Model deinstytucjonalizacji usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi

Projekt pt. *„Skoordynowana opieka środowiskowa skierowana do osób z chorobą otępienną i ich opiekunów”*

Oś IV Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

„Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa”

Konkurs nr POWR.04.01.00-IZ.00-00-002/15

SKOORDYNOWANA OPIEKA ŚRODOWISKOWA SKIEROWANA DO OSÓB Z CHOROBĄ OTĘPIENNĄ I ICH OPIEKUNÓW

Wnioskodawca: Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy
im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu

Toruń 2016

SPIS TREŚCI

Spis treści 3
Wstęp 5
Rozdział I Użytkownicy modelu 6
1. Potencjał wnioskodawcy 6
1.1. Partnerzy projektu 8
1.2. Zaangażowanie interesariuszy w proces budowania modelu 11
1.2.1 Metody pracy grupy ekspertów 11
1.3. Harmonogram i tematyka spotkań grupy ekspertów 12
1.4. Podsumowanie 15
Rozdział II Grupa docelowa 17
2. Odbiorcy wsparcia 17
2.1. Katalog odbiorców wsparcia 17
2.2. Analiza grupy docelowej 19
Rozdział III Analiza usług zdrowotnych i społecznych realizowanych na terenie Torunia 21
3. Koszty usług zdrowotnych finansowanych przez NFZ, realizowanych na terenie Miasta Torunia w latach 2013-2015 – osoby z zespołem otępiennym 21
3.1. Analiza finansowania świadczeń na rzecz pacjentów z rozpoznaniem zespołu otępiennego przez Narodowy Fundusz Zdrowia 23
3.2. Schorzenia psychiczne w województwie kujawsko-pomorskim – ocena liczby osób z zespołem otępiennym, analiza potrzeb 23
3.3. Analiza chorych z zespołem otępiennym – ZPO Toruń 28
3.3.1. Świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych 29
3.3.2. Świadczenia realizowane w warunkach domowych 29
Rozdział IV Analiza potrzeb opiekunów osób z zespołami otępiennymi 34
Rozdział V Założenia modelu 43
5. Podmioty zaangażowane 43
5.1. Założenia modelu 43
5.2. Charakterystyka Centrum Consultor 44
5.3. Zadania Centrum 44
5.4. Organizacja działania Centrum 46
5.5. Pracownicy zatrudnieni w Centrum 46
5.6. Grupa interwencyjna 48
5.6.1. Mechanizm działania grupy interwencyjnej 48
5.7. Działania Centrum Consultor 51

5.8. Objęcie wsparciem rodziny i najbliższego otoczenia osoby z otępieniem ... 53
5.8.1. Treningi relaksacyjne ... 54
5.9. Interdyscyplinarne warsztaty i konsultacje dla opiekunów i rodzin chorych z zespołami otępiennymi ... 57
5.10. Platforma internetowa ... 61
5.11. Konsultant ... 61
5.12. Grupa samopomocowa ... 61
5.13. Opieka wytchnieniowa ... 61
5.13.1. Standard opieki wytchnieniowej ... 62
5.14. Skoordynowana opieka środowiskowa w zakresie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych ... 69
Rozdział VI Model a założenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia ... 73
6. Zgodność modelu z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia ... 73
6.1. Innowacyjność modelu ... 74
6.2. Sposób przeciwdziałania izolacji w życiu społecznym osoby chorej ... 75
6.3. Działania prewencyjne ... 75
6.3.1. Pracownia poznawcza ... 76
6.3.1.1. RehaCom ... 77
6.3.1.2. Neuroforma ... 78
6.3.1.3. CogniPlus ... 79
Rozdział VII Montaż finansowy ... 81
7. Założenia montażu ... 81
7.1. Szacunkowy koszt całkowitego wdrożenia i rocznego funkcjonowania modelu ... 89
7.2. Porównanie kosztów ... 90
7.3. Budżet ... 93
Rozdział VIII Konsultacje ... 95
8.1. Konsultacje wypracowanego modelu ... 95
8.2. Metodologia przeprowadzanych konsultacji ... 95
Rozdział IX PODSUMOWANIE ... 100
Załączniki ... 101
Skorowidz ... 191

WSTĘP

Szanowni Państwo,

Przekazujemy w Państwa ręce model SKOORDYNOWANEJ OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ SKIEROWANEJ DO OSÓB Z CHOROBĄ OTĘPIENNĄ I ICH OPIEKUNÓW, który został wypracowany w ramach konkursu na makro-innowacje w temacie „Deinstytucjonalizacja usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi" (działanie 4.1 POWER, Innowacje społeczne).

Zaproponowane w ramach modelu działania są odpowiedzią na rosnące zapotrzebowanie uzyskania kompleksowej opieki przez chorych z otępieniem i ich rodziny. W obliczu zachodzących w naszym kraju zmian demograficznych osoby z zespołami otępiennymi stają się coraz liczniejszą grupą. Problem wdrożenia skutecznych strategii społeczno-zdrowotnych dla tej grupy chorych jest ogromnym wyzwaniem – zarówno w naszym kraju jak i zagranicą. Brak kompleksowych rozwiązań powoduje poczucie zagubienia chorego i jego rodziny oraz uniemożliwia uzyskanie adekwatnej do potrzeb pomocy.

Chcielibyśmy, aby działania prowadzone na rzecz chorych z otępieniami były realizowane na wielu płaszczyznach – od edukacji społeczeństwa (szczególnie seniorów i środowisk medycznych), która przyczyniłaby się do wcześniejszego rozpoznawania choroby, poprzez integrację środowisk działających na rzecz seniorów, aż do konkretnych rozwiązań i form wsparcia – takich jak warsztaty dla opiekunów, treningi relaksacyjne, opieka wytchnieniowa, pracownia poznawcza, pomoc specjalistów.

Gruntowna analiza potrzeb społecznych i zdrowotnych potencjalnych beneficjentów projektu na terenie Torunia, pozwoliła nam przygotować optymalną naszym zdaniem propozycję zaspokojenia tych potrzeb.

Mamy nadzieję, że proponowane przez nas rozwiązania znajdą uznanie i aprobatę w Państwa oczach.

Barbara Łukawska
autorka

Grażyna Śmiarowska
Dyrektor ZPO

ROZDZIAŁ I UŻYTKOWNICY MODELU

1. Potencjał wnioskodawcy

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Toruniu, dalej zwany ZPO - funkcjonuje jako publiczny samodzielny zakład opieki zdrowotnej od 01.02.2000 roku. Tym samym posiada 15-letnie doświadczenie w świadczeniu usług zdrowotnych dla osób z zespołami otępiennymi. Od początku istnienia placówki, równolegle do ustawowej działalności, prowadzone są dodatkowe działania podnoszące standard usług oraz pomagające osobom niesamodzielnym i zależnym, w tym osobom z zespołami otępiennymi.

Od 2000 roku ZPO prowadzi dzienny oddział psychiatryczny dla 45 osób, którego głównym profilem działalności jest praca z osobami z rozpoznanym zespołem otępiennym i pomoc ich rodzinom. Od początku funkcjonowania, w ZPO realizowany jest autorski „Program poprawy funkcjonowania osób z chorobą otępienną i innymi zaburzeniami funkcji poznawczych" finansowany przez Gminę Miasta Toruń. Priorytetem dla ZPO jest wspieranie opiekunów i rodzin osób chorych poprzez działania edukacyjne zmierzające do deinstytucjonalizacji opieki nad osobami z zespołami otępiennymi.

Od 2013 roku prowadzone są cyklicznie „Interdyscyplinarne warsztaty i konsultacje dla rodzin i opiekunów osób z chorobą Alzheimera (i innymi typami otępień)" finansowane przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego, które pozwalają zdobyć wiedzę teoretyczną oraz umiejętności praktyczne potrzebne do zorganizowania i sprawowania opieki nad chorym otępiennym w domu. W latach 2010-2013 prowadzona była „Kompleksowa terapia funkcji poznawczych i narządu ruchu chorych z uszkodzeniem mózgu oraz warsztaty terapeutyczne dla członków rodzin".

ZPO nieustannie dba o podnoszenie jakości pracy i rozwój nowoczesnych metod terapeutycznych. W 2013 roku zrealizowany został projekt „Rozbudowa ZPO o Ogród Zimowy wraz z zagospodarowaniem terenu" dofinansowany z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2007-2013, PFRON oraz Gminę Miasta Toruń. Nowo powstały obiekt jest doskonałym przykładem działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych. W wyniku realizacji projektu powstała nowa jakość usług z zakresu świadczeń rehabilitacyjno-terapeutycznych i opiekuńczych. Terapeutyczny ogród zimowy jest pierwszym tego typu obiektem w Polsce. Pomysł rozbudowy ZPO o ogród zimowy powstał w wyniku poszukiwań nowoczesnych metod pracy z pacjentami. Ogród daje możliwość polisensorycznych oddziaływań wybiegających poza standardowe świadczenia pozwalając jednocześnie na odpoczynek i relaksację w naturalnym otoczeniu przyrody wzmacniane dodatkowymi bodźcami terapeutycznymi. ZPO to

jedyna w Polsce placówka opieki długoterminowej, w której opieka i pielęgnacja połączona została ze specjalistyczną terapią wielozmysłową.

W celu upowszechniania wiedzy o chorobach otępiennych w 2013 roku zorganizowana została konferencja sfinansowana przez Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego pt. „Otępienie – problem, któremu musimy stawić czoła". Dostarczyła ona pielęgniarkom i opiekunom wiedzy teoretycznej i informacji praktycznych dotyczących sprawowania opieki w domu chorego. W 2014 roku został zrealizowany projekt współfinansowany przez Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego pt.: „Konsultacje i warsztaty dla opiekunów i rodzin osób czekających na pobyt w stacjonarnej placówce opieki" i konferencja pt. „Pomagamy pomagać". W jego ramach odbyły się indywidualne konsultacje w domach i warsztaty w ZPO dla 30 osób. Specjaliści zatrudnieni w ZPO przekazali rodzinom i opiekunom wiedzę oraz umiejętności praktyczne w zakresie kompleksowej opieki w domu.

W 2012 roku ZPO realizował program „Opieka domowa z zakresu podstawowej pielęgnacji", którego głównym celem była poprawa jakości życia fizycznego i psychicznego osób długotrwale unieruchomionych przebywających w domu poprzez zapewnienie im profesjonalnej pielęgnacji i opieki. Program skierowany był do 25 beneficjentów. Od marca do grudnia 2013 roku ZPO realizował „Program opieki domowej dla pacjentów przewlekle chorych i niepełnosprawnych ruchowo", który był skierowany do 12 osób. Podczas opracowywania projektów pracownicy ZPO mieli na względzie jak najdłuższe utrzymanie chorego w warunkach domowych, co w sposób bezpośredni przyczyniało się do deinstytucjonalizacji opieki świadczonej w ramach ZPO.

Od stycznia 2015 do marca 2016 roku realizowany był program „Szansa na powrót-interdyscyplinarna terapia pacjentów z dysfunkcjami mózgu o różnej etiologii" (projekt współfinansowany ze środków PFRON). Celem programu było umożliwienie powrotu do życia społecznego osobom niepełnosprawnym niezdolnym do samodzielnej egzystencji z dysfunkcjami narządu ruchu i zaburzeniami funkcji poznawczych powstałymi w wyniku choroby mózgu (w tym choroby otępiennej).

W trosce o jakość świadczonych usług w 2003 roku z inicjatywy pracowników ZPO zostało założone Stowarzyszenie Na Rzecz Pomocy Przewlekle Chorym „Chronica". Od 2004 roku Stowarzyszenie jest organizacją pożytku publicznego. Wszelkie działania w ramach Stowarzyszenia podejmowane są w ścisłej współpracy z Zakładem Pielęgnacyjno-Opiekuńczym i ukierunkowane na potrzeby osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych oraz ich rodzin i opiekunów. Zasadniczym zadaniem Stowarzyszenia jest wspieranie chorych przebywających w ZPO poprzez zapewnienie im kompleksowej terapii wykraczającej poza świadczenia refundowane przez NFZ. Dzięki działaniom Stowarzyszenia pacjenci ZPO mają możliwość uczestniczenia w licznych programach terapeutycznych, realizowanych ze środków PFRON, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego lub Gminy Miasta Toruń. Wszystkie wymienione projekty realizowane były na terenie Miasta Torunia.

Udział ZPO w projekcie stanowi naturalną kontynuację konsekwentnie realizowanej strategii rozwoju i pozwala na wykorzystanie zgromadzonej wiedzy i umiejętności do skutecznej pomocy osobom z zespołami otępiennymi oraz ich opiekunom. Deinstytucjonalizacja pozwala na racjonalizację działań i środków w stosunku do pacjentów, którzy przy odpowiednim wsparciu, mogą pozostać w środowisku domowym.

1.1. Partnerzy projektu

Katalog partnerów projektu:

1) **Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu** – przedstawiciel sektora usług zdrowotnych. W ramach Szpitala funkcjonuje Poradnia Psychogeriatryczna. W 1999 r. powstał VII Oddział Kliniczny Psychiatrii Wieku Podeszłego.

2) **Lecznice Citomed w Toruniu** – przedstawiciel sektora podstawowej opieki zdrowotnej. Funkcjonuje na rynku od 2003 r., jest największym tego typu podmiotem działającym na terenie Miasta Torunia. Świadczy usługi medyczne w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) oraz usług specjalistycznych.

3) **Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Toruniu** – przedstawiciel sektora usług społecznych. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie jest jednostką organizacyjną miasta Toruń powołaną do wykonywania zadań samorządu gminnego i powiatowego z zakresu pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych, świadczeń rodzinnych i opiekuńczych, dodatków mieszkaniowych i energetycznych, a także udzielania pomocy osobom uprawnionym do alimentów i zaliczki alimentacyjnej oraz podejmowania działań wobec dłużników alimentacyjnych.

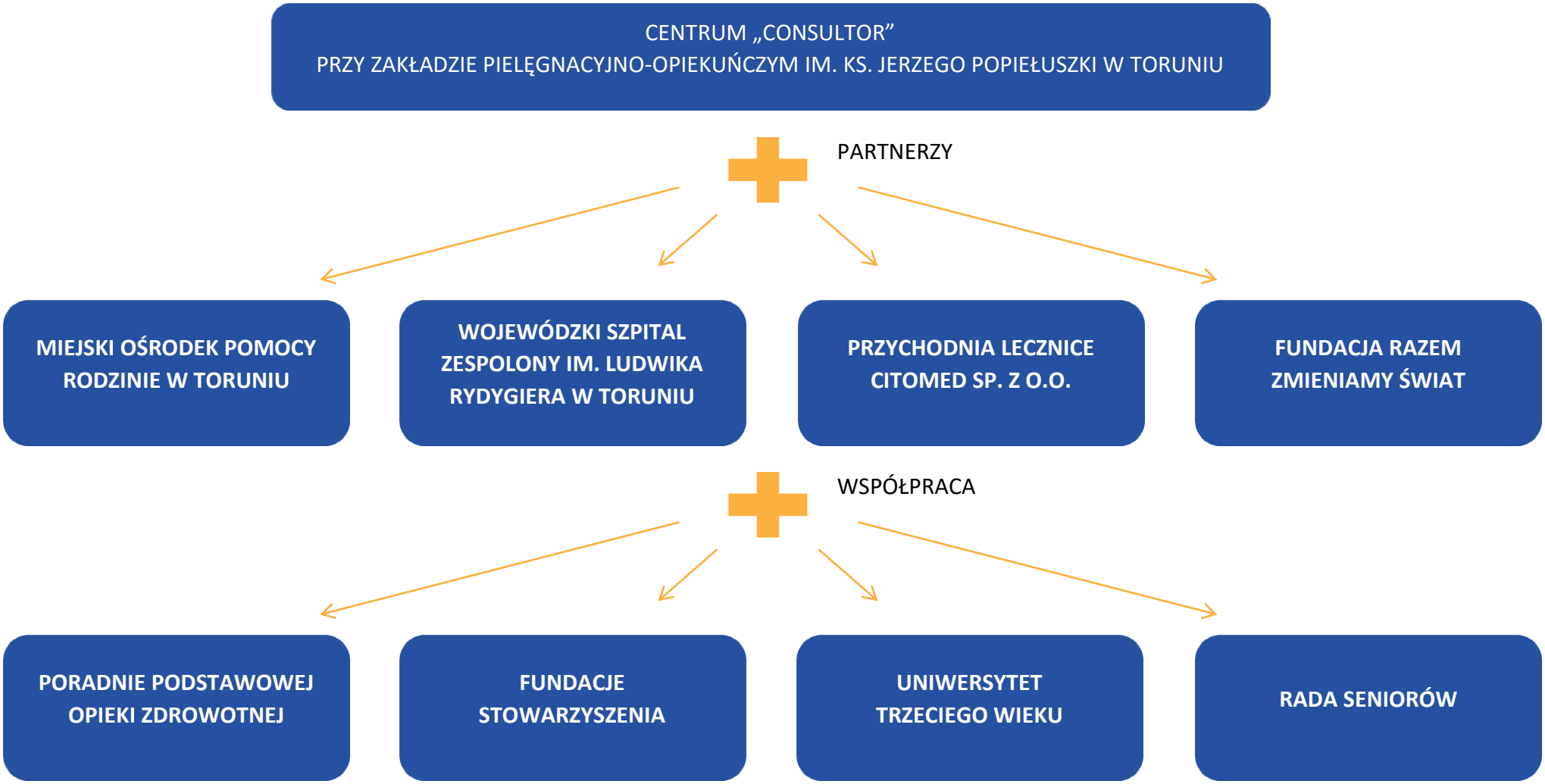
4) **Fundacja „Razem Zmieniamy Świat”** – przedstawiciel sektora społecznego. Utworzona przy Toruńskich Zakładach Materiałów Opatrunkowych S.A, funkcjonuje na rynku od 2011 r., działa na rzecz ochrony i promocji zdrowia, integrowania działań na rzecz osób przewlekle chorych, wspierania instytucji działających na rzecz osób niepełnosprawnych, pomocy w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi
i niepełnosprawnymi.

Współpraca z wymienionymi podmiotami bezpośrednio wpłynie na skuteczne wdrożenie modelu. Partnerzy wybrani w drodze otwartego konkursu ogłoszonego zgodnie z art. 33 ustawy wdrożeniowej, posiadają wiedzę i wieloletnie doświadczenie niezbędne do współpracy w realizacji modelu. Każdy z partnerów wyznaczy konkretną osobę, która będzie odpowiedzialna za prawidłowy przepływ informacji i realizację projektu zgodnie z jego założeniami i podpisaną umową partnerską.

Partnerstwo spełnia wymogi określone w Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój oraz jest zgodne z art. 33 ustawy wdrożeniowej tj. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 roku o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. 2014 poz. 1146). Partnerzy spoza sektora finansów publicznych zostali wyłonieni na podstawie ogłoszenia z dnia 01.06.2016 roku o otwartym naborze na partnera projektu. Partnerzy nie podlegają wykluczeniu z możliwości ubiegania się o dofinansowanie, w tym wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych. Umowa określająca zakres i warunki partnerstwa zostanie załączona do modelu.

W opracowaniu modelu wzięli udział przedstawiciele podmiotów leczniczych, społecznych, sektora finansów publicznych, otoczenie rodzin osób chorych z zespołami otępiennymi oraz same osoby chore zainteresowane wdrożeniem zmian w systemie leczenia zespołów otępiennych. Tym samym interesariusze zgodnie z zasadą empowermentu zaangażowali się w wypracowanie innowacji, która przyniesie korzyść wszystkim zainteresowanym stronom.

Schemat 1: Struktura funkcjonowania Centrum Consultor



1.2. Zaangażowanie interesariuszy w proces budowania modelu

Model został wypracowany w oparciu o *ZASADĘ EMOPOWERMENTU*. Jest to zasada powszechnie stosowana w realizacji projektów o charakterze innowacyjnym. Empowerment, czyli w wolnym tłumaczeniu „nic o nas bez nas". Z języka angielskiego termin ten tłumaczony jest jako „uprawomocnienie", „wzmocnienie", stanowi pojęcie szersze, wykraczające poza dziedzinę zarządzania projektami.

W projektach innowacyjnych termin ten oznacza zaangażowanie grup napotykających problemy społeczne oraz ich przedstawicieli w prace nad osiągnięciem nowych, innowacyjnych rozwiązań. Celem tej zasady jest przekazanie oddolnej wiedzy poszczególnych grup docelowych.

Zadaniem realizatora projektu jest stworzenie przyjaznych warunków pracy nad wypracowaniem innowacji, aby w możliwie najefektywniejszy sposób zaangażować te grupy i/lub osoby, na których rzecz realizowane są działania projektowe. W ten sposób wypracowany model ma zagwarantować wzrost skuteczności działań i efektywności rezultatów założonych w projekcie, a także lepsze dostosowanie wypracowanych narzędzi i instrumentów do potrzeb grup docelowych.

Już na etapie przygotowania projektu wdrażana była zasada empowermentu. Wspólnie z potencjalnymi interesariuszami został wypracowany wstępny model i wniosek o dofinansowanie projektu. Po uzyskaniu pozytywnej oceny wstępnych założeń modelu, na etapie realizacji projektu została powołana grupa interesariuszy zwana w dalszej części grupą ekspertów, którzy w sposób aktywny mogli zaangażować się w wypracowanie innowacyjnych rozwiązań.

1.2.1 Metody pracy grupy ekspertów

Grupa ekspertów spotykała się na cotygodniowych panelach dyskusyjnych. Panelom przewodniczyła autorka modelu, psycholog pracujący w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym. Każde spotkanie było protokołowane. Spotkania miały charakter otwarty, uczestnicy panelu pracowali zespołowo wykorzystując metodę burzy mózgów. Burza mózgów jest metodą twórczego rozwiązywania problemów, wykorzystuje intuicję uczestników i zaangażowanie w poszukiwanie trwałych rozwiązań. Celem grupy było skupienie się na rozwiązywaniu problemów i wyszukiwaniu innowacyjnych rozwiązań, bez używania krytyki. Pozytywne nastawienie uczestników panelu do wypracowania nowych rozwiązań było kluczem do wypracowania modelu, który w oparcie o zasadę partnerstwa pomiędzy instytucjami skoordynuje ich pracę z korzyścią dla osoby chorej i jej rodziny / opiekunów oraz dla samych instytucji.

Spotkania grupy ekspertów zostały poprzedzone szkoleniem z zakresu równości szans kobiet i mężczyzn oraz niedyskryminacji osób z niepełnosprawnościami. Uczestnicy zostali uwrażliwieni na występujące nierówności, zachowania dyskryminujące ze

względu na płeć czy niepełnosprawność. Na szkoleniu uczestnicy zapoznali się z tematyką wdrażania racjonalnych usprawnień dla osób niepełnosprawnych, odrzucili stereotypy dotyczące nierównego podejścia w obszarze płci. Poznali nowoczesne rozwiązania dla osób z niepełnosprawnościami ułatwiające korzystanie z sal szkoleniowych, komputerów czy środków transportu.

Zaangażowane instytucje: Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Toruniu, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Toruniu, Lecznice Citomed, Fundacja „Razem Zmieniamy Świat", Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu.

1.3. Harmonogram i tematyka spotkań grupy ekspertów

Terminarz spotkań	Tematyka spotkań
28.04.2016 godz. 16.00-20.00	Omówienie założeń modelu, analiza obszarów problemowych, barier instytucjonalnych, wskazanie zadań, z którymi musi się zmierzyć grupa ekspertów.
12.05.2016 godz. 16.00-20.00	Opracowanie ankiety/wywiadu niezbędnego do ustalenia indywidualnego planu działania, omówienie mocnych i słabych stron wywiadu, opracowanie procedury pozyskiwania danych od uczestników projektu, ochrona danych osobowych.
19.05.2016 godz. 16.00-20.00	Omówienie form wsparcia skierowanych do rodzin/opiekunów osób chorych, wprowadzenie działań prewencyjnych i interwencyjnych.
31.05.2016 godz. 16.00-20.00	Omówienie form wsparcia dla osoby chorej ze diagnozowanym zespołem otępiennym (profilaktyka, edukacja, leczenie).
09.06.2016 godz. 16.00-20.00	Obszary finansowane przez model, omówienie rodzajów źródeł finansowania, obecnie funkcjonujących działań, koszty wdrożenia modelu.
16.06.2016 godz. 16.00-20.00	Określenie grupy docelowej i kryteriów dostępu, analiza grupy docelowej, zakres uczestnictwa grup docelowych w projekcie, formy zaangażowania grup docelowych.
21.06.2016 godz. 16.00-20.00	Zasady działania grupy interwencyjnej, procedura organizacyjna wyjazdu grupy interwencyjnej, skład grupy interwencyjnej, działania, zaangażowanie, obowiązki członków.
23.06.2016 godz. 16.00-20.00	Zasady przydzielania opieki wytchnieniowej, celowość zastosowania opieki wytchnieniowej, regulamin korzystania z opieki wytchnieniowej, standard świadczenia usług.

Terminarz spotkań	Tematyka spotkań
30.06.2016 godz. 16.00-20.00	Omówienie tematyki szkoleń dla środowisk medycznych, program szkoleń, poruszana problematyka, częstotliwość spotkań, wstępny harmonogram.
05.07.2016 godz. 16.00-20.00	Omówienie tematyki szkoleń dla seniorów, poruszana problematyka, dostępność szkoleń, harmonogram realizacji, instytucje zaangażowane w realizację szkoleń.
07.07.2016 godz. 16.00-20.00	Omówienie formy organizacyjnej oraz zasad funkcjonowania centrum koordynacji, nazwa centrum, struktura, schemat organizacyjny, zaangażowanie pracowników.
14.07.2016 godz. 16.00-20.00	Omówienie zakresu obowiązków partnerów zaangażowanych w realizację założeń modelu, podział zadań i obowiązków.
19.07.2016 godz. 16.00-20.00	Analiza modelu, weryfikacja założeń, dyskusja, wprowadzenie poprawek do modelu, przygotowanie wersji modelu do konsultacji społecznych.
21.07.2016 godz. 16.00-20.00	Omówienie wyników konsultacji społecznych, diagnoza zastanych wyników, wprowadzenie modyfikacji w modelu, przygotowanie ostatecznej wersji modelu wraz z załącznikami.
28.07.2016 godz. 16.00-20.00	Podsumowanie wypracowanego modelu, rozdanie partnerom, przedstawicielom partnerów i ekspertom ostatecznej wersji modelu, która zostanie poddana ocenie przez Grupę Sterującą, wystąpienie Pani Barbary Łukawskiej i zaprezentowanie przygotowanej prezentacji.

Eksperci pracowali w następującym składzie:

- **Barbara Łukawska** – psycholog kliniczny, w trakcie specjalizacji z neuropsychologii, pracowała 13 lat w Poradni Psychogeriatrycznej oraz Oddziale Klinicznym Psychogeriatrycznym, badacz w kilkunastu badaniach klinicznych w chorobie Alzheimera, z doświadczeniem w prowadzeniu szkoleń, prelegent na konferencjach, od 2013 roku prowadzi warsztaty dla opiekunów osób z zespołami otępiennymi, pracownik ZPO.
- **Dagmara Wojciechowska** - inspektor w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Toruniu, specjalista z zakresu pozyskiwania funduszy zewnętrznych na realizację działań dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym osób niesamodzielnych, starszych, niepełnosprawnych oraz pozostających bez pracy. Wspomaga prowadzenie Całodobowego Ośrodka Wsparcia o zasięgu gminnym dla 15 osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, opuszczających zakłady karne prowa-

dzonym przez Stowarzyszenie Profilaktyki i Resocjalizacji „Mateusz" w Toruniu, Ośrodka Integracji Dzieci, Młodzieży i Seniorów w Czerniewicach, Osiedlowego Domu Kultury na Bielawach w Toruniu oraz Społecznego Domu Kultury – Dom Kultury Bydgoskie w Toruniu.

- **Aleksandra Wachowiak-Kaźmierczak** – specjalista ds. rachunkowości, ekspert z zakresu budżetowania, administrowania, organizacji pracy, pracownik ZPO.
- **Joanna Hain-Listewnik** – Członek Zarządu Fundacji „Razem Zmieniamy Świat", odpowiada za działania społeczne i edukacyjne w obszarze opieki nad osobami niesamodzielnymi, a także integracyjne dla osób niepełnosprawnych.
- **Katarzyna Ramlo** – dyrektor zarządzający Lecznic Citomed Sp. z o.o., ekspert z zakresu organizacji usług medycznych. Absolwent UMK oraz Akademii Menedżerów Służby Zdrowia przy UMK w Toruniu. Od 14 lat dyrektor zarządzający jednej z największych placówek medycznych w regionie: 40 tyś zadeklarowanych pacjentów, 28 poradni specjalistycznych, 12 pracowni diagnostycznych oraz Punkt Pierwszej Pomocy dla 2/3 populacji Torunia. Od wielu lat członek Regionalnej Rady Dyrektorów Personalnych przy Kujawsko-Pomorskiej Organizacji Pracodawców Lewiatan.
- **Marcin Cięgotura** – wieloletni pracownik pomocy społecznej, kierownik Działu Pomocy Rodzinie i Dziecku w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Toruniu, ekspert w zakresie organizacji pomocy społecznej, wykładowca na Specjalizacji z zakresu organizacji pomocy społecznej w Toruniu, trener na warsztatach kierowanych do opiekunów osób z chorobami otępiennymi prowadzonych przez Stowarzyszenie na rzecz Pomocy Przewlekle Chorym „Chronica".
- **Marcin Nowakowski** - absolwent studiów doktoranckich prowadzonych przez Wydział Prawa, Prawa Kanonicznego i Administracji Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II – specjalność prawo finansowe. Ekspert Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w zakresie „Instrumenty finansowe wykorzystywane na rzecz rozwoju ekonomii społecznej". Ekspert Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości w zakresie wniosków w ramach PO WER. Wieloletnie doświadczenie w zakresie organizacji pomocy osobom niesamodzielnym i ich rodzinom, w sektorze publicznym, prywatnym oraz NGO's.
- **Marzena Maryniak-Wiśniewska** - lekarz specjalista psychiatra, psychogeriatra, założyciel CENTRUM PSYCHIATRII I PSYCHOGERIATRII AKSON, współpomysłodawca i organizator Poradni Psychogeriatrycznej w Toruniu (kierownik Poradni 1999-2014) oraz Oddziału Psychogeriatrycznego (od sierpnia 2014 koordynator Oddziału Klinicznego Psychiatrii Wieku Podeszłego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym) w Toruniu.
- **Paweł Neumann** – dr nauk ekonomicznych, adiunkt Kolegium Nauk Ekonomicznych i Społecznych w Płocku Politechniki Warszawskiej, specjalista ds. analizy

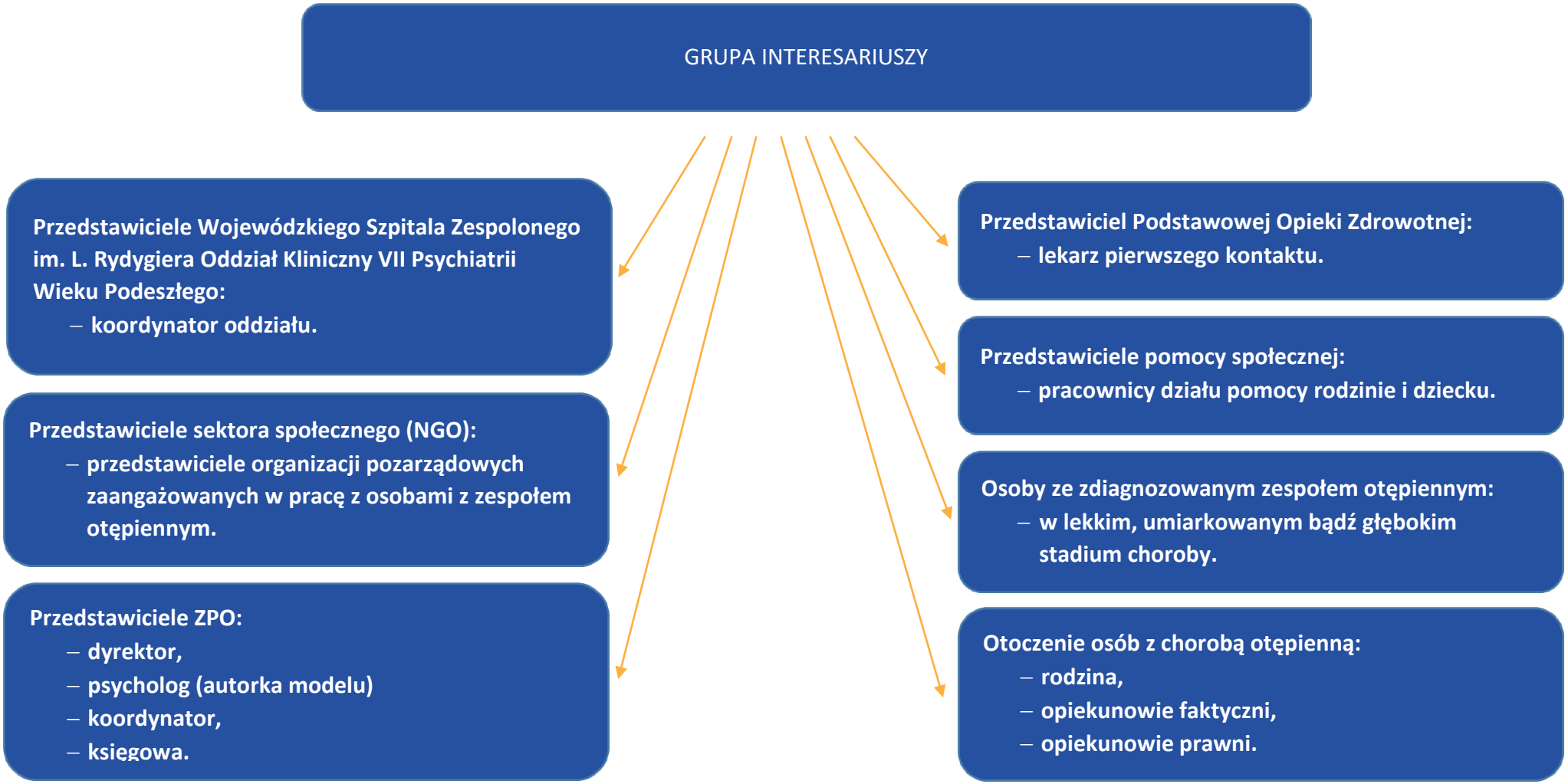
finansowej i finansów przedsiębiorstw, statystyki i ekonometrii, badań rynkowych. Posiada wieloletnie doświadczenie w pracy jako konsultant ekonomiczny i na stanowisku adiunkta w Politechnice Warszawskiej.

- **Sławomir Czachowski** - dr hab. med. prof. UMK, specjalista pediatrii i medycyny rodzinnej, kierownik Ośrodka Kształcenia Lekarzy Rodzinnych w Toruniu, były konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny rodzinnej; ekspert z zakresu usług w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

1.4. Podsumowanie

Zastosowana w ramach projektu ZASADA EMPOWERMENT pozwoliła wybudować współodpowiedzialność zaangażowanych członków w realizację i powodzenie projektu, umożliwiła wymianę doświadczeń i wiedzy pomiędzy podmiotami i ekspertami, pozwoliła w prawidłowy sposób zweryfikować założenia projektu, zwiększając tym samym jego efektywność. Dzięki zaangażowaniu interesariuszy i przeprowadzeniu konsultacji społecznych możliwe było uzyskanie informacji zwrotnej na temat wpracowanego modelu. Ponadto zaangażowane podmioty, które podpisały umowę partnerską, mają pewność, że będą zaangażowane we wdrażanie projektu innowacyjnego, będą kreowały włączanie go do głównego nurtu polityki, a tym samym wzmocnią jego wiarygodność.

Schemat 2: Graficzne przedstawienie Grupy Interesariuszy (zasada empowerment)



ROZDZIAŁ II GRUPA DOCELOWA

2. Odbiorcy wsparcia

2.1. Katalog odbiorców wsparcia

1) **Środowiska medyczne** (lekarze, pielęgniarki, pozostały personel medyczny), którzy zostaną przeszkoleni we wczesnym rozpoznawaniu zespołów otępiennych oraz postępowaniu z chorym otępiennym.
2) **Uczestnicy klubów seniora, dziennych domów pobytu, klubów samopomocy, Uniwersytetu Trzeciego Wieku** i innych organizacji pomagających osobom starszym - zainteresowanych zdobyciem wiedzy na temat wczesnego rozpoznawania zespołów otępiennych.
3) **Rodziny i faktyczni opiekunowie osób z zespołami otępiennymi** (osoby spokrewnione lub niespokrewnione, które sprawują nad nimi faktyczną opiekę, zarówno kobiety, jak i mężczyźni).
4) **Osoby z rozpoznaną chorobą otępienną** (zaświadczenie od lekarza o rozpoznaniu) niezależnie od wieku, płci czy innych schorzeń, którzy potrzebują pomocy w związku z rozpoznanym otępieniem oraz osoby, u których zdiagnozowano łagodne zaburzenia poznawcze (Mild Cognitive Impairment).

W ramach działań profilaktycznych wszystkie osoby, które chcą wziąć udział w przesiewowych badaniach pamięci (osoby bez podziału na płeć, powyżej 55 roku życia, które chciałyby sprawdzić swoją pamięć).

Rekrutacja uczestników projektu będzie miała charakter otwarty, będą mogły w niej wziąć udział wszystkie zainteresowane osoby bez względu na płeć, wiek, czy niepełnosprawność. Rekrutacja będzie realizowana zgodnie z zasadą równości szans kobiet i mężczyzn oraz zasadą równości szans i niedyskryminacji osób z niepełnosprawnościami. Personel przeprowadzający rekrutację będzie kierował się wyżej wymienionymi zasadami. Rekrutacja uczestników projektu zostanie poprzedzona kampanią promocyjno-informacyjną, przeprowadzoną prostym językiem, zrozumiałym dla wszystkich. Kampania nie będzie miała charakteru dyskryminacyjnego. Będzie ona dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym osób niedowidzących oraz niedosłyszących. Spotkania rekrutacyjne przeprowadzane będą w salach dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych. Powołana zostanie komisja rekrutacyjna składająca się z co najmniej 3 osób, kwalifikująca potencjalnych uczestników do udziału w projekcie. Kryteria rekrutacyjne będą przejrzyste i dostępne dla wszystkich. Wyniki rekrutacji będą publikowane na stronie internetowej Centrum oraz w jego siedzibie.

Schemat 3: Graficzne przedstawienie grupy docelowej

GRUPA DOCELOWA

PODGRUPA I
ŚRODOWISKO MEDYCZNE
(lekarze, pielęgniarki, pozostały personel medyczny)
Warunki udziału:
1. **Zgłoszenie do udziału w projekcie.**
2. **Kontakt z pacjentem otępiennym i/lub z osobą starszą i/lub z jego rodziną (doświadczenie).**
3. **Kolejność zgłoszeń.**

PODRUPA II
PODMIOTY
(ośrodki wsparcia, kluby samopomocy, Uniwersytet Trzeciego Wieku, WOAK, MOPR, kluby seniora, DPS, Wojewódzki Szpital Zespolony, Dzienny Oddział ZPO).
Warunki udziału:
1. **Zgłoszenie do udziału w projekcie.**
2. **Świadczenie usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych (statut, działalność).**

PODGRUPA III
OPIEKUNOWIE
(osoby z otoczenia osób z chorobą otępienną, rodzina, sąsiedzi, przyjaciele, faktyczny/prawny opiekun).
Warunki udziału:
1. **Zgłoszenie do udziału w projekcie.**
2. **Udokumentowanie faktycznej opieki nad osobą z chorobą otępienną.**
3. **Kolejność zgłoszeń.**

PODGRUPA IV
OSOBY CHORE
(osoby ze zdiagnozowanym zespołem otępiennym).
Warunki udziału:
1. **Zgłoszenie do udziału w projekcie (sam chory lub opiekun).**
2. **Wypełnienie Wywiadu, który pozwoli na opracowanie Indywidualnego Planu Działania.**
3. **Rozpoznany zespół otępienny (F00-F003).**
4. **Zdiagnozowane deficyty poznawcze (MCI).**

2.2. Analiza grupy docelowej

Otępienie stanowi coraz większy problem społeczny i medyczny. Dotyczy dużej grupy osób starszych. Częstotliwość występowania otępienia rośnie wraz z wiekiem. Wczesne rozpoznanie ułatwia leczenie i opiekę nad chorymi. Głównymi przyczynami otępienia są: choroby zwyrodnieniowe mózgu (choroba Alzheimera, otępienie z ciałami Lewy'ego, otępienie czołowo-skroniowe) oraz choroby naczyniowe (otępienie naczyniopochodne). Międzynarodowa klasyfikacja chorób (ICD-10) określa otępienie jako zespół objawów spowodowany przewlekłą lub postępującą chorobą mózgu, przebiegający z zaburzeniem wyższych funkcji korowych (poznawczych) - pamięci, myślenia, orientacji, rozumienia, liczenia, porozumiewania się – funkcji językowych, uczenia, planowania, umiejętności oceny. Zaburzenia te w negatywny sposób wpływają na funkcje intelektualne, kontrolę emocji, zachowania społeczne i czynności zawodowe. Rozpowszechnienie zespołów otępiennych w populacji po 65 roku życia, jest szacowane na ok. 10%. Odsetek ten rośnie logarytmicznie wraz z wiekiem od ok. 1% w 65. r.ż. do ok. 30-40% po 90. r.ż. Wskaźnik rozpowszechnienia podwaja się co ok. 5 lat. W Polsce badania epidemiologiczne dotychczas przeprowadzane były rzadko. Liczbę osób z otępieniem szacuje się na ok. 450-500 tys. (w tym 300-350 tys. z chorobą Alzheimera). W Polsce w roku 2000 żyło ok. 12,2% (4,3 mln) osób liczących ponad 65 lat. W 2020 r. będzie to ok. 17,4% ludności, a w 2030 r. - co najmniej 23,8% (ponad 8,0 mln). Szczególnie wyraźnie wzrośnie udział ludzi najstarszych liczących ponad 80 lat; wg szacunków GUS stanowić będą 4,8% populacji w 2030 roku (ok. 1,82 mln). Można więc przyjąć, że za ok. 20 lat będzie w naszym kraju ponad 1,2 mln chorych z otępieniem.

Prognozy demograficzne i dane o rozpowszechnieniu zaburzeń otępiennych pozwalają na uzmysłowienie sobie skali problemu, z jakim przyjdzie się zmierzyć w nieodległej przyszłości. Proces demograficznego starzenia się społeczeństwa, który wyraża się wzrostem odsetka ludzi po 65 roku życia, charakteryzuje się ważnymi z punktu widzenia polityki społecznej cechami. Należą do nich między innymi:

- Feminizacja starości, wyrażająca się powiększającą się wraz z przechodzeniem do kolejnych grup wieku przewagą liczby kobiet. Udział mężczyzn w ogólnej liczbie osób w wieku 65 i więcej lat będzie się stopniowo zwiększał, ale nie należy oczekiwać spektakularnych zmian. W 2015 r. ma on wynieść 38,7%, na zakończenie kolejnych pięcioletnich okresów osiągnąć 39,7%, 40,4%, 40,7%, a w 2045 r. 40,9% (GUS 2011). W grupie osób w wieku 80 i więcej lat udział mężczyzn będzie znacznie mniejszy – z poziomu 30,7% w 2015 r. podniesie się do 33,5% w 2035 r. Następstwa procesu feminizacji dla polityki społecznej są istotne np. w przypadku polityki dochodowej (emerytury kobiet są przeciętnie niższe niż mężczyzn) i polityki zdrowotną (samoocena stanu zdrowia kobiet jest na ogół gorsza niż mężczyzn w tym samym wieku);

- Singularyzacja w starości, której wyrazem jest wysoki odsetek osób starszych pozostających w jednoosobowych gospodarstwach domowych. Według prognoz GUS, w 2030 r. ogółem aż 53,3% gospodarstw jednoosobowych będzie prowadzonych przez osoby w wieku co najmniej 65 lat, w tym 17,3% przez osoby w wieku 80 i więcej lat (GUS 2010). Oznacza to, że samotnie w swoich gospodarstwach domowych pozostawać będzie odpowiednio 2740 tys. osób w wieku 65 i więcej lat, w tym 887 tys. osób w wieku 80 lat i więcej. Znacznie częściej w gospodarstwach jednoosobowych pozostają kobiety.

Wymienione zjawiska stanowią duże wyzwanie dla polityki społecznej i zdrowotnej wobec osób starszych. Powyższe procesy uwydatniają problemy samotności i feminizacji okresu starości, co również wpływa na przygotowaną w ramach modelu ścieżkę wsparcia zarówno dla osób starszych, jak i dla ich opiekunów.

ROZDZIAŁ III ANALIZA USŁUG ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH REALIZOWANYCH NA TERENIE TORUNIA

3. Koszty usług zdrowotnych finansowanych przez NFZ, realizowanych na terenie Miasta Torunia w latach 2013-2015 – osoby z zespołem otępiennym

Źródło danych: Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Szpital Psychiatryczny w Toruniu, Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Toruniu, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Toruniu, Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego.

Zakres danych: informacje dotyczące usług świadczonych na rzecz osób z zespołami otępiennymi na terenie miasta Torunia w latach 2013-2015; liczba hospitalizacji / liczba pacjentów / ilość osobodni – pacjenci szpitala psychiatrycznego z rozpoznaniem zespołu otępiennego [F00:F03], wiek / płeć osób będących pod opieką ZPO / MOPR. MOPR zleca realizację zadań publicznych z zakresu organizacji i świadczenia usług opiekuńczych następującym podmiotom: Polski Czerwony Krzyż (PCK), Caritas Diecezji Toruńskiej (CARITAS), Polski Komitet Pomocy Społecznej (PKPS).

Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia psychiatryczne dla pacjentów z rozpoznaniem zespołu otępiennego jest zasadniczo stała w okresie ostatnich trzech lat.

Tabela 1. Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia psychiatryczne dla pacjentów z rozpoznaniem zespołu otępiennego

Lp.	Opis / przedmiot / zakres	2013	2014	2015
1	Liczba świadczeniobiorców realizujących świadczenia psychiatryczne w trybie całodobowym dla pacjentów z rozpoznaniem zespołu otępiennego	2	2	2
2	Liczba świadczeniobiorców realizujących świadczenia psychiatryczne w trybie ambulatoryjnym dla pacjentów z rozpoznaniem zespołu otępiennego	9	7	8
3	Liczba świadczeniobiorców realizujących świadczenia psychiatryczne w trybie dziennym dla pacjentów z rozpoznaniem zespołu otępiennego	1	1	1

Podstawowy katalog świadczeń finansowanych przez NFZ na rzecz pacjentów z rozpoznaniem zespołu otępiennego przedstawiono poniżej.

Dane zawarte w tabeli wyrażone są w takich jednostkach jak: hospitalizacje, liczba pacjentów, liczba wizyt, liczba udzielonych porad, liczba osobodni.

Przeliczenie danych zawartych w tabeli poniżej wymaga przyjęcia następujących założeń:

a) Przeciętny okres hospitalizacji na oddziale psychogeriatrycznym: 40 osobodni (na podstawie danych Kujawsko-Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego)
b) Przeciętny koszt osobodnia na oddziale psychiatrycznym: 208 zł
c) Przeciętny koszt porady ambulatoryjnej (AOS): 90 zł
d) Przeciętny koszt porady ambulatoryjnej (PSY): 54 zł
e) Przeciętny koszt wizyty realizowany przez psychiatrów: 154 zł
f) Przeciętny koszt wizyty lekarza rodzinnego: 140 zł
g) Przeciętny koszt świadczenia opieki pielęgniarskiej: 26 zł

Tabela 2. Podstawowe charakterystyki dotyczące świadczeń finansowanych przez NFZ na rzecz pacjentów z rozpoznaniem zespołu otępiennego

Lp.	Opis / przedmiot / zakres	2013	2014	2015
1	Liczba hospitalizacji w opiece całodobowej psychiatrycznej z rozpoznaniem zespołu otępiennego [F00-F03]	161	145	165
2	Liczba osób hospitalizowanych w opiece całodobowej psychiatrycznej z rozpoznaniem zespołu otępiennego [F00-F03]	154	136	157
3	Liczba pacjentów z rozpoznaniem zespołu otępiennego [F00-F03] korzystających z opieki ambulatoryjnej (AOS)	67	197	193
4	Liczba pacjentów z rozpoznaniem zespołu otępiennego [F00-F03] korzystających z opieki ambulatoryjnej (PSY)	776	832	840
5	Liczba udzielonych porad ambulatoryjnych pacjentom z rozpoznaniem zespołu otępiennego (AOS)	115	349	355
6	Liczba udzielonych porad ambulatoryjnych pacjentom z rozpoznaniem zespołu otępiennego (PSY)	2141	2194	2201
7	Liczba wizyt domowych dla pacjentów z rozpoznaniem zespołu otępiennego [F00-F03] realizowanych przez psychiatrów	1077	1079	997
8	Liczba wizyt domowych dla pacjentów z rozpoznaniem zespołu otępiennego [F00-F03] realizowanych przez lekarzy rodzinnych	106	140	155
9	Liczba świadczeń realizowanych w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów z rozpoznaniem zespołu otępiennego	3713	4926	6415

3.1. Analiza finansowania świadczeń na rzecz pacjentów z rozpoznaniem zespołu otępiennego przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Roczne koszty finansowania przez NFZ świadczeń dla pacjentów z rozpoznaniem zespołu otępiennego wynosiły w latach 2013-2015: **1 692 000 zł** i obejmowały:

1) hospitalizacje całodobową psychiatryczną,
2) porady ambulatoryjne (AOS, PSY),
3) wizyty domowe,
4) świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej.

Dodatkowo na terenie miasta Torunia w ZPO prowadzone jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją oraz kontynuacją leczenia osób, które kwalifikują się do opieki stacjonarnej całodobowej z rozpoznaniem schorzeń zespołu otępiennego.

W latach 2013-2015, średniorocznie w ZPO przebywało w ramach opieki całodobowej 63 mieszkańców Torunia (***średni wiek 77 lat***), co przy stawce za osobodzień wynoszącej 78,7 zł, oznacza **roczny koszt** współfinansowany przez NFZ na poziomie **1 820 000 zł**.

W latach 2013-2015 w ZPO przebywało w ramach opieki dziennej średnio 73 mieszkańców Torunia (***średni wiek 74 lata***), dla których **średni roczny koszt** świadczeń finansowanych przez NFZ wyniósł **841 000 zł**.

W roku 2016, pod opieką PCK, CARITAS, PKPS przebywa łącznie 519 osób w wieku 55 lat i więcej (grupa docelowa, w której identyfikuje się osoby ze schorzeniami psychicznymi z rozpoznaniem zespołu otępiennego***, średni wiek osób przebywających po opieką tych instytucji to 79 lat***). Przy zidentyfikowanym rzeczywistym wskaźniku obciążenia schorzeniami psychicznymi z rozpoznaniem zespołu otępiennego, spośród 519 osób, co najmniej 39 to osoby ze schorzeniami psychicznymi z rozpoznaniem zespołu otępiennego, których roczny koszt pomocy świadczeń wykonanych przez PCK, CARITAS, PKPS to wartość **208 000 zł.** (z tym zastrzeżeniem, że przeciętna dzienna liczba godzin opieki na jedną osobę to zaledwie 1,23h przeliczeniowej, okres rozliczeniowy to 360 dni w roku).

Łącznie, zidentyfikowane koszty świadczeń finansowanych przez NFZ, CARITAS, PCK, PKPS na rzecz osób z zespołem otępiennym wynoszą średniorocznie 4 561 000 zł.

3.2. Schorzenia psychiczne w województwie kujawsko-pomorskim – ocena liczby osób z zespołem otępiennym, analiza potrzeb

Źródło danych: Szpital Psychiatryczny w Toruniu, Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego. Analizę przeprowadzono w kolejnych czterech krokach.

KROK 1. Liczba schorzeń psychicznych w województwie kujawsko-pomorskim

Tabela 3. Liczba leczonych z zaburzeniami psychicznymi bez uzależnień w roku 2014, województwo kujawsko-pomorskie

	2 014	struktura
Liczba leczonych z zaburzeniami psychicznymi bez uzależnień	89 599	100%
w tym F40-F48 (nerwice, stres, somatoformiczne problemy)	22 221	24,80%
w tym F00-F09 (organiczne)	16 307	18,20%
w tym F30 i F32 (epizody afektywne)	11 110	12,40%
w tym F31 i F33 (depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe)	10 483	11,70%
w tym F20 (schizofrenia)	8 781	9,80%

Z danych za okres ostatnich 5 lat wynika, że liczba leczonych z zaburzeniami psychicznymi rośnie o 15%, a udział schorzeń organicznych (z kodem F00-F09) wynosi średnio 19,1% (i jest quasi stabilna).

Poniżej przedstawiono rozkład wiekowy leczonych psychicznie (bez uzależnień) w roku 2014 w województwie kujawsko-pomorskim. W miastach wykrywalność schorzeń jest większa (efekt dostępności do lekarza specjalisty, inna mentalność i świadomość mieszkańców, zamożność itd.).

Cecha charakterystyczna: udział mężczyzn w grupie wiekowej 65 i więcej wśród leczonych jest dużo niższy niż udział kobiet.

Wniosek: poprawa dostępności do lekarza / specjalisty podnosi wskaźnik wykrywalności schorzeń (wskaźnik urbanizacji dla województwa sięga 61,1%, zatem nieobserwowalna liczba zaburzeń psychicznych ogółem przekracza poziom 23%).

Tabela 4. Leczeni z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień), województwo kujawsko-pomorskie, rok 2014

	leczeni ogółem				
	Ogółem	0-18	19-29	30-64	65 i więcej
Leczeni z zaburzeniami (bez uzależnień)	89 599	10 547	11 415	51 506	16 131
mężczyźni	36 065	6 869	5 114	19 249	4 833
kobiety	53 534	3 678	6 301	32 257	11 298
zamieszkali w mieście	67 342	7 200	8 796	38 833	12 513
zamieszkali na wsi	22 257	3 347	2 619	12 673	3 618
	struktura wiekowa				
	Ogółem	0-18	19-29	30-64	65 i więcej
Leczeni z zaburzeniami (bez uzależnień)	100%	12%	13%	57%	18%
mężczyźni	100%	19%	14%	53%	13%
kobiety	100%	7%	12%	60%	21%
zamieszkali w mieście	100%	11%	13%	58%	19%
zamieszkali na wsi	100%	15%	12%	57%	16%

KROK 2. Struktura wiekowa populacji: województwo kujawsko-pomorskie vs Toruń

Według danych za rok 2015 [GUS] struktura wiekowa populacji mieszkającej w Toruniu jest bardzo zbliżona do struktury wiekowej populacji województwa kujawsko-pomorskiego, z tym zastrzeżeniem, że w Toruniu w wielu 65 lat i więcej mieszka około 3 060 osób więcej niż wynikałoby to ze średniej statystyki dla województwa. Powoduje to, że statystyki wynikające z dużego agregatu (statystyki wojewódzkie) muszą być skorygowane o różnicę w strukturze demograficznej.

Tabela 5. Struktura demograficzna Toruń vs województwo kujawsko-pomorskie

rok 2015	Ogółem	0-18	19-29	30-64	65 i więcej
KUJ - POM	2 086 210	402 006	313 973	1 050 527	319 704
TORUŃ	202 689	35 362	28 867	104 337	34 123
TORUŃ / KUJ - POM	9,7%	8,8%	9,2%	9,9%	10,7%

Poniżej określono statystycznie ilość leczonych z zaburzeniami w Toruniu.

Tabela 6. Statystyczne określenie liczby leczonych z zaburzeniami w Toruniu

rok 2015	Ogółem	0-18	19-29	30-64	65 i więcej
% leczonych z zaburzeniami	4,3%	2,6%	3,6%	4,9%	5,0%
KUJ - POM	89 599	10 547	11 415	51 506	16 131
TORUŃ	8 814	928	1 050	5 116	1 722

KROK 3. Struktura zachorowalności na schorzenie F00-F03 w Szpitalu Psychiatrycznym i Poradni Psychiatrycznej w Toruniu

Kolejny etap analizy wymaga określenia rozkładu wiekowego pacjentów leczonych w Szpitalu Psychiatrycznym i porównanie tej statystyki z danymi dotyczącymi województwa.

Udział osób z zaburzeniami w wieku 0-18 lat leczonych w Szpitalu Psychiatrycznym w Toruniu jest dwukrotnie wyższy niż ma to miejsce średnio w województwie. Ta grupa wiekowa nie jest istotna dla prowadzonej analizy, nie mniej obraz statystyczny jest tu nieco zniekształcony.

Grupa docelowa, istotna z punktu widzenia projektu to grupa 65 lat i więcej, i udział leczonych z zaburzeniami w tej grupie wiekowej jest zbliżony do tej obserwowanej w województwie.

Tabela 7. Struktura wiekowa leczonych z zaburzeniami psychicznymi: Szpital Psychiatryczny Toruń vs województwo kujawsko-pomorskie

rok 2015	Ogółem	0-18	19-65	65 i więcej
% leczonych z zaburzeniami	100,0%	11,8%	70,2%	18,0%
SZPITAL PSYCHIATRYCZNY TORUŃ	100,0%	23,7%	56,0%	20,3%

Poniżej przedstawiono informacje obejmujące okres 2013-2015, dotyczące leczonych w Psychiatrycznym Szpitalu w Toruniu, gdzie przedstawiono liczba i udział pacjentów ze schorzeniem otępiennym [F00-F03] na tle struktury wiekowej pacjentów leczonych w poradniach psychiatrycznych oraz szpitalu psychiatrycznym.

