażane jest leczenie insuliną. Profilaktyka cukrzycy

W przypadku cukrzycy, która jest chorobą nieuleczalną, wyjątkowo trafnie sprawdza się powiedzenie, że lepiej zapobiegać niż leczyć. Właśnie dlatego profilaktyka cukrzycy jest w tym wypadku tak ważna. Należy pamiętać o tym, by dbać o zbilansowane posiłki jeszcze przed zachorowaniem.



NADCIŚNIENIE

Co to jest nadciśnienie tętnicze?

Nadciśnienie tętnicze to choroba charakteryzująca się podwyższonym ciśnieniem krwi, czyli ciśnieniem tętniczym o wartości 140/90 mm Hg lub więcej. Chorobę tę rozpoznaje się na podstawie kilkukrotnych pomiarów ciśnienia krwi, wykonywanych zazwyczaj w kilkudniowych lub kilkutygodniowych odstępach.

Nadciśnienia tętniczego nie można zdiagnozować, opierając się na pojedynczym pomiarze ciśnienia krwi.

U większości chorych nie stwierdza się konkretnej przyczyny rozwoju nadciśnienia tętniczego. Na jego podwyższone wartości może wpływać wiele czynników:

- dziedziczna skłonność
- otyłość, zwłaszcza tzw. otyłość brzuszna (zwiększenie obwodu brzucha)
- duże spożycie soli
- proces starzenia się organizmu
- stres psychiczny
- tryb życia – osoby, które podejmują regularną aktywność fizyczną mają niższe ciśnienie tętnicze oraz mniejsze ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych niż osoby prowadzące siedzący tryb życia.

W zależności od przyczyny wywołującej wzrost ciśnienia tętniczego, chorych dzieli się na dwie grupy:

1. u zdecydowanej większości pacjentów (ponad 90%) występuje tzw. nadciśnienie pierwotne, inaczej zwane samoistnym, co oznacza, że przyczyna nadciśnienia jest złożona i jeszcze nie w pełni poznana – wskazuje się na udział genów, środowiska, diety, stresu i stylu życia
2. u 5–10% chorych na nadciśnienie tętnicze stwierdza się tzw. nadciśnienie wtórne, zwane też objawowym. U tych chorych podwyższone ciśnienie tętnicze jest tylko objawem innej choroby, dotyczącej najczęściej nerek, dużych tętnic lub zaburzeń czynności gruczołów wydzielających substancje regulujące wysokość ciśnienia krwi (np. choroby tarczycy, przytarczyc, nadnerczy). Właściwie przeprowadzone badania umożliwiają wykrycie i usunięcie przyczyny wywołującej wzrost ciśnienia krwi, a tym samym wyleczenie i trwałe uzyskanie prawidłowego ciśnienia tętniczego.

Osoba, u której stwierdzono nadciśnienie tętnicze, powinna się zaopatrzyć w aparat do pomiaru ciśnienia i nauczyć (pod kierunkiem lekarza lub wyszkolonej pielęgniarki) samodzielnie mierzyć ciśnienie krwi. Samodzielne pomiary ciśnienia tętniczego są bardzo ważne, dlatego lekarz w przypadku podejrzenia nadciśnienia tętniczego zaleca pacjentowi prowadzenie dzienniczka pomiarów ciśnienia. Ważna jest także technika wykonania pomiaru ciśnienia. Oprócz pomiarów domowych, lekarz na wizycie także dokonuje pomiaru ciśnienia tętniczego. W niektórych przypadkach lekarz może zlecić 24-godzinny automatyczny pomiar ciśnienia tętniczego (holter).

Jakie zagrożenia wynikają z nadciśnienia tętniczego?

Nadciśnienie tętnicze na ogół przez długi czas nie powoduje dolegliwości (czasem może powodować objawy, które trudno pacjentowi powiązać z nadciśnieniem tętniczym, np. ból głowy, zaburzenia snu lub łatwe męczenie się), rozwija się skrycie i po latach prowadzi do niekorzystnych zmian w sercu (np. zawału lub niewydolności serca), mózgu (udar mózgu), a także w naczyniach krwionośnych i nerkach. Uszkadzając niektóre narządy, podwyższone ciśnienie krwi zaburza ich funkcję, czyli prowadzi do rozwoju tzw. powikłań narządowych nadciśnienia tętniczego. Obecność powikłań (przerost mięśnia sercowego, pogorszenie wydolności nerek, rozwój zmian miażdżycowych) ocenia się, wykonując badania dodatkowe.

U zdecydowanej większości chorych leczenie polega na stosowaniu leków obniżających ciśnienie tętnicze. Zaleca się także modyfikację dotychczasowego stylu życia.



DEMENCJA

Demencja (otępienie) – zespół objawów charakteryzujących się wyraźnym upośledzeniem funkcji poznawczych jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, zdolność wystawiania się, co staje się przyczyną zaburzonego funkcjonowania.

Definicja otępienia opiera się na trzech składowych:

- Obniżeniu sprawności intelektualnej w stosunku do poprzedniego poziomu.
- Upośledzeniu funkcjonowania chorego w otoczeniu.
- Upośledzeniu funkcji poznawczych, którym towarzyszy zwykle, a czasami je poprzedza, obniżenie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, zachowaniem i motywacją.

Typowe objawy występujące w otępieniu:

- Upośledzenie pamięci krótkotrwałej (np. niemożność zapamiętania nowych informacji) i długotrwałej (np. niemożność zatrzymania informacji nabytych wcześniej).
- Upośledzenie myślenia abstrakcyjnego (np. trudności ze wskazaniem podobieństw, różnic, wyjaśnieniem znaczenia słów).
- Upośledzenie krytycznej oceny (np. oceny swego postępowania, planowania, działań, nieprzestrzeganie ogólnie obowiązujących zasad współżycia).
- Korowe zaburzenia poznawcze (afazja, apraksja, agnozja).
- Zmiany osobowości polegające głównie na zaostrzeniu cech osobowości przed chorobą (np. cech impulsywności, podejrzliwości, egocentryzmu itp.).

Upośledzenie pamięci jest wczesnym i najbardziej uderzającym objawem otępienia i ma charakter postępujący. Często spotykane są także zaburzenia zachowania jak depresja, zaburzenia snu, pobudzenie, agresja oraz objawy psychotyczne (urojenia i omamy).

Choroba może zaczynać się objawami trudnymi do zauważenia i nasilającymi się bardzo powoli. Osoba chora zaczyna zapominać podstawowych rzeczy, często związanych z wykonywanym zawodem lub też czynnościami dnia codziennego. Do zaburzeń pamięci dochodzą stopniowo zaburzenia związane z orientacją w przestrzeni i czasie (chory wielokrotnie dopytuje się o godzinę, dzień tygodnia), gubi się w miejscach do tej pory dobrze mu znanych. Można również zauważyć częste zmiany nastroju, zniechęcenie wobec ulubionych czynności i apatię. Na tym etapie chory ma pełną świadomość popełnianych błędów i zaburzeń pamięci. Usiłuje to jednak ukryć i minimalizować objawy. Zaburzenia pamięci nasilają się z czasem. Zmienia się również zachowanie chorego. Dochodzą zaburzenia mowy i koordynacji ruchów, co powoduje coraz większe trudności w wykonywaniu codziennych czynności.

Pierwsza faza choroby

- Pamięć – chory zapomina o umówionych terminach, spotkaniach. Zapomina imiona krewnych, nazwy ulic, przedmiotów. Ma kłopoty z liczeniem, rozmowy stają się coraz trudniejsze.
- Zachowanie chorego – nastroje są bardzo chwiejne. Drobne zdarzenia wprawiają go w złość, przestaje panować nad swoimi reakcjami. Zaczyna się izolować od rodziny i znajomych. Nie chce nigdzie wychodzić: ani na spacer, ani na spotkania. Stwarza swój własny świat, w którym żyje.
- Mowa – coraz trudniej choremu dobrać odpowiednie słowa, zapomina ich znaczenia. Zdania wypowiedane często nie mają logicznego związku ze sobą.
- Koordynacja ruchów – przebiega jeszcze całkiem dobrze. Chory potrafi się ubrać, wykonywać codzienne czynności, samodzielnie poruszać się po okolicy.
- Codzienne czynności – w wykonywaniu ich może przeszkadzać jedynie kłopot z pamięcią.

Druga faza choroby

- Pamięć – zaburzenia pamięci nasilają się. Coraz częściej chory zapomina o wydarzeniach lub czynnościach jakie miały miejsce przed chwilą, poprzedniego dnia. Doskonale jednak pamięta wydarzenia odległe, chociaż niewłaściwie umieszcza je w czasie.
- Zachowanie – jest często gwałtowne, trudne do przewidzenia i niewspółmierne do wywołujących je czynników (częstym zachowaniem jest oskarżanie o kradzież w przypadku niemożności znalezienia portfela, pieniędzy, ubrania). Coraz bardziej narasta w chorym lęk. Głośne dźwięki, migające światło wywołują ostre reakcje lękowe. W tym też okresie pojawia się chodzenie tam i z powrotem.
- Mowa – słownictwo ubożeje, chory odpowiada na pytania w sposób powolny (po dłuższej chwili, jakby zastanawiał się nad odpowiedzią), nie kończy rozpoczętych zdań.
- Koordynacja ruchów – ruchy stają się nieprecyzyjne. Coraz większe kłopoty sprawiają czynności codzienne (np. zapinanie guzików). Pojawiają się zaburzenia równowagi, co powoduje częste upadki. Chory zaczyna chodzić coraz wolniej. Mogą pojawić się również drżenia i przykurcze mięśni.
- Czynności codzienne – coraz trudniej je wykonać. Nie umie podejmować decyzji, dokonać wyboru. Bywa, że zaczyna zostawiać odkręcone kurki od gazu oraz krany.
- Naraża to na niebezpieczeństwo nie tylko chorego, ale i rodzinę. Chory musi przebywać pod stałą opieką przez całą dobę. Z zasięgu chorego należy usunąć wszelkie przedmioty, które mogłyby okazać się dla niego niebezpieczne (np. noże, widelce, nożyczki).



Trzecia faza choroby

- **Pamięć** – chory nie rozpoznaje już nikogo z rodziny (nawet najbliższych). Nie pamięta żadnych wydarzeń. Jedynie rozpoznaje osobę, która się nim opiekuje.
- **Zachowanie** – nastroje zmienne, trudne do przewidzenia.
- **Mowa** – niewyraźna, chory nie rozumie, co się do niego mówi. Powtarza słowa i krótkie sekwencje tylko sobie znane.
- **Koordinacja ruchów** – każda czynność sprawia mu kłopot. Nie umie siadać, wstawać, chodzić, jeść. Przestaje panować nad czynnościami fizjologicznymi.
- **Czynności codzienne** – chory nie wykonuje już żadnych czynności. Cały czas spędza w łóżku. Należy dbać, aby nie pojawiły się odleżyny i infekcje dróg oddechowych.

DEPRESJA

Depresja to poważna choroba, która wg definicji Światowej Organizacji Zdrowia, objawia się smutkiem, utratą zainteresowań i przyjemności, poczuciem winy, niską samooceną, zaburzeniami snu i apetytu, uczuciem zmęczenia i osłabieniem koncentracji. Depresja znacząco wpływa na jakość życia pacjentów i ich zdolność funkcjonowania w każdym obszarze życia, zarówno społecznym jak i zawodowym.

Z depresją zmagają się co trzeci polski senior. Osoby powyżej 65 roku życia, które cierpią na depresję, z reguły pozostają niezauważone. Na symptomy tej choroby rzadko reagują nawet ich bliscy. Brak zainteresowania ze strony otoczenia, poczucie odrzucenia, samotność pogłębiają chorobę. Mogą też zaostrzać przebieg innych schorzeń, na które cierpi osoba starsza.

Depresja u osób starszych ma nietypowe objawy

Jednym z pierwszych objawów, który zwraca uwagę bliskich jest właśnie utrata wagi, wówczas zaczyna się maraton od lekarza do lekarza, a mało kto myśli o tym, że to objaw depresji. Brak zainteresowania ze strony społeczeństwa i bliskich, poczucie odrzucenia i samotność pogłębiają stany depresyjne. Mogą one także zaostrzyć przebieg innych chorób, z którymi borykają się osoby w wieku podeszłym. Nastroj depresyjny może zwiększyć znacznie ryzyko zachowań autodestrukcyjnych, a w tym również prób samobójczych.

Depresja starcza często mylona jest z demencją lub chorobą Alzheimera, ponieważ niejednokrotnie zwłaszcza na początku choroby objawy są podobne. Obserwujemy tak zwane zaburzenia poznawcze, które objawiają się problemami z pamięcią, skupianiem uwagi, organizacją dnia czy też problemami z rutynowymi czynnościami dnia, problemy ze snem, nietypowe objawy somatyczne, problemy z apetytem i zaburzenia pamięci czy uwagi mogą być sygnałami alarmowymi.

Depresja starcza – jakie są jej przyczyny?

Mówiąc o przyczynach depresji wieku starczego możemy podzielić je na dwie grupy. Są to przyczyny psychospołeczne i biologiczne.

Do przyczyn psychospołecznych zaliczamy:

- **Niesprawność fizyczną** będącą następstwem przebytej operacji lub nagłej choroby, czy nieuchronnej niepełnosprawności.
- **Zmiany w życiu** – przeprowadzka do domu opieki lub zamieszkanie z dziećmi.
- **Utrata bliskiej osoby** – śmierć współmałżonka.
- **Złość** wynikająca z postępujących i zauważalnych zmian wywołanych starzeniem się organizmu.

