

KULTURA BEZPIECZEŃSTWA
NAUKA – PRAKTYKA – REFLEKSJE
Nr 24, 2016 (166–177)
DOI 10.24356/KB/24/7

KONTROWERSJE WOKÓŁ OPIEKI
PAŃSTWA NAD CHORYM NA
ALZHEIMERA – OPIS PRZYPADKU

THE CONTROVERSY SURROUNDING
THE STATE CARE FOR ALZHEIMER'S –
CASE REPORT

EWA ZIELIŃSKI

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

AGATA BORNIKOWSKA

Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. K. Pułaskiego w Radomiu

ABSTRACT

It is estimated that there are 36 million people with dementia in the world and in 2050 this number will double. The number of patients with Alzheimer's Poles is estimated at about 200-250 thousand. 150 thousands have no primary diagnosis. With the ageing of the Polish society the number of sufferers is likely to grow. The disease usually develops after the age of 65. Incidence of the disease increases with age. Symptoms of the disease are: memory disorders, sudden mood changes, cognitive and behavior disorders.. Is it irreversible changes in the brain – for people with Alzheimer's cerebral cortex fades, because the neurons build up amyloid. Although the situation of the people affected by this disease in Poland recently somewhat improved: faster diagnosis and access to modern drugs for which to get the patient, Poland is still not ready for adequate action

which involves an increase in morbidity. Many institutions do not fulfill their tasks in terms of aid to the sick and their families. It lacks effective system solutions. Patients in general are deprived of the possibility of using, for example, living houses. In practice, in general it's hard to talk about any kind of institutional support for people with Alzheimer's disease. A major problem is the lack of systems and standards of care, lack of support for families and carers. With Alzheimer's patients in Poland can do it all.

KEY WORDS: Alzheimer's disease, dementia, help, safety

ABSTRAKT

Na świecie żyje obecnie około 36 milionów ludzi z demencją (otępieniem starczym, łac. *dementia*), w roku 2050 liczba ta ma się podwoić. Liczbę chorych na Alzheimera Polaków szacuje się na około 200–250 tysięcy z czego 150 tysięcy nie ma postawionej diagnozy. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa polskiego liczba chorych prawdopodobnie się powiększy. Choroba rozwija się przeważnie po 65 roku życia. Zapadalność na tę chorobę rośnie z wiekiem. Objawami choroby są: zaburzenia pamięci, nagłe zmiany nastroju, zaburzenia funkcji poznawczych oraz zachowania. Wywołane jest to nieodwracalnymi zmianami w mózgu – u osób z chorobą Alzheimera zanika kora mózgową, ponieważ w neuronach odkłada się amyloid. Choć sytuacja osób dotkniętych tą chorobą w Polsce w ostatnim czasie nieco się poprawiła: szybsza diagnostyka i dostęp do nowoczesnych leków, na które stać pacjenta, Polska nie jest przygotowana do adekwatnego działania, jakie niesie za sobą wzrost zachorowalności. Wiele instytucji nie spełnia swoich zadań w kwestii pomocy chorym i ich rodzinom. Brakuje skutecznych rozwiązań systemowych. Chorzy leżący w ogóle są pozbawieni możliwości korzystania np. z domów dziennego pobytu. W praktyce w ogóle trudno mówić o jakiegokolwiek pomocy instytucjonalnej dla osób z chorobą Alzheimera. Znaczącym problemem jest brak systemów i standardów opieki, brak pomocy rodzinom i opiekunom. Z chorym na Alzheimera w Polsce można zrobić wszystko.

W artykule zwrócono uwagę na kontrowersyjności opieki państwa wobec chorego i jego rodziny. Przedstawiono studium przypadku mężczyzny z rozpoznaną chorobą Alzheimera, jako przykład kontrowersyjnej opieki państwa wobec chorego i jego rodziny.

