

**STANDARDY PAKIETU USŁUG
WSPIERAJĄCYCH
W MIESZKANIACH WSPOMAGANYCH
w Projekcie pt.: „Niezależne życie -
wypracowanie standardu i przeprowadzenie
pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa
wspomaganego dla osób z chorobami
neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i
chorobą Parkinsona oraz osób starszych”.**

WPROWADZENIE:

Rozwój mieszkalnictwa wspomagane jest jednym z zaleceń Komisji Europejskiej, zawartych m.in. w Ogólnopolskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności.

Strona | 2

Mieszkanie wspomagane staje się narzędziem i jednocześnie efektem procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych, a także pozostaje formą wsparcia środowiskowego, dając możliwość ograniczenia opieki całodobowej w placówkach zamkniętych. Ta forma wsparcia jest znana i ceniona w wielu krajach Europy, choć nadal rzadko stosowana w Polsce.

Wielką zaletą mieszkań wspomaganych jest to, że przy wsparciu profesjonalnych zespołów specjalistów i opiekunów, oraz aktywnym współdziałaniu samych chorych, ich rodzin i najbliższego otoczenia, pozwalają one na udzielanie wsparcia osobom starszym i osobom z chorobami neurologicznymi w miejscu ich zamieszkania i środowisku lokalnym unikając ośrodków zamkniętych.

Model mieszkań wspomaganych powinien charakteryzować się następującymi zasadami:

- zasadą indywidualnego wsparcia (dostosowania pakietu usług społecznych do indywidualnych potrzeb i możliwości osoby starszej, przewlekle i/lub neurologicznie chorej),
- zasadą podmiotowości osoby niesamodzielnej, oznaczającej poszanowanie jej godności i praw,
- zasadą wsparcia lokalnego i środowiskowego (prowadzenie usług wspierających powinno odbywać się jak najbliżej miejsca pobytu lub zamieszkania osoby wymagającej wsparcia i/lub we współdziałaniu z rodziną, otoczeniem, instytucjami, społecznością lokalną).

Niniejsze opracowanie jest częścią prac mających na celu wypracowanie standardu deinstytucjonalizacji w zakresie usług mieszkalnictwa wspomagane w województwie łódzkim i opolskim, dla osób chorych neurologicznie, w tym z chorobą Alzheimera, Parkinsona oraz osób starszych i koncentruje się na

standardach pakietu usług wspierających w mieszkaniach wspomaganych w Projekcie pt.: „Niezależne życie - wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomagane dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020, Osi priorytetowej II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działania 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym.

Opracowanie zostało przygotowane na podstawie wybranych materiałów, literatury, ale w dużej mierze na wieloletnim doświadczeniu w pracy pielęgniarstwie i opiecej w warunkach instytucjonalnych oraz w warunkach domowych z osobami starszymi, niesamodzielnymi życiowo z powodu wieku i/lub schorzeń neurologicznych, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona.

„Mieszkanie wspomagane „ w wytycznych europejskich i niniejszym pełnym opracowaniu jest traktowane i rozumiane dość szeroko. Aby urealnić powodzenie wdrożenia i funkcjonowania projektu długofalowo w realiach Polski należałoby zmodyfikować założenia i

standardy organizacji samych mieszkań wspomaganych jak i świadczonych w nich usług społecznych do możliwości i zasobów posiadanych przez gminy oraz aktualnej sytuacji społeczno - ekonomicznej, w szczególności deficytu wykwalifikowanych kadr, mogących sprostać szerokim założeniom i możliwościom jakie daje narzędzie wsparcia, którym jest mieszkanie wspomagane.

Drastyczne zmiany demograficzne, postępujący proces starzenia się społeczeństwa i idące za tym rosnące potrzeby rynku opiekuńczego w Polsce opisane we Wprowadzeniu do całościowego opracowania w części:

1 Krajowa polityka społeczna w zakresie wspomagania osób z chorobami neurologicznymi w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych (mapa zasobów i potrzeb)

1.1 Starzenie się społeczeństwa i występowanie chorób otępiennych w Polsce oraz województwach: opolskim i łódzkim

oraz przytoczone dane statystyczne wskazują na szczególnie trudną sytuację województw łódzkiego i opolskiego oraz skalę wyzwań w niedalekiej przyszłości.

Niestety wyzwania z zakresu wsparcia osób starzejących się i zapadających na choroby neurologiczne oraz związane z tym cele i zadania znacznie przerastają możliwości zabezpieczenia ich realizacji w całości w perspektywie najbliższych kilkunastu lat.

Dlatego też w niniejszym opracowaniu „standardów pakietu usług wspierających w mieszkaniach wspomaganych w Projekcie pt.: „Niezależne życie - wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomagane dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020, Osi priorytetowej II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działania 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym.”, skoncentrujemy się na podstawowym zakresie wymagań, zaleceń i rekomendacji, które powinny stanowić realną podstawę do zrealizowania działań przez gminy, w miarę posiadanych zasobów lokalowych i kadrowych w perspektywie krótko i średnioterminowej.

Kategoria mieszkania wspomagane posiada szeroką i niestety nie do końca spójną interpretację.

Trudno jest odnieść się do jednej definicji i obszaru jej znaczenia.

Należy przypuszczać, że te niejednoznaczności powstały na drodze ewoluowania kategorii mieszkania wspomagane i modyfikowania interpretacji i szerokości kategorii na potrzeby konkretnych środowisk w ujęciu geograficznym i lokalnym.

Efektom jest traktowanie mieszkania wspomagane wielopłaszczyznowo, a co za tym idzie powstawanie nieścisłości w sferach: jasnego określenia podmiotu usług i jego potrzeb, zakresu tych usług, długości okresu wsparcia, określenia optymalnej liczebności grupy.

W związku z powyższym **na potrzeby wypracowania standardów usług wspierających w mieszkaniach wspomaganych w Projekcie:**

„Niezależne życie - wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomagane dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych” współfinansowanego przez Unię

Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020, Osi priorytetowej II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działania 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym.”, rekomendujemy przyjąć poniżej zaprezentowane kategorie, definicje, założenia brzegowe i kryteria.

KATEGORIE, DEFINICJE, ZAŁOŻENIA BRZEGOWE I KRYTERIA NA POTRZEBY WYPRACOWANIA STANDARDÓW USŁUG WSPIERAJĄCYCH W MIESZKANIACH WSPOMAGANYCH

- **Mieszkania wspomagane** zgodnie z interpretacją wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020, są:
usługą społeczną, świadczoną w społeczności lokalnej w postaci mieszkania lub domu, przygotowującego osoby w nim przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zapewniającego pomoc w prowadzeniu samodzielnego życia.

Kategoria mieszkania wspomagane powinna być rozszerzona i obejmować: zarówno mieszkania i/lub domy specjalnie udostępnione i przygotowane do prowadzenia działalności wspierającej przez gminy i społeczności lokalne (mieszkania wspomagane zewnętrzne) jak i potencjalnie mieszkania/domy przyszłych Podopiecznych (mieszkania wspomagane własne, czyli zajmowane przez Podopiecznych i/lub będące ich własnością), które po spełnieniu podstawowych wymogów budownictwa wspomagane oraz wymagań lokalowych projektu mogą zostać dostosowane do potrzeb Podopiecznego oraz zaleceń i rekomendacji co do warunków prowadzenia usług wspierających.

Zgodnie z: ideą deinstytucjonalizacji; wyznaczonym celem jakim jest utrzymanie osób starszych i chorych nie wymagających całodobowej opieki jak najdłużej w miejscu ich zamieszkania oraz z podstawowymi wskazaniem medycznym i terapeutycznym dla osób ze schorzeniami neurologicznymi, w szczególności AD i Parkinsona o minimalizowaniu zmian w ich otoczeniu od początku rozwoju choroby, mieszkanie, w którym żyją i przebywają od wielu lat wydaje się być najbezpieczniejszym miejscem prowadzenia usług wsparcia.

Ponadto włączenie mieszkań Podopiecznych do projektu jako mieszkania (lokalu) wspomagane powinno zdecydowanie zwiększyć efektywność prowadzonych działań wspierających z uwagi na fakt prowadzenia usług bezpośrednio w środowisku życiowym/ naturalnym Podopiecznego oraz ułatwić współpracę z szeroko pojętym bezpośrednim otoczeniem (rodzina, sąsiedzi, sklepy, urzędy, instytucje....).

Dodatkowym argumentem za, są wyżej wspomniane ogromne potrzeby społeczne na tego typu usługi, niestety ograniczane w zaspakajaniu ich barierą niewystarczających zasobów lokalowych i ogromnych kosztów związanych nowym budownictwem.

Niestety nie zawsze jest to możliwe w szczególności w sytuacjach kiedy np.

Podopieczny po okresie hospitalizacji nie ma tak naprawdę dokąd wracać gdyż dotychczasowe warunki lokalowe nie spełniają choćby podstawowych wymogów dla mieszkań wspomaganych, lub gdy miejsce pobytu jest znacznie oddalone od lokalnej infrastruktury (np. rozproszone i rozległe terytorialnie siedliska wiejskie).



- **Mieszkanie wspomagane w ujęciu zewnętrznym i własnym, powinno służyć poprawie sytuacji życiowej wybranej grupy osób i ich rodzin**, a także usprawnić system wsparcia i opieki dla osób starszych i chorych neurologicznie, w szczególności osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, tak aby poprzez wielostronne i kompleksowe wsparcie, mogli jak najdłużej pozostać w środowisku lokalnym i odsunąć w czasie moment umieszczenia w placówce całodobowej opieki.
- **Mieszkanie wspomagane (zewnętrzne) może być prowadzone przez:**
 - jednostki samorządu terytorialnego,
 - spółki z większościovym udziałem jednostek samorządu terytorialnego,
 - towarzystwa budownictwa społecznego ; organizacje pozarządowe, przedsiębiorstwa ekonomii społecznej - spółdzielnie socjalne i inne podmioty ekonomii społecznej na podstawie umów z jednostkami samorządu terytorialnego.
- **Mieszkanie wspomagane (własne) powinno spełniać podstawowe/minimalne standardy infrastruktury dla mieszkań wspomaganych zewnętrznych i być kwalifikowane, nadzorowane od strony organizacyjnej i funkcjonalnej przez:**
 - Przedstawiciela jednostki samorządu terytorialnego i/ lub
 - Przedstawiciela spółki z większościovym udziałem jednostek samorządu terytorialnego lub przedstawicielem innego podmiotu prowadzącego mieszkanie wspomagane zewnętrzne na podstawie umowy z JST, i/lub
 - Opiekuna mieszkania wspomaganeego lub inną osobę wskazaną przez kierownika Projektu/ osobę zarządzającą mieszkaniami wspomaganyimi po zakończeniu projektu.

W przypadku włączenia do projektu mieszkań wspomaganych, mieszkania którego właścicielem// dysponentem/ najemcą jest sam Podopieczny i prowadzenie usług wspierających bezpośrednio w miejscu zamieszkania Podopiecznego wskazane jest również wsparcie w zakresie przystosowania mieszkania Podopiecznego do sprawowania opieki i świadczenia usług wspierających w standardach infrastruktury i wyposażenia. W wielu środowiskach lokalnych może być to bardziej uzasadnione ekonomicznie niż wysokonakładowe remonty przystosowawcze posiadanych zasobów lokalowych czy też budowa nowych specjalnych lokalizacji.

Warto jest rozważyć współpracę i skoordynowanie działań np. z PEFRON dysponującym środkami na usuwanie barier architektonicznych i przystosowanie mieszkań indywidualnych mieszkańców oraz włączyć w działania wszelkie dostępne lub nowe, pojawiające się na bieżąco instrumenty wsparcia np. w Programie Dostępność Plus..

- **Mieszkania wspomagane rozumiane jako usługa społeczna**, świadczona w społeczności lokalnej i przygotowująca osoby w nim przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zapewniającego pomoc w prowadzeniu samodzielnego życia, przeznaczone są dla osób, które nie wymagają całodobowej opieki, a jedynie pomocy, którą można świadczyć zależnie od indywidualnych potrzeb w niewielkim wymiarze godzin w ciągu doby.

- **Cele i funkcje mieszkań wspomaganych w Projekcie i dodatkowe rekomendacje:**

Wprowadzenie projektu mieszkań wspomaganych ma spełniać podstawowe cele:

1. Podstawowym i nadrzędnym celem jest przygotowanie osoby w nim przebywającej do prowadzenia względnie samodzielnego życia, czyli pozostania w miejscu prowadzenia wsparcia lub ewentualnego powrotu do domu rodzinnego.
2. Dodatkowym celem jest wsparcie rodziny Podopiecznych, którzy co prawda nie wymagają opieki całodobowej i intensywnego wsparcia zewnętrznego, ale wymagają codziennego wsparcia w niedużym wymiarze godzin i/lub mieszkają wspólnie z opiekunami faktycznymi.
W takim przypadku mieszkanie wspomagane stanowi zastępstwo za opiekunów faktycznych i jest określane jako „wsparcie wytchnieniowe”.
Podejście to ma służyć w szczególności rodzinom i osobom starszym z lekkimi niepełnosprawnościami, rodzinom i osobom chorym neurologicznie w niezaawansowanym stanie schorzeń AD i Parkinsona, wymagającym wsparcia w formie usług opiekuńczych lub asystenckich.
3. Oczwistym celem mieszkań wspomaganych jest również profilaktyka w szczególności w ujęciu długookresowym.

Przy realizacji ww. celów mieszkanie wspomagane pełni funkcje treningowe i edukacyjne zarówno dla Podopiecznego i jego otoczenia.

W przypadku długotrwałego lub stałego pobytu Podopiecznego lub też realizacji wsparcia wytchnieniowego pełni dodatkowo funkcje wspierające opiekunów faktycznych jak i samych Podopiecznych.

Mieszkanie przygotowane/zakwalifikowane jako mieszkanie wspomagane w projekcie powinno tworzyć na ile to możliwe zbliżoną do rzeczywistości/ rzeczywistą „imitację” naturalnego środowiska życiowego Podopiecznego, przy uwzględnieniu faktu, że nie powinno być ono oddalone od lokalnych społeczności.

Rekomendacja: W przypadku osób, które będą brały udział w projekcie i na czas wsparcia zostaną przeniesione do zewnętrznych domów wspomaganych, po zakończeniu „turnusu” warto przenieść w miarę możliwości wzorce aranżacji pomieszczeń z mieszkania w którym odbywały się usługi wspierające do rodzinnego mieszkania. W przypadku stałego pobytu należy zadbać o zminimalizowanie ilości zmian infrastruktury wewnętrznej mieszkania.

Pobyt w mieszkaniu wspomaganim zewnętrznym oraz pakiet usług wspierających świadczonych w mieszkaniu wspomaganim zewnętrznym i własnym, niezależnie od funkcji, powinny mieć charakter okresowy, a w uzasadnionych przypadkach należy rozważyć i przyjąć, że będzie to charakter stały.

Pobyty i pakiety świadczonych usług służą określonym kategoriom osób w osiągnięciu częściowej lub względnie całkowitej samodzielności, m.in. poprzez trening samodzielności, poradnictwo, pracę socjalną lub inne usługi aktywnej integracji.

Realizacja celu jakim jest wsparcie wytnieniowe dla opiekunów faktycznych stanowi alternatywę dla pobytu w placówce zamkniętej całodobowej na czas nieobecności/ odpoczynku opiekuna faktycznego.

Sytuacja, w której mieszkanie wspomagane staje się mieszkaniem docelowym i miejscem stałego pobytu Podopiecznego jest również alternatywą dla umieszczenia osoby starszej czy chorej w zamkniętym, zinstytucjonalizowanym ośrodku pobytu stałego.

Mieszkanie wspomagane powinno pełnić funkcje treningowe i wspierające dla Podopiecznych i ich rodzin i/lub osób najbliższych/ opiekunów.

GRUPY OSÓB OBJĘTYCH WSPARCIEM W PROJEKCIE MIESZKAŃ WSPOMAGANYCH – w Projekcie pt: *Niezależne życie - wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomagane dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych*”.

Wsparcie w ramach projektu adresowane jest faktycznie do pięciu grup osób tj:

- 1) osób z chorobami neurologicznymi, do których zaliczyć należy osoby po udarach mózgu, osoby z polineuropatią i zwyrodnieniami kręgosłupa czy też osoby z chorobami neurodegeneracyjnymi – otępiennymi, innymi niż Choroba Alzheimera czy choroba Parkinsona (tj. SM, zespół Hakima, choroba ciała Lewy'ego, choroba Picka i inne);
- 2) osób z chorobą Alzheimera;
- 3) osób z chorobą Parkinsona;
- 4) osób starszych 65+ .
- 5) rodzin/ opiekunów faktycznych wraz z ich Podopiecznymi wymienionymi w punktach 1-4.

Wszystkie kategorie osób zakwalifikowanych do grupy docelowej projektu są narażone na podobne zjawiska i procesy zachodzące w ich życiu bez odpowiedniego wsparcia i wykazują podobne problemy determinujące jakość ich życia, szybkość postępowania procesu starzenia się, pojawiania się i rozwoju schorzeń neurologicznych (demencji, stanów otępiennych, AD, PD i innych) i w efekcie całkowitą niesamodzielność życiową i potrzebę opieki całodobowej.

Czynniki które będą decydowały o komforcie maksymalnie długiego życia tych osób w ich środowiskach naturalnych, poza zakładami opieki zinstytucjonalizowanej to:

- Brak wykluczenia społecznego i potencjalnie zawodowego
- zdrowie i dobra kondycja fizyczna
- zachowanie samodzielności i niezależności
- poczucie godności i równości społecznej
- poczucie bezpieczeństwa

Jeśli osoba kwalifikuje się do grup 1- 4 to spełnia wstępne kryteria kwalifikujące do potencjalnego objęcia jej opieką w ramach mieszkań wspomaganych.

W przypadku osób hospitalizowanych lub przebywających w ośrodkach leczniczych i terapeutycznych informację taką powinien otrzymać już pracownik socjalny w szpitalu lub ośrodku lub bezpośrednio pracownik socjalny właściwy miejscu zamieszkania/ stałego pobytu Podopiecznego.

Pracownik socjalny w szpitalu lub w ośrodku powinien na miejscu przeprowadzić wstępny wywiad z potencjalnym Podopiecznym, upewnić się do jakiego modelu wsparcia wstępnie kwalifikuje się dane osoba, przekazać zarówno Pacjentowi jak i jego rodzinie niezbędne informacje dotyczące możliwości, rodzaju i zasad uzyskania wsparcia, przygotować wstępną dokumentację dla Podopiecznego i przekazać informację do pracownika socjalnego właściwego dla miejsca zamieszkania/ stałego pobytu Podopiecznego.

Strona | 8

Jest to sposób szybkiego reagowania i skracania czasu potencjalnego objęcia Podopiecznego usługą wspierającą, zabezpieczając zasadę podmiotowości osoby, indywidualnego podejścia z poszanowaniem praw i godności Pacjenta oraz uruchamiając usługę społeczną jako wsparcie lokalnego środowiska.

