



NPZ
NARODOWY PROGRAM ZDROWIA



Pod redakcją: Magdaleny Krysińskiej,
Katarzyny Domoślawskiej-Żylińskiej, Marleny Fronk

**NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO
- PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY**

Warszawa 2017

EDUKACJA I PROFILAKTYKA URAZÓW WŚRÓD OSÓB POWYŻEJ 60-GO ROKU ŻYCIA

NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO
- PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY

NARODOWY PROGRAM ZDROWIA

Cel operacyjny nr 5: Promocja zdrowego i aktywnego starzenia
EDUKACJA ZDROWOTNA W PROFILAKTYCE URAZÓW I PROMOCJI
BEZPIECZEŃSTWA

© Copyright by Ministerstwo Zdrowia, 2017

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

ISBN 978-83-65870-05-6

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

Opracowanie graficzne i składu:

Maciej Świącicki
www.myvision.pl

Wydawca:

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
- Państwowy Zakład Higieny
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
tel. 22 54 21 245
e-mail: mkrysinska@pzh.gov.pl

Druk i oprawa:

VERSO Marketing & Dystrybucja, ul. Freta 17/3, 00-227 Warszawa

**NAJCZĘSTSZE PRZYCZYNY URAZÓW
ORAZ CZYNNIKI RYZYKA W GRUPIE OSÓB 60+**

Autor: mgr Katarzyna Bienias

Najczęstsze mechanizmy urazów u osób starszych to upadek, wypadek komunikacyjny i potrącenie przez pojazd.

1. Upadki

Upadki w znaczący sposób obniżają jakość życia osób w wieku geriatrycznym, ponieważ są główną przyczyną utraty ich ogólnej sprawności. Poważne następstwa upadków w postaci urazów i związanej z nimi niepełnosprawności, chorobowości i śmiertelności uzasadniają zaliczenie ich do tzw. wielkich problemów geriatrycznych. Sformułowanie to pochodzi od angielskiego „the geriatric giants” i określa się nim przewlekłe i wieloprzyczynowe zespoły starczej niesprawności, których obecność prowadzi do utraty autonomii i kontroli nad życiem lub/ i stanowi duże obciążenie psychofizyczne, organizacyjne i ekonomiczne dla opiekunów rodzinnych i systemu opiekuńczego. Oprócz konsekwencji medycznych upadki stanowią ogromne koszty społeczne i osobiste. Wiążą się one z bólem, utratą pewności siebie i obniżeniem sprawności.

Proces starzenia się człowieka oznacza zwiększone ryzyko nie tylko chorób, ale i urazów, w tym dużej liczby urazów w następstwie upadków. Szacuje się, że corocznie w Polsce upada co czwarta osoba, a około 10% wszystkich upadków powoduje hospitalizację. Ze statystyk wynika, że do upadków dochodzi najczęściej w domach lub ich najbliższym otoczeniu (80% w grupie wiekowej 85-89 lat).

Czynniki ryzyka upadków

Przyczyny upadków u osób po 65 roku życia są złożone ze względu na charakterystyczną dla wieku wielochorobowość i polipragmatyzę, które w połączeniu z nagromadzeniem ubytków funkcjonalnych związanych z wiekiem, sprzyjają upośledzeniu mobilności i związanym z tym trudnościami w wykonywaniu czynności dnia codziennego.

Przyczyny upadków typowo można podzielić na zewnętrzne (środowiskowe) i wewnętrzne (związane ze zmianami w organizmie) oraz na czynniki modyfikowalne i niemodyfikowalne.

Według WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age, upadki są najczęściej wynikiem wzajemnie oddziałujących na siebie czynników skategoryzowanych w czterech wymiarach: biologicznym, behawioralnym, środowiskowym i socjoekonomicznym.

Dobiologicznymi czynnikami ryzyka upadków zalicza się czynniki niemodyfikowalne, takie jak wiek, płeć i rasa, które są ściśle związane ze zmianami inwolucyjnymi. W literaturze zmiany inwolucyjne związane z wiekiem, a także stany chorobowe upośledzające funkcjonowanie układu kontroli postawy, określane są również jako czynniki wewnętrzne, które mogą być modyfikowalne lub niemodyfikowalne. Zalicza się do nich m.in. niską masę ciała, choroby współwystępujące, zaburzenia równowagi i chodu, ortostatyczne spadki ciśnienia i zażywanie niektórych leków.

Pozostałe czynniki to czynniki zewnętrzne. Behawioralne czynniki ryzyka upadków są potencjalnie modyfikowalne i obejmują te związane z podejmowaniem określonych działań i codziennych wyborów. Zalicza się do nich nadużywanie alkoholu, stosowanie nieodpowiedniego obuwia, brak aktywności fizycznej, choć niejednokrotnie zdarza się, że upadkom sprzyjają zarówno mała aktywność, obniżająca sprawność fizyczną, jak i pośpiech czy wysoka aktywność, generująca sytuacje ryzykowne. Do czynników behawioralnych zalicza się także polifarmakoterapię.

Czynniki środowiskowe dotyczą zagospodarowania przestrzeni prywatnej i publicznej. Warunki środowiska najmniej przychylne osobom w wieku podeszłym to: śliskie podłogi, brak mat antypoślizgowych, nieprzymocowane do podłoża chodniki i dywany, wysokie stopnie, brak uchwytów i poręczy, niedostosowana wysokość mebli i urządzeń sanitarnych, nieodpowiednie obuwie czy za słabe oświetlenie.

Do czynników socjoekonomicznych zalicza się niski dochód, złe warunki bytowe, ograniczony dostęp do usług zdrowotnych i socjalnych oraz brak wsparcia społecznego.

Do najistotniejszych przyczyn upadków można zaliczyć: osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia chodu i równowagi, stosowanie urządzeń wspomagających chód, zaburzenia widzenia, stany zapalne stawów, depresję, zaburzenia pamięci, wiek powyżej 80 lat, a także wcześniej przebyte upadki zwiększają prawdopodobieństwo ponownych. Do udokumentowanych indywidualnych czynników ryzyka zalicza się ponadto: tzw. lękowy zespół poupadkowy.

Równowaga i kontrola postawy

Typową dla człowieka postawę wyprostowaną charakteryzuje pionowe ustawienie osi ciała względem niewielkiej płaszczyzny podparcia. Głównym celem układu równowagi jest utrzymanie środka ciężkości ciała w pozycji równowagi w spoczynku i w ruchu.

Ważne informacje do utrzymania ciała w pozycji pionowej w stosunku do otoczenia są dostarczane do centralnego układu nerwowego przez narząd wzroku. W starszym wieku zmniejsza się ostrość widzenia, wrażliwość na kontrast, postrzeganie głębi oraz widzenie obwodowe. Osłabienie ostrości widzenia i wrażliwości na kontrast wiąże się z większą liczbą upadków u osób starszych. Dlatego badanie wzroku i używanie odpowiednich okularów może być bardzo pożyteczne dla osób starszych, które wykorzystują narząd wzroku jako kompensacyjny mechanizm kontroli równowagi, kiedy inne narządy zmysłów ulegają pogorszeniu.

Siła mięśni, zwłaszcza kończyn dolnych, odgrywa znaczącą rolę w utrzymywaniu zrównoważonej postawy ciała. Wraz z wiekiem obserwuje się obniżenie siły mięśniowej o średnio 30-40%. Stwierdzono, że długotrwały brak aktywności mięśni kończyn dolnych u osób starszych, szczególnie tych działających na staw skokowy, jest związana z częstymi upadkami.

Przygarbiona postawa, czy pogłębiona kifoza są jednym z problemów utrzymania kontroli posturalnej osób starszych, zaburzając równowagę i stabilność.

Chód u osoby starszej

Badania przedstawiają wiele przykładów zmniejszenia wraz z wiekiem samodzielnie wybieranej przez osobę starszą prędkości chodu. Jest to niezwykle istotne ponieważ prędkość chodu wykazuje wysoką korelację z zależnością funkcjonalną i jest jej wskaźnikiem. Osoby starsze prezentują bardziej zachowawczy schemat chodu, służący zwiększeniu bezpieczeństwa i stabilności w pozycji stojącej. Ponadto osoby w starszym wieku z historią upadków przemieszczają się wolniej niż osoby w tym samym wieku, ale bez upadku w przeszłości. Wykazują także brak zdolności do przyśpieszenia prędkości chodu na żądanie.

Zakresy ruchomości stawów podczas chodu osób starszych są mniejsze w porównaniu z młodszymi osobami dorosłymi. Istnieją dowody większych ograniczeń zakresu ruchu u osób starszych podatnych na upadki niż u osób nieupadających.

Na poziomie osobniczym wyróżnia się fizjologiczne i psychologiczne potencjalne ograniczenia funkcji przemieszczania się w obrębie domu lub w społeczności lokalnej. Do czynników fizjologicznych można zaliczyć zmniejszenie zakresu ruchomości, siły, kontroli motorycznej, sensoryki lub wytrzymałości.

Często pomijaną kwestią jest wspomagający lub upośledzający wpływ psychologicznego stanu osoby starszej. Istnieją badania, że depresja może wpływać na prędkość chodu. Ponadto depresja jest niezależnym czynnikiem ryzyka upadku.

Wśród osób starszych powszechnie występuje lęk i obawa przed przemieszczaniem się w życiu codziennym. Do najbardziej oczywistych przykładów ryzyka postrzeganego przez osoby starsze należą obawy związane z utrzymaniem równowagi i upadkami. Stwierdzono, że osoby, które postrzegały swój stan zdrowia i zdolność utrzymania równowagi ciała jako dobre, chodziły więcej niż osoby, postrzegające je jako złe. Mimo, że osoby starsze nie powinny mieć nieuzasadnionej i wygórowanej pewności w poruszaniu się, to przesadne obawy ograniczające stopień mobilności lub zwiększające ryzyko upadków mogą być równie niepożądane.

Istnieją także inne, mniej oczywiste typy ryzyka związanego z poruszaniem się, które postrzegają osoby starsze. Są to obawy związane z obrazem własnej osoby podczas chodzenia, utrudnieniami związanymi z korzystaniem z miejsc użyteczności publicznej (np. toalet) oraz strachem przed fizycznym uszkodzeniem ciała ze strony innych członków społeczności.

Upośledzenie ruchomości stawów

Ruchomość stawów bezpośrednio determinuje postawę ciała i poruszanie się, wpływając na aktywność i możliwość uczestniczenia w czynnościach dnia codziennego.

U osób starszych odnotowuje się rosnącą częstotliwość występowania objawów przewlekłego zapalenia stawów. Prawie 59% osób w wieku powyżej 64 roku życia zgłasza objawy przewlekłego

zapalenia lub dysfunkcji stawów, w porównaniu z 42% osób w wieku od 45 do 64 lat.

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

Upośledzona sprawność mięśni

Utrata masy mięśniowej związana z wiekiem została określona jako sarkopenia. Jednak wyniszczenie mięśni związane z sarkopenią może być czynnikiem przyczyniającym się do pogorszenia stanu funkcjonalnego starszej osoby i może manifestować się ograniczeniem mobilności i zaburzeniem funkcji metabolicznych. W związku z tym definicja sarkopenii rozszerzyła się o utratę siły mięśni (i ich mocy), a także sprawności funkcjonalnej.

Występowanie sarkopenii wzrasta równoległe wraz z wiekiem. Występuje u 6-40% osób w wieku powyżej 65 roku życia.

Pomimo, że nie ustalono jeszcze szczegółowych mechanizmów leżących u podstaw sarkopenii, to istnieją interwencje proponowane jako skuteczne zarówno w zapobieganiu, jak i odwróceniu procesu zaniku mięśni. Powszechnie akceptowanym środkiem zaradczym zmniejszającym utratę mięśni u osób starszych są ćwiczenia oporowe (siłowe), na których skuteczność jest wiele dowodów. Ponadto interwencja żywieniowa jest obiecującym narzędziem w terapii sarkopenii.

Zaburzenia widzenia

Wiele badań wykazało, że deficyty w obrębie narządu wzroku są niezależnym czynnikiem ryzyka upadków. Ostrość wzroku, wrażliwość na kontrast, widzenie stereoskopowe i defekty pola widzenia są uważane za ważne cechy. Najczęstszą przyczyną słabego widzenia u osób w podeszłym wieku jest zaćma. Operacja usunięcia zaćmy poprawia funkcje wzrokowe. Nowoczesne techniki operacyjne skutkują szybką poprawą widzenia, gdzie 50% pacjentów osiąga dobre widzenie w ciągu 24 godzin od operacji i 96-99% w przeciągu 4 tygodni. Większość osób ponadto osiąga dobre widzenie na odległość bez konieczności korzystania z okularów. Wykazano również, że zmianom tym towarzyszy zwiększenie aktywności, pewności siebie, zmniejszenie lęku i depresji oraz poprawa jakości życia. Dodatkowo odnotowano zmniejszenie o 40% kolejnego upadku i zmniejszenie o 34% częstości upadków i zmniejszenie ryzyka złamań.

Inne wewnętrzne przyczyny upadków

Bardzo ważnym czynnikiem ryzyka upadku są ortostatyczne spadki ciśnienia tętniczego krwi. Występują one aż u 16% osób w podeszłym wieku, a częstość ich może zwiększać się nawet dwukrotnie podczas leczenia nadciśnienia tętniczego. Spośród chorób często występujących w podeszłym wieku ryzyko upadku zwiększają schorzenia neurologiczne, choroby sercowo-naczyniowe, choroby narządy ruchu, choroby metaboliczne, choroby żołądkowo-jelitowe, choroby układu moczowo-płciowego oraz psychiczne.

Zespół parkinsonowski szczególnie często predysponuje do upadków. Zwiększa on ryzyko upadków aż 10-krotnie. Ponadto otępienie zwiększa ryzyko upadku aż 2-3-krotnie. Czynniki, które mogą za to odpowiadać to nie tylko zaburzenia chodu i równowagi, ale także zaburzenia zachowania w postaci pobudzenia, wędrowania i objawy psychotyczne.

Każda choroba o gwałtownym przebiegu, która pogarsza stan ogólny np. zapalenie płuc, może przyczyniać się do przejściowego zwiększenia ryzyka upadków. Z kolei upadek może też być pierwszą manifestacją ostrej choroby lub zaostrzenia choroby przewlekłej u osoby starszej.

Niedocenianą przyczyną upadków są działania niepożądane leków. Współwystępowanie kilku chorób w podeszłym wieku sprzyja przyjmowaniu licznych preparatów, również tych dostępnych bez recepty. Wraz z liczbą zażywanych leków zwiększa się ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, a stosowanie więcej niż 4 preparatów wyraźnie zwiększa prawdopodobieństwo upadku. Mechanizm ich niepożądanego działania może polegać na upośledzeniu funkcji poznawczych, wydłużeniu czasu reakcji, powodowaniu zaburzeń świadomości, nasilaniu ortostatycznych spadków ciśnienia, czy wywoływaniu zaburzeń rytmu serca. Wydaje się, że najsilniejszy związek z występowaniem upadków mają leki psychotropowe.

Inwolucyjne zmiany starcze i stany chorobowe predysponujące do upadku

Inwolucyjne zmiany starcze	Stany chorobowe predysponujące do upadku
<p>Układ nerwowy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zwolnienie czasu przewodnictwa nerwowego i wydłużenie czasu reakcji - upośledzenie koordynacji ruchowej - osłabienie czucia powierzchownego i głębokiego - spadek dwupunktowego różnicowania - osłabione czucie wibracji - spadek aktywności wrzecionka nerwowo-mięśniowego - upośledzenie integracji bodźców, dyspozycji i koordynacji ruchu w OUN 	<p>Schorzenia neurologiczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - przejściowe niedokrwienia mózgu (TIA) - udar mózgu - choroba Parkinsona - choroby mózdzku - neuropatie ruchowe i czuciowe - padaczka
<p>Narząd wzroku:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zmniejszona ostrość widzenia - pogorszenie akomodacji - zmniejszona wrażliwość na kontrast - zmniejszenie tolerancji błysku - upośledzenie widzenia obwodowego - zmniejszone postrzeganie głębi 	<p>Choroby narządów zmysłów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - jaskra - zaćma - retinopatia cukrzycowa - zwyrodnienie plamki żółtej - choroba Menier'a - stany zapalne błędnika
<p>Narząd równowagi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - spadek liczby zmysłowych komórek włoskowatych - spadek liczby włókien nerwowych narządu słuchu - zmiany w odruchu przedsionkowo-ocznym 	<p>Zaburzenia psychiczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stany lękowe - depresja - stany majaczeniowe - demencja
<p>Układ nerwowo-mięśniowy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - spowolnienie czasu reakcji - zmniejszony zakres ruchu/elastyczność - zmniejszona wytrzymałość mięśniowa - zmniejszona siła mięśniowa - wady postawy 	<p>Schorzenia układu ruchu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - choroba zwyrodnieniowa stawów - stany zapalne stawów - deformacje stóp - osteoporoza

	<p>Choroby układu pokarmowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> - biegunka - krwawienia z przewodu pokarmowego
	<p>Choroby układu moczowo-płciowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nietrzymanie moczu - parcie nagłące
	<p>Schorzenia sercowo-naczyniowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zaburzenia rytmu serca - zawał mięśnia sercowego - hipotonia ortostatyczna

2. Wypadki komunikacyjne

Biorąc pod uwagę starzenie się społeczeństwa coraz bardziej istotnym problemem staje się wzrost liczby aktywnych starszych użytkowników dróg i związane z tym zwiększenie się liczby ofiar śmiertelnych wypadków drogowych. W jednym z badań ustalono, że częstość wypadków w grupie osób starszych wynosiła 14%, z czego większość ofiar wypadków to byli mężczyźni w wieku 60-74 lat.

Osoby starsze najczęściej uczestniczą w wypadkach drogowych jako piesi. Należy pamiętać, że osoba starsza ze względu na ograniczenia opisane w rozdziale dotyczącym upadków, potrzebuje więcej czasu na pokonanie przejścia dla pieszych i nie zawsze jest w stanie przyspieszyć chód. Urazy u starszych osób są spowodowane częściej upadkiem z roweru niż kolizją z innym pojazdem.

Duża liczba starszych pieszych wśród ofiar sugeruje, że środowisko drogowe, przepisy i istniejące rozwiązania na przejściach nie są dostosowane do potrzeb starzejącego się społeczeństwa. Kampanie związane z bezpieczeństwem na drogach powinny być skierowane nie tylko do dzieci, ale także do osób w średnim i starszym wieku.

3. Urazy w pracy

W związku ze starzejącym się społeczeństwem coraz częściej osoby po 65 roku życia będą pracowały. Pojawiają się dyskusje na temat fizycznych możliwości starszych pracowników do utrzymania zdrowia i wydajności w pracy. Kwestią szczególnie niepokojącą jest zwiększone ryzyko urazu w pracy i późniejszej niezdolności do pracy ze względu na związane z wiekiem ubytki funkcji poznawczych, zdrowia i zdolności regeneracyjnych. Starsi pracownicy mogą również mieć dłuższą niezdolność do pracy i rzadziej powracają do pracy po urazie zawodowym.

Stwierdzono, że osoby starsze mają czterokrotnie wyższe ryzyko wystąpienia wypadków śmiertelnych przy pracy w porównaniu do osób <55 roku życia. W badaniu Grandjean i wsp. wykazali, że najczęstszą przyczyną poważnych obrażeń w pracy osób starszych były upadki. Wydaje się, że urazy starszych osób, niezależnie od tego czy występują w pracy, czy poza nią są w dużej mierze związane z upadkami. Interwencje, które są sugerowane jako prewencja upadków w domu mogą z powodzeniem zostać przeniesione na miejsce pracy.

Podsumowanie

Najczęstsze mechanizmy urazów w grupie osób starszych to upadek oraz wypadek drogowy. Urazy u osób starszych stanowią poważny problem leczniczy. Ze względu na zmniejszone rezerwy czynnościowe organizmu i choroby towarzyszące często, nawet niewielkie urazy, mogą stanowić zagrożenie życia u tych osób.

Jest wiele czynników ryzyka urazów, na które można wpłynąć i tym samym zmniejszyć prawdopodobieństwa wystąpienia uszkodzenia ciała. Udowodnioną skuteczność w zapobieganiu upadkom mają ćwiczenia fizyczne. Jednak ze względu na występowanie u osób starszych wielu chorób przewlekłych bardzo ważny jest odpowiedni dobór aktywności i jej intensywności. Powinno to być poprzedzone dokładnym wywiadem i badaniem lekarskim określającym ewentualne przeciwwskazania. Dodatkowym atutem aktywności fizycznej, poza poprawą m. in. siły i wytrzymałości mięśni, równowagi i chodu, jest jej dobroczynny wpływ na samopoczucie. Czasem, żeby zapobiec upadkowi wystarczy modyfikacja zagrożeń domowych, takich jak odstające dywany czy słabe oświetlenie. Dlatego bardzo ważną kwestią jest prowadzenie programów prewencyjnych czy kampanii, których celem będzie uświadamianie osobom starszym i ich bliskim czynników ryzyka urazu oraz metod zapobiegania urazom.

Literatura:

1. Baczuk L. Trauma in elderly people. *Postępy Nauk Medycznych*. 2008.
2. Kamińska M. The role of family nurse in prevention of falls in elderly people. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2013;15, 1:21-26.
3. Buczak-Stec E, Goryński P. Hospitalizacja z powodu upadków osób starszych w Polsce w 2010 roku. *Przeegl Epidemiol* 2013;67: 141-144.
4. Gill TM, Williams CS, Tinetti ME. Environmental hazards and the risk of nonsyncopal falls in the homes of community-living older persons. *Medical care*. 2000;38(12):1174-83.
5. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski JT. Upadki osób starszych—przyczyny, następstwa, profilaktyka. *Hygeia Public Health*. 2011;46(3):313-8.
6. Organization WH. WHO Global Report on Falls: Prevention in Older Age. Organization GWH, editor: World Health Organization; 2007.
7. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane Library*. 2012.
8. Paszko-Patej G, Terlikowski R, Kułak W, Sienkiewicz D, Okurowska-Zawada B. Czynniki wpływające na proces kształtowania równowagi dziecka oraz możliwości jej obiektywnej oceny. *Neurol Dziec*. 2011;20(41):121-12.
9. Iaboni A, Flint AJ. The complex interplay of depression and falls in older adults: a clinical review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013;21(5):484-92.
10. Rolland Y, Czerwinski S, Van Kan GA, Morley J, Cesari M, Onder G, et al. Sarcopenia: its assessment, etiology, pathogenesis, consequences and future perspectives. *The Journal of Nutrition Health and Aging*. 2008;12(7):433-50.
11. Harwood RH, Foss A, Osborn F, Gregson R, Zaman A, Masud T. Falls and health status in elderly women following first eye cataract surgery: a randomised controlled trial. *British Journal of Ophthalmology*. 2005;89(1):53-9.
12. Borzym A. Upadki osób w podeszłym wieku—przyczyny, konsekwencje i zapobieganie. *Psychogeriatrya Polska*. 2009;6(2):81-8.
13. Hawley C, Sakr M, Scapinello S, Salvo J, Wrenn P. Traumatic brain injuries in older adults —6 years of data for one UK trauma centre: retrospective analysis of prospectively collected data. *Emerg Med J*. 2017;emermed-2016-206506.
14. Mazur K, Pisany-Syska A. CZYNNIKI RYZYKA UPADKÓW CHORYCH HOSPITALIZOWANYCH NA ODDZIALE GERIATRYCZNYM. *PIELĘGNIARSTWO POLSKIE POLISH NURSING*. 2017:260.
15. Petridou ET, Manti EG, Ntinapogias AG, Negri E, Szczerbińska K. What works better for community-dwelling older people at risk to fall? A meta-analysis of multifactorial versus physical exercise-alone interventions. *Journal of aging and health*. 2009;21(5):713-29.
16. Frick KD, Kung JY, Parrish JM, Narrett MJ. Evaluating the Cost-Effectiveness of Fall Prevention Programs that Reduce Fall-Related Hip Fractures in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(1):136-41.
17. Turner S, Arthur G, Lyons RA, Weightman AL, Mann MK, Jones SJ, et al. Modification of the home environment for the reduction of injuries. status and date: New search for studies and content updated (no change to conclusions), published in. 2006(1).
18. Karlsson MK, Magnusson H, von Schewelow T, Rosengren B. Prevention of falls in the elderly—a review. *Osteoporosis international*. 2013;24(3):747-62.
19. Ang BH, Chen WS, Lee SWH. Global burden of road traffic accidents in older adults: a systematic review and meta-regression analysis. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2017;72:32-8.
20. Olszewski P, Szagała P, Wolański M, Zielińska A. Pedestrian fatality risk in accidents at unsignalized zebra crosswalks in Poland. *Accident Analysis & Prevention*. 2015;84:83-91.
21. Pransky GS, Benjamin KL, Savageau JA, Currivan D, Fletcher K. Outcomes in work-related injuries: A comparison of older and younger workers. *American journal of industrial medicine*. 2005;47(2):104-12.
22. Grandjean CK, McMullen PC, Miller KP, Howie WO, Ryan K, Myers A, et al. Severe occupational injuries among older workers: demographic factors, time of injury, place and mechanism of injury, length of stay, and cost data. *Nursing & Health Sciences*. 2006;8(2):103-7.

**CHARAKTERYSTYKA DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNA
I PROGNOSTYCZNA URAZÓW W GRUPIE OSÓB 60+**

Autor: dr Anna Leś

Wstęp

Zgodnie z ustaleniami WHO i ONZ za osoby starsze uznaje się osoby powyżej 60 roku życia. Trudno scharakteryzować tę grupę, gdyż jest ona niejednorodna. Różnicuje je m.in. długość życia, wiek biologiczny (tzw. funkcjonalny – „odnosi się do poziomu sprawności funkcjonalnej danej osoby, w kontekście jej wieku kalendarzowego i płci”), subiektywna ocena samopoczucia, wygląd zewnętrzny, poziom sprawności fizycznej, poziom zdrowia czy jakość życia. Starzenie się człowieka jest procesem powszechnym, rozciągniętym w czasie, postępującym jednokierunkowo i nierównym pod względem dynamiki zmian osobowych.

W zaktualizowanym raporcie „Active Aging Index” Polska zajmuje 27 miejsce (przedostatnie) wśród krajów Unii Europejskiej pod względem aktywnego starzenia się mieszkańców (na czołowym miejscu: Szwecja, na ostatnim miejscu: Grecja). W raporcie aktywne starzenie się rozumiane jest jako proces optymalizacji szans na zachowanie i utrzymanie zdrowia, pełne uczestnictwo w życiu oraz zapewnienie bezpieczeństwa w celu poprawy jakości życia w miarę starzenia się społeczeństwa.

W grupie osób 60+ upadki i ich konsekwencje stanowią pierwszą przyczynę śmierci wśród nieszczęśliwych wypadków oraz siódmą przyczynę zgonu w ogóle. Dodatkowo upadki są jedną z głównych przyczyn utraty niezależności przez osoby 65+. Dlatego też w dalszej części materiału skupiono się na przyczynach upadków w grupie osób starszych, ich konsekwencjach oraz działaniu leczniczym i zapobiegawczym.

