Stowarzyszenie

Stowarzyszenie na rzecz integracji i aktywizacji „Pokolenie"

STRATEGIA PAMIĘCI

Społeczny Katalog Potrzeb i Ekspercka Strategia Wsparcia dla Grudziądza



STRATEGIA PAMIĘCI
Społeczny Katalog Potrzeb i Ekspercka Strategia Wsparcia dla Grudziądza

Wydawca: Stowarzyszenie na rzecz integracji i aktywizacji „Pokolenie" w Grudziądzu
Opracowanie i redakcja: Zespół Projektowy Stowarzyszenia „Pokolenie"
Miejsce i rok wydania: Grudziądz, 2026 r.
Publikacja bezpłatna.

Szanowni Państwo,

Oddajemy w Państwa ręce publikację „STRATEGIA PAMIĘCI", która stanowi kompleksowe podsumowanie prac nad budową lokalnego systemu wsparcia dla osób z zaburzeniami otępiennymi oraz ich rodzin w Grudziądzu.

Opracowanie to jest owocem diagnozy potrzeb, badań ankietowych oraz dialogu wirtualnego i warsztatowego zrealizowanego w ramach projektu „Grudziądzka Koalicja Pamięci". Naszym celem jest wyznaczenie trwałych kierunków działań, budowanie sieci współpracy międzysektorowej oraz podnoszenie jakości codziennego życia rodzin dotkniętych problemem demencji.

Wierzymy, że zaprezentowany katalog potrzeb i rekomendacji stanie się realnym impulsem do zmian społecznych i infrastrukturalnych w naszym mieście.

Dziękujemy wszystkim ekspertom, społecznikom, kadrom instytucji pomocowych oraz opiekunom faktycznym za ogromne zaangażowanie, otwartość i wkład w powstanie niniejszego opracowania.

Sfinansowano ze środków Narodowego Instytutu Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego w ramach Rządowego Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich NOWEFIO na lata 2021–2030.

KOMITET DO SPRAW POŻYTKU PUBLICZNEGO
NIW Narodowy Instytut Wolności
Sfinansowano ze środków Narodowego Instytutu Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego w ramach Rządowego Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich NOWEFIO na lata 2021-2030
Rządowy Program Fundusz Inicjatyw Obywatelskich na lata 2021-2030 NOWE FIO

SPIS TREŚCI

STRATEGIA PAMIĘCI – Społeczny Katalog Potrzeb i Ekspercka Strategia Wsparcia dla Grudziądza

Słowo od Wydawcy i Strona Redakcyjna 2

BLOK I: Kontekst Lokalny i Diagnoza

Diagnoza i Transfer Dobrych Praktyk 4
Wnioski z ewaluacji wizyty studyjnej w Grudziądzu

BLOK II: Wiedza Ekspercka (Medycyna i Terapia)

Starość czy to choroba? Zaburzenia poznawcze u seniorów 6
dr n. med. Anna Wojtaszek (specjalista geriatrii)

Otępienie w Praktyce Psychiatrycznej: Diagnoza i Terapia 9
lek. med. Michał Wojtaszek (psychogeriatra)

Niefarmakologiczne wsparcie samodzielności seniora 11
mgr Hanna Brzuszczak

BLOK III: System i Prawodawstwo

System wsparcia instytucjonalnego i aspekty prawne 13
mgr Hanna Brzuszczak

BLOK IV: Głos Społeczny i Rekomendacje

Rekomendacje Opiekunów Osoby z Demencją 15
Głos rodzin i wnioski z warsztatów roboczych

Podsumowanie i Podziękowania 19

DIAGNOZA I TRANSFER DOBRYCH PRAKTYK

Wnioski z ewaluacji wizyty studyjnej i ocena potencjału wdrożeniowego w Grudziądzu

Wizyty studyjne stanowią kluczowy element procesu budowania nowatorskich rozwiązań w polityce społecznej. Analiza narzędzi ewaluacyjnych oraz głos uczestników wyjazdu studyjnego zorganizowanego w ramach projektu „Grudziądzka Koalicja Pamięci" pozwalają na wyznaczenie czytelnych priorytetów dla samorządu oraz lokalnych organizacji pozarządowych. Diagnoza skupiła się na trzech filarach: infrastrukturze, potrzebach systemowych oraz integracji międzysektorowej.