SŁOWA KLUCZOWE: Choroba Alzheimera, demencja, pomoc, bezpieczeństwo

WSTĘP

Najczęstszą przyczyną otępienia jest choroba Alzheimera. Choroba Alzheimera polega na stopniowej, postępującej degeneracji mózgu. W przebiegu choroby Alzheimera dochodzi do uszkodzenia i przyspieszonego obumierania komórek nerwowych. Choroba prowadzi do istotnego zmniejszenia objętości mózgu i zaburzeń neuroprzekaźnikowych. Wyniki badań epidemiologicznych z krajów wysoko rozwiniętych wskazują, że choroba najczęściej rozwija się u ludzi po 65 roku życia^{1,2}. Najnowsze dane epidemiologiczne wskazują, że w Stanach Zjednoczonych Ameryki w 2010 roku liczba chorych na chorobę Alzheimera po 65 roku życia wynosiła 4,7 mln, a w 2050 roku liczba ta ma wzrosnąć trzykrotnie³. Na świecie jest ok. 36 mln ludzi z demencją, w roku 2050 liczba ta ma się podwoić⁴. W Polsce różne postaci otępienia dotyczą około 500 000 osób⁵, a około połowę z nich (200–250 tys.) stanowią chorzy na chorobę Alzheimera⁶. Problem osób chorych i ich rodzin jest niedoszacowany w społeczeństwie polskim. Sytuacja osób starszych dotkniętych demencją często bywa postrzegana jako sytuacja bez wyjścia. Choroba Alzheimera wywiera także niebagatelny wpływ na opiekuna pacjenta⁷. Rodziny i opiekunowie chorych także nie otrzymują adekwatnej pomocy ani ze strony instytucji i organizacji zajmujących się problemem chorych na Alzheimera jak i ze strony państwa.

Opieka nad osobami chorymi, pomoc osobom, które tego potrzebują to jedne z elementów funkcjonowania społeczności – budowania wię-

¹ W.A. Rocca, A. Hofman, C. I Bayne wsp., Frequency and distribution of Alzheimer's disease in Europe: a collaborative study of 1980 – 1990 prevalence findings. The EURODEM-Prevalance Research Group. *Ann Neurol* 30 (1991):381-90.

² A.F. Jorm, A.E Korten., A.S. Henderson, *The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature*, "Acta Psychiatr Scand" 5 (1987): 465-79.

³ R. Brookmeyer, E. Johnson, K. Ziegler-Graham, H.M. Arrighi, *Forecasting the global burden of Alzheimer's disease*, *Alzheimers Dement* 3 (2007): 186-91.

⁴ Alzheimer Disease International. World Alzheimer Report 2011. The benefits of early diagnosis and intervention. Published by Alzheimer's Disease International (ADI), September 2011.

⁵ P. Gajewski, red. *Interna Szczeklika 2013-Podręcznik chorób wewnętrznych*, Medycyna Praktyczna 2013; 2109-2116.

⁶ B. Grabowska- Fudala, K. Jaracz, A. Smelkowska, i wsp, *Obciążenie osób sprawujących opiekę nad osobami z chorobą Alzheimera. Wyniki wstępne*, *Nowiny Lekarskie*. 82 (1) (2013): 25-30.

⁷ J. Georges, S. Jansen, J. Jackson, et al. *Alzheimer's disease in real life – the dementia carer's survey*. *Int J Geriatr Psychiatry* 23 (5) (2008): 546-51.

zi społecznej i wzmacniane poczucia bezpieczeństwa. Systemowa pomoc osobom chorym oraz ich opiekunom jest jednym z elementów stanowiącym o bezpieczeństwie obywateli. I jako taka wpisuje się w koncepcję, jest elementem kultury bezpieczeństwa – rozumianej jako „ogół materialnych i pozamaterialnych elementów utrwalonego dorobku człowieka, kultywowaniu, odzyskiwaniu (gdy utracono) i podnoszeniu poziomu bezpieczeństwa podmiotów”⁸.

Poniżej przedstawiono opis przypadku mężczyzny i jego rodziny w walce o godność i poszanowanie praw człowieka zarówno tego chorego jak i jego najbliższych.

CEL PRACY

Celem głównym pracy było zwrócenie uwagi na problem chorych na Alzheimera i ich rodzin w Polsce. Zwrócono uwagę na kontrowersyjności opieki państwa wobec chorego i jego rodziny. Przedstawiono studium przypadku mężczyzny z rozpoznaną chorobą Alzheimera, jako przykład kontrowersyjnej opieki państwa wobec chorego i jego rodziny.

