

Model

"Kujawsko-Pomorskie Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otepieniach"

**opracowany w ramach
Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój,
Oś priorytetowa IV.
Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa
Działanie 4.1 Innowacje społeczne**

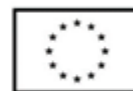
Bydgoszcz, 2020

Spis treści

Spis treści	3
KUJAWSKO - POMORSKIE ŚRODOWISKOWE CENTRUM OPIEKI PSYCHOGERIATRYCZNEJ W OTĘPIENIACH - OPIS MODELU	8
I. Wprowadzenie	8
II. Partycypacyjny charakter modelu (konsultacje społeczne)	10
III. Założenia Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach	13
IV. Opis grupy docelowej, do której skierowany jest model w rozumieniu odbiorców wsparcia i użytkowników modelu.	14
V. Opis oddziaływań realizowanych w ramach ŚCOPO	19
FUNKCJONOWANIE SYSTEMU RODZINNEGO CHORYCH NA OTĘPIENIE	28
I. Profil opieki nad chorym z otępieniem w Polsce. Charakterystyka rodzin.	28
II. Skutki zdrowotne sprawowania opieki nad chorym z otępieniem	30
III. Koszty finansowe związane z opieką	32
IV. Problemy związane z organizacją leczenia chorego na otępienie	34
V. Potrzeby rodzin osób chorujących na choroby otępienne	35
VI. Kujawsko-Pomorskie Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach jako odpowiedź na oczekiwania chorych i opiekunów	36
„KUJAWSKO-POMORSKIE ŚRODOWISKOWE CENTRUM OPIEKI PSYCHOGERIATRYCZNEJ W OTĘPIENIACH”. RAPORT Z BADAŃ DESK RESEARCH I BADAŃ JAKOŚCIOWYCH	46
I. Sytuacja osób w wieku podeszłym w skali kraju i województwa kujawsko-pomorskiego oraz analiza istniejącego systemu wsparcia dla osób chorych otępiennie oraz ich rodzin/opiekunów (analiza desk research)	46
II. Zasoby instytucjonalne województwa kujawsko-pomorskiego – placówki, instytucje itp. zaangażowane w świadczenie pomocy i wsparcia osobom starszym, w tym osobom z chorobami otępiennymi i ich rodzinom	47
III. Studium przypadku sytuacji osób chorych otępiennie oraz ich rodzin (wyniki badań IDI w grupie osób chorych oraz ich rodzin/opiekunów)	58
IV. Wyniki badań jakościowych (FGI, IDI) z udziałem osób reprezentujących instytucje/organizacje zaangażowane w proces wsparcia dla osób starszych z chorobami otępiennymi oraz ich rodzin	62
V. Bezpośrednie rekomendacje	69
OPIS ROZWIĄZAŃ TELEMEDYCZNYCH W KUJAWSKO - POMORSKIM ŚRODOWISKOWYM CENTRUM OPIEKI PSYCHOGERIATRYCZNEJ W OTĘPIENIACH	90
I. System telemedyczny	90

II.	Użytkownicy systemu teleopieki	107
III.	Przegląd rozwiązań technologicznych, które można zastosować w projekcie telemedycznym/teleopieki	112
IV.	Innowacyjność i zalety	118
ROLA LEKARZA RODZINNEGO W ŚRODOWISKOWYM LECZENIU PACJENTÓW Z CHOROBYMI OTĘPIENNYMI		127
I.	Zespół lekarza rodzinnego	127
II.	Rola lekarza rodzinnego	127
III.	Zadania lekarza rodzinnego w ramach ŚCOPO	128
IV.	Innowacyjne rozwiązania ŚCOPO w pracy lekarza rodzinnego	131
V.	Szkolenia zespołu lekarza rodzinnego	132
ROLA PIEŁĘGNIARKI ŚCOPO		138
I.	Standard pracy pielęgniarki w opiece nad pacjentem z chorobą otępienną.	139
II.	Zasady współpracy w zespole ŚCOPO.	140
III.	Standard opieki nad pacjentem z otępieniem w praktyce pielęgniarskiej w ŚCOPO	142
IV.	Dokumentacja pielęgnowania pacjenta z otępieniem:	146
V.	Opis innowacji:	149
ROLA I STANDARDY PRACY NEUROLOGA W LECZENIU CHORYCH Z OTĘPIENIEM		195
I.	Obecna rola neurologa w opiece nad pacjentami z otępieniem oraz wady aktualnego systemu	195
II.	Założenia roli specjalisty w ŚCOPO	196
III.	Współpraca neurologa z lekarzami Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) i innymi specjalistami	200
ROLA I STANDARD PRACY LEKARZA PSYCHIATRY W ŚRODOWISKOWYM LECZENIU PACJENTA Z CHOROBYMI OTĘPIENNYMI		210
I.	Stan obecny opieki psychiatrycznej w odniesieniu do chorych otępiennie	210
II.	STAN AKTUALNY OPIEKI NAD CHORYMI OTĘPIENNYMI W POLSCE	210
III.	Założenia projektu w zakresie roli lekarza psychiatry	211
IV.	Schemat działania lekarza psychiatry w ramach ŚCOPO:	212
V.	Zasady współpracy lekarza psychiatry z lekarzami pierwszego kontaktu i innymi członkami ŚCOPO.	214
VI.	Innowacyjność projektu ŚCOPO:	214
ZASADY ETYCZNE DLA LEKARZY I PIEŁĘGNIAREK PRACUJĄCYCH Z PACJENTEM OTĘPIENNYM I JEGO RODZINĄ		215
ROLA I STANDARD PRACY PSYCHOLOGA W ŚRODOWISKOWYM LECZENIU CHORYCH Z CHOROBY OTĘPIENNĄ		218
I.	Stan obecny	218

II.	Rola i zadania psychologa w ramach Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach.....	219
III.	Kontakt pacjent-opiekun poprzez system teleopieki	225
IV.	Ocena innowacyjności modelu ŚCOPO w odniesieniu do pracy psychologa	227
ROLA FIZJOTERAPEUTY ORAZ STANDARD POSTĘPOWANIA REHABILITACYJNEGO U PACJENTÓW Z CHOROBYMI OTĘPIENNYMI		246
I.	Wstęp do standardu	246
II.	Zespół realizujący proces opisany standardem	246
III.	Warunki realizacji procesu opisanego standardem	247
IV.	Opis procesu.....	248
V.	Schemat procesu.....	250
VI.	Kodeks Etyczny Fizjoterapeuty.....	251
VII.	Opis innowacji.....	251
ROLA I STANDARD PRACY TERAPEUTY ZAJĘCIOWEGO W OPIECE NAD CHORYM Z OTĘPIENIEM		288
I.	Wprowadzenie	288
II.	Terapia zajęciowa w procesie usprawniania osób z chorobą otępienną.....	290
III.	Terapia zajęciowa w psychogeriatrici.....	290
IV.	Kwalifikacje terapeuty zajęciowego	291
V.	Kodeks etyczny terapeuty zajęciowego.....	292
VI.	Zasady pracy terapeuty z pacjentem otępiennym:	292
VII.	Zalecane rodzaje terapii zajęciowej dla osób z chorobami otępiennymi :	293
VIII.	Wytyczne do terapii zajęciowej pacjentów otępiennych:.....	295
IX.	Standard pracy terapeuty zajęciowego w opiece nad chorym z chorobą otępienną	297
STANDARD PRACY OPIEKUNÓW ZATRUDNIONYCH W OPIECE NAD CHORYM Z CHOROBYMI OTĘPIENNYMI, W TYM KODEKS ETYCZNY		311
I.	Zakres pracy opiekuna osoby z chorobą otępienną	311
II.	Kwalifikacje do pracy opiekuna osoby z chorobą otępienną :	313
III.	Kodeks etyczny i zasady moralne którymi kieruje się opiekun osoby z chorobą otępienną :	313
ROLA PRACOWNIKA SOCJALNEGO W PRACY Z OSOBĄ OTĘPIENNĄ		318
I.	Opieka nad chorym w domu	320
II.	Innowacyjność współpracy pracowników socjalnych ze ŚCOPO.....	320
III.	System teleopieki i wymiana informacji pomiędzy pracownikiem socjalnym a ŚCOPO	322
IV.	Forma kodeksu etycznego dla pracowników socjalnych pracujących z chorymi z otępieniem i ich rodzinami.....	322
V.	Kwalifikacje pracownika socjalnego	324



VI.	Narzędzie diagnostyczne pracownika socjalnego	327
VII.	Analiza zasad i uwarunkowań współpracy pomiędzy systemem medycznym a systemem pomocy społecznej	329
ROLA I STANDARD PRACY LOGOPEDY W ŚRODOWISKOWYM LECZENIU CHORYCH Z CHOROBAŃ OTĘPIENIĄ		332
I.	Starość w logopedii – stan obecny	332
II.	Rola i zadania logopedy w ramach Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach	335
III.	Ocena innowacyjności modelu ŚCOPO w odniesieniu do pracy logopedy	340
TURNUS REHABILITACYJNO-WYPOCZYNKOWY – OPIEKA WYTCHEMIENIOWA		342
ROLA INSTYTUCJI KULTURY W AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ OSÓB Z CHOROBIAMI OTĘPIENIAMI I ICH RODZIN		352
I.	Instytucje kultury, które można zaangażować w aktywizację społeczną osób z chorobą otępienną oraz ich opiekunów :	352
II.	Cele i korzyści wynikające z zaangażowania instytucji kultury w działania na rzecz osób z chorobą otępienną i ich rodzin :	352
III.	Proponowane kierunki działania instytucji kultury w celu dostosowania oferty do potrzeb i możliwości osób z chorobą otępienną i ich rodzin :	353
MARKETING I FINANSOWANIE MODELU		367
I.	Założenia modelu	367
II.	Obszar współpracy	367
III.	Źródła finansowania	368
IV.	Metody i narzędzia promocji i informacji	376
V.	Narzędzia wykonawcze oraz opis stanowiska pracy	385
VI.	Wnioski	390
Ewaluacja działań ŚCOPO		397
ANALIZA RYZYK		405
REGULACJE WEWNĘTRZNE W RAMACH ŚCOPO		412
INSTRUKCJA STOSOWANIA MODELU		417
PODSUMOWANIE		422
SPIS SCHEMATÓW		428
SPIS RYSUNKÓW		429
SPIS TABEL		430
SPIS WYKRESÓW		432
SPIS ZAŁĄCZNIKÓW		433
Literatura		435



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



KUJAWSKO - POMORSKIE ŚRODOWISKOWE CENTRUM OPIEKI PSYCHOGERIATRYCZNEJ W OTĘPIENIACH - OPIS MODELU

I. Wprowadzenie

Prezentowany model Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach powstał w oparciu o wiedzę naukową oraz wieloletnie doświadczenie kliniczne podmiotów/organizacji, które zaangażowane są w działalność na rzecz chorych na choroby otępienne i ich rodzin. Motywację do prac nad modelem stanowiły również dane statystyczne wskazujące, iż zaburzenia psychiczne są, w skali globalnej, drugą z czterech grup chorób, których rozpowszechnienie rośnie najszybciej: za nowotworami a przed cukrzycą i chorobami układu krążenia. Z kolei wśród zaburzeń psychicznych, problemy związane z pacjentami w wieku podeszłym należą w naszym kraju do grupy o największej dynamice wzrostu. Według prognoz, w ciągu kilkunastu lat Polska stanie się najstarszym krajem Unii Europejskiej. Problemy zdrowia psychicznego seniorów będą więc oraz bardziej kształtować codzienną praktykę medyczną w Polsce.

Istotny wkład w rozwój modelu wniosły także informacje zebrane w trakcie diagnostycznych badań focusowych oraz konsultacji społecznych prowadzonych zarówno w grupach profesjonalistów zajmujących się chorobami otępiennymi, jak i członków rodzin/opiekunów osób chorujących. Uzyskane dane wyraźnie wskazywały na deficyty w zakresie pomocy i opieki nad chorymi otępiennymi: niedostateczne przygotowanie personelu do pracy z chorymi, brak współpracy między specjalistami leczącymi chorego (w tym z lekarzami POZ), ograniczoną dostępność do leczenia specjalistycznego (szczególnie w małych miastach i obszarach wiejskich), minimalną pomoc środowiskową dedykowaną opisywanej grupie, brak informacji na temat możliwych źródeł wsparcia, znacznie ograniczone możliwości aktywności społecznej chorych z otępieniem. Skutkiem takiego stanu jest niedostateczna, a często nawet nieprawidłowa, opieka nad chorym powodująca szybki progres choroby. Zwiększa to ryzyko hospitalizacji oraz zwrócenia się w kierunku instytucjonalnych form opieki.

Model Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach (ŚCOPO) jest więc odpowiedzią na duże zapotrzebowanie społeczne. Ma na celu zapewnienie nowego standardu kompleksowej opieki środowiskowej, w ramach której zachodzi wzajemne uzupełnianie się usług zdrowotnych, społecznych i oddziaływań kulturalnych. Opiera się na podejściu podmiotowym, stawiając osobę z otępieniem i jej opiekuna w centrum uwagi instytucji pomocowych współpracujących ze sobą dla zapewnienia jak najwyższego standardu leczenia i opieki.

Niniejsze opracowanie zawiera opis założeń i zasad funkcjonowania ŚCOPO. Zostały w nim zawarte: zasady i mechanizmy funkcjonowania ŚCOPO, raport z badań desk research i badań jakościowych prowadzonych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego, standardy pracy specjalistów pracujących z chorymi otępiennymi (będącymi pracownikami oraz partnerami ŚCOPO), zasady wzajemnej współpracy i komunikacji partnerów projektu. Opisane zostały także regulacje prawne oraz działania promocyjne mające na celu rozpropagowanie idei i misji ŚCOPO. W załącznikach zamieszczono narzędzia diagnostyczne wykorzystywane lub utworzone na potrzeby projektu.

Odniesienie modelu do rozporządzeń i kierunków polityki zdrowotnej i społecznej

Proponowany model uwzględnia założenia NPOZP - Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 28.12.2010 i odnosi się do głównych celów programu:

- „zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym (paragraf 2, punkt 2) - poprzez zapewnienie choremu i jego rodzinie pomocy i opieki zespołu specjalistów w miejscu zamieszkania.
- „rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego” (paragraf 2, punkt 3) – w ramach projektu prowadzone będą badania ewaluacyjne dotyczące satysfakcji chorych i opiekunów z usług medycznych, społecznych i kulturalnych dla opisywanej grupy chorych. Poprzez działania edukacyjne oraz promocyjne upowszechniana będzie wiedza na temat chorób otępiennych, prawidłowej opieki, pielęgnacji oraz aktywizacji chorego.
- model realizuje również cele szczegółowe NPOZP:
 - „upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu” - poprzez pomoc opiekunowi w opiece nad chorym, prowadzoną psychoedukację, wsparcie emocjonalne.
 - „zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi” - poprzez działania integracyjne (np. udział w wydarzeniach kulturalnych, zajęciach proponowanych przez domy dziennego pobytu, oddziały dzienne).
 - „organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego” - psychoedukacja, wsparcie i pomoc dla chorych i opiekunów w miejscu zamieszkania, rozwój teleopieki.
 - „upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej” – poprzez pomoc chorym i opiekunom w miejscu zamieszkania.
 - „upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego”;
 - „skoordynowanie różnych form opieki i pomocy”;

Model Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach (ŚCOPO) jest też zgodny z projektem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020. Odnosi się zarówno do jego ogólnych, jak i szczegółowych założeń w zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym:

- stanowi upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
- prowadzi do upowszechnienia zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego;
- koordynuje różne formy opieki i pomocy;

Ponadto założenia modelu ŚCOPO odpowiadają rekomendacjom Sekcji Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju z dnia 9 lutego 2016 poprzez rozwój psychiatrii środowiskowej oraz wprowadzenie modelu opieki psychiatrycznej opartego na deinstytucjonalizacji i opiece skoordynowanej, z wykorzystaniem środków na ochronę zdrowia i system pomocy społecznej, niezbędne szkolenia i zmianę postrzegania zaburzeń psychicznych w społeczeństwie.

Projekt ŚCOPO wpisuje się także w aktualne kierunki zmian w polityce senioralnej:

- wzmocnienie opieki domowej;
- wsparcie opiekunów nieformalnych osób starszych;

- wprowadzenie systemu szkoleń w zakresie opieki nad osobami starszymi;
- określenie odpowiednich sposobów aktywizacji dla osób starszych;
- zwiększenie liczby osób objętych wsparciem w dziennych domach pobytu, a także zwiększenie dostępu do informacji dla osób starszych o możliwościach wsparcia opieką społeczną;

II. Partycypacyjny charakter modelu (konsultacje społeczne)

Zadanie stworzenia projektu Kujawsko – Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach było realizowane w terminie od 01.04.2016 do 31.07.2016. Prace zostały podzielone na cztery etapy:

- ETAP I ANALIZA USŁUG ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH, w terminie: 15.04.2016 – 09.05.2016,
- ETAP II PARTYCYPACYJNE OPRACOWANIE I PRZYGOTOWANIE DO TESTOWANIA MODELU, w terminie: 04.05.2016 – 10.06.2016 – praca ekspertów i przygotowanie materiałów do modelu,
- ETAP III KONSULTACJE WYPRACOWANEGO MODELU, w terminie: 29.06.2016 – 18.07.2016 – konsultacje społeczne,
- ETAP IV ZAWIĄZANIE PARTNERSTWA.

ETAP I

Na tym etapie zostały przeprowadzone badania dotyczące dostępności do usług medycznych i społecznych dla chorych otępieniem na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Wyniki badania zostały umieszczone w modelu.

ETAP II

Na potrzeby opracowania modelu, jak i stworzenia programu działań Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach przeprowadzono szereg spotkań z ekspertami oraz konsultacje społeczne. Ekspertyzy zostały dokonane przez specjalistów/praktyków w zakresie zdrowia oraz spraw społecznych. Wśród nich: lekarze – specjaliści (neurolog, psychiatra), lekarz POZ, pielęgniarka – specjalista w zakresie geriatry, psychologowie, specjalista do spraw teleopieki, terapeuci (zajęciowy, fizjoterapeuta), pracownik socjalny, prawnik. Odbływały się spotkania robocze z udziałem ekspertów oraz zainteresowanych stron. Wnioski ze spotkań roboczych, konsultacji, jak i analizy własne zostały opracowane przez specjalistów i uwzględnione w założeniach modelu.

Na każdym spotkaniu uczestnicy mieli możliwość wyrażenia opinii oraz podzielenia się własnymi pomysłami na temat zakładanego modelu i planowanego partnerstwa (kształt i rola instytucji w projekcie) poprzez Formularz Konsultacji Modelu.

Pierwsze spotkanie konsultacyjne odbyło się 20.04.2016 roku. Wzięli w nim udział eksperci z wielu dziedzin, m.in.: lekarze specjaliści i POZ, pielęgniarka, terapeuta zajęciowy, psycholodzy, specjalista do spraw teleopieki, prawnik, a także przedstawiciel Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy. Na spotkaniu zostały przedstawione założenia modelu planowanego do wypracowania, regulamin konkursu, struktura. Zostali wyłonieni specjaliści, którzy zostali zatrudnieni w Projekcie celem stworzenia ekspertyz w swojej dziedzinie. Eksperci otrzymali zakresy obowiązków. Po

przedstawieniu wyżej wymienionych informacji wywiązała się konstruktywna dyskusja na temat rozwiązań, które mogą mieć zastosowanie w Modelu. Eksperci mieli szereg pytań i wątpliwości, które były dyskutowane i szeroko analizowane.

Kolejne seminarium konsultacyjne (prezentacja założeń projektu, podział zadań) odbyło się 28.04.2016 roku. Uczestniczyli w nim przedstawiciele różnych sektorów i instytucji, m.in. Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej, Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, przedstawiciele organizacji pozarządowych, Domów Opieki Społecznej, ośrodki kultury, ośrodki pomocy społecznej, przedstawiciele szpitala i POZ. Reprezentanci wymienionych placówek zgłaszali podczas spotkania wiele istotnych kwestii. Głównie dotyczące problemów w aktualnej sytuacji osób chorych na choroby otępienne i ich rodzin:

- Brak odpowiedniej kadry i kwalifikacji osób zajmujących się osobami z otępieniem (zarówno rodzin jak i kadry m.in. opiekunek, pielęgniarek środowiskowych). Zaobserwowano dużą potrzebę szkoleń w tym zakresie. Zwrócono uwagę na potrzebę opisu standardów pracy dla opiekunek zajmujących się chorymi z otępieniem
- Brak dostępu do informacji o możliwości uzyskania wsparcia i pomocy dla rodzin i chorych, małą wiedzę opiekunów o specyfice chorób otępiennych. Wskazywano na konieczność prowadzenia kampanii informacyjnych w małych miastach. Temat ten odnosi się do strategii wdrażania projektu do praktyki. Promocja, edukacja i informacja – sposoby współpracy ze środowiskiem lokalnym i interesariuszami projektu, co zostało włączone jako część opisywanego projektu.
- Brak miejsc w Domach Dziennego Pobytu czy innych placówkach zapewniających aktywizację społeczną osób chorujących na otępienia, przy jednoczesnej dużej potrzebie tego typu działań.
- Brak wiedzy w obszarze teleopieki, która stanowi mało poznany temat (wielu uczestników nie wiedziało jakie możliwości stwarza telemedycyna, na czym może polegać rozwiązanie).
- Niewielka ilość wolontariuszy, brak tzw. „ekspertów przez doświadczenie” (EX – IN) czy „pomocy sąsiedzkiej” w opiece nad chorymi z otępieniem. Co również odnosi się do sposobu wdrażania projektu do praktyki.
- Potrzeba uregulowań prawnych (np. wdrożenie Narodowego Planu Alzheimerowskiego) czy zmian w przepisach już istniejących (np. w kwestii współfinansowania działań przez pomoc społeczną i NFZ).
- W temacie możliwych rozwiązań finansowania ŚCOPO do rozważenia podano pomysł na partnerstwo publiczno – prywatne.
- Uczestnicy zgłosili uwagi na temat analizy dotychczas ponoszonych kosztów na leczenie i opiekę nad chorymi z otępieniem.

Kolejne spotkanie konsultacyjne miało miejsce 23.05.2016 roku. Uczestnikami byli zarówno eksperci, jak i przedstawiciele sektorów i instytucji z obszarów: medycznego, społecznego/socjalnego, kulturalnego. Na spotkaniu pojawił się szereg ważnych kwestii oraz rozwiązań dla Modelu:

- Odpowiedzialność lekarza udzielającego porady, badania, edukacji przez system telemedyczny.
- Pomysł na kampanie społeczne edukujące społeczeństwo na temat chorób otępiennych oraz promujące ŚCOPO.
- Pomysł "nieformalnej grupy wsparcia opiekunów", a także superwizji pracy lekarzy, grupy Balinta.

- Wątpliwości co do narzędzi opracowywanych przez ekspertów w ramach modelu.
- Określenie konkretnych ról i zadań dla poszczególnych osób zatrudnionych w ŚCOPO.
- Określenie konkretnych warunków przyjmowania, odpisywania, opieki nad chorymi w ŚCOPO.
- Temat edukacji i szkoleń, tj. przygotowania adekwatnych programów edukacyjnych dla poszczególnych grup zawodowych w ŚCOPO.

W Formularzach Konsultacji Modelu pojawiły się następujące zagadnienia:

- Dywagacje co do możliwości synchronizacji systemu telemedycznego z systemem Ewuś. Perspektywa, ograniczenia.
- Możliwość współpracy z organizacjami wolontariuszy - studenci gerontologii, gerontopedagogiki. Czy student mógłby być koordynatorem/asystentem pacjenta otępiennego i jego rodziny w środowisku.
- Uwagi ilu pracowników socjalnych z rejonu Bydgoszczy musiało by być przeszkolonych dla efektywnej pracy w środowisku z chorym otępiennym i jego rodziną.

Między poszczególnymi spotkaniami konsultacyjnymi – grupowymi były prowadzone indywidualne konsultacje, celem poszukiwania i pozyskania adekwatnych partnerów do Projektu.

Spotkanie konsultacyjne odbyło się także w powiecie grudziądzkim.

W powiecie grudziądzkim spotkanie odbyło się 22.06.2016 roku. Uczestnikami byli przedstawiciele sektora medycznego (szpital, POZ), społecznego (pomoc społeczna), instytucji kultury.

Celem spotkania było konsultowanie Modelu, a także stworzenie w przyszłości partnerstwa w wyżej wymienionym powiecie. Wstępnie uzyskano pozytywną opinię na temat proponowanego Projektu i wstępną deklarację przystąpienia do partnerstwa.

Kolejne spotkanie konsultacyjne i seminarium eksperckie jednocześnie odbyło się 29.06.2016 roku. Uczestnikami byli eksperci, jak i przedstawiciele instytucji deklarujących przystąpienie do partnerstwa w projekcie. Z sektora medycznego: Przychodnie i lekarze POZ, z sektora społecznego ośrodki pomocy społecznej, polityki społecznej. Obecni byli reprezentanci organizacji pozarządowych NGO, placówki kulturalne oraz edukacyjne (uczelnie wyższe).

Na spotkaniu specjaliści podsumowali swoje ekspertyzy, przedstawili wizję i plan funkcjonowania we własnym obszarze, w ŚCOPO, współpracy z innymi profesjonalistami.

Przedstawiono także propozycję ról, zakresu zadań i obowiązków potencjalnych partnerów w projekcie. Przedyskutowano możliwe rozwiązania.

ETAP III

Konsultacje społeczne odbywały się drogą elektroniczną, za pośrednictwem strony internetowej www, gdzie umieszczony został opis Modelu oraz materiały eksperckie. Poprzez zamieszczony Formularz Konsultacji zainteresowani mieli możliwość zgłoszenia własnej opinii, wątpliwości, uwag, celem dopracowania Modelu.

Opisany Model w formie podręcznika został także przesłany drogą elektroniczną (e – mail) do przedstawicieli większości interesariuszy. Celem były formalne konsultacje z decydentami w obszarze pomocy społecznej, w aspekcie jego ewentualnego wdrożenia do polityki.

Konsultacje społeczne zostały zwieńczone seminarium podsumowującym w dniu 22.07.2016. Uczestnikami byli przedstawiciele partnerów projektu (sektor medyczny, społeczny, organizacje NGO,

ośrodki kultury) oraz rodziny osób chorujących na choroby otępienne. Na spotkaniu przedstawiono wyniki konsultacji oraz wersję Modelu planowaną do wdrożenia. Przeprowadzone zostało także badanie focusowe.

ETAP IV

Na zakończenie seminarium podsumowującego została zawarta umowa partnerska między Partnerem wiodącym, a partnerami Projektu. Partnerzy zawarli pisemną umowę o partnerstwie. Umowa określa: cele, zasady współpracy, przedmiot porozumienia, partnera wiodącego, prawa i obowiązki stron i inne wynikające z art. 33 ust. 5 ustawy wdrożeniowej. Do partnerstwa przystąpiły: szpitale, przychodnie POZ, ośrodek polityki społecznej, placówki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe, parafia, placówki kulturalne. Partnerzy są z powiatu bydgoskiego oraz sępoleńskiego. Podpisana umowa zapewnia możliwość kompleksowego wdrożenia i przetestowania modelu.

III. Założenia Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach

Podstawowym założeniem opracowanego modelu będzie funkcjonowanie Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach. ŚCOPO będzie koordynowało współpracę sektora medycznego, socjalnego i społecznego w opiece nad pacjentem z otępieniem i jego rodziną/opiekunami. Celem funkcjonowania ŚCOPO jest jak najdłuższe podtrzymanie istniejącej sprawności chorego i odpowiednie wsparcie jego rodziny. Adekwatne wsparcie ma przeciwdziałać instytucjonalizacji i zmniejszyć ryzyko hospitalizacji chorych otępiennie poprzez stworzenie chorym dostępu do jak najlepszej, kompleksowej i dostosowanej do indywidualnych potrzeb opieki w środowisku domowym.

ŚCOPO będzie realizowało działalność w trzech obszarach:

1. **świadczenia medyczne** realizowane przez:

- wizyty Zespołu Specjalistów ŚCOPO w domu chorego: lekarz (neurolog, psychiatra), psycholog, pielęgniarka, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy;
- nawiązanie ścisłej współpracy z placówkami Podstawowej Opieki Zdrowotnej – lekarzami rodzinnymi i pielęgniarkami środowiskowo-rodzinnymi;

Celem tych działań jest zapewnienie specjalistycznej, dostosowanej do indywidualnych potrzeb i zintegrowanej pomocy medycznej pacjentowi z chorobą otępienną.

2. **świadczenia edukacyjne:** prowadzenie szkoleń i kampanii informacyjnych dotyczących specyfiki chorób otępiennych, potrzeb i możliwości osób chorych, adekwatnej opieki i aktywizacji, postrzegania osób chorujących na otępienie przez społeczeństwo. Działalność szkoleniowa będzie adresowana zarówno do szeroko pojętego personelu medycznego, partnerów projektu, jak i rodzin pacjentów oraz opiekunek zaangażowanych w pomoc przy chorym. W ramach projektu prowadzone będą także kampanie społeczne służące zwiększeniu świadomości społecznej w temacie chorób otępiennych oraz zmianie postaw społecznych w stosunku do chorych i ich rodzin.

3. **działalność socjalna i społeczna:** realizowana poprzez zapewnienie kontaktu z pracownikami systemu pomocy społecznej oraz ośrodkami kultury celem uzyskania adekwatnego wsparcia oraz

przerwania izolacji i zwiększenia udziału chorych i opiekunów w życiu społecznym.

IV. Opis grupy docelowej, do której skierowany jest model w rozumieniu odbiorców wsparcia i użytkowników modelu.

Model Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach został stworzony w celu poprawy jakości życia chorych na choroby otępienne i ich rodzin poprzez prowadzenie skoordynowanych oddziaływań edukacyjnych, medycznych, socjalnych i społecznych w miejscu zamieszkania.