U seniorów następstwa upadków to najczęściej

- a) śmierć: następstwo nieszczęśliwego wypadku oraz w wyniku powikłań po upadku (długotrwała rekonwalescencja oraz unieruchomienie w łóżku może spowodować poważne powikłania, takie jak zakrzepica żył głębokich czy zapalenie płuc) – w grupie osób powyżej 75. roku życia w 70% upadki kończą się śmiercią (w ciągu 60 dni po złamaniu szyjki kości udowej śmiertelność wynosi 9,7%; w ciągu 2 lat po dużych urazach u osób powyżej 65 r.ż. wynosi 36%, w ciągu 5 lat u osób powyżej 75 r.ż. wynosi 47%)
- b) złamania: ok. 5% upadków kończy się złamaniem; w grupie osób 70+ ponad 90% złamań szyjki kości udowej to następstwo upadku; często niewielki uraz podczas upadku kończy się złamaniem kości promieniowej, żebra lub też uszkodzeniem kości nadgarstka, stawu skokowego lub kolanowego;
- c) inne obrażenia ciała: ok. 10-20% upadków kończy się ciężkim obrażeniem tkanek miękkich: poważne urazy mózgu (m.in. wstrząśnienie mózgu), krwiakami wewnątrzczaszkowymi, stłuczeniem, pęknięciem kości, skręceniem w obrębie stawu; ok. 65% urazów mózgu w wyniku upadku ma miejsce w domu, a w grupie 65+ śmierć w wyniku poważnych urazów mózgu powstałych w wyniku upadku stanowi 70-80%;
- d) zespół poupadkowy (post fall syndrome): spadek aktywności po doznanym upadku – strach i lęk przed kolejnym upadkiem i jego konsekwencjami; następstwem tego jest ograniczenie aktywności życiowej, nieopuszczanie domu, prowadzi to do zmniejszenia sprawności fizycznej i tym samym do zwiększenia ryzyka upadku. Zespół poupadkowy dotyczy 20-65% osób, u których doszło do upadku. Zdarza się także, że występuje on u osób, które były świadkiem czyjś upadku lub obserwowały skutki upadku u kogoś. Zmienne szczególnie predysponujące do wystąpienia zespołu poupadkowego to: płeć żeńska, zaburzenia chodu, zaburzenie widzenia, siedzący tryb życia, postrzeganie się jako osoby chorej i słabej.

Złamania i stłuczenia to najczęstsze niekorzystne następstwa upadków i bardzo często stanowią podstawę do hospitalizacji. W grupie osób starszych (w krajach Unii Europejskiej) w 75% upadki stanowią podstawę do objęcia opieką medyczną pacjentów, natomiast seniorzy z powodu urazów związanych z upadkami są pięć razy częściej hospitalizowani niż z jakiegokolwiek innego powodu.

Szacuje się, że w Polsce rocznie upada co czwarta osoba. Około 10% tych upadków wymaga hospitalizowania poszkodowanego, w tym:

- 70% hospitalizowanych to osoby starsze które upadły w wyniku potknięcia lub poślizgnięcia się,
- 4,3% hospitalizowanych to osoby które spadły ze schodów lub stopni,
- 3,6% to upadki na lodzie lub śniegu,
- 0,7% to konsekwencje upadku z łóżka lub krzesła.

Z badań wynika, że w grupie osób po 65. roku życia ok. 70% hospitalizowanych to kobiety. Rokowania po upadku u osób starszych nie są dobre – najczęściej 5-20% seniorów umiera w ciągu roku z powodu powikłań (o którym mowa wyżej), a znaczna część nie wraca do pełnej sprawności fizycznej.

Hospitalizacja

– przyczyny oraz czas trwania pobytu, rehabilitacja oraz zalecenia

Średni czas pobytu osoby starszej w szpitalu po upadku wynosi ok. 7-9 dni. Badania potwierdzają, że wraz z wiekiem wydłuża się czas hospitalizacji. W grupie osób 65-69 lat średni czas pobytu w szpitalu (po upadku) wynosi ok. 6 dni, w grupie 75-79 lat to prawie 7-8 dni, w grupie osób 90+ - 9 dni. Maksymalny czas hospitalizacji po upadku odnotowano w grupie 80-89 lat i wyniósł on 219 dni.

W grupie osób, które doznały upadku przyczynami hospitalizacji były: złamania kości udowej (ok. 31%), złamanie przedramienia (ok. 10%), uraz śródczaszkowy (ok. 6,6%), złamanie podudzia (ok. 64%) oraz złamanie barku i ramienia (ok. 5,8%). Połowa seniorów po złamaniu szyjki kości udowej traci zdolność chodzenia i wymaga opieki i pomocy.

Postępowanie lekarskie oraz rehabilitacja uzależnione są od urazu jaki powstał podczas upadku oraz od bezpośredniej decyzji chirurga ortopedy. W przypadku złamania kości szyjki udowej najczęściej dokonuje się leczenia operacyjnego – wymiany uszkodzonej szyjki i głowy kości udowej (czasem też panewki) na protezę. Takie postępowanie przyspiesza znacznie proces gojenia oraz możliwość wstania z łóżka seniora. Samoczynne gojenie się złamania szyjki kości udowej może u osób starszych trwać nawet ponad 6 miesięcy, a w tak długim czasie mogłoby dojść do poważnych powikłań (zakrzepica, a w konsekwencji śmierć). Im szybciej po operacji zostanie włączona odpowiednia rehabilitacja pooperacyjna (w tym wstawanie z łóżka i chodzenie), tym mniejsze ryzyko zgonu czy powikłań. Bardzo istotne są także odpowiednia profilaktyka przeciwzakrzepowa (zastrzyki z heparyny) oraz odpowiednia dieta.

Przy prawidłowym przebiegu operacji i braku komplikacji pooperacyjnych pacjenci przebywają w szpitalu ok. dwóch tygodni (~12 dni). W tym czasie osoby już w pierwszym dniu po operacji powinny wykonywać ćwiczenia izometryczne mięśnia czworogłowego uda i mięśni pośladkowych oraz ćwiczenia oddechowe. W trakcie pobytu w szpitalu seniorzy powinni być pionizowani oraz reedukowani w zakresie chodu. Dodatkowo włącza się ćwiczenia czynne stawu biodrowego, kolanowego i skokowego. Stopniowo należy rezygnować z pomocy ortopedycznych (kule, balkoniki). W momencie wypisania ze szpitala seniorzy powinni w miarę samodzielnie się poruszać z pomocą lasek łokciowych lub balkonika. Zakłada się, że po ok. 12 tygodniach osoby starsze powinny w pełni obciążać operowaną kończynę i mieć pełen zakres ruchu. Należy pamiętać, że działania rehabilitacyjne muszą być zindywidualizowane, a przechodzenie do kolejnych etapów usprawniania muszą wynikać z postępów jakie robi osoba starsza. Działania rehabilitacyjne powinny trwać do momentu uzyskania pełnej zdolności lokomocyjnej.

W grupie starszych pacjentów ponad 50% nie odzyskuje sprawności sprzed wypadku, a u części z nich dochodzi do powtórnych złamań w tej samej okolicy.

Ekonomiczne aspekty upadków w grupie osób starszych

Upadki w grupie osób starszych oraz ich zdrowotne konsekwencje (hospitalizacja, zapewnienie stałej opieki nad pacjentem, wydłużony czas pobytu w szpitalu, zapotrzebowanie na specjalistyczną opiekę) to istotne obciążenie finansowe systemu ochrony zdrowia. Wyniki badań pokazują, że znaczna część środków finansowych przeznaczana jest na koszty związane z hospitalizacją osób starszych w wyniku upadków (głównie z powodu złamania szyjki kości udowej). Wraz z wiekiem pacjentów wzrastają koszty leczenia i opieki zdrowotnej. Dodatkowo konsekwencje upadków wpływają na zwiększenie kosztów opieki długoterminowej. Osoby starsze znacznie częściej hospitalizuje się z powodów upadków i ich konsekwencji niż osoby z innych grup wiekowych (o ok. 30%). Prognozuje się, że w Polsce z tego powodu wzrosną koszty ponoszone przez system ochrony zdrowia - podobna sytuacja ma miejsce w Stanach Zjednoczonych, Danii i Holandii. Analizy kosztów ponoszonych w obszarze ochrony zdrowia pokazują, że grupą najmocniej obciążającą kosztami leczenia (specjalistycznego i szpitalnego) są osoby w wieku 65-80 lat, a wystąpienie upadku w tej grupie dodatkowo podnosi koszty hospitalizacji o 30%.

Dlatego też upadki i zapobieganie im powinny stanowić istotny element w polityce zdrowotnej Polski.

W 2000 roku amerykański system opieki zdrowotnej na leczenie urazów w następstwie upadku wydał 19 mld dolarów. Koszty leczenia samych tylko złamań szyjki kości udowej wyniosły ponad 8,7 mld dolarów. Aktualnie szacuje się, że koszty leczenia urazów po upadkach u osób starszych wynoszą ok. 23 mld dolarów (Stany Zjednoczone – do roku 2020 wzrost do 32 mld dolarów) oraz ok. 1 mld funtów (Wielka Brytania) rocznie. Koszt leczenia jednej osoby po upadku to ok. 3-26 tys. dolarów (Stany Zjednoczone) oraz 3400 euro/upadek (Holandia). W Europie oszacowano, że koszty leczenia urazów po upadkach (złamania osteoporotyczne) to ok. 24 350 mln euro. W Polsce koszty związane z upadkami są nie do końca oszacowane. Zakłada się, że są one na podobnym poziomie jak w innych krajach europejskich.

Miejsca w których upadki występują najczęściej:

- a) w domu: 20-30% (odsetek ten może sięgać nawet 60% - najczęściej mają miejsce podczas wykonywania drobnych prac domowych: wymiana żarówki, mycie okien, wieszanie firanek; seniorzy często sami nie zgłaszają upadku, jeśli miał on miejsce w domu, a lekarz nie zawsze o to pyta, nawet jeśli są widoczne objawy urazu)
- b) w szpitalach: 20%
- c) w domach opieki: 45-67% (wynika to z większego upośledzenia sprawności fizycznej osób starszych i większej zgłaszalności upadków).

Bardzo często upadki, którym nie towarzyszą powikłania nie są zgłaszane. Badania pokazują, że po roku od upadku u znacznego odsetka seniorów dochodzi do kolejnego upadku – najczęściej podczas wstawania lub chodzenia.

Literatura:

1. Active Aging Index ,<https://statswiki.unece.org/display/AAI> Conceptual + considerations + in + measuring + active + ageing
2. Baczuk L. Urazy u osób w wieku starszym. Trauma in elderly people. Postępy Nauk Medycznych 12/2008, pp: 793-796
3. Bartoszek A i wsp. Analiza czynników zwiększających ryzyko upadków wśród osób starszych mieszkających w środowisku domowym. Hygeia Public Health 2015, 50(2): 406-410
4. Bojczuk T i wsp. Upadki – wielki problem geriatryczny: postępowanie rehabilitacyjne. Young Sport Science of Ukraine; 2014(3): 30-38
5. Borowicz AM. Problem upadków u osób starszych. Kinezyterapia 2014; 2:21-26
6. Borowy P, Kumorek A. Upadki jako jedna z przyczyn inwalidztwa i zgonów. Konieczność prewencji i ograniczenia kosztów z tym związanych. https://www.echirurgia.pl/chirurgia_ortopedyczna/zlamanie_szyjki_kosci_udowej.htm
7. Broczek K. Najczęściej występujące problemy geriatryczne. <http://medisenior.pl/wp-content/uploads/2017/04/najczestsze-problemy-geriatryczne.pdf> (dostęp z dn. 10.11.2017)
8. Buczak-Stec E, Goryński P. Hospitalizacja z powodu upadków osób starszych w Polsce w roku 2010. Przegląd Epidemiologiczny 2013; 67:141-144
9. Cwanek J i wsp. Leczenie złamań szyjki kości udowej. Problemy Nauk Stosowanych 2017; 6: 119-126
10. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski JT. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 46(3): 313-318
11. Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A. (red.): Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Via Medica, Gdańsk 2006
12. Hawley C i wsp. Traumatic brain injuries in older adults—6 years of data for one UK trauma centre: retrospective analysis of prospectively collected data. EMJ Online First, published on January 4, 2017 as 10.1136/emmermed-2016-206506
13. Kubica JL. Ocena zależności pomiędzy ryzykiem upadków i sprawnością fizyczną a występowaniem upadków wśród pensjonariuszy prywatnych domów opieki. Hygeia Public Health 2015, 50(1): 177-182
14. Lewko J i wsp. Ocena narażenia na upadki a wydolność funkcjonalna wśród osób starszych w środowisku zamieszkania. Problemy pielęgniarstwa 2014; 22(2):159-164
15. Ogrodzka K, Ridan T. Postępowanie rehabilitacyjne po złamaniach w obrębie nasady bliższej kości udowej. Praktyczna fizjoterapia i Rehabilitacja 2013:58-63
16. Ołdak K i wsp. Ocena ryzyka upadku u starszych kobiet aktywnych fizycznie pochodzących z różnych środowisk zamieszkania. Gerontologia Polska 2013; 21(3): 75-82
17. Osiński W. Gerokinezyjologia. Nauka i praktyka aktywności fizycznej w starszym wieku. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013
18. Otremba I. Epidemiologia, etiologia i konsekwencje zdrowotne upadków u chorych leczonych na Oddziale Geriatrycznym. Problemy Pielęgniarstwa 2013;21(4):471-475
19. Szpringer M i wsp. Upadki i urazy wieku geriatrycznego. Studia Medyczne 2008; 9:77-81
20. Węgrzyn M. Wydłużanie życia ludności a problem zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach. Studia Ekonomiczne, 2014;167: 77-86
21. Wojszel B, Bień B, Przydatek M. Wielkie problemy geriatryczne: upadki. Borgis - Medycyna Rodzinna 2/2001: 83-86
22. Zapobieganie upadkom wśród osób starszych Bezpieczeństwo Osób Starszych – Urazy spowodowane wypadkami, <http://babinski.org.pl/wp-content/uploads/szkolenia/upadki.pdf>
23. Zapobiegaj upadkom. Upadkom można zapobiec. Przewodnik zapobiegania upadkom dla starszych osób. Australian Government, Department of Health and Ageing (wersja polskojęzyczna) [https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/44005E1FC94E760ACA257BF0001CABE1/\\$File/Falls-prevented-polish.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/44005E1FC94E760ACA257BF0001CABE1/$File/Falls-prevented-polish.pdf)
24. https://www.echirurgia.pl/chirurgia_ortopedyczna/zlamanie_szyjki_kosci_udowej.htm
25. <http://zdrowy-tryb.strefa.pl/konsekwencje.html>
26. <http://gazetalekarska.pl/?p=19204>

**PROCEDURA POSTĘPOWANIA Z PACJENTEM PO UPADKU
W WARUNKACH DOMOWYCH**

Autor: mgr Jerzy Jaskuła

Upadek – postępowanie

Upadek osoby starszej może być spowodowany potknięciem, utratą równowagi lub niezauważeniem przeszkody. Może być także spowodowany pogorszeniem stanu zdrowia np. nagłą utratą przytomności. Konsekwencje upadku również mogą być różnorodne (brak urazów, obrażenia ciała, utrata przytomności, nagle zatrzymanie krążenia). Poniżej przedstawiono kilka podstawowych pytań, na które należy odpowiedzieć sobie podczas udzielania pomocy podopiecznemu, który upadł:

1. Czy miejsce jest bezpieczne?

Czy nie występują inne zagrożenia? Czy nie ma ryzyka np. pożaru lub zaccadzenia tlenkiem węgla w łazience? Jeśli jest niebezpiecznie – natychmiast wezwij służby ratownicze i rozpocznij ewakuację, jeśli to możliwe.

2. Czy poszkodowana osoba reaguje?

Czy podopieczny zareagował na delikatne potrząśnięcie i zawołanie? Jeśli TAK – przejdź do punktu 5.

3. Jeśli nie reaguje, to czy poszkodowana osoba oddycha prawidłowo?

W przypadku problemów z oddychaniem sprawdź zawartość jamy ustnej (zwróć uwagę na luźne fragmenty zębów, protezy dentystyczne, nieprzeżute kawałki jedzenia albo treść pokarmową). Jeśli osoba poszkodowana nie reaguje i nie oddycha prawidłowo – oznacza to, że ma nagłe zatrzymanie krążenia. Wówczas należy natychmiast wezwać zespół ratownictwa medycznego (tel. 999), ułożyć poszkodowaną osobę na plecach, odsłonić klatkę piersiową i rozpocząć oburącz uciśnięcia klatki piersiowej na jej środku w tempie ok. 100-120razy/min na głębokość 5-6 cm.¹¹ W razie wątpliwości jak prowadzić resuscytację krążeniowo-oddechową, należy poprosić o pomoc dyspozytora medycznego.

4. Poszkodowany nie reaguje, ale oddycha prawidłowo

Pozostaw go w pozycji, w której go zastałeś i kontroluj co minutę czy oddycha prawidłowo. W razie problemów z utrzymaniem drożności dróg oddechowych – spróbuj delikatnie ułożyć osobę na boku.

5. Czy poszkodowana osoba doznała obrażeń ciała?

Jeśli tak – staraj się nie zmieniać ułożenia ciała poszkodowanej osoby. Jeśli jest widoczne zewnętrzne krwawienie – należy je natychmiast zatamować! Oglądnij całe ciało poszkodowanego, zwróć uwagę na potencjalne obrażenia głowy, ewentualny ból lub sztywność karku, zasinienia, rany, wzmożone napięcie mięśniowe lub bolesność wzdłuż kręgosłupa, oceń zniekształcenia w obrębie miednicy i kończyn. Urazy głowy, świeży ból w obrębie uda, miednicy, ramienia może wymagać dalszej diagnostyki przez personel medyczny.

6. Czy poszkodowana osoba ma niepokojące objawy?

Czy zgłasza ból lub dyskomfort w klatce piersiowej, czy ma niewyraźną mowę, opadający kącik lub osłabioną połowę ciała? Czy ma napad duszności? Jeśli rozpoznajesz niepokojące objawy – zadzwoń pod numer Tel. 999 i poproś o pomoc.

7. Gdy poszkodowana osoba jest przytomna, oddycha prawidłowo i nie podejrzewasz żadnych obrażeń ciała

- jeśli to możliwe, pomóż/spróbuj podnieść osobę po upadku na wózek/łóżko. Jeśli nie – zorganizuj dodatkowe osoby do pomocy.

Poproś o pomoc dodatkowe osoby. Zadbaj o swój kręgosłup – stań blisko poszkodowanego, unikaj skrętów własnego tułowia, utrzymuj plecy proste, wybierz pozycję gwarantującą równowagę własnego ciała (stań na rozstawionych nogach, przykleknij lub usiądź na podudziach (siad kłęczny)). Najbezpieczniejsze do podniesienia poszkodowanego jest wykorzystanie specjalnych urządzeń jak podnośniki, windy lub 8-osobowy zespół (po 3 osoby z każdej strony, 1 koordynująca przy głowie i jedna odpowiadająca za przytrzymanie łóżka/noszy). Jeśli nie ma tylu osób – rozważ, czy potrzebujesz wezwać dodatkową pomoc.

Upadek osoby starszej w warunkach domowych							
Sprawdź, czy jest bezpiecznie (np. czujnik czadu, pożar lub inne zagrożenia?)	NIE ➔	Natychmiast rozpocznij ewakuację, wezwij służby ratownicze (999/ 112)	Zadzwoń 999 Zbadaj w poszukiwaniu urazów (od głowy do stóp. Jeśli silny krwotok - zatamuj!	➔	Ogranicz poruszanie, pozycja zastana (jeśli pozwala swobodnie oddychać)	➔	Zadbaj o komfort ciepły, oceniaj oddech co 1 minutę
TAK ↓			↑				
Delikatnie potrząśnij za ramiona i zawołaj. Czy osoba reaguje?	NIE ➔	Udrożnij drogi oddechowe (usuń ciała obce z jamy ustnej i delikatnie odegnij głowę ku tyłowi)	Oceń przez 10 sek. Czy oddycha prawidłowo? (min 2 oddechy /10 sek.)	➔	Zadzwoń 999	➔	Rozpocznij uciśnięcia klatki piersiowej 5-6 cm, 100-120/min.
TAK ↓							
Zapytaj co się stało i czy coś boli?							
↓							
Zbadaj w poszukiwaniu urazów (od głowy do stóp) Jeśli silny krwotok - zatamuj! Uraz głowy, kręgosłupa, bądź biodra?	TAK ➔	Ogranicz poruszanie pozycja zastana Zadzwoń 999	➔	Zadbaj o komfort ciepły i wygodę (koc, poduszka, itp.)			
NIE ↓							
Ból w klatce piersiowej, zaburzenia mowy, ból głowy, opadający kącik ust, drgawki, nudności/ wymioty lub osoba nie pamięta, co się stało?	TAK ➔	Pozycja wygodna dla osoby, zadzwoń 999	➔				
NIE ↓							
Pomóż osobie się podnieść							
↓							
Powiadom o zdarzeniu personel medyczny (lekarza prowadzącego oraz pielęgniarkę/ fizjoterapeutę) i bliskich							
↓							
Obserwuj czy stan się nie pogarsza							
↓							
Udokumentuj zdarzenie (opis podejrzewanego przyczyny upadku, wysokość upadku, przebieg zdarzenia i skutek)							
↓							

Upadek osoby starszej w warunkach domowych							
Upewnij się, że środowisko pacjenta jest bezpieczne (zobacz: "Prewencja upadków")							
↓							
Upewnij się, że podopieczny przyjął normalnie posiłek oraz leki							
↓							
Udziel wsparcia psychicznego. Ból, lęk, świadomość braku niezależności - stanowi poważne wyzwania dla osób w wieku podeszłym po upadku							

PAMIĘTAJ!

Zadzwoń pod nr tel.: 999, jeśli poszkodowana osoba:

- nie reaguje,
- nie oddycha prawidłowo,
- nie może się poruszyć,
- inne niepokojące objawy.

- jeśli nie wiesz co zrobić - zapytaj dyspozytora medycznego (tel. 999)

- do podnoszenia osoby, która upadła zorganizuj jak najwięcej osób

Schemat postępowania po upadku dla osoby poszkodowanej:

1. Sprawdź czy doznałeś obrażeń ciała po upadku:

Czy możesz się ruszać? Czy coś Cię boli? Czy krwawisz? Spróbuj zatamować krwawienie (choćby elementem odzieży) i minimalizować poruszanie się, jeśli czujesz ból związany z urazem.

2. Wezwij pomoc:

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

3. Jeśli możesz się swobodnie podnieść:

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

4. Usiądź/położ się i odpocznij.

5. Miej przy sobie telefon.

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

6. Powiadom o każdym upadku:

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

Schemat postępowania dla opiekuna po upadku osoby poszkodowanej

Dla opiekuna:

Wzywając zespół ratownictwa medycznego (tel. 999) lub lekarza POZ, przygotuj się na przekazanie informacji dotyczących stanu zdrowia osoby poszkodowanej:

- nowych objawów i dotychczasowych dolegliwości,
- alergii,
- przyjmowanych leków przewlekle i doraźnie (oraz innych ziół i suplementów diety),
- przeszłości chorobowej (rozpoznanych chorób, pobytów w szpitalu),
- ostatnio spożywanego posiłku,
- wydarzeń poprzedzających upadek.

Przed przyjazdem zespołu ratownictwa medycznego lub lekarza POZ:

- upewnij się, że drzwi wejściowe nie są zamknięte na klucz,
- zapal światło w korytarzu/na posesji,
- zamknij w osobnym pomieszczeniu zwierzęta domowe,
- przygotuj dokumentację medyczną i dokument tożsamości poszkodowanej osoby,
- przygotuj leki, które osoba zażywa na co dzień.

Pamiętaj!

Pod numerem telefonu 999 pracuje dyspozytor medyczny - to osoba posiadająca zawód medyczny i co najmniej 5-letnie doświadczenie.

W razie wątpliwości co należy robić – poproś o podpowiedź, jak udzielić pomocy.

Literatura:

1. Borzym A. Upadki osób w podeszłym wieku – przyczyny, konsekwencje i zapobieganie, *Psychogeriatrya Polska* 2009; 6(2):81-88
2. Czerwiński E. i wsp. "Epidemiologia, znaczenie kliniczne oraz koszty i profilaktyka upadków u osób starszych", *Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja, MEDSPORTPRESS*, 2008; 5(6); Vol. 10, 419-428
3. Galus K, Kocemba J. (Red. wyd. polskiego): *MSD Podręcznik Geriatrii*. Wrocław: Urban & Partner, 1999. s.70 - 85.
4. Gavin D. Perkins i inni, *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015, Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation*,
5. *Guidance for safer handling during cardiopulmonary resuscitation in healthcare settings*, Working Group of the Resuscitation Council (UK), July 2015
6. „Raport” Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015, strona internetowa www.mpips.gov.pl, data wejścia 17.11.2017 r.
7. Red. J. Campbell, R. Alson „International Trauma Life Support – ratownictwo przedszpitalne w urazach”, wydanie polskie: *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2017 str. 366
8. Red. J. Campbell, R. Alson „International Trauma Life Support – ratownictwo przedszpitalne w urazach”, wydanie polskie: *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2017, str. 368-371
9. Red. J. Campbell, R. Alson „International Trauma Life Support – ratownictwo przedszpitalne w urazach”, wydanie polskie: *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2017, str. 293
10. Scuffham P, Chaplin S, Legood R (2003) Incidence and costs of unintentional falls in older people in the United Kingdom, *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003; 57 (9): 9 740-744.
11. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988; 319: 1701-1707.
12. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age, 2017

**FORMY I SPOSOBY PROWADZENIA PROFILAKTYKI
PRZECIWUPADKOWEJ**

Autor: dr n. med. Mariusz Saganowski, mgr Michał Głuchowski

Wstęp

Głównymi działaniami mającymi na celu zapobieganie upadkom są: działania przyczyniające się do przeżywania procesu starzenia się w sposób pomyślny, nie siejący spustoszenia w organizmie, podejmowanie ogólnej aktywności fizycznej, wykonywanie ćwiczeń pomagających w radzeniu sobie z konkretnymi problemami, stosowanie się do zaleceń lekarza rodzinnego i korzystanie z jego pomocy w razie wystąpienia niepokojących objawów, stosowanie zdrowej, pełnowartościowej diety, prowadzenie zdrowego trybu życia, a także dobrze dobrany ortopedyczny sprzęt pomocniczy, jak również edukację pacjenta i jego opiekunów o czynnikach ryzyka upadków, ich konsekwencjach i możliwościach zapobiegania im oraz oddziaływania zmieniające czynniki zewnętrzne na bardziej korzystne dla osób starszych.

Na podstawie opracowanych wyników badań przeprowadzonych dla European Network for Safty Among Eldery (EUNESE) wskazano 6 skutecznych interwencji, które mają na celu zapobiegać upadkom.

1. Bezpieczne otoczenie

Modyfikacje środowiskowe - w mieszkaniu

- Z bezpośredniego otoczenia seniora należy usunąć wszelkie zbędne przedmioty. Nie powinno się umieszczać nowych przedmiotów na trasie poruszania się seniora. Osoba w podeszłym wieku zapominając o nich, może się o nie potknąć.
- Należy usunąć dywany, dywaniki zwłaszcza mające tendencję do zwijania się, ozdobione frędzlami.
- Seniorzy chodząc mają tendencję do nieunoszenia stóp podczas stawiania kolejnego kroku co zwiększa ryzyko upadku poprzez zahaczenie o luźny lub łatwo przesuwany się dywan.
- Istotne jest uzupełnienie oświetlenia głównego o punktowe w zacienionych miejscach, ponieważ seniorzy mają upośledzoną zdolność adaptacji do kontrastującego oświetlenia.
- Celowe jest wyposażenie mieszkania seniora o nocne oświetlenie ułatwiające dotarcie do toalety lub innych często odwiedzanych miejsc w nocy.
- Należy zlikwidować progi między pomieszczeniami w mieszkaniu.
- Wszelkiego rodzaju instalacje przewodowe powinny być montowane w listwach przypodłogowych wzdłuż ścian lub pod podłogą.
W przeciwnym razie istnieje ryzyko zaczepienia o nie stopą i upadku.
- Noszenie bezpiecznego obuwia.