Przyczyny biologiczne depresji u osób starszych:

- **Zmiany ilościowe w neuroprzebiegach.**
- **Choroby neurodegeneracyjne** takie jak choroba Alzheimera, Parkinsona czy inne formy demencji.
- **Zaburzenia wodno-elektrolitowe.**

Objawy depresji u osób starszych nierzadko mylone są ze zwykłym spadkiem zdolności poznawczych oraz gorszą sprawnością fizyczną. Stąd też tak trudno jest lekarzom zakwalifikować te dolegliwości jako symptomy depresji u seniora.

Do objawów wskazujących na depresję starczą zaliczyć możemy:

- **Zaburzenia nastroju** – smutek, przygnębienie, niepokój, lęk.
- **Zaburzenia snu** – bezsenność, sypianie w ciągu dnia, bardzo wczesne budzenie się rano.
- **Otępienie.**
- **Brak zainteresowań.**
- **Trudności z podejmowaniem decyzji.**

Objawom tym towarzyszyć mogą mniej charakterystyczne symptomy, które często łączone są z naturalnymi mechanizmami starzenia takimi jak:

- **Spowolnienie psychoruchowe** – wolne poruszanie się, osowiałość.
- **Problemy z pamięcią i koncentracją.**
- **Bóle różnego pochodzenia** – często odczytuje się je jako objawy rozwijających się chorób somatycznych np. reumatyzmu, problemów z układem krążenia, nerwowym lub pokarmowym.
- **Drażliwość.**
- **Skłonność do narzekania i hipochondrii.**

Leczenie depresji

Leczenie depresji starczej jest uzależnione przede wszystkim od stopnia zaawansowania choroby. W początkowym stadium depresji pomocne mogą okazać się różnego rodzaju aktywności, zaangażowanie w hobby, otoczenie swojego chorego opieką i poświęcenie mu czasu, a także rozmowa z psychologiem. Jeśli depresja u seniora jest bardziej zaawansowana wówczas niezbędne będzie wdrożenie farmakoterapii.

Senior ze zdiagnozowaną depresją powinien być objęty opieką specjalisty – psychiatry. Bez względu na stopień zaawansowania choroby, senior powinien czuć wsparcie bliskich mu osób oraz tego, że jest potrzebny. Istotne jest również to, że wdrożenie farmakoterapii powinno przebiegać ze wsparciem osoby bliskiej, by ta obserwowała kwestie związane z poprawą stanu, bądź też nie i alarmowała specjalistę. Czasem leczenie wymaga zmiany, a nawet kilku zmian, do momentu uzyskania skuteczności leczenia. Czasem te oczekiwane efekty nie przychodzą od razu, na działanie leków trzeba poczekać, nawet do czterech tygodni, wówczas wsparcie jest nieodzowne, by osoba cierpiąc się nie poddała i nade wszystko kontynuowała leczenie.

Depresja i żywienie

Ważne, aby monitorować masę ciała – w przypadku depresji często obserwuje się brak apetytu, co w konsekwencji może prowadzić do chudnięcia. W efekcie **niedożywienie** jest często spotykane u osób chorujących na depresję. Niedobory żywieniowe mogą poważnie wpłynąć na funkcjonowanie organizmu m.in. zwiększając ryzyko infekcji, osłabiając mięśnie i pogarszając stan psychiczny. Dlatego ważny jest wybór zdrowej diety: bogatej w składniki odżywcze dzięki spożywaniu owoców, warzyw, pełnoziarnistych produktów oraz chudego mięsa i nabiału. Aktywność fizyczna, nawet minimalna, może poprawić apetyt i wspomóc utrzymanie prawidłowej masy ciała.

Utrata masy ciała i niedożywienie negatywnie wpływają na stan pacjenta, dlatego mogą dodatkowo pogłębiać stan depresyjny i osłabiać organizm. Problemy, takie jak zmiana wrażliwości smakowej czy zapachu mogą sprawić, że jedzenie stanie się mniej przyjemne, co jeszcze bardziej utrudnia utrzymanie odpowiedniego poziomu odżywienia. Ważne jest, by nie ignorować tych sygnałów i szukać profesjonalnej pomocy medycznej. U osób, które z różnych przyczyn nie są w stanie dostarczyć odpowiednich ilości składników odżywczych wyłącznie za pomocą tradycyjnej diety wskazane jest żywienie medyczne.

Jeżeli Ciebie lub Twoich bliskich dotyczy utrata masy ciała lub niedożywienie w kontekście depresji, nie bagatelizuj tych problemów. Skonsultuj się z lekarzem lub dietetykiem, który pomoże opracować odpowiedni plan żywieniowy. Pamiętaj, że odpowiednie odżywianie to nie tylko kwestia fizyczna, ale również istotny element wspierający zdrowie psychiczne.

Opieka nad seniorem z depresją

Opieka nad osobą starszą jest bardzo odpowiedzialnym i niezwykle ważnym zajęciem. Niejednokrotnie opiekun ma do czynienia z osobą starszą, u której została zdiagnozowana depresja starcza lub u której podejrzewa się tę chorobę. Depresja u osób starszych nie jest łatwa do zdiagnozowania ze względu na to, że dolegliwości jakie towarzyszą seniorowi często kojarzone są z innymi chorobami wieku starczego. Jako Opiekun będący na co dzień ze swoim podopiecznym możesz bardzo wcześnie zauważyć niepokojące objawy i skutecznie zapobiegać rozwijaniu się depresji poprzez stworzenie przyjaznej relacji z Seniorem, motywowanie go do różnego rodzaju aktywności, angażowanie w codzienne czynności domowe na miarę jego sił czy też poprzez zwykłą rozmowę.

W zaawansowanym stadium choroby senior może stać się obojętny, mieć poczucie braku sensu życia, nie chce wykonywać czynności higienicznych, a także stracić apetyt. Rolą opiekuna będzie zachęcanie bliskiego do dbania o siebie, wsparcie przy kąpieliach i ubieraniu się. Należy zadbać o higienę osobistą oraz o odpowiednią i zbilansowaną dietę bogatą w witaminy i składniki odżywcze. Opiekun powinien zachęcać seniora do jedzenia, towarzyszyć mu podczas spożywania posiłków i proponować wspólne ich przyrządzanie. Są to bardzo ważne aspekty dotyczące tego jak pomóc osobie starszej w depresji.



UDAR MÓZGU

Wyróżniamy dwa rodzaje udarów mózgu.

- Pierwszy to udar niedokrwienny, występujący w 80% przypadków, spowodowany zablokowaniem naczynia krwionośnego przez zakrzep albo zator.
- Jeśli natomiast w mózgu pęknie naczynie i dojdzie do krwotoku, mamy do czynienia z udarem krwotocznym, czyli wylewem, którego najczęstszą przyczyną jest nadciśnienie. Gdy krew przepływa przez mózg w nieprawidłowy sposób, nie może dostarczyć mu odpowiedniej ilości tlenu. Może dojść wtedy do poważnego uszkodzenia mózgu. Ryzyko udaru wzrasta z wiekiem.

Udar może prowadzić do:

- śpiączki, a czasem nawet śmierci,
- ponownego udaru – ryzyko nawrotu wynosi 10-12% w ciągu pierwszego roku i 5-8% w każdym następnym, w sumie 40-50% w ciągu 5 lat. Rozpoznanie oraz pierwsza pomoc w dalszej części poradnika,
- porażenia lub niedowładu w obrębie nerwu czaszkowego: twarzowego (zaburzenia mowy, połykania, opadnięty kącik ust, wyciekająca ślina), wzrokowego (podwójne i/lub połowicze widzenie), okoruchowego (zaburzenia ruchów gałek ocznych, ruchu powiek), przedsionkowo-slimakowego (zaburzenia słuchu, równowagi). Zmiany mają charakter połowiczny (dotyczą jednej strony ciała)
- niedowładu (zmniejszenie zakresu ruchu lub osłabienie jego siły) lub porażenie (plegia, całkowita niemożność wykonywania ruchu) kończyny. Porażenie jest połowicze, tzn. dotyczy połowy ciała po stronie przeciwnej do uszkodzenia mózgu. Może dotyczyć jednej (hemiplegia) lub 2 (paraplegia) kończyn, które zajęte są w różnym stopniu. Niedowład może mieć charakter czuciowy i/lub ruchowy, najczęściej spastyczny,
- afazji – zaburzenia mowy,
- nietrzymania moczu, stolca
- zaburzeń równowagi, zaburzeń koordynacji ruchów, chód marynarski – na szerokiej podstawie, chwianie się,
- zaburzeń wegetatywnych (zaburzenia oddechu, pracy serca, snu i czuwania, wahania ciśnienia tętniczego, zaburzenia termoregulacji)
- zaburzeń pamięci,
- zaburzeń połykania
- zespołu zaniedbywania – niedostrzeganie osób, przedmiotów i części własnego ciała znajdujących się po stronie przeciwnej od udaru,
- zespołu odpychania – zaburzenie postrzegania ułożenia ciała w przestrzeni. Pacjent odpycha się w kierunku strony porażonej, co istotnie zwiększa ryzyko upadku.
- depresji i stanów depresyjnych,
- padaczki poudarowej.

Opieka poszpitalna w domu

Bardzo ważne jest przygotowanie wszystkich członków rodziny osoby po przebytych udarze do nowej sytuacji domowej.

Ważnym zadaniem opiekuna jest edukowanie pacjenta i jego rodziny, w jaki sposób odzyskać pewność siebie i pokonać niepełnosprawność. Osoba uwięziona w łóżku po udarze wymaga znacznie większego zakresu działań opiekuńczych niż osoba, która jest w stanie poruszać się samodzielnie i samemu dbać o większość swoich potrzeb.

Osoby przykute do łóżka muszą mieć wdrożone leczenie przeciwoleżynowe. Polega ono na codziennej pielęgnacji skóry i nawilżaniu skóry chorego. **Może on potrzebować częstej zmiany pozycji ciała w łóżku** – zwykle co 1-2 godziny, a w niektórych przypadkach nawet częściej. Pacjent powinien mieć zmienianą pozycję z boku na bok, na wznak lub na plecy. Opiekun może również często zmieniać położenie łóżka: raz ustawiać je wyżej, raz niżej, raz oparcie nachylać bardziej do przodu, a potem z kolei bardziej do tyłu. Jeśli u pacjenta występują już odleżyny, należy stosować preparaty przeciwoleżynowe, które są dostępne w większości aptek bez recepty.

Ważne jest, aby codziennie utrzymywać ciało pacjenta w czystości. Przynosi to choremu pozostającemu na stałe w łóżku ulgę. Należy również dbać o higienę jamy ustnej rano i wieczorem, oraz po każdym posiłku. Jeśli pacjent korzysta z wkładek, ich zmiana również wchodzi w zakres obowiązków opiekuna.

Opieka nad osobą po udarze mózgu polega również na zapewnieniu choremu diety bogatej w białko i składniki odżywcze. Jeśli podopieczny cierpi na zaburzenia połykania, opiekun powinien przygotować odpowiednio dopracowane, lekko gęste i ciepłe, ale nie gorące potrawy. Chory może potrzebować **spożywać posiłki w małych ilościach, 5-6 razy dziennie**. Opiekunowie podczas karmienia powinni być uważni i upewnić się, że pacjent nie dławi się podczas jedzenia. Jeśli pacjent ma trudności z połykaniem, lekarz może zalecić karmienie przez sondę dojelitową. Opiekun jest również odpowiedzialny za właściwe nawodnienie pacjenta, szczególnie gdy komunikacja z nim jest utrudniona. Przeciętna osoba powinna przyjąć około 2 litry płynów każdego dnia.

Jak ułatwić picie osobie po udarze?

Jeśli pacjent krztusi się pijąc wodę i nie jest w stanie przyjmować płynów, opiekun może chcieć je zagęścić np. galaretką lub budyniem. Płyny **można również podawać przez słomkę**, jeśli pacjent jest w stanie ją używać. Gdy tylko chory będzie mógł jeść, opiekun powinien zachęcić go do zucia żywności po stronie dotkniętej udarem, aby zapobiec pojawieniu się spastyczności.

Należy pamiętać, że nieruchoma osoba jest również podatna na zapalenie płuc, dlatego opiekun powinien oklepywać pacjenta 2 razy dziennie, aby stymulować krążenie i umożliwić odkrztuszanie pojawiającej się wydzieliny. Jeśli pacjent ma problemy z oddychaniem z powodu udaru, opiekun powinien pokazać, jak należy oddychać poprzez proste ćwiczenia. Głęboki wdech, przytrzymanie powietrza przez 2-3 sekundy, a następnie powolne wypuszczenie powietrza. **Ruch oddechowy powinien imitować działanie „dmuchania na materac”**. Umożliwi to pacjentowi aktywację pęcherzyków płucnych i zapobieganie chorobom układu oddechowego. Rozbierając pacjenta, opiekunowie powinni zawsze najpierw zdjąć koszulę, zaczynając od rękawa zdrowej strony. Przy zdrowej stronie opiekun będzie miał więcej pola manewru. Potem można zdejmować drugi rękaw, po stronie ręki dotkniętej przez udar.

Z kolei natomiast opatrując pacjenta, **opiekunowie powinni zacząć od ramienia po stronie dotkniętej chorobą**. Dzięki temu chory nie będzie niepotrzebnie dodatkowo cierpieć i nie będzie żadnych gwałtownych ruchów po stronie dotkniętej udarem

Rehabilitacja osoby po udarze

Utrata niektórych funkcji ciała spowodowana udarem jest nieprzyjemnym i trudnym do opanowania uczuciem. Doświadczony **opiekun może pomóc osobie poradzić sobie z codziennymi czynnościami**. Pomoże to poprawić rehabilitację pacjenta, a z pewnością wywołać uśmiech na jego twarzy. Według terapeutów to właśnie uśmiech na twarzy, pomimo przebytego udaru, ułatwia rehabilitację.

