

Pandemia SARS-CoV-2 a populacja osób z otępieniem. Rekomendacje pod patronatem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

SARS-CoV-2 pandemic and the population with dementia. Recommendations under the auspices of the Polish Psychiatric Association

Mateusz Łuc¹, Dorota Szcześniak¹, Elżbieta Trypka¹, Justyna Mazurek²,
Joanna Rymaszewska¹

¹ Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Katedra Psychiatrii

² Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Katedra i Zakład Rehabilitacji

Summary

SARS-CoV-2 poses a particular risk to the elderly and people with many comorbidities. In the case of people with dementia, the compliance with sanitary recommendations and the necessary physical isolation can have far-reaching negative consequences in terms of limiting the continuation of tailored care, support and treatment. The recommendations related to the SARS-CoV-2 pandemic must take into account not only the medical consequences of lack of access to medical care, but also their long-term effects and the disease progression in accordance with the concept of social health. A plan of action for the psychoeducation of informal carers, adapted to the elderly group (including people with dementia), is also necessary. Prepared under the auspices of the Polish Psychiatric Association, the recommendations for people living alone, with their family and in long-term care facilities are intended to draw attention to key epidemiological issues that can be planned by medical staff within the organization of patient care. However, mental and social needs of patients, whose fulfilment is particularly significant in times of restrictions related to everyday activities, are of equal importance. Further monitoring of the epidemiological situation and scientific reports related to the SARS-CoV-2 pandemic are necessary to verify and update the guidelines.

Słowa kluczowe: SARS-CoV-2, otępienie, zdrowie społeczne

Key words: SARS-CoV-2, dementia, social health

Wstęp

Konsekwencje pandemii SARS-CoV-2 dla osób żyjących z otępieniem

Z pierwszych światowych doniesień wynika, że przebieg infekcji związanej z nowym szczepem koronawirusa SARS-CoV-2 (*Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*), wywołującego chorobę o nazwie COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*), stanowi szczególnie zagrożenie dla osób w wieku podeszłym oraz pacjentów z wieloma schorzeniami towarzyszącymi. Amerykańskie Centra Kontroli i Prewencji Chorób (Centers for Disease Control and Prevention – CDC) wymieniają wiek powyżej 65. roku życia oraz przebywanie w placówkach opieki długoterminowej jako czynniki ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19 [1], co wiąże się ze wzrostem liczby hospitalizacji oraz znacząco zwiększoną śmiertelnością [2, 3]. Z tego powodu światowe agencje przekazują kolejne zalecenia, m.in.:

- przestrzeganie zaleceń sanitarnych, w tym dotyczących higieny rąk,
- ograniczenie wychodzenia z domu,
- unikanie placówek medycznych oraz kontaktu z personelem medycznym,
- korzystanie z telefonicznego kontaktu z personelem medycznym czy zdalne załatwianie spraw urzędowych.

Obecnie wszelkie odgórne działania koncentrują się na utrzymywaniu izolacji i dystansu społecznego, które będą zmniejszały ryzyko dalszej transmisji SARS-CoV-2. Wprowadzone w celu przecięcia łańcucha transmisji ograniczenia mogą zwiększać natężenie objawów lękowych, depresyjnych, poczucie osamotnienia i postrzeganego zagrożenia w społeczeństwie (rys. 1) [4]. Szczególnie narażoną grupą są osoby starsze, schorowane, mniej sprawne i mniej zaradne. W wypadku osób żyjących z otępieniem powyższe zalecenia oraz niezbędna fizyczna izolacja mogą mieć daleko idące negatywne konsekwencje związane z ograniczeniem kontynuacji dostosowanych do ich potrzeb opieki, wsparcia oraz leczenia. W wielu krajach – w tym w Polsce – osoby starsze, a także osoby z otępieniem oraz ich opiekunowie konfrontowali się już wcześniej z ograniczeniami wynikającymi z dostępu do opieki zdrowotnej oraz systemu wsparcia społecznego. Globalne rozprzestrzenianie się SARS-CoV-2 i jego nieproporcjonalny wpływ na osoby starsze mogą skutkować dalszym narastaniem nierówności w zakresie dostępu do tych usług oraz dalszą marginalizacją tej grupy, co jest widoczne na przykładzie populacji włoskiej [5]. W związku z tym przygotowano rekomendacje pod patronatem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, których celem jest zahamowanie tego procesu i odwrócenie niekorzystnych zjawisk.

W obecnych warunkach opieka zdrowotna realizowana zdalnie z wykorzystaniem usług telekomunikacyjnych staje się codziennością. Natomiast osoby żyjące z otępieniem, które mają niewielką wiedzę i umiejętności w zakresie telekomunikacji, a dotąd polegały przede wszystkim na osobistym wsparciu, mogą mieć poczucie coraz większego osamotnienia oraz opuszczenia [6]. W ich wypadku brak kompetencji technicznych stanowi realną barierę w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb, a zwłaszcza w dostępie do lekarza, psychologa oraz utrzymaniu dotychczasowego poziomu aktywności [3, 6, 7]. Wcześniej

rozwijane interwencje psychospołeczne w dużej mierze oparte były na zwiększeniu partycypacji społecznej, realizacji wsparcia zindywidualizowanego, spersonalizowanego, poprawiającego jakość życia osób żyjących z otępieniem. Choć kontrola transmisji choroby zyskuje obecnie nadrzędne znaczenie, to zalecenia związane z pandemią SARS-CoV-2 muszą uwzględniać nie tylko medyczne konsekwencje braku dostępu do opieki lekarskiej, ale też zjawiska negatywnie przekładające się na późniejsze funkcjonowanie seniorów.