Obuwie

Właściwe obuwie ma istotne znaczenie w ograniczaniu ryzyka upadków.

Do istotnych cech obuwia należą:

- zapiętek zapewniający oparcie dla pięty przy chodzeniu i zapobiegający wysunięciu się stopy z obuwia,
- sznurowadła, sprzączki, lub rzepy dogodnie dostosowujące mocowanie obuwia do stopy seniora,
- szeroki i głęboki nosek zapewniający wygodę dla palców stóp poprzez dużo ilość miejsca,
- właściwy rozmiar obuwia zgodny z długością stopy osoby w podeszłym wieku,
- odpowiednio cienka podeszwa z bieżnikiem obuwia, nie zaburzająca i tak upośledzonego czucia oraz zapobiegająca poślizgnięciu,
- niski szeroki obcas zapewniający jak najlepszy kontakt z podłożem i zapobiegający poślizgnięciu.

Modyfikacje środowiskowe – strefa poza mieszkaniem

- zakaz umieszczania reklam na chodnikach na wysokości głowy przechodniów, gdyż zwiększa to ryzyko urazu i upadku
- instruktaż używania urządzeń typu balkonik lub laska najdogodniejszych pomocy stosowanych przy przemieszczaniu się
- noszenie okularów z filtrami, aby poprawić kontrast widzenia i uniknąć olśnień

- propagowanie codziennej aktywności fizycznej wśród seniorów minimum 30 minut dziennie lub na poziomie tolerowanym przez pacjenta
- dostosowanie środków komunikacji miejskiej do możliwości seniorów z obniżoną sprawnością – niskopodłogowe środki transportu
- wsparcie środowiskowe dla pacjentów pozostających w środowisku domowym poprzez ustrukturyzowaną pomoc lub wolontariuszy (odpowiednio przeszkoleni pracownicy socjalni i/lub opiekunowie) w wykonywaniu czynności dnia codziennego
- pomoc w adaptacji pomieszczeń w mieszkaniu seniora, aby zmniejszyć ryzyko upadków
- udostępnienie i edukacja używania technologii mających zastosowanie w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub upadku w celu wezwania pomocy (np. urządzenia telemedyczne).

2. Ćwiczenia fizyczne

Najlepszą efektywność w zmniejszaniu niebezpieczeństwa upadku osiąga właściwie prowadzona i podejmowana aktywność fizyczna. Stanowi ona zatem podstawowy element profilaktyki przeciwapadkowej. Działa ona korzystnie na układy i funkcje, których zaburzenia mają największe znaczenie w patogenezie upadków. Ruch bowiem poprawia stan i działanie mięśni, kości, stawów, układu krążenia, układu oddechowego oraz proprioceptywnego, a także wyrabia prawidłowe wzorce chodu oraz ułatwia utrzymanie stabilnej postawy zarówno podczas stania jak również w czasie lokomocji.

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

- trening siły
- trening równowagi
- trening wytrzymałościowy

Ćwiczenia siłowe powinny być wykonywane dwa razy tygodniowo po dwadzieścia minut z użyciem taśmoporowych, hantlioporustawianego przez fizjoterapeutę lub korzystając z urządzeń do ćwiczeń siłowych. W trakcie treningu indywidualnego lub grupowego powinny być zaangażowane najważniejsze grupy mięśniowe. Liczba powtórzeń każdego z 8-10 ćwiczeń powinna wynosić 8-12.

Ćwiczenia sensomotoryczne korzystnie wpływają na równowagę i zmniejszają prawdopodobieństwo zdarzenia niepożądanego jakim jest upadek. Mają tu zastosowanie ćwiczenia równoważne, koordynacyjne i rozciągające, które powinny być wykonywane codziennie przez dziesięć minut. Ważne jest zachowanie prawidłowej postawy pacjenta i w tym celu można na głowie pacjenta dodatkowo położyć woreczek z piaskiem.

Trening wytrzymałościowy w profilaktyce upadków odgrywa dużą rolę. Najbardziej korzystne dla zdrowia wysiłki submaksymalne powinny być stosowane co najmniej dwa razy w tygodniu przez co najmniej dwadzieścia minut.

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

3. Wielokierunkowe programy zapobiegania upadkom

z zastosowaniem różnych podejść, m.in. klinicznego, edukacyjnego czy związanego z otoczeniem

Seniorzy i ich opiekunowie oraz specjaliści ochrony zdrowia powinni być objęci edukacją na temat problematyki upadków, znajomości czynników ryzyka i ich eliminacji oraz promocji aktywności fizycznej pielęgnującej sprawność. Uczestnicząc w takich programach edukacyjnych osoba starsza i jej opiekunowie zdobywają wiedzę i umiejętności w zakresie zachowań redukujących niebezpieczeństwo upadku, takich jak spokojne, etapowe zmienianie pozycji ciała, wystrzeganie się gwałtownych manewrów

czy zwrotów ciała, zaniechanie prób dosięgania rzeczy, które leżą wysoko na meblach. Można dowiedzieć się również o konieczności i sposobach dobrego nawadniania osoby starszej, co istotnie zmniejsza zagrożenie spadkiem ciśnienia i omdleniem.

W grupach wysokiego ryzyka z licznymi czynnikami ryzyka upadków, po 75 roku życia, z ograniczoną sprawnością powinny być wdrożone działania interwencyjne ograniczające prawdopodobieństwo wystąpienia upadków i urazów. Do tych interwencji należą rehabilitacja, poprawa sprawności funkcjonalnej i bezpieczeństwa środowiskowego, utrzymanie optymalnego stanu zdrowia i farmakoterapii. Skutkiem takiego postępowania powinno być zmniejszenie ryzyka złamań, a także utrzymanie lepszego stanu fizycznego i zdrowotnego co zwiększa szansę na zakwalifikowanie do operacyjnego leczenia złamania gdyby do niego doszło oraz pozytywnie wpłynąć na proces rehabilitacji po urazie.

4. Profilaktyka i leczenie osteoporozy

Należy zadbać o właściwą dietę, bogatą w wapń i witaminę D w celu zmniejszenia ryzyka złamań kości. Ważna jest także ekspozycja na światło słoneczne oraz ruch.

5. Kontrola przyjmowanych leków oraz stosowanie się do zaleceń lekarza

Kolejnym filarem profilaktyki przeciwupadkowej jest właściwa diagnostyka przyczyn objawów prezentowanych przez pacjenta geriatrycznego, a także właściwe leczenie zidentyfikowanych schorzeń. Szczególnie niebezpieczne, jeśli chodzi o zagrożenie upadkiem są zaburzenia w obrębie układu krążenia, oddechowego, nerwowego, a także narządu wzroku. W podeszłym wieku schorzenia w tych obszarach są bardzo częste, począwszy od nadciśnienia, przez zaburzenia rytmu serca, które mogą prowadzić do omdleń po chorobę wieńcową i niewydolność serca grożące utratą przytomności i upadkiem a także zdecydowanie ujemnie wpływające na ogólne funkcjonowanie. Niewydolność oddechowa czy POChP także przyczyniają się do zmniejszenia wydolności fizycznej zwiększając ryzyko przewrócenia się. Zaburzenia neurologiczne takie jak stany poudarowe, niedowłady, czy polineuropatie, a także zaburzenia proprioceptywne, jak łatwo się domyślić, również nie pozostają bez wpływu na stabilność postawy czy chód, powodując wzrost niebezpieczeństwa upadku.

Kontrola przyjmowanych leków ma na celu bezpieczeństwo pacjenta, ponieważ niektóre leki mogą powodować senność, czy zawroty głowy, zwiększając ryzyko upadków. Gdy pacjent przyjmuje wiele leków, niektóre mogą wchodzić ze sobą w reakcje, dlatego ważne jest aby właściwie ustawić farmakoterapię.

6. Urządzenia pomocnicze

Pomoce techniczne ułatwiające chodzenie (laski i balkoniki) mogą zapewnić większą stabilność i zmniejszyć ryzyko upadania. Powodują one zwiększenie podstawy podparcia i zwiększają kontakt z podłożem w czasie stania i chodzenia. Mogą one również zmniejszać lęk przed upadkiem.

W profilaktyce złamania biodra szczególnie popularne w Niemczech i krajach skandynawskich jest noszenie ochraniaczy stawu biodrowego. Mimo, że są nieatrakcyjne i nieporęczne to dają wsparcie psychologiczne osobom starszym lękającym się upadków.

Wibrujące wkładki sensomotoryczne do obuwia mogą zwiększać funkcje motoryczne i sensoryczne. Poprawiają one równowagę i zwiększają stabilność osób starszych.

Strategie profilaktyczne w zależności od czynnika ryzyka upadku

Czynnik ryzyka upadku	Strategia profilaktyczna
Słabość	indywidualny program poprawy siły mięśniowej oraz ciągłe uczestnictwo w ćwiczeniach grupowych poprawiających sprawność
Utrata gibkości i zakresu ruchów	ćwiczenia rozciągające i poprawiające zakres ruchów
Niski lub wysoki wskaźnik masy ciała	porada dietetyczna, diagnostyka w kierunku depresji i/ lub schorzeń powodujących zaburzenia wagi
Zaburzenia widzenia	konsultacja okulistyczna i korekta wzroku jeżeli możliwa oraz szkolenie pacjenta w ocenie ryzyka środowiskowego, by minimalizować ryzyko przy ograniczonej zdolności widzenia
Ograniczenie aktywności	zalecenie uczestniczenia w lokalnych programach rekreacyjnych adekwatnych z możliwościami danej osoby oraz stworzenie programu usprawniania skierowanego na specyficzne umiejętności wymagane do udziału w zajęciach
Upośledzenie czuciowe	gimnastyka nakierowana na zwiększenie siły kończyn dolnych, w tym tai-chi, nauczanie pacjenta dbałości o stopy oraz wykorzystania bodźców wzrokowych i słuchowych kompensujących funkcję równowagi oraz zastosowanie wkładek wibracyjnych w butach
Zaburzenia poznawcze	optymalizacja farmakoterapii, zachowanie bezpiecznego i spójnego otoczenia przy współdziałaniu opiekunów oraz udział w programach aktywności fizycznej dostosowanych do stopnia zaburzeń otępiennych
Osteoporoza	ćwiczenia przenoszenia ciężaru ciała, farmakoterapia w tym suplementacja witaminy D, ewentualne stosowanie ochroniaczy na biodra. Właściwe odżywianie z zaspakajanie potrzeb żywieniowych zwłaszcza w zakresie podaży wapnia
Sarkopenia	właściwe odżywianie z odpowiednią podażą białka przy braku przeciwwskazań i odpowiednia rehabilitacja
Zaburzenia chodu	program reedukacji chodu, stosowanie urządzeń wspomagających chód, ćwiczenia równowagi
Zaburzenia równowagi	wykonywanie właściwych ćwiczeń w pozycji stojącej
Bóle stawów	program usprawniania zmniejszający dolegliwości bólowe oraz fizykoterapia

Czynnik ryzyka upadku	Strategia profilaktyczna
Hipotonia ortostatyczna	o ile możliwe i celowe to eliminacja leków potencjalnie odpowiedzialnych i/ lub diagnostyka innych przyczyn, odpowiednia rozciągnięta w czasie zmi- ana pozycji z leżącej poprzez siedzącą do stojącej poprzedzona aktywnymi ruchami kończyn dolnych zwłaszcza serią szybkich ruchów zginania w stawach skokowych oraz używanie elastycznych pończoch lub pasa biodrowego, a także unikanie wysiłku po posiłkach
Polipragmazja (zażywanie wielu leków jednocześnie)	eliminacja zbędnych leków i modyfikacja farmakoterapii
Niebezpieczne otoczenia	ocena środowiska i eliminacja zbędnych niestabilnych przedmiotów, instalacja poręczy i uchwytów oraz właściwe oświetlenie

Literatura:

1. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski JT. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. *Hygeia Public Health* 2011; 46(3): 313-318.
2. EUNESE. Zapobieganie upadkom wśród osób starszych. <http://babinski.org.pl/wp-content/uploads/szkolenia/upadki.pdf>
3. Guccione AA i in. *Fizjoterapia kliniczna geriatryi*. Elsevier 2014: 389-419
4. Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A. Geriatria z elementami gerontologii ogólne. *Via Medica* 2006:123-133
5. Gryglewska B, Grodzicki T. *Vademecum Geriatrii dla Lekarza Praktyka*. Via Medica 2016: 48-61
6. Lesley K, Bowker i in. *Oxford Handbook of Geriatric Medicine*. Oxford University Press 2015: 101-124.
7. Majchrzyk I. Upadki u osób w podeszłym wieku – praktyczne spojrzenie na rolę pielęgniarki w profilaktyce. *Geriatria i opieka długoterminowa*; 2016 (7): 8-11.
8. Mudroch I i in. *Stany nagłe w geriatryi*. Edra Urban & Partner ; Wrocław 2017: 123-139 i 161-174
9. Nowicki G, Rzońca P i in. Urazy wieku geriatrycznego w praktyce Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. *Gerontologia Polska* 2015; 2:47-54.
10. *Polsenior – Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*: red Małgorzata Mosakowska, Andrzej Więcek, Piotr Błędowski: Termedia 2012; rozdz. 15: Anna Skalska, Barbara Wizner, Alicja Klich-Rączka, Karolina Piotrowicz, Tomasz Grodzicki ; Upadki i ich następstwa w populacji osób starszych w Polsce; 275-294.
11. Pytlak MA, Tomska N, Bohatyrowicz A i in, Influence of selected demographic factors factors on traumas In persons over 65 years of age reporting to the Hospital Maeical Ward. *Family Medicine& Primary Care Review* 2016; 18: 49-53.
12. Reuben DB i in. *Geriatrics at your fingertips*. American Geriatrics Society; 2016: 113-120
13. Rosenthal T i in. *Geriatria* 2009:187-196
14. Skalska A. Nawracające upadki w: *Geriatria w przypadkach klinicznych* (red) Gryglewska B, Grodzicki T. *Via Medica* 2015: 89-94.
15. Wiczerowska-Tobis K. *Fizjologia w geriatryi*. PZWL 2015: 82-93
16. Wiczerowska-Tobis K. *Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne*. PZWL 2010: 247- 254
17. Wiczerowska-Tobis K, Talarska D, Zasadzka E. *Upadki jako wielki zespół geriatryczny*. Wydawnictwo VERLAG DASHOFER Sp. z o.o. 2013.

**ROLA ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH W PROFILAKTYCE
PRZECIWUPADKOWEJ**

Autor: mgr Michał Kozdroń

Starzenie się organizmu obejmuje inwolucyjne procesy motoryki, u których podstaw leżą zmiany biologiczne. Zmiany te zachodzą we wszystkich narządach, prowadząc do znacznego zmniejszenia zakresu ruchomości w stawach, do pogorszenia elastyczności tkanek i zmniejszenia siły mięśniowej. W trzeciej dekadzie życia występuje szczyt rozwoju motoryczności, po czym zaczyna się regres – na początku powolny, ale z czasem narastający.

Zmianom starczym podlega przede wszystkim centralny układ nerwowy.

Znaczne ograniczenie procesów nerwowych powoduje zmniejszenie zdolności ruchowego dostosowania się do środowiska, reagowania ruchem na zmieniające się sytuacje, możliwość wykonywania bardziej skomplikowanych czynności. Jednym z najbardziej widocznych objawów starzenia się organizmu jest brak spontanicznej potrzeby ruchu, zmniejszenie szybkości ruchów, przewaga procesów hamowania nad procesami pobudzenia, znaczne utrudnienie uczenia się motorycznego. Stereotypowość ruchów i zautomatyzowanie trudno podlegają zmianom, a jednocześnie zmniejsza się efektywność wykonywanej pracy. Tempo starzenia się zdolności jest zróżnicowane. Wartość szczytową najwcześniej osiąga siła dynamiczna i poczucie równowagi, później szybkość i zwinność, a na samym końcu wytrzymałość. Im większe jest zaangażowanie człowieka w aktywność ruchową, większe oddziaływanie na te cechy, tym później następuje regres.

W starszym wieku można zauważyć tendencję do ograniczania wysiłków fizycznych w codziennym życiu, dążenie to komfortu fizycznego (lenistwo ruchowe), eliminowanie wysiłków fizycznych w ramach troski o własne zdrowie. Zmniejsza się również tempo wykonywania ruchów. Ulega ograniczeniu czas reagowania ruchem na bodźce oraz płynność i elastyczność wykonywanych czynności ruchowych (skutek: większa liczba upadków wśród osób starszych, na co ma wpływ brak odpowiedniej reakcji na zaistniałą sytuację oraz spadek siły mięśniowej). Coraz bardziej jest ograniczona ruchomość w stawach kończyn dolnych, górnych i w stawach kręgosłupa. Zanika zdolność do wykonywania bardziej skomplikowanych ruchów, np. asymetrycznych lub do wykonywania kilku czynności na raz.

Wyraźnemu pogorszeniu ulegają:

- siła mięśniowa: zmniejszenie masy mięśniowej; spadek liczby włókien mięśniowych i przez to obniżenie siły mięśniowej. Utrata masy mięśniowej postępująca wraz ze starzeniem się ma razem z występującym spadkiem siły mięśniowej duży wpływ na organizm. Między 30 a 90 rokiem życia siła mięśniowa zmniejsza się nawet o ponad połowę,
- wytrzymałość: maleje zdolność adaptacyjna do długotrwałych wysiłków oraz szybkiego powrotu do stanu równowagi organizmu,
- szybkość: ulega obniżeniu wcześniej niż inne zdolności motoryczne; m.in. wydłuża się czas reakcji ruchem na bodziec,
- gibkość: ograniczenie ruchomości i obszerności ruchu we wszystkich stawach.

Pogorszeniu ulega również sprawność motoryczna. Między 50. a 60. rokiem życia można zaobserwować nasilenie zmian inwolucyjnych zdolności motorycznych, przy czym od 60. roku życia do 70. następuje spowolnienie tych zmian. Osłabienie reakcji na bodźce, pogorszenie pamięci oraz narządu wzroku i słuchu, problemy z utrzymaniem równowagi doprowadza najczęściej do utraty wiary we własne siły, możliwości oraz sprawności.

W tabeli 1 przedstawiono rolę, jaką odgrywa aktywność ruchowa w poszczególnych etapach życia człowieka. Można zauważyć, iż w wieku 65 – 74 lata główną rolą regularnej aktywności ruchowej jest zachowanie zdolności lokomocyjnych, sprawności w zakresie samodzielnego funkcjonowania oraz uczestniczenia w życiu społecznym.

Zauważalne są także zmiany w pomiarach antropometrycznych. Między 30. a 90. rokiem życia wysokość ciała zmniejsza się o około 5%, a ciężar ciała o około 12%. Poważne zmiany zachodzą również w strukturze ciała; zanikająca w ok. 30% tkanka mięśniowa i włókna mięśniowe zastępowana jest rozrastającą się tkanką łączną.

Tab. 1. Rola aktywności ruchowej w różnych etapach życia (opracowanie własne, źródło: Spirduso, Francis, Mac Rae, 2005)

Opis	Wiek (lata)	Rola aktywności ruchowej
Niemowlęta, małe dzieci	0-2	Mobilność
Dzieci	3-12	Mobilność, rozwój tożsamości, szacunek do siebie, rekreacja, interakcje społeczne
Nastolatki	13-17	Rozwój tożsamości
Młodzi dorośli	18-24	Szacunek do siebie, rekreacja, interakcje społeczne
Dorośli	25-44	Rekreacja, szacunek do siebie, interakcje społeczne
Wiek średni – dorośli	45-64	Szacunek do siebie, utrzymywanie pracy i funkcji Utrzymanie mobilności i pracy, rekreacja, interakcje społeczne
Młodzi-starzy	65-74	Utrzymanie mobilności i pracy, rekreacja, interakcje społeczne
Starzy	75-84	Mobilność, aktywność codzienna (jedzenie, kąpiel, ubieranie się, chodzenie, interakcje społeczne) sprawność gospodarska m.in.: gotowanie, pranie
Starzy-starzy	85-99	Mobilność, aktywność codzienna, niezależność
Najstarsi-starzy	100+	Mobilność, aktywność codzienna, niezależność

Wraz ze starzeniem się organizmu często występuje hipokinezja (niedobór ruchu), czyli dysproporcja pomiędzy zwiększającym się obciążeniem układu nerwowego, a zmniejszającym się obciążeniem układu ruchowego. Prowadzi do zaburzeń w zakresie układów: sercowo-naczyniowego, trawiennego, autonomicznego oraz neuropsychicznego. Z postępującym starzeniem się organizmu oraz występowaniem hipokinezji nasila się zwolnienie przemiany materii, przewaga procesów katabolicznych, upośledzenie biosyntezy białek, zmniejszenie objętości płynów ustrojowych, zmniejszenie wydolności organizmu, zmniejszenie odporności, spadek zdolności adaptacyjnych. Z wiekiem pojawiają się także typowe zmiany postawy ciała i poruszania się związane z obniżeniem siły mięśniowej, równowagi, szybkości reakcji i koordynacji. Wszystkie te objawy nasilają się pod wpływem niewłaściwego stylu życia, a w nim braku dostatecznej aktywności fizycznej oraz współwystępujących chorób.

Brak aktywności można zaliczyć do niezależnych czynników ryzyka. Mówi się nawet o ryzyku przynależnym populacji, tzn. PAR (Population-Attributable Risk). Ograniczenie aktywności fizycznej prowadzi do wielu chorób cywilizacyjnych, w tym otyłości, cukrzycy, miażdżycy, nadciśnienia tętniczego, chorób narządu ruchu i kręgosłupa. Podejmowana w starszym wieku aktywność fizyczna wpływa na utrzymanie wydolności fizycznej na odpowiednim poziomie oraz stanowi profilaktykę przeciwpadkową. Racjonalna aktywność ruchowa pozwala osobom starszym zachować do późnej starości aktywność lokomocyjną, samoobsługową oraz społeczną.

Spadek aktywności i sprawności ruchowej (dotyczy to również sprawności w czynnościach życia codziennego) jest nie tylko wynikiem postępujących procesów starzenia się organizmu, ale również zupełnie nieuzasadnionym ograniczaniem własnej aktywności, na które z jednej strony składa się dążenie do komfortu fizycznego, z drugiej zaś przesadna troska o zdrowie (w tym lęk przed unieruchomieniem, np w konsekwencji upadku). Należy także pamiętać, że aktywność fizyczna jest jedynym czynnikiem, który może utrzymać obniżającą się z wiekiem wydolność fizyczną, potrzebną do samodzielnego i niezależnego życia.

Regularna aktywność fizyczna ma również pośredni wpływ na długość życia, poprawę wydolności fizycznej, mobilności oraz wydłużenie okresu aktywności funkcjonalnej w życiu codziennym. Dla jakości życia w starszym wieku sprawność funkcjonalna ma większe znaczenie niż ogólny stan fizyczny i niektóre choroby, bowiem sprawność funkcjonalna oznacza zdolność uporania się z wyzwaniami życia codziennego.

Regularna aktywność fizyczna może spełniać w przypadku osób w podeszłym wieku m.in. takie istotne funkcje jak stymulacyjną (wzmacnianie procesów życiowych, wspomaganie naturalnych, genetycznych możliwości człowieka bodźcami fizycznymi lub sytuacyjnymi), adaptacyjną (przygotowanie

człowieka do zadań życiowych, to bowiem warunkuje przetrwanie), korektywną (likwidowanie i ograniczanie odchyłek w funkcjonowaniu człowieka, wykraczających poza przyjęte normy) i kompensacyjną (wyrównywanie obiektywnie istniejących lub subiektywnie odczuwanych braków w jednej dziedzinie działalności człowieka przez wzmożoną aktywność w innej).

Tab. 2 Wpływ starzenia się i ćwiczeń na cechy morfologiczne i sprawność fizyczną wg J.S. Skinnera (źródło: Szwarz, Wasilewską, Wolańską 1986)

Zmienna	Wpływ starzenia się	Wpływ aktywności fizycznej
Budowa ciała		
Masa ciała	Wzrasta do 60. r.ż., a potem się zmniejsza	Zmniejsza się lub bez zmian po 60. r.ż.
Tkanka tłuszczowa	Wzrasta do 60. r.ż., a potem się zmniejsza	Zmniejsza się
Masa tkanki mięśniowej	Maleje	Wzrasta
Całe ciało (ciężar właściwy)	Maleje	Zwiększa się
Sprawność motoryczna		
Siła	Maleje	Zwiększa się
Wytrzymałość	Maleje	Zwiększa się
Szybkość	Maleje	Zwiększa się
Moc	Maleje	Zwiększa się
Równowaga	Maleje	Zwiększa się
Siła mięśniowa	Nieco maleje	Zwiększa się
Koordinacja nerwowo – mięśniowa		
Dokładność	Bez zmian	Bez zmian
Ogólna sprawność motoryczna	Maleje	Wzrasta

Wśród ok. 80 – 85% osób po 60. roku życia często występuje przynajmniej jedna choroba przewlekła. Do najczęściej występujących w tym wieku chorób, w których profilaktyką jest ruch, zalicza się osteoporozę, bóle kręgosłupa, choroby reumatyczne, choroby układu krążenia, nadwagę i cukrzycę II stopnia oraz stres. Preferowane formy ruchowe w profilaktyce chorób (biorąc pod uwagę bezpieczeństwo i dostępność) to najczęściej gimnastyka (ćwiczenia aerobowe, siłowe, gibkościowe, koordynacyjne, równoważne, relaksacyjne) oraz marsze (preferowane na świeżym powietrzu, z wykorzystaniem kijów nordic walking).

Można stwierdzić, iż w starszym wieku należy szczególną uwagę zwrócić na aktywność ruchową, może ona bowiem zapobiegać zniedołężnieniu i chorobom wieku podeszłego, jak również jest pomocna w procesie rehabilitacyjnym. Wysilek fizyczny korzystnie wpływa na cały organizm. Stymuluje czynności układu nerwowego (łagodzi stany nerwicowe i łagodzi zaburzenia snu), układu oddechowego (zwiększa się ruchomość klatki piersiowej, przepony i wentylacja) i krwionośnego (powoduje przerost włókien mięśnia sercowego, następuje lepsze zaopatrzenie serca i tkanek w tlen). Regularna aktywność fizyczna może w znacznym stopniu przyczynić się do spowolnienia procesu starzenia się i zapewnić większą samodzielność i niezależność w życiu codziennym, jest więc szansą na poprawę jakości życia osób w wieku podeszłym, szansą na pomyślne starzenie się (successful aging).

Istotnym elementem zapobiegania upadkom u osób w starszym wieku są badania oceniające aktualny stan zdrowia oraz działania edukacyjne i usprawniające (ćwiczenia fizycznej). Z badań wynika, że w grupie szczególnie zagrożonej upadkami są te osoby, które już wcześniej go doświadczyły.

Zalecane działania profilaktyczne obejmują:

- poprawę bezpieczeństwa w najbliższym otoczeniu (m.in. zniwelowanie barier architektonicznych, występujących w miejscu zamieszkania),
- rozpoznanie istniejących chorób oraz właściwe ich leczenie,

- modyfikację farmakoterapii (m.in. dobranie leków, które nie będą powodowały problemów z utrzymaniem równowagi),
- zaopatrzenie w sprzęt pomocniczy (balkoniki / laski, które stanowią dodatkowy punkt podparcia),
- wprowadzenie ćwiczeń fizycznych, ukierunkowanych na zachowanie równowagi i prawidłowego chodu oraz zwiększających siłę mięśni tzw. posturalnych i zakres ruchu w stawach,
- edukację pacjenta i rodziny ukierunkowaną na bezpieczne zachowania.