Osoby po udarze wymagają ciągłej rehabilitacji. Niektóre procedury i czynności związane z opieką są oczywiście uniwersalne i mogą być wykonywane przez opiekuna w domu. Opieka nad osobą po udarze mózgu obejmuje zarówno ćwiczenia fizyczne i umysłowe, które pomogą pacjentowi szybciej dojść do siebie.



Zalecane ćwiczenia ruchowe po udarze – uniwersalne:

- Delikatnie zginanie głowy i stawów
- Skręcanie kończyn w stawach
- Rozciąganie kończyn
- Prostowanie i gięcie
- Delikatne ruchy obrotowe stawów
- Zmiana pozycji ciała
- Siedzenie na łóżku z opuszczonymi nogami

Pierwsze kroki należy zawsze podejmować w obecności fizjoterapeuty.

Problemy po udarze z mówieniem i pisaniem

Wielu pacjentów po udarze ma problemy z mówieniem i rozumieniem innych ludzi. Jest to spowodowane uszkodzeniem mózgu podczas udaru. Członkowie rodziny i opiekun chorego muszą pomóc mu w komunikacji. Jednym z rozwiązań ułatwiających komunikację jest **przygotowanie stołu z literami**, na które chory może wskazywać, a inni mogą odczytać. Litery można również wykorzystywać aby pacjent je literował.

Pisanie zdrową ręką też może pomóc, nawet jeśli początkowo pismo nie jest czytelne. Zwykle pisanie nie wydaje się problemem, natomiast dla osób po udarze może to być spore wyzwanie, które jednocześnie pomaga stymulować mózg. **Wymaga ono koordynacji ręka-oko i prawidłowej funkcji motorycznej**, często traconej u pacjentów po udarze. Zachęcanie osoby do nauczania się korzystania ze zdrowej strony ciała może być bardzo ważne w przywracaniu jej prawidłowych funkcji motorycznych. Opieka nad osobą po udarze mózgu wymaga pamiętania o tym, by **zachęcać pacjenta do podjęcia wysiłku i spróbowania sił w zajęciach stymulujących mózg**. I tak, krzyżówki, szarady, łamigłówki, rebusy czy wszelkie zabawy słowne są bardzo wskazane. Logopeda może również pomóc w uczeniu pacjenta wydobywania dźwięków, sylab, a wreszcie słów.

ODLEŻYNY

Odleżyna jest owrzodzeniem spowodowanym przez ucisk, które rozwija się u osób długotrwale leżących w wyniku przewlekłego ucisku lub tarcia skóry. Najczęstszym miejscem występowania są okolice kości krzyżowej, pośladki lub pięty u pacjentów unieruchomionych (chorzy z porażeniami, zaburzeniami czuciowymi, po urazach). Inne częste okolice występowania odleżyn to łokieć, kolana i okolice kostek. Do powstania odleżyn może dojść także pod opatrunkiem gipsowym. Szczególnie u dzieci ich rozwój może nastąpić bardzo szybko, bo już w ciągu kilku dni od założenia opatrunku gipsowego. Istotą procesu chorobowego w przypadku odleżyn jest martwica niedokrwiennej skóry i niekiedy tkanek leżących głębiej.

Ryzyko pojawienia się odleżyn wzrasta u pacjentów niewłaściwie pielęgnowanych, z zaburzeniami czucia i ruchomości, niskim ciśnieniem tętniczym, nietrzymaniem moczu i stolca, a także w przypadku złamań i zaburzeń stanu odżywienia.

Odleżyny szczególnie często występują u chorych przebywających w domu lub zakładzie opiekuńczo-leczniczym – u 7–23%, na oddziałach neurologicznych – u 12%, na oddziałach rehabilitacyjnych – u 6% oraz u 14–25% chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową.

Klasyfikacja odleżyn

Odleżyny w zależności od zaawansowania zmian można podzielić na stopnie. Im wyższy stopień, tym większe uszkodzenie tkanek i trudniejsze leczenie.

Podział kliniczny odleżyn (wg Torrance'a):

1. stopień I: **blednące zaczerwienienie** – reaktywne przekrwienie i zaczerwienienie w odpowiedzi na uraz. Po uciśnięciu palcem skóra blednie, co oznacza, że mikrokrażenie jest jeszcze nieuszkodzone.
2. stopień II: **nieblednące zaczerwienienie** – rumień utrzymujący się po ustaniu ucisku wskazuje na uszkodzenie mikrokrażenia, zapalenie i obrzęk tkanek. Mogą się pojawić: powierzchniowy obrzęk, uszkodzenia naskórka i pęcherze.
3. stopień III: **owrzodzenie** – uszkodzenie pełnej grubości skóry (naskórek i skóra właściwa) do granicy z tkanką podskórną. Brzegi rany są otoczone obrzękiem i rumieniem. Dno rany jest wypełnione czerwoną ziarniną (tkanką powstającą podczas gojenia ran) lub żółtymi masami rozpadających się tkanek.
4. stopień IV: **uszkodzenie obejmuje również tkankę podskórną do granicy z powięzią**. Martwica tkanki tłuszczowej jest spowodowana zapaleniem i zakrzepicą małych naczyń krwionośnych. Brzeg odleżyny jest zwykle dobrze odgraniczony, lecz martwica może także obejmować tkanki otaczające. Dno może być pokryte brunatnoczarną martwicą.
5. stopień V: **zaawansowana martwica przekracza powięź i obejmuje mięśnie, niekiedy też ścięgna, stawy i kości**. Występują jamy, które mogą być ze sobą połączone. W ranie są rozpadające się masy tkanek i czarnobrunatna martwica.

Odleżyny, tak jak inne rany, mogą ulegać wtórnym zakażeniom bakteryjnym i wtedy pokrywają się zielonożółtą ropną wydzieliną, z towarzyszącym zaczerwienieniem wokół rany i niekiedy przykrym zapachem.

Objawy odleżyn

Stwierdzenie nieblednącego przy ucisku rumienia w miejscach ucisku u pacjenta leżącego/unieruchomionego jest wskazaniem do wdrożenia profilaktyki obejmującej zmianę ułożenia pacjenta (co 2 godz. lub nawet częściej) oraz masaż tych okolic w czasie zmiany pozycji, a także stosowanie materaców przeciwoleżynowych, które składają się z oddzielnych sekcji na zmianę automatycznie wypełnianych powietrzem, przez co stały ucisk na skórę pacjenta leżącego jest zastępowany uciskiem zmiennym. Materace i poduszki przeciwoleżynowe są dofinansowywane przez NFZ u pacjentów leżących kwalifikujących się do takiej profilaktyki (www.pfron.org.pl). W przypadku rozwoju owrzodzenia wskazana jest konsultacja lekarska i odpowiednie leczenie. Pojawienie się bolesności wokół rany z towarzyszącą **gorączką** i dreszczami może wskazywać na zapalenie tkanki podskórnej i jest wskazaniem do pilnej konsultacji.

Leczenie odleżyn

Leczenie odleżyn jest często trudne i długotrwałe, dlatego należy bardzo skrupulatnie przestrzegać zaleceń lekarza dotyczących pielęgnacji i higieny odleżyny i jej okolicy. Obecnie dostępnych jest wiele gotowych opatrunków, które są przeznaczone do leczenia odleżyn, każdy materiał ma swoją specyfikę i określone działanie, dzięki czemu jest skuteczny w leczeniu odleżyn o konkretnym stopniu zaawansowania.

Leczenie odleżyn zależy od ich stopnia zaawansowania.

- **Stopień I** – należy pilnie odciążyć uciśnięte miejsce, zastosować odpowiednią higienę skóry i obserwować. Stosuje się błony poliuretanowe – cienkie, elastyczne, przeźroczyste opatrunki, chroniące skórę narażoną na ucisk przez zmniejszanie siły tarcia. Strona wewnętrzna błony przylega do skóry. Struktura błony pozwala na parowanie z powierzchni skóry, nie przepuszcza natomiast wody i zanieczyszczeń z zewnątrz. Może pozostawać na miejscu nawet do 10 dni.
- **Stopień II** – poza niezwłocznym odciążeniem miejsca uszkodzenia pokrywa się odleżyny supercienkim opatrunkiem hydrokoloidowym, który pochłania wydzielinę, może pozostawać na odleżynie przez dłuższy czas i tworzy wilgotne środowisko korzystne dla zachodzących procesów gojenia.

- **Stopień III** – odleżyna zwykle wymaga usunięcia martwicy. Jeśli nie ma wyraźnego jej odgraniczenia od zdrowych tkanek, początkowo stosuje się hydrokoloidy lub hydrozele, a później przeprowadza się oczyszczenie chirurgiczne.
- **Odleżyny stopnia IV i V** leczy się operacyjnie. Leczenie zachowawcze (nieoperacyjne) prowadzi się, jeśli chory nie kwalifikuje się do zabiegu operacyjnego, a także jako przygotowanie do operacji – do czasu pokrycia dna owrzodzenia ziarniną (tkanką powstającą podczas gojenia).

Wyleczenie odleżyny jest możliwe, zwłaszcza w stopniu I i II, jeśli dojdzie do ustąpienia ucisku. Szczególnie niebezpiecznym powikłaniem odleżyn, szczególnie III i IV stopnia, jest zapalenie szpiku i kości, które wiąże się z rozwojem sepsy i dużą śmiertelnością.

W przypadku zaleczonych odleżyn wskazane jest wdrożenie elementów profilaktyczno-terapeutycznych zapobiegających wystąpieniu kolejnych owrzodzeń. Zastosowanie odpowiednich **materaców przeciwoleżynowych**, częsta zmiana pozycji ciała, odpowiednia pielęgnacja skóry, a przede wszystkim leczenie chorób przyczynowych i szybkie uruchamianie pacjentów stanowią istotny element zapobiegający rozwojowi odleżyn.

Zapobieganie powstawaniu odleżyn

Profilaktyka to szereg działań, zabiegów i stosowanie sprzętu, mających zmniejszyć wpływ szkodliwych czynników i ryzyko powstania odleżyn. Po powstaniu rany dalsze stosowanie metod profilaktyki jest niezbędne do poprawy warunków gojenia.

Postępowanie ogólne obejmuje:

- dbałość o stan ogólny i stan odżywienia pacjenta,
- edukację i w miarę możliwości zwiększanie aktywności chorego,
- u chorych całkowicie niesamodzielnych – regularną zmianę pozycji, stabilizację pozycji chorego za pomocą odpowiednich podpórek i wałków, zapewnienie dostępu powietrza do skóry, ochrona przed nietrzymaniem moczu i stolca,
- stosowanie delikatnej bawełnianej bielizny pościelowej i osobistej.

Na miejsca szczególnie narażone na ucisk można stosować opatrunki poliuretanowe.

Bardzo ważne jest stosowanie materaców i poduszek przeciwoleżynowych. Szczególnie przydatne są dynamiczne materace zmiennociśnieniowe, których działanie polega na tym, że odrębne komory materaca są naprzemiennie wypełniane powietrzem z kompresora. Powoduje to cykliczne zmniejszenie ucisku, co poprawia ukrwienie obszarów skóry niestykających się aktualnie z materacem. Popularność zyskują materace zmiennociśnieniowe z regulowanym w czasie niewielkim (do 20°) przechyłem bocznym lub regulowanym jedno- lub obustronnym obrotem pacjenta do 30°.

W poduszkach przeciwoleżynowych zmiany ciśnienia uzyskuje się za pomocą kompresora lub ręcznej pompki, mogą być one wyposażone w funkcję pamięci kształtu.



CHOROBA PARKINSONA

Choroba Parkinsona jest jedną z częstszych chorób zwyrodnieniowych układu nerwowego. Dotyka zwykle ludzi po 50. lub 60. roku życia, a częstotliwość jej występowania wzrasta wraz z wiekiem. Zmiany polegają na postępującym ubytku komórek nerwowych istoty czarnej mózgowia. Prowadzi to do narastającej niesprawności. W największym stopniu upośledzone są czynności precyzyjne – choremu coraz większą trudność sprawia np. pisanie, zapinanie guzików, utrzymanie sztućców i spożywanie posiłków. Stosowane jest leczenie objawowe (np. preparaty L-DOPY), które pozwala skutecznie kontrolować objawy choroby i przez dłuższy czas umożliwia choremu zachowanie sprawności ruchowej i lepsze funkcjonowanie w życiu codziennym.

Objawy choroby Parkinsona to:

- sztywność i wzmożone napięcie mięśniowe (charakterystyczna przygarbiona i po-chylona do przodu sylwetka, z niewielkim ugięciem kończyn, skłonność do upadków),
- drżenie spoczynkowe (wykonywany kciukiem i palcem wskazującym ruch „kręcenia pigułki”, nasilenie drżenia pod wpływem emocji, zanikanie – podczas wykonywania ruchów dowolnych oraz snu)
- zaburzenia stabilności postawy ciała,
- spowolnienie ruchowe (maskowata twarz, chód drobnymi kroczkami, trudności w rozpoczęciu czynności zależnych od naszej woli, np. wstanie z krzesła),
- zaburzenia mowy (mowa monotonna, ściszona, niewyraźna),
- objawy wegetatywne (łojotok twarzy, ślinotok, potliwość, zaparcia, zaburzenia kontroli czynności fizjologicznych, np. nietrzymanie moczu),
- zaburzenia funkcji poznawczych (pogorszenie pamięci, spowolnienie myślenia, ograniczenie spontaniczności w myśleniu i działaniu),
- objawy psychiatryczne (niestabilność nastroju, apatia). Stosowane jest leczenie objawowe (np. preparaty L-DOPY), które pozwala skutecznie kontrolować objawy choroby i przez dłuższy czas umożliwia choremu zachowanie sprawności ruchowej i lepsze funkcjonowanie w życiu codziennym



Choroba Parkinsona – opieka nad chorym

Diagnoza choroby Parkinsona często jest wstrząsem dla chorego i jego rodziny. Pacjenci i ich bliscy boją się niedołęstwa, do którego prowadzi. Niezwykle ważna w leczeniu tego schorzenia jest nie tylko farmakologia, która jedynie spowalnia postęp choroby, ale także prawidłowa opieka nad chorym ze strony rodziny czy opiekuna. Pacjent zwłaszcza w późniejszym stadium choroby wymaga całodobowej opieki.