1. Architektura i rozwiązania przyjazne demencji

Ocena zaobserwowanego standardu infrastrukturalnego – tzw. designu przyjaznego demencji – jednoznacznie wskazuje na potrzebę adaptacji wzorcowych rozwiązań do lokalnych realiów Grudziądza. Największy wpływ na organizację przestrzeni opiekuńczej mają konkretne detale architektoniczne i wizualne:

- Czytelna identyfikacja wizualna: Zastosowanie kontrastowych oznaczeń, piktogramów oraz intuicyjnego ciągu komunikacyjnego, który eliminuje bariery przestrzenne i zmniejsza poziom poczucia zagubienia u podopiecznych.

- Bezpieczna przestrzeń terapeutyczna: Organizacja stref aktywizacji dziennej łączących domowy charakter z funkcjonalnością wysoce wyspecjalizowanej placówki Day Care.

W zakresie metod pracy personelu za najbardziej efektywne uznano techniki aktywizacji ukierunkowane na stymulację funkcji poznawczych, reminiscencję oraz podtrzymywanie autonomii seniorów w bezpiecznych warunkach.

2. Najpilniejsze potrzeby i perspektywy wdrożeniowe

Konfrontacja podpatrzonych modeli z grudziądzkim systemem wsparcia pozwoliła zidentyfikować kluczowe luki systemowe. Wskazano jednoznacznie, że rozwój usług społecznych wpisujący się w Cel Strategiczny nr 1 Strategii Miasta Grudziądz wymaga natychmiastowych działań w następujących obszarach:

Kluczowe Priorytety Wdrożeniowe dla Grudziądza

1. **Utworzenie wyspecjalizowanej placówki Day Care:** Brak ośrodka ukierunkowanego ściśle na osoby z zaburzeniami otępiennymi stanowi największą barierę w lokalnym systemie.
2. **Uruchomienie dziennej opieki wytchnieniowej:** Przełamanie deficytu systemowego wsparcia dla opiekunów faktycznych, którzy na co dzień ponoszą główny ciężar opieki.
3. **Niwelowanie barier logistycznych:** Wdrożenie bezbarierowego transportu ułatwiającego regularny dowóz podopiecznych na zajęcia aktywizacyjne.

3. Budowanie Koalicji Międzysektorowej

Problem demencji wymaga odejścia od działań wyspowych na rzecz trwałego sieciowania. Wizyta studyjna stała się impulsem do zacieśnienia relacji pomiędzy Sektorem Publicznym (Wydział Spraw Społecznych, Samorząd), Sektorem Operacyjnym (MOPR, kadra instytucji pomocowych) a Sektorem Społecznym (NGO).

Wizyta nie tylko podniosła świadomość uczestników, ale przede wszystkim stworzyła fundament pod budowę stałej, trwałej koalicji międzysektorowej. Wypracowany konsensus oraz wysoka ocena merytoryczna i logistyczna wyjazdu stanowią bezpośrednie zaplecze dla rekomendacji zawartych w niniejszej „Strategii Pamięci".







Uczestnicy wizyty studyjnej podczas analizy rozwiązań archorytmicznych i terapeutycznych przyjaznych demencji.

STAROŚĆ CZY TO CHOROBA? ZABURZENIA POZNAWCZE U SENIORÓW

dr n. med. Anna Wojtaszek
Specjalista geriatrii i chorób wewnętrznych

1. Specyfika pacjenta geriatrycznego

Starzenie się to stopniowy, postępujący wraz z upływem czasu i nieodwracalny proces pogarszania się funkcji tkanek i narządów, który utrudnia utrzymanie homeostazy organizmu. Starzenie jest zjawiskiem fizjologicznym i rozpoczyna się stosunkowo wcześnie – około 25.–30. roku życia. Wraz z wiekiem rośnie częstość występowania wielu chorób, dlatego **wielochorobowość** i związana z nią **wielolekowość** należą do typowych cech wieku podeszłego. Zatem pacjent geriatryczny to często pacjent najbardziej schorowany, skomplikowany i prezentujący nietypowe objawy.