W ocenie stanu zdrowia szczególną uwagę należy zwrócić na sprawność układu nerwowego oraz mięśniowo-szkieletowego (zakres ruchów w stawach, poprawność chodu, utrzymanie równowagi i siły mięśniowej), występowanie u badanego spadków ciśnienia tętniczego, zaburzeń pracy serca, zaburzeń widzenia. Do oceny poziomu sprawności fizycznej osoby starszej można wykorzystać dostępne skale oraz testy sprawności, ukierunkowane głównie na utrzymanie równowagi podczas chodu oraz wykonywanie podstawowych czynności (czynności życia codziennego). Do oceny sprawności fizycznej można posłużyć się testem wstań i idź (Up and go), testem Tinetti (do oceny równowagi i chodu) czy Senior Fitness Test (ocena takich parametrów u osób starszych jak siła mięśniowa, wydolność, gibkość, zdolności motoryczne - siła, szybkość, zwinność, równowaga).

Ukierunkowana aktywność fizyczna powinna mieć charakter profilaktyczno-leczniczy. Proponowane ćwiczenia należy dostosować do możliwości i oczekiwań jednostki / grupy, zadbać o różnorodność działań, regularne, sprawiać przyjemność ćwiczącym oraz mieć interdyscyplinarny charakter.

Wskazania dotyczące formy aktywności i częstotliwości ćwiczeń u osób 65+ zamieszczono w tabeli 3.

Tab. 3 Wskazania dotyczące poziomu i form aktywności fizycznej (źródło: Osiński, 2013)

Przynajmniej 30 minut aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności (5 dni w tygodniu, a najlepiej codziennie) lub zamiennie 20 minut intensywnej aktywności fizycznej (3 dni w tygodniu) – aktywność ta może być dzielona na bloki 10-minutowe
8-10 ćwiczeń ukierunkowanych na siłę mięśniową (po 8-12 powtórzeń), co najmniej 2-3 dni w tygodniu
Ćwiczenia ukierunkowane na utrzymanie gibkości
Ćwiczenia z oporem, ćwiczenia ukierunkowane na równowagę i koordynację (profilaktyka osteoporozy i upadków)

W przypadku grupy osób starszych należy pamiętać, że przy przygotowywaniu programu ćwiczeń należy wziąć pod uwagę duże zróżnicowanie stanu zdrowia w tej grupie oraz heterogeniczność tej grupy pod względem kondycji fizycznej. W grupie osób starszych u większości występuje wielochorobowość, gdzie każda z dolegliwości najczęściej ma odrębne zalecenie dotyczące aktywności fizycznej. Typowym objawem w procesie starzenia się jest osłabienie układu mięśniowo-szkieletowego, zmniejszenie możliwości siłowych - w konsekwencji prowadzi to do ograniczenia sprawności funkcji chodzenia (zwiększenie liczby upadków), spowolnienie możliwości lokomocyjnych oraz nieporadności ruchowej. Jak podaje Osiński istnieją progi fizycznej i fizjologicznej sprawności, poniżej których osoba starsza nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować. Osoby mało aktywne próg ten osiągają ok. 70.-80. roku życia, natomiast osoby podejmujące regularną aktywność fizyczną mogą opóźnić ten wiek o ok. 10-20 lat. Badania pokazują, że u osób o bardzo niskiej sprawności fizycznej niebezpieczeństwo śmierci wzrasta 8-krotnie.

Przed przystąpieniem do ćwiczeń fizycznych instruktor prowadzący ćwiczenia powinien uzyskać możliwie dużo informacji m.in. dotyczących wytrzymałości tlenowej, siły mięśniowej, równowagi ciała osoby przystępującej do ćwiczeń. Tylko na podstawie rzetelnych informacji można dobrać odpowiednie ćwiczenia, które przyniosą zamierzony efekt. Warto pamiętać o tym, że w ostatnich latach zmniejsza się zdecydowanie zakres bezwzględnych przeciwwskazań do podejmowania aktywności fizycznej, natomiast znacząco poszerza się obszar zaleceń. Zalecane grupy ćwiczeń wraz z zadaniami funkcjonalnymi które one wspierają przedstawiono w tabel 4 (poniżej).

Tab. 4 Rodzaje treningu oraz przypisane im zadania funkcjonalne (źródło: Osiński, 2013)

Rodzaj ćwiczeń	Zadanie funkcjonalne	Uwagi
Trening wytrzymałości aerobowej	Chodzenie i uczestniczenie w wydarzeniach, aktywność codzienna: odkurzanie, grabienie liści, wejście na schody	Trening ten stanowi podstawę rozwoju i utrzymania wydolności wysiłkowej, sprawności serca i płuc Formy aktywności: marsze, nordic walking, taniec, pływanie, jazda na rowerze w plenerze lub na stacjonarnym
Trening górnej części ciała i tułowia z obciążeniem	Unoszenie i utrzymanie wnuka na rękach, podniesienie bagażu ponad głowę, noszenie zakupów, otwieranie ciężkich drzwi, prace w ogrodzie, mycie okien	Powinien angażować duże partie mięśniowe; Co najmniej 2 razy w tygodniu, ale nie więcej niż 3 razy (pożądana przerwa 48-godzinna między kolejnymi zajęciami)
Trening dolnej części ciała z obciążeniem	Wstawanie z podłogi, siadanie i wstawanie z krzesła, wychodzenie z wanny, wejście na schody, pokonywanie krawężnika podczas chodzenia	
Trening gibkości górnej części ciała	Skręcanie głowy podczas chodzenia (rozglądanie się), możliwość drapania się po plecach, sięganie na półkę ponad głowę, czesanie się	Ćwiczenia rozciągające powinny być realizowane 2-3 razy w tygodniu Korzyści: poprawa gibkości, lepsza równowaga i zwinność Formy aktywności: ćwiczenia z elementami tai-chi, jogi
Trening gibkości dolnej części ciała	Zakładanie butów lub skarpet, higiena stóp, obcinanie paznokci	
Trening równowagi i ogólnej ruchliwości	Bezpieczny spacer, dostosowanie do trudnych warunków pogodowych, pokonywanie krawężników, stopni schodów, odpowiednia reakcja na nieoczekiwaną utratę równowagi	Ćwiczenia z zakresu równowagi powinny być dodawane progresywnie (jako część treningu siły i koordynacji)

W przypadku ukierunkowania aktywności fizycznej na zapobieganie upadkom na szczególną uwagę zasługują ćwiczenia siłowe (w tabeli: trening z obciążeniem) oraz ćwiczenia na poprawę równowagi i koordynacji. Ćwiczenia z tych grupy mają istotny wpływ na minimalizowanie kontuzji, pozwalają na utrzymanie odpowiedniego poziomu tkanki mięśniowej, łagodzą skutki upadków, pozwalają zachować samodzielność i niezależność.

Dobrze dobrane ćwiczenia siłowe oddziałują pozytywnie na wzmocnienie mięśni stabilizujących kręgosłup, przeciwdziałają osteoporozie i sarkopenii.

W tej grupie ćwiczeń można wyróżnić:

- ćwiczenia z obciążeniem zewnętrznym (hantle, gumy, lekkie sztangi, ćwiczenia na przyrządach na siłowni, opór partnera),
- ćwiczenia z obciążeniem własnego ciała.

W przypadku osób starszych zalecenie dotyczące intensywności oraz obciążenia należy dobierać indywidualnie (zarówno rodzaj ćwiczeń, liczbę serii, liczbę powtórzeń w serii, czas przerw pomiędzy nimi).

Ćwiczenia ukierunkowane na poprawę koordynacji i równowagi mają charakter zarówno prewencyjny, jak i terapeutyczny. Sprzyjają redukcji niebezpiecznych upadków w grupie osób 65+. Należy zwrócić uwagę na płynność ruchów, swobodę ich wykonania (zdecydowanie mniej istotne jest odtworzenie perfekcyjnie ruchu). W przypadku ćwiczeń równoważnych nie wykorzystuje się ćwiczeń na ławeczkach czy równoważniach – wystarczy linia narysowana na podłodze. Skuteczne są także ćwiczenia w wodzie czy też na sali z wykorzystaniem przyborów (np. niestabilne podłoże – grube materace, aero-dyski).

Rekomendowane formy aktywności fizycznej bądź ćwiczeń dla osób starszych, wpływające korzystnie na minimalizowanie ryzyka upadków (możliwe do samodzielnego wykonywania po uprzednim instruktarzu ze strony fizjoterapeuty lub instruktora rekreacji ruchowej w zakresie poprawności wykonywania ćwiczeń):

1. intensywne marsze lub nordic walking: naturalna forma ruchu, dostępna dla większości, możliwa do podejmowania przez osoby o zróżnicowanym poziomie sprawności. Nordic walking jest świetną formą aktywności dla osób starszych, gdyż odbywa się w plenerze i pozwala zaangażować ok. 90% mięśni całego ciała (poprawna technika marszu z kijami pozwala zaangażować górną część ciała, tułów, obręcz barkową), poprzez zastosowanie kijów uzyskuje się efekt odciążenia kończyn dolnych oraz występuje większe poczucie bezpieczeństwa (kije stanowią dodatkowe punkty podporu w przypadku utraty równowagi);

2. ćwiczenia siłowe: przyrost siły mięśniowej zabezpiecza przed upadkami, zmniejszają ryzyko osteoporozy; szczególnie należy skupić się na mięśniach w obrębie tułowia, pośladków, ud oraz podudzi; przykładowe ćwiczenia (bez opisu wykonania):

- pompki przy ścianie
- przysiady (do pozycji siadania na krześle)
- wchodzenie na stopień
- wspięcie na palce
- spinanie miednicy w pozycji leżącej

3. ćwiczenia równowagi: mogą być wykonywane w zróżnicowanym terenie (omijanie naturalnych przeszkód – np. drzew, wchodzenie na stopnie). Ćwiczenia równoważne należy wykonywać na podłodze lub w pozycji siedzącej. Przykładowe ćwiczenia (bez opisu wykonania):

- stanie na jednej nodze przy krześle
- stanie na jednej nodze bez pomocy (bez trzymania oparcia krzesła)
- chodzenie po linii
- pokonywanie przeszkody
- w klęku podpartym naprzemienny wznos ramion i nóg.

Dotychczasowe wyniki badań nie wskazują, że aktywność fizyczna może wpłynąć znacząco na zwiększenie gęstości kości w odcinku szyjki kości udowej, a w rezultacie zmniejszyć liczbę złamań kości udowej w wyniku upadku. Wykazano natomiast, że intensywność ćwiczeń (wielkość obciążeń) ma istotne znaczenie dla stymulacji kości - na gęstość kości udowej pozytywnie może wpływać: maszerowanie w intensywnym tempie, jogging i wchodzenie po schodach. Badania pokazują natomiast, że codzienna aktywność fizyczna wpływa istotnie na zachowanie ogólnej sprawności fizycznej, utrzymanie odpowiedniej siły mięśniowej, utrzymywanie równowagi oraz zmniejszenie zaburzeń czynności lokomocyjnych.

Według informacji National Institute for Health and Clinical Excellence istnieje około 400 czynników ryzyka upadków. Nie da rady zapobiec wszystkim – można natomiast zniwelować część z nich. Działania profilaktyczne (edukowanie seniorów, dbanie o sprawność fizyczną, dbanie o zdrowie – w tym promowanie programów i ćwiczeń poprawiających siłę mięśniową i równowagę) mogą znacząco przyczynić się do zmniejszenia odsetka upadków wśród osób starszych oraz ich konsekwencji zdrowotnych.

Literatura:

1. American Heart Association Committee on Exercise Circulation (1992)
2. Baumann A. Use of population-attributable risk (PAR) in understanding the health benefits of physical activity. *Br. J. Sports Med.* 1998; 32:279-280.
3. Borzym A. Upadki osób w podeszłym wieku – przyczyny, konsekwencje, zapobieganie. *Psychogeriatrya Polska*, 2009;6(2):81-88
4. Campbell AJ i wsp. Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercise to prevent falls in elderly women. *BMJ* 1997; 315 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7115.1065>
5. Chang JT i wsp. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials
6. Chodzko-Zajko WJ i wsp. Exercise and Physical Activity for Older Adults
7. Crombie IK i wsp. Why older people do not participate in leisure time physical activity: a survey of activity levels, beliefs and deterrents *Age and Ageing* 2004; 33:287–292 DOI: 10.1093/ageing/afh089
8. Czerwiński E, Borowy P, Jasiak B. Współczesne zasady zapobiegania upadkom z wykorzystaniem rehabilitacji. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja* 2006; 4(6): 380-387
9. Dąbska O i wsp. Rola ruchu w funkcjonowaniu grupy społecznej seniorów – popularyzacja strategii aktywności fizycznej The role of movement in seniors' social group functioning - popularization of physical activity strategy. *Journal of Education, Health and Sport.* 2016;6(5):276-290
10. Dmowska I, Kozak-Szkopek E., Znajomość roli aktywności fizycznej w etiologii chorób cywilizacyjnych u osób w starszym wieku. *Nursing Topics* 2010; 18 (3): 272–278
11. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski JT., Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. *Hygeia Public Health* 2011; 46(3): 313-318
12. El-Khoury F i wsp. The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2013;347:f6234 doi: 10.1136/bmj.f6234
13. Jajor J, Nonn–Wasztan S, Rostkowska E. Samborski W., Specyfika rehabilitacji ruchowej osób starszych. *Nowiny Lekarskie* 2013; 82(1): 89–96
14. Jones J, Rikli RE. Measuring functional. *The Journal on Active Aging*, March April 2002: 24-30
15. Jørstad-Stein EC i wsp. Suitability of Physical Activity Questionnaires for Older Adults in Fall Prevention Trials: A Systematic Review. *Journal of Aging and Physical Activity* 2005; 13: 461-481
16. Kostka J. Aktywność fizyczna uczestników akademii zdrowego starzenia w kontekście przebytych upadków. *Polish Journal of Sports Medicine / Medycyna Sportowa* 2017;33(1): 35-44
17. Kozak-Szkopek E, Galus K. Wpływ rehabilitacji ruchowej na sprawność psychofizyczną osób w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska* 2009; 17(2): 79–94
18. Kozdroń E. (2003) Możliwości uczestnictwa ludzi starszych w zorganizowanych formach rekreacji ruchowej na terenie Warszawy. [w:] A. Dąbrowski (red.) Uczestnictwo Polaków w rekreacji ruchowej i jego uwarunkowania. AWF Warszawa, Szkoła Wyższa im. Pawła Włodkowica w Płocku, Warszawa-Płock
19. Kozdroń E, Targosiński P, Szczypiorski P. Zmiany w układzie ruchu osób starszych pod wpływem aktywności ruchowej. *Wych. Fiz.Sport* 2002, 46(supl.1, część 1)
20. Kubica JL. Ocena zależności pomiędzy ryzykiem upadków i sprawnością fizyczną a występowaniem upadków wśród pensjonariuszy prywatnych domów opieki. *Hygeia Public Health* 2015; 50(1): 177-182
21. Kupczyk J. Znaczenie usprawniania na turnusach rehabilitacyjno-usprawniających dla zmniejszenia ryzyka upadków osób w wieku starszym. *Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku NR (27) 3/2015*
22. Kur J. Physical Activity in the Prevention of the Most Frequent Chronic Diseases: an Analysis of the Recent Evidence. *Physical Exercise and Chronic Diseases*
23. Lamb SE i wsp. Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: The Prevention of Falls Network Europe Consensus
24. Mazurek J, Rymaszewska J, Lurbiecki J. Specyfika i czynniki warunkujące skuteczność fizjoterapii osób starszych w świetle najnowszych doniesień. *Nowiny Lekarskie* 2012; 81(1): 70–74
25. Mazurek J i wsp. Aktualne zalecenia dotyczące aktywności ruchowej osób w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska* 2014; 2: 70-75
26. Nelson ME i wsp. Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association

CECHY BEZPIECZNEGO MIESZKANIA SENIORA

Autor: Dr.-Ing. Agnieszka Cieśla, dr inż. arch. Jan P. Cieśla

Ważne – mieszkać u siebie mimo wieku

1.Mieszkanie, a nasz wiek

Współczesny człowiek spędza w budynkach ponad 90% swojego czasu. U osób starszych, nieaktywnych zawodowo, znakomita większość wspomnianego czasu przypada na pobyt w mieszkaniu. Warunki zamieszkania, wygoda oraz bezpieczeństwo w mieszkaniu bezpośrednio przekłada się na kondycję zdrowotną.

Mieszkanie pomaga realizować podstawowe potrzeby człowieka:

- najbardziej podstawowe, fizjologiczne (np. sen)
- związane z bezpieczeństwem (wygoda, wolność od strachu, brak poczucia zagrożenia zewnętrznego)
- przynależności (przywiązanie do miejsca, społeczności)
- potrzeby szacunku, (poczucie własnej godności, poważanie)
- samorealizacji (poczucie piękna, osiągnięcia dorobku)

Jak pokazują badania, po 65 roku życia zmiana miejsca zamieszkania może stanowić poważną traumę. Wraz z wiekiem zmieniają się potrzeby mieszkaniowe. Ma to związek ze zmianami w trybie życia oraz sytuacją rodzinną.

Okres przechodzenia w wiek podeszły w odniesieniu do potrzeb mieszkaniowych związany jest często z:

- zmniejszeniem się gospodarstwa domowego (dzieci „wychodzą z domu”), a tym samym potrzeb na wielkie mieszkanie
- zmiany w wymaganiach ergonomicznych i higienicznych (będąc mniej sprawni jesteśmy bardziej wrażliwi na bariery architektoniczne i czynniki szkodliwe dla zdrowia)
- wzrost znaczenia kosztów utrzymania mieszkania w związku z zaprzestaniem lub zmniejszeniem pracy zarobkowej
- zwiększeniem się roli mieszkania jako głównego miejsca pobytu (zaprzestanie działalności zawodowej, zmniejszona mobilność)

Mieszkanie dostosowane do potrzeb charakterystycznych dla wieku podeszłego pozwalające na samodzielny tryb życia ma zatem kluczowe znaczenie.

2.Przeszkody w mieszkaniu u siebie mimo wieku

Cechy mieszkania, które stają się powodem do przymusowej zmiany w mieszkaniu to:

a) Bariery architektoniczne:

- Trudny dostęp do i z mieszkania (trudne do pokonania schody, korytarz)
- Niemożność poruszania się przy pomocy koniecznych sprzętów np. wózka lub chodzika (zbyt wąskie przejścia)
- Niedostosowane wyposażenie do ograniczonych możliwości fizycznych (głęboka wanna, trudno dostępne łóżko, kuchnia węglowa, ciężkie do otwarcia drzwi i okna)

b) Poczucie samotności lub braku poczucia bezpieczeństwa

- Odległość lub wysoki stopień izolacji od sąsiadów (dom jednorodzinny w mało zamieszkaney okolicy, mieszkanie w budynku wielorodzinnym o wysokim stopniu anonimowości mieszkańców)
- Brak możliwości utrzymywania więzi międzyludzkich (brak dostępu do telefonu, radia)
- Niska dostępność usług (uciążliwy dojazd do sklepu, ośrodków zdrowia i kultury)

c) Koszt utrzymania

- Finansowy: zbyt wysokie opłaty administracyjno- eksploatacyjne
- Zbyt wysoki nakład pracy z utrzymaniem nieruchomości

3. Na co przygotować siebie? Na co przygotować mieszkanie

Z wiekiem należy liczyć się z postępującymi ograniczeniami zdrowotnymi. Powinny one być neutralizowane przez cechy mieszkania.

a) Ograniczenia motoryczne:

- Problemy z poruszaniem się i zmianami pozycji
- Ograniczony zasięg ramion
- Problemy z chwytaniem, manipulowaniem

b) Ograniczenia sensoryczne:

- Słaby wzrok
- Słaby słuch
- Zaburzenia poczucia temperatury
- Zawroty głowy, utrata równowagi

c) Osłabiona odporność i wrażliwość na czynniki szkodliwe:

- Wrażliwość na jakość powietrza, w szczególności kurz; agresywne środki chemiczne i inne alergen
- Niska tolerancja wahań temperatury

d) Zaburzenia psychosomatyczne i słabnące zdolności poznawcze:

- Zaburzenia orientacji w przestrzeni i czasie
- Skłonności do stanów depresyjnych lub euforycznych

Cechy mieszkania przyjaznego seniorom

Bezpieczeństwo, wygoda, łatwość utrzymania – wokół tych hasłem najłatwiej opisać mieszkanie przyjazne seniorom.

Mieszkanie bezpieczne to takie gdzie ograniczono możliwość wystąpienia niebezpieczeństwa oraz ułatwiona jest reakcja w wypadku jego wystąpienia.

Bezpieczne poruszanie się i zmiany pozycji w mieszkaniu

Do bezpiecznego poruszania się konieczne są:

- Wystarczająca ilość miejsca adekwatna do sposobu poruszania się
- Brak przeszkód (progi, krawędzie dywanów, przewody)
- Stabilna, nieśliska nawierzchnia, możliwość podparcia się
- Dobre oświetlenie i kontrastowe kolory powierzchni poziomych i pionowych elementów wyposażenia

Sposób urządzenia mieszkania powinien ograniczać konieczność pokonywania dłuższych dystansów lub dokonywania wielu zmian kierunku przejścia na trasach:

- Sypialnia – toaleta
- Pokój dzienny – kuchnia
- Pokój dzienny – strefa wejściowa
- Pokój dzienny – taras/ balkon

Najczęściej używane sprzęty i elementy wyposażenia powinny być na wysokości niewymagającej schylania i dostępne dla osoby siedzącej i stojącej:

- Klamki, przełączniki oświetlenia, miejsca bardzo często używanych przedmiotów na wys. ok. 80cm
- Gniazda elektryczne, dostęp do często używanych przedmiotów (szuflady, szafy) nie wyżej niż 120cm i nie niżej niż 40 cm.

Siadanie, wstawanie i przesiadanie się powinno odbywać się przy zapewnieniu:

- Stabilnego oparcia dla rąk i nóg
- Stabilnych i umieszczonych na wygodnej wysokości płaszczyzn na lub z których następuje zmiana pozycji
- Dobrego oświetlenia zapewniającego właściwą ocenę odległości

Bezpieczna obsługa sprzętów i wyposażenia mieszkania

Mieszkanie powinno być wyposażone w instalacje, których niewprawna obsługa nie rodzi bezpośredniego zagrożenia.

Zaleca się:

- Oświetlenie elektryczne
- Kuchnie elektryczne (z indukcyjną płytą grzejącą)
- Ogrzewanie centralne (brak otwartych palenisk, powierzchni gorących)
- Baterie wyposażone w ogranicznik temperatury
- Wanny i umywalki wyposażone w przelewy

Materiały wykończeniowe wewnątrz mieszkania oraz zawarte w nim sprzęty powinny być:

- Trudnopalne
- Nie wydzielać szkodliwych substancji (lotne związki organiczne, formaldehydy)
- Być odporne na uszkodzenia, a w przypadku jego wystąpienia nie stanowić dalszego zagrożenia (tafle szklane, elementy ceramiczne)
- Ograniczać obrażenia wynikłe z niekontrolowanego zetknięcia się z użytkownikiem (oble krawędzie, miękkie powierzchnie)

Wykrycie i powiadomianie o niebezpieczeństwie w mieszkaniu

Bezpieczne mieszkanie powinno umożliwiać wykrycie niebezpieczeństwa i zawiadomienie o nim, jak również wezwanie i skuteczne udzielenie pomocy użytkownikowi.

Zaleca się stosowanie czujników zalania, dymu lub ognia podłączonych do instalacji alarmowych.

W mieszkaniu powinny znajdować się środki umożliwiające użytkownikowi nagle wezwanie pomocy w sytuacji niebezpiecznej. Obowiązkowo w mieszkaniu powinien znajdować się telefon. Aparaty stacjonarne mają przewagę nad mobilnymi z braku konieczności częstego ładowania.

Zaleca się stosowanie przycisków alarmowych w mieszkaniu w każdym z pomieszczeń lub wyposażenia mieszkania w instalacje współpracujące z indywidualnymi urządzeniami przywoławczymi.

Obecny postęp techniki daje nadzieję na rychłe wprowadzenie urządzeń mogących monitorować stan użytkownika mieszkania i dokonać wezwania odpowiednich służb ratunkowych samodzielnie.

Mieszkanie powinno być urządzone tak by nie utrudniać dostępu do użytkownika w trakcie akcji ratunkowej. W szczególności odnosi się to do montowania krat w oknach, stosowania podwójnych drzwi zewnętrznych, zamykanych drzwi wewnętrznych bez możliwości ich łatwego sforsowania.

Oprócz rozwiązań technicznych odnoszących się do bezpieczeństwa należy zwrócić uwagę na rozwiązania czysto organizacyjne, jak na przykład:

- Regularne kontakty z sąsiadami i rodziną (ich brak może być powodem do wszczęcia alarmu)
- Przekazanie kluczy do mieszkania zaufanej osobie w sąsiedztwie
- Przechowywanie w widocznym miejscu zestawu z najważniejszymi informacjami o stanie zdrowia, przyjmowanych lekach, danych kontaktowych bliskich.

4. Mieszkanie wygodne

Mieszkanie wygodne to inaczej mieszkanie komfortowe, ułatwiające prowadzenie zdrowego trybu życia zgodne z naszymi potrzebami. Na komfort składa się kilka jego aspektów.

Komfort Termiczny

Osoby starsze są dużo bardziej wrażliwe na zmiany temperatury, mogą też mieć zaburzone poczucie ciepła lub zimna. W mieszkaniu zatem powinna być możliwość regulacji temperatury w poszczególnych pomieszczeniach. Zaleca się by ta możliwość była do pewnego stopnia niezależna od ustawień ogólnych dla budynku. Może to być realizowane przez dodatkowy przenośny grzejnik lub indywidualną instalację klimatyzacyjną. Bardzo dobrym rozwiązaniem jest umieszczenie w mieszkaniu termometru(ów) by umożliwić weryfikację odczuć temperatury.

Warto wspomnieć, że na komfort termiczny składa się nie tylko temperatura powietrza, ale i jego wilgotność i ruch. W okresie grzewczym należy zwrócić uwagę na potrzebę nawilżenia powietrza, zaś letnim, gdy potrzebujemy chłodu, odpowiednio lekkiego przewiewu.

Jeśli instalujemy klimatyzatory wskazane jest również uzupełnienie ich o nawilzacze powietrza.

Komfort Akustyczny

Na komfort akustyczny składają się z jednej strony ograniczenie hałasu pochodzącego z zewnątrz czy wewnątrz mieszkania jak również redukcja pogłosu, czyli, upraszczając niekontrolowanych odbić dźwięku.

Na ograniczenie hałasu z zewnątrz wpływ ma przede wszystkim jakość przegród budowlanych – masywność ścian i szczelność okien. Dla współcześnie budowanych obiektów cechy te są regulowane przepisami.

Redukcja pogłosu w mieszkaniu powoduje polepszenie się wyrazistości słyszanych dźwięków, dzięki czemu są one łatwiej rozumiane. Można ją osiągnąć poprzez umieszczenie w mieszkaniu materiałów pochłaniających dźwięk. Do typowych należą: zasłony, kilimy czy miękkie obicia mebli. Grube, długowłose dywany i wykładziny także pochłaniają dźwięki, ale jednocześnie gromadzą łatwo brud, stąd nie są zarekomendowane. Obecnie na rynku dostępne są panele będące pochłaniaczami akustycznymi, które można zamontować na ścianach i suficie. Możliwa jest realizacja dowolnych grafik na podkładach co pozwala na łączenie funkcji dekoracyjnej i użytkowej.



Fotografia 1 Pochłaniacz akustyczny w formie obrazu, miękka kanapa poprawiają komfort akustyczny. Ponadczasowe, funkcjonalne formy mebli o czytelnym powierzchniach.