Bezpośredni odbiorcy wsparcia:

▪ chorzy na zespoły otępienne o różnej etiologii

W grupie tej przeważają osoby po 65 r.ż. (zachorowania przed 65 r.ż. stanowią zaledwie 1% przypadków wszystkich otępień). Osoby poniżej 65 r.ż. z diagnozą choroby otępiennej również będą mogły być objęte wsparciem ŚCOPO. Zakłada się, iż rozkład płci w opisywanej grupie będzie adekwatny do rozkładu płci wśród osób chorujących na choroby otępienne. Wyniki badań sugerują zwiększoną częstotliwość występowania chorób otępiennych u kobiet (od 2-4 razy). W literaturze przedmiotu określa się, iż wykształcenie i rezerwa poznawcza jest jednym z czynników protekcyjnych, opóźniających i spowalniających proces chorobowy. Spodziewać się więc można, iż osoby o niższym potencjale intelektualnym częściej chorują na choroby otępienne. Z doświadczenia klinicznego wynika jednak, iż w grupie osób chorujących znajdują się osoby z różnym poziomem wykształcenia i tak też zakłada się w opisywanym projekcie.

Do najczęściej występujących otępień zalicza się otępienie typu alzheimerowskiego (50-60% wszystkich typów otępień), naczyniopochodne (13-35%), mieszane – alzheimerowskie i naczyniopochodne (25%), otępienie z ciałami Lewy'ego, otępienie czołowo- skroniowe (rozpowszechnienie tych typów otępień jest trudne do oszacowania ze względu na problemy diagnostyczne w rozróżnieniu ich od otępienia typu alzheimerowskiego). Ponadto w grupie osób objętych projektem mogą znaleźć się osoby z innymi typami chorób otępiennych: otępienie w chorobie Parkinsona, otępienie w przebiegu chorób metabolicznych, otępienie wywołane uszkodzeniem mózgu w następstwie urazu, otępienie spowodowane używaniem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych i inne (F00 do F02 w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10).

Oddziaływaniami ŚCOPO zostaną objęci chorzy na różnych etapach choroby – z otępieniem w stopniu lekkim, umiarkowanym i głębokim.

Osoby z otępieniem w stopniu lekkim, mimo zaburzeń pamięci i innych funkcji poznawczych, potrafią względnie samodzielnie funkcjonować. Główne trudności tej grupy chorych polegają na zapominaniu o sprawach bieżących, niemożności nauczenia się nowych rzeczy, organizacji czasu wolnego czy planowaniu i wykonywaniu bardziej złożonych i skomplikowanych czynności (np. operacje bankowe, stosowanie się do zaleceń lekarskich, gospodarowanie pieniędzmi). Mimo względnej samodzielności chory wymaga na tym etapie pokierowania i wsparcia, aby jak najdłużej podtrzymywać jego samodzielność.

W umiarkowanym stadium choroby otępiennej głębokość zaburzeń procesów poznawczych w istotny sposób ogranicza samodzielne funkcjonowanie chorego. Pamięta on jedynie dobrze utrwalone informacje (nie zapamiętuje zdarzeń bieżących), traci orientację co do czasu, miejsca i osób bliskich. Znaczemu zubożeniu ulega mowa. Ogólna aktywność chorego jest znacznie ograniczona

i krótkotrwała. Narastają zaburzenia w zakresie chodu, zwiększa się ryzyko upadków. 50% chorych na tym etapie przejawia zaburzenia zachowania – opór, agresja, manipulacja. Mogą pojawić się także objawy psychotyczne lub inne objawy psychopatologiczne. U wielu chorych występuje również zaburzenia rytmu snu i czuwania. Na tym etapie choroby wymagany jest nadzór opiekuna, w szczególności pomoc przy wykonywaniu większości prac domowych, nadzór i pomoc w czynnościach higienicznych oraz mobilizowanie chorego do aktywności.

W głębokim stadium choroby otępiennej chory jest całkowicie niesamodzielny. Jego aktywność jest pozbawiona rozumiały dla otoczenia, racjonalnych przesłanek. Kontakt werbalny staje się nielogiczny. Mogą utrzymywać się zaburzenia zachowania, pobudzenie psychoruchowe, objawy psychotyczne czy lękowe, zachowania agresywne. Nasilają się zaburzenia ruchowe (w końcowej fazie chory jest osobą leżącą), dochodzi do utraty kontroli nad czynnościami fizjologicznymi (chory musi być zaopatrzony w pieluchomajtki lub pampersy). Nie sygnalizuje głodu ani łaknienia, musi być karmiony przez opiekuna. W końcowym stadium występują zaburzenia połykania. Chory wymaga całodobowej opieki pielęgnacyjnej oraz stałego nadzoru ze strony innych osób.

▪ rodziny/opiekunowie chorych

Najczęściej opiekunami chorych są ich współmałżonkowie (od 36 do 50%) lub dorosłe dzieci (39%), rzadziej rodzeństwo (3%) lub wnuki (2%). Zakłada się, że w opisywanej grupie zostanie uzyskany podobny profil opiekuna osoby chorej z otępieniem. W grupie opiekunów chorych z otępieniem znajdują się zarówno osoby pracujące zawodowo, jak i niepracujące.

Szczegółowy opis funkcjonowania rodzin chorych z otępieniem, ich problemów i potrzeb zawarto w osobnym rozdziale opracowania.

W ramach działania ŚCOPO opiekunowie zostaną objęci oddziaływaniami:

- edukacyjnymi (edukacja prowadzona zarówno przez członków zespołu ŚCOPO, jak i grupowe szkolenia opiekunów osób chorych);
- socjalnymi (pomoc pracowników Ośrodków Pomocy Społecznej);
- wsparciowo – pomocowymi - w stosunku do tej grupy będą prowadzone zarówno indywidualne (pomoc psychologiczna), jak i grupowe (udział w nieformalnych grupach wsparcia) formy oddziaływań;
- aktywizującymi (proponowane przez instytucje kultury formy aktywizacji pozwolą na przerwanie izolacji oraz nawiązanie nowych relacji interpersonalnych przez członków rodzin chorych otępiennie);

Koordynacja działań prowadzona przez ŚCOPO ułatwi opiekunowi sprawowanie opieki i będzie narzędziem odciążenia opiekunów. Zakłada się również, iż dzięki oddziaływaniom skierowanym bezpośrednio do chorych poprawie ulegnie jakość życia ich rodzin/opiekunów.

Uzasadnienie wyboru grupy objętej wsparciem

Wraz z rozwojem cywilizacji, zmianą jakości życia i postępem medycyny, w ostatnich latach obserwuje się na całym świecie charakterystyczne zjawisko – wydłużenie życia ludzkiego, prowadzące do wzrostu populacji ludzi starych – tzw. starzenia się społeczeństwa. W porównaniu do roku 1900, kiedy osoby powyżej 65. roku życia stanowiły niecały 1 proc. ludności, przewiduje się, że do roku 2050 odsetek ten osiągnie ok. 20 proc. Obecnie określa się, iż na świecie żyje ponad 500 milionów osób powyżej 60 r.ż. Z danych epidemiologicznych wynika, iż ok. 2025 roku będzie ich 1,2 miliarda.

Podobne trendy zaznaczają się także w społeczeństwie polskim. Systematycznie zwiększa się udział osób starych w ogólnej liczbie ludności Polski (w 2010 r. liczba ludności powyżej 64 roku życia wynosiła 5 157 317, co stanowi 13,4% społeczeństwa). Oczekiwana długość życia wynosiła 75,85 lat (mężczyźni 71,88 lat, a kobiety 80,06 lat) (za: Gabryelewicz T., 2014). Szacuje się, że w 2030 roku liczba ta wzrośnie do 8195 tys., co oznacza wzrost do 22,3% populacji.

Naturalną konsekwencją obserwowanych zmian socjodemograficznych jest zwiększenie częstości występowania chorób wieku starszego, w tym zaburzeń poznawczych i chorób otępiennych. Każdego roku na świecie rozpoznawanych jest 4,5 mln nowych przypadków otępień. Prognozy epidemiologiczne wskazują, że liczba chorych przekroczy w 2040 roku 80 mln. Badania prowadzone w Polsce wykazały, że w populacji powyżej 65 r.ż. rozpowszechnienie chorób otępiennych wynosi od 5,7 do 10%. Opierając się na tych wynikach można wnioskować, że liczba chorych otępiennie waha się od 300 000 do 500 000. Powyżej przedstawione dane pozwalają stwierdzić, iż otępienie jest znaczącym problemem społecznym i wymaga zakrojonych na szeroką skalę działań zarówno w zakresie sektora medycznego, socjalnego, jak i kulturowego. Jedynie wspólne działanie wszystkich tych podmiotów pozwoli na zapewnienie kompleksowej i skoordynowanej opieki dla chorych otępiennych i ich rodzin.

Użytkownicy modelu

W modelu Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach wyróżniono następujące grupy użytkowników:

- **Instytucje systemu ochrony zdrowia (zarówno publiczne, jak i niepubliczne) w tym szpitale**

Jak wynika z danych statystycznych działalność medyczną w zakresie geriatry w Polsce świadczy 307 podmiotów leczniczych. Oprócz opieki ambulatoryjnej podmioty te posiadają 1202 łóżka stacjonarne, w tym 271 łóżek psychogeriatrycznych, co jest liczbą zdecydowanie niewspółmierną do ilości chorych na choroby psychogeriatryczne, w tym otępienia. W związku z tym chorzy otępiennie trafiają na oddziały geriatryczne lub oddziały psychiatryczne, które nie są dostosowane do potrzeb i ograniczeń wynikających z otępienia. W związku z leczeniem chorób współistniejących chorzy trafiają także na oddziały w szpitalach ogólnych, gdzie ani organizacja pracy oddziału, ani personel nie jest przygotowany do opieki nad chorym otępiennym.

Trzeba wyraźnie zaznaczyć, iż pobyt na oddziale szpitalnym dla chorego z otępieniem jest wydarzeniem trudnym, pogłębiającym dezorientację, zaburzającym poczucie bezpieczeństwa, co często nasila objawy chorobowe. Stąd też **rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego z 2011 zakładają, iż hospitalizacje chorych z otępieniem powinny wynikać jedynie ze wskazań życiowych, a chory powinien być, jak najdłużej leczony we własnym środowisku.**

Z badań na temat psychogeriatrycznych hospitalizacji chorych otępiennie wynika, iż do najczęstszych przyczyn umieszczenia osoby chorej w szpitalu należą: zaburzenia pamięci, zaburzenia zachowania, niepokój z pobudzeniem psychoruchowym, agresja (zarówno słowna, jak i czynna), urojenia i zaburzenia snu (Głowacka E., Broczek K., 2009). Występowanie tego typu zachowań u chorych może być wzmagane lub osłabiane przez odpowiednie reakcje opiekuna oraz wczesną interwencję specjalistyczną. Można więc wnioskować, iż zarówno prawidłowa opieka jak i edukacja rodzin/opiekunów osób chorych znacznie zmniejszyłaby prawdopodobieństwo hospitalizacji chorych.

Rolą szpitala w modelu ŚCOPO byłoby rozpowszechnianie informacji na temat ŚCOPO i kierowanie osób hospitalizowanych do dalszej opieki środowiskowej. Poprzez rozwój systemu opieki medycznej i wsparcia socjalnego i kulturowego, edukację i wsparcie opiekunów chorych, zmniejszy się ryzyko

rehospitalizacji chorych. W przypadku, gdy jednak ponowna hospitalizacja byłaby konieczna, pracownicy szpitala poprzez system teleopieki będą mieli dostęp do informacji o sytuacji chorego i prowadzonym dotychczas leczeniu. Nawiążą także współpracę z personelem leczącym chorego w środowisku. Ułatwi to wymianę informacji, wspólne zaplanowanie leczenia, przez co nastąpi skrócenie czasu pobytu chorego na oddziale szpitalnym. Personel medyczny będzie także mógł korzystać ze szkoleń organizowanych przez ŚCOPO, co zwiększy ich wiedzę i umiejętności praktyczne dotyczące leczenia i postępowania z chorymi otępiennie.

Udział szpitali w modelu ŚCOPO jest więc jednym z narzędzi deinstytucjonalizacji opieki nad chorymi otępiennie.

▪ Placówki podstawowej opieki zdrowotnej

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej stanowią często tzw. „pierwsze ogniwo” w diagnozowaniu i leczeniu chorych otępiennie. Rola lekarza rodzinnego rozpoczyna się w momencie podejrzenia choroby, stawiania wstępnej diagnozy oraz kierowania chorego na konsultację do specjalisty. Po potwierdzeniu wstępnego rozpoznania, lekarz rodzinny, z racji ciągłości opieki i współchorobowości występującej u pacjentów w wieku podeszłym, uczestniczy w opiece nad pacjentem z chorobą otępienną w kolejnych etapach choroby. Do jego zadań należy systematyczna kontrola przebiegu schorzeń towarzyszących (których nasilenie powoduje powikłania w obrazie otępienia), gromadzenie informacji o leczeniu wielospecjalistycznym, kontrola przyjmowanych leków oraz ich wzajemnej interakcji. Lekarze rodzinni udzielają także pomocy w sytuacji nagłej zmiany stanu zdrowia. Jest więc rzeczą niezwykle istotną, aby byli prawidłowo i dogłębnie zorientowani w tematyce przebiegu i leczenia chorób otępiennych oraz postępowania z chorym i jego rodziną. Równie istotną kwestią jest możliwość nawiązania współpracy ze specjalistami leczącymi chorego w celu wymiany doświadczeń i informacji, zastosowania jednego, wspólnego planu leczniczo - terapeutycznego. W obecnym systemie służby zdrowia każdy z lekarzy leczy chorego oddzielnie, co prowadzi do wielu negatywnych konsekwencji takich jak: pomijanie wzajemnych interakcji lekowych, efektu przeleczenia chorego (nadmiaru leków/polipragmazja) czy też zajmowania się jedynie odrębnymi jednostkami chorobowymi bez holistycznego ujęcia problemów zdrowotnych pacjenta.

Współpraca nawiązana w ramach ŚCOPO pozwoli na wdrożenie postulatu wspólnego leczenia chorego poprzez wykorzystywanie jednego standardu pracy, opracowanych narzędzi diagnostycznych oraz możliwość wymiany informacji i prowadzenie konsultacji specjalistycznych. Szkolenia prowadzone w ramach ŚCOPO dla kadry medycznej (zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek) zwiększą wiedzę personelu POZ na temat specyfiki chorób otępiennych, co przełoży się na podniesienie jakości opieki.

Personel medyczny i terapeutyczny związany z opieką nad chorymi otępiennie

Ze względu na różnorodność problemów związanych z chorobą otępienną (m.in. zaburzenia pamięci, dezorientacja, zaburzenia psychiczne, problemy ruchowe) zakłada się, że optymalna opieka nad chorym i jego rodziną powinna być sprawowana przez zespół specjalistów, w którego skład wchodzi lekarze psychiatry, neurologi (zajmujący się specjalistycznym leczeniem chorego oraz edukacją), pielęgniarki (opieka pielęgniarska i edukacja opiekunów), psychologowie (opieka psychologiczna, psychoedukacja, wsparcie psychologiczne opiekuna), terapeuci zajęciowi (prowadzenie oddziaływań usprawniających poznawczo i fizycznie), rehabilitanci (usprawnienie fizyczne chorego, podtrzymywanie sprawności ruchowej). Mimo, iż każdy z członków zespołu terapeutycznego ma swoją własną odmienną rolę, to właśnie wspólne i zintegrowane działanie pozwala na uzyskanie najlepszego efektu w pracy z chorym otępiennym i jego rodziną. Projekt ŚCOPO zakłada współpracę

zespołu specjalistów w środowiskowej opiece nad pacjentem z otępieniem. W ramach modelu zostały określone dokładne zadania i standardy pracy każdego z członków zespołu, a także opracowano narzędzia diagnostyczne ułatwiające dostosowanie oddziaływań do realnych potrzeb i możliwości chorego i jego systemu rodzinnego. Zgodnie z postulatem „jednego, wspólnego leczenia” zostanie zapewniony stały kontakt między członkami zespołu umożliwiający bieżącą wymianę informacji (dostęp do wspólnej kartoteki pacjentów, możliwość telekonsultacji, superwizji).

Specjaliści będą mogli korzystać ze szkoleń organizowanych przez ŚCOPO dla każdej z wymienionych grup zawodowych. Pozwolą one na rozwój wiedzy i umiejętności pracy z osobami chorującymi otępiennie.

▪ **Ośrodki pomocy społecznej oraz polityki społecznej**

Model ŚCOPO zakłada nawiązanie współpracy zarówno z Ośrodkami Polityki Społecznej, jak i Pomocy Społecznej. Wymienione instytucje świadczą na co dzień pomoc i wsparcie osobom chorującym otępiennie oraz ich rodzinom. Chorzy otępiennie stanowią jedynie mały odsetek interesariuszy ośrodków pomocy społecznej. Ich potrzeby mogą pozostawać niezauważone wśród wielu innych grup potrzebujących. Wielu pracowników socjalnych zgłasza także brak wiedzy i kompetencji do pracy z osobami chorymi i ich rodzinami. Stosują do nich te same standardy, jak dla osób sprawnych poznawczo. Pomijanie specyfiki problemów chorych otępiennie i ich rodzin może prowadzić do trudności w udzielaniu pomocy i rozwiązaniu problemów. Współpraca nawiązana w ramach ŚCOPO pozwoli na zwiększenie wiedzy i kompetencji pracowników sektora pomocy społecznej w pracy z osobami chorującymi otępiennie (poprzez udział w szkoleniach, wdrożenie standardu pracy z chorym otępiennie, zastosowaniu narzędzi diagnostycznych stworzonych na potrzeby projektu ŚCOPO) oraz dotarcie do szerszego grona potrzebujących (poprzez kampanie informacyjne prowadzone zarówno przez Ośrodki Polityki Społecznej, jak i partnerów projektu). Zapewnienie wspólnej (zarówno medycznej jak i socjalnej) opieki nad chorym i jego rodziną pozwoli na udzielenie jej kompleksowego i adekwatnego wsparcia. Pracownicy Ośrodków Pomocy Społecznej będą także korzystali z systemu teleopieki ŚCOPO, który poprawi przepływ informacji między sektorami oraz pozwoli na koordynację świadczeń.

▪ **Organizacje pozarządowe**

Organizacje pozarządowe stanowią bogate źródło wiedzy i wsparcia dla osób chorujących na choroby otępienne i ich opiekunów. Do ich działań należą m.in.: organizowanie różnorodnych form wsparcia i pomocy dla opiekunów, popularyzacja wiedzy na temat chorób otępiennych i problemów wieku podeszłego w społeczeństwie, prowadzenie działalności integrującej oraz aktywizującej osoby chore i ich rodziny poprzez organizowanie imprez kulturalnych, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, działania zwiększające dostęp do usług leczniczo - terapeutycznych adresowanych do opisywanej grupy chorych.

Rolą organizacji pozarządowych w ramach ŚCOPO będzie:

- organizacja nieformalnych grup wsparcia dla opiekunów osób chorych;
- aktywizacja społeczna i kulturowa chorych otępiennie i ich opiekunów;
- podejmowanie działań zapobiegających wykluczeniu społecznemu w opisywanej grupie;
- edukacja rodzin i opiekunów chorych otępiennie;
- testowanie efektywności opracowanych na potrzeby ŚCOPO programów terapeutycznych dostosowanych do specyfiki i możliwości chorych otępiennie;

Wspólne korzystanie z systemu teleopieki ŚCOPO ułatwi komunikację oraz przepływ informacji dotyczących osób objętych pomocą ŚCOPO, zapewni integrację oddziaływań.

▪ **Ośrodki kultury**

Aktualny udział osób z chorobą otępienną oraz ich opiekunów w życiu społecznym można uznać za minimalny. Mimo bogatej oferty kulturalnej adresowanej do ogółu osób starszych (np. zajęcia organizowane przez Uniwersytety Trzeciego Wieku, Miejskie lub Gminne Ośrodki Kultury czy Kluby Seniora) brak jest ofert dostosowanych do możliwości chorych otępiennych. Sytuacja taka prowadzi do pogłębienia izolacji i wykluczenia społecznej grupy. Celem współpracy ŚCOPO z instytucjami kulturalnymi jest wykorzystanie ich potencjału do wdrożenia programów aktywizacji kulturalnej chorych na choroby otępienne i ich opiekunów. Rolą instytucji kultury będzie testowanie opracowanych w ramach modelu programów zajęć dostosowanych do specyfiki chorujących na otępienie, przeciwdziałanie izolacji i wykluczeniu społecznemu. Będą one także użytkownikami systemu teleopieki, co usprawni przepływ informacji i ułatwi koordynację działań.

▪ **Placówki dziennego pobytu różnego typu (m.in. domy dziennego pobytu, środowiskowe domy samopomocy, świetlice środowiskowe)**

Możliwość udziału chorych na choroby otępienne w zajęciach organizowanych przez placówki pobytu dziennego pozwala na podtrzymanie sprawności poznawczej i motorycznej chorych, ich integrację ze społeczeństwem oraz uzyskanie wsparcia i pomocy. Natomiast dla rodziny chorego jego kilkugodzinny pobyt poza domem, stwarza sposobność do odpoczynku lub umożliwia kontynuację pracy zawodowej. Niestety ilość miejsc w tego typu placówkach jest ograniczona, niewspółmierna do zapotrzebowania. Nieliczne z nich mają ofertę skierowaną wyłącznie do chorych otępiennych, wiele placówek zorientowanych jest na pracę ogólnie z osobami w wieku podeszłym lub z chorobami czy zaburzeniami psychicznymi. Chory otępienny nie może więc w pełni skorzystać z proponowanej oferty, gdyż nie uwzględnia ona jego możliwości i ograniczeń wynikających z choroby. W ramach ŚCOPO zostały stworzone programy terapii zajęciowej dedykowane ściśle dla pacjentów otępiennych. Rola placówek dziennego pobytu będących partnerami ŚCOPO będzie polegała właśnie na wdrożeniu i testowaniu ich efektywności. W wyniku czego chorzy otępiennie uzyskają pomoc i aktywizację dostosowaną do potrzeb.

▪ **Parafie**

Rolą parafii w modelu ŚCOPO będzie zarówno udzielanie duchowego wsparcia chorym na choroby otępienne i ich rodzinom oraz rozpowszechnienie informacji o funkcjonowaniu ŚCOPO w społeczności lokalnej.

V. Opis oddziaływań realizowanych w ramach ŚCOPO

Dla zapewnienia optymalnej opieki nad pacjentem otępiennym i jego rodziną w ramach ŚCOPO zostaną podjęte następujące działania:

- kierowanie do pacjentów pracowników ŚCOPO – opieka zespołu specjalistów będzie dostosowana do potrzeb i możliwości danej rodziny, etapu choroby, na którym znajduje się chory. W skład zespołu sprawującego bezpośrednią opiekę nad chorym w jego miejscu zamieszkania wchodzi:
- pielęgniarka – osoba pozostająca w bezpośrednim kontakcie z rodziną, koordynująca i monitorująca działania pomocowe, prowadząca edukację i udzielająca wsparcia rodzinie i choremu.
- lekarze specjaliści (psychiatra, neurolog) - zapewniający specjalistyczną opiekę medyczną w domu chorego. Ich zaangażowanie przyczyni się do zmniejszenia ryzyka hospitalizacji.
- psycholog – udzielający wsparcia i pomocy psychologicznej rodzinom chorych, prowadzący

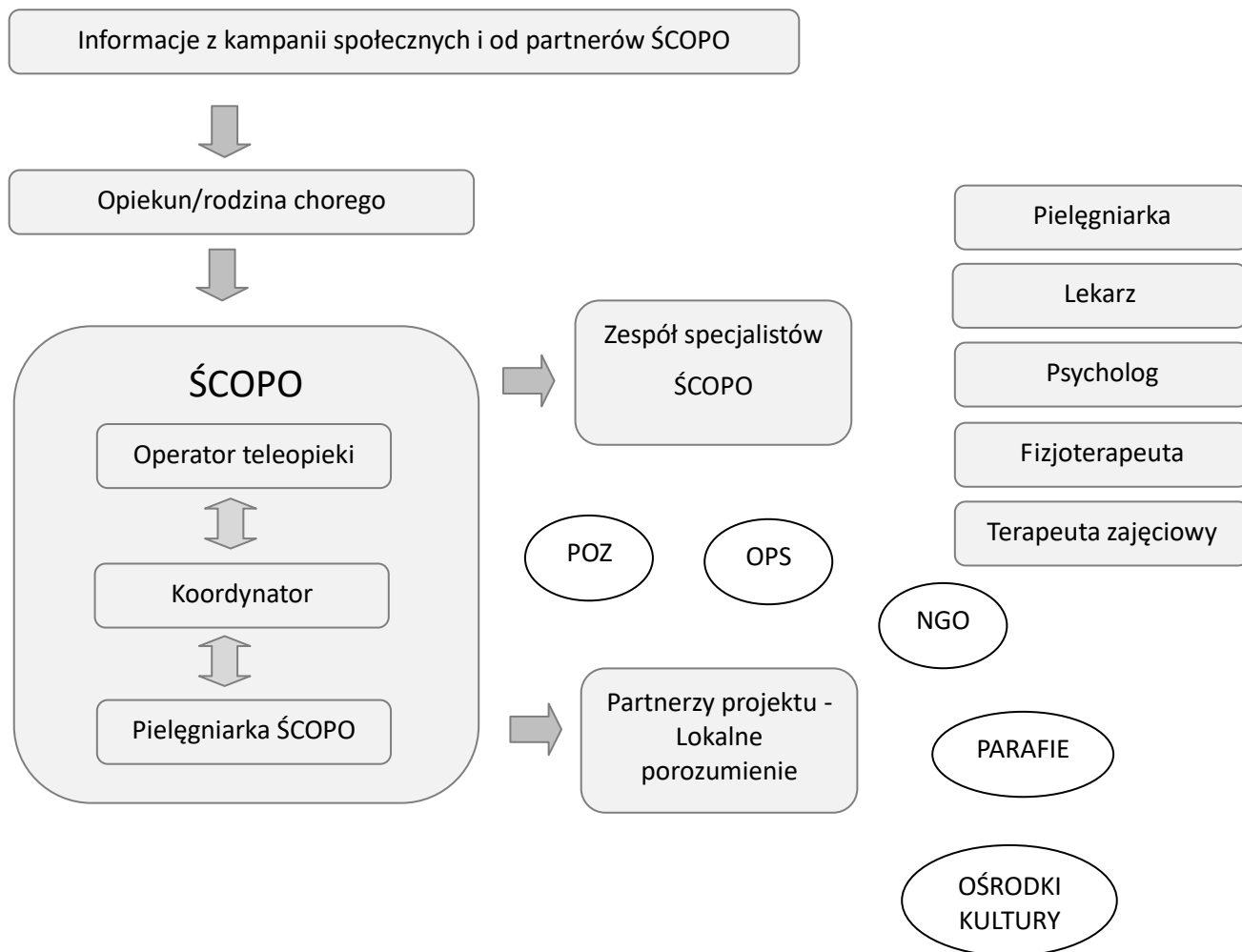
psychoedukację na temat objawów chorobowych i prawidłowego radzenia sobie z nimi, adekwatnego zaspokajania potrzeb chorego.

- terapeuta zajęciowy – prowadzący prawidłową aktywizację chorego poprzez dobrane do jego stanu i możliwości zajęcia terapeutyczne, edukujący rodzinę w zakresie aktywizacji pacjenta.
- fizjoterapeuta – prowadzący rehabilitację mającą na celu jak najdłuższe podtrzymanie aktywności, sprawności i samodzielności chorego, edukujący rodzinę na temat prawidłowych form usprawniania i aktywizacji.
- współpraca z ośrodkami Podstawowej Opieki Zdrowotnej – nawiązanie współpracy z lekarzami rodzinnymi oraz pielęgniarkami środowiskowo-rodzinnymi pozwoli na skoordynowane, wspólne leczenie chorego i zapewnienie mu dzięki temu optymalnej opieki medycznej.
- współpraca z ośrodkami pomocy społecznej pozwoli na wsparcie chorych i ich rodzin w przewyższaniu trudnych sytuacji życiowych i uzyskaniu dostosowanej do potrzeb pomocy w zakresie finansowym, usługowym czy rzeczowym, świadczonej przez ośrodki pomocy społecznej.
- współpraca ze szpitalami pozwoli na szersze dotarcie do osób chorujących otępienie, a poprzez objęcie ich opieką środowiskową ŚCOPO zmniejszenie ryzyka ponownej hospitalizacji.
- współpraca z ośrodkami kultury mająca na celu zwiększenie oferty zajęć z zakresu aktywizacji kulturalnej adresowanych do chorych otępienie i ich opiekunów. Takie oddziaływania mają na celu przerwanie izolacji, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu i zwiększenie aktywizacji i udziału opisywanej grupy w życiu społecznym.
- współpraca z organizacjami pozarządowymi w celu wspólnej koordynacji działań na rzecz chorych otępienie i ich rodzin.
- współpraca z placówkami dziennego pobytu w celu optymalizacji i zwiększenia efektywności oddziaływań terapeutycznych oraz aktywizacji chorych otępienie.
- współpraca z parafiami umożliwiająca uzyskanie wsparcia duchowego chorym i ich rodzinom oraz rozpowszechnienie informacji o działaniach ŚCOPO w środowisku lokalnym.