Tabela 8. Udział pacjentów ze schorzeniami F00-F03 w ogólnej ilości pacjentów leczonych w poradniach psychiatrycznych i szpitalu psychiatrycznym w Toruniu w latach 2013-2015 (dane średnioroczne)

PORADNIA	Ilość pacjentów w poradniach psychiatrycznych	Ilość pacjentów ze schorzeniami F00-F03	Udział pacjentów z F00-F03
ogółem	12 857	1 024	8,0%
w wieku 20-65 lat	7 200	69	1,0%
w wieku powyżej 65 lat	2 615	955	36,5%
SZPITAL	Ilość pacjentów w szpitalu psychiatrycznym	Ilość pacjentów ze schorzeniami F00-F03	Udział pacjentów z F00-F03
ogółem	1 995	99	4,9%
w wieku 20-65 lat	1 278	12	1,0%
w wieku powyżej 65 lat	263	86	32,5%

Wnioski:

a) Pacjenci leczeni w poradni oraz szpitalu psychiatrycznym -co do zasady- to ci sami pacjenci
b) Udział zachorowań na schorzenie F00-F03 we wszystkich zaburzeniach psychiatrycznych w wieku powyżej 65 lat kształtuje się w przedziale 32,5% - 36,5%;
c) Udział zachorowań na schorzenie F00-F03 we wszystkich zaburzeniach psychiatrycznych w wieku od 20 do 65 lat wskazuje na udział 1% (zatem niewiele).

KROK 4. OKREŚLENIE GRUPY DOCELOWEJ: OSOBY Z ZESPOŁEM OTĘPIENNYM

W świetle powyższych informacji, liczba pacjentów u których rozpoznano schorzenia F00-F03, zamieszkałych w Toruniu wynosi statystycznie 761.

Tabela 9. Liczba zidentyfikowanych rozpoznań schorzeń F00-F03 w Toruniu

TORUŃ	Ilość pacjentów w poradniach psychiatrycznych	Ilość pacjentów ze schorzeniami F00-F03	Udział pacjentów z F00-F03
ogółem	8 814	761	8,6%
w wieku 20-65 lat	4 936	47	1,0%
w wieku powyżej 65 lat	1 954	714	36,5%

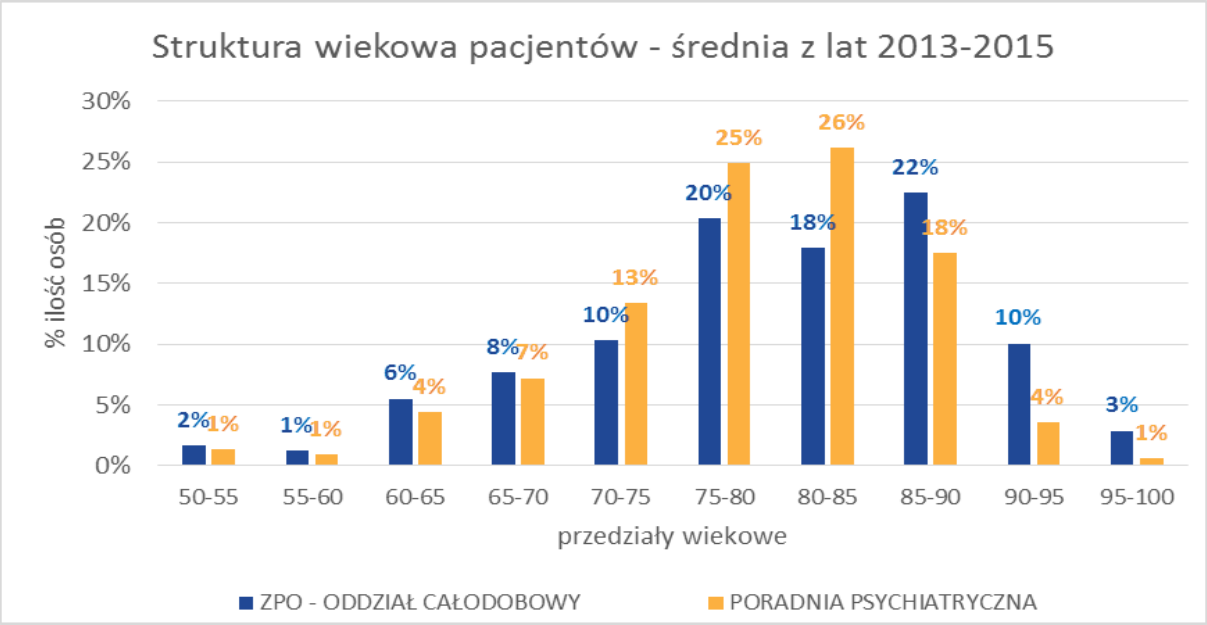
Liczba rozpoznanych schorzeń nie jest równa liczbie chorych, bowiem część pacjentów trafia do specjalisty w drugim bądź w trzecim etapie choroby.

Struktura wiekowa osób ze schorzeniami zespołu otępiennego wskazuje, że dominująca grupa wiekowa to pacjenci powyżej 75 roku życia, u których identyfikuje się drugi bądź trzeci etap choroby (trzeci etap choroby to pacjent -co do zasady- leżący).

Jeżeli co najmniej 60% i nie więcej niż 70% pacjentów ze schorzeniami otępiennymi to pacjenci w wieku 75–90 lat, oznacza to, że istotna część osób na początkowym etapem schorzeń otępiennych nie jest wykrywana.

Biorąc pod uwagę strukturę demograficzną osób ze schorzeniami otępiennymi, szacunkowa grupa docelowa, do której kierowany jest projekt, to grupa obejmująca nie mniej niż 1 000 osób.

Rysunek 1. Struktur wiekowa pacjentów ze schorzeniami otępiennymi w latach 2013-2015 [Szpital Psychiatryczny Toruń, ZPO Toruń]

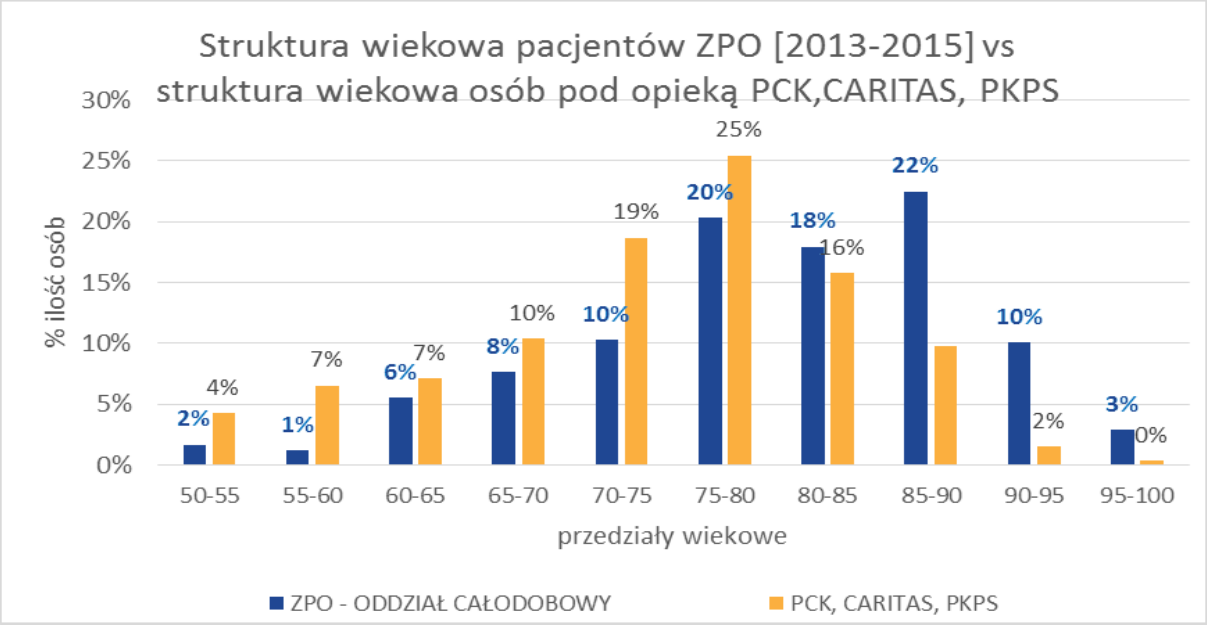


Dla pełnego obrazu analizy, porównano strukturę wiekową pacjentów ZPO – Oddział Całodobowy ze strukturą wiekową osób znajdujących się pod opieką PCK / CARITAS / PKPS (których średni wiek w grupie 55 lat i więcej wynosi 79 lat). Porównanie jednoznacznie wskazuje, że do osiągnięcia wieku 80-85 struktura wiekowa obu populacji jest zbliżona, natomiast w kolejnych przedziałach wiekowych udział osób

pozostających bez opieki całodobowej znacząco spada, by zanikać w grupie wiekowej 90-95 lat.

Bezsprzecznie podobieństwa w strukturze wiekowej badanych populacji występują, a potrzeby w zakresie różnego rodzaju świadczeń mających na celu pomoc w funkcjonowaniu w domu znacząco rosną wraz z postępującym starzeniem się społeczeństwa i wydłużającym się okresem życia.

Rysunek 2. Porównanie struktury wiekowej pacjentów ZPO (ODDZIAŁ CAŁODOBOWY) i osób pod opieką PCK / CARITAS / PKPS



3.3. Analiza chorych z zespołem otępiennym – ZPO Toruń

W ramach opieki długoterminowej pacjent może skorzystać ze świadczeń zdrowotnych realizowanych w **zakładach stacjonarnych** lub w **warunkach domowych**.

Dopełnieniem analizy jest określenie liczby świadczeniobiorców na terenie Torunia – dotyczy chorych z zespołem otępiennym. Informacja ma przedstawić skalę zjawiska, oraz wskazać na kluczowe obszary, w których widoczne są potrzeby wymagające zaspokojenia.

ZPO realizuje świadczenia w warunkach stacjonarnych oraz świadczenia „pobytu dziennego”.

3.3.1. Świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych

Zadaniem zakładu opiekuńczo-leczniczego jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją oraz kontynuacja leczenia:

- przewlekle chorych,
- osób, które przebyły leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, a nie wymagają już dalszej hospitalizacji w oddziale szpitalnym, ale powinny przebywać w zakładzie opiekuńczo-leczniczym ze względu na:
  - stan zdrowia i niesprawność fizyczną,
  - brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji,
  - konieczność stałej kontroli lekarskiej,
  - potrzebę profesjonalnej pielęgnacji,
  - rehabilitację.

Skala Barthel – skala, która pozwala na ocenę chorego pod względem jego zapotrzebowania na opiekę innych osób. Bierze się w niej pod uwagę między innymi czynności życia codziennego (spożywanie posiłków, poruszanie się, siadanie, ubieranie się i rozbieranie, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych).

NFZ finansuje świadczenia zdrowotne w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, natomiast pacjent ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Pacjent objęty opieką w zakładzie opiekuńczo-leczniczym ma zapewnione niezbędne leki, przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze (np. pieluchomajtki), badania diagnostyczne, żywienie dojelitowe i pozajelitowe.

Chorzy z niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, lecz nie wymagają hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii, mogą zostać zakwalifikowani do leczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla osób wentylowanych mechanicznie.

3.3.2. Świadczenia realizowane w warunkach domowych

Do obowiązków zespołu długoterminowej opieki domowej należy:

- wyposażenie pacjentów w niezbędny sprzęt medyczny,
- stworzenie pacjentom i ich opiekunom poczucia bezpieczeństwa przez zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez 24 godziny na dobę we wszystkie dni tygodnia.

Pielęgniarska opieka długoterminowa to opieka nad obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu. Pacjenci objęci taką opieką nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej i intensywnej domowej opieki pielęgniarskiej, realizowanej we współpracy z lekarzem POZ.

Do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej mogą być zakwalifikowani pacjenci, którzy w ocenie opartej na skali Barthel otrzymali 40 punktów lub mniej i nie zostali objęci opieką przez hospicjum domowe, inny stacjonarny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń gwarantowanych, domową opieką dla pacjentów wentylowanych mechanicznie i nie są w ostrej fazie choroby psychicznej.

Świadczenia udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się kartę oceny pacjenta do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową. W czasie pierwszej wizyty w domu chorego, pielęgniarka dokonuje oceny stanu pacjenta skalą Barthel oraz ustala plan opieki. O rozpoznanych problemach pielęgnacyjnych i ustalonym planie opieki pielęgniarka informuje pacjenta oraz jego rodzinę lub opiekunów. Pielęgniarka ma obowiązek odbywać nie mniej niż 4 wizyty w tygodniu. Czas objęcia chorego opieką długoterminową zależy od stanu zdrowia pacjenta.

Charakterystyczne cechy zespołu otępiennego

a) długi okres rozwijania i nasilania choroby (od fazy łagodnej, przez średnią aż do fazy kiedy pacjent jest pacjentem leżącym, wymagającym opieki całodobowej)
b) początki rozwijania się choroby to wiek 50-55, nie mniej 90% - 95% przypadków dotyczy osób w wieku 60 lat i więcej

ZPO w Toruniu specjalizuje się opiece nad chorymi z zespołem otępiennym, prowadząc:

A) oddział całodobowy – obecnie dla 81 osób (w tym 65 kobiet),
B) oddział dzienny – obecnie 70 osób (w tym 55 kobiet).

Na oddziale całodobowym przebywają obecnie osoby w średnim wieku 77 lat, z tym że w przypadku kobiet średni wiek wynosi 79 lat, w przypadku mężczyzn 72 lata.

Tabela 10. Średnia wieku i liczba osób – oddział całodobowy ZPO

WIEK	K	M	ŚREDNIA
2013	79	72	77
2014	78	72	77
2015	79	71	77
ŚREDNIO	**79**	**72**	**77**

ILOŚĆ OSÓB	K	M	SUMA
2013	53	15	69
2014	60	13	74
2015	65	16	81
ŚREDNIO	**60**	**15**	**75**

W latach 2013-2015 liczba osób oczekujących na przyjęcie na oddział całodobowy wynosiła 163 osoby, z których:

a) 72 zmarły w trakcie oczekiwania (ok. 44%),
b) 47 osób zrezygnowało (ok. 29%),
c) 44 osoby zostały przyjęte (ok. 27%).

Średni wiek pacjenta oczekującego wynosił 81 lat, a średni czas oczekiwania w latach 2013-2015 wynosił 284 dni.

W roku 2015 średni czas oczekiwania uległ skróceniu do 91 dni, a liczba oczekujących spadła do 26 osób.

Na oddziale dziennym przebywają średnio 73 osoby w wieku 74 lat, z tym że wiek kobiet to przeciętnie 76 lat (o trzy lata mniej niż pacjenci otępienni na oddziale całodobowym), a wiek mężczyzn to 69 lat (także przeciętnie o trzy lata mniej niż pacjenci otępienni na oddziale całodobowym). Także w ramach tych świadczeń występuje kolejka.

Tabela 11. Średnia wieku i liczba osób – oddział dzienny ZPO

WIEK	K	M	ŚREDNIA
2013	76	70	74
2014	75	69	74
2015	76	70	74
ŚREDNIO	**76**	**69**	**74**

ILOŚĆ OSÓB	K	M	SUMA
2013	45	17	62
2014	69	18	87
2015	51	19	70
ŚREDNIO	**55**	**18**	**73**

Powyższe dane wskazują, że przeciętny wiek pełnej niesamodzielności u osób ze schorzeniami otępiennymi, zakwalifikowanymi do opieki całodobowej to 77 lat, i liczba tych osób w Toruniu to nie mniej niż 63 osoby.

Jeżeli liczba osób niesamodzielnych, wymagających całodobowej opieki wynosi nie mniej niż 63 osoby, a uwzględniając kolejkę oczekujących (26 osób) daje to łącznie 89 osób, to liczba świadczeń pielęgnacyjnej opieki długoterminowej powinna być na poziomie nie niższym niż **45 i nie wyższym niż 90 przeliczeniowych pacjentów**[1], wobec 31 faktycznie realizowanych w roku 2015 (w roku 2015 liczba pacjentów objętych opieką długoterminową wyniosła 50).

Wynika to z rozkładu wieku osób ze schorzeniem otępiennym, długiego czasu rozwoju choroby, a nade wszystko z faktu, że pojawienie się osób wymagających opieki całodobowej oznacza, że w okresie wcześniejszym (rok, dwa, trzy, cztery lata wcześniej) osoby te wymagały dostosowanej do indywidualnych potrzeb opieki – świadczeń realizowanych w warunkach domowych, które:

a) poza pielęgniarską opieką długoterminową, zapewniałyby specjalistyczne doradztwo i pomoc dla pacjenta / opiekunów, działania stymulujące funkcje poznawcze, opiekę wytchnieniową itp.

W Toruniu, wg danych NFZ, udzielono w ostatnich trzech latach łącznie 15 054 świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej:

a) w roku 2013: 3 713 osobodni, co oznacza objęcie opieką ok. 18 przeliczeniowych pacjentów,
b) w roku 2014: 4 926 osobodni, co oznacza objęcie opieką ok. 24 przeliczeniowych pacjentów,

[1] Przez pacjenta przeliczeniowego rozumie się pacjenta który otrzymał pełną roczną liczbę świadczeń.

c) w roku 2015: 6 415 osobodni, co oznacza objęcie opieką ok. 31 przeliczeniowych pacjentów.

Rzeczywista liczba osób ze schorzeniami otępiennymi nie jest znana. Wskazane powyżej dane przedstawiają obraz, który przy obecnie funkcjonującym systemie, pozwala na zidentyfikowanie wykrytej liczebności schorzeń otępiennych.

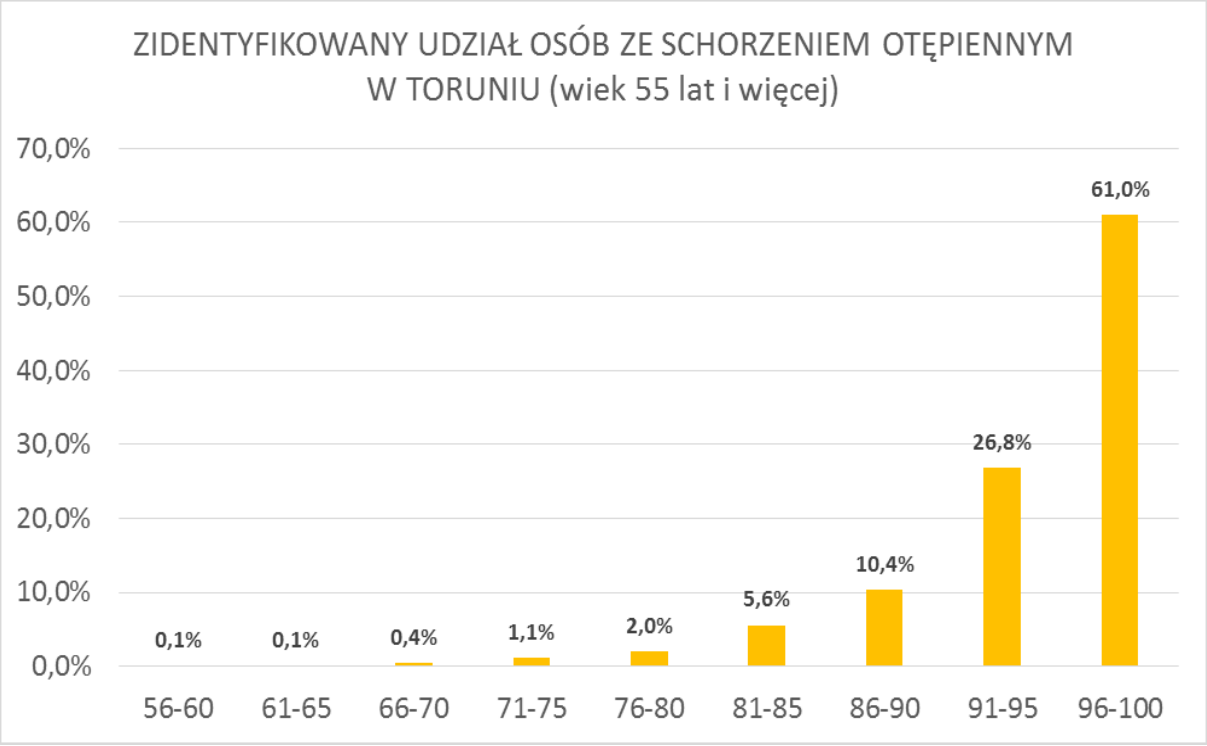
Z danych z MOPR wynika, że w roku 2016 w Toruniu, liczba osób oczekujących na przyjęcie do DPS w wieku 55 lat i więcej wynosi obecnie 122 osoby, ze średnim wiekiem 79 lat. Przeciętny wiek jest zgodny z wiekiem osób wskazanych w przedstawionych powyżej statystykach.

Liczba osób wymagających opieki (w różnej formie) stanowi 23,5% całej populacji oczekujących i wskaźnik ten można uznać za poziom normatywny.

Liczba osób objętych pomocą PCK, CARITAS i PKPS w wieku 55 lat i więcej wynosi 519 osób. Średni wiek osób objętych pomocą to także 79 lat, wśród tych osób co najmniej 39 to osoby, które statystycznie zostały zidentyfikowanej jako osoby z zaburzeniami otępiennymi.

Zebrane dane statystyczne pozwalają na określenie rzeczywistej i obserwowalnej częstości schorzeń zespołu otępiennego w poszczególnych grupach wiekowych.

Rysunek 3. Zidentyfikowany udział osób ze schorzeniami otępiennymi w Toruniu [lata 2013-2015, wiek 55 lat i więcej]



Materiał analityczny wskazuje, że osób zidentyfikowanych pod względem schorzeń zespołu otępiennego w Toruniu jest 1000.

Z uwagi na specyficzne uwarunkowania schorzeń otępiennych, ich długi czas rozwoju, często w ukryciu, niską świadomość społeczną oraz niski poziom wykrywalności tych schorzeń a nade wszystko utrudnienia w dostępie do specjalistycznych oraz opiekuńczych świadczeń, konieczne jest szacunkowe określenie całkowitej potencjalnej populacji osób z zespołem otępiennym.

W piśmiennictwie dotyczącym schorzeń zespołu otępiennego podaje się, że udział osób z tym schorzeniem dla grupy wiekowej 65 lat i więcej znajduje się w przedziale 3% - 11% populacji. Oznaczałoby to, że w Toruniu liczba osób ze schorzeniem otępiennym zawiera się w przedziale 933 – 3 422 (nieobserwowalna liczba osób to 2 422).

Patrząc na rozkład statystyczny wieku osób ze schorzeniem otępiennym, oraz uwzględniając fakt, że choroba rozwija się i trwa przez 5-15 lat, **otrzymamy nieobserwowalną liczba osób ze schorzeniem otępiennym zawierającym się w przedziale: 721 – 1 312.**

Oznaczałoby to, że w Toruniu liczba osób ze schorzeniem otępiennym zawiera się w przedziale: 1 721 – 2 312 (nieobserwowalna liczba osób to 721 – 1 312).

Którykolwiek z podanych powyżej przedziałów nie weźmiemy pod uwagę, widoczny jest znaczący poziom nieobserwowalnych schorzeń z zespołem otępiennym, który sięga od 721 do 2 422 osób.

Deficyt usług z chorobami i zaburzeniami psychicznymi (zespół otępienny) wynika z niedostatecznej identyfikacji tych chorób oraz braku dostępności dla świadczeniobiorców.

Interwencji wymaga zatem zapewnienie świadczeń i pomocy o różnym stopniu natężenia i zakresu, dedykowanych do potrzeb konkretnych osób o różnym poziomie wieku, wykształceniu, stanie rodzinnym, zamożności, różnym poziomie stanu zdrowia i samodzielności.

Deficytu usług dotyczyć będzie w szczególności:

- usług opiekuńczych socjalnych, społecznych i zdrowotnych w różnym zakresie dostosowanym do indywidualnych potrzeb,
- edukacji, aktywizacji społecznej,
- świadczeń opieki pielęgniarskiej domowej,
- doradztwa i pomocy w efektywnym korzystaniu z istniejących zasobów świadczeń finansowanych przez NFZ i jednostki samorządu terytorialnego.

ROZDZIAŁ IV ANALIZA POTRZEB OPIEKUNÓW OSÓB Z ZESPOŁAMI OTĘPIENNYMI

W celu oceny potrzeb opiekunów osób z zespołami otępiennymi przeprowadzono ankietę. Łącznie wydano 50 ankiet. Wypełniono 33, z czego 3 wypełnione niekompletnie nie kwalifikowały się do analizy. **Opiekunowie biorący udział w badaniu uczestniczyli w warsztatach dla opiekunów osób z zespołem otępiennym przebywających na oddziale dziennym ZPO oraz na oddziale całodobowym. Analizę przeprowadzano od 1 kwietnia do 31 lipca 2016 r., na grupie 50 osób.**

Ankieta zawierała 26 pytań:

ANKIETA DLA OPIEKUNÓW OSÓB Z ZESPOŁAMI OTĘPIENNYMI

	CHORY	
1	Wiek osoby chorej	
2	Czy chory jest pod opieką specjalisty	TAK/NIE
3	W którym roku zdiagnozowano zespół otępienny	
4	Chory jest dla mnie (podkreśl właściwe)	mężem/żoną, matką/ojcem, synem/córką, bratem/siostrą, babcią/dziadkiem, Inne…….
5	Najbardziej uciążliwe objawy choroby to (podkreśl właściwe)	zapominanie drażliwość brak współpracy niechęć do wykonywania czynności higienicznych upór agresja smutek lęk inne……..
6	Aktualnie chory przebywa (podkreśl właściwe)	w domu w oddziale dziennym w placówce całodobowej w DPS
	OPIEKUN	
1	Wiek opiekuna	

2	Płeć opiekuna	K/M
3	Stan cywilny opiekuna (podkreśl właściwe)	panna/kawaler mężatka/żonaty wdowa/wdowiec
4	Obowiązki opiekuńcze nad chorym pełni (podkreśl właściwe)	1 osoba 2 osoby 3 osoby więcej niż 3 osoby
5	Z powodu sprawowania opieki sytuacja materialna opiekuna	nie zmieniła się nieznacznie się pogorszyła bardzo się pogorszyła
6	Czy opiekun mieszka z chorym	TAK/NIE
7	Opiekun chorego	jest osobą pracującą nie pracuje jest emerytem jest rencistą
8	Z powodu sprawowania opieki sytuacja zdrowotna opiekuna	nie zmieniła się nieznacznie się pogorszyła bardzo się pogorszyła
9	Z powodu sprawowania opieki poziom satysfakcji życiowej opiekuna	nie zmienił się nieznacznie się pogorszył bardzo się pogorszył
10	Czy opiekun korzysta z pomocy psychiatry/psychologa?	TAK/NIE
11	Z powodu sprawowania opieki liczba kontaktów towarzyskich opiekuna	nie zmieniła się nieznacznie się obniżyła bardzo się obniżyła znajomi nie utrzymują ze mną kontaktów
12	Przeciętnie ile czasu poświęca opiekun na zajmowanie się chorym	od 1 do 5 h dziennie od 6 do 10 h dziennie 24 godziny na dobę inne ……..
13	Z powodu sprawowania opieki relacje w rodzinie opiekuna	nie zmieniły się pogorszyły się poprawiły się
14	Z powodu sprawowania opieki czas wolny opiekuna	jest zadowalający znacznie się zmniejszył nie ma czasu wolnego
	POMOC	

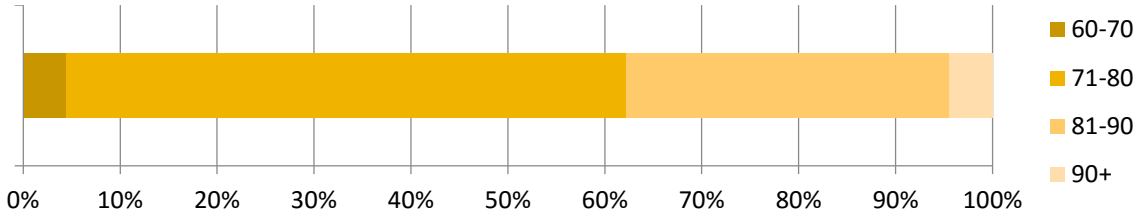
1	Pomoc lekarza jest	wystarczająca niewystarczająca
2	Pomoc psychologa jest	wystarczająca niewystarczająca
3	Pomoc pielęgniarki jest	wystarczająca niewystarczająca
4	Czy chory ma możliwość korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego	TAK/NIE
5	Czy wiesz z jakich form pomocy choremu i jego opiekunowi możesz skorzystać w Toruniu	TAK/NIE
6	Czy korzystasz/korzystałeś z pomocy grupy wsparcia/stowarzyszenia działającego na rzecz chorych na otępienia	TAK/NIE

Uwagi

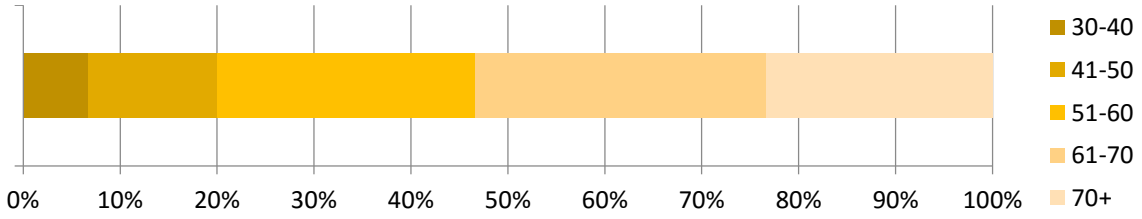
……

<u>Uzyskano następujące dane:</u>

Wiek osoby chorej	od 60 (2 osoby) do 90 lat **najwięcej w przedziale 70-90 – 26 osób** **71-80 lat – 15 osób** **81-90 lat – 11 osób,** powyżej lat 90 – 2 osoby

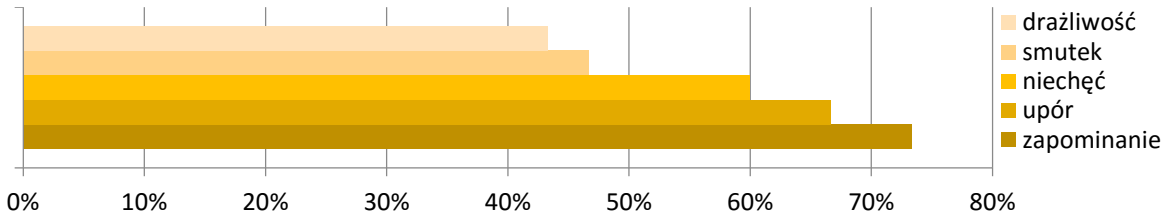


Wiek opiekuna	od 34 (1 osoba) do 82 roku życia, w tym: między 30-40 r.ż. –2 osoby między 41-50 r.ż. – 4 osoby między 51-60 r.ż. – 8 osób **między 61-70 r.ż. – 9 osób** 70 lat i więcej – 7 osób

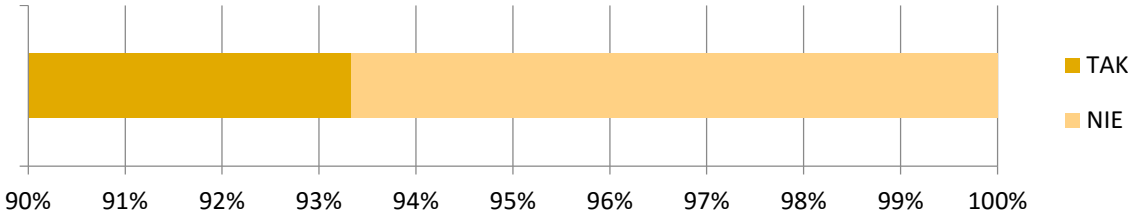


Najbardziej uciążliwe objawy choroby to (podkreśl właściwe)	**zapominanie (22)** drażliwość (13) brak współpracy (12) **niechęć do wykonywania czynności higienicznych (18)** **upór (20)** agresja (5) smutek (14) lęk (10) inne … brak zainteresowań, konfabulacje, nie rozumie komunikatów, wymyślanie zjawisk, niechęć do spacerów

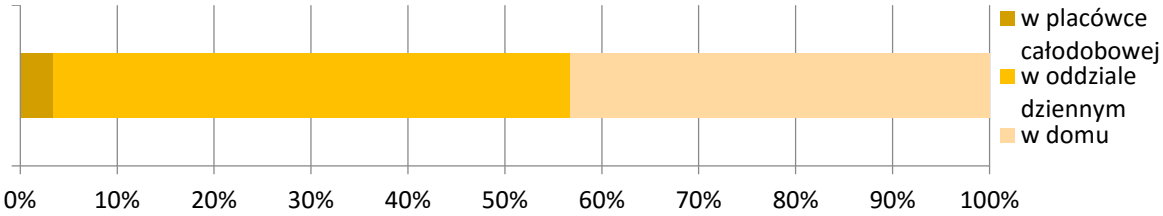
Najbardziej uciążliwe objawy choroby (w %):



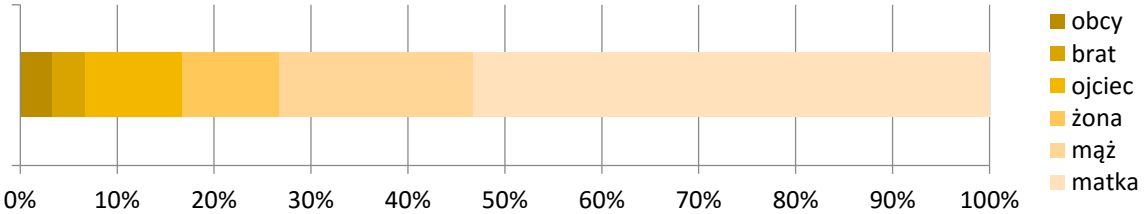
Czy chory jest pod opieką specjalisty	**TAK (28)** NIE (2)



W którym roku zdiagnozowano zespół otępienny	od 2007 do 2016 roku
Aktualnie chory przebywa	w domu (13) **w oddziale dziennym (16)** w placówce całodobowej (1) w DPS (0)



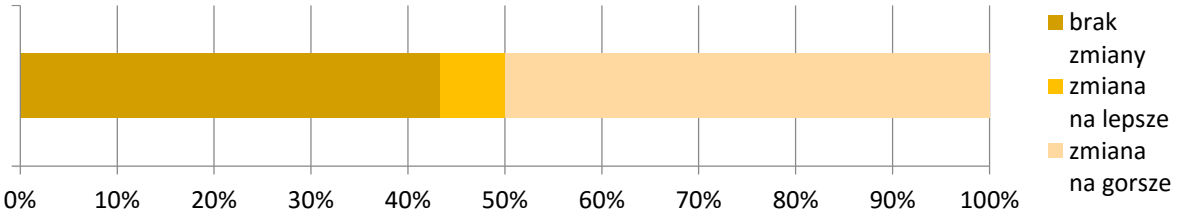
Chory jest dla mnie	mężem (6) żoną (3) **matką (16)** ojcem (3) synem/córką bratem (1) siostrą babcią/dziadkiem inne… obcy (1)



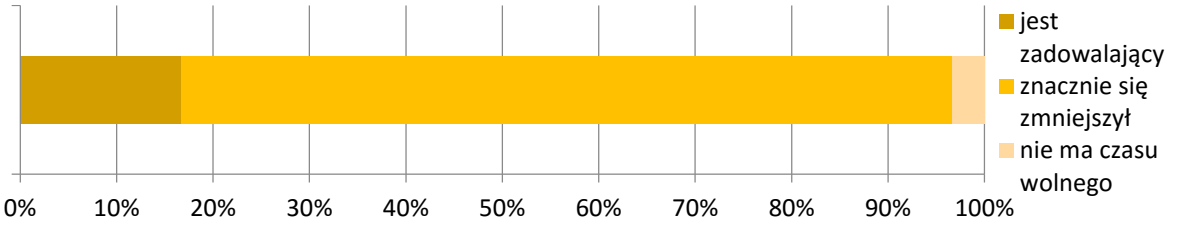
Płeć opiekuna	**kobieta (25)** mężczyzna (5)
Stan cywilny opiekuna	panna/kawaler (5) rozwiedziona (1) **mężatka/żonaty (23)** wdowa/wdowiec (1)
Obowiązki opiekuńcze nad chorym pełni	**1 osoba (15)** 2 osoby (11) 3 osoby (3) więcej niż 3 osoby (1)
Z powodu sprawowania opieki sytuacja materialna opiekuna	nie zmieniła się (12) **nieznacznie się pogorszyła (16)** bardzo się pogorszyła (3)
Czy opiekun mieszka z chorym	**TAK (22)** NIE (8)
Opiekun chorego	jest osobą pracującą (10) nie pracuje (3) **jest emerytem (15)** jest rencistą (2)
Z powodu sprawowania opieki sytuacja zdrowotna opiekuna	nie zmieniła się (10) **nieznacznie się pogorszyła (12)**

	bardzo się pogorszyła (8)
Z powodu sprawowania opieki poziom satysfakcji życiowej opiekuna	nie zmienił się (3) **nieznacznie się pogorszył (15)** bardzo się pogorszył (12)

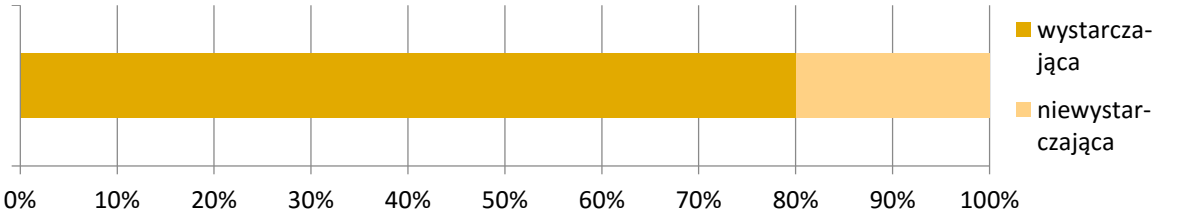
Czy opiekun korzysta z pomocy psychiatry/psychologa?	TAK (9) **NIE (21)**
Z powodu sprawowania opieki liczba kontaktów towarzyskich opiekuna	nie zmieniła się (2) nieznacznie się obniżyła (10) **bardzo się obniżyła (16)** znajomi nie utrzymują ze mną kontaktów (2)
Przeciętnie ile czasu poświęca opiekun na zajmowanie się chorym	od 1 do 5 h dziennie (7) od 6 do 10 h dziennie (9) **24 godziny na dobę (14)**
Z powodu sprawowania opieki relacje w rodzinie opiekuna	nie zmieniły się (13) **pogorszyły się (15)** poprawiły się (2)



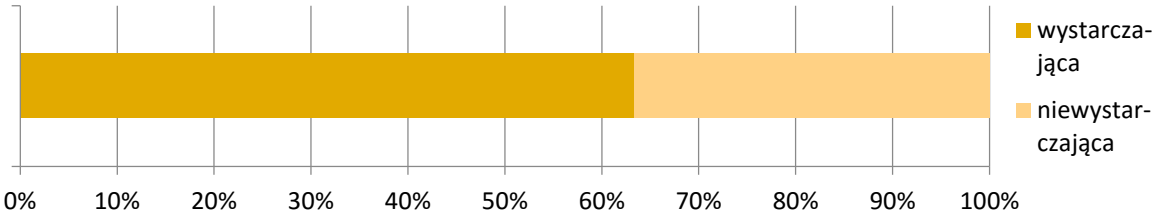
Z powodu sprawowania opieki czas wolny opiekuna	jest zadowalający (5) **znacznie się zmniejszył (24)** nie ma czasu wolnego (1)



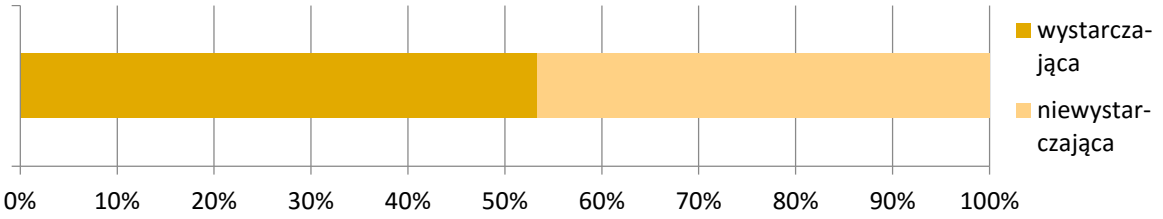
Pomoc lekarza jest	**wystarczająca (24)** niewystarczająca (6)



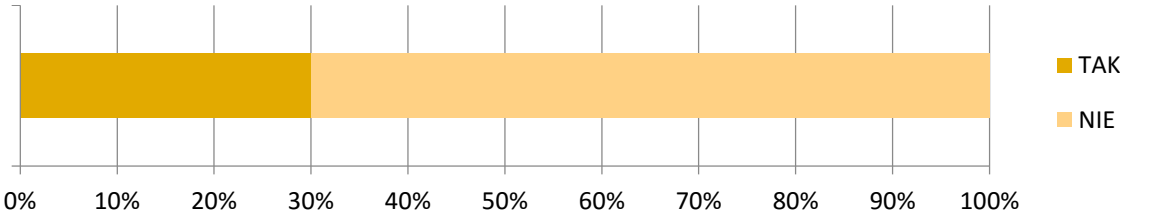
Pomoc psychologa jest	**wystarczająca (19)** niewystarczająca (11)



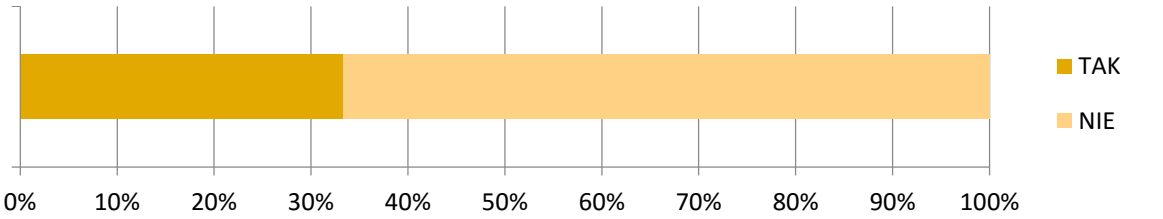
Pomoc pielęgniarki jest	**wystarczająca (16)** niewystarczająca (14)



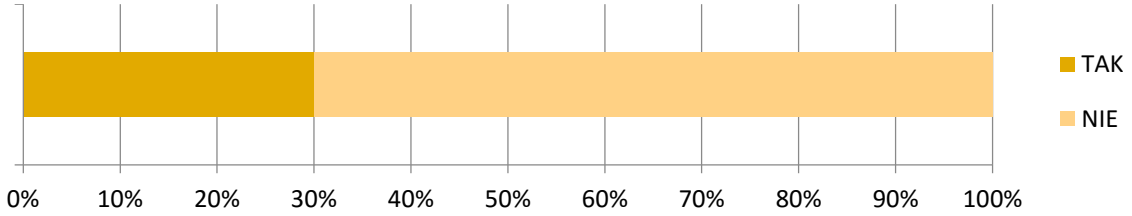
Czy chory ma możliwość korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego	TAK (9) **NIE (21)**



Czy wiesz z jakich form pomocy choremu i jego opiekunowi możesz skorzystać w Toruniu	TAK (10) **NIE (20)**



Czy korzystasz/korzystałeś z pomocy grupy wsparcia/stowarzyszenia działającego na rzecz chorych na otępienia	TAK (9) **NIE (21)**



Uwagi opiekunów:

- Brak dostępności psychologa realizującego świadczenia dla opiekunów osób z otępieniami w ramach umowy z NFZ,
- Długie kolejki do lekarza specjalisty,
- Brak wsparcia ze strony instytucji państwowych,
- Brak pomocy w sprawowaniu opieki skutkuje zaniedbaniem własnej rodziny opiekuna chorego (męża, dzieci) lub niemożnością funkcjonowania na rynku pracy,
- Brak ogólnodostępnego punktu informacyjnego (infolinii), gdzie zawsze można uzyskać pomoc w sprawach związanych z opieką,
- Lekarz nie informuje o możliwościach uzyskania pomocy,
- Drogie leki.

Wnioski:

Osoba chora jest najczęściej w wieku pomiędzy 70 a 80 rokiem życia. Przebywa pod stałą opieką specjalisty. Statystycznie najczęściej jest to matka opiekuna-kobiety po 50 roku życia. Większość opiekunów zgłasza, że pełni swoją funkcję jednoosobowo. Z powodu sprawowania opieki nad chorym u większości opiekunów:

- nieznacznie pogorszyła się sytuacja materialna,
- nieznacznie pogorszyła się sytuacja zdrowotna,
- nieznacznie pogorszył się poziom satysfakcji życiowej,
- bardzo obniżyła się liczba kontaktów towarzyskich,
- pogorszyły się relacje rodzinne,
- zmniejszył się czas wolny opiekuna.

Ciekawy jest fakt, iż niemal 100% ankietowanych zgłosiło brak wiedzy na temat możliwości uzyskania pomocy w Toruniu. Potwierdza to brak koordynacji usług i uzasadnia konieczność stworzenia planowanego w modelu Centrum. Dodatkowe uwagi opiekunów wskazują na brak wsparcia ze strony instytucji państwowych, dzięki któremu opiekun mógłby realizować się na rynku pracy i w życiu rodzinnym. Aż 50% opiekunów deklaruje, że opieka, jaką sprawują, wymaga 24-godzinnego zaangażowania. Planowany w modelu projekt wsparcia opiekunów będzie nieocenioną formą pomocy, jakiej aktualnie w systemie nie ma.

ROZDZIAŁ V ZAŁOŻENIA MODELU

5. Podmioty zaangażowane

- **Centrum Koordynacji Opieki Środowiskowej Skierowanej Do Osób z Chorobą Otępienną i ich Opiekunów „Consultor" (w skrócie – Centrum Consultor)** będzie komórką organizacyjną Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu podlegającą Dyrektorowi Zakładu.
- Placówki służby zdrowia (poradnia psychogeriatryczna, oddział psychogeriatryczny, poradnia geriatryczna, podstawowa opieka zdrowotna - będą brały udział w procesie rekrutacji chorych i opiekunów oraz w szkoleniach).
- Instytucje integracji i pomocy społecznej (Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Toruniu), które będą brały udział w procesie rekrutacji chorych i opiekunów oraz świadczyły usługi opiekuńcze.
- Fundacja „Razem Zmieniamy Świat", która będzie brała udział w procesie rekrutacji chorych i ich opiekunów oraz będzie odpowiedzialna za zabezpieczanie opieki wytchnieniowej i przygotowanie pikniku integracyjnego.

5.1. Założenia modelu

Zasadniczym celem wdrożenia modelu skoordynowanej opieki środowiskowej skierowanej do osób z chorobą otępienną i ich opiekunów jest wsparcie procesu deinstytucjonalizacji usług świadczonych na rzecz osób z zespołami otępiennymi na terenie Torunia.

Model obejmuje szeroki zakres oddziaływań – zarówno w dziedzinie profilaktyki, edukacji, wsparcia, jak i leczenia, pielęgnacji, opieki, z jednoczesnym zaangażowaniem środowisk zajmujących się problemami osób starszych (Dzienne Domy Pomocy Społecznej, Kluby Seniora, kluby samopomocy, Uniwersytet Trzeciego Wieku, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, poradnia psychogeriatryczna, geriatryczna, całodobowy oddział psychogeriatryczny, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, organizacje pozarządowe zajmujące się edukacją i wsparciem osób starszych i inne). Jednostką koordynującą działania będzie Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu (w skrócie ZPO).

Model uwzględnia horyzontalną zasadę równości szans kobiet i mężczyzn oraz zasadę o niedyskryminacji osób z niepełnosprawnościami. Model będzie dostępny dla osób z niepełnosprawnościami, w tym z niepełnosprawnością sprzężoną.

W czasie realizacji projektu zapewniona zostanie dostępność dla osób z niepełnosprawnościami, w tym korzystanie z obiektów, pomieszczeń, sal szkoleniowych nieposiadających barier architektonicznych (windy w budynkach, podjazdy dla osób poruszających się na wózkach), organizacja wsparcia w miejscach, gdzie możliwy jest dojazd komunikacją miejską (przystanki autobusowe i tramwajowe MZK).

Celem działań jest umożliwienie choremu z otępieniem jak najdłuższego funkcjonowania w środowisku, w taki sposób, by zminimalizować konieczność hospitalizacji i stworzyć optymalne warunki do funkcjonowania chorego w warunkach domowych.

5.2. Charakterystyka Centrum Consultor

Centrum Consultor – komórka organizacyjna utworzona w ramach struktury Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu, przy ul. Ligii Polskiej 8.

Cel: Interdyscyplinarne, skoordynowane organizowanie pomocy chorym i rodzinom osób z chorobami otępiennymi

5.3. Zadania Centrum

- Skoordynowane organizowanie pomocy chorym i rodzinom osób z chorobami otępiennymi we współpracy z Partnerami uczestniczącymi w modelu w celu opracowywania programu wsparcia.
- Prowadzenie interdyscyplinarnych warsztatów i konsultacji dla opiekunów i rodzin chorych z zespołami otępiennymi.
- Prowadzenie grupowych i indywidualnych zajęć profilaktycznych i edukacyjnych.
- Organizacja opieki wytchnieniowej.
- Organizowanie pomocy interwencyjnej na zasadach określonych w modelu.
- Współpraca z grupami wsparcia w zakresie pomocy.
- Prowadzenie Pracowni Poznawczej.
- Wspieranie opiekunów/rodzin sprawujących funkcje opiekuńcze.
- Udzielanie informacji nt. dostępnych instytucji pomocowych poprzez prowadzenie platformy internetowej.
- Wspieranie środowisk działających na rzecz seniorów.
- Promocja profilaktyki zdrowia w zakresie chorób otępiennych.
- Aktywna integracja środowisk lokalnych wspierających seniorów.
- Zaangażowanie w działania związane z aktywnością lokalną.

Schemat 4: Schemat działania Centrum Consultor

CENTRUM „CONSULTOR”
PRZY ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM IM. KS. JERZEGO POPIEŁUSZKI W TORUNIU

PLATFORMA INTERNETOWA

KONSULTANT → **ASYSTENT**

Zadania:
- informacja telefoniczna,
- informacja bezpośrednia,
- umawianie spotkań z asystentem,
- prowadzenie bazy danych pacjentów.

Zadania:
- wywiad, ocena i kwalifikacja, plan działania
- koordynowanie realizacji indywidualnego planu działania,
- kierowanie pacjentów do placówek/instytucji umożliwiających realizację ich potrzeb

KONSULTACJE W CENTRUM M.IN. Z: PSYCHOLOGIEM, LEKARZEM, FIZJOTERAPEUTĄ, NEUROLOGOPEDĄ / LOGOPEDĄ, PIELĘGNIARKĄ, PRAWNIKIEM I INNYM SPECJALISTAMI W ZALEŻNOŚCI OD POTRZEB

OPIEKA DOMOWA/ USŁUGI OPIEKUŃCZE (MOPR)

POMOC PSYCHOLOGA (CENTRUM)

WSKAZANIE OŚRODKÓW DZIENNEJ OPIEKI

WSKAZANIE MOŻLIWOŚĆI AKTYWIZACJI RUCHOWEJ I POZNAWCZEJ CHOREGO

POMOC GRUPY INTERWENCYJNEJ

5.4. Organizacja działania Centrum

Centrum działa od poniedziałku do piątku w godzinach od **8.00 do 18.00.** W uzasadnionych przypadkach godziny pracy Centrum będą elastyczne dostosowane do potrzeb beneficjentów.

5.5. Pracownicy zatrudnieni w Centrum

Na czele Centrum stoi Koordynator/ka Centrum, zatrudniony/na w wymiarze 1 etatu, który/a bezpośrednio podlega Dyrektorowi ZPO. Kwalifikacje koordynatora/ki: wykształcenie wyższe (preferowane medyczne) i co najmniej 3-letnie doświadczenie w pracy z osobami z chorobami otępiennymi.

Koordynator/ka jest odpowiedzialny/na za organizację pomocy chorym z chorobami otępiennymi lub ich opiekunom/rodzinom, a w szczególności realizuje następujące zadania:

- koordynuje pracę wszystkich Partnerów projektu w celu zorganizowania pomocy podopiecznym Centrum,
- przygotowuje plan działania Centrum,
- podejmuje decyzje w sprawie przydzielenia opieki wytchnieniowej,
- koordynuje pracę grupy interwencyjnej,
- zarządza podległym personelem,
- prowadzi sprawozdania oraz niezbędną dokumentację,
- analizuje możliwość wystąpienia ryzyka niezrealizowania założeń modelu.

Pozostali pracownicy:

- **Konsultant/ka** – posiada wykształcenie wyższe kierunkowe i minimum 2-letnie doświadczenie w pracy z chorymi i ich opiekunami/rodzinami. Zatrudniony/a w wymiarze 1 etatu. Jest to osoba „pierwszego kontaktu". Do jego/jej zadań należeć będzie: udzielanie informacji o możliwości uzyskania pomocy w Centrum telefonicznie lub w siedzibie Centrum, umawianie na spotkania beneficjentów Centrum lub ustalanie terminów wizyt w domu chorego. Jest też osobą dobrze zorientowaną w temacie świadczeń realizowanych na rzecz osób z otępieniami i ich opiekunów przez różne placówki/instytucje w Toruniu. Prowadzi harmonogram wsparcia każdego beneficjenta.

- **Asystent/ka** – posiada wykształcenie wyższe kierunkowe i minimum 2-letnie doświadczenie w pracy z chorymi i ich opiekunami/rodzinami. Zatrudniony/a w wymiarze 1 etatu. Jest to osoba diagnozująca. Do jego/jej zadań należeć będzie diagnoza potrzeb osób z chorobą otępienną oraz ich otoczenia. Asystent/ka będzie spotykać się z chorym i jego opiekunem, przeprowadzi głęboki wywiad, na jego podstawie, po zweryfikowaniu potrzeb wyżej wymienionych osób zaplanuje

Indywidualny Plan Działania (IPD). Wzór arkusza przeprowadzanego wywiadu stanowi załącznik nr 3 do modelu. Czuwać będzie nad prawidłową realizacją IPD, w razie potrzeby weryfikować go i monitorować jego realizację.

- **Pielęgniarz/rka** – wykształcenie kierunkowe, minimum 2-letnie doświadczenie w pracy z osobami chorymi i ich rodzinami/opiekunami. Zatrudnione zostaną dwie osoby, każda w wymiarze 1 etatu. Do ich zadań należeć będzie: bieżący udział w ocenie potrzeb chorego i jego rodziny, konsultacje i edukacja rodziny, realizacja usług pielęgniarskich w zależności od potrzeb, co najmniej 1 raz na kwartał ocena sytuacji i ewentualnej weryfikacji działań wobec chorego i jego rodziny, a w uzasadnionych przypadkach częściej, prowadzenie działań w ramach usług pielęgnacyjno-opiekuńczych (Członek grupy interwencyjnej).
- **Psycholog** – wykształcenie wyższe kierunkowe, minimum 2-letnie doświadczenie w pracy z osobami chorymi i ich rodzinami/opiekunami. Zatrudniony/a w wymiarze 1 etatu. Do jego zadań należeć będzie: bezpośredni kontakt z osobami chorym i ich opiekunami, uczestnictwo w ocenie potrzeb chorego i jego rodziny, realizacja zadań na rzecz chorych i ich opiekunów, prowadzenie poradnictwa psychologicznego (Członek grupy interwencyjnej).
- **Pracownik socjalny** – wykształcenie kierunkowe, minimum 2-letnie doświadczenie w pracy z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym ze względu na stan zdrowia. Do dyspozycji chorych i ich opiekunów, uczestniczy w ocenie potrzeb chorego i jego rodziny. Osoba oddelegowana z MOPR-u zgodnie z umowa partnerską w wymiarze pełnego etatu (Członek grupy interwencyjnej).
- **Lekarz** – specjalista psychiatra z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem otępiennym, zatrudniony na podstawie umowy cywilno-prawnej w wymiarze 40h/m-c, osoba do dyspozycji chorego i jego opiekuna, udzielająca porad z zakresu medycznego, konsultująca chorego, edukująca rodzinę (Członek grupy interwencyjnej).
- **Fizjoterapeuta/ka** – wykształcenie wyższe kierunkowe, min. 2-letnie doświadczenie w pracy z osobami chorymi i ich rodzinami/opiekunami. Zatrudniony/a na podstawie umowy cywilno-prawnej w wymiarze 40h/m-c. Do jego/jej zadań należeć będzie: konsultacja stanu zdrowia z osobą chorą, instruowanie rodziny/opiekunów co do sposobu postępowania z chorym w zakresie uaktywniania ruchowego, udzielanie porad co do możliwości i sposobu pozyskania niezbędnych dla chorego sprzętów (np. kule, wózek inwalidzki itp.).
- **Logopeda/Neurologopeda** – wykształcenie wyższe kierunkowe, min. 2-letnie doświadczenie w pracy z osobą z otępieniem, zatrudniony/a na podstawie umowy cywilno-prawnej w wymiarze 40h/m-c. Do jego/jej zadań należeć będzie: konsultacja stanu zdrowia z osobą chorą, instruowanie rodziny/opiekunów co do sposobu komunikowania się z chorym, jak również metod treningowych wpływających na poprawę komunikacji chorego (konkretne zestawy ćwiczeń).