Patologiczne zmiany w podeszłym wieku nakładają się na procesy fizjologiczne. Są trudniejsze do zdiagnozowania, szybko prowadzą do zachwiania równowagi w organizmie, wydłużają proces zdrowienia, a ich całkowite wyleczenie bywa ograniczone.

2. Wyzwanie farmakoterapii: Polipragmazja vs Politerapia

Wielochorobowość wymaga korzystania z pomocy wielu specjalistów i przyjmowania licznych preparatów — zarówno przepisanych przez lekarzy, jak i dostępnych bez recepty. Seniorzy przyjmują średnio od 4 do 10 leków dziennie. Osoby samodzielne najczęściej stosują leki przeciwbólowe, obniżające ciśnienie tętnicze oraz przeciwcukrzycowe. Pensjonariusze domów opieki zażywają ich więcej — obok leków kardiologicznych są to preparaty przeciwpsychotyczne, nasenne, wyciszające, przeciwdepresyjne czy antybiotyki.

Wnikliwe spojrzenie na korzyści i ryzyko, modyfikacja leczenia oraz kontrola interakcji (między lekami oraz między lekami a pożywieniem) pozwalają uniknąć wielu działań niepożądanych. W tym kontekście wyróżniamy dwa pojęcia:

RÓŻNICOWANIE POJĘĆ W FARMAKOTERAPII

- **Polipragmazja:** Stosowanie większej liczby leków niż jest to klinicznie uzasadnione (zjawisko wysoce niekorzystne).
- **Politerapia:** Racjonalne, poparte dowodami naukowymi, bezpieczne i skuteczne jednoczesne stosowanie kilku leków o działaniu synergistycznym.

Podeszły wiek utrudnia leczenie, ale nie usprawiedliwia ani bierności terapeutycznej, ani błędów w farmakoterapii.

3. Wielkie Problemy Geriatryczne i Całościowa Ocena Geriatryczna (COG)

Do kluczowych wyzwań zdrowotnych wieku podeszłego należą tzw. Wielkie Problemy Geriatryczne:

- Zaburzenia równowagi i upadki
- Nietrzymanie moczu i stolca
- Zaburzenia odżywiania i niedożywienie
- Upośledzenie wzroku i słuchu
- Odleżyny
- Zaburzenia depresyjne, zaburzenia poznawcze oraz majaczenie

Odpowiedzią na te wyzwania jest **Całościowa Ocena Geriatryczna (COG)** — wielowymiarowy, interdyscyplinarny proces diagnostyczny. COG służy określeniu problemów zdrowotnych, funkcjonalnych i socjalnych seniora. Narzędziami stosowanymi w COG są: wywiad, badanie przedmiotowe, badania laboratoryjne i obrazowe oraz specjalistyczne skale oceniające samodzielność w codziennym funkcjonowaniu, ryzyko odleżyn, zaburzenia chodu czy stopień deficytów poznawczych.

4. Zaburzenia poznawcze, otępienie i majaczenie

Zaburzenia poznawcze i choroby otępienne stanowią jedno z największych wyzwań współczesnej medycyny. Wpływają one na samodzielność seniora, bezpieczeństwo farmakoterapii, ryzyko upadków oraz stanowią ogromne obciążenie dla opiekunów faktycznych.

W praktyce klinicznej kluczowe jest odróżnienie dwóch stanów:

Otępienie (demencja)	Majaczenie
Zespół objawów przewlekłych: Wywołany postępującą chorobą mózgu. Zaburzeniu ulegają: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie czy planowanie. Towarzyszą mu trudności w kontroli emocji, apatia, lęk, agresja, omamy czy wędrowanie. Podstacie: choroba Alzheimera, otępienie naczyniowe, z ciałami Lewy'ego, czołowo-skroniowe.	**Stan ostry i odwracalny:** Nagła dezorganizacja świadomości i myślenia (często nasilająca się wieczorem lub w nocy). Powstaje pod wpływem czynników zewnętrznych, takich jak: infekcje, odwodnienie, leki, ból czy nagła zmiana otoczenia.