Komfort Olfactoryczny

Zapach wpływa na nastrój, jest też sygnałem o jakości powietrza jakim oddychamy. Odpowiednie przewietrzanie mieszkania oraz utrzymanie w czystości jest sprawą kluczową. Należy zapewnić stałą wymianę powietrza w mieszkaniu albo poprzez wentylację mechaniczną jak w wielu współczesnych budynkach lub poprzez kontrolowane rozszczelnienie okien tzw. nawietrzakami.

Obok stosowania odkurzacza o odpowiedniej klasie filtra powietrza wyrzucanego rekomenduje się stosowanie urządzeń oczyszczających powietrze, posiadających również funkcję nawilżania go. Ma to szczególne znaczenie w na obszarach wielkomiejskich o podwyższonym ryzyku występowania tzw. smogu oraz na obszarach zwiększonego pylenia roślin.

Komfort optyczny /światlny

Wpływ światła, w szczególności światła naturalnego ma nie tylko znaczenie dla orientacji w przestrzeni człowieka, ale także na aspekty zdrowotne w tym nastrój czy właściwe proporcje czuwania i snu.

W mieszkaniu powinno być dostępne jak najwięcej światła dziennego, które dla osób starszych, mniej wychodzących na zewnątrz ma kluczowe znaczenie. Zaslony lub żaluzje w oknach powinny umożliwiać ograniczenie oślnienia światłem, jednak nie dawać możliwości całkowitego zaciemnienia.

Oświetlenie sztuczne powinno być dostosowane do czynności wykonywanych w danym miejscu mieszkania. Należy zwrócić uwagę nie tylko na jego moc, ale również na barwę, sposób rozsyłania światła przez lampę czy sposób uruchamiania oświetlenia (np. oświetlenie umożliwiające przejście nocą z sypialni do toalety powinno włączać się automatycznie i nie powodować nagłego oślnienia).

Z mieszkania powinien być dostępny widok na zewnątrz pokazujący element przyrody lub przestrzeń publiczną uczęszczaną przez ludzi.



Fotografia 2 Mieszkanie z widokiem i dostępnym balkonem.

5. Mieszkanie łatwe w utrzymaniu

Rozmiar mieszkania

Użytkowanie mieszkania łączy się z koniecznością jego utrzymywania, które związane jest z nakładem pracy na obsługę i konserwację oraz opłatami administracyjnymi i dostawy mediów. Nakłady te w pierwszym rzędzie są związane z rozmiarem lokum.

Dla wielu osób starszych wielkość mieszkania nastęcza trudności.

W dużych, wielopokojowych mieszkaniach lub domach wysiłek związany z utrzymaniem czystości lub nawet pokonywaniem odległości pomiędzy częściami lub poziomami lokalu jest wyzwaniem.

Zalecamy by mieszkanie dla pojedynczej osoby starszej miało powierzchnię nie większą niż 55 m² zaś dla pary nie więcej niż 70 m². Powinien być to lokal maksymalnie 3 pokojowy.

Bezobsługowe i oszczędne instalacje w mieszkaniu

Na nakład związany z utrzymaniem mieszkania wielki wpływ ma ogólny standard techniczny mieszkania, a najbardziej główne instalacje. Zaleca się:

- Ogrzewanie – oparte na grzejnikach z zewnętrznego, bezobsługowego źródła ciepła
- Instalacje wodociągowa – ze stałym dostępem ciepłej i zimnej wody, bateriami wyposażonymi w perlatory zmniejszające zużycie wody i dwustopniowym spłukiwaniem toalet
- Oświetlenia – oświetlenie elektryczne, oparte na trwałych i oszczędnych źródłach światła (LED)

Należy zapewnić by instalacje te w mieszkaniu dla seniora nie wymagały uciążliwych czynności

eksploatacyjnych często połączonych z ryzykiem dla jego bezpieczeństwa (np. palenie w piecu). Instalacje te powinny być efektywne w działaniu redukując bieżące koszty utrzymania. Zaleca się stosowanie instalacji z automatyczną regulacją pozwalającą na osiągnięcie dodatkowych oszczędności i korzyści. Więcej na ten temat w następnym rozdziale.

Powierzchnie i sprzęty wymagające czyszczenia

Utrzymanie w czystości jest kluczowe dla utrzymania higieny w mieszkaniu. Czynności te jednak można ułatwić poprzez:

- Dobór materiałów wykończeniowych i wyposażenia mieszkania łatwego w utrzymaniu w czystości
- Redukcja rodzajów materiałów wymagających odmiennych metod pielęgnacji. (Np. rezygnacja z wielu rodzajów podłóg i nakryć podłóg w mieszkaniu na rzecz jednego lub dwóch)
- Ograniczenie ilości przedmiotów w mieszkaniu i dobra organizacja miejsc przechowywania.

Na co zwrócić uwagę w mieszkaniu?

1. Rozmiar, liczba i proporcje pomieszczeń

Mieszkanie nie większe niż 55 m² (jedna osoba) lub 70 m² (dwie osoby)

a) Wielości stref i pomieszczeń

Zaleca się podział w mieszkaniu na strefę dzienną i nocną, to jest poprzez zapewnienie wydzielonej sypialni.

Poszczególne pomieszczenia powinny mieć powierzchnię nie mniejszą niż podaną poniżej i posiadać odpowiednie cechy:

- Hall: 4 m²
- Kuchnia: 6,5 m² (dla kuchni jednobiegowej, otwartej na pokój dzienny)
- Sypialnia >15 m²
- Łazienka: 6 m² (4,5m² z zastosowaniem przesuwanych sprzętów – umywalki i siedziska prysznicowego)

2. Ciągi komunikacyjne w mieszkaniu

a) Drzwi i przejścia

Wskazane jest by liczba drzwi w mieszkaniu była jak najmniejsza.

O ile możliwe drzwi należy instalować tylko w miejscach niezbędnych ze względu na prywatność to jest: drzwi do toalety/ łazienki, drzwi do sypialni.

Drzwi powinny mieć minimalną szerokość 90 cm (rekomendowane 100), otwierać się w kierunku do wyjścia z mieszkania. Ościeżnica drzwi powinna odcinać się wizualnie od ściany i skrzydła drzwi. Klamki należy instalować na wysokości 85 cm. Nie zaleca się drzwi szklanych.

Drzwi wejściowe należy wyposażyć w dodatkowy wizjer na wys. 120 cm lub (rekomendowane) w urządzenie pokazujące obraz przed drzwiami mieszkania na monitorze.

O ile możliwe należy stosować drzwi bez progów zaś max. dopuszczalna wys. progu to 2 cm (próg obły) Minimalna szerokość przejść i korytarzy to 120 cm.

Wymiary przejść i strefy manewrowe

W każdym pomieszczeniu powinna być co najmniej jedna strefa manewrowa dla wózka w postaci okręgu o średnicy 150 cm.

Obok drzwi po stronie, na którą się otwierają, należy przewidzieć wolna strefę 50 cm umożliwiając użytkownikom wózków ominięcie skrzydła przy pokonywaniu przejścia.

W następujących strefach funkcjonalnych należy obowiązkowo zapewnić stosowne strefy manewrowe:

- w łazience:
- pole manewrowe z możliwością podjazdu do urządzeń (umywalka, toaleta) 150x150cm
- obok toalety przynajmniej z jednej strony strefa przesiadania się o szerokości 90 cm
- możliwość podjazdu pod umywalkę wózkiem

- W kuchni:
- wzdłuż całego ciągu mebli kuchennych o szerokości 150cm
- w przedpokoju:
- strefa manewrowa wózka oraz 1m² dla osób stojących jako strefa powitań
- strefa manewrowa z dostępem do szafy garderobianej

- W sypialni:
- wzdłuż przynajmniej jednej strony łóżka strefa szer. 150cm
- dostęp do szafy garderobianej

- Na tarasie/balkonie/ogródku

Kształtowanie nawierzchni

Powierzchnie, po których przewiduje się ruch użytkownika mieszkania powinny być równe, z wyjątkiem łazienki i tarasu gdzie dopuszcza się spadki. Podłogi powinny wizualnie odcinać się od ścian i mebli oraz być niebłyszczące.

Jednolita barwa podłogi pozwala na lepsze odnajdywanie upuszczonych przedmiotów.

Podłogi w mieszkaniu powinny być dostosowane do użytkowania wózka i chodzika oraz wykazywać odpowiednie klasy antypoślizgowości.

Wyposażenie dodatkowe

Należy przewidzieć udogodnienia na typowych ciągach komunikacyjnych. Poręcze mają za zadanie zapewnić podparcie na najbardziej uczęszczanych ciągach komunikacyjnych: w przedpokoju i przy dłuższych odcinkach ścian. Średnica poręczy powinna być wystarczająca do pewnego objęcia dłonią z zaznaczonym w formie zakończeniu.

Uchwyty mają za zadanie umożliwiać uzyskanie dodatkowego podparcia podczas potencjalnie niebezpiecznych manewrów jak zmiana pozycji, zajmowanie miejsca na siedzisku lub toalecie, zmianie pozycji (wstawanie z łóżka /siadanie).

Należy zwrócić uwagę, że meble będą też stanowić oparcie dla użytkownika w razie utraty równowagi i dlatego przy ich wyborze należy kierować się również ich stabilnością.

Wzdłuż ciągów komunikacyjnych zaleca się malowanie ścian farbami zmywalnymi lub stosowanie okładzin zmywalnych.

3.Oświetlenie sztuczne i naturalne, widok na zewnątrz

Oświetlenie naturalne

Światło dzienne powinno być dostępne w możliwie jak najdłuższym wymiarze godzin i penetrować pomieszczenia w sposób równomierny.

Światło dzienne nie powinno stanowić ryzyka olśnienia. Należy stosować indywidualnie regulowane łatwe i bezpieczne w obsłudze zasłony lub żaluzje. Nie rekomenduje się zasłon o 100% nieprzezierności, o ile nie są wyposażone w automat otwierający połączony z zegarem lub czujnikiem światła.

Widok na zewnątrz, okna

Dla zapewnienia komfortu psychicznego jak również możliwości relaksacji oczu przez skupienie wzroku w odległym punkcie należy zapewniać adekwatny widok na zewnątrz.

Na adekwatny widok na zewnątrz składają się następujące elementy:

- Dostęp do okna z takim widokiem z każdego miejsca dłuższego przebywania użytkownika
- Nie zaburzona linia widokowa na dystansie co najmniej 10 m od okna do przeszkody na zewnątrz
- Widok z typowej dla danej lokalizacji pozycji oczu powinien obejmować nieboskłon oraz element przyrodniczy (roślinność).

Dodatkowo o ile możliwe z mieszkania powinna być możliwość obserwacji przestrzeni na zewnątrz gdzie poruszają się ludzie (chodnik, plac zabaw). Widok ten powinien być zapewniony z miejsca dostępnego dla osoby siedzącej na wózku (np.: taras, balkon, okno)

W związku z powyższym wymagania stawiane oknom to:

- Przynajmniej jedno okno w pomieszczeniu o dolnej krawędzi nie wyżej niż 60cm
- Okna łatwe do obsłużenia przez osobę na wózku
- Okna powinny stanowić przynajmniej 20% powierzchni ściany, w której są zamontowane.

Oświetlenie sztuczne

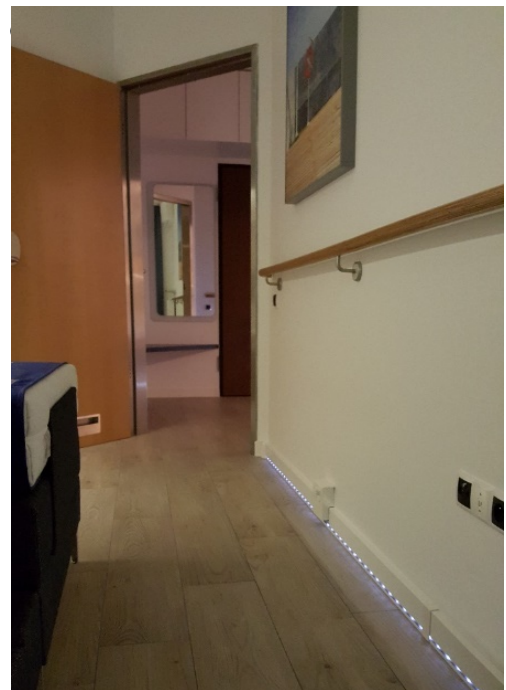
Oświetlenie sztuczne powinno spełniać wymagania przepisów oraz dobrych praktyk projektowych, to znaczy:

Zapewniać parametry stosowne do charakteru czynności podejmowanych w różnych strefach funkcjonalnych mieszkania. Na szczególną uwagę zasługują:

- Błat roboczy kuchni
- Stół jadalniany
- Biurko, miejsce pracy/ lektury (jeśli obecne)
- Oświetlenie w sypialni
- Równomierne oświetlenie najlepiej z możliwością regulacji

Ciąg komunikacyjny sypialnia – toaleta powinien posiadać oświetlenie nocne:

- Automatyczne uruchamianie po wykryciu ruchu użytkownika
- Z nisko położonymi źródłami światła
- Zapewniać wystarczające oświetlenie na drodze użytkownika,
- ile możliwe uruchamiać się płynnie nie powodując nagłego olśnienia



Fotografia 3
Listwa przypodłowa z oświetleniem wzbudzonym przez ruch. Poręcze ułatwiające poruszanie się. Gniazda elektryczne i przełączniki kontrastujące ze ścianą, na dostępnej wysokości.

Oświetlenie cyrkadialne

Osoby starsze przebywają dużo w mieszkaniu gdzie nie zawsze można w wystarczającym stopniu zapewnić światło dzienne. Role światła dziennego przejmuje zatem oświetlenie sztuczne, mając wpływ na właściwą gospodarkę hormonalną i stany psychofizyczne użytkownika mieszkania.

Zaleca się zastosowanie w mieszkaniu oświetlenia o zmiennej temperaturze barwowej i natężeniu zgodnie z naturalnym cyklem dobowym światła dziennego.

4. Technika w mieszkaniu

Instalacja zasilania gniazd i dodatkowego osprzętu

Biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia reorganizacji wnętrza w czasie użytkowania większej ilości sprzętu elektrycznego należy zapewnić zwiększoną liczbę gniazd i punktów zasilania dodatkowego osprzętu.

Gniazda zasilania powinny być:

- Umieszczone nie niżej niż 40cm ponad podłogą
- W kolorze i formie kontrastującej ze ścianą
- Bezpieczne i łatwe w użytkowaniu (odporne na szarpnięcia wtyczki, niewymagające siły przy wpinaniu)

Przełączniki oświetlenia powinny być:

- Umieszczone na wysokości 85 cm ponad podłogą, (wyjątkowo dopuszcza się wys. 120 cm)
- W kolorze i formie kontrastującej ze ścianą
- Bezpieczne i łatwe w użytkowaniu (o ujednoliconym kształcie wyraźnie wyczuwalnej dotykem pozycji włączone/ wyłączzone)

Instalacje multimedialne

Należy przewidzieć miejsce do podłączenia urządzeń wykorzystujących sygnał Internetu w każdym pomieszczeniu, a w pokoju dziennym i sypialni dodatkowo sygnału TV.

Liczniki energii i wody, zabezpieczenia

Mieszkanie należy wyposażyć w indywidualne liczniki poboru wody i energii.

Przynajmniej licznik wody powinien mieć możliwość zdalnego odczytu danych w celu analizy i ostrzeżenia przed anormalnymi stanami konsumpcji. Zaleca się by mieszkanie wyposażyć w elektrozawór na przyłączy wodnym dając możliwość odcięcia poprzez BMS lub obsługę budynku.

Zabezpieczenia elektryczne powinny być zlokalizowane w panelu dostępnym dla osoby na wózku.

Instalacje alarmowe

Rekomenduje się instalacje czujników zalania w kuchni i w łazience jak również czujników dymu. Zaleca się instalacje alarmowo-przywoławczą uruchamianą przyciskami z łazienki, sypialni, kuchni. Przyciski te powinny być łatwo dostępne i wyróżniać się kształtem i kolorem. Alternatywnie można wyposażyć użytkownika w osobiste urządzenie przyzywowe.

5. Wyposażenie kuchni

Strefa robocza kuchni

Kuchnia dla seniora powinna uwzględniać obsługę przez osobę poruszającą się na wózku lub z chodzikiem, o ograniczonym zasięgu ramion.

Jeśli stosowana jest kuchnia o jednym ciągu jego długość nie powinna być mniejsza niż 3 m.

Następujące sprzęty powinny mieć umożliwiony dostęp dla osoby poruszającej się na wózku, tj. znajdować się na blacie podjezdnym:

- Płyta grzejna
- Zlew (izolowany, zabezpieczony termicznie od dołu w celu zabezpieczenia przed poparzeniem) z armaturą przystosowaną do obsługi przez osoby z pogorszoną chwytnością dłoni i posiadającą ograniczony przepływ wody w zakresie wysokich temperatur mogących powodować oparzenie.
- Przestrzeń roboczą o wystarczającej szerokości, wykonaną z materiału odpornego na temperaturę

Powyższe elementy powinny również mieć możliwość dostosowania wysokości umożliwiając komfortową pozycję użytkownika.

O ile możliwe należy unikać szafek ponad blatem roboczym. Jeśli instalowane, powinny uwzględniać możliwość zmiany wysokości zawieszenia by stać się dostępnymi dla osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim.

Szafki znajdujące się ponad wysokością blatu należy wyposażyć w drzwi odchylane ku górze, przy czym w górnej pozycji drzwi nie powinny zagrażać uderzeniu głową. Zabudowę meblową należy prowadzić albo do wysokości umożliwiającej czyszczenie jej wierzchu lub do sufitu.

Szafki dolne należy wyposażyć w szuflady o mechanizmach ułatwiających otwieranie /zamykanie. Uchwyty szuflad powinny być obłe lub zagłębione w drzwiach w celu uniknięcia kontuzji, w kolorze kontrastującym z licem mebli.

Przy wyborze sprzętu AGD należy uwzględnić:

- Lodówka
 - Z sygnalizacją niedomknięcia
 - Samorozmrażająca się
 - Niewielka, wymuszająca częsta wymianę produktów
 - Cicha
- Płyta grzejna
 - Indukcyjna, z czytelną sygnalizacją i oznaczeniami
 - Z możliwością obsługi okapu z poziomu płyty
- Piekarnik
 - Instalowany powyżej tak by nie istniała potrzeba schylania się



Fotografia 4 Dostępna kuchnia. Regulowana wysokość blatu. Sprzęty możliwe do obsługi do wózka. Brak potrzeby schylania się i nadmiernego sięgania w górę. Drzwi szafek górnych uchylane do góry.

6. Wyposażenie łazienki

Posadzka

Posadzka w łazience powinna być pokryta materiałem przeciwdziałającym poślizgnięciu się.

Strefa kąpielii

Łazienka powinna umożliwiać bezpieczną i wygodną kąpiel. Zaleca się prysznice bez wyodrębnionego brodzika – z odpływem zintegrowanym w posadzce. W przeciwieństwie do wanien i brodzików takie rozwiązanie jest bezpieczniejsze i zapewnia większą elastyczność w sposobie korzystania (stojąc, siedząc, z lub bez asysty).

Miejsce do kąpielii powinno mieć minimalne wymiary 120 cm x 120 cm, przy czym ze względu na uzasadnioną potrzebę manewrowania wózkiem powinno to być 150 cm x 150 cm.



Fotografia 5 Mała łazienka bez barier. Przesuwne w pionie i poziomie sprzęty (umywalka i fotel) oraz toaleta z funkcją mycia pozwala na swobodę poruszania się.



Fotografia 6 Strefa kąpieli. Rozkładany regulowany fotel z oparciem. Przybory toaletowe oraz pochwyty łatwo dostępne. Możliwy podjazd wózkiem.

Należy umożliwić odseparowanie tej części łazienki od reszty pomieszczenia w celu zabezpieczenia przed wodą podczas kąpieli.

Nie rekomenduje się lekkich przesuwnych przepierzeń, których obsługa wiąże się często z ryzykiem kontuzji lub awarii. Preferowanym rozwiązaniem są masywne ściany i miękkie osłony przesuwne.

Oslony te powinny być:

- Zabezpieczone przed podwijaniem przez cyrkulujące powietrze (obciążenie dolnej krawędzi)
- Łatwe w obsłudze (zawiesia o wysokim poślizgu na prowadnicy, bez rolek)
- Bezpieczne przy obciążeniu ciężarem użytkownika (szarpnięcie, złapanie się podczas upadku)

Strefę prysznica należy wyposażyć w uchwyty pozwalające na utrzymanie równowagi na wysokości 85 cm – 105 cm. Do podstawowych należy uchwyt w kształcie litery L pozwalający jednocześnie na mocowanie końcówki przewodu prysznicowego wraz z wylewką. Poziomy odcinek uchwyty nie powinien krępować manipulowania armaturą.

Armatura prysznicowa zawieszona na wysokości 85cm, powinna być izolowana termicznie i posiadać uchwyt skierowany do dołu tak by zapobiegać oparzeniom i kontuzjom związanych z uderzeniem lub zahaczeniem urządzenia.

Regulacja wysokości zawieszenia końcówki prysznicowa powinna być prosta i niewymagająca pokręteł.

Siedzisko powinno być zamontowane na wysokości 46 cm – 48 cm, przy czym zaleca się możliwość regulacji w szerszym zakresie. Zaleca się również możliwość przesuwu wzdłuż ścian w celu dostosowania odległości od armatury lub względem osób asystujących w zabiegach higienicznych. Urządzenie powinno być też wyposażone w podłokietniki uchylne o regulowanej wysokości. Zaleca się, aby w siedzisko umożliwiała higienę intymnych części ciała.

Strefa przy umywalce

Umywalka powinna umożliwiać podjazd wózkami i posiadać regulację wysokości lub łatwą zmianę wysokości zawieszenia. Standardowa wysokość górnej krawędzi umywalki to 80 cm jednak powinna być ona regulowana lub dopasowana do indywidualnych potrzeb.

Należy umożliwić przestrzeń na kolana pod umywalką na wysokość 67 cm i głębokość, co najmniej 30 cm. Osoby wysokie, chodzące, powinny mieć możliwość podniesienia krawędzi umywalki wraz z armaturą na wysokość 105cm.

Umywalka powinna mieć uchwyty pozwalające na oparcie. Armatura umywalkowa powinna być dostosowana do osób z osłabioną chwytnością dłoni. O ile możliwe należy stosować ograniczniki temperatury.

Lustro nad umywalką powinno:

- Posiadać krawędź dolną nie wyżej niż 100 cm nad podłogą (rekomenowane 85 cm) i regulowany kąt nachylenia do dostosowania do wysokości twarzy użytkownika)
- Możliwość zasłonięcia lub szybkiego demontażu (wskazane w przypadku pewnych zaburzeń psychicznych związanych m.in. z demencją)
- Posiadać oświetlenie nad lustrem lub (zalecane) opaskę świetlną wokół pozwalającą na równomierne oświetlenie twarzy

Suszarka w łazience powinna być typu „hotelowego” o stałym mocowaniu uniemożliwiającym wejście pod prysznic z urządzeniem i z zabezpieczeniem elektrycznym.

Strefa przy WC

Toaleta powinna być tak zainstalowana by górna część (łącznie z deską) znajdowała się 46-48 cm ponad podłogą i posiadać głębokość w stosunku do ściany wynoszącą 70 cm.

Przynajmniej z jednej strony powinna znajdować się strefa wolna, przeznaczona do przesiadania z wózka o szerokości 90 cm.

Po obu stronach toalety powinny znajdować się uchwyty. Wysokość montażu uchwytów powinna być ok. 28 cm ponad krawędzią toalety jednak zdecydowanie rekomenduje się możliwość jej regulacji. Uchwyty powinny być uchylne i wytrzymywać, co najmniej 1kN obciążenia na ich końcu.

Toaleta powinna posiadać możliwość umycia intymnych części ciała ciepłą wodą. W tym celu należy zastosować toaletę ze zintegrowanym urządzeniem myjąco-suszącym lub dodatkową armaturę w formie końcówki prysznicowej ze spustem, tzw. bidetkę. Wspomniane urządzenia powinny znajdować się w zasięgu ręki osoby siedzącej na toalecie i być proste w obsłudze.

Nie rekomenduje się instalowania bidetu jako urządzenia wymagającego ryzykownego przesiadania się z toalety i ograniczającego przestrzeń wokół toalety.



Fotografia 7 Toaleta z funkcją mycia. Zapewniona strefa przesiadania się z wózka i regulowane pochwyt.

7. Miejsca przechowywania i umeblowanie

W mieszkaniu seniora powinny być przewidziane różne typy powierzchni przechowywania, z których każda powinna mieć pewien minimalny rozmiar.

Codzienne miejsca przechowywania

W mieszkaniu należy zapewnić wystarczającą ilość miejsc przechowywania wykorzystywanych regularnie do rutynowych czynności rzeczy w tym:

Szafa ubraniowa w przedpokoju, co najmniej 0,6 m.b. z wieszaki na wysokości 140 cm lub z możliwością opuszczenia.

Szafa ubraniowa (>1,2 m.b.) w sypialni z półkami i szufladami oraz miejscem na odzież wieszaną, dostępna dla użytkowników na wózku



Fotografia 8 Dostępna garderoba w przestronnym przedpokoju. Kontrastowe oznaczenie przełączników i uchwytów. Siedzisko.

Miejsca przechowywania długookresowego

W mieszkaniu należy przewidzieć również schowki pozwalające na przechowywanie przedmiotów używanych nieregularnie, sezonowo, jednak istotnych dla właściciela jak na przykład: ozdoby choinkowe, zestawy ubrań zimowych/ letnich, sprzęt ogrodowy. Dopuszcza się by dostęp do tych miejsc był możliwy

tylko dla osób bez ograniczeń fizycznych (osoby asystujące), jednak by sięganie do nich mogło odbywać się przy obecności seniora.

Powierzchnie odstawcze

Oprócz szaf i schowków należy przewidzieć pola odstawcze pozwalające na umieszczanie drobnych przedmiotów w widocznych, zdefiniowanych miejscach. Co najmniej po jednym polu odstawczym przy każdym z łóżek umożliwiającym odłożenie przedmiotu z łóżka.

W przedpokoju powinno znaleźć się miejsce odstawcze z możliwością użytkowania, jako siedzisko. Podstawowe umodelowanie

Podstawowe umeblowanie mieszkania powinno obejmować:

- Łóżko w sypialni o następujących cechach
 - Wysokość umożliwiająca wygodne przesiadanie z wózka i wstawanie.
 - Regulacja wysokości oparcia i możliwość unoszenia nóg (pozwala na dostosowanie pozycji podczas długotrwałego przebywania)
 - Wskazany wkład zabezpieczający przed zamoczeniem



Fotografia 9 Sypialnia z łóżkiem posiadającym regulację wysokości oparcia i nóg. Wysokość ułatwiająca siadanie i wstawanie. Dostępne z łóżka powierzchnie odkładcze, przełączniki oświetlenia i bezprzewodowa ładowarka do telefonu. Poręcz wzdłuż ściany.



- Fotel o następujących cechach:
 - Mobilny (do przestawiania)
 - Z regulacją pochylenia pleców
 - Z podparciem i możliwością uniesienia nóg
 - Łatwy w utrzymaniu (czystość)
 - Rekomendowane: schowki na lekturę i pulpit do czytania lub drobnych posiłków

Fotografia 10 Przykład bezpiecznego i komfortowego fotela. Możliwa jest łatwa zmiana położenia fotela jak również regulacja oparcia i nóg. Miejsce do lektury w sąsiedztwie oczyszczacza powietrza.