- **Terapeuta/tka zajęciowy/a** – wykształcenie kierunkowe, min. 2-letnie doświadczenie w pracy z osobami chorymi i ich rodzinami/opiekunami. Zatrudniony/a na podstawie umowy cywilno-prawnej w wymiarze 30h/m-c. Do jego/jej zadań należeć będzie: konsultacja stanu zdrowia z osobą chorą, instruowanie rodziny/opiekunów co do sposobów aktywizacji chorego w warunkach domowych.
- **Prawnik/czka** – wykształcenie wyższe kierunkowe, min. 2-letnie doświadczenie w pracy. Zatrudniony/a na podstawie umowy cywilno-prawnej w wymiarze 20 h/m-c.
- **Opiekun/ka medyczny/a** – wykształcenie kierunkowe, min. roczne doświadczenie w pracy z pacjentem otępiennym, zatrudniony/a na umowę umowy cywilno-prawnej w wymiarze 350 h w miesiącu (liczba zatrudnionych osób będzie zależała od ich dyspozycyjności).
- **Obsługa administracyjna**- referent/ka – obsługa kadrowa pracowników projektu. Kwalifikacje referenta/tki: osoba z wykształceniem średnim zawodowym, ukończone kursy z zakresu kadr lub kadr i płac. Oddelegowany pracownik ZPO.
- **Obsługa finansowo-księgowa** – osoba z wyższym wykształceniem kierunkowym z doświadczeniem w prowadzeniu pełnej księgowości i w rozliczaniu projektów unijnych. Oddelegowany pracownik ZPO.
- **Informatyk** – osoba z wykształceniem wyższym kierunkowym, minimum 2-letnie doświadczenie w pracy. Oddelegowany pracownik ZPO.

5.6. Grupa interwencyjna

W ramach Centrum powołana będzie **grupa interwencyjna** w składzie: psycholog, pracownik socjalny, pielęgniarka, lekarz. Będzie ona działać na rzecz chorych i ich opiekunów, którzy zostali objęci pomocą Centrum. W sytuacji nagłego zdarzenia, nieprzewidzianego wcześniej w IPD wynikającego z przebiegu choroby otępiennej, gdy opiekun osoby z otępieniem nie jest w stanie poradzić sobie samodzielnie – może skontaktować się z grupą interwencyjną. W otępieniach statystycznie najczęstszą przyczyną takiej interwencji będą zaburzenia zachowania (np. agresja).

5.6.1. Mechanizm działania grupy interwencyjnej

1) Przyjęcie zgłoszenia przez konsultanta w Centrum, wstępna ocena sytuacji w jakiej znajduje się pacjent.
2) Dobór pracowników, którzy podejmą interwencję w ramach wsparcia środowiskowego.

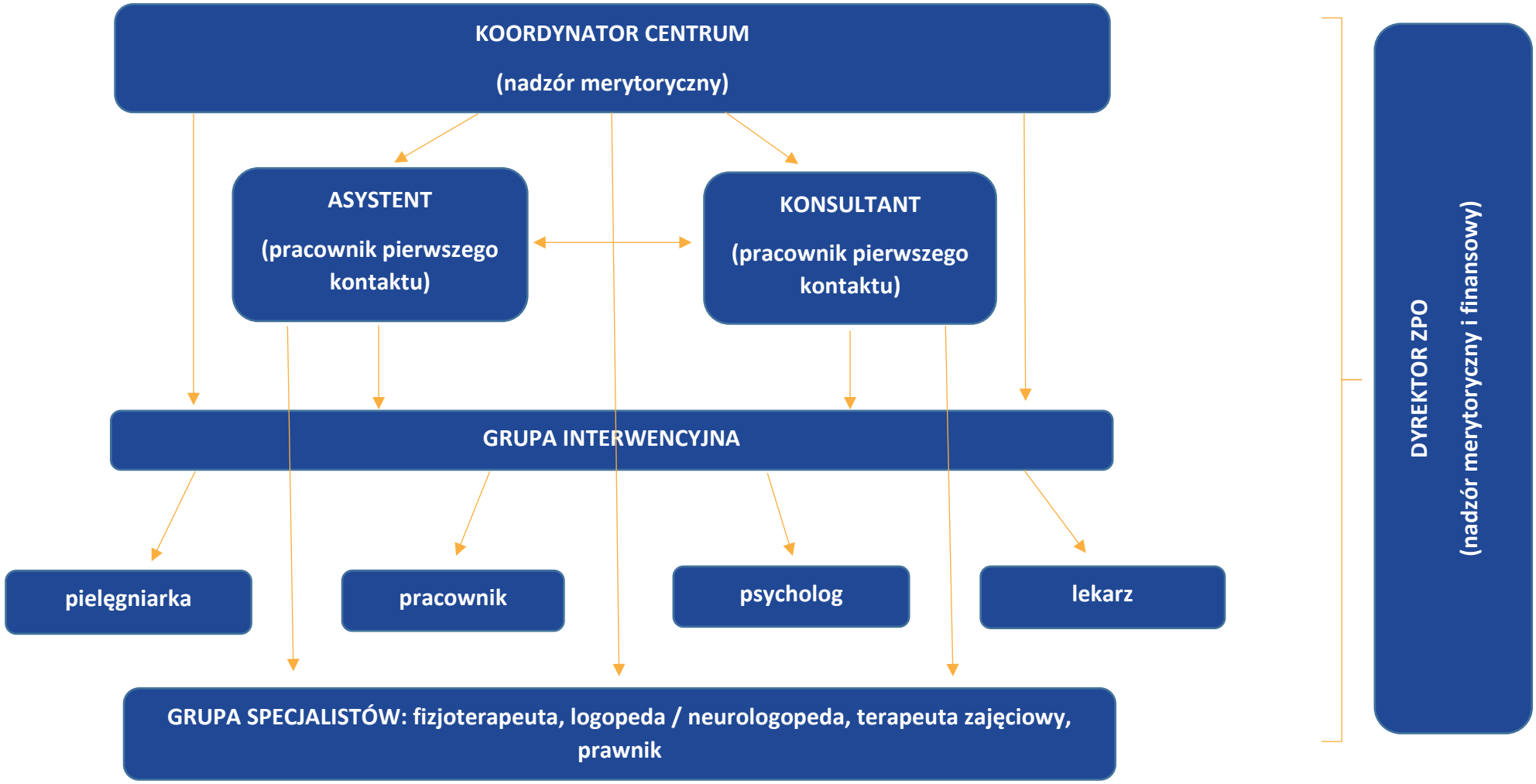
3) Interwencja wskazanego pracownika (psycholog, pielęgniarz/rka, pracownik socjalny, lekarz). Możliwość telefonicznego kontaktu z każdym członkiem grupy podczas interwencji, celem konsultacji zastanych problemów.

4) Weryfikacja dobranego wsparcia określonego w IPD, zaplanowanie wizyty kontrolnej w celu weryfikacji skuteczności podjętej interwencji.

5) Podsumowanie z przebiegu podjętej interwencji zostanie udokumentowane w raporcie. Raport będzie obejmował: opis sytuacji w jakiej doszło do interwencji, ocenę stanu zdrowia chorego, ocenę jego opiekuna/ów oraz warunków w jakich chory przebywa, wskazanie dobranego wsparcia i zaleceń przedstawionych przez grupę interwencyjną.

W pierwszej kolejności do środowiska pacjenta wchodzi psycholog lub pielęgniarz/ka, w celu oceny sytuacji i zdecydowania o ewentualnym udziale innych członków grupy interwencyjnej (np. konsultacje telefonicznie z lekarzem lub wizyta domowa).

Schemat 5: Schemat organizacyjny Centrum Consultor



5.7. Działania Centrum Consultor

1) **Integracja i koordynacja** działań różnych placówek, instytucji działających na rzecz chorych z otępieniem i ich rodzin – wymiana informacji na temat podejmowanych inicjatyw, oferty pomocowej/szkoleniowej. W celu skutecznej współpracy Centrum będzie organizować raz na kwartał (lub w razie potrzeby częściej) spotkania, w których będą uczestniczyć pracownicy Centrum, przedstawiciele Partnerów oraz osoby zainteresowane niesieniem pomocy osobom chorym z otępieniami i ich rodzinom. Na spotkaniach będą omawiane efekty współpracy oraz bieżące problemy.

2) Na terenie Torunia zostaną przeprowadzone **działania promocyjno-informacyjne** przedstawiające założenia wdrażanego modelu. Na rozpoczęcie działań Centrum zostanie zwołana konferencja prasowa, promująca ideę Centrum. Wydrukowane zostaną ulotki, plakaty zawierające najważniejsze elementy modelu, pozwalające na szybki kontakt z grupą ekspertów zatrudnionych w ramach Centrum. Kampania informacyjna zostanie również przeprowadzona w lokalnych mediach. Celem tych działań będzie rozpowszechnienie wiedzy na temat projektu tak, by mogło z niego skorzystać jak najwięcej osób, aby środowiska pomocy medycznej i społecznej, jak również organizacje pozarządowe, mogły kierować do Centrum potencjalnych beneficjentów, ale też informować ich o swoich działaniach.

3) **Prowadzenie i zarządzanie Platformą Internetową**, w której będą zawarte aktualne informacje dotyczące oferty Centrum Consultor, form pomocy zarówno dla chorego, jak i opiekuna, porady praktyczne, informacje o chorobie. W ramach Platformy będzie istniało Forum, na którym zalogowani uczestnicy będą mogli wymieniać się doświadczeniami, czy zadawać pytania ekspertom Centrum. Podane zostaną wszelkie niezbędne dane kontaktowe. Na bieżąco będą umieszczane ciekawe wydarzenia w Toruniu na rzecz chorych z otępieniem i ich opiekunów. Platforma dostosowana będzie do potrzeb osób z niepełnosprawnością narządu wzroku
i słuchu. Możliwe będzie powiększenie strony, zastosowanie kontrastu lub odczytanie jej przez lektora. Strona www nie będzie miała charakteru dyskryminującego dla którejkolwiek z płci. Pracownicy zajmujący się strona internetową i obsługą platformy zostaną przeszkoleni w zakresie równości szans kobiet i mężczyzn oraz niedyskryminacji osób z niepełnosprawnościami. Informacje zamieszczane na platformie będą miały charakter pro równościowy. Forum będzie na bieżąco aktualizowane i weryfikowane przez administratora, tak aby zgodnie z regulaminem uczestnicy forum nie zamieszczali obraźliwych tekstów. Adres strony internetowej, pod którym znajduje się aktywna platforma internetowa: http://projekt.zpotorun.pl/

4) **Identyfikowanie beneficjentów projektu** – poprzez współpracę z POZ, szpitalami, Izbami Lekarskimi, środowiskami seniorów, pracownikami pomocy społecznej, organizacjami pozarządowymi będą przekazywane informacje o projekcie celem zrekrutowania beneficjentów. Również lokalna prasa i media będą przekazywały informacje o projekcie, rozpowszechnione zostaną plakaty i ulotki informacyjne, wszystkie informacje zostaną umieszczone na stronach internetowych Centrum Consultor, ZPO, Stowarzyszenia „Chronica" oraz Partnerów Projektu.

5) **Profilaktyka**:

a) prowadzenie szkoleń z zakresu chorób otępiennych (działania edukacyjne). Szkolenia będą prowadzone zarówno w środowiskach medycznych (lekarze pierwszego kontaktu, lekarze rodzinni, pielęgniarki, pracownicy socjalni i inni), jak również w środowiskach dotyczących grup ryzyka (kluby seniora, Wojewódzki Ośrodek Animacji Kultury, Uniwersytet Trzeciego Wieku, Dzienny DPS i inne).
Tematyka szkoleń:

SZKOLENIA DLA LEKARZY, PIELĘGNIAREK I INNYCH PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH:			
TEMAT	LICZBA GODZIN	PROWADZĄCY	TERMIN
Zespoły otępienne – diagnoza.	2	psychiatra	
Różnicowanie zespołów otępiennych.	2	psychiatra	
Farmakoterapia zespołów otępiennych.	2	psychiatra	
Farmakoterapia w BPSD.	2	psychiatra	
Analiza przypadków chorych z otępieniami.	2	psychiatra	
Depresja a otępienie.	2	psychiatra	
Organizacja opieki nad pacjentem z zespołem otępiennym.	2	pracownik socjalny	
Organizacja opieki nad chorym leżącym w warunkach domowych.	2	pielęgniarka	
SZKOLENIA DLA SENIORÓW (szkolenia otwarte) (kluby seniorów, Uniwersytet Trzeciego Wieku, Dzienne DPS-y, inne)			
Problemy z pamięcią – norma czy choroba ?	2	psycholog	
Formy i możliwości pomocy osobom z zaburzeniami pamięci.	2	psycholog	

Łącznie zostanie przeprowadzonych 16 godzin szkoleniowych dla personelu medycznego (zgromadzonego przez współpracę z Izbami Lekarskimi, Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych, placówkami podstawowej opieki zdrowotnej) oraz 32 godzin szkoleniowych w następujących placówkach/instytucjach (po 4 godziny
w każdej): Uniwersytet Trzeciego Wieku, Wojewódzki Ośrodek Animacji Kultury,

Kluby Seniora, Dzienny DPS, Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy, MOPR, Rada Seniorów, Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu).

b) Wskazanie możliwości podjęcia działań aktywizujących ruchowo i poznawczo w ramach profilaktyki otępień na terenie Torunia.

c) Badania przesiewowe organizowane raz na kwartał. Centrum będzie organizować badania przesiewowe dla osób powyżej 55 roku życia. Badania będą skierowane do tych, których niepokoją problemy z pamięcią lub obawiają się ich z powodu obciążenia rodzinnego chorobą otępienną. W badaniach mogą wziąć udział osoby bez względu na płeć oraz stopień niepełnosprawności.

d) Specjalistyczne badania przesiewowe, realizowane przez Partnera tj. Lecznice Citomed w Toruniu, obejmujące pakiet badań odpłatnych dla pacjenta.

5.8. Objęcie wsparciem rodziny i najbliższego otoczenia osoby z otępieniem

Zgodnie z danymi opracowanymi przez Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera *(„ORGANIZACJA POMOCY NAD CHORYM Z CHOROBĄ ALZHEIMERA W POLSCE", opracowanie Alicja Sadowska, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera)* - w ponad 70% przypadków opiekunem osoby z otępieniem jest współmałżonek chorego. Sam nie młody, często chory, niesprawny, wymagający pomocy i wsparcia. Polski opiekun ma statystycznie 71 lat. Na świecie – 57. Opiekun zupełnie nie jest przygotowany do opieki. Nikt go nie nauczył, jak i gdzie szukać pomocy i jak o nią prosić. Podejmuje więc często samotną walkę, zmaga się z opieką a potem pielęgnacją chorego. Wieloletnia opieka nad chorym z chorobą Alzheimera jest obciążeniem psychologicznym, a z czasem wypala opiekuna psychicznie. Badania amerykańskie (ok. 5 milionów chorych) potwierdzają statystycznie istotną nadumieralność opiekunów osób chorych na chorobę Alzheimera – 70% z nich cierpi z powodu permanentnego stresu, a 50% z powodu depresji. Opiekunowie chorych nazywani są ukrytymi ofiarami choroby Alzheimera. Drugą grupą opiekunów są dorosłe dzieci chorego, czynni zawodowo 40-50 letni, dla których wejście w nową rolę nie zawsze jest proste. Muszą oni teraz wykonywać czynności, które kiedyś wobec nich czyniła matka – mycie, ubieranie, karmienie, zmienianie pieluchy. Większość opiekunów zmaga się z opieką samotnie, podlega licznym obciążeniom, a po wielu latach troski o chorego wypala się psychicznie
i potrzebuje pomocy. Najbardziej dotkliwe jest obciążenie psychiczne, które pojawia się u opiekuna często jeszcze przed diagnozą, kiedy chory zmienia się, staje się niesympatyczny, roszczeniowy, jednocześnie często podejrzliwy, nie dostrzega starań opiekuna, jest nadmiernie pobudzony lub agresywny albo też wycofany, nie podtrzymujący żadnej aktywności i unikający kontaktu z innymi. Obciążenie psychiczne narasta w ciągu wielu lat opieki i kumuluje się, prowadząc niekiedy do syndromu wypalenia psychicznego opiekuna chorego. Dzieje się tak najczęściej wówczas, kiedy chorym opiekuje się jedna osoba, bez pomocy innych. Obciążenie psychiczne pojawia się

też jako skutek życia w permanentnym stresie oraz nieradzenia sobie przez opiekuna z własnymi, licznymi negatywnymi emocjami.

W związku z powyższym proponowane są następujące działania na rzecz opiekunów:

5.8.1. Treningi relaksacyjne

Opiekun nie radzi sobie z emocjami, najczęściej są one kumulowane w ciele. Każdego dnia dochodzą nowe napięcia, organizm jest w permanentnym stanie gotowości bojowej, ciągle napięty. Skumulowane napięcie prowadzi do niebezpiecznego wyniszczania organizmu, szczególnie, jeśli stan ten utrzymuje się przez lata (tak jak w przypadku chorób otępiennych). Nierozładowany stres, nieumiejętność relaksu może skutkować szeregiem dolegliwości a nawet chorób. Wśród nich najczęstsze to: bezsenność, choroby serca, alergie, astma, napady lęku, depresja, migrena, owrzodzenie żołądka, bóle mięśni, załamania nerwowe, cukrzyca, choroby wirusowe, wysypka, bóle krzyża, rozwolnienie, zgaga, nieżyt jelit, trudności z trawieniem, nowotwory, artretyzm.

Aby zapobiec lub zminimalizować skutki długotrwałego stresu, ważne jest stosowanie różnego rodzaju treningów relaksacyjnych oraz tworzenie konstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem dla opiekunów. Ich celem jest uzyskanie stanu relaksu, a zatem opanowanie wegetatywnych objawów lęku i uzyskanie odprężenia psychicznego. Techniki relaksacyjne nie pozwalają rozwiązywać wewnętrznych konfliktów, jednak pomagają zredukować stres i pomagają uzyskać przekonanie o możliwości zapanowania nad reakcjami własnego organizmu. Regularnie stosowane stają się dobrą ochroną przed nieustannym napięciem emocjonalnym.

Korzyści płynące z relaksacji to m.in.:

- natychmiastowa poprawa nastroju,
- redukcja stresu, przywrócenie spokoju wewnętrznego,
- zwiększenie wydolności fizycznej,
- zmniejszenie nadciśnienia i poprawa pracy serca,
- lepsza praca układu trawiennego i wegetatywnego,
- działanie profilaktyczne przeciw wrzodom i kłopotom trawiennym,
- zmniejszenie nerwowości,
- poprawa funkcjonowania pamięci,
- zdrowy długi sen,
- rozwój wyobraźni, kreatywności,
- wzmocnienie zaufania do siebie, wiara w swoje możliwości i poczucie bezpieczeństwa.

W związku z powyższym w ramach modelu środowiskowej opieki skierowanej do osób z chorobą otępienną i ich opiekunów, będą prowadzone treningi relaksacyjne dla opiekunów. W grupach 10-12 osobowych będą się odbywały dwa razy w tygodniu 40-minutowe spotkania prowadzone przez doświadczonego psychoterapeutę. Pełny cykl

dla każdej grupy będzie obejmował 12 spotkań, w tym dwa spotkania psychoedukacyjne wprowadzające w problematykę stresu, rozpoznawania jego skutków oraz tworzenia konstruktywnych strategii radzenia sobie z nim. Planuje się przeprowadzenie 3 takich cyklów rocznie.

W ramach zajęć będą wykorzystywane różne techniki relaksacyjne:

- **Trening autogenny Schultza** opracowany został przez niemieckiego lekarza i terapeutę, w oparciu o techniki jogi. Praktyka ta równoważy energię ciała i umysłu. Dzięki elementom autosugestii można wpłynąć na swój organizm i świadomie wywoływać stan spokoju, odprężenia i relaksu. Trening pozwala na osiągnięcie nawet bardzo głębokiej relaksacji – rozluźnienie mięśni, spowolnienie pracy serca, wyrównanie oddechu, skupienie na wewnętrznych doznaniach zamiast na bodźcach zewnętrznych, zmniejszenie aktywności gruczołów potowych, spowolnienie prądów czynnościowych kory mózgowej – a zatem w każdym zakresie przynosi efekt przeciwstawny stresowi**.** Wartość tej techniki polega na tym, że nie tylko daje doskonałe efekty, ale jest możliwa do samodzielnego stosowania po zakończeniu treningu. Początkowo odczuwanie sugerowanych stanów nie jest łatwe, jednak po uzyskaniu odpowiedniej wprawy efekty przychodzą niemal natychmiast.

- **Relaksacja Jacobsona** (Progresywna Relaksacja Mięśni). Bazuje ona na założeniu, że odprężenie psychiczne powinno naturalnie wynikać z odprężenia fizycznego. Progresywna relaksacja mięśni wg Jacobsona jest podejściem do panowania nad stresem, umożliwiającym naukę naturalnego doznawania głębokiego odprężenia. Skutkiem chronicznego stresu lub urazu może być wysoki poziom naprężenia mięśni. Trening polega na wykonywaniu określonych, celowych ruchów rękami, nogami, tułowiem i twarzą, po to, aby napinać i rozluźniać określone grupy mięśni organizmu. Napinanie i rozluźnianie służy najpierw wyuczeniu zdawania sobie sprawy z różnicy wrażeń płynących z mięśnia napiętego i rozluźnionego. Systematyczne ćwiczenia uczą także nawyku rozluźniania własnych mięśni. Uczenie się relaksu jest podobne do uczenia się jazdy na nartach czy pływania. Korzyści to redukcja objawów lękowych, wzmocnienie zaufania do siebie, zmniejszenie nadciśnienia i poprawa pracy serca, lepsza praca żołądka i jelit, rozwój wyobraźni i procesów myślenia, wzmocnienie kontroli nad własnym nastrojem.

- **Wizualizacja**. Polega na świadomym wywołaniu w naszym umyśle pozytywnego obrazu w stanie rozluźnienia, relaksu. Obrazy wewnętrzne pozwalają wykorzystywać jeden z najpotężniejszych obszarów ludzkiej psychiki, wyobraźnię, do walki z napięciami, jakie niesie życie. Stanowią one również skuteczne narzędzie kształtowania bardziej racjonalnego podejścia do różnych problemów. Obrazowanie wewnętrzne, myślowe może być stosowane między innymi do budowania wiary w siebie i swoje umiejętności, przezwyciężania lęków i niepokojów ludzi dorosłych i dzieci, przezwyciężania smutku i zniechęcenia, pokonywania zaburzeń psychosomatycznych, wzmacniania asertywności i innych kompetencji interpersonalnych.

5.9. Interdyscyplinarne warsztaty i konsultacje dla opiekunów i rodzin chorych z zespołami otępiennymi

Dzięki warsztatom opiekunowie zdobędą wiedzę i praktyczne umiejętności związane ze sprawowaniem opieki nad chorym. Możliwość uzyskania informacji od specjalistów różnych dziedzin (psycholog, psychiatra, fizjoterapeuta, trener interpersonalny, dietetyk, pielęgniarka, opiekun medyczny, prawnik, pracownik socjalny, neurologopeda) – pozwolą opiekunowi przygotować się do roli, jaką im życie wyznaczyło.

Warsztaty odbywać się będą raz w miesiącu w soboty i trwać od 8 do 14. Na czas warsztatów chorzy na otępienia będą mieli zapewnioną opiekę opiekunki medycznej, tak by ich opiekunowie mogli uczestniczyć w zajęciach.

Szczegółowy program:

GODZINY	TEMATYKA	PROWADZĄCY	TERMIN
WARSZTATY I			
8-10	Spotkanie organizacyjne. Zapoznanie się członków grupy (elementy zajęć integracyjnych).	**PSYCHOLOG**	**1 sobota w m-cu**
10-12	Omówienie podstawowych problemów zdrowotnych w zakresie sprawności motorycznej ludzi z otępieniem. Ogólne zasady przemieszczania i przenoszenia chorych.	**FIZJOTERAPEUTA**	**1 sobota w m-cu**
12-14	Choroba Alzheimera i inne otępienia: przyczyny, objawy. Epidemiologia.	**PSYCHIATRA**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY II			
8-10	Sytuacja osoby przewlekle chorej.	**PSYCHOLOG**	**1 sobota w m-cu**
10-12	Omówienie różnych aspektów socjalnych otępienia.	**PRACOWNIK SOCJALNY**	**1 sobota w m-cu**
12-14	Metody leczenia chorych z zespołami otępiennymi.	**PSYCHIATRA**	**1 sobota w m-cu**

WARSZTATY III			
8-10	Omówienie praw opiekuna: – prawo do bycia złym, zmęczonym, sfrustrowanym itp., – prawo do popełniania błędów, – prawo do korzystania z pomocy innych osób, instytucji, – organizacja czasu wolnego, – prawo do troski o swoje prawa.	**PSYCHOLOG**	**1 sobota w m-cu**
10-12	Omówienie zasad racjonalnego żywienia. Rola odpowiedniej diety w żywieniu osób starszych, chorych.	**DIETETYK**	**1 sobota w m-cu**
12-14	Zasady ergonomii w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi i chorymi otępiennymi.	**FIZJOTERAPEUTA**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY IV			
8-12	Asertywność (omówienie skojarzeń z tematem, ćwiczenia interakcyjne pozwalające doświadczyć własnych trudności w omawianym zakresie, wprowadzenie teorii, przećwiczenie pożądanych zachowań asertywnych w grupie).	**TRENER INTERPERSONALNY**	**1 sobota w m-cu**
12-14	Utrzymanie sprawności fizycznej osoby z otępieniem.	**FIZJOTERAPEUTA**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY V			
8-10	Instruktaż do wykonywania ćwiczeń usprawniających z chorym w warunkach domowych.	**FIZJOTERAPEUTA**	**1 sobota w m-cu**
10-12	Podstawowe aspekty opieki na chorym z otępieniem (podawanie leków, karmienie, dopajanie chorego niewspółpracującego).	**PIELĘGNIARKA**	**1 sobota w m-cu**

12-14	Wchodzenie w relacje zależności (w kontekście funkcjonowania jako opiekun – proszenie o pomoc itp.; Zastosowanie ćwiczeń interakcyjnych mających na celu ujawnianie trudności uczestników; omówienie ćwiczeń oraz wątków wnoszonych przez uczestników).	**TRENER INTERPERSONALNY**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY VI			
8-10	Postępowanie w przypadku zaburzeń zachowania.	**PSYCHIATRA**	**1 sobota w m-cu**
10-14	Przeciążenie rolą opiekuna osoby chorej (zmęczenie, złość, poczucie winy; wątki wnoszone przez uczestników; teoria). Wpływ opieki nad chorym na system rodzinny, relację partnerską (ćwiczenia, skojarzenia, przemyślenia grupy; teoria dotycząca faz rozwoju związku i rodziny oraz wiążących się z nimi kryzysów – ze szczególnym uwzględnieniem etapów bieżących dla uczestników).	**TRENER INTERPERSONALNY**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY VII			
8-10	Przystosowanie mieszkania do potrzeb chorego w zależności od nasilenia objawów choroby/etapu choroby.	**PIELĘGNIARKA**	**1 sobota w m-cu**
10-12	Podsumowanie zdobytych umiejętności interpersonalnych. Omówienie pytań, wątpliwości.	**TRENER INTERPERSONALNY**	**1 sobota w m-cu**
12-14	Relacje w rodzinie w sytuacji choroby. Sposoby postępowania w trudnych sytuacjach.	**PSYCHOLOG**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY VIII			
8-12	Rola stresu w życiu człowieka: – źródła i objawy stresu, – profilaktyka stresu, – skutki stresu.	**PSYCHOLOG**	**1 sobota w m-cu**

12-14	Prawne aspekty związane ze sprawowaniem opieki nad osobą z rozpoznaną chorobą otępienną.	**PRAWNIK**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY IX			
8-10	Style i metody radzenia sobie ze stresem: – ocena własnego stylu radzenia sobie ze stresem (CISS) – skuteczne metody zwalczania stresu – strategie radzenia sobie ze stresem w sytuacji kryzysowej – zapobieganie skutkom przeciążenia opieką i skutkom przewlekłego stresu (Profilaktyka depresji).	**PSYCHOLOG**	**1 sobota w m-cu**
10-12	Zaburzenia mowy u chorych z otępieniami. Sposoby komunikacji.	**LOGOPEDA/NEUROLOGOPEDA**	**1 sobota w m-cu**
12-14	Pielęgnacja chorego z otępieniem – toaleta jamy ustnej, głowy, ciała – w wannie, pod natryskiem, w łóżku. Higiena intymna.	**OPIEKUNKA MEDYCZNA**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY X			
8-10	Zmiana bielizny osobistej i pościelowej w łóżku, przygotowanie i założenie różnego typu okładów. Kontrola oddawania moczu i stolca.	**OPIEKUNKA MEDYCZNA**	**1 sobota w m-cu**
10-14	Zapobieganie skutkom przeciążenia opieką i skutkom przewlekłego stresu (profilaktyka depresji). Zespół wypalenia opiekuna. Sposoby postępowania.	**PSYCHOLOG**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY XI			
8-11	Metody aktywizujące chorego z otępieniem w warunkach domowych w zależności od etapu choroby (część 1).	**TERAPEUTA ZAJĘCIOWY**	**1 sobota w m-cu**
11-14	Trening prokognitywny w warunkach domowych. Zasady stosowania, przykłady.	**PSYCHOLOG**	**1 sobota w m-cu**

WARSZTATY XII			
8-11	Metody aktywizujące chorego z otępieniem w warunkach domowych w zależności od etapu choroby (część 2).	**TERAPEUTA ZAJĘCIOWY**	**1 sobota w m-cu**
11-14	Podsumowanie zajęć. Zebranie informacji zwrotnych od grupy.	**PSYCHOLOG**	**1 sobota w m-cu**

5.10. Platforma internetowa

Platforma internetowa przeznaczona dla opiekunów będzie źródłem informacji o chorobie, możliwościach uzyskania pomocy na terenie Torunia, ale także umożliwi wymianę doświadczeń z innymi opiekunami i ekspertami Centrum.

5.11. Konsultant

W Centrum będzie dyżurował konsultant, który odpowie na pytania opiekuna, umówi na spotkanie w Centrum – w zależności od potrzeb opiekuna.

5.12. Grupa samopomocowa

Utworzona przy Centrum Consultor; obecnie spotkania grupy wsparcia odbywają się regularnie raz w miesiącu. Dzięki realizowanemu projektowi można będzie ją wesprzeć poprzez zapewnienie możliwości przeprowadzenia konsultacji ze specjalistami z różnych dziedzin – w zależności od zgłaszanych przez grupę potrzeb (psycholog, lekarz, prawnik, pracownik socjalny, logopeda, dietetyk, fizjoterapeuta i inni).

5.13. Opieka wytchnieniowa

Opieka wytchnieniowa – poza stałą opieką przydzielaną w ramach działań MOPR (partner), Centrum będzie udzielać rodzinom i opiekunom osób chorych wsparcia w postaci opieki wytchnieniowej. Będzie to opieka czasowa, przydzielana według następujących kryteriów:

a) występowanie konieczności uzyskania przez rodzinę/opiekuna czasowej pomocy w opiece nad chorym,
b) poinformowanie Centrum o konieczności uzyskania opieki wytchnieniowej z odpowiednim wyprzedzeniem,

c) opieka wytchnieniowa będzie przydzielana w następujących sytuacjach:
   - choroba opiekuna - konieczność wykonania badań, skorzystanie z rehabilitacji, wizyty u lekarza itp.,
   - uporządkowanie spraw urzędowych, administracyjnych,
   - ważne okoliczności rodzinne (np. ślub, pogrzeb, komunia, chrzciny itd.),
   - na czas korzystania z zajęć dla opiekunów, które przewiduje projekt,
   - w przypadkach nieprzewidzianych w projekcie zespół Centrum będzie wydawał indywidualną opinię oceniającą zasadność przyznania opieki wytchnieniowej.

Opieka wytchnieniowa nie obejmuje opieki całodobowej i nocnej. Partner modelu Fundacja „Razem Zmieniamy Świat" zgodnie z umową partnerską będzie odpowiedzialna za organizację opieki dla osób chorych. W ciągu roku będzie do rozdysponowania 3 000 godzin opieki wytchnieniowej, tj. 250 godzin w miesiącu maksymalnie. W przypadku niewykorzystania godzin w danym miesiącu, przechodzą one na następny. Centrum będzie rozdzielało godziny adekwatnie do potrzeb rodziny danego pacjenta z uwzględnieniem maksymalnego limitu miesięcznego (250 godzin).

W przypadkach nieprzewidzianych w projekcie, Centrum będzie wydawało indywidualną opinię oceniającą zasadność przyznania opieki wytchnieniowej. Opieki udzielać będą opiekunowie profesjonalni lub wolontariusze. Czas jej trwania nie będzie dłuższy niż 3 godziny dziennie i nie większy niż 10 godzin w miesiącu.

5.13.1. Standard opieki wytchnieniowej

W celu zapewnienia świadczenia usług na odpowiednim poziomie Wnioskodawca wraz z Partnerami opracował standard usług świadczonych w ramach opieki wytchnieniowej skierowanej do osób z chorobą otępienną. Dokonano również analizy tego typu usług na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Jak dotąd żaden z podmiotów świadczących usługi opiekuńcze nie posiada w swojej ofercie opieki wytchnieniowej.

W Toruniu usługi opiekuńcze świadczy Polski Czerwony Krzyż, Caritas Diecezji Toruńskiej, Polski Komitet Pomocy Społecznej oraz Fundacja Agencji Służby Społecznej. Wyżej wymienione podmioty świadczą usługi opiekuńcze lub usługi specjalistyczne w ramach zadań zleconych z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Toruniu oraz komercyjne
w sposób odpłatny. Zatem występuje trudność w porównaniu stawki zaproponowanej za sprawowanie opieki wytchnieniowej.

Odpłatność usług opiekuńczych świadczonych w ramach MOPR:

a) usługi opiekuńcze: 12 zł/godzinę;
b) usługi specjalistyczne: 35 zł/godzinę.

Odpłatność usług opiekuńczych świadczonych komercyjnie:

a) usługi opiekuńcze w Toruniu: 15 zł/godzinę;

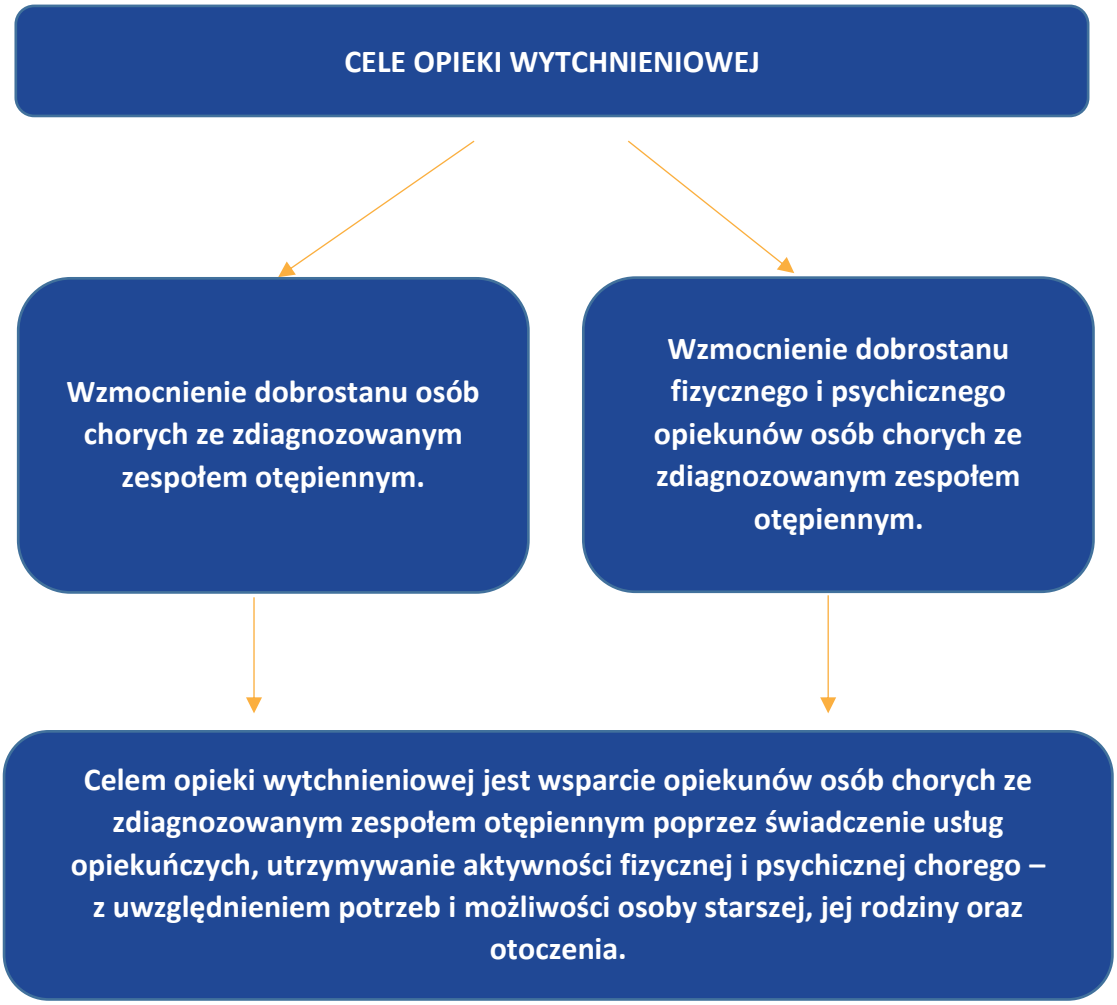
b) usługi opiekuńcze w Bydgoszczy: 20 zł/godzinę.

Z uwagi na fakt, iż pomoc wytchnieniowa jest pomocą doraźną, nie ma charakteru ciągłego, stawka za godzinę świadczonej usługi jest wyższa. Wnioskodawca wraz z Partnerami przemyślał kwestię płatności, dojazdu opiekuna do osoby chorej, możliwość czasowego wydłużenia się sprawowanej opieki z uwagi np. na trudności w załatwieniu spraw urzędowych przez rodzinę/opiekuna. W takim przypadku opiekun powinien niezwłocznie poinformować opiekuna świadczącego usługę oraz konsultanta w Centrum.

Warto podkreślić, iż forma opieki wytchnieniowej jest innowacyjną formą świadczenia usług opiekuńczych prowadzących do odciążenia opiekuna. Zaproponowany standard świadczenia usług będzie standardem obowiązującym również w przypadku świadczenia standardowych usług opiekuńczych w ramach modelu.

Schemat 6: Standard usług opiekuńczych świadczonych w ramach opieki wytchnieniowej skierowanych dla osób z chorobą otępienną

1) Cel świadczenia opieki wytchnieniowej



2) Czym jest opieka wytchnieniowa? Definicja opieki wytchnieniowej przyjęta na potrzeby realizacji modelu.

OPIEKA WYTCHNIENIOWA – to świadczenie obejmujące pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, podstawową pielęgnację oraz w miarę możliwości zapewnienie osobie chorej kontaktów z otoczeniem.

3) Standard świadczenia opieki wytchnieniowej. Wypracowany na potrzeby realizacji modelu.

Podstawowy katalog usług obejmuje:

1. Wzmocnienie więzi i relacji z otoczeniem, w tym ułatwianie kontaktów z rodziną i środowiskiem lokalnym, pomoc w zaspokajaniu potrzeb religijnych, kulturalnych, społecznych, rekreacyjnych i innych wynikających z uzasadnionych indywidualnych potrzeb osoby chorej.
2. Opiekę higieniczną, w tym: czynności higieniczne, zmianę bielizny osobistej i pościeli, słanie łóżka, inne czynności wynikające z uzasadnionych indywidualnych potrzeb osoby chorej.
3. Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych w tym: czynności żywieniowe, czynności gospodarcze, czynności organizacyjne, inne czynności wynikające z uzasadnionych indywidualnych potrzeb osoby chorej.

ZAKRES USŁUG OPIEKUŃCZYCH – PODSTAWOWY KATALOG

- Utrzymanie w czystości otoczenia
- Czynności higieniczne
- Pomoc w dojeździe na wizytę lekarską
- Zabiegi relaksujące
- Organizacja czasu wolnego
- Towarzyszenie osobie starszej w wyjściach
- Opieka nad zwierzętami domowymi
- Inna pomoc dostosowana do potrzeb

4) Kwalifikacje i doświadczenie opiekunów świadczących usługi w ramach opieki wytchnieniowej.

KWALIFIKACJE OPIEKUNA WYMAGNE PRZY ZATRUDNIENIU:

1. **Dyplom w zawodzie: opiekun osoby starszej, opiekunka środowiskowa, opiekun medyczny, asystent osoby niepełnosprawnej, asystent medyczny, opiekun w domu pomocy społecznej.**
2. **Ukończone szkolenie z udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.**
3. **Minimum 2-letnie doświadczenie w pracy z osobami starszymi, mile widziane doświadczenie w pracy z osobą otępienną, nieposzlakowana opinia.**

5) Proces udzielania pomocy w postaci opieki wytchnieniowej w ramach modelu.

CENTRUM CONSULTOR (koordynator ostateczna decyzja)

CENTRUM CONSULTOR (konsultant/asystent weryfikacja potrzeb opiekuna, rodziny i chorego)

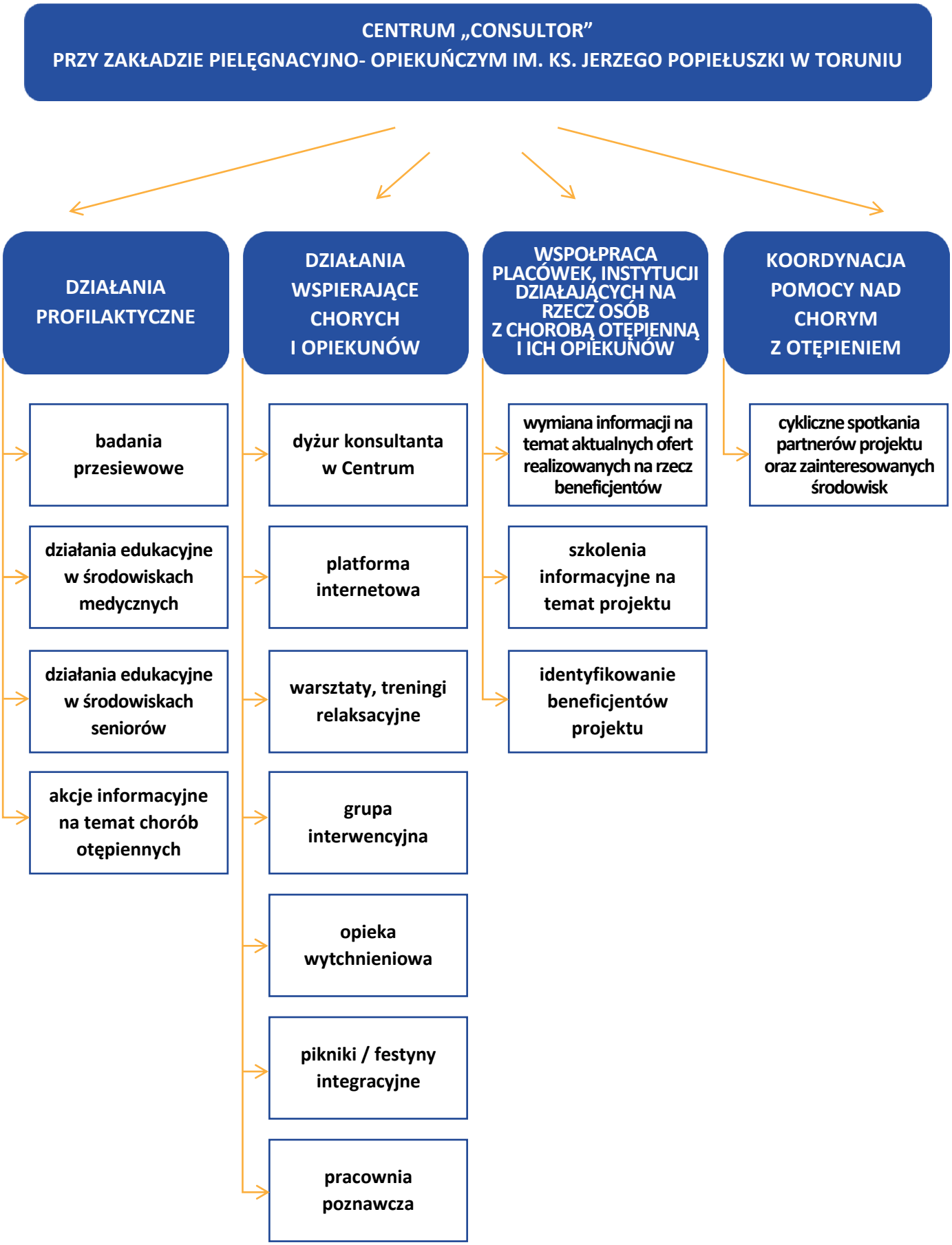
↓

konsultant/asystent ustala harmonogram i zakres wsparcia, którego potrzebuje osoba chora (indywidualne dostosowanie do potrzeb)

↓

OPIEKUN/OPIEKUNKA (osoba wychodząca do środowiska)

Schemat 7: Działania prowadzone w Centrum Consultor



W związku z wykazanym w analizie deficytem usług opiekuńczych, Centrum Consultor obejmie tym świadczeniem beneficjentów, którzy nie korzystają w systemie z takiej pomocy, a jej wymagają. Proponujemy zintegrowaną formę pomocy łączącą usługi zdrowotne z opiekuńczymi. Zakres pomocy opiekunki będzie adekwatny i uzależniony od indywidualnych potrzeb chorego, uwzględniony w Indywidualnym Planie Działania, nadzorowany przez pielęgniarkę zatrudnioną w Centrum i w razie potrzeby modyfikowany.

5.14. Skoordynowana opieka środowiskowa w zakresie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych

Przeprowadzona na potrzeby projektu analiza usług wykazała, iż zarówno usługi opiekuńcze, jak i usługi pielęgnacyjne są usługami deficytowymi. Aby wyjść naprzeciw potrzebom osób ze zdiagnozowanym zespołem otępiennym oraz ich opiekunom, na potrzeby modelu zaplanowano połączenie usług zdrowotnych i opiekuńczych. Przyznanie świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych zależeć będzie od stanu zdrowia pacjenta.

W pierwszej kolejności świadczenia przyznawane będą osobom, które są w ostatnim stadium choroby i wymagają całodobowej opieki rodziny i/lub opiekunów, a do tej pory nie korzystają ze świadczeń przyznawanych w ramach innych instytucji. Na etapie oceny potrzeb pacjenta oraz jego rodziny i/lub opiekunów weryfikacji zostanie poddana zasadność przydzielenia wyżej wymienionych usług. W przypadku, gdy dana osoba kwalifikuje się np. do przydzielenia nieodpłatnych usług opiekuńczych świadczonych przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Toruniu, wówczas zostaną przyznane tylko usługi pielęgnacyjne. W przypadku, gdy dany pacjent korzysta z usług pielęgnacyjnych wówczas zostaną przyznane tylko świadczenia opiekuńcze. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy oraz jego Partnerzy dołożą wszelkiej staranności w celu sprawdzenia czy nie występuje ryzyko podwójnego finansowania wydatku oraz zastępowania środków gminnych czy krajowych środkami z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Harmonogram udzielanego wsparcia będzie ustalany bezpośrednio z pacjentem i/lub jego opiekunem, rodziną. Za koordynację udzielanych świadczeń odpowiadać będzie koordynator Centrum Consultor. Nadzór nad przyznawanymi usługami prowadzić będzie Dyrektor Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego.

Schemat świadczenia skoordynowanej opieki środowiskowej w zakresie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych.

1. Odbiorcy świadczeń.

Odbiorcami usług pielęgnacyjno-opiekuńczych są osoby chore ze zdiagnozowanym zespołem otępiennym

2. **Miejsce świadczenia usług.**

Usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze świadczone są w miejscu zamieszkania pacjenta

3. **Podmiot odpowiedzialny za świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych.**

Podmiotem odpowiedzialnym za koordynację świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych jest Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy

4. **Cel świadczenia usług pielęgnacyjno-opiekuńczych.**

Celem świadczonych usług pielęgnacyjno-opiekuńczych jest zapewnienie godnej opieki osobom ze zdiagnozowanym zespołem otępiennym

5. **Kryteria przyznawania świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych.**

Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze przyznawane będą osobom, które nie korzystają z tego typu świadczeń w ramach innych instytucji, pozostającym w domu ze względu na zły stan zdrowia; o przyznaniu wsparcia w postaci usług pielęgnacyjno-opiekuńczych będzie decydował koordynator

6. **Zakres świadczonych usług pielęgnacyjnych.**

Zakres czynności wykonywanych przez wykwalifikowany personel medyczny pielęgniarza/pielęgniarkę: wykonanie badania fizykalnego, pomiar glikemii, pomiar RR, pomiar tętna, pomiar temperatury ciała, edukacja zdrowotna pacjenta i rodziny

7. **Zakres świadczonych usług opiekuńczych.**

Zakres czynności wykonywanych przez wykwalifikowanego opiekuna medycznego: kąpiel w wannie, toaleta całego ciała w łóżku, częściowa toaleta ciała, zmiana pieluchomajtek, toaleta głowy, czesanie, golenie, toaleta jamy ustnej, obcinanie paznokci, zmiana bielizny osobistej, zmiana bielizny pościelowej, profilaktyka przeciwodleżynowa (pielęgnacja skóry z zastosowaniem środków farmaceutycznych, zmiana pozycji ułożeniowej), oklepywanie, ubieranie / rozbieranie, karmienie chorego, dopajanie chorego, wysadzanie chorego na basen, prowadzenie pacjenta do WC, przemieszczanie pacjenta wg potrzeb, pomiar RR, pomiar tętna, pomiar temperatury ciała, towarzyszenie choremu (rozmowa, czytanie)

8. Minimalny standard świadczonych usług.

1. Opieką w każdym miesiącu zostanie objętych ok. 12 pacjentów przebywających w domu.
2. Program zakłada wykonywanie świadczeń z zakresu opieki i pielęgnacji.
3. Świadczenia wykonywać będą opiekunowie/nki medyczni/e oraz pielęgniarze/rki.
4. Każdy/a opiekun/ka medyczny/a zajmować się będzie 4 pacjentami.
5. Opiekun/ka medyczny/a będzie świadczyć usługi dla każdego pacjenta w wymiarze 10 godzin tygodniowo
6. Pielęgniarz/rka będzie świadczyć usługi w domu pacjenta po jednej godzinie dla każdego pacjenta.
7. Osoby sprawujące opiekę domową zaopatrzone będą w:- rękawice ochronne jednorazowe, - fartuchy jednorazowe, - środki do dezynfekcji

9. Kwalifikacje personelu wykonującego usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze.

1. Pielęgniarz/rka : przynajmniej pięcioletni staż pracy w opiece długoterminowej oraz specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej lub tytuł magistra/licencjata pielęgniarstwa i kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej.
2. Opiekun/ka medyczny/a: przynajmniej dwuletni staż pracy w opiece długoterminowej i ukończona szkoła dla opiekunów medycznych z potwierdzeniem kwalifikacji

Podsumowanie

Usługi pielęgnacyjne oraz opiekuńcze wskazane zostały jako deficytowe w Gminie Miasta Toruń przez potencjalnych uczestników projektu. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie będący Partnerem projektu również przedstawił statystykę potwierdzającą wzrost zainteresowania usługami opiekuńczymi, w wyniku czego corocznie zwiększa alokację środków w budżecie Gminy Miasta Toruń na świadczenie usług opiekuńczych. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy pilotażowo prowadził programy dofinansowywane z budżetu Gminy Miasta Toruń przeznaczone na koordynację opieki środowiskowej i świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych dla osób starszych i niepełnosprawnych na terenie Gminy Miasta Toruń. Posiada zatem doświadczenie w realizacji wyżej wymienionych usług i ich koordynacji. Zdaniem ekspertów nieoceniona jest koordynacja systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, przejawiająca się nie tylko we współpracy instytucji wyżej wymienionych sektorów, ale również wspólne połączenie usług świadczonych w środowisku pacjenta.

ROZDZIAŁ VI MODEL A ZAŁOŻENIA NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA

6. Zgodność modelu z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia

Zgodnie z założeniami Narodowego Planu Ochrony Zdrowia (cel główny 1 i 2) – model:

- upowszechnia wiedzę na temat zespołów otępiennych, przeciwdziałając między innymi dyskryminacji osób z zespołami otępiennymi,
- zapewnia osobom z otępieniami wielostronną opiekę zdrowotną oraz inne formy opieki i pomocy niezbędne do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
- wpływa na lepszą koordynację różnych form opieki i pomocy,
- promuje opiekę środowiskową jako najbardziej optymalną formę pomocy chorym,
- według „Zalecanych wskaźników dostępności w psychiatrycznej opiece zdrowotnej", w miastach powyżej 70 000 mieszkańców powinien być co najmniej 1 oddział dzienny – to jest 3 miejsca na 10 000 mieszkańców. Planowany model wpływa na poprawę tego wskaźnika,
- według „Zalecanych wskaźników dostępności w psychiatrycznej opiece zdrowotnej" na 50 000 mieszkańców powinien przypadać 1 zespół środowiskowy, który wykonuje 1-3 wizyty tygodniowo. Planowany model wpływa na poprawę tego wskaźnika.

Poza wytycznymi Narodowego Planu Ochrony Zdrowia, model wpisuje się w politykę zdrowotną Unii Europejskiej – zorganizowana w dniach 30-31.10.2008 konferencja „Fight against Alzheimer's disease and related disorders" pozwoliła wypracować dokument „Conclusions on public health strategies to combat neurodegenerative diseases associated with ageing and in particular Alzheimer's disease". 6.02.2009 Parlament Europejski przyjął Deklarację 80/2008 w sprawie walki z chorobą Alzheimera, w której członkowie Parlamentu Europejskiego wezwali kraje członkowskie i Komisję Europejską do uznania choroby Alzheimera za priorytet w obszarze zdrowia europejskiego i stworzenia Europejskiego Planu Działania.

Zgodnie z Raportem „NARODOWY PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO 2016–2020" pod redakcją prof. Bartosza Łozy i Jerzego Gryglewicza (Warszawa, 1.10.2015r.) – Narodowy Program Ochrony Zdrowia nie jest realizowany w zadowalającym stopniu, a niektóre jego elementy zostały całkiem zaniedbane. Oto, jakie słabe strony programu wskazują autorzy Raportu:

- Ochrona zdrowia psychicznego nie jest priorytetem w Polityce Zdrowotnej Państwa.
- Stereotypy, uprzedzenia i niewielka świadomość społeczna dotycząca chorób psychicznych.

- Ograniczona dostępność do psychiatrycznych świadczeń opieki zdrowotnej.
- Brak koordynacji opieki psychiatrycznej.
- Wykluczenie społeczne osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wskazując optymalny model opieki psychiatrycznej autorzy Raportu sugerują, że należy wprowadzić do psychiatrii programy terapeutyczne, gwarantujące kompleksowe i ciągłe leczenie. Ich wprowadzenie jest uzasadnione medycznie i społecznie, ma podstawowe znaczenie dla zdrowia publicznego. W ramach „Programu opieki i terapii nad osobami 60+" proponują następujące działania:

- opieka i terapia,
- przeciwdziałanie wykluczeniu, stygmatyzacji i izolacji,
- fizjoterapia,
- rehabilitacja,
- arteterapia,
- terapia zajęciowa.

Działania planowane do realizacji w projekcie „Skoordynowana Opieka Środowiskowa Skierowana do Osób z Chorobą Otępienną i ich Opiekunów" przyczyniają się do:

- poprawy jakości opieki nad chorymi z otępieniami i ich rodzinami,
- zwiększenia świadomości w społeczeństwie na temat chorób otępiennych,
- zapobieganiu wykluczeniu społecznemu chorych,
- prawidłowego skoordynowania usług na rzecz chorych z otępieniami i ich rodzin,
- integracji środowisk działających na rzecz beneficjentów projektu – zarówno ze środowiska związanego z ochroną zdrowia, jak i pomocy społecznej czy organizacji pozarządowych,
- lepszego wykorzystania zasobów kadrowych i finansowych, istniejących w systemie.

6.1. Innowacyjność modelu

Innowacyjność modelu polega na:

- efektywniejszym wykorzystaniu istniejących środków oraz zasobów (poprzez zbudowanie efektywnej komunikacji między sektorami już istniejącymi),
- stworzeniu bazy danych z interfejsem obsługiwanym za pomocą przeglądarki internetowej. Z aplikacji tej można też będzie przygotować eksport danych w odpowiednim formacie. Wszystkie instytucje zainteresowane współpracą zostaną poinformowane o istnieniu tej bazy danych. Dla potencjalnych beneficjentów zostaną przygotowane materiały informacyjne oraz będzie przeprowadzona kampania informacyjna w lokalnych mediach.
- międzysektorowości – model przewiduje współdziałanie różnych środowisk zajmujących się niesieniem pomocy osobom starszym. Aktualnie funkcjonują one niezależnie od siebie, nie wymieniają się informacjami (służba zdrowia, pomoc

społeczna, Środowiskowe Domy Samopomocy, Kluby Samopomocy, Rada Seniorów, Uniwersytet Trzeciego Wieku, Kluby Seniora, Dzienne DPS itd.),

- model wychodzi naprzeciw rzeczywistym potrzebom społeczeństwa, poprzez stworzenie nowych relacji między placówkami i efektywną komunikację – ułatwia osobie potrzebującej (choremu i jego rodzinie) znalezienie pomocy stosownej do potrzeb. Adekwatna opieka środowiskowa, która zapewni opisany model, przyczynia się do deinstytucjonalizacji usług świadczonych wobec osób z zespołami otępiennymi.
- zwiększeniu zakresu działań opiekuna, w taki sposób by odciążyć faktycznego opiekuna /rodzinę chorego.
- dotychczasowa praktyka nie przewiduje współpracy między jednostkami, przez co po opuszczeniu oddziału całodobowego, pacjent „znika" w systemie. Nie ma koordynacji i wymiany informacji między placówkami, przez co osoba chora nie uzyskuje potrzebnej pomocy, a skutkiem tego w dłuższej perspektywie – jest kolejna hospitalizacja. Proponowany model przyniesie trwalsze efekty i przyczyni się do uchronienia chorego przed kolejnymi hospitalizacjami.
- Dzięki dostępowi do specjalistów z różnych dziedzin proponowane rozwiązanie będzie bez wątpienia z punktu widzenia opiekuna i jego rodziny szybsze i skuteczniejsze.