Choroba ta dotyka nie tylko samego chorego, ale i jego bliskich, którzy często potrzebują psychoterapii. W wielu przypadkach rodzina nie może poradzić sobie sama z opieką nad pacjentem z chorobą Parkinsona i potrzebuje wsparcia w postaci opiekuna. Często także sytuacja rodzinna wymaga umieszczenia chorego w ośrodku, w którym otrzyma profesjonalną opiekę. Dzieje się tak dlatego, że opieki tego typu nie da się połączyć z pracą. W takim przypadku dobrym rozwiązaniem jest zatrudnienie opiekuna.

Prawidłowa opieka nad chorym, organizowanie mu zajęć, ćwiczenie z nim czy w końcu odpowiednie przygotowanie domu pacjenta są niezmiernie ważne, ale zawsze należy pamiętać, że najistotniejsze jest pozytywne nastawienie rodziny, opiekuna oraz samego chorego. Okazywanie podopiecznemu wsparcia emocjonalnego czy zwykły uśmiech są często ważniejsze niż inne aspekty opieki. Jedną z najważniejszych kwestii są ćwiczenia, które powinno się wykonywać przy drżeniu spoczynkowym. Tego typu ćwiczenia pozwalają na pozbycie się tego uciążliwego objawu na czas ich trwania. Oczywiście ich rodzaj i intensywność powinny być dostosowane do potrzeb konkretnego chorego i możliwości fizycznych oraz psychicznych. Jeśli chory nie porusza się samodzielnie, niektóre ćwiczenia może wykonywać w łóżku. Chory powinien wykonywać ćwiczenia regularnie oraz spacerować, jeśli oczywiście jest w stanie.

Choremu należy także organizować różne zajęcia, w tym te zręcznościowe i logiczne. Mogą to być zajęcia domowe, czyli np. porządki oraz zakupy, gry, wspólne czytanie czy oglądanie programów telewizyjnych, a także słuchanie muzyki, która kojąco wpływa na wielu chorych. Bardzo ważne jest to, by nie wyręczać chorego we wszystkich domowych obowiązkach – jeśli wykonuje je bez problemów i z ochotą, to nie powinno się mu tego zabraniać. Poza tym dzięki temu, że coś robi, czuje się potrzebny i bardziej samodzielny. Wszelkie aktywności domowe to także ćwiczenia fizyczne. Oprócz ćwiczeń fizycznych należy wykonywać z chorym ćwiczenia pamięci, które są pomocne w amnezji dotyczącej chorego. Pacjent zapomina imiona, nazwy przedmiotów i inne rzeczy, dlatego warto jak najczęściej przywoływać wspomnienia. Pomocne mogą być także gry logiczne takie jak szachy oraz obsługa komputera.

Istotne jest również ćwiczenie mowy, gdyż z czasem staje się ona mniej zrozumiała, a nawet bełkotliwa. Dobrym sposobem jest czytanie i opowiadanie choremu oraz wspólne powtarzanie wyrazów, a także zwykła rozmowa.

Choremu na Parkinsona należy zapewnić odpowiednią ilość spokojnego snu i odpoczynku. Bezsenność czy inne problemy ze snem powodują, że chory jest zmęczony i drażliwy.

Jeśli chory na chorobę Parkinsona mieszka w domu, a nie w ośrodku, to trzeba go odpowiednio przystosować do jego potrzeb. Najważniejsze jest to, by nie miał utrudnionego swobodnego poruszania się po pomieszczeniach. Chodzi to o usunięcie wszelkich przeszkód takich jak dywany, chodniki, wystające elementy, wysokie progi itp. Jeśli podłogi są stosunkowo śliskie, to chory powinien chodzić w podgumowanych pantoflach. Oczywiście bardzo ważne jest odpowiednie wyposażenie kluczowych pomieszczeń, czyli łazienki, toalety i kuchni. W łazience wanna/brodzik powinny znajdować się nisko, by wejście do nich nie stanowiło problemu. Poza tym konieczne jest umieszczenie w środku maty antypoślizgowej oraz uchwytów ułatwiających korzystanie i zabezpieczających przed upadkiem. Takie uchwyty powinny znajdować się także w toalecie i wszędzie tam, gdzie są potrzebne. Dostęp do rzeczy, z których chory korzysta powinien być łatwy. Nie powinno się ich umieszczać w wysokich szafkach. Wszystkie pomieszczenia powinny być dobrze oświetlone, także w nocy.

Osoba chora powinna mieć także dostęp do tzw. pomocy ortopedycznych, czyli laski, kuli i balkonika, które ułatwiają poruszanie się.

Opieka w domu nie jest łatwa, ale jeśli dom czy mieszkanie będą odpowiednio przystosowane, to chory będzie czuł się i poruszał lepiej.

CHOROBY NOWOTWOROWE

Choroby nowotworowe u seniorów rozwijają się zazwyczaj wolniej, ale są tak samo groźne. Poza tym, im jesteśmy starsi, tym większe zagrożenie chorobami nowotworowymi. Według statystyk medycznych osoby powyżej 65. roku życia stanowią ok. 60% chorych na nowotwory w Europie oraz w Ameryce Północnej, a w czasie najbliższych 30 lat liczba ta najprawdopodobniej wzrośnie o 10%.

Choroby nowotworowe u seniorów są częściej diagnozowane niż w młodszej populacji – statystyki są nieubłagane – ryzyko zachorowania na chorobę nowotworową gwałtownie wzrasta po 65. roku życia. U osób w wieku 70-75 lat nowotwory rozpoznaje się 100 razy częściej niż u osób dwudziestoletnich. Choroby nowotworowe u seniorów rozwijają się wolniej niż u osób młodych, ale nie oznacza to, że są mniej groźne. Większość chorób nowotworowych rozwija się przez kilka lub kilkanaście lat nie dając żadnych objawów. Ale problemem jest i to, że złe samopoczucie pojawiające się u seniora często jest kojarzone z chorobami przewlekłymi, na które cierpi. Poza tym, chociaż większość lekarzy wie, że podeszły wiek sprzyja tej grupie chorób, starszym pacjentom nazbyt często odmawia się skierowań na badania przesiewowe np. cytologię. Zdarza się to kobietom, które w przeszłości miały usuniętą macicę.

Najczęstsze nowotwory u seniorów

Do najczęściej rozpoznawanych u seniorów nowotworów należą:

1. **Rak płuca** – ok. 30% chorych stanowią osoby powyżej 60. roku życia, najczęściej rozpoznawany w wieku 60-70 lat
2. **Rak sutka u kobiet** – wzrost zachorowań po 50. roku życia, czterokrotnie częściej rozpoznawany w wieku 60-79 lat
3. **Rak żołądka, rak trzustki, rak jelit (głównie jelita grubego)** – gwałtowny wzrost zachorowań po 80. roku życia
4. **Rak gruczołu krokowego** – stwierdzany u co czwartego mężczyzny po 70. roku życia
5. **Rak nerki, rak pęcherza moczowego** – wzrost zachorowań po 60. roku życia, częściej u mężczyzn
6. **Rak narządów rodnych u kobiet (rak macicy, rak jajników, rak sromu)** – wzrost zachorowań po 50. roku życia
7. **Szpiczak mnogi (plasmocytoma)** najczęściej rozpoznawalny po 50 roku życia
8. **Przewlekła białaczka limfocytowa** – rozwija się zazwyczaj u osób po 60. roku życia

U seniorów znacznie częściej występują też **nowotwory skóry**, z wyjątkiem **czerniaka**.



Nowotwory u seniorów – objawy

Objawy kliniczne chorób nowotworowych u seniorów, podobnie jak innych schorzeń, nie różnią się od tych występujących u osób młodszych, inna jednak jest ich ekspresja. Często przebieg dolegliwości jest „niepełnoobrazowy”, zwłaszcza gdy występuje wielochorobowość i **polipragmazja**, powodując wzajemne nakładanie się objawów.

Charakterystyczną cechą w wieku podeszłym jest występowanie niewydolności mózgowej, jako jednej z pierwszych reakcji toczących się stanów chorobowych.

Jeżeli u starszej osoby dostrzegamy zmiany w postaci zaburzeń zachowania czy „zmiany charakteru”, **zaburzenia urojeniowe, problemy z pamięcią** czy zaburzenia emocjonalne (np. **obniżenie nastroju**, spadek aktywności), to należy wykluczyć chorobę somatyczną.

Objawem, który może, ale nie musi być objawem choroby jest **nieplanowane chudnięcie**. Może być ono procesem fizjologicznym i mieć związek np. z przebudową mięśni, czyli zmniejszeniem się ilości włókien mięśniowych na rzecz tkanki tłuszczowej.

Profilaktyka nowotworów – jak uniknąć raka

1. W profilaktyce raka duże znaczenie ma zdrowe odżywianie i właściwy tryb życia. Właściwa dieta, aktywność fizyczna, ograniczenie alkoholu i rzucenie palenia pomogą ci uniknąć chorób nowotworowych. Koniecznie korzystaj z badań profilaktycznych – wczesne wykrycie raka zwiększa szanse na wyleczenie
2. Jak uniknąć zachorowania na nowotwory i inne choroby cywilizacyjne
3. Ruszaj się – wystarczy codzienny półgodzinny spacer szybkim krokiem.
4. Unikaj życia w przewlekłym stresie, nie bierz udziału w „wyścigu szczurów”.
5. Nie pal.
6. Ogranicz alkohol.



7. Trzymaj wagę:
 - stosuj na co dzień dietę śródziemnomorską
 - ogranicz do niezbędnego minimum spożywanie tłuszczów i słodczy
 - jedz więcej ryb, owoców i warzyw
 - ogranicz spożywanie mięsa (szczególnie czerwonego mięsa) do kilku razy w tygodniu
 - jedz mniej produktów konserwowanych
 - żywność przechowuj w lodówce zgodnie z terminem przydatności do spożycia.

8.

Opalaj się z umiarem, stosuj kremy z filrami, nie korzystaj z solarium.
9.

Zaszczep się przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby (żółtaczk!).
10.

Chroń się przed przenoszeniem wirusów i bakterii chorobotwórczych.
11.

Staraj się wyleczyć wszystkie stany zapalne w organizmie.
12.

Jeśli w twojej rodzinie występowały nowotwory, przebadaj się w poradni genetycznej.

Profilaktyka raka: badania

Przy każdej wizycie proś swego lekarza o dokładne zbadanie piersi, jąder per rectum oraz o skierowanie na proste **badania** dodatkowe

- morfologię krwi, OB, rozszerzone badania biochemiczne
- zdjęcia rtg klatki piersiowej (koniecznie w dwóch projekcjach: PA + boczne)
- USG jamy brzusznej
- marker PSA u zdrowych mężczyzn powyżej 50. roku życia co 1-2 lata
- test na krew utajoną w kale po 50. roku życia co 1-2 lata
- badanie ginekologiczne – raz w roku.

Wykaż czujność onkologiczną

Korzystaj z bezpłatnych przesiewowych badań profilaktycznych:

- cytologia – u kobiet w wieku 25-59 lat, co 3 lata
- mammografia – u kobiet w wieku 50-69 lat, co 2 lata
- kolonoskopia – wszyscy w wieku 50-65 lat, co 10 lat, oraz osoby w wieku 40-65 lat bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego

Objawy choroby nowotworowej

- powoli powiększające się węzły chłonne
- białawe zabarwienia i zgrubienie błony śluzowej, małe, niebolesne owrzodzenia na wargach i języku
- chrypa, trudności w połykaniu
- kaszel, krwiste odkasztuszanie
- ucisk, brak łaknienia, mięsowstręt, chudnięcie
- biegunka, zaparcia, częste parcie na stolec
- powiększające się znamiona na skórze
- krwisty śluz, krew w kale
- nieregularne krwawienia, krwiste upławy
- krwisty moczu, niezbyt pęcherza
- częste parcie na pęcherz
- stwardnienie, guzek

CHOROBY ZWYRODNIENIOWA STAWÓW

Jakie są przyczyny zwyrodnienia stawów?

Zwyrodnienie stawów występuje głównie u osób starszych, ale młodsze osoby również są narażone na to schorzenie, szczególnie te z określonymi czynnikami ryzyka. Zrozumienie przyczyn zwyrodnienia stawów jest kluczowe dla zapobiegania i leczenia tej choroby.

Wiek to jeden z głównych czynników ryzyka zwyrodnienia stawów. Z upływem lat chrząstka stawowa traci swoje właściwości w tym elastyczność co sprawia, że jest bardziej podatna na uszkodzenia. Zmniejsza się również produkcja płynu stawowego, co prowadząc do dysfunkcji stawu. **Nadmierna masa ciała** wywiera dodatkowe obciążenie na stawy, szczególnie na biodra i kolana, które muszą nieść ciężar ciała. Długotrwałe obciążenie może przyspieszać mechaniczne uszkodzenie chrząstki stawowej, prowadząc do zwyrodnienia.