Ponadto taki sposób działania eliminuje ryzyko, że osoba opuszczająca placówkę leczniczą będzie samotna i pozbawiona jakiegokolwiek wsparcia a jej najbliżsi pozostaną sami z chora osobą, nieświadomi samej choroby, jej przebiegu i problemów, które mogą się pojawić oraz, że nie będą w stanie w relatywnie krótkim czasie pozyskać odpowiedniej informacji o istniejącym programie wsparcia.

Dodatkowym pozytywnym aspektem takiego rozwiązania jest objęcie standardem społecznych usług wspierających zinstytucjonalizowanych ośrodków leczniczych, gdzie najczęściej pojawia się pierwsza informacja o potencjalnym Podopiecznym, który wymaga wsparcia.

Podobny schemat reagowania powinien zostać zaimplementowany w przychodniach rejonowych i lokalnych ośrodkach zdrowia włączając w proces pielęgniarke środowiskową i lekarza rodzinnego/ pierwszego kontaktu, którzy w momencie zaobserwowania pierwszych symptomów chorobowych (otępiennych , neurologicznych), powinni kierować osobę niezwłocznie do dalszej diagnostyki przez lekarza geriatrę lub neurologa lub psychiatrę, jednocześnie przekazując informację do właściwego pracownika socjalnego. W ten sposób uruchamiają proces monitoringu stanu tej osoby i/ lub wstępnej kwalifikacji do potencjalnego objęcia jej odpowiednim pakietem wsparcia.

Wprowadzenie powyższego systemu komunikacji i działań wymaga zintegrowania całej struktury społeczności lokalnej, poczynając od mieszkańców, przez urzędy, organizacje, służbę zdrowia, MOPS...i daje realne szanse na to, że zostanie uruchomiony schemat dla rozwoju koordynowanej opieki senioralnej w ujęciu międzysektorowym i interdyscyplinarnym.

W takim schemacie działania rośnie zdecydowanie rola pracowników socjalnych, a co za tym idzie rośnie wymóg uruchomienia intensywnego procesu rozwoju kompetencji i umiejętności personalnych, oraz szkolenia osób, które będą pracowały jako pracownicy socjalni. Sytuacja demograficzna i proces starzejącego się społeczeństwa będzie wymagał również znacznego zwiększenia nie tylko kwalifikacji ale i liczebności pracowników socjalnych.

Ze względu na cele i przyjęte powyżej założenia dotyczące mieszkań wspomaganych oraz pozostałe założenia projektu, rekomendujemy pogłębione kryteria wstępnej weryfikacji osób z szeroko wskazanej grupy docelowej, która powinna być objęta usługami wspierającymi w mieszkaniach wspomaganych:

Podstawowe kryteria wstępnej weryfikacji do udzielenia wsparcia, w szczególności w formie mieszkania wspomaganego:

- Osoby w wieku 65+ należące do grup 1-4, nie wymagające opieki całodobowej, posiadające wymagana dokumentację medyczną, w szczególności ocenę ich funkcjonalności ocenioną na podstawie wybranych testów medycznych, potwierdzających że są to osoby spełniające następujące kryteria:
 - osoby posiadające sprawność psychomotoryczną umożliwiającą samodzielnie poruszanie się zarówno w mieszkaniu, jak i posiadające orientację i umiejętność poruszania się w terenie lub mające możliwość wyuczenia się poruszania na indywidualnych trasach,
 - osoby niewymagające stałej, całodobowej specjalistycznej opieki innych osób, w szczególności służb medycznych
 - osoby mające przynajmniej częściową samoświadomość w zakresie swojego stanu zdrowotnego i własnego działania, pozytywnie nastawione do leczenia (w tym farmakologicznego) i procesu rehabilitacji psycho-społecznej,
 - osoby znajdujące się w stabilnym stanie zdrowia współpracujące ze specjalistą w zakresie leczenia.

Strona | 9

Kryteria dodatkowe rekomendowane do ostatecznej weryfikacji i kwalifikacji osoby do udzielenia wsparcia, w szczególności w formie mieszkania wspomaganego:

Na poziomie ostatecznej kwalifikacji rekomenduje się wykonanie Całościowej Oceny Geriatrycznej (COG), która powinna być wykonana przez zespół w składzie: lekarz, psycholog, rehabilitant, pielęgniarka, pracownik socjalny w oparciu o wywiad, badanie przedmiotowe i czynnościowe (testy, skale) rozszerzone o konieczne badania dodatkowe i/lub innych, adekwatnych do oceny ww kryteriów testów medycznych i wywiadów np;

- Skala Barthel – ocena funkcjonalności/stopnia upośledzenia – wymagany wynik 70 -100 punktów. – test wymagany.
 - Skala ADL wg Katza- ocena samodzielności – rekomendowany wynik 4-6 punktów.
 - Test „Wstań i Idź” – Timed Up and Go (TUG) – rekomendowany wynik poniżej 22 sekund.
 - Skala oceny równowagi i chodu Tinetti – rekomendowany wynik powyżej 24 punktów.
 - Mini-Mental State Examination (MMSE) – rekomendowany wynik 20-30 punktów – test wymagany.
 - Geriatryczna Skala Oceny Depresji – „wersja 15-punktowa” wg Yesavage’a – rekomendowany wynik 0-8 punktów – test wymagany.
 - Kwestionariusz oceny stopnia odżywienia MNA– rekomendowany wynik 12-14 punktów – test wysoce wskazany.
 - Ocena zaawansowania choroby Parkinsona (UPDRS) – – test wymagany.
 - Lub inne wskazane w indywidualnych przypadkach.
- Osoby należące do grupy 5. Osoby czynne zawodowo; których stan zdrowia nie pozwala na prowadzenie dotychczasowych funkcjonalności życiowych i zawodowych,

wymaga czasowej rehabilitacji lub leczenia i w związku z tym nie są w stanie sprawować dotychczasowej opieki faktycznej nad swoimi bliskimi/ Podopiecznymi i posiadają odpowiednią dokumentację medyczną potwierdzającą ich stan zdrowia przy zachowaniu warunku, że ich Podopieczni spełniają kryteria grupy docelowej osób opisanych w punktach 1-4.

- Osoby ze wszystkich grup 1-5 muszą powinny posiadać stałe miejsce zamieszkania na terenie gminy świadczącej usługi w ramach mieszkań wspomaganych w Projekcie Niezależne życie...

Adresatami tej formy pomocy nie powinny być:

- osoby z głębokim stopniem upośledzenia, wymagające stałej całodobowej opieki
- osoby uzależnione od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych,
- osoby z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych,
- osoby z zaburzeniami i schorzeniami psychicznymi powiązanymi z agresją, agorafobią i przeciwwskazaniami do pobytu poza własnym miejscem zamieszkania lub do przebywania z innymi osobami obcymi.
- osoby, które odmawiają aktywnego udziału w rehabilitacji społecznej, leczenia (farmakologicznego, terapii, konsultacji specjalistycznych: psychiatrycznych, neurologicznych).

Największa skuteczność i efektywność usług wspierających zostanie osiągnięta w warunkach szybkiego podejmowania decyzji o uruchomieniu wsparcia.

Dlatego też sugerujemy, aby proces diagnozowania potrzeb i kwalifikacji do udzielenia usług wspierających rozpoczynał się niezwłocznie od ujawnienia informacji o Osobie, najlepiej w miejscu powstania diagnozy.

Ostateczna kwalifikacja osób następuje przez komisję kwalifikacyjną – rekomendowany zespół w składzie lekarz geriatra i/lub psychiatra i/lub internista (minimum jeden lekarz wymagany), psycholog (wymagany), rehabilitant/ terapeuta zajęciowy (wymagany), pielęgniarka (wymagana), pracownik socjalny (wymagany), opiekun mieszkania wspomagane/ grupy (wymagany), kierownik / koordynator projektu .

Przy kwalifikowaniu osób do pobytu w mieszkaniu/domu wspomagany zewnętrznym w jednym okresie/ turnusie, zaleca się zasadę doboru osób o podobnym poziomie stanu zdrowia i deficytów/ określonych do działań terapeutycznych. Duża różnorodność/ przeciwnieństw Podopiecznych pozwoli prawdopodobnie na zrealizowanie usług wspierających w zakresie umiejętności społecznych i integracji ze społecznością lokalną, ale może w znacznym stopniu utrudnić i rozproszyć pozostałe usługi wspierające, nakierowane na osiągnięcie innych celów terapeutycznych i wymagać licznej kadry o zróżnicowanych kwalifikacjach.

Wskazane jest aby pakiet wybranych usług wspierających dla grupy zakładał jako plan terapeutyczny, pracę nad 1-jednym do maksymalnie 3 deficytów w zależności od długości planowanego pobytu i bieżących ocen okresowych wyników prowadzonych usług wspierających.

W przypadku pracy opartej na zasobach indywidualnych, a nie deficytach prawdopodobnie łatwiej będzie zorganizować grupę osób i dostosować dla nich odpowiednie aktywności wspierające.

Z uwagi na problemy kadrowe i różnorodność preferencji terapeutycznych najistotniejsze jest to, aby osiągnąć zakładane cele indywidualne dla każdego z Podopiecznych.

Ilość deficytów / dysfunkcji i/lub zasobów indywidualnych wymagających wzmocnienia zgodnie z zasadami kompensacji, mających stanowić cel terapii, nie powinna jednak być większa niż 3 z założeniem bieżącej modyfikacji indywidualnych planów wsparcia.

Liczebność grupy Podopiecznych w mieszkaniach wspomaganych w Projekcie Niezależne życie

Zgodnie z kryteriami i dostępnymi wytycznymi w mieszkaniach wspomaganych może przebywać maksymalnie 12 osób.

Doświadczenia naszych sąsiadów europejskich dopuszczają 6-16 (np. Belgia)

Z uwagi na cel deinstytucjonalizacji naszym zdaniem optymalna liczba Podopiecznych w mieszkaniu wspomagany to 1 – 6 osób.

Nie należy jednak traktować żadnej z powyżej zapisanych liczebności jako wytyczną bezwzględną.

Ostateczna liczebność grupy powinna zostać dobrana przez komisję kwalifikacyjną po analizie następujących czynników : - indywidualnych potrzeb Podopiecznych; - posiadanych/ przygotowanych zasobów lokalowych i ich funkcji; - dostępnej liczbie osobo-miejsc w mieszkaniach wspomaganych zgodnie z przyjętymi standardami zakwaterowania i wyposażenia mieszkań wspomaganych w projekcie z założeniem zapewnienia komfortu, niezależności i bezpieczeństwa zamieszkania każdego z Podopiecznych; - liczby kandydatów spełniających kryteria szczegółowe dla grupy; - liczebności dostępnej kadry; - oceny zagrożeń dla niezrealizowania założonych zadań; - innych czynników istotnych dla realizacji zadań i osiągnięcia celu.

Z uwagi na skuteczność większości terapii i zajęć wspierających w przypadku osób starszych i ze schorzeniami neurologicznymi AD i PD zaleca się, aby grupy terapeutyczne nie były zbyt liczne. Pozwala to na optymalizację liczebności kadry, łatwiejsze skompletowanie i dobór kadry specjalistów, na poświęcenie większej ilości czasu i uwagi na indywidualną pracę z każdym z podopiecznych oraz na łatwiejszą pracę z grupą.

Prowadząc kwalifikacje osób do mieszkań wspomaganych w danym okresie przy założeniu dużych grup (8-12 osób), należałoby rozważyć potencjalny podział Podopiecznych na mniejsze grupy.

Długość pobytu w mieszkaniu wspomagany zewnętrznym i/lub świadczenia usług w mieszkaniu wspomagany własnym:

Z uwagi na:

1. grupę osób dla których przygotowana jest ta forma wsparcia (osoby o niewysokim stopniu niesamodzielności, początkowe stadia AD i Parkinsona i innych schorzeń neurologicznych)

2. cel, którym jest zapewnienie tym osobom maksymalnie długiego okresu samodzielnego funkcjonowania w ich rodzinnym/ naturalnym środowisku

pobyt powinien być zoptymalizowany w czasie i być skorelowany z indywidualną sytuacją zdrowotną Podopiecznego oraz przygotowanym Planem Indywidualnego Wsparcia.

Rekomendowane okresy pobytu/ świadczenia usług wspomaganych w mieszkaniach wspomaganych zewnętrznych o funkcji i celach treningowych to 30-120 dni z opcją wydłużenia okresu pobytu do pobytu stałego włącznie, jeśli indywidualna sytuacja Podopiecznego tego wymaga.

Strona | 12

Przy planowanym powrocie Podopiecznego do domu rodzinnego i opuszczenia mieszkania wspomagane wskazane byłoby rozważenie opcji „łagodnego powrotu”, w szczególności dotyczy to Podopiecznych ze schorzeniami AD i Parkinsona oraz depresją.

Rekomendowane jest wprowadzenie tzw. okresów adaptacyjnych np. przez ostatnie 4-7 dni pobytu (w zależności od długości całego pobytu, indywidualnego stanu zdrowotnego i postępów w terapii), Podopieczni powinni stopniowo zmniejszać czas przebywania w mieszkaniu wspomaganim zewnętrznym i wracać na kilka godzin lub część doby do własnego domu/ mieszkania celem adaptacji w środowisku docelowym. Część usług wspierających w okresie adaptacyjnym może być prowadzona i / lub utrwalana już w warunkach domowych, co z jednej strony powinno wzmocnić samoocenę i przekonanie Podopiecznego, że jest przygotowany i poradzi sobie względnie samodzielnie we własnym środowisku, a z drugiej strony pozwolić kadrze prowadzącej usługi wspierające na ostateczną ocenę wyniku pracy i poziomu wykonania zadań zgodnie z Indywidualnym Planem Wsparcia przygotowanym przed rozpoczęciem pobytu Podopiecznego w mieszkaniu wspomaganim i modyfikowanym w zależności od potrzeb w trakcie pobytu.

W przypadku pakietu usług wspomaganych dla Podopiecznych i ich rodzin na zasadzie „wsparcia wytchnieniowego” czas pobytu Podopiecznego w mieszkaniu wspomaganim zewnętrznym lub też czas dostarczania usług w miejscu zamieszkania Podopiecznego powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb Podopiecznego i opiekuna faktycznego.

Jeśli Podopieczni pozostają na co dzień pod opieką opiekuna faktycznego (członka rodziny) i zostają przenoszeni na czas wsparcia wytchnieniowego do MW to w szczególności u osób ze schorzeniami neurologicznymi AD i PD, wskazane byłoby również zastosowanie wprowadzającego okresu adaptacyjnego np. przez okres 14 dni pozostaje się w mieszkaniu wspieranym przez 5 dni w tygodniu, przy stopniowo zwiększanej ilości godzin pobytu dziennie i najlepiej przy obecności opiekuna faktycznego, który powinien stopniowo wycofywać się z aktywności prowadzonych przez zespół mieszkania wspieranego i przekazywać nadzór nad Podopiecznym opiekunowi w mieszkaniach wspomaganych.

W przypadku pakietu usług wspierających prowadzonych w mieszkaniach wspomaganych własnych dopuszcza się kontynuowanie wsparcia długofalowo w zależności od indywidualnych potrzeb i sytuacji Podopiecznego oraz posiadanych przez gminę zasobów.

W trakcie prowadzenia projektu i świadczenia usług wspierających w mieszkaniach wspomaganych należy zwrócić szczególną uwagę, aby w doborze pakietu usług i planach wsparcia uwzględnić osoby z bezpośredniego otoczenia Podopiecznego tzn. członków rodziny/ opiekunów faktycznych/ opiekunów zastępczych, przyjaciół, sąsiadów i przygotować ich do wspomagania Podopiecznego w kolejnych fazach dalszego życia i

rozwoju choroby, mając na celu zapewnienie Podopiecznemu jak najdłuższe, względnie samodzielne, komfortowe i bezpieczne funkcjonowanie w jego domu i środowisku lokalnym lub w MW.

Najważniejszą częścią współpracy kadry mieszkań wspomaganych z najbliższym otoczeniem Podopiecznego powinna być edukacja w zakresie tego, co dzieje się z Podopiecznym na danym etapie życia i/ lub schorzenia oraz przygotowanie na prawdopodobny rozwój procesu dolegliwości i dysfunkcji w czasie, a także przekazanie wiedzy w zakresie profilaktyki zdrowotnej i wsparcia dla Podopiecznego jak i dla wszystkich najbliższych.

Priorytetem i warunkiem skutecznego wsparcia jest zrozumienie choroby / stanu / etapu życia człowieka oraz uświadomienie sobie, jakich metod i narzędzi możemy użyć, aby znacznie zwiększyć komfort Podopiecznego jak i polepszyć relacje w jego bezpośrednim otoczeniu.

Rodzina/ opiekunowie faktycznie powinni na zasadzie „podaj dalej” przekazywać swoją wiedzę innym osobom z otoczenia Podopiecznego i starać się aby zachęcić ich do dalszego utrzymania pozytywnych relacji z Podopiecznym, aby nie dopuścić do całkowitego odizolowania Podopiecznego od wcześniejszego życia i kontaktów i w efekcie do samotności oraz szybkiej degradacji psychicznej i fizycznej.

Dodatkowe zalecenia i rekomendacje w zakresie mieszkań wspomaganych w ramach projektu Niezależne życie na czas trwania projektu i po jego zakończeniu :

- tworzenie miejsc w mieszkaniach wspomaganych (w szczególności zewnętrznych) w ramach projektów współfinansowanych ze środków EFS winno zapewnić ich trwałość oznaczającą utrzymanie tych miejsc przez co najmniej okres równy okresowi realizacji projektu, a trwałość rozumiana jest jako instytucjonalna gotowość podmiotu do świadczenia usług.
- Z uwagi na fakt, że przedmiotem standardów pakietu usług wspierających w mieszkaniach wspomaganych są usługi specjalistyczne, socjalne i społeczne powinny one spełniać wymogi wynikające z obowiązujących aktów prawnych regulujących każdą z kategorii szczegółowych usług wspierających.