5. Nowoczesna diagnostyka i przełom w leczeniu

Współczesna diagnostyka zaburzeń neurodegeneracyjnych przeszła zasadniczą ewolucję. Nie opiera się już wyłącznie na pojedynczych testach przesiewowych (MMSE, MoCA, miniCog). Precyzyjne rozpoznanie wymaga:

- Szczegółowego wywiadu: Zebranego od pacjenta oraz jego rodziny/opiekuna (pacjent często nie dostrzega własnych deficytów).

- Wykluczenia przyczyn odwracalnych: Niedobory witamin, choroby tarczycy, zaburzenia elektrolitowe, wpływ leków.

- Diagnostyki biologicznej i obrazowej: Rezonans magnetyczny (MRI), tomografia emisyjna (PET), badania genetyczne (gen APO-E) oraz oznaczanie biomarkerów białka tau i beta-amyloidu z krwi oraz płynu mózgowo-rdzeniowego.

Nowe możliwości terapeutyczne

W farmakoterapii standardem pozostają inhibitory acetylocholinesterazy oraz memantyna. Jesteśmy jednak świadkami przełomu: do leczenia (na razie w wyspecjalizowanych ośrodkach) wkraczają **terapie modyfikujące przebieg choroby** — przeciwciała monoklonalne antyamyloidowe (np. lekanemab, donanemab), które usuwają złogi białkowe z mózgu.

6. Modyfikowalne czynniki ryzyka i profilaktyka

Profilaktyka zaburzeń otępiennych wpisuje się w koncepcję zdrowego starzenia się. Na wiele czynników ryzyka mamy realny wpływ. Do kluczowych działań należą:

- Kontrola schorzeń przewlekłych: Skuteczne leczenie nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, zaburzeń lipidowych i depresji.
- Zdrowy styl życia: Regularna aktywność fizyczna, dbałość o jakość snu, rzucenie palenia i unikanie alkoholu.
- Stymulacja społeczna i zmysłowa: Korekta wad słuchu i wzroku, podtrzymywanie relacji społecznych oraz stała aktywność poznawcza.

Połączenie wczesnej obserwacji, Całościowej Oceny Geriatrycznej i racjonalnej terapii pozwala nie tylko precyzyjniej diagnozować choroby otępienne, ale przede wszystkim wcześniej i skuteczniej pomagać pacjentowi oraz jego rodzinie.

dr n. med. Anna Wojtaszek

Lekarz specjalista geriatrii. Od lat zajmuje się kompleksową diagnozą i leczeniem zaburzeń poznawczych u osób w wieku podeszłym. Prelegentka i ekspertka zaangażowana w inicjatywy na rzecz budowania lokalnych systemów wsparcia dla seniorów i ich opiekunów.

OTĘPIENIE W PRAKTYCE PSYCHIATRYCZNEJ: DIAGNOZA I TERAPIA

Autor: lek. med. Michał Wojtaszek
Psychogeriatra

1. Czym jest otępienie?

Otępienie (demencja) nie jest pojedynczą jednostką chorobową, lecz zespołem objawów wynikających z uszkodzenia mózgu, których głównym wyznacznikiem jest postępujące pogarszanie się pamięci oraz innych funkcji poznawczych. W praktyce klinicznej wyróżniamy kilka głównych postaci otępienia:

- **Choroba Alzheimera** – stanowiąca najczęstszą postać demencji,
- **Otępienie naczyniopochodne,**
- **Otępienie mieszane,**
- **Otępienie z ciałami Lewy'ego,**
- **Otępienie czołowo-skroniowe.**

Rozpoznaniem i różnicowaniem tych schorzeń zajmują się przede wszystkim lekarze psychiatrzy oraz neurolodzy. Kluczową rolę w procesie diagnostycznym odgrywają przesiewowe testy oceniające funkcjonowanie poznawcze pacjenta (takie jak MMSE czy Test Rysowania Zegara), szczegółowa diagnostyka neuropsychologiczna oraz badania neuroobrazowe.