Czynniki genetyczne odgrywają istotną rolę w predyspozycjach do rozwoju zwyrodnienia stawów. Osoby, które mają rodzinne przypadki choroby zwyrodnieniowej stawów, są bardziej narażone na jej rozwój. Również **urazy** takie jak **złamania, skręcenia** czy **poważne kontuzje sportowe** mogą prowadzić do bezpośrednich uszkodzeń chrząstki stawowej lub zmian w mechanice stawu, co z czasem może prowadzić do wtórnego zwyrodnienia. **Choroby** takie jak **cukrzyca i inne zaburzenia metaboliczne** mogą wpływać na stan stawów poprzez mechanizmy zapalne i uszkodzające.

Osoby wykonujące zawody wymagające **ciężkiej pracy fizycznej, długotrwałego stania lub przyjmowania pozycji wymuszonych**, jak budowlańcy czy sprzedawcy, są narażone na większe ryzyko wystąpienia zwyrodnienia stawów. Powtarzające się ruchy i długotrwałe obciążenie stawów mogą przyspieszać ich zużycie.

Zwyrodnienie stawów - objawy

Zwyrodnienie stawów jest chorobą postępującą, która może wpływać na różne stawy w organizmie człowieka najczęściej jednak dotyka stawów kolanowych, biodrowych stawów rąk, kręgosłupa oraz stóp. . Objawy zwyrodnienia stawów rozwijają się powoli i z czasem nasilają.

Główne objawy, na które warto zwrócić uwagę:

- ból stawów – ból jest najczęstszym objawem zwyrodnienia stawów i zwykle jest pierwszym zauważalnym sygnałem problemu. Może być odczuwany podczas ruchu stawu lub po dłuższym okresie bezczynności. Ból zwykle nasila się w trakcie aktywności fizycznej, a łagodnieje podczas odpoczynku. Może on jednak powrócić w nocy lub podczas zmiany pogody.
- sztywność stawów – sztywność, zwłaszcza po przebudzeniu lub po długim okresie siedzenia, jest kolejnym charakterystycznym objawem zwyrodnienia stawów. Zazwyczaj trwa krótko, około 30 minut, ale może być szczególnie dokuczliwa, ograniczając poranne czynności.
- ograniczenie zakresu ruchomości w stawach – osoby cierpiące na zwyrodnienie stawów często zauważają, że ich zdolność do poruszania stawem jest ograniczona. Może być trudno lub niemożliwe osiągnięcie pełnego zakresu ruchu stawu, co wpływa na codzienne funkcjonowanie, takie jak schylanie się, chodzenie po schodach czy otwieranie słoików.
- trzeszczenie w stawach – znane jako krepitacje, te dźwięki mogą towarzyszyć ruchom w dotkniętym stawie. Mogą być spowodowane tarcieniem różnych struktur anatomicznych w stawach lub okołostawowo
- zniekształcenie obrysu stawu – zaawansowane zwyrodnienie stawów może prowadzić do widocznych zmian w kształcie i konturze stawów. Stawy mogą wydawać się większe lub zniekształcone

Diagnostyka chorób zwyrodnieniowych stawów

Prawidłowa diagnoza chorób zwyrodnieniowych stawów jest kluczowa dla ich skutecznego leczenia Proces diagnostyczny opiera się na i wywiadzie lekarskim badaniu fizykalnego oraz badaniach dodatkowych , w tym obrazowych.

Pierwszym krokiem w diagnozie chorób zwyrodnieniowych stawów jest **szczegółowy wywiad medyczny**. Lekarz zapyta o objawy, ich nasilenie, czas trwania oraz wpływ na codzienne życie pacjenta. Ważne jest również ustalenie historii medycznej pacjenta, w tym wcześniejszych urazów, operacji oraz występowania podobnych objawów w rodzinie. Informacje te pomagają lekarzowi zrozumieć kontekst choroby oraz wykluczyć inne możliwe przyczyny objawów. Podczas **badania fizykalnego** lekarz oceni zakres ruchu stawu, nasilenie bólu przy różnych ruchach, obecność obrzęku czy zniekształceń. Lekarz może także poszukiwać oznak krepitacji (chrupania) w stawie, co jest charakterystyczne dla zwyrodnienia chrząstki stawowej. Badanie to pozwala na ocenę stopnia uszkodzenia stawu oraz wpływu choroby na funkcjonowanie pacjenta.

Badania obrazowe odgrywają kluczową rolę w potwierdzeniu diagnozy zwyrodnienia stawów oraz w ocenie jego zaawansowania.

Najczęściej wykorzystywane metody to:

- Badanie rentgenowskie – jest podstawowym badaniem w diagnozowaniu choroby zwyrodnieniowej stawów. Na zdjęciach RTG można zobaczyć zwężenie przestrzeni stawowej, obecność osteofitów (wyrośli kostnych), geod kostnych (ubytków tkanki kostnej okołostawowej) Rentgen jest pomocny w ocenie stopnia zaawansowania choroby

OSTEOPOROZA

Osteoporoza to choroba, która obniża wytrzymałość kości i w konsekwencji zwiększa ich łamliwość (może je spowodować nawet błądy upadek czy potknięcie). Ujmując to bardziej obrazowo wskutek ubytku masy kostnej i zmian w jej architekturze kości zaczynają przypominać gąbkę.

Osteoporoza jest chorobą, której częstość występowania wzrasta z wiekiem. Najbardziej narażone na nią są osoby po 70. roku życia. Złamania spowodowane osteoporozą niosą ze sobą znaczne ryzyko. Z powodu powikłań aż 20 proc. chorych ze złamaniami kości udowej umiera w ciągu sześciu miesięcy po złamaniu, a ponad 50 proc. w ciągu następnego roku.

Stan kości pogarszają:

- zła dieta w dzieciństwie i młodości, a w szczególności: niewystarczająca ilość wapnia i białka oraz za mało witaminy D, za mało warzyw i owoców
- mało ruchu,
- niektóre leki, zwłaszcza steroidowe.

Dodatkowo rozwój osteoporozy mogą przyspieszyć takie choroby, jak np. nadczynność tarczycy, choroby reumatoidalne, cukrzyca. Ryzyko zachorowania mogą zwiększać także uwarunkowania genetyczne (dziedziczność). Na osteoporozę bardziej narażone są kobiety.

Niedożywienie, zwłaszcza wśród **osób starszych**, jest istotnym czynnikiem ryzyka osteoporozy. Niedobory pokarmowe, takie jak brak odpowiedniej ilości wapnia, białka, magnezu oraz witaminy D i K, mogą prowadzić do osłabienia kości. Wapń jest głównym składnikiem mineralnym kości, natomiast witamina D jest niezbędna do jego wchłaniania i wykorzystania przez organizm. Zaburzenia w produkcji kolagenu (białka) mogą osłabić strukturę kości, sprawiając, że są bardziej podatne na złamania. Niedożywienie może prowadzić do osłabienia a nawet zaniku mięśni, co wpływa na obciążenie kości. Osłabione mięśnie mogą nieprawidłowo obciążać kości, zwiększając ryzyko złamań.

Osoby starsze często cierpią na niedożywienie z powodu zmniejszonego apetytu, wielochorobowości, problemów stomatologicznych, ograniczeń finansowych. Z wiekiem **apetyt** może się zmniejszać, co prowadzi do mniejszego spożycia energii i składników odżywczych. Choroby takie jak cukrzyca, choroby układu krążenia czy nowotwory mogą wpływać na stan odżywienia. Problemy stomatologiczne mogą utrudniać spożywanie twardych i bogatych w składniki odżywcze pokarmów, a niskie dochody mogą ograniczać dostęp do zdrowej, zrównoważonej diety. Długotrwałe niedożywienie może znacząco wpłynąć na rozwój osteoporozy.

Regularna **aktywność fizyczna**, zwłaszcza ćwiczenia obciążające (np. chodzenie, bieganie), jest kluczowa w zapobieganiu osteoporozie, ponieważ stymuluje kości do utrzymania gęstości mineralnej.

W profilaktyce osteoporozy ważne jest:

- zwiększenie aktywności fizycznej,
- zaprzestanie palenia,
- ograniczenie spożycia alkoholu,
- dieta dostarczająca odpowiedniej ilości białka, wapnia oraz witaminy D.

W leczeniu osteoporozy ważna jest również suplementacja wapnia i witaminy D. Osoby starsze powinny dążyć do spożywania pokarmów bogatych w wapń (np. mleko, jogurty, sery, warzywa liściaste) oraz witaminę D (np. tłuste ryby, jaja, produkty wzbogacane). W przypadku suplementacji wapnia wartość sięgać po formy organiczne, takie jak sole kwasów glukonowego, cytrynowego czy mlekowego, które charakteryzują się lepszą biodostępnością i dają mniej działań niepożądanych w postaci wzdęć, bólów brzucha i dyspepsji.

Istotna jest też **profilaktyka upadków**: dostosowanie otoczenia w celu zmniejszenia ryzyka upadków, co jest szczególnie ważne dla osób starszych, które są bardziej podatne na złamania.

Kluczowe znaczenie ma wczesna diagnoza, profilaktyka oraz odpowiednie leczenie, które może znacznie poprawić jakość życia i zmniejszyć ryzyko poważnych powikłań. Zdrowa dieta, regularna aktywność fizyczna oraz unikanie używek są fundamentem zdrowych kości na każdym etapie życia.

- rezonans magnetyczny (MRI) – MRI jest bardziej szczegółowym badaniem, które pozwala na ocenę zarówno kości, jak i miękkich tkanek, w tym chrząstki, więzadeł i mięśni. Jest szczególnie przydatne w diagnostyce wczesnych stadiów zwyrodnienia, kiedy zmiany nie są jeszcze widoczne na zdjęciach rentgenowskich
- tomografia komputerowa (CT) – choć rzadziej stosowana w diagnozowaniu choroby, może być przydatna w określonych przypadkach, na przykład w ocenie złożonych urazów stawów.
- Badanie sonograficzne – usg stawów – obrazuje tkanki miękkie, chrząstkę stawową, obecność ewentualnego płynu w obrębie stawu, zwapnień okołostawowych. Jest to metoda tania, ogólnie dostępna, uzupełniająca.

Jakie są metody leczenia choroby zwyrodnieniowej stawów?

Leczenie zwyrodnienia stawów wymaga kompleksowego podejścia, które może obejmować modyfikację stylu życia, farmakoterapię, rehabilitację, interwencje chirurgiczne. Cel leczenia to nie tylko łagodzenie bólu, ale również poprawa funkcji stawów i jakości życia pacjenta.

Leki są stosowane w celu zmniejszenia bólu i stanu zapalnego związanego z zwyrodnieniem stawów oraz ochrony chrząstki stawowej. Do najczęściej przepisywanych należą leki przeciwbólowe, niesterydowe leki przeciwzapalne, leki chondroprotektoryjne.

Również proste zmiany w codziennych nawykach mogą pomóc radzić sobie z objawami zwyrodnienia stawów:

- utrzymanie prawidłowej masy ciała – zmniejszenie masy ciała może znacząco obniżyć obciążenie stawów, szczególnie w stawach nośnych, takich jak biodra i kolana
- dieta – dieta bogata w przeciwzapalne składniki, takie jak omega-3, warzywa, owoce i całe ziarna, może pomóc zmniejszyć objawy
- unikanie czynności obciążających stawy- ograniczenie działań, które nadmiernie obciążają stawy, może pomóc w redukcji bólu.

W przypadkach zaawansowanego zwyrodnienia stawów, kiedy inne metody leczenia okazują się nieskuteczne, może być konieczna **operacja**. **Artroskopia** to minimalnie inwazyjna procedura diagnostyczno-lecznicza, podczas której można usunąć uszkodzone tkanki, przerośniętą maziówkę, wykonać tzw. mikrozłamania przyspieszające gojenie, przeprowadzić przeszczep chrząstki stawowej wyhodowanej w laboratorium, podać czynniki wzrostu do stawu. **Osteotomia** to zmiana ustawienia kości w celu zmniejszenia obciążenia uszkodzonej części stawu. **Artroplastyka**, znana również jako wymiana stawu, polega na zastąpieniu uszkodzonego stawu sztucznym implantem.

Podsumowując, zwyrodnienie stawów to choroba, która może znacząco wpływać na komfort życia, jednak dzięki nowoczesnym metodom diagnostycznym, leczeniu i rehabilitacji, pacjenci mogą znaleźć ulgę w objawach i poprawić swoją ruchomość. Kluczem jest wczesna diagnoza i zastosowanie odpowiedniego planu leczenia, dostosowanego do indywidualnych potrzeb każdego pacjenta.

Wczesna diagnostyka, szybkie podjęcie wielokierunkowego postępowania, leczenia i rehabilitacji może znacząco poprawić jakość życia Pacjenta oraz zapobiegać dalszemu rozwojowi choroby zwyrodnieniowej stawów.



BAZA WIEDZY

Baza instytucji działających na rzecz wsparcia osób niesamodzielnych i ich opiekunów o zasięgu gminnym i powiatowym.

WAŻNE !!! Gdzie i kiedy można ubiegać się o orzeczenie dla osoby niepełnosprawnej

W przypadku kiedy osoba wymaga opieki na skutek choroby, uległa wypadkowi i nie posiada żadnego orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia) albo o stopniu niepełnosprawności (osoby powyżej 16 roku życia) wówczas można ubiegać się o wydanie orzeczenia w następujących instytucjach :

- Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Tarnowie , ul. Urszulańska 19 33-100 Tarnów (druki do pobrania są dostępne na stronie internetowej PCPR lub można pobrać w siedzibie OPS w Tuchowie)

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych - jeżeli osoba pobiera świadczenie emerytalne lub rentowe z ZUS (druki o wydanie orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji do pobrania na stronie ZUS, w siedzibie ZUS, lub można je pobrać w siedzibie OPS w Tuchowie)

- Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego - jeżeli osoba pobiera świadczenie emerytalne lub rentowe z KRUS (druki o wydanie orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji do pobrania na stronie KRUS, w siedzibie KRUS, lub można je pobrać w siedzibie OPS w Tuchowie).