Rekomenduje się:

- W pracy z grupą Podopiecznych zakwalifikowanych do udziału w projekcie, przebywających w mieszkaniach wspomaganych (zewnętrznych bądź własnych) wskazane jest stosowanie pomocy dydaktycznych wspierających prowadzenie zaplanowanych usług oraz orientację w samodzielnym życiu codziennym typu „przypominaczki i wskazówki” – czytelne karteczki z nazwami przedmiotów, w widocznym miejscu rozpiski planu dnia , telefony alarmowe, instrukcje obsługi urządzeń itd.,
- aby każde mieszkanie wspomagane zewnętrzne i własne było wyposażone w widoczny zegar i duży, czytelny kalendarz (najlepiej ze zrywanymi kartkami na dany dzień) – co ułatwia orientację w czasie i prowadzenie usług wspierających.
- usunięcie zbędnych dywaników, ruchomych chodników czy innych przedmiotów zwiększających ryzyko upadków.
- Wyposażenie Podopiecznych w wygodne obuwie lub specjalistyczne grube skarpety antypoślizgowe
- usunięcie drobnych, łatwo tłukących się przedmiotów,



- wyposażenie domu w sprzęty dostosowane do potencjalnych deficytów Podopiecznych
- Zapewnienie przestrzeni do swobodnego przemieszczania się
- Dostosowanie pomieszczeń: pokoi, ciągów komunikacyjnych, łazienki, toalety do ograniczeń fizycznych i ruchowych Podopiecznych.
- We wszystkich mieszkaniach wspomaganych wprowadzenia procedury ratunkowej na wypadek zagrożenia zdrowia lub życia, zapisanie jej w formie instrukcji w krótki i czytelny sposób dla Podopiecznego, zainstalowanie w bezpieczny sposób i w miarę możliwości lokalnych urządzeń ratunkowych typu – apteczka i defibrylator oraz telefon lub przycisk wzywający pomoc, przygotowanie i przeszkolenie całej kadry projektu, opiekunów faktycznych, potencjalnie osoby z ich otoczenia oraz Podopiecznych, których stan zdrowia na to pozwala, z zakresu pierwszej pomocy i postępowania w sytuacjach zagrażających życiu i zdrowiu własnemu i innych.
- Przygotowanie procedury i systemu komunikacji w sytuacjach kryzysowych i zagrożenia życia.
- **Kadra**

Z uwagi na szczególny podmiot planowanych działań wspierających – człowiek z dolegliwościami i przypadłościami wieku starszego oraz schorzeniami neurologicznymi, najczęściej z zaburzeniami emocjonalnymi, psychicznymi, dysfunkcjami zmysłów... bardzo ważny jest nie tylko przygotowanie merytoryczne i zawodowe, ale przede wszystkim przygotowanie emocjonalne i osobowościowe.

Kadra powinna posiadać: wysokie predyspozycje indywidualne i osobowościowe; niezbędne przygotowanie merytoryczne i doświadczenie zawodowe. W przypadku niewystarczającego zaplecza kadrowego powinno rozważyć się możliwość dopuszczenia do pracy na zasadach asystenckich/ stażowych osoby o wymaganych predyspozycjach, jak wymieniono poniżej po wstępnym przeszkoleniu z zakresu celów, zadań i sposobów ich realizacji oraz podstawowych zagadnień zawodowych, pozwalających na rozpoczęcie pracy pod nadzorem osoby wykwalifikowanej, przy jednoczesnym szkoleniu i podnoszeniu kwalifikacji asystenta/ stażysty.

Wykwalifikowana kadra powinna zostać gruntownie przeszkolona z celów i zadań projektu oraz otrzymać indywidualne wsparcie dla uzupełnienia i wzmocnienia kompetencji emocjonalnych i osobowościowych.

Rekomenduje się zwrócenie szczególnej uwagi na predyspozycje indywidualne i kompetencje osób, mających stanowić kadrę współpracującą z Podopiecznymi w mieszkaniach wspomaganych i innych formach wsparcia.

Z kilkuletniego doświadczenia i analiz Polskiego Centrum Opieki Domowej, zajmującego się prowadzeniem komercyjnych usług wspierających dla dorosłych osób niesamodzielnych (w tym głównie dla osób starszych, chorych neurologicznie ze schorzeniami Alzheimera i Parkinsona) bezpośrednio w warunkach domowych (min na terenie województwa łódzkiego) wydaje się, że najważniejszymi wymogami co do kompetencji osób, które mają pełnić funkcje pracowników socjalnych, terapeutów i innych w mieszkaniach wspomaganych, powinny być predyspozycje indywidualne i osobowościowe. Potwierdzają to również informacje otrzymywane przez Fundację Polskiego Centrum Opieki Domowej- Jesteśmy dla Ciebie od osób i organizacji lokalnych, z którymi Fundacja współpracuje.

Dla osób, które posiadają takowe ww. predyspozycje i umiejętności społeczne edukacja, zdobycie wiedzy i niezbędnych kwalifikacji w sferze socjalnej i terapeutycznej powinno być stosunkowo łatwym i naturalnym procesem.



Warto rozważyć dopuszczenie do pracy w mieszkaniach wspomaganych osoby o ww. kompetencjach i predyspozycjach indywidualnych po szczegółowym procesie rekrutacji i wstępnym szkoleniu lub też nadaniu im pozycji asystentów pracowników wykwalifikowanych i prowadzenie równolegle procesu edukacyjnego, dobranego dla każdej osoby.

Samo posiadanie wysokiego wykształcenia i wiedzy merytorycznej w praktyce nie przekłada się na realizację stawianych celów i osiągnięcie pozytywnych efektów, a w szczególności budowanie pozytywnych relacji z ludźmi.

Najważniejsze kompetencje, cechy i predyspozycje indywidualne dla kadry mieszkań wspomaganych:

- Odpowiednie nastawienie do pełnienia roli pracownika społecznego/terapeuty (zaangażowanie, pasja, skupienie na człowieku i jego potrzebach)
- Zorientowanie na cele i samodzielność w działaniu
- Umiejętność organizacji pracy własnej i Podopiecznych
- Dojrzałość emocjonalna
- Odporność na stres
- Cierpliwość, empatia i otwartość, gotowość do współpracy z ludźmi, w tym osobami o szczególnych potrzebach
- Akceptacja dla ułomności ludzkich,
- Poszanowanie godności, wstydu, intymności i niezależności człowieka
- Dyskrecja, subtelność
- Umiejętność komunikacji i budowania relacji
- Predyspozycje i umiejętność do ról opiekuna i członka zespołu
- Umiejętności wsparcia emocjonalnego drugiej osoby
- Asertywność
- Umiejętność działania w sytuacjach kryzysowych
- Umiejętność wspomagania w rozwiązywaniu problemów i sytuacji konfliktowych.
- Elastyczność i kreatywność w działaniu
- Umiejętność przekazywania wiedzy.

Dla zabezpieczania odpowiedniego zaplecza kadrowego warto rozważyć wzmocnienie prestiżu i społecznych pozycji zawodów socjalnych i terapeutycznych oraz uruchomienie lokalnych działań i programów „łowiących Społeczników” np. osób w wieku 45 plus, niespełniających się zawodowo lub też nieaktywnych zawodowo, zarejestrowanych w PUP i/lub osób młodych jeszcze na etapie kształcenia o wysokiej dojrzałości społecznej i emocjonalnej, posiadających potencjał osobowościowy i intelektualny oraz prezentujących zaangażowanie i chęć rozwoju w sferze usług społecznych. Towarzyszyć temu powinien atrakcyjny pakiet zachęt ekonomicznych (odpowiednie wynagrodzenie, mieszkanie służbowe, możliwość rozwoju edukacyjnego, ścieżki kariery i awansu stanowiskowego i finansowego, atrakcyjne pakiety emerytalno- rentowe, dodatkowe urlopy...itp.)

Aplikowanie i przyznawanie miejsca w mieszkaniach wspomaganych w projekcie Niezależne życie....

- Miejsce w mieszkaniu wspomaganim przyznawane jest na podstawie:
 - wniosku osoby wymagającej wsparcia,
 - wymaganych dokumentów medycznych i zaświadczeń lekarskich (w przypadku niepełnosprawności sprzężonych lub współwystępowania chorób – zaświadczeń lekarzy specjalistów oraz opinii psychologa).
- pobyt w mieszkaniu wspomaganim przyznawany jest w oparciu o trójstronny kontrakt (pomiędzy przedstawicielem podmiotu prowadzącego mieszkanie, opiekunem mieszkania a osobą ubiegającą się o miejsce w mieszkaniu wspomaganim).
- Pobyt w mieszkaniu wspomaganim wraz z usługami przyznaje się na podstawie umowy cywilnoprawnej lub kontraktu socjalnego.
- Pobyt w mieszkaniu wspomaganim przyznawany jest na czas określony z możliwością wydłużenia okresu pobytu i/ lub świadczenia usług wspierających w systemie pobytu stałego jeśli będzie tego wymagał stan zdrowia i sytuacja Podopiecznego.
- Pobyt w mieszkaniu wspomaganim jest odpłatny, na przyjętych zasadach i sposobie finansowania lub wg lokalnych aktów prawnych.
- Rodzaj oraz zakres usług powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb mieszkańców, z uwzględnieniem zapisów zawartych w kontrakcie lub indywidualnym planie wsparcia. Przy czym – usługi wspierające pobyt w mieszkaniu mogą obejmować usługi opiekuńcze i asystenckie.
- Usługi wspierające aktywność obejmują m.in.: naukę, podtrzymanie sprawności w zakresie samoobsługi, samodzielności życiowej, utrzymanie i rozwijanie kontaktów społecznych oraz pełnienia ról społecznych, a także pomoc w wykonywaniu niezbędnych czynności w życiu codziennym, zagospodarowanie czasu wolnego.
- Usługi wspierające aktywność osób w mieszkaniach wspieranych mogą być realizowane poprzez: pracę socjalną, poradnictwo specjalistyczne (prawne i psychologiczne), treningi: umiejętności praktycznych, higieny, finansowy, zarządzania mieszkaniem (w tym zarządzania energią), kulinarny, umiejętności spędzania czasu wolnego, interpersonalny, autonomii decyzji, oraz w zakresie załatwiania spraw urzędowych .

Strona | 16

Z uwagi na lokalny charakter prowadzonego wsparcia dokumentacja wymagana w procesie przygotowania, realizowania, nadzoru i podsumowania działań wspierających powinna być opracowana przez organizatorów wsparcia. Proponuje się następujące dokumenty :

- Wniosek o udzielenie wsparcia wraz z wykazem kryteriów kwalifikacji, formularzami informacyjnymi, które powinni wypełnić specjaliści
- Dokumenty wewnętrzne (np. Raport z wywiadu środowiskowego, karta informacyjna Podopiecznego, karty pracy z Podopiecznym w czasie pobytu, Regulaminy kadrowe , Indywidualne plany rozwoju i wzmacniania kompetencji personelu...)
- Umowa o pobyt w mieszkaniu wspomaganim
- Regulamin organizacji, zasad i funkcjonowania mieszkania wspomagane
- Indywidualny Plan Wsparcia Podopiecznego
- Indywidualny plan pracy z Podopiecznym
- Raporty okresowe w regularnych okresach w trakcie czasowego lub stałego pobytu np. co miesiąc (ocena skuteczności przeprowadzonych usług wsparcia, dalsze

- rekomendacje) i końcowe po zakończonym pobycie.
- Procedura ratowania życia w tym KARTA ŻYCIA

**PAKIET USŁUG WSPIERAJĄCYCH W MIESZKANIACH WSPOMAGANYCH
w Projekcie pt.: „Niezależne życie - wypracowanie standardu i przeprowadzenie
pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami
neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób
starszych”.**

Strona | 18

Istotą i celem świadczenia pakietu usług wspierających w mieszkaniach wspomaganych w Projekcie pt.: „Niezależne życie - wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych”, jest osiągnięcie celów postawionych przed koncepcją Mieszkania Wspomaganego jako jednej z form wsparcia osób starszych i ze schorzeniami neurologicznymi typu AD i PD, czyli utrzymania tych osób jak najdłużej we względnej samodzielności życiowej w ich lokalnych społecznościach, w miejscach nie mających charakteru instytucjonalnego i/lub zakładu zamkniętego.

Niezależnie od rodzaju usług wspierających ich standardy winny opierać się na podstawowych wartościach i eksponować zindywidualizowanie, podmiotowość, godność, niezależność, prawo dokonywania wyboru.

Niemniej, usługi te powinny być prowadzone na tyle umiejętnie, aby nie dopuszczać do przekraczania ogólnie rozumianych norm etycznych i zasad współżycia społecznego (np. dopuszczania do konfrontacji i naruszania wartości religijnych i duchowych, przekonań politycznych, sfer intymnych, spożywania alkoholu, zażywania środków odurzających.....)

Usługi wspierające powinny być prowadzone na zasadach partnerskich, pełnego zrozumienia i empatii, co wymaga utrzymywania odpowiedniej relacji personel-Podopieczni.

Aby zapewnić efektywność prowadzonych usług i wsparcia należy zadbać o uzyskanie aprobaty prowadzonych działań i zaufania Podopiecznych.

Wszelkie działania podejmowane w ramach świadczenia usług wspierających powinny nosić rzeczywiste znamiona wsparcia, a nie wyręczania Podopiecznych w wykonywaniu czynności codziennych, treningowych czy też podejmowania za nich decyzji, jeśli nie jest to bezwzględnie wymagane lub uprawomocnione.

Zasadą prowadzonych działań powinno być motywowanie Podopiecznych do współpracy, ponawianie prób i włączanie ich w miarę ich indywidualnych możliwości w czynności i aktywności dnia codziennego oraz życie lokalnych społeczności, co pozwoli na wzmacnianie i budowanie ich wewnętrznego poczucia własnej wartości, przynależności społecznej, samozadowolenia, zwiększenia poziomu akceptacji choroby czy też starości i budowania pozytywnych odczuć.

Świadczone usługi wspierające powinny umożliwiać realizację potrzeb duchowych, religijnych i kulturalnych, zapewniać współpracę z samorządem lokalnym, stymulować nawiązywanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktu z rodziną i środowiskiem, oraz wspierać działania na rzecz lokalnego środowiska.

Pakiet usług wspierających obejmuje usługi wspierające pobyt Podopiecznego w mieszkaniach wspomaganych, usługi wspierające aktywność Podopiecznego w mieszkaniach wspomaganych oraz usługi dodatkowe.

Z uwagi na fakt, że kierujemy mieszkania wspomagane i świadczone w nich usługi wspierające do konkretnych, zdefiniowanych osób, o indywidualnym pakiecie usług wspierających będzie decydował na dany moment stan zdrowia podopiecznego.

Strona | 19

Zdefiniowane powyżej grupy odbiorców usług w formie mieszkań wspomaganych wyróżniają się pewnymi szczególnymi cechami i wymaganiami, ale i posiadają sporo obszarów wspólnych cech.

Wyróżnione kategorie odbiorców mieszkań wspomaganych przez zasadę podmiotowości będą wskazywały na rekomendację poszczególnych rodzajów usług wspierających w ramach oferowanych pakietów.

1. usługi wspierające pobyt Podopiecznego w mieszkaniach wspomaganych:

1.1. praca socjalna;

Definicję pracy socjalnej określił Komitet Rady Europejskiej mówiąc, że:

„Praca socjalna jest specyficzną działalnością zawodową, mającą na celu lepszą adaptację wzajemną osób, rodzin, grup i środowiska społecznego, w jakim żyją, oraz rozwijanie poczucia godności osobistej i odpowiedzialności jednostek na drodze odwoływania się do potencjalnych możliwości poszczególnych osób, do powiązań międzyprofesjonalnych, a także sił i środków społecznych”.

Za pracę socjalną rozumie się więc działalność zawodową i inne działania mające na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi .

Pracę socjalną z osobami z grupy docelowej Projektu mieszkań wspomaganych powinniśmy rozumieć przede wszystkim jako „wzmacnianie dobrostanu osoby starszej (jednostki) w tym utrzymywanie, wspieranie i poszerzanie niezależności osobistej oraz aktywności poprzez wzmacnianie jej zdolności sprawczej; rozwiązywanie (lub pomoc w rozwiązywaniu) problemów w osobistych związkach z innymi osobami oraz szerszym otoczeniem”. Praca socjalna powinna odbywać się na podstawie obowiązujących zapisów i regulacji o pomocy społecznej.

Praca socjalna jest realizowana min poprzez indywidualne spotkania pracownika socjalnego / opiekuna mieszkania z Podopiecznym i/lub jego najbliższym otoczeniem (rodziną, sąsiadami, pracownikami przychodni rejonowej, pracownikami administracji mieszkaniowej.....) których celem są rozmowy, przekazywanie niezbędnych informacji o możliwościach działań i wsparcia danej osoby w lokalnej społeczności.

Pracę socjalną realizujemy również poprzez tworzenie sieci wsparcia, powiązań



międzyorganizacyjnych i międzyprofesjonalnych różnych specjalistów, lokalnych organizacji z wykorzystaniem dostępnych środków społecznych w celu długofalowego, kompleksowego i zintegrowanego wsparcia osób żyjących w społecznościach lokalnych.

Mieszkania wspomagane powinny być zintegrowanym elementem powyżej opisanej sieci wsparcia.

Wsparcie socjalne przysługuje każdej osobie wymagającej takiego wsparcia na równych prawach z zachowaniem zasady podmiotowości potrzebującego (wsparcie zindywidualizowane i dostosowane do indywidualnych potrzeb).

Wsparcie socjalne powinno być elementem Minimalnego Pakietu usług wspierających dla Podopiecznych mieszkań wspomaganych.

1.2. poradnictwo specjalistyczne, w szczególności psychologiczne i prawne.

Realizacja poradnictwa specjalistycznego wynika przede wszystkim z zapisu w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, art.46:

„1. Poradnictwo specjalistyczne, w szczególności prawne, psychologiczne i rodzinne, jest świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód.

2. Poradnictwo prawne realizuje się przez udzielanie informacji o obowiązujących przepisach z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego, zabezpieczenia społecznego, ochrony praw lokatorów.

3. Poradnictwo psychologiczne realizuje się przez procesy diagnozowania, profilaktyki i terapii.

4. Poradnictwo rodzinne obejmuje szeroko rozumiane problemy funkcjonowania rodziny w tym problemy wychowawcze w rodzinach naturalnych i zastępczych oraz problemy opieki nad osobą niepełnosprawną, a także terapię rodzinną.”

Poradnictwo specjalistyczne to specyficzna praca profesjonalistów ukierunkowana na pomoc w rozwiązaniu sytuacji problemowych z uwzględnieniem wewnętrznych potrzeb i sytuacji osoby zgłaszającej się po pomoc.

Specjalista pracuje na rzecz osoby pomagając jej w zrozumieniu sytuacji z perspektywy regulacji prawnych a tym samym pomaga w zmianie zwyczajowego sposobu myślenia, postaw, sposobu podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów, tak aby maksymalizować konstruktywne wykorzystanie własnego potencjału i minimalizować niesprzyjające warunki środowiskowe, co w efekcie ma prowadzić do wzrostu szansy na przezwycięzenie problemu.

Głównym celem prowadzenia poradnictwa specjalistycznego jest poprawa jakości życia osób zwracających się o pomoc, ich rozwój i optymalizacja poczynąń związanych z różnymi aspektami funkcjonowania indywidualnego, grupowego, rodzinnego, zawodowego, itp.

Istotą porady jest tworzenie warunków do odzyskania lub uzyskania przez człowieka



potrzebującego możliwości samodzielnego rozwiązywania problemu, podjęcia właściwych decyzji i ich realizacji, a także unikania w przyszłości działań, które prowadzą do problematycznej sytuacji życiowej.