2. Możliwości farmakoterapii i kontrola objawów

Postawienie precyzyjnego rozpoznania umożliwia włączenie odpowiedniego leczenia. Należy jednak pamiętać, że obecny stan wiedzy medycznej skupia się na spowolnieniu procesu chorobowego, gdyż nie dysponujemy jeszcze lekami zdolnymi całkowicie zatrzymać postęp choroby.

W terapii podstawowej stosuje się:

- Inhibitory acetylocholinesterazy (donepezil oraz rywastygminę),
- Memantynę.

Wraz z rozwojem schorzenia pojawiają się tzw. behawioralne i psychologiczne objawy demencji (BPSD). Wymagają one często rozszerzenia farmakoterapii o dodatkowe grupy leków – m.in. preparaty przeciwpsychotyczne, normotymiczne lub przeciwdepresyjne, które pozwalają wyciszyć lęki, agresję czy zaburzenia snu u chorego.

3. Choroba Alzheimera – obraz kliniczny i czynniki ryzyka

Choroba Alzheimera to stopniowo postępująca choroba neurodegeneracyjna mózgu. Klinicznie objawia się nie tylko ubytkiem pamięci, ale również pogorszeniem w zakresie co najmniej jednej z wyższych funkcji intelektualnych, takich jak:

- **Afazja** (zaburzenia mowy),
- **Apraksja** (niezdolność do wykonywania celowych ruchów),
- **Agnozja** (zaburzenia rozpoznawania obiektów lub osób),
- **Zaburzenia funkcji wykonawczych** (trudności w planowaniu i organizacji).

Zmiany te osiągają nasilenie, które bezpośrednio uniemożliwia samodzielne, codzienne funkcjonowanie.

Czynniki ryzyka i czynniki ochronne

Rozwój choroby jest wypadkową wielu nakładających się elementów:

Czynniki ryzyka	Czynniki ochronne
• Zaawansowany wiek oraz obciążenia rodzinne • Czynniki naczyniowe: nadciśnienie, cukrzyca, otyłość, palenie papierosów, brak ruchu • Czynniki genetyczne oraz Zespół Downa • Płeć żeńska (wyższa zapadalność) • Przebyte urazy głowy, depresja, niski poziom wykształcenia • Podwyższone stężenie homocysteiny	• Regularne ćwiczenia fizyczne i umysłowe • Wysoki poziom wykształcenia i rezerwa poznawcza • Stosowanie diety śródziemnomorskiej i kwasów omega-3 • Genotyp APOE E2 oraz umiarkowane spożycie polifenoli • Stosowanie leków przeciwzapalnych

4. Gdzie szukać wsparcia systemowego?

Opieka nad pacjentem z otępieniem wymaga ciągłego wsparcia instytucjonalnego. Pomoc i opiekę oferują m.in. Oddziały Dzienne oraz Zakłady Pielęgnacyjno-Opiekuńcze (ZPO). W sytuacjach nagłego zaostrzenia objawów lub wymagających hospitalizacji, kluczową rolę odgrywają Oddziały Psychogeriatryczne i Geriatryczne. Coraz ważniejszym ogniwem stają się również lokalne ośrodki wsparcia i projekty realizowane ze środków unijnych i rządowych, dedykowane bezpośrednio odciążeniu opiekunów faktycznych.

lek. med. Michał Wojtaszek

Specjalista w zakresie diagnozy i leczenia zaburzeń psychicznych wieku podeszłego oraz chorób otępiennych. Doświadczony klinicysta i konsultant psychogeriatrii. Prelegent konferencji naukowych oraz ceniony wykładowca na szkoleniach dla kadr medycznych, pracowników pomocy społecznej i opiekunów osób z demencją.