MATERIAŁ I METODY – STUDIUM PRZYPADKU

Mężczyzna chory na Alzheimera, lat 80, wykształcenie wyższe, nauczyciel, emeryt, żonaty, 1 córka, mieszkał z żoną. Od 15 lat był skłócony z rodziną, także z najbliższą. Często kłócił się z żoną i córką, wyprowadzał się z domu i wracał do niego po kilku miesiącach nieobecności. Nie oddawał pieniędzy na życie. Żona wniosła sprawę o rozwód, ale ją wycofała za prośbą i obietnicą poprawy zachowania ze strony męża. Mężczyzna był leczony od kilku lat w Poradni Psychogeriatrycznej z rozpoznaniem otępienia w przebiegu choroby Alzheimera. Z czasem stan zdrowia mężczyzny zaczął się pogarszać. Stał się podejrzliwy, agresywny i zaborczy. Wynosił wartościowe przedmioty z domu, unikał kontaktu z rodziną. Żona i córka kilkakrotnie podejmowały próby kontaktu bezpośredniego z lekarzem prowadzącym w celu uzyskania pomocy w kwestii postępowania z chorym. Mężczyzna zastrzegł sobie prawo nie informowania nikogo o swoim stanie zdrowia, wobec czego najbliżsi niewiele mogli się dowiedzieć od lekarza o chorym. Rodzina zgłaszała do lekarza prowadzącego fakt nieprzyjmowania leków i niemożności dokonania podaży, lecz i w tej kwestii pozostawiona została bez pomocy.

⁸ J. Piwowarski, *Trzy filary kultury bezpieczeństwa*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje” 22 (2016): 9-21.

Stan zdrowia mężczyzny stale się pogarszał i zaczął on wszczynać awantury. Dochodziło także do rękoczynów. Po kolejnym ataku agresji na żonę, ta uciekła z domu i udała się na komisariat z prośbą o udzielenie jej pomocy. Problemem okazało się to, że pozostawała ona w związku małżeńskim z chorym i policja odmówiła „wtrącania się w sprawy małżeńskie”. Żona została poinformowana, że powinna wrócić do domu a w przeciągu tygodnia wizytę awanturującemu się mężczyźnie złoży dzielnicowy. Kobieta z obawy przed mężem wyprowadziła się z domu do córki. Dzielnicowy, jak wynikało z akt, dwukrotnie odwiedzał mężczyznę, ale nigdy nie zastał go w domu. Kobieta z córką zgłosiły także sprawę do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. Żadna z pań tam pracujących nie umiała wskazać właściwej drogi postępowania z chorym mężczyzną w kontekście pomocy rodzinie. Żona udała się po poradę do radcy prawnego. Opowiedziała mu o swojej sytuacji i problemie z chorym mężem w kwestii stosowania na niej przemocy w rodzinie. Usłyszała, że musi sobie kupić jakieś narzędzie, aby obronić się przed mężem. Stan mężczyzny ciągle się pogarszał. Żona z córką doglądały mężczyznę, przynosiły mu jedzenie i prały brudne ubrania, ale mieszkały z dala od niego. Z czasem mężczyzna zatracił poczucie czasu i córka kilkakrotnie odbierała go z policji w nocy, gdzie został przywieziony przez patrol policji, jako włóczęga. Przestał dbać także o swoją higienę, a mieszkańcy domu, w którym mieszkał, wyrażali ustną obawę o swoje bezpieczeństwo. Mężczyzna dalej prześladował żonę. Zaczął także nękać córkę. Po kolejnej awanturze kobiety po raz kolejny udały się do komisariatu policji, gdzie tym razem ich zeznania zostały przyjęte z wyrozumiałością a mody funkcjonariusz zaoferował konkretną pomoc. Napaść i pobicie żony przez chorego męża zostało przez funkcjonariusza zgłoszone do sądu rejonowego. Odbyły się 3 rozprawy sądowe, z czego ostatnia zakończyła się wyrokiem skazującym mężczyznę za stosowanie przemocy wobec żony. Mężczyzna został skierowany na przymusowe leczenie do zamkniętego ośrodka w charakterze skazanego. Poniżej przedstawiono krótki opis stanu zdrowia mężczyzny w chwili przyjęcia go do ośrodka, jak również opinię biegłych psychiatrów z czasu pobytu chorego w ośrodku oraz nagłe przerwanie internacji.