Poradnictwo prawne oznacza przekazanie klientowi informacji prawnych dotyczących problemu, o powszechnie obowiązującym w Polsce prawie oraz o praktyce jego stosowania, w szczególności poprzez: podanie i omówienie odpowiednich przepisów, przekazanie wzorów pism prawnych, sporządzenie projektu pisma procesowego oraz omówienie możliwości rozwiązania problemu, wraz z ich konsekwencjami, wsparcie klienta w dokonaniu wyboru sposobu postępowania z poszanowaniem jego samodzielności i niezależności przy podejmowaniu decyzji oraz przygotowanie wspólnie z wspieraną osobą planu działania. Poradnictwo prawne obejmuje pomoc w zakresie: prawa rodzinnego (rozwoły, separacje, ograniczenie władzy rodzicielskiej, ustalanie opiekunów prawnych, rodzin zastępczych, in.), prawa karnego (wszczęć postępowania karnego i jego przebiegu), prawa administracyjnego w odniesieniu do prawa lokalowego dla rodzin. Poradnictwo prawne powinno być prowadzone przez dyplomowanego prawnika lub studenta prawa pod odpowiednim nadzorem.

Poradnictwo psychologiczne jest wysoce wskazane i powinno być udzielane zarówno podopiecznym jak rodzinom/ opiekunów faktycznym i najbliższemu otoczeniu Podopiecznego w szczególności w kryzysach psychicznych, trudnościach przystosowawczych, konfliktach... Może ono odbywać się w formie cyklu spotkań, których celem jest zdiagnozowanie problemu i wypracowanie sposobów potencjalnych rozwiązań oraz wsparcie Podopiecznego w realizowanych przez niego decyzjach i wybranych rozwiązaniach.

Realizowane jest przez dyplomowanego psychologa.

W szczególnych, uzasadnionych indywidualnych przypadkach zaleca się uruchomienie Interwencji kryzysowej, jako zespołu działań zmierzających do szybkiego opanowania kryzysu, którego osoba nie jest w stanie zażegnać samodzielnie.

W ramach mieszkań wspomaganych działania interwencyjne obejmą pomoc psychologiczną, wsparcie emocjonalne, pomoc fizyczną, pielęgnacyjną i lokalową. Mają służyć przywróceniu względnego stanu równowagi w życiu Podopiecznego i zapewnienie maksymalnego poziomu bezpieczeństwa dla niego i jego najbliższych. Po Interwencji kryzysowej powinno zostać uruchomione dalsze wsparcie o charakterze poradniczym lub terapeutycznym, którego celem jest pomoc w rozwiązaniu problemów będących podłożem zaistniałego kryzysu.

Każdy rodzaj poradnictwa specjalistycznego powinien być realizowany zgodnie z zasadami, które zapewniają osobom otrzymującym wsparcie fundamentalne poczucie bezpieczeństwa emocjonalnego, prawnego i ekonomicznego.

Do zasad tych należy:

- **poradnictwo typu pro bono** / nieodpłatne jako usługi profesjonalne wykonywane dobrowolnie i bezpłatnie, w interesie publicznym.
- **poufność danych i informacji** . Konsultacje prowadzone są na zasadach pełnej poufności, zgodnie z zachowaniem obowiązujących norm prawnych w zakresie poufności RODO oraz norm etycznych, a dokumentacja powstała w wyniku



świadczenia poradnictwa jest przechowywana w sposób uniemożliwiający dostęp osób niepowołanych.

Ograniczenie zasady poufności może nastąpić wyłącznie w sytuacjach szczególnych np. w przypadku konieczności przekazania informacji o prowadzonej sprawie uprawnionym organom (prokuratura, sąd, policja).

- **profesjonalizm** – konsultacje prowadzą specjaliści, osoby o odpowiednich kwalifikacjach i umiejętnościach pozwalających na rzetelną i wyczerpującą pracę nad danym problemem z uwzględnieniem stanu intelektualnego i percepcji osoby, której porada jest udzielana.

- **etyka** – poradnictwo musi cechować się pełnym poszanowaniem godności, niezależności i autonomii człowieka, oraz jego prawa do podejmowania decyzji niezależnie od wartości czy metodologii stosowanej przez profesjonalistę. Współpraca nad poszukiwaniem możliwie najlepszych rozwiązań problemu powinna mieć na celu wyłącznie dobro osoby, której pomoc jest udzielana.,

- **dostępność** – każdemu Podopiecznemu zgłaszającemu chęć skorzystania z poradnictwa lub też wymagającemu takiego poradnictwa przed podjęciem decyzji, powinno być ono udzielone w możliwie najkrótszym terminie mając na względzie istniejące administracyjnie i prawnie wymagane terminy, a w przypadku sytuacji zagrażających zdrowiu lub życiu – w trybie interwencyjnym.

1.3. usługi opiekuńcze;

Zgodnie z Art. 50. Dz.U.2018.0.1508 t.j. - Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

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

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

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

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

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

6. Rada gminy określa, w drodze uchwały, szczegółowe warunki przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, oraz szczegółowe warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat, jak również tryb ich pobierania.

7. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje specjalistycznych usług opiekuńczych i kwalifikacje osób świadczących te usługi oraz warunki i tryb ustalania i pobierania opłat za specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone osobom z zaburzeniami psychicznymi, jak również warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia z tych opłat, ze względu na szczególne potrzeby osób korzystających z usług, uwzględniając sytuację materialną tych osób.”



W świetle powyższego zapisu oraz przyjętego zdefiniowania kategorii mieszkań wspomaganych we wprowadzeniu do niniejszego dokumentu, mieszkanie wspomagane już jako kategoria jest usługą społeczną.

Dlatego mówiąc o usługach opiekuńczych świadczonych w mieszkaniach wspomaganych będziemy odnosić się do punktów 3 i 4 powyżej przytoczonego Art. 50. Ustawy o pomocy społecznej.

Wszystkim Podopiecznym mieszkań wspomaganych przysługują podstawowe usługi opiekuńcze w zakresie:

- pomocy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych,
- pomocy w utrzymaniu higieny
- pomocy przy pielęgnacji realizowanej zgodnie z zaleceniem lekarskim
- zapewnienia kontaktów z otoczeniem i aktywnego udziału w życiu społecznym.

Zgodnie z zasadą podmiotowości i indywidualnego podejścia do Podopiecznego świadczone są specjalistyczne usługi opiekuńcze, zgodnie z zaleceniem lekarza , dostosowane do ich szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

Usługi opiekuńcze specjalistyczne opisuje Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. z 2005 r., Nr 189, poz. 1598 z późn. zm.).

Powyższe rozporządzenie wprowadziło pięć rodzajów specjalistycznych usług. Każdy z rodzajów dotyczy różnych działań, jakie ma podejmować specjalista wykonujący to świadczenie.

Rodzaje usług specjalistycznych wg Rozporządzenia:

1. **to działania z zakresu wspierania i uczenia osoby prowadzenia samodzielnego życia i funkcjonowania w społeczeństwie . – *Trening samodzielności*** na który mogą składać się następujące **elementy:**

trening praktycznych umiejętności codziennych - terapeuta/opiekun używając odpowiednich technik i metod ćwiczy z Podopiecznym i wypracowuje metody w jaki sposób Podopieczny ma zaspokajać podstawowe potrzeby w codziennym życiu.

Trening higieny uczy odpowiedniego dbania o higienę osobistą i porządek

Trening zarządzania mieszkaniem, pokazuje jak prowadzić gospodarstwo domowe (sprzątanie, pranie, porządkowanie).

Trening kulinarny- obejmuje gotowanie ,

Trening finansowy- przygotowuje do gospodarowania pieniędzmi - *trening interpersonalny*. Uczy jak się ubierać aby zadbać o schludny wygląd i wizerunek.

Celem terapeuty/opiekuna może być również ukształtowanie u Podopiecznego umiejętność utrzymywania kontaktu z członkami rodziny, innymi osobami, z którymi Podopieczny ma kontakt w domu lub poza domem.- ***Trening umiejętności społecznych i umiejętności integracji ze społecznością lokalną.***



Celem powinno być również nauczenie Podopiecznego organizowania i spędzania czasu wolnego w sposób wartościowy. - ***Trening umiejętności planowania i spędzania czasu wolnego.***

Jeśli wynika to z wywiadu środowiskowego lub bieżących obserwacji relacji z rodziną i otoczeniem terapeuta/ opiekun powinien uwzględnić w Indywidualnym planie wsparcia działania interwencyjne i pracę również z rodziną podopiecznego doprowadzając do zadowalającego poziomu wiedzy i umiejętności traktowania i zachowań wobec Podopiecznego

Podopieczny powinien opanować umiejętność jak pokonywać kryzysy – ***Trening interpersonalny; Treningi radzenia sobie ze stresem i sytuacjami konfliktowymi, trening integracji ze społecznością lokalną;***

Terapeuta/Opiekun na podstawie obserwacji Podopiecznego może wspierać i udzielać porad w sferze swojej specjalizacji.

W razie potrzeby terapeuta/opiekun organizuje spotkania ze specjalistami z innych dziedzin, (poradnictwo prawne i psychologiczne), koordynuje działania różnych służb na rzecz pomocy Podopiecznemu i jego rodzinie.

Pomaga i na ile jest to możliwe pokazuje uczy jak załatwiać sprawy urzędowe. – Trening i pomoc w załatwianiu spraw urzędowych.

Terapeuta działa w obszarze posiadanego przez osobę statusu w społeczności lokalnej – pomaga np przygotowywać dokumenty o uzyskanie mieszkania.

2. **pielęgnacja – zapewnienie opieki medycznej** - usługa polega na wsparciu Podopiecznego w procesie leczenia poprzez koordynowanie, ustalanie terminów wizyt lekarskich, badań, asystowanie podczas wizyt lekarskich, pomoc w realizacji recept, pilnowanie poprawności przyjmowania leków i obserwowanie ich ewentualnych skutków ubocznych, pomoc w zaopatrzeniu się w środki medyczne, ortopedyczne, organizowanie transportu do gabinetów lekarskich, rehabilitacyjnych.
3. **rehabilitacja fizyczna i usprawnianie organizmu** (mogą to być działania spoza zakresu profesjonalnych rehabilitantów). Celem jest zapewnienie dobrej kondycji ruchowej i utrzymanie dobrej kondycji fizycznej. Przeprowadza się je według zaleceń lekarza.
4. **pomoc mieszkaniowa** – pomoc w uzyskaniu lokum, podczas przeprowadzania remontów.

1.4. usługi asystenckie.

Usługi asystenckie nie są w Polsce prawnie sformalizowane. Dlatego też nie ma definicji, kim jest asystent i co powinien robić. Jedyną wzmianką oficjalną o usługach asystenckich jest ustawa o rehabilitacji i zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Przewiduje ona dla pracodawców specjalne dofinansowanie do zatrudnionego w



zakładzie pracy asystenta dla niepełnosprawnego pracownika.

Istotą tej asysty jest niejako stworzenie „protezy” w obszarze deficytu Podopiecznego. Ponownie nie chodzi o to, aby asystent czy też usługa asystencka służyła wyręczaniu Podopiecznego i utracie jego samodzielności, ale żeby odgraniczała się wyłącznie do roli wypełniania woli osoby o pewnym poziomie niepełnosprawności.

Strona | 25

Zarówno przy osobach starszych jak i osobach ze schorzeniami Alzheimera i Parkinsona niepełnosprawność w różnych sferach jest w większości przypadków nieunikniona. Nie oznacza to jednak cały czas sytuacji, że Podopieczny ma być w pewnym momencie traktowany jak mówiąca roślina, za którą wszystkie czynności wykona asystent / opiekun.

Usługi asystenckie wskazane są dla osób o zwiększonych -w porównaniu do stanu w momencie kwalifikacji do MW- poziomach niepełnosprawności w szczególności niepełnosprawności ruchowej. Natomiast jeśli dom wspomagany stanie się miejscem stałego pobytu i mieszkaniem docelowym, funkcja asystenta będzie wskazana,

W rozumieniu społecznym pomiędzy określeniami: asystent i opiekun funkcjonuje niewielka granica i określenia te są utożsamiane jako jednoznaczne.

Na potrzeby wsparcia w mieszkaniach wspomaganych warto jednak rozdzielić te dwie funkcje i cele usług.

Z usług wspierających należących do grupy usług socjalnych, doradczych i podstawowych usług opiekuńczych realizowanych przez opiekunów korzystają wszyscy Podopieczni, o tyle z usług opiekuńczych wysoce specjalistycznych oraz z usług asystenckich będą korzystać Podopieczni ze szczególnymi potrzebami i w szczególnej sytuacji zdrowotnej.

Nie znaczy to, że personel świadczący powyższe usługi musi być specjalistycznie zróżnicowany. Dopuszcza się aby funkcje opiekuna, terapeuty i asystenta pełniła ta sama osoba pod warunkiem, że uzyskała odpowiednie przeszkolenie, rozumie istotę i cele prowadzonych działań w ramach zróżnicowanych usług dla każdego Podopiecznego.

Wszystkie świadczone usługi opiekuńcze i asystenckie mają za zadanie utrzymanie Podopiecznego jak najdłużej na jak najwyższym poziomie samodzielności określanym relatywnie do wieku i/lub zaawansowania chorób neurologicznych w szczególności choroby Alzheimera i Parkinsona oraz na maksymalnym oddaleniu momentu w którym Podopieczny będzie wymagał całodobowego wsparcia i opieki w ośrodku zamkniętym.

Dlatego też **pakiet usług wspierających powinien mieć charakter usług wspierających aktywność** Podopiecznego w miejscu zamieszkania/pobytu w środowisku lokalnym i obejmować maksymalnie wszystkie sfery życia we własnym domu/ środowisku czyli : utrzymywanie maksymalnie wysokiej samodzielności życiowej, kontynuowanie nauki, utrzymywanie maksymalnie osiągalnego dla danej osoby poziomu sprawności w zakresie samoobsługi, utrzymanie lub rozwijanie kontaktów społecznych, pełnienia ról społecznych, wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym, realizacji kontaktów społecznych,



zagospodarowania czasu wolnego i korzystania z usług i aktywności dostępnych w społeczności lokalnej.

Aktywizację Podopiecznego realizuje się najczęściej metodami treningowymi, zawierającymi elementy informacyjne, edukacyjne, ale przede wszystkim techniki i aktywne ćwiczenia wybranych umiejętności.

Poniżej przykładowe treningi tematyczne, które zostały przypisane powyżej do specjalistycznych usług opiekuńczych jako metoda ich realizacji:

- *trening umiejętności praktycznych - celem jest nabywanie, rozwijanie lub wzmacnianie samodzielności w zakresie doskonalenia podstawowych czynności dnia codziennego (np. pranie, suszenie odzieży, sprząatanie, korzystanie z urządzeń elektrycznych);*
- *trening higieny- celem jest nabywanie, rozwijanie lub wzmacnianie działań w zakresie utrzymania higieny ciała oraz estetycznego wyglądu zewnętrznego;;*
- *trening finansowy - celem jest rozwijanie umiejętności planowania i wydatkowania dostępnych środków finansowych – w tym związanych z utrzymaniem mieszkania;;*
- *trening zarządzania mieszkaniem -celem jest nabycie umiejętności planowania czynności związanych z utrzymaniem mieszkania w dobrym stanie technicznym i czystości,*
- *trening kulinarny - celem jest nabywanie, rozwijanie lub wzmacnianie umiejętności niezbędnych do życia, jak nauka gotowania, przechowywania żywności itp.;;*
- *trening umiejętności spędzania czasu wolnego; realizowany poprzez rozwijanie zainteresowań literaturą, audycjami radiowymi, telewizyjnymi, internetem, udział w spotkaniach towarzyskich i kulturalnych, wspólne wyjścia do kina i teatru, sport;*
- *trening interpersonalny - celem jest nauka rozwiązywania konfliktów i problemów osobistych, ćwiczenie i nauka zachowań w określonych sytuacjach, rozwój umiejętności społecznych, budowa własnej samooceny i poczucia wartości;*
- *trening autonomii decyzyjnej według modelu wspieranego podejmowania decyzji;*
- *trening umiejętności społecznych umożliwiający kształtowanie umiejętności komunikacyjnych, współpracy w grupie, rozwiązywania konfliktów, radzenia sobie z emocjami oraz modyfikowania zachowań na bardziej aprobowane społecznie;*
- *rozwijanie umiejętności integracji ze społecznością lokalną;*
- *trening i pomoc w załatwianiu spraw urzędowych;*
- *pomoc w ubieganiu się o uzyskanie mieszkania -dla osób, które objawiają możliwość samodzielnego funkcjonowania.*
- *Terapie zajęciowe, art. terapie*

Istotą dobrze przeprowadzonego treningu, dzięki któremu osiąga się najwyższą skuteczność realizacji celów oraz wzmocnienia, przyswojenia i/lub wyuczenia określonych umiejętności oraz redukcję deficytów, jest działania polegające na wykonywaniu i powtarzaniu czynności bezpośrednio w środowiskach/ miejscach w

których te umiejętności są niezbędne czyli w mieszkaniach, bezpośrednio w otoczeniu zewnętrznym, we współpracy z organizacjami lokalnymi, przy okazji wykonywania rzeczywistych aktywności życia codziennego.

Z punktu widzenia osiągnięcia jak najlepszych wyników i maksymalnej motywacji sugerujemy opracowanie wewnętrznego systemu pozytywnej motywacji i nagradzania za postępy wszystkich Podopiecznych w grupie choćby w formie codziennych wspólnych spotkań przy podwieczorku i nagradzania np. „medalami” za osiągnięcia dnia poprzedniego lub też nagradzanie całej grupy, co może wpłynąć na większą aktywność we wzajemnym wspieraniu się w czynnościach życia codziennego i wzmacniać relacje i więzi społeczne, a do tego zwiększać poczucie bycia potrzebnym drugiemu człowiekowi, przynależności do małej społeczności i zwiększenie poczucia bezpieczeństwa..

Z uwagi na specyfikę stanu psychicznego i zdrowotnego grupy Podopiecznych nie rekomenduje się wprowadzania systemów polegających na konkutowaniu pomiędzy sobą, kładąc nacisk na grupową motywację pozytywną i równe traktowanie.

Usługi wspierające pobyt mieszkańca oraz jego aktywność, powinny być:

- Wpisane w Indywidualny Plan Wsparcia,
- zgodne z zaleceniami opiekuńczymi przekazanymi przez lekarza/y,
- monitorowane w formie raportów i kart pracy z Podopiecznym
- analizowane pod kątem efektywności
- modyfikowane i dostosowywane do zmieniającego się stanu zdrowia i poziomu samodzielności Podopiecznego po konsultacji i lekarzem lub specjalistą

Indywidualny Plan Wsparcia powinien zawierać minimum :

- a) cele do osiągnięcia,
- b) liczbę godzin tygodniowo/miesięcznie do zrealizowania,
- c) metody i techniki, jakimi zrealizowane będą dane usługi,
- d) opisane środki dydaktyczne.