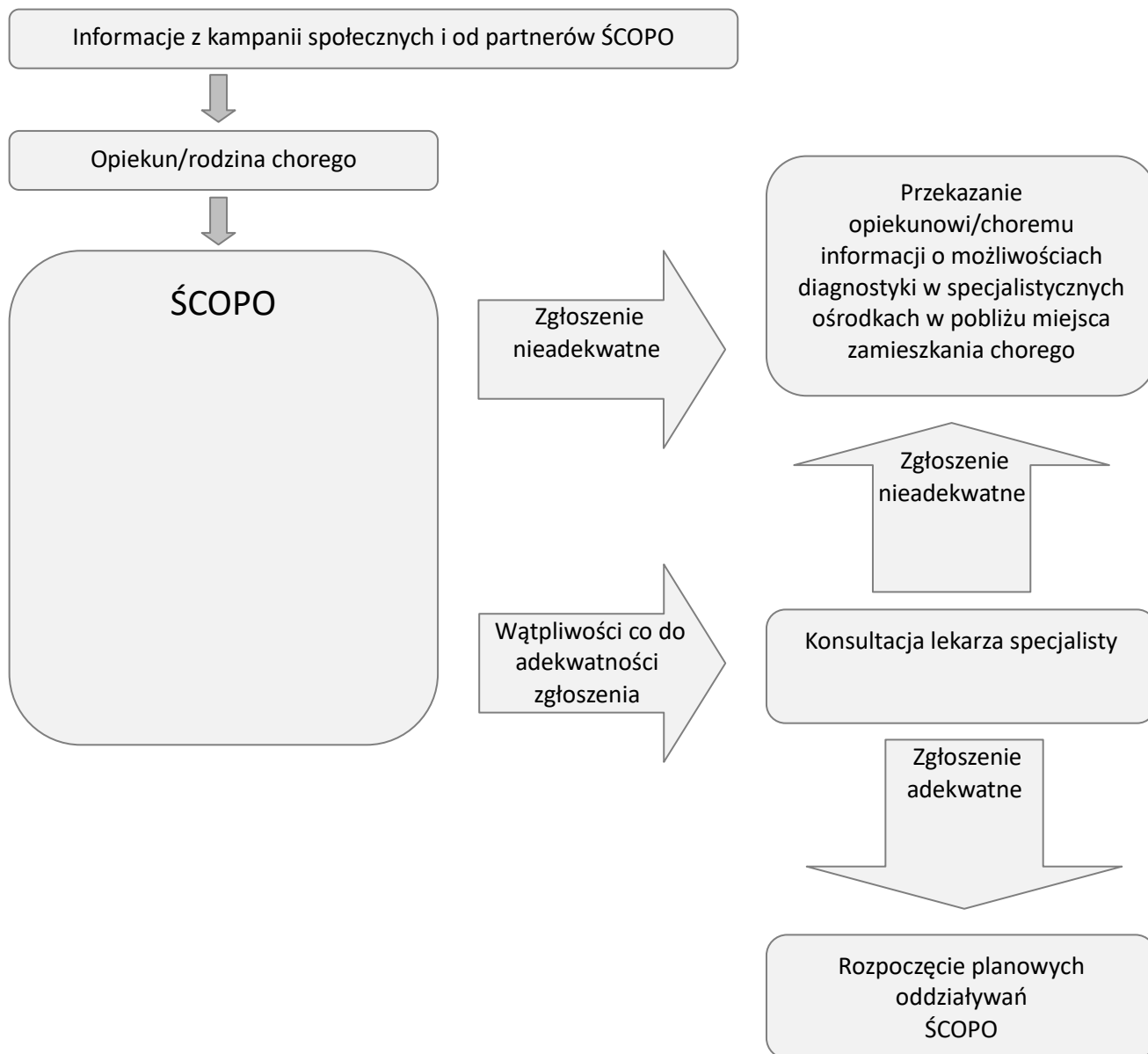
Na potrzeby ŚCOPO stworzony zostanie system teleopieki, który zapewni możliwość koordynacji działań pomocowych. Będzie również narzędziem bezpośredniej komunikacji między beneficjentami i użytkownikami modelu, pozwoli na łatwą i szybką wymianę informacji między osobami zaangażowanymi w opiekę.

Poniżej przedstawiono schemat realizacji świadczeń w ramach ŚCOPO.

Schemat 1. Funkcjonowanie Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach w sytuacji adekwatnego zgłoszenia pacjenta do ŚCOPO przedstawiono na poniższym rysunku.



Schemat 2. Postępowanie w ramach Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otepieniach w sytuacji nieadekwatnego zgłoszenia



Objaśnienia:

Informacje o funkcjonowaniu ŚCOPO będą rozpowszechniane poprzez zakrojone na szeroką skalę działania promocyjno-informacyjne oraz poprzez informacje przekazywane przez partnerów projektu.

Do ŚCOPO zgłasza się rodzina chorego (telefonicznie, internetowo poprzez zgłoszenie drogą e-mail lub wypełnienie kwestionariusza zgłoszenia umieszczonego na stronie internetowej ŚCOPO).

Zgłoszenie odbiera operator systemu teleopieki ŚCOPO i przekazuje je koordynatorowi (opis funkcji operatora i koordynatora ŚCOPO znajduje się w rozdziale dotyczącym systemu teleopieki).

koordynator ŚCOPO kieruje pielęgniarkę ŚCOPO do domu chorego. Pielęgniarka przeprowadza wywiad pielęgniarstwa oraz diagnozuje potrzeby rodziny za pomocą skonstruowanego na potrzeby ŚCOPO Narzędzia do Oceny Potrzeb Systemu Rodzinnego. Narzędzie pozwala ocenić jakiego rodzaju wsparcia (pomocy jakich specjalistów) potrzebuje chory i jego rodzina. Pielęgniarka dokonuje także weryfikacji adekwatności

zgłoszenia pacjenta do ŚCOPO przy użyciu narzędzia skonstruowanego na potrzeby ŚCOPO. O adekwatności zgłoszenia mówimy w przypadku gdy pacjent ma prawidłowo rozpoznaną chorobę otępienną.

Zebrane informacje zostają przekazane koordynatorowi ŚCOPO. W przypadku uznania zgłoszenia za nieadekwatne (pacjent nie ma rozpoznania choroby otępiennej lub rozpoznanie postawione jest nieprawidłowo), pacjent/opiekun otrzyma informację gdzie mogą udać się w celu przeprowadzenia odpowiedniej diagnostyki. Zostaną im podane adresy placówek znajdujących się najbliżej ich miejsca zamieszkania. Wszelkie dokonywane działania zostają odnotowane w dokumentacji ŚCOPO.

W sytuacji, gdy na podstawie zebranych przez pielęgniarkę ŚCOPO danych nie można definitywnie zdecydować czy zgłoszenie jest adekwatne, koordynator zwraca się o konsultację do lekarza specjalisty ŚCOPO (psychiatra lub neurolog), który rozstrzyga kwestię adekwatności zgłoszenia. Wszelkie podjęte działania zostają odnotowane w dokumentacji ŚCOPO.

Jeśli zgłoszenie zostaje uznane za adekwatne, koordynator ŚCOPO (na podstawie danych uzyskanych od pielęgniarki ŚCOPO), ustala zakres oddziaływań korzystny dla danej rodziny. W zależności od potrzeb kieruje do rodziny osoby z Zespołu Specjalistów ŚCOPO lub/i nawiązuje kontakt z partnerami projektu (ośrodkami POZ, ośrodkami pomocy społecznej, ośrodkami kultury, organizacjami pozarządowymi).

Rodzina zostaje wyposażona w sprzęt niezbędny do komunikacji w systemie teleopieki ŚCOPO (tablet) i przeszkolona w zakresie korzystania z systemu przez informatyka ŚCOPO. Od tej chwili może za pomocą wiadomości tekstowych czy połączeń audiowizualnych komunikować się z Centrum, zgłaszać problemy, korzystać z konsultacji specjalistycznych. Pozwoli to na usprawnienie procesu komunikacji oraz szybsze reagowanie w sytuacjach kryzysowych.

W trakcie prowadzonych oddziaływań następuje bieżąca wymiana informacji między osobami/podmiotami sprawującymi opiekę nad rodziną w celu optymalizacji procesu opieki i realizacji planu terapeutycznego.

Pielęgniarka ŚCOPO utrzymuje stały, zarówno bezpośredni, jak i zdalny (za pośrednictwem systemu teleopieki), kontakt z rodziną chorego. Reaguje na wszelkie zmiany stanu chorego i jego rodziny, konsultuje je z koordynatorem i pozostałym personelem ŚCOPO. Opisane działania pozwolą na dostosowanie oddziaływań do aktualnego stanu pacjenta, możliwości rodziny, zwiększenie efektywności i jakości opieki nad chorym.

Decyzję o zakończeniu opieki ŚCOPO u danego pacjenta/rodziny podejmuje koordynator ŚCOPO w oparciu o opinię pracowników/partnerów ŚCOPO. Zakończenie opieki ŚCOPO następuje w przypadku:

- zgonu chorego (wyjątkiem są wizyty psychologiczne dostępne dla opiekuna po śmierci pacjenta);
- rażącego nieprzestrzegania kontraktu terapeutycznego ŚCOPO przez opiekuna przy nieskuteczności rozmów mających na celu rozwiązanie problemu;
- zmiany miejsca zamieszkania chorego/rodziny w przypadku, gdy dany obszar nie jest objęty oddziaływaniami ŚCOPO;
- decyzji opiekuna chorego o zakończeniu współpracy ze ŚCOPO;

Lokalne Porozumienia na Rzecz Poprawy Jakości Opieki Nad Chorymi Otępiennie

W swojej działalności ŚCOPO zakłada 3 główne kierunki oddziaływań – medyczny, socjalny i społeczno-kulturowy. Zaangażowanie 3 sektorów stanowi duże wyzwanie i sprawia, iż konieczne staje się wdrożenie mechanizmów koordynacyjnych, określających zakres oddziaływań, podtrzymujących motywację do działania oraz zapewniających prawidłową współpracę na rzecz chorych otępiennie. Dlatego też ŚCOPO

zainicjuje podpisanie Lokalnego Porozumienia na Rzecz Poprawy Jakości Opieki Nad Chorymi Otępiennie (dalej zwane Lokalnym Porozumieniem). Dokument ten będzie stworzony i podpisany przez zainteresowane podmioty będące przedstawicielami wszystkich 3 sektorów (medyczny, socjalny i społeczno-kulturowy). Jego treść (zawierająca misję, cele i podstawowe działania) będzie wypracowana w trakcie spotkań o charakterze oficjalnym i nieoficjalnym (roboczym). Sygnatariuszami porozumienia mogą być zarówno przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego (np. przedstawiciele Urzędu Wojewódzkiego czy Urzędu Gminy), ośrodków pomocy społecznej, organizacji pozarządowych, placówek i organizacji medycznych (zarówno szpitali, poradni, przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Izby Lekarskiej czy Izby Pielęgniarek i Położnych), ośrodków kultury, uczelni wyższych. Dla nawiązania i utrzymania współpracy z lokalnymi instytucjami działającymi na rzecz osób z chorobami otępiennymi i ich rodzinami ŚCOPO pozyska do współpracy tzw. ambasadorów projektu, których zadaniem będzie propagowanie i upowszechnianie misji i idei ŚCOPO. Ambasadorami projektu mogą być:

- czołowi przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego (np. Prezydent Miasta, Wojewoda, Starosta, Wójt, Pełnomocnik ds osób niepełnosprawnych)
- Przedstawiciele środowiska medycznego (np. prezes Izby Lekarskiej czy przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, Konsultanci ds. Geriatrii czy Psychiatrii, Konsultanci w dziedzinie medycyny rodzinnej, przewodniczący Sekcji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego)
- Przedstawiciele środowisk kultury (np. lokalni działacze, artyści, osobistości świata kultury, lokalne placówki kultury np. opera czy filharmonia)
- Przedstawiciele świata nauki (naukowcy zajmujący się dziedzinami związanymi problematyką osób starszych i chorujących otępiennie)
- Członkowie rodzin i opiekunowie osób chorujących na otępienie, którzy jako „eksperti przez doświadczenie” mają realną, popartą dużym doświadczeniem wiedzę na temat potrzeb osób chorujących i ich rodzin a także problemów związanych z obecną organizacją leczenia i opieki nad chorymi otępiennie.

Główną rolą ambasadorów projektu będzie upowszechnianie misji ŚCOPO wśród sygnatariuszy Lokalnego Porozumienia oraz społeczności lokalnej na wszystkich etapach realizacji projektu – począwszy od etapu promocji i nawiązywania współpracy, np. poprzez udzielenie poparcia, wsparcie inicjatywy, udział w zorganizowanych akcjach propagujących projekt czy indywidualnych spotkaniach z przedstawicielami konkretnych instytucji mogących zaangażować się w realizację projektu. W fazie realizacji projektu działanie ambasadorów nastawione będzie na podtrzymywanie motywacji i współpracy podmiotów zaangażowanych w działania ŚCOPO.

W celu utworzenia Lokalnego Porozumienia zostaną podjęte następujące kroki:

- Zorganizowanie spotkań z potencjalnymi sygnatariuszami Lokalnego Porozumienia. Spotkania te

będą poprzedzone lokalną promocją inicjatywy i misji ŚCOPO z udziałem ambasadorów projektu. Zostaną także rozesłane zaproszenia do poszczególnych organizacji zaangażowanych w działania na rzecz chorych otępiennie.

Podczas pierwszego spotkania zostaną przedstawione założenia Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach, w tym rola partnerów projektu oraz korzyści płynące ze skoordynowanych oddziaływań na rzecz osób z chorobą otępienną. Nakreślona zostanie idea Lokalnego Porozumienia, zebrane zostaną uwagi dotyczące omawianych spraw.

- Kolejne spotkania nastawione będą na budowanie wspólnej wizji Lokalnego Porozumienia, określania wkładu i zaangażowania poszczególnych sygnatariuszy, motywowania do wspólnego działania na rzecz chorych otępiennie i ich rodzin oraz ustalaniu wspólnych celów i zasad przyświecających dalszej współpracy w ramach ŚCOPO.
- Pomędzy spotkaniami zostanie zapewniony indywidualny kontakt przedstawicieli poszczególnych podmiotów zarówno z koordynatorem ŚCOPO jak i między podmiotami zainteresowanymi współpracą. Służyć to będzie rozwiązywaniu ewentualnych wątpliwości, problemów, tworzeniu indywidualnych wizji współpracy.
- Końcową fazą spotkań będzie ustalenie treści Lokalnego Porozumienia na Rzecz Poprawy Jakości Opieki Nad Chorymi Otępiennie oraz podpisanie go. Lokalne porozumienie będzie określało zarówno wkład własny, zakres oddziaływań i odpowiedzialność poszczególnych podmiotów oraz mechanizmy współpracy między podmiotami.
- Każda grupa sygnatariuszy Lokalnego Porozumienia zaangażowana w działania w ramach ŚCOPO zostanie wyposażona w odpowiednie, dedykowane dla danej grupy, narzędzia (zgodne z modelem) pozwalające na profesjonalne i specjalistyczne oddziaływania na rzecz chorych otępiennie i ich rodzin. Wszyscy zainteresowani otrzymają także dostęp do systemu teleopieki w zakresie przewidzianym dla każdej z grup. System ten umożliwi każdemu z sygnatariuszy Lokalnego Porozumienia kontakt zarówno z koordynatorem i innymi pracownikami ŚCOPO jak i pozostałymi podmiotami uczestniczącymi w projekcie. Będzie także dawał możliwość przeprowadzenia wideokonferencji kilku podmiotów równocześnie, co ułatwi wymianę wiadomości oraz rozwiązywanie ewentualnych trudności w realizacji działań. W systemie telemedycznym będą także umieszczane cykliczne sprawozdania koordynatora podsumowujące poszczególne etapy działania ŚCOPO jak również informacje na temat działań poszczególnych podmiotów zaangażowanych w projekt (np. harmonogramy zajęć kulturowych dla chorych otępiennie i ich rodzin). Materiały te będą dostępne dla wszystkich partnerów projektu, co ułatwi współpracę i komunikację. Szczegółowy opis działania systemu teleopieki, jego możliwości i korzyści płynących z jego zastosowania umieszczono w rozdziale Opis rozwiązań telemedycznych w Kujawsko-Pomorskim Środowiskowym Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach, str. 85).

- Na mocy Lokalnego Porozumienia zostaną utworzone Interdyscyplinarne Zespoły Robocze zajmujące się poszczególnymi obszarami działań w ramach realizacji projektu. Są to:
- Interdyscyplinarny Zespół Roboczy ds. promocji i szkoleń
- Interdyscyplinarny Zespół Roboczy ds. aktywizacji społecznej chorych otępiennie i ich rodzin
- Interdyscyplinarny Zespół Roboczy ds. skoordynowanego leczenia i terapii chorych otępiennie

Każdy zespół będzie liczył 4-6 osób wybieranych spośród przedstawicieli sygnatariuszy Lokalnego Porozumienia. Spotkania Interdyscyplinarnych Zespołów Roboczych będą odbywały się co 3 miesiące. Członkowie zespołów będą mieli także zapewniony wzajemny bieżący kontakt przez system telepieki ŚCOPO. Każdy z Zespołów Roboczych będzie bezpośrednio współpracował z koordynatorem ŚCOPO, który będzie nadzorował i podsumowywał pracę zespołów oraz udostępniał informacje o działaniach zespołów podmiotom współpracującym w ramach ŚCOPO poprzez system telepieki.

Podstawowe kierunki oddziaływań Zespołów Roboczych przedstawiono poniżej.

1. Interdyscyplinarny Zespół Roboczy ds Promocji i Szkoleń

- Członkowie:
 - Przedstawiciele OPS
 - Przedstawiciele sektora medycznego
 - Przedstawiciele sektora kulturowego
 - Przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego
- Obszary działań:
 - Ustalenie sposobów i zasięgu oddziaływań promocyjnych ŚCOPO (np. treści reklam czy plakatów promocyjnych, miejsc promowania oddziaływań ŚCOPO, potencjalnych odbiorców)
 - Promocja szkoleń realizowanych w ramach ŚCOPO
 - Tworzenie standardów szkoleń dotyczących leczenia, terapii i pracy z osobami chorującymi na choroby otępienne
- Rezultaty prac:
 - Materiały promocyjne
 - Strategia promocji
 - Opracowanie standardów

2. Interdyscyplinarny Zespół Roboczy ds aktywizacji społecznej chorych otępiennie i ich rodzin

- Członkowie:
 - Przedstawiciele sektora kulturowego
 - Przedstawiciele OPS
 - Przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego
- Obszary działań:
 - Proponowanie inicjatyw na rzecz zwiększenia udziału osób chorujących na choroby otępienne i ich rodzin w życiu społecznym
 - Ustalanie strategii aktywizacji społecznej osób chorujących na choroby otępienne i ich rodzin
- Rezultaty prac:
 - Ustalenie strategii aktywizacji

3. Interdyscyplinarny Zespół Roboczy ds. skoordynowanego leczenia i terapii chorych otępiennie

- Członkowie:
 - Przedstawiciele sektora medycznego (szpitale, poradnie, przychodnie POZ, Izby Lekarskie, Izby Pielęgniarek i Położnych)
 - Przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego
- Obszary działań:
 - Określanie zakresów, metod i standardów współpracy poszczególnych jednostek sektora medycznego w ramach skoordynowanego leczenia chorych otępiennie.
 - Stworzenie postulatów, propozycji zmian w aktualnym systemie medycznym usprawniających opiekę nad chorymi otępiennie
- Rezultaty prac:
 - Procedury współpracy
 - Postulaty

Osobą bezpośrednio odpowiedzialną za kontakt i współpracę z partnerami ŚCOPO będzie koordynator ŚCOPO. Dodatkowo pielęgniarka ŚCOPO będzie kontaktowała się z poszczególnymi partnerami ŚCOPO w ramach indywidualnej opieki nad pacjentem, np. na mocy zgody podpisanej przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego przy podjęciu współpracy ze ŚCOPO, pielęgniarka będzie mogła zgłosić potrzebę interwencji u pracownika OPS lub zapisać pacjenta na zajęcia do określonego, działającego w porozumieniu ze ŚCOPO, ośrodka kultury. W razie potrzeby będzie także kontaktowała się z lekarzem POZ czy pielęgniarką środowiskową lub opieki długoterminowej. Będzie więc osobą spajającą oddziaływania różnych partnerów projektu na poziomie jednostkowym, indywidualnym.

W ramach ŚCOPO odbywać się będzie także cykliczny monitoring działania ŚCOPO oraz współpracy z partnerami projektu. Ankiety ewaluacyjne będą przeprowadzane co 6 miesięcy, a ich wyniki będą udostępniane wszystkim podmiotom współpracującym ze ŚCOPO. Poza ewaluacją cykliczną, będzie także możliwość zgłaszania bezpośrednich uwag poprzez formularz uwag dostępny na stronie internetowej ŚCOPO. Działania ewaluacyjne mają na celu podniesienie jakości usług ŚCOPO, weryfikację skuteczności przyjętych rozwiązań, bieżące wprowadzanie zmian a także ocenę współpracy z partnerami ŚCOPO, rozwiązywanie problemów i poprawę jakości współpracy oraz weryfikację partnerstwa.

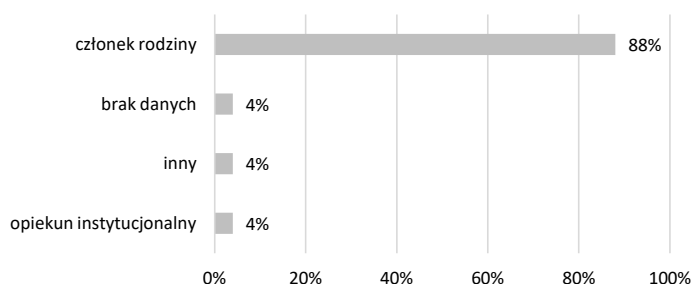
Podsumowując, podstawowym narzędziem koordynacji będzie podpisanie i wdrożenie Lokalnego Porozumienia na Rzecz Poprawy Jakości Opieki Nad Chorymi Otępiennie, opisującym zasady i zakres współpracy podmiotów sektora medycznego, socjalnego i kulturowego w środowiskowej opiece nad chorymi otępiennie. Na mocy Lokalnego Porozumienia będą działały Interdyscyplinarne Zespoły Robocze wspierające ŚCOPO w działalności na rzecz chorych otępiennie i odpowiedzialne za realizację poszczególnych dziedzin projektu. Działaniami wspierającymi koordynację międzysektorową będą działania promocyjne i szkoleniowe, możliwość kontaktu poprzez system teleopieki oraz oddziaływania ewaluacyjne.

FUNKCJONOWANIE SYSTEMU RODZINNEGO CHORYCH NA OTĘPIENIE

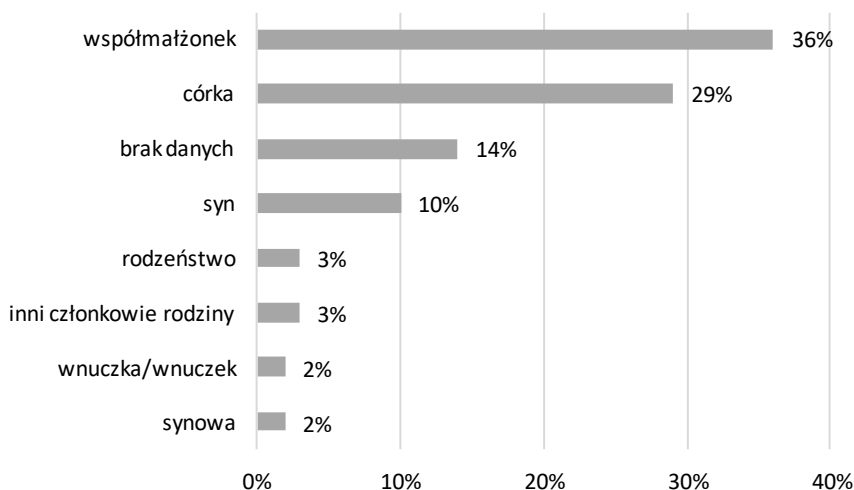
I. Profil opieki nad chorym z otępieniem w Polsce. Charakterystyka rodzin.

Organizacja opieki nad osobami chorymi na zespoły otępienne jest problemem wielowymiarowym, często wymagającym przeorganizowania funkcjonowania całego systemu rodzinnego. Wielokrotnie członkowie rodziny spostrzegają sytuację opieki jako diametralnie zmieniającą ich dotychczasowe funkcjonowanie („chorujemy wszyscy”, „ w domu wszystko się zmieniło” - Gabryelewicz, T., 2014). Statystycznie opieka nad chorym trwa od 8 do 14 lat, jest to więc proces długoterminowo obciążający rodzinę chorego i wymagający wysiłku szczególnie od głównego opiekuna. W Polsce opieka nad chorym na Chorobę Alzheimera sprawowana jest głównie w miejscu zamieszkania. Jedynie 5% chorych znajduje się pod stałą opieką instytucjonalną. Oznacza to, że aż w 95% przypadków obowiązek opieki spoczywa na rodzinie lub innych osobach z najbliższego otoczenia chorego. Raport z badań EX ON, przeprowadzonych na grupie 1437 osób, opublikowany w 2006 roku przedstawia następujący profil opieki w społeczeństwie polskim.

Wykres 1. Struktura opieki nad chorym z otępieniem w Polsce w ujęciu procentowym



Wykres 2. Główny opiekun chorego na otępienie wśród członków rodzin w Polsce w ujęciu procentowym



Wśród osób spoza rodziny zaangażowanych w opiekę nad chorym w środowisku domowym najczęściej wymienia się sąsiadów, znajomych, zatrudnione opiekunki i siostry zakonne.

Z raportu RPO (2014) wynika natomiast iż, głównymi opiekunami są przede wszystkim współmałżonkowie chorych (50-70%), którzy sami będąc osobami starszymi borykają się z problemami wynikającymi z wieku i stanu zdrowia. Opieka nad chorym otępiennym stanowi dla nich duże wyzwanie, dodatkowo obciążające i wyczerpujące zasoby. Drugą grupę opiekunów stanowią dzieci chorych, często będące w okresie aktywności zawodowej, mające własne rodziny i niejednokrotnie wychowujące własne dzieci. Konieczność sprawowania opieki nad chorym rodzicem znacząco wpływa na ich własne życie rodzinne, społeczne i zawodowe. Utrudnia rozwój kariery i ogranicza możliwości dodatkowego zarobkowania. Prowadzone w Polsce badania EUROFAMCARE wykazały, iż ok. 15% opiekunów podopiecznych z otępieniem nie mogło podjąć zatrudnienia ze względu na sytuację opieki, a 9% musiało zrezygnować z pracy zawodowej. Brak możliwości rozwijania kariery zawodowej lub kontynuowania nauki zgłaszało 6% respondentów (Karczevska B. i wsp., 2012). Są to wyniki znacząco różniące się od wyników dotyczących opiekunów chorych z innymi schorzeniami, niż zespoły otępienne. Dorosłe dzieci chorych otępiennie niejednokrotnie muszą podejmować trudne dla siebie i swoich bliskich decyzje, związane z przyjęciem pod swój dach osoby chorej bądź też z przeprowadzką do domu rodzica. Konieczność zabezpieczenia właściwej opieki dotkniętemu chorobą Alzheimera (lub innym otępieniem) rodzicowi oraz podjęcie nowych, dodatkowych obowiązków naraża dorosłe dzieci na przemęczenie, długotrwały stres, utratę zdrowia oraz nieporozumienia i konflikty ze współmałżonkiem i własnymi dziećmi.

Jak wynika z przytoczonych danych, konieczność opieki nad chorym z demencją niesie ze sobą poważne konsekwencje dla całej rodziny: następuje pokoleniowa zamiana ról (np. dzieci opiekują się rodzicami), pojawiają się konflikty między członkami rodziny (m.in. o podział obowiązków względem chorego, o odpowiedzialność i decyzje, a nierzadko także o sprawy finansowe) (Hess-Wiktor K., Opoczyńska M., 2010). Nawet w rodzinach wielodzietnych wielokrotnie obowiązek opieki spada na jednego z członków, przy braku bądź nikłym zaangażowaniu pozostałych osób. Dodatkowym problemem jest także stopniowa utrata relacji z przyjaciółmi wynikająca z ograniczeń związanych z opieką (brak czasu, trudności z wyjściem z domu, zaabsorbowanie sprawami związanymi z opieką nad chorym), ale także często ze wstydu opiekuna i chęci ukrycia problemu we własnym, zamkniętym świecie. Częstość zjawiskiem jest też odsuwanie się samych znajomych, którzy w relacji z chorym przeżywają poczucie skrępowania, nie wiedzą jak się zachować, w jaki sposób nawiązać kontakt z osobą otępienną. Prowadzi to do pogłębienia poczucia osamotnienia, niesprawiedliwości i obciążenia u głównego opiekuna.

W miarę rozwoju otępienia zmienia się charakter i zakres opieki. Jak wynika z danych opracowanych przez Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera czas poświęcany na opiekę nad chorym stopniowo się zwiększa. W pierwszym roku od ujawnienia objawów wynosi on średnio w ciągu dnia ok. 2 godzin, w drugim 4 godziny, w 5 roku 9 godzin, w 7 roku ok. 14 godzin, a w 10 prawie całą dobę (Klich-Rączka, 2006). Badania realizowane w ramach projektu EUROFAMCARE (2012) porównujące opiekę rodzinną nad chorym z otępieniem oraz chorym bez zaburzeń poznawczych wykazały także, że opiekunowie chorych na choroby otępienne są dwukrotnie częściej zmuszeni do sprawowania opieki nad chorym w nocy, niż opiekunowie z grupy porównawczej (Karczevska B. i inni, 2012). Początkowo opieka ogranicza się głównie do nadzoru nad chorym

względnie samodzielnie wykonującym czynności dnia codziennego. Wraz z progresem choroby i zmniejszaniem się samodzielności chorych, opiekun stopniowo przejmuje obowiązki domowe i administracyjne (przygotowywanie posiłków, sprzątanie, dokonywanie opłat, zarządzanie finansami chorego), wykonuje czynności pielęgnacyjno-opiekuńcze (dbanie o higienę chorego, podawanie leków, aktywizowanie i mobilizowanie chorego). Główny opiekun zmuszony jest do przejęcia obowiązków wykonywanych wcześniej przez chorego, co stanowi z jednej strony wyzwanie, ale też dodatkowe obciążenie. Niejednokrotnie musi on także radzić sobie z występującymi u chorego zaburzeniami zachowania, oporem, podejrzliwością czy innymi objawami psychopatologicznymi (agresja, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia nastroju). Sytuacje te są źródłem przewlekłego stresu dla opiekuna. W przeciwieństwie do wykwalifikowanych, zawodowych opiekunów, „opiekun rodzinny” nie ma urlopów i dni wolnych od pracy, w których mógłby odpocząć i zregenerować siły. Całodobowa opieka nad chorym pozbawia go także czasu, który mógłby poświęcić dla innych członków rodziny czy przyjaciół, uniemożliwiając realizowanie się w innych rolach (np. roli babci/dziadka) czy też kontynuowanie własnych zainteresowań.