6.2. Sposób przeciwdziałania izolacji w życiu społecznym osoby chorej

Przeciwdziałanie izolacji w życiu społecznym osoby chorej będzie realizowane poprzez następujące działania:

- udzielanie informacji na temat aktualnych ofert aktywizujących osobę chorą,
- udział w warsztatach dla opiekunów i rodzin,
- działania plenerowe, w tym piknik integrujący środowisko. współpraca ze środowiskami działającymi na rzecz seniorów, uczestnictwo w organizowanych w ramach modelu przedsięwzięciach.

6.3. Działania prewencyjne

Realizowane przez Centrum zadania (warsztaty dla opiekunów, szkolenia, grupa wsparcia, piknik integracyjny – szczegółowy opis w Załączniku nr 2), poprzez zapewnienie choremu i jego rodzinie adekwatnej pomocy i opieki, przyczynią się do pozostania chorego w środowisku domowym, zmniejszając ryzyko hospitalizacji. Wymienione w modelu działania o charakterze prewencyjnym i edukacyjnym pozwolą odpowiednio wcześnie reagować na problemy chorego i ochronić go przed pobytem w szpitalu.

Jednym z nowatorskich elementów modelu będzie utworzenie **Pracowni Poznawczej**.

6.3.1. Pracownia poznawcza

Jedną z najczęściej stosowanych metod oddziaływań niefarmakologicznych na funkcje poznawcze jest w otępieniach terapia kognitywna (poznawcza).

Zgodnie z Rekomendacjami Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego – uzasadnione jest stosowanie pozafarmakologicznych metod oddziaływania na chorego.

Dotyczy to przede wszystkim metod o działaniu niespecyficznym, takich jak prowadzone w przyjaznym otoczeniu treningi pamięci, odpowiednio dobrana terapia zajęciowa, zajęcia gimnastyczne czy elementy muzykoterapii. Opracowano wiele działań, które należy podjąć przed lub równolegle z wprowadzeniem leczenia farmakologicznego, pozwalających zmniejszyć nasilenie zaburzeń zachowania chorego z otępieniem. Stały porządek dnia, w którym zaplanowano aktywność fizyczną, kontakty towarzyskie oraz wypoczynek, zapewniają choremu poczucie bezpieczeństwa. Należy unikać wszelkich odstępstw od codziennej rutyny, które mogą sprzyjać odczuwaniu niepokoju przez chorego.

Podstawowe cele, jakie spełniają oddziaływania pozafarmakologiczne, to:

1) poprawa funkcjonowania poznawczego,
2) zapobieganie skutkom dezorientacji,
3) wypełnienie czasu chorego,
4) łagodzenie zaburzeń zachowania.

Nadrzędnym celem jest poprawa jakości życia chorego, a także poprawa jakości życia opiekuna.

W tym celu w ramach modelu powstanie **Pracownia Poznawcza**, w której do indywidualnej pracy z pacjentem zostaną zastosowane najnowocześniejsze oprogramowania treningowe:

- **RehaCom,**
- **Neuroforma,**
- **CogniPlus.**

Szczegółowy opis poszczególnych pozycji znajduje się poniżej.

Treningi prowadzone w Centrum będą miały charakter zajęć indywidualnych, trwających 60 minut. Cykl treningów dla pacjenta będzie obejmował 2 sesje w tygodniu i trwał 3 miesiące. Wybór programu treningowego będzie ustalał terapeuta wraz z pacjentem. Jedna osoba może skorzystać ze wszystkich programów treningowych. W skali roku przewidzianych jest 960 godzin treningowych. O przedłużeniu czasu korzystania z treningów (tzn. dłużej niż 3 miesiące) decyduje terapeuta.

Terapeuta RehaCom i CogniPlus – to psycholog z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem otępiennym, posiadający wiedzę i umiejętności niezbędne do prowadzenia treningów.

Terapeuta Neuroformy – to psycholog z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem otępiennym, posiadający wiedzę i umiejętności niezbędne do prowadzenia treningu **LUB**: fizjoterapeuta z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem otępiennym, posiadający wiedzę i umiejętności niezbędne do prowadzenia treningu.

6.3.1.1. RehaCom

Rysunek 4 Terapia poznawcza - RehaCom

RehaCom to zestaw programów treningowych służących komputerowo wspomaganej rehabilitacja chorych z zaburzeniami funkcji poznawczych. Terapeutycznym celem systemu RehaCom jest poprawa sprawności dla wszystkich rodzajów zaburzeń procesów poznawczych. Cel ten został osiągnięty poprzez zaprojektowanie przyjaznych dla użytkownika specjalnych programów reedukacyjnych. System RehaCom jest znacznie bardziej skuteczny niż tradycyjne metody ćwiczenia funkcji poznawczych.

Motywacja

Motywacja osoby trenującej jest jednym z warunków skutecznego treningu funkcji poznawczych. Dlatego w RehaCom wszystkie używane elementy i zadania są jasno opisane, a dialogi na ekranie zrozumiałe. Chory może z przyjemnością i bez obaw pracować z programem. Motywacja pacjenta wspierana jest przez pozytywną informację zwrotną. Jeśli popełni błąd, otrzymuje pomoc i informacje dodatkowe. Jest to idea zgodna z zasadami psychologii uczenia się.

Dostosowanie ćwiczeń

System RehaCom umożliwia dostosowanie trudności zadania do możliwości chorego. Zasada dostosowania zakłada, że aby pacjent był pozytywnie zmotywowany podczas trwania treningu, zadanie nie może być ani zbyt trudne, ani zbyt łatwe.

Skuteczność

System RehaCom wykorzystywany jest z sukcesem w różnych medycznych i psychologicznych instytucjach od 1989 roku. Efektywność tego rodzaju rehabilitacji została potwierdzona empirycznie poprzez kontrolowane badania.

Prosta obsługa

Proponowane programy są przyjazne dla użytkownika i łatwe w obsłudze. RehaCom wyposażony jest w kontekstowy system pomocy (podpowiedzi, wskazówki, wyjaśnienia). Wszystkie funkcje systemu opatrzone są zrozumiałą instrukcją.

Obecnie RehaCom oferuje w polskiej wersji językowej następujące programy treningowe:

- Reakcje na Bodźce Akustyczne (AKRE)
- Uwaga i Koncentracja (AUFM)
- Pamięć Obrazowa (BILD)
- Zakupy (EINK)
- Eksploracja wzrokowa (EXPL)
- Podzielność Uwagi (GEAU)
- Podzielność uwagi 2 (GEA2)
- Pamięć Twarzy (GESI)
- Zdolności Wzrokowo-Konstrukcyjne (KONS)
- Myślenie Logiczne (LODE)
- Pamięć Topologiczna (MEMO)
- Planowanie (PLAN)
- Operacje 3-wymiarowe (RAUM)
- Reakcje na Bodźce Wzrokowe (REVE)
- Pole widzenia (SAKA)
- Pamięć Werbalna (VERB)
- Czujność (VIGI)
- Operacje 2-wymiarowe (VRO1)
- Pamięć Słowna (WORT)
- Koordynacja wzrokowo-ruchowa (WISO)
- Operacje przestrzenne 3D (RO3D)
- Porównywanie i obliczenia (CALC)
- Spostrzegawczość (ZIHL)

6.3.1.2. Neuroforma

Neuroforma to nowoczesne stanowisko do ćwiczeń ruchowych i poznawczych, stworzone przez ekspertów z dziedziny neurorehabilitacji i neuropsychologii. Skierowana jest do ośrodków rehabilitacyjnych chcących zyskać: czas i wygodę, większe zadowolenie
i zaangażowanie pacjentów, lepsze rezultaty terapeutyczne.

W Neuroformie wykorzystano technologie wirtualnej rzeczywistości oraz rejestracji ruchów w 2D i 3D, których przydatność w neurorehabilitacji potwierdzają badania naukowe.

Stanowisko Neuroformy skierowane jest do ośrodków i gabinetów rehabilitacyjnych oraz innych instytucji pracujących z pacjentami w salach terapeutycznych, gdzie potrzebne jest narzędzie kompleksowe, precyzyjne, mobilne, łatwe w obsłudze.

Ćwiczenia w Neuroformie tworzone są dla pacjentów ze schorzeniami i urazami neurologicznymi.

Rysunek 5 Terapia poznawcza - Neuroforma

Neuroforma przystosowana jest do pracy w pozycji stojącej lub siedzącej. Może być używana do ćwiczeń z pacjentami poruszającymi się na wózku inwalidzkim.

Szerokie możliwości konfiguracji ćwiczeń pozwalają doświadczonemu terapeucie na wykorzystanie programu do pracy z innymi pacjentami wymagającymi usprawniania funkcji ruchowych i poznawczych.

6.3.1.3. CogniPlus

Rysunek 6 Terapia poznawcza - CogniPlus

Każdy program treningowy CogniPlus przeznaczony jest do określonych deficytów. Programy treningowe są oferowane tylko dla funkcji poznawczych, o których na podstawie badań naukowych wiadomo, że poddają się treningowi.

CogniPlus stworzono w oparciu o wiedzę naukową oraz najnowsze doniesienia z dziedziny psychologii pod kierunkiem prof. dr Waltera Sturma (kierownik oddziału klinicznego neuropsychologii w Klinice Neurologii Wydziału Medycznego RWTH Uniwersytetu w Aachen od 1995 roku). Zawartość CogniPlus jest ściśle powiązana

z Systemem Vienna Test – najczęściej stosowanym na świecie systemem do profesjonalnej oceny psychologicznej. Oznacza to, iż rozpoznanie, leczenie oraz ocena są ze sobą skutecznie powiązane.

Realistyczny i motywujący wygląd

Klienci chcą poprawić swoje możliwości tak szybko, jak to tylko możliwe. Trening na CPS zawsze jest zakotwiczony w codziennych scenariuszach życiowych. Osiągnięto to poprzez współpracę z programistami, tworzącymi gry komputerowe, którzy stworzyli trójwymiarową rzeczywistość.

Stworzony w oparciu o teorie naukowe

Programy treningowe CPS zawsze tworzone są z uwzględnieniem najnowszej literatury naukowe. Oparcie projektu na stwierdzeniach naukowych jest najważniejszym priorytetem firmy Schuhfried.

Trening na wszystkich poziomach możliwości

Programy treningowe CPS można stosować w pełnym zakresie możliwości. Otwiera to zupełnie nowe możliwości jego stosowania wraz z tradycyjnymi metodami, np. w rehabilitacji pacjentów z uszkodzeniami mózgu. Treningi są adaptacyjne – system stale automatycznie dostosowuje poziom gry do aktualnych możliwości pacjenta. Jednakże jest on zawsze trochę wyższy, aby jeszcze lepiej motywować do ćwiczenia.

Treningi CogniPlus dostępne w języku polskim wraz z opisem wymiaru, podwymiaru oraz funkcji specyficznych:

- **ALERT** – uwaga – świadomość,
- **DIVID** – uwaga – podzielność,
- **FOCUS** – uwaga – skupienie,
- **SELECT** – uwaga – wybiórczość,
- **VIG** – uwaga – czujność,
- **SPACE** – niedowidzenie/trening pola wzrokowego – uwaga wzrokowo-przestrzenna,
- **CODING** – pamięć robocza – kodowanie przestrzenne,
- **DATEUP** – pamięć robocza – aktualizacja przestrzenna,
- **NBACK** – pamięć robocza – aktualizacja wzrokowa,
- **VISP** – pamięć robocza – postawa wzrokowo-przestrzenna,
- **NAMES** – pamięć długotrwała – tworzenie korelacji twarz-nazwisko,
- **HIBIT-R** – funkcje poznawcze – hamowanie odpowiedzi,
- **PLAND** – funkcje wykonawcze – umiejętności planowania i działania,
- **ROTATE** – przetwarzanie przestrzeni – rotacja psychiczna,
- **VISMO** – koordynacja wzrokowo-ruchowa.

ROZDZIAŁ VII MONTAŻ FINANSOWY

7. Założenia montażu

Wykorzystanie jednego, wspólnego źródła finansowania dla działań z obu zakresów (opieki zdrowotnej i pomocy społecznej) lub zapewnienie zarządzania dostępnymi funduszami na przedmiotowe działania przez jeden podmiot lub montaż finansowy (z uwzględnieniem środków publicznych i prywatnych) w celu utrzymania trwałości po zakończeniu projektu.

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w ramach prowadzonych prac nad tworzeniem modelu przeprowadził diagnozę źródeł finansowania, które po zakończeniu projektu testującego i wdrażającego model pozwolą na jego kontynuację i utrzymanie trwałości. Po zapoznaniu się z porządkiem prawnym zarówno krajowym, jak i unijnym, eksperci uznali, iż niemożliwym jest finansowanie działań z obu zakresów tj. z zakresu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej z jednego wspólnego źródła finansowania.

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy wraz z Partnerami wypracował montaż finansowy, który pozwoli na utrzymanie powołanego w ramach modelu podmiotu Centrum Consultor oraz świadczonych w ramach projektu usług na rzecz osób z zespołem otępiennym ich rodzin oraz opiekunów. W ramach montażu finansowego zaangażowane zostaną środki pochodzące ze źródeł publicznych oraz ze źródeł prywatnych. ZPO wraz z zaangażowanymi interesariuszami opracował podział źródeł finansowania oraz przypisał je do konkretnych form wsparcia udzielanych w ramach wdrażanego modelu.

I. Publiczne źródła finansowania

1. Finansowanie ze środków krajowych:

a) **środki pochodzące z Narodowego Funduszu Zdrowia** – zwiększenie liczby miejsc w ramach oddziałów dziennych psychogeriatriatrycznych. Aktualnie istnieje jeden oddział dzienny psychiatryczny w Toruniu, który ukierunkowany jest na pomoc chorym z rozpoznanym zespołem otępiennym. Czasowe pobyty utrudniają zapewnienie adekwatnej do potrzeb opieki. Niezbędne jest kontraktowanie usług w ramach oddziałów dziennych psychogeriatrycznych, gdyż specyfika choroby wymaga zapewnienia długoterminowej opieki. Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach kontraktowania usług ogłasza konkursy ofert na realizację świadczeń. Dla zakresów świadczeń: oddział dzienny pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny – komórka organizacyjna kod: 5260, oddział dzienny opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny – komórka organizacyjna kod: 5272, zespół opieki domowej przy zakładzie/oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym lub opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym – komórka organizacyjna kod:

5360 nie prowadzone były przez NFZ nabory. Proponuje się dokonać zmian legislacyjnych w tym kierunku i udostępnić możliwość kontraktowania usług w ramach wyżej wymienionych świadczeń. Analiza usług zdrowotnych i społecznych wykazała również deficyt usług w zakresie pielęgniarskiej opieki domowej długoterminowej (komórka organizacyjna kod: 9600). Zatem zasadnym wydaje się zwiększenie środków na kontraktowanie powyższej usługi.

b) **środki pochodzące z Ministerstwa Zdrowia** – konkursy Ministra Zdrowia skierowane do organizacji pozarządowych na realizację publicznych zadań zleconych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym z chorobami otępiennymi. W konkursie weźmie udział Stowarzyszenie Na Rzecz Pomocy Przewlekle Chorym „Chronica". Konkursy ogłaszane przez Ministra Zdrowia kierowane są do organizacji pozarządowych. Stowarzyszenie „Chronica" działające przy ZPO będzie ubiegało się o dofinansowanie działań szkoleniowych i profilaktycznych skierowanych do osób z zespołami otępiennymi oraz ich rodzin/opiekunów. Do tej pory Minister Zdrowia w ramach zlecanych zadań publicznych nie kierował wsparcia do osób z zespołami otępiennymi, do ich rodzin oraz opiekunów. Zatem w ramach niniejszego modelu chcemy zwrócić się do Ministra Zdrowia o wygospodarowanie środków na wsparcie osób z zespołami otępiennymi oraz ich rodzin i opiekunów. Przytaczane w ramach modelu dane statystyczne wskazują, że skala problemu jest coraz większa. Biorąc pod uwagę tendencje wydłużania się średniej długości życia, zarówno u kobiet (81,6 l), jak i u mężczyzn (73,8 l) problem ten będzie się nasilał, działania profilaktyczne, podnoszące świadomość społeczeństwa pozwolą wykrywać symptomy zespołu otępiennego we wczesnym stadium oraz zastosować odpowiednią farmakoterapię.

c) **środki z budżetu Gminy Miasta Toruń** – wpisanie planu finansowania przedsięwzięcia do WIELOLETNIEJ PROGNOZY FINANSOWEJ MIASTA TORUNIA NA LATA 2013-2042, Partner ZPO – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Toruniu, w ramach swojego budżetu oraz powstających oszczędności zapewni środki na zadania zlecone MOPR na kontynuację opieki wytchnieniowej dla rodzin znajdujących się w gorszej sytuacji finansowej (zlecenie zadania organizacjom pozarządowym). Pozwoli to zapewnić ciągłość usług opiekuńczych kierowanych do osób z zespołem otępiennym i ich opiekunów/rodziny. W ramach środków zasilających budżet partycypacyjny Miasta Torunia Stowarzyszenie Na Rzecz Pomocy Przewlekle Chorym „Chronica" oraz Fundacja „Razem Zmieniamy Świat" złożą wnioski o wsparcie na rzecz osób z chorobą otępienną (np. utworzenie ośrodka integracji seniorów), dzięki czemu inicjatywa wspierania seniorów, prowadzenia szkoleń, warsztatów i akcji profilaktycznych będzie rozpropagowana wśród organizacji pozarządowych działających na terenie Miasta Torunia. W konkursie Mikrowsparcie organizowanym przez Toruńską Agendę

Kulturalną w Toruniu aplikować będzie Stowarzyszenie „Chronica" i Fundacja „Razem Zmieniamy Świat", złożą wniosek na organizację plenerowego przedsięwzięcia połączonego z wystawą prac tworzonych przez osoby chore na warsztatach w Oddziale Dziennym ZPO, ponadto zaplanowane zostaną działania profilaktyczne w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania zespołów otępiennych.

d) **środki z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego** na działania profilaktyczne przyznawane corocznie Stowarzyszeniu „Chronica" działającemu przy ZPO na prowadzenie grup samopomocowych i warsztatów dla rodzin i opiekunów osób chorych z zespołami otępiennymi.

e) **środki własne Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego**.

2. **Finansowanie ze środków Unii Europejskiej**:

a) środki z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020

i. **Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia. Działanie 5.1 Programy profilaktyczne.** Cel: Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej.

Typy projektów: Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem.

Odbiorcy projektu:

- osoby w wieku aktywności zawodowej, w większości ze zidentyfikowanych grup największego ryzyka,
- podmioty świadczące usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej,
- pracownicy / współpracownicy podmiotów świadczących usługi podstawowej opieki zdrowotnej.

W ramach ogłoszonych konkursów o wsparcie może ubiegać się: Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia (operacja nr 1 opracowanie) w zakresie działań profilaktycznych i w zakresie operacji nr 1 (etap pilotażowego wdrożenia programów profilaktycznych): Uczelnie medyczne, Szpitale kliniczne, Instytuty badawcze nadzorowane przez Ministra Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Inne podmioty posiadające potencjał do wdrażania programów profilaktycznych.

ZPO proponuje wdrożenie programu profilaktyki w zakresie chorób otępiennych oraz coraz częściej diagnozowanych deficytów poznawczych (MCI). Warto w tym miejscu wspomnieć, że aktywność zawodowa zarówno mężczyzn, jak i kobiet została wydłużona, wynosi 67 lat. Wg prognoz

ostateczna wartość dla mężczyzn zostanie osiągnięta w 2020 r., natomiast wśród kobiet w 2040 r. Oznacza to, że osoby znajdujące się w grupie ryzyka osób z zespołem otępiennym będą musiały pracować we wczesnej fazie choroby, która rozwija się w 95% przypadków w wieku 65 lat. We wczesnej fazie osoba chora zapomina o umówionych spotkaniach, myli lub zapomina imiona krewnych, nazwy ulic, przedmiotów. Liczenie sprawia jej kłopoty, a rozmowy stają się coraz trudniejsze. Nastroje chorego są bardzo różne i zmieniać się mogą co chwilę. W złość wpędzają chorego drobne nieporozumienia, zdarzenia, chory przestaje panować nad swoimi reakcjami. Następuje coraz większa izolacja od rodziny i znajomych, od świata, chory nie chce nigdzie wychodzić, z nikim się spotykać. Coraz trudniej jest choremu rozmawiać, ma problemy z doborem słów – zapomina albo same słowa, albo też ich znaczenia. Jego wypowiedzi są nieskładne, a zdania często nie mają żadnego logicznego związku ze sobą. W tej fazie choroby koordynacja ruchowa jest jeszcze dość dobra. Chory sam może się ubrać, poruszać się po okolicy, wykonywać codzienne czynności w czym jednak przeszkadzać mu będzie kłopot z pamięcią. Ponadto należy pamiętać również o coraz częściej diagnozowanych chorych z łagodnymi deficytami poznawczymi (MCI). Łagodne zaburzenia poznawcze przez wielu naukowców i lekarzy uznawane są za przedkliniczny okres w chorobie Alzheimera. Szybkie wykrycie i odpowiednie leczenie pozwala pacjentom wydłużyć życie. Badania wykazują, że w 2050 r. choroba Alzheimera dotknie co najmniej 1 na 85 osób. Wprowadzenie profilaktycznych badań przesiewowych, kampanii społecznej dot. chorób otępiennych i ich wczesnego diagnozowania, podniesienie wiedzy i wzmocnienie czujności wśród lekarzy pierwszego kontaktu pozwolą wykrywanie choroby przed wystąpieniem widocznych i charakterystycznych objawów, bądź w jej wczesnym stadium. Wczesne wykrycie wiąże się z zastosowaniem farmakoterapii, która pozwoli choremu przeżyć długie lata, wg szacunków obecnie tylko 3% chorych przeżywa do 14 lat po zdiagnozowaniu choroby, większość umiera w ciągu 7 lat.

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy posiada zasoby kadrowe oraz lokalowe, które pozwolą wdrożyć programy profilaktyczne dla osób z zespołami otępiennymi, bądź z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi. Podejmie się aplikowania w konkursie, jeżeli wystąpi możliwość zaplanowania programów profilaktyki dla osób z chorobami otępiennymi i tym samym wdroży program na wskazanym przez Instytucję Ogłaszającą Konkurs terenie. Realizowane w ramach projektu zadania będą kontynuacją działań profilaktycznych prowadzonych w ramach wdrażanego modelu. Pozwolą one na bezpłatne korzystanie z nich osobom z zespołami otępiennymi, ich opiekunom i rodzinom. Zaangażują różne środowiska i przyczynią się do zwiększenia wiedzy w zakresie chorób otępiennych.

ii. **Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.** Cel: Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.

Typy projektów:

- **Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK), służącej polepszeniu jakości i efektywności publicznych usług zdrowotnych (pilotaż nowej formy organizacji, procesu i rozwiązań technologicznych).**
- **Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi).**
- Stworzenie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych (poprawa jakości danych dotyczących m.in. informacji o stanie infrastruktury medycznej, rejestrach medycznych dedykowanych określonym jednostkom chorobowym oraz identyfikację „białych plam" w opiece zdrowotnej).

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy planuje dalej rozwijać wdrażanie do systemu opieki zdrowotnej nowych rozwiązań, które pozwolą na efektywne wykorzystywanie istniejących już zasobów, ich koordynację oraz udoskonalenie współdziałania systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy i Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Toruniu będą aplikować o środki w wyżej wymienionych typach projektów, pozwoli to na zachowanie ciągłości podjętej współpracy i realizację kolejnych projektów. Ponadto ZPO oraz przedstawiciele Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Rydygiera w Toruniu zaangażują się w prace nad stworzeniem systemu mapowania potrzeb zdrowotnych w województwie kujawsko-pomorskim. Wskazując na potrzebę wzmocnienia systemu ochrony zdrowia w zakresie geriatrii, psychogeriatrii i profilaktyki choroby Alzheimera i innych zespołów otępiennych. Dane statystyczne oraz prognozy do 2050 roku jednoznacznie wskazują, że w obecnej sytuacji, gdzie mamy do czynienia ze starzejącym się społeczeństwem, brakiem lekarzy specjalistów w zakresie psychogeriatrii i geriatrii, problem diagnozowanych zespołów otępiennych będzie występował co raz częściej. Statystyki wskazują, że jedna na 85 osób w 2050 roku będzie miała zdiagnozowany zespół otępienny, w tym chorobę Alzheimera.

iii. **Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych.** Cel: Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju.

Typy projektów:

- kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi,
- kształcenie specjalizacyjne lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju,
- kształcenie podyplomowe lekarzy realizowane w innych formach niż specjalizacje w obszarach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy współpracujących z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej;
- doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach istotnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych,

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy nie jest podmiotem uprawnionym do ubiegania się o dofinansowanie projektu w ramach konkursu. Chce jednak aby kryteria uszczegóławiające na etapie przygotowania kryteriów merytorycznych ujęły tematykę zespołów otępiennych będących ogromnym wyzwaniem dla współczesnego świata biorąc pod uwagę wydłużający się wiek życia oraz jego tempo, liczbę czynników stresogennych, niewłaściwą dietę, zbyt późne wykrywanie choroby, bagatelizowanie problemów z pamięcią zarówno przez pacjenta, jak i przez lekarza. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy oferuje pomoc podmiotom, które podejmą się podnoszenia kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadry medycznej, możliwy jest również udział w konkursie w charakterze partnera.

Wdrożenie działań edukacyjnych, podnoszących kwalifikacje zawodowe kadry medycznej w zakresie chorób otępiennych pozwoli na kontynuację działań edukacyjnych zaplanowanych w ramach modelu bez ponoszenia dodatkowych kosztów ze strony ZPO i jego Partnerów oraz samych zainteresowanych.

b) środki z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020:

i. **Poddziałanie 8.6.2 Regionalne programy polityki zdrowotnej i profilaktyczne. Cel:** Zwiększenie udziału osób w wieku aktywności zawodowej w programach profilaktycznych, rehabilitacji i ochrony zdrowia.

Typy projektów: Programy profilaktyczne dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu szyjki macicy, piersi i jelita grubego oraz dotyczące grup jednostek chorobowych wymienionych w Umowie Partnerstwa 2014-2020,

a także programy regionalne dla specyficznych jednostek chorobowych zdefiniowanych jako istotny problem zdrowotny regionu, w tym działania zwiększające zgłoszenia na badania profilaktyczne, obejmujące:

- populacyjne programy profilaktyczne ukierunkowane na poprawę wykrywalności nowotworu szyjki macicy, piersi i jelita grubego,
- programy profilaktyczne dotyczące w szczególności chorób układu kostnostawowo-mięśniowego, chorób układu mięśniowego, chorób układu oddechowego, **chorób układu nerwowego, zaburzeń psychicznych,** chorób układu trawiennego, cukrzycy, chorób tarczycy, chorób nowotworowych, w tym nowotworów płuc, głowy i szyi, chorób układu krążenia,
- programy w zakresie profilaktyki chorób zawodowych.

Programy polityki zdrowotnej z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powrót na rynek pracy, w szczególności:

- programy rehabilitacji medycznej, kardiologicznej, **neurologicznej, psychiatrycznej,** onkologicznej, pulmonologicznej i rehabilitacji narządów ruchu mające na celu przywrócenie zdolności do pracy.

Wyżej wymienione działania profilaktyczne pozwolą na kontynuowanie działań profilaktycznych, edukacyjnych i wspierających kierowanych zarówno do osób z zespołami otępiennymi, jak i do ich rodzin/opiekunów, lekarzy, pielęgniarek.

ii. **Poddziałanie 9.1.2 Rozwój usług opiekuńczych w ramach ZIT i Poddziałanie 9.3.2 Rozwój usług społecznych.** Cel: Zwiększenie dostępności usług społecznych w szczególności usług środowiskowych, opiekuńczych oraz usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

Typy projektów:

- Wsparcie na rzecz poprawy dostępu do usług opiekuńczych nad osobami niesamodzielnymi, w tym starszymi i z niepełnosprawnościami świadczone w lokalnej społeczności obejmujące:
  a) tworzenie i rozwój oferty placówek wsparcia i opieki w tym: dziennych domów pobytu, środowiskowych domów samopomocy, klubów samopomocy, mieszkań wspomaganych, innych ośrodkach zapewniających opiekę dzienną i całodobową;
  b) rozwój niestacjonarnych usług opiekuńczych w tym: usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usługi dziennych opiekunów, wolontariat opiekuńczy, pomoc sąsiedzka, inne formy samopomocy, usługi asystenckie,

c) rozwój nowoczesnych technologii w usługach opiekuńczych, np. teleopieka i inne formy niebezpośrednich usług opiekuńczych wykorzystujących nowe technologie, aktywizację środowisk lokalnych w celu tworzenia społecznych (sąsiedzkich) metod samopomocy przy wykorzystaniu nowych technologii;

d) uzupełniająco do typu a, b, c: sfinansowanie wypożyczenia sprzętu niezbędnego do opieki nad osobami niesamodzielnymi lub sprzętu zwiększającego samodzielność osób (w tym pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i medycznego), inne usługi zwiększające mobilność, autonomię i bezpieczeństwo osób niesamodzielnych (np. likwidowanie barier architektonicznych w miejscu zamieszkania, dowożenie posiłków), działania ukierunkowane na podnoszenie umiejętności opiekunów faktycznych służące poprawie jakości usług opiekuńczych (m.in.: kształcenie, poradnictwo).

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Toruniu pozyskał dofinansowanie w ramach pierwszej edycji konkursu na utworzenie czterech klubów samopomocy na terenie miasta Torunia. W kolejnych konkursach również będzie ubiegał się o dofinansowanie na rzecz działań związanych z rozwojem usług opiekuńczych i specjalistycznych, które będą świadczone w miejscu zamieszkania osoby chorej, pozwolą na odciążenie opiekunów/rodzin
i powrót do aktywności zawodowej i społecznej. Dzięki wsparciu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego możliwe będzie dalsze realizowanie działań zaplanowanych w ramach modelu, w tym prowadzenie opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania chorego. Projekty będą skierowane do osób najbardziej potrzebujących wsparcia w postaci finansowej, którzy nie dysponują środkami na opłacenie codziennych potrzeb chorego.

II. Prywatne źródła finansowania

1. Środki pozyskane od sponsorów:

a) Firmy farmaceutyczne, organizacje pozarządowe, prywatne przedsiębiorstwa są to podmioty, które mogą być potencjalnymi sponsorami. Na Toruńskim rynku obecny jest koncern farmaceutyczny GRUPA NEUCA, który aktywnie angażuje się w lokalne przedsięwzięcia, Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych, które wspólnie z Fundacją „Razem Zmieniamy Świat" organizują przedsięwzięcia dla seniorów, osób z chorobami otępiennymi oraz dla ich rodzin i opiekunów, organizacje pozarządowe i instytucje kościelne zajmujące się świadczeniem usług opiekuńczych na terenie miasta Torunia w tym: Polski Czerwony Krzyż, Caritas Archidiecezji Toruńskiej, Polski Komitet Pomocy Społecznej, które na co dzień współpracują z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Rodzinie, nie są nastawione na zysk i pomagają przy

organizacji
i realizacji usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania podopiecznego.

2. Środki własne uczestników projektu:

a) Opłaty pobierane od uczestników projektu. Po zrealizowaniu projektu związanego z wdrażaniem modelu Skoordynowanej Opieki Środowiskowej Skierowanej do Osób z Chorobą Otępienną i ich Opiekunów uczestnicy projektu będą mogli korzystać z dotychczas realizowanych form wsparcia oraz z pomocy powołanego do życia Centrum Consultor. W celu uniknięcia poboru opłat od uczestników Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy oraz jego Partnerzy będą pozyskiwać środki z innych źródeł finansowych. Jednakże na tym etapie nie jest możliwym do oszacowania czy wszystkie środki, o które podmioty będą aplikować uda się pozyskać. Oczywiście celem ZPO i jego Partnerów jest zapewnienie ciągłości finansowania bez udziału środków własnych uczestników projektu. Rozwiązanie to zostanie uruchomione wówczas, gdy nie będzie możliwości pozyskania dodatkowych środków na realizację zaplanowanych form wsparcia.

III. Podsumowanie

Podczas prac nad alternatywnymi źródłami finansowymi interesariusze przedstawili szereg możliwych rozwiązań, które mogą zostać wykorzystane do dalszego funkcjonowania założeń wdrażanego modelu. W ramach modelu ujęto najbardziej efektywne źródła finansowania, możliwe do pozyskania lub udzielenia przez zaangażowane podmioty. Warto również podkreślić, iż wyżej wymienione założenia mają charakter modelowy i mogą ulec zmianie w okresie zachowania trwałości projektu. Niemniej jednak Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy wraz z Partnerami zapewnią funkcjonowanie Centrum Consultor w okresie utrzymania trwałości.

7.1. Szacunkowy koszt całkowitego wdrożenia i rocznego funkcjonowania modelu

Szacunkowy koszt całkowitego wdrożenia i rocznego funkcjonowania modelu, z rozbiciem na jego poszczególne elementy składowe, a także porównaniem do kosztów obecnie ponoszonych na analogiczne działania.

ZPO wraz z Partnerami opracował roczny koszt funkcjonowania działań założonych w modelu. Koszty zostały oszacowane na podstawie rozeznania cen na rynku w Gminie Miasta Toruń, a w przypadku nie występowania danych usług na terenie województwa kujawsko-pomorskiego - rozeznanie cen na rynku zostało przeprowadzone w oparciu o dostępne cenniki internetowe, zapytania elektroniczne oraz podczas rozmów z potencjalnymi usługodawcami. Wynagrodzenia pracowników Centrum Consultor zostały oszacowane zgodnie z obowiązującym regulaminem wynagrodzeń w ZPO.

Pozostałe stawki zostały ustalone z Partnerami i dostosowane do stosowanych przez nich stawek.

Nie wszystkie pozycje ujęte w poniższym zestawieniu były możliwe do weryfikacji z uwagi na brak ich występowania zarówno w Gminie Miasta Toruń, jak i w województwie kujawsko-pomorskim. Przykładem może być opieka wytchnieniowa, która jest innowacyjnym rozwiązaniem, do tej pory nie funkcjonującym na rynku w województwie kujawsko-pomorskim.

Większość kosztów ujętych w poniższym zestawieniu jest niemożliwa do porównania z uwagi na ich innowacyjność i dotychczasowy brak występowania. Porównanie kosztów związanych ze świadczeniem usług zdrowotnych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia zostało ujęte w *Rozdziale III Analiza usług zdrowotnych i społecznych realizowanych na terenie Torunia.*

7.2. Porównanie kosztów

1. FUNKCJONOWANIE CENTRUM CONSULTOR.

Centrum Consultor jest innowacyjnym rozwiązaniem. Próżno zatem szukać szacunkowego kosztu funkcjonowania wyżej wymienionego podmiotu. Na koszt funkcjonowania Centrum Consultor składają się wynagrodzenia pracowników, koszty działań promocyjnych, koszt funkcjonowania grupy interwencyjnej, koszt prowadzenia procesu koordynacji usług społecznych oraz zdrowotnych kierowanych do pacjentów z chorobą otępienną oraz ich opiekunów, wynajem pomieszczeń. Wszystkie oszacowane koszty zostały zweryfikowane. Wynagrodzenia personelu zostały przeliczone w oparciu o stawki stosowane w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym oraz u Partnerów, są one adekwatne do zaangażowania czasowego i formy zawartej umowy. Koszty związane z promocją są szeroko zakrojone z uwagi na brak występowania działań promocyjnych w zakresie chorób otępiennych. Brak świadomości występowania problemu zespołów otępiennych, bagatelizowanie pierwszych symptomów zarówno przez osoby chore, jak i ich opiekunów w znacznym stopniu wpłynęły na planowane działania promocyjne i edukacyjne w ramach projektu. Dotychczasowe działania promocyjne prowadzone przez Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy były znikome z uwagi na brak funduszy. Ponadto ze względu na koordynację działań na rzecz osób z chorobą otępienną oraz ich opiekunów niezbędne jest wyposażenie tychże osób w odpowiednie narzędzia stąd pojawiająca się w wycenie platforma internetowa wraz z obsługą oraz wydruk broszur informacyjnych dla pacjentów i ich rodzin.

2. DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE I EDUKACYJNE.

Zaplanowane działania profilaktyczne i edukacyjne w zakresie chorób otępiennych są innowacją na rynku. Z przeprowadzonego rozeznania wyniknęła ogromna potrzeba

wspierania zarówno personelu medycznego, jak i samych seniorów i ich rodzin. Dotychczas na terenie Gminy Miasta Toruń przeprowadzane były nieliczne warsztaty dla opiekunów i rodzin osób z chorobami otępiennymi. Nie prowadzono działań profilaktycznych kierowanych do seniorów i ich rodzin. Kwoty zawarte w zestawieniu są oszacowane na podstawie działań organizowanych dla opiekunów osób z chorobą otępienną prowadzonych przez ZPO, Stowarzyszenie Na Rzecz Pomocy Przewlekle Chorym "Chronica" oraz Fundację „Razem Zmieniamy Świat" działającą przy Toruńskich Zakładach Materiałów Opatrunkowych.

3. DZIAŁANIA EDUKACYJNE, AKTYWIZACYJNE I POMOCOWE NA RZECZ OPIEKUNÓW I OSÓB CHORYCH

W ramach modelu Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy założył świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych polegających na skoordynowaniu pracy opiekunów medycznych oraz pielęgniarek. Dotychczas na rynku nie funkcjonowało takie rozwiązanie. Zatem nie jest możliwe faktyczne porównanie tychże usług. Jedynym funkcjonującym na rynku rozwiązaniem są usługi opiekuńcze występujące indywidualnie bez usług pielęgnacyjnych. Usługi te w Gminie Miasta Toruń świadczone są przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Toruniu za pośrednictwem podmiotów wyłonionych
w drodze konkursu tj. Fundacja Agencja Służby Społecznej, Polski Czerwony Krzyż, Caritas Diecezji Toruńskiej, Polski Komitet Pomocy Społecznej. Stawka za godzinę usług opiekuńczych wynosi: 12 złotych za godzinę, natomiast specjalistycznych usług opiekuńczych: 35 złotych za godzinę. Podmioty świadczące wyżej wymienione usługi podpisują z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Rodzinie w Toruniu oraz z Gminą Miasta Toruń wieloletnie umowy, zapewniające ciągłość świadczenia usług w określonym wymiarze godzin. Fundacja Agencji Służby Społecznej w Toruniu będąca jednym z podmiotów, które wykonują powierzone zadanie rozpoczęła również świadczenie usług opiekuńczych
w sposób komercyjny. Cena za godzinę waha się w granicach 15 złotych i obejmuje tylko usługi opiekuńcze, z wyłączeniem usług pielęgnacyjnych.

Podobnie jest w przypadku opieki wytchnieniowej jest to innowacja na rynku usług opiekuńczych. Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego żaden podmiot nie prowadzi takiej formy wsparcia dla opiekunów osób z chorobą otępienną. Nie jest możliwe zatem porównanie dotychczas ponoszonych nakładów finansowych. Stawka jednostkowa jest wyższa od stawki za usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze z uwagi na epizodyczność i nieregularność występowania tychże usług. Przy opracowaniu szacunkowego kosztu ZPO razem z Partnerami musieli wziąć pod uwagę nie tylko koszt za godzinę opieki nad pacjentem, lecz również koszt dojazdu do chorego i fakt, że często opiekun/ka będzie jechał/a jedynie na godzinę do chorego celem odciążenia opiekuna. Pozostawienie wynagrodzenia na poziomie 35 złotych brutto za godzinę przy umowie cywilno-prawnej mogłoby być nieopłacalne dla potencjalnego opiekuna. A nieregularność wizyt związana z ze zgłaszanym zapotrzebowaniem mogłaby być

czynnikiem zniechęcającym opiekunów do świadczenia usług w ramach opieki wytchnieniowej.

Obecnie na terenie Gminy Miasta Toruń prowadzone są działania edukacyjne i aktywizacyjne na rzecz opiekunów osób z chorobą otępienną oraz samych chorych przez Stowarzyszenie Na Rzecz Pomocy Przewlekle Chorym "Chronica" oraz Fundację „Razem Zmieniamy Świat" działającą przy Toruńskich Zakładach Materiałów Opatrunkowych. Są to działania finansowane ze środków własnych stowarzyszenia i fundacji, ze środków pozyskanych od sponsorów lub z jednorazowych dotacji ze środków Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Niestety nakłady finansowe na te działania są znikome w porównaniu do zgłaszanego zapotrzebowania. Pracownicy wyżej wymienionych organizacji pozarządowych prowadzą działania edukacyjne bezpłatnie, angażując swój wolny czas. Szeroko zakrojone działania edukacyjne i organizacja pikniku pozwolą na zwiększenie świadomości osób starszych, osób już chorych oraz ich rodzin i opiekunów.

Środki przyznawane z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na działania Stowarzyszenia Chronica, działającego przy ZPO wynoszą 9998 zł na rok 2016 i obejmują następujący projekt:

- Prowadzenie Interdyscyplinarnych Warsztatów i Konsultacji dla Rodzin i Opiekunów Osób z Chorobą Alzheimera (i innymi typami otępień).

W Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym funkcjonuje grupa wsparcia dla opiekunów osób z chorobami otępiennymi. Prowadzona jest przez pracowników ZPO w ramach wolontariatu. W miarę możliwości pozyskania specjalistów, są oni zapraszani na takie spotkania w charakterze konsultantów/doradców. Brak środków finansowych uniemożliwia realizowanie tego w sposób adekwatny do potrzeb uczestników spotkań.

Oprócz działań odciążających opiekunów w postaci opieki wytchnieniowej model przewiduje również serię treningów relaksacyjnych, z których mogą skorzystać opiekunowie osób ze zdiagnozowanym zespołem otępiennym. Na terenie Gminy Miasta Toruń dotychczas nie prowadzono tego typu warsztatów. Dzięki zgłaszanym potrzebom w modelu ujęto proste rozwiązanie, które jednak do chwili obecnej nie było powszechnie stosowane. Koszty zostały oszacowane w oparciu o stawki znajdujące się na rynku.

Zaplanowana w ramach modelu pracownia poznawcza jest innowacją na skalę kraju. Koszt zakupu sprzętu wraz z oprogramowaniem jest wysoki, lecz jednorazowy. Sprzęt będzie służył osobom chorym przez wiele lat, a jego pozytywny wpływ na zdrowie pacjenta jest nieoceniony. Jego trwałość ocenia się na co najmniej 15-20 lat. Zakup sprzętu i oprogramowania pozwoli osobie chorej dłużej zachować funkcje poznawcze, spowalniając jednocześnie rozwój choroby. Poza tym aktywna praca nad sobą bez

wątpienia poprawi poczucie własnej wartości i jakość życia chorego. Jest to pomysł innowacyjny, w województwie kujawsko-pomorskim nie ma takiej oferty dla osób z zaburzeniami funkcji poznawczych.

Do obecnej chwili finansowanie działań związanych z kierowaniem wsparcia do osób ze zdiagnozowanym zespołem otępiennym, jak i ich rodzin oraz opiekunów jest znikome. Brak nagłośnienia problemu związanego ze zwiększającą się liczbą zachorowań ma również negatywne skutki ekonomiczne, w postaci niewystarczającej puli środków na finansowanie działań profilaktycznych, prewencyjnych, edukacyjnych, opiekuńczych, społecznych czy zdrowotnych dla wyżej wymienionych grup. Problem pojawiających się coraz częściej rozpoznań zespołów otępiennych nabiera rozpędu. Przeprowadzane badania i analizy pozwalają stwierdzić jednoznacznie, iż również w przypadku zespołów otępiennych możemy mówić o chorobie cywilizacyjnej.

7.3. Budżet

Lp.	Kategoria	Symbol partnera	Personel projektu	Zadanie zlecone	Cross-financing	Środki trwałe	j.m	liczba	cena jednostkowa	łącznie
Zadanie 1. Działoność Centrum Koordynacji										
1.	Wynagrodzenie koordynatora Centrum (1 etat x 5600 brutto brutto x 12 m-cy)	ZPO	x	NIE	NIE	NIE	miesiąc	12	5 600,00	67 200,00
2.	Wynagrodzenie konsultanta Centrum (1 etat x 4000 brutto brutto x 12 m-cy)	ZPO	x	NIE	NIE	NIE	miesiąc	12	4 000,00	48 000,00
3.	Wynagrodzenie asystenta Centrum (1 etat x 4000 brutto brutto x 12 m-cy)	ZPO	x	NIE	NIE	NIE	miesiąc	12	4 000,00	48 000,00
4.	Wynagrodzenie pielęgniarza/rki (2 etaty x 4000 brutto brutto x 12 m-cy)	ZPO	x	NIE	NIE	NIE	miesiąc	12	8 000,00	96 000,00
5.	Wynagrodzenie psychologa (1 etat x 4000 brutto brutto x 12 m-cy)	ZPO	x	NIE	NIE	NIE	godzina	12	4 000,00	48 000,00
6.	Wynagrodzenie pracownika socjalnego (1 etat x 12 m-cy)	MOPR	x	NIE	NIE	NIE	godzina	12	4 000,00	48 000,00
7.	Wynagrodzenie lekarza psychiatry (umowa cywilno-prawna w wymiarze 40 h x 150 zł/h x 12 m-cy)	WZS	x	NIE	NIE	NIE	godzina	480	150,00	72 000,00
8.	Wynagrodzenie fizjoterapeuty (umowa cywilno-prawna w wymiarze 40 h x 90 zł/h x 12 m-cy)	ZPO	x	NIE	NIE	NIE	godzina	480	90,00	43 200,00
9.	Wynagrodzenie logopedy/Neurologopedy (umowa cywilno-prawna w wymiarze 40 h x 90 zł/h x 12 m-cy)	ZPO	x	NIE	NIE	NIE	godzina	480	90,00	43 200,00
10.	Wynagrodzenie prawnika (umowa cywilno-prawna w wymiarze 20 h x 90 zł/h x 12 m-cy)	ZPO	x	NIE	NIE	NIE	godzina	240	90,00	21 600,00
11.	Wynagrodzenie terapeuty zajęciowego (umowa cywilno-prawna w wymiarze 30 h x 60 zł/h x 12 m-cy)	ZPO	x	NIE	NIE	NIE	godzina	360	60,00	21 600,00
12.	Osoba odpowiedzialna za komunikację z Centrum (przedstawiciel Partnera - Citomed) - 1 osoba x 700 zł/m-c x 12 m-cy	Citomed	x	NIE	NIE	NIE	miesiąc	12	700,00	8 400,00
13.	Osoba odpowiedzialna za komunikację z Centrum (przedstawiciel Partnera - Fundacja) - 1 osoba x 700 zł/m-c x 12 m-cy	Fundacja	x	NIE	NIE	NIE	miesiąc	12	700,00	8 400,00
14.	Osoba odpowiedzialna za komunikację z Centrum (przedstawiciel Partnera - MOPR) - 1 osoba x 700 zł/m-c x 12 m-cy	MOPR	x	NIE	NIE	NIE	miesiąc	12	700,00	8 400,00
15.	Osoba odpowiedzialna za komunikację z Centrum (przedstawiciel Partnera - Szpital) - 1 osoba x 700 zł/m-c x 12 m-cy	WZS	x	NIE	NIE	NIE	miesiąc	12	700,00	8 400,00
16.	Szkolenie personelu Centrum w zakresie równości szans kobiet i mężczyzn oraz niedyskryminacji osób niepełnosprawnyc	ZPO		NIE	NIE	NIE	godzina	4	200,00	800,00
17.	Platforma internetowa (utrzymanie domeny, pozycjonowanie, zakup zdjęć, grafiki)	ZPO		NIE	NIE	NIE	sztuka	1	1 000,00	1 000,00
18.	Wynagrodzene informatyka (umowa cywilno-prawna w wymiarze 20 h/m-c x 80 zł/h x 12 m-cy)	ZPO	x	NIE	NIE	NIE	godzina	240	80,00	19 200,00
19.	Działania promocyjne (m.in. wydruk plakatów, ulotek, kolportaż, organizacja spotkań informacyjno-promocyjnych)	ZPO		NIE	NIE	NIE	usługa	1	8 000,00	8 000,00
20.	Wydruk broszury promocyjno-informacyjnej Centrum Consultor	Fundacja		NIE	NIE	NIE	usługa	1	5 000,00	5 000,00
21.	Ogłoszenia w lokalnej prasie (Nowości, Gazeta Pomorska)	ZPO		NIE	NIE	NIE	sztuka	5	1 500,00	7 500,00
22.	Spoty reklamowe w lokalnych mediach (radio, telewizja)	ZPO		NIE	NIE	NIE	usługa	3	4 000,00	12 000,00
23.	Wynajem sal na spotkania informacyjne o Centrum Consultor - 10 godzin x 50 zł/godz	ZPO		NIE	NIE	NIE	godzina	10	50,00	500,00
24.	Bilboardy reklamowe informujące o prowadzonych działaniach	ZPO		NIE	NIE	NIE	sztuka	2	6 000,00	12 000,00
25.	Opłaty administracyjne (wynajem, opłaty za energię, media itd.)	ZPO		NIE	NIE	NIE	miesiąc	12	1 000,00	12 000,00
		suma								**668 400,00**
Zadanie 2. Działania profilaktyczne i edukacyjne										
1.	Wynagrodzenie trenera na Szkolenie dla lekarzy, pielęgniarek i personelu medycznego (16 h x 200 zł/h)	ZPO/WZS	x	NIE	NIE	NIE	godzina	16	200,00	3 200,00
2.	Wynajem sali szkoleniowej (16 h x 50 zł/h)	Citomed		NIE	NIE	NIE	godzina	16	50,00	800,00
3.	Przerwa kawowa (8 spotkań x 50 os. x 8 zł/os.)	ZPO		NIE	NIE	NIE	osobodzień	400	8,00	3 200,00
4.	Wynagrodzenie trenera na Szkolenia dla seniorów i ich rodzin (32 h x 200 zł/h)(ośrodki wsparcia)	ZPO	x	NIE	NIE	NIE	godzina	32	200,00	6 400,00
5.	Wynajem sali szkoleniowej (32 h x 50 zł/h)	ZPO		NIE	NIE	NIE	godzina	32	50,00	1 600,00
6.	Przerwa kawowa (8 spotkań x 30 os. x 8 zł/os.)	ZPO		NIE	NIE	NIE	osobodzien	240	8,00	1 920,00
7.	Wynagrodzenie specjalistów Badania przesiewowe (8 h x 3 os. x 150 zł/h x 4 kwartały)	ZPO	x	NIE	NIE	NIE	godzina	96	150,00	14 400,00
8.	Wynajem sali na badania przesiewowe (3 sale x 8h x 50 zł/h x 4 kwartały)	ZPO		NIE	NIE	NIE	godzina	96	50,00	4 800,00
		suma								**36 320,00**
Zadanie 3. Działania edukacyjne, aktywizacyjne i pomocowe na rzecz opiekunów i osób chorych										
1.	Konsultacje specjalistów w ramach grupy wsparcia (12 h x 200 zł/h)	ZPO	x	NIE	NIE	NIE	godzina	12	200,00	2 400,00
2.	Wynagrodzenie trenera na warsztaty (12 spotkań x 6 h x 150 zł/h)	ZPO	x	NIE	NIE	NIE	godzina	72	150,00	10 800,00
3.	Wynagrodzenie opiekuna podczas spotkań (72 h x 35 zł)	ZPO	x	NIE	NIE	NIE	godzina	72	35,00	2 520,00
4.	Wynajem sali szkoleniowej wraz z wyposażeniem (72 h x 50 zł/h)	ZPO		NIE	NIE	NIE	godzina	72	50,00	3 600,00
5.	Wynajem sali terepeutycznej wraz z wyposażeniem (72 h x 50 zł/h)	ZPO		NIE	NIE	NIE	godzina	72	50,00	3 600,00
6.	Catering na zajęcia dla opiekunów (15 os. x 12 spotkań x 35 zł/os.)	ZPO		NIE	NIE	NIE	osoba	180	35,00	6 300,00
7.	Catering na zajęcia dla osób chorych (15 os. x 12 spotkań x 35 zł/os.)	ZPO		NIE	NIE	NIE	osoba	180	35,00	6 300,00
8.	Wynagrodzenie trenera na treningi relaksacyjne dla opiekunów (36 spotkań x 150 zł)	ZPO	x	NIE	NIE	NIE	spotkanie	36	150,00	5 400,00
9.	Wynajem Sali na treningi relaksacyjne dla opiekunów (36 spotkań x 100 zł/h)	ZPO		NIE	NIE	NIE	spotkanie	36	100,00	3 600,00
10.	Wynagrodzenie terapeuty w treningach poznawczych (24 godz /m-c x 12 m-cy x 100 zł/godz)	ZPO	x	NIE	NIE	NIE	godzina	288	100,00	28 800,00
11.	Zakup oprogramowania do treningów poznawczych: RehaCom, Neuroforma, CogniPlus (pakiet: 200 000,00)	ZPO		NIE	NIE	TAK	pakiet	1	200 000,00	200 000,00
12.	Wynajem sali terapeutycznej (24 godz /m-c x 12 m-cy x 50 zł/godz)	ZPO		NIE	NIE	NIE	godzina	288	50,00	14 400,00
13.	Zakup sprzętu komputerowego (3 komputery stacjonarne z dużym ekranem)(3 stanowiska x 4000 zł)	ZPO		NIE	NIE	TAK	sztuka	3	4 000,00	12 000,00
14.	Zakup 3 biurek (3 x 400 zł)	ZPO		NIE	NIE	NIE	sztuka	3	400,00	1 200,00
15.	Zakup 6 krzeseł (6 x 250 zł)	ZPO		NIE	NIE	NIE	sztuka	6	250,00	1 500,00
16.	Piknik edukacyjny	Fundacja		NIE	NIE	NIE	usługa	1	10 000,00	10 000,00
17.	Usługi opiekuńcze - 500 godzin /m-c x 12 m-cy x 35 zł/h (umowy cywilno-prawne lub umowy o pracę)	ZPO	x	NIE	NIE	NIE	godzina	6 000	35,00	210 000,00
18.	Opieka wytchnieniowa -500 godz/m-c x 12 m-cy x 50 zł /godz. (umowy cywilno-prawne)	Fundacja	x	NIE	NIE	NIE	godzina	6 000	50,00	300 000,00
		suma								**822 420,00**
		ogółem koszty bezpośrednie								**1 527 140,00**
		koszty pośrednie - 20%								**305 428,00**
		ogółem								**1 832 568,00**

ROZDZIAŁ VIII KONSULTACJE

8.1. Konsultacje wypracowanego modelu

Wypracowany model został poddany fazie konsultacji społecznych. Każda zainteresowana osoba mogła wypowiedzieć się na temat jego mocnych i słabych stron, plusów i minusów oraz wartości jaką będą wnosiły zaplanowane w modelu działania. Konsultacje miały charakter bezpośredni, pracownicy ZPO oraz uczestnicy paneli eksperckich przeprowadzali bezpośrednie wywiady/konsultacje notując uwagi na przygotowanym formularzu konsultacji. Formularz ten został podpisany przez osobę, która zapoznała się z modelem i oceniła jego funkcjonalność. Model został udostępniony również na stronie internetowej ZPO oraz podczas spotkań konsultacyjnych.

Model konsultowany był z następującymi grupami:

1. GRUPA I: Potencjalni beneficjenci, w tym osoby chore z zespołem otępiennym (lekkie i umiarkowane stadium choroby) oraz ich rodziny / opiekunowie.
2. GRUPA II: Eksperci z zakresu profilaktyki i ochrony zdrowia.
3. GRUPA III: Eksperci z zakresu polityki społecznej.
4. GRUPA IV: Przedstawiciele sektora społecznego.

8.2. Metodologia przeprowadzanych konsultacji

Konsultacje społeczne opracowanego modelu miały dwojaki charakter:

- indywidualnych wywiadów przeprowadzanych z przedstawicielami środowisk bezpośrednio związanych z problemem chorób otępiennych;
- otwartych spotkań z przedstawicielami środowisk angażujących się w realizacje działań na rzecz osób starszych, ich rodzin i opiekunów.

Wywiad indywidualny przeprowadzany przez pracowników Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego oraz zaangażowanych przedstawicieli ze strony Partnerów. Indywidualność wywiadów podyktowana była specyfiką konsultowanego projektu oraz chęcią uzyskania cennych wskazówek od osób bezpośrednio związanych z problemem chorób otępiennych.

1. Grupa I: Potencjalni beneficjenci:

a) Osoby ze zdiagnozowanym zespołem otępiennym w lekkim i umiarkowanym stadium choroby (3 osoby w lekkim, 1 osoba w umiarkowanym).