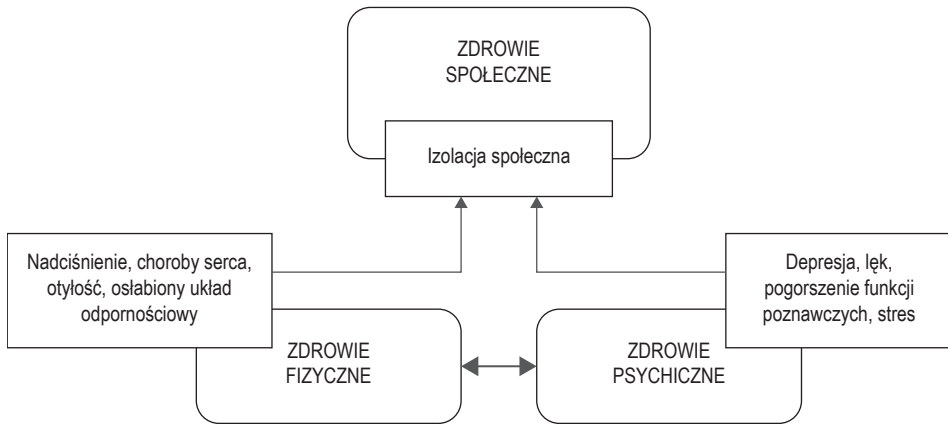
Spadek aktywności życiowej związany z izolacją społeczną osób z otępieniem może mieć realne przełożenie na ich długofalowe funkcjonowanie oraz progresję choroby zgodnie z koncepcją zdrowia społecznego [8–10]. Najnowsze badania wskazują, że to właśnie zdrowie społeczne może stanowić klucz do zrozumienia zjawiska rezerwy poznawczej będącej czynnikiem ochronnym wobec rozwoju deficytów w zakresie funkcjonowania poznawczego [11]. Oznacza to, że podtrzymywanie sprawnej sieci kontaktów, udział w spotkaniach oraz aktywnościach grupowych może być źródłem większej sprawności poznawczej seniorów oraz istotnym czynnikiem wpływającym na spowolnienie progresji choroby osób żyjących z otępieniem. Wiąże się również z tendencją do intensywnej aktywizacji tej grupy przez organizowanie interwencji oraz programów psychospołecznych mających na celu zredukowanie zjawisk postrzeganych jako negatywne, takich jak izolacja społeczna czy stygmatyzacja, a co za tym idzie – także redukcję objawów psychopatologicznych będących często emocjonalną konsekwencją uruchomienia mechanizmów dezadaptacyjnych wobec radzenia sobie z chorobą. Wprowadzone w Polsce rozwiązanie polegające na tworzeniu tzw. centrów spotkań dla osób z otępieniem oraz ich opiekunów lub innych miejsc społecznej aktywizacji przyniosło szereg istotnych korzyści dla tej grupy odbiorców, takich jak poprawa funkcjonowania emocjonalnego oraz ogólnego dobrostanu osób z otępieniem, wzrost ich samooceny, poczucia przynależności, a także redukcję objawów neuropsychiatrycznych wraz ze wzrostem otrzymywanego wsparcia [12, 13].

Obecnie niewiele jest badań oceniających efekty izolacji społecznej wynikającej z izolacji celowej związanej z zagrożeniem oraz transmisją SARS-CoV-2 [7]. Trzeba jednak podkreślić, że izolacja społeczna w dobie pandemii może mieć zupełnie inny wymiar niż izolacja społeczna w rzeczywistości, w której kontakt z drugim człowiekiem jest możliwy. Ważne jest rozróżnienie pojęć dystansu fizycznego od dystansu społecznego. Istnieje bowiem wiele sposobów na pozostanie w bliskim kontakcie emocjonalnym przy jednoczesnej rezygnacji z kontaktu fizycznego. Jednakże w grupie osób starszych, a zwłaszcza osób żyjących z otępieniem, utrzymanie tej bliskości poza kontaktem fizycznym stanowi prawdziwe wyzwanie.

Niezbędne jest zatem zaplanowanie i wdrożenie nowych metod opieki umożliwiających zminimalizowanie wspomnianych zjawisk negatywnych w sposób niewpływający na ryzyko transmisji wirusa w tej grupie pacjentów [7]. Potrzebny jest również dopasowany do grupy seniorów, w tym osób z otępieniem, plan postępowania w zakresie psychoedukacyjnym.

Ze względu na zróżnicowaną sytuację życiową i organizację opieki nad osobami z otępieniem niezbędne są zalecenia dopasowane do poszczególnych grup pacjentów. Podstawą jest rozróżnienie osób z otępieniem żyjących w domu z rodziną oraz mieszkających samodzielnie. Jeśli chodzi o osoby mieszkające samodzielnie, sprawnie działająca sieć wsparcia (pomoc społeczna, wolontariusze, sąsiedzi) może

je zabezpieczyć przed raptownym pogorszeniem warunków życia, dostępu do jedzenia i opieki medycznej. Trzecią grupę stanowią chorzy w całodobowych ośrodkach opieki społecznej. W tym wypadku kontakt z personelem jest utrzymany, natomiast ograniczenia kontaktu dotyczą członków rodziny. Personel ośrodków całodobowych musi znać i stosować wszystkie zalecenia Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS).



Rysunek 1. Negatywne konsekwencje izolacji w warunkach społecznych przed pandemią

Zalecenia dla osób pełniących opiekę medyczną oraz społeczną wobec chorych z otępieniem

Obecna sytuacja wymaga zastosowania rozwiązań zaprojektowanych z myślą o populacji osób żyjących z otępieniem z uwzględnieniem zarówno szczególnych problemów, których doświadczają, jak i ich możliwości adaptacji do nowych warunków. Zwiększa się przy tym rola opiekuna osoby z otępieniem.