1.5. usługi dodatkowe w mieszkaniu wspomagany:

W miarę możliwości technicznych oraz posiadanych środków warto rozważyć wykorzystanie w procesie opiekuńczym w mieszkaniach wspomaganych nowoczesnych technologii,

Przy braku możliwości przygotowania samodzielnie lub w asyście posiłków dla Podopiecznego/ch i/ lub w przypadku zaleconych diet specjalistycznych, powinny być zabezpieczone usługi dowożenia posiłków,

Dla realizacji usług opiekuńczych związanych z potrzebą i/ lub koniecznością przemieszczania się w środowisku zewnętrznym (np. dojazd do lekarza, na badania, dojazd na rehabilitację...) Podopiecznych o znacznym stopniu ograniczenia ruchowego, nie będących w stanie dokonać tego samodzielnie bądź z asystą, wskazane jest zaplanowanie bezpiecznego sposobu transportowania Podopiecznych.

Szczególny rodzajem działania i bezwzględnie wymagany jest przygotowanie wspomnianego już Indywidualnego Planu Wsparcia, który powinien być opracowany przed

rozpoczęciem pobytu w mieszkaniu wspomagany i opierać się na dokumentacji kwalifikującej do objęcia opieki w mieszkaniach wspomaganych.

Wskazane jest aby IPW został zaprezentowany również samemu Podopiecznemu i/ lub jego opiekunom faktycznym bądź prawnym najpóźniej w momencie rozpoczęcia usług w mieszkaniu wspomagany lub najlepiej w momencie podpisania umowy.

Wskazane jest (jeśli Podopieczny posiada niezbędne predyspozycje decyzyjne wynikające z jego stanu zdrowia i świadomości) uzyskanie akceptacji mentalnej dla realizacji IPW przez Podopiecznego. W przypadku uwag, sprzeciwu i konkretnych zastrzeżeń Podopiecznego lub jego opiekuna prawnego należałoby rozważyć konsultację psychologiczną lub interwencję pracownika socjalnego w celu pozytywnego przygotowania Podopiecznego do pobytu i usług, które mają być świadczone.

Włączenie Podopiecznego w ten prosty proces informacyjno- decyzyjny pozwoli na poczucie niezależności, najprawdopodobniej wzmocni również motywację wewnętrzną Podopiecznego do zaangażowania się w podejmowane działania i większą chęć współpracy.

Indywidualny Plan Wsparcia Podopiecznego -IPW

Powinien być sporządzony w formie pisemnej , najlepiej wystandaryzowany dla wszystkich Podopiecznych druk-formularz i zawierać:

Część informacyjną:

- Podstawowe dane personalne Podopiecznego (imię i nazwisko, wiek, adres miejsca pobytu / mieszkania wspieranego/ numer pokoju/ piętro...)
- Dane lekarzy i specjalistów prowadzących wraz z kontaktem i sposobem kontaktu w sytuacjach wymagających interwencji lub konsultacji.
- Zalecenia opiekuńcze przekazanyymi przez lekarza/y,
- Dodatkowe zalecenia specjalistów i terapeutów
- Dodatkowe ważne informacje, które mogą mieć wpływ na prowadzenie usług wspierających (np. stany lękowe, fobie, jąkanie się...)
- Zaplanowane z góry wydarzenia typu usługi medyczne , w szczególności cykliczne badania, konsultacje lekarskie....

Część właściwą: Plan

- Listę celów do osiągnięcia z krótkim opisem , z uwzględnieniem miejsca na korekty i dodatkowe cele, tak aby lista celów była korygowana ale cały czas widoczna jako całość.
- liczbę godzin tygodniowo/miesięcznie do zrealizowania,
- metody i techniki, jakimi zrealizowane będą dane usługi,
- opisane środki dydaktyczne.
- Dane opiekuna mieszkania i lub opiekuna i /lub asystenta podopiecznego

Rekomenduje się prowadzenie rejestrów i dokumentacji współistniejącej z IPW takich jak np.:

- Dziennik/Karta pracy z Podopiecznym – służy podsumowaniu każdego dnia, rejestracji ważnych zdarzeń, zmian w zachowaniu Podopiecznego, wyjątkowych reakcji.
- Cykliczny Raport okresowy – systematyczna analiza i ocena poziomu i efektywności realizacji celów wraz z rekomendacjami.
- Dziennik zmian i korekt: Rejestr korekt i dodatkowych zaleceń (każda zmiana

powinna być numerowana, opatrzona datą i nazwiskiem lekarza/ uprawnionego specjalisty, czytelnie i jasno opisana. Każda zmiana powinna być udokumentowana w formie pisemnej z czytelną pieczęcią i podpisem osoby zalecającej zmiany w IPW i dołączona do dokumentacji Podopiecznego.

- Innej dokumentacji w formie papierowej i/lub elektronicznej odpowiadającej specyfice warunków i organizacji procesu wsparcia w lokalnych społecznościach.

Strona | 29

W krótkiej perspektywie czasowej należałoby skoordynować działania pomiędzy mniejszymi społecznościami i dążyć do standaryzacji modelu usług wsparcia oraz podstawowej dokumentacji w skali kraju oraz wypracowywanie i ujednolicanie minimalnych pakietów standardów dla wszystkich społeczności lokalnych- cel możliwości porównawcze.

Indywidualne Plany wsparcia mogą być tworzone na różne okresy czasowe. Opracowanie ich powinno kierować się podobnymi zasadami i formami rejestracji i zapisu.

Należy wychodzić od Indywidualnych Planów Wsparcia w ujęciu dziennym/ tygodniowym/ miesięcznym.

Plany na dłuższe okresy powinny być zbliżone formą graficzną i zawierać agregację najważniejszych podstawowych informacji zawartych w planach krótkoterminowych. Mogą być one tworzone dla każdego Podopiecznego na różne okresy czasowe i/ lub sumarycznie tworzyć Plan Świadczenia Usług Wspierających dla organizacji / jednostki samorządowej/ osób odpowiedzialnych za mieszkania wspomagane.

Przygotowywanie planów wsparcia ze względu okres planowania i kryterium Podmiotu :

okres planowania	kryterium Podopiecznego	uwagi:
bazowy	Indywidualny Plan Wsparcia	Podstawowy , niezbędny, Funkcja dyrektywna
dzień	Dzienny Indywidualny Plan Wsparcia	Podstawowy , niezbędny, funkcja robocza
tydzień	Tygodniowy Indywidualny Plan Wsparcia	rekomendowany, Funkcja informacyjna i organizacyjna
miesiąc	Miesięczny Indywidualny Plan Wsparcia	rekomendowany, Funkcja informacyjna i organizacyjna
kwartał	Kwartalny Indywidualny Plan Wsparcia	Funkcja planistyczna, informacyjna, analityczna
półrocze	Półroczny Indywidualny Plan Wsparcia	Funkcja planistyczna, informacyjna, analityczna
rok	Roczny Indywidualny Plan Wsparcia	Funkcja planistyczna, informacyjna, analityczna
okres planowania	Kryterium Organizatora/ zarządzającego	uwagi:
bazowy	X	x
dzień	Dzienny Plan Świadczenia Usług Wspierający	Funkcja planistyczna, informacyjna, organizacja pracy
tydzień	Tygodniowy Plan Świadczenia Usług Wspierający	Funkcja planistyczna, informacyjna, organizacja pracy
miesiąc	Miesięczny Plan Świadczenia Usług Wspierający	Funkcja planistyczna, informacyjna, organizacja pracy
kwartał	Kwartalny Plan Świadczenia Usług Wspierający	Funkcja planistyczna, informacyjna, organizacja pracy
półrocze	Półroczny Plan Świadczenia Usług Wspierający	Funkcja planistyczna, informacyjna, organizacja pracy
rok	Roczny Plan Świadczenia Usług Wspierający	Funkcja planistyczna, informacyjna, analityczna sprawozdawcza

Malejąca Szczegółowość celów i informacji opisowych

Malejąca Szczegółowość celów i informacji opisowych

Opracowanie własne.

Tworząc własną dokumentację dla procesu świadczenia usług w mieszkaniach wspomaganych oraz modelu sieci powiązań i funkcjonowania mieszkań wspomaganych w środowisku lokalnym, wskazane jest zachowanie maksymalnej standaryzacji i logicznego powiązania pomiędzy danymi i dokumentami, tak aby dawały się włączać i łatwo przetwarzać przez systemy informatyczne , generować wartościowe raporty oraz tworzyć docelowo intuicyjne wielopoziomowe, systemy zarządzania usługami społecznymi.

W miarę rozwoju lokalnych form wsparcia i świadczenia usług opiekuńczych w różnorodnych formach i w oparciu o różnorodne standardy, naturalną potrzebą i konsekwencją stanie się potrzeba monitorowania tego procesu na wyższych poziomach struktur regionalnych i krajowych. Dlatego też zaleca się wchodzenie w kooperacje z innymi lokalnymi społecznościami (gminami, powiatami, miastami....), aby poprzez współpracę, wymianę informacji wypracowywać w dłuższym czasie ujednolicone standardy działania i lepiej wykorzystywać posiadane zasoby ekonomiczne, społeczne i kadrowe.

Tworząc mieszkania wspomagane i pakiet usług wspierających w projekcie wskazane byłoby uwzględnienie elementów podstawowej procedury bezpieczeństwa i szybkiego reagowania w sytuacjach zagrażających zdrowiu i życiu.

Poza tym, wysoce rekomenduje się, aby wszystkie osoby kadry mieszkań wspomaganych, rodzina, opiekunowie faktyczni, wybrane osoby z organizacji włączonych do sieci wsparcia współpracującej w ramach mieszkań wspomaganych, zostały profesjonalnie przeszkolone z zakresu rozpoznawania symptomów zagrożenia zdrowia i życia, udzielania pierwszej pomocy oraz znają procedurę postępowania w takich sytuacjach. Przykładowe informacje do procedury ratowania życia zostały załączone w załączniku nr 6 do niniejszego opracowania.

Rekomendowanym elementem obowiązkowym jest przygotowanie i posiadanie dla każdego Podopiecznego tzw „Koperty życia”, która powinna być umieszczona w każdym mieszkaniu w łódzce lub w oznakowanym miejscu (np. specjalnej skrzynce zamontowanej np. nad łóżkiem Podopiecznego z naklejką „KOPERTA ŻYCIA”. Warto zadbać o to aby „Koperty Życia” były umieszczone i oznakowane w każdym mieszkaniu w jednakowy sposób, sprawdzane i uaktualniane w czasie. Opiekun mieszkania wspomagane, najbliższe otoczenie jak i sam Podopieczny powinni poinformować służby medyczne o istnieniu takiej Koperty i jej lokalizacji. Warto również aby czytelna informacja gdzie znajdują się koperty życia była umieszczona przy wejściu do budynku i pozwalała na jej widoczność.

„Koperta życia „

„Koperta życia” powinna zawierać określone informacje i składać się z:

- Precyzyjnie wypełnionej karty informacyjnej
- plastikowej koperty lub innej trwałej obwoluty z naklejką - "Koperta Życia"
- informatora lokalizacyjnego / naklejki - "Tu jest koperta życia"

Należy poświęcić wystarczająco dużo czasu i możliwie dużo uwagi, by karta informacyjna została prawidłowo wypełniona. Kartę powinien wypełnić Podopieczny i/lub jego najbliżsi i powinna ona być zweryfikowana ostatecznie przez lekarza prowadzącego i/lub kwalifikującego. Jeśli Podopieczny wraz z opiekunem faktycznym/najbliższymi nie jest w stanie przygotować prawidłowej informacji powinien uzyskać pomoc od opiekuna mieszkania we współpracy z właściwym lekarzem lub pielęgniarką środowiskową. Więcej informacji w Załączniku nr.5

PROPOZYCJE PAKIETÓW USŁUG WSPIERAJĄCYCH

Poniżej zaprezentowano zestawienie podstawowych i głównych problemów , objawów i sposobów wsparcia oraz propozycję pakietów usług wspierających oraz rekomendowany Pakiet minimalny usług wspierających wraz z przykładowymi rekomendacjami dla

Indywidualnych Pakietów Usług Wspierających w poszczególnych kategoriach osób grupy docelowej, które stanowią odpowiednio Załączniki 2 i 3 do niniejszego opracowania.

podstawowe problemy osób grupy docelowej mieszkających w Projekcie Niezależne życie..., czyli osób starszych ze schorzeniami neurologicznymi, w szczególności z AD i chorobą Parkinsona jako wytyczne dla budowy pakietu usług wspierających w mieszkaniach wspomaganych			
lp	główne problemy postępujące w grupie docelowej mieszkańców wspomaganych w miarę starzenia się i/lub rozwoju schorzeń neurologicznych, a tym samym obszary konieczne do objęcia usługami wspierającymi :	przykładowe objawy zewnętrzne i zachowania jako wytyczne do doboru zakresu pakietu usług wspierających w mieszkaniach wspomaganych:	przykładowe rodzaj wsparcia/treningu/działań poza proponowanym pakietem podstawowym
1	Samotność, brak akceptacji starości i niesamodzielności; brak akceptacji choroby i zachodzących zmian psychosomatycznych. Poczucie obciążania bliskich oraz niedopasowania do otoczenia. Brak pewności siebie i poczucia niezależności. Izolacja społeczna.	agresja, złośliwość, smutek, apatia, Utrata poczucia bezpieczeństwa, wycofanie z życia, brak apetytu, niechęć do picia, zaburzenia mowy, zaburzenia przewodu pokarmowego, zaprzestanie chodzenia i wstawania z łóżka, kupowanie i przyjmowanie nadmiernej ilości leków z reklam lub zasłyszanych od znajomych jako panaceum na wszystkie problemy, depresje, ośpienie, wchodzenie w rolę osoby kompletnie niesamodzielnej, chorej wymagającej wyręczenia lub pomocy we wszystkich czynnościach życia codziennego, lęki, fobie, wymuszanie na najbliższych ciągłej uwagi, próby samobójcze lub deklarowanie chęci zakończenia życia...	a)diagnostyka i regularna kontrola lekarska geriatryczna, psychiatryczna, neurologiczna; b) na podstawie zaleceń budowa lub modyfikacja IPW c) nadzór nad przyjmowaniem zaleconych leków; d) w pierwszym okresie objęcia opieką głównie praca socjalna, doradztwo i konsultacje psychologiczne; e) podstawowe usługi opiekuńcze; f) wspomagane włączanie we wszelkie możliwe czynności życia codziennego i treningi umiejętności praktycznych. g) włączanie w prace grupowe i zespołowe - trening umiejętności społecznych i organizowania czasu wolnego, warsztaty zajęciowe, art terapie h) trening interpersonalny i)treningi i zajęcia szkoleniowe dla członków rodzin, opiekunów faktycznych - jak zrozumieć procesy zachodzące u Podopiecznego i jak postępować; j) trening zarządzania mieszkaniem;
2	ogólne problemy zdrowotne. ograniczenie kondycji fizycznej i możliwości ruchowych. nietrzymanie moczu i zaburzenie funkcji fizjologicznych.	ogólne osłabienie, senność, apatia, niezadowolające wyniki badań okresowych, zaburzenia równowagi, współistniejące choroby typu cukrzyca, nadciśnienie, niewydolność krążeniowo-oddechowa, bóle męśniowe, stawowe, trzęsące się kończyny, zawroty głowy; chodzenie coraz drobniejszymi krokami, posuwanie/ciągnięcie za sobą nogi, szuranie, potknięcia; przejście z pozycji pionowej do leżącej, Utrata poczucia bezpieczeństwa; świadome unikanie lub minimalizowanie przyjmowanych płynów i posiłków, aby powstrzymać czynności fizjologiczne	a)profilaktyka zdrowotna; b) praca socjalna; c) trening figiery; d) fizjoterapia ruchowa ogólnorozwojowa e) fizjoterapia specjalistyczna; f) Pielęgnacja g) treningi i zajęcia szkoleniowe dla członków rodzin, opiekunów faktycznych - jak zrozumieć procesy zachodzące u Podopiecznego i jak postępować.
3	odżywianie: (nieregularne posiłki, rezygnacja z przyjmowania posiłków i płynów, nieprawidłowa dieta, złe nawyki żywieniowe)	utrata łaknienia; niechęć do jedzenia i picia; zmniejszona perystaltyka jelit, skłonność do zaparć, zaburzenia układu pokarmowego, błądność, anemia, odwodnienie, ogólne osłabienie, niezadowolające wyniki badań okresowych.	a)profilaktyka zdrowotna; odżywianie b) trening kulinarny ,warsztaty - wspólne gotowanie, aktywności konkursowe - gotuję dla Ciebie c) treningi i zajęcia szkoleniowe dla członków rodzin, opiekunów faktycznych - jak zrozumieć procesy zachodzące u Podopiecznego i jak postępować pr zaburzeniach odżywiania; d) fizjoterapia/ gimnastyka i aktywność ruchowa ogólnorozwojowa

Ciąg dalszy:

podstawowe problemy osób grupy docelowej mieszkań wspomaganych w Projekcie Niezależne życie..., czyli osób starszych oraz osób ze schorzeniami neurologicznymi, w szczególności z AD i chorobą Parkinsona jako wytyczne dla budowy pakietu usług wspierających w mieszkaniach wspomaganych		
lp	główne problemy postępujące w grupie docelowej mieszkań wspomaganych w miarę starzenia się i/lub rozwoju schorzeń neurologicznych, a tym samym obszary konieczne do objęcia usługami wspierającymi :	przykładowe objawy zewnętrzne i zachowania jako wytyczne do doboru zakresu pakietu usług wspierających w mieszkaniach wspomaganych:
4	Oslabienie zmysłów pamięci (zdolności zapamiętywania, przyswajania i magazynowania nowych wiadomości; problem z pamięcią krótkotrwałą i długotrwałą); trudność z przypominaniem celowanym (nazwiska, imiona, daty...)	retrospektywna postawa i zmiana zainteresowań powracanie i przeżywanie zdarzeń z przeszłości niedostrzeganie i lekceważenie młodego pokolenia; brak nowych zainteresowań - wycofanie zapominanie o wyłączeniu urządzeń elektrycznych; zapominanie o zamykaniu mieszkania
5	osłabienie zmysłów smaku , powonienia; dotyku, słuchu, mowy	dodawanie zbyt dużej ilości przypraw lub rezygnacja z nich niemalże w całości, głośne słuchanie radia i telewizji, trudności z obsługą urządzeń, nie odczuwanie zapachów

Opracowanie własne.