Wskazania mocne strony:

- pomoc osobom chorym,
- szkolenie dla rodzin,
- skoordynowanie opieki dzięki czemu senior nie czuje się zagubiony w systemie, jest to duże wsparcie dla chorego i jego rodziny,
- wyjście do ludzi, chory nie czuje samotności,
- szkolenia dla lekarzy, żeby nie bagatelizowali zgłaszanych problemów.

Wskazania słabe strony:

- zwiększenie dostępu do rehabilitanta (idealnie, gdyby był zatrudniony w centrum),
- brak transportu dla pacjentów,
- więcej ośrodków dziennego pobytu w środowiskach wiejskich.

Ogólna ocena:

W skali od 1 do 5 (1-negatywna, 2-dopuszczająca, 3-dostateczna, 4-dobra, 5-bardzo dobra) potencjalni beneficjenci ocenili model na **4,25**.

b) Opiekunowie i rodziny osób ze zdiagnozowanym zespołem otępiennym (osoby uczestniczące w warsztatach dla opiekunów osób z zespołami otępiennymi organizowanych przez Stowarzyszenie „Chronica" działającym przy ZPO) – 12 osób.

Wskazania mocne strony:

- wsparcie dla rodzin,
- dostęp do ekspertów,
- wszechstronna oferta bezpłatnej opieki,
- upowszechnianie wiedzy o chorobie,
- projekt innowacyjny,
- działania wielopłaszczyznowe,
- integracja instytucji działających na rzecz seniorów,
- grupa interwencyjna,
- warsztaty dla opiekunów,
- zajęcia relaksacyjne dla opiekunów,
- pasja, zaangażowanie i wiedza autora projektu,
- opieka wytchnieniowa,
- pokazanie problemów starości.

Wskazania słabe strony:

- brak własnego transportu,
- ograniczenia finansowe,
- ograniczony czas trwania projektu,
- brak całodobowego dostępu,
- zawężenia działań do Torunia.

Ogólna ocena:

W skali od 1 do 5 (1-negatywna, 2-dopuszczająca, 3-dostateczna, 4-dobra, 5-bardzo dobra) potencjalni beneficjenci ocenili model na **4,8.**

2. Grupa II: Eksperci z zakresu profilaktyki i opieki zdrowotnej:

a) **prof. dr hab. n. med. Aleksander Araszkiewicz** – konsultant ds. psychiatrii w województwie kujawsko-pomorskim, kierownik Kliniki Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy,
b) **prof. dr hab. Piotr Błędowski** – wiceprzewodniczący Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego w Warszawie,
c) **Izabela Miłoszewska** – dyrektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Torunia,
d) **dr Michał Wojtaszek** – specjalista psychiatra, od wielu lat pracuje z chorymi na zespoły otępienne i ich rodzinami,
e) **dr n. med. Anna Wojtaszek** – specjalista chorób wewnętrznych, geriatra, kierownik Oddziału Geriatrii w Samodzielnym Publicznym Wielospecjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Bydgoszczy,
f) **dr Katarzyna Horodyńska-Rączka** – lekarz chorób wewnętrznych, specjalista medycyny rodzinnej,
g) **dr Łukasz Wojnowski** – dyrektor do spraw lecznictwa Citomed,
h) **dr Małgorzata Grądzka** – specjalista medycyny pracy.

Wskazania mocne strony:

- Całościowe podejście do problemu,
- Współpraca z opiekunami i partnerskie ich traktowanie,
- Zróżnicowany charakter podmiotów publicznych i prywatnych uczestniczących w projekcie,
- Objęcie projektem lekarzy rodzinnych,
- Integracja pomocy społecznej i ochrony zdrowia,
- Profilaktyka i opieka nad rodzinami,
- Wszechstronność projektu, skupienie w jednym miejscu, co umożliwi kontrolę zleceń innych specjalistów,
- Badania przesiewowe,
- Kompleksowe podejście, koordynacja usług,
- Koordynacja usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych,
- Działania dla opiekunów.

Wskazania słabe strony:

- Czasowość projektu,
- Niski budżet,
- Trudny dostęp do specjalistów z zakresu geriatrii i psychogeriatrii,
- Kosztochłonna opieka wytchnieniowa.

Ogólna ocena:

W skali od 1 do 5 (1-negatywna, 2-dopuszczająca, 3-dostateczna, 4-dobra, bardzo dobra) eksperci z zakresu profilaktyki i polityki zdrowotnej ocenili model na **4,75**.

3. **Grupa III: Eksperci z zakresu polityki społecznej:**

a) **Krystyna Nowakowska** – Przewodnicząca Rady Seniorów Miasta Torunia,
b) **Katarzyna Brożek** – członek Rady Seniorów Miasta Torunia,
c) **Jan Franciszek Kwiatkowski** – członek Rady Seniorów Miasta Torunia,
d) **Teresa Grochulska** –członek Rady Seniorów Miasta Torunia.
e) **Małgorzata Sienkiewicz** – kierownik Dziennego Domu Pomocy Społecznej w Toruniu.

Wskazania mocne strony:

- Całościowe podejście do problemu,
- Współpraca z opiekunami i partnerskie ich traktowanie,
- Zróżnicowany charakter podmiotów publicznych i prywatnych uczestniczących w projekcie,
- Objęcie projektem lekarzy rodzinnych,
- Integracja pomocy społecznej i ochrony zdrowia,
- Profilaktyka i opieka nad rodzinami,
- Wszechstronność projektu, skupienie w jednym miejscu, co umożliwi kontrolę zleceń innych specjalistów,
- Badania przesiewowe,
- Kompleksowe podejście, koordynacja usług.

Wskazania słabe strony:

- Czasowość projektu.

Ogólna ocena:

W skali od 1 do 5 (1-negatywna, 2-dopuszczająca, 3-dostateczna, 4-dobra, bardzo dobra) eksperci z zakresu polityki społecznej ocenili model na **4,75**.

4. **Grupa IV: Eksperci z sektora społecznego:**

a) Anna Świtoń – Fundacja „Łączymy Pokolenia”;
b) Teresa Rożankowska - Fundacja Gospodarcza Pro Europa;
c) Jan Kwiatkowski - Stowarzyszenie TMPS „Czas Gospodarzy”,
d) Katarzyna Brożek - Toruńskie Stowarzyszenie Aktywności Społecznej,
e) Maciej Pawilonis - Stowarzyszenie Na Rzecz Pomocy Przewlekle Chorym „Chronica”.

Wskazania mocne strony:

- Całościowe podejście do problemu,
- Szeroka oferta dla rodzin,
- Edukacja i profilaktyka osób zdrowych i niezdiagnozowanych,
- Współpraca z partnerami,
- Wcześniejsze badania środowiska seniorów,

- warsztaty i szkolenia dla opiekunów,
- działania edukacyjne,
- zaangażowanie NGO.

Wskazania słabe strony:

- Brak własnego transportu,
- Kryteria świadczenia bezpłatnej opieki.

Ogólna ocena:

W skali od 1 do 5 (1-negatywna, 2-dopuszczająca, 3-dostateczna, 4-dobra, bardzo dobra) eksperci z sektora społecznego ocenili model na **4,8**.

ROZDZIAŁ IX PODSUMOWANIE

W trakcie wypracowywania modelu SKOORDYNOWANEJ OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ SKIEROWANEJ DO OSÓB Z CHOROBĄ OTĘPIENNĄ I ICH OPIEKUNÓW staraliśmy się określić deficyty w zakresie usług społecznych i zdrowotnych oraz wskazać obszary niezbędnych działań. Specyfika chorób otępiennych charakteryzująca się długim przebiegiem choroby, koniecznością zaangażowania rodziny i/lub opiekunów wymaga szczególnego postępowania. Jak wykazała przeprowadzona na potrzeby modelu analiza usług społeczno-zdrowotnych, na rynku brakuje adekwatnej do potrzeb chorego i jego rodziny oferty, albo jest ona niewystarczająca. Szczątkowa opieka środowiskowa oraz nieadekwatna oferta oddziałów dziennych, niejednokrotnie zmusza rodzinę do umieszczenia chorego w placówce opieki całodobowej, przyczyniając się tym samym do instytucjonalizacji świadczonej pomocy. Zaplanowane w ramach modelu działania pozwolą choremu pozostać w warunkach domowych tak długo, jak to będzie możliwe. Kompleksowe działania zaplanowane w modelu pozwolą na dobór odpowiedniego wsparcia zarówno osobom chorym, jak i ich rodzinom/opiekunom. Celem modelu jest szukanie rozwiązań, pomoc w pokonywaniu barier oraz koordynacja usług dostępnych na rynku.

Efektywna realizacja modelu jest możliwa wyłącznie przy zaangażowaniu Partnerów oraz skupieniu środowisk działających na rzecz seniorów. Istotne jest prowadzenie spójnych działań w atmosferze współpracy a nie rywalizacji. Niezbędne wydaje się wprowadzenie zmian legislacyjnych w zakresie rodzaju kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia usług, gdyż aktualne rozwiązania nie uwzględniają specyfiki choroby i nie zaspokajają potrzeb chorego i jego rodziny.

Realizowane przez Centrum Consultor wsparcie będzie świadczone w odpowiedzi na faktyczne zapotrzebowanie beneficjentów z zastrzeżeniem modyfikowania zaplanowanego w ramach modelu wsparcia, możliwością przesuwania środków i wdrażania zmian w zakresie proponowanych form pomocy.

Mamy nadzieję, iż możliwość testowania modelu przyczyni się do wypracowania ścieżki wsparcia adekwatnej do potrzeb osób z chorobami otępiennymi i ich rodzin.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

CENTRUM CONSULTOR DZIAŁAJĄCEGO PRZY ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZYM IM. KS. JERZEGO POPIEŁUSZKI W TORUNIU

I. CELE I ZADANIA, RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ, MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH.

§ 1

Regulamin określa sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania wsparcia przez Centrum Consultor działającego przy Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym, zwanym dalej Centrum.

§ 2

Centrum świadczy swoje usługi na terenie Gminy Miasta Toruń.

§ 3

Głównym celem Centrum jest podejmowanie działań na rzecz koordynacji i współpracy podmiotów z zakresu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, które świadczą swoje usługi na rzecz osób z zespołami otępiennymi, ich rodzin oraz opiekunów, a także prowadzą edukację zdrowotną dla pacjentów i członków ich rodzin, kadry medycznej i zainteresowanych osób oraz przygotowują osoby chore i ich rodziny/opiekunów do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

§ 4

1. Zadaniem Centrum jest organizowanie i udzielanie wsparcia osobom zakwalifikowanym jako uczestnicy projektu.
2. Wśród uczestników projektu wyróżniamy: osoby chore ze zdiagnozowanym zespołem otępiennym, rodziny i opiekunów osób z zespołami otępiennym, kadry medyczne (lekarze, pielęgniarki i pozostały personel medyczny), zainteresowane podmioty organizujące działania na rzecz seniorów.
3. Zadania realizowane przez Centrum to:
   a) koordynacja wsparcia udzielanego przez podmioty Partnerskie,
   b) świadczenia opiekuńcze w charakterze opieki wytchnieniowej i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych,

c) świadczenia psychologiczne,
d) świadczenia logopedy / neurologopedy,
e) świadczenia dietetyczne, fizjoterapeutyczne, rehabilitacyjne, prawnicze, terapia zajęciowa (w zależności od zdiagnozowanego zapotrzebowania),
f) promocja i edukacja zdrowotna,
g) organizacja szkoleń, warsztatów, grup samopomocowych, imprez plenerowych, lokalnych kampanii społecznych.

§ 5

Centrum prowadzi działalność wspierającą działania podmiotów zaangażowanych w realizację modelu pt. „Skoordynowana Opieka Środowiskowa Skierowana do Osób z Chorobą Otępienną i ich Opiekunów".

§ 6

Celem Centrum jest: Interdyscyplinarne, skoordynowane organizowanie pomocy chorym i rodzinom osób z chorobami otępiennymi.

§ 7

Centrum udziela wsparcia uczestnikom projektu w zakresie:

1. Skoordynowane organizowanie pomocy chorym i rodzinom osób z chorobami otępiennymi we współpracy z Partnerami uczestniczącymi w modelu w celu opracowywania programu wsparcia.
2. Prowadzenie interdyscyplinarnych warsztatów i konsultacji dla opiekunów i rodzin chorych z zespołami otępiennymi.
3. Prowadzenie grupowych i indywidualnych zajęć profilaktycznych i edukacyjnych.
4. Organizacja opieki wytchnieniowej.
5. Organizowanie pomocy interwencyjnej na zasadach określonych w modelu.
6. Współpraca z grupami wsparcia w zakresie pomocy.
7. Prowadzenie Pracowni Poznawczej.

§ 8

Centrum posiada siedzibę w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym przy ul. Ligii Polskiej 8 w Toruniu. Wsparcie w ramach Centrum udzielane jest w siedzibie Centrum, w domu uczestnika projektu, w wynajętych salach na terenie miasta Torunia, w siedzibach Partnerów projektu.

II. STRUKTURA ORGANIZACYJNA, ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH PRACOWNIKÓW CENTRUM

§ 9

1. Nadzór nad realizacją zadań w ramach Centrum sprawuje Dyrektor Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego.

2. Organizacja zadań poszczególnych pracowników, harmonogram prowadzonego wsparcia, nadzór nad rekrutacją prowadzi koordynator Centrum. Do zadań koordynatora należą: koordynowanie pracy wszystkich Partnerów projektu w celu zorganizowania pomocy podopiecznym Centrum, przygotowanie planu działania Centrum, podejmowanie decyzji w sprawie przydzielenia opieki wytchnieniowej, koordynowanie pracy grupy interwencyjnej, zarządzanie podległym personelem, prowadzenie sprawozdania oraz niezbędnej dokumentacji, analizowanie możliwość wystąpienia ryzyka niezrealizowania założeń modelu.
3. Koordynatorowi podlegają następujący pracownicy:
   a) Konsultant Centrum. Do jego/jej zadań należy: udzielanie informacji o możliwości uzyskania pomocy w Centrum telefonicznie lub w siedzibie Centrum, umawianie na spotkania beneficjentów Centrum lub ustalanie terminów wizyt w domu chorego. Jest też osobą dobrze zorientowaną w temacie świadczeń realizowanych na rzecz osób z otępieniami i ich opiekunów przez różne placówki/instytucje w Toruniu. Prowadzi harmonogram wsparcia każdego beneficjenta
   b) Asystent Centrum. Do jego/jej zadań należy: diagnoza potrzeb osób z chorobą otępienną oraz jego/jej otoczenia. Osoba ta będzie spotykać się z chorym i jego opiekunem, przeprowadzi głęboki wywiad, na jego podstawie, po zweryfikowaniu potrzeb wyżej wymienionych osób zaplanuje Indywidualny Plan Działania (IPD). Czuwać będzie nad prawidłową realizacją IPD, w razie potrzeby będzie weryfikować go i monitorować jego realizację.
   c) Członkowie Grupy Interwencyjnej: Pielęgniarka, Psycholog, Lekarz, Pracownik Socjalny. Do zadań członków Grupy Interwencyjnych należy: świadczenie usług w środowisku pacjenta.
   d) Pozostali specjaliści: fizjoterapeuta/tka, logopeda/neurologopeda, terapeuta zajęciowy, prawnik. Do ich zadań należy świadczenie wsparcia zgodnego z ich kwalifikacjami na rzecz osób z zespołem otępiennym, ich rodzin i opiekunów.

§ 10

Wszyscy pracownicy Centrum podlegają Dyrektorowi Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego, współpracują ze sobą w celu zapewnienia sprawności funkcjonowania Centrum pod względem organizacyjnym, koordynacyjnym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym. W tym celu w szczególności prowadzą jednolitą dokumentację udzielanego wsparcia, w razie potrzeby konsultują między sobą udzielanie wsparcia na rzecz osób z chorobami otępiennymi ich rodzin i opiekunów. Koordynację działań Centrum i współpracę komórek organizacyjnych Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego zapewnia Dyrektor.

III. PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA WSPARCIA UCZESTNIKOM PROJEKTU.

§ 11

1. Udzielanie wsparcia uczestnikom projektu w ramach wdrażanego modelu obejmuje:
   a) koordynację wsparcia udzielanego przez różne podmioty/instytucję,
   b) pomoc w odnalezieniu właściwej pomocy (wskazanie instytucji, podmiotu, umówienie na spotkanie, zgłoszenie zapotrzebowania na udzielenie wsparcia, diagnoza potrzeb w IPD, dostosowanie udzielanego wsparcia, ustalenie harmonogramu pomocy),
   c) przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością, ze zmiennym zachowaniem osoby chorej,
   d) edukację zdrowotną pacjenta oraz członków jego rodziny, podczas wyjść grupy interwencyjnej, w środowisku uczestnika projektu,
   e) pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym,
   f) pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji pacjenta w domu,
   g) opiekę wytchnieniową umożliwiającą opiekę nad osobą z chorobą otępienną przy jednoczesnym odciążeniu opiekuna/rodziny,
   h) usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze umożliwiające sprawowanie opieki nad osobą z chorobą otępienną,
   i) działania prewencyjne, profilaktyczne, edukacyjne, podnoszące kwalifikacje skierowane do osób z zespołami otępiennymi, ich rodzin/opiekunów, lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu medycznego.

IV. WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI ZAANGAŻOWANYMI W REALIZACJĘ MODELU.

§ 12

1. Dyrektor zapewnia konsultacje z podmiotami stanowiącymi Partnerów lub wspólne z tymi podmiotami udziela wsparcie na rzecz uczestników projektu. Do kontaktów z innymi Partnerami upoważniony jest Dyrektor lub wyznaczona przez niego osoba.
2. Współdziałanie, o którym mowa w ust. 1, może polegać w szczególności na:
   a) udzielaniu wsparcia przewidzianego w projekcie w odpowiedzi na przygotowane IPD,
   b) kierowaniu uczestników projektu do konkretnych Partnerów w celu uzyskania wsparcia,
   c) spotkaniach wszystkich partnerów projektu w celu weryfikacji dotychczas udzielonego wsparcia, omówienia problemów występujących w projekcie,

podsumowania podjętych działań i stanu realizacji projektu – nie rzadziej niż 2 razy w roku.

V. UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI UCZESTNIKÓW PROJEKTU.

§ 13

1. Zakład udostępnia dokumentację uczestnika projektu wyłącznie osobom do tego uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
2. Dokumentacja jest udostępniana:
   a) do wglądu w siedzibie Centrum w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym po uprzednim uzgodnieniu terminu,
   b) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii po uprzednim uzgodnieniu terminu,
   c) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.
3. Gromadzone dokumenty mają charakter informacyjny, każdy uczestnik, który udostępnia swoje dane osobowe, w tym dane wrażliwe jest informowany o udostępnianiu ich podmiotom Partnerskim, które będą udzielać wsparcia na jego rzecz.
4. Każdy dokument jest opatrzony klauzulą dotyczącą przetwarzania danych osobowych.
5. Dane osobowe gromadzone będą przez Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy, który jednocześnie będzie ich administratorem.
6. Postępowanie w zakresie gromadzenia i przetwarzania danych osobowych będzie odbywać się w oparciu o Ustawę z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych obowiązujące od 01.06.2016 r. (Dz. U. 2016 r. poz. 677).
7. Dokumenty gromadzone w ramach projektu zostaną również udostępnione podczas kontroli realizowanej przez Instytucję Wdrażającą.

§ 14

Znajomość i przestrzeganie praw uczestników projektu określonych w obowiązujących przepisach prawa jest obowiązkiem każdego pracownika Centrum, niezależnie od podstawy jego zatrudnienia oraz zaangażowanych Partnerów.

§ 15

Pacjenci, członkowie ich rodzin, przedstawiciele ustawowi i opiekunowie faktyczni oraz pozostali uczestnicy zakwalifikowani do wsparcia w ramach projektu mogą składać pisemne skargi i wnioski Dyrektorowi. Skarga lub wniosek powinny zawierać imię,

nazwisko i adres skarżącego. Dyrektor w terminie 30 dni rozpatruje skargę lub wniosek i informuje skarżącego lub wnioskodawcę o sposobie załatwienia sprawy.

§ 16

Wszelkie odstępstwa od niniejszego regulaminu mogą nastąpić wyłącznie w szczególnie uzasadnionych wypadkach i wymagają zgody Dyrektora.

§ 17

Niniejszy regulamin wchodzi w życie w dniu …….. 2016 r.

Załącznik nr 2. Przykładowy scenariusz pikniku integracyjnego.

ALZHEIMER – PIKNIK INTEGRACYJNY

p.t. „Alzheimer – członek rodziny?"

Głównym celem wydarzenia jest zwiększenie wiedzy i świadomości mieszkańców Torunia na temat istoty choroby Alzheimera, jej objawów, form wsparcia oraz problemów chorych oraz ich opiekunów.

Sama choroba Alzheimera w ogromnym stopniu wpływa nie tylko na samego chorego, ale również na jego bliskich. Festyn ma także na celu integrację osób z chorobą Alzheimera
i ich rodzin ze społecznością lokalną, a także uświadomienie powagi choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych. Istotne jest również to, że uczestnicy podczas takiego spotkania będą mogli się lepiej poznać i zintegrować. Dodatkowo pozwoli im to na wymianę doświadczeń w radzeniu sobie z problemami, z którymi borykają się, jako opiekunowie osób cierpiących na chorobę Alzheimera. Zaprezentowane aktywności i ćwiczenia mogą być również ciekawą formą terapii mającą na celu opóźnienie lub zatrzymanie rozwoju choroby.

W trakcie pikniku będzie można porozmawiać ze specjalistami, otrzymać broszurę o usługach świadczonych przez Centrum Consultor. Ponadto przeprowadzone zostaną następujące działania:

- Akcja informacyjna - prezentacja wybranych form wsparcia dla rodzin i bliskich osób dotkniętych różnymi formami otępienia na terenie Torunia (prowadzona przez pracowników Centrum Consultor),
- Akcja edukacyjna na temat choroby Alzheimera – Dlaczego znajduję telefon w lodówce? - czym jest choroba Alzheimera i jakie są jej poszczególne etapy (prowadzona przez pracowników Centrum Consultor),
- Część artystyczna – występy chórów i lokalnych zespołów (we współpracy z Uniwersytetem Trzeciego Wieku, klubami seniorów),
- Integracja – gdzie będzie można poznać ludzi, których bliscy również cierpią na chorobę Alzheimera (uczestnicy grupy wsparcia i/lub warsztatów dla opiekunów prowadzonych przez Centrum),
- Konsultacje dietetyka – wpływ diety na zdrowe starzenie się,
- Pogadanka: Jakie zagrożenia czyhają na osoby w wieku podeszłym w ich codziennym życiu (policjant),
- Pokaz ćwiczeń Tai Chi/Qigong - Jak ćwiczenia typu Qigong mogą wspomóc standardowe działania profilaktyczne i lekarskie w chorobie Alzheimera (osoba współpracująca z Fundacją),
- Warsztat ćwiczeń stymulujących mózg, funkcje językowe oraz inne procesy poznawcze w celu zapobiegania i opóźnienia choroby (psycholog),

- Warsztat ćwiczeń fizycznych istotnych w utrzymaniu poprawnego stanu zdrowia u osoby dotkniętej otępieniem (fizjoterapeuta),
- Konsultacje i porady specjalistów:
  - pielęgniarskie,
  - dietetyka,
  - psychologa,
  - prawne – udzielane przez prawnika, dotyczące m.in. ubezwłasnowolnienia chorego, ustanowienia opiekuna prawnego, spraw majątkowych,
  - terapeuty – ćwiczenia aktywizujące, które z powodzeniem można wykonywać w domu.
- Gra w Boccia oraz Boule.
- Akcja - Oswojenie starości – uświadomienie młodym osobom z czym wiąże się starość (osoby współpracujące z Fundacją).
- Poczęstunek.

Dodatkowe atrakcje:

- Projekcja filmu: „Still Alice" - Doktor Alice Howland poznajemy, gdy pośród męża i trójki dzieci obchodzi swoje pięćdziesiąte urodziny. Niedługo potem, ta utytułowana profesor lingwistyki na Columbia University dostrzega u siebie drobne zaniki pamięci. Diagnozą okazuję się być rzadka odmiana choroby Alzheimera, niestety dziedziczna genetycznie. Film przedstawia fazy postępowania choroby u Alice oraz reakcje jej bliskich i środowiska.

Piknik odbędzie się w Toruniu na Starym Mieście w miesiącach wiosennych. Uczestniczyć w nim będzie ok. 100 osób. Patronat honorowy nad realizacją akcji obejmie Prezydent Miasta Torunia. Piknik zostanie wypromowany poprzez lokalne media oraz plakaty promujące wydarzenie.

Działania na rzecz opiekuna i chorego przyczynią się do zacieśnienia więzi między nimi, poprawy relacji (np. poprzez udział w warsztatach opiekun nauczy się prawidłowej komunikacji, będzie lepiej rozumiał chorobę – przez to jego kontakt z chorym będzie lepszy). Kontakty chorego z innymi osobami w ramach działania różnych placówek (dzienne DPS-y, Oddział Dzienny ZPO, kluby seniora, WOAK), przyczynią się do integracji ze środowiskiem, podniosą poczucie własnej wartości i poprawią jakość życia osoby chorej.

Załącznik nr 3.

Kwestionariusz wywiadu
„Diagnoza problemów chorego z otępieniem i jego rodziny”

INSTRUKCJA: *Ankieter wyjaśnia respondentowi cel realizacji badania i zapewnia, że zebrane dane będą wykorzystane tylko i wyłącznie na potrzeby realizacji projektu. Ankieter powinien również upewnić się, że nie występują czynniki mogące zakłócić badanie, np. hałas, gwar, itp. Z uwagi na swoją specyfikę badanie nie powinno być przeprowadzane w bezpośredniej obecności osoby chorej, lecz w trakcie wizyty członka rodziny w instytucji zaangażowanej w projekt lub – jeśli przeprowadzane jest w domu – w innym pomieszczeniu niż to, w którym przebywa chory.*

A. INFORMACJE O OSOBIE CHOREJ	
1. Imię i nazwisko	
2. Data urodzenia	
3. PESEL	
4. Adres zamieszkania	
5. Telefon kontaktowy	
6. Osoby zamieszkujące z chorym (pokrewieństwo, wiek)	
7. Czy chory jest ubezwłasnowolniony? Jeśli tak – imię i nazwisko oraz pokrewieństwo opiekuna prawnego	a) tak: …… (imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa opiekuna prawnego) b) nie
8. Czy chory uzyskuje dochód? Z jakich źródeł: emerytura, renta, zasiłek, itp.	
B. ZDROWIE I CODZIENNE FUNKCJONOWANIE CHOREGO	
9. W który roku rozpoznano zespół otępienny?	
10. Pod opieką jakich specjalistów znajduje się chory? (ankieter czyta i podkreśla właściwe odpowiedzi)	a) lekarz rodzinny; b) internista; c) kardiolog; d) onkolog; e) endokrynolog; f) chirurg; g) neurolog; h) psychiatra i) inny – jaki? adres przychodni:
11. Jakie leki aktualnie chory przyjmuje? Czy przyjmuje je sam, czy podaje je rodzina?	

12. Jak często zdarzają się następujące zachowania chorego? (ankieter czyta i podkreśla właściwe odpowiedzi)					
a) odmowa przyjmowania leków	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
b) agresja słowna	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
c) agresja fizyczna	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
d) rozdrażnienie, płaczliwość	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
e) problemy ze snem	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
f) mylenie, nierozpoznawanie członków rodziny	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
g) niezjedzenie posiłku	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
h) konieczność pomocy przy jedzeniu posiłku	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
i) konieczność pomocy przy myciu, utrzymaniu higieny	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
j) niekontrolowanie potrzeb fizjologicznych	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
13. Czy chory ma trudności w wykonywaniu czynności, z którymi jeszcze niedawno sobie radził?	a) tak – proszę podać przykłady: b) nie				
14. Z jaką sprawnością przemieszcza się chory? (ankieter czyta i podkreśla właściwe odpowiedzi)	a) przemieszcza się samodzielnie, b) korzysta z pomocy chodzika, wózka inwalidzkiego.				
15. Czy w ostatnim czasie chory znacząco stracił na wadze lub przytył? (ankieter czyta i podkreśla właściwe odpowiedzi)	a) spadek wagi, b) wzrost wagi, c) bez zmian.				
16. Czy u chorego zdarzają się następujące zachowania? Jeśli tak, to jak często? (ankieter czyta i podkreśla właściwe odpowiedzi)	a) krzyk - jak często: b) nawoływanie kogoś - jak często: c) tendencje do ucieczek z domu - jak często: d) myśli samobójcze - jak często: e) zwidywanie nieistniejących osób - jak często: f) słyszenie czegoś, czego inni nie słyszą - jak często:				
17. Czym chory zajmuje się w ciągu dnia?					
18. Czym chory interesował się w okresie zdrowia?					
19. Czy chory lubi przebywać z innymi, czy też woli być sam?					

20.Jakie zachowania chorego sprawiają opiekunowi największe kłopoty? (ankieter czyta i podkreśla właściwe odpowiedzi)	a) upór, b) drażliwość, c) wycofanie się, apatia, d) agresja, e) brak aktywności, f) inne – jakie?
21.Czy chory ma zapewnioną wystarczającą, stosowną do swego stanu zdrowia opiekę? (ankieter czyta i podkreśla właściwe odpowiedzi)	a) zdecydowanie tak, b) raczej tak, c) trudno powiedzieć, d) raczej nie – proszę uzasadnić: e) zdecydowanie nie – proszę uzasadnić:
22.Jakiej pomocy potrzebuje rodzina w związku z opieką nad osobą chorą? (ankieter czyta i podkreśla właściwe odpowiedzi)	a) lekarza rodzinnego, b) psychiatry, c) psychologa, d) pielęgniarki, e) pracownika socjalnego, f) opiekunki, g) innej – jakiej?
C. SYTUACJA RODZINNA	
23.Stan cywilny chorego (ankieter czyta i podkreśla właściwe odpowiedzi)	a) wolny, b) w związku – wiek i stan zdrowia współmałżonka / partnera:
24.Członkowie rodziny chorego, którzy nie zamieszkują z nim lecz utrzymują częste kontakty: pokrewieństwo, wiek, miejscowość zamieszkania	
25.Kto z rodziny sprawuje opiekę nad chorym? Z jaką częstotliwością – codziennie, często, rzadko? Ile godzin w przeliczeniu na dzień poświęca na opiekę?	
26.Czy rodzina porozumiewa się ze sobą, jeśli chodzi o decyzje i podział pracy w opiece nad chorym? (ankieter czyta i podkreśla właściwe odpowiedzi)	a) zawsze, b) często, c) czasami, d) rzadko, e) nigdy.
27.Na jakie wsparcie może liczyć od rodziny osoba / osoby sprawująca codzienną lub najczęstszą opiekę nad chorym?	a) finansowe, b) rzeczowe, c) wyręczenie w innych obowiązkach, d) inne – jakie:

D. OPIEKUN FAKTYCZNY (RESPONDENT UDZIELAJĄCY WYWIADU)	
28.Imię i nazwisko opiekuna	
29.Wiek opiekuna	
30.Stopień pokrewieństwa opiekuna	
31.Status zawodowy opiekuna (ankieter czyta i podkreśla właściwe odpowiedzi)	a) pracujący – w pełnym wymiarze godzin, b) pracujący – w niepełnym wymiarze/dorywczo, c) bezrobotny, d) bierny zawodowo (niepracujący i nie szukający pracy), e) emeryt, rencista, f) uczeń, student.
32.Telefon kontaktowy do opiekuna	
33.Czy opiekun korzysta z pomocy specjalistów, np. psychologa, psychiatry, odpłatnej opiekunki, itp.?	a) tak – kogo: b) nie
34.Jakie jest obciążenie opiekuna wynikające ze sprawowania opieki nad osobą chorą? (ankieter czyta i podkreśla właściwe odpowiedzi)	a) radzę sobie bardzo dobrze, nie odczuwam obciążenia, b) radzę sobie dobrze, zwykle nie odczuwam obciążenia, c) radzę sobie średnio, zdarza się poczucie obciążenia, d) nie radzę sobie, odczuwam obciążenie, e) zdecydowanie nie radzę sobie, często odczuwam obciążenie.
35.Czy opiekun chciałby uczestniczyć w warsztatach dla opiekunów osób z zespołami otępiennymi?	a) tak, b) nie.
36.Jaka jest przyczyna zgłoszenia się opiekuna o wsparcie projektu? Jakie jeszcze inne potrzeby chciałby zgłosić w imieniu swoim i / lub rodziny chorego?	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016 r. poz. 677).

…….. (podpis opiekuna)

…….. (podpis chorego)

Załącznik nr 4.

SKRYPT POSTĘPOWANIA Z OSOBĄ Z ZESPOŁEM OTĘPIENNYM I JEGO OPIEKUNEM

I ETAP DIAGNOZY

Wizyta u lekarza pierwszego kontaktu
(w przychodni, do której Pacjent przynależy)

Wizyta u specjalisty psychiatry / geriatry

1) Poradnia Geriatryczna
   ul. Gagarina 39, Toruń
   tel. (56) 654-20-20
2) Poradnia Psychogeriatryczna
   ul. Mickiewicza 24/26, Toruń
   tel. (56) 679-58-80

II ETAP POMOCY

Centrum Consultor
przy Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym
ul. Ligi Polskiej 8, Toruń
tel. (56) 657-42-90

1) Określenie potrzeb chorego i jego rodziny,

2) Indywidualny Plan Działania

- Warsztaty
- Treningi relaksacyjne
- Pracowania poznawcza
- Wskazanie możliwych form pomocy na terenie Torunia
- Pomoc wytchnieniowa i usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze
- Konsultacje specjalistów

Załącznik nr 5.

PROGRAM TRENINGU RELAKSACYJNEGO
W RAMACH PROJEKTU
„SKOORDYNOWANA OPIEKA ŚRODOWISKOWA SKIEROWANA
DO OSÓB Z CHOROBĄ OTEPIENNĄ I ICH OPIEKUNÓW"

Temat	Liczba godzin	Osoba prowadząca	Środki dydaktyczne	Formy i metody dydaktyczne
Wprowadzenie w problematykę stresu	2	Psycholog, z doświadczeniem w pracy z grupą, z co najmniej 2-letnim szkoleniem z zakresu psychoterapii, mile widziane doświadczenie w pracy z opiekunami osób chorych na otępienia.	Odtwarzacz cd, rzutnik, laptop	wykład, dyskusja
Trening relaksacyjny	10	Psycholog, z doświadczeniem w pracy z grupą, z co najmniej 2-letnim szkoleniem z zakresu psychoterapii, mile widziane doświadczenie w pracy z opiekunami osób chorych na otępienia.	Odtwarzacz cd	Trening umiejętności

Literatura:

- Adamiak G., Juczyński Z., *Zmaganie się ze stresem u opiekunów chorych z choroba Alzheimera.* Postępy Psychiatrii i Neurologii., (2002) nr 11, 61-70.
- Albisetti V., *Trening autogeniczny*. Kielce: Wydawnictwo „Jedność", 2005
- Bailey Roy, *Zarządzanie stresem: 50 ćwiczeń*. Warszawa: Wydaw. ARTE, cop. 2002.
- Craze R., tł. Ciepłowska A., *Relaksacja ciała i umysłu*. Warszawa 2007.
- Grotberg E., *Zwiększenie odporności psychicznej: wzmacnianie sił duchowych*. Warszawa: Wydaw. Akadem. "Żak", 2000.
- Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z., *Człowiek w sytuacji stresu.* Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1996.
- Kłodecka-Różalska J., *Radzimy sobie ze stresem. Przewodnik do relaksacji i treningu umysłowego dla sportowców.* Warszawa: Wydawnictwo Resortowe Centrum Metodyczno-Szkoleniowe Kultury Fizycznej i Sportu,1993.
- Kulmatycki L., *Ćwiczenia relaksacyjne. Praktyczne techniki antystresowe dla dzieci i młodzieży. Warszawa:* Wydawnictwo Agencja Promo-Lider, 1995.
- Kulmatycki L., *Lekcja relaksacji.* Wyd. 2. Wrocław: Wydaw. Akademii Wychowania Fizycznego, 2002.

- Olszewski J. K., *Techniki relaksacyjne w terapii.* Remedium. (2000) nr 3, s. 28-32.
- Santorski J., *Naprawić samego siebie.* Remedium. (1994) nr 8, s. 22-23 Rozm. z... o autopsychoterapiiprzepr. Ewa Zalewska.
- Schenk Ch., tł. Hanna Borowiec, *Relaksacja: sposób na stres.* Warszawa J&BF,1996.
- Siek S., *Treningi relaksacyjne.* Warszawa: Wydawnictwo: ATK, 1990.
- Tubek S., *Stres pobudza i niszczy.* Edukacja i Dialog. (1995) nr 8, s. 42-43 Sposoby ograniczania napięcia psychicznego.

Materiały dla uczestników

TRENING RELAKSACYJNY JACOBSONA

1. Unieś wyprostowane ramiona. Zaciśnij mocno pięści, wolno policz do trzech. Puść. Rozewrzyj dłonie, opuść ramiona.
2. Unieś ramiona w górę w bok. Dłonie skieruj grzbietem w górę, mocno zegnij w nadgarstkach. Palce skieruj w dół. Wytrzymaj 5 sek., opuść.
3. Ramiona jak poprzednio, dłonie grzbietami w dół. Napnij mięśnie ramion. Odpręż się.
4. Ściągnij łopatki mocno w tył. Mięśnie ramion winny być odprężone.
5. Skręć głowę mocno w prawo. Napnij mięśnie szyi, odpręż się, wytrzymaj 5 sek., powróć do poprzedniej pozycji.
6. Skręć głowę mocno w lewo. Napnij mięsnie szyi, odpręż się, wytrzymaj 5 sek., powróć do poprzedniej pozycji.
7. Skłoń głowę na piersi maksymalnie nisko. Wytrzymaj napięte mięśnie. Wróć do pozycji poprzedniej.
8. Otwórz oczy tak szeroko jak potrafisz. Jeszcze szerzej. Odpręż się, rozchyl lekko usta.
9. Napnij i zaciśnij wargi. Usta mocno zaciśnięte, zaciskaj! Odpręż się. Pomyśl, jakie uczucie towarzyszy odprężaniu.
10. Naciskaj silnie językiem podniebienie, odpręż się.
11. Naciskaj językiem dół jamy ustnej. Mocno, odpręż się.
12. Zamknij oczy, naciskaj mocno powieki. Staraj się normalnie oddychać. Zaciskaj oczy. Odpręż się.
13. Otwórz oczy jak tylko możesz szeroko. Otwieraj. Odpręż się.
14. Zmarszcz czoło mocno jak tylko potrafisz. Zmarszcz! I rozluźnij się.
15. Ściągnij i napręż mięśnie brzucha. Napnij! Jeszcze silniej i odpręż się.
16. Wtłocz powietrze do brzucha. Napnij jego mięśnie. Brzuch musi być twardy. Wtłaczaj powietrze, odpręż się. Poczuj, jak się coraz bardziej odprężasz.
17. Napnij mięśnie pośladków. Napnij i rozluźnij! Odpręż się.
18. W leżeniu zegnij stopy tak, aby palce stóp skierowane były ku twojej twarzy, Mocno zginaj! Później odpręż się.

TRENING AUTOGENNY SCHULTZA

Leżę / siedzę wygodnie i spokojnie oddycham. Wszystkie moje mięśnie właśnie teraz się rozluźniają. Stopniowo całe moje ciało staje się przyjemnie ciężkie. Zauważam to. Odczuwam swoje ręce. Odczuwam swoją prawą rękę. Moja prawa ręka staje się ciężka. Prawa ręka staje coraz cięższa. Moja prawa ręka jest teraz bardzo ciężka. Odczuwam swoją lewą rękę. Moja lewa ręka staje się ciężka. Lewa ręka staje coraz cięższa. Moja lewa ręka jest teraz bardzo ciężka. Oddycham spokojnie.

Odczuwam swoje nogi. Moja prawa noga staje się ciężka. Moja prawa noga staje się coraz cięższa. Moja prawa noga jest bardzo ciężka. Moja lewa noga staje się ciężka. Moja lewa noga staje się coraz cięższa. Moja lewa noga jest bardzo ciężka. Oddycham spokojnie i bez wysiłku. Czuję serce, które pracuje równomiernie.

Rozluźniam mięśnie szyi i twarzy. Moja głowa staje się ciężka. Cała głowa staje się coraz cięższa. Moja głowa jest teraz bardzo ciężka.

Rozluźniam plecy i cały tułów. Staje się on ciężki. Całe ciało staje się przyjemnie ciężkie. Oddycham spokojnie i bez wysiłku. Czuję serce, które pracuje równomiernie. Odczuwam spokój i rozluźnienie.

Ponownie kieruję uwagę na swoje ręce. Odczuwam przepływające w nich ciepło. Czuję ciepło najpierw w prawej ręce. Moja prawa ręka staje się coraz cieplejsza. Moja prawa ręka jest teraz bardzo ciepła. Czuję ciepło w lewej ręce. Moja lewa ręka staje się coraz cieplejsza. Moja lewa ręka jest teraz bardzo ciepła. Oddycham spokojnie i bez wysiłku. Odczuwam rytm serca. Serce pracuje równomiernie.

Odczuwam przepływające ciepło w moich nogach. Czuję ciepło w prawej nodze. Prawa noga jest ciepła. Coraz cieplejsza. Moja prawa noga jest już bardzo ciepła. Czuję ciepło w lewej nodze. Moja lewa noga jest ciepła. Coraz cieplejsza. Moja lewa noga jest bardzo ciepła.

Fala ciepła ogarnia cały tułów. Odczuwam mój brzuch. Jest on rozluźniony i ciepły. Brzuch jest coraz cieplejszy. Mój brzuch jest przyjemnie ciepły i pełen energii. Oddycham spokojnie i bez wysiłku.

Odczuwam rytm serca. Serce bije spokojnie. Serce bije spokojnie i równomiernie. Całe ciało jest rozluźnione. Całe ciało jest ciepłe i ciężkie. Tylko czoło jest przyjemnie chłodne. Odczuwam moje chłodne czoło. Czuję teraz spokój. Wewnętrzny spokój. Pozostaje w tym stanie jak długo się da.

Stopniowo kończę relaksację. Ciężar i bezwład ciała stopniowo ustępuje. Ciężar oddala się, powraca energia i rześkość. Odczuwam lekkość, witalność i odprężenie. Wracam do swoich zajęć. Zginam i prostuję ręce. Głęboko oddycham. Otwieram oczy. Rozglądam się powoli. Wracam do pozycji siedzącej.

Załącznik nr 6.

PROGRAM WARSZTATÓW I KONSULTACJI
DLA RODZIN I OPIEKUNÓW OSÓB Z ZESPOŁAMI OTĘPIENNYMI
W RAMACH PROJEKTU
„SKOORDYNOWANA OPIEKĄ ŚRODOWISKOWA SKIEROWANA
DO OSÓB Z CHOROBA OTĘPIENNĄ I ICH RODZIN“

Temat	Liczba godzin	Osoba prowadząca	Środki dydaktyczne	Formy i metody dydaktyczne
Choroba Alzheimera i inne otępienia: przyczyny, objawy. Epidemiologia. Różnicowanie zespołów otępiennych. Metody leczenia chorych z zespołami otępiennymi. Postępowanie w przypadku zaburzeń zachowania.	6	specjalista psychiatra, z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami otępiennymi	sprzęt multimedialny (laptop, rzutnik)	Wykład Dyskusja Warsztat Studium przypadku
Podstawowe problemy zdrowotne ludzi z otępieniem. Ogólne zasady przenoszenia i przemieszczania chorych. Zasady ergonomii w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi i chorymi otępiennymi. Utrzymanie sprawności fizycznej osoby z otępieniem. Instruktaż do wykonywania ćwiczeń usprawniających z chorym w warunkach domowych.	8	mgr fizjoterapii, z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem otępiennym	sprzęt multimedialny (laptop, rzutnik), sprzęt rehabilitacyjny, łóżko rehabilitacyjne, wózek inwalidzki, chodzik, balkonik, kula, laska, pasy do przemieszczania, ślizgi, mininosze, ślizka deska, podkładka obrotowa, podnośniki, rotory, pasy zabezpieczające siedzenie w wózku inwalidzkim	Wykład Dyskusja Warsztat Pokaz Ćwiczenia praktyczne
Omówienie różnych aspektów socjalnych otępienia.	2	pracownik socjalny	sprzęt multimedialny (laptop, rzutnik)	Wykład Dyskusja

Omówienie zasad racjonalnego żywienia. Rola odpowiedniej diety w żywieniu osób starszych, chorych.	2	dietetyk	sprzęt multimedialny (laptop, rzutnik)	Wykład Dyskusja
Podstawowe aspekty opieki nad chorym z otępieniem (podawanie leków, karmienie, dopajanie chorego niewspółpracującego). Przystosowanie mieszkania do potrzeb chorego w zależności od nasilenia objawów choroby/etapu choroby.	4	mgr pielęgniarstwa, z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem otępiennym	sprzęt multimedialny (laptop, rzutnik)	Wykład Dyskusja Warsztat Pokaz
Prawne aspekty związane ze sprawowaniem opieki nad osobą z rozpoznaną chorobą otępienną.	2	prawnik	sprzęt multimedialny (laptop, rzutnik)	Wykład Dyskusja
Zaburzenia mowy u chorych z otępieniami. Sposoby komunikacji.	2	logopeda/neurologopeda, z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem otępiennym).	sprzęt multimedialny (laptop, rzutnik)	Wykład Dyskusja
Pielęgnacja chorego z otępieniem - toaleta jamy ustnej, głowy, ciała – w wannie, pod natryskiem, w łóżku. Higiena intymna. Zmiana bielizny osobistej i pościelowej w łóżku, przygotowanie i założenie różnych typu okładów. Kontrola oddawania moczu i stolca.	4	opiekunka medyczna, z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem otępiennym	sprzęt multimedialny (laptop, rzutnik), łóżko rehabilitacyjne	Wykład Dyskusja Pokaz Ćwiczenia praktyczne
Metody aktywizujące chorego z otępieniem w warunkach domowych w zależności od etapu choroby.	6	terapeuta zajęciowy, z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem otępiennym	Materiały do terapii zajęciowej	Pokaz, Ćwiczenia praktyczne
Sytuacja osoby przewlekle chorej. Omówienie praw opiekuna: prawo do bycia złym, zmęczonym, sfrustrowanym itp., prawo do popełniania błędów, prawo do korzystania z pomocy innych osób, instytucji, organizacja czasu wolnego, PRAWO DO TROSKI O SWOJE PRAWA. Relacje w rodzinie w sytuacji choroby. Sposoby postępowania w trudnych sytuacjach. Rola stresu w życiu człowieka: źródła i objawy stresu, profilaktyka stresu, skutki stresu. Style i metody radzenia sobie ze stresem. Ocena własnego	22	psycholog z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem otępiennym	sprzęt multimedialny (laptop, rzutnik)	Wykład Dyskusja Warsztat Psychodrama Film

stylu radzenia sobie ze stresem (CISS). Skuteczne metody zwalczania stresu. Strategie radzenia sobie ze stresem w sytuacji kryzysowej. Zapobieganie skutkom przeciążenia opieką i skutkom przewlekłego stresu (Profilaktyka depresji). Zespół wypalenia opiekuna. Sposoby postępowania Trening prokognitywny w warunkach domowych. Zasady stosowania, przykłady. Podsumowanie zajęć. Zebranie informacji zwrotnych od grupy.				
Asertywność (omówienie skojarzeń z tematem, ćwiczenia interakcyjne pozwalające doświadczyć własnych trudności w omawianym zakresie, wprowadzenie teorii, przećwiczenie pożądanych zachowań asertywnych w grupie). Wchodzenie w relacje zależności (w kontekście funkcjonowania jako opiekun - proszenie o pomoc itp.; Zastosowanie ćwiczeń interakcyjnych mających na celu ujawnianie trudności uczestników; omówienie ćwiczeń oraz wątków wnoszonych przez uczestników). Przeciążenie rolą opiekuna osoby chorej (zmęczenie, złość, poczucie winy; wątki wnoszone przez uczestników; teoria). Wpływ opieki nad chorym na system rodzinny, relację partnerską (ćwiczenia, skojarzenia, przemyślenia grupy; teoria dotycząca faz rozwoju związku i rodziny oraz wiążących się z nimi kryzysów – ze szczególnym uwzględnieniem etapów bieżących dla uczestników. Podsumowanie zdobytych umiejętności interpersonalnych. Omówienie pytań, wątpliwości.	12	psycholog z dyplomem trenera interpersonalnego, z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem otępiennym	sprzęt multimedialny (laptop, rzutnik)	Wykład Dyskusja Warsztat Psychodrama

Warsztaty odbywają się raz w miesiącu w soboty, trwają od 8 do 14. Na czas warsztatów chorzy z otępieniem mają zapewnioną opiekę opiekunki medycznej, tak by ich opiekunowie mogli uczestniczyć w zajęciach.

Literatura:

- Abrams W.B. i wsp., *MSD Podręcznik Geriatrii.* (I wydanie polskie pod redakcją K. Galus, J. Kocemba). Urban & Partner, Wrocław 1999.
- Adamczyk K., *Pielęgniarstwo neurologiczne.* Czelej, Lublin
- Alberti R., Emmons M., *Asertywność*, Gdańsk : Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2007
- Baum E., *Terapia zajęciowa.* Fraszka edukacyjna Sp. z o.o. Warszawa 2008.
- Bene A., *Asertywność jako proces skutecznej komunikacji*, Wydawnictwo "Astrum", Wrocław 2011
- Brydova M., *Kwiaty z papieru.* Wydawnictwo RM, Warszawa 2005
- Czasopisma: Mały Artysta, Hobby, Wena
- Dziamska D., *Magiczne kółeczka, czyli origami płaskie z koła*. BIS, Warszawa 2012
- Dziamska D., *Magiczne prostokąty, czyli origami przestrzenne z prostokąta.* BIS, Warszawa 2005
- Gabryelewicz T., *Epidemiologia otępień i choroby Alzheimera na świecie i w Polsce.* Nowe Perspektywy w Leczeniu Choroby Alzheimera,1998: 2-3.
- Gabryelewicz T., *Rozpowszechnienie zespołów otępiennych.* Neur. Neurochir. Pol. 1999, Supl. 1: 11-17.
- Golińska L., *Emocje: przyjaciel czy wróg*, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2002
- Grochmal S., Zielińska-Charszewska S., *Rehabilitacja w chorobach układu nerwowego*, Wyd. PZWL, Warszawa 1986.
- Hamlin S., *Jak mówić żeby nas słuchali*, Petit, Warszawa 2001.
- Hartley M., *Asertywność - sztuka umiejętnej stanowczości,* JK - Feeria Wydawnictwo, Łódź 2012
- http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/59-niebieska-linia/418-kilka-prawd-o-zlosci.html - 16.06.2016
- Kotapka-Minc S., *Zaburzenia funkcji poznawczych związane z wiekiem – fizjologia czy patologia.* Adv. Clin. Exp. Med., 1999, suppl. 1: 23.
- Kozak A., *Proces grupowy,* Wydawnictwo Helion, Gliwice 2014.
- Król-Fijewska M., *Stanowczo, łagodnie, bez lęku czyli 13 wykładów o asertywności,* Intra, Warszawa 1992
- Leszek J.(red.), *Choroba Alzheimera.* Volumed, Wrocław 1998.
- Łuczywek E., *Psychologiczna ocena zespołów otępiennych*. Post. Psych. Neurol. 1992, 1: 79-84.
- Fawcus M., Kerr J., Whitehead S., Williams R., *Terapia afazji w praktyce: ekspresja*.
- Nęcki Z., *Komunikacja międzyludzka*, Antykwa, Kraków 2000
- Opala G., *Neurologiczne aspekty diagnostyki zespołu otępiennego.* Post. Psych. Neurol., 1996, 5, suppl. 1(3): 25-31.
- Parnowski T., *Diagnostyka oraz zasady postępowania terapeutycznego w otępieniach.* Nowe Perspektywy w Leczeniu Choroby Alzheimera, 1998: 3-4.

- Parnowski T., *Leczenie zaburzeń zachowania i objawów psychotycznych w otępieniu u osób starszych.* Terapia 2000, 11 (1): 43-48.
- Pąchalska M., *Rehabilitacja neuropsychologiczna* T. 1-2. PWN, Warszawa 2008.
- Prigatano G. P., *Rehabilitacja neuropsychologiczna*. PWN, Warszawa 2009.
- Red. Nowakowska M., *Rehabilitacja chorych z afazją.*
- Red. Gałkowski T., Tarkowski Z., Zaleski T., *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*
- Rogala S., *Psychologiczne uwarunkowania oczekiwań ludzi starszych i przewlekle chorych wobec rodziny*. Przewodnik Lekarski.
- Rzewuska M., *Klinika i leczenie otępień pierwotnie zwyrodnieniowych.* Post. Psych. Neurol., 1992, 1: 69-78.
- Schiefele J., Staudt I., Dach M., *Pielęgniarstwo geriatryczne.* wyd. Urban&Partner, Wrocław.
- Schwartz G. *Choroba Alzheimera.* PZWL, Warszawa.
- Starowicz K., Starowicz J., *Śmiało przez życie : asertywność dla kobiet,* Centrum Doradztwa i Informacji Difin, Warszawa 2008.
- Strachalska B., *Ćwiczenia usprawniające aktualizację wyrazów w mowie osób z afazją*
- Szczudlik A., *Farmakoterapia otępień.* Terapia (Nr specjalny: Od zaburzeń funkcji poznawczych do zespołu otępiennego) 1998: 10-11.
- Toth W., *Ksiega pomysłów*. Buchmann sp.zo.o., Warszawa 2010
- Vopel K. W., *Gry i zabawy interakcyjne dla dzieci i młodzieży. Cz.1*, Wydawnictwo Jedność, Kielce 1999.
- Vopel K. W., *Gry i zabawy interakcyjne dla dzieci i młodzieży. Cz.2*, Wydawnictwo Jedność, Kielce 2004.
- Vopel K. W., *Zabawy, które łączą T1,* Jedność, Kielce 2001.
- *Wczesne rozpoznawanie i leczenie otępienia typu Alzheimera. Stanowisko Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania (i leczenia) Otępień (IGERO).* Wydawnictwo MAKmed, Gdańsk 1999.