Pomoc Społeczna

Centrum Wsparcia Opiekunów

ul. Jana Pawła II 4, 33-170 Tuchów
Biuro projektu: pok.112
14 652 54 89, 14 651 01 69
sekretariat@ops.tuchow.pl
Adres do e-doręczeń: AE:PL-13165-73096-ARTDU-35
Adres ePUAP: opstuchow
www.ops.tuchow.pl

Ośrodek Pomocy Społecznej w Tuchowie

ul. Jana Pawła II 4, 33-170 Tuchów
14 652 54 89, 14 651 01 69
sekretariat@ops.tuchow.pl
Adres do e-doręczeń: AE:PL-13165-73096-ARTDU-35
Adres ePUAP: opstuchow
www.ops.tuchow.pl

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

ul. Urszulańska 19, 33-100 Tarnów
14 6215683

Opieka Zdrowotna

Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o.

ul. Szpitalna 1, 33-170 Tuchów
Rejestracja
14 653 52 02
14 653 52 95
kontakt@czt.com.pl

Poradnia Lekarza POZ

Jodłówka Tuchowska 75, Jodłówka Tuchowska
14 652 68 29

Rehabilitacja

Baza instytucji działających na rzecz wsparcia.

BAZA WIEDZY

ul Mickiewicza 36, 33-170 Tuchów
14 652 55 03

Centrum Zdrowia Psychicznego

Punkt Koordynacyjno- Zgłoszeniowy
14 691 95 78
14 654 06 10
ul. Rynek 22, Tuchów 33-170
czptuchow@czt.net.pl
PZP Tuchów 14 6919578

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Siedliskach

Siedliska 133, 33-172 Siedliska
14 627 20 09
kontakt@czt.com.pl

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siedliskach

Siedliska 231A, 33-172 Siedliska
14 652 72 00, 14 687 82 00
inmed@op.pl

Centrum Medyczne Kol-Med Spółka z o.o. Przychodnia w Tuchowie

ul. Mickiewicza 28, 33-170 Tuchów
14 652 54 90
tuchow@kolmed.tarnow.pl.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Salubris Spółka z o.o.

ul. Zielona 15, 33-170 Tuchów
14 690 70 07
tuchow@e-salubris.pl

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Eskulap Spółka Partnerska Lekarzy w Tuchowie

ul. Kazimierza Wielkiego 12, 33-170 Tuchów
14 653 54 60
eskulap.tuchow@gmail.com

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Oka w Tuchowie

os. Centrum 6/10, 33-170 Tuchów
14 652 32 33
www.centrumoka.pl

Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza SPZOZ

ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów
14 63150 00

Specjalistyczny Szpital im. Edwarda Szczeklika

ul. Szpitalna 13, 33-100 Tarnów
14 631 01 00
Polityka społeczna

Polityka Społeczna

Dom Pogodnej Jesieni w Tuchowie

ul. św. Józefa 9, 33-170 Tuchów dla osób przewlekłe somatycznie chorych,
prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr
Św. Józefa Prowincja Tarnowska z siedzibą w Tarnowie, ul. Mościckiego 34
14 652 54 59
kancelaria@dpjtuchow.pl

ORGANIZACJA OPIEKI

Praktyczne porady informacyjno-doradcze ułatwiające pielęgnację i opiekę nad osobami niesamodzielnymi

Żywnienie seniorów

ŻYWIENIE SENIORÓW – DIETA W WYBRANYCH SCHORZENIACH

U osób starszych zmniejsza się wydzielanie soków trawiennych w żołądku i perystaltyka jelit, pogorszeniu ulega też zdolność wchłaniania składników pokarmowych przez jelita. Dieta osób starszych powinna obfitować w błonnik (o ile nie ma przeciwwskazań), który poprawi perystaltykę jelit, a także w dużą ilość witamin i soli mineralnych, dlatego też zaleca się podawanie warzyw i owoców. Jednak zmniejszenie kwasu w żołądku powoduje, że seniorzy nie powinni jeść rzeczy surowych, które, zalegając w żołądku i jelitach, powodują fermentację, w następstwie czego podopieczny cierpi na wzdęcia i kolki. Najlepszym sposobem przygotowywania potraw jest gotowanie na parze lub pieczenie. Jedzenie powinno być lekkostrawne, niezbyt kaloryczne, obfitujące w białko z mleka, pół-tłustego sera i jajek, najlepiej gotowanych na miękko. Zalecane jest też pieczywo gruboziarniste, jednak nie każdy senior może je spożywać ze względu na wzdęcia czasami występujące po jego zjedzeniu.



Metody karmienia: doustne, dożołądkowo

Rodzaje diet: ze względu na choroby: cukrzycowa, hypocholesterolowa itd. (wg wskazań lekarza), ze względu na konsystencję: niemieniona, mielona, papkowata.

Karmienie doustne zasady:

- Przestrzegaj zaleceń lekarskich dotyczących rodzaju diety i kaloryczności posiłków.
- Zadbaj, aby dieta była bogatoresztkowa (zapobiega zaparciom), bogata w błonnik (owoce, warzywa, płatki owsiane, produkty z ziaren z pełnego przemiału), płyny (minimum 25ml/kg m.c./dobę), witaminy i mikroelementy.
- Liczba posiłków: 5/dobę, podawane regularnie, różnorodne. Ostatni posiłek 2 godziny przed snem – lekkostrawny (u osób z cukrzycą między 20.00 a 22.00). Podane estetycznie. Wskazane spożywanie wraz z innymi osobami
- Podopieczny powinien pomagać przy przygotowywaniu jedzenia oraz w wyborze produktów do konsumpcji.
- Posiłki powinny być spożywane przy stole. Jeśli to niemożliwe, przy stoliku przyłóżkowym.
- Podopieczny powinien wygodnie siedzieć, lekko pochylony do przodu, przedramiona oparte na stole, łokcie rozstawione na zewnątrz.

Dom Pomocy Społecznej w Karwodrzy

116, 33-170 Tuchów dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
14 652 55 62, 14 652 45 55
dps@dpskarwodrza.pl

Dom Pomocy Społecznej w Nowodworzu

64, 33-112 Tarnowiec dla osób przewlekle psychicznie chorych
14 679 53 12
dps@dpsnowodworze.pl

Dom Pomocy Społecznej w Sieradzy

208, 33-240 Żabno dla osób przewlekle psychicznie chorych
14 645-61-05, 645-69-42
administracja@dpssieradza.pl

Dom Pomocy Społecznej w Stróżach 1

32-840 Zakliczyn dla osób przewlekle psychicznie chorych
fax 14-66-55-048 tel.14-66-55-277
sekretariat@dpsstroze.pl

Dom Pomocy Społecznej w Wietrzychowicach 9 dla osób przewlekle somatycznie chorych

33- 270 Wietrzychowice
14 641 80 88
administracja@dpswietrzychowice.pl

Dom Pogodnej Jesieni w Zakliczynie

dla osób przewlekle somatycznie chorych prowadzony przez
Samarytańskie Towarzystwo im. Jana Pawła II w Zakliczynie
ul. Grabina 11, 33-840 Zakliczyn
14 66-53-631, 14 66-52-631
samarytanie@samarytanie.org.pl

Dom Pomocy Społecznej w Jadownikach Mokrych 340, 33-271 Jadowniki Mokre

dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
prowadzonego przez Caritas Diecezji Tarnowskiej z siedzibą w Tarnowie, ul. Legionów 30
14 644 13 03
14 641 74 80
jadowniki@caritas.pl

Środowiskowy Dom Samopomocy w Karwodrzy

fax: 14 651 32 87
sds@sdskarwodrza.pl

Organizacje pozarządowe

Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych Nadzieja w Tuchowie
ul. Wysoka 1, 33-170 Tuchów
14 652 65 77
nadzieja.tuchow@poczta.fm
Fundacja Dzieło Miłosierdzia Im. Św. Ks. Zygmunta Gorazdowskiego
ul. Św. Józefa 9, 33-170 Tuchów
14 652-54-59
fundacja@dpjtuchow.pl

- Przy zaburzeniach równowagi – podparcie również z boku.
- Przy zsuwaniu się – podparta okolica łędźwiowa kręgosłupa, poduszeczka między stołem a podopiecznym. Natomiast w łóżku podparte stopy.
- Potrawy dostosowane do możliwości rozdrabniania przez podopiecznego. Przy problemach z gryzieniem rozdrobnij pokarm – pokrój np. schab na małe kawałki, potnij makaron, sałatę, fasolkę itp.
- Ostrożnie podawaj produkty obłe i śliskie – ryzyko zachłyśnięcia, np. pierogi czy kopytka podziel na małe kawałki.
- Nie podawaj produktów sypkich, drobnych, np. makaron z serem – bardzo duże ryzyko zachłyśnięcia.
- Pokarm umieszczamy po stronie zdrowej.
- Nie popędzaj podopiecznego, by szybciej jadł. Jeśli pokarm wystygnie, podgrzej go
- Podczas jedzenia podawaj picie – podopieczny może mieć poczucie suchości w jamie ustnej. U osób z niedoborem wydzielania śliny przed jedzeniem umyj jamę ustną.
- Stosuj sztucze z pogrubioną lub przedłużoną rączką. Wskazane talerze melaminowe (nie tłuką się), z podgumowaną podstawą (trudniej je przesunąć).
- Do picia zastosuj pojniki, kubki ze słomką, trzymacze do kubków.
- Pozwól podopiecznemu, który nie może korzystać ze sztuców, jeść za pomocą rąk – podawaj owoce, warzywa, kanapki itp.
- Zabezpiecz ubranie podopiecznego serwetą (najlepsze z kieszonką).
- Zabezpiecz również otoczenie przed zabrudzeniem – np. ręcznikiem jednorazowym lub podkładką.
- Przed posiłkiem i po nim należy umyć ręce. Po posiłku umyć też jamę ustną lub podaj gumę do żucia.
- Jeśli karmisz podopiecznego, napełniaj łyżkę do 2/3 objętości. Nie wkładaj jej głęboko do ust, bo wiąże się to z ryzykiem wywołania wymiotów. Przy wyjmowaniu Gdy podopieczny nie chce otworzyć ust, nie krzycz, nie pchaj na siłę – dotknij delikatnie ust czubkiem łyżki lub obwiedź łyżką dookoła. Można również delikatnie nacisnąć palcem wskazującym na brodę
- Przyczyną niechęci do jedzenia mogą być rany spowodowane zmianami zapalnymi w jamie ustnej lub niedopasowaną czy uszkodzoną protezą.
- Przy wzdęciach – podawaj herbatki z anyżem lub koprem włoskim, przygotuj ciepły okład na brzuch.
- Przy czkawce – podaj napój do picia (unikaj zimnych napojów).
- Przy wymiotach – na początku podawaj tylko napoje (wskazana ciemna herbata), następnie powoli rozszerz dietę. Wskazana kontrola ciśnienia. Gdy wymioty są uporczywe, zawiadom lekarza.
- Przy biegunkach – ścisła dieta, słaba czarna herbata, marchwianka, kleik ryżowy. Gdy przedłużają się, powiadom lekarza. W niektórych chorobach dieta jest nie tylko zalecana, ale jest wręcz lekarstwem. U osób starszych zmniejsza się wydzielanie soków trawiennych w żołądku i perystaltyka jelit, pogorszeniu ulega też zdolność wchłaniania składników pokarmowych przez jelita. Dieta osób starszych powinna obfitować w błonnik (o ile nie ma przeciwwskazań), który poprawi perystaltykę jelit, a także w dużą ilość witamin i soli mineralnych, dlatego też zaleca się podawanie warzyw i owoców. Jednak zmniejszenie kwasu w żołądku powoduje, że seniorzy nie powinni jeść rzeczy surowych, które, zalegając w żołądku i jelitach, powodują fermentację, w następstwie czego podopieczny cierpi na wzdęcia i kolki. Najlepszym sposobem przygotowywania potraw jest gotowanie na parze lub pieczenie. Jedzenie powinno być lekkostrawne, niezbyt kaloryczne, obfitujące w białko z mleka, pół-tłustego sera i jajek, najlepiej gotowanych na miękko. Zalecane jest też pieczywo gruboziarniste, jednak nie każdy senior może je spożywać ze względu na wzdęcia czasami występujące po jego zjedzeniu.

Dieta dla osób ze stomią

Stomia nie powoduje ograniczeń w jedzeniu i nie zmusza podopiecznego do stosowania specjalnej diety, ale należy przestrzegać zasad żywienia lekkostrawnego i regularności posiłków. Trzeba dbać, aby posiłki były urozmaicone, nie zawierały produktów wzdymających – jak groch, kapusta, produkty bogate w błonnik. Powinny być bogate w białko ryb i gotowane warzywa. Zaleca się dużo płynów do picia, ok. 2 litrów dziennie. Produkty muszą być świeże, a posiłki przygotowane w taki sposób, aby senior mógł je przeżuć i zjeść.

Dieta żołądkowa przy refluksie – zgadze

Aby zminimalizować dolegliwości związane z refluksiem żołądkowym, z diety cierpiącego na tę przypadłość należy wyeliminować następujące potrawy i produkty:

- tłuste mięsa i drób (wieprzowina, kaczka, gęś),
- tłuste wędliny (baleron, salami, pasztet, salceson, tłusta kiełbasa),
- tłusty nabiał (żółte sery, sery dojrzewające i pleśniowe),
- potrawy smażone, hamburgery, hot-dogi, cheeseburgery, frytki, golonki, kotlety schabowe,
- ogórki, pomidory, cebulę,
- potrawy i sałatki z dodatkiem octu (np. niemiecka mizeria), marynowane grzyby, warzywa i owoce,
- potrawy ostre z dodatkiem pieprzu, curry, chili, soki owocowe z pomarańczy i cytryny, napoje gazowane, które mogą powodować i zwiększać uczucie zgagi, mocną kawę i herbatę, zwłaszcza na czczo,
- napoje alkoholowe są niedozwolone i szkodliwe w przypadku tej choroby.