- Dodatkowe miejsce spania dla opiekuna lub gościa, usytuowane w odrębnym pokoju lub pokoju dzienny

Literatura:

1. Berlin Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, „Wohnungsanpassung - keine Frage des Alters Anregungen für die zukunftsorientierte Planung“, Berlin 2011, http://www.stadtentwicklung.berlin.de/wohnen/alter/download/wohnungsanpassung_broschuere.pdf
2. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, „Ready - vorbereitet für altersgerechtes Wohnen“ Zukunft Bauen Forschung für die Praxis, Band 01, Bonn 2016 http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/ZukunftBauenFP/2014-16/band-01-dl.pdf?__blob=publicationFile&v=2
3. Feddersen E, Lüdtkke I, Entwurfsatlas Wohnen im Alter, Verlag Birkhäuser Architektur, 2010
4. Ferné G. Un logement adapté aux séniors. Paris 2008
5. Kaiser G. Bauen für ältere Menschen: Wohnformen – Planung – Gestaltung – Beispiele. Verlagsgesellschaft Rudolf Müller GmbH & Co. KG 2014
6. Kowalski K, Projektowanie bez barier – wytyczne. Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, <http://www.integracja.org/wp-content/uploads/2017/01/Projektowanie-bez-barier-wytyczne-2016.pdf>
7. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein Westfalen, „Mein Leben, mein Zuhause – Wohnberatung und Wohnungsanpassung in Nordrhein-Westfalen“, Düsseldorf 2017, <http://www.koordination-wohnberatung-nrw.de/wp-content/uploads/2016/03/Mein-Leben-mein-Zuhause-Barrierfreie-PDF.pdf>
8. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein Westfalen, „Sicher und bequem zu Hause wohnen. Wohnberatung für ältere und behinderte Menschen“, Düsseldorf 2010, https://www.gummersbach.de/_Resources/Persistent/f8cdaef12f227dd275469db6e450e73559a5e060/Sicher_und_bequem_zu_Hause_wohnen._web_barr.pdf
9. Niezabitowska DE, Szewczenko A, Benek I. Potrzeby osób starszych w obiektach z funkcją opieki. Wytyczne do projektowania. Gliwice 2017
10. Rasmussen Steel E. Odczuwanie architektury. Warszawa 1999
11. Rożkiewicz D, Mikulski M. Bezpieczna jesień życia. Profilaktyka upadków. Poradnik nie tylko dla seniorów. Białystok 2016
12. Sommia Günther. Im Alter sicher zu Hause wohnen. Wohnberatung für alte Menschen und Menschen mit behinderung. Autonome Provinz Bozen – Südtirol Assessorat für Gesundheits- und Sozialwesen Amt für Senioren und Sozialsprengel 2005, http://www.apollis.it/download/19d397_v1.pdf
13. Verband Privater Bauherren. Vorbauen und umbauen: Barrierearm und altersgerecht e. V. 2009
14. Zaniewska H. red. Mieszkania starszych ludzi w Polsce. Sytuacja i perspektywy zmian. Instytut Gospodarki Mieszkaniowej. Warszawa 2001.
15. Norma DIN 18040-2 Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen: Wohnungen

FORMY OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI W POLSCE

Autor: mgr Anna Zacierka

Wstęp

W związku z tym, że liczba osób starszych rośnie w Polsce bardzo szybko, ważną staje się kwestia zapewnienia im długoterminowej opieki. Zapotrzebowanie na usługi opieki długoterminowej zależy nie tylko od liczby osób w wieku powyżej 65 lat, ale także od liczby osób, które będą wymagały pomocy na skutek problemów związanych z wykonywaniem codziennych czynności.

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

NiefORMALNA I FORMALNA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

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

Opieka niefORMALNA

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

Główne wyróżniki opieki niefORMALNEJ:

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

Opieka FORMALNA

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

Dominującą formą opieki nad osobami zależnymi jest opieka rodzinna. Jednakże zmiany w strukturze wiekowej populacji w nadchodzących dziesięcioleciach znacząco wpłyną na krajowy popyt na opiekę (Komisja Europejska 2015) .

Główne wyróżniki opieki FORMALNEJ:

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

Opieka długoterminowa powinna być traktowana priorytetowo w strategiach rozwoju Polski na nadchodzące wyzwania.

Komisja Europejska szacuje, że liczba osób niesamodzielnych w Polsce wzrośnie z 830 tysięcy osób w 2013 r. w do 3 393 tysięcy osób w 2060 r. (Komisja Europejska 2015) .

Opieka nad starszymi osobami niesamodzielnymi w Polsce to w znacznym stopniu opieka nieformalna. Opiekunami osoby zależnej najczęściej są członkowie rodziny.

Duży udział opieki rodzinnej nad osobami starszymi to skutek tradycyjnego zobowiązania rodziny do zapewnienia opieki nad bliskimi (związanego z uwarunkowaniami kulturowymi) oraz ograniczonych możliwości uzyskania opieki poza rodziną.

Pomimo że liczba pacjentów w zakładach opieki długoterminowej od 2009 roku stale wzrasta, opieka formalna w Polsce pozostaje nadal słabo rozwinięta. Nastąpił wzrost liczby pacjentów objętych opieką długoterminową w placówkach stacjonarnych.

Dane przekazywane przez polską administrację wskazują stały wzrost liczby personelu w instytucjach opieki długoterminowej, mimo że średnio proporcje liczby personelu do liczby pacjentów pozostają wciąż najniższe w całej Unii Europejskiej.

Rola społeczności lokalnych i organizacji pozarządowych w opiece długoterminowej

Lokalne Samorzady odgrywają ogromną rolę w rozwijaniu umiejętności wymaganych dla aktywnego angażowania się na poziomie lokalnej społeczności.

Zapewnienie aktywnego uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym zaowocuje poprawą ich warunków życiowych, stanu zdrowia i przyniesie korzyści dla całego społeczeństwa.

Rozwój lokalnych społeczności wraz z zaangażowaniem organizacji pozarządowych może również odgrywać istotną rolę w rozwoju opieki długoterminowej:

- organizacje pozarządowe mogą świadczyć usługi opieki instytucjonalnej,
- organizacje pozarządowe wspierają świadczenie wszystkich pozostałych form usług opiekuńczych (opieka domowa, opieka środowiskowa),
- mogą być częścią instytucjonalnych koordynacji opieki długoterminowej,
- mogą stwarzać osobom starszym szansę na pracę w wolontariacie.

Wolontariat znajduje też swoje odbicie w zmianie paradygmatu pracy z osobami starszymi, obejmującego następujące cele:

- mocniejsze zintegrowanie ludzi starszych ze społeczeństwem;
- zwiększenie aktywności seniorów;
- zwiększenie poczucia solidarności międzypokoleniowej i wewnątrzpokoleniowej;
- wykorzystanie wiedzy i doświadczenia seniorów;
- uwzględnienie różnic w potencjałach samopomocy i produktywności (osób starszych).

Wyzwaniem opieki długoterminowej pozostaje dostarczenie odpowiedniej liczby usług przy ograniczonym finansowaniu i możliwościach instytucjonalnych.

Organizacja opieki długoterminowej w Polsce

PUBLICZNA		NIEPUBLICZNA
Sektor zdrowotny	Sektor socjalny	- opieka domowa - domy seniora
- Zakład Opiekuńczo-Leczniczy (ZOL) - Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy (ZPO) - Domy Opieki Paliatywnej (DOP) - szpital	- Dom Pomocy Społecznej (DPS) - Rodzinne Domy Pomocy	
Opieka środowiskowa (pielęgniarka POZ, pielęgniarka długoterminowej opieki domowej)		

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

Charakterystyka

Głównym celem funkcjonowania jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia dla ludzi przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Objęcie całodobową opieką i leczeniem osób, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym wymagają stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji. Pacjentom zapewniane są produkty lecznicze i wyroby medyczne, pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.

Zasady kwalifikacji do ZOL/ZPO

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

Wniosek powinien zawierać:

- 1.Zaświadczenie lekarskie, że osoba ubiegająca się o skierowanie ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej pielęgnacji, opieki lub rehabilitacji i nie wymaga hospitalizacji (wg wzoru-załącznika nr 1 do rozporządzenia)
- 2.Wywiad pielęgniarzki przeprowadzony przez pielęgniarkę środowiskową (rodzinną) albo pielęgniarkę społeczną ZOZ (jeśli przebywa w szpitalu),(wg wzoru –załącznika nr 2 do rozporządzenia)
- 3.Ocenę stanu zdolności do samoobsługi (skala Barthel)
- 4.Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w zakładzie (decyzja ZUS, KRUS lub decyzja o przyznaniu zasiłku stałego),
- 5.Zgodę – oświadczenie osoby zainteresowanej na umieszczenie w ZOL/ZPO(lub jej przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego przypadku jej ustanowienia).W przypadku pacjenta nie mogącego wyrazić świadomej zgody, konieczne jest uzyskanie postanowienia sądu - właściwy jest sąd miejsca świadczenia lekarskiego, chyba że ustanowiony jest opiekun prawny dla osoby ubezwłasnowolnionej.
Do takiej zgody należy dołączyć dokumenty potwierdzające tj. postanowienie sądu.
- 6.Pisemną deklarację zgody(lub jej brak) na udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta
- 7.Kopię dowodu osobistego pacjenta

Zebrana dokumentacja jest przekazywana do lekarza ZOL/ZPL który jest upoważniony przez organ kierujący do wstępnej kwalifikacji przedłożonych dokumentów i wydania opinii (lekarz opiniujący).

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

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

O terminie przyjęcia do placówki powiadamia Dyrektor ZOL/ZPO.

Leczenie szpitalne (sektor publiczny)

Pacjenci powyżej 60. roku życia mogą być diagnozowani i leczeni wraz z wszystkimi schorzeniami z zakresu neuroortopedii, onkologii, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, kardiologii, diabetologii, gastroenterologii czy psychologii wieku podeszłego.

•Oddział geriatryczny

Sprawuje całodobową opiekę medyczną nad chorym po 65 roku życia.

Oddziały geriatryczne zajmują się profilaktyką, rozpoznawaniem, leczeniem oraz rehabilitacją schorzeń występujących w wieku podeszłym. Celem pobytu na oddziale geriatrycznym jest przywrócenie hospitalizowanej osobie stanu zdrowia w określonym czasie pobytu. W sytuacji, kiedy ze względu na nieuleczalność choroby, nie jest możliwe, podniesienie jej stanu funkcjonalno-czynnościowego na wyższy poziom, spowolnienie rozwoju przewlekłych procesów chorobowych oraz zapobieganie ich zaostrzeniu.

•Oddział dla przewlekle chorych

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

Domy Pomocy Społecznej (DPS) (sektor publiczny)

Charakterystyka

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

Usługi opiekuńcze obejmują:

- pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych.
- specjalistyczne usługi opiekuńcze dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

Ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia.

Zasady kwalifikacji

Prawo do umieszczenia w DPS przysługuje osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych.

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

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

w którym przewidywany termin oczekiwania na umieszczenie jest krótszy niż 3 miesiące.

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

Dokumentację kompletuje ośrodek pomocy społecznej, właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o miejsce w DPS.

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

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

- wywiad środowiskowy u osoby ubiegającej się o miejsce w DPS, przeprowadzony przez pracownika ośrodka pomocy społecznej,
- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do DPS,
- opinia ośrodka pomocy społecznej dotycząca stopnia sprawności osoby ubiegającej się o skierowanie do DPS,
- decyzja o przyznaniu zasiłku stałego lub decyzja organu rentowo – emerytalnego ustalającego wysokość renty lub emerytury,
- wywiad środowiskowy u osób zobowiązanych do zapewnienia opieki oraz ponoszenia odpłatności za pobyt członka rodziny w DPS,

W przypadku umieszczania osób ubezwłasnowolnionych:

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

w celu wydania postanowienia o umieszczeniu osoby bez jej zgody.

Oplaty za pobyt

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

Do wnoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej, poza mieszkańcami placówki, zobowiązani są również w pierwszej kolejności: małżonek, zstępni (dzieci, wnuki, prawnuki, itd.) przed wstępnymi (ojciec, matka, dziadek, babka, itd), osoby ubiegającej się o miejsce w domu pomocy społecznej. Obowiązek ponoszenia opłaty w przypadku skierowania członka rodziny do domu pomocy społecznej spoczywa w pierwszej kolejności na wskazanych w przepisach krewnych, przed opieką społeczną. Opłaty te mogą wносить także osoby wyżej nie wymienione (na podstawie odrębnej umowy).

Opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej wnoszą:

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

Rodzinne Domy Pomocy (sektor publiczny)

Charakterystyka

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

Zadaniem rodzinnych domów opieki jest zapewnienie całodobowej opieki nie mniej niż trzem i nie więcej niż ośmiu osobom-seniorom. Służą one pomocą szczególnie osobom wymagającym wzmożonej opieki ze względu na znaczne ograniczenie w codziennym funkcjonowaniu, wynikające z podeszłego wieku i niepełnosprawności. Sposób świadczenia usług opiekuńczych oraz bytowych uwzględnia stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną seniora oraz jego indywidualne potrzeby.

Świadczenia:

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

Zasady kwalifikacji

Kto może być umieszczony w rodzinnym domu opieki?

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

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

Charakterystyka

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

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

Dzienne Domy Pomocy Społecznej bardzo często korzystają z usług pielęgniarek, lekarzy czy też rehabilitantów.

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

Dzienny Dom Pomocy Społecznej ma za zadanie udzielać jak najszerszego wsparcia osobom w podeszłym wieku, aby mogły funkcjonować

w swoim środowisku zamieszkania. Nadzór nad funkcjonowaniem placówki sprawuje najczęściej Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie.

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa (sektor publiczny)

Charakterystyka

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

Zasady kwalifikacji

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

- w ocenie opartej na skali Barthel otrzymali 40 punktów lub mniej,
 - nie korzystają w tym samym czasie z domowej opieki dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, hospicjum domowego, stacjonarnego zakładu opiekuńczego (opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego)
- nie są w ostrej fazie choroby psychicznej,
- Świadczenia pielęgniarskie domowe udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się kartę oceny pacjenta według skali Barthel.
 - Pielęgniarka opieki długoterminowej domowej zobowiązana jest do powiadomienia lekarza i pielęgniarki POZ, do których pacjent złożył deklarację wyboru, o terminie rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczeń, a także o istotnych zmianach w stanie zdrowia pacjenta,
 - Karta wizyt powinna być potwierdzona podpisem przez pacjenta, jego rodzinę lub opiekuna,
 - Środki higieniczne i opatrunkowe, leki i inne wyroby medyczne zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, zapewnia rodzina pacjenta (lub jego opiekun faktyczny/ prawny),
 - Po godzinie 20.00 do godz. 8.00 rano dnia następnego, świadczenia pielęgniarskie wynikające z zachowania ciągłości procesu leczenia i pielęgnacji zapewnia w ramach sprawowanej opieki świadczeniodawca realizujący umowę w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Opłaty
Świadczenie realizowane w ramach NFZ.

Hospicjum (sektor publiczny)

Zasady kwalifikacji

1. Opieka poradni medycyny paliatywnej - skierowanie wypisuje lekarz rodzinny lub specjalista. Chory chodzący zgłasza się do najbliższego ambulatorium, choremu leżącemu przysługują maksymalnie dwie wizyty domowe w tygodniu.
2. Hospicjum domowe - skierowanie wypisuje lekarz rodzinny lub specjalista. Zgłoszenia można dokonać osobiście lub telefonicznie.
Ważne! Osoba chora musi wyrazić zgodę na piśmie na opiekę hospicjum domowego. Jeśli nie może pisać, zgodę może wyrazić jego opiekun prawny lub rodzina.
3. Hospicjum stacjonarnego - skierowanie od lekarza rodzinnego lub specjalisty, dokumentacja medyczna chorego oraz jego pisemna zgoda.

Opieka domowa i domy seniora
(sektor prywatny)

Charakterystyka, zasady kwalifikacji, opłaty

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

Jednak jakość takich usług opiekuńczych podlega ograniczonemu nadzorowi.

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

Zasiłki i świadczenia pieniężne

Wśród różnego rodzaju usług istnieją zasiłki i świadczenia pieniężne związane z opieką. Świadczenia pieniężne zależą od rodzaju opieki i od przyczyn zapotrzebowania na nią (opieka nad niepełnosprawnym dzieckiem lub osobą dorosłą bądź opieka nad osobą starszą).

Dostępne rodzaje świadczeń:

Zasiłek pielęgnacyjny – świadczenie opiekuńcze przyznawane osobom zapewniającym opiekę:

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

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

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

otrzymywania emerytury lub renty, które są całkowicie niezdolne do pracy i do samodzielnej egzystencji (209,59zł miesięcznie).

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

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

Ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny –wysokość ryczałtu energetycznego, która w dalszym ciągu będzie wynosić 166,05 zł

Zasiłki dla osób starszych i chorych z ośrodków pomocy społecznej

- Zasiłek stały w wysokości nie mniejszej niż 30 zł i nie wyższej niż 604 zł miesięcznie. Przysługuje osobom niezdolnym do pracy w związku z wiekiem (tym, które nabyły już prawa do świadczeń emerytalnych) lub całkowicie niezdolnym do pracy z tytułu niepełnosprawności, jeżeli nie przekraczają one kryterium dochodowego. Dla osób samotnych wynosi ono 634 zł, a dla osób w rodzinie – 514 zł. W obu przypadkach to kwota netto (czyli po odliczeniu zaliczek na podatek dochodowy i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne). Dokładną wysokość zasiłku zostanie wyznaczona w urzędzie na podstawie różnicy między kryterium dochodowym a dochodem (osoby samotnej lub na osobę w rodzinie).
- Zasiłek okresowy przysługuje w przypadku długotrwałej choroby, niepełnosprawności, bezrobocia oraz oczekiwania na przyznanie emerytury lub renty. Jest to co najmniej 50 proc. różnicy między wspomnianym kryterium dochodowym a dochodem osoby samotnej lub w rodzinie. Zasiłek nie może być niższy niż 20 zł i nie wyższy niż 418 zł miesięcznie (w przypadku osoby samotnie gospodarującej). Ośrodek pomocy społecznej podejmuje decyzję, przez jaki okres będzie wypłacana pomoc. Zależy to od sytuacji danej osoby czy rodziny.
- Zasiłek celowy, na zaspokojenie tzw. niezbędnych potrzeb życiowych, m.in. o zakup leków, żywności, opału, ubrania, naprawienie drobnych usterek w mieszkaniu oraz na organizację pogrzebu. Potrzebujący mogą otrzymać bilet socjalny w komunikacji miejskiej, który wykorzystają na dojazd na zabiegi rehabilitacyjne lub do lekarza.

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

Ulga na paszport - seniorzy, którzy mają ukończone 70 lat, otrzymają paszport za darmo.

Ulga na telewizję – zwolnienie z opłat abonamentu po 75 r.ż.

Tańsze bilety PKP i darmowa komunikacja miejska

Zasiłki dla opiekunów

Opiekunowie dorosłych osób niepełnosprawnych mogą się starać o:

- Specjalny zasiłek opiekuńczy. Wynosi 520 zł netto miesięcznie, ale jego uzyskanie wymaga rezygnacji z pracy (lub niepodejmowania zatrudnienia) oraz niskich dochodów w rodzinie (764 zł netto na osobę miesięcznie).
- Zasiłek dla opiekuna. Wynosi 520 zł netto miesięcznie. Należy się tylko tym opiekunom, którzy po nowelizacji ustawy o świadczeniach rodzinnych z 2013 r. utracili prawo do świadczenia pielęgnacyjnego, a jednocześnie z powodu zbyt wysokich dochodów nie przysługuje im specjalny zasiłek opiekuńczy.
- Zasiłek pielęgnacyjny. Wynosi 153 zł netto miesięcznie. Przyznawany jest osobom niezdolnym do samodzielnej egzystencji.
- Dodatek pielęgnacyjny. Wynosi 209,59 zł netto miesięcznie. Nie przysługuje osobie, która pobiera zasiłek pielęgnacyjny lub rentę socjalną.

Zwolnienie lekarskie

Prawo pozwala skorzystać ze zwolnienia lekarskiego na chorego członka rodziny. Ustawa z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa przewiduje, że ubezpieczonemu zwolnionemu od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego

sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny przysługuje zasiłek opiekuńczy. Zasiłek przysługuje przez 14 dni kalendarzowych (nie roboczych) w roku.

Literatura:

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

TELEPIEKA

Autor: dr Katarzyna Karolska

Wstęp

Proces starzenia się ludności jest zaliczany do najważniejszych zjawisk społecznych XXI wieku, a jego skutki stanowią i będą stanowić kluczowe wyzwanie w sferze polityki społecznej w najbliższych latach. Na rynku polskim pojawia się coraz więcej usług skierowanych z myślą o osobach starszych, opartych na nowych technologiach. Wśród nich wymienia się teleopiekę. W krajach skandynawskich system opieki domowej i mobilnej jest uzupełnieniem państwowego systemu zdrowia.

1. Gerontechnologia

„Gerontechnologia jest dziedziną nauki zainicjowaną przed ok. 20 laty, zajmującą się problemami ludzi starszych w społeczeństwie i środowisku, ale równocześnie umiejętnością praktycznego zastosowania środków ułatwiających dostęp tej grupy wiekowej (obciążanej przez naturę ograniczeniami mobilnymi, a niekiedy również percepcyjnymi) do wszelkich obiektów infrastruktury. Gerontologia to skrzyżowanie dróg postępowej technologii i zaawansowanego wieku, w interdyscyplinarnym obszarze nauki, w którym technologia kierowana bywa na aspiracje i możliwości osób starszych, a jej celem jest badanie, rozwój i projektowanie produktów i usług służących zachowaniu dobrego zdrowia, pełnego udziału w życiu społecznym i niezależności bytu”.

Popularyzacja gerontechnologii sprzyja realizacji koncepcji „starzenia się w miejscu” (zamieszkania), która staje się priorytetem zarówno w Europie, jak i Stanach Zjednoczonych, i stanowi logiczne dopełnienie idei aktywnego starzenia się.

Warto uzmysłowić sobie, że wiek starszy, a przede wszystkim połączona z tym wielochorobowość wymuszają na najbliższych oraz różnych instytucjach opiekę nad osobą starszą. W literaturze przedmiotu określa się to jako „strukturalna zależność” od osób starszych. Teoria zakłada, że społeczeństwo oraz instytucje (np. system emerytalny) przyczyniają się do powstania oraz podtrzymują status zależności osób starszych – zależności od systemu, od instytucji, od młodszych pokoleń.

Według Townseda coraz powszechniejsze zastosowanie nowych technologii do monitorowania stanu zdrowia lub codziennej aktywności ludzi starych wpisuje się w paradygmat „strukturalnej zależności” i powoduje, że sam fakt stosowania interaktywnych urządzeń może być postrzegany jako pogłębienie marginalizacji i nowa formuła ubezwłasnowolnienia seniorów.

Gerontechnologia inspiruje świat nauki. Należy przypuszczać, że już wkrótce podbije rynek konsumencki. Gerontechnologia staje się szansą na utrzymanie niezależności i aktywności seniorów.

2. Teleopieka, jako jedno z rozwiązań wspierających opiekę nad osobami starszymi.

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

a) określenie terminu oraz celu teleopieki

Idea teleopieki w Polsce jest stosunkowo młodym narzędziem stosowanym jako jedno z rozwiązań stosowanych w opiece nad osobami starszymi.

W przedmiocie dostępnych informacji teleopiekę określa się jako:

1) system wspierający opiekę nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi, które w sytuacjach krytycznych lub wymagających interwencji niejednokrotnie nie są zdolne do wykonania jakiegokolwiek czynności;

2) system zapewniający ludziom pomoc, wsparcie bez odczuwania niepotrzebnego wtargnięcia lub utratę godności;

3) teleopieka jest sposobem wykorzystania innowacyjnych technologii w organizacji usług opiekuńczych. Podstawowym rozwiązaniem stosowanym w Teleopiece jest czerwony przycisk. Oprócz niego w ramach Teleopieki możliwe jest wsparcie podopiecznego na odległość przy użyciu szeregu bezprzewodowych czujników przekazujących uzgodnione uprzednio informacje do Centrum Operacyjno - Alarmowego, które następnie podejmuje działania zgodnie z obowiązującymi procedurami;

4) teleopieka domowa - inaczej niż telemedycyna, odnosi się nie do sfery opieki zdrowotnej, ale wpisuje się w obszar aktywności zapewniających opiekę socjalno-bytową. Teleopieka obejmuje wszelkie usługi świadczone na odległość z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT), sprzyjające zachowaniu niezależności we własnym domu osobom starszym, niepełnosprawnym i niesamodzielnym.

5) teleopieka jest usługą dającą możliwość wezwania pomocy w przypadku zagrożenia życia, zdrowia lub bezpieczeństwa. System skierowany do osób starszych, niesamodzielnymi, czasowo lub stale samotnych, ograniczoną sprawnością ruchową lub intelektualną, które chcą lub muszą prowadzić samodzielne życie, ale wymagają stałego nadzoru, a także do każdego, kto chce podwyższyć swoje bezpieczeństwo osobiste i komfort życia.

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

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

Ważne jest również aby osoba starsza, niepełnosprawna, chora, czasowo lub trwale niesamodzielną, wymagająca opieki, jak najdłużej mogła bezpiecznie pozostawać w swoim środowisku domowym.

b) koszty i finansowanie

Kraje takie jak Dania lub Szwecja postrzegają rozwój komputerowy i technologiczny w sferze sektora opieki jako rozwiązanie generujące oszczędności dla Państwa. Rozwiązanie to finansowane jest przez Rząd.

Systemy wspomagające sprawowanie opieki nad seniorami sprawdziły się już za granicą. Teraz przyszedł czas na Polskę, która w tej materii „raczkuje” zdobywając jednocześnie doświadczenie.

W kontekście polskim, na pierwszy plan wysuwa się kwestia ograniczonej dostępności nowych technologii. Jak wiadomo Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dofinansowuje zakup technologii asystujących, czyli wózki inwalidzkie, protezy, kule, ect., jednak nie partycypuje w rozwój inteligentnych, interaktywnych rozwiązań.

W związku z powstałą sytuacją gminy, miasta, samorządy, które wychodzą naprzeciw oczekiwaniom lokalnej społeczności, szukają wszelkich rozwiązań, aby móc zapewnić należytą opiekę seniorom.

W Giżycku wg. statystyk GUS zameldowanych jest blisko 30 tys., mieszkańców, z czego ponad 6200 stanowią osoby po 60 roku życia. Biorąc pod uwagę możliwość wdrożenia innowacyjnego rozwiązania w Giżycku, przystąpiono do szczegółowego zbadania rynku i wyboru optymalnego rozwiązania dla giżyckich seniorów.

Rok 2017, uznano rokiem pilotażowym podczas wdrażania systemu teleopieki, określając przy tym limit 30 miejsc.

Gmina Miejska Giżycko podpisała porozumienie z firmą świadcząca usługi dla samorządów w ramach wdrożenia powszechnego systemu teleopieki. Koszty związane z wprowadzeniem systemu teleopieki w przybliżeniu kształtują się następująco:

- zakupiono na własność Gminy Miejskiej Giżycko 30 aparatów (telefonów), przy czym można sobie określić liczbę telefonów stacjonarnych i komórkowych. Giżycko zrealizowało zamówienie na aparatów 15 komórkowych (z kompatybilną silikonową bransoletką na rękę) oraz 15 stacjonarnych (z kompatybilnym wisiorkiem na szyję), na kwotę blisko – 9,500 tys. zł. W koszt wchodziły aparaty plus koszty konfiguracji urządzeń.
- realizowany jest miesięczny abonament, czyli opłata dostępową za świadczoną usługę, bez względu na liczbę zgłoszonych osób do systemu. Ustalony koszt wynosi ok. 1500 zł. miesięcznie. W systemie może być włączonych 30 osób, albo 3000 jeżeli zajdzie taka potrzeba. Opłata mimo liczby zgłoszonych osób, jest jedna.
- koszty w przypadku Giżycka związane były dodatkowo z przeszkoleniem koordynatora z systemu teleopieki (szkolenie nie jest obligatoryjne), koszt ok 600 zł.