HARMONOGRAM WARSZTATÓW

GODZINY	TEMATYKA	PROWADZĄCY	TERMIN
WARSZTATY I			
8-10	Spotkanie organizacyjne. Zapoznanie się członków grupy (elementy zajęć integracyjnych).	**PSYCHOLOG**	**1 sobota w m-cu**
10-12	Podstawowe problemy zdrowotne ludzi z otępieniem w aspekcie sprawności motorycznej. Ogólne zasady przenoszenia i przemieszczania chorych.	**FIZJOTERAPEUTA**	**1 sobota w m-cu**
12-14	Choroba Alzheimera i inne otępienia: przyczyny, objawy. Epidemiologia.	**PSYCHIATRA**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY II			
8-10	Sytuacja osoby przewlekle chorej.	**PSYCHOLOG**	**1 sobota w m-cu**
10-12	Omówienie różnych aspektów socjalnych otępienia.	**PRACOWNIK SOCJALNY**	**1 sobota w m-cu**
12-14	Metody leczenia chorych z zespołami otępiennymi.	**PSYCHIATRA**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY III			
8-10	Omówienie praw opiekuna: – prawo do bycia złym, zmęczonym, sfrustrowanym itp., – prawo do popełniania błędów, – prawo do korzystania z pomocy innych osób, instytucji, – organizacja czasu wolnego, – prawo do troski o swoje prawa.	**PSYCHOLOG**	**1 sobota w m-cu**
10-12	Omówienie zasad racjonalnego żywienia. Rola odpowiedniej diety w żywieniu osób starszych, chorych.	**DIETETYK**	**1 sobota w m-cu**
12-14	Zasady ergonomii w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi i chorymi otępiennymi.	**FIZJOTERAPEUTA**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY IV			
8-12	Asertywność (omówienie skojarzeń z tematem, ćwiczenia interakcyjne pozwalające doświadczyć własnych trudności w omawianym zakresie, wprowadzenie teorii, przećwiczenie pożądanych zachowań asertywnych w grupie).	**TRENER INTERPERSONALNY**	**1 sobota w m-cu**
12-14	Utrzymanie sprawności fizycznej osoby z otępieniem.	**FIZJOTERAPEUTA**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY V			
8-10	Instruktaż do wykonywania ćwiczeń usprawniających z chorym w warunkach domowych.	**FIZJOTERAPEUTA**	**1 sobota w m-cu**

10-12	Podstawowe aspekty opieki na chorym z otępieniem (podawanie leków, karmienie, dopajanie chorego niewspółpracującego).	**PIELĘGNIARKA**	**1 sobota w m-cu**
12-14	Wchodzenie w relacje zależności (w kontekście funkcjonowania jako opiekun - proszenie o pomoc itp.; zastosowanie ćwiczeń interakcyjnych mających na celu ujawnianie trudności uczestników; omówienie ćwiczeń oraz wątków wnoszonych przez uczestników).	**TRENER INTERPERSONALNY**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY VI			
8-10	Postępowanie w przypadku zaburzeń zachowania.	**PSYCHIATRA**	**1 sobota w m-cu**
10-14	Przeciążenie rolą opiekuna osoby chorej (zmęczenie, złość, poczucie winy; wątki wnoszone przez uczestników; teoria). Wpływ opieki nad chorym na system rodzinny, relację partnerską (ćwiczenia, skojarzenia, przemyślenia grupy; teoria dotycząca faz rozwoju związku i rodziny oraz wiążących się z nimi kryzysów – ze szczególnym uwzględnieniem etapów bieżących dla uczestników.	**TRENER INTERPERSONALNY**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY VII			
8-10	Przystosowanie mieszkania do potrzeb chorego w zależności od nasilenia objawów choroby / etapu choroby.	**PIELĘGNIARKA**	**1 sobota w m-cu**
10-12	Podsumowanie zdobytych umiejętności interpersonalnych. Omówienie pytań, wątpliwości.	**TRENER INTERPERSONALNY**	**1 sobota w m-cu**
12-14	Relacje w rodzinie w sytuacji choroby. Sposoby postępowania w trudnych sytuacjach.	**PSYCHOLOG**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY VIII			
8-12	Rola stresu w życiu człowieka: – źródła i objawy stresu, – profilaktyka stresu, – skutki stresu.	**PSYCHOLOG**	**1 sobota w m-cu**
12-14	Prawne aspekty związane ze sprawowaniem opieki nad osobą z rozpoznaną chorobą otępienną.	**PRAWNIK**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY IX			
8-10	Style i metody radzenia sobie ze stresem: – ocena własnego stylu radzenia sobie ze stresem (CISS) – skuteczne metody zwalczania stresu – strategie radzenia sobie ze stresem w sytuacji kryzysowej	**PSYCHOLOG**	**1 sobota w m-cu**

	– zapobieganie skutkom przeciążenia opieką i skutkom przewlekłego stresu (Profilaktyka depresji).		
10-12	Zaburzenia mowy u chorych z otępieniami. Sposoby komunikacji.	**LOGOPEDA/NEUROLOGOPEDA**	**1 sobota w m-cu**
12-14	Pielęgnacja chorego z otępieniem - toaleta jamy ustnej, głowy, ciała – w wannie, pod natryskiem, w łóżku. Higiena intymna.	**OPIEKUNKA MEDYCZNA**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY X			
8-10	Zmiana bielizny osobistej i pościelowej w łóżku, przygotowanie i założenie różnych typów okładów. Kontrola oddawania moczu i stolca.	**OPIEKUNKA MEDYCZNA**	**1 sobota w m-cu**
10-14	Zapobieganie skutkom przeciążenia opieką i skutkom przewlekłego stresu (profilaktyka depresji). Zespół wypalenia opiekuna. Sposoby postępowania.	**PSYCHOLOG**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY XI			
8-11	Metody aktywizujące chorego z otępieniem w warunkach domowych w zależności od etapu choroby (część 1).	**TERAPEUTA ZAJĘCIOWY**	**1 sobota w m-cu**
11-14	Trening prokognitywny w warunkach domowych. Zasady stosowania, przykłady.	**PSYCHOLOG**	**1 sobota w m-cu**
WARSZTATY XII			
8-11	Metody aktywizujące chorego z otępieniem w warunkach domowych w zależności od etapu choroby (część 2).	**TERAPEUTA ZAJĘCIOWY**	**1 sobota w m-cu**
11-14	Podsumowanie zajęć. Zebranie informacji zwrotnych od grupy.	**PSYCHOLOG**	**1 sobota w m-cu**

MATERIAŁY DLA UCZESTNIKÓW WARSZTATÓW I KONSULTACJI DLA RODZIN I OPIEKUNÓW OSÓB Z ZESPOŁAMI OTĘPIENNYMI W RAMACH PROJEKTU „SKOORDYNOWANA OPIEKA ŚRODOWISKOWA SKIEROWANA DO OSÓB Z CHOROBĄ OTEPIENNĄ I ICH OPIEKUNÓW”

O chorobie .....

DIAGNOSTYKA WCZESNYCH ZABURZEŃ PAMIĘCI

Zdolności pamięciowe człowieka zmieniają się w ciągu życia - ich szczyt przypada na około 20 rok życia. Później następuje stabilizacja i wreszcie spadek - początkowo powolny, a po 40 roku życia bardziej wyraźny. Istotne osłabienie pamięci stwierdza się po 60 roku życia.

W wiedzy potocznej istnieje przekonanie, że starzeniu się towarzyszy stopniowy spadek zdolności pamięciowych. Nie wszystkie mity na temat „zapominalskich staruszków” są słuszne, ale osłabienie pamięci w późnym wieku nie jest mitem. Osłabienie pamięci jest skutkiem zmian w mózgu, którego praca pogarsza się na starość, podobnie jak to się dzieje z pracą serca, wątroby i innych organów.

Niemniej jednak należy mieć świadomość, że:

- pogorszenie dotyczy tylko niektórych aspektów pamięci, podczas gdy inne nie obniżają się,
- zmiany są raczej łagodne i chociaż mogą irytować i przeszkadzać, to nie w takim stopniu, żeby starszy człowiek nie radził sobie ze zwykłymi problemami życia codziennego,
- ubytki w sprawności pamięci można kompensować ogólną wiedzą i doświadczeniem w wykonywaniu zadań poznawczych,
- nawet w późnym wieku można skutecznie ćwiczyć i usprawniać pamięć.

Ludzie starsi i ich otoczenie bywają przewrażliwieni na punkcie kłopotów z pamięcią, obawiając się, że zwiastują one chorobę Alzheimera. Trzeba wyraźnie powiedzieć, że nie ma powodów do szczególnego niepokoju, jeśli ktoś zapomniał, gdzie zostawił okulary, o której godzinie ma wizytę u lekarza, jak nazywa się dawny znajomy. Takie problemy zdarzają się ludziom starszym częściej niż młodym, ale nie są objawem choroby. Jeśli jednak bardzo się nasilają, obejmują wiele różnych sytuacji i poważnie utrudniają życie, to rzeczywiście mogą oznaczać początek choroby.

ZMIANY ZGODNE Z WIEKIEM

Naturalnym skutkiem fizjologicznego starzenia się mózgu jest pogorszenie w zakresie następujących umiejętności:

- wykonywania niektórych zadań dotyczących pamięci operacyjnej (podstawową jej funkcją jest przechowywanie informacji na użytek teraźniejszości, np. zapamiętuję numer telefonu po to, by go za chwilę wykręcić - a więc osoba starsza ma prawo mieć z tym problemy),
- pamięci deklaratywnej (świadoma pamięć faktów i zdarzeń - a więc osoba starsza może mieć kłopot z przypomnieniem sobie jakiś wydarzeń z przeszłości),
- pamięci prospektywnej (pamięć tego, że coś mam zrobić w przyszłości, np. za 3 dni iść na wizytę do lekarza, zapłacić rachunki itp. - o tym też może się zdarzyć zapomnieć osobie starszej),
- tempa przetwarzania informacji - a więc generalnie wolniejsze tempo myślenia, kojarzenia faktów.

NIEPOKOJĄCE SYGNAŁY

Nie powinny się natomiast pogarszać następujące funkcje:

- pamięć sensoryczna (ultrakrótka pamięć informacji zmysłowych, np. przez kilka sekund pamiętam, że mijałam na ulicy panią z psem),
- pamięć proceduralna (pamięć działań i umiejętności, np. jak jeździ się na rowerze),
- zakres pamięci bezpośredniej,
- uczenie się utajone (nabywanie umiejętności wykonywania złożonych działań bez świadomości reguł leżących u ich podstaw, np. przyswajanie języka ojczystego),
- torowanie powtórzeniowe i semantyczne, które jest przejawem pamięci nieświadomej (torowanie - wpływ wcześniejszego kontaktu z bodźcem na późniejsze procesy przetwarzania tego samego bodźca - torowanie percepcyjne, lub innego powiązanego z nim semantycznie), czyli łatwiej zapamiętuję coś, z czym się już wcześniej zetknęłam,
- rozpoznawanie informacji z pamięci epizodycznej (pamięć zdarzeń, np. pamiętam, że miesiąc temu byłam na urodzinach wnuczki),
- wiedza ogólna i słownik.

JEŚLI FUNKCJONOWANIE STARSZEJ OSOBY W ZAKRESIE WYMIENIONYCH POWYŻEJ FUNKCJI POGORSZYŁO SIĘ, MOŻE TO BYĆ ZWIASTUNEM PROCESU OTĘPIENNEGO. W TAKIM PRZYPADKU WARTO WYBRAĆ SIĘ DO SPECJALISTY.

Czym więc jest otępienie?

Międzynarodowa klasyfikacja chorób, urazów i przyczyn zgonów (ICD-10) określa otępienie jako zespół objawów spowodowany przewlekłą lub postępującą chorobą mózgu, przebiegający z zaburzeniem wyższych funkcji korowych (poznawczych) -

pamięci, myślenia, orientacji, rozumienia, liczenia, porozumiewania się - funkcji językowych, uczenia się, planowania, umiejętności oceny. Zaburzenia te w negatywny sposób wpływają na funkcje intelektualne, kontrolę emocji, zachowania społeczne i czynności zawodowe.

Zaburzenia emocjonalne, zachowania i motywacji mogą w niektórych przypadkach poprzedzać wystąpienie upośledzenia funkcji poznawczych. Klasyfikacja ICD-10 określa również minimalny czas trwania ww. objawów - co najmniej 6 miesięcy.

Do objawów, które mogą sugerować wczesne stadia otępienia należą:

- zmiana miejsc odkładania rzeczy, szukanie ich później i trudności ze znalezieniem,
- wielokrotne sprawdzanie wykonanych czynności (czy zostało dobrze zrobione? drzwi zamknięte? kran zakręcony?), co utrudnia wykonywanie innych działań,
- częstsze korzystanie z pomocy innych osób przy czynnościach dotychczas wykonywanych samodzielnie (zrobienie tego stało się za trudne dla mnie),
- trudności w zrozumieniu pytań i poleceń (zwłaszcza złożonych), wielokrotne powtarzanie pytań dotyczących wiedzy posiadanej wcześniej), któremu towarzyszy co najmniej jeden z poniższych objawów:
  - kłopoty w opowiedzeniu obejrzanego filmu, przeczytanej książki czy artykułu, trudności w zapamiętaniu nowych informacji, zwłaszcza jeżeli jest ich kilka (wiadomości TV), problemy z nauką obsługi nowego urządzenia, zapominanie znanych wcześniej umiejętności (gotowanie, szycie, drobne naprawy itp.),
  - zapominanie o umówionych spotkaniach, terminach, godzinach ulubionych programów telewizyjnych (często tłumaczone roztargnieniem, przemęczeniem itp.),
  - utrata dotychczasowych zainteresowań, hobby,
  - zaburzenia orientacji przestrzennej (trudności w nowym miejscu - np. wyjazd do innego miasta, poruszanie się środkami komunikacji - zwłaszcza, gdy trzeba zorientować się z rozkładu jazdy, gdzie i czym dojechać; pojawia się niechęć do poruszania się poza dobrze znanymi „utartymi" szlakami, niechęć do wyjazdów na wakacje czy do rodziny),
  - wielokrotne powtarzanie czynności - np. zakupów (po kupieniu bułek rano i odłożeniu do szafki, po kilku godzinach chory zapomina o wykonanej czynności i ponownie idzie do sklepu po bułki), nieregularne spożywanie posiłków itp.,
  - problemy z dokończeniem rozpoczętych czynności - zapominanie np. o pozostawionym na gazie garnku z obiadem (bo chory w międzyczasie zajął się czymś innym),
  - mogą pojawić się trudności w opisaniu przedmiotów bez oglądania ich, kłopoty w rozpoznawaniu znanych rzeczy, stopniowo następuje też zubożenie słownictwa,
- często następują zmiany osobowości i zachowania (nieprzestrzeganie zasad współżycia z innymi, grubiaństwo, drażliwość, „niesmaczne" żarty - często o zabarwieniu seksualnym, agresja - u człowieka o nienagannych wcześniej manierach; lub przeciwnie, dominuje wycofywanie się, lękliwość, niezdecydowanie, płaczliwość,

dopominanie się o stałą obecność opiekuna - u osoby dotychczas samodzielnej i pewnej siebie,

- zaburzenia depresyjne są bardzo często obserwowane, zwłaszcza w początkowych stadiach otępienia (ok. 50% chorych), wymagają bardzo wnikliwej analizy i różnicowania,
- mogą wreszcie pojawić się objawy psychotyczne - omamy (głównie wzrokowe i słuchowe, rzadziej inne), urojenia - najczęściej okradania. Chory jest przekonany, że przedmioty czy pieniądze, które odłożył w inne niż zwykle miejsce i nie może ich odnaleźć, zostały skradzione; posądza zwykle domowników lub odwiedzających. Czasem chory zaczyna uważać, że dom, w którym mieszka nie jest jego domem, domaga się „powrotu" do „swojego" domu. Może to być przyczyną „ucieczek" i błądzenia - zdarza się to w zaawansowanych stadiach choroby. Częstym objawem jest też mylne rozpoznawanie osób - bliscy są rozpoznawani jako obcy i odwrotnie, co może skutkować np. wpuszczaniem obcych osób do mieszkania i rzeczywistymi kradzieżami. Charakterystyczne są: „objaw lustra" - chory nie rozpoznaje własnego odbicia
  w lustrze, rozmawia jak z obcym, może się bronić przed nim (urazy!) oraz „objaw telewizora" - rozpoznawanie osób z ekranu jako realnie przebywających w mieszkaniu - rozmowy z nimi, także możliwy lęk i „obrona",
- powszechnym objawem są zaburzenia snu ze zmianą rytmu dobowego - senność w dzień, aktywność często z błądzeniem i wędrowaniem w nocy,
- mogą pojawić się objawy neurologiczne, np. wzrost napięcia mięśni powodujący trudności w chodzeniu i w samoobsłudze; częste są nagłe upadki.

Wczesne rozpoznanie otępienia jest bardzo ważne, dlatego nie należy bagatelizować wymienionych powyżej problemów.

PRZEBIEG OTĘPIENIA

Otępienie o nasileniu lekkim	Otępieniu o nasileniu umiarkowanym	Otępieniu o nasileniu głębokim
Otępienie o nasileniu lekkim charakteryzuje się obecnością zaburzeń pamięci i innych procesów poznawczych, które, choć utrudniają wykonywanie codziennych czynności, **nie stanowią istotnych ograniczeń w samodzielnym funkcjonowaniu chorego**. Trudności z zapamiętywaniem nowych informacji polegają np. na częstym poszukiwaniu różnych przedmiotów, zapominaniu o terminach spotkań lub problemach z utrzymaniem w pamięci wiadomości przekazanych choremu przez członków rodziny. Chory wykazuje także trudności	W **otępieniu o nasileniu umiarkowanym** głębokość zaburzeń pamięci i innych procesów poznawczych **w istoty sposób ogranicza samodzielne funkcjonowanie chorego, który z tego powodu wymaga okresowego nadzoru**. Chory pamięta jedynie dobrze utrwalone informacje. Wykazuje np. zaburzenia orientacji w najbliższej okolicy, nie pamięta, co ostatnio robił i jak nazywają się bliskie mu osoby. Chory wymaga pomocy ze strony innych osób w trakcie wykonywania większości prac	W **otępieniu o nasileniu głębokim** chory jest **całkowicie niesamodzielny i wymaga stałego nadzoru ze strony innych osób**. Nie jest w stanie zachować w pamięci jakichkolwiek nowych informacji, nie rozpoznaje nawet najbliższych osób, a jego aktywność pozbawiona jest zrozumiałych dla

w wykonywaniu bardziej skomplikowanych czynności (np. operacje bankowe) lub w organizowaniu sobie czasu wolnego. Pojawia się częstsze zadawanie pytań, kłopoty z przypominaniem sobie znanych faktów. Chorzy często szukają przedmiotów, niekiedy mają trudności w znalezieniu właściwego słowa oraz w zapamiętywaniu informacji przekazywanych przez otoczenie. Gorzej wypełniają swoje zadania w pracy. Popełniają błędy w liczeniu, zarządzaniu pieniędzmi. W tym okresie mogą występować trudności w kopiowaniu rysunków. Chorzy często wypierają pojawiające się problemy. Zaburzenia zachowania w tym okresie są nieznaczne. Mogą wystąpić: apatia, drażliwość, depresja, obojętność.	domowych, a jego ogólna aktywność jest znacznie ograniczona i zwykle krótkotrwała. Narastające zaburzenia pamięci stanowią problem w samodzielnym funkcjonowaniu chorego. Trudności te stają się coraz bardziej zauważalne dla otoczenia. Na tym etapie chorzy mogą zagubić się w znanej okolicy, zapominają imion bliskich osób, mają problemy z wykonywaniem prac domowych i z trudem radzą sobie z bardziej złożonymi zadaniami. Pojawiają się kłopoty z rozpoznawaniem osób. Zaobserwować można pierwsze problemy z ubieraniem się. Chorzy zaczynają zdradzać objawy niezrozumienia mowy. Nasilają się zaburzenia zachowania pod postacią niepokoju, nasilonej depresji, apatii, drażliwości. Pojawia się bezsenność lub trudności z zasypianiem.	otoczenia racjonalnych przesłanek. Zasób słów jest bardzo ubogi. Chory nie potrafi sam się ubrać, trafić do domu. Przestaje także dbać o higienę osobistą. Zdolności werbalne (mowa) oraz możliwości poruszania się ulegają znacznemu ograniczeniu. Może pojawiać się pobudzenie, agresja, niepokój. Stopniowo zanikają reakcje na bodźce ze świata zewnętrznego. Dochodzi do utraty intelektualnego kontaktu ze światem.

PRAWIDŁOWA KOMUNIKACJA Z CHORYM

Problemy w komunikacji mogą wynikać:

1. Ze strony chorego:
   - utrata pamięci i problemy w przechowywaniu informacji,
   - problemy w wykonywaniu złożonych zadań,
   - słaba koncentracja uwagi,
   - zmiany nastroju, podwyższony poziom drażliwości i lęku.
2. Ze strony otaczających osób:
   - mówienie zbyt szybko, na wysokich tonach,
   - przekazywanie zbyt wielu informacji,
   - wykonywanie niepotrzebnych gestów, które mogą mylić i odwracać uwagę chorego,
   - zmęczenie, frustracja, brak cierpliwości, brak czasu.
3. Ze strony otoczenia:
   - Hałas,
   - słabe oświetlenie.

W miarę nasilania się deficytów dochodzi do stopniowego pogarszania się zdolności porozumiewania się z otoczeniem. Dotyczy to zarówno:

1. zdolności formułowania wypowiedzi (nadawania komunikatu),
2. rozumienia komunikatów płynących z otoczenia (odkodowywania komunikatu).

Zmiany w sposobie komunikowania się to:

- kłopoty ze znalezieniem właściwego słowa (zjawisko „mam na końcu języka”),
- wielokrotne powtarzanie tych samych słów czy fraz,
- używanie słów zastępujących słowa właściwe, takich, które brzmią podobnie („gugopis” zamiast „długopis”), albo mają podobne znaczenie („ołówek” zamiast „długopis”),
- wymyślanie nowych słów by opisać znane przedmioty,
- rozkojarzenie, gubienie wątku wypowiedzi,
- trudności w logicznym użyciu słów,
- problemy w rozumieniu konwersacji, pytań czy poleceń.

WSKAZÓWKI DO PRAWIDŁOWEJ I SKUTECZNEJ KOMUNIKACJI Z CHORYM

1. Na początku sprawdź, czy chory korzysta z okularów i aparatu słuchowego oraz zapewnij właściwe warunki otoczenia (cisza).
2. Pamiętaj o godzinach najlepszej aktywności (w godzinach wieczornych dużo trudniej będzie nam się porozumieć z chorym).
3. Nawiąż kontakt wzrokowy, zaczynaj konwersację podając informacje, które ułatwią pacjentowi orientację (kim jestem, gdzie i w jakim celu się znajdujemy itp.).
4. Zwracając się do chorego używaj jego imienia («Pani Kasiu»), ułatwi to choremu skupienie uwagi na tym, co do niego mówisz.
5. Komunikat werbalny wspieraj gestami (wskazuj przedmioty lub demonstruj zadania np. mycie zębów, kiedy mówisz „usiądź”, jednocześnie wskaż ręką na fotel, gdy chcesz powiedzieć „nie wychodź”, w tym samym czasie przecząco ruszaj głową).
6. Zadawaj na raz tylko JEDNO pytanie, daj czas na odpowiedź.
7. Wymagania dostosuj do realnych możliwości chorego.
8. Zadania dziel na etapy. Mów choremu krok po kroku co ma robić. Zbyt wiele poleceń naraz zwiększy zagubienie chorego. Jeśli chory staje się niespokojny i nie współpracuje, przerwij i spróbuj później.
9. Pamiętaj, że emocje, jakie ujawniasz w tonie głosu są tak samo ważne jak słowa.
10. Uścisk ręki, dotknięcie, przytulenie czy pochwała czasem pomaga choremu w wyrażeniu komunikatu.
11. Nie zaprzeczaj wymyślanym historiom – delikatnie popraw chorego nie podnosząc jego lęku.
12. Nie wyprowadzaj chorego na siłę z błędu, nie udowadniaj mu za wszelką cenę, że się myli. Straci zaufanie do ciebie i będzie jeszcze bardziej zdezorientowany.
13. Stosuj komunikaty typu «Ja» zamiast «Ty» - np. «Jestem zdenerwowany, muszę odpocząć» zamiast «Denerwujesz mnie. Mam dość.»
14. Używaj realnych przedmiotów, by ukierunkować chorego np. pokaż mydło i ręcznik, kiedy mówisz, że czas na kąpiel.
15. W celu ułatwienia komunikacji możesz narysować coś choremu lub pokazać obrazek, który będzie odzwierciedleniem informacji.

16. Zapowiadaj choremu, co za chwilę planujesz np. - „Za chwilę pójdziemy na spacer”.
17. Ułatwiaj choremu orientację mówiąc np. „Maria przyjdzie po obiedzie” zamiast „Maria przyjdzie o 15.00”
18. Bądź spokojny, mów powoli i wyraźnie, używaj prostych słów.
19. Bądź ostrożny w odgadywaniu co chory chciał powiedzieć i kończeniu za niego zdania. Bezpieczniej będzie wykazać się cierpliwością i pozwolić choremu skończyć myśl.
20. Unikaj komentarzy typu: „a nie mówiłam”, „nie pamiętasz?”, „już o to pytałeś” ...
21. Używaj słownictwa, które jest dla chorego zrozumiałe, jednocześnie unikaj spieszczeń oraz sposobu mówienia charakterystycznego w kontakcie z dzieckiem.
22. Kiedy w większej grupie osób chory jest zagubiony, ogranicz liczbę uczestników, zwłaszcza tych, których nie zna.
23. Polecenia powtarzaj wielokrotnie, a jeżeli chory ciągle zadaje te same pytania, staraj się odwrócić jego uwagę.
24. Pytania formułuj tak, żeby odpowiedź mogła się ograniczyć do słowa „tak” lub „nie”, np. „zjesz kanapkę” zamiast „co zjesz na kolację ?”.
25. Do chorego mów o powtarzających się zdarzeniach i sytuacjach, aby ułatwić orientację w czasie i odnaleźć się w rytmie dnia, np. czas na kolację, po obiedzie czas na spacer.
26. Doceń wysiłek oraz starania chorego, mimo braku dobrych wyników, nie odbieraj prawa do głosu i nie mów za niego.
27. Zachęcaj do aktywności językowej, okazuj zainteresowanie, podtrzymuj rozmowę, ale staraj się nie przerywać.
28. Możesz odwoływać się do znanych, utrwalonych tekstów, np. piosenek, wierszy.
29. Pamiętaj, że chory nadal odczuwa różne emocje, nawet jeśli nie rozumie, co się do niego mówi. Zachowuj się więc tak, by chory nie stracił do siebie szacunku.
30. Nie dyskutuj o chorym np. z lekarzem w obecności chorego.
31. W trakcie rozmowy przypominaj choremu gdzie jest, co się dzieje w danej chwili, dzięki temu chory poczuje się bezpieczniej.
32. Staraj się, by wszystkie czynności były wykonywane przy chorym o stałych porach – zminimalizuje to poczucie zagubienia.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE CHOREGO Z CHOROBĄ ALZHEIMERA

Najlepszym miejscem dla chorego z otępieniem jest jego własny dom, urządzony bezpiecznie i przystosowany do pogarszającej się sprawności psychofizycznej.

- Pokój chorego powinien być jasny, dostarczać bodźców wynikających ze zmiany pór dnia, urządzony bezpiecznie, najlepiej z obecnością mebli i przedmiotów znanych wcześniej choremu.
- Chory powinien mieć wygodny fotel, z poduszką przeciwodleżynową i możliwością wyższego ułożenia nóg w celu profilaktyki przeciwobrzękowej kończyn dolnych. Kolory ścian powinny być przyjazne i ciepłe, z podłogi należy usunąć wszelkie przeszkody w postaci dywaników, progów czy kabli elektrycznych.

- Nie zaleca się także wykładzin dywanowych trudnych do utrzymania w czystości i łatwo wchłaniających przykre zapachy.
- Z myślą o bezpieczeństwie chorego powinno się zabezpieczyć gniazdka wtykowe, okna i drzwi balkonowe, a także brzegi mebli.
- W przypadku osób leżących, łóżko (nie tapczan!) powinien być dostęp z trzech stron. Zaleca się zainstalowanie przy nim drabinek i uchwytów zabezpieczających przed upadkiem i ułatwiających samodzielne poruszanie się chorego.
- Ważna jest utrwalająca orientację w czasie obecność w pokoju zegara i kalendarza.
- Ważnym elementem przystosowania domu jest zabezpieczenie kuchenki gazowej w zawór odłączający dopływ gazu. Zawsze przed wyjściem opiekuna z domu gaz powinien być odcięty. Podobnie należy zabezpieczyć kuchenkę elektryczną.
- W szczególny sposób zapewniający bezpieczeństwo chorego należy przystosować łazienkę, wyposażyć ją w uchwyty, poręcze i dywaniki przeciwpoślizgowe, a na wannie zainstalować specjalne siedzisko. Droga do łazienki i toalety powinna być wyraźnie, najlepiej kolorowo, oznakowana, zabezpieczone muszą być wyjścia na schody, a na nich założone podkładki antypoślizgowe.
- Należy usunąć lub umieścić w niedostępnym dla chorego miejscu wszelkie kluczyki i inne, drobne lub cenne, ale niebezpieczne dla chorego przedmioty, a z drzwi usunąć wszelkie zamknięcia.
- W ciągu dnia należy dążyć do utrzymania ukierunkowanej aktywności chorego (znajdować zajęcia) tak długo, jak to jest możliwe, gdy występują objawy bezcelowego „wędrowania" i zaburzeń rytmu dobowego (zaburzenia snu w nocy).
- Nie dopuszczać do przysypiania przez chorego w ciągu dnia.
- W godzinach wieczornych działania opiekuńcze powinny być ukierunkowane na pomoc choremu w zasypianiu i zwiększać efektywność snu nocnego.
- Zapewnić choremu możliwość spaceru, wykonanie relaksacyjnych ćwiczeń fizycznych, stosować masaż pleców, ciepłe kąpiele.
- Na około 2 godziny przed snem ograniczać napoje zawierające kofeinę i teinę (kawa, herbata, coca-cola) oraz ograniczyć płyny.
- Wieczorem podawać zlecone przez lekarza leki nasenne i uspokajające.
- Bezpośrednio przed snem umożliwiać skorzystanie z toalety.
- Asystować i pomagać choremu w miarę nasilania się trudności podczas ubierania się. Przygotować maksymalnie 2 ubrania do wyboru (zbyt duży wybór może być mylny, lub powodować dezorientację). Ubrania powinny być wygodne, z naturalnych materiałów, dostosowane do warunków pogody, łatwe do zapinania (zatrzaski, zamki błyskawiczne, przylepce). Należy je rozmieścić w takiej kolejności, w jakiej będą nakładane przez chorego. Skrócić czynności, wprowadzić rutynę kolejności działań, gdy chory będzie zapominał jak należy je wykonywać, uprościć zadania. Podobna zasada dotyczy czynności związanych z wykonywaniem toalety i spożywaniem posiłków, itp.
- Przed wykonaniem toalety omówić z chorym kolejność wykonanych czynności. Podczas toalety chory może siedzieć na krześle lub opierać się o nie, zapewnić

intymność, aktywizować chorego (np. podając mydło, gąbkę) oraz podtrzymywać kontakt werbalny i niewerbalny.

- W diecie zapewnić dostarczenie pokarmów lekkostrawnych, bogatych w błonnik, z niską zawartością tłuszczów zwierzęcych, unikać potraw wzdymających i strączkowych z uwzględnieniem towarzyszących schorzeń (np. dieta z niską zawartością soli w nadciśnieniu tętniczym, dieta papkowata przy braku uzębienia). Dostarczyć na dobę około 2 litrów płynów (niegazowanych, z ograniczeniem zawartości kofeiny). Posiłki powinny być rozłożone na 3 większe i 2 mniejsze, przyjmowane o stałych porach (harmonogram spożywania posiłków umieścić w widocznym miejscu na lodówce lub tablicy korkowej). Uwzględnić upodobania smakowe chorego.
- Podczas spożywania posiłków chory może używać łyżki lub rąk, gdy ma trudności w wykonywaniu ruchów precyzyjnych (jedzenie przy pomocy noża i widelca). Po każdym posiłku, nakłaniać chorego do mycia zębów. Gdy chory ma trudności stosować technikę lustra i krótkie polecenia: „proszę wziąć szczoteczkę, nałożyć pastę, umyć zęby z tyłu, przodu, czynność powtórzyć" itd.
- Zapewnić udogodnienia (kule, balkoniki, poręcze, wózek), specjalistyczne łóżko do opieki nad chorym leżącym, gdy występują problemy z poruszaniem. Wraz z ograniczeniem aktywności fizycznej wzrasta ryzyko powstania odleżyn, przykurczy, osłabienia siły mięśniowej, szczególnie, gdy chory długo leży lub siedzi w jednej pozycji, ma ciasne ubranie, obrzęki, jest nieprawidłowo odżywiany.
- Pozwolić choremu by nadal uczestniczył w życiu rodziny, ośrodka (może siedzieć w fotelu), jeżeli nie potrafi już chodzić.
- Zabezpieczyć poduszkami lub przymocować prześcieradłem w pasie, zawiązanym za siedzeniem, gdy siedząc pochyla się nadmiernie.
- Często zmieniać pozycję z krzesła do łóżka, by nie doszło do powstania odleżyn.
- Opóźniać moment, gdy chory będzie musiał przebywać wyłącznie w łóżku (później traci zdolność siedzenia). Zapewnić zmianę pozycji, co dwie godziny z jednego boku na drugi, gdy chory leży. Zabezpieczyć szczególnie narażone okolice ciała: utrzymywać skórę suchą i czystą, wyposażyć chorego w materac przeciwodleżynowy, poduszeczki

  i podkładki, które można umieszczać między kolana, lub podkładać pod plecy. Układać chorego z uniesionym wezgłowiem, gdyż trudności z połykaniem lub płasko ułożona głowa mogą przyczynić się do zakrztuszenia śliną, pokarmem.
- Pomóc w utrzymaniu higieny jamy ustnej. Sprawdzić stan uzębienia, protezę zębową (czy dobrze przylega, czyścić ją po każdym posiłku). Dopasować protezy zębowe przed jedzeniem. Obserwować czy nie ma podrażnienia dziąseł. Karmić przez sondę, gdy postępuje utrata masy ciała. Obserwować chorego i zapobiegać bezwiednemu usuwaniu sondy (chory często usuwa sondę, gdy stanowi ona przeszkodę i nasila się niepokój).
- Przypominać lub pytać chorego czy odczuwa potrzebę oddania moczu lub stolca, gdy występują zaburzenia w zakresie kontrolowania moczu i stolca.

UBEZWŁASNOWOLNIENIE

W ostatnich latach w Polsce rośnie liczba osób ubezwłasnowolnionych. W roku 1985 osób ubezwłasnowolnionych było 23 859, natomiast w roku 2008 liczba osób ubezwłasnowolnionych w Polsce wynosiła ponad 60 tys.

Koniecznie należy wiedzieć, że podstawą do ubezwłasnowolnienia może być jedynie dobro osoby, której proces ma dotyczyć. W żadnym wypadku nie mogą to być np. korzyści osobiste czy finansowe.

Ubezwłasnowolnienie – częściowe lub całkowite pozbawienie **osoby fizycznej zdolności do czynności prawnych**. Ubezwłasnowolnienie następuje w formie **orzeczenia sądowego**

Ubezwłasnowolnienie stosuje się, gdy osoba ze względu na stan zdrowia nie jest w stanie wyrazić własnej woli i podejmować decyzji w sposób świadomy.

Osoba, która ukończyła lat 13, może być ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli wskutek **choroby psychicznej**, **niedorozwoju umysłowego** albo innego rodzaju **zaburzeń psychicznych**, w szczególności alkoholizmu lub **narkomanii**, nie jest w stanie kierować swym postępowaniem. Dla ubezwłasnowolnionego całkowicie ustanawia się **opiekę**, chyba że pozostaje on jeszcze pod **władzą rodzicielską**.

Czynność prawna dokonana przez osobę, która nie ma zdolności do czynności prawnych, jest nieważna.

Osoba **pełnoletnia** może być ubezwłasnowolniona częściowo z powodu choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności alkoholizmu lub narkomanii, jeżeli stan tej osoby nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego, lecz potrzebna jest pomoc do prowadzenia jej spraw. Dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo ustanawia się **kuratelę**.

Sprawy o ubezwłasnowolnienie należą do właściwości **sądów okręgowych**, które rozpoznają je w składzie trzech **sędziów zawodowych**, przy czym **właściwy miejscowo** jest **sąd miejsca zamieszkania** osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie,
a w braku miejsca zamieszkania - sąd miejsca jej pobytu.

Wniosek o ubezwłasnowolnienie może zgłosić **małżonek** osoby, której dotyczy **wniosek** o ubezwłasnowolnienie, jej **krewni** w linii prostej oraz **rodzeństwo**, jej **przedstawiciel ustawowy**, **prokurator**. Krewni osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, nie mogą zgłaszać tego wniosku, jeżeli osoba ta ma przedstawiciela ustawowego.

Opiekunem prawnym może zostać pełnoletnia osoba, która ma pełną zdolność do czynności prawnych i nie została pozbawiona praw publicznych.

Nie może być ustanowiony opiekunem ten, w stosunku do kogo zachodzi prawdopodobieństwo, że nie wywiąże się należycie z obowiązków opiekuna. Opiekun powinien zostać wybrany spośród krewnych i bliskich osoby ubezwłasnowolnionej. Może nim zostać mąż, żona, rodzic, rodzeństwo, pełnoletnie dziecko. Sąd może ustanowić również inna osobę lub ustanowić kuratora z urzędu.

Warto podkreślić, że jeśli zmieni się sytuacja osoby ubezwłasnowolnionej, można dokonać zmiany z ubezwłasnowolnienia częściowego na całkowite i na odwrót oraz jego uchylenia, jeżeli istnieją co do tego przesłanki. Sąd może też zmienić opiekuna prawnego, jeśli ten nie będzie w stanie wywiązywać się ze swoich obowiązków.

ASERTYWNOŚĆ, EMOCJE, KOMUNIKACJA

Asertywność – postawa, dzięki której ludzie otwarcie wyrażają swoje myśli, preferencje, uczucia, przekonania poglądy oraz wartości, bez odczuwania wewnętrznego dyskomfortu, ale jednocześnie nie lekceważąc swojego rozmówcy. To pojęcie jest rozumiane także jako zespół osobistych kompetencji i umiejętności wyznaczających zachowania w stosunkach międzyludzkich oraz obrona własnej osoby. Można się ich nauczyć!

Trening asertywności – metoda uczenia zachowań asertywnych poprzez psychoedukację i ćwiczenia warsztatowe. Trening asertywności nie jest psychoterapią mającą na celu poszukiwanie wyjaśnień. Nacisk kładziony jest na uczenie pewnych technik i metod ułatwiających optymalne zachowanie. Udział w warsztatach dotyczących asertywności ułatwia uczestnikom rozeznanie w jakich obszarach mają trudności i co konstruktywnego mogą z tym zrobić.

Od dawna uczeni i interesowali się tym jak nauczyć ludzi jak najefektywniejszych zachowań, reakcji na otoczenie.

Asertywność przejawia się m. in. w:

- mówieniu o sobie dobrze,
- mówieniu o swoich wadach,
- przyznawaniu się do błędów i przepraszaniu,
- wyrażaniu uczuć jakie żywimy do innych,
- wyrażaniu czasowych stanów emocjonalnych jakie żywimy do innych,
- proszeniu o coś co chcemy lub nam się należy,
- odmawianiu czegoś komuś,
- przyjmowaniu komplementów,
- przyjmowaniu krytyki i negatywnych ocen,
- kończeniu trudnych spraw, rozmów,
- reagowaniu na trudne sprawy innych.

Prawa określające asertywność (wg. S. Rees i R. Graham):

1. Prawo do domagania się tego czego chcemy (wraz ze zrozumieniem, że druga strona może się nie zgodzić).
2. Prawo do własnego zdania, uczuć i emocji oraz odpowiedniego ich wyrażania (nienaruszającego elementarnych norm społecznych i moralnych).
3. Prawo do wypowiadania opinii (także intuicyjnych myśli i uwag).
4. Prawo do podejmowania własnych decyzji i radzenia sobie z ich skutkami.
5. Prawo do nieznajomości, nierozumienia niektórych dziedzin, kwestii itd.
6. Prawo do popełniania błędów.
7. Prawo do odnoszenia sukcesów.
8. Prawo do zmiany zdania.
9. Prawo do prywatności.
10. Prawo do samotności, niezależności.
11. Prawo do zmieniania się.
12. Prawo do bycia asertywnych, jak i nieasertywnym!

Korzyści płynące z zachowań asertywnych:

- Szczery kontakt z innymi ludźmi, bez udawania czegokolwiek.
- Zrozumienie zachowań innych.
- Mniej stresu i frustracji.
- Szacunek do siebie.
- Realizacja celów.
- Doznawanie sympatii.

Zachowania nieasertywne to zachowania uległe lub agresywne:

Zachowania agresywne – często bywa mylone z asertywnością. Sytuacja bywa postrzegana jako pole walki, celem staje się wygrana i pokonanie przeciwnika. Prawa innych są lekceważone. Często takie zachowanie jednej ze stron prowokuje agresywną odpowiedź drugiej strony.

Zachowanie uległe – respektowanie praw innych przy jednoczesnym lekceważeniu swoich praw. Osoby uległe często mają poczucie, że nic od nich nie zależy, odpowiedzialność za stan rzeczy lokują w innych osobach czy sytuacji zewnętrznej. Postawa takiej osoby jest pasywna, może się to przejawiać np. w przyjmowaniu na siebie coraz to nowych obowiązków w pracy. Osoby uległe często rezygnują celów, potrzeb i pragnień, a także z ujawniania swoich odczuć, poglądów.

Dlaczego reagujemy nieasertywnie - uległością lub agresją?

Powody zachowań agresywnych:

- Bo nie umiemy inaczej.
- Bo mamy taki, utrwalony wzorzec zachowania.
- Boimy się, że nie dostaniemy tego, o co się staramy.
- Chcemy wyładować złość.
- Nie wierzymy w siebie.

- Najpierw jesteśmy bierni, nie mówimy swojego zdania, a w pewnym momencie nie wytrzymujemy sytuacji i wybuchamy złością.

Co ryzykuje agresywna osoba?

- Konflikt.
- Stratę szacunku do siebie samego i innych.
- Brak sympatii.
- Rezultaty odwrotne od zamierzonych.

Powody uległości:

- Bo nie umiemy inaczej.
- Bo mamy taki, utrwalony wzorzec zachowania.
- Strach przed stratą aprobaty ze strony innych.
- Obawa przed reakcją otoczenia.
- Poczucie braku własnej wartości.
- Chęć posiadania świętego spokoju.
- Przekonanie, że niegrzecznie jest wyrażać swoje zdanie.
- Strach przed konfliktem.
- Przekonanie, że inni będą mili, jeśli będziemy mili i ulegli dla nich.
- Nie chcemy kogoś urazić lub stracić czyjejś akceptacji, przyjaźni, miłości, nie chcemy popsuć sobie stosunków koleżeńskich w pracy lub relacji sąsiedzkich... i nie wiemy jak to robić inaczej!
- Jesteśmy nauczeni, że „trzeba być skromnym", „nie warto się wychylać", „lepiej siedzieć cicho".

Co ryzykuje uległa osoba?

- Stratę poczucia własnej wartości.
- Poczucie krzywdy.
- Rosnącą frustrację (narastające poczucie krzywdy może powodować wybuch agresji).
- Nie osiągamy tego, co chcemy.
- Jesteśmy wykorzystywani, inni dominują nad nami.

Może się wydawać, że istnieją tylko dwie możliwości:

1. albo inni za ciebie decydują i im ulegasz, bo są lepsi, silniejsi, mają nad tobą władzę, wiedzą coś lepiej,
2. albo to ty dominujesz nad innymi, wykorzystując swoją siłę, relacje, stanowisko, wpływy itp.

✓ **Zarówno uległość, jak i agresja, to zachowania, które na krótką metę, w konkretnej sytuacji, mogą się nawet okazać skuteczne, ale w dłuższej perspektywie, ponawiane, powtarzane są zgubne dla obu stron. Zwłaszcza kiedy dotyczą ważnych obszarów życiowych.**

- ✓ **Nikt nie jest po to, aby spełniać nasze oczekiwania, ale ... być może zechce!**
- ✓ **Wszystkie rodzaje zachowań przejawiają się w komunikatach werbalnych jak i niewerbalnych.**

Mamy prawo:

- prosić,
- zaprosić,
- zaproponować.

trzeba pamiętając, że dana osoba może odmówić (bez tłumaczenia się), nieco zmienić warunki, negocjować rozwiązania, wprowadzać własne poprawki!

Nieasertywne jest:

- kategoryczne żądanie,
- uciekanie się do zmuszania,
- stawianie warunków,
- szantaż (np. emocjonalny), inwazja, rozkazywanie, pouczanie, przemoc słowna (i niestety czasem fizyczna).

O co można prosić?

- o pomoc w przypadku kłopotów zawodowych,
- o pomoc w malowaniu mieszkania,
- o pomoc w opiece nad dziećmi,
- o pomoc w domu,
- o wysłuchanie nas,
- o pożyczkę,
- o podwyżkę,
- o towarzystwo do kina,
- o opinię, poradę lub ocenę,
- o ściszenie radia w autobusie lub samochodzie,
- o trzymanie tajemnicy,
- o danie nam przez jakiś czas spokoju.

Czyli praktycznie o wszystko, co jest nam potrzebne, co może poprawić naszą sytuację, co może przynieść nam ulgę, oddech, spokój, zadowolenie.

Nie ma takiej reguły, że to, o co prosimy, musimy otrzymać – dokładnie tak jak chcemy, to co chcemy, kiedy chcemy, ale jeśli nie wyrazimy naszych potrzeb, nie możemy liczyć na to, że ktoś się ich domyśli.

Emocje podstawowe – wyróżnione na podstawie licznych badań, uniwersalne nie zależnie od kultury. Badania na osobach niewidomych sugerują, że sposób ich wyrażania jest wrodzony a nie wyuczony. Warto pamiętać, że nie ma emocji złych i dobrych, są one moralnie neutralne. Sposób przeżywania i okazywania emocji może być niekonstruktywny.

Należą do nich:

- strach,
- złość,

- smutek,
- radość,
- wstręt.

Emocje złożone – nie są uniwersalne kulturowo, są trudniejsze do interpretacji. Np. żal, miłość, odprężenie, spokój …

Dlaczego warto nazywać emocje?

- Znając swoje emocje lepiej rozumiemy siebie.
- Świadomość emocji pozwala lepiej je kontrolować; nie przestaniemy odczuwać złości czy lęku ale łatwiej będzie się powstrzymać od rzucania przedmiotami, krzyczenia czy ucieczki.
- Mówienie o emocjach pozwala nawiązać szczery kontakt z ludźmi.
- Nazwanie emocji pozwala przyjrzeć się jej z dystansu, a co za tym idzie lepiej zrozumieć z jakiego powodu ona się pojawiła, co sygnalizuje.

ZŁOŚĆ – jest nieprzyjemna w przeżywaniu i nieakceptowalna społecznie. Często zamienia się w agresję (wyrażaną aktywnie lub biernie) lub jest tłumiona. Często towarzyszą jej także takie uczucia jak lęk, wstyd, zazdrość, poczucie winy.

Część badaczy twierdzi, że złość prawie zawsze jest emocją wtórną. Oznacza to, że uczymy się „przykrywać nią" takie emocje, stany jak:

- Ból.
- Słabość, bezsilność.
- Cierpienie.
- Wstyd.
- Lęk.

Złość ma swoje funkcje:

- Może „przykrywać" inne emocje.
- Stanowi sygnał alarmowy o tym, że ktoś przekroczył nasze granice.
- Daje motywację, aby zadbać o swoje potrzeby psychiczne.
- Złość pozwala przełamać poczucie bezradności i niemocy.
- Niejednokrotnie jest wyrazem zaangażowania, troski i uwagi, a nawet może prowadzić do zwiększenia bliskości.

Komunikaty „ja" – służą do asertywnego przekazywania innym czasowych stanów emocjonalnych, jakie żywimy do nich.

Zasady:

- informacje negatywne właściwiej jest formułować szczegółowo, przytaczając owo trudne zachowanie,
- stosowanie uogólnień takich jak: zawsze, nigdy, ciągle – przypomina zmasowany atak i nie prowadzi do rozwiązania sytuacji. Może wywołać efekt domina,
- informujemy, jakie konkretnie zachowanie wywołało w nas daną emocję,

- nie oceniamy osoby,
- nie interpretujemy,
- warto zawrzeć w wypowiedzi swoje oczekiwania.

Zalety stosowania komunikatów ja:

- pozwala uniknąć oskarżania i eskalacji konfliktów,
- przechodzimy od oceniania i zrzucania winy na drugą osobę do wyrażania swoich emocji i brania za nie odpowiedzialności,
- nie dajemy przestrzeni na to, by druga osoba broniąc się lub atakując nas powiedziała „nieprawda". Jeśli mówię, że coś czuję, taki argument staje się absurdalny, nasz rozmówca nie czuje się oskarżany, więc nie próbuje się bronić.

Schemat stosowania komunikatów „ja":

Czuję określenie uczuć	**Kiedy (ty)** problematyczne zachowanie	**Ponieważ** opis jego konsekwencji	**Chcę** cele na przyszłość
PRZYKŁAD			
Złoszczę się,	kiedy mnie nie słuchasz,	ponieważ nie widzę sensu prowadzenia tej rozmowy.	Chciałabym, żebyś słuchał tego, co mam ci do powiedzenia.

- Na przykład zamiast powiedzieć: *Ty idioto, jak zwykle nie można na ciebie liczyć! Zawalasz każde zlecenie!*, można powiedzieć nawet *Jestem wściekły na Ciebie, zawaliłeś kolejne zlecenie! Liczę, że w przyszłości będziesz się lepiej starał!*

- Na początku stosowanie komunikatów „ja" jest trudne. Brzmią one nienaturalnie. Jednak, jak każdy nawyk, nawyki językowe można przekształcać i usprawniać. Czasem wystarczy zmienić jedno słowo, aby nadać całkowicie odmienną jakość temu, co komunikujemy drugiej osobie. Warto więc ćwiczyć, nawet jeśli na początku jakoś „dziwnie to brzmi"!

Załącznik nr 7.

PROGRAM SZKOLENIOWY DLA SENIORÓW
W RAMACH PROJEKTU
„SKOORDYNOWANA OPIEKA ŚRODOWISKOWA SKIEORWANA
DO OSÓB Z CHOROBĄ OTEPIENNĄ I ICH OPIEKUNÓW"

(kluby seniorów, Uniwersytet Trzeciego Wieku, Dzienne DPS-y, otwarte spotkania, inne)

Temat	Liczba godzin	Osoba prowadząca	Środki dydaktyczne	Formy i metody dydaktyczne
Problemy z pamięcią – norma czy choroba?	2	Psycholog, z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami otępiennymi	sprzęt multimedialny (laptop, rzutnik)	Wykład Dyskusja Warsztat
Formy pomocy osobom z zaburzeniami pamięci.	2	Psycholog, z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami otępiennymi	sprzęt multimedialny (laptop, rzutnik)	Wykład Dyskusja Warsztat

Literatura:

- Gabryelewicz T., *Epidemiologia otępień i choroby Alzheimera na świecie i w Polsce.* Nowe Perspektywy w Leczeniu Choroby Alzheimera,1998: 2-3.
- Gabryelewicz T., *Rozpowszechnienie zespołów otępiennych.* Neur. Neurochir. Pol. 1999, Supl. 1: 11-17.
- Kotapka-Minc S., *Zaburzenia funkcji poznawczych związane z wiekiem – fizjologia czy patologia.* Adv. Clin. Exp. Med., 1999, suppl. 1: 23.
- Łuczywek E., *Psychologiczna ocena zespołów otępiennych.* Post. Psych. Neurol. 1992, 1: 79-84.
- Leszek J.(red.), *Choroba Alzheimera.* Volumed, Wrocław 1998.
- *Wczesne rozpoznawanie i leczenie otępienia typu Alzheimera. Stanowisko Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania (i leczenia) Otępień (IGERO).* Wydawnictwo MAKmed, Gdańsk 1999.
- Parnowski T., *Diagnostyka oraz zasady postępowania terapeutycznego w otępieniach.* Nowe Perspektywy w Leczeniu Choroby Alzheimera, 1998: 3-4.

MATERIAŁY SZKOLENIOWE
W RAMACH PROJEKTU
„SKOORDYNOWANA OPIEKA ŚRODOWISKOWA SKIEORWANA
DO OSÓB Z CHOROBĄ OTEPIENNĄ I ICH OPIEKUNÓW"

DIAGNOSTYKA WCZESNYCH ZABURZEŃ PAMIĘCI

Zdolności pamięciowe człowieka zmieniają się w ciągu życia - ich szczyt przypada na około 20 rok życia. Później następuje stabilizacja i wreszcie spadek - początkowo powolny, a po 40 roku życia bardziej wyraźny. Istotne osłabienie pamięci stwierdza się po 60 roku życia.

W wiedzy potocznej istnieje przekonanie, że starzeniu się towarzyszy stopniowy spadek zdolności pamięciowych. Nie wszystkie mity na temat „zapominalskich staruszków" są słuszne, ale osłabienie pamięci w późnym wieku nie jest mitem. Osłabienie pamięci jest skutkiem zmian w mózgu, którego praca pogarsza się na starość, podobnie jak to się dzieje z pracą serca, wątroby i innych organów.

Niemniej jednak należy mieć świadomość, że:

- pogorszenie dotyczy tylko niektórych aspektów pamięci, podczas gdy inne nie obniżają się.
- zmiany są raczej łagodne i chociaż mogą irytować i przeszkadzać, to nie w takim stopniu, żeby starszy człowiek nie radził sobie ze zwykłymi problemami życia codziennego.
- ubytki w sprawności pamięci można kompensować ogólną wiedzą i doświadczeniem w wykonywaniu zadań poznawczych.
- nawet w późnym wieku można skutecznie ćwiczyć i usprawniać pamięć.

Ludzie starsi i ich otoczenie bywają przewrażliwieni na punkcie kłopotów z pamięcią, obawiając się, że zwiastują one chorobę Alzheimera. Trzeba wyraźnie powiedzieć, że nie ma powodów do szczególnego niepokoju, jeśli ktoś zapomniał, gdzie zostawił okulary, o której godzinie ma wizytę u lekarza, jak nazywa się dawny znajomy. Takie problemy zdarzają się ludziom starszym częściej niż młodym, ale nie są objawem choroby. Jeśli jednak bardzo się nasilają, obejmują wiele różnych sytuacji i poważnie utrudniają życie, to rzeczywiście mogą oznaczać początek choroby.

ZMIANY ZGODNE Z WIEKIEM

Naturalnym skutkiem fizjologicznego starzenia się mózgu jest pogorszenie w zakresie następujących umiejętności:

- wykonywania niektórych zadań dotyczących pamięci operacyjnej (podstawową jej funkcją jest przechowywanie informacji na użytek teraźniejszości, np. zapamiętuję

numer telefonu po to, by go za chwilę wykręcić - a więc osoba starsza ma prawo mieć z tym problemy),
- pamięci deklaratywnej (świadoma pamięć faktów i zdarzeń - a więc osoba starsza może mieć kłopot z przypomnieniem sobie jakiś wydarzeń z przeszłości),
- pamięci prospektywnej (pamięć tego, że coś mam zrobić w przyszłości, np. za 3 dni iść na wizytę do lekarza, zapłacić rachunki itp. - o tym też może się zdarzyć zapomnieć osobie starszej),
- tempa przetwarzania informacji - a więc generalnie wolniejsze tempo myślenia, kojarzenia faktów.

NIEPOKOJĄCE SYGNAŁY

Nie powinny się natomiast pogarszać następujące funkcje:

- pamięć sensoryczna (ultrakrótka pamięć informacji zmysłowych, np. przez kilka sekund pamiętam, że mijałam na ulicy panią z psem),
- pamięć proceduralna (pamięć działań i umiejętności, np. jak jeździ się na rowerze),
- zakres pamięci bezpośredniej,
- uczenie się utajone (nabywanie umiejętności wykonywania złożonych działań bez świadomości reguł leżących u ich podstaw, np. przyswajanie języka ojczystego),
- torowanie powtórzeniowe i semantyczne, które jest przejawem pamięci nieświadomej (torowanie - wpływ wcześniejszego kontaktu z bodźcem na późniejsze procesy przetwarzania tego samego bodźca - torowanie percepcyjne, lub innego powiązanego z nim semantycznie), czyli łatwiej zapamiętuję coś, z czym się już wcześniej zetknęłam,
- rozpoznawanie informacji z pamięci epizodycznej (pamięć zdarzeń, np. pamiętam, że miesiąc temu byłam na urodzinach wnuczki),
- wiedza ogólna i słownik.

JEŚLI FUNKCJONOWANIE STARSZEJ OSOBY W ZAKRESIE WYMIENIONYCH POWYŻEJ FUNKCJI POGORSZYŁO SIĘ, MOŻE TO BYĆ ZWIASTUNEM PROCESU OTĘPIENNEGO. W TAKIM PRZYPADKU WARTO WYBRAĆ SIĘ DO SPECJALISTY.

Czym więc jest otępienie?

Międzynarodowa klasyfikacja chorób, urazów i przyczyn zgonów (ICD-10) określa otępienie jako zespół objawów spowodowany przewlekłą lub postępującą chorobą mózgu, przebiegający z zaburzeniem wyższych funkcji korowych (poznawczych) - pamięci, myślenia, orientacji, rozumienia, liczenia, porozumiewania się - funkcji językowych, uczenia się, planowania, umiejętności oceny. Zaburzenia te w negatywny sposób wpływają na funkcje intelektualne, kontrolę emocji, zachowania społeczne i czynności zawodowe.

Zaburzenia emocjonalne, zachowania i motywacji mogą w niektórych przypadkach poprzedzać wystąpienie upośledzenia funkcji poznawczych. Klasyfikacja ICD-10 określa również minimalny czas trwania ww. objawów - co najmniej 6 miesięcy.

Do objawów, które mogą sugerować wczesne stadia otępienia należą:

- zmiana miejsc odkładania rzeczy, szukanie ich później i trudności ze znalezieniem,
- wielokrotne sprawdzanie wykonanych czynności (czy zostało dobrze zrobione? drzwi zamknięte? kran zakręcony?), co utrudnia wykonywanie innych działań,
- częstsze korzystanie z pomocy innych osób przy czynnościach dotychczas wykonywanych samodzielnie (zrobienie tego stało się za trudne dla mnie),
- trudności w zrozumieniu pytań i poleceń (zwłaszcza złożonych), wielokrotne powtarzanie pytań dotyczących wiedzy posiadanej wcześniej), któremu towarzyszy co najmniej jeden z poniższych objawów:
  - kłopoty w opowiedzeniu obejrzanego filmu, przeczytanej książki czy artykułu, trudności w zapamiętaniu nowych informacji, zwłaszcza jeżeli jest ich kilka (wiadomości TV), problemy z nauką obsługi nowego urządzenia, zapominanie znanych wcześniej umiejętności (gotowanie, szycie, drobne naprawy itp.),
  - zapominanie o umówionych spotkaniach, terminach, godzinach ulubionych programów telewizyjnych (często tłumaczone roztargnieniem, przemęczeniem itp.),
  - utrata dotychczasowych zainteresowań, hobby,
  - zaburzenia orientacji przestrzennej (trudności w nowym miejscu - np. wyjazd do innego miasta, poruszanie się środkami komunikacji - zwłaszcza, gdy trzeba zorientować się z rozkładu jazdy, gdzie i czym dojechać; pojawia się niechęć do poruszania się poza dobrze znanymi „utartymi" szlakami, niechęć do wyjazdów na wakacje czy do rodziny),
  - wielokrotne powtarzanie czynności - np. zakupów (po kupieniu bułek rano i odłożeniu do szafki, po kilku godzinach chory zapomina o wykonanej czynności i ponownie idzie do sklepu po bułki), nieregularne spożywanie posiłków itp.,
  - problemy z dokończeniem rozpoczętych czynności - zapominanie np. o pozostawionym na gazie garnku z obiadem (bo chory w międzyczasie zajął się czymś innym),
  - mogą pojawić się trudności w opisaniu przedmiotów bez oglądania ich, kłopoty w rozpoznawaniu znanych rzeczy, stopniowo następuje też zubożenie słownictwa,
- często następują zmiany osobowości i zachowania (nieprzestrzeganie zasad współżycia z innymi, grubiaństwo, drażliwość, „niesmaczne" żarty - często o zabarwieniu seksualnym, agresja - u człowieka o nienagannych wcześniej manierach; lub przeciwnie, dominuje wycofywanie się, lękliwość, niezdecydowanie, płaczliwość, dopominanie się o stałą obecność opiekuna - u osoby dotychczas samodzielnej i pewnej siebie,
- zaburzenia depresyjne są bardzo często obserwowane, zwłaszcza w początkowych stadiach otępienia (ok. 50% chorych), wymagają bardzo wnikliwej analizy i różnicowania,

- mogą wreszcie pojawić się objawy psychotyczne - omamy (głównie wzrokowe i słuchowe, rzadziej inne), urojenia - najczęściej okradania. Chory jest przekonany, że przedmioty czy pieniądze, które odłożył w inne niż zwykle miejsce i nie może ich odnaleźć, zostały skradzione; posądza zwykle domowników lub odwiedzających. Czasem chory zaczyna uważać, że dom, w którym mieszka nie jest jego domem, domaga się „powrotu" do „swojego" domu. Może to być przyczyną „ucieczek" i błądzenia - zdarza się to w zaawansowanych stadiach choroby. Częstym objawem jest też mylne rozpoznawanie osób - bliscy są rozpoznawani jako obcy i odwrotnie, co może skutkować np. wpuszczaniem obcych osób do mieszkania i rzeczywistymi kradzieżami. Charakterystyczne są: „objaw lustra" - chory nie rozpoznaje własnego odbicia w lustrze, rozmawia jak z obcym, może się bronić przed nim (urazy!) oraz „objaw telewizora" - rozpoznawanie osób z ekranu jako realnie przebywających w mieszkaniu - rozmowy z nimi, także możliwy lęk i „obrona",
- powszechnym objawem są zaburzenia snu ze zmianą rytmu dobowego - senność w dzień, aktywność często z błądzeniem i wędrowaniem w nocy,
- mogą pojawić się objawy neurologiczne, np. wzrost napięcia mięśni powodujący trudności w chodzeniu i w samoobsłudze; częste są nagłe upadki.