PAKIETY USŁUG WSPIERAJĄCYCH OSÓB STARSZYCH ORAZ OSÓB ZE SCHORZENIAMI NEUROLOGICZNYMI , W SZCZEGÓLNOŚCI Z AD I PD - <u>REKOMENDACJE</u>				
<u>REKOMENDOWANY</u> PAKIET USŁUG WSPIERAJĄCYCH I INNYCH USŁUG W MIESZKANIACH WSPOMAGANYCH	MINIMALNY <u>REKOMENDOWANY</u> PAKIET USŁUG WSPIERAJĄCYCH DLA KAŻDEGO PODOPIECZNEGO PROJEKTU MIESZKAŃ WSPOMAGANYCH	<u>PRZYKŁADOWE</u> PAKIETY USŁUG WSPIERAJĄCYCH W MIESZKANIACH WSPOMAGANYCH		
		osoby starsze	demencja i schorzenie Alzheimera	choroba Parkinsona
PRACA SOCJALNA	X	X	X	X
PORADNICTWO PRAWNE DLA PODOPIECZNEGO I/LUB RODZINY	-	WG POTRZEB INDYWIDUALNYCH	WG POTRZEB INDYWIDUALNYCH	WG POTRZEB INDYWIDUALNYCH
PORADNICTWO I KONSULTACJE PSYCHOLOGICZNE DLA PODOPIECZNEGO I/LUB RODZINY	X	X	X	X
USŁUGI OPIEKUŃCZE:				
PODSTAWOWE USŁUGI OPIEKUŃCZE:	zaspokajanie podstawowych codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, , zapewnienie kontaktów z otoczeniem aktywizacja społeczna.			
podstawowa pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych,	X	X	X	X
podstawowa pomoc w utrzymaniu higieny	X	X	X	X
podstawowa pomoc pielęgnacyjna realizowanej zgodnie z zaleceniem lekarskim	X	X	X	X
zapewnienie kontaktów z otoczeniem i aktywny udział w życiu społecznym.	X	X	X	X
SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE i ODPOWIEDNIE AKTYWNOŚCI:	usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.			
działania z zakresu wspierania i uczenia Podopiecznego prowadzenia samodzielnego życia i funkcjonowania w społeczeństwie :				
Aktywności - Treningi samodzielności				
a. trening umiejętności praktycznych,	X	X	X	X
b. trening higieny;	X	X	X	X
c. trening finansowy,		X	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
d. trening zarządzania mieszkaniem, w tym zarządzanie energią;		X	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
e. trening kulinarny,	X	X	X	X
f. trening umiejętności spędzania czasu wolnego;		X	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
g. trening interpersonalny;		wskazany w zależności od potrzeb indywidualnych	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
h. trening autonomii decyzyjnej według modelu wspieranego podejmowania decyzji;		X	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
i. trening umiejętności społecznych;	X	X	X	X
j. rozwijanie umiejętności integracji ze społecznością lokalną;	X	X	X	X
k. trening i pomoc w załatwianiu spraw urzędowych;	X	X	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
l. pomoc w ubieganiu się o uzyskanie mieszkania.		wskazany w zależności od potrzeb indywidualnych	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
l. Inne specjalistyczne		wskazany w zależności od potrzeb indywidualnych	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
PIELĘGNACJA (ustalanie terminów wizyt lekarskich, badań, asystowanie podczas wizyt lekarskich, pomoc w realizacji recept, pilnowanie poprawności przyjmowania leków i obserwowanie ich ewentualnych skutków ubocznych, pomoc w zaopatrzeniu się w środki medyczne, ortopedyczne, organizowanie transportu do gabinetów lekarskich, rehabilitacyjnych).	X	X	X	X

ciąg dalszy

PAKIETY USŁUG WSPIERAJĄCYCH OSÓB STARSZYCH ORAZ OSÓB ZE SCHORZENIAMI NEUROLOGICZNYMI, W SZCZEGÓLNOŚCI Z AD I PD - REKOMENDACJE				
REHABILITACJA SPECJALISTYCZNA STACJONARNA				
REHABILITACJA FIZYCZNA - OGÓLNOROZWOJOWA	X	X	X	X
USŁUGI ASYSTENCKIE			wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA	X	X	X	X
INDYWIDUALNY OPIEKUN PODOPIECZNEGO	X	X	X	X
OPIEKUN MIESZKANIA WSPOMAGANEGO	X	X	X	X
POSILKI	X	X	X	X
PRZEWOZY W RAMACH USŁUG OPIEKUŃCZYCH		wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
OPIEKA MEDYCZNA STACJONARNA W MIESZKANIACH WSPOMAGANYCH	-	-	-	-
OPIEKA MEDYCZNA ZEWNĘTRZNA	X	X	X	X
PROCEDURA RATOWANIA ŻYCIA (SPOSÓB REAGOWANIA I KOPERTY ŻYCIA)	X	X	X	X
USŁUGI DODATKOWE:				
TELEOPIEKA	wykorzystanie urządzeń elektronicznych i nowoczesnych technologii do monitorowania stanu zdrowia, parametrów życiowych i nadzoru przemieszczania się...			
monitoring podstawowych funkcji życiowych	X	X	X	X
monitoring lokalizacji (wskazany dla osób z zaburzeniami pamięci i/lub ze skłonnością do niekontrolowanego opuszczania miejsca pobytu.		wskazany w zależności od potrzeb indywidualnych	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
system wzywający pomoc	X	X	X	X
komputer z systemem pisania wzrokiem		wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
inne, indywidualne, specjalistyczne		INDYWIDUALNIE	INDYWIDUALNIE	INDYWIDUALNIE

Opracowanie własne.

Ostateczny zakres wsparcia wraz z rodzajem i wymiarem godzinowym usług opiekuńczych jest określany indywidualnie w umowie o oświadczenie usług w formie kontraktu trójstronnego.

Umowa/Kontrakt trójstronny ma być zawarty pomiędzy Podopiecznym zakwalifikowanym do pobytu w mieszkaniu wspomaganym (lub jego opiekunem prawnym), opiekunem mieszkania wspomaganego oraz podmiotem realizującym Projekt.

Dopuszcza się podpisanie umowy przez opiekuna faktycznego Podopiecznego, jeżeli stan jego zdrowia nie pozwala na świadome zawarcie kontraktu, a nie został wyznaczony opiekun prawny.

PODSUMOWANIE :

Podsumowując niniejsze opracowanie warto wspomnieć o samej kategorii standardu. Zgodnie z definicją rozumienia standardu używaną przez mgr Zuzannę Grabusińską „standard to norma, przeciętny, typowy model postępowania, co do którego wspólnie umawiają się strony, wyznaczając granicę poniżej, której nie należy zejść”.

Strona | 35

Podstawową cechą i ideą standardu jest więc jego dynamika - rozwój i ewolucja, aby wchodzić na wyższe poziomy jakości i ustawicznie ulepszać nasze działania wraz z poprawiającymi się warunkami bytowymi i funkcjonowania społeczeństwa.

Dlatego też standard z zasady powinien ulegać podwyższaniu w zależności od postępu rozwoju życia społecznego i/lub zwiększania się posiadanych zasobów podmiotu prowadzącego MW.

W związku z powyższym zaproponowane w niniejszym opracowaniu informacje, rekomendacje, propozycje pakietów usług wspierających w mieszkaniach wspomaganych należy rozumieć jako próg wyjścia do podejmowanych działań a nie zamknięty katalog, w którego granicach należy się poruszać.

Wdrażając instrumenty wsparcia niezależnie od ich rodzajów należy zawsze pamiętać, że dobrą praktyką i podstawowym standardem powinno być systematyczne i szczegółowe analizowanie prowadzonych działań, dostrzeganie punktów słabych i krytycznych oraz podejmowanie działań w celu zapobiegania im lub minimalizowania ich negatywnych skutków dla Podopiecznych w przyszłości.

Wskazane jest śledzenie najnowszych trendów międzynarodowych, współpraca i wymiana doświadczeń pomiędzy samorządami terytorialnymi, śledzenie najnowszej literatury tematycznej, a także dobrych praktyk stosowanych przez innych i na tej podstawie modyfikowanie i/lub rozszerzanie pakietu usług wspierających o najbardziej aktualne i nowoczesne technologie, propozycje zajęć terapeutycznych i aktywizujących, zgodnie z zasadą prowadzenia pracy z podopiecznymi opartej na dowodach i aktualnych osiągnięciach i wnioskach nauki.

Dla znalezienia dodatkowych źródeł informacji i inspiracji do rozwoju usług opiekuńczych dla projektu mieszkań wspomaganych jak i innych metod i sposobów budowania systemu wsparcia senioralnego rekomendowana jest ścisła współpraca i szersze wykorzystanie wiedzy naukowej i praktycznej oraz osiągnięć nowych gałęzi medycyny i nauki takich jak geriatria, gerontologia, psychogerontologia, geragogika,...

Wdrażaniu i stosowaniu niniejszych standardów powinien zawsze towarzyszyć równoległy ciągły proces informacyjny i edukacyjny obejmujący wszystkich mieszkańców, organizacje funkcjonujące w społeczeństwie (samorządy, służbę zdrowia, MOPS, organizacje rządowe i pozarządowe, przedsiębiorstwa komercyjne i państwowe, ośrodki religijne i szkoły) wraz z efektywnym systemem bieżącego monitorowania efektów świadczonych usług i prowadzonych działań, tak aby doprowadzić w przyszłości do zafunkcjonowania maksymalnie zinstytucjonalizowanego, spójnego, zintegrowanego społecznego systemu wsparcia.

SKRÓTY:

LISTA SKRÓTÓW W OPRACOWANIU	
STANDARDY PAKIETU USŁUG WSPIERAJĄCYCH W MIESZKANIACH WSPOMAGANYCH w Projekcie pt.: „Niezależne życie - wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomagane dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych”.	
SKRÓT	ZNACZENIE PEŁNE SKRÓTU:
Projekt Niezależne życie...	Projekt pt.: „Niezależne życie - wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomagane dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych”.
MW	mieszkania wspomagane
AD	choroba Alzheimera (z ang. Alzheimer's disease)
PD	Choroba Parkinsona (z ang. Parkinson's disease)
IPW	Indywidualny Plan Wsparcia

Strona | 36

PODSTAWOWA BIBLIOGRAFIA I ŹRÓDŁA INFORMACJI:

- Rozporządzenia prawne dotyczące pomocy społecznej Dz.U.2018.0.1508 t.j. - Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
- Domy pomocy społecznej w Polsce Grabusińska Zuzanna
- Augustyn, M. (z zesp.), Opieka długoterminowa w Polsce - opis, diagnoza, rekomendacje, Warszawa 2010.
- Choroba Alzheimera, Gaby Schwarz, 2002
- Parkinsonizm. Atlas, Andrzej Szczudlik, Monika Rudzińska, Wydawnictwo: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- 36 godzin na dobę (N.L. Mace, P.V. Rabins, Wydawnictwo Medipage, Warszawa 2005).
- Wygraj z alzheimerem. Pierwszy skuteczny program w profilaktyce i leczeniu zaburzeń funkcji poznawczych, Dale E. Bredesen, Galaktyka
- Żyję z Chorobą Parkinsona (okładka miękka), Kuran Włodzimierz, 2009, wyd. lek PZWL
- Jak pokonać Alzheimera Parkinsona SM i inne choroby neurodegeneracyjne, dr Bruce Fife, VITAL 2014
- Materiały, opracowania własne na podstawie obserwacji i doświadczeń opiekuńczych - dane Polskie Centrum Opieki Domowej Sp. z o.o.
- Materiały, opracowania własne, dane o potrzebach zgłaszanych przez rodziny Podopiecznych Fundacja PCOD – Jesteśmy dla Ciebie.
- Standardy domowej pielęgniarstwa opieki długoterminowej, Czajka Dorota, Czekala Beata
- Wybrane procedury postępowania pielęgniarstwa w warunkach domowych, Czajka Dorota, Czekala Beata
- Tematyczne portale internetowe typu: poradnikzdrowie.pl
- Konsultacje z Pełnomocnikiem Zarządu ds. Zarządzania Jakością i ds. Praw Pacjentów; Konsultant ds. Kombatantów

ZAŁĄCZNIKI

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW DO OPRACOWANIA	
STANDARDY PAKIETU USŁUG WSPIERAJĄCYCH W MIESZKANIACH WSPOMAGANYCH w Projekcie pt.: „Niezależne życie - wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomagane dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych”.	
ZAŁĄCZNIK	TEMAT ZAŁĄCZNIKA
NR . 1	podstawowe problemy osób grupy docelowej mieszkań wspomaganych w Projekcie Niezależne życie, czyli osób starszych oraz osób ze schorzeniami neurologicznymi , w szczególności z AD i chorobą Parkinsona jako wytyczne dla budowy pakietu usług wspierających w mieszkaniach wspomaganych
NR . 2	Pakiety usług wspierających osób starszych oraz osób ze schorzeniami neurologicznymi , w szczególności z Ad i Pd - rekomendacje
NR . 3	Dodatkowe informacje dotyczące schorzenia AD i zaleceń w postępowaniu z chorymi oraz doboru pakietu usług wspierających
NR . 4	Dodatkowe informacje dotyczące schorzenia PD i zaleceń w postępowaniu z chorymi oraz doboru pakietu usług wspierających
NR . 5	Karta życia - niezbędne informacje i sposób wypełniania
NR . 6	Wzór procedury reagowania w przypadku zagrożenia życia i zdrowia

ZAŁĄCZNIK NR 1.

podstawowe problemy osób grupy docelowej mieszkań wspomaganych w Projekcie Niezależne życie..., czyli osób starszych oraz osób ze schorzeniami neurologicznymi, w szczególności z AD i chorobą Parkinsona jako wytyczne dla budowy pakietu usług wspierających w mieszkaniach wspomaganych		
lp	główne problemy postępujące w grupie docelowej mieszkań wspomaganych w miarę starzenia się i/lub rozwoju schorzeń neurologicznych, a tym samym obszary konieczne do objęcia usługami wspierającymi :	przykładowe objawy zewnętrzne i zachowania jako wytyczne do doboru zakresu pakietu usług wspierających w mieszkaniach wspomaganych:
1	Samotność, brak akceptacji starości i niesamodzielności; brak akceptacji choroby i zachodzących zmian psychosomatycznych. Poczucie obciążania bliskich oraz niedopasowania do otoczenia. Brak pewności siebie i poczucia niezależności. Izolacja społeczna.	agresja, złośliwość, smutek, apatia, Utrata poczucia bezpieczeństwa, wycofanie z życia, brak apetytu, niechęć do picia, zaburzenia mowy, zaburzenia przewodu pokarmowego, zaprzestanie chodzenia i wstawania z łóżka, kupowanie i przyjmowanie nadmiernej ilości leków z reklam lub zasłyszanych od znajomych jako panaceum na wszystkie problemy, depresje, ośpienie, wchodzenie w rolę osoby kompletnie niesamodzielnej, chorej wymagającej wyręczenia lub pomocy we wszystkich czynnościach życia codziennego, lęki, fobie, wymuszanie na najbliższych ciągłej uwagi, próby samobójcze lub deklarowanie chęci zakończenia życia...
2	ogólne problemy zdrowotne. ograniczenie kondycji fizycznej i możliwości ruchowych. nietrzymanie moczu i zaburzenie funkcji fizjologicznych.	ogólne osłabienie, senność, apatia, niezadowalające wyniki badań okresowych, zaburzenia równowagi, współistniejące choroby typu cukrzyca, nadciśnienie, niewydolność krążeniowo-oddechowa, bóle mięśniowe, stawowe, trzęsące się kończyn, zawroty głowy, chodzenie coraz drobniejszymi krokami, posuwanie/ciągnięcie za sobą nogi, szuranie, potknięcia; przejście z pozycji pionowej do leżącej, Utrata poczucia bezpieczeństwa; świadome unikanie lub minimalizowanie przyjmowanych płynów i posiłków, aby powstrzymać czynności fizjologiczne
3	odżywianie: (nieregularne posiłki, rezygnacja z przyjmowania posiłków i płynów, nieprawidłowa dieta, złe nawyki żywieniowe)	utrata łaknienia; niechęć do jedzenia i picia; zmniejszona perystaltyka jelit, skłonność do zaparć, zaburzenia układu pokarmowego, błądność, anemia, odwodnienie, ogólne osłabienie, niezadowalające wyniki badań okresowych.
4	Osłabienie zmysłów pamięci (zdolności zapamiętywania, przyswajania i magazynowania nowych wiadomości; problem z pamięcią krótkotrwałą i długotrwałą); trudność z przypominaniem celowanym (nazwiska, imiona, daty...)	retrospektywna postawa i zmiana zainteresowań powracanie i przeżywanie zdarzeń z przeszłości nieodróżnianie i lekceważenie młodego pokolenia; brak nowych zainteresowań - wycofanie zapominanie o wyłączaniu urządzeń elektrycznych; zapominanie o zamykaniu mieszkania
5	osłabienie zmysłów smaku, powonienia; dotyku, słuchu, mowy	dodawanie zbyt dużej ilości przypraw lub rezygnacja z nich niemałe w całości, głośne słuchanie radia i telewizji, trudności z obsługą urządzeń, nie odczuwanie zapachów