POZIOM 1. Zasady codziennej opieki nad osobą z otępieniem zmniejszające ryzyko transmisji SARS-CoV-2:

- Stosowanie przypomnień dotyczących środków bezpieczeństwa – pogorszenie pamięci skutkuje potrzebą intensywnego wsparcia w zakresie realizacji zaleceń, takich jak używanie masek jednorazowych, niedotykanie i nieprzytulanie innych osób, niedotykanie twarzy czy częste mycie rąk, w postaci przypomnień opiekuna bądź np. rozmieszczenia informacji w strategicznych punktach mieszkania (na drzwiach wejściowych, w łazience) [14].
- Pomoc w załatwianiu spraw formalnych lub zaspokajaniu potrzeb medycznych – pomoc w uzyskaniu dostępu do zdalnej ścieżki postępowania, np. przez umówienie wizyty telefonicznej bądź wizyty on-line, ale również, w miarę możliwości, jeśli chodzi o zaplanowanie leczenia i zapewnienie recept na dłuższy okres, co umożliwi ograniczenie wyjść do przychodni i aptek [14].

- Ograniczenie wizyt oraz liczby osób sprawujących opiekę nad pacjentem – ograniczenie to dotyczy zwłaszcza wszelkich form pomocy społecznej i jego realizacja wymaga przeniesienia części obowiązków związanych z opieką (np. zrobienie zakupów) na grupę osób najbliższych pacjentowi.
- Obserwacja stanu pacjenta – poza objawami charakterystycznymi dla infekcji niezbędne jest monitorowanie jego codziennego funkcjonowania. Należy zalecić opiekunom zgłoszenie się po pomoc lekarską w sytuacji zmiany zachowania pacjenta, ponieważ może ona świadczyć o wystąpieniu majaczenia (załącznik A) [14, 15].

POZIOM 2. Modyfikacja form opieki medycznej i społecznej nad osobą z otępieniem:

- Komunikacja z pacjentem przebywającym w domu za pomocą telewizyt – telekonsultacje znacznie zmniejszają liczbę i częstość nagłych wizyt w szpitalu lub wezwań pogotowia ratunkowego, zwłaszcza wśród pacjentów powyżej 65. roku życia. Wideokonsultacje (jeśli są możliwe do zorganizowania) pozwalają na audiowizualną interakcję pacjenta z lekarzem lub psychologiem czy terapeutą zajęciowym, co daje choremu poczucie bezpośredniego kontaktu mimo fizycznego oddalenia. Osoby starsze preferują jednak bardziej kontakt telefoniczny niż korzystanie z obcych im rozwiązań komunikacji internetowej. Formę komunikacji na odległość należy zatem dostosować do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta.
- Dostosowanie leków i ich dawek do aktualnego stanu psychicznego chorego ze względu na możliwe zmiany występowania i nasilenia objawów psychopatologicznych.
- Zapewnienie wsparcia psychospołecznego oraz informacji na temat technik radzenia sobie ze stresem zarówno pacjentom z otępieniem, jak i ich opiekunom – poprzez środki masowego przekazu (programy radiowe, telewizyjne lub udostępniane on-line zajęcia dedykowane seniorom) bądź organizowane w czasie pandemii infolinie związane z opieką psychiatryczną oraz wsparciem psychologicznym [16].
- Indywidualizacja kontaktu – komunikacja z pacjentem objętym opieką zinstytucjonalizowaną powinna się odbywać w atmosferze wzajemnego szacunku oraz być możliwie angażująca.
- Monitorowanie konsekwencji izolacji społecznej w zakresie pojawiających się zaburzeń zachowania u pacjentów i/lub nieodpowiednich zachowań wobec chorego ze strony członków rodziny, a w wypadku opieki stacjonarnej – członków personelu.
- Monitorowanie negatywnych konsekwencji emocjonalnych takich jak lęk, poczucie porzucenia, depresja czy zaburzenia zachowania u osób z otępieniem pozostających w domach opieki długoterminowej, w których wprowadzono zakaz odwiedzin oraz ograniczenie kontaktu z rodziną.

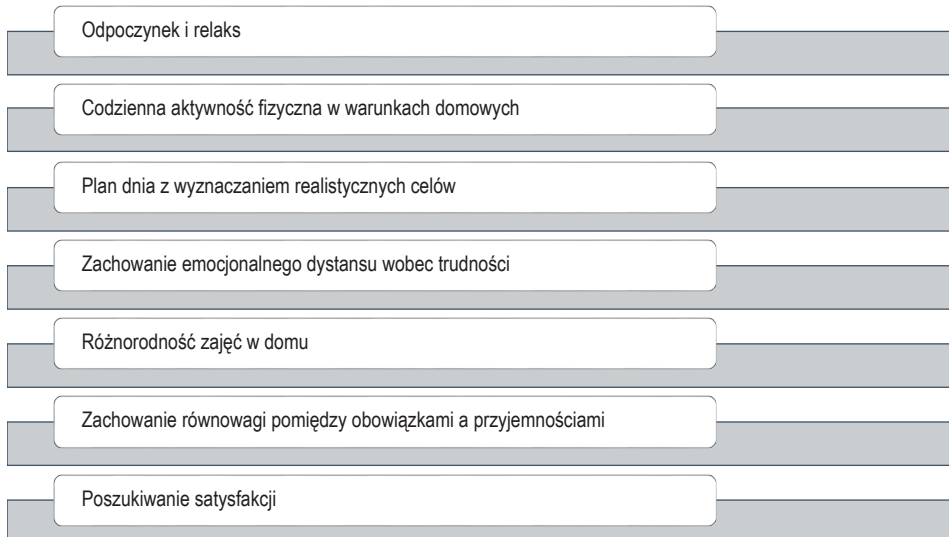
- Jeśli to możliwe i w zależności od lokalnych ograniczeń, utrzymanie zajęć grupowych w małych grupach (np. ćwiczenia ruchowe, oglądanie telewizji, wspólna modlitwa) i godziny posiłków (spożywanie posiłków w sposób zmianowy).
- Monitorowanie wszystkich pacjentów z otępieniem pod kątem występowania objawów pobudzenia psychoruchowego, które może prowadzić do częstszego stosowania leków uspokajających i przeciwpsychotycznych.