Dieta przy schorzeniach wątroby

Dla podopiecznego ze schorzeniami wątroby należy zastosować dietę lekkostrawną z ograniczeniem tłuszczów. Jeśli zaobserwujemy, że potrawy, które

spożywa podopieczny, są przez niego źle tolerowane i powodują nasilenie dolegliwości, należy wykluczyć je z jadłospisu. Zalecane jest:

- spożywanie 4-5 małych posiłków dziennie o stałych porach; kolację należy spożyć 2-3 godziny przed snem. Posiłki powinny być jednocześnie smaczne i urozmaicone, aby pobudzić apetyt podopiecznego i dostarczyć organizmowi niezbędne składniki pokarmowe,
- gotowanie w wodzie i na parze, duszenie bez obsmażania na tłuszczu, pieczenie w folii, pergaminie lub rękawie foliowym,
- ograniczenie spożywania produktów tłustych, wzdymających, ostro przyprawionych, roślin strączkowych i kapusty
- unikanie potraw wędzonych, smażonych i pieczonych z dodatkiem tłuszczu,
- unikanie surowych warzyw i owoców,
- unikanie spożywania błonnika. odpowiedniej diety, w której powinniśmy uwzględnić podawanie produktów zawierających niezbędną ilość białka pochodzenia zwierzęcego. Choć do niedawna jedzenie białka przy chorych nerkach było niedozwolone, okazało się jednak, że właśnie dieta białkowa pozwala zregenerować się nerkom. Włączone do diety produkty białkowe powinny być lekkostrawne i łatwo przyswajalne – polecane są twaróg, mleko, jaja, chude gatunki mięsa i drobiu oraz ryby. Należy unikać podawania wędlin, z wyjątkiem gotowanej szynki i polędwicy oraz parówek cielęcych. Zaleca się stosowanie tłuszczów lekkostrawnych – jak masło, śmietana, oliwa i oleje roślinne (np. sojowy i słonecznikowy). Należy zrezygnować z tłustych ryb wędzonych, serów żółtych fermentowanych. Ograniczyć zaś, najlepiej do absolutnego minimum, sól, ostre przyprawy, w tym także pieprz.

Dieta podopiecznego z chorobami krążenia.

Prawidłowa dieta jest jednym z najważniejszych elementów prewencji chorób układu krążenia. Dobrze zbilansowane, urozmaicone posiłki, bogate w niezbędne witaminy, sole, białka, tłuszcze i węglowodany to klucz do sukcesu. Dieta powinna być bogata w mięso ryb, tłuszcze roślinne (olej z pierwszego tłoczenia, awokado) zawierające kwasy omega 3. Osoby z chorobami układu krążenia powinny jeść pieczywo pełnoziarniste, warzywa z cennym błonnikiem obniżającym poziom cholesterolu i glukozy we krwi. Szczególnie polecane są również soki z aronii, grejpfrutów lub porzeczek, w których znajdują się flawonoidy chroniące układ krążenia.

Osoby z chorobami układu krążenia powinny jeść pieczywo pełnoziarniste, warzywa z cennym błonnikiem obniżającym poziom cholesterolu i glukozy we krwi. Szczególnie polecane są również soki z aronii, grejpfrutów lub porzeczek, w których znajdują się flawonoidy chroniące układ krążenia

Dieta przy cukrzycy

Liczba posiłków wynosi od 3 do 7, najlepiej co 2-3 godziny w ciągu dnia. Każdego dnia podopieczny powinien spożywać posiłki zawierające chudy nabiał (mleko, jogurty, sery), produkty z mąki z pełnego przemiału, kasze, ryż brązowy), oleje roślinne, warzywa (ograniczyć podaż ziemniaków) i owoce (oprócz arbuźów, melonów, rodzynek). Kilka razy w tygodniu menu należy wzbogacić o jaja, chudy drób, chude mięsa – cielęcinę lub wołowinę, chude części innych mięs, niektóre gatunki ryb – np. dorsza, mintaja, pstrąga, szczupaka, sielawę.

Unikać trzeba natomiast:

- tłuszczu; należy usuwać tłuszcz z mięsa, skórę z drobiu, smarować pieczywo w bardzo oszczędny sposób; produktów mięsnych typu salami, mielonka, pasztet oraz wędlin z wysoką zawartością tłuszczu. Jeśli podopieczny bardzo lubi takie produkty, można zaproponować mu wędliny sojowe lub pasztety warzywne,
- słodczy – słodkich ciast i słodzenia cukrem kawy czy herbaty, zamiast cukru można stosować zamienniki, np. ksylitol, erytrytol,
- alkohol

Karmienie przez PEGPEG – endoskopowa przetoka żołądkowa.

Przewód przechodzi przez powłoki brzuszne (skórę, mięśnie) oraz ścianę żołądka do jego wnętrza. Metoda ta stosowana jest u osób, u których nie ma ani możliwości karmienia doustnego, ani przez sondę dożołądkową wprowadzoną przez jamę nosową lub ustną (np. urazy, nowotwory twarzoczaszki), ale częstym wskazaniem są zaburzenia ośpienne, gdzie senior odmawia jedzenia i/lub picia. Zabieg ten wymaga zgody chorego, powstaje więc problem, gdy senior nie chce jej wyrazić.

Zasady karmienia są podobne do podawania pokarmu przez zgłębnik dożołądkowy.

- Nie ma potrzeby sprawdzania umiejscowienia sondy.
- Stosowany jest pokarm przemysłowy, który przygotowujesz według instrukcji
- Pamiętaj o zamykaniu zacisku przed wyjęciem strzykawki – dojdzie do wylania treści żołądkowej.
- Podczas toalety kontroluj stan skóry wokół PEG – zgłoś wszelkie zmiany lekarzowi/pielęgniarkie (zaczerwienienie, sączenie z rany)
- Pod PEG możesz podłożyć gazik, co zapobiegnie odparzeniu.

- Po karmieniu zabezpiecz PEG przed wyrwaniem, np. dużym gazikiem

Karmienie osoby leżącej

Uprzedź chorego, że będzie spożywał posiłek. Posadź go tak, aby jego głowa była pochylona do przodu. Połóż pod brodą serwetę. Do posiłku możesz użyć stolika przytóżkowego.

Zasady karmienia

- Postaw przygotowany posiłek i usiądź przy chorym w takiej pozycji, aby siedzieć na podobnej wysokości i mieć z nim kontakt wzrokowy.
- Jeżeli część posiłku zostanie na ustach, nigdy nie zgarniaj go łyżką, ale użyj do wytarcia serwetę.
- Zanim nabierzesz kolejną łyżkę, zaczekaj aż chory połknie to, co ma w ustach.
- Nie zagaduj chorego w czasie przeżuwania i połykania pokarmu, ponieważ może się zachłusnąć.
- Przygotuj posiłek w takiej formie, jak lubi!
- Nie wkładaj sztućców zbyt głęboko, aby nie wywołać odruchu wymiotnego.
- Nie uderzaj sztućcami w zęby chorego.
- Pokarm rozdrabniaj w czasie posiłku, w obecności chorego. Nakładaj na łyżkę lub widelec małe i łatwe do połknięcia porcje.
- Jeżeli podopieczny jest w stanie jeść samodzielnie, z niewielką pomocą – nie wyręczaj go żeby było szybciej. Możesz pomóc mu w podtrzymywaniu sztućców, tak aby trafił do buzi.
- Do picia możesz użyć specjalnych pojeników, butelki z ustnikiem lub kubka ze słomką.

Pionizacja chorego

Pionizacja chorego

Pionizacja to jeden z pierwszych kroków do **odzyskania sprawności fizycznej**. Długotrwałe przebywanie w pozycji leżącej lub siedzącej może być przyczyną zaniku mięśni, przykurczy stawów oraz utraty masy kostnej, co może znacznie utrudnić, a nawet uniemożliwić powrót do sprawności fizycznej. Dobrze jest zadbać o poprawę sprawności fizycznej, jeszcze przed rozpoczęciem właściwej pionizacji. Wykonywanie ćwiczeń w pozycji leżącej oraz siedzącej wzmocni mięśnie i zwiększy zakres ruchomości stawów

Pionizacja przy pomocy balkonika

Pionizację chorego można rozpocząć w momencie gdy mięśnie ud pacjenta są wystarczająco silne, aby unieść ciężar ciała do pozycji stojącej. U pacjentów współpracujących, utrzymujących ciężar ciała na nogach i kontrolujących pozycję głowy i kończyn górnych, napięcie związane z przejściem z pozycji siedzącej do stojącej może być zmniejszone poprzez delikatne rozkołysanie.

Kołysanie przed rozpoczęciem wstawania zapewni pacjentowi energię, a poprzez jego kontrolę osoba opiekująca się chorym uniknie wysiłku związanego z przemieszczaniem pacjenta.

Pionizacja przy pomocy pionizatora

Podniesienie niepełnosprawnego może wymagać użycia sporej siły i umiejętności. Brak doświadczenia w zakresie podnoszenia osoby niepełnosprawnej może sprawić, że chory upadnie podczas próby podnoszenia go. Może być to tragiczne w skutkach. Dlatego też ogromnym wsparciem jest urządzenie zwane pionizatorem. Pozwala ono na bezpieczne i łatwiejsze podniesienie pacjenta. Posiada specjalne pasy, do których przypina się pacjenta, zapewniając mu bezpieczeństwo. Wyposażone jest w elektrycznie sterowane funkcje, pozwalające na podnoszenie niepełnosprawnego i opuszczanie go do pozycji siedzącej. Dzięki temu pionizacja odbywa się właściwie bez użycia siły opiekuna. Wiele **pionizatorów** spełnia też funkcję podnośnika. Jest to jedno urządzenie, które daje wiele korzyści i ułatwia opiekę nad niepełnosprawnym

Przenoszenie chorego na wózek

Przenoszenie chorego z łóżka na wózek

Przenoszenie chorego z łóżka na wózek inwalidzki może być męczące, jeśli nie jest odpowiednio wykonywane. Przed zmianą pozycji chorego należy pamiętać o następujących krokach:

Praktyczne porady

ORGANIZACJA OPIEKI

- Przygotuj wózek inwalidzki i ustaw go równolegle z łóżkiem.
- Opuść barierkę i ułóż pacjenta na boku.

Zmiana pozycji

- Rękę chorego, która znajduje się najbliżej Ciebie unieś do góry, jednocześnie zginając kończynę dolną po przeciwnej stronie.

Pozycja do odwrócenia chorego na bok

- Chwyc chorego pod łopatkę z równoczesnym opuszczeniem kończyn dolnych.
- Chory w chwili podnoszenia może nam pomóc podpierając się zdrową ręką.
- Pamiętaj! Nie chwytaj chorego za ręce ani pod pachy.
- Następnie ubierz pacjentowi obuwie
- Zablokuj wózek, odsuń podnóżki i unieś podłokietnik

Podnoszenie

- Wsuń chorego na brzeg łóżka blokując kolana własnymi kolanami.
- Chory obejmuje cię za barki, a ty chwytasz go pod pośladkami.
- Podnosząc chorego pamiętaj, aby wykonywać to na ugiętych kolanach, tak aby nie obciążać swojego kręgosłupa
- Gdy chory siedzi już na wózku opuść podłokietnik, podsuń podnóżki i ułóż na nich nogi chorego.

Przenoszenie chorego przy pomocy dźwigu

Dźwig rehabilitacyjny służy do transportowania w obrębie pomieszczenia osób, które nie są w stanie poruszać się samodzielnie. Podnośniki mogą transportować chorego o masie do 150 kg. System mocowań i zapieć jest tak skonstruowany, aby chory podczas transportu mógł czuć się całkowicie bezpiecznie.

1. W celu przeniesienia pacjenta, leżącego na łóżku, przy pomocy dźwigu układamy pacjenta, tak aby leżał do nas odwrócony tyłem.
2. Następnie, złożone na pół nosidło układamy na łóżku za plecami pacjenta.
3. Teraz należy odwrócić pacjenta na plecy. Następnie odwracamy pacjenta twarzą w naszą stronę, tak aby nosidło dobrze ułożyć pod pacjentem.
4. Gdy uda się już rozłożyć nosidło, a pacjent leży na plecach podjeżdżamy dźwigiem i układamy ramiona wysięgnika dźwigu nad pacjentem.
5. Teraz zapinamy nosidło do ramion wysięgnika i dokładnie sprawdzamy mocowania.
6. Przy pomocy intuicyjnego pilota przenosimy pacjenta w wybrane miejsce w mieszkaniu na przykład na fotel lub wózek inwalidzki.
7. W momencie, kiedy ułożymy chorego na fotelu możemy odpiąć zaczepy nosidła dźwigu i odstawić dźwig, tak aby nie przeszkadzał osobie przenoszonej.
8. Kolejnym krokiem jest wyjęcie i odłożenie nosidła. Niezwykle ważnym jest by sprawdzić czy pacjent jest ułożony w prawidłowej, a zarazem wygodnej pozycji, tak aby nie było możliwe obsunięcie się z fotela.