Wczesne rozpoznanie otępienia jest bardzo ważne, dlatego nie należy bagatelizować wymienionych powyżej problemów.

PRZEBIEG OTĘPIENIA

Otępienie o nasileniu lekkim	Otępieniu o nasileniu umiarkowanym	Otępieniu o nasileniu głębokim
Otępienie o nasileniu lekkim charakteryzuje się obecnością zaburzeń pamięci i innych procesów poznawczych, które, choć utrudniają wykonywanie codziennych czynności, **nie stanowią istotnych ograniczeń w samodzielnym funkcjonowaniu chorego**. Trudności z zapamiętywaniem nowych informacji polegają np. na częstym poszukiwaniu różnych przedmiotów, zapominaniu o terminach spotkań lub problemach z utrzymaniem w pamięci wiadomości przekazanych choremu przez członków rodziny. Chory wykazuje także trudności w wykonywaniu bardziej skomplikowanych czynności (np. operacje bankowe) lub w organizowaniu sobie czasu wolnego. Pojawia się częstsze zadawanie pytań, kłopoty z przypominaniem sobie znanych faktów. Chorzy często szukają	W **otępieniu o nasileniu umiarkowanym** głębokość zaburzeń pamięci i innych procesów poznawczych **w istoty sposób ogranicza samodzielne funkcjonowanie chorego, który z tego powodu wymaga okresowego nadzoru**. Chory pamięta jedynie dobrze utrwalone informacje. Wykazuje np. zaburzenia orientacji w najbliższej okolicy, nie pamięta, co ostatnio robił i jak nazywają się bliskie mu osoby. Chory wymaga pomocy ze strony innych osób w trakcie wykonywania większości prac domowych, a jego ogólna aktywność jest znacznie ograniczona i zwykle krótkotrwała. Narastające zaburzenia pamięci stanowią problem w samodzielnym funkcjonowaniu chorego. Trudności te stają się coraz bardziej zauważalne dla otoczenia. Na	W **otępieniu o nasileniu głębokim** chory jest **całkowicie niesamodzielny i wymaga stałego nadzoru ze strony innych osób**. Nie jest w stanie zachować w pamięci jakichkolwiek nowych informacji, nie rozpoznaje nawet najbliższych osób, a jego aktywność pozbawiona jest zrozumiałych dla otoczenia racjonalnych przesłanek. Zasób słów jest bardzo ubogi. Chory nie potrafi sam się ubrać, trafić do domu. Przestaje także dbać o higienę osobistą. Zdolności

przedmiotów, niekiedy mają trudności w znalezieniu właściwego słowa oraz w zapamiętywaniu informacji przekazywanych przez otoczenie. Gorzej wypełniają swoje zadania w pracy. Popełniają błędy w liczeniu, zarządzaniu pieniędzmi. W tym okresie mogą występować trudności w kopiowaniu rysunków. Chorzy często wypierają pojawiające się problemy. Zaburzenia zachowania w tym okresie są nieznaczne. Mogą wystąpić: apatia, drażliwość, depresja, obojętność.	tym etapie chorzy mogą zagubić się w znanej okolicy, zapominają imion bliskich osób, mają problemy z wykonywaniem prac domowych i z trudem radzą sobie z bardziej złożonymi zadaniami. Pojawiają się kłopoty z rozpoznawaniem osób. Zaobserwować można pierwsze problemy z ubieraniem się. Chorzy zaczynają zdradzać objawy niezrozumienia mowy. Nasilają się zaburzenia zachowania pod postacią niepokoju, nasilonej depresji, apatii, drażliwości. Pojawia się bezsenność lub trudności z zasypianiem.	werbalne (mowa) oraz możliwości poruszania się ulegają znacznemu ograniczeniu. Może pojawiać się pobudzenie, agresja, niepokój. Stopniowo zanikają reakcje na bodźce ze świata zewnętrznego. Dochodzi do utraty intelektualnego kontaktu ze światem.

FORMY POMOCY OSOBOM Z ZABURZENIAMI PAMIĘCI

JEŚLI OBSERWUJESZ PROBLEMY Z PAMIĘCIĄ U SIEBIE LUB BLISKIEJ CI OSOBY –

ZGŁOŚ SIĘ DO CENTRUM CONSULTOR!

Centrum „Cosultor" przy Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym im. ks. Jerzego Popiełuszki,
ul. Ligi Polskiej 8 w Toruniu
telefon +48 56 657 42 90
adres strony intenetowej:
adres e-mail consultor@interia.pl(zmiana maila pod domenę)

Załącznik nr 8.

PROGRAM SZKOLENIOWY DLA LEKARZY, PIELĘGNIAREK I INNYCH PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH W RAMACH PROJEKTU „SKOORDYNOWANA OPIEKA ŚRODOWISKOWA SKIEORWANA DO OSÓB Z CHOROBĄ OTEPIENNĄ I ICH OPIEKUNÓW”

Temat	Liczba godzin	Osoba prowadząca	Środki dydaktyczne	Formy i metody dydaktyczne
Zespoły otępienne – diagnoza Kryteria diagnostyczne otępienia. Przebieg choroby. MCI.	2	specjalista psychiatra, z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami otępiennymi	sprzęt multimedialny (laptop, rzutnik)	Wykład Dyskusja Warsztat Studium przypadku
Różnicowanie zespołów otępiennych. Otępienie naczyniopochodne. Choroba Alzheimera. Otępienie z ciałami Lewy'ego. Otępienie czołowo-skroniowe.	2	specjalista psychiatra, z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami otępiennymi	sprzęt multimedialny (laptop, rzutnik)	Wykład Dyskusja Warsztat Studium przypadku
Farmakoterapia zespołów otępiennych. Leczenie zaburzeń zachowania. Farmakoterapia zaburzeń psychotycznych. Depresja u chorych z otępieniem.	2	specjalista psychiatra, z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami otępiennymi	sprzęt multimedialny (laptop, rzutnik)	Wykład Dyskusja Warsztat Studium przypadku
Analiza przypadków chorych z otępieniami.	2		sprzęt multimedialny (laptop, rzutnik)	Studium przypadku
Depresja a otępienie. Depresja w wieku podeszłym. Depresja i zaburzenia procesów poznawczych.	2	specjalista psychiatra, z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami otępiennymi	sprzęt multimedialny (laptop, rzutnik)	Wykład Dyskusja Warsztat Studium przypadku
Organizacja opieki nad pacjentem z zespołem otępiennym. Problemy związane z ubezwłasnowolnieniem. Możliwe formy pomocy.	2	Pracownik socjalny	sprzęt multimedialny (laptop, rzutnik)	Wykład Dyskusja Warsztat
Organizacja opieki nad chorym leżącym w warunkach domowych. Główne problemy pielęgnacyjne u chorych. Prawidłowa komunikacja. Postępowanie z chorym.	2	mgr pielęgniarstwa, z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami otępiennymi).	sprzęt multimedialny (laptop, rzutnik)	Wykład Dyskusja

Literatura:

- Adamiak G., Juczyński Z., *Zmaganie się ze stresem u opiekunów chorych z choroba Alzheimera.* Postępy Psychiatrii i Neurologii., (2002) nr 11, 61-70.
- Gabryelewicz T., *Epidemiologia otępień i choroby Alzheimera na świecie i w Polsce.* Nowe Perspektywy w Leczeniu Choroby Alzheimera,1998: 2-3.
- Gabryelewicz T., *Rozpowszechnienie zespołów otępiennych.* Neur. Neurochir. Pol. 1999, Supl. 1: 11-17.
- Opala G., *Neurologiczne aspekty diagnostyki zespołu otępiennego.* Post. Psych. Neurol., 1996, 5, suppl. 1(3): 25-31.
- Rzewuska M., *Klinika i leczenie otępień pierwotnie zwyrodnieniowych.* Post. Psych. Neurol., 1992, 1: 69-78.
- Kotapka-Minc S., *Zaburzenia funkcji poznawczych związane z wiekiem – fizjologia czy patologia.* Adv. Clin. Exp. Med., 1999, suppl. 1: 23.
- Łuczywek E., *Psychologiczna ocena zespołów otępiennych.* Post. Psych. Neurol. 1992, 1: 79-84.
- Abrams W.B. i wsp., *MSD Podręcznik Geriatrii.* (I wydanie polskie pod redakcją Galus K., Kocemba J.). Urban & Partner, Wrocław 1999.
- Leszek J. (red.), *Choroba Alzheimera.* Volumed, Wrocław 1998.
- Parnowski T., *Leczenie zaburzeń zachowania i objawów psychotycznych w otępieniu u osób starszych.* Terapia 2000, 11 (1): 43-48.
- *Wczesne rozpoznawanie i leczenie otępienia typu Alzheimera. Stanowisko Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania (i leczenia) Otępień (IGERO).* Wydawnictwo MAKmed, Gdańsk 1999.
- Parnowski T., *Diagnostyka oraz zasady postępowania terapeutycznego w otępieniach.* Nowe Perspektywy w Leczeniu Choroby Alzheimera, 1998: 3-4.
- Szczudlik A., *Farmakoterapia otępień.* Terapia (Nr specjalny: „Od zaburzeń funkcji poznawczych do zespołu otępiennego”) 1998: 10-11.
- Adamczyk K., *Pielęgniarstwo neurologiczne.* Czelej, Lublin
- Schwartz G., *Choroba Alzheimera.* PZWL, Warszawa.
- Schiefele J., Staudt I., Dach M., *Pielęgniarstwo geriatryczne.* wyd. Urban&Partner, Wrocław.
- Rogala S., *Psychologiczne uwarunkowania oczekiwań ludzi starszych i przewlekle chorych wobec rodziny.* Przewodnik Lekarski.

MATERIAŁY DLA UCZESTNIKÓW SZKOLENIA W RAMACH PROJEKTU „SKOORDYNOWANA OPIEKA ŚRODOWISKOWA SKIEORWANA DO OSÓB Z CHOROBĄ OTEPIENNĄ I ICH OPIEKUNÓW”

ZESPOŁY OTĘPIENNE – DIAGNOZA – RÓŻNICOWANIE – FARMAKOTERAPIA

Otępienie definiowane według ICD-10 jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są wyższe funkcje korowe: pamięć, liczenie, myślenie, zdolność uczenia się, orientacja, język, rozumienie, ocena. Klasyfikacja ICD-10 różnicuje otępienia według kryterium neuropatologicznego, a nie według objawów deficytów neuropsychologicznych. Ze względu na niejednorodną etiopatogenezę zmian mózgowych powstaje trudność w jednoznacznym określeniu typu otępienia za życia chorego. Klasyfikacja ICD-10 wyróżnia otępienie w chorobie Alzheimera, otępienia naczyniowe, otępienia w innych chorobach klasyfikowanych gdzie indziej oraz otępienie bliżej nieokreślone.

Rozpowszechnienie

W roku 1980 liczbę osób z zaburzeniami otępiennymi szacowano na około 11,1 mln, w 2000 roku chorych z rozpoznaniem otępienia było już blisko 17,2 mln, a prognozy na rok 2025 zakładają, że liczba takich osób sięgnie prawdopodobnie około 341 mln w skali światowej. Dane epidemiologiczne podają, że wśród osób powyżej 65 roku życia, otępienie występuje u 3-11 %, zaś w grupie wiekowej powyżej 80-85 lat u 20-50%. Wśród osób po 90 roku życia otępienie spotyka się u 40%, a wśród stulatków aż u blisko 60%. Liczbę osób z samą chorobą Alzheimera (AD) ocenia się na świecie na 15-21 milionów. Szacuje się, że w Polsce różne postacie otępienia dotyczą około 500 tys. osób, w tym połowę tej liczby zajmuje otępienie typu Alzheimera. Dokładne dane epidemiologiczne dotyczące otępienia nie są w pełni precyzyjne. Brak jest poprawnych metodologicznie reprezentatywnych badań populacyjnych.

Diagnoza

Nie istnieją jednolite standardy rozpoznawania oraz pomimo postępu medycyny, istnieją trudności diagnostyczne, zwłaszcza we wczesnej fazie choroby, gdy trudno odróżnić początek zespołu otępiennego od łagodnego zaburzenia pamięci związanego z wiekiem. Z wiekiem pojawiają się trudności kojarzenia i utrwalania nowych wrażeń, a przeżycia sprzed lat mogą być odtwarzane bezbłędnie. Nie stwierdza się zaburzeń w zakresie codziennego funkcjonowania. Osoby zgłaszające powyższe objawy powinny być obserwowane w przedziałach 6-miesięcznych w celu uchwycenia ewentualnej dynamiki zmian w ich aktywności poznawczej. Porównanie częstości występowania zespołów otępiennych wśród kobiet i mężczyzn w badaniach Jorm i Hofman nie wykazało zależności od płci. Badania przeprowadzone w Polsce wskazują na przewagę

otępienia typu Alzheimera wśród kobiet, zaś otępienia naczyniowego wśród mężczyzn. Znaczenie może mieć zarówno dłuższy średni okres przeżycia kobiet, jak i stosunkowo większa zapadalność mężczyzn na choroby naczyniowe.

Podział

Ze względu na niejednoznaczną etiopatogenezę otępień stosuje się wiele podziałów. Najczęściej stosowany jest podział na otępienia pierwotnie i wtórnie zwyrodnieniowe.

Do otępień pierwotnie zwyrodnieniowych należą:

- choroba Alzheimera,
- otępienie czołowo-skroniowe,
- choroba Parkinsona,
- choroba Huntingtona,
- choroba z rozsianymi ciałami Lewy'ego.

Drugą grupę otępień stanowią otępienia wtórnie zwyrodnieniowe, które mogą mieć charakter odwracalny lub nieodwracalny.

Do otępień wtórnie zwyrodnieniowych między innymi zaliczamy:

- otępienia naczyniowe,
- otępienia w przebiegu zaburzeń metabolicznych (niedoczynność tarczycy, niedoczynność i nadczynność przytarczyc, nadczynność kory nadnerczy, niedobór witaminy B12, kwasu foliowego),
- otępienia wywołane uszkodzeniem mózgu w następstwie urazu,
- otępienia w przebiegu pierwotnych i przerzutowych guzów mózgu,
- otępienie spowodowane używaniem lub zatruciem lekami i substancjami toksycznymi,
- otępienie spowodowane używaniem alkoholu lub substancji psychoaktywnych,
- otępienie w wodogłowiu normotensyjnym,
- otępienia w przebiegu chorób wywołanych przez priony,
- otępienie w przebiegu infekcji OUN lub chorób ogólnoustrojowych (HIV, kiła, borelioza, bruceloza).

Inny podział odnosi się do rodzaju zmiany neuropatologicznej np. beta-amyloidu, alfa-synukleiny, białka tau. Kolejny stosowany podział związany jest z miejscem występowania zmian neurodegeneracyjnych: otępienie korowe i podkorowe.

Otępienie jest rozpoznaniem klinicznym. Diagnostyka różnicowa otępienia powinna być prowadzona w oparciu o cztery podstawowe kliniczne cechy schorzenia: sekwencję i dynamikę pojawiania się objawów klinicznych, profil zaburzeń poznawczych, zaburzenia zachowania i objawy psychopatologiczne oraz objawy neurologiczne. Te cztery zasadnicze cechy kliniczne otępień, rozpatrywane łącznie z wynikami wybranych badań laboratoryjnych i neuroobrazowych oraz uwzględnieniem wieku pacjenta, są wystarczające dla rozpoznawania większości zespołów otępiennych. Proces

diagnostyczny powinien być przeprowadzony przez zespół: lekarz rodzinny, neurolog, psychiatra oraz psycholog.

PRZEBIEG CHOROBY

Otępienie o nasileniu lekkim	Otępieniu o nasileniu umiarkowanym	Otępieniu o nasileniu głębokim
Otępienie o nasileniu lekkim charakteryzuje się obecnością zaburzeń pamięci i innych procesów poznawczych, które, choć utrudniają wykonywanie codziennych czynności, nie stanowią istotnych ograniczeń w samodzielnym funkcjonowaniu chorego. Trudności z zapamiętywaniem nowych informacji polegają np. na częstym poszukiwaniu różnych przedmiotów, zapominaniu o terminach spotkań lub problemach z utrzymaniem w pamięci wiadomości przekazanych choremu przez członków rodziny. Chory wykazuje także trudności w wykonywaniu bardziej skomplikowanych czynności (np. operacje bankowe) lub w organizowaniu sobie czasu wolnego. Pojawia się częstsze zadawanie pytań, kłopoty z przypominaniem sobie znanych faktów. Chorzy często szukają przedmiotów, niekiedy mają trudności w znalezieniu właściwego słowa oraz w zapamiętywaniu informacji przekazywanych przez otoczenie. Gorzej wypełniają swoje zadania w pracy. Popełniają błędy w liczeniu, zarządzaniu pieniędzmi. W tym okresie mogą występować trudności w kopiowaniu rysunków. Chorzy często wypierają pojawiające się problemy. Zaburzenia zachowania w tym okresie są nieznaczne. Mogą wystąpić: apatia, drażliwość, depresja, obojętność.	W **otępieniu o nasileniu umiarkowanym** głębokość zaburzeń pamięci i innych procesów poznawczych w istoty sposób ogranicza samodzielne funkcjonowanie chorego, który z tego powodu wymaga okresowego nadzoru. Chory pamięta jedynie dobrze utrwalone informacje. Wykazuje np. zaburzenia orientacji w najbliższej okolicy, nie pamięta, co ostatnio robił i jak nazywają się bliskie mu osoby. Chory wymaga pomocy ze strony innych osób w trakcie wykonywania większości prac domowych, a jego ogólna aktywność jest znacznie ograniczona i zwykle krótkotrwała. Narastające zaburzenia pamięci stanowią problem w samodzielnym funkcjonowaniu chorego. Trudności te stają się coraz bardziej zauważalne dla otoczenia. Na tym etapie chorzy mogą zagubić się w znanej okolicy, zapominają imion bliskich osób, mają problemy z wykonywaniem prac domowych i z trudem radzą sobie z bardziej złożonymi zadaniami. Pojawiają się kłopoty z rozpoznawaniem osób. Zaobserwować można pierwsze problemy z ubieraniem się. Chorzy zaczynają zdradzać objawy niezrozumienia mowy. Nasilają się zaburzenia zachowania pod postacią niepokoju, nasilonej depresji, apatii, drażliwości. Pojawia się bezsenność lub trudności z zasypianiem.	W **otępieniu o nasileniu głębokim** chory jest całkowicie niesamodzielny i wymaga stałego nadzoru ze strony innych osób. Nie jest w stanie zachować w pamięci jakichkolwiek nowych informacji, nie rozpoznaje nawet najbliższych osób, a jego aktywność pozbawiona jest zrozumiałych dla otoczenia racjonalnych przesłanek. Zasób słów jest bardzo ubogi. Chory nie potrafi sam się ubrać, trafić do domu. Przestaje także dbać o higienę osobistą. Zdolności werbalne (mowa) oraz możliwości poruszania się ulegają znacznemu ograniczeniu. Może pojawiać się pobudzenie, agresja, niepokój. Stopniowo zanikają reakcje na bodźce ze świata zewnętrznego. Dochodzi do utraty intelektualnego kontaktu ze światem.

Badanie somatyczne

W procesie diagnostycznym otępienia pacjent powinien zostać przebadany przez lekarza rodzinnego, który oceni stan somatyczny, stan odżywienia i podstawowe

parametry życiowe. Lekarz powinien wykluczyć lub potwierdzić obecność miażdżycy, między innymi wykonując badanie tętna na kończynach.

Badanie neurologiczne

Badanie neurologiczne jest niezbędne w celu zdiagnozowania uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Pozwala ono wykryć objawy przebytego udaru mózgu, choroby Parkinsona, wodogłowia, guza mózgu lub innych schorzeń mogących wywoływać objawy otępienia. W czasie badania należy ocenić koordynację ruchów, napięcie i siłę mięśni, ruchy gałek ocznych, mowę, symetrię odruchów oraz czucie powierzchowne i głębokie.

Badania diagnostyczne

Dalszy etap procesu diagnostycznego powinien objąć wykonanie badań laboratoryjnych, pozwalających wykluczyć inne schorzenia. Dlatego należy wykonać tylko te badania, które są uzasadnione i niezbędne dla prawidłowej diagnozy. Należą do nich między innymi badanie morfologii krwi z rozmazem w celu wykluczenia anemii, zakażenia, badania biochemiczne pozwalające wykluczyć cukrzycę, choroby wątroby i nerek. Poziom kwasu foliowego i witaminy B12 może być oznaczany, jeśli lekarz stwierdzi inne objawy świadczące o nich niedoborze. Ocenić powinno się również poziom hormonów tarczycy, gdyż ich niski poziom może wywoływać objawy otępienia. Lekarz może zalecić również wykonanie badania elektroencefalograficznego (EEG) w celu wykrycia nieprawidłowości w pracy fal mózgowych. Badanie to pozwala wykryć między innymi padaczkę, podostre stwardniające zapalnie mózgu. Niezbędne są również badania obrazowe mózgu. Najczęściej wykonywane są tomografia komputerowa (TK) oraz rezonans magnetyczny (MR). Do pełniejszej oceny OUN mogą być także stosowane badania oceniające nie tylko stan struktur mózgu, ale również ich funkcjonowanie. Do metod tych należą pozytronowa tomografia emisyjna (PET) oraz tomografia emisyjna pojedynczego fotonu (SPECT).

Badanie psychiatryczne i psychologiczne

W procesie diagnostycznym należy zebrać jak najpełniejszy wywiad chorobowy, zarówno od osoby chorej, jak i członków rodziny lub opiekunów. Celem badania psychiatrycznego jest wykluczenie innych schorzeń psychicznych, takich jak zaburzenia lękowe czy depresja, w przebiegu której również występuje osłabienie pamięci, spowolnienie toku myślenia, co może przypominać otępienie, określane terminem „pseudodemencji". Lekarz psychiatra powinien ocenić orientację, zdolność zapamiętywania, rozumienia i liczenia. W ocenie stanu psychicznego należy uwzględnić poziom wykształcenia pacjenta, wykonywany zawód czy sposób życia. Stałym elementem badania powinny być proste testy przesiewowe oceniające funkcje poznawcze np. Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (MMSE), Test Rysowania Zegara. Testy neuropsychologiczne wykonywane przez psychologa potwierdzają istnienie zaburzeń funkcji poznawczych i pozwalają ocenić stopień nasilenia choroby. Wszystkie procedury powinny ułatwić lekarzowi

właściwą kwalifikację schorzenia zgodnie z kryteriami ICD-10. Za życia pacjenta rozpoznanie rodzaju otępienia będzie jedynie „prawdopodobne". Metodą mogącą potwierdzić rozpoznanie jest badanie histopatologiczne mózgu i może być ono wykonane po śmierci pacjenta.

Przed rozpoczęciem farmakoterapii należy podjąć działania o charakterze psychoedukacyjnym, dotyczące opiekuna i w miarę możliwości, pacjenta, odnoszące się do następujących zagadnień:

- rozpoznania, w tym rodzaju choroby (przewlekłość, charakter postępujący, możliwości wtórnej prewencji), jej naturalnego przebiegu, czynników modyfikujących przebieg itd.,
- realistycznych oczekiwań dotyczących efektów leczenia (obecnie nie istnieje skuteczne leczenie przyczynowe, leczenie ma charakter objawowy i ograniczoną skuteczność) i przedstawienie dostępnych opcji terapeutycznych,
- możliwości uzyskania pomocy i dalszych informacji, ze wskazaniem lokalnych instytucji, takich jak towarzystwa Alzheimerowskie, literatury i innych źródeł informacji,
- roli opiekuna i jego dobrego stanu zdrowia (w tym psychicznego) dla długoterminowych efektów leczenia pacjenta.

Praktyczne rekomendacje dotyczące farmakoterapii zaburzeń funkcji poznawczych w otępieniu w chorobie Alzheimera

1. Choremu z łagodnie lub umiarkowanie nasilonym otępieniem w AD (lub otępieniu mieszanym) należy zaproponować leczenie inhibitorem cholinesterazy jako lekiem I wyboru.
2. Dawkę inhibitora cholinesterazy należy indywidualnie dobrać stosując powolny schemat (odstępy miesięczne) podwyższania dawek.
3. Bezpieczeństwo i tolerancja stosowania inhibitora cholinesterazy powinny być stale monitorowane; u chorych z ryzykiem powikłań kardiologicznych powinno się wykonać badanie EKG po miesiącu leczenia i za każdym razem, kiedy pojawią się objawy sugerujące problem kardiologiczny.
4. Skuteczność stosowania inhibitora cholinesterazy powinno się oceniać w odstępach co najmniej 6-miesięcznych i uwzględniać przede wszystkim ogólny efekt leczenia w ocenie pacjenta, opiekuna i lekarza; nie należy opierać się wyłącznie na wyniku jakiegokolwiek badania psychometrycznego. Można rozważyć kontynuowanie terapii inhibitorem cholinesterazy nawet jeśli pacjent klinicznie znalazł się w fazie otępienia o nasileniu znacznym, o ile w ocenie lekarza korzyści z takiej terapii przeważają nad możliwymi zagrożeniami.
5. U chorych w łagodnie lub umiarkowanie nasilonym otępieniem w AD (i otępieniem mieszanym), u których istnieją przeciwwskazania do zastosowania inhibitora cholinesterazy, można rozważyć zastosowanie memantyny jako leku I wyboru. Wobec braku rejestracji w Polsce należy takie zastosowanie memantyny szczegółowo omówić z pacjentem i opiekunem, wskazując na potencjalne korzyści i szkody takiego

postępowania oraz uzyskać zgodę pacjenta i opiekuna na zastosowanie leku poza rejestracją.

6. U chorych z umiarkowanie i znacznie nasilonym otępieniem w AD (i otępieniem mieszanym) można rozważyć włączenie memantyny jako leku I wyboru; opcjonalnie można zaproponować zastosowanie terapii kombinowanej memantyna + inhibitor cholinesterazy. Rozpoczynanie farmakoterapii otępienia w AD przy łagodnym nasileniu deficytu funkcji poznawczych od terapii kombinowanej nie znajduje uzasadnienie w wynikach badań klinicznych i nie jest zalecane.

Praktyczne rekomendacje dotyczące farmakoterapii otępienia z ciałami Lewy'ego i otępienia w chorobie Parkinsona:

1. Choremu z otępieniem z ciałami Lewy'ego lub otępieniem w chorobie Parkinsona należy zaproponować zastosowanie inhibitora cholinesterazy (najlepiej przebadana jest riwastygmina [I wybór], ewentualnie donepezil [II wybór]); dawkowanie i schemat podnoszenia dawek jest podobny do tego stosowanego w AD; ocena tolerancji i skuteczności powinna być dokonywana na bieżąco i u niektórych pacjentów, wystarczające mogą być dawki niższe od rekomendowanych dla otępienia w AD.
2. Ocena wpływu na parkinsonizm, zwłaszcza drżenie powinna być rutynowym elementem oceny tolerancji u chorych z parkinsonizmem.
3. Nie ma danych na stosowanie innych niż inhibitory cholinesterazy leków w leczeniu zaburzeń funkcji poznawczych u chorych z otępieniem z ciałami Lewy'ego i otępieniem w chorobie Parkinsona; w szczególności nie było systematycznie oceniane stosowanie memantynyaniterapii kombinowanej memantyna + inhibitor cholinesterazy.

Praktyczne rekomendacje dla leczenia otępienia naczyniopochodnego:

4. Metody farmakologicznej (statyny, leki obniżające ciśnienie krwi, leki przeciwcukrzycowe, aspiryna lub tiklopidyna lub pochodne warfaryny) i pozafarmakologicznej (dieta, aktywność fizyczna) profilaktyki wtórnej należy zalecać wszystkim chorym.
5. Leki o działaniu wazodylatacyjnym (najwięcej danych na temat nicergoliny i nimodipiny) można opcjonalnie zalecić niektórym chorym. Okresowej oceny wymaga nie tylko kliniczna efektywność w zakresie funkcji poznawczych, ale także możliwe objawy niepożądane, w tym zespoły podkradania.
6. Inhibitory cholinesterazy i memantyna mogą być zaproponowane jako opcja terapeutyczna u pacjentów, u których na podstawie danych klinicznych (zwłaszcza przebiegu choroby) oraz wyników badań dodatkowych (w tym badan obrazowych) możemy podejrzewać mieszane podłoże zaburzeń.

Praktyczne rekomendacje w leczeniu depresji

Przewodniki, w których nie stosowano analizy depresji osobno, lecz uwzględniano ją jako część objawów neuropsychiatrycznych, także zgodne są w zalecaniu:

- leków przeciwdepresyjnych z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (leki I rzutu),
- leków działających na dwa układy neuroprzekaźnikowe serotoninę, noradrenalinę i dopaminę (leki I rzutu),
- niektórych leków trójpierścieniowych, np. dezypraminy (leki II rzutu).

Ogólne zasady postępowania terapeutycznego w zaburzeniach zachowania

Zaburzeniom funkcji poznawczych w przebiegu otępienia mogą towarzyszyć zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne, zaburzenia afektywne i majaczenie. Obraz tych zaburzeń i ich częstość zostały najdokładniej zbadane w chorobie Alzheimera. Występują one u blisko 90% chorych z tym rozpoznaniem, są głównym źródłem obciążenia opieką i jednym z najistotniejszych czynników decydujących o konieczności instytucjonalizacji chorych. Przedstawione poniżej zasady postępowania terapeutycznego mają zastosowanie do wszystkich zaburzeń, niezależnie od etiologii otępienia, w przebiegu którego występują.

Nagłe pojawienie się objawów psychiatrycznych u chorego z otępieniem może być związane z pogorszeniem stanu somatycznego (zaburzenia świadomości), infekcja, odwodnienie, ból, uraz, problemy stomatologiczne, zaparcia) i stanowi wskazanie do starannej oceny jego stanu internistycznego, neurologicznego i wykonania badań laboratoryjnych. Jednocześnie należy dokonać we współpracy z opiekunem analizy czynników środowiskowych i sytuacyjnych (okoliczności wystąpienia, pora dnia, czynniki wyzwalające) mogących przyczyniać się do występowania zaburzeń zachowania. Przed wyborem metody postępowania należy również upewnić się, że obserwowane objawy nie są konsekwencją interakcji lekowych, polekowych objawów niepożądanych (w tym leki „bez recepty"!) lub intoksykacji.

Wybór metody postępowania zależy również od nasilenia objawów i wywoływanego przez nie pobudzenia. Zagrożenie bezpieczeństwa chorego i jego otoczenia jest decydującym czynnikiem przy rozważaniu wskazań do włączenia farmakoterapii. Jeśli jest to możliwe i bezpieczne w pierwszej kolejności należy wdrożyć leczenie przyczynowe (chorób towarzyszących) oraz postępowanie niefarmakologiczne (modyfikacje środowiskowe, edukacja opiekuna). Objawy psychotyczne o niewielkim nasileniu lub niepowodujące cierpienia u chorego ani u jego opiekuna nie wymagają stosowania leków psychotropowych.

Szkody wynikające z działań niepożądanych tych leków u osób w wieku podeszłym z rozpoznaniem otępienia przewyższają korzyści wynikające z terapii. Skuteczne leczenie zaburzeń zachowania i objawów psychotycznych zwiększa komfort i bezpieczeństwo chorego oraz zmniejsza poczucie obciążenia opieką opiekuna i poprawia jakość życia całej rodziny. Zaburzenia psychotyczne i zachowania w otępieniu mają charakter przemijający, okresowy i mogą ustępować samoistnie. Dlatego też podczas prowadzenia terapii należy regularnie oceniać stan psychiczny

chorego i po trzech miesiącach od uzyskania stabilizacji podjąć próbę redukcji dawki leków, z możliwością odstawienia, jeśli objawy nie nawrócą.

W pobudzeniu i agresji towarzyszącej depresji zalecane są kuracje łączone:

- lek przeciwdepresyjny z lekiem normotymicznym np. karbamazepiną lub kwasem walproinowym i jego solami (leczenie I rzutu),
- leki przeciwdepresyjne z inhibitorem cholinesterazy (leczenie II rzutu),
- leki o specyficznym wpływie na układ serotoninowy, np. trazodon (leczenie II rzutu).

W leczeniu depresji psychotycznej z odmową przyjmowania płynów i posiłków zaleca się:

- leczenie łączone lekiem przeciwdepresyjnym i przeciwpsychotycznymi (risperidon, olanzapina) (leczenie I rzutu),
- leczenie elektrowstrząsowe (leczenie I rzutu).

Rekomendacje dotyczące farmakoterapii zaburzeń psychotycznych i zaburzeń zachowania

1. Decyzję o zastosowaniu leków psychotropowych u chorego z otępieniem powinna poprzedzić staranna analiza stanu somatycznego i wykluczenie związku zaburzeń psychicznych z konkretnym stanem chorobowym, oraz wprowadzenie interwencji niefarmakologicznych. Interwencje edukacyjne i środowiskowe, modyfikacja zachowań opiekuna oraz organizacji otoczenia chorego często są wystarczająco skuteczne, a w przypadku konieczności włączenia leków zawsze powinny stanowić uzupełnienie farmakoterapii.
2. Inhibitory cholinesterazy posiadają udowodnioną skuteczność w redukcji nasilenia zaburzeń zachowania i objawów psychotycznych w otępieniach przebiegających z deficytem cholinergicznym (choroba Alzheimera, otępienie z ciałami Lewy'ego, otępienie w chorobie Parkinsona). O ile nie narusza to klauzuli bezpieczeństwa, włączenie leczenia lekiem z tej grupy u dotychczas nieleczonych pacjentów traktować należy jako postępowanie z wyboru.
3. Stosowanie leków psychotropowych powinno być ograniczone wyłącznie do sytuacji, w których zagrożone jest bezpieczeństwo chorego lub jego otoczenia, gdy zaburzenia psychiczne wywołują cierpienie u chorego lub są szczególnie wyczerpujące dla opiekuna.
4. W przypadku braku skuteczności strategii niefarmakologicznych oraz inhibitorów cholinesterazy wskazane jest stosowanie leków o działaniu przeciwpsychotycznym. Nie ma dowodów na istotnie większą skuteczność konkretnego leku lub grupy, dlatego przy wyborze środka przeciwpsychotycznego należy kierować się profilem działań niepożądanych i stanem somatycznym chorego. Zalecane jest stosowanie niskich dawek, powolne ich podnoszenie, regularne monitorowanie stanu psychicznego
   i podejmowanie prób odstawienia leków po okresie trzymiesięcznej stabilizacji.

5. Wskazaniem do stosowania leków o działaniu przeciwpsychotycznym są też stany pobudzenia bez objawów psychotycznych. W przypadku ich nieskuteczności można rozważyć podanie niskich dawek leków przeciwpadaczkowych.
6. Leki o działaniu uspokajającym powinny być stosowane doraźnie lub możliwie krótko. Zalecane są w przypadkach opornych na inne postępowanie oraz gdy konieczne jest opanowanie lęku w określonej sytuacji.
7. W stanach pobudzenia w otępieniu z ciałami Lewy'ego wystarczy niekiedy włączenie leku z grupy inhibitorów cholinesterazy. Wybór leku przeciwpsychotycznego musi być ograniczony do tych substancji, które nie powodują objawów pozapiramidowych (klozapina, kwetiapina), a stosowane dawki jak najniższe, ze względu na objawy autonomiczne i nadwrażliwość na neuroleptyki charakterystyczne dla tego typu otępienia.
8. Wyniki kilku badań klinicznych wskazują na względną skuteczność trazodonu i selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny w zaburzeniach zachowania w otępieniu czołowo-skroniowym.

ORGANIZACJA OPIEKI NAD PACJENTEM Z ZESPOŁEM OTĘPIENNYM

Mimo izolacji społecznej ludzie w starszym wieku nie są sami. Brak najbliższej rodziny jest zastępowany przez przyjaciół i sąsiadów, ich brak powoduje wsparcie ze strony pomocy społecznej. Jakość tych pomocy jest różna, ale ma przynajmniej jedną cechę wspólną - angażuje członków społeczeństwa. Badania naukowe wykazują jak bardzo obciążeni są opiekunowie osób cierpiących z powodu przewlekłych chorób. Śmiertelność w tej grupie ludzi jest wyższa niż w grupach osób nie obciążonych opieką, często cierpią oni na liczne choroby somatyczne i depresję. Omawiana sytuacja dotyczy zwłaszcza często występujących w starości chorób społecznych, takich jak przewlekłe choroby neurologiczne czy zespoły otępienne naczyniopochodne i choroba Alzheimera. Chorzy
z chorobami somatycznymi i otępieniami, którzy nie mają opieki, wyrywani są z środowiska i zamykani w domach pomocy. Komfort ich życia ulega znacznemu pogorszeniu, a obciążenie finansowe społeczeństwa znacznie zwiększa się. Rozumienie problemów starości powinno zaowocować wizją lepszych form opieki np. form pośrednich oferujących pomoc profesjonalną zlokalizowaną w środowisku.

Opieka nad pacjentem z chorobą Alzheimera powinna odbywać się przy pomocy lekarza, wykwalifikowanej pielęgniarki czy też przeszkolonego opiekuna medycznego, przy współudziale fizjoterapeuty lub pracownika socjalnego. Celem jej jest poprawa jakości życia chorego, jak najdłuższe zachowanie samodzielności w zakresie samoobsługi i odroczenie konieczności umieszczenia chorego w ośrodku opiekuńczym, ale także zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa, aby nie stymulować i nie nasilać niepokoju, pobudzenia czy objawów psychotycznych.

W zapewnieniu opieki na możliwie wysokim poziomie istotny udział ma pielęgniarka, która powinna współuczestniczyć w szkoleniu rodziny w zakresie bezpośredniej opieki

nad chorym i pomagać mu w rozwiązywaniu konkretnych problemów dotyczących pielęgnacji, karmienia, kąpieli itp. Musi mieć możliwość przyjścia do domu chorego w celu oceny jego stanu i zaproponowania konkretnych rozwiązań usprawniających jego funkcjonowanie w środowisku. Zadaniem pielęgniarki jest także koordynowanie pracy opiekuna z pracą lekarza i informowanie lekarza o ewentualnych zmianach obserwowanych u pacjenta.

Wraz z narastaniem zaburzeń funkcji poznawczych u chorego rośnie rola jego opiekuna, bez którego z czasem chory nie może samodzielnie funkcjonować. Chorym może zajmować się wiele osób, ale jedna z nich powinna wziąć na siebie obowiązek bycia głównym opiekunem. W Polsce głównym opiekunem chorego jest najczęściej członek rodziny (85%), dziecko (39%) lub współmałżonek (36%). Rzadko jest to sąsiad lub znajomy, a jedynie w przypadku 4% chorych rolę tę pełni opiekun instytucjonalny.

Według danych opublikowanych przez Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, czas opieki w pierwszym roku od ujawnienia się objawów otępienia wynosi średnio około 2 godziny, w drugim - 4, w piątym - około 9, w siódmym - około 14, a w dziesiątym - prawie całą dobę. Średnio opiekun poświęca choremu z otępieniem ponad 7 godzin w ciągu doby. Tak intensywna i uciążliwa opieka musi wywierać destrukcyjny wpływ na życie rodzinne, zawodowe i społeczne opiekuna, wywołując wiele następstw przewlekłego stresu, takich jak: bezsenność, rozdrażnienie, złość, wstyd, utrata poczucia własnej wartości, poczucie winy, stany depresyjne, a także zachowania agresywne (czynne i bierne) wobec chorego. Przyczynia się także do częstszego występowania wśród opiekunów poważnych problemów zdrowotnych związanych głównie z chorobami serca, nadciśnieniem tętniczym, zwyrodnieniem stawów, cukrzycą czy zaburzeniami gastrycznymi. Dowiedziono, że opieka nad chorym z otępieniem jest bardziej uciążliwa i stresogenna niż nad osobami z chorobami somatycznymi. Uciążliwość ta staje się jeszcze większa w sytuacji problemów finansowych, braku odpowiedniej wiedzy o chorobie i zasadach opieki, nieumiejętności radzenia sobie z nowymi czy narastającymi problemami medycznymi chorego, a także przy braku zrozumienia ze strony innych członków rodziny czy otoczenia i osamotnienia w działaniu. Stąd nieodłącznym elementem postępowania w stosunku do chorego
z otępieniem musi być wsparcie psychiczne i materialne jego opiekuna, zapewnienie mu pomocy innych osób (członków rodziny czy instytucji, np. ośrodków pomocy społecznej) oraz regularnego odpoczynku.

Grupy wsparcia, w których powinni uczestniczyć zarówno opiekunowie, jak i chorzy, umożliwiają odreagowanie emocjonalne związane z opieką oraz wymianę doświadczeń, a także dostarczają praktycznych wskazówek co do przebiegu choroby. Opiekun ma również możliwość korzystania z porad prawnych, informacji na temat środków pielęgnacyjnych i sprzętu rehabilitacyjnego.

Najlepszym miejscem dla pacjenta z otępieniem jest jego własny dom, urządzony bezpiecznie i przystosowany do pogarszającej się sprawności psychofizycznej. Pokój

chorego powinien być jasny, dostarczać bodźców wynikających ze zmiany pór dnia, urządzony bezpiecznie, najlepiej z obecnością mebli i przedmiotów znanych wcześniej choremu. Chory powinien mieć wygodny fotel, z poduszką przeciwodleżynową i możliwością wyższego ułożenia nóg w celu profilaktyki przeciwobrzękowej kończyn dolnych. Kolory ścian powinny być przyjazne i ciepłe, z podłogi należy usunąć wszelkie przeszkody w postaci dywaników, progów czy kabli elektrycznych. Nie zaleca się także wykładzin dywanowych trudnych do utrzymania w czystości i łatwo wchłaniających przykre zapachy. Z myślą o bezpieczeństwie chorego powinno się zabezpieczyć gniazdka wtykowe, okna i drzwi balkonowe, a także brzegi mebli. W przypadku osób leżących, łóżko (nie tapczan!) powinno mieć dostęp z obu stron. Zaleca się zainstalowanie przy nim drabinek i uchwytów zabezpieczających przed upadkiem i ułatwiających samodzielne poruszanie się chorego.

Ważna jest również utrwalająca orientację w czasie obecność w pokoju zegara i kalendarza. Ważnym elementem przystosowania domu jest także zabezpieczenie kuchenki gazowej w zawór odłączający dopływ gazu. Zawsze przed wyjściem opiekuna z domu gaz powinien być odcięty. Podobnie należy zabezpieczyć kuchenkę elektryczną.

W szczególny sposób zapewniający bezpieczeństwo chorego należy przystosować łazienkę, wyposażyć ją w uchwyty, poręcze i dywaniki przeciwpoślizgowe, a na wannie zainstalować specjalne siedzisko. Droga do łazienki i toalety powinna być wyraźnie, najlepiej kolorowo, oznakowana, zabezpieczone muszą być wyjścia na schody, a na nich założone podkładki antypoślizgowe. Należy usunąć lub umieścić w niedostępnym dla chorego miejscu wszelkie kluczyki i inne, drobne lub cenne, ale niebezpieczne dla chorego przedmioty, a z drzwi usunąć wszelkie zamknięcia.

Głównymi problemami pielęgnacyjnymi u chorych na Alzheimera są:

- deficyty w samopielęgnowaniu i kierowaniu życiem osobistym,
- zaburzenia myślenia i pamięci,
- izolacja społeczna i bezczynność,
- zaburzenia komunikowania,
- niewłaściwe zachowania chorego i deficyt wiedzy oraz umiejętności postępowania opiekunów,
- zaburzenia snu i wędrowanie oraz sen w ciągu dnia,
- odwodnienie i niedożywienie,
- nietrzymanie moczu i stolca,
- zaparcia,
- obciążenie opiekuna.

W komunikowaniu pielęgniarka powinna wykazywać postawę życzliwości, szacunku, zrozumienia i akceptacji. Wykazywać akceptację i zrozumienie dla postępujących trudności w komunikowaniu się z otoczeniem oraz zachowań chorobowych (np. chory często uruchamia mechanizmy obronne lub nie posiada dostatecznego wglądu w chorobę). Stwarzać atmosferę bezpieczeństwa i zaufania. Dążyć do inicjowania i podtrzymywania kontaktu. Zwracać się bezpośrednio do chorego po nazwisku,

nawiązując kontakt wzrokowy, mówić wolno, spokojnym tonem, używać krótkich zwrotów, podzielić zadanie na etapy (np. podczas wykonywania czynności, mówić po kolei, co należy robić). Dodatkowo używać niewerbalnych komunikatów (mimika, gest), które nie powinny wyrażać negatywnych emocji, pośpiechu.

Jeśli jest się osobą obcą lub chory ma trudności z przypomnieniem sobie osoby, przedstawić się (nie mówić np. „wiesz kim jestem, prawda?”).

Ustalić plan pracy chorego dotyczący czynności dnia codziennego (gotowanie, robienie zakupów, sprzątanie itp.). Plan powinien uwzględnić wykonywanie czynności złożonych i prostych (np. pomoc przy nakrywaniu do stołu, zamiatanie podłogi, wynoszenie śmieci, podlewanie kwiatów itp.). Podczas wykonywania czynności nie wyręczać chorego. Jeżeli był przyzwyczajony do osobistego robienia zakupów i potrafi wrócić do domu bez błądzenia, nadal powinien to robić. Należy jednak upewnić się, że posiada zawsze przy sobie identyfikator z danymi osobowymi oraz miejscem zamieszkania. Można go zawiesić na szyi lub założyć jako bransoletkę na ręce. Jeśli to możliwe powiadomić pracowników odwiedzanego przez chorego sklepu o jego problemach związanych z pamięcią
i orientacją.

Używać w kontakcie z chorym coraz prostszych zwrotów w miarę nasilających się zaburzeń. Przyjąć wspierającą postawę. Komunikować choremu, że jest słuchany, że staramy się go zrozumieć, dawać mu czas na odpowiedź, starać się nie przerywać wypowiedzi. Udzielać choremu krótkich odpowiedzi i następnie odwracać uwagę na coś innego, gdy wielokrotnie zadaje to samo pytanie, lub nie pamięta udzielanych odpowiedzi. Starać się również odwracać uwagę, gdy zapomniał o co chciał zapytać lub co zamierzał zrobić. Nie pytać o przyczyny trudności z pamięcią (np., dlaczego nie pamięta?). Mieć świadomość własnych wypowiedzi (unikać ośmieszania, krytyki, dyskusji, mówienia
o chorym w jego obecności w trzeciej osobie: „on, ona"). Eliminować hałas i inne działania, aby nie rozpraszać chorego, gdy widoczne są trudności z selekcjonowaniem bodźców. Stosować dotyk po uprzedzeniu chorego. Jeśli pacjent nie może lub nie chce mówić, używać odzwierciedlania, parafrazowania, ustnego dawania do zrozumienia, co może pomóc zwiększyć zaufanie chorego i zachęcić do rozmowy o bolesnych sprawach (np. „to musiało być trudne dla Pana, gdy mówi się do Pana tak jakby Pana nie było?"). Nie podejmować dyskusji z chorym na temat czynności, która jeszcze nie rozpoczęła się, gdy chory ma trudności z wyobrażeniem sobie sposobu wykonania danej czynności (np. wtedy często zadaje wiele pytań). Zapewnić pomoc logopedy, gdy występują zaburzenia mowy.

W ciągu dnia dążyć do utrzymania ukierunkowanej aktywności chorego (znajdować zajęcia) tak długo, jak to jest możliwe, gdy występują objawy bezcelowego „wędrowania" i zaburzeń rytmu dobowego (zaburzenia snu w nocy). Nie dopuszczać do przysypiania przez chorego w ciągu dnia. W godzinach wieczornych działania opiekuńcze powinny być ukierunkowane na pomoc choremu w zasypianiu i zwiększać

efektywność snu nocnego. Zapewnić choremu możliwość spaceru, wykonanie relaksacyjnych ćwiczeń fizycznych, stosować masaż pleców, ciepłe kąpiele. Na około 2 godziny przed snem ograniczać napoje zawierające kofeinę i teinę (kawa, herbata, coca cola) oraz ograniczyć płyny. Wieczorem podawać zlecone przez lekarza leki nasenne i uspokajające. Bezpośrednio przed snem umożliwiać skorzystanie z toalety.

Zapobiegać niewłaściwym zachowaniom, obserwując objawy narastającego stresu (niepokój, lęk pobudzenie, zaburzenia dezorientacji itp.) Podczas wystąpienia zachowań gwałtownych (agresywnych) dążyć do ich zminimalizowania i zapobiegać tzw. reakcjom katastroficznym (skrajny brak kontroli nad reakcjami - gwałtowne negatywne emocje i zachowania agresywne zagrażające choremu i otoczeniu). Utrzymujące się niektóre zachowania gwałtowne mogą stanowić efekt przedłużającej się reakcji katastroficznej, czasami powiązanej z nieterapeutyczymi zachowaniami osób opiekujących się chorym, takimi jak brak zrozumienia i zachowania agresywne wobec chorego. Zachować spokój (postawa, wypowiedzi, zachowania niewerbalne - dotyk). Zapewnić wypoczynek, nie interpretować złości chorego, ograniczyć bodźce, unikać gniewu, złości, starać się nie używać siły fizycznej. Podobnie zachować spokój i nie reagować gwałtownie podczas wystąpienia niestosownych zachowań seksualnych chorego lub kojarzących się z seksualnymi. Starać się zrozumieć sytuację (czasami zachowania związane np. ze zdejmowaniem ubrania wiążą się z zaspokojeniem potrzeb fizjologicznych - chęć pójścia do toalety, których chory nie potrafi komunikować). Odwrócić uwagę chorego, spokojnie wyprowadzić z pomieszczenia, (w którym np. obnaża się), dać coś do ręki, wyjaśnić choremu, co się dzieje. Zakładać bluzki zapinane z tyłu. Podczas składania propozycji seksualnych wobec bliskich (np. własnych dzieci), starać się wyjaśnić choremu, kim są te osoby. Również odwrócić uwagę od wydarzenia, które wywołało reakcję lub przyczynę, zidentyfikować je, aby zapobiec takim sytuacjom w przyszłości lub zmniejszyć ich nasilenie.

Skupić uwagę chorego na innym zajęciu (zaburzenia pamięci pomagają zapomnieć, co było przyczyną zachowania). Napoje kofeinowe (kawa, herbata, coca-cola) zmienić na bezkofeinowe (nie będą przyczyniać się do pobudzenia). Niestosowne zachowania zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

Minimalizować objawy w zakresie zniekształcenia interpretacji rzeczywistości. Zapewnić dobre oświetlenie pomieszczeń. Zaciągnąć zasłony, gdy choremu wydaje się, że widzi coś za oknem. Upewnić się czy chory ma problemy ze wzrokiem lub słuchem oraz wyrównać ewentualne deficyty (możliwa przyczyna pogorszenia sprawności umysłowej). Sprawdzić czy okulary są dobrze dopasowane i czy aparat słuchowy działa prawidłowo w momencie problemów ze słuchem. Włączyć chorego w rozmowę przez bezpośrednie zwracanie się do niego, nie mówić o nim w trzeciej osobie. Podczas zmiany miejsca otoczenia. Na przykład podczas hospitalizacji przypominać choremu gdzie się znajduje, uspokajać, respektować przyzwyczajenia, zachęcać bliskich do częstych odwiedzin. Pozwolić choremu nosić osobiste ubrania, mieć domowy koc, ustawić rodzinne fotografie, co pomoże poczuć się pewniej. Rodzina może pisać listy, które

opiekun może odczytywać. Zadbać o to, by podczas badań przy chorym był ktoś znajomy lub zaufana osoba

Obserwować chorego w kierunku występowania objawów depresyjnych. Starać się niwelować obecne objawy depresji poprzez proponowanie choremu zajęć dających poczucie zadowolenia, dostosowanych do jego możliwości (najmniejsze niepowodzenie może pogarszać samopoczucie). Proponować odwiedziny przyjaciela, włączać chorego w rozmowę, zaproponować rozmowę z psychoterapeutą, psychiatrą, duchownym. Komunikaty o samobójstwie traktować poważnie (usunąć niebezpieczne przedmioty np. noże, leki, rozpuszczalniki, kluczyki samochodowe, broń, itp.). Biorąc jednak pod uwagę ryzyko samobójstwa, często zaplanowanie i realizacja samobójstwa jest zadaniem przekraczających możliwości chorego. W takiej sytuacji większe jest ryzyko wystąpienia samookaleczenia. Dostosować aktywność fizyczną do postępujących problemów w tym zakresie. Motywować chorego do aktywności i poprzestać na takiej formie, która gwarantuje poczucie swobody, sensowności jej wykonania oraz możliwości ukończenia (zachęcanie do aktywności może poprawić samopoczucie, nastrój, zmniejszyć niepokój, zapobiegać zanikowi mięśni, sprzyja utrzymaniu ogólnej kondycji). Zapewnić aktywność na świeżym powietrzu. Ćwiczenia w grupach lub opiekunów z chorymi często ich zbliżają (spacer, zabawa z psem, taniec, uprawianie wcześniejszych sportów w uproszczonej formie), ćwiczenia fizyczne powinny odbywać się o tej samej porze, z zapewnieniem spokoju, być uporządkowane, obejmować całe ciało od głowy do stóp oraz nie powodować nadmiernego wysiłku. Chory może ćwiczyć klika minut, gdy wykazuje zmęczenie, niepokój lub w inny sposób komunikuje chęć zakończenia, nie zmuszać go do kontynuowania, lecz skoncentrować się na tym, co zrobił i pochwalić (wzmacniać pozytywnie). Pomagać chorym w wykonywaniu ćwiczeń lub umożliwić ich wykonywanie na krześle bądź w łóżku, gdy występują takie problemy jak trudności z utrzymaniem równowagi, osłabienie, zmęczenie, sztywność stawów, przykurcze, brak możliwości chodzenia.

- Asystować i pomagać choremu w miarę nasilania się trudności podczas ubierania się. Przygotować maksymalnie 2 ubrania do wyboru (zbyt duży wybór może być mylny, lub powodować dezorientację). Ubrania powinny być wygodne, z naturalnych materiałów, dostosowane do warunków pogody, łatwe do zapinania (zatrzaski, zamki błyskawiczne, przylepce). Należy je rozmieścić w takiej kolejności, w jakiej będą nakładane przez chorego. Skrócić czynności, wprowadzić rutynę kolejności działań, gdy chory będzie zapominał jak należy je wykonywać, uprościć zadania. Podobna zasada dotyczy czynności związanych z wykonywaniem toalety i spożywaniem posiłków, itp.
- Przed wykonaniem toalety omówić z chorym kolejność wykonanych czynności. Podczas toalety chory może siedzieć na krześle lub opierać się o nie, zapewnić intymność, aktywizować chorego (np. podając mydło, gąbkę) oraz podtrzymywać kontakt werbalny i niewerbalny
- W diecie zapewnić dostarczenie pokarmów lekkostrawnych, bogatych w błonnik, z niską zawartością tłuszczów zwierzęcych, unikać potraw wzdymających i strączko-

wych z uwzględnieniem towarzyszących schorzeń (np. dieta z niska zawartością soli w nadciśnieniu tętniczym, dieta papkowata przy braku uzębienia). Dostarczyć na dobę około 2 litrów płynów (niegazowanych, z ograniczeniem zawartości kofeiny). Posiłki powinny być rozłożone na 3 większe i 2 mniejsze, przyjmowane o stałych porach (harmonogram spożywania posiłków umieścić w widocznym miejscu na lodówce lub tablicy korkowej). Uwzględnić upodobania smakowe chorego.