POZIOM 3. Wsparcie opiekuna osoby z otępieniem (propozycje działań, które mogą pomóc w opiece nad pacjentami, przydatne zarówno dla profesjonalnych opiekunów, jak i opiekunów rodzinnych):

- Korzystanie z pomocy pracowników poradni zdrowia psychicznego – psychiatry, psychologowie, pracownicy socjalni lub wolontariusze powinni zapewnić nieprzerwaną opiekę realizowaną telefonicznie lub on-line w zakresie zdrowia psychicznego.
- Wskazówki dotyczące zmniejszania stresu, takie jak ćwiczenia relaksacyjne lub medytacyjne, mogą być przekazywane za pośrednictwem mediów elektronicznych lub z wykorzystaniem dostępnych, skutecznych narzędzi redukujących poziom napięcia oraz poprawiających poziom funkcjonowania emocjonalnego osoby z otępieniem. Przykładem może być zastosowanie tzw. *exergaming (exercises and games)*, czyli wykorzystanie wirtualnej rzeczywistości i gier konsolowych w grupie osób starszych [17].
- Ograniczenie ekspozycji na programy informacyjne w telewizji czy radiu, na wzmagające stres i lęk doniesienia medialne, zwłaszcza na te docierające z niewiarygodnych źródeł [16].
- Zapewnienie chorym stałego schematu dnia, ponieważ w niezmiennych warunkach pacjenci z otępieniem są mniej narażeni na występowanie objawów lękowych i depresyjnych [18].
- Wykorzystanie technologii wspierającej w codziennej aktywności osoby z otępieniem. Aktualna sytuacja ograniczająca możliwość fizycznego kontaktu wpływa na szybszy rozwój oraz powszechne wykorzystanie nowych technologii wśród osób z otępieniem także w Polsce. Technologię wspomagającą (*assistive technology*) można zdefiniować jako „dowolne urządzenie lub system pozwalające danej osobie wykonać zadanie, którego w innym wypadku nie byłaby w stanie wykonać, lub zwiększające łatwość i bezpieczeństwo, z jakimi można wykonać dane zadanie” [19]. Chodzi tu o szeroką gamę urządzeń, które można pogrupować według ich przeznaczenia (czujniki umieszczone w uchu pacjenta, które monitorują jego ruchy, tętno, temperaturę ciała; elektroniczne opaski na rękę; urządzenia przypominające o wykonywaniu podstawowych czynności istotnych w codziennym funkcjonowaniu) [20].
- Wprowadzanie aktywizacji ruchowej osoby z otępieniem w warunkach domowych oraz wspólna organizacja innych oddziaływań pozafarmakologicznych (załącznik B).

- Rehabilitacja funkcji poznawczych z wykorzystaniem dostępnych w sieci zaszytów do pracy (załącznik C).
- Wykorzystanie aplikacji na telefon lub tablet dostosowanych do potrzeb osób z otępieniem (załącznik D).
- Śledzenie zmian w zakresie funkcjonowania w danym regionie MOPS-ów oraz ROPS-ów dostosowujących swoje działania do aktualnej sytuacji. Instytucje te organizują możliwości korzystania z bezpłatnych konsultacji psychologicznych lub socjalnych realizowanych telefonicznie lub on-line. Szczegóły publikowane są na bieżąco w zakładce „Aktualności” na stronach internetowych poszczególnych placówek.
- W wypadku pacjentów izolowanych w domu zalecenie odbywania codziennych spacerów w promieniu około 200 metrów od domu może pomóc w zapobieganiu zaburzeniom zachowania.
- Uzyskanie informacji, czy osoba z otępieniem i jej opiekun mają dostęp do wszystkich leków, których obecnie potrzebują. Wskazane jest zapewnienie wszystkich regularnie przyjmowanych leków na co najmniej 1 miesiąc [21].
- Pomoc w aktualizacji kontaktów społecznych, aby w razie potrzeby pacjent mógł uzyskać pomoc. Wskazanie, gdzie i jak uzyskać praktyczną pomoc w razie potrzeby, np. jak wezwać taksówkę, zamówić jedzenie i poprosić o opiekę medyczną.
- Minimalizowanie stosowania leków uspokajających i unikanie zwiększania ich dawki. W tym celu pomocne mogą być następujące działania:
 - porządkowanie/segregowanie starych zdjęć i przedmiotów z przeszłości może pomóc w odzyskaniu osobistych wspomnień,
 - zbieranie różnych przedmiotów i starych wycinków z gazet może pomóc danej osobie w przypominaniu sobie nazw przedmiotów i powiązanych z nimi faktów,
 - słuchanie dawnych piosenek jest przydatne w budzeniu emocji i wspomnień,
 - ruch/ćwiczenia – można chodzić po mieszkaniu/domu bądź, jeśli to możliwe, po tarasie; zachęca się również do wykonywania prostych ćwiczeń, takich jak wstawanie i siadanie z krzesła czy inne ćwiczenia, które można wykonać w domu,
 - różne aktywności – osoba z otępieniem może brać udział w czynnościach takich jak naprawa zepsutych sprzętów, sprzątanie, układanie w szufladach, pranie ręczne bielizny, składanie ręczników itp.,
 - utrzymywanie stałego harmonogramu – rutyna ma kluczowe znaczenie dla osób z otępieniem,
 - dbanie o odpowiednie oświetlenie dla danej pory dnia – należy unikać cieni lub półcieni, które często powodują pobudzenie (lampa nocna jest zalecana w sypialni, a oświetlona przestrzeń w salonie),
 - wyznaczenie czasu wolnego i poświęconego na rozrywkę – np. wspólne gotowanie, granie w gry planszowe lub karty,