ZAŁĄCZNIK NR. 2

PAKIETY USŁUG WSPIERAJĄCYCH OSÓB STARSZYCH ORAZ OSÓB ZE SCHORZENIAMI NEUROLOGICZNYMI, W SZCZEGÓLNOŚCI Z AD I PD - <u>REKOMENDACJE</u>				
REKOMENDOWANY PAKIET USŁUG WSPIERAJĄCYCH I INNYCH USŁUG W MIESZKANIACH WSPOMAGANYCH	MINIMALNY REKOMENDOWANY PAKIET USŁUG WSPIERAJĄCYCH DLA KAŻDEGO PODOPIECZNEGO PROJEKTU MIESZKAŃ WSPOMAGANYCH	PRZYKŁADOWE PAKIETY USŁUG WSPIERAJĄCYCH W MIESZKANIACH WSPOMAGANYCH		
		osoby starsze	demencja i schorzenie Alzheimera	choroba Parkinsona
PRACA SOCJALNA	X	X	X	X
PORADNICTWO PRAWNE DLA PODOPIECZNEGO I/LUB RODZINY	-	WG POTRZEB INDYWIDUALNYCH	WG POTRZEB INDYWIDUALNYCH	WG POTRZEB INDYWIDUALNYCH
PORADNICTWO I KONSULTACJE PSYCHOLOGICZNE DLA PODOPIECZNEGO I/LUB RODZINY	X	X	X	X
USŁUGI OPIEKUŃCZE:				
PODSTAWOWE USŁUGI OPIEKUŃCZE:	zaspokajanie podstawowych codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, , zapewnienie kontaktów z otoczeniem i aktywizacja społeczna.			
podstawowa pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych,	X	X	X	X
podstawowa pomoc w utrzymaniu higieny	X	X	X	X
podstawowa pomoc pielęgnacyjna realizowanej zgodnie z zaleceniem lekarskim	X	X	X	X
zapewnienie kontaktów z otoczeniem i aktywny udział w życiu społecznym.	X	X	X	X
SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE i ODPOWIEDNIE AKTYWNOŚCI:	usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczane przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.			
działania z zakresu wspierania i uczenia Podopiecznego prowadzenia samodzielnego życia i funkcjonowania w społeczeństwie :				
Aktywności - Treningi samodzielności				
a. trening umiejętności praktycznych,	X	X	X	X
b. trening higieny;	X	X	X	X
c. trening finansowy,		X	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
d. trening zarządzania mieszkaniem, w tym zarządzanie energiami;		X	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
e. trening kulinarny,	X	X	X	X
f. trening umiejętności spędzania czasu wolnego;		X	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
g. trening interpersonalny;		wskazany w zależności od potrzeb indywidualnych	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
h. trening autonomii decyzyjnej według modelu wspieranego podejmowania decyzji;		X	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
i. trening umiejętności społecznych;	X	X	X	X
j. rozwijanie umiejętności integracji ze społecznością lokalną;	X	X	X	X
k. trening i pomoc w załatwianiu spraw urzędowych;	X	X	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
l. pomoc w ubieganiu się o uzyskanie mieszkania.		wskazany w zależności od potrzeb indywidualnych	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
l. Inne specjalistyczne		wskazany w zależności od potrzeb indywidualnych	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
PIELĘGNACJA (ustalanie terminów wizyt lekarskich, badań, asystowanie podczas wizyt lekarskich, pomoc w realizacji recept, pilnowanie poprawności przyjmowania leków i obserwowanie ich ewentualnych skutków ubocznych, pomoc w zaopatrzeniu się w środki medyczne, ortopedyczne, organizowanie transportu do gabinetów lekarskich, rehabilitacyjnych).	X	X	X	X

cd. ZAŁACZNIK NR.2

ciąg dalszy				
PAKIETY USŁUG WSPIERAJĄCYCH OSÓB STARSZYCH ORAZ OSÓB ZE SCHORZENIAMI NEUROLOGICZNYMI , W SZCZEGÓLNOŚCI Z AD I PD - REKOMENDACJE				
REHABILITACJA SPECJALISTYCZNA STACJONARNA				
REHABILITACJA FIZYCZNA - OGÓLNOROZWOJOWA	X	X	X	X
USŁUGI ASYSTENCKIE			wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA	X	X	X	X
INDYWIDUALNY OPIEKUN PODOPIECZNEGO	X	X	X	X
OPIEKUN MIESZKANIA WSPOMAGANEGO	X	X	X	X
POSILKI	X	X	X	X
PRZEWOZY W RAMACH USŁUG OPIEKUŃCZYCH		wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
OPIEKA MEDYCZNA STACJONARNA W MIESZKANIACH WSPOMAGANYCH	-	-	-	-
OPIEKA MEDYCZNA ZEWNĘTRZNA	X	X	X	X
PROCEDURA RATOWANIA ŻYCIA (SPOSÓB REAGOWANIA I KOPERTY ŻYCIA)	X	X	X	X
USŁUGI DODATKOWE:				
TELEOPIEKA	wykorzystanie urządzeń elektronicznych i nowoczesnych technologii do monitorowania stanu zdrowia, parametrów życiowych i nadzoru przemieszczania się...			
monitoring podstawowych funkcji życiowych	X	X	X	X
monitoring lokalizacji (wskazany dla osób z zaburzeniami pamięci i/tub ze skłonnością do niekontrolowanego opuszczania miejsca pobytu.		wskazany w zależności od potrzeb indywidualnych	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
system wzywający pomoc	X	X	X	X
komputer z systemem pisania wzrokiem		wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia	wskazany w zależności od potrzeb ind i zaawansowania schorzenia
inne, indywidualne, specjalistyczne		INDYWIDUALNIE	INDYWIDUALNIE	INDYWIDUALNIE

ZAŁĄCZNIK NR 3.

Dodatkowe informacje dotyczące schorzenia AD i zaleceń w postępowaniu z chorymi oraz doboru pakietu usług wspierających.

Strona | 41

Choroba Alzheimera jest chorobą mózgu, zaliczaną do chorób otępiennych.

Powoduje obumieranie komórek nerwowych. Wpływa na zdolność do zapamiętywania i jasnego myślenia.

Osoby cierpiące na tę chorobę mają problemy z pamięcią i są zagubieni.

Mogą mieć trudności z koncentracją uwagi oraz zachowywać się w dziwny sposób.

Objawy choroby nasilają się stopniowo z upływem czasu.

W końcu stają się tak poważne, że chory nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować w życiu codziennym.

Staje się coraz bardziej zależny od swojego opiekuna.

Wymienię najbardziej niepokojące objawy:

- utrata pamięci, która zakłóca codzienne życie; dotyczy to zapominania niedawno zdobytych informacji, ważnych dat, imion, wielokrotne pytanie o te same rzeczy, wielokrotne opowiadanie tych samych wydarzeń,

- trudności z planowaniem lub rozwiązywaniem problemów; mogą pojawić się kłopoty z zastosowaniem znanego przepisu, trudności z planowaniem i kontrolowaniem wydatków, wydłuża się czas potrzebny na wykonanie znanych wcześniej zadań,

- trudności z ukończeniem dobrze znanych zadań w domu, w pracy, w czasie wolnym; mogą mieć problemy z dojechaniem w dobrze znane miejsca, nie radzą sobie z zadaniami w pracy, nie pamiętają zasad ulubionej gry,

- dezorientacja w czasie i przestrzeni; tracą orientację co do dat, pór roku i upływu czasu; trudno choremu zrozumieć coś, co nie dzieje się "tu i teraz", zapominają gdzie są i jak się tu dostali,

- problemy ze zrozumieniem obrazów i związków przestrzennych; chorzy mają problemy ze wzrokiem, pojawiają się trudności w czytaniu, oceną dystansu, określeniem koloru lub kontrastu np. przechodząc obok lustra nie rozpoznają siebie, lecz myślą, że ktoś inny jest w pokoju,

- problemy ze słownictwem w mowie i czytaniu; mają problemy ze śledzeniem rozmowy lub włączeniem się w nią, mają problem ze znalezieniem odpowiedniego słowa do nazwania znanej rzeczy,

- odkładanie rzeczy nie na swoje miejsce np. włożenie kluczy do lodówki lub pralki, mogą coś zgubić i oskarżyć opiekuna o kradzież,

- utrata zdolności powrotu tą samą drogą, dlatego niebezpieczne jest samodzielne wyjście chorego na spacer,

- pogorszenie lub zła ocena sytuacji np. w obchodzeniu się z pieniędzmi, przekazywanie dużych sum pieniędzy obcym osobom,

- wycofanie z pracy i życia towarzyskiego; mogą stracić zainteresowanie dla swojego hobby, rezygnować ze spotkań z przyjaciółmi,

- zmiany nastroju i osobowości; bywają zdezorientowani, podejrzliwi, mają obniżony nastrój, często depresję, demonstrują strach, niepokój, różne lęki, wpadają w irytację, czasami przejawiają agresję.

Choroba Alzheimera rozwija się w różnym tempie i różnych etapach. Zaawansowana postać choroby, to jeden z najtrudniejszych etapów dla opiekunów. Chory wymaga pomocy w wykonywaniu najprostszych codziennych czynności. Najbardziej powszechne symptomy zaawansowanej postaci Alzheimera to:

- problemy z rozpoznawaniem najbliższych, choć zachowana jest zdolność do rozróżnienia twarzy znanych od obcych,,
- niska świadomość pacjenta co do otoczenia i bieżących zdarzeń,
- niepokój i rozdrażnienie występujące najczęściej w godzinach popołudniowych i wieczornych,
- nieumiejętność samodzielnego korzystania z łazienki,
- nietrzymanie moczu i kału,
- wielokrotne powtarzanie tego samego zachowania zarówno werbalnego jak i niewerbalnego.

Strona | 42

W ostatniej fazie choroby kontakt słowny utrudniony, chory wygłasza pojedyncze słowa. Podstawowe funkcje organizmu są zaburzone, słabo pracują płuca i serce, koordynacja ruchowa oraz zdolność połykania są znacznie zakłócone.

Wszystkie działania opiekuńcze winny wskazywać na poprawę jakości życia chorego w zakresie: zaburzeń pamięci, sposobu komunikowania się z otoczeniem, zachowań w określonych sytuacjach, sposobu odżywiania, zasad utrzymania higieny osobistej, zapewniania bezpieczeństwa.

Różne formy oddziaływań terapeutycznych umożliwią utrzymanie aktywności fizycznej i wzmocnią możliwość porozumiewania się z chorym.

Wskazania dotyczące infrastruktury zorganizowanej dla osób ze schorzeniem AD:

- Pomieszczenia powinny być przestronne i oznakowane, wyposażone w poręcze, podpórki i uchwyty w ścianach, meble o kształtach zaokrąglonych, na podłodze wykładziny antypoślizgowa.
- Należy zapewnić warunki do pielęgnacji i opieki oraz prowadzenia działań terapeutycznych w odniesieniu do pacjenta (przygotowanie mieszkania, Sali gimnastyczne, sal terapii zajęciowej i rehabilitacji, do muzykoterapii.
- Wyposażenie w nośniki informacji medialnej np. telewizor, radio, radiomagnetofon, książki, prasę, proste gry .
- W łazienkach powinny być szczególne rozwiązania konstrukcyjne: wpuszczane wanny, podnośniki, zintegrowany system do higieny osobistej.
- Opiekun/owie powinni posiadać wiedzę na temat schorzenia, zaburzeń psychicznych oraz zachowań chorych, oraz umiejętności praktyczne w zakresie opieki nad chorym z zespołem otępiennym.
- Wskazane jest włączenie w proces opieki otoczenia i najbliższych Podopiecznego oraz regularne komunikowanie się z rodziną i otoczeniem. w sposób zrozumiały i adekwatny do stanu percepcji.

Metody i techniki wskazane w prowadzeniu usług opiekuńczych i postępowaniu z osobami cierpiącymi na AD:

- W zaburzeniach pamięci: kilkakrotne przedstawianie się pacjentowi, odkładanie podręcznych osobistych przyborów w to samo miejsce, usuwanie z otoczenia chorego nadmiaru rzeczy, prowadzenie ćwiczeń wspomagających pamięć przez częste powtarzanie nazwiska, imienia, daty, pory roku, miejsca w którym chory się znajduje;
- Przy trudnościach w komunikowaniu się: stworzenie odpowiednich warunków



rozmowy (cisza, spokój), mówienie spokojne, powolne i wyraźne, okazywanie cierpliwości i życzliwości w czasie rozmowy, uważne słuchanie pacjenta, stosowanie jednego przekazu w tym samym czasie, powtarzanie informacji, poparcie rozmowy gestami, pochwała najmniejszych osiągnięć pacjenta;

- Zaburzenia snu występują często i są dla opiekunów prawdziwym utrapieniem. Niestety stosowanie leków nasennych ze względu na działania niepożądane nie jest wskazane. Warto skorzystać z metod większej aktywności w ciągu dnia, tak by Podopieczny nie przesypiał większości dnia. Należy dążyć do tego, by pora snu była noc.

Przy zaburzeniach snu i czuwania: wskazane jest utrzymywanie Podopiecznego w aktywności w ciągu dnia tak długo, jak tylko jest to możliwe, ograniczanie picia kawy i mocnej herbaty, ograniczenie spożycia zbyt dużej ilości płynów przed snem, stosowanie masażu, ciepłych kąpielii przed snem, odpowiednie przygotowanie pokoju do snu.

Po położeniu Podopiecznego do łóżka dobrze jest pozostawić w pokoju zapalone światło (ciemność często budzi lęk) oraz stworzyć ciepłą, bezpieczną atmosferę (np. odtwarzając znajomą, spokojną muzykę).

- W przypadku występowania nadmiernej podejrzliwości, drażliwości i gwałtownych reakcji: wskazane jest ustalenie potencjalnego źródła stresu, nie drażnić niewłaściwym zachowaniem, zachowywać spokój, wykazywać opanowanie i cierpliwość, nie podejmować dyskusji i nie spierać się z Podopiecznym, nie ponaglać, odwracać uwagę od tematów drażliwych, weryfikować i zapewniać spokojne towarzystwo, zachowywać rutynę dnia codziennego - stały rozkład zajęć;
- Przy czynnościach higienicznych: dokonywać bieżącej oceny stanu czystości, udzielać niezbędnej pomocy w czynnościach higienicznych, zachęcać do dbania o swój wygląd zewnętrzny i higienę jamy ustnej oraz całego ciała;
- W przypadku zaburzeń w przyjmowaniu pokarmów wskazane jest ustalenie przyczyn trudności (brak apetytu, dolegliwości bólowe, zaparcia, kłopoty z połykaniem, nieodpowiednie miejsce przy stole). Wskazane jest kontrolowanie ilości i jakości przyjmowanych posiłków i płynów. Zapewnienie odpowiednich warunków i czasu na spożycie posiłków. Zachęcanie do samodzielnego jedzenia. Karmienie w razie potrzeby.
- W przypadku nadpobudliwości i nadmiaru aktywności oraz ogólny niepokój wskazane jest nadzorowanie i ścisła obserwacja stanu psychicznego pacjenta, wdrażanie wsparcia psychologicznego, udział w terapii zajęciowej, stosowanie technik relaksacyjnych i uspokajających np. kąpielii z masażem, zaciemnianie pokoju na czas snu, opowiadanie bajek lub prostych historyjek ze szczęśliwym zakończeniem, słuchanie muzyki i przebojów sprzed lat, proste ćwiczenia gimnastyczne. Zapewnienie aktywności ruchowej w postaci spacerów.
- W przypadku poczucia braku bezpieczeństwa należy wdrożyć terapię psychologiczną, informować Podopiecznego na bieżąco, gdzie się znajduje i dlaczego, zabezpieczać drzwi wejściowe, okna, towarzyszyć Podopiecznemu w przemieszczaniu się do łazienki i innych pomieszczeń oraz w czasie spacerów a także w czasie wykonywania czynności higienicznych. Wysoce wskazane jest uniemożliwianie dostępu do leków, ostrych narzędzi i niebezpiecznych przedmiotów.

Wskazane jest aby rzeczy osoby z AD były oznakowane.

Należy mocno dbać o utrzymanie kontaktów i relacji z rodziną i najbliższym otoczeniem, które również należy przygotować w zakresie powyższych zaleceń.

- Przy zaburzeniach równowagi i lokomocji wskazane są usługi opiekuńcze w formie aktywności np. regularne spacery i fizjoterapii np. umiędzynarodowione ćwiczenia wytrzymałościowe .
- Przy sztywności mięśni, która najczęściej nasila się wraz z postępem choroby zwłaszcza w kończynach dolnych wskazane są ćwiczenia, które złagodzą zaburzenia. Należy podjąć próbę wykrycia i leczenia ewentualnych schorzeń współistniejących, np. choroby zwyrodnieniowej stawów.
- W przypadku częstego zaburzenia funkcji fizjologicznych np. nietrzymanie moczu czy stolca. Podopieczni dobrze reagują na postępowanie behawioralne polegające na przypominaniu i częstych wizytach w toalecie. Warto wykonać z Podopiecznym trochę ćwiczeń po śniadaniu lub obiedzie i okół godziny po posiłku zaprowadzić go do toalety.

Strona | 44

Odpowiednio dobrane wspierające usługi opiekuńcze i ww sugerowane działania poprawiają jakość życia chorego, ułatwiają komunikację z otoczeniem, zapewniają poczucie bezpieczeństwa. Różne formy terapeutycznych oddziaływań wzmacniają zdolność przeżywania, uczą nawiązywania kontaktów i są treningiem umiejętności społecznych.

Opieka nad osobami z postępującym otępieniem jest dużym obciążeniem dla opiekunów i rodziny chorego.

Standardy pielęgnowania stają się więc niezbędnym narzędziem w opiece nad chorym.

Planując opiekę i pakiet usług wspierających dla osób z chorobą Alzheimera należy pamiętać o następujących zasadach:

- długofalowym celem postępowania jest prewencja, albo opóźnianie niekorzystnych zmian funkcjonalnych,
- działanie ex ante - o fizycznym bezpieczeństwie pacjenta należy zacząć myśleć wcześniej i nigdy o nim nie zapominać,
- otoczenie chorego, nawet jeśli ma on w nim przebywać krótko, powinno być dostosowane do jego możliwości i potrzeb
- współistniejące schorzenia należy rozpoznawać wcześniej i skutecznie leczyć.

ZAŁĄCZNIK NR 4.

Dodatkowe informacje dotyczące schorzenia PD i zaleceń w postępowaniu z chorymi oraz doboru pakietu usług wspierających.

1. Podstawowa rehabilitacja i profilaktyczna funkcja opiekuńcza w opiece nad chorym z chorobą Parkinsona

Strona | 45

Choroba Parkinsona to najbardziej znana choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, o przewlekłym i postępującym charakterze.

Prowadzi najczęściej do całkowitego zniedołężnienia.

Z uwagi na znaczące zmiany w życiu rodziny i chorego rodzi poczucie ogólnej bezsilności.

W tej sytuacji duże znaczenie rzetelna opieka, proces odżywiania, rehabilitacja, wsparcie emocjonalne, edukacja pacjenta i jego rodziny.

Ważnym aspektem jest jak najdłuższa samodzielność chorego, by wierzył we własne siły.

Wykonywanie codziennych czynności związanych z wykonywaniem toalety, ubieraniem się i jedzeniem, jest możliwe dzięki wskazówkom dla Podopiecznego przekazywanym przez jego opiekuna.

Przy toalecie i ubieraniu się wskazane jest:

- Przyjęcie pozycji siedzącej - należy postawić krzesło przed umywalką by łatwiej umyć zęby, ogolić się (używać maszynki elektrycznej do golenia by uniknąć skaleczeń);
- Do mycia używać frotowej rękawicy z kieszonką na mydło (trudności z utrzymaniem śliskiego mydła);
- W łazience używać mat antypoślizgowych na podłogę i do wanny, uchwyty i poręczy ułatwiające korzystanie z wanny/toalety,
- Stosowanie ortopedycznych nakładek toaletowych na sedesy i zamontowanie uchwyty pomagających bezpiecznie usiąść i wstać z toalety.
- Unikać ubrań zapinanych na guziki i wkładanych przez głowę, guziki najlepiej zastąpić je zatrzaskami /rzepami;
- Buty zapinane najlepiej na rzepy lub wsuwane, stabilnie trzymające stopy, miękkie, unikać obcasów, kłapek. Można używać specjalne skarpety antypoślizgowe.

W procesie odżywiania wskazane jest:

- Przyrządzać posiłki wspólnie póki jest to możliwe unikając operowania przez Podopiecznego ostrym nożem
- Przygotowywać łatwe do gryzienia, nie wymagające krojenia potrawy;
- Używać słomek do picia, lekkich kubków specjalistycznych z przykrywkami i słomkami (przy drżących rękach kubki stanowią niebezpieczeństwo wylaniu napoju i oblania się, a przy mocno ciepłych (nie gorących!) napojach możliwość uczucia poparzenia);
- Używać sztućców z pogrubionymi uchwytami;
- Używać do posiłków lekkich talerzy, z uniesionym brzegiem by jedzenie nie wypadło poza obręb przy samodzielnym jedzeniu;
- Podkładać gumowe podkładki by uniknąć ześlizgnięcia się talerza;
- Często podawać napoje do popijania by chory się nie zakrztusił;
- Podawać częściej i małe posiłki zoptymalizowane dietetycznie.