NIEFARMAKOLOGICZNE WSPARCIE SAMODZIELNOŚCI SENIORA

Autor: mgr Hanna Brzuszczak
Perspektywa podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach w pracy terapeuty zajęciowego

---

> ***Ćwiczenie wizualizacyjne: „Kiedy to, co proste, przestaje być oczywiste”***
>
> *Wyobraź sobie, że jesteś sprawny, zdrowy i wykonujesz codzienne obowiązki. Zapięcie zatrzasku w kurtce, zaparzenie herbaty czy trafienie do łazienki w nocy bez światła robisz automatycznie, bez zastanowienia. A teraz wyobraź sobie, że każda z tych czynności staje się trudnością i pomimo szczerych chęci – po prostu się nie udaje. Nie wynika to z braku chęci czy złośliwości. To mózg zmieniony chorobowo sprawia, że nawykowe działania przestają być dostępne. To jest codzienna rzeczywistość osoby z otępieniem.*

1. Dlaczego „niefarmakologiczne” nie znaczy „mniej ważne”?

W opiece nad osobą z demencją pierwsze skojarzenie to farmakoterapia. Leki są ważne, jednak metody niefarmakologiczne stanowią równorzędny filar opieki. Codzienne środowisko, relacje, aktywność i sposób komunikacji bezpośrednio wpływają na jakość życia chorego.

Kluczowe metody niefarmakologiczne obejmują:

- Stymulację poznawczą oraz terapię reminiscencyjną (pracę ze wspomnieniami),
- Aktywność muzyczną, sensoryczną oraz ruch dostosowany do możliwości,
- Kontakt z przyrodą i aktywizację społeczną,
- Odpowiednią organizację otoczenia i dostosowaną komunikację.

Nie chodzi o zastępowanie leków, lecz o ich wzajemne uzupełnianie. Zamiast pytać: „Co jeszcze zrobić oprócz leczenia?”, warto zapytać: „Jak najlepiej wspierać człowieka, wykorzystując wszystkie bezpieczne metody?”

2. Otępienie a fizjologiczne starzenie się

Rozróżnienie prawidłowego starzenia od zmian otępiennych jest kluczowe dla doboru metod:

- **Fizjologiczne starzenie:** Występuje spowolnienie przetwarzania danych, ale zachowana jest zdolność uczenia się, wyciągania wniosków i samodzielności. Celem działań jest podtrzymywanie sprawności.
- **Otępienie:** Występuje postępująca utrata funkcji. Celem działań jest jak najdłuższe zachowanie funkcjonalności, samodzielności i bezpieczeństwa przy stałym dostosowywaniu wymagań

3. Terapia reminiscencyjna – praca na zachowanych sieciach pamięci

Pamięć składa się z niezależnych sieci:

- **Pamięć epizodyczna świeża (np. co jadłem na śniadanie)** – ulega uszkodzeniu najwcześniej.
- **Pamięć autobiograficzna odległa (np. ślub, młodość)** – utrwalona w korze, pozostaje funkcjonalna znacznie dłużej.
- **Pamięć proceduralna i emocjonalna (umiejętności, emocje, muzyka)** – oparta na strukturach podkorowych, najtrwalsza.

To tłumaczy paradoks, dlaczego pacjent nie pamięta dzisiejszego obiadu, a szczegółowo opisuje wydarzenia sprzed 50 lat. Nie jest to wybiórczość, lecz efekt działania jeszcze sprawnych struktur mózgu.

4. Stymulacja poznawcza i rola środowiska

W otępieniu stymulacja nie służy poprawie funkcji, lecz ich podtrzymaniu. Kluczowa zasada: **zadanie musi dawać poczucie sukcesu, nigdy porażki.** Ćwiczenia abstrakcyjne zastępuje się zadaniami funkcjonalnymi (np. składanie ręczników, sortowanie sztućców).

Środowisko fizyczne działa jak „cicha terapia". Dobre oświetlenie, wysoki kontrast wizualny, oznaczenia obrazkowe oraz stałość układu mebli redukują stres i bezpośrednio ograniczają tzw. zachowania trudne.

5. Zasada stopniowanej pomocy

Wspierając czynności dnia codziennego, stosujemy stopniowanie wsparcia od najmniej inwazyjnego:

1. **Podpowiedź słowna** (np. „Weź szczoteczkę")
2. **Wskazanie gestem** (wskazanie przedmiotu)
3. **Pokazanie czynności na sobie** (demonstracja)
4. **Fizyczna asysta** (prowadzenie dłoni pacjenta)
5. **Wykonanie czynności za pacjenta** (ostateczność)

Stosowanie tej zasady wymaga czasu, ale pozwala zachować poczucie godności i sprawczości seniora.