- syndrom zachodzącego słońca – wyjście o tej porze przed dom lub blok pomaga przywrócić orientację; wejście po schodach może być przydatne do rozproszenia uwagi i jako ćwiczenia (lepiej wejść pieszo i zjechać windą).
- Przestrzeganie zasad higieniczno-sanitarnych (mycie rąk i dezynfekcja pomieszczeń jako podstawa). Konieczne może być przygotowanie odpowiednich materiałów z wytycznymi dotyczącymi mycia rąk, zrozumiałymi dla pacjentów (np. instrukcja obrazkowa lub proste komunikaty: „myj często ręce mydłem i wodą”, „kichaj lub kaszl w chusteczkę”, „zużyte chusteczki wrzucaj do kosza”, „nie dotykaj swojej twarzy”) [22].
- Poinstruowanie opiekunów o bezwzględnej konieczności obserwacji możliwych objawów infekcji, gdy osoby z otępieniem nie są w stanie ich zgłaszać samodzielnie (regularny pomiar temperatury ciała; opiekunowie mogą zapytać, czy dana osoba odczuwa ból lub duszność i wskazać na część ciała, o której mowa, lub czy dana osoba odczuwa dyskomfort).
- Zaproponowanie, aby krewni niemieszkający z pacjentem utrzymywali z nim kontakt telefoniczny lub wideo (komputer, tablet, telefon komórkowy).
- Konieczność wyjaśnienia choremu przebiegu epidemii COVID-19 w sposób uwzględniający jego upośledzenie funkcji poznawczych. Należy używać terminów, które są bezpośrednio związane z pacjentem (np. „Używam maski, aby cię nie zakazić”).
- Zapewnienie jak najlepszej identyfikacji personelu w sytuacji stosowania środków ochrony osobistej (maski, przyłbice), które mogą utrudniać rozpoznanie (identyfikatory z dużymi literami lub ze zdjęciem).



Rysunek 2. Wskazówki istotne dla zachowania równowagi emocjonalnej opiekuna nieformalnego

- Należy pamiętać, że osoby z otępieniem mogą mieć trudności ze zrozumieniem informacji przekazywanych w mediach lub przez opiekunów dotyczących ich własnej sytuacji (np. mogą nie rozumieć wydawanych rozporządzeń odnośnie do tego, kiedy mogą robić zakupy; mogą mylić warunki panujące w innych krajach z sytuacją w swoim kraju).

W ramach kontaktu między klinicystą a opiekunem nieformalnym istotna jest psychoedukacja w zakresie poprawy funkcjonowania emocjonalnego chorego [23]. Rysunek 2 podkreśla kluczowe obszary, na które warto zwrócić uwagę podczas rozmowy. Dodatkowo załącznik E zawiera informacje istotne dla osoby bliskiej mieszkańca całodobowego domu opieki społecznej.

Wnioski

Pomimo nadrzędnej wartości zaleceń sanitarno-epidemiologicznych osoby z otępieniem wymagają specyficznej opieki, uwzględniającej również ich stan psychiczny oraz istotne dla ich długofalowego funkcjonowania poznawczego aspekty zdrowia społecznego. Przedstawione zalecenia mają na celu zwrócenie uwagi na kluczowe kwestie zmniejszające ryzyko transmisji SARS-CoV-2 możliwe do zaplanowania przez personel medyczny i opiekunów nieformalnych w ramach organizacji opieki nad pacjentem. Nie mniej ważne są również potrzeby psychiczne i społeczne pacjentów, których zaspokojenie jest szczególnie istotne w dobie obostrzeń związanych z czynnościami dnia codziennego. Dalsze monitorowanie sytuacji epidemiologicznej oraz doniesień naukowych związanych z pandemią COVID-19 jest konieczne w celu weryfikacji i aktualizacji wytycznych.

Piśmiennictwo

1. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/underlying-conditions.html> (dostęp: 1.04.2020).
2. Liu K, Chen Y, Lin R, Han K. *Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients*. J. Infect. 2020; 80(6): e14–e18.
3. Lloyd-Sherlock P, Ebrahim S, Geffen L, McKee M. *Bearing the brunt of covid-19: Older people in low and middle income countries*. BMJ 2020; 368: m1052.
4. World Health Organization. *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*, 18 March 2020. No. WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1. World Health Organization, 2020 (dostęp: 1.04.2020).
5. Cipriani G, Di Fiorino M. *Access to care for dementia patients suffering from COVID-19*. Am. J. Geriatr. Psychiatry 2020, Apr 17; doi: 10.1016/j.jagp.2020.04.009 [Epub ahead of print].
6. Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo J i wsp. *Dementia care during COVID-19*. Lancet 2020; 395(10231): 1190–1191.
7. Armitage R, Nellums LB. *COVID-19 and the consequences of isolating the elderly*. Lancet Public Health 2020; 5(5): e256.
8. Vernooij-Dassen M, Jeon YH. *Social health and dementia: The power of human capabilities*. Int. Psychogeriatr. 2016; 28(5): 701–703.