Podczas spożywania posiłków chory może używać łyżki lub rąk, gdy ma trudności w wykonywaniu ruchów precyzyjnych (jedzenie przy pomocy noża i widelca). Po każdym posiłku, nakłaniać chorego do mycia zębów. Gdy chory ma trudności stosować technikę lustra i krótkie polecenia: „proszę wziąć szczoteczkę, nałożyć pastę, umyć zęby z tyłu, przodu, czynność powtórzyć" itd.

Zapewnić udogodnienia (kule, balkoniki, poręcze, wózek), specjalistyczne łóżko do opieki nad chorym leżącym, gdy występują problemy z poruszaniem. Wraz z ograniczeniem aktywności fizycznej wzrasta ryzyko powstania odleżyn, przykurczy, osłabienia siły mięśniowej, szczególnie, gdy chory długo leży lub siedzi w jednej pozycji, ma ciasne ubranie, obrzęki, jest nieprawidłowo odżywiany. Pozwolić choremu by nadal uczestniczył w życiu rodziny, ośrodka (może siedzieć w fotelu), jeżeli nie potrafi już chodzić. Zabezpieczyć poduszkami lub przymocować prześcieradłem w pasie, zawiązanym za siedzeniem, gdy siedząc pochyla się nadmiernie. Często zmieniać pozycję z krzesła do łóżka, by nie doszło do powstania odleżyn. Opóźniać moment, gdy chory będzie musiał przebywać wyłącznie w łóżku (później traci zdolność siedzenia). Zapewnić zmianę pozycji, co dwie godziny z jednego boku na drugi, gdy chory leży. Zabezpieczyć szczególnie narażone okolice ciała: utrzymywać skórę suchą i czystą, wyposażyć chorego w materac przeciwodleżynowy, poduszeczki i podkładki, które można umieszczać między kolana, lub podkładać pod plecy. Układać chorego z uniesionym wezgłowiem, gdyż trudności z połykaniem lub płasko ułożona głowa mogą przyczynić się do zakrztuszenia śliną, pokarmem. Pomóc w utrzymaniu higieny jamy ustnej. Sprawdzić stan uzębienia, protezę zębową (czy dobrze przylega, czyścić ją po każdym posiłku). Dopasować protezy zębowe przed jedzeniem. Obserwować czy nie ma podrażnienia dziąseł. Karmić przez sondę, gdy postępuje utrata masy ciała. Obserwować chorego i zapobiegać bezwiednemu usuwaniu sondy (chory często usuwa sondę, gdy stanowi ona przeszkodę i nasila się niepokój).

Przypominać lub pytać chorego czy odczuwa potrzebę oddania moczu lub stolca, gdy występują zaburzenia w zakresie kontrolowania moczu i stolca. Dostarczyć dostateczną ilość płynów w ciągu dnia z ograniczeniem w godzinach wieczornych. Zakładać ubranie prostsze do zdejmowania. Zmniejszyć odległość do łazienki lub zostawić nocnik/kaczkę przy łóżku chorego. Umożliwić wygodne korzystanie z toalety poprzez zastosowanie poręczy, uchwytów ułatwiających siadanie i wstawanie, podnoszonych ruchomych siedzisk sedesowych, zapewnić swobodne oparcie dla stóp. Skoncentrować uwagę chorego np. na słuchaniu muzyki w celu dłuższego przebywania na sedesie. Zostawiać zapalone nocne lampki w pokoju chorego i łazience, gdy chory nie trzyma moczu w nocy.

Budzić chorego w nocy, by mógł skorzystać z toalety. Zakładać prześcieradła lub podkłady z flaneli oraz z materiału nieprzemakalnego na łóżko. Nauczyć chorego dobowego rytmu czynności fizjologicznych (prowadzić dziennik obserwacji). Należy zwracać uwagę na pozawerbalne sygnały powiązane z oddaniem lub zatrzymaniem moczu (chory może odczuwać skrępowanie zaspokajając potrzeby fizjologiczne w obecności innych osób). Zastosowanie cewnikowania powinno być ostatecznością. Pacjent powinien przebywać we własnym domu tak długo jak to jest możliwe

W przypadku, gdy opieka domowa staje się niemożliwa, konieczne jest umieszczenie chorego w instytucji opiekuńczej. Chorzy z otępieniem mogą korzystać z pomocy pół-stacjonarnej lub stacjonarnej.

Problemy związane z ubezwłasnowolnieniem

W ostatnich latach w Polsce rośnie liczba osób ubezwłasnowolnionych. W roku 1985 takich osób było 23.859, natomiast w roku 2008 liczba ta w Polsce wynosiła ponad 60 tys.

Koniecznie należy wiedzieć, że podstawą do ubezwłasnowolnienia może być jedynie dobro osoby, której proces ma dotyczyć. W żadnym wypadku nie mogą to być np. korzyści osobiste czy finansowe.

Ubezwłasnowolnienie – częściowe lub całkowite pozbawienie **osoby fizycznej zdolności do czynności prawnych**. Ubezwłasnowolnienie następuje w formie **orzeczenia sądowego.**

Ubezwłasnowolnienie stosuje się, gdy osoba ze względu na stan zdrowia nie jest w stanie wyrazić własnej woli i podejmować decyzji w sposób świadomy.

Osoba, która ukończyła lat 13, może być ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju **zaburzeń psychicznych,** w szczególności alkoholizmu lub **narkomanii,** nie jest w stanie kierować swym postępowaniem. Dla ubezwłasnowolnionego całkowicie ustanawia się **opiekę,** chyba że pozostaje on jeszcze pod **władzą rodzicielską.**

Czynność prawna dokonana przez osobę, która nie ma zdolności do czynności prawnych, jest nieważna.

Osoba **pełnoletnia** może być ubezwłasnowolniona częściowo z powodu choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności alkoholizmu lub narkomanii, jeżeli stan tej osoby nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego, lecz potrzebna jest pomoc do prowadzenia jej spraw. Dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo ustanawia się **kuratelę.**

Sprawy o ubezwłasnowolnienie należą do właściwości **sądów okręgowych**, które rozpoznają je w składzie trzech **sędziów zawodowych**, przy czym **właściwy**

miejscowo jest **sąd miejsca zamieszkania** osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie,
a w braku miejsca zamieszkania - sąd miejsca jej pobytu.

Wniosek o ubezwłasnowolnienie może zgłosić **małżonek** osoby, której dotyczy **wniosek** o ubezwłasnowolnienie, jej **krewni** w linii prostej oraz **rodzeństwo,** jej **przedstawiciel ustawowy, prokurator**. Krewni osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, nie mogą zgłaszać tego wniosku, jeżeli osoba ta ma przedstawiciela ustawowego.

Opiekunem prawnym może zostać pełnoletnia osoba, która ma pełną zdolność do czynności prawnych i nie została pozbawiona praw publicznych.

Nie może być ustanowiony opiekunem ten, w stosunku do kogo zachodzi prawdopodobieństwo, że nie wywiąże się należycie z obowiązków opiekuna. Opiekun powinien zostać wybrany spośród krewnych i bliskich osoby ubezwłasnowolnionej. Może nim zostać mąż, żona, rodzic, rodzeństwo, pełnoletnie dziecko. Sąd może ustanowić również inna osobę lub ustanowić kuratora z urzędu.

Warto podkreślić, że jeśli zmieni się sytuacja osoby ubezwłasnowolnionej, można dokonać zmiany z ubezwłasnowolnienia częściowego na całkowite i na odwrót oraz jego uchylenia, jeżeli istnieją co do tego przesłanki. Sąd może też zmienić opiekuna prawnego, jeśli ten nie będzie w stanie wywiązywać się ze swoich obowiązków.

SZKOLENIA DLA LEKARZY, PIELĘGNIAREK:			
TEMAT	LICZBA GODZIN	PROWADZĄCY	TERMIN
Zespoły otępienne – diagnoza.	2	psychiatra	
Różnicowanie zespołów otępiennych.	2	psychiatra	
Farmakoterapia zespołów otępiennych.	2	psychiatra	
Farmakoterapia w BPSD.	2	psychiatra	
Analiza przypadków chorych z otępieniami.	2	psychiatra	
Depresja a otępienie.	2	psychiatra	
Organizacja opieki nad pacjentem z zespołem otępiennym.	2	pracownik socjalny	
Organizacja opieki nad chorym leżącym w warunkach domowych.	2	pielęgniarka	
SZKOLENIA DLA SENIORÓW (kluby seniorów, Uniwersytet Trzeciego Wieku, Dzienne DPS-y, otwarte spotkania, inne)			
Problemy z pamięcią – norma czy choroba ?	2	psycholog	
Formy pomocy osobom z zaburzeniami pamięci.	2	psycholog	

Załącznik nr 9.

PROGRAM ORAZ MATERIAŁY SZKOLENIOWE DLA UCZESTNIKÓW SZKOLENIA PN. „**WYTYCZNE W ZAKRESIE RÓWNOŚCI SZANS ORAZ NIEDYSKRYMINACJI ZE WZGLĘDU NA PŁEĆ I NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ W PROJEKTACH** UE 2014-2020”.

RAMOWY PROGRAM SZKOLENIA:

1. Płeć, niepełnosprawność i równość szans – wprowadzenie.
2. Stereotyp, uprzedzenie, dyskryminacja i jej rodzaje.
3. Czym charakteryzuje się projekt równościowy?
4. Wymogi wobec projektów UE 2014-2020 w zakresie niedyskryminacji ze względu na niepełnosprawność.
5. Standard minimum - wymogi wobec projektów UE 2014-2020 w zakresie niedyskryminacji ze względu na płeć.
6. Przykłady działań na rzecz równości szans na etapie realizacji projektu.
7. Wytyczne i akty prawne w zakresie równości szans. Podsumowanie szkolenia.

MATERIAŁY DYDAKTYCZNE:

1. Prezentacja multimedialna.
2. Skrypt dla uczestników zajęć.

ŚRODKI DYDAKTYCZNE:

1. Flipchart wraz z markerami.
2. Rzutnik multimedialny.
3. Ekran do rzutnika.

DOŚWIADCZENIE WYKŁADOWCY:

Standard minimum: wykształcenie wyższe socjologiczne (psychologiczne lub pedagogiczne), min. 2-letnie doświadczenie w przeprowadzaniu szkoleń z zakresu równości szans kobiet i mężczyzn oraz niedyskryminacji osób niepełnosprawnych.

CZASOWY WYMIAR SZKOLENIA:

Szkolnie 1-dniowe, 4-godzinne dla personelu projektu, skierowane osób zatrudnionych w ramach Centrum Consultor, osób zaangażowanych ze strony Partnerów, pracowników ZPO, zaangażowanego personelu medycznego, dla zainteresowanych uczestników projektu.

MATERIAŁY SZKOLENIOWE (prezentacja multimedialna)

WYTYCZNE W ZAKRESIE RÓWNOŚCI SZANS ORAZ NIEDYSKRYMINACJI ZE WZGLĘDU NA PŁEĆ I NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ W PROJEKTACH UE 2014-2020

Opracowanie materiału: dr Magdalena Bergmann

DLACZEGO ROZMAWIAMY O RÓWNOŚCI/NIERÓWNOŚCI SZANS?

Jak stereotypy mogą wpłynąć na życie jednostek?

- **STEREOTYP**
  uogólniony osąd nt. grupy społecznej

↓

- **UPRZEDZENIE**
  postawa wobec jednostki kierowana osądem

↓

- **DYSKRYMINACJA**
  krzywdzące traktowanie wynikające z uprzedzenia

↓

- **NIERÓWNOŚĆ**
  gorsze położenie społeczne będące skutkiem dyskryminacji

PRZYKŁAD DZIAŁANIA MECHANIZMU: PŁEĆ

STEREOTYP	
uogólniony osąd nt. grupy społecznej	*„mężczyźni stworzeni są do wyższych czynów, polityki, biznesu"*

UPRZEDZENIE	
postawa wobec jednostki dyktowana ogólnym osądem	*„pedagog specjalny to nie zawód dla młodego mężczyzny"*

DYSKRYMINACJA	
krzywdzące, nieuzasadnione traktowanie spowodowane uprzedzeniem	*podważanie kwalifikacji, odmowa przyjęcia do pracy z powodu płci*

NIERÓWNOŚĆ	
gorsze położenie będące skutkiem dyskryminującego traktowania	*bezrobocie, gorsza sytuacja materialna, spadek samooceny*

PRZYKŁAD DZIAŁANIA MECHANIZMU: NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

STEREOTYP	
uogólniony osąd nt. grupy społecznej	*„osoby niepełnosprawne kojarzą się ze słabością i niesamodzielnością"*

UPRZEDZENIE	
postawa wobec jednostki dyktowana ogólnym osądem	*„osoba na wózku to nienajlepszy kandydat na lidera naszej organizacji"*

DYSKRYMINACJA	
krzywdzące, nieuzasadnione traktowanie spowodowane uprzedzeniem	*podważanie zasług, zniechęcanie do ubiegania się o funkcję, pomówienia*

NIERÓWNOŚĆ	
gorsze położenie będące skutkiem dyskryminującego traktowania	*spadek znaczenia w organizacji, wycofanie się z życia publicznego*

DYSKRYMINACJA - CZYM JEST? (1)

- stosowanie kryteriów osobistych (płeć, wiek, rasa, poglądy, stan zdrowia, stopień sprawności) tam, gdzie powinny liczyć się kryteria merytoryczne (wiedza, doświadczenie, kwalifikacje)

- wszelkie wyłączenie lub ograniczenie, którego celem lub skutkiem jest **uniemożliwienie jednej z grup/kategorii korzystania na równi z innymi grupami/kategoriami z:**
  - zasobów (materialnych, niematerialnych)
  - praw człowieka
  - podstawowych wolności w sferze życia politycznego, obywatelskiego, gospodarczego, społecznego, kulturalnego

DYSKRYMINACJA - CZYM JEST? (2)

DYSKRYMINACJA BEZPOŚREDNIA

- osoba jest traktowana mniej korzystnie od innych osób z powodu kryteriów, które nie powinny być użyte do jej oceny w danej sytuacji (płeć, wiek, rasa, poglądy, religia, stopień sprawności, itp.)

- *„ma Pani świetne CV, ale to raczej nie jest praca dla kobiety w pani wieku"*

DYSKRYMINACJA POŚREDNIA

- pozornie neutralny stan rzeczy: przepis, kryterium, praktyka działa na niekorzyść osoby/grupy i ogranicza jej szanse

- *kręte schody w budynku uczelni - bariera dla niepełnosprawnego ruchowo studenta, szkolenia pracownicze po godzinach pracy - bariera dla rodzica z małym dzieckiem*

DWA PODEJŚCIA DO PRZECIWDZIAŁANIA DYSKRYMINACJI

RÓWNE TRAKTOWANIE

- stosowanie tych samych kryteriów dla różnych grup
- nieodwoływanie się do kryteriów pozamerytorycznych (osobistych)
- unikanie dyskryminacji ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność
- *„w olimpiadzie matematycznej mogą wziąć udział wszyscy uczniowie i uczennice gimnazjów na terenie województwa, do drugiego etapu przejdą wszystkie osoby, które uzyskają co najmniej 120 pkt"*

ZRÓŻNICOWANE TRAKTOWANIE

- działania wyrównawcze, służące zrównaniu szans różnych grup w danej sferze
- „każdemu wedle potrzeb" zamiast „każdemu tyle samo"
- są dopuszczalne, kiedy sytuacja obu grup różni się na tyle, że samo równe traktowanie nie jest wystarczające
- *„dla zapewnienia pełnej dostępności biblioteki dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności budynek biblioteki zostanie wyposażony w windy, podjazdy, WC z udogodnieniami, tablice brajlowskie i system do tłumaczeń migowych online"*

CZYM NIE JEST RÓWNE TRAKTOWANIE?

- „neutralna ślepota": ignorowanie różnic w sytuacji społecznej, doświadczeniach życiowych i potrzebach różnych grup, często tłumaczone potrzebą zachowania neutralności
- ograniczenie wolnego wyboru: sugerowanie bądź wymuszanie wyborów jedynie „typowych" dla danej grupy bądź jedynie „nietypowych"
- przyjmowanie „sztucznych", nie popartych żadną analizą proporcji określonych grup w różnych sferach życia
- „przesadna troska": rozwiązania ochronne dla danej grupy, mogące odnieść skutek odwrotny do zamierzonego

NIE KAŻDY PROJEKT MOŻE BYĆ PROJEKTEM RÓWNOŚCIOWYM…

- **projekty „ślepe”:** brak jakichkolwiek odniesień do kategorii płci czy niepełnosprawności i jej problemów (grupa docelowa, formy wsparcia, rezultaty)
- **projekty „neutralne”:** poprzestają na deklaracji o niedyskryminowaniu i/lub przyjmują „matematyczne” proporcje (np. 50K/50M) bez pogłębionej analizy problemu
- **projekty „praktyczne”:** zauważają problemy, proponują odpowiedzi na potrzeby grup docelowych, jednak są one stereotypowo przypisane (np. kurs florystyki dla kobiet, kurs masażysty dla osób z dysfunkcją wzroku)

PROJEKT RÓWNOŚCIOWY: CZYM SIĘ CHARAKTERYZUJE? (1)

- analiza problemu, który ma rozwiązać projekt, dotyczy także płci i niepełnosprawności
- grupa docelowa określona jest pod kątem płci i stopnia/rodzaju niepełnosprawności – i wynika to z analizy problemu
- formy wsparcia nie powielają istniejących stereotypów, uwzględniają potrzeby grupy docelowej i dają możliwość wyboru
- działania umożliwiają dostępność dla osób z różnymi typami niepełnosprawności i pogodzenie udziału w projekcie z życiem rodzinnym

PROJEKT RÓWNOŚCIOWY: CZYM SIĘ CHARAKTERYZUJE? (2)

- nie poprzestaje na deklaracjach o niedyskryminowaniu ze względu na płeć i niepełnosprawność
- analiza problemu i grupy docelowej pod kątem płci i niepełnosprawności jest widoczna we wniosku i poparta danymi, nie trzeba się jej domyślać
- różnicuje rodzaje wsparcia, jeśli tego wymaga sytuacja grupy docelowej
- może być skierowany tylko do osób niepełnosprawnych lub do jednej płci, jeśli grupa jest w wyraźnie gorszej sytuacji (np. na rynku pracy)

WYMOGI STAWIANE PROJEKTOM UE 2014-2020 W ZAKRESIE POTRZEB OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Działania projektowe i ich produkty (np. ścieżka szkoleń, inwestycja miejska) powinny odzwierciedlać następujące zasady:

- użyteczność dla osób o różnej sprawności
- elastyczność w użytkowaniu
- proste i intuicyjne użytkowanie
- czytelna informacja
- tolerancja na błędy
- wygodne użytkowanie bez wysiłku
- wielkość i przestrzeń odpowiednie dla dostępu i użytkowania
- percepcja równości (niestygmatyzowanie osoby korzystającej)

RACJONALNE USPRAWNIENIA DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W PROJEKTACH UE 2014-2020 (1)

W obecnej perspektywie finansowej możliwe jest ponoszenie wydatków na tzw. **racjonalne usprawnienia w kwocie do 12 tys. zł na uczestnika,** na potrzeby:

- kosztów specjalistycznego transportu na miejsce realizacji wsparcia;
- dostosowania architektonicznego budynków niedostępnych (np. zmiana miejsca realizacji projektu; budowa tymczasowych podjazdów; montaż platform, wind, podnośników, itp.);
- dostosowania infrastruktury komputerowej (np. wynajęcie lub zakup i instalacja programów powiększających, mówiących, kamer do kontaktu z tłumaczem jęz. migowego, drukarek materiałów w alfabecie Braille'a);

RACJONALNE USPRAWNIENIA DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W PROJEKTACH UE 2014-2020 (2)

- dostosowania akustycznego (wynajęcie lub zakup i montaż systemów wspomagających słyszenie, np. pętli indukcyjnych, systemów FM);
- asystenta tłumaczącego na język łatwy;
- asystenta osoby z niepełnosprawnością;
- tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika;
- przewodnika dla osoby mającej trudności w widzeniu;
- alternatywnych form przygotowania materiałów szkoleniowych (np. wersje w druku powiększonym, alfabetem Braille'a, itp.);
- zmiany procedur;
- wydłużonego czasu wsparcia (wynikającego np. z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy);
- dostosowania posiłków, uwzględniania specyficznych potrzeb żywieniowych wynikających z niepełnosprawności.

STANDARD MINIMUM: OCENA WNIOSKÓW W ASPEKCIE RÓWNOŚCI PŁCI

- **standard minimum:** lista wymagań, które muszą być spełnione, aby projekt choć w minimalnym stopniu respektował zasadę równości płci
- **obowiązuje dla wszystkich projektów perspektywy finansowej UE 2014-2020 współfinansowanych z EFS (w latach 2007-2013 również funkcjonował)**
- **lista pytań,** do której odwołują się wnioskodawca przy tworzeniu wniosku oraz ekspert w trakcie oceny
- obecny standard minimum: **pozytywna odpowiedź na co najmniej 3 pytania**

STANDARD MINIMUM: LISTA PYTAŃ (1)

1. Czy we wniosku zawarte zostały informacje, które potwierdzają istnienie (albo brak istniejących) barier równościowych w obszarze tematycznym interwencji i/lub zasięgu oddziaływania projektu?

2. Czy wniosek zawiera działania odpowiadające na zidentyfikowane bariery równościowe w obszarze tematycznym interwencji i/lub zasięgu oddziaływania projektu?

3. Czy w przypadku stwierdzenia braku barier równościowych, wniosek zawiera działania, zapewniające przestrzeganie zasady równości szans kobiet i mężczyzn, tak aby na żadnym etapie realizacji projektu tego typu bariery nie wystąpiły?

(pytania 2 i 3 mają charakter rozłączny)

STANDARD MINIMUM: LISTA PYTAŃ (2)

4. Czy wskaźniki realizacji projektu zostały podane w podziale na płeć i/lub został umieszczony opis tego, w jaki sposób rezultaty przyczynią się do zmniejszenia barier równościowych, istniejących w obszarze tematycznym interwencji i/lub zasięgu oddziaływania projektu?

5. Czy we wniosku wskazano jakie działania zostaną podjęte w celu zapewnienia równościowego zarządzania projektem?

STANDARD MINIMUM: WYJĄTKI

- czy projekt należy do **wyjątku, co do którego nie stosuje się** standardu minimum?

Wyjątki - projekty o ograniczonej rekrutacji, wynikającej z:

- profilu działalności projektodawcy (ograniczenia statutowe - np. organizacja kobieca, stowarzyszenie praw ojców)
- realizacji działań pozytywnych (działania kierowane tylko do płci dyskryminowanej w danym obszarze)
- obszaru realizacji projektu (np. zamknięty projekt szkoleniowy dla jednego przedsiębiorstwa)

DZIAŁANIA NA RZECZ RÓWNOŚCI SZANS NA ETAPIE REALIZACJI PROJEKTU (1)

WSPARCIE DLA UCZESTNIKÓW:

- uwzględnienie tematyki równości szans w szkoleniach i doradztwie (np. płeć a prawo pracy, uprawnienia niepełnosprawnego pracownika)
- przyjazna organizacja form wsparcia: np. dostępność architektoniczna miejsca, komunikacja w jęz. migowym, godziny konsultowane z uczestnikami, duży druk, dogodny dojazd komunikacją
- zapewnienie opieki nad dziećmi i osobami zależnymi (sala zabaw, współpraca z punktem opieki, refundacja) - w miarę możliwości budżetowych i czasowych projektu
- zachęcanie uczestników do niestereotypowego, zgodnego z własnymi potrzebami i trendami rynku pracy wyboru wsparcia

DZIAŁANIA NA RZECZ RÓWNOŚCI SZANS NA ETAPIE REALIZACJI PROJEKTU (2)

ZARZĄDZANIE PROJEKTEM:

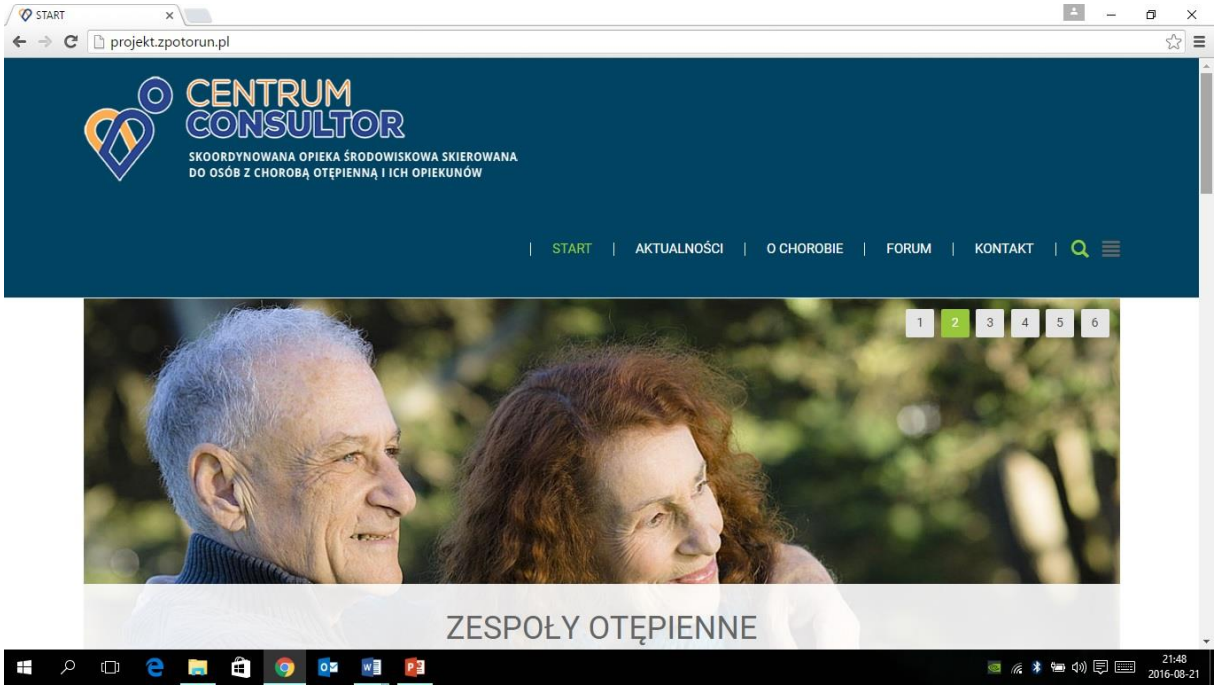
- udział obu płci oraz osób z niepełnosprawnością w procesie zarządzania projektem (uwaga - nie jest to automatyczne spełnienie warunku „równościowego zarządzania")
- uwzględnienie udziału przedstawicieli grupy docelowej w zarządzaniu projektem (zasada empowerment)
- szkolenia o tematyce równościowej dla personelu projektu/organizacji lub uczestników projektu
- kodeks praktyk równościowych biura projektu (np. elastyczna organizacja pracy personelu, zachęcanie do aplikowania o pracę bez względu na płeć, wiek czy niepełnosprawność)

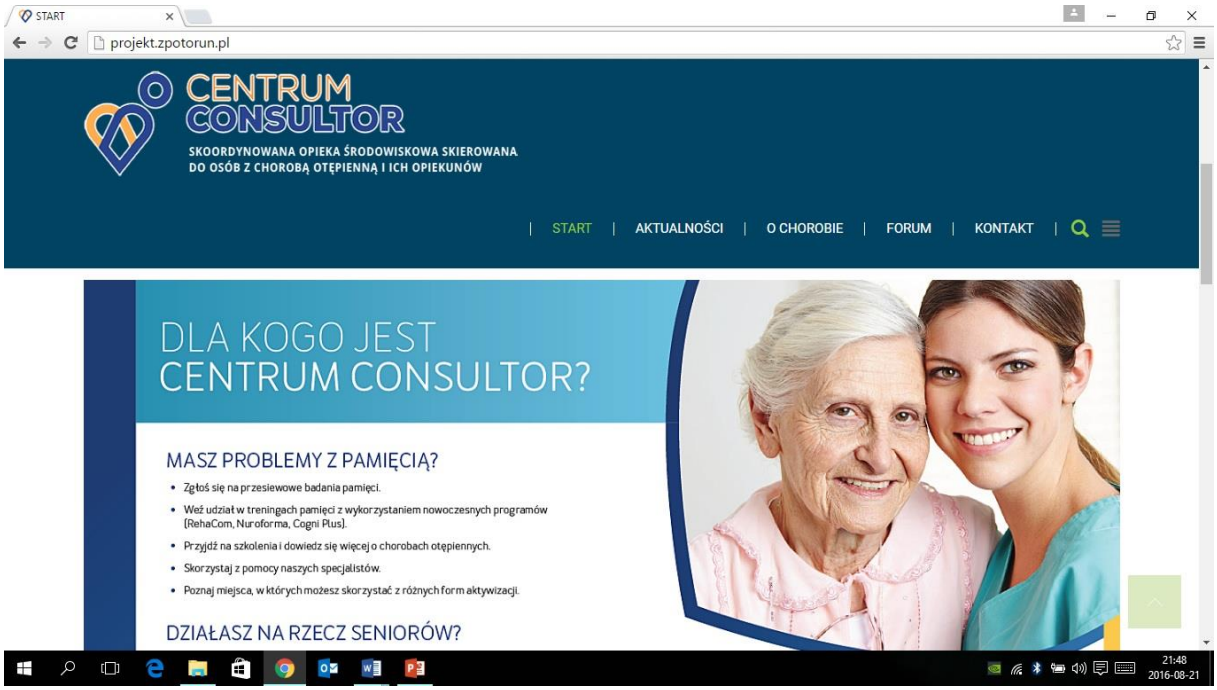
ŹRÓDŁA WIEDZY NT. WYTYCZNYCH RÓWNOŚCIOWYCH NIEZBĘDNYCH W REALIZACJI PROJEKTU

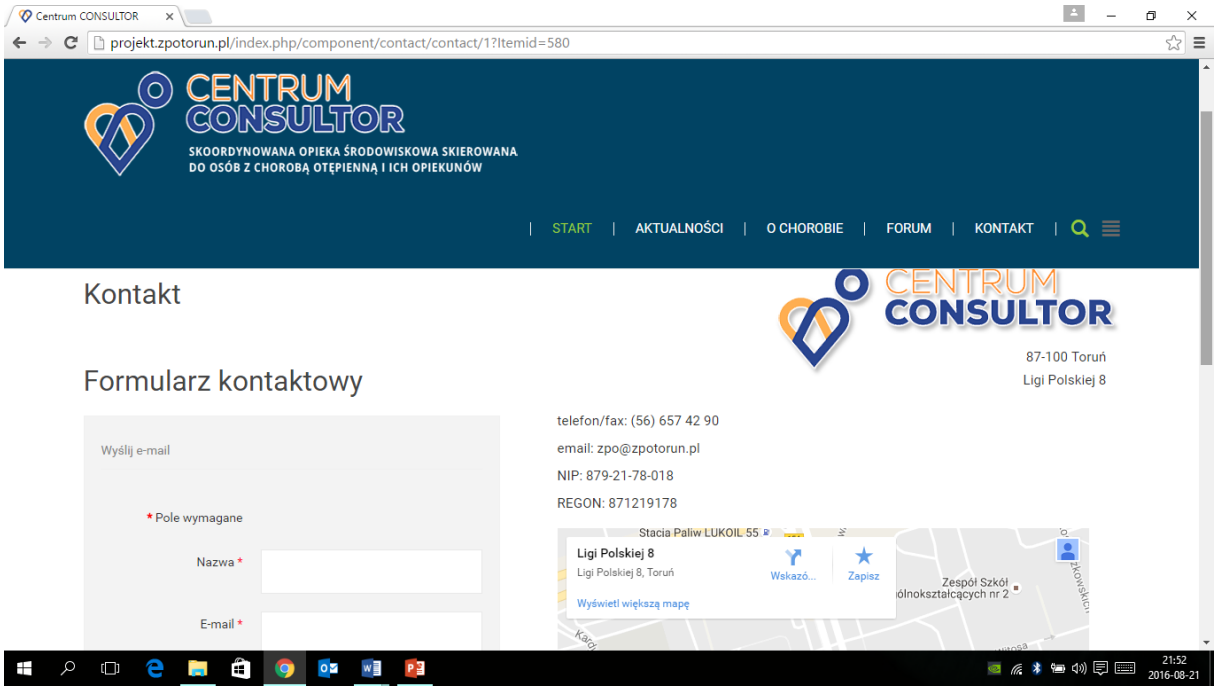
- *Wytyczne w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020*
- *Agenda działań na rzecz równości szans i niedyskryminacji w ramach funduszy unijnych 2014-2020*
- *Jak realizować zasadę równości szans kobiet i mężczyzn w projektach finansowanych z funduszy europejskich 2014-2020. Poradnik dla osób realizujących projekty oraz instytucji systemu wdrażania*

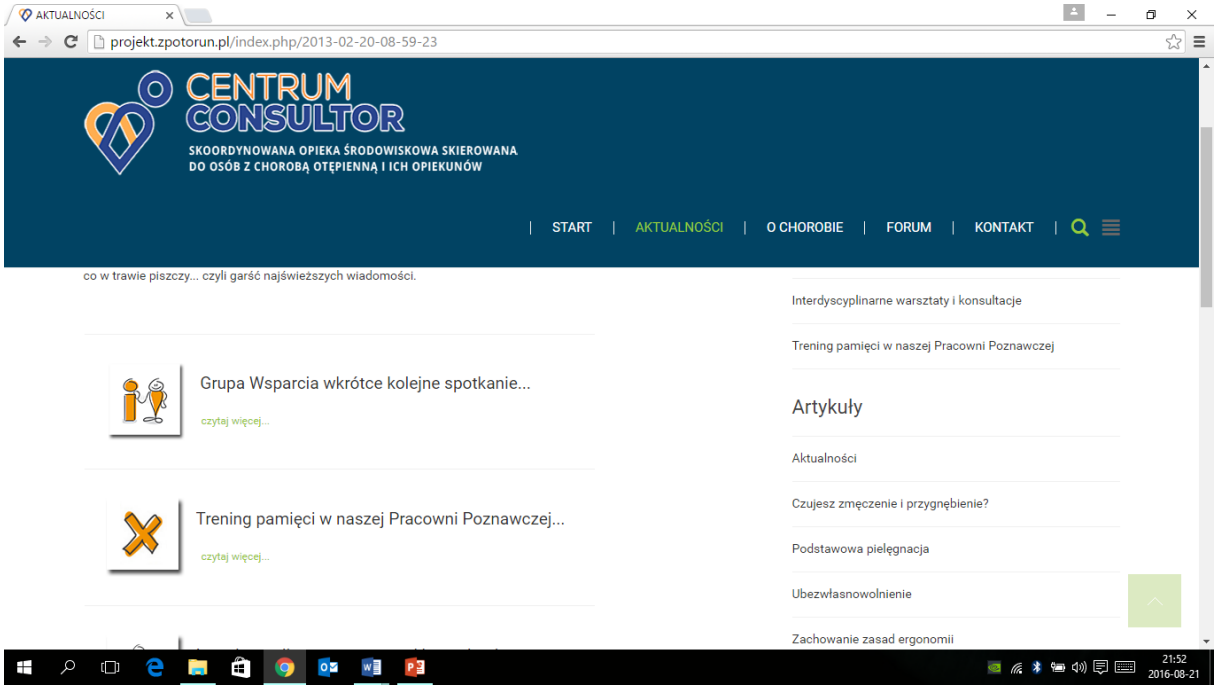
Dokumenty dostępne na: www.funduszeeuropejskie.gov.pl

Załącznik nr 10. Strona internetowa Centrum Consultor: www.projekt.zpotorun.pl






Centrum CONSULTOR
projekt.zpotorun.pl/index.php/component/contact/contact/1?Itemid=580
CENTRUM CONSULTOR
SKOORDYNOWANA OPIEKA ŚRODOWISKOWA SKIEROWANA DO OSÓB Z CHOROBĄ OTĘPIENNĄ I ICH OPIEKUNÓW
START | AKTUALNOŚCI | O CHOROBIE | FORUM | KONTAKT
Kontakt
Formularz kontaktowy
Wyślij e-mail
* Pole wymagane
Nazwa *
E-mail *
87-100 Toruń
Ligi Polskiej 8
telefon/fax: (56) 657 42 90
email: zpo@zpotorun.pl
NIP: 879-21-78-018
REGON: 871219178
Ligi Polskiej 8
Ligi Polskiej 8, Toruń
Wskazó...
Zapisz
Wyświetl większą mapę
21:52
2016-08-21


AKTUALNOŚCI
projekt.zpotorun.pl/index.php/2013-02-20-08-59-23
CENTRUM CONSULTOR
SKOORDYNOWANA OPIEKA ŚRODOWISKOWA SKIEROWANA DO OSÓB Z CHOROBĄ OTĘPIENNĄ I ICH OPIEKUNÓW
START | AKTUALNOŚCI | O CHOROBIE | FORUM | KONTAKT
co w trawie piszczy... czyli garść najświeższych wiadomości.
Grupa Wsparcia wkrótce kolejne spotkanie...
czytaj więcej...
Trening pamięci w naszej Pracowni Poznawczej...
czytaj więcej...
Interdyscyplinarne warsztaty i konsultacje
Trening pamięci w naszej Pracowni Poznawczej
Artykuły
Aktualności
Czujesz zmęczenie i przygnębienie?
Podstawowa pielęgnacja
Ubezwłasnowolnienie
Zachowanie zasad ergonomii
21:52
2016-08-21

Załącznik nr 11. Instrukcja stosowania modelu i wszystkich jego elementów składowych.

INSTRUKCJA STOSOWANIA MODELU
I WSZYSTKICH JEGO ELEMENTÓW SKŁADOWYCH

Słowniczek pojęć

- **beneficjent** – wszystkie zainteresowane osoby, które zgłoszą swój akces do udziału w projekcie,
- **chory** – osoba, u której zdiagnozowano występowanie zespołu otępiennego, z potwierdzonego przez lekarza,
- **senior** – osoba starsza w wieku poprodukcyjnym (65 lat i więcej),
- **deinstytucjonalizacja** – proces polegający na przejściu z opieki instytucjonalnej do sprawowania opieki w środowisku chorego,
- **lokalne środowisko** – rodzina, sąsiedzi, przyjaciele osób ze zdiagnozowanym zespołem otępiennym, które zamieszkują na trenie Gminy Miasta Toruń i zostaną objęte wsparciem w ramach projektu,
- **model** – wypracowany przez grupę ekspertów dokument, będący produktem innowacyjnym produktem finalnym, przekazanym do testowania i wdrażania na terenie Gminy Miasta Toruń,
- **opiekun faktyczny** – osoba, która w realny sposób sprawuje opiekę nad osobą, u której zdiagnozowano zespół otępienny,
- **opiekun prawny** – osoba, która zgodnie z postanowieniem sądu jest opiekunem osoby, u której zdiagnozowano zespół otępienny,
- **rodzina** – osoby, które są najbliżej związane z osobą ze zdiagnozowanym zespołem otępiennym,
- **użytkownik modelu** – wszystkie instytucje, które przyłączyły się do Partnerstwa oraz te, które w trakcie fazy testowania i wdrażania do niego dołączą,
- **Wnioskodawca** – Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu, będący autorem wdrażanej innowacji.

Wykaz skrótów

- POWER – Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój,
- ZPO – Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu,
- MOPR – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Toruniu.

Wprowadzenie

Niniejszy dokument został opracowany w ramach projektu pn. „Skoordynowana opieka środowiskowa dla osób z chorobą otępienną i ich opiekunów" wyłonionego do realizacji w ramach konkurs POWR.04.01-IZ.00-00-002/2015, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój (POWER), Oś priorytetowa IV. Innowacje społeczne
i współpraca ponadnarodowa, Działanie 4.1 Innowacje społeczne. Dokument ten stanowi instrukcję stosowania produktu finalnego jakim jest ***Model skoordynowanej opieki środowiskowej skierowanej do osób z chorobą otępienną i ich opiekunów,*** w wyniku którego założono deinstytucjonalizację usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi.

Model powstał w trakcie realizacji wyżej wymienionego projektu, został opracowany przez grupę ekspertów przy udziale interesariuszy zgodnie z powszechnie stosowaną zasadą empowermentu. Model w kolejnej fazie zostanie skierowany do testowania oraz do wdrożenia go do polityki lokalnej. Po pozytywnym przejściu przez fazę testowania i wdrażania zostanie poddany walidacji i będzie udostępniony w finalnej wersji wszystkim zainteresowanym podmiotom.

Instrukcja zawiera w skrócie zbiór praktycznych informacji dotyczących wdrażania modelu przez potencjalnych Użytkowników. Znajdują się również w niej istotne rekomendacje, dzięki którym proces wdrażania będzie przebiegał w sposób płynny i efektywny.

Jakie elementy obejmuje produkt innowacyjny?

Model skoordynowanej opieki środowiskowej skierowanej do osób z chorobą otępienną i ich opiekunów zakłada szereg działań polegających na odejściu od opieki instytucjonalnej na rzecz usług świadczonych w środowisku chorego. Podejście to pozwoli na zapewnienie kompleksowej opieki osobom chorym w ich własnym, naturalnym środowisku bez konieczności umieszczana tej osoby w placówkach świadczących opiekę całodobową. Model zawiera również szereg działań skierowanych do opiekunów osób chorych, do ich rodzin, które często własnymi siłami sprawują opiekę nad osobami ze zdiagnozowanym zespołem otępiennym, nie posiadając wiedzy na temat samej choroby, sprawowania opieki czy też instytucji pomocowych, które w taką pomoc oferują. Konieczność zacieśnienia współpracy pomiędzy instytucjami pomocowymi, kierowania pełnej oferty i skoordynowanej pomocy osobom chorym oraz ich opiekunom i rodzinom stała się priorytetem w wypracowanym modelu. Dzięki zastosowaniu szeregu właściwie dobranych narzędzi oraz zacieśnieniu współpracy pomiędzy instytucjami możliwe jest osiągnięcie celu, jaki przyświeca niniejszemu przedsięwzięciu.

Celem modelu jest: **Interdyscyplinarne, skoordynowane organizowanie pomocy chorym i rodzinom osób z chorobami otępiennymi.**

Elementy składowe modelu:

1) Integracja i koordynacja działań instytucji, placówek, organizacji i innych podmiotów działających na rzecz osób chorych ze zdiagnozowanym zespołem otępiennym oraz ich rodzin i opiekunów. Powołanie do życia Centrum Consultor koordynującego działania skierowane do osób z chorobami otępiennymi oraz ich rodzin i opiekunów.
2) Prowadzenie działań promocyjno-informacyjnych zawierających założenia wdrażanego modelu, zachęcających do udziału w realizowanym projekcie oraz podnoszących wiedzę na temat świadczonych usług na rzecz osób z chorobami otępiennymi, ich rodzin oraz opiekunów.
3) Prowadzenie i zarządzanie Platformą Internetową, dzięki której w sposób łatwy i przejrzysty zarówno osoby chore, jak i ich rodziny i opiekunowie znajdą pomoc.
4) Profilaktyka, aktywizacja i edukacja zarówno osób chorych, jak i udzielanie wsparcia ich rodzinom i opiekunom, prowadzenie akcji podnoszących wiedzę na temat występowania zespołu otępiennego, edukacja różnych środowisk, w tym środowisk medycznych, jak również środowisk wspierających seniorów, chorych, rodziny i opiekunów.

Struktura materialna modelu

Na model składają się jego szczegółowy opis przedstawiony w formie broszury wraz z niezbędnymi do jego wdrażania załącznikami, dzięki którym zastosowanie modelu na innym obszarze i przez inne instytucje będzie możliwe.

Model posiada następujące załączniki:

1. Załącznik nr 1: *Regulamin organizacyjny Centrum Consultor działającego przy Zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu.*
2. Załącznik nr 2: *Przykładowy scenariusz pikniku integracyjnego.*
3. Załącznik nr 3: *Kwestionariusz wywiadu „Diagnoza problemów chorego z otępieniem i jego rodziny".*
4. Załącznik nr 4: *Skrypt postępowania z osobą z zespołem otępiennym i jego opiekunem.*
5. Załącznik nr 5: *Program i materiały szkoleniowe na warsztaty i konsultacje dla rodzin i opiekunów osób z zespołami otępiennymi.*
6. Załącznik nr 6: *Program i materiały treningu relaksacyjnego.*
7. Załącznik nr 7: *Program i materiały szkoleniowe dla seniorów.*
8. Załącznik nr 8: *Program i materiały szkoleniowe dla lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych.*

9. Załącznik nr 9: *Program i materiały szkoleniowe dla uczestników szkolenia pn. „Wytyczne w zakresie równości szans oraz niedyskryminacji ze względu na płeć i niepełnosprawność w projektach UE2014-2020".*
10. Załącznik nr 10: *Strona internetowa Centrum Consultor: http://projekt.zpotorun.pl/.*
11. Załącznik nr 11: *Instrukcja stosowania modelu i wszystkich jego elementów składowych.*
12. Załącznik nr 12: *Szacunkowy koszt całkowitego wdrożenia i rocznego funkcjonowania modelu.*
13. Załącznik nr 13: *Broszura informacyjno-promocyjna Centrum Consultor.*

Do kogo model jest skierowany?

Katalog odbiorców wsparcia:

1) **Środowiska medyczne** (lekarze, pielęgniarki, pozostały personel medyczny), którzy zostaną przeszkoleni we wczesnym rozpoznawaniu zespołów otępiennych oraz postępowaniu z chorym otępiennym.

2) **Uczestnicy klubów seniora, dziennych domów pobytu, klubów samopomocy, Uniwersytetu Trzeciego Wieku** i innych organizacji pomagających osobom starszym - zainteresowanych zdobyciem wiedzy na temat wczesnego rozpoznawania zespołów otępiennych.

3) **Rodziny i faktyczni opiekunowie osób z zespołami otępiennymi** (osoby spokrewnione lub niespokrewnione, które sprawują nad nimi faktyczną opiekę, zarówno kobiety, jak i mężczyźni).

4) **Osoby z rozpoznaną chorobą otępienną** (zaświadczenie od lekarza o rozpoznaniu) niezależnie od wieku, płci czy innych schorzeń, którzy potrzebują pomocy w związku z rozpoznanym otępieniem oraz osoby, u których zdiagnozowano łagodne zaburzenia poznawcze (Mild Cognitive Impairment).

Obszar testowania modelu

Model został opracowany przez instytucje i podmioty działające na obszarze Gminy Miasta Toruń. Zatem obszar testowania będzie obejmował Gminę Miasta Toruń, instytucje i podmioty działające na wyżej wymienionym obszarze, osoby zamieszkujące i/lub pracujące na terenie Gminy Miasta Toruń. Model przewiduje objęcie mniejszego obszaru celem jego testowania i wdrażania z uwagi na lepszą możliwość jego dostosowania do problemów występujących na danym obszarze. Zdiagnozowane deficyty pozwoliły dostosować formę wsparcia w modelu do realnych potrzeb zgłaszanych przez potencjalnych uczestników projektu.

Wdrożenie modelu – krok po kroku.

Właściwe wdrażanie modelu wymaga spełnienia przez jego realizatorów określonych warunków. Niniejsza instrukcja nie stanowi osobnego narzędzia i musi być wykorzystywana wraz z opisem modelu oraz ze wszystkimi załącznikami.

Poniżej zaprezentowano poszczególne kroki, które należy podjąć aby prawidłowo wdrożyć model.

1. Zapoznanie się z modelem.

W celu wdrożenia modelu niezbędne jest zapoznanie się z jego założeniami. W związku z tym konieczne jest przeczytanie opisu zawartego w modelu wraz z jego wszystkimi załącznikami. Możliwe jest częściowe wdrożenie modelu polegające na zastosowaniu działań związanych jedynie z prowadzoną do tej pory działalnością przez dany podmiot. Przykładem może być tu wdrożenie działań edukacyjnych dla rodzin i/lub opiekunów osób z zespołami otępiennymi celem poniesienia ich wiedzy i umiejętności w zakresie pielęgnacji i opieki nad osobami ze zdiagnozowaną chorobą. Częściowe wdrażanie działań musi jednak stanowić część skoordynowanego systemu.

2. Utworzenie Centrum koordynacji usług i opracowanie harmonogramu jego działań.

Utworzenie Centrum koordynacji jest najważniejszym elementem przedstawianego modelu, bez niego nie jest możliwe świadczenie skoordynowanych usług kierowanych do chorego oraz do jego rodziny i opiekunów.

Powołane do życia Centrum musi spełniać standardy przedstawione w modelu. Pracownicy Centrum będą odpowiedzialni za prawidłową realizację założeń modelu. W omawianym modelu centrum koordynacji będzie nosiło nazwę Centrum Consultor i stanie się wyodrębnioną jednostką ZPO, będącego pomysłodawcą i autorem modelu.

W przypadku wdrażania modelu na innym obszarze i przez inne instytucje należy pamiętać o głównym jego celu, którym jest deinstytucjonalizacja usług skierowanych do osób z zaburzeniami i chorobami psychicznym.

3. Określenie zasobów niezbędnych do wdrożenia modelu.

Model zawiera **minimalny standard** jego wdrażania zarówno w zakresie powoływania Centrum, świadczenia usług na rzecz osób chorych, prowadzenia działań edukacyjnych, profilaktycznych i aktywizacyjnych. Należy dokładnie zapoznać się ze standardem ujętym w opisie modelu i w jego załącznikach. Konieczne jest przeanalizowanie jakie zasoby zarówno kadrowe, jak i infrastrukturalne posiada instytucja, która podejmuje się wdrażania modelu. Należy

również przeprowadzić analizę finansową, która wskaże czy posiadany potencjał finansowy jest właściwy do wdrażania założeń modelu.

Koszty wdrożenia modelu nie powinny być wysokie dla instytucji, która dysponuje własnymi zasobami kadrowymi, lokalowymi i sprzętowymi. Wzrastają one istotnie w przypadku zatrudnienia dodatkowej kadry, wynajmu sal czy zakupu sprzętu.

4. Przygotowanie w zakresie działań informacyjno-promocyjnych.

Kolejnym krokiem jest określenie sposobu informowania potencjalnych odbiorców o możliwości wdrażania niniejszego modelu, zachęcenie do udziału partnerów, interesariuszy, skierowanie działań do grup docelowych tj. osób chorych, ich rodzin oraz opiekunów. Opracowane załączniki do modelu będą stanowić podstawę wdrażanych działań. Dzięki opracowanym dokumentom wdrażanie modelu będzie opierać się na jednakowym standardzie.

5. Przygotowanie do właściwego procesu wdrażania.

Opracowany model, który przejdzie przez fazę testowania zostanie wdrożony i powszechnie stosowany. Znajdzie to również odzwierciedlenie w polityce lokalnej. W przypadku instytucji zainteresowanych wdrażaniem modelu na innych obszarach i przejęciem rozwiązań wypracowanych i przetestowanych w jego ramach najważniejszym jest weryfikacja czy wszystkie standardy w nim zawarte zostały spełnione, czy dany podmiot dysponuje odpowiednimi zasobami, czy jego partnerzy są gotowi do wdrażania modelu. Jeżeli przygotowane zasoby zarówno kadrowe, jak i infrastrukturalne spełniają standard, wówczas możliwe jest przejście do właściwego procesu wdrażania. Centrum Consultor, które przetestuje i wdroży model służyć będzie radą i pomocą zarówno na etapie zapoznawania się z jego założeniami, aż po właściwy proces jego wdrażania. Model ma za zadanie wprowadzić jednolity standard w procesie deinstytucjonalizacji działań prowadzonych a rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi.

Przygotowanie do właściwego wdrażania modelu przez zainteresowane podmioty nie powinno być dłuższe niż 6 miesięcy.

6. Ocena wdrożonego modelu.

Centrum Consultor, które jako pierwsze wdroży standard zawarty w modelu i odejdzie od instytucjonalizacji usług na rzecz ich deinstytucjionalizacji będzie walidowane i certyfikowane przez jednostkę właściwą ze względu na ogłaszany konkurs tj. Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju. Po otrzymaniu pozytywnej oceny wdrażanych działań Centrum Consultor uzyska uprawnienia do walidowania i certyfikowania pozostałych instytucji wdrażających model na innych obszarach. Służyć będzie pomocą we wdrażaniu standardów. Centrum Consultor

przeprowadzać będzie autoewaluację wdrażanych działań oraz ewaluację działań prowadzonych przez inne podmioty korzystające z modelu.

7. Certyfikacja podjętych działań.

Instytucją certyfikująca w przypadku Centrum Consultor będzie ogłaszające konkurs Ministerstwo Rozwoju. Etap wdrażania i walidowania modelu kończy się certyfikacją tj. nadaniem certyfikatu instytucji wdrażającej w prawidłowy sposób założenia modelu.

Po uzyskaniu certyfikatu Centrum Consultor zostanie instytucją certyfikującą, która będzie nadawała certyfikaty podmiotom wdrażającym model na innych obszarach. Nad prawidłowością przeprowadzanego procesu certyfikacji czuwać będzie Ministerstwo Rozwoju, które w każdym momencie będzie mogło przerwać proces i wydać zalecenia dotyczące wdrażanych rozwiązań.

Dostępność produktu innowacyjnego.

Model będzie dostępny powszechnie i nieodpłatnie dla wszystkich zainteresowanych użytkowników, do których jest kierowany, zarówno w trakcie jego testowania, wdrażania, jak i walidacji i certyfikacji.

Dostępność modelu dla jego przyszłych użytkowników zostanie zapewniona w kilku wariantach:

1. Poprzez umieszczenie produktu wraz ze wszystkim załącznikami na stronie internetowej www.projekt.zpotorun.pl.
2. Poprzez przekazanie wydrukowanej wersji modelu wraz z jego załącznikami, dołączoną płytą CD zawierająca elektroniczną wersję produktu finalnego. Publikacja zostanie przekazana zainteresowanym użytkownikom zaproszonym na konferencję podsumowującą projekt oraz na spotkaniach promujących produkt finalny. Na prośbę zainteresowanych użytkowników, którzy nie uczestniczyli
   w wydarzeniach promujących model wraz z załącznikami zostanie wysłany pocztą tradycyjną.
3. Poprzez rozesłanie drogą elektroniczną informacji o produkcie finalnym wraz z dołączonymi do niego plikami zawierającymi wersję elektroniczną produktu finalnego do podmiotów potencjalnie zainteresowanych jego wdrożeniem.
4. Poprzez przekazanie finalnego produktu zarówno w wersji papierowej, jak i elektronicznej do instytucji ogłaszającej konkurs i jednocześnie nadzorującej etap wdrażania modelu.

Podsumowanie

Niniejszy model winien być wdrażany w sposób płynny i efektywny. Należy pamiętać, iż nadrzędnym celem projektu jest zapewnienie prawidłowej i sprawnej

koordynacji działań na rzecz osób ze zdiagnozowanym zespołem otępiennych i ich opiekunów,
a dobro pacjenta i jego rodziny powinno stać ponad wszystkimi podejmowanymi działaniami.

SKOROWIDZ

Wykaz tabel:

Tabela 1. Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia psychiatryczne dla pacjentów z rozpoznaniem zespołu otępiennego 21
Tabela 2. Podstawowe charakterystyki dotyczące świadczeń finansowanych przez NFZ na rzecz pacjentów z rozpoznaniem zespołu otępiennego 22
Tabela 3. Liczba leczonych z zaburzeniami psychicznymi bez uzależnień w roku 2014, województwo kujawsko-pomorskie 24
Tabela 4. Leczeni z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień), województwo kujawsko-pomorskie, rok 2014 24
Tabela 5. Struktura demograficzna Toruń vs województwo kujawsko-pomorskie 25
Tabela 6. Statystyczne określenie liczby leczonych z zaburzeniami w Toruniu 25
Tabela 7. Struktura wiekowa leczonych z zaburzeniami psychicznymi: Szpital Psychiatryczny Toruń vs województwo kujawsko-pomorskie 26
Tabela 8. Udział pacjentów ze schorzeniami F00-F03 w ogólnej liczby pacjentów leczonych w poradniach psychiatrycznych i szpitalu psychiatrycznym w Toruniu w latach 2013-2015 (dane średnioroczne) 26
Tabela 9. Liczba zidentyfikowanych rozpoznań schorzeń F00-F03 w Toruniu 27
Tabela 10. Średnia wieku i liczba osób – oddział całodobowy ZPO 30
Tabela 11. Średnia wieku i liczba osób – oddział dzienny ZPO 31

Wykaz rysunków

Rysunek 1. Struktur wiekowa pacjentów ze schorzeniami otępiennymi w latach 2013-2015[Szpital Psychiatryczny Toruń, ZPO Toruń] 27
Rysunek 2. Porównanie struktury wiekowej pacjentów ZPO (ODDZIAŁ CAŁODOBOWY) i osób pod opieką PCK / CARITAS / PKPS 28
Rysunek 3. Zidentyfikowany udział osób ze schorzeniami otępiennymi w Toruniu [lata 2013-2015, wiek 55 lat i więcej] 32
Rysunek 4 Terapia poznawcza - RehaCom 77
Rysunek 5 Terapia poznawcza - Neuroforma 79
Rysunek 6 Terapia poznawcza - CogniPlus 79

Wykaz schematów

Schemat 1: Struktura funkcjonowania Centrum Consultor 10
Schemat 2: Graficzne przedstawienie Grupy Interesariuszy (zasada empowerment) 16
Schemat 3: Graficzne przedstawienie grupy docelowej 18

Schemat 4: Schemat działania Centrum Consultor 45
Schemat 5: Schemat organizacyjny Centrum Consultor 50
Schemat 6: Standard usług opiekuńczych świadczonych w ramach opieki wytchnieniowej skierowanych dla osób z chorobą otępienną 64
Schemat 7: Działania prowadzone w Centrum Consultor 68