SYSTEM WSPARCIA INSTYTUCJONALNEGO - ASPEKTY PRAWNE

Autor: mgr Hanna Brzuszczak
Stan formalno-prawny na sierpień 2026 r.

1. Pomoc finansowa i usługi w miejscu zamieszkania

System wsparcia osób z demencją opiera się na rozwiązaniach finansowych oraz usługowych w środowisku domowym:

Świadczenie Wspierające (Ustawa z dnia 7 lipca 2023 r.)
Kierowane bezpośrednio do osoby chorującej (pełnoletniej), bez kryterium dochodowego. Przyznawane na podstawie punktowej oceny potrzeby wsparcia (od 70 do 100 pkt), wydawanej przez Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności (WZON). Wysokość wynosi od 40% do 220% renty socjalnej.

Usługi Opiekuńcze i Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze (SUO)
Organizowane przez gminne Ośrodki Pomocy Społecznej (OPS) lub CUS. SUO świadczone są przez wykwalifikowanych specjalistów (terapeutów, psychologów) i ukierunkowane na podtrzymywanie funkcji poznawczych.

Opieka Wytchnieniowa
Program finansowany z Funduszu Solidarnościowego, bezpłatny dla opiekunów. Oferuje pobyt dzienny (do 240 godzin w roku) lub całodobowy w placówce (do 14 dni w roku), dając opiekunowi czas na regenerację lub leczenie.

2. Zabezpieczenie prawne i podejmowanie decyzji

Wczesny etap – Pełnomocnictwa Notarialne

Dopóki chory zachowuje rozeznanie, należy sporządzić pełnomocnictwo notarialne obejmujące reprezentację przed urzędami, bankami, ZUS oraz wgląd w dokumentację medyczną i podejmowanie decyzji zdrowotnych.

Etap zaawansowany – Ubezwłasnowolnienie i ochrona zdrowia
Gdy chory utracił zdolność kierowania postępowaniem, zastępstwo prawne realizowane jest przez ubezwłasnowolnienie całkowite (Sąd Okręgowy wyznacza Opiekuna Prawnego). Opiekun musi uzyskiwać zgodę Sądu Opiekuńczego na każdą czynność przekraczającą zwykły zarząd.

W przypadku braku świadomej zgody na leczenie lub przyjęcie do placówki, procedura odbywa się na podstawie art. 38 i 39 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (za zgodą Sądu Opiekuńczego).

3. Klasyfikacja placówek wsparcia

Placówka	Typ wsparcia	Finansowanie / Zasady
DS (Typ C)	Dzienny pobyt (6-8h), treningi pamięci, opieka terapeut	Pomoc społeczna (wniosek przez OPS/CUS)
DPS	Całodobowa opieka bytowa i opiekuńcza (model socjalny)	70% dochodu chorego + dopłata rodziny/gminy
ZOL	Stacjonarna placówka medyczna (wymagany Barthel 0-40 pkt)	NFZ (leczenie) + 70% dochodu pacjenta (wyżywienie)

KLUCZOWE FILARY TERAPII NIEFARMAKOLOGICZNEJ:

Stymulacja poznawcza i zmysłowa: Ćwiczenia pamięci, reminiscencja oraz integracja sensoryczna pomagają dłużej utrzymać samodzielność seniora.

Adaptacja otoczenia: Bezpieczne, przewidywalne i przyjazne środowisko domowe zmniejsza poziom lęku i dezorientacji.

Wsparcie dla opiekunów: Ochrona zdrowia psychicznego rodziny oraz przeciwdziałanie wypaleniu to warunek konieczny skutecznej opieki domowej.

mgr Hanna Brzuszczak
Socjolog, absolwentka UMK w Toruniu oraz studiów podyplomowych z coachingu z psychologią (SWPS). Prezes Toruńskiego Stowarzyszenia Aktywności Społecznej oraz laureatka indywidualnej Nagrody Ministra Pracy i Polityki Społecznej za nowatorskie rozwiązania w pomocy społecznej. Wytrawny trener i praktyk od lat zaangażowany w aktywizację seniorów, przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu opiekunów oraz budowanie lokalnych systemów wsparcia środowiskowego.