- Podawać możliwe duże ilości płynów najlepiej wody lub lekkich herbat czy kawy zbożowej (szczególnie latem średnio 9 szklanek dziennie), aby Podopieczny nie odwodnił się. Najlepiej podawać płyny często i małymi ilościami.
- Zaleca się spożywanie surowych warzyw bogatych w błonnik (marchew, kalafior, brokuły).
- Unikanie kofeiny, alkoholu (zwiększają drżenie mięśni, zaburzają działanie leków...).

W przypadku choroby Parkinsona często występują zaburzenia żołądkowe, jelitowe i połykania, oraz zgaga, nudności, ból w nadbrzuszu, zaparcia, nadmierne wydzielanie śliny.

Towarzyszy temu zespół posiłkowego uczucia wczesnej sytości, powodujące zmniejszenie przyjmowania pokarmów a w efekcie utratę masy ciała.

Wszystkie leki, o ile to możliwe, należy przyjmować na ok. 30 minut przed posiłkiem.

W przypadku długotrwałych problem z wypróżnianiem się dopuszczalne są naturalne środki przeczyszczające, które należy konsultować z lekarzem.

W przypadku stwierdzonych zaburzeń sercowo- naczyniowych, należy zwracać uwagę szczególną zaburzenia koncentracji, widzenia, bóle i zawroty głowy, ogólną męczliwość.

Ważne jest stałe mobilizowanie chorego do zwiększenia aktywności fizycznej- ćwiczenia izometryczne, spacer.

W przypadku zaburzeń w oddawaniu moczu (u 70% chorych)- parcie nagłające na mocz, nietrzymanie moczu, konieczność oddawania moczu w nocy należy próbować zaprogramować pracę pęcherza, oraz stosować profilaktycznie bądź zabezpieczająco wkładki i pieluchy dla dorosłych oraz ćwiczenia wzmacniające mięśnie pęcherza.

W przypadku zaburzeń termoregulacji – potliwość, łojotok, nadmierne wydzielanie śliny zaleca się noszenie odzieży z naturalnych włókien, stosowanie ziołowych szamponów, ćwiczenia połykania.

Bardzo często chorzy źle znoszą wysoką i niską temperaturę, dlatego warto zadbać o utrzymywanie względnie stałej temperatury w pomieszczeniach na poziomie ok 23-24 C

W zakresie poruszania się wskazane jest min:

1. Stała kontrola trzymania głowy- pochylenie do przodu zmienia położenie środka ciężkości ciała i w konsekwencji może prowadzić do utraty równowagi.
2. Obserwowanie stóp w czasie chodu. Należy ćwiczyć stawianie stóp lekko rozchylonych by wzmocnić punkt podparcia,
3. Zalecać wyprostowanie się z wypięciem lekkim bioder w przód, co ułatwia utrzymanie równowagi.
4. Zachęcanie do unoszenia wyżej kolan i stóp, aby nie szurać nogami. U wielu osób skutkuje ćwiczenie tzw „kroku tanecznego” w powtarzanym rytmie raz , dwa , trzy, cztery.
5. Przenoszenie równowagi z jednej nogi na drugą, by móc oderwać stopy od podłoża,
6. Zmiana kierunku marszu chodząc po łuku, co pozwala uniknąć upadku.

7. Usunięcie wszelkich przeszkód z podłoża.
8. Ostrzeganie w czasie spacerów o schodach i nierównościach.

Dla bezpiecznego poruszania się Podopiecznego w domu/ pomieszczeniach wskazane jest:

1. Usunąć w miarę możliwości wszelkie chodniki, dywany i dywaniki, a jeśli podłoga jest śliska to pozostawić dywany i wykładziny ale przymocowane do podłoża. Każda wystająca, nawet przymocowana do podłoża krawędź dywanu stanowi potencjalne niebezpieczeństwo potknięcia się.
2. W łazience maty antypoślizgowe, uchwyty i poręcze ułatwiające korzystanie z wanny/toalety,
3. W chwili zatrzymania (przymrożenia, „freezing”) Podopieczny i Opiekun powinni wiedzieć, iż w takiej sytuacji nie może zrobić kroku do przodu, nie pochylać się, nie szarpać, nie denerwować się, tylko wyprostować się i postawić mocno i równo stopy na ziemi, nie przechylać się, patrzeć prosto przed siebie. Po chwili zacząć spokojnie maszerować w miejscu, unosząc wysoko kolana i stawiając pięty na ziemi a potem dopiero palce. Po chwili maszerowania można ruszyć do przodu.

Strona | 47

Wstawanie i siadanie:

1. Pomocne są sygnały dźwiękowe, liczenie, głośne wypowiadanie czynności „idź” lub lekkie rozkołysanie ciała w tył i do przodu przed wykonaniem ruchu.
2. Chory musi wiedzieć, że celem wstania z pozycji siedzącej musi:
 - Przesunąć ciało do przodu, by jego pośladki znajdowały się blisko brzegu krzesła,
 - Cofnąć stopy nieco do tyłu, aby znalazły się pod tułowiem
 - Oprzeć ręce na poręczach fotela czy siedzeniu krzesła
 - Pochylić się energicznie do przodu i w tej samej chwili odepchnąć rękoma od poręczy lub siedzenia, prostując tułów.

Przy Podopiecznych z PD Wskazane są następujące specjalistyczne usługi opiekuńcze z zakresu:

Fizykoterapia- pobudza chorych do życia, poprawia nastrój, przywraca wiarę w życie i własne możliwości, wpływa na poprawę samopoczucia psychicznego i cały układ mięśniowo-kostny oraz perystaltykę jelit.

Ważna jest:

1. Systematyczność i różnorodność ćwiczeń ruchowych, wytrwałość i motywacja pacjenta.
2. Ćwiczenia regularne, dopasowane do indywidualnych i zmieniających się potrzeb i możliwości chorego.
3. Ćwiczenia łagodzące sztywność mięśni, spowolnienia ruchowe, łagodzące drżenie spoczynkowe.
4. Stosowanie przerw na odpoczynek,

Logopedia- w symptomach takich jak: mowa zamazana, monotonna, zacinalanie się, szept. Zmiana wyrazu twarzy – napięta i woskowa.

Stosować ćwiczenia rozluźniające mięśnie twarzy, karku, ramion. Pocieranie twarzy, szczypanie policzków, marszczenie i unoszenie brwi, układanie warg do gwizdania,

nadymanie, wypychanie językiem policzków, oblizywanie ust językiem, podnoszenie i unoszenie ramion, obranie głowy na lewo i prawo.

Wzmacnianie siły i modulacji głosu poprzez regularne i intensywne ćwiczenia głośniego czytania, właściwego oddychania.

Choreoterapia- taniec łagodzi objawy parkinsonizmu, takich jak dyskineza, sztywność mięśni, drżenie.

Tanec obejmuje muzykę, rytm, ruchy seryjne , znajomość swojej osobowości , zdolność współpracy z innymi. Umożliwia łatwiejsze wykonanie ruchów w każdym kierunku, pomocny w koncentracji, pozwala zapomnieć o chorobie, poprawia stan psychofizyczny.

Art. Terapie i zajęcia manualne – powalają na dbałość i wzmacnianie funkcji dotykowych , koncentracji, relaksowania i wyciszenia psychicznego, zapominania o chorobie, motywacji do samodzielnego funkcjonowania

Gry logiczne i proste gry planszowe, rozwiązywanie prostych krzyżówek – wpływają głównie na umiejętności koncentracji i ćwiczenia pamięci

ZAŁĄCZNIK NR 5.

„Koperta życia „ – Podstawowe informacje

„Koperta życia” powinna zawierać określone informacje i składać się z:

- Precyzyjnie wypełnionej karty informacyjnej
- plastikowej koperty lub innej trwałej obwoluty z naklejką - "Koperta Życia"
- informatora lokalizacyjnego / naklejki - "Tu jest koperta życia"

Strona | 49

PRZYGOTOWANIE KOPERTY ŻYCIA: KROKI, PRZYKŁADOWE INFORMACJE I INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA KARTY INFORMACYJNEJ:

1. **Kartę informacyjną należy wypełnić drukowanymi literami i podpisać. Podpisać powinien Podopieczny i/lub opiekun faktyczny/ prawny i po sprawdzeniu poprawności i zakresu informacji lekarz prowadzący lub kwalifikujący do pobytu w mieszkaniu wspomaganym.**
2. **Podstawowe informacje, które powinny być zawarte w karcie i jak je opisać:**
 - **grupa krwi Podopiecznego** podajemy grupę krwi gdy nie ma pewności należy wpisać XXX
 - **kontakt do najbliższych** , należy podać imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa i numer telefonu. W przypadku braku takich osób wpisać (BRAK)
 - **pomoc sąiedzka** – imię i nazwisko sąsiada i telefon.
 - **Opiekun mieszkania /Opiekunka lub Organizacja świadcząca usługi opiekuńcze** – dane kontaktowe.
 - **informacja o uczuleniach** : „jestem uczulony(a) na " należy wyszczególnić lub jeśli nie ma uczuleń należy wpisać (NIE STWIERDZONO) należy uwzględnić jad owadów i leki oraz inne substancje pokarmowe....
 - **informacja o przyjmowanych lekach i dawkowaniu** : należy wymienić nazwy leków przyjmowanych systematycznie i doraźnie w układzie:
Lek 1należy wpisać nazwę..... „dawkowanie " napisać ile razy dziennie, jakie dawki, lub inne zalecenia np. częstotliwość co 6 godzin 1 tabli, lub 1 tabletkę w czasie bólu
Lek 2 „dawkowanie "
Lek 3 „dawkowanie "
itd (ilość linii na ok 15 pozycji)
 - **schorzenia i niepełnosprawności** – należy wypisać nazwy schorzeń diagnozowanych(ilość linii dla ok 15 wpisów)
 - **inne istotne informacje** – (ilość linii na ok 10 wpisów) należy wpisać informacje o naszym funkcjonowaniu i niepełnosprawnościach np. NIE SŁYSZĘ, NIE WIDZĘ, PORUSZAM SIĘ NA WÓZKU, ZŁAMANIE KOMPRESYJNE KRĘGOSŁUPA LĘDŹWIOWEGO, PORUSZAM SIĘ PRZY BALKONIKU, INNE.....;
 - **Inne osoby w mieszkaniu/domu wymagające pomocy** – odpowiedź TAK lub NIE
 - **zwierzęta w mieszkaniu/domu wymagające opieki** - odpowiedź TAK lub NIE
 - **uwagi i / lub inne wymagane informacje**

3. Wypełnioną Kartę włóż do plastikowej koperty lub trwałego opakowania.
4. Do Koperty należy włożyć kopię dowodu osobistego Podopiecznego, kopię aktualnej dokumentacji medycznej np. ostatni wypis ze szpitala, aktualne wyniki badań Podopiecznego.
5. Kopertę należy umieścić w lodówce w widocznym miejscu np. na półce na wewnętrznych drzwiach lodówki lub w miejscu do tego wyznaczonym i oznaczonym.
6. Umieścić lokalizator/informator w formie np. naklejki „Tu jest Koperta Życia” na zewnętrznych drzwiach lodówki lub przy miejscu wyznaczonym .
7. W przypadku mieszkań wspomaganych wskazane jest umieszczenie na każdym drzwiach do mieszkania i/lub przy wejściu do budynku lub w widocznym miejscu w ciągach komunikacyjnych widocznej i czytelnej informacji gdzie znajdują się koperty życia.
8. Karta informacyjna jest ważna maksymalnie rok lub do momentu zmiany lub pojawienia się nowych informacji zawartych w Karcie. Powinna być aktualizowana minimum raz w roku lub jak powyżej. Jeżeli informacje zawarte w Karcie ulegną zmianie np. zmiana adresu zamieszkania, zmiana osoby do kontaktu to należy zaktualizować Kartę. Jeżeli zmianie ulegną przyjmowane leki wystarczy dopisać do Karty informacje lekarza opatrzoną datą i podpisem.

UWAGA! Koperta Życia jest przeznaczona wyłącznie dla służb medycznych i ratowniczych w przypadku zaistnienia krytycznej sytuacji w celu ratowania życia i zdrowia. Powinna być zabezpieczona przed niekontrolowanym dostępem Podopiecznego i osób trzecich.

Do kopert i danych w nich mogą mieć dostęp wyłącznie osoby wyznaczone z racji sprawowania opieki (np. opiekun mieszkania, lekarz, pielęgniarz).

Obowiązuje zasada zachowania poufności RODO.

ZAŁĄCZNIK NR 6.

Wzór procedury reagowania w przypadku zagrożenia życia i zdrowia w mieszkaniach wspomaganych:

Gdy Podopieczny źle się czuje, wykazuje nietypowe zachowania, jeśli odczyt urządzeń teleopieki/ nowoczesnych technologii lub bezpośrednio wykonywane pomiary parametrów funkcji życiowych wskazują na nietypowe/ niepokojące parametry zdrowotne lub jeśli Podopieczny leży poza łóżkiem lub w łóżku w nietypowej pozycji wykazując objawy braku kontaktu, poważnego urazu lub poważnych dolegliwości – mogło się coś stać!

Strona | 51

Potrząśnij poszkodowanego lekko za ramiona i zapytaj głośno: „Czy wszystko w porządku?”

Jeśli reaguje:

- zostaw poszkodowanego w pozycji, w której go znalazłeś, chyba, że grozi mu niebezpieczeństwo,
- dowiedz się jak najwięcej o jego stanie i wezwij pomoc, jeśli jest potrzebna,
- regularnie oceniaj stan poszkodowanego.

Jeśli nie reaguje:

- głośno wołaj o pomoc,
- odwróć poszkodowanego na plecy,
- udroźnij jego drogi oddechowe – umieść rękę na jego czole, delikatnie odciągnij głowę do tyłu oraz umieść opuszki palców drugiej ręki na żuchwie i unieś ją lekko,
- sprawdź oddech: wzrokiem (patrz na ruch klatki piersiowej), słuchem i dotykiem (przystaw policzek do ust poszkodowanego)
- Wezwij pomoc (**999 lub 112**) lub jeśli jest więcej osób przejmij dowodzenie i poproś o wezwanie pomocy najbliższą komunikatywną osobę, poproś o znalezienie Skrzynki Pierwszej Pomocy i/lub ewentualnie defibrylatora.
- Przy połączeniu ze służbami ratunkowymi przedstaw się i podaj nr telefonu,
- określ miejsce i opisz co się stało,
- podaj ilość poszkodowanych,
- odpowiadaj na zadane pytania,
- nie rozłączaj się pierwszy!!!
- **jeśli oddycha to kontroluj oddech,**
jeśli nie – przystąp do resuscytacji krążeniowo – oddechowej (RKO- Resuscytacji Krążeniowo Oddechowej polegającej na wykonywaniu uciśnień klatki piersiowej oraz oddechów. Najlepiej aby pomógł Ci ktoś kto znajduje się w pobliżu)

Uciśnięcia

- ułóż nadgarstek na środku klatki piersiowej,
- ułóż drugą dłoń na grzbiecie pierwszej, spleć palce,
- ułóż ramiona prostopadle do mostka poszkodowanego,
- uciskaj na głębokość 5-6 cm – 30 razy z częstotliwością ok 90 uciśnień na minutę, następnie wykonaj oddech

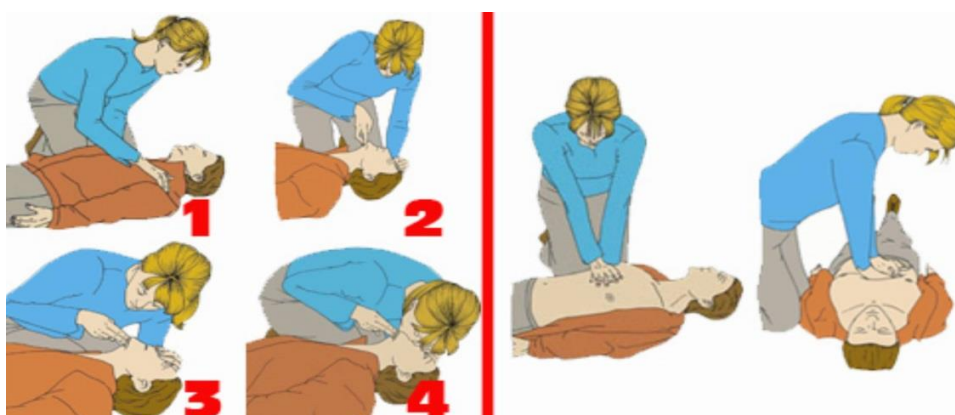
Oddechy

- Unieś lekko podbródek Poszkodowanego (tak aby udrożnić drogi oddechowe) i zatkaj nos poszkodowanego,
- weź wdech, obejmij ustami usta poszkodowanego i wdmuchnij powietrze do uniesienia klatki piersiowej,
- wykonaj drugi oddech.
- Następnie powrót do uciśnięć
- Jeśli jest możliwość użyj specjalnej maseczki do prowadzenia sztucznego oddychania, która powinna być na wyposażeniu Skrzynki pierwszej pomocy.
- Jeśli został zlokalizowany i przyniesiony przez drugą osobę defibrylator należy w przypadku gdy poszkodowany nie oddycha użyć go zgodnie z instrukcją wewnątrz. Przenośne współczesne defibrylatory najczęściej w momencie włączenia same wydają komendy i kierują działaniami ratowniczymi.

Strona | 52

RKO należy kontynuować do momentu gdy:

- Przyjedzie profesjonalna pomoc.
- Poszkodowany zaczął samodzielnie oddychać



Wzywanie Pogotowia Ratunkowego

- Karetkę wzywamy w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia! Jeśli masz poważne obawy o stan zdrowia i życia Podopiecznego to zadzwoń. Ratownik przyjmujący zgłoszenie zdecyduje co zrobić.
- Dzwonimy na bezpłatny numer alarmowy 999 lub 112

Rozmowa z dyspozytorem medycznym :

- krótka, rzeczowa, zrozumiała, bez podnoszenia głosu
- nie należy odkładać słuchawki

WAŻNE !

To Dyspozytor zadaje pytania!.

Dyspozytor zadaje kilka podstawowych pytań, by ustalić powód wezwania, jego pilność oraz rodzaj zespołu medycznego.

Kolejność podawanych informacji:

Miejsce zdarzenia

- adres: miejscowość, ulica, numer domu, klatki, piętro,

Powód wezwania

- dlaczego dzwonimy ,
- co się wydarzyło,
- określamy objawy zachorowania (ból, duszności, drgawki, itp.), uraz, oparzenie itd.

Ilość i stan poszkodowanych

- podajemy ilość osób potrzebujących pomocy i ich stan

Dane poszkodowanego

- podajemy wiek, płeć, jeśli to możliwe imię i nazwisko

Dane wzywającego

- podajemy nasze imię, nazwisko i numer telefonu z którego dzwonimy.

Pozostań przy poszkodowanym do momentu przyjazdu Ratowników i prowadź podstawowe czynności z zakresu pierwszej pomocy lub przywołaj pomoc i osobę, która potrafi udzielać pierwszej pomocy.