Gmina Miejska Giżycko założyła w budżecie miejskim na rok pilotażowy 2017 kwotę ok 30 tys. zł. na realizację systemu teleopieki domowej.

W ramach umowy firma zapewnia dedykowanego opiekuna oraz telefonicznego terenowego koordynatora teleopieki, czyli osoby wsparcia organizacyjno-technicznego projektu, albo terenowego koordynatora teleopieki po przekroczeniu liczby 400 podopiecznych w mieście. Miasto może również wypożyczyć urządzenia do teleopieki, na odpowiednio ustalonych wcześniej warunkach.

W ramach abonamentu podopieczny teleopieki uzyskuje dostęp do centrów usług teleopieki, tj. centrum operacyjno-alarmowego oraz sukcesywnie, wraz z budową systemu teleopieki i samopomocy sąsiedzkiej uzyskuje dostęp do centrum domowych usług opiekuńczych, centrów samopomocy sąsiedzkiej oraz centrów telemedycyny domowej.

c) korzyści

Z biegiem czasu, konsultowania nowych rozwiązań, narzędzie to, dało możliwość rozwoju usługi indywidualnego klienta korzystającego z teleopieki do zbudowania powszechnego systemu, obejmującego znacznie szerszą grupę podopiecznych. Dało to możliwość popularyzacji usługi na poziomie samorządowym jak i rządowym.

Teleopieka w systemie powszechnym to:

- profesjonalne, zawodowe centrum operacyjno-alarmowe, stosujące jednakowe standardy ochrony danych osobowych, współpracy z państwowymi służbami ratownictwa oraz standardy techniczne;
- zharmonizowane z obowiązującymi w instytucjach rządowych i samorządowych zasadami budżetowania i finansowania projektów;
- rozwiązania organizacyjno-techniczne zapewniające maksymalne bezpieczeństwo podopiecznych i odpowiednia przepustowość systemu, rozdzielenie funkcji „bezpieczeństwo” i wsparcia psychicznego;
- elastyczne rozwiązania, umożliwiające stałą rozbudowę i modyfikację systemu;
- racjonalność ekonomiczna;
- zgodność z „Załoženiami Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020”.

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

- świadomość poczucia bezpieczeństwa

Jak wiemy teoria potrzeb ludzkich wg Maslowa przedstawiona w kształcie piramidy, poczucie bezpieczeństwa umiejscowiła na drugim miejscu w hierarchii, zaraz po potrzebach fizjologicznych. Jest to niezwykle ważne z punktu odczuwania zależności, opieki i oparcia, spokoju, wolności od strachu ect. W wywiadach z podopiecznymi teleopieki wynika, że całodobowa ochrona tzw. „Anioł Stróż”, daje nieocenione poczucie bezpieczeństwa. Podopieczni, mimo że mieszkają sami, że rodzina jest daleko – czują się silniejsi, bardziej zaradni. Wiedzą, że są w stanie sami sobie pomóc. Rozwiązanie takie daje obopólne korzyści zarówno dla seniora jak i jego rodziny, która wie, że w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia czy życia członka rodziny, nie pozostaje „na łasce” sąsiadów, tylko może sam w porę zareagować wzywając pomoc.

- wsparcie społeczne

Wsparcie jest potrzebne ludziom w każdym wieku. Jednak osoby starsze potrzebują go szczególnie, a potrzeba ta nasila się w miarę pojawiania się niesamodzielności, będącej skutkiem przewlekłej choroby lub niepełnosprawności. Mogąc korzystać z systemu teleopieki w miejscu zamieszkania osoby starsze odczuwają większy komfort. Wiedzą bowiem, że o ich istnieniu wie ktoś więcej, niż oni sami, najbliższa rodzina czy sąsiedzi. Wiedzą również, że jest większa szansa otrzymania pomocy w razie zaistnienia takiej potrzeby.

- poczucie samodzielności i zaradności

Poczucie to, przejawia się w możliwości samodzielnego zamieszkiwania bez konieczności korzystania z pomocy innych osób przy wykonywaniu codziennych czynności. Oczywiście, niektóre osoby nie są w stanie poradzić sobie ze wszystkimi obowiązkami dnia codziennego, jednak w tym aspekcie chodzi o to, że system teleopieki staje się motywatorem do tego, żeby radzić sobie jak najdłużej nie obciążając najbliższych.

- możliwość pozostania jak najdłużej w miejscu zamieszkania

Możliwość pozostania w miejscu zamieszkania, pomimo pogarszającego się z wiekiem stanu zdrowia, zaradności, samodzielności, jest czynnikiem bardzo ważnym do utrzymania poczucia niezależności. Osoby samotne, schorowane chcą jak najdłużej zostać w swoim domu „azyłu”, w którym spędzili niemal całe życie. Myśl o przejściu pod państwową opiekę, czyli domu późnej starości, czy domu opieki społecznej, seniorzy odwołują najpóźniej jak tylko mogą. Twierdzą podczas wywiadów, że będzie to ostateczność, kiedy będą ubezwłasnowolnieni, bądź nie będzie się mogła zająć nimi rodzina.

- skuteczne poczucie obniżenia zagrożenia

Świadomość zapewnienia otrzymania na czas pomocy w razie upadku, nagłego pogorszenia zdrowia umożliwia podniesienie bezpieczeństwa psychicznego. Dzięki systemowi teleopieki, nagłe wystąpienie choroby, czy świadomość o możliwości wystąpienia wypadku/upadku w domu, daje osobie starszej komfort psychiczny. Nie przeraża już wówczas jak do tej pory, możliwość wystąpienia któregoś z czynników mogących pogorszyć stan zdrowia, ale umacnia w wierze, że „jestem bezpieczny/bezpieczna, dam sobie radę”.

- korzyści ekonomiczne

Korzyści teleopieki, to także możliwość rekompensowania funkcjonowania systemu obniżeniem kosztów w innych obszarach jak: rehabilitacji, pomocy społecznej czy systemu ochrony zdrowia. Poza tym przyczynia się do znacznego skrócenia okresu hospitalizacji pacjentów. Korzyści wynikają również ze zmniejszenia oczekiwania na uruchamianie kosztownych miejsc w stacjonarnych domach pomocy społecznej czy zakładach opiekuńczych.

- możliwość lokalizacji podopiecznego

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

- możliwość godzenia przez najbliższych pracy z innymi obowiązkami

Innowacyjne rozwiązanie pozwala najbliższym/opiekunom podopiecznego na spokojne łączenie pracy z innymi obowiązkami ponieważ wiedzą, że ich bliscy są objęci skuteczną 24 - godzinną opieką przez 365 dni w roku.

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

3. Kryterium włączania osób starszych do systemu teleopieki.

Każda instytucja może sama przyjąć kryteria włączania osób do systemu teleopieki. Najczęściej stosowane w praktyce kryteria dotyczą:

- przedziału wiekowego seniorów, najczęściej podawany wiek, to 60+,
- oceny stopnia zaradności osób starszych, czyli samodzielności – bądź jej brak, w oparciu o wykonywane czynności dnia codziennego,
- osób o podwyższonym zagrożeniu zdrowia lub życia, np. nagłe ataki, wstrząsy, chwilowe utraty przytomności,
- osób niepełnosprawnych,
- osób ze schorzeniami narządu ruchu (osteoporoza),
- osób z chorobami o podłożu kardiologicznym, neurologicznym (udary).

Podczas przygotowywania procesu włączania miasta Giżycka do Warmińsko-Mazurskiego Samorządowego Systemu Teleopieki Domowej przyjęto następujące kryteria kwalifikujące osoby starsze do systemu:

Podopieczny musi

- być mieszkańcem Giżycka,
- być osobą starszą (po 60 r. ż.), samotną, schorowaną,
- posiadać telefon stacjonarny lub komórkowy,
- opłacać terminowo należności za abonament telekomunikacyjny,
- posiadać poprawnie działającą linię telekomunikacyjną,
- posiadać numer telefonu, który w żaden sposób nie jest zastrzeżony lub ukryty,
- być osobą zdrową psychicznie i rozumieć zasady przeznaczenia oraz działania powierzonego urzędnika „PRZYCISKU ŻYCIA”,
- wypełnić danymi niezbędne dokumenty, pozwalające na uruchomienie systemu w miejscu zamieszkania Podopiecznego.

Podczas przyjmowania zgłoszenia kolejnej rodziny do systemu okazało się, że w dwóch przypadkach należało rozszerzyć przyjęty katalog wytycznych, które podopieczny musi spełnić, aby zostać włączonym do systemu. Powodem były trudne sytuacje, w jakiej obie rodziny się znalazły.

Pani Maria lat 80, od 10 lat leży sparaliżowana w łóżku. Mąż Pani Marii, lat 85 przeszedł dwa udary, w wyniku czego sam potrzebuje fachowej opieki. Rodzina Pani Marii i Józefa zagląda do nich, ale dopiero w godzinach wieczornych po pracy, natomiast przez większość dnia małżeństwo jest zdane na siebie. Do Państwa X została wynajęta opiekunka, żeby wykonywać podstawowe czynności jak: gotowanie obiadów oraz powierzchowne sprzątanie mieszkania. Resztę godzin spędzają sami. W tym przypadku bez wahania włączono rodzinę do systemu teleopieki.

Drugi przypadek, który pokazał, jak bardzo należy być elastycznym przy ustalaniu kryterium kwalifikującego osoby starsze do systemu związany jest z rodziną, w której kobieta w wieku 82 lat sama opiekuje się mężem, z którym nie ma logicznego kontaktu. Mąż Pani Czesławy większość dnia leży

w łóżku, przy włączonym telewizorze. Pani Czesława od dłuższego czasu sprawuje opiekę nad ciężko chorym mężem, chociaż sama jest już schorowana. Rodzina, niestety jest daleko i nie może czuwać nad codziennym życiem rodziców. Pozostają w kontakcie telefonicznym.

Mając w planach wdrażanie systemu, jako innowacyjnego narzędzia uzupełniającego opiekę nad osobami starszymi, należy brać pod uwagę różne okoliczności, które mogą mieć istotne znaczenie przy podjęciu decyzji o włączeniu osoby starszej do teleopieki.

Pogłębiony wywiad, a tym samym zebranie informacji w miejscu zamieszkania seniorów jest wyznacznikiem do podjęcia decyzji o ewentualnym przyznaniu „PRZYCISKU ŻYCIA”.

Zgłoszenia do systemu można dokonać osobiście lub za pośrednictwem, np.:

- rodziny,
- sąsiadów,
- znajomych,
- lekarzy pierwszego kontaktu,
- pielęgniarek środowiskowych,
- księży,
- osób posiadających informację o występowaniu potrzeby włączenia osoby starszej do systemu.

4. Różne możliwości rozbudowy systemu teleopieki.

Inne rodzaje urządzeń i możliwości rozbudowy narzędzi stosowanych w opiece domowej.

Usługi teleopieki są zróżnicowane: począwszy od podstawowych funkcji alarmowych w rodzaju „przycisku życia” po zaawansowane systemy połączone z geolokalizacją podopiecznego i diagnostyką online.

Rozwiązania można dopasować do występujących potrzeb, od zastosowania bezpośrednim beneficjentom usług, po samorządy.

Rzeczywistość nowoczesnych technologii, to naturalny kierunek rozwoju współczesnego systemu opieki społecznej i medycyny. Ważne, by nowe systemy były elementem wsparcia w opiece nad seniorami, a nie eliminowały komunikację z nimi. Nawet najbardziej nowoczesne urządzenie nie zastąpi bowiem osobistego kontaktu. Ważne też, by technologie wdrażano zgodnie z wolą seniorów. Czasem wymaga to wiele cierpliwości od podmiotów świadczących usługi zdalnej opieki.

Na rynkach państw zachodnich, usługa teleopieki jest zinstytucjonalizowana w zdecydowanie wyższym stopniu niż w Polsce. W Wielkiej Brytanii, która dąży do zdobycia roli lidera w Europie w tej dziedzinie, działa organizacja National Framework Agreement on TeleCare. Jej zadaniem jest kontrolowanie mechanizmów dostarczania teleopieki na Wyspach, a celem promowanie i wspieranie przemysłu związanej ze świadczeniem opieki w miejscu zamieszkania.

Kraje jak Dania czy Szwecja postrzegają komputeryzację i technologizację sektora opieki jako rozwiązania generujące oszczędności dla Państwa.

W Niemczech dystrybutorzy podpisali porozumienie dotyczące wspólnego realizowania tej inicjatywy.

We Włoszech dystrybucja usług teleopieki prowadzona jest dwutorowo: z jednej strony przedsiębiorcy dążą do skutecznego zarządzania nią i zwiększania wydajności, z drugiej strony do redukcji kosztów opieki zdrowotnej.

System teleopieki umożliwia niezależne korzystanie z wielu urządzeń:

- Czujnika dymu,
- Czujnika padaczki (umieszczane pod materacami),
- Detektora gazu ziemnego i zawór odcinający gazy,
- Biernego czujnika ruchu,
- Czujnika kontrolującego zawór wody,
- Czynnego czujnika ruchu (od „rozprostowania kości” po zbyt długiej drzemce, po spacer),

- Systemu sygnalizacji otwarcia drzwi,
- Czujnika ekstremalnej temperatury,
- Detektora tlenu węgla,
- Dozownika leków,
- Systemu wejścia wideo,
- Sensoru biomedycznego (pozwala na monitorowanie funkcji fizjologicznych na odległość),
- Inteligentnego domu,
- Identyfikatora personalnego (zbiera dane na obecność ruchu, mierzy tętno, kroki, temperaturę skóry, a następnie przesyła dane do systemu komputerowego, gdzie podlegają analizie statystycznej, celem budowania indywidualnych modeli zachowań osób),
- Telemedycyny (zdalna opieka na odległość, która jest autonomicznym i bezinwazyjnym systemem monitorowania podopiecznych: kamery monitorująca z systemem, czujniki. Informacja o stanie zagrożenia przesyłana jest do opiekuna osoby starszej w postaci sms, e-mail, raportu – za pomocą sztucznej inteligencji). W zakresie telemedycyny można korzystać np. z: pulsoksymetru, ciśnieniomierza, glukometru, termometru, spirometru.

Rezultatem jest wykrywanie stanów odbiegających od personalnego modelu zachowań (upadki, zasłabnięcia, bezdechy, późne przebudzenia, częste lub rzadkie wizyty w toalecie lub kuchni, przebudzenia nocne itp.) i w pełni automatyczne informowanie opiekunów lub rodziny przy użyciu SMS, e-mail lub telefonu stosownie do ustalonych form komunikacji. System wykrywając stany nieprawidłowe lub krytyczne równie skutecznie identyfikuje trendy korzystne np. aktywność, rozwój intelektualny, pozytywne myślenie na podstawie dostarczanych parametrów.

Nowe technologie w sektorze ochrony zdrowia, to nie tylko skomplikowane mikrouządzenia, które znajdują się w fazie eksperymentalnej. Do grupy popularnych i szeroko stosowanych należą tak zwane technologie asystujące, których podstawowym celem jest usprawnienie funkcjonowania osób starszych z dysfunkcjami narządu ruchu, słuchu lub wzroku. Do grupy technologii asystujących należą wózki/balkoniki inwalidzkie, aparaty słuchowe, komputery wyposażone w alfabet Braille'a, syntezatory mowy, protezy, a także sprzęty z kategorii automatyki domowej. Postulat zwiększenia dostępności do technologii asystujących idzie w parze z koncepcją przestrzeni publicznej przyjaznej seniorom, wolnej od barier architektonicznych, dostosowanej do możliwości i potrzeb osób starszych. Omówione powyżej obszary zastosowania nowych technologii w służbie seniorom, mają na celu przede wszystkim zapewnienie bezpieczeństwa oraz wydłużenie i zwiększenie stopnia samodzielności osób starszych.

Podsumowanie

Teleopieka jako system wspierający opiekę nad osobami starszymi najbardziej rozwinięty jest w Europie, krajach skandynawskich. Polska pomimo że „raczkuje” w tym obszarze, wprowadza jednak różnego typu rozwiązania ułatwiające większą kontrolę nad osobami najbliższymi.

Należy spodziewać się w niedługim czasie, że w Polsce również nastąpi przełom w dziedzinie teleopieki/telemedycyny, a społeczeństwo polskie będzie domagało się zastosowania nowoczesnych rozwiązań wspomagających opiekę nad osobami starszymi w ich miejscu zamieszkania.

Opieka na odległość, to idea podążająca za rozwojem telekomunikacji od początku jej rozwoju. Usługi teleopiekunów rozwijają się na świecie od co najmniej kilkunastu lat.

Obecnie pojawia się coraz więcej doniesień o powodzeniu programów pilotażowych w tym zakresie w Polsce. Dzięki nowoczesnej infrastrukturze telekomunikacyjnej pojawiają się nowe formy działań czy usług podejmowanych przez grupy samopomocowe lub wyspecjalizowane firmy.

Gerontechnologia nieustająco inspiruje świat nauki, dlatego należy przypuszczać, że już wkrótce podbije rynek konsumencki. Będzie to wielkie pole do popisu dla firm świadczących usługi oraz instytucji zapewniających ochronę zdrowia seniorów.

Usługa w systemie powszechnym jest najbardziej efektywna – przynosi wymierne oszczędności samorządom, a co najważniejsze poprawia jakość życia podopiecznych i ich najbliższych opiekunów.

Literatura:

1. Bielak-Zasadzka M., Kucharczyk-Brus B. Obraz zasobu mieszkalnego w Polsce i relacji demograficzne. Polityka senioralna 2017; 3.
 2. Karolska K.. Wyniki przeprowadzonego badania sytuacji bytowej osób starszych z Giżycka po 60. r. ż., Giżycko 2016 r.
 3. Kostka T. Nowoczesne technologie w opiece nad seniorami. PIRB, Warszawa 27 IX 2017 r.
 4. Rzeczyński B. Gerontechnologia w przestrzeni komunalnej. Przegląd komunalny 2009; 3
 5. Townsend P. Ageism and Social Policy, 1986.
 6. Zapędowska – Kling KA. Nowe technologie w służbie seniorom, 2015.
 7. Gazeta Olsztyńska, czwartek, 19.10.2017 r.
- Strony internetowe
1. <http://teleopieka.com.pl/misja-systemu-teleopieki-naszsenior-pl/>
 2. <http://www.londonhp.nhs.uk/wp-content/uploads/2011/03/16-Telecare-Briefing.pdf/>
 3. <http://www.centrum-opieki.pl/produkty/czerwonyprzycisk>
 4. <http://www.centrum-opieki.pl/produkty/czerwonyprzycisk#>
 5. <https://www.tsa-voice.org.uk/what-is-tec>
 6. <http://www.zdaniemseniora.pl/teleopieka-aniol-stroz-dla-seniorow/>
 7. <http://teleopieka.com.pl/misja-systemu-teleopieki-naszsenior-pl/>
 8. <http://um.suwalki.pl/suwalki-miastem-zdrowia/>
 9. <http://www.aktywizacja.org.pl/biblioteka/technologie/1389-teleopieka-nowoczesna-forma-wsparcia>
 10. <http://dziennikustaw.gov.pl/du/2015/1991>

**REHABILITACJA LECZNICZA W WARUNKACH DOMOWYCH I AMBULATORYJNYCH DLA
OSÓB STARSZYCH**

Autor: mgr Larysa Sugay

Miejsce sprawowania i formy opieki geriatrycznej

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

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

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

Charakterystyka usług rehabilitacji domowej i ambulatoryjnej

Poradnia geriatryczna – poradnia ambulatoryjna

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

Podstawą diagnozowania i leczenia w geriatrji jest kompleksowa ocena geriatryczna.

W jej skład wchodzi:

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

Celem geriatrycznego zespołu opieki domowej jest:

- 1) diagnozowanie i leczenie schorzeń geriatrycznych w domu lub miejscu pobytu pacjenta geriatrycznego w przypadku, gdy takie działania ze względu na swoją złożoność nie mogą być świadczone przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) pomoc w zachowaniu korzystnego dla zdrowia trybu życia poprzez wczesne wykrywanie problemów geriatrycznych u pacjentów geriatrycznych pozostających w domu;
- 3) kontrola sposobu realizacji zaleceń poszpitalnych u osób pozbawionych wsparcia opiekuna;
- 4) zapobieganie pogłębianiu się niesprawności poprzez wdrożenie działań usprawniających (fizjoterapia, terapia zajęciowa, psychoterapia); edukacja pacjenta geriatrycznego, jego rodziny lub opiekunów w zakresie ograniczeń związanych z istniejącą chorobą;
- 5) analiza sytuacji mieszkaniowej pod kątem potencjalnych zagrożeń zdrowotnych i środowiskowo-socjalnych dla pacjenta geriatrycznego oraz poradnictwo w zakresie adaptacji pomieszczeń.

Rehabilitacja ambulatoryjna		
W opiece ambulatoryjnej pacjenci przyjmowani z terenu dzielnicy miasta, powiatu lub gminy.		
KTO	CO	Uwagi
Lekarz POZ	Skierowanie do lekarza rehabilitacji/ specjalisty - Skierowanie na badanie specjalistyczne (za potrzeby)	Gdy pacjent ma dolegliwości bólowe lub inne stany chorobowe musi zgłosić się do lekarza POZ. Lekarz POZ wystawi skierowanie do lekarza specjalisty lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Czas oczekiwania na wizytę wynosi od 0 do 7 dni
Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego/ lekarz specjalista	- Skierowanie na badanie specjalistyczne (za potrzeby) - Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne - Recepta na leki (farmakoterapia)	Lekarz specjalista przeprowadzi wywiad i wystawi skierowanie na dodatkowe badania Czas oczekiwania na pierwszą wizytę wynosi od 0 dni do kilku miesięcy Pacjent musi zapisać się na listę oczekujących na badania specjalistyczne. Czas oczekiwania na badania wynosi od 0 dni do kilku miesięcy Z wynikami badania trzeba umówić kolejną wizytę do lekarza specjalisty.
Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego/ lekarz specjalista	Skierowanie do poradni rehabilitacyjnej	Na podstawie wywiadu oraz wyników badań specjalistycznych może być wystawione skierowanie na rehabilitację. Skierowanie do poradni rehabilitacyjnej oraz na zabiegi fizjoterapeutyczne może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Jedynie w przypadku wady postawy kwalifikującej się do rehabilitacji leczniczej narządu ruchu, skierowanie na zabiegi wystawia, w ramach umowy z NFZ, lekarz specjalista.
Okres ważności skierowania	Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne jest ważne 30 dni od daty wystawienia. W tym czasie skierowanie musi zostać zarejestrowane w miejscu udzielania świadczeń, bez względu na to, kiedy rozpocznie się rehabilitacja. Czas oczekiwania na rehabilitację wynosi od 0 dni do kilku lub kilkunastu miesięcy	
Zasady finansowania przez NFZ	NFZ finansuje do 5 zabiegów dziennie w dziesięciodniowym cyklu terapeutycznym.	
Dostępność	Poradnia rehabilitacji (lekarz) czynna jest co najmniej 2 dni w tygodniu, w tym co najmniej jeden dzień w przedziale czasowym od 13:00 do 18:00. Gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii (zbiegi) czynny jest co najmniej 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 5 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 13:00 do 18:00.	

Rehabilitacja domowa

Opieka domowa dotyczy pacjentów miasta, na terenie którego działa ośrodek, i jego okolic w promieniu 30 km.

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

Rehabilitacja domowa uważana jest za jeden z najważniejszych kroków w kierunku samodzielności osoby niepełnosprawnej lub w podeszłym wieku.

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

- Pacjenci, którzy nie mogą korzystać z rehabilitacji ambulatoryjnej.
- Pacjenci kardiologiczni – w ramach kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej.
- Pacjenci z zaburzeniami narządu ruchu w wyniku:
 - ogniskowych uszkodzeń mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) - przez okres do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu;
 - ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali oceny stopnia inwalidztwa;
 - uszkodzeniem rdzenia kręgowego - przez okres 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego;
 - chorobami przewlekłe postępującymi, w szczególności: miopatiami, chorobą Parkinsona, zapaleniem wielomięśniowym, rdzeniowym zanikiem mięśni, guzami mózgu, procesami demielinizacyjnymi, kolagenozami, przewlekłymi zespołami pozapiramidowymi, reumatoidalnym zapaleniem stawów;
 - chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych lub kolanowych, po zabiegach endoprotezoplastyki stawu - przez okres 6 miesięcy od dnia wykonania operacji;
 - urazami kończyn dolnych - przez okres 6 miesięcy od dnia powstania urazu;
 - osobom w stanie wegetatywnym lub apalicznym.

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

Rehabilitacja domowa		
Rehabilitacja w warunkach domowych przeznaczona jest dla pacjenta, który nie porusza się samodzielnie i nie ma możliwości dotarcia do placówki rehabilitacyjnej, która udziela świadczeń w trybie ambulatoryjnym.		
KTO	CO	Uwagi
Lekarz geriatra (pierwsza wizyta)	Badanie, pomiary, testy w celu wystawienia rozpoznania - Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne - Recepta na leki (farmakoterapia)	Pierwsza wizyta domowa lekarza o specjalizacji w dziedzinie geriatrii albo lekarza będącego w trakcie specjalizacji w dziedzinie geriatrii powinna być przeprowadzona w terminie do siedmiu dni od zgłoszenia, a pielęgniarki — w terminie dwóch dni, po uprzednim uzgodnieniu terminu. Domowe wizyty geriatryczne udzielane są w trybie planowym, z wyjątkiem uzasadnionych przypadków. Częstotliwość geriatrycznych wizyt domowych powinna zależeć od indywidualnego stanu zdrowia pacjenta. Wizyty kontrolne i wizyty pozostałych członków zespołu odbywają się w uzgodnieniu z pacjentem geriatrycznym, jego rodziną lub opiekunem.

Rehabilitacja domowa		
Lekarz POZ/ lekarze ubezpieczenia zdrowotnego	Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych - Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne - Recepta na leki (farmakoterapia)	Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), a także inni lekarze ubezpieczenia zdrowotnego, w tym lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji medycznej, medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, fizjoterapii i balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, balneologii, balneologii i medycyny fizykalnej, reumatologii, neurologii, neurochirurgii i neurotraumatologii, chirurgii, chirurgii ogólnej, chirurgii ortopedycznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, ortopedii i traumatologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, neurologii, neurochirurgii, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii, lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej, balneologii i medycyny fizykalnej, reumatologii, neurologii, neurochirurgii, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii.
Okres ważności skierowania	Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych jest ważne 30 dni od daty wystawienia. W tym czasie skierowanie musi zostać zarejestrowane, bez względu na to, kiedy rozpocznie się rehabilitacja.	
Zasady finansowania przez NFZ	NFZ finansuje do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. W rehabilitacji domowej wykonywanych jest do 5 zabiegów dziennie. W uzasadnionych przypadkach czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza kierującego na zabiegi, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Ważne! Świadczenia rehabilitacji w warunkach domowych nie mogą być łączone ze świadczeniami realizowanymi w zakresie hospicjum domowego!	

Rehabilitacja grupowa

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

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

Uwaga!

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

Zakres usług rehabilitacyjnych

Zabiegi fizjoterapeutyczne

Mogą być przeprowadzane w warunkach domowych, ambulatoryjnych lub stacjonarnych. Często stanowią część różnych rodzajów rehabilitacji.