9. Dröes RM, Chattat R, Diaz A, Gove D, Graff M, Murphy K i wsp. *Social health and dementia: An European consensus on the operationalization of the concept and directions for research and practice*. *Aging Ment. Health* 2017; 21(1): 4–17.
10. Vugt de M, Dröes RM. *Social health in dementia. Towards a positive dementia discourse*. *Aging Ment. Health* 2017; 21(1): 1–3.
11. Evans IE, Llewellyn DJ, Matthews FE, Woods RT, Brayne C, Clare L i wsp. *Social isolation, cognitive reserve, and cognition in healthy older people*. *PLoS One* 2018; 13(8): e0201008.
12. Brooker D, Evans S, Evans S, Bray J, Saibene FL, Scorolli C i wsp. *Evaluation of the implementation of the Meeting Centres Support Program in Italy, Poland, and the UK; exploration of the effects on people with dementia*. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2018; 33(7): 883–892.
13. Szcześniak D, Rymaszewska J, Saibene FL, Lion KM, D’arma A, Brooker D i wsp. *Meeting centres support programme highly appreciated by people with dementia and carers: A European cross-country evaluation*. *Aging Mental Health* 2019, Nov 5; 1–11; doi: 10.1080/13607863.2019.1683814 [Online ahead of print].
14. [https://www.alz.org/help-support/caregiving/coronavirus-\(covid-19\)-tips-for-dementia-care](https://www.alz.org/help-support/caregiving/coronavirus-(covid-19)-tips-for-dementia-care) (dostęp: 1.04.2020).
15. <https://www.bgs.org.uk/resources/coronavirus-managing-delirium-in-confirmed-and-suspected-cases> (dostęp: 2.04.2020).
16. World Health Organization. *Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: Interim guidance*, 21 March 2020. No. WHO/2019-nCoV/IPC_long_term_care/2020.1. World Health Organization; 2020 (dostęp: 1.04.2020).
17. Van Santen J, Dröes RM, Holstege M, Henkemans OB, Van Rijn A, De Vries R i wsp. *Effects of exergaming in people with dementia: Results of a systematic literature review*. *J. Alzheimers Dis.* 2018; 63(2): 741–760.
18. https://alz.org/media/Documents/COVID-19-EmergencyTips_LongTermCommunityBased-DementiaCare_AlzheimersAssociation.pdf?_ga=2.142460722.1000364497.1585581634-716395447.1579202308 (dostęp: 1.04.2020).
19. <https://www.alzheimers.org.uk/about-us/policy-and-influencing/what-we-think/assistive-technology> (dostęp: 2.04.2020).
20. Meiland F, Innes A, Mountain G, Robinson L, van der Roest H, García-Casal JA i wsp. *Technologies to support community-dwelling persons with dementia: A position paper on issues regarding development, usability, effectiveness and cost-effectiveness, deployment, and ethics*. *JMIR Rehabil. Assist. Technol.* 2017; 4(1): e1.
21. Bowers B, Pollock K, Barclay S. *Administration of end-of-life drugs by family caregivers during covid-19 pandemic*. *BMJ.* 2020; 369: m1615.
22. <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/coronavirus-supporting-person-dementia-home#content-start> (dostęp: 2.04.2020).
23. Oliver D. *Let’s not forget care homes when covid-19 is over*. *BMJ* 2020; 369: m1629.

Adres: Mateusz Łuc
Katedra Psychiatrii
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
50-367 Wrocław, Wybrzeże L. Pasteura 10

Otrzymano: 2.05.2020

Zrecenzowano: 24.05.2020

Przyjęto do druku: 24.05.2020

Załącznik A

Rekomendacje odnośnie do postępowania w przypadku wystąpienia majaczenia

W przebiegu zakażenia SARS-CoV-2 mogą wystąpić objawy majaczenia. Zwłaszcza pojawienie się nasilonych zaburzeń ruchowych i nadpobudliwości stanowić będzie dodatkowe wyzwanie w okresie epidemii i zalecanej izolacji społecznej. W środowiskach izolowanych zastosowanie standardowych nefarmakologicznych środków leczenia lub zapobiegania majaczeniu może być niemożliwe. Jednocześnie samo środowisko może nasilić objawy majaczenia.

Po pierwsze, należy zapewnić dobrą opiekę ogólną, a w szczególności dążyć do zapobiegania majaczeniu i jego wczesnego wykrywania oraz, jeśli pozwalają na to warunki, stosować metody nefarmakologiczne.

Po drugie, ze względu na łatwość przenoszenia SARS-CoV-2 ryzyko wyrządzenia szkody innym osobom może przewyższać ryzyko wyrządzenia szkody osobie chorej. Może to wymagać wcześniejszego zastosowania leczenia farmakologicznego w celu zapobieżenia wystąpieniu potencjalnie ryzykownych zachowań. Należy pamiętać, że nawet w skomplikowanych sytuacjach, gdy pacjent wykazuje objawy majaczenia w przebiegu COVID-19, z dodatkowym ryzykiem przeniesienia zakażenia na inne osoby i być może przy ograniczonych zasobach ludzkich obowiązują te same podstawowe zasady oceny ryzyka i Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

Sugerowane zalecenia:

1. Wdrożenie badań przesiewowych w kierunku majaczenia w grupach ryzyka oraz regularna ocena stanu psychicznego z użyciem zalecanego narzędzia (np. CAM: http://proicu.pl/images/pdf/CAM-ICU_Training_Manual_Polish_Nov2015.pdf).
2. Zmniejszenie ryzyka wystąpienia majaczenia przez unikanie lub redukcję czynników do niego predysponujących. Zadbanie o:
 - regularne udzielanie informacji poprawiających orientację na temat czasu i miejsca, w którym chory się znajduje,
 - zapewnienie odpowiedniego otoczenia i wsparcia środowiskowego (przebywanie w spokojnym, jasnym, cichym pomieszczeniu),
 - zapobieganie zaparciom,
 - wczesne leczenie bólu,
 - wczesną identyfikację i leczenie innych infekcji,
 - utrzymywanie odpowiedniego dotlenienia i nawodnienia,
 - unikanie zatrzymania moczu,
 - regularny przegląd leków.
3. W razie wystąpienia zaburzeń zachowania zawsze należy poszukiwać ich źródeł i leczyć ich bezpośrednie przyczyny, w tym ból, zatrzymanie moczu, zaparcia itp. W przypadku gdy interwencje te są nieskuteczne lub wymagana jest szybsza

ich kontrola, w celu zmniejszenia ryzyka dla pacjenta i innych osób może być konieczne zastosowanie leczenia farmakologicznego wcześniej, niż byłoby to normalnie brane pod uwagę.