Poniżej zaprezentowane zostało podsumowanie dotyczące zmian zachodzących w systemie rodzinnym osoby chorującej na otępienie:

- Zmiany dotyczące struktury i ról pełnionych w rodzinie.
- Reorganizacja podziału obowiązków.
- Zmiany w funkcjonowaniu zawodowym opiekuna (często ograniczenie lub rezygnacja z pracy).
- Pojawienie się lub nasilenie konfliktów wewnątrzrodzinnych.
- Stopniowy wzrost czasu poświęcanego opiece, co pociąga za sobą zaniedbywanie innych dziedzin życia.
- Znaczne ograniczenie funkcjonowania w rolach społecznych (innych, niż bycie opiekunem).
- Nadmierne obciążenie głównego opiekuna.
- Postępująca izolacja chorego i opiekuna prowadząca do wykluczenia społecznego.

II. Skutki zdrowotne sprawowania opieki nad chorym z otępieniem

Z badań wynika, iż opieka nad chorym z otępieniem jest bardziej uciążliwa i stresogenna, niż nad osobami z chorobami somatycznymi. Często wywiera ona destrukcyjny wpływ na zdrowie i funkcjonowanie opiekuna. Ilość czasu poświęcanego opiece sprawia, iż opiekun zaniedbuje własne potrzeby, nie ma czasu na odpoczynek i regenerację sił, realizowanie własnych zainteresowań, utrzymywanie kontaktów towarzyskich. W większości przypadków prowadzi to do izolacji społecznej, poczucia stygmatyzacji i osamotnienia, przez co uniemożliwia uzyskanie wsparcia. Funkcjonowanie w sytuacji przewlekłego stresu prowadzi do wielu negatywnych skutków zdrowotnych. Liczne badania wykazują zwiększoną zapadalność na choroby somatyczne i psychiczne w grupie opiekunów. Do najczęstszych problemów zdrowotnych należą: zaburzenia układu immunologicznego i sercowo-naczyniowego, otyłość i podwyższone stężenie lipidów w surowicy, częste infekcje układu oddechowego, trudności w gojeniu się ran. Efekt zmniejszonej odporności może się utrzymywać nawet do 4 lat po śmierci podopiecznego. Opieka nad chorym wymaga także sprawności i siły fizycznej. Czynności wykonywane przy osobie niesamodzielnej czy leżącej nasilają dolegliwości kostno-stawowe, zwiększają ryzyko urazów czy zespołów bólowych (Kłoszewska, 2007). W badaniach zaobserwowano także, iż opiekunowie doświadczający wysokiego poziomu obciążenia mają o 63% zwiększone ryzyko zgonu (głównie z przyczyn kardiologicznych), niż grupa porównawcza w podobnym

wieku. Pogorszenie stanu zdrowia opiekunów chorych na otępienie wynika także z faktu, iż opieka nad chorym często wymusza zmianę dotychczasowych nawyków i wypracowanych sposobów funkcjonowania. Opiekunowie często zaniedbują aktywność fizyczną, nieodpowiednio odżywiają się, nie mają czasu na odpoczynek czy odpowiednią ilość snu. Ciągłe skupienie na chorym, nadmierne poczucie odpowiedzialności oraz lęk przed koniecznością pójścia do szpitala i pozostawieniem podopiecznego pod opieką osób trzecich prowadzi do lekceważenia przez opiekuna własnych problemów zdrowotnych, odkładanie poważnych zabiegów operacyjnych na później. W konsekwencji pogarsza to stan somatyczny opiekuna i nasila dyskomfort psychiczny. Do nierzadkich należą sytuacje, gdy opiekun umiera przedwcześnie, a członkowie rodziny, którzy dotychczas nie włączyli się do opieki nad chorym, nagle zostają zmuszeni do przejęcia obowiązków i podejmowania istotnych dla chorego decyzji (Kłoszewska I., 2007). W wielu przypadkach sytuacja ta skutkuje oddaniem chorego do całodobowej placówki.

Bardzo często u osób opiekujących się chorymi otępieniem występują objawy depresji. Ryzyko występowania zaburzeń depresyjnych u opiekunów jest wyraźnie większe, niż w populacji ogólnej. Jak wynika z badań, częstość występowania objawów w tej grupie waha się od 28% do 55%. Badanie przeprowadzone na grupie 550 opiekunów z województwa Kujawsko-Pomorskiego i Wielkopolskiego wykazało, iż depresja występuje u 44% opiekunów będących małżonkami chorych, 29% dorosłych dzieci osób chorujących oraz 27% innych opiekunów (Krawczyk-Wasielewska A. i inni, 2016). Jest to więc problem znaczący w opisywanej grupie.

Opiekunowie z objawami depresji są w grupie wysokiego ryzyka istotnego pogorszenia się stanu somatycznego. Depresja znacząco pogarsza jakość życia opiekunów i zwiększa ryzyko nadużyć w stosunku do chorego (Rachel W., Turkot A., 2015). Jej występowanie u opiekuna jest predyktorem wcześniejszej instytucjonalizacji chorego. Przyczyn depresji upatruje się najczęściej w utracie kontroli nad zachowaniem chorego i możliwości radzenia sobie z opieką, a także przekonaniu, że sytuacja ta jest trwała i negatywnie wpływa wszystkie aspekty życia i funkcjonowania. Bardzo często u osób opiekujących się występuje także poczucie bezradności, lęk o przyszłość, wyczerpanie fizyczne, bezsenność oraz trudności z koncentracją uwagi (Schwarz, 2002).

Sytuacja choroby i sprawowania opieki sprzyja także powracaniu nierozwiązanych wcześniej konfliktów, które rzutują na relację między opiekunem, a chorym. Zmiana osobowości chorego oraz pogłębiające się zaburzenia poznawcze mogą prowadzić do utraty zażyłości i bliskości we wzajemnych relacjach, co potęguje przeżywane przez opiekuna cierpienie. Na pogarszanie się relacji wpływa także stopniowa utrata umiejętności komunikacyjnych, nasilające się problemy w wyrażaniu myśli, potrzeb i uczuć. Wielu opiekunów doświadcza poczucia utraty osoby bliskiej i silnej tęsknoty za „osobą zdrową”, którą znali wcześniej. Stopniowy postęp choroby sprawia, że opiekun przeżywa stratę chorego jakby „na raty”, rozpoczynając swoistą żałobę jeszcze za życia chorego (nie bez przyczyny mówi się, że choroba otępienna jest „długim pożegnaniem”). Jak wynika z badań, od samego początku choroby otępiennej opiekunom towarzyszy cały wachlarz emocji negatywnych – lęk, smutek, frustracja, napięcie, poczucie osamotnienia i bezradności, wstyd i poczucie winy (Rachel W. i inni, 2014).

W ostatnich latach na świecie prowadzone są liczne badania dotyczące jakości życia i stanu zdrowia opiekunów rodzinnych. Mają one na celu ocenę ich wydolności w sprawowaniu opieki, określenie problemów i potrzeb oraz na tej podstawie zaplanowanie i stworzenie systemów wsparcia. Wyniki wskazują na obniżone poczucie jakości życia w opisywanej grupie. Jako czynniki wpływające na jej

obniżenie wskazuje się: narastającą zależność chorego, zaburzenia świadomości, zaburzenia zachowania i objawy psychopatologiczne (agresja, błądzenie nocne, urojenia, płaczliwość). Jednocześnie podkreśla się, iż opiekunowie z niskim poczuciem jakości życia ponad 6 - krotnie częściej umieszczali swoich podopiecznych w domach opieki. Postuluje się więc, aby poprawa jakości życia opiekunów rodzinnych stała się istotnym celem postępowania lekarskiego i terapeutycznego, sprzyjającym zapewnieniu choremu optymalnej opieki (za: Rachel W. i inni, 2014).

Charakterystycznym zjawiskiem jest sytuacja, gdzie opiekunowie rzadko mówią o przeżywanych emocjach (zwłaszcza negatywnych), koncentrując się na trudnościach związanych z codzienną opieką. Wielu z nich doświadcza jednak poczucia straty, złości i lęków prowadzących do stanów depresyjnych w momentach zmęczenia fizycznego, braku zrozumienia ze strony członków rodziny czy adekwatnego wsparcia. Opiekunowie mają także tendencję do „dźwigania wszystkich kłopotów na swoich barkach”, ukrywają informacje przed innymi bliskimi o stanie pacjenta lub nie chcą obarczać swoich dzieci dodatkowymi obowiązkami.

W odniesieniu do problemów, z którymi borykają się opiekunowie stworzono w 1980 roku pojęcie *caregiver burden* (obciążenie opiekuna). Opisuje ono psychologiczne, fizyczne i materialne koszty sprawowania opieki nad przewlekle chorym. Termin ten odnosi się zarówno do obiektywnie spostrzeganych trudności (niekorzystne realne zmiany stanu zdrowia, pogorszenie funkcjonowania społecznego i zawodowego, problemy finansowe czy trudności w życiu rodzinnym), jak i do ich subiektywnej oceny (indywidualne i osobiste reakcje opiekuna na określone sytuacje związane z niedogodnością opieki, odczuwalnym napięciem psychicznym i innymi reakcjami emocjonalnymi) (Rachel W. i wsp. 2014). Badania wykazują, iż obciążenie nasila się wraz z występowaniem zaburzeń zachowania u chorego i brakiem jego wglądu w występujące zaburzenia pamięci. Poczucie obciążenia bywa źródłem niechęci wobec podopiecznego i prowadzi do niedoceniań jego sprawności i wciąż istniejących możliwości funkcjonowania. Badania na temat obciążenia opiekuna wskazują na związek nasilonego stresu z takimi cechami jak: podeszły wiek, płeć, niski status społeczny oraz niższe wykształcenie opiekunów. Dużo większe obciążenie stwierdza się także u osób doświadczających mniejszego wsparcia społecznego.

Jak wynika z literatury, pewnym rozwiązaniem obniżającym poczucie obciążenia u opiekuna chorego jest możliwość umieszczenia go w domu dziennego pobytu. Badania prowadzone przez Wojcierowską (2008) w kilku miastach Polski (w tym, w Bydgoszczy) wskazały, iż opiekunowie chorych korzystających z zajęć w ośrodkach pobytu dziennego zgłaszali zdecydowaną poprawę w zakresie samopoczucia (poprzez regularny odpoczynek fizyczny i psychiczny) oraz relacji z chorym (mniejsze nasilenie emocji negatywnych). Opiekunowie pracujący zyskali możliwość unormowania własnej sytuacji zawodowej, niepracujący mieli więcej czasu na utrzymywanie relacji społecznych (a co za tym idzie uzyskanie wsparcia społecznego). Liczba miejsc w domach dziennego pobytu jest jednak ograniczona i niewspółmierna do potrzeb. Opiekunowie często też nie mają wiedzy na temat możliwości umieszczenia chorego w takiej placówce.

III. Koszty finansowe związane z opieką

Dodatkowym problemem do rozwiązania w rodzinach chorych na choroby otępienne są duże obciążenia finansowe związane z opieką i leczeniem (koszty leków, środków pielęgnacyjno-higienicznych i rehabilitacyjnych). Środki finansowe jakimi dysponują rodziny często są niewystarczające i nie pozwalają na zatrudnienie wykwalifikowanych opiekunek, uzyskanie wsparcia

i odciążenia w opiece. Jak wynika z badań EX ON, podstawowym źródłem utrzymania głównego opiekuna jest emerytura (38% opiekunów), dla 35% – wynagrodzenie ze stosunku pracy, dla 18% – świadczenie rentowe. Przybliżony miesięczny koszt opieki nad chorym w warunkach polskich w badaniach opublikowanych w roku 2006 wyniósł średnio 487 PLN (Gabryelewicz T. i inni, 2006). Można przypuszczać, że obciążenie ekonomiczne opiekuna osoby chorej na chorobę otępienną aktualnie wzrosło (z badań przeprowadzonych w ramach niniejszego projektu wynika, iż średni koszt wydatków na leki i środki higieniczne w rodzinie wynosi 290 PLN), a co za tym idzie problemy socjalne odgrywają bardzo istotną rolę w opiece i funkcjonowaniu rodziny.

Dodatkowe problemy finansowe wynikają często z konieczności rezygnacji głównego opiekuna z pracy zawodowej. Łączenie opieki i pracy jest trudne, możliwe często jedynie w pierwszej fazie otępienia, kiedy chory nie wymaga jeszcze całodobowej opieki. Innym, stosowanym przez opiekunów rozwiązaniem jest zatrudnienie opiekunki na czas ich pobytu w pracy, co generuje dodatkowe koszty.

Do kosztów opieki bezpośrednio dochodzą koszty związane z osobą opiekuna, stanowiących frakcję kosztów pośrednich chorób otępiennych: zmniejszenie zawodowej produktywności w wyniku czasochłonności opieki domowej nad podopiecznym, częstsze wizyty u lekarza związane z własnymi problemami zdrowotnymi, a powiązаны z obciążeniem wynikającym z choroby podopiecznego, zwiększone prawdopodobieństwo hospitalizacji oraz koszty związane z przejmowaniem obowiązków osoby chorej.

W sytuacji opieki nad chorym można też zidentyfikować tzw. koszty niemierzalne, które stanowią nieuchwytnie straty psychiczne oraz obciążenie, jakiemu podlegają opiekunowie. Wyrażają się one chociażby poprzez zwiększoną ilość zwolnień lekarskich, wcześniejsze przejścia na emeryturę z powodu opieki nad chorym, zwiększony wskaźnik zaburzeń psychicznych aniżeli w populacji ogólnej. Koszty te w powiązaniu z wysokimi wydatkami na leczenie i opiekę nad pacjentem z zaburzeniami otępiennymi mogą prowadzić do rezygnacji z opieki domowej na rzecz instytucjonalnej, co dla budżetu państwa może stać się istotnym obciążeniem (Ciałkowska M., Kiejna A., 2009).

Sytuację opiekunów rodzinnych pogarsza fakt, iż są oni praktycznie pozostawieni sami sobie przez administrację socjalną i nie są podmiotem polityki społecznej (Bień, Doroszkiewicz, 2002). Wyniki badania Alzheimer Europe wskazują, iż jedynie 13% badanych opiekunów ocenia pozytywnie dostępne dla chorych usługi i pomoc. Aż 54% badanych wskazuje, iż Państwo powinno brać większy udział w opiece nad osobami starszymi i chorymi oraz ponosić większe koszty opieki. W obecnej sytuacji opiekunowie samodzielnie pokrywają większość kosztów związanych z opieką zarówno dochodzącą, jak i stacjonarną. Jak wynika z raportu RPO (Sadowska A., 2014) udział Państwa w opiece nad chorym przebywającym od początku do końca choroby w domu rodzinnym jest zupełnie symboliczny. Brakuje możliwości uczestnictwa w specjalistycznej terapii usprawniającej czy turnusach rehabilitacyjno - wypoczynkowych. Refundacja leków na choroby otępienne często nie jest wystarczająca, przez co ich koszt w znacznym stopniu nadwyręża budżet rodziny. Ilość pieluchomajtek czy pampersów dostępnych ze zniżką NFZ nie pokrywa faktycznego zapotrzebowania chorych w umiarkowanej i głębokiej fazie choroby. Dostęp do płatnych usług opiekuńczych oferowanych przez pomoc społeczną jest bardzo ograniczany poprzez niskie kryterium dochodowości warunkujące możliwość skorzystania z tej formy pomocy.

W dużych miastach chorzy i rodziny mogą liczyć na pomoc organizacji pozarządowych np. Stowarzyszeń Alzheimerowskich, proponujących im miejsca w domach dziennego pobytu lub

udział w grupach wsparcia. Liczba miejsc w domach dziennego pobytu jest jednak znacznie ograniczona, niewspółmierna do potrzeb. Chorzy zamieszkujący małe miasteczka i obszary wiejskie pozbawieni są takiej pomocy.

W sytuacji, gdy koszty związane z opieką są w większym stopniu ponoszone przez opiekunów, aniżeli przez budżet państwa, jakakolwiek niewydolność opieki domowej znacznie zwiększa prawdopodobieństwo nieplanowanego, kosztownego obciążenia państwowej opieki zdrowotnej i społecznej (np. poprzez umieszczenie chorego w placówce) (Ciałkowska-Kuźmińska M., Kasprzak M., 2012). Dlatego tak ważnym wydaje się rozwój inicjatyw mających na celu udzielenie pomocy i wsparcia chorym i opiekunom poprzez: programy edukacyjne, grupy wsparcia, zajęcia terapeutyczne i rehabilitacyjne dla chorych, pomoc w organizacji i sprawowaniu opieki w środowisku domowym, odciążenie opiekuna. Pozwoli to na poprawę jakości życia zarówno chorych, jak i opiekunów.

IV. Problemy związane z organizacją leczenia chorego na otępienie

Zarówno analiza literatury przedmiotu, jak i doświadczenia pracy klinicznej z pacjentami chorującymi na otępienie i ich rodzinami wskazują na występowanie licznych problemów związanych z organizacją i przebiegiem leczenia chorych na choroby otępienne. Do najważniejszych należą:

▪ Niewystarczająca dostępność leczenia specjalistycznego

O ile w dużych miastach funkcjonują poradnie neurologiczne i psychogeriatryczne, w małych miasteczkach i wsiach leczenie chorych z otępieniem opiera się głównie o leczenie w placówkach POZ przy ograniczonych możliwościach uczestnictwa w leczeniu specjalistycznym. Wielu opiekunów zgłasza problem logistyczny z dotarciem z chorym do specjalisty w miejscu odległym od miejsca zamieszkania (zorganizowanie transportu, podróż z chorym).

▪ Brak współpracy między specjalistami z różnych dziedzin

Nadal w Polsce utrzymuje się także nieuzasadniony podział na opiekę psychiatryczną, neurologiczną i geriatryczną. Specjaliści z różnych dziedzin nie współpracują ze sobą, praktycznie każdy z nich leczy chorego oddzielnie, co wymusza na opiekunie niejako scalanie choroby i samodzielne koordynowanie leczenia. Jest to sytuacja niejednokrotnie wykraczająca poza jego możliwości, wzmagająca poczucie braku pomocy oraz bezradności. Często prowadzi także do wynikających z niewiedzy opiekuna błędów w leczeniu. Sytuację pogarsza fakt, iż chorzy na otępienie chorują także na inne, współtowarzyszące schorzenia, co wymusza leczenie wielospecjalistyczne. Negatywnym skutkiem takiej sytuacji jest funkcjonowanie w domach pacjentów z otępieniem, którzy mają leczone wybiórcze problemy właściwe dla specjalności lekarza prowadzącego. Opieka medyczna sprowadza się najczęściej do działań interwencyjnych, kończących się niejednokrotnie hospitalizacjami.

▪ Brak jest holistycznego podejścia do opisywanej grupy chorych

Dowodem na to mogą być wyniki badań przeprowadzonych przez Bolt-Drosik (2014) na grupie pacjentów zgłaszających się do Poradni Zdrowia Psychicznego w Opolu. Aż 45% pacjentów, u których zdiagnozowano otępienie w stopniu umiarkowanym i 21% pacjentów u których postawiono diagnozę otępienia w stopniu głębokim nigdy wcześniej nie było leczonych przez żadnego lekarza z powodu zaburzeń pamięci przy jednoczesnym wieloletnim leczeniu zaburzeń współtowarzyszących (np. cukrzyca, nadciśnienie) i regularnym kontakcie z lekarzem specjalistą lub lekarzem rodzinnym. Problem zaburzeń funkcji poznawczych, który musiał występować u chorego już od wielu lat (potwierdzały to informacje od opiekunów), nie był przedmiotem zainteresowania lekarzy nie - specjalistów w zakresie psychogeriatry.

- **Brak opieki paliatywnej w terminalnym okresie choroby otępiennej**

W terminalnej fazie choroby, problemy pacjenta otępiennego nie są objęte opieką paliatywną. Opiekun jest często zdany sam na siebie, musi samodzielnie szukać rozwiązań poszczególnych problemów wynikających z zaawansowanej choroby. Sam uczy siebie jak opiekować się chorym leżącym, podawać pokarmy, zapobiegać powstawaniu odleżyn czy przykurczy. Brak standardów opieki długoterminowej w otępieniu skutkuje znaczącym wzrostem kosztów jakie rodzina ponosi w przebiegu choroby. Chory przebywający w domu, który już nie chodzi, nie ma też zagwarantowanych przez Państwo domowych wizyt lekarza specjalisty (np. chirurga, dermatologa, laryngologa). Kiedy pojawiają się problemy zdrowotne, których nie może rozwiązać lekarz rodzinny, rodziny chorych zmuszone są do korzystania z prywatnych wizyt lekarskich (Sadowska A., 2014).

- **Brak czasu na edukację opiekunów osób chorujących**

W obecnym systemie medycznym brakuje także czasu na edukację opiekunów na temat adekwatnej opieki i aktywizacji chorego. Biorąc pod uwagę fakt, iż choroba otępienna jest schorzeniem przewlekłym, trwającym wiele lat, brak wiedzy opiekuna może prowadzić do licznych, nieświadomie popełnianych błędów, które negatywnie oddziałują na zdrowie i funkcjonowanie zarówno chorego, jak i opiekuna. Stan taki potwierdzają wyniki przeprowadzanych badań w ramach projektu Alzheimer Europe w 2006 roku (obejmującym także Polskę). Ponad 35% badanych opiekunów skarżyło się na brak informacji o chorobie, 49% nie uzyskało danych o tym, jak będzie przebiegała choroba otępienna, 26% nie otrzymało informacji o sposobie leczenia choroby. Jedynie 10% opiekunów oceniło swój stan wiedzy na temat choroby i możliwości uzyskania pomocy i wsparcia jako zadowalający. W opisywanym badaniu opiekunowie podkreślali dużą potrzebę uzyskania pełniejszych informacji o wszystkich aspektach choroby i możliwościach uzyskania pomocy. 80% z nich zgłaszała chęć zdobycia informacji praktycznych dotyczących opieki a 41% - bardziej szczegółowych danych medycznych.

V. Potrzeby rodzin osób chorujących na choroby otępienne

Przedstawione powyżej dane dotyczące funkcjonowania rodzin chorych na choroby otępienne, przegląd badań i publikacji dotyczących opisywanej problematyki oraz doświadczenie kliniczne w pracy z pacjentem otępiennym i jego rodziną pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków dotyczących potrzeb opiekunów i rodzin osób chorujących:

- Opiekunowie i chorzy potrzebują **lepszego organizacji opieki medycznej** nad chorym z chorobą otępienną, łatwiejszego dostępu do leczenia specjalistycznego, uzyskiwanego także w środowisku domowym pacjenta. Bardzo ważna byłaby współpraca między specjalistami (tak, aby opiekun nie musiał samotnie koordynować opieki medycznej), a także wzrost poziomu wiedzy specjalistów nie zajmujących się stricte otępieniami w zakresie chorób otępiennych, ich objawów, przebiegu i leczenia.
- **Zwiększenia udziału państwa w opiece nad chorym** poprzez uzyskiwanie większego wsparcia finansowego i usługowego z instytucji pomocy społecznej oraz jednostek samorządu terytorialnego. Jak wykazano bowiem, wieloletnia opieka nad chorym otępiennym wiąże się z wysokimi kosztami, niejednokrotnie przekraczającymi budżet rodzinny. Ograniczone środki finansowe nie pozwalają często na zatrudnienie wykwalifikowanego personelu, który świadczyłby pomoc i odciążał głównego opiekuna.
- **Uzyskania specjalistycznego wsparcia w opiece**, w tym także psychologicznego. W trakcie trwania opieki nad chorym większość opiekunów samodzielnie stara się rozwiązać napotkane

problemy związane ze zdrowiem i funkcjonowaniem chorego oraz zapewnieniem mu bezpieczeństwa. Brak specjalistycznego wsparcia (lekarskiego, pielęgniarskiego, psychologicznego czy terapeutycznego) niejednokrotnie utrudnia znalezienie rozwiązania, prowadzi do błędów i nasila poczucie bezradności i obciążenia opiekuna. Wsparcie ze strony psychologa pozwoli na lepsze radzenie sobie z sytuacją choroby osoby bliskiej, długotrwałej opieki, zmianami jakie ona ze sobą niesie, a także emocjami, które się z nią wiążą. Zmniejszy to ryzyko wystąpienia problemów emocjonalnych czy objawów depresyjnych u opiekuna. Jak wykazują badania, pogorszenie stanu zdrowia psychicznego opiekuna jest istotnym predyktorem instytucjonalizacji chorego.

- **Zmniejszenie izolacji społecznej i uzyskanie większego wsparcia społecznego.** Wielu opiekunów dotkliwie odczuwa zmiany w relacjach społecznych związanych z opieką nad chorym. Mają znacznie mniej czasu dla członków rodziny, przyjaciół i znajomych, ogranicza się ich możliwość aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym. Dlatego też ważnym problemem jest zapewnienie im możliwości nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych poprzez zorganizowanie pomocy w opiece nad chorym (a co za tym idzie większej ilości czasu wolnego dla opiekuna) oraz rozwój takich form aktywności społecznej, w której mógłby uczestniczyć zarówno opiekun, jak i chory. Obecnie oferta kulturowa adresowana do tej grupy społecznej jest niezwykle uboga.
- **Zwiększenie poziomu wiedzy na temat chorób otępiennych,** ich przebiegu, metod leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego, możliwości uzyskania wsparcia. Wielu opiekunów zgłasza braki wiedzy w opisywanym zakresie, co utrudnia adekwatną opiekę nad chorym a także obniża jakość życia chorego i jego rodziny. Edukacja opiekunów jest więc ważnym czynnikiem poprawiającym efektywność opieki oraz zwiększającym poczucie komfortu.

VI. **Kujawsko-Pomorskie Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach jako odpowiedź na oczekiwania chorych i opiekunów.**

Celem funkcjonowania Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach jest koordynacja działań sektora medycznego, socjalnego oraz społecznego dla polepszenia sytuacji chorych na choroby otępienne i ich rodzin. ŚCOPO jest więc ukierunkowane na wsparcie rodzin chorych w taki sposób, aby chory mógł pozostać w środowisku domowym i mieć zapewnione odpowiednie oddziaływania lecznicze, terapeutyczne i opiekuńcze. W odpowiedzi na potrzeby opiekunów chorych działalność ŚCOPO zapewnia :

- **Zwiększenie dostępu do leczenia specjalistycznego**

W ramach działalności ŚCOPO planowane są wizyty specjalistów (psychiatra, neurolog) w domu chorego oraz konsultacje telemedyczne pozwalające na szybkie i efektywne rozwiązanie pojawiających się problemów w leczeniu i opiece bez konieczności długiego oczekiwania na wizytę lekarską i transportowania chorego do poradni czy gabinetu lekarskiego. Takie rozwiązanie jest znacznie korzystniejsze zarówno dla samych chorych, jak i budżetu państwa, gdyż długie oczekiwanie na wizyty u specjalisty w wielu przypadkach powoduje nasilenie problemów, co znacznie zwiększa ryzyko hospitalizacji chorego. Pobyt w szpitalu jest dla chorego otępiennego sytuacją bardzo stresującą, często powodującą dodatkowe problemy i pogorszenie funkcjonowania - wystąpienie pobudzenia, agresji czy psychozy, które związane są ze zmianą otoczenia i brakiem obecności opiekuna w pobliżu, bądź wystąpieniem zakażeń szpitalnych. Wszystko to tworzy tzw. „efekt kuli śnieżnej” zwrótnie wpływając na pogorszenie sytuacji zarówno chorego, jak i osób opiekujących się

nim. Działalność ŚCOPO poprzez zapewnienie dostępu do lekarzy specjalistów w miejscu zamieszkania chorego minimalizuje ryzyko hospitalizacji, wpływa na polepszenie opieki medycznej nad chorym, powoduje też poprawę komfortu i jakości życia opiekuna.

- **Wspólne leczenie chorego**

Model ŚCOPO zakłada nawiązanie współpracy między lekarzami Podstawowej Opieki Zdrowotnej, a specjalistami (psychiatra, neurolog) tak, aby wspólnie i holistycznie rozwiązywać problemy zdrowotne pacjenta. Zwalnia to opiekuna z konieczności koordynowania leczenia „na własną rękę”, umożliwia szybsze, bardziej adekwatne reagowanie na problemy zdrowotne pacjenta, zmniejsza prawdopodobieństwo błędów medycznych (np. poprzez błędne rozpoznanie objawów, interakcje lekowe).

- **Skoordynowanie działań przez pracownika ŚCOPO**

Wielu opiekunów nie posiada dostatecznej wiedzy o możliwościach uzyskania pomocy. Zaabsorbowani opieką nad chorym nie mają często czasu na poszukiwanie. ŚCOPO z założenia zajmie się koordynacją działań medycznych, socjalnych i społecznych. Pielęgniarka ŚCOPO obejmująca opieką daną rodzinę będzie pełniła rolę asystenta pomagającego rodzinie uzyskać pomoc adekwatną do potrzeb. Zwolni to opiekuna z konieczności dokonywania samodzielnych, często bezowocnych poszukiwań, ułatwi uzyskanie wsparcia i odciążenia w opiece.

- **Zmniejszenie izolacji**

Poprzez koordynację działań społecznych i kulturowych dla chorych otępiennych i ich rodzin, ŚCOPO stworzy możliwość uczestnictwa w życiu społecznym środowisk lokalnych. Będzie to prowadziło do zmniejszenia izolacji i przeciwdziałania wykluczeniu oraz umożliwi nawiązanie nowych relacji, uzyskanie większego wsparcia społecznego. Poprzez umożliwienie chorym uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych, zwiększy się także ilość czasu wolnego dla opiekuna, który będzie mógł poświęcić wolne na realizację własnych potrzeb i zainteresowań. Udział w spotkaniach terapeutycznych czy kulturalnych poza domem stworzy możliwość poznania nowych osób, nawiązania relacji i rozbudowania sieci wsparcia.

- **Dostępność do wsparcia psychologicznego**

Sytuacja choroby oraz wieloletniej opieki nad bliską osobą chorującą na otępienie jest niezwykle obciążająca dla opiekuna. Zapewnienie im wsparcia psychologicznego (zarówno w formie wizyt środowiskowych, jak i konsultacji telemedycznych) będzie prowadziło do poprawy funkcjonowania psychicznego opiekunów, polepszy ich możliwości radzenia sobie z opieką nad chorym, zmniejszy ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych u opiekuna. Edukacja prowadzona przez psychologa ŚCOPO wpłynie także pozytywnie na przebieg relacji chorego - opiekun.