Należą do nich:

Kinezyterapia (leczenie poprzez ruch i ćwiczenia), masaż, elektrolecznictwo (leczenie prądem), leczenie polem elektromagnetycznym, hydroterapia (zabiegi wodne), krioterapia (leczenie zimnem), balneoterapia (leczenie przy zastosowaniu wód leczniczych, gazów naturalnych lub naturalnych mułów organicznych).

Procedury fizjoterapeutyczne i rehabilitacyjne w ramach zespołowego podejścia geriatrycznego obejmują:

- 1) ocenę stanu funkcjonalnego i wdrożenie postępowania fizjoterapeutycznego;
- 2) ocenę zagrożenia upadkiem;
- 3) ocenę hipotonii ortostatycznej;
- 4) procedury diagnostyczne — testy oceny równowagi i chodu, deficytów ruchowych, test z L-Dopa;
- 5) planowanie szczegółowego przebiegu procesu fizjoterapii w danej jednostce chorobowej, dysfunkcji lub zaburzeniu czynnościowym, na podstawie badania lekarskiego i fizjoterapeutycznego;
- 6) zlecenie zabiegów fizjoterapeutycznych i metod fizjoterapeutycznych na podstawie diagnozy lekarskiej i fizjoterapeutycznej;
- 7) wykonywanie lub nadzorowanie wykonania zabiegów i metod fizjoterapeutycznych;
- 8) zalecanie pacjentom odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych w celu przeprowadzenia prawidłowego postępowania fizjoterapeutycznego;
- 9) zlecenie programów postępowania fizjoterapeutycznego w celu podtrzymania i utrwalenia efektów tego postępowania oraz zapobiegania niepełnosprawności;
- 10) zlecenie, prowadzenie lub nadzór nad terapią zajęciową i adaptacją do nowych warunków życia;
- 11) opracowanie sposobu i czasu stosowania zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych;
- 12) opracowanie materiałów informacyjnych z zakresu profilaktyki (np. zapobieganie upadkom);
- 13) procedury edukacyjne — nauka korzystania ze sprzętu medycznego i wyrobów medycznych; instruktaż obsługi sprzętu (instruowanie pacjenta geriatrycznego, jego rodziny lub opiekunów o sposobie pozyskiwania i użytkowania sprzętu rehabilitacyjnego); współpracę z pozostałymi członkami zespołu geriatrycznego.

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne związane z dysfunkcją narządu ruchu wywołane wadami postawy wystawia tylko lekarz poradni: rehabilitacyjnej, ortopedycznej, a program usprawniania opracowuje fizjoterapeuta.

W przypadku skierowania na fizjoterapię przez lekarza innego niż lekarz ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej, balneoklimatologii i medycyny fizykanej, ortopedii, chirurgii ogólnej, reumatologii, mgr rehabilitacji/fizjoterapii lub mgr wf specjalista rehabilitacji ruchowej II stopnia przeprowadza badanie czynnościowe narządu ruchu oraz ustala program rehabilitacji zgodny ze skierowaniem i stanem zdrowotnym pacjenta.

W jaki sposób uzyskać dostęp do usług rehabilitacyjnych

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

W przypadku rehabilitacji domowej:

Po wizycie w domu pacjenta lekarz z poradni rehabilitacyjnej ustala program leczenia. Fizjoterapeuta przychodzi 3 razy w tygodniu lub częściej, jeżeli takie są potrzeby. Korzystając z przenośnych urządzeń,

może wykonywać nawet zabiegi, np. elektrostymulacji, laseroterapii. Pacjent lub jego opiekun potwierdzają podpisem wykonanie zabiegu. Rehabilitacja w domu prowadzona jest zazwyczaj przez 4 tygodnie. NFZ refunduje do 80 dni terapii na rok. Na dłuższą rehabilitację trzeba mieć pisemną zgodę dyrektora oddziału NFZ.

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

DODATKOWE INFORMACJE dla opiekunów - Zakup sprzętu ortopedycznego

1 - zlecenie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

Zaopatrzenie ortopedyczne to: wózek inwalidzki, ortozy tułowia i kończyn, laski, kule, balkoniki, protezy i inne.

Wsparcie finansowe z Narodowego Funduszu Zdrowia na zakup sprzętu ortopedycznego lub rehabilitacyjnego pacjent może uzyskać pod warunkiem przedstawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, które wystawia lekarz ubezpieczenia. Zlecenie wystawione przez lekarza prowadzącego pacjenta ważne jest 30 dni od daty wystawienia.

2 - potwierdzenie zlecenia do refundacji

Uzyskanie zlecenia od lekarza nie wystarczy. Aby NFZ zrefundował zakup sprzętu, pacjent musi jeszcze potwierdzić zlecenie w oddziale NFZ, na terenie którego jest zameldowany. Może otrzymać refundację NFZ tylko tych wyrobów medycznych, które są wymienione w rozporządzeniu ministra zdrowia. Minister zdrowia określił również udział procentowy Funduszu w odbieranych wyrobach oraz limity ilościowe i kwotowe.

Jak zdobyć dofinansowanie z PFRON

Gdy nie masz wystarczającej kwoty, by wpłacić udział własny, lub cena zakupu sprzętu jest wyższa niż limit wyznaczony przez NFZ, możesz starać się o dodatkowe wsparcie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Żeby dostać dofinansowanie, trzeba złożyć pisemny wniosek w powiatowym centrum pomocy rodzinie lub miejskim ośrodku pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania lub miejskim ośrodku pomocy społecznej.

Można także uzyskać dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych w wysokości 80 proc. wartości sprzętu lub wykonywanych prac, które pozwalają na przystosowanie miejsca zamieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej.

100% dofinansowanie sprzętu ortopedycznego:

Dofinansowanie do sprzętu ortopedycznego i wyrobów medycznych w wysokości zawsze do 100 proc. limitu ceny określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia przysługuje:

- inwalidom wojennym i wojskowym,
- cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych,
- osobom represjonowanym,
- uprawnionym żołnierzom lub pracownikom w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Literatura:

1. Bień B, Błądowski P. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, Gerontologia Polska nr 2, tom 21, 2013.
2. Błądowski P. Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych Warszawa, 2012.
3. Cybulski M, Krajewska-Kułak E. Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego. PZWL. Warszawa 2016,
4. Fal AM. Opieka geriatryczna w Polsce, wyd. CeDeWu.pl. Warszawa 2016.
5. GUS. Ludność w wieku 60 lat i więcej, Notatka Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej odnośnie „Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia”, 19.02.2016 r.
6. Herudzińska M, Błaszczak I. Znane i nieznanne oblicza starości jako obszar wyzwań dla społeczeństw XXI wieku. Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2016.
7. Iwański R, Opieka długoterminowa nad osobami starszymi. wydawnictwo CeDeWu.pl. Warszawa 2016.
8. Jakimowicz-Klein B. Opieka nad seniorem. świat Książki. Warszawa 2104.
9. Klimczuk A, Polityka społeczna wobec starości i osób starszych w mieście Białystok w świetle dokumentów strategicznych (Social policy towards aging and older people in the city of Białystok in the light of the strategic documents), MPRA (Munich Personal RePec Archive), 2014 (posted 2 March 2016).
10. Mikołajewska E. Rehabilitacja domowa osób w podeszłym wieku i rola zaopatrzenia ortopedycznego, Psychogeriatrya Polska 2012; 9(1): 11-16.
11. NIK Departament zdrowia. Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym 2014.
12. Palka MM, Podstawowa opieka zdrowotna nad osobami w wieku podeszłym. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie; 2014: 12(4).
13. <http://www.nfz-warszawa.pl>
14. <http://nanfz.pl>

**BARIERY PSYCHOLOGICZNE W KOMUNIKACJI Z OSOBAMI POWYŻEJ 60-GO ROKU
ŻYCIA**

Autor: dr n. społ. Joanna Kamer

Problematyka okresu starości, który umownie rozpoczyna się po 60 roku życia coraz częściej staje się przedmiotem refleksji i badań w odniesieniu do różnych dziedzin życia. Przyczyną tego zjawiska jest wzrost populacji osób starszych i potrzeba poprawy jakości ich życia. W powszechnym rozumieniu starość łączy się z życiową mądrością, doświadczeniem, cierpliwością, ale także z obniżaniem się sprawności fizycznych i psychicznych, wycofaniem się z ról społecznych, szybszą męczliwością. Sfera psychiczna i cielesna tego okresu ulega różnorodnym przemianom, przy czym warto zaznaczyć, iż mają one charakter wysoko zindywidualizowany i nie zawsze patologiczny. Związane z codziennym funkcjonowaniem, z trudem adaptacji i zmagania się z różnymi ograniczeniami. Nie brak również cech sprzyjających pozytywnemu przeżywaniu tego etapu życia tak jak: refleksyjność, samoświadomość czy też niższe natężenie przeżywanych emocji, umożliwiające przyjęcie postawy dystansu. Osoby starsze charakteryzujące się mądrością życiową, stają się bardziej akceptujące a mniej oceniające w stosunku do siebie, innych ludzi, a także wielu sytuacji życiowych. W sytuacjach trudnych zachowują równowagę psychiczną, pogodę ducha, cierpliwość i pokorę. Chociaż mądrość życiowa rozpoznawana jest także u ludzi młodych, to jednak jest ona znamienne dla osób starszych. Jedną z najważniejszych cech mądrości ludzi starszych jest pogodzenie się z nieuchronnością śmierci. Czynnikiem tego, jest powolne wyciszenie się, obniżenie tempa życia, koncentracja na własnym wnętrzu, porządkowanie spraw i bilansowanie własnego życia. Z pracą z osobami starszymi należy wziąć pod uwagę te czynniki i potrafić się do nich w racjonalny sposób dostosować.

Konstruktywna, poprawna komunikacja to efektywne porozumienie się między nadawcą i odbiorcą. Bariery komunikacyjne to wszystko to, co ten proces zakłóca. Mogą wynikać z błędów popełnionych zarówno przez jedną jak i drugą stronę. Do najczęstszych zaliczamy różnice kulturowe: nieznaną kulturę, obyczajów, tradycję czy nawet język naszego partnera w komunikacji, wpływają negatywnie na proces porozumiewania. Należy zawsze dostosować poziom rozmowy do wykształcenia rozmówcy z uwzględnieniem ograniczeń np. wynikających z choroby czy niepełnosprawności. Każdy z nas ma swój system poznawczy oparty w większej mierze na przeszłości i związanych z nią doświadczeniach. Ważne jest zatem, w kontaktach z osobami starszymi poznanie swojego rozmówcy. Traktowanie go podmiotowo, indywidualnie i z szacunkiem. Kolejnym, istotnym czynnikiem powodującym, by komunikacja była skuteczna, to przyjęcie perspektywy mówiącego czyli tzw. empatia oraz umiejętność słuchania. Osoby starsze, często też samotne, mają silną potrzebę wyrażenia siebie, swoich emocji poprzez rozmowę. Należy wystrzegać się stereotypów czyli uogólnionych sądów nadany temat. Bywa czasem, że wartościujemy naszych partnerów w komunikacji ze względu na ich status. Więcej uwagi i szacunku okazujemy ludziom o wysokim statusie niż tym o niskim. Jesteśmy skłonni godzić się z ich poglądami byc dla nich uprzejmi. Odwrotnie zachowujemy się w stosunku do rozmówcy, którego cechą jest np. niski status społeczny. Należy to wziąć pod uwagę i kontrolować swoje zachowanie, by nie stosować tych barier w komunikacji.

Inną, istotną cechą konstruktywnego komunikatu jest wystrzeżenie się osądów, krytyki, narzucania własnych opinii, rozkazywania, a także proponowania rozmówcy rozwiązań skutecznych u innych osób, nie uwzględniając problemów samego zainteresowanego. Te działania, mogą spowodować różne stany emocjonalne u naszego rozmówcy takie jak: opór lub bunt, złość, agresję, bezsilność, frustrację, poczucie niskiej wartości, spadek motywacji, poczucie braku zainteresowania. Przy każdym kontakcie z osobą starszą należy próbować dostrzec pozytywne aspekty jej funkcjonowania, a w razie konieczności udzielenia rad dążyć do tego, by robić to w sposób otwarty, pozostawiając wybór i wolność danej osobie. Pokazując dobrym przykładem jak należy postępować i dzielić się własnymi doświadczeniami zamiast wskazywać błędy i krytykować. Poniżej, w formie tabeli, przedstawiam najczęstsze bariery, problemy w komunikacji z osobami powyżej 60 roku życia i praktyczne wskazówki jak je pokonywać.

Przyczyna	Bariera komunikacyjna	Metody poradenia sobie
Naturalne procesy w okresie starzenia się u osób zdrowych	Obniżenie sprawności sensorycznej	Należy dostosować siłę głosu i dykcji do potrzeb osoby starszej. Ważna jest zrozumiałość i prostota wypowiedzi.

Przyczyna	Bariera komunikacyjna	Metody poradzenia sobie
	Rozbudowane narracje, dygresyjność wypowiedzi, liczne wspomnienia	Wspomnienia osób starszych wiążą się ze zmianami, które dokonują się w pamięci semantycznej. Na ich skutek wygasają emocje związane ze złymi wspomnieniami, większość przywoływanych wspomnień wiąże się z pozytywnymi i neutralnymi aspektami przeszłych zdarzeń. Zjawisko to pomaga w uzyskaniu pozytywnej integracji całego życia. Jeśli nasz starszy rozmówca wspomina, nie należy mu tego utrudniać jeśli to nie jest konieczne, a jeśli pojawia się duża dygresyjność to ukierunkowujemy temat rozmowy poprzez zadawanie pytań ułatwiających powrót do właściwego wątku.
	Obniżona zdolność przystosowania się do nowych sytuacji	Należy ograniczyć do minimum jednoczesną ilość zmian przeprowadzanych w ich środowisku, a w przypadku uczenia się nowych czynności (np. obsługi glukometru) wykorzystywać uczenie się przez działanie, czyli wspólne, wielokrotne uczenie się nowych czynności.
Otępienie	Obniżenie funkcji poznawczych: orientacji, uwagi, funkcji językowych, pamięci, trudności z zapamiętywaniem i uczeniem się.	Należy powtarzać informacje istotne i zapisywać na kartce to, co wymaga zapamiętania. Należy poprosić o podsumowanie lub powtórzenie tego, co mówimy. Można posługiwać się obrazkami, pomocami wizualnymi, kalendarzem itp. Ważne, by zawsze zwracać się z szacunkiem i cierpliwością do osoby starszej w takich sytuacjach.
Choroba psychiczna	Zaburzenia myślenia takie jak: urojenia (fałszywe sądy) np. osoba twierdzi, że jest śledzona przez ABW.	Należy przyjąć neutralne stanowisko w stosunku do fałszywych sądów. Nie polemizować z nimi, nie próbować udowodniać, że są fałszywe ani nie potwierdzać, że są prawdziwe. Wysłuchać i poinformować osobę sprawującą opiekę, by umówiła konsultację z lekarzem psychiatrą. W kontakcie z osobą starszą i chorą psychicznie niezbędne jest kontrolowanie brania leków.
	Agresja i pobudzenie rozmówcy	Wysłuchaj osobę, a następnie poinformuj, że dalsza rozmowa będzie możliwa tylko w przypadku zmiany jego zachowania. Wyznaczaj granice nieakceptowanych zachowań i nie wdawaj się w „słowną przepychankę”. Nie pozwól, aby cię obrażano. Zachowaj dystans fizyczny, zadбай o własne bezpieczeństwo- usuń z najbliższego otoczenia potencjalnie niebezpieczne przedmioty. W przypadku wszelkich przejawów agresji fizycznej zawiadom Policję. Przenieś rozmowę w miejsce, w którym będziesz czuł się bezpiecznie. Po zakończonej rozmowie, nie zostawaj sam z trudnymi emocjami. Porozmawiaj o tym z kimś z współpracowników.
	Osoba wyniosła, konfrontacyjna	Trzymaj się faktów, bądź rzeczowy. Pytaj o argumenty, uzasadnienia. Nie podejmuj wyzwania, nie podważaj tego, co mówi rozmówca. Zamiast formułowania stwierdzeń, zadawaj pytania. Szukaj elementów wspólnych i podobieństw.
	Osoba wycofana, niechętna do współpracy	Zadawaj pytania konkretne, potem proś o opinie i rozwinięcie wypowiedzi. Przybliż się w stronę rozmówcy, ale nie za blisko. Na początku rozmowy więcej mów od siebie, by osoba poczuła się bezpieczniej.
Niepełnosprawność	Uszkodzenie słuchu	Należy stworzyć atmosferę zrozumienia, akceptacji i wsparcia. Osoba przeżywająca np. żałobę będzie potrzebować wspominać osobę zmarłą i wystarczy ją empatycznie wysłuchać. Powinniśmy zachęcać do mówienia o swoich przeżyciach, wypowiadanie bowiem obaw, lęków, możliwość swobodnego mówienia też o złości zwiększa poczucie bezpieczeństwa. Unikaj dawania rad, zaprzeczania uczuciom, kwestionowania przekonań religijnych czy mówienia o zmarłym bezosobowo.

Przyczyna	Bariera komunikacyjna	Metody poradzenia sobie
	Uszkodzenie wzroku	W komunikacji z osobami słabo widzącymi należy poinformować ich o swojej obecności, za każdym razem się przedstawić. Należy rozmawiać w takim miejscu, w którym nie ma hałasu, upewnić się czy nie razi jej światło. Używać należy konkretnych określeń dotyczących położenia przedmiotów i kierunków. Po zakończeniu rozmowy należy dać wyraźny sygnał słowny lub uściśnięcie dłoni na pożegnanie. Powinno się też zawsze upewnić czy osoba starsza, niedowidząca wie, jak dotrzeć do wyjścia czy innego miejsca.
	Uszkodzenie aparatu ruchu	Podczas kontaktu z osobą starszą na wózku inwalidzkim należy usiąść tak, by osoba nas widziała, nie zadzierając głowy do góry czyli należy usiąść na krześle. W miarę możliwości należy szybko i uprzejmie reagować na prośby osób niepełnosprawnych, ale nie należy też przesadzać w drugą stronę, podkreślając, że osoba starsza jest dzielna i świetnie sobie radzi. Dorosły – niepełnosprawny chce być traktowany jak normalny człowiek. Należy być ostrożnym w kontakcie fizycznym, ale też nie dotykać wózka, laski, balkonika itp., nie traktować tego jak mebla, na którym można coś położyć, ani jako narzędzia, które można pożyczyc aby coś strącić, wyciągnąć z niedostępnego miejsca.

Wnioski

Specyficznymi cechami kontaktu, charakterystycznymi dla osób starszych są: obniżenie sprawności sensorycznej (głównie wzroku i słuchu), obniżenie pamięci, zgłaszanie licznych skarg somatycznych, apatia. Często też rozbudowane narracje dotyczące młodości, dzieciństwa, dygresyjności oraz obniżona zdolność przystosowania się do nowych sytuacji, a zwiększona do korzystania z własnego doświadczenia. W związku z tym, w komunikacji z osobami starszymi, należy być cierpliwym, elastycznym, uprzejmym, pomocnym, nie popędzać gdy osoba potrzebuje więcej czasu na pewne czynności. Przede wszystkim unikać etykietowania, udzielania rad, oceniania, krytykowania. Należy za to, okazywać szacunek, aktywnie słuchać. W razie możliwości używać empatii w stosunku do osób starszych, to ułatwia zrozumienie ich intencji. Spojrzeć należy na omawianą kwestię oczami rozmówcy, spotkać się z nim w jego rzeczywistości. Jeśli to konieczne, zakończyć słuchanie podjęciem stosownego działania, gdyż czyny znaczą więcej niż słowa, a ogromną trudnością dla wielu osób starszych jest obniżająca się samodzielność i narastająca zależność od innych ludzi.

Literatura:

- Gierus J. Kontakt z osobami starszymi w sytuacji pomagania. Wybrane aspekty praktyki ogólnomedycznej, w: Mosołek A (red). Relacje. Lekarz- pacjent-rodzina. Zakład Poligraficzny Primum. Warszawa 2014
- Homplewicz J. Dawna wiedza o starości i wiedza na nam współczesna, w: J. Homplewicz (red.), Pedagogika jesieni. Problemy wychowawcze ludzi starszych. Poligrafia Wyższego Seminarium Duchownego. Rzeszów 2003
- Koweszko T. Specyfika kontaktu z trudnym pacjentem. Charakterystyka trudnego pacjenta w: Mosołek A (red). Relacje. Lekarz- pacjent-rodzina. Zakład Poligraficzny Primum. Warszawa 2014
- Mosołek A (red.). Relacje. Lekarz-pacjent- rodzina. Zakład Poligraficzny Primum Warszawa 2014
- Nęcki Z. Komunikowanie interpersonalne. Poznań 1992
- Steuden S. Psychologia starzenia się i starości. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2011.
- Steuden S. Szczęśliwi po pięćdziesiątce. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne. Warszawa 2009
- Steuden S, Stanowska M, Janowski K. (red). Starzenie się z godnością. Wydawnictwo KUL. Lublin 2012
- Straś-Romanowska M. Mądrość człowieka starego- nawiązanie do teorii C.G. Junga, w: R. Saciuk (red), Psyche w sidłach iluzji. O psychoanalizie (51-62). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego. Wrocław 2002

LĘK PRZED UPADKIEM U OSÓB STARSZYCH

Autor: mgr Sara Majewska

Wstęp

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

Zaburzenia lękowe u osób starszych

Występowanie lęku u osób starszych może być uwarunkowane biologicznie, osobowościowo, może pojawiać się jako reakcja na przyjmowanie lub odstawianie leków i substancji psychoaktywnych, jako reakcja psychiczna na sam fakt starzenia się, zmian zachodzących w ciele, chorób somatycznych, pogorszenia się sprawności fizycznej i psychicznej, wyobcowania społecznego, poczucia bycia niepotrzebnym, doświadczenia traumatycznej sytuacji, obawę przed śmiercią.

U osób starszych zaburzenia lękowe mają inną postać i charakterystykę niż u osób młodszych. Ludzie starsi bardziej skupiają się na dolegliwościach somatycznych, na stanie zdrowia, niepełnosprawności, lęk pojawia się w treści hipochondrycznej, a mniej zgłaszają objawów emocjonalnych lęku i mniej się martwią. Ludzie posiadający partnera lub wdowcy wykazują mniejszą tendencję do zamartwiania się w porównaniu do osób samotnych. Zaburzenia lękowe częściej dotyczą kobiet i osób z chorobami somatycznymi oraz osób po traumatycznych przeżyciach.

Najbardziej charakterystyczny dla osób starszych jest lęk przed upadkiem, rakiem i śmiercią.

Lęk przed upadkiem

Upadek jest to nagłe, niezamierzone utracenie równowagi w wyniku którego osoba znajduje się na ziemi, podłodze lub innej niższej płazonej powierzchni.

Czynniki wpływające na zwiększenie ryzyka upadku to zaawansowanie wieku podeszłego (co trzecia osoba po 65 roku życia upada przynajmniej raz w roku), płeć żeńska, upośledzenie funkcji poznawczych, przyjmowanie wielu leków, nakładające się schorzenia przewlekłe.

Następcami upadków mogą być nie tylko złamania, urazy stawów, stłuczenia, czy otwarte rany ale też konsekwencje psychiczne takie jak lęk przed kolejnym upadkiem.

Lęk przed powtórny upadkiem, który często jest niewspółmierny do obiektywnej sytuacji i poziomu sprawności osoby starszej, może prowadzić do zespołu poupadkowego (post fall syndrome). Silny lęk przed upadkiem może powstać również u osoby, która nie doświadczyła upadku ale przeżywa dużą obawę przed nim. Czasami wystarczy, że jest świadkiem lub poznała skutki upadku u kogoś innego.

Konsekwencją przeżywania lęku przed upadkiem jest ograniczanie swojej aktywności przez osobę starszą w celu zminimalizowania prawdopodobieństwa upadku. Zaczyna unikać wychodzenia z domu, najpierw do nieznanymi miejsc, na spacer, na zakupy w końcu przyjmuje siedzący tryb życia. Prowadzi to do pogorszenia się siły mięśniowej, postawy, równowagi, ogólnej sprawności. Pojawia się błędne koło, ponieważ konsekwencje lęku zwiększają osłabienie fizyczne i powodują wzrost ryzyka upadku. Zwiększają też ryzyko instytucjonalizacji takiej osoby. Wpływają również na psychikę osoby starszej, nasilają lęk, poczucie bezsilności, braku poczucia bezpieczeństwa, rezygnacja z życia powoduje poczucie osamotnienia, bycia zależnym i niepotrzebnym. Spadek poczucia własnej wartości i poczucia sprawczości nasila strach i lęk, powoduje depresję.

Podczas leczenia skutków fizycznych upadku należy również zająć się zespołem poupadkowym tak aby zmniejszyć strach przed upadkiem. Należy zająć się przyczynami poprzednich upadków ale również profilaktycznie wyeliminować możliwe przyczyny (zarówno zewnętrzne jak i wewnętrzne) upadku. Pomoże to osobie starszej zmniejszyć lęk oraz faktycznie zmniejszyć prawdopodobieństwo upadku.

Należy zminimalizować przyczyny zewnętrzne, czyli wynikające z otoczenia np. przedmioty o które można się potknąć, takie jak zwijające się dywaniki, kable, przedmioty leżące na przejściach, utrudniające dostęp, przedmioty codziennego użytku postawić w miejscach łatwo dostępnych, dostosować schody – zamontować wygodną i stabilną poręcz, tam gdzie to możliwe stosować maty antypoślizgowe i zamontować poręcze i uchwyty, szczególnie w łazience, używać siedzenia pod prysznicem lub w wannie, usunąć lub obkleić na kolorowo progi w domu, zadbać o dobre oświetlenie mieszkania, sprawdzić czy obuwie nie jest śliskie, unikać śliskich ścieżek, rozważyć zakup laski lub balkoniku.

Minimalizacja przyczyn wewnętrznych, czyli będzie to zadbanie o stan zdrowia starszej osoby np. regularne sprawdzanie wzroku i w razie potrzeby wymiana okularów a także noszenie ich, również używanie okularów przeciwsłonecznych, sprawdzanie słuchu i w razie potrzeby używanie aparatów słuchowych, monitorowanie czy nie ulega pogorszeniu równowaga, czy nie ma zawrotów głowy, skoków ciśnienia czy innych dolegliwości i w razie potrzeby zwrócenie się do specjalisty, dbanie o regularną aktywność fizyczną, nauczenie się bezpiecznego poruszania, usprawnianie chodzenia, schylania się, leczenie osteoporozy, w razie trudności lub wątpliwości zwrócenie się do lekarza, fizjoterapeuty.

W ramach zmniejszania lęku przed upadkiem można przećwiczyć i nauczyć się postępować po upadku, czyli nauka podnoszenia się. Często lęk u osób starszych dotyczy nie tylko upadku ale też tego w jaki sposób samodzielnie wstaną.

To co jest równie ważne w radzeniu sobie z lękiem u osoby starszej to udzielenie jej wsparcia emocjonalnego, czyli cierpliwe słuchanie, rozmawianie otwarcie i wprost o lęku przed upadkiem, okazywanie zrozumienia, zachęcanie do aktywności, często małymi krokami, ale nigdy na siłę, Towarzystwo w oswojaniu lęku. W razie potrzeby zwrócenie się do specjalisty np. psychologa, terapeuty.

U osoby przygotowanej, świadomej swoich ograniczeń ale również świadomej swoich możliwości, z umiejętnością zadbania o siebie ryzyko wystąpienia zespołu poupadkowego jest niższe. Podsumowując – lęk przed upadkiem jest bardzo ważnym problemem, dotyczącym wielu starszych osób. Zajęcie się lękiem u osób starszych może sprawić, że poprawi się znacznie jakość ich funkcjonowania a także zwiększy się poczucie zadowolenia z życia.

Literatura:

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