REKOMENDACJE OPIEKUNÓW OSOBY Z DEMENCJĄ

Głos rodzin i opiekunów faktycznych spisany podczas warsztatów roboczych w Grudziądzu

> *Wnioski zebrane od opiekunów rodzinnych podczas pracy w grupach warsztatowych w ramach projektu „Grudziądzka Koalicja Pamięci". Stanowią bezpośredni zapis realnych potrzeb oraz wskazówek, co ułatwiłoby codzienną opiekę nad bliskimi z zaburzeniami otępiennymi.*

👥 Opieka i personel w DDP

- **Więcej personelu:** Zwiększenie liczby opiekunów oraz czujność wobec potrzeb fizycznych (higiena, toaleta).
- **Rozbudowa infrastruktury:** Większa liczba miejsc w DDP przy odpowiednim nadzorze i dostępności do WC.
- **Indywidualna dieta:** Dostosowanie posiłków do alergii i schorzeń podopiecznych.
- Aktywizacja pobytowa: Zachęcanie do pozostawania w placówce również po posiłkach.

🚌 Transport i dostępność

- **Dedykowany transport:** Zapewnienie dojazdu i powrotu z placówki dla pensjonariuszy.
- **Przejazdy specjalistyczne:** Transport bezbarierowy do lekarzy, na spacery i rehabilitację.
- **Asystent logistyczny:** Osoba wspierająca opiekuna i podopiecznego w codziennych dojazdach.

🤝 Wsparcie dla opiekunów

- **Opieka wytchnieniowa:** Czas dla siebie i chwilowe odciążenie w codziennych obowiązkach.
- **Grupy wsparcia:** Regularna wymiana doświadczeń z osobami w podobnej sytuacji życiowej.
- **Pomoc psychologiczna:** Stałe wsparcie psychologiczne i psychiatryczne dla rodzin.
- **„Opiekun wspierający":** Dedykowana osoba doradcza oraz wolontariat bezpośredni w domu.

Edukacja i informacja

- **Warsztaty edukacyjne:** Praktyczne szkolenia z technik opieki i komunikacji.
- **Świadomość społeczna:** Podniesienie wiedzy służb publicznych i otoczenia na temat demencji.
- **Wsparcie w dokumentacji:** Pomoc w formalnościach urzędowych i orzeczniczych.

🔒 Bezpieczeństwo i aktywizacja

- **Aplikacja SOS i monitoring:** Cyfrowe narzędzia przycisku pomocy oraz monitoring w obiektach opiekuńczych.
- **Wycieczki i turnusy:** Wyjazdy rehabilitacyjno-integracyjne z zapewnioną wykwalifikowaną opieką.
- **Lokalne domy dziennego pobytu:** Tworzenie mniejszych placówek blisko miejsca zamieszkania seniorów.

PODSUMOWANIE I PODZIĘKOWANIA

Przekazując Państwu „Strategię Pamięci", wyrażamy głęboką nadzieję, że wypracowane wnioski, diagnozy i rekomendacje staną się trwałym impulsem do zmian w lokalnej polityce społecznej Grudziądza.

Składamy serdeczne podziękowania wszystkim ekspertom, lekarzom, terapeutom, przedstawicielom instytucji pomocowych oraz kadrom samorządowym za wkład merytoryczny i zaangażowanie w prace nad niniejszym opracowaniem.

Szczególne słowa wdzięczności kierujemy do opiekunów faktycznych i rodzin osób z demencją – Państwa otwartość, odwaga w dzieleniu się trudnym doświadczeniem oraz aktywny udział w warsztatach roboczych stanowiły najważniejszy fundament tego dokumentu.

Stowarzyszenie
POKOLENIE

ZESPÓŁ PROJEKTOWY

Stowarzyszenie na rzecz integracji i aktywizacji „Pokolenie" w Grudziądzu