- **Wsparcie ze strony instytucji Pomocy Społecznej**

Obecnie chorzy na otępienie i ich rodziny w ograniczonym stopniu są przedmiotem zainteresowania instytucji Pomocy Społecznej. Wielu opiekunów nie wie z jakich form pomocy mogą skorzystać, jakie świadczenia im przysługują. Niejednokrotnie wycofują się także ze starań o pomoc z MOPSu czy GOPSu ze względu na brak czasu i konieczność dopełnienia licznych formalności. Poprzez zapewnienie możliwości bezpośredniego kontaktu z pracownikiem Pomocy Społecznej w miejscu zamieszkania oraz odpowiednią edukację rodzin ŚCOPO zwiększy możliwość uzyskania wsparcia (finansowego, usługowego) dla chorych i ich rodzin, co ułatwi opiekę nad chorym i poprawi jej jakość.

- **Wsparcie rodzin chorujących na otępienie jako źródło potencjalnych oszczędności dla budżetu państwa**

Prowadzone analizy farmakoeconomiczne dotyczące opieki nad chorymi z chorobą Alzheimera wskazują, iż najistotniejszym źródłem potencjalnych możliwości w chorobach psychicznych wieku podeszłego jest możliwie, jak najdalsze odroczenie instytucjonalnej opieki całodobowej na rzecz opieki w środowisku domowym pacjenta. Będzie to stanowiło istotną oszczędność pod warunkiem, że obciążenie opiekunów nie będzie generowało dodatkowych kosztów wynikających z pogorszenia ich stanu zdrowia lub obniżenia ich produktywności zawodowej. Istnieje więc konieczność opracowania i wdrożenia odpowiednich strategii wspierania opiekunów, tak aby lepiej radzili sobie z opieką nad chorym (Ciałkowska M., Kiejna A., 2009). Odpowiedzią na to zapotrzebowanie społeczne jest właśnie projekt ŚCOPO.

Program szkolenia rodzin chorych na choroby otępienne

Istotnym elementem funkcjonowania ŚCOPO będzie prowadzenie działalności edukacyjnej, w tym edukacji rodzin/opiekunów osób chorujących na otępienia. Realizacja takich oddziaływań jest odpowiedzią na zapotrzebowanie społeczne jak i wyniki badań naukowych, z których wynika, iż opiekunowie często mają nikłą wiedzę na temat specyfiki i przebiegu choroby jak również prawidłowej opieki. Wiedza i umiejętności praktyczne zdobyte podczas szkolenia będą miały pozytywny wpływ zarówno na jakość opieki jak i samopoczucie i funkcjonowanie chorego i opiekuna.

Cel szkolenia

Szkolenie przewidziane jest dla opiekunów chorych na choroby otępienne o zróżnicowanej etiologii. Celem szkolenia jest nabycie wiedzy oraz rozwój umiejętności praktycznych usprawniających opiekę nad chorym w środowisku domowym oraz poprawiających jej jakość. Udział w szkoleniu pomoże też opiekunom w efektywniejszym radzeniu sobie ze stresem i obciążeniem wynikającym z długotrwałej opieki poprzez rozwój adaptacyjnych strategii radzenia sobie z emocjami, rozwiązywania sytuacji trudnych oraz redukcjonowania odczuwanego napięcia.

Korzyści ze szkolenia

Udział w szkoleniu umożliwia:

- zapoznanie się opiekunów ze specyfiką chorób otępiennych, ich podstawowych objawów, przebiegu i skutków dla funkcjonowania chorego i rodziny,
- lepsze rozumienie chorego i jego sytuacji dzięki poznaniu specyfiki choroby otępiennej, zasad i sposobów prawidłowej komunikacji z chorym oraz radzenia sobie z objawami choroby.
- nabycie umiejętności prawidłowych, adekwatnych do stanu chorego sposobów aktywizacji poznawczej oraz fizycznej, możliwości organizowania wolnego czasu,
- poprawę kondycji psychicznej opiekunów poprzez rozwój umiejętności radzenia sobie z emocjami wynikającymi z choroby osoby bliskiej i sytuacji opieki oraz adekwatnych strategii rozwiązywania sytuacji trudnych i redukcji odczuwanego napięcia,
- poprawę jakości i efektywności opieki poprzez rozwój umiejętności pielęgnacyjno-higienicznych opiekunów,
- zdobycie wiedzy o możliwościach uzyskania wsparcia instytucji pomocy społecznej.

Ramowy program szkolenia

- Czas trwania szkolenia:

14 spotkań trwających po 2 godziny każde, odbywających się 2 razy w miesiącu. W trakcie szkolenia chory będzie miał możliwość uczestnictwa w zorganizowanych zajęciach terapeutycznych prowadzonych przez wykwalifikowanych terapeutów zajęciowych, co pozwoli opiekunowi na swobodny udział w szkoleniu.

- Kadra szkoląca:

Wszystkie osoby prowadzące zajęcia będą miały min. 2-letnie doświadczenie w leczeniu, pomocy i opiece nad chorym z różnymi typami otępień. Oprócz lekarza (specjalista psychiatra, neurolog lub geriatra), psychologa, pielęgniarki, terapeuty zajęciowego, fizjoterapeuty oraz pracownika socjalnego do prowadzenia szkolenia zostanie zaangażowany „ekspert przez doświadczenie” (EX-IN) czyli osoba, która sama przeżyła sytuację opieki nad osobą chorującą na zespół otępienny a swoją wiedzę i umiejętności zdobyła w działaniu i bezpośrednim kontakcie z chorym. Badania nad wpływem

włączania ekspertów przez doświadczenie w szkolenia pokazują, że są one w przeważającej mierze korzystne dla uczestników, którzy łatwiej przyjmują informacje i porady od osoby mającej podobne doświadczenia osobiste. Mimo iż analizy te prowadzone były w większości w odniesieniu do osób doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego, wykorzystanie potencjału EX-IN w szkoleniach opiekunów osób chorujących na zespoły otępienne wydaje się ważne i pomocne.

Tabela 1 Ramowy program szkolenia

	Temat	Osoba prowadząca
Spotkanie 1	Podstawowe informacje o chorobach otępiennych: - czym jest zespół otępienny, - charakterystyczne cechy i objawy kliniczne zespołów otępiennych, - przebieg choroby otępiennej, - zespoły otępienne o różnej etiologii, - leczenie zespołów otępiennych	Lekarz (psychiatra, neurolog lub geriatra)
Spotkanie 2 Spotkanie 3	Podstawowe problemy psychologiczne w opiece nad chorym z otępieniem: - zrozumienie istoty choroby przez opiekuna i umiejętność radzenia sobie z jej objawami, - zasady postępowania z zaburzeniami pamięci i orientacji, - zasady postępowania z zaburzeniami nastroju u chorego, - zasady postępowania z zaburzeniami zachowania chorego (agresja, manipulacja)	Psycholog
Spotkanie 4	Komunikacja z chorym otępiennym w zależności od fazy choroby: - na czym polegają problemy z komunikacją chorych na choroby otępienne - rola komunikacji niewerbalnej w kontakcie z osobą otępienną - zasady prawidłowej komunikacji z chorym otępiennym	Psycholog
Spotkanie 5 Spotkanie 6	Prawidłowa aktywizacja chorych otępiennych na różnych etapach choroby - zasady prawidłowej aktywizacji poznawczej - sposoby motywowania chorych do aktywności oraz organizacja czasu wolnego - aktywizacja społeczna – zasady organizacji, możliwości aktywizacji społecznej, korzystania z ofert instytucji kultury dostosowanych do chorych otępiennych, - zasady prawidłowej aktywizacji ruchowej - zasady bezpiecznego przemieszczania pacjenta przy braku współpracy ze strony chorego z otępieniem	Terapeuta zajęciowy/ fizjoterapeuta

	Temat	Osoba prowadząca
	- zasady bezpiecznego przemieszczania pacjenta przy ograniczonej lub pełnej współpracy chorego z otępieniem	
Spotkanie 7	Zasady przystosowania otoczenia do potrzeb i możliwości chorego na otępienie na różnych etapach choroby: - przystosowanie miejsca zamieszkania - zasady zapewnienia bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania - bezpieczne podróżowanie z chorym otępiennym	Pielęgniarka
Spotkanie 8	Zasady organizacji czynności samoobsługowych: - ubieranie się, - czynności higieniczne, - przygotowywanie i spożywanie posiłków	Pielęgniarka
Spotkanie 9	Opieka nad chorym leżącym: - profilaktyka przeciwoleżynowa, - pozycje ułożeniowe pacjentów leżących - czynności higieniczne wykonywane przy pacjentach leżących	Pielęgniarka
Spotkanie 10 Spotkanie 11	Stres i radzenie sobie ze stresem w opiece nad chorym otępiennym: - objawy stresu i przebieg reakcji stresowej - style i strategie radzenia sobie ze stresem - nauka adaptacyjnych sposobów radzenia sobie z obciążeniem wynikającym z opieki - trening relaksacji	Psycholog
Spotkanie 12	Aspekty prawne i socjalne w sytuacji choroby otępiennej i opieki nad chorym: - sieć wsparcia instytucjonalnego - możliwości wsparcia społecznego w miejscu zamieszkania chorego – jaka pomoc przysługuje choremu i jego rodzinie? - zasady korzystania ze świadczeń - orzeczenie o stopniu niepełnosprawności oraz ubezwłasnowolnienie	Pracownik socjalny
Spotkanie 13 Spotkanie 14	Omówienie doświadczeń własnych w opiece nad chorym otępiennym - możliwość podzielenia się doświadczeniami i problemami w opiece, wspólne szukanie rozwiązań	Ekspert przez doświadczenie

Metody wykorzystywane w trakcie szkolenia:

- wykład,
- prezentacja multimedialna,
- aktywizacja uczestnika metodą zadaniową,
- prezentacja i ćwiczenie umiejętności praktycznych
- ćwiczenia treningowe
- dyskusja
- omówienie doświadczeń własnych

Przykładowe ćwiczenia

Ćwiczenie „zapamiętaj komunikat”

Cel ćwiczenia:

- obserwacja błędów w sposobie komunikacji
- praktyczne ćwiczenie jak tworzyć proste i zrozumiałe dla chorego komunikaty
- doświadczenie jak mogą czuć się osoby mające trudności w zapamiętaniu i zrozumieniu komunikatu.

Osoba prowadząca ćwiczenia wybiera z grupy 5 osób, które będą wykonywały ćwiczenie na forum grupy. Pozostali członkowie grupy mają za zadanie obserwowanie zachowań uczestników ćwiczenia i notowanie błędów jakie zauważyli w procesie komunikacji.

Prowadzący podaje instrukcję zadania: Za chwilę poproszę jedną osobę z grupy o pozostanie w sali a pozostałe 4 o wyjście. Osobie, która została w sali przeczytam pewnie tekst i poproszę o jak najwierniejsze przekazanie go kolejnej osobie, która zostanie zaproszona do sali (osoba nr 2). Następnie osoba nr 2 przekaze komunikat kolejnej osobie (osoba nr 3). Każda kolejna osoba powtórzy tę samą procedurę. Osoba nr 5 powie co zapamiętała z zaprezentowanego jej tekstu. Zadaniem pozostałych członków grupy jest obserwacja procesu przekazywania komunikatu.

Przykładowy tekst: „Poza afazją czuciową nazywaną także sensoryczną, która objawia się niemożnością syntezy usłyszanych dźwięków słowa a co za tym idzie trudnością w rozumieniu tego co się słyszy, wyróżniamy także afazję ruchową (nazywaną motoryczną), w której zostaje zachowane rozumienie cudzej mowy, odpowiedzi formułowane są w myślach, ale bez możliwości ich artykulacji w słowach”.

Tekst został celowo wybrany tak, aby był trudny i skomplikowany dla uczestników zadania, tak jak nawet proste komunikaty są trudne dla osób z demencją.

Przebieg ćwiczenia: Prowadzący czyta komunikat pierwszej osobie z grupy. Ta przekazuje go osobie nr 2, osoba nr 2 osobie nr 3, ta osobie nr 4. Osoba nr 4 przekazuje komunikat osobie nr 5. Osoba nr 5 powtarza zapamiętany komunikat.

Prowadzący wraz z wszystkimi uczestnikami szkolenia analizuje jak zmienił się przekazywany komunikat oraz przyczyny popełnianych błędów (niezrozumiałe słowa, długość oraz złożoność komunikatu, brak możliwości powtórzenia i uzyskania informacji zwrotnych). Osoby, które uczestniczyły w ćwiczeniu wypowiadają się na temat jak czuły się w sytuacji gdy nie rozumiały komunikatu, nie mogły go dokładnie zapamiętać.

Następnie uczestnicy szkolenia dzielą się na 4-5 osobowe podgrupy i pracują nad taką zmianą komunikatu, aby był on bardziej zrozumiały i łatwiejszy do zapamiętania. Wyniki prac prezentują na

forum. Omówienie wyników.

a) Ćwiczenie „błądny komunikat”

Cel ćwiczenia:

- nauka prawidłowej komunikacji z chorym,
- stworzenie listy błędów komunikacyjnych w relacji z chorym otępiennym. Określenie sposobu jak im zaradzić.

Prowadzący zajęcia podaje uczestnikom instrukcję ćwiczenia: Podam państwu teraz opisy 3 sytuacji, które niekiedy zdarzają się w relacjach chory-opiekun. Poproszę państwa o podzielenie się na 4-osobowe grupy. Zadaniem każdej grupy jest określenie czy w danej sytuacji występują błędy komunikacyjne oraz zastanowienie się jak inaczej można by się w danej sytuacji zachować.

Przykłady sytuacji:

- Żona przebywająca w kuchni woła do męża (chorego na otępienie), który znajduje się w pokoju: „*Ubierz się i idź do łazienki umyć się. Za chwilę musimy wyjść jeśli chcemy zdążyć do dzieci. Po drodze musimy jeszcze pójść na rynek po truskawki i zapłacić rachunek za telefon na pocztę*”
- Córka zwraca się do matki (chora na otępienie): *Dlaczego nie powiedziałaś mi, że wczoraj dzwonił Andrzej? Przecież prosił cię, żebyś przekazała mi, że mamy przyjść dzisiaj do nich na 17:00. Przecież, jak wychodziłam, mówiłam Ci, że czekam na informację od niego. Na tobie to już zupełnie nie można polegać!*”
- Mąż chorej zwraca się do lekarza w obecności chorej: „*Panie doktorze, ja będę odpowiadał na pana pytania, bo żona to już zupełnie nic nie wie, podstawowych rzeczy nie pamięta. Prawda kochanie? Powiedz panu doktorowi, że ty już nawet wczoraj zapomniałaś jak nazywają się nasze wnuki. Boże drogi, no jak to możliwe, żeby takie sprawy zapominać...*”

Uczestnicy dobierają się w 4- osobowe podgrupy i wspólnie omawiają nieprawidłowości jakie zauważyli w przytoczonych sytuacjach. Zastanawiają się jak inaczej można by postąpić w każdej z tych sytuacji. Wyniki pracy omawiane są na forum. W wyniku omówienia powstaje lista podstawowych błędów popełnianych w komunikacji z chorym otępiennym.

Przykładowe instrukcje rozwijające umiejętności praktyczne uczestników

Instrukcja do nauki zakładania choremu leżącemu pieluchomajtek

- Załóż rękawiczki jednorazowego użytku.
- Podłóż pod pośladki chorego podkład higieniczny.
- Stań z brzegu łóżka i zegnij w kolanie jedną z nóg chorego. Jeśli stoisz po prawej stronie chorego, zegnij jego lewą nogę, jeśli stoisz po jego lewej stronie – zegnij nogę prawą.
- Obróć chorego na bok w kierunku do siebie i po dokonaniu czynności pielęgnacyjnych oraz zabezpieczeniu skóry kremem ochronnym podłóż z tyłu pod chorego aktywowane wcześniej pieluchomajtki, co poprawi ich funkcjonalność. Aktywacji pieluchomajtek dokonuje się poprzez ich skręcenie, jak przy wyżymaniu ręcznika.
- Pamiętaj o tym, aby podwinąć skrzydło pieluchomajtek, co umożliwi wyjęcie ich spod chorego po jego obróceniu na plecy.
- Połóż chorego na plecach, wyprostuj jego nogi i wyciągnij podwinęte skrzydło pieluchomajtek.
- Wyciągnij przednią część pieluchomajtek i dopasuj ją do krocza.

- Umocuj pieluchomajtki za pomocą elastycznych przylepcorzepów, zaczynając od dolnego zapięcia, które przyczep lekko skośnie do góry.
- Po umocowaniu dolnych zapięć, umocuj górne przylepcorzepy, dopasowując pieluchomajtki do talii.
- Po zapięciu pieluchomajtek upewnij się, czy pielucha dobrze leży i przylega do ciała, czy falbanki nie są zwinięte i czy w żadnym miejscu pielucha nie wpija się w ciało.
- Zużyte pieluchomajtki zwiń i wyrzuć do kosza na śmieci. Nie wyrzucaj zużytego wyrobu do toalety.

Przesadzanie chorego z łóżka na wózek

- Przygotuj wózek. Odsuń podnóżki, unieś podłokietnik, zablokuj wózek.
- Zablokuj łóżko. Odczep wszelkie sprzęty, z których korzystał chory, worek na mocz. Unikniesz w ten sposób wyrwania cewnika.
- Ułóż pacjenta na boku, rękę od naszej strony unieś do góry jednocześnie ugnij kończynę dolną po przeciwnej stronie. Chwyć chorego pod łopatkę z równoczesnym opuszczeniem kończyn dolnych.
- Nie chwytaj chorego za ręce, ani pod pachy może to spowodować uszkodzenie stawu barkowego.
- Nie zostawiaj chorego samego na łóżku jeśli nie wiesz czy jest stabilny w pozycji siedzącej.
- Przygotuj chorego do przejścia z łóżka na wózek. Zsuń chorego na brzeg łóżka, blokując kolana chorego własnymi kolanami. Chory obejmuje cię za barki, a ty chwyć go pod pośladki. Przemieść chorego na wózek. Wykonuj to na ugiętych kolanach tak aby nie obciążać swojego kręgosłupa.
- Opuść podłokietnik, podsuń podnóżki.

Przesadzanie chorego z wózka na łóżko odbywa się w taki sam sposób.

Zmiana pozycji chorego w łóżku

Obracanie chorego z leżenia na plecach do leżenia na boku, np. lewym:

- *Opuścić zagłówek łóżka do poziomu lub, w przypadku dużej liczby poduszek, usunąć ich nadmiar.*
- *Stań z prawej strony łóżka.*
- *Przetóż prawą rękę pod prawym udem chorego, równocześnie chwytając jego lewe udo.*
- *Dłonią przysuń lewe udo do siebie, przedramię unieś w górę, za czym podżyj prawa noga chorego.*
- *Włóż lewą rękę daleko pod barki chorego, aż do przeciwległego barku; w ten sposób górna część ciała spoczywa na twoim przedramieniu.*
- *Lekko unieś i przesun w swoim kierunku obręcz barkową, możesz obrócić ciało w lewo.*
- *Gdy chory jest już na boku zabezpiecz tę pozycję przez umieszczenie wałka pod okolicą grzbietową, pod kończyną dolną i górną znajdującą się wyżej, czyli w tym przypadku prawą.*
- *Pamiętaj o ułożeniu głowy: głowa nie może być odchylona do tyłu, gdyż może to utrudniać oddychanie, przetykanie oraz może wzmacniać nieprawidłowe napięcie mięśniowe. Głowa powinna stanowić przedłużenie tułowia.*

Przesuwanie chorego w górę

- Opuścić zagłówek łóżka do poziomu lub, w przypadku dużej liczby poduszek, usunąć ich nadmiar.
- Dwie osoby stają z dwóch przeciwnych stron pacjenta, na wysokości tułowia.

- Otwartą dłoń ręki bliższej głowy wsuń głęboko pod łopatkę, a drugą rękę splecioną z ręką osoby stojącej po przeciwnej stronie – pod miednicę.
- Ważne jest, aby głowa pacjenta była zbliżona do klatki piersiowej; jeśli pacjent nie może tego sam wykonać, a nie mamy do pomocy osoby trzeciej, dłonie spod łopatek przesunij pod głowę, a górna część ciała chorego niech spoczywa na twoich przedramionach.
- Po zastosowaniu takiego chwytu nie musisz unosić chorego do góry, tylko przesunij go w kierunku zagłówka.

„KUJAWSKO-POMORSKIE ŚRODOWISKOWE CENTRUM OPIEKI PSYCHOGERIATRYCZNEJ W OTĘPIENIACH”. RAPORT Z BADAŃ *DESK RESEARCH* I BADAŃ JAKOŚCIOWYCH

I. Sytuacja osób w wieku podeszłym w skali kraju i województwa kujawsko-pomorskiego oraz analiza istniejącego systemu wsparcia dla osób chorych otępiennie oraz ich rodzin/opiekunów (analiza *desk research*)

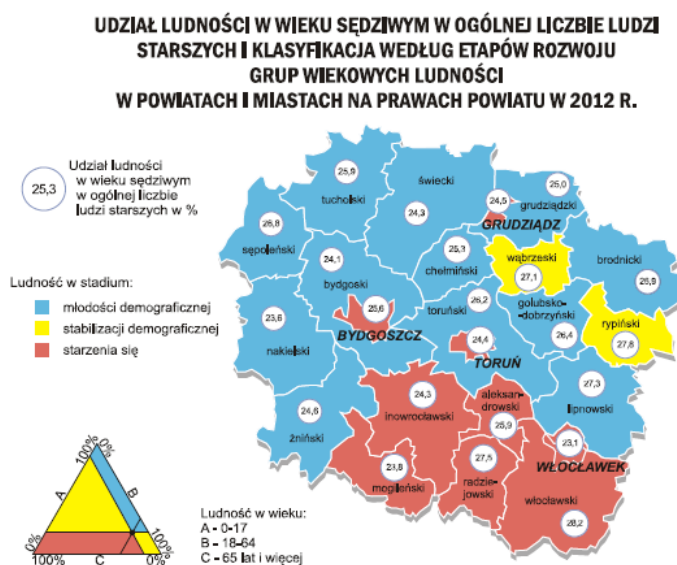
Gromadzone dane epidemiologiczne określające poziom rozpowszechnienia zaburzeń otępiennych w skali kraju dostarczają przesłanek, iż jest to rosnący problem wymagający podjęcia konkretnych działań zwiększających zakres wsparcia i opieki. Według statystyk epidemiologicznych (m.in. Beers M.H. *The Merck Manual of geriatrics*) problem chorób otępiennych dotyczy ok 5-10% populacji osób w wieku powyżej 65 r.ż, ale jednocześnie występują aż u 16,5% osób w przedziale wiekowym 80-84. Inne dane pochodzące z badań epidemiologicznych PolSenior wskazują na jeszcze wyższy poziom występowania zaburzeń otępiennych, na poziomie ok 1/3 populacji osób powyżej 65 roku życia. Szacuje się, uwzględniając osoby również niezdiagnozowane i niewłączone w proces leczenia, że obecnie w Polsce jest około 470 tys. osób z chorobami otępiennymi, przy czym najbardziej liczną grupę stanowią pacjenci zdiagnozowani i leczeni z powodu choroby Alzheimera.

Odnosząc to do danych dla województwa kuj.-pom. należy przede wszystkim podkreślić, że według danych GUS (2013) Bydgoszcz osoby powyżej 65 roku życia stanowiły w 2012 roku 13,5% ogółu mieszkańców województwa. Jednakże według prognoz (GUS) w roku 2035 będzie to już 23% w skali województwa. Obserwujemy jednocześnie tendencje wzrostową, gdyż końcu 2013 r. osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 14,1% populacji województwa kujawsko-pomorskiego liczącej 2092,6 tys. osób (GUS, 2015). Co więcej, statystyki pozwalają sądzić, że w 2035r. liczba mieszkańców województwa kuj.-pom. w wieku sędziwym (określenie używane wobec osób powyżej 80 roku życia) wyniesie 135 700 osób, co stanowić będzie prawie dwukrotny wzrost względem 2012 r.

Warto jednak pamiętać, że prognozy dotyczące liczby osób starszych z chorobą otępienną nie zawsze okazują się zbieżne z danymi epidemiologicznymi. Wyniki badań populacyjnych z 2008 r. (*The Population-based Health and Retirement Study*) przeprowadzonych wśród osób powyżej 70 roku życia pokazały tendencję delikatnie spadkową występowania otępienia z 12,2% w 1993 r. do 8,7% w 2002 r. (co tłumaczy się m.in. z lepszym standardem jakości życia, świadomości zdrowotnej itp.). Niemniej jednak, uwzględniając potencjalną korektę ogólnych trendów, należy oczekiwać, że przy tak dużej liczbie osób w wieku powyżej 80 roku życia w najbliższych dekadach, istotnie będzie rosło zapotrzebowanie na wsparcie psychogeriatryczne dla osób otępieniami na terenie województwa kuj.-pom.

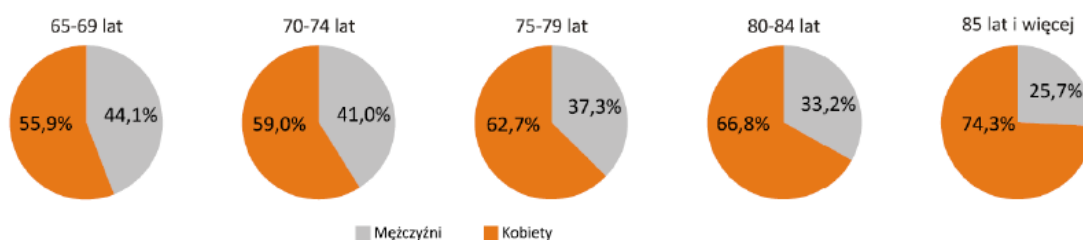
Ponadto, dane GUS (za rok 2012) wskazują, że na terenie woj. kujawsko-pomorskiego mamy do czynienia z niejednorodnym udziałem osób w wieku podeszłym w poszczególnych obszarach (w ujęciu geograficznym).

Rysunek 1 Geograficzne ujęcie udziału ludności w wieku sędziwym w ogólnej liczbie ludzi starszych na obszarze województwa kujawsko-pomorskiego (Źródło: GUS, 2012)



Wskazane na powyższej ryc. zróżnicowanie obszarowe pod względem udziału osób starszych może mieć konsekwencje w zakresie intensyfikacji wsparcia dla osób w wieku podeszłym w poszczególnych rejonach województwa. W uzupełnieniu do powyższych informacji przedstawiono poniżej bardziej dane GUS (2015) obrazujące rozkład płci w poszczególnych kategoriach wiekowych.

Rysunek 2 Ludność województwa kujawsko-pomorskiego w wieku powyżej 65 lat (w kategoriach wieku i płci) w 2013r. (Źródło: GUS, 2015)



II. Zasoby instytucjonalne województwa kujawsko-pomorskiego – placówki, instytucje itp. zaangażowane w świadczenie pomocy i wsparcia osobom starszym, w tym osobom z chorobami otępiennymi i ich rodzinom

W Polsce opiekę nad osobami chorymi otępiennie sprawuje się w ramach funkcjonowania różnych struktur, instytucji i podmiotów podległych kilku resortom, przede wszystkim Ministerstwu Zdrowia i Ministerstwu Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Wsparcie w zakresie usług opiekuńczych i powiązanych, skierowanych do osób chorych z otępieniami odbywa się m.in. w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, dziennych oddziałach psychogeriatrycznych, całodobowych oddziałach psychogeriatrycznych, gminnych ośrodkach pomocy społecznej i domach pomocy społecznej oraz prywatnych domach opieki. Istotnym elementem

systemu wsparcia są również od pewnego czasu poradnie psychogeriatryczne oraz organizacje pozarządowe (m.in. stowarzyszenia alzheimerowskie oraz grupy wsparcia).

Wszystkie wymienione powyżej, które mogą świadczyć pomoc w chorobie otępiennej zostały scharakteryzowane bardziej szczegółowo w dalszej części tekstu, przy jednoczesnym odniesieniu do skali województwa kujawsko-pomorskiego¹. Warto przy tym zauważyć, że w opinii wielu specjalistów, jak również osób sprawujących opiekę nad osobami z chorobą otępienną, instytucjonalny system wsparcia, także w województwie kujawsko-pomorskim, należy uznać za niewystarczający. Mamy do czynienia z mało wydajnym systemem informowania o instytucjonalnych zasobach w analizowanym obszarze, dostępnych na terenie województwa. Według danych (Fact Sheet Alzheimer Europe, 2006²) jedynie 6% osób badanych (opiekujących się osobami chorymi otępieniem) ocenia poziom działania instytucji działających na rzecz osób z otępieniami jako dobry. Zaledwie 13% uważa, że dostępne dla chorych z otępieniami usługi i pomoc gwarantowane przez państwo są wystarczające.

Ogólny stan infrastruktury środowiskowej w podziale na poszczególne typy instytucji przedstawiono w poniższej tabeli (tab.1.)

Tabela 1 Infrastruktura pomocy środowiskowej dla osób starszych w województwie kujawsko-pomorskim - stan na koniec 2015r.³

L.p.	Infrastruktura	Liczba
1.	Domu Pomocy Społecznej	48
2.	Dzienne Domy Pomocy Społecznej	10
3.	Zakłady Pielęgnacyjno – Opiekuńcze / Zakłady Opiekuńczo – Lecznicze	26
4.	Hospicja	23
5.	Poradnie geriatryczne	4
6.	Wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego	36
7.	Kluby Seniora	143
8.	Uniwersytety Trzeciego Wieku	22

Poradnie geriatryczne i psychogeriatryczne

Pomoc osobom starszym w tym osobom z otępieniami dostępna jest m.in. w ramach działających na terenie województwa kujawsko-pomorskiego poradni geriatrycznych oraz psychogeriatrycznych. Pierwszy z typów (por. geriatryczne) reprezentowany jest od niedawna w woj. kuj-pom przez już pięć podmiotów (dane finansowe w dalszej części podawane są w odniesieniu jeszcze do 4 poradni):

- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - wielospecjalistyczna przychodnia "Bartodzieje" Spółka z o.o. w Bydgoszczy (poradnia geriatryczna)

¹ Pełna lista jednostek pomocy społecznej i integracji społecznej w województwie kujawsko - pomorskim dostępna jest na stronie ROPS Toruń <http://www.ropstorun.home.pl>

² Who cares? The State of Dementia Care in Europe. Poland Fact Sheet Alzheimer Europe, 2006.