4. Jeśli pacjenci są leczeni za pomocą leków uspokajających, w tym benzodiazepinowych – należy monitorować działania niepożądane, parametry życiowe, poziom nawodnienia i świadomość co najmniej co godzinę, do czasu stabilizacji stanu pacjenta.
5. W przypadku osób starszych należy pamiętać o odpowiednim dawkowaniu leków:
 - haloperidol – dawka początkowa 0,5 mg (najlepiej doustnie, płyn lub tabletki), następnie zwiększanie dawki co 2–4 godziny w zależności od oceny stanu chorego; przeciętna dobową dawką 1–4 mg; przy podaniu pozajelitowym należy zredukować dawkę o połowę;
 - tiaprid – dawka początkowa 25–50 mg, następnie zwiększenie dawki w zależności od stanu chorego; maksymalna dawka dobową 300 mg;
 - risperidon – dawka początkowa 0,25–0,5 mg, zwiększenie dawki w zależności od stanu chorego; dawka dobową 2 mg.
6. Należy zwrócić uwagę na ostrzeżenia o stosowaniu leków przeciwpsychotycznych u osób z chorobą Parkinsona lub otępieniem z ciałami Lewy’ego.
7. Dostarczanie informacji na temat majaczenia za pomocą dostępnych lokalnie zasobów, np. broszur zamieszczanych na stronie internetowej (<https://www.bgs.org.uk/resources/coronavirus-managing-delirium-in-confirmed-and-suspected-cases>).

Załącznik B

Aktywizacja ruchowa osób z otępieniem w warunkach domowych lub w ośrodku opieki całodobowej

Obecnie uważa się, że aktywność fizyczna może w istotny sposób spowolnić tempo pogarszania sprawności psychofizycznej. Aktywny tryb życia pozwala na zmniejszenie nasilenia zmian narządowych wynikających z upływu czasu, takich jak np. zmiany w tkance kostnej, utrata masy mięśniowej, wytrzymałości, koordynacji ruchów, równowagi czy sprawności funkcjonalnej.

Związana z pandemią SARS-CoV-2 izolacja społeczna wyklucza możliwości podejmowania przez osoby z otępieniem regularnej aktywności fizycznej na zewnątrz (np. spaceru) czy aktywizację w zorganizowanych grupach. Spadek aktywności fizycznej może mieć realne przełożenie na pogorszenie funkcjonowania oraz progresję choroby. Ważne jest podtrzymywanie sprawności fizycznej w warunkach domowych.

Przykładowe ćwiczenia dla osób z otępieniem w stopniu lekkim i umiarkowanym do wykonania w warunkach domowych:

ROZGRZEWKA

Przed przystąpieniem do danej serii treningowej zmierz tętno i zacznij od 3 ćwiczeń rozgrzewających:

1. Ćwiczenie oddechowe: unieś obie ręce przodem w górę, jednocześnie nabierając powietrze nosem; opuść ręce w dół, wypuszczając powietrze ustami. Powtórz 3 razy.
2. Marsz w miejscu: maszeruj w miejscu przez 2 minuty, wykonując równocześnie naprzemienne ruchy kończyn górnych. Nogi unieś na taką wysokość, aby kolana i biodra były zgięte pod kątem około 90 stopni.
3. Ćwiczenie oddechowe: unieś obydwie ręce bokiem w górę, jednocześnie nabierając powietrze nosem; opuść ręce w dół, wypuszczając powietrze ustami. Powtórz 3 razy.

CZEŚĆ GŁÓWNA

1. Ćwiczenie na koordynację: usiądź na krześle, następnie chwyć delikatnie swój nos lewą ręką, a lewy płatek ucha prawą ręką z wykorzystaniem kciuka i palca wskazującego. Zrób przerwę, wykonując 5 klaśnięć rękami. Następnie zmień strony. Powtórz ćwiczenie 10 razy dla każdej strony.
2. Rysowanie trójkątów w powietrzu: usiądź na krześle z rękami położonymi na kolanach. Podnieś obie ręce do góry. Następnie używając palców wskazujących, próbuj wykreślić w powietrzu 3 niewidzialne trójkąty prostokątne. Każdy trójkąt wymaga wykonania w sposób skoordynowany trzech ruchów obiema kończynami górnymi. Wróć do pozycji wyjściowej i odpocznij 30 sekund. Powtórz ćwiczenie

- 5 razy. Jeśli wydaje ci się ono zbyt trudne, wykonaj je dla każdej kończyny górnej osobno.
3. Teraz wykonaj trudniejsze ćwiczenie, rysując w powietrzu prawą ręką okrąg, a lewą linię prostą przebiegającą pionowo. Wykonaj ćwiczenie 5 razy i zrób 1-minutową przerwę. Następnie powtórz je, zmieniając strony.
 4. Ćwiczenie równoważne w klęku: wykonaj klęk podparty na macie lub rozwiniętym ręczniku. Wyciągnij prawą rękę w przód, a lewą nogę w tył (do wysokości tułowia) – wytrzymaj w tej pozycji przez 2 sekundy (nie wstrzymuj powietrza, oddychaj swobodnie). Zrób 5-sekundową przerwę, wracając do klęku podpartego. Oddychaj powoli. Zmień strony. Powtórz ćwiczenie po 10 razy dla każdej strony, pamiętając, żeby nie wstrzymywać oddechu podczas jego wykonywania.
 5. Unoszenie bioder: połóż się na plecach na dywanie lub macie ze stopami opartymi o podłoże (kolana zgięte) i rękami wyciągniętymi wzdłuż tułowia. Jeśli odczuwasz dyskomfort w obrębie kręgosłupa szyjnego, podłóż pod głowę ręcznik lub małą poduszkę. Wykonując wydech, unieś biodra. Napnij pośladki i wytrzymaj 3 sekundy (nie wstrzymuj powietrza, oddychaj swobodnie). Wykonując wdech, delikatnie opuść je na podłoże. Ruch unoszenia bioder należy zacząć od wciskania stóp w podłoże. Powtórz ćwiczenie 20 razy.
 6. Turlanie piłki: przygotuj miękką małą piłkę. Usiądź na krześle naprzeciw drugiej osoby (lub w odległości ok. 1–2 m od ściany). Podawaj piłkę do partnera za pomocą stóp przez jakieś 5 minut. Jeśli nie masz partnera do ćwiczeń, odbijaj delikatnie piłkę od ściany.
 7. Przysiad asekurowany: stań za krzesłem i chwyć za jego oparcie. Wykonaj półprzysiad (wydech) i powoli wróć do pozycji stojącej (wdech), cały czas trzymając oparcie krzesła. Zrób 5-sekundową przerwę. Powtórz ćwiczenie 15 razy, odpocznij i wykonaj drugą serię 15 powtórzeń.
 8. Ćwiczenie równoważne w staniu: stań między dwoma krzesłami. Następnie zegnij lekko jedną nogę w kolanie, unosząc ją nieco ponad podłoże i spróbuj wytrzymać w tej pozycji przez 15 sekund. Zrób 10-sekundową przerwę i powtórz ćwiczenie dla drugiej nogi (po 10 razy dla każdej strony). Jeśli nie czujesz się pewnie, chwyć jedną ręką oparcie krzesła. Odpocznij i wykonaj drugą serię 10 powtórzeń tego ćwiczenia.