Komunikacja z osobami w podeszłym wieku

Często w komunikacji ze starszym pokoleniem natrafiamy na bariery, których nie umiemy pokonać. Przede wszystkim stosujemy ogólne zasady komunikacji werbalnej i niewerbalnej, ale też musimy uwzględnić zmiany inwolucyjne, chorobowe, zachodzące w psychice starszego człowieka. Dzięki temu komunikacja stanie się łatwiejsza i skuteczniejsza. Osoby w podeszłym wieku cierpią na:

- Upośledzenie słuchu – występuje u większości starszych osób. Cechuje się gorszą słyszalnością tonów o wysokiej częstotliwości, a to powoduje niezrozumienie mowy innych ludzi.
- Upośledzenie wzroku również ogranicza możliwości komunikowania się.
- Zaburzenia mowy – spowodowane mogą być zmianami w obrębie jamy ustnej (brak uzębienia) czy krtani lub chorobami takimi jak np. parkinsonizm.
- Zaburzenia pamięci, orientacji, poznania czy działania – powodują brak poczucia bezpieczeństwa, lęk, brak otwartości, depresję.

Przeważnie wszystkie te czynniki występują jednocześnie, co powoduje, że odbieramy często takiego człowieka jako upartego, niechętnego do współpracy, złośliwego. Aby komunikacja ze starszym człowiekiem była satysfakcjonująca dla obu stron, odniosła skutek, aby każda rozmowa nie kończyła się kłótnią – wynikającą z niezrozumienia się nawzajem.



Mówimy wyraźnie. Bez przesadnej artykulacji, nie za szybko i nie za wolno. Nie zastaniamy ust, nie jemy. Siadamy tak, aby nasza twarz była widoczna dla rozmówcy.

Dbamy o warunki rozmowy. Wyłączamy lub ściszamy radio i telewizor. Zadbajmy o dobre oświetlenie, by druga osoba wyraźnie widziała nasze usta i twarz.

Skupmy się. Słuchajmy uważnie, nie wykonując przy tym innych czynności. Nie okazujemy zniecierpliwienia, nie pośpieszamy, nie wchodzimy rozmówcy w słowo.

Nie spieszmy się. Upewnijmy się zawsze, że rozmówca nas zrozumiał.

Wykazujemy się cierpliwością. Cierpliwie powtarzamy pytanie, gdy rozmówca nie dosłyszał – nawet kilka razy. Nie powtarzamy też ostatniego słowa, ale całe zdanie. Starajmy się w miarę możliwości zrozumieć, o co chodzi – np. obserwując zachowanie, gesty – czyli zachowania niewerbalne.

Zadajemy proste, otwarte pytania.

Nie poruszamy kilku tematów jednocześnie. Skupmy się na jednym, tłumaczymy jedną rzecz do skutku – na różne sposoby. Zadajemy pytania po kolei – nie wszystkie naraz.

Pamiętajmy o komunikacji niewerbalnej. To, co mówimy popieramy mimiką, gestami. Pamiętajmy o uśmiechu, pogodnym wyrazie twarzy. Ważny jest także dotyk.

Nie rozkazujemy i nie zmuszamy. Prosimy o wykonanie jakiejś czynności. Przedstawiamy ją w atrakcyjniejszej formie. „Musisz więcej spacerować!” Moja pierwsza myśl? „Nic nie muszę!”. Inaczej brzmi: „Będziemy sobie częściej wychodzić na spacer!”

Pozwalamy odbiegać od tematu. Często nasz rozmówca coś sobie przypomniał w kontekście prowadzonej rozmowy i zaczyna o tym mówić. Wystuchajmy, poczekajmy na przerwę i wróćmy do aktualnego tematu.

Przypominajmy. O tym, jaki jest dzień, jaka godzina. O tym, co było na obiad. O tym, kim jestem. To jest taka gimnastyka pamięci.

Posługujmy się pomocami. Zdjęcia, pamiątki rodzinne, coś z otoczenia, coś nowego – różne przedmioty potrafią zaktywować człowieka.

Stosowanie tych zasad ułatwia, ale nie likwiduje wszystkich barier komunikacyjnych w rozmowach z osobami w podeszłym wieku. Jednak nie unikajmy kontaktów, rozmów, wspólnego spędzania czasu. Nie pozostawiajmy drugiego człowieka – często i tak osamotnionego – w jego własnym, zamkniętym świecie, w którym on sam już nieraz się nie odnajduje i którego nie rozumie. Spróbujmy pomóc temu człowiekowi odnaleźć się w rzeczywistości – poprzez ćwiczenia pamięci, logicznego myślenia, aktywność. Niech wie, że traktujemy go z szacunkiem, liczymy się z nim, że ciągle jest ważny.

Profilaktyka przeciwoleżynowa

Odleżyny to problem dotyczący najczęściej osoby niepełnosprawnej, które spędzają większość czasu w łóżku lub poruszają się na wózku.

Odleżyny powstają bardzo szybko wskutek długotrwałego ucisku na określone okolice ciała, który doprowadza do upośledzenia ukrwienia i w efekcie do uszkodzenia skóry i tkanek. W profilaktyce bardzo ważna jest obserwacja narażonych okolic ciała, pielęgnacja i zmiana pozycji.

Obserwuj narażone okolice ciała na odleżyny:

1. okolice potylicy,
2. okolice łopatek i łokcie,
3. okolice kości krzyżowej i guzicznej,
4. okolice stawu biodrowego,
5. kolana – głównie w miejscu styku kolan,
6. pięty i kostki u stóp.

Leczenie jest procesem żmudnym, a same odleżyny bardzo obniżają komfort życia podopiecznych dlatego należy zrobić wszystko aby nie dopuścić do powstania pierwszej odleżyny. Podstawowe zasady profilaktyki przeciwoleżynowej:

Regularne zmiany pozycji: Przekładanie chorego co 2-3 godziny, by zmniejszyć ucisk na skórę i zwiększyć krążenie.



Pielęgnacja skóry: Codzienna toaleta ciała, nawilżanie i unikanie nadmiernego ucisku na skórę.

Dieta: Wzmacnianie diety w białko, witaminy i minerały, aby wspierać regenerację tkanek i proces gojenia.

Sprzęt pomocniczy: Używanie materacy przeciwoleżynowych, poduszek, podkładek i innych urządzeń, które zmniejszają nacisk na skórę.

Obserwacja skóry: Regularne oględziny skóry, aby wcześniej wykryć ewentualne zmiany sugerujące początki odleżyn.

Dodatkowe zalecenia: **Unikanie ucisku:**

Ograniczenie ucisku na skórę przez bieliznę i ubrania, unikanie zagnieceń w pościeli i używanie miękkich, przepuszczalnych materiałów.

Aktywność fizyczna:

Zachęcanie do ruchu i ćwiczeń, jeśli stan na to pozwala, aby poprawić krążenie i sprawność mięśni.



Pielęgnacja ran: Jeśli odleżyny już się pojawiły, odpowiednia pielęgnacja, w tym czyszczenie, dezynfekcja i stosowanie odpowiednich opatrunków.

Profilaktyka przeciwoleżynowa wymaga indywidualnego podejścia do każdego pacjenta i ciągłego monitorowania stanu skóry. W razie wątpliwości należy skonsultować się z lekarzem lub personelem medycznym.

GERIATRIA

Co to jest geriatrya?

Geriatrya to interdyscyplinarna dziedzina medycyny, która łączy w sobie wiele różnych specjalizacji. Pozwala to zapewnić osobom w podeszłym wieku kompleksową opiekę medyczną.

Geriatra to lekarz specjalista posiadający specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych, a także specjalizację uzupełniającą właśnie z zakresu geriatryi. Pozwala to na uzyskanie kompleksowej wiedzy nie tylko z zakresu medycyny ogólnej, ale również **neurologii**, diabetologii, ortopedii, okulistyki, kardiologii, psychiatrii, a także farmakologii czy metod rehabilitacji. Dzięki temu pozostawanie pacjenta pod opieką poradni geriatrycznej pozwala na ograniczenie konieczności wizyt u innych specjalistów.

Gdzie przyjmuje lekarz specjalista w zakresie geriatryi? Z jego usług można skorzystać w ramach NFZ, np. w poradniach geriatrycznych czy na specjalnych oddziałach geriatrycznych. Część z nich zatrudniona jest także w całodobowych domach opieki dla osób starszych, a niektórzy świadczą również swoje usługi w ramach wizyt domowych.

Jedną z zalet korzystania ze szczególnej opieki lekarza geriatry jest fakt, że podchodzi on do problemów pacjenta kompleksowo, analizując wpływ poszczególnych leków na inne schorzenia towarzyszące i dobierając możliwą terapię w taki sposób, by maksymalnie poprawić komfort pacjenta. Co więcej, pozostawanie pod opieką jednego lekarza pozwala pacjentowi zwiększyć swoje poczucie bezpieczeństwa i łatwiej odnaleźć się w skomplikowanym systemie opieki zdrowotnej.

Czym zajmuje się geriatra?

Lekarz specjalista z zakresu geriatryi zajmuje się diagnozowaniem i leczeniem chorób wieku podeszłego, a także działaniami profilaktycznymi, mającymi na celu ograniczenie ich rozwoju.

Do podstawowych zadań lekarza przyjmującego w ramach poradni geriatrycznej zalicza się:

- przeprowadzanie całościowej oceny geriatrycznej;
- dobieranie i przepisywanie leków, z uwzględnieniem możliwych interakcji między nimi, umożliwiające ich bezpieczne stosowanie;
- kierowanie seniorów do lekarzy innych specjalizacji;
- wystawianie skierowań za różnego rodzaju zabiegi lecznicze (rehabilitacje, zabiegi ambulatoryjne, leczenie szpitalne);
- skierowanie pacjentów na turnusy lecznicze w uzdrowiskach i sanatoriach;
- kontrolowanie stanu psychicznego seniorów;
- poradnictwo w zakresie odpowiednio zbilansowanej diety uwzględniającej istniejące ograniczenia zdrowotne;
- promocja zdrowego trybu życia;
- udzielanie porad i wskazówek w ramach szeroko zakrojonej profilaktyki zdrowotnej.

Jak wygląda całościowa ocena geriatryczna?

W trakcie wizyty w poradni geriatrycznej lub pobytu w szpitalu na oddziałach geriatrycznych, pacjentów powyżej 60. roku życia poddaje się tzw. całościowej ocenie geriatrycznej (COG). Pozwala ona na kompleksową ocenę stanu zdrowia pacjenta, z uwzględnieniem wszystkich występujących w danym przypadku chorób. Całościowa ocena geriatryczna stanowi podstawę do ustalenia priorytetów w zakresie leczenia i opieki nad pacjentem.

Całościowa ocena geriatryczna obejmuje ocenę:

- stanu skóry;
- wzroku;
- słuchu;
- dolegliwości bólowych;
- kondycji psychicznej pacjentów, w tym ryzyko występowania takich stanów jak np. depresja;
- badań diagnostycznych;
- problemów z pamięcią;
- trudności z poruszaniem się;
- interakcji między zażywającymi lekami;
- sytuacji społecznej pacjenta;
- stanu rodzinnego pacjenta, możliwości samoopieki lub ewentualnie konieczności opieki ze strony osób trzecich.

Jakie choroby leczy geriatrya?

Geriatra zajmuje się kompleksową opieką nad pacjentami w wieku podeszłym, zarówno w zakresie diagnostyki jak i leczenia. W poradniach geriatrycznych można więc uzyskać fachową pomoc w związku ze **schorzeniami wieku podeszłego**, do których należą:

- zwyrodnienie stawów;
- osteoporoza;
- obturacyjna choroba płuc;
- nadciśnienie tętnicze;
- choroba niedokrwienna serca;
- niedosłuch;
- nietrzymanie moczu;
- niedowidzenie (w tym ślepotą starczą);
- choroba Parkinsona;
- Alzheimer;
- cukrzyca;
- problemy ze snem;
- zespół słabości.

Ten ostatni zasługuje na szczególną uwagę, jest to bowiem stan występujący wśród osób, u których proces starzenia doprowadził do przewlekłych problemów zdrowotnych. Charakteryzuje się on znacznym ograniczeniem sprawności fizycznej i odporności, co skutkuje zwiększoną podatnością na zachorowania. Oprócz tego u seniorów z zespołem słabości obserwuje się zmniejszoną odporność na stres i trwałe pogorszenie nastroju. Wśród objawów fizycznych obserwuje się przede wszystkim uczucie przewlekłego zmęczenia i nagłą utratę masy ciała.

Kiedy warto udać się do geriatry?

Dostęp do lekarzy geriatrów nie jest trudny, a wielu z nich współpracuje na stałe z Narodowym Funduszem Zdrowia. **Wystarczy więc skierowanie od lekarza POZ bądź innego lekarza specjalisty, by móc skorzystać z jednej z dostępnych w naszej okolicy poradni geriatrycznych.**

Kiedy warto zdecydować się na taką wizytę? Przede wszystkim w momencie gdy mamy co najmniej 60 lat i stwierdzone co najmniej dwie choroby przewlekłe, charakterystyczne dla wieku podeszłego. W ten sposób możemy uniknąć wędrówek po lekarzach innych specjalizacji by uzyskać niezbędną pomoc. Wskazaniem do konsultacji geriatrycznej jest także wystąpienie u osób starszych ciężkiego urazu lub długiej hospitalizacji, w wyniku których konieczna jest systematyczna, kompleksowa ocena stanu zdrowia.

Na **pierwszą wizytę u geriatry** warto zabrać pełną historię chorób, listę przyjmowanych na stałe leków, a także aktualne wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych (jeżeli takowe posiadamy).



WIECEJ INFORMACJI:
Centrum Wsparcia Opiekunów
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Tuchowie
ul. Jana Pawła II 4, 33-170 Tuchów
Biuro projektu: pok.112

Adres e-mail: sekretariat@ops.tuchow.pl
Tel. 14 652 54 89, 14 651 01 69
www.ops.tuchow.pl

Centrum Wsparcia Opiekunów w ramach projektu pn. Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Wsparcie usług społecznych w regionie - ZIT.