Opinia biegłych psychiatrów nr 1.

„Przed hospitalizacją mężczyzna znajdował się pod opieką schorowanej żony i zapracowanej córki. Leki przyjmował niezgodnie z zaleceni-

mi np po kilka preparatów tej samej substancji chemicznej pod różnymi nazwami, albo w ogóle. Żonę oskarżał o zdrady. Rzekomymi kochankami byli wszyscy mężczyźni z jej otoczenia, w tym członkowie rodziny. Mężczyzna wszczywał z tego powodu awantury, popychał ją, bił, śledził, kontrolował, nie wpuszczał do domu. Zwidywał szczury, w domu rozstawiał pułapki na gryzonię, raz sam w nią wpadł, słyszał dzwonki do drzwi i czyjeś głosy za drzwiami. Był skonfliktowany z sąsiadami. Oskarżał ich o kradzieże. W domu gromadził niebezpieczne narzędzia: siekiere, nóż, nożyczki. Odgrażał się, że policzy się ze złodziejami. Nie znał wartości pieniądza, łatwo dawał się oszukać. Namówiony przez domokrażców nierozważnie podpisał kilka niekorzystnych dla siebie umów m.in. niepotrzebnie kupił garnki za kwotę 5 tys zł., założył kolejną linię telefoniczną itp. Nie znał się na zegarku. Gubił się w mieście. Odbierany był także w nocy przez córkę z komendy Policji.”

Mężczyzna do placówki został przyjęty na mocy postanowienia **Sądu celem realizacji środka** zabezpieczającego z rozpoznaniem choroby Alzheimera i organicznymi zaburzeniami urojeniowymi – czyn kryminogenny — znęcanie się psychiczne i fizyczne nad małżonką (art. 207 § I kk).

Interpretacja psychiatryczna wyniku badania chorego

Przy przyjęciu i podczas pobytu chory zorientowany w miejscu, sytuacji i co do własnej osoby, nie umie podać bieżącej daty, świadomość jasna, spowolniały psychoruchowo; labilny afektywnie, łatwo rozrzewnia się, płacze, jak również napina, rozdrażnia. Wypowiedzi niespójne — gubi słowa, wątki. Zaprzecza doznaniom omamowym. Potwierdza urojenia niewiary małżeńskiej. Funkcje poznawcze osłabione do poziomu otępienia średniego stopnia. Bezkrytyczny co do urojeń, zaprzecza zachowaniom agresywnym będącym przyczyną internacji. (...)

Pacjent z trudem zaadaptował się do warunków panujących w placówce: początkowo błędził, liczył, przekładał, pakował swoje rzeczy, zapominał gdzie, co położył, wszczywał konflikty bezpodstawnie oskarżając pacjentów i personel o kradzieże, okresowo drażliwy, napięty, niepodporządkowany, negatywistyczny, odmawiał przyjmowania leków twierdząc, że już je dostał, bądź upominał się o leki, które już otrzymał.

Przebieg farmakoterapii

W terapii zastosowano lek prokognitywny, antypsychotyczny i stabilizujący nastrój w maksymalnych, tolerowanych przez pacjenta dawkach.

Ciąg dalszy opinii biegłych psychiatrów

Mimo zastosowanego leczenia deficyty poznawcze postępują, urojenia utrzymują się, chory pozostaje bez krytycyzmu co do choroby neuropsychiatrycznej i czynów kryminogennych, a ryzyko ponownego popełnienia wynikającego z choroby podobnego czynu zabronionego o znacznej szkodliwości społecznej jest wysokie.

Pacjent wymaga stałej opieki i systematycznej farmakoterapii spowalniającej proces **otępienny i zmniejszającej nasilenie towarzyszących mu objawów dodatkowych** (psychotycznych, afektywnych, zaburzeń zachowania). Biorąc pod uwagę charakter choroby można przewidywać, że dalsze leczenie w placówce nie przyniesie poprawy stanu psychicznego pacjenta. Rodzina nie jest w stanie zapewnić mu stałej opieki. Konieczna jest izolacja opiniowanego od małżonki — obiektu jego urojeń i agresji. Alternatywą dla pobytu w placówce jest umieszczenie badanego, jako osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji w Domu Pomocy Społecznej na mocy postanowienia Sądu. Z wnioskiem takim do Sądu zwrócił się Dyrektor placówki.”

Opinia biegłych psychiatrów nr 2.

Mężczyzna poproszony na badanie idzie chętnie, zajmuje wskazane miejsce, nawiązuje kontakt wzrokowy, prawidłowo podaje swoje imię i nazwisko, datę urodzin, nie urnie powiedzieć ile ma lat, ani jaka jest bieżąca data – „W tych sprawach to jestem nie bardzo. Stępiały jestem.”, proszony o popatrzenie za okno, ocenę pogody mówi prawidłowo, że jest zima, marzec, nie potrafi podać adresu miejsca, w którym aktualnie przebywa, nazwy miejscowości, nie wie dokładnie gdzie jest – „Chyba nie w domu, w pracy raczej, choć to złożone, jedni kradną, drudzy kombinują, gdzie jestem nie umiem powiedzieć.”. Ma duże problemy z zapamiętywaniem, powtarzaniem, wykonywaniem poleceń, prawidłowo czyta, ale nie urnie wykonać napisanego polecenia: „Proszę: zamknąć oczy” – „Trzeba znać treść, wszystko skoordynować, te okulary mieć, coś do czytania.” W trakcie badania zwraca się do lekarza: „Panie inżynierze, panie magistrze.” Dużo

czasu spędza nad kartką, na której ma napisać dowolne zdanie, w efekcie nie pisze nic. Nie wie gdzie jest, z jakich przyczyn znalazł się w placówce. „Byłem skierowany z Warszawy, mam skierowanie 25, już od dłuższego czasu, miałbym operowane, ale oni mówili, że tutaj też mają dobrze i przysłali mnie tutaj. „Z kim mieszkał w Warszawie? „Tylko z matką, bo ojciec już nie żyje, a matka jest chora od dawna ona choruje.”

Poziom funkcjonowania – samodzielny w zakresie poruszania się, orientuje się w topografii placówki, trafia na swoją salę, do swojego łóżka, przy którym spędza większość czasu porządkując, pakując, składając, licząc swoje rzeczy, czasami nie może czegoś znaleźć oskarża wtedy niewinne osoby, napina się, wygraża, w skarpetce nosi pieniądze choć nie potrafi podać ich wartości. Otrzymane rzeczy od rodziny rozdaje, gdy czuje się na siłach biega truchtem po korytarzu (kiedyś trenował biegi średniodystansowe), czasami daje się namówić na wyjście na teren placówki, spaceruje wtedy, gra w siatkówkę, gdy czuje się słabszy leży w łóżku. Posiłki spożywa samodzielnie w dostatecznej ilości, choć czasem zjada rzeczy niejadalne np. papier, mydło. Podawane leki przyjmuje bez oporów. Samodzielny w zakresie załatwiania potrzeb fizjologicznych. Stara się dbać o higienę osobistą — rano goli się, czesze włosy, myje zęby, ale kąpać się nie chce, jak da się namówić na prysznic namydla suche ciało, moczy tylko jedną rękę, drugą wyciera ręcznikiem, na proponowaną pomoc reaguje agresją. Wymaga pomocy podczas ubierania się – czasem na głowę zakłada np. majtki, nieadekwatnie do pogody potrafi ubrać kilka par spodni, na nogi pozakładać gumki recepturki itp.

Omówienie:

U mężczyzny rozpoznajemy chorobę psychiczną – otępienie — globalny, trwały spadek sprawności intelektualnej w następstwie rozlanego, nieodwracalnego uszkodzenia mózgu. Na deficyty poznawcze nakładają się zaburzenia psychotyczne (omamy, urojenia), zaburzenia emocjonalne (drażliwość, chwiejność), zaburzenia zachowania (agresja). Badany z pobudek chorobowych znęcał się psychicznie i fizycznie nad swoją małżonką, został uznany za niepoczytalnego i skierowany do placówki na przymusowe leczenie. W terapii zastosowano lek prokognitywny, antypsychotyczny i stabilizujący nastrój w maksymalnych, tolerowanych przez pacjenta dawkach. Mimo zastosowanego leczenia deficyty poznawcze postępują, urojenia utrzymują się,

pozostaje on bez wglądu i krytycyzmu **co do choroby neuropsychiatrycznej i czynów kryminogennych, a ryzyko ponownego** popełnienia wynikającego z choroby podobnego czynu zabronionego o znacznej szkodliwości społecznej (w przypadku powrotu do domu) jest wysokie.

Pacjent wymaga stałej opieki i systematycznej farmakoterapii spowalniającej proces otępienny i zmniejszającej nasilenie towarzyszących mu objawów dodatkowych (psychotycznych, afektywnych, zaburzeń zachowania). Biorąc pod uwagę charakter choroby można przewidywać, że dalsze leczenie w placówce nie przyniesie poprawy stanu psychicznego pacjenta. Z powodzeniem mógłby on być dalej leczony w warunkach Domu Pomocy Społecznej. Rodzina nie jest w stanie zapewnić mu stałej opieki. Konieczna jest izolacja opiniowanego od małżonki — obiektu jego urojeń i agresji. **Opiniowany jest niezdolny do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb** życiowych, potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, a rodzina nie jest w stanie mu jej zapewnić, **brak opieki zagraża jego życiu, dla jego dobra należy umieścić go w Domu Pomocy Społecznej.**

Wyniki opinii biegłych psychiatrów nr 2.

- U pacjenta rozpoznajemy otępienie w przebiegu choroby Alzheimera
- Opiniowany nie wymaga leczenia w placówce, jest niezdolny do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, a rodzina nie jest w stanie mu jej zapewnić, brak opieki-zagraża jego życiu, dla jego dobra należy umieścić go w Domu Pomocy Społecznej.

Niestety czas oczekiwania na miejsce w Domu Pomocy Społecznej jest bardzo długi. Mężczyzna ponadto nie wyraził zgody na umieszczenie go w DPS. Pomimo tego, że biegli psychiatrzy orzekli o konieczności odizolowania mężczyzny od obiektu urojeń czyli żony, orzeczeniem sądu w ciągu jednego dnia zwolniono mężczyznę z placówki i na koszt żony przewieziono do rodzinnego domu.

DYSKUSJA

Dokładne oszacowanie liczby chorych na Alzheimera jest trudne. Problem polega na zdefiniowaniu zaburzeń i ich wykrywaniu w populacji.

Trudność stanowi także dokładność diagnostyczna i podstępny początek choroby mającym wpływ na obserwację powiązań czynników ryzyka⁹. Czy można wykluczyć z opieki państwa grupę chorych na Alzheimera? Można zauważyć, że ze względu na swoją częstość występowania i rodzaj zaburzeń jakie powoduje, stanowi wyjątkowy problem społeczny, moralny i ekonomiczny. Także opieka państwa i instytucji zajmujących się pomocą chorym i ich rodzinom wydaje się być w świetle przytoczonego wyżej przypadku nieadekwatna. Znieczulica, niekonsekwentność w działaniu a także nieznamość przepisów prawa przez ludzi pracujących w instytucjach przyczyniły się w tym konkretnym przypadku nie tylko do rozbicia więzi rodzinnej, ale też narażone na niebezpieczeństwo zostało zdrowie i życie ludzkie nie tylko samego chorego, ale i jego rodziny. Brak komunikacji ze strony instytucji jak i brak współpracy z rodziną chorego przyczyniło się nie tylko do nieadekwatnego postąpienia z chorym, ale także z jego rodziną. Chory na Alzheimera nie powinien przez 3 lata przebywać w placówce ze statusem osadzonego. W tym też czasie, rodzina nie mogła podejmować żadnych czynności względem mężczyzny, ponieważ został on osadzony w placówce wyrokiem sądu. Pomimo tego, że znęcał się nad żoną fizycznie i psychicznie, co było głównym celem zastosowania przymusowego leczenia, po upływie 3 lat został odpisany w ciągu 24h z placówki do domu, do żony. Istnieje realna potrzeba współpracy instytucji społecznych z rodziną chorego chociażby w kwestii uświadomienia rodziny o przebiegu choroby, udzieleniu wsparcia psychicznego i często nauczania wykonywania czynności pielęgnacyjnych na chorym. Rodzina powinna także posiadać wiedzę, do jakich instytucji może udać się o pomoc, a gdy się po nią zwróci, powinna ją otrzymać. Często opieka nad chorym odbywa się przez chorego współmałżonka, który nie tylko jest zdezorientowany w nowej sytuacji ale także pozostawiony bez wsparcia. Jest też nieudolny w swoim postępowaniu i opiece. Historia mężczyzny zatoczyła koło. Nikt nie umiał mu pomóc. Pomocy nie otrzymała także jego rodzina. Czy naprawdę w Polsce w XXI wieku z chorym na Alzheimera można zrobić wszystko?

⁹ A. Kiejna, D. Frydecka, P. Biecek, i wsp. *Epidemiologia zaburzeń otępiennych w Polsce – przegląd badań*, *Borgis-postępy nauk medycznych*.2011;676–681. <http://www.czytelnia.medyczna.pl/3750,epidemiologia-zaburzen-otepiennych-w-polsce-przegląd-badan.html#> (stan na: lipiec 2014).

WNIOSKI

1. Rodziny i opiekunowie chorych nie otrzymują adekwatnej pomocy ani ze strony instytucji i organizacji zajmujących się problemem chorych na Alzheimera jak i ze strony państwa.
2. Problem osób chorych i ich rodzin jest niedoszacowany w społeczeństwie polskim.
3. Istnieje konieczność wprowadzenia procedur i opartych o nie algorytmów działania w stosunku opieki państwa nad chorym i jego rodziną.

BIBLIOGRAFIA

1. Alzheimer Disease International. World Alzheimer Report 2011. The benefits of early diagnosis and intervention. Published by Alzheimer's Disease International (ADI), September 2011.
2. Brookmeyer R., Johnson E., Ziegler-Graham K., Arrighi H.M, *Forecasting the global burden of Alzheimer's disease*, *Alzheimers Dement* 3 (2007): 186-91.
3. Gajewski P., red. *Interna Szczeklika 2013-Podręcznik chorób wewnętrznych*, Medycyna Praktyczna 2013; 2109-2116.
4. Georges J, Jansen S, Jackson J, et al. *Alzheimer's disease in real life – the dementia carer's survey*, *Int J Geriatr Psychiatry* 23 (5) (2008): 546-51.
5. Grabowska- Fudala B., Jaracz K., Smelkowska A., i wsp., *Obciążenie osób sprawujących opiekę nad osobami z chorobą Alzheimera. Wyniki wstępne*. *Nowiny Lekarskie*. 82 (1) (2013): 25-30
6. Jorm A.F., Korten A.E., Henderson A.S., *The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature*. *Acta Psychiatr Scand* 5 (1987): 465-79
7. Kiejna A., Frydecka D., Biecek P., i wsp., *Epidemiologia zaburzeń otępiennych w Polsce – przegląd badań*. *Borgis-postępy nauk medycznych*.2011;676-681.
8. <http://www.czytelniamedyczna.pl/3750,epidemiologia-zaburzen-otepiennych-w-polsce-przeglad-badan.html#> (stan na: lipiec 2014).
9. Piwowarski J., *Trzy filary kultury bezpieczeństwa*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje” 22 (2016): 9-21.
10. Rocca W.A., Hofman A., Bayne C. I wsp., *Frequency and distribution of Alzheimer's disease I Europe: a collaborative study of 1980 – 1990 prevalence findings*. The EURODEM-Prevalance Research Group. *Ann Neurol* 30 (1991):381-90.

dr Ewa Zieliński – Katedra Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Sandomierska 16 85-830 Bydgoszcz, tel: 509-167-167, e-mail: ewa.zielinski.bydgoszcz@wp.pl

dr Agata Bornikowska – Zakład Logistyki i Marketingu, Wydział Transportu i Elektrotechniki, Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. K. Pułaskiego w Radomiu, ul. Malczewskiego 29, 26-600 Radom, tel: 604-064-062, +48 48 361 77 35, e-mail: a.bornikowska@uthrad.pl