³ Opracowano na podstawie ROPS Toruń,

- NZOZ Centrum Zdrowia "Błonie" Sp. z o.o. "Krystyna Kopa i Wspólnicy" w Bydgoszczy (poradnia geriatryczna)
- Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Bydgoszczy (poradnia geriatryczna)
- Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy (poradnia geriatryczna)
- Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Toruniu (poradnia geriatryczna)⁴

Nakłady na świadczenia zdrowotne w zakresie geriatrycznej w 4 wyżej wymienionych poradniach geriatrycznych wyniosły w 2014 roku 225,3 tys. złotych. W 2015 roku kwota ta wzrosła o dodatkowe 22 tys. zł, co odzwierciedla ogólną tendencję wzrostową w zakresie nakładów na poradnictwo geriatryczne, obserwowaną w skali kraju (dane GUS za 2014) (por. tab. 2.).

Tabela 2 Liczba wartości zakontraktowanych świadczeń w poradniach geriatrycznych w latach 2013 – 2015 (wg danych NFZ)

Wyszczególnienie	2013		2014		2015	
	liczba poradni	wartość zakontraktowanych świadczeń	liczba poradni	wartość zakontraktowanych świadczeń	liczba poradni	wartość zakontraktowanych świadczeń
Dolnośląskie	3	53 986	3	59 478	3	55 255
Kujawsko – pomorskie	4	218 834	4	219 308	4	245 992
Lubelskie	4	87 756	3	36 546	3	53 494
Lubuskie	2	12 474	2	9 484	2	56 440
Łódzkie	2	134 107	3	46 688	2	149 614
Małopolskie	10	475 960	15	540 441	13	964 148
Mazowieckie	9	408 887	9	346 643	10	420 702
Opolskie	3	118 703	3	179 452	3	201 102
Podkarpackie	1	5 559	1	4 811	1	6 783
Podlaskie	1	94 073	1	115 794	1	112 371
Pomorskie	7	134 585	4	73 043	4	205 376
Śląskie	22	819 083	23	869 297	21	1 011 619
Świętokrzyskie	2	113 733	2	114 300	2	114 678
Warmińsko - mazurskie	0	0	0	0	0	0
Wielkopolskie	2	22 228	3	45 897	3	176 816
Zachodniopomorskie	1	11 558	1	14 554	1	14 370
Polska	73	2 711 526	77	2 675 734	73	3 788 760

⁴ Dane na podstawie: <https://zip.nfz.gov.pl/GSL/GSL/PrzychodnieSpecjalistyczne> (dostęp: Czerwiec 2016)

Dane przedstawione w tabeli 2 pozwalają stwierdzić, że poziom nakładów finansowych na świadczenia realizowane w poradniach geriatrycznych w województwie kujawsko-pomorskim systematycznie rośnie (istotny wzrost w latach 2014-2015), przy względnie stałej, utrzymującej się liczbie placówek tego typu (wzrost liczby poradni nastąpił z końcem 2015 roku). Ponadto, województwo kujawsko-pomorskie lokuje się w czołówce pod względem ww. wydatków oraz na średnim poziomie pod względem liczby poradni. Znacznie lepsze warunki świadczenia usług w tym zakresie oferowane są w województwie śląskim oraz małopolskim.

Warto przy tym zaznaczyć, że efektywność świadczenia usług medycznych skierowanych do osób w wieku podeszłym, w tym również osób z chorobami otępiennymi pośrednio zależy od dostępności specjalistów w zakresie geriatry na terenie danego województwa. Wskaźniki dla woj. kujawsko-pomorskiego w tym zakresie należy uznać za niezadowalające na tle pozostałych województw (wg danych GUS za 2014 r. w kuj-pom. aktywnych zawodowo było 8 specjalistów medycyny w zakresie geriatry, co sytuuje województwo kuj-pom. na szóstym miejscu w skali kraju (najlepszy wskaźnik odnotowano w Śląskiem – 32 specjalistów).

Należy jednak podkreślić, że w kontekście pomocy osobom starszym z chorobami otępiennymi szczególnie istotne wydaje się określenie zakresu i sieci wsparcia realizowanego w ramach poradni psychogeriatrycznych. To właśnie tego rodzaju placówki udzielają pomocy dopasowanej w formie i zakresie do potrzeb i oczekiwań osób z otępieniami. Na terenie województwa działa zaledwie 5 Poradni Psychogeriatrycznych,

- Poradnia Psychogeriatryczna - Poradnia Zdrowia Psychicznego
85-323 Bydgoszcz, ul. Stawowa 1
- Poradnia Psychogeriatryczna Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Psychiatrycznego
87-100 Toruń, ul. Skłodowskiej-Curie 27/29
- Poradnia Psychogeriatryczna - Lecznice Citomed - Przychodnia nr 1
87-100 Toruń, ul. C. Skłodowskiej 73
- Poradnia Psychogeriatryczna, NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed Sp. z o.o.,
85-796 Bydgoszcz, ul. Roentgena 3 ,
- Poradnia psychogeriatryczna - Dział Lecznictwa Podstawowego i Specjalistycznego,
87-700 Aleksandrów Kujawski, ul. Słowackiego 18

Przyjęcie do Poradni Psychogeriatrycznej w części placówek nie wymaga skierowania od lekarza rejonowego, jednak mając na uwadze złożoność zaburzeń psychicznych wieku podeszłego i fakt, że część zaburzeń współwystępuje z innymi schorzeniami, który mają charakter ogólny, w przypadku pacjentów otępiennych zawsze zalecany jest kontakt z lekarzem pierwszego kontaktu. Niektóre poradnie wymagają skierowania od psychiatry tylko w przypadku pacjentów u których zachodzi podejrzenie zespołu otępiennego. W związku z brakiem odpowiedniej infrastruktury publicznej część zadań poradni psychogeriatrycznych przejmują prywatne przychodnie psychiatryczne tworzące w swoich strukturach Gabinety Psychogeriatryczne. Wg szacunków dyrektorów tych placówek, przeciętnie z jednej Poradni Psychogeriatrycznej w dużych miastach korzysta ponad 1000 pacjentów, oznacza to znaczące wydłużenie terminów przyjęcia (średni deklarowany przez Poradnie termin przyjęcia to od 3 do ponad 8 miesięcy). Oczywiście w przypadkach nagłych i sytuacjach bezpośrednio

zagrożających życiu pacjenta możliwe jest szybsze przyjęcie pacjentów. Tak samo dramatycznie wygląda sytuacja w przypadku oddziałów całodobowych. W salach jedynych w województwie całodobowych oddziałów psychogeriatrycznych tj. w Wojewódzkim Ośrodku Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu są dostawki z dodatkowymi łózkami (ok. 25 łóżek, brak informacji o czasie oczekiwania), natomiast w salach Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego Im. Ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu na oddziale Opieki Całodobowej Opiekuńczo-Leczniczej O Profilu Psychogeriatrycznym znajduje się 50 łóżek, (średni czas oczekiwania to ponad 200 dni).

Poza powyżej wskazanymi należy podkreślić również, że w wielu przypadkach pierwszy kontakt osób chorych otępiennie z systemem opieki zdrowotnej odbywa się w ramach wizyt w Poradniach (lub Przychodniach) Zdrowia Psychicznego lub Poradniach Psychiatrycznych, działających głównie w ramach struktur NZOZ. W chwili obecnej na terenie województwa działa ponad 80 tego rodzaju placówek zlokalizowanych zarówno w dużych ośrodkach miejskich (Bydgoszcz, Toruń, Włocławek), ale również w mniejszych miejscowościach. Brakuje jednak szczegółowych informacji dotyczących częstości i zakresu świadczeń udzielanych w tych placówkach osobom chorym otępiennie. Warto jednak zauważyć, że pomimo znaczącej liczby tego rodzaju placówek oraz ich rozmieszczenia na terenie woj. kuj-pom czas oczekiwania na wizytę w niektórych z nich jest znacząco wydłużony (w przypadku m.in. PZP działających przy NZOZ Centrum Medyczne Gizińscy w Bydgoszczy, ZOZ Golub-Dobrzyń jest to okres około sześciomiesięczny).

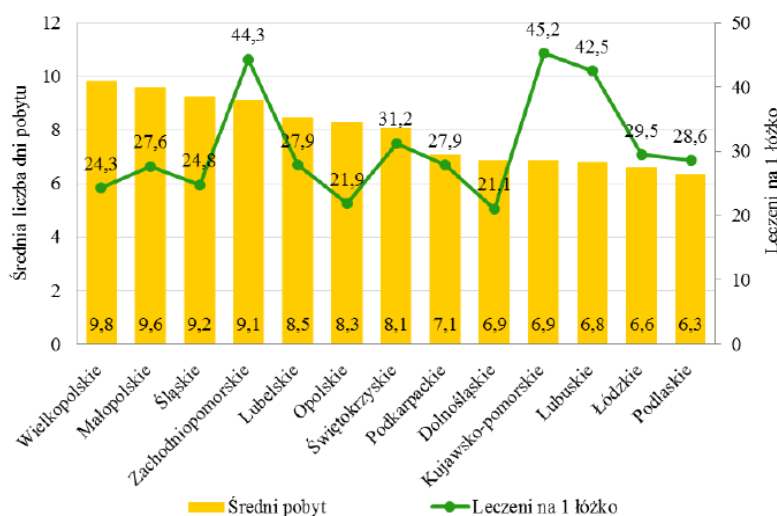
Pomoc dla osób starszych z otępieniami w ramach funkcjonujących oddziałów szpitalnych

Województwo kujawsko-pomorskie jest jedynym województwem, w którym funkcjonują dwa szpitalne oddziały specjalizujące się w zakresie świadczenia usług opieki zdrowotnej geriatrycznej (jest to wskaźnik wyższy niż w innych województwach). Są to odpowiednio:

- Oddział Geriatrii w Szpitalu MSW utworzony w 2015 r. Dysponuje 20 miejscami szpitalnymi (w tym 3 miejsca w ramach OIOM). Do końca 2015 r. wartość zakontraktowanego dofinansowania przez NFZ wyniosła 363 tys. zł.
- Katedra i Klinika Geriatrii Szpitala Uniwersyteckiego im. A. Jurasza (wartość usług zakontraktowanych przez NFZ w 2014 r. wyniosła 1,9 mln zł; w 2015 r. wartość ta wzrosła do 2 mln zł). Jednostka powstała w 2000 r. w ramach ówczesnej Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy (dzisiaj *Collegium Medicum UMK*). Aktualnie Klinika posiada 40-łóżkowy (przed 2015 r. – 21 łóżek) oddział diagnostyczno-obszerny-leczniczy oraz bazę zabiegową i dydaktyczną, pozwalające świadczyć usługi w m.in. w zakresie klasycznej diagnostyki lekarskiej, diagnostyki sprawności funkcjonalnej, oceny stanu fizycznego (w zakresie chodu i równowagi) oraz psychicznego (badanie funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego). W Klinice wykonywana jest również rehabilitacja geriatryczna. Średni czas oczekiwania na przyjęcie w 2015 roku wynosił ok. 2 miesiące, przy średniej przyjęć miesięcznych na poziomie ok. 80 pacjentów. Średni czas pobytu pacjentów na oddziale wynosi 7 dni. Przy Katedrze i Klinice Geriatrii działa m.in. Oddział Kujawsko-Pomorski Polskiego towarzystwa Gerontologicznego.

Warto zauważyć, że wg danych GUS za 2014 r. w woj. kuj-pom. odnotowano największy wskaźnik chorych przypadających na jedno łóżko (ponad 45).

Wykres 1. Średnia liczba dni pobytu oraz liczba leczonych przypadających na 1 łóżko na oddziałach geriatrycznych wg województw w 2014 roku



Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, za GUS, 2015, Raport Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2014r.)

Fakt istnienia wskazanych powyżej dwóch oddziałów szpitalnych stanowi istotnie mocną stronę w zakresie wsparcia i usług medycznych skierowanych do osób z chorobami otępiennymi. Warto jednak zauważyć, że pomoc osobom z chorobami otępiennymi realizowana jest częściowo również na terenie innych działających na terenie woj. kuj-pom. szpitali psychiatrycznych (są to przede wszystkim: Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu, Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu).

Zakłady opieki długoterminowej

Działają głównie w formie zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Podstawowa działalność zakładu opiekuńczo-leczniczego związana jest z całodobową pielęgnacją, rehabilitacją oraz/lub kontynuacją procesu leczenia pacjentów po hospitalizacji oraz zakończonej diagnostyce medycznej. Ze względu na swoją specyfikę oraz zakres świadczeń osobami korzystającymi z tych jednostek są przede wszystkim osoby powyżej 65 roku życia (wg danych GUS za 2014 r. stanowiły one ponad 75 % wszystkich pacjentów).

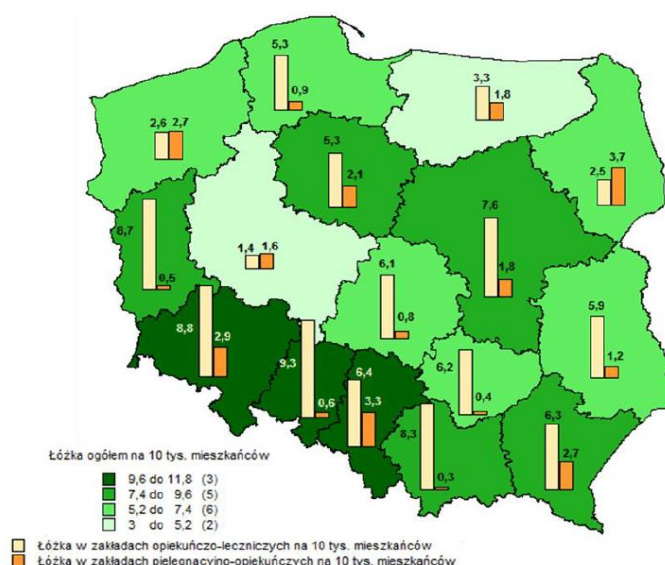
Tabela 3. Liczba zakładów, łóżek, pacjentów leczonych w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-leczniczych (z wyjątkiem psychiatrycznych) oraz wydatki na leczenie w latach 2011 – 2013

Wyszczególnienie	2013	2011	2012		2013	2011	2012	2013
	liczba łóżek	liczba pacjentów	wydatki NFZ w tys. zł					
Dolnośląskie	56	2 352	5 091	5 605	5 449	81 524	90 812	91 868
Kujawsko - pomorskie	32	1 252	2 624	2 900	3 165	37 347	44 079	46 318
Lubelskie	23	943	1 826	1 635	1 929	42 001	46 639	52 339
Lubuskie	12	412	1 292	1 097	1 094	20 468	20 786	21 087
Łódzkie	28	1 390	3 369	3 860	3 775	47 303	51 260	52 886
Małopolskie	34	2 467	4 474	4 979	4 889	96 129	106 983	112 872
Mazowieckie	67	4 219	7 560	7 503	7 592	130 794	132 535	141 171
Opolskie	17	804	4 420	1 596	1 736	40 656	41 590	42 098
Podkarpackie	36	1 831	3 572	3 676	3 638	73 117	85 783	90 961
Podlaskie	20	607	1 503	1 588	1 592	21 888	23 018	25 178
Pomorskie	25	1 072	2 097	2 776	2 764	32 747	36 078	41 245
Śląskie	58	3 150	6 164	7 539	6 479	174 949	179 663	182 288
Świętokrzyskie	14	673	1 485	1 535	1 523	30 496	38 916	43 983
Warmińsko - mazurskie	16	574	1 619	1 579	1 758	26 431	29 236	33 068
Wielkopolskie	19	764	2 061	2 026	2 282	59 113	59 343	60 903
Zachodniopomorskie	17	731	1 587	1 193	1 793	32 064	34 090	36 674
Polska	474	23 241	47 744	51 087	51 458	947 029	1 020 811	1 074 939

(Źródło: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011, 2013 r.; Sprawozdanie... 2011, 2013)

Na podstawie zestawienia przedstawionego w tabeli 3 można uznać, że województwo kujawsko-pomorskie lokuje się na średnim poziomie w odniesieniu do pozostałych województw (jest to około 6-8 pozycja w zależności od analizowanego wskaźnika). Ponadto, nakłady na opiekę nad osobami starszymi w ramach placówek opiekuńczo-pielęgnacyjnych charakteryzuje systematyczny i wyraźny wzrost w latach 2011-2013, co stanowi bardziej korzystną sytuację niż np. w woj. wielkopolskim, lubuskim lub opolskim. Ze wzrostem mamy do czynienia również w przypadku liczby pacjentów włączonych w tę formę wsparcia. Przedstawione w tabeli dane pozwalają sądzić, że w zakresie stacjonarnej opieki nad osobami starszymi mamy do czynienia z sytuacją relatywnie dobrą. Sytuacja jednak zmienia się jeśli weźmiemy pod uwagę, jaki odsetek tych zakładów świadczy pomoc pacjentom otypiennym.

Rysunek 3 Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności (stan w dniu 31.XII, 2014)



Źródło: Zdrowie i ochrona zdrowia; GUS 2015

Warto zauważyć, że dane dotyczące ogólnej liczby ZOL lub ZLP nie do końca pozwalają określić zakres wsparcia psychogeriatrycznego udzielanego w tych placówkach dla osób w wieku podeszłym i z chorobą otępienną. Wynika to z faktu, iż w większości przypadkach osoby z otępieniami nie są kwalifikowane do przyjęcia do ZOL. (pomimo instytucjonalnej deklaracji gotowości przyjęcia takich pacjentów). ZOL wskazuje, że pacjent może być zakwalifikowany do przyjęcia do zakładu opiekuńczo-leczniczego jedynie, jeśli w kwalifikacji pielęgniarzkiej wg oceny na podstawie skali Barthel (Karta Oceny Świadczeniobiorcy Kierowanego do Zakładu Opiekuńczego) otrzyma 40 lub mniej punktów. Zgodnie z opiniami osób reprezentujących instytucje wsparcia dla osób starszych (szerzej na ten temat w części prezentującej wyniki) większość działających ZOL o profilu ogólnym ogranicza poziom przyjęć chorych z otępieniami. W przypadku zdiagnozowania u pacjenta zespołu otępiennego lub innych zaburzeń psychicznych Zakłady Opiekuńczo Lecznicze albo odmawiają albo wymagają dodatkowego zaświadczenia psychiatry o aktualnym stanie zdrowia pacjenta i braku przeciwwskazań do przebywania w ZOL o profilu ogólnym. Taki stan rzeczy powoduje, że przedstawione statystyki nie pokrywają się z faktyczną instytucjonalną i systemową gotowością przyjęcia pacjentów i stanowi to z pewnością istotne utrudnienie m.in. dla rodzin osób starszych chorych otępiennie.

Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania

Stanowią jedną z podstawowych form wsparcia skierowanego do osób starszych dostosowanych do ich potrzeb (głównie w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego, czynności samoobsługowych, utrzymania higieny). Usługi te skierowane są ogólnie ujmując do osób, które z powodu wieku, choroby, niepełnosprawności lub innej przyczyny wymagają wsparcia innych osób, jak również osobom, którym rodzina nie jest w stanie zapewnić odpowiedniej opieki. Zdecydowana większość samorządów z terenu województwa kujawsko-pomorskiego świadczy usługi w zakresie organizowania usług opiekuńczych dla swoich mieszkańców (odnotowano niewielki wzrost - 84% w 2013 r.; 85% w 2014 r.). Odnotowano również wzrost liczby osób objętych usługami opiekuńczymi od ponad 4 800

osób w 2013 r. do 5 290 rok później. W roku 2011 z pomocy społecznej skorzystało 9,4 tys. osób starszych (w tym 7,3 tys. kobiet i 2,2 tys. mężczyzn), co stanowiło 2,7 % mieszkańców województwa w wieku poprodukcyjnym.

Domy pomocy społecznej

Świadczą usługi dla osób w wieku starszym – na terenie województwa kuj.-pom. funkcjonuje 48 DPS⁵, przy czym mniej niż połowa (21) ma profil obejmujący m.in. usługi dla osób w wieku podeszłym (przedstawiono w tabeli 4.). Żaden ze wskazanych poniżej domów w określonych warunkach przyjęcia nie wyklucza wprost przyjmowania pacjentów z zespołem otępiennym. (gotowość do przyjmowania pacjentów w tych placówkach potwierdzono w trakcie rozmów indywidualnych i wywiadów pogłębianych z 10 Dyrektorami DPS (badanie z maj 2016))

Tabela 4. Wykaz Domów pomocy społecznej o profilu obejmującym usługi dla osób w wieku podeszłym (opracowano na podst. dane ROPS Toruń dostępne www.rops.torun.pl⁶)

Dom Pomocy Społecznej w Zakrzewie, 87-707, ul. Inowrocławska 20
Dom Pomocy Społecznej w Wichulcu, 87-327 Bobrowo ARS-MEDICA Spółka z O.O.
Dom Pomocy Społecznej w Inowrocławiu, ul. Wierzbińskiego 49, 88-100 Inowrocław
Dom Pomocy Społecznej w Warzynie, 88-140 Gniewkowo
Dom Pomocy Społecznej w Parchaniu 9, 88-110 Inowrocław 2
Dom Pomocy Społecznej w Siemionkach, 88-324 Jeziora Wielkie
Dom Pomocy Społecznej w Suchorączku, 89-410 Więcbork
Dom Pomocy Społecznej w Gołuszycach, 86-120 Pruszcz
Międzygminny Ośrodek Opiekuńczy w Pruszczu, ul. Łowińska 9, 86-120 Pruszcz
Dom Pomocy Społecznej w Dobrzejewicach 62, 87-123 Dobrzejewice
Dom Pomocy Społecznej w Pigży, ul. Szkolna 8, 87-152 Łubianka
Dom Pomocy Społecznej w Wielkiej Nieszawce, ul. Toruńska 18, 87-165 Cierpice
Dom Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie ul. Pod Młynik 4a, 87-200 Wąbrzeźno
Dom Pomocy Społecznej w Kurowie, 87-821 Baruchowo
Dom Pomocy Społecznej w Tonowie, 88-430, Janowiec Wielkopolski
Dom Pomocy Społecznej w Barcinie, ul. Polna 30, 88-190
Dom Pomocy Społecznej "Jesień Życia" w Bydgoszczy, ul. Mińska 15a, 85-442
Dom Pomocy Społecznej w Grudziądzu, ul. Parkowa 12, 86-300 Grudziądz z ZTO V przy ul. Armii Krajowej 39, 86-300 Grudziądz
Dom Pomocy Społecznej w Toruniu, 87-100, ul. Szosa Chełmińska 220
Dom Pomocy Społecznej we Włocławku, ul. Nowomiejska 19, 87-800 Włocławek
Dom Pomocy Społecznej we Włocławku, ul. Dobrzyńska 102, 87-800 Włocławek

Zgodnie z zestawieniem przedstawionym w tabeli 4 należy stwierdzić, że w przypadku województwa

⁵ Dostęp: www.ropstorun.home.pl/pliki/bazy_danych/Domy_Pomocy_Spolecznej.pdf. Zweryfikowano z witryną Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy:

<http://www.bip.bydgoszcz.uw.gov.pl/pl/rejstry/rejestr-domow-pomocy-spolecznej>, Toruń, 2015 r.

⁶ Stan na: maj 2016.

kujawsko-pomorskiego mamy do czynienia ze względnie równomiernym rozlokowaniem geograficznym domów pomocy społecznej świadczących usługi dla osób starszych (znajdują się na terenie wszystkich większych i średniej wielkości ośrodków miejskich regionu lub w ich pobliżu). W roku 2013 w województwie kujawsko - pomorskim z pobytu w domu pomocy społecznej skorzystało 4,3 tys. osób, zaś na umieszczenie w tego typu placówkach oczekiwało 310 osób⁷. Przy czym liczba miejsc w DPS przypadających na 10 tys. mieszkańców jest jedną z niższych w Polsce (wynosi 18,82, co lokalizuje kuj.-pom. na 11 pozycji w skali kraju⁸).

Dzienne domy pomocy

Poza powyższymi danymi dotyczącymi liczby DPS, które oferują całodobową pomoc, warto również zwrócić uwagę na liczbę dziennych domów pomocy, które mogą pełnić istotną funkcję wspierającą dla osób w wieku podeszłym oraz pośrednio dla ich rodzin. Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w 2013 roku funkcjonowało 10 (oraz dwie filie) dziennych domów pomocy dysponujących łącznie 572 miejscami (dane ROPS Toruń – m.in. Informator dla Seniora). Przy czym w 2014 r. działalność dziewięciu dziennych domów pomocy związana była z pomocą skierowaną do osób starszych. Jest to jeden z najniższych wskaźników w skali całego kraju oznaczający, iż na 10 tys. mieszkańców przypadają niecałe 2 miejsca pobytu w dziennych domach pomocy (sytuuje to kuj.-pom. na 12 miejscu w skali całego kraju). Ponadto, należy zauważyć, że dzienne domy pomocy zlokalizowane są przede wszystkim w większych ośrodkach miejskich (7 placówek prowadzonych na terenie miast grodzkich), co utrudnia lub wręcz uniemożliwia skorzystanie z nich przez osoby starsze zamieszkujące na terenie mniejszych miast lub gmin.

Zespoły Leczenia Środowiskowego

Zespoły Leczenia Środowiskowego są formą terapii osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi w tym pacjentów z chorobą otępienną. Zakład Środowiskowy w realiach polskiej służby zdrowia i pomocy społecznej jest najczęściej wyodrębnioną jednostką organizacyjną szpitala psychiatrycznego, ZOZ lub Poradni Zdrowia Psychicznego. Wsparcie realizowane jest poprzez wizyty domowe (leczenie środowiskowe) i kierowane jest przede wszystkim do pacjentów którzy zakończyli doraźne leczenie w oddziale całodobowym oraz wymagają dalszego wsparcia np. socjoterapeutycznego, farmakologicznego czy rehabilitacyjnego. Do ZLŚ są przyjmowani pacjenci, którzy nie wymagają leczenia szpitalnego. Kadra ZLŚ to osoby o różnych specjalnościach zawodowych: psychiatry, psycholodzy, pielęgniarki, pracownicy socjalni, pedagodzy, terapeuci zajęciowi. W województwie działają 4 Zakłady Leczenia Środowiskowego z czego jeden w Toruniu (przy Toruńskim Centrum Psychiatrii) oraz trzy w Bydgoszczy (w tym jeden dedykowany ściśle dla chorych psychogeriatrycznych, pozostałe dwa to ZLŚ-ie psychiatryczne). Warto podkreślić, że w realiach ZLŚ pacjent posiada przyporządkowanego pracownika / terapeutę, który utrzymuje także kontakt i współpracuje z rodziną, środowiskiem pacjenta, odpowiednimi placówkami leczącymi (szpital, poradnie) oraz innymi instytucjami i organizacjami społecznymi. W tym znaczeniu Zespoły Leczenia Środowiskowego pełnią rolę komplementarną do wsparcia realizowanego przez pracowników pomocy społecznej.

⁷ Ocena Zasobów Pomocy Społecznej w Województwie Kujawsko-Pomorskim za 2013 rok, Toruń: RCRS.

⁸ Na podstawie danych GUS BDL oraz MPiPS-05 za rok 2013

Organizacje pozarządowe

Na podstawie zweryfikowanych danych zastanych dostępnych w ogólnodostępnych materiałach w wersji elektronicznej⁹, działające na terenie woj. kujawsko-pomorskiego organizacje pozarządowe, udzielające wsparcia osobom starszym z chorobami otępiennymi i/lub ich rodzinom zlokalizowane są przede wszystkim w dużych miastach regionu. Znalazło to również potwierdzenie w trakcie badań jakościowych i ilościowych (szczegółowo przedstawiono poniżej). Jednym z najbardziej prężnie działających są:

- Bydgoskie Stowarzyszenie Opieki Nad Chorymi z Otępieniem Typu Alzheimerowskiego;
- Ogólnopolskie Stowarzyszenie Organizatorów i Menedżerów Opieki Społecznej; region kujawsko-pomorski;
- Liga Kobiet Polskich Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki, Bydgoszcz.

Działalność tych instytucji sprowadza się przede wszystkim do organizacji grup wsparcia dla osób chorych oraz ich rodzin, aczkolwiek niektóre z nich podejmują szersze zakrojone działania. Dla przykładu Bydgoskie Stowarzyszenie Opieki Nad Chorymi z Otępieniem realizuje program kompleksowych, wielospecjalistycznych wizyt w domach osób chorych.

Środowiskowe domy samopomocy

Obejmują opieką przede wszystkim osoby przewlekle chore psychicznie i niepełnosprawne intelektualnie, wspierają seniorów z chorobami otępiennymi, których funkcjonowanie w społeczeństwie uległo różnego rodzaju ograniczeniom. Na terenie województwa kujawsko – pomorskiego działa 38 środowiskowych domów samopomocy (na podst. danych ROPS Toruń¹⁰). Ilość miejsc rzeczywistych w takich placówkach w województwie kuj.-pom. waha się od 20 do 50. Liczba środowiskowych domów samopomocy w kraju stale wzrasta, na przestrzeni lat 2009 – 2011 m.in. kujawsko-pomorskie odnotowało największy wzrost (o 5 inst.)¹¹. Deklaratywną gotowość do przyjęcia pacjentów z zespołem otępiennym wyrazili w trakcie wywiadów dyrektorzy wszystkich placówek. Należy jednak podkreślić, że z racji charakteru zajęć w ŚDS, form terapii, pacjenci otępienni stanowią niewielki odsetek (ok. 1 – 2 osoby na placówkę) i to z wczesnymi objawami zespołu otępiennego lub łagodnym upośledzeniem funkcji poznawczych zachodzącym w procesie fizjologicznego starzenia się.

Kluby seniora

Ośrodki, których celem jest dbałość o rekreację i rozwój kulturalno-towarzyskiej sfery życia osób starszych. Działalność klubów opiera się o dostosowany do potrzeb seniorów program. Współcześnie kluby seniora powstają najczęściej przy osiedlach mieszkaniowych, ale także m.in. przy parafiach, stowarzyszeniach czy zakładach pracy. W województwie kujawsko-pomorskim funkcjonuje 193 klubów seniora¹² aczkolwiek brak takich ośrodków dotyczył jeszcze w 2015 r. nadal połowy gmin

⁹ M.in. <http://www.ngo.kujawsko-pomorskie.pl/>; <http://www.ngo.pl/> (stan: maj 2016)

¹⁰ Źródło dane ROPS TORUŃ Zweryfikowano z witryną Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy <http://www.bip.bydgoszcz.uw.gov.pl/pl/rejestry/wykaz-srodowiskowych-domow-samopomocy>; Stan na luty 2016 r.

¹¹ *Wybrane elementy pomocy społecznej i pieczy zastępczej w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2009-2011 - analiza porównawcza na tle innych województw*, ROPS, Toruń, 2013 r.

¹² *Dane na styczeń 2016 r. zebrane przez ROPS, Toruń, 2013 r.*

regionu. Niepokojącą wydaje się być również słaba kondycja istniejących ośrodków, często utrzymujących się jedynie ze składek ich członków.

Należy przy tym zaznaczyć, że w działające kluby seniora nie realizują bezpośrednich działań skierowanych do osób starszych z otępieniami. Oferta klubów przede wszystkim koncentruje się na organizacji czasu wolnego i działań rozwojowych dla seniorów, bez bezpośredniego sprofilowania wybranych form pomocy pod kątem osób chorych otępiennie lub/i ich rodzin. Kluby seniora mogą więc odgrywać istotną rolę w działaniach profilaktycznych, edukacyjnych oraz informacyjnych.

Uniwersytety Trzeciego Wieku

Placówki dydaktyczne dla osób w podeszłym wieku, których działalność nastawiona jest na kształcenie, podtrzymywanie sprawności intelektualnej seniorów oraz stworzenie możliwości aktywnego spędzania czasu wolnego. W ofercie programowej UTW proponowane są m.in. wykłady, seminaria, zajęcia artystyczne czy sportowe. Należy jednak nadmienić, iż uczestnictwo w zajęciach uniwersytetów trzeciego wieku jest najczęściej odpłatne. Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego na koniec 2014 roku funkcjonowały 24 uniwersytety trzeciego wieku i 22 filie UTW¹³. Z kolei wg danych na styczeń 2014 r., opublikowanych w ramach Bazy UTW zamieszczonej na stronie Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku, liczba UTW i fili UTW w woj. kuj-pom. wynosi 43, co sytuuje kuj-pom na piątym miejscu na tle innych województw. Na podstawie analizy programów i oferty kształcenia działających na terenie województwa kuj-pom uniwersytetów trzeciego wieku należy podkreślić, że:

- tematyka zajęć wykładowych i warsztatowych skierowanych do studentów UTW w znikomym stopniu dotyczy zagadnień związanych z diagnostyką, profilaktyką itp. chorób otępiennych;
- oferta uniwersytetów trzeciego w wieku nie zawiera działań o charakterze rehabilitacyjnym np. w zakresie czynności poznawczych (trening funkcji poznawczych itp.)
- uniwersytety trzeciego wieku nie prowadzą lub prowadzą w sposób wycinkowy (niewystarczający) współpracę z instytucjami/organizacjami działającymi na rzecz osób z chorobą otępienną oraz ich rodzin. W konsekwencji mają ograniczone możliwości włączenia się w działania informacyjne oraz pomocowe itp.

III. Studium przypadku sytuacji osób chorych otępiennie oraz ich rodzin (wyniki badań IDI w grupie osób chorych oraz ich rodzin/opiekunów)

Studia przypadków systemów wsparcia przygotowano w oparciu o szczegółową analizę sytuacji 10 pacjentów z chorobą otępienną i ich rodzin zawierającą opis wykorzystywanych mechanizmów wsparcia instytucjonalnego, oczekiwania, problemy i napotymane bariery. Wywiady pogłębione przeprowadzono z rodzinami korzystającymi z form pomocy świadczonej przez działającą lokalnie instytucję tj. Centrum Psychoneurologii Wieku Podeszłego działającego przy PALLMED Sp. z o.o. (Lider projektu). Dodatkowo *case study* uzupełniono o wnioski powstałe z analizy przypadków (wywiady pogłębione z dyrektorami oraz pracownikami):

Studium przypadku chorego i ocena systemu wsparcia z perspektywy rodziny oraz pracowników placówki w przypadku korzystania także ze stacjonarnego całodobowego wsparcia świadczonego

¹³ Uczenie się przez całe życie – możliwości nauki dla seniorów. Charakterystyka Uniwersytetów Trzeciego Wieku z Województwa Kujawsko-Pomorskiego, ROPS, Toruń, 2015 r.

przez instytucję non profit (publiczną) - na przykładzie pacjentów i ich rodzin korzystających z pomocy Domów Pomocy Społecznej.

Studium przypadku chorego i ocena systemu wsparcia z perspektywy rodziny oraz pracowników placówki w przypadku korzystania także z leczenia środowiskowego (w miejscu przebywania pacjenta, lub korzystających doraźnie w ciągu dnia z pomocy Środowiskowych Domów Samopomocy).

W oparciu o przeprowadzone wywiady pogłębione zarejestrowano łącznie kilkanaście problemów pielęgnacyjnych dotyczących sfery materialnej (największa grupa), psychicznej, prawnej społecznej i biologicznej. Wywiady te przeprowadzono z osobami zajmującymi się na co dzień pomocą społeczną, leczeniem pacjentów z zespołem otępiennym oraz z rodzinami chorych z zespołem otępiennym. Ponadto studium przypadków podzielono na następujące obszary tematyczne:

- Wsparcie instytucjonalne
- Oczekiwane kierunki zmian usług wsparcia
- Zakres i skuteczność współpracy instytucji
- Opinia nt. aktualnej i pożądanej polityki promocyjnej i informacyjnej
- Perspektywy wykorzystania telemedycyny
- Bezpośrednie rekomendacje

Jednostki statystyczne objęte badaniem:

- Mężczyzna, 68 lat, ICD-10, F-00.1 Otępienie w chorobie Alzheimera z późnym początkiem
Opiekun: Żona, 65 lat
- Mężczyzna, 78 lat, ICD-10, F-00.1 Otępienie w chorobie Alzheimera z późnym początkiem
Opiekun: Żona, 75 lat
- Mężczyzna, 68 lat, ICD-10, F-00.1 Otępienie w chorobie Alzheimera z późnym początkiem
Opiekun: Żona, 65 lat
- Kobieta, 90 lat, ICD-10, F-00.1 Otępienie w chorobie Alzheimera z późnym początkiem
Opiekun: Córka, 63 lat
- Kobieta, 76 lat, ICD-10, F-00.1 Otępienie w chorobie Alzheimera z późnym początkiem
Opiekun: Mąż, 80 lat
- Mężczyzna, 70 lat, ICD-10, F- 01.8 Inne rodzaje otępienia naczyniowego
Opiekun: Żona, 66 lat
- Kobieta, 90 lat, ICD-10, F-00.2 Otępienie atypowe lub mieszane w chorobie Alzheimera
Opiekun: Córka, 64 lat
- Mężczyzna, 82 lat, ICD-10, F-00.2 Otępienie atypowe lub mieszane w chorobie Alzheimera
Opiekun: Córka, 56 lat
- Kobieta, 54 lat, ICD-10, F-00.0 Otępienie w chorobie Alzheimera z wczesnym początkiem
Opiekun: mąż, 56 lat
- Kobieta, 90 lat, ICD-10, F-00.1 Otępienie w chorobie Alzheimera z późnym początkiem
Opiekun: Córka, 63 lat
- Kobieta, 75 lat, ICD-10, F02.3 Otępienie w chorobie Parkinsona
Opiekun: Mąż, 80 lat

Sytuacja osób z chorobą otępienną

Osoba z chorobą otępienną, które ze względu na zły stan zdrowia lub z inne przyczyny wymaga pomocy osób drugih, może otrzymać pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych (SUO). Co istotne tego typu usługi z pomocy społecznej mogą być przyznane również osobom posiadającym rodzinę, której członkowie nie mogą takiej pomocy zapewnić. Katalog usług opiekuńczych świadczonych przez opiekunów środowiskowych jest szeroki i obejmuje m.in. wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego, samoobsłudze, utrzymaniu higieny, zaleconej przez lekarza pielęgnacji. Organizowanie tego typu usług opiekuńczych pozwala na pozostanie i funkcjonowanie jednostki i rodziny w środowisku oraz może być alternatywą dla pomocy instytucjonalnej w formie ośrodków wsparcia i domów pomocy społecznej. Pacjent ze zdiagnozowaną chorobą otępienną może także korzystać także ze Specjalistycznych Usług Opiekuńczych (SUO), które to kierowane są do osób z zaburzeniami psychicznymi, upośledzonych oraz przejawiających inne zakłócenia czynności psychicznych. Usługi świadczone są przez wykwalifikowany personel. Z SUO pacjent może korzystać w miejscu zamieszkania przez co minimalizowane są skutki społeczne choroby, gwarantowana jest poprawa jakości życia oraz możliwe utrzymanie umiejętności funkcjonowania w środowisku rodzinno-społecznym. Odpłatność za specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustalana jest na wniosek osoby zainteresowanej lub w przypadku choroby otępiennej w większości na wniosek opiekuna.

Jeśli pacjent wymaga całodobowej opieki – z powodu choroby, wieku czy niepełnosprawności – oraz nie ma możliwości samodzielnej egzystencji może zostać skierowany do domu pomocy społecznej lub zakładu opiekuńczo-leczniczego (ZOL). Do ZOL, skierowane mogą być tylko osoby, które mają już za sobą leczenie szpitalne i zakończyły proces diagnozowania oraz nie wymagają dalszej hospitalizacji na oddziale szpitalnym. Koniecznym warunkiem jest zły stan zdrowia, brak samodzielności oraz potrzeba stałej kontroli lekarskiej. Rozwiązaniem pośrednim, dla pacjentów z chorobą otępienną (w szczególności w pierwszych fazach choroby oraz obniżenia się sprawności umysłowej) jest Środowiskowy Dom Samopomocy, który pełni rolę ośrodka wsparcia dziennego pobytu. Analogiczną pomoc oferują niektóre Dzielne Domy Pobytu. W kontekście woj. kujawsko – pomorskiego należy wspomnieć tutaj przede wszystkim o ofercie Domu Dziennego Pobytu "Kapuściska" z Bydgoszczy, który od 2009 roku rozszerzył działalność o opiekę nad osobami z chorobą Alzheimera. Aktualnie (dane z 2016 r) fachowa opieka zapewniona jest ok. 15 chorym. Na poziomie lokalnym koordynatorem pomocy społecznej są Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej, Miejsko-Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej lub Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej.

Wsparcie instytucjonalne

Analiza badanych przypadków potwierdza, że większość pacjentów z diagnozą otępienia korzysta m.in. z a) form pomoc realizowanej stacjonarnie w domu (korzystając odpłatnie z dodatkowych form rehabilitacji) lub b) trafia bezpośrednio z geriatrycznych oddziałów szpitala do zakładów opiekuńczo-leczniczych. Pacjenci otępienni w DPS i ŚDS stanowią więc niewielki procent mieszkańców lub przebywają tam przez bardzo krótki czas, trafiając wraz z rozwojem choroby, po epizodzie leczenia w szpitalu, do Zakładów Opiekuńczo-Leczniczych lub innych jednostek świadczących doraźną pomoc specjalistyczną.

Rodziny pacjentów otępiennych oprócz wskazanych wcześniej instytucji (MOPS, DPS, ŚDS, ZOL) wymieniają w woj. kujawsko pomorskim jeszcze takie kooperujące instytucje jak: Domy Dziennego

Pobyty, Dom Sue Ryder, Ośrodki Zdrowia, Specjalistyczne Poradnie Neurologiczne, Zakłady Opiekuńczo-Pielęgnacyjne, Oddziały Geriatryczne Szpitali, wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego, Bydgoskie Stowarzyszenie Opieki nad Chorymi z Otępieniem Typu Alzheimerowskiego, Centrum Kultury, Higieny i Zdrowia Psychicznego „Łaźnia Miejska”, Uniwersytety III Wieku, Centrum Trzeciego Wieku - Stowarzyszenie im. Sue Ryder, Poradnie Psychogeriatryczne. Rodziny podkreślają, że miejsc świadczenia pomocy jest dużo, ale pomoc w nich albo jest odpłatna albo nie ma w nich miejsca dla osób z chorobą Alzheimera (innymi rodzajami chorób otępiennych). W kontekście pomocy wskazują najczęściej: pomoc społeczną, opiekę medyczną, pomoc środowiskową (terapeuta, pielęgniarka, psycholog). Charakterystyczne dla wszystkich rodzin jest zwrócenie uwagi na brak skutecznych, łatwo dostępnych rozwiązań umożliwiających sprawowanie doraźnej opieki medycznej / specjalistycznej nad pacjentem w domu. Wśród barier korzystania z pomocy instytucjonalnej pacjenci wymieniają: bariera odległości, brak wiedzy o możliwościach pomocy, brak specjalistów w danej dziedzinie, duże kolejki do instytucji, mała liczba ośrodków świadczących pomoc medyczną, brak instytucji koordynującej na poziomie regionu pomoc dla rodzin i pacjentów otępiennych / brak planu rozwoju sieci pomocy w kontekście starzenia się społeczeństwa. Brakuje także grup wsparcia, samopomocy, itd. dla osób z otępieniem lub ich opiekunów. Z danych zbieranych przez ROPS w Toruniu wynika, że w województwie kujawsko-pomorskim funkcjonują 2 kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi tj. w Więcborku i Jeżewie. (Dane z OPZS za 2014 r. dostępne na stronie internetowej ROPS w Toruniu w zakładce OZPS) co w kontekście potrzeb i zgłaszanych niedostatków wydaje się niewystarczające.

Oczekiwane kierunki zmian

Wśród oczekiwanych kierunków zmian rodziny pacjentów wskazują, że pomoc którą dotychczas otrzymują jest niewystarczająca („odsyłają do innych”, „podają numery telefonów zamiast powiedzieć co mam konkretnie zrobić”, „trzeba wypełniać stosy dokumentów”). Rodziny uważają za zasadne kierunki zmian umożliwiające: realizację pomocy w środowisku chorego (pomoc rodzinie w domu), wsparcie finansowe (także na zasadach częściowej odpłatności), wsparcie w codziennej pielęgnacji, rozbudowa infrastruktury dotychczasowych zakładów pomagających osobom z chorobą otępienną (analogiczne do rozwoju systemu pomocy środowiskowej, zwiększenie liczby miejsc pobytu dziennego i całodobowego), zmiany, które zwiększyłyby świadomość społeczeństwa nt. chorób otępiennych.

Zakres i skuteczność współpracy instytucji

Rodziny chorych, jak i pracownicy instytucji wskazują na braki we współpracy instytucji. Szczególnie brakuje wsparcia na linii lekarz rodzinny (lekarz pierwszego kontaktu) – instytucje zajmujące się pacjentami otępiennymi, brakuje wymiany informacji (instytucje zorientowane są tylko na pomoc określoną ustawą / innymi aktami prawnymi), nie ma współpracy w kontekście rehabilitacji pacjentów otępiennych. Długi jest okres od momentu rozpoczęcia poszukiwań wsparcia w różnych instytucjach do momentu znalezienia tej najwłaściwszej / specjalistycznej. Instytucje nie współpracują także w obszarze nowości / nowych metod terapii i leczenia farmakologicznego chorych.

Wśród propozycji poprawy współpracy wymienia się najczęściej działania dotyczące: informowania, konsolidowania pomocy lub koordynacji wsparcia dla pacjentów z konkretnym rozpoznaniem, utworzenia jednej instytucji o której istnieniu wiedzą wszyscy zainteresowani od początku rozpoznania choroby (lekarz rodzinny, pielęgniarki), rozbudowy i podnoszenia kwalifikacji pracowników pomocy społecznej w zakresie możliwych form wsparcia dla chorych.

Opinia na temat aktualnej i pożądanej polityki promocyjnej i informacyjnej

Wśród oczekiwanych form promocji i szerzenia informacji nt. chorych, rodziny wymieniają: plakaty, ulotki, kampanie informacyjne w telewizji i prasie lokalnej. Miejscami ekspozycji tych informacji powinny być miejsca podstawowej opieki zdrowotnej, ośrodki pomocy społecznej, gabinety lekarzy I kontaktu. Kampanie powinny uwrażliwiać na problemy rodzin z pacjentem otępiennym. Oczekuje się większej życzliwości personelu medycznego względem chorego i jego rodziny (często zachowanie pacjenta otępiennego traktowane jest jako intencjonalna złośliwość, działanie na pokaz / przekór personelu). Informacje powinny dotyczyć: samej choroby, metodach leczenia, terapii oraz rehabilitacji, powinny zawierać informacje o chorobach, etapach, profilaktyce a także rozwiązaniach prawnych, pierwszej pomocy medycznej (jak sobie radzić z chorym w sytuacji nagłej / kryzysowej), postępowania z chorym przy konkretnych objawach.

Perspektywy wykorzystania telemedycyny

Większość badanych rodzin słabo orientuje się w możliwych mechanizmach wykorzystania wsparcia telemedycznego, lub nie dostrzega potrzeby wsparcia w takiej formie. Diagnozowanie i monitorowanie stanu Osoby z Chorobą Otępienną (OCO) w formie pośredniej (z wykorzystaniem Internetu, itp.) to dla respondentów rozwiązanie, które znajdzie zastosowanie dopiero w przyszłości. Pojawiają się wypowiedzi „nie znam żadnych takich rozwiązań”, „nie interesuje się tą formą, jeśli mam zapewnioną pomoc na miejscu lub mogę zawsze zadzwonić”. Pomimo tego rodziny deklarują, że wprowadzenie wybranych rozwiązań w zakresie telemedycyny może okazać się istotnym wsparciem w pomocy choremu lub jego rodzinie. Telemedycyna to dla nich przede wszystkim na „szybszą reakcję”, „mniejsze kolejki do lekarzy”. Warto zaznaczyć, że telemedycynę część z osób objętych studium przypadku postrzega tylko jako sam dostęp do informacji realizowany zdalnie (np. możliwość wykonania pilnego telefonu do lekarza I kontaktu lub dostęp zdalny do specjalistycznych / fachowych porad).

IV. Wyniki badań jakościowych (FGI, IDI) z udziałem osób reprezentujących instytucje/organizacje zaangażowane w proces wsparcia dla osób starszych z chorobami otępiennymi oraz ich rodzin

Opis procedury badawczej oraz grupy osób badanych

Badania zrealizowano z wykorzystaniem dwóch zasadniczych metod badań jakościowych. Były to zogniskowane wywiady grupowe (FGI) oraz indywidualne wywiady pogłębione (IDI).

Zogniskowane wywiady grupowe – założenia, przebieg, metodologia

FGI przeprowadzono z udziałem osób reprezentujących instytucje/organizacje z terenu całego województwa kujawsko-pomorskiego, odpowiedzialne za projektowanie lub realizację wsparcia skierowanego do osób z chorobami otępiennymi oraz ich rodzin.

Zogniskowane wywiady grupowe przeprowadzono w ramach trzech edycji. Średni czas trwania spotkania fokusowego wyniósł 70 min.

Przebieg spotkań fokusowych był rejestrowany w wersji audio dla celów późniejszej analizy treści wypowiedzi poszczególnych uczestników oraz jakościowej interpretacji. Zogniskowane wywiady grupowe zostały przeprowadzone w sposób zgodny z wymaganiami metodologicznymi w zakresie warunków lokalowych, moderacji spotkania nieingerującej w swobodne wyrażanie opinii przez uczestników.

Organizując każdy ze zogniskowanych wywiadów grupowych dążono do spełnienia następujących warunków poprawności metodologicznej, m.in.

- zróżnicowanie socjodemograficzne grupy osób badanych (w szczególności dotyczące profesji);
- odpowiednia liczebność grup badanych zapewniające uruchomienia procesów grupowych;
- przygotowanie moderatorów zapewniające ujednolicony sposób prowadzenia badania (zogniskowane wywiady grupowe były prowadzone przez moderatorów dysponujących wieloletnim doświadczeniem w realizacji tej formy badań jakościowych (Robert Lauks, Remigiusz Koc);
- realizacja badania fokusowego w warunkach neutralnych, sprzyjających swobodnej wymianie poglądów, opinii.

Indywidualne wywiady pogłębione (IDI)

Struktura grupy osób badanych była zgodna z zapisami zał. 3 wniosku. Indywidualne wywiady pogłębione przeprowadzono z udziałem przedstawicieli następujących instytucji/organizacji:

- publiczne szpitale (2 wywiady pogłębione IDI)
- niepubliczne zakłady opiekuńczo-lecznicze (2 wywiady pogłębione IDI)
- przedstawiciele domów pomocy społecznej i innych jednostek o tożsamym profilu działalności (5 wywiadów pogłębionych z dyrektorami/kierownictwem DPS).
- przedstawiciele środowiskowych domów samopomocy (5 wywiadów pogłębionych IDI)
- przedstawiciele podmiotów III sektora (5 wywiadów pogłębionych IDI)
- przedstawiciele samorządu terytorialnego (2 wywiady pogłębione z osobami odpowiedzialnymi za politykę społeczną na poziomie gminy/miasta oraz na poziomie województwa)

Wyniki badań jakościowych (IDI, FGI)

Przeprowadzone badania IDI oraz spotkania fokusowe obejmowały 4 główne obszary tematyczne, pozwalające na wypracowanie rekomendacji (zob. rozdział 4.).

Były to:

- oczekiwane kierunki zmian w zakresie pomocy osobom starszym z otępieniami oraz ich rodzinom;
- ocena aktualnego stanu współpracy międzysektorowej w kontekście wsparcia osób starszych z otępieniami oraz ich rodzin;
- ocena polityki informacyjnej i edukacyjnej dotyczącej problematyki chorób otępiennych itp.
- ocena perspektyw wsparcia systemu pomocy osobom z otępieniami poprzez wykorzystanie telemedycyny i metod pokrewnych.

Poniżej przedstawiono analizę opinii zebranych w ramach przeprowadzonych badań:

Oczekiwane kierunki zmian w zakresie pomocy osobom z chorobami otępiennymi oraz ich rodzinom

Zdecydowana większość badanych zapytana o ogólną ocenę pomocy świadczonej osobom chorym otępiennie w woj. kujawsko-pomorskim wyraziła negatywną opinię. Wskazywano przede wszystkim, iż w znacznej mierze jest to pomoc niewłaściwa. Często formułowanym stwierdzeniem była opinia, iż za mało jest dostępnych form pomocy dziennej i/lub środowiskowej, które są jednocześnie jednymi z najbardziej pożądanymi we współczesnych realiach. Wskazywano na brak wsparcia w zakresie usług

geriatrycznych i psychogeriatrycznych.

Jednocześnie respondenci mieli dość często trudność ze zdefiniowaniem głównych barier ograniczających możliwość świadczenia odpowiedniego wsparcia dla chorych oraz ich rodzin. Niewielka część badanych wskazała na niewystarczający zasób kadrowy („za mało wykwalifikowanego personelu”) oraz zbyt małe nakłady finansowe kierowane na przedmiotową pomoc. Przy czym trzeba zauważyć, że w kwestii finansowania usług dla osób chorych otępiennie oraz ich rodzin respondenci prezentowali zróżnicowane opinie, tj. część uczestników badań fokusowych zauważała, że główna przyczyna problemu tkwi nie tyle w niewystarczających nakładach finansowych, ile nieracjonalnym ich wydatkowaniu.

Jako symptomatyczny należy uznać fakt, iż zdecydowanie niewielka część osób badanych dysponowała wiedzą na temat dostępności oraz funkcjonowania różnych instytucji świadczących usługi skierowane do chorych otępiennie oraz ich rodzin. W ramach IDI proszono badanych o wskazanie tego typu instytucji na poziomie miasta oraz szerszym (powiatu/województwa). Do najczęściej wskazywanych przez respondentów należały:

- więcej niż jedno wskazanie: Dom Sue Ryder (Bydgoszcz); Miejskie i Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej (ogólnie); Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie (ogólnie); Stowarzyszenie osób chorych na Alzheimera (nazwa cytowana dosłownie z wypowiedzi os. bad.) Bydgoszcz;
- jedno wskazanie: Chronica (Stowarzyszenie Na Rzecz Pomocy Przewlekłe Chorym "Chronica"), Toruń; Stowarzyszenie z Potrzeby Serca (Bydgoszcz); oddziały szpitalne;

Warto przy tym zauważyć, że osoby, które potrafiły wskazać podmioty świadczące usługi z terenu kuj-pom. najczęściej wymieniały jedną lub maksymalnie dwie tego typu instytucje. Biorąc pod uwagę, że uczestnikami badań IDI były osoby powiązane bezpośrednio z obszarem wsparcia skierowanego do seniorów wyniki w tym zakresie należy uznać niepokojące. Co więcej, wśród instytucji tego rodzaju nie wskazywano poradni geriatrycznych i psychogeriatrycznych, co pośrednio może świadczyć i ich niewielkiej dostępności, niewystarczającej świadomości ich istnienia.

Badani w trakcie zogniskowanego wywiadu grupowego oraz wywiadów indywidualnych proszeni byli również o określenie tych form wsparcia, które w ich przekonaniu są najbardziej przydatne dla osób chorych otępiennie. Odpowiedzi koncentrowały się wokół następujących kwestii:

- wzmocnienie polityki informacyjnej. Jak zauważano, *istnieje potrzeba doinformowania społeczeństwa, aby możliwe było wcześniejsze diagnozowanie osób chorych otępiennie*. Wskazywano również, że działania informacyjno-edukacyjne powinny być również adresowane do rodzin osób chorych, ale także do ogółu społeczeństwa, przy czym w opinii części respondentów kluczowe jest oddziaływanie do małych społeczności (małe miasta, wieś), w których *poziom świadomości jest znacznie mniejszy*. W opinii części badanych tego rodzaju wzmocnienie polityki informacyjnej, sprzyjające podniesieniu świadomości społeczeństwa może mieć pozytywny wpływ na inicjowanie form samopomocowych skierowanych do osób chorych otępiennie, np. pomocy sąsiedzkiej.
- zwiększenie dostępności podmiotów, w których świadczona pomoc dla chorych otępiennie w systemie dziennym oraz krótkoterminowym (kilka dni/tydzień). Zwracano uwagę, że *możliwość korzystania z domów dziennego pobytu na okres, gdy rodzina idzie do pracy; miejsca, w którym będzie specjalistyczna opieka psychologiczna, pielęgniarska, warsztaty;*

regularność zajęć, są bardzo ważne dla osób chorych oraz ich rodzin. Badani podkreślali również korzyści dotyczące stanu psychicznego osób chorych (możliwe zmniejszenie poczucia samotności, bycia zależnym) oraz możliwość świadczenia kompleksowych usług (terapia zajęciowa, trening funkcji poznawczych. Zwiększenie dostępności w opinii części badanych powinno polegać na przyspieszeniu/ułatwieniu procedury przyjęcia osoby z otępieniem (Rodziny dzwonią i pytają o możliwość szybkiego umieszczenia osoby chorej otępiennie w domu opieki; powinny powstać jakieś domy na okresowy pobyt dla osoby chorej otępiennie, tymczasowy, całodobowy pobyt dla osoby chorej otępiennie, aby rodziny mogły np. iść na zabieg do szpitala).

- Badani zwracali uwagę na problem swobodnego rozproszenia systemu wsparcia osób starszych z otępieniami. Osoby chorujące oraz ich rodziny poszukują pomocy zarówno poprzez Poradnie Zdrowia Psychicznego, Zakłady Opiekuńczo-Lecnicze, oddziały szpitalne itp. Jednakże w większości z tych miejsc chory oraz rodzina otrzymuje jedynie częściowe – wycinkowe wsparcie.
- zapewnienie kompleksowego wsparcia dla osób chorych na otępienia obejmującego aspekty psychologiczny, terapeutyczny, trening zdolności poznawczych, organizacja czasu wolnego, ew. organizacja zajęć ruchowych. Kompleksowość wsparcia jest tu rozumiana m.in. jako towarzyszenie osobie chorej przez w cały procesie załatwiania danej sprawy. Badani powoływali się m.in. przykład ewentualnego wsparcia w zakresie usług prawnych (*nie chodzi tylko o poradę, ale też o pomoc w złożeniu wniosków itp. Dlatego takie bezpłatne działania powinny być całościowe, a nie wycinkowe. Całościowe – pomoc od początku do końca w jakiejś sprawie. Taka pomoc umożliwiłaby np. umieszczanie osoby chorej otępiennie w ośrodkach przeznaczonych dla tych osób*);
- rozszerzenie opieki i wsparcia dla osób w wieku podeszłym chorych otępiennie w miejscu ich zamieszkania poprzez zwiększenie dostępności do specjalistów/instytucji świadczących usługi w tym obszarze;
- wykorzystanie technologii teleinformatycznych w świadczeniu wsparcia dla osób chorych otępiennie (*jakaś forma teleopieki dla rodzin, bo szukają informacji na temat otępień na Wikipedii, a lepsza byłaby wiedza fachowa od specjalistów*).

Poza powyższymi formami wsparcia skierowanymi do osób chorych otępiennie zdaniem osób badanych należy zintensyfikować wsparcie skierowane do rodzin i opiekunów osób chorych otępiennie. W szczególności priorytetowo powinno być traktowane:

- zwiększenie włączenia organizacji pozarządowych w pomoc skierowaną do rodzin osób chorych. Organizacje pozarządowe spostrzegane są jako bliższe rodzinom, poprzez swoją pozainstytucjonalną formułę (*to ludzie, którzy mają świadomość co to za choroba więcej o niej wiedzą – aby udzielać rodzinom czy chorym informacji i wsparcia*).
- zwiększenie działań edukacyjnych w zakresie opieki nad rodzinami osób chorych otępiennie (*warsztaty i inne zajęcia edukacyjne, które mogą przelożyć się na lepsze radzenie sobie z trudną sytuacją*).

Ocena współpracy między instytucjami zajmującymi się pomocą skierowaną do osób chorych otępiennie i ich rodzin

Z przeprowadzonych badań jakościowych wyłania się wyraźnie negatywny obraz współpracy międzysektorowej pomiędzy instytucjami, które mogą włączyć się w pomoc skierowaną do osób chorych otępiennie oraz ich rodzin.

Badani uczestniczący w IDI proszeni byli o oszacowanie na skali punktowej, jak oceniają poziom współpracy instytucji zaangażowanych w pomoc osobom chorym otępiennie (5 punktów oznaczało maksymalnie pozytywną ocenę współpracy, podczas gdy 1 oznaczało brak współpracy). Na podstawie szacunków należy uznać, że ocena ta wypada wyraźnie negatywnie (badani najczęściej przypisywali „1” lub „2”) wskazując na istotne braki w tym zakresie. Część osób oceniała system współpracy definitywnie (*Nie ma wymiany informacji, każdy robi swoje i nie interesuje się tym, co robią inni; publiczny system do jedna wielka psychologia*). Inni wskazywali na potencjalne systemowe przyczyny tak niekorzystnego stanu rzeczy (*ośrodki pomocy społecznej mają tyle pracy, że OCO są marginalizowane, bo zajmują się raczej osobami długotrwale bezrobotnymi, programami 500+ itp.*). W ramach indywidualnych wywiadów po raz kolejny ujawniła się również kwestia zróżnicowania jakości współpracy między instytucjami w zależności od wielkości ośrodka miejskiego (*są miejsca, gdzie ta opieka i współpraca jest odpowiednia, ale są też takie (np. małe miejscowości), gdzie jest niewystarczająca*).

W kontekście wyżej zarysowanej negatywnej oceny współpracy między poszczególnymi instytucjami/podmiotami badani proszeni byli również o wskazanie potencjalnych sposobów poprawy jakości i tempa przepływu informacji dotyczących osób chorych otępiennie. Uczestnicy badań wskazywali na następujące sposoby rozwiązania tej sytuacji:

- Często powtarzającym się postulatem było wzmocnienie wymiany informacji i doświadczeń między placówkami opieki zdrowotnej oraz instytucjami pomocy społecznej (np. *Baza numerów, gdzie można się skierować, gdy ma się problem, aby były jakieś adresy placówek wywieszane np. w MOPSach, GOPSach; Należy usprawnić przepływ informacji między placówkami zajmującymi się osobami chorymi otępiennie np. MOPSy – żeby był przepływ informacji zwłaszcza, gdy osoba chora na otępieniu jest samotna*)
- Wskazywano na zasadność organizacji wspólnych działań/akcji/imprez integrujących wszystkie środowiska i instytucje, które potencjalnie mogą włączyć się w pomoc osobom chorym otępiennie oraz ich rodzinom/opiekunom (*Organizacja wspólnych imprez, przedsięwzięć. Imprezy otwarte na środowiska zewnętrzne, aby ludzie z tego środowiska widzieli, że są w społeczeństwie osoby chore*).
- Wśród uczestników badań pojawiały się również opinie sygnalizujące potrzebę integrowania poszczególnych instytucji w formie rozwiązań teleinformatycznych (*za pośrednictwem e-opieki, teleopieki, jakieś profesjonalne strony internetowe/portale; dobrze by było, aby były jakieś portale obsługiwane przez specjalistów i np. ROCO mogłyby zapytać o poradę specjalisty, mogłyby przesłać nagranie wideo, na którym jest jakieś zachowanie chorego, aby dowiedzieć się czy to normalne itp.*) Trzeba jednak, że wśród części osób badanych pojawiły się również wątpliwości z zastosowaniem tej formy wzmocnienia współpracy wynikające

z braku istniejących, gotowych rozwiązań teleinformatycznych pozwalających na takie działanie.

Wobec powyżej zarysowanych trudności we współpracy między instytucjami proszono uczestników badań o wskazanie tych instytucji/podmiotów/organizacji, które powinny być włączone w pomoc osobom chorym. Wśród odpowiedzi osób badanych najczęściej wskazywano na następujące podmioty:

- Organizacje pozarządowe – badani wskazywali, że pomoc osobom chorym otępienie nie powinna być ograniczona jedynie do tych fundacji, stowarzyszeń itp., które w ramach swojej głównej działalności statutowej mają zapisaną pomoc osobom chorym. Ich zdaniem kluczowe jest włączenie wszystkich organizacji pozarządowych zajmujących się seniorami, ale także tych, które mogą taką pomoc inicjować w innych grupach wiekowych itp.
- Instytucje kościelne – znaczna część badanych wskazywała instytucje kościelne, jako te, które mogą mieć potencjalnie znaczący wpływ w pomocy osobom chorym otępienie i ich rodzinom (*organizacje pozarządowe, kościelne (np. Caritas). W formie tworzenia miejsc pobyt dla osób chorych otępienie. Bo na np. pracowników socjalnych za dużo spraw się nakłada. W małych miejscowościach kościół jest wciąż poważany. Osoby ze środowiska kościelnego mogą szybciej wyłapać ze społeczności lokalnej osoby chore. Społeczeństwo (w małych miejscowościach) ma zaufanie do przedstawicieli kościoła*).
- Ważną rolę z poprawie przepływu informacji przypisano również lekarzom pierwszego kontaktu (*przychodnie pierwszego kontaktu medycznego powinny być bardziej wyczulone na choroby otępienne*);
- Prywatne praktyki lekarskie oraz lekarze pierwszego kontaktu (*prywatna praktyka lekarska czy lekarze pierwszego kontaktu – już tu trzeba zacząć, aby rodziny osób chorych otępienie miały dostęp do informacji i żeby ci lekarze mogli już kierować do odpowiednich miejsc*). W ramach funkcjonowania służby zdrowia badani postulowali również wprowadzenie dyżurów specjalistów;
- Instytucje edukacyjne, szkoły wyższe, uniwersytety trzeciego wieku (wykłady upowszechniające, działalność edukacyjna i informacyjna).

Opinia na temat działań informacyjnych

Badani proszeni byli również o ocenę aktualnych i pożądaných kierunków działań informacyjnych i edukacyjnych powiązanych z sytuacją osób z chorobami otępiennymi. W pierwszej kolejności uczestnicy proszeni byli o wskazanie tych działań informacyjnych oraz kampanii społecznych, które mogłyby wpłynąć pozytywnie sytuację osób chorych otępienie oraz ich rodzin/opiekunów.

Badani akcentowali następujące kwestie:

- Zwiększenie dostępności do różnego rodzaju materiałów informacyjnych przygotowanych w przystępnej formie oraz dostępnych w różnych miejscach (*jakieś poradniki (drogą papierową) dla opiekunów i rodzin OCO – aby takie poradniki leżały nie tylko w specjalistycznych stowarzyszeniach ale też w zwykłych przychodniach, aptekach, w gazetach aby były, magazynach*).
- Prowadzenie kampanii społecznych upowszechniających m.in. w następujących obszarach tematycznych (*należy zwiększyć świadomość społeczeństwa jak powstaje choroba otępienna, jak osoba z otępieniem reaguje; w jaki sposób społeczeństwo odbiera osobę z chorobą*

otępienną – jako osobę zaburzoną psychicznie, a to przecież choroba organiczna; kampanie z zakresu jak należy się zajmować osobami z otępieniami). Uczestnicy badania opowiadali się również za tym, aby działania informacyjne obejmowały zróżnicowane kanały dotarcia do osób potencjalnie zainteresowanych (m.in. w małych miejscowościach marketing szeptany. Kościół jako środek przekazu informacji, gdyż ma (ksiądz) zaufanie mieszkańców).

Uczestnicy badania proszeni byli również o wskazanie tych obszarów tematycznych, które są kluczowe z perspektywy działań edukacyjnych. Wśród najczęściej wymienianych wskazywano:

- objawy chorób otępiennych, jak traktować osoby z chorobą otępienną, jak się nimi zajmować;
- edukowanie na UTW np., jak rozpoznać chorobę (*bo może sąsiad ma, a o tym nie wie – pomoc sąsiadzka*)
- opieka nad osobami z otępieniem, jak radzić sobie z zachowaniami agresywnymi pojawiającymi się takich osób, z odmową przyjmowania pożywienia itp.

Wśród grup docelowych, które powinny być objęte oddziaływaniami szkoleniowymi, edukacyjnymi wskazywano personel medyczny, terapeutów zajęciowych, psychologów. Ponadto, uczestnicy badań sugerowali zasadność włączenia w szkolenia także opiekunów medycznych, pielęgniarki/rze, rodziny, pracowników socjalnych, którzy mają pierwszy kontakt z ludźmi i mogą rozpoznać objawy choroby otępiennej

Ocena możliwości zastosowania telemedycyny w obszarze wsparcia dla osób chorych otępiennie oraz ich rodzin/opiekunów

W ramach przeprowadzonych badań jakościowych badani proszeni byli również o określenie potencjalnych perspektyw wykorzystania telemedycyny w poprawie wsparcia dla osób chorych otępiennie oraz ich rodzin.

Badania ujawniły, że zdecydowana większość badanych nie jest w stanie podać znanych im istniejących rozwiązań w zakresie wykorzystania telemedycyny w analizowanym obszarze. Nieliczni uczestnicy spotkań fokusowych wskazywali na styczność z tego rodzaju rozwiązaniami na terenie innych państw. Warto przy tym zauważyć, że część uczestników badania stwierdziło, iż poszukiwało telemedycznych rozwiązań dla chorych otępiennie w Internecie, jednak poszukiwania te nie przyniosły oczekiwanych rezultatów.

Uczestnicy badania poproszeni byli również o wskazanie zasadności wdrażania rozwiązań telemedycznych skierowanych do seniorów oraz ich rodzin. Przeważająca większość uznała ten kierunek działań jako w wartościowy i użyteczny praktycznie. Podkreślano przy tym, że powinny to być rozwiązania pośrednio skierowane do osób chorych otępiennie a bezpośrednio przeznaczone dla opiekunów/rodzin oraz wszystkich podmiotów/instytucji uczestniczących w procesie wsparcia w analizowanym zakresie. Część badanych wskazuje, że zastosowanie rozwiązań z obszaru teleopieki, telemedycyny itp. ma charakter perspektywiczny – ich rola będzie sukcesywnie rosła wraz z wchodzeniem w okres starości pokoleń wychowanych na mediach teleinformatycznych.

Jeden z ważniejszych wątków badań dotyczył określenia funkcjonalności platform/aplikacji itp. skierowanych do osób chorych otępiennie oraz ich rodzin. Badani wskazali przede wszystkim na następujące potrzeby:

- zwiększenie przepływu informacji między jednostkami/osobami zaangażowanymi w opiekę nad daną osobą chorą otępiennie (*aby był przepływ informacji; osoby zajmujące się osobami chorymi otępiennie (również pracownicy instytucji) chciałby mieć dostęp do informacji*).
- Usprawnienie możliwości monitorowania stanu funkcjonowania osoby chorej otępiennie (m.in.: *dzięki takim rozwiązaniom ktoś miałby pieczę nad osobami chorymi otępiennie, mógłby monitorować jego stan; śledzić jak ta choroba się rozwija; czy zaburzenia się pogłębiają, czy jest okresowa poprawa*);
- Dostarczenie rzetelnej i sprawdzonej wiedzy z obszaru chorób otępiennych (*Gdyby była jakaś platforma/aplikacja, w tworzeniu której brałoby udział specjaliści z zakresu chorób otępiennych to ludzie (np. rodziny chorych otępiennie) mieliby w końcu jakieś rzetelne źródło informacji. Gdyby była tam też możliwość skorzystania z porady specjalisty to wiele mogłoby ułatwić, zmniejszyć lęk/obawy rodzin/opiekunów*);
- Możliwość zintegrowania różnych funkcjonalności, m.in. połączenia funkcji informacyjnej (*wiedza na temat chorób otępiennych, sposobów postępowania wobec chorych*), kooperacyjnej (*dane instytucji/podmiotów, które mogą włączyć się w proces pomocy danej osobie*); diagnostycznej (*możliwość wstępnej diagnozy dla osób nie zajmujących się specjalistycznie problematyką chorób otępiennych*) oraz rehabilitacyjnej (*umożliwienie dostępu do narzędzi trenowania czynności poznawczych itp.*)

V. Bezpośrednie rekomendacje

Poniżej wskazano rekomendacje wyłaniające się z przeprowadzonych badań jakościowych. Zostały one przedstawione w ramach czterech głównych obszarów.

Możliwości bardziej efektywnego wykorzystania istniejących zasobów publicznych i niepublicznych:

- zwiększenie nakładów finansowych Państwa na instytucje zajmujące się pomocą chorym otępiennie; pomimo wskazanych w analizie danych zastanych tendencji wzrostowej nadal poziom środków finansowych wydaje się niezadowalający i niższy niż w części województw;
- zwiększenie działań pomocowych kierowanych na wsparcie i pomoc dla rodzin i opiekunów osób chorych otępiennie. Badania pokazały, że istnieją istotne luki w zakresie pomocy rodzinom osób chorych (niewielka liczba organizacji pozarządowych, ograniczony dostęp do informacji itp.). Zestawiając to z danymi, które pokazują, że opieka nad seniorami najczęściej w Polsce realizowana jest przez rodziny wydaje się to kluczowym kierunkiem działań (por. Kujawska, 2015);
- zwiększenie liczby placówek w formach domów dziennego pobytu. W zrealizowanych badaniach ten postulat wyłania się jako jeden z priorytetowych, który ma znaczenie zarówno dla funkcjonowania osób chorych otępiennie, ale również ich rodzin/opiekunów;
- zwiększenie liczby ośrodków (także rotacyjnych) oferujących leczenie specjalistyczne w miejscowościach oddalonych od głównych ośrodków miejskich (Bydgoszcz, Toruń) zapewniających ułatwiony (szybszy) dostęp do specjalistów z zakresu geriatricznej, neurologii, psychiatrii i psychologii;
- lobbowanie na rzecz realizacji badań nad lekami, nowymi metodami rehabilitacji pacjentów otępiennych;

- wprowadzenie rozwiązań/narzędzi pozwalających na bieżący monitoring funkcjonowania psychospołecznego osób chorych oraz ich rodzin/opiekunów;
- dostosowanie / uproszczenie przepisów oraz zredukowanie biurokracji związanej z ubieganiem się o pomoc społeczną. Ponadto, zdaniem części osób badanych zasadne jest uproszczenie/modyfikacja istniejących procedur ubezwłasnowolnienia, która w aktualnej rzeczywistości prawnej nastęca wiele trudności i jest kosztowna oraz długotrwała. Stanowi to niejednokrotnie istotne obciążenie (także materialne, związane z realizacją procedur prawnych) po stronie rodzin/opiekunów osób chorych;
- stworzenie możliwości kierowania przez lekarzy POZ bezpośrednio do lekarzy specjalistów bez konieczności oczekiwania w kolejkach;
- zwiększenie dostępności do placówek specjalistycznych psychogeriatrycznych;
- otwarcie specjalistycznej placówki zajmującej się osobami z chorobą otępienną, która na poziomie regionu koordynowałaby działania i kierowała pacjentów i ich rodziny do odpowiednich instytucji;
- organizacja i przeprowadzenie dodatkowych szkoleń dotyczących specjalistycznej opieki nad osobami chorymi przez członków rodziny;
- dostarczanie personelowi specjalistycznej wiedzy dotyczącej choroby i opieki nad chorym (w szczególności działania skierowane do personelu medycznego: lekarze pierwszego kontaktu, pielęgniarki środowiskowe);
- zwiększenie dostępności Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych dla osób starszych z chorobą otępienną oraz wydłużenie możliwości ich pobytu (aktualnie w ZOL można przebywać jedynie 6 miesięcy, co stanowi poważny problem w kwestii dalszej opieki). Przeprowadzone badania potwierdziły, iż znacząca część ZOL o profilu ogólnym dość istotnie ogranicza możliwość przyjęcia osób z otępieniami. Znacząco utrudnia to efektywne wsparcie dla rodzin osób starszych. W trakcie badań jakościowych uczestnicy wskazywali również pozytywne przykłady współpracy w tym zakresie i otwartość m.in. następujących placówek: NZOZ Wimed w Lipnie, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne EPIMIGREN K. Nicpoń w Osiełsku, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nowy Szpital w Wąbrzeźnie - Zakład Opiekuńczo-Leczniczny NZOZ Dom Sue Ryder w Bydgoszczy, Zakład Opiekuńczo – Leczniczny w Radziejowie, Dom opieki Złota Jesień w Redczu Wielkim wchodzący w skład Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej AMIMED (jednostka specjalizuje się w opiece i terapii pacjentów z chorobą Alzheimera);
- zwiększenie różnorodności i mobilności systemu opieki nad osobą chorą;
- wdrażanie gotowych rozwiązań istniejących w innych krajach (por. Durda, 2010);

Zwiększenie międzysektorowości wsparcia dla osób chorych oraz ich rodzin

- Intensyfikacja współpracy podmiotów zajmujących się os. chorymi otępieniem z instytucjami kościelnymi. W przeprowadzonych badaniach bardzo często formułowano postulat wzmacniania współpracy z instytucjami kościelnymi, co w opinii badanych stanowiło szczególnie korzystny układ w przypadku niewielkich miejscowości i terenów wiejskich. Zwracano uwagę zarówno na kwestie działań edukacyjnych, podnoszących świadomość społeczeństwa nt. chorób otępiennych, ale również włączania kościoła w działalność

pomocową (organizacja przy parafiach grup wsparcia itp.) oraz wspierającą proces wczesnej diagnozy (poprzez współpracę z ośrodkami pomocy społecznej itp.).

- Włączanie firm komercyjnych w pomoc osobom otępiennym oraz ich rodzinom między innymi w ramach realizacji działań z obszaru CSR (społeczna odpowiedzialność biznesu). Ponadto, badani sugerowali, że wsparcie sektora firm prywatnych może mieć również wymiar finansowy poprzez realizację sponsoringu. Wreszcie należy zastanowić się również nad wdrożeniem przy udziale pracodawców, nowych rozwiązań zwiększających poziom godzenia życia zawodowego z rodzinnym (elastyczne formy czasu pracy itp.). Może to w istotnym stopniu podnieść jakość życia rodzin i opiekunów osób chorych na otępienia.
- Uruchomienie programów stałej współpracy z uczelniami wyższymi oraz jednostkami badawczo-naukowymi. Efektem tej współpracy mogą być przede wszystkim: prowadzenie prac naukowo-badawcze zmierzające do stworzenia nowych rozwiązań w zakresie diagnostyki chorób otępiennych oraz ich rehabilitacji. Przykładem realizowanym m.in. na terenie woj. kuj-pom. jest program GRADYS realizowany m.in. przy udziale Kliniki Psychiatrii CM UMK, Instytutu Psychologii UKW oraz Kliniki Geriatrii Szpitala Uniwersyteckiego im. dra Jurasza.
- Drugim obszarem włączenia uczelni wyższych jest intensyfikacja działań Uniwersytetów Trzeciego Wieku w kontekście informowania o chorobach otępiennych i instytucjach zaangażowanych w pomoc w tym zakresie. Co więcej, większość uczelni z terenu woj. kuj-pom dysponuje rozbudowaną lokalizacyjnie bazą filii swoich uniwersytetów trzeciego wieku (dla przykładu Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy dysponuje ponad trzydziestoma filiami na terenie województwa – wykorzystanie ich w wymiarze edukacyjno - informacyjnym wydaje się niezwykle korzystne).
- Budowanie sieci współpracy wolontaryjnej między placówkami świadczącymi pomoc i opiekę nad os. chorymi otępiennie a placówkami szkolnymi i organizacjami pozarządowymi. Przykładem może być system współpracy wdrożony pomiędzy DS Rynarzewo a miejscowym zespołem szkół (podstawowa/gimnazjum. W ramach współpracy część uczniów zaangażowana jest w życie seniorów poprzez organizację występów artystycznych itp. Dzięki temu podnosi się jakość życia osób przebywających w tego rodzaju placówkach jak DPS, a jednocześnie pozytywnie oddziałuje się na poziom świadomości młodych ludzi w zakresie symptomów chorób otępiennych, sposobów zachowania się wobec osób starszych chorych otępiennie itp.
- Wdrożenie rozwiązań/systemów, które będą pozwalały na bezpośredni, uproszczony przepływ informacji między instytucjami zaangażowanymi w proces pomocy osobom chorym i ich rodzinom (z częściowym wyłączeniem formalnej drogi w ramach obowiązujących przepisów prawa).
- Organizacja cyklicznych akcji / kampanii (na wzór Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy), które będą wymuszały budowanie sieci współpracy, promocji m.in. między organizacjami pozarządowymi, placówkami opieki medycznej, itp.
- Poprawa wymiany informacji dotyczącej pacjenta oraz możliwości uzyskani pomocy na poziomie gminy, miasta oraz województwa.
- Prowadzenie kampanii społecznych informacyjnych o sytuacji chorego oraz jego rodziny, zwłaszcza z wykorzystaniem najbardziej skutecznych metod w kontekście możliwości dotarcia

do grup docelowych (m.in. lokowanie informacji o chorobach otępiennych itp. w scenariuszach popularnych seriali kierowanych do starszych grup wiekowych).

Stworzenie nowych możliwości pomocy pacjentom otępiennym

- Wprowadzenie nowych, rozszerzonych form pomocy środowiskowej w domu chorego opartych o działanie zespołów interdyscyplinarnych (pomoc medyczna, terapeutyczna, psychologiczna);
- Wprowadzenie nowych form finansowania i organizacji opieki dla osób starszych z otępieniami, np. w formie bonów opiekuńczych przyznawanych rodzinie osoby chorej na pokrycie kosztów organizacji wysokospecjalistycznej opieki (por. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich – Raport Sytuacja Osób Chorych na Chorobę Alzheimera);
- Organizacja alternatywnych form opieki krótko i średnioterminowej w postaci turnusów rehabilitacyjnych lub rehabilitacyjno-wypoczynkowych w placówkach na terenie województwa kujawsko - pomorskiego;
- Zwiększenie wymiaru godzin pomocy środowiskowej adekwatnie do potrzeb chorego i rodziny;
- Włączenie opiekunów i rodzin osób chorych otępiennie w system wsparcia wypoczynkowo - rehabilitacyjnego sprzyjającemu podniesieniu jakości życia oraz zwiększeniu wydolności w zakresie sprawowanej opieki;
- Wprowadzenie instytucji mentora dla opiekunów/rodzin osób chorych, będącego w stałym kontakcie z rodzinami w formie spotkań bezpośrednich, jak również z wykorzystaniem narzędzi komunikacji zdalnej (telefon, Internet, aplikacje mobilne);
- Stworzenie nowych specjalizacji na kierunkach studiów (m.in. psychologia, pedagogika) profilowanych pod kątem świadczenia pomocy osobom chorym na otępienia oraz ich rodzinom;

Skuteczniejsze kooperowania podmiotów działających na rzecz pacjentów otępiennych

- Opracowanie i wdrożenie narzędzi/technik integrowania wiedzy i informacji pochodzących od różnych instytucji/organizacji zajmujących się osobami starszymi, w tym chorymi na otępienia (m.in. UTW, pomoc społeczna, placówki opieki medycznej, szkoły wyższe itp.);
- Premiowanie w ramach programów dotacyjnych projektów działań zakładających systematyczną współpracę większej liczby podmiotów/organizacji, zwłaszcza reprezentujących różne sektory;
- Wzajemna wymiana usług świadczona między instytucjami zajmującymi się osobami chorymi na otępienia i ich rodzinami, np. w formie:
 - szkoleń realizowanych przez lekarzy specjalistów – geriatrów, psychiatrów dla pracowników pomocy społecznej lub organizacji pozarządowych;
 - udostępniania infrastruktury będącej w gestii samorządów itp. dla organizacji pozarządowych itp.;
 - ułatwienia dostępu do grup badanych dla celów naukowych (uczelnie wyższe) w zamian za możliwość korzystania z rozwiązań opracowanych przez uczelnie itp.

Lepsze / pełniejsze wykorzystanie mechanizmów telemedycznych

- Przeprowadzone badania ujawniły potrzebę opracowania narzędzi/rozwiązań opartych na technologii internetowej, które pozwalałyby na usprawnienie przepływu informacji między podmiotami świadczącymi usługi/wsparcie dla osób chorych na otępienia i ich rodzin;
- Wdrożenie rozwiązań w zakresie oddziaływania terapeutycznego na osoby chore, opartego na rozwiązaniach telemedycznych (np. możliwość dostępu do treningu czynności poznawczych – np. dzięki potencjalnemu wykorzystaniu oprogramowania tworzonego w ramach programu GRADYS);
- Tworzenie rozwiązań internetowych (platform, itp.) pozwalających na interdyscyplinarne integrowanie wszelkich danych (naukowych, statystycznych), które mogą poprawić trafność wsparcia udzielanego przez poszczególne instytucje/organizacje zajmujące się osobami chorymi na otępienia i ich rodzinami;
- Włączenie uniwersytetów trzeciego wieku w proces edukowania osób starszych w obszarze możliwości korzystania z narzędzi/aplikacji skierowanych do osób w wieku podeszłym (m.in. jakie aplikacje i rozwiązania są dostępne, jak z nich korzystać);
- Narzędzia telemedyczne skierowane do osób starszych powinny spełniać następujące kryteria:
 - łatwość i intuicyjność obsługi;
 - kompleksowość wynikająca ze zintegrowania wielu funkcji w ramach jednego narzędzia/aplikacji;
 - symultaniczne przesyłanie obrazów;
 - interaktywność;
 - automatyczna aktualizacja zmniejszająca poziom wymaganych kompetencji technicznych po stronie użytkownika;
 - powszechność, dostępność (por. Palmen, Sołtysik – Trendy w telemedycynie);
- Uruchomienie możliwości świadczenia doraźnej pomocy psychologicznej on-line dla rodzin i opiekunów osób chorych na otępienia (z wykorzystaniem modułu transmisji video lub innych materiałów, które mogą poprawić poziom kompetencji w zakresie opieki nad osobami z chorobami otępiennymi);

Analiza prawna

Kujawsko-Pomorskie Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach (ŚCOPO) będzie koordynowało współpracę zarówno w procesie oddziaływań medycznych, pomocowych i społecznych. Na podstawie zebranych informacji nastąpi skierowani pacjenta do świadczeń zdrowotnych z odpowiedniego rodzaju i zakresu, finansowanych ze środków publicznych przez Ministerstwo Zdrowia lub Narodowy Fundusz Zdrowia - na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach* opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2015.581 z dnia 2015.04.29) lub/i do świadczeń z zakresu pomocy społecznej finansowanych w formie zadań własnych i zleconych zarówno ze środków budżetów gmin jak i budżetu państwa na podstawie ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o *pomocy społecznej*. Koordynator ŚCOPO zapewni pacjentowi także inne formy pomocy, m.in. kulturalną czy edukacyjną. Działalność wszystkich podmiotów współpracujących z ŚCOPO regulować będzie szczegółowa umowa partnerska między podmiotami wchodzącymi w skład ŚCOPO. W ramach opieki medycznej powstanie Centrum ma przede wszystkim zapewnić jakość, ciągłość i kompleksowość opieki.

Zgodnie z art. 15 Ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych *Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.* Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego; opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, leczenia stomatologicznego, lecznictwa uzdrowiskowego, zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji, ratownictwa medycznego, opieki paliatywnej i hospicyjnej, świadczeń wysokospecjalistycznych, programów zdrowotnych, leków, *środków* spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę, programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji; leków stosowanych w chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji, leków nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sprowadzanych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, pod warunkiem że w stosunku do tych leków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji, *środków* spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, sprowadzonych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 29a ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, pod warunkiem, że w stosunku do tych *środków* wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji. Powstanie ŚCOPO ma przede wszystkim na celu znaczne ograniczenie kosztów opieki zdrowotnej ze względu na zapewnienie pacjentowi świadczeń w miejscu jego zamieszkania. Powstanie Centrum ma za zadanie zapobiec konieczności pobytu pacjentów otępiennych w szpitalach, z uwagi na to że leczenie szpitalne

jest droższe, jak również często nieadekwatne do stanu zdrowia i oczekiwań pacjenta.

W ramach pomocy społecznej Koordynator ŚCOPO skieruje pacjenta do instytucji, która zapewni mu odpowiednie dla niego świadczenia z zakresu pomocy społecznej. Zgodnie z art. 36 ustawy o pomocy społecznej (Dz.U.2015.163 z dnia 2015.01.30) świadczenia z *pomocy społecznej* dzielą się na świadczenia pieniężne, takie jak: zasiłek stały, zasiłek okresowy, zasiłek celowy i specjalny zasiłek celowy, wynagrodzenie należne opiekunowi z tytułu sprawowania opieki przyznane przez sąd oraz świadczenia niepieniężne takie jak: praca socjalna, bilet kredytowany, składki na ubezpieczenie zdrowotne, składki na ubezpieczenia *społeczne*, *pomoc* rzeczowa, sprawienie pogrzebu, poradnictwo specjalistyczne, interwencja kryzysowa, schronienie, posiłek, niezbędne ubranie, usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach *pomocy*, specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia, mieszkanie chronione, pobyt i usługi w domu *pomocy społecznej*, *pomoc* w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym w mieszkaniu chronionym, *pomoc* w uzyskaniu zatrudnienia. Wszystkie kierunki działań będą podejmowane po wnikliwym wywiadzie przeprowadzonym przez pielęgniarkę Centrum w domu pacjenta z samym pacjentem, jego opiekunem prawnym, przedstawicielem ustawowym bądź opiekunem faktycznym za pomocą Narzędzia Oceny Potrzeb Systemu Rodzinnego.

W ramach modelu oprócz Pallmed sp. z o.o., jako Partnera wiodącego, będą działać inne podmioty (Partnerzy) z dziedziny opieki zdrowotnej, społecznej, kulturalnej i edukacyjnej, których szczegółowy zakres usług w ramach Centrum określać będzie umowa partnerska (zgodnie ze wzorem).

Wykorzystanie elementów teleopieki w opiece nad pacjentem również przyczyni się do ograniczenia kosztów tej opieki, przy zachowaniu odpowiedniego poziomu. Nie będzie bowiem zawsze konieczności odbycia wizyt w domu pacjenta, ponieważ część z