ZAKOŃCZENIE SESJI TRENINGOWEJ

1. Rozciąganie łydek: usiądź na krześle, jedną nogę ustaw w wyproście tak, by opierała się o podłogę. Następnie przyciągnij palce stóp do siebie, aż poczujesz napięcie w łydce. Wytrzymaj w tej pozycji 10–15 sekund. Rozluźnij i powtórz ćwiczenie dla drugiej kończyny dolnej.
2. Rozciąganie przedniej strony uda: stań przodem do oparcia krzesła. Zegnij nogę w kolanie, chwyć ręką za kostkę i przyciągnij stopę do pośladka. Całe ciało powinno być ustawione w jednej linii. Wytrzymaj w tej pozycji 10–15 sekund i powtórz ćwiczenie dla drugiej nogi.
3. Rozciąganie barków: przyjmij pozycję stojącą. Wykonaj 15 okrążeń w stawach barkowych w tył i 15 w przód.

4. Ćwiczenie oddechowe: unieś obie ręce bokiem w górę, jednocześnie nabierając powietrze nosem; opuść ręce w dół, wypuszczając powietrze ustami. Powtórz 3 razy.

Powinno się unikać wstrzymywania oddechu podczas wykonywania ćwiczeń (może to powodować wzrost ciśnienia tętniczego), ćwiczeń w pozycjach z głową w dół, skoków, zeskoków oraz ćwiczeń, które powodują ból. W trakcie ćwiczeń należy monitorować samopoczucie i zaangażowanie pacjenta.

Postępowanie pozafarmakologiczne w przypadku lęku, niepokoju u osób z otępieniem:

1. Ćwiczenia oddechowe – np. praca nad kontrolą częstości oddechu lub nauka ćwiczeń oddechowych torem brzuszny (np. „Usiądź wygodnie na krześle. Wykonaj wdech nosem. Wydechając powietrze ustami wymawiaj spółgłoski ssssssss”).
2. Terapia zajęciowa.
3. Terapia relaksacyjna – np. relaksacja mięśniowa polegająca na rozluźnianiu poszczególnych grup mięśniowych (wykorzystanie technik relaksacyjnych dostępnych on-line).
4. Muzykoterapia.
5. Kinezyterapia (przykładowe ćwiczenia opisane powyżej). Ćwiczenia powinno się wykonywać w wyciszonym otoczeniu.

Załącznik C

Przykładowe ćwiczenia funkcji poznawczych dostępne bezpłatnie w wersji on-line

- <https://www.lundbeck.com/pl/dla-pacjentow-i-rodzin/wiczenia-pamici>
- <https://www.egis.pl/23/dla-pacjenta/11/materialy-edukacyjne/41/jak-zwiekszyc-efektywnosc-terapii>
- http://seniorzybialoleki.org.pl/images/katalogssb/pdf/CWICZENIA_USPRAWNIAJACE_PAMIEC.pdf

Załącznik D

Przykładowe aplikacje na telefon lub tablet dostosowane do potrzeb osób starszych

Nazwa aplikacji	Zastosowanie
A Walk Through Dementia	Poznanie perspektywy osoby z otępieniem
Iridis	Pomoc w planowaniu przestrzeni mieszkalnej z myślą o osobach z otępieniem
Peak-Brain Training	Treningi podtrzymujące sprawność funkcji poznawczych
Lumosity	Treningi podtrzymujące sprawność funkcji poznawczych
Brain Test (zagadki logiczne)	Treningi podtrzymujące sprawność funkcji poznawczych; język polski
Easy game (trening mózgu i gry logiczne)	Treningi podtrzymujące sprawność funkcji poznawczych; język polski
Timeless Care	Ułatwienie organizacji dnia oraz interakcji społecznych
Memory Match (gry pamięciowe)	Uprozczone ćwiczenia pamięciowe dla osób z bardziej zaawansowanymi deficytami
Dementia Talking Point (forum internetowe)	Platforma służąca wymianie doświadczeń związanych z pogorszeniem sprawności funkcji poznawczych

Załącznik E

Wskazówki istotne dla osoby bliskiej mieszkańca domu pomocy społecznej

- Kontaktuj się przez telefon z bliską osobą w regularnych odstępach czasu/godzinach.
- Pamiętaj, że fizyczna izolacja społeczna jest trudna dla każdego, ale może pogorszyć objawy otępienia. Dlatego staraj się regularnie rozmawiać z bliskim (mogą to być krótkie, ale regularne rozmowy).
- Jeśli to możliwe, wysyłaj bliskiej osobie zdjęcia i korzystaj z połączeń wideo przez smartfony. Zachowaj spokój i uśmiechaj się podczas połączeń; nie spiesz się. Mniejsza liczba spokojnych rozmów jest korzystniejsza niż częste krótkie rozmowy.
- Spróbuj wyjaśnić przyczyny nagłego zaprzestania wizyt, aby uniknąć nieporozumień i uspokoić pacjenta z otępieniem. Uważaj, aby nie przekazywać swojego niepokoju.
- Należy pamiętać, że personel medyczny może być przeciążony. Jednak w razie potrzeby nie wahaj się szukać pomocy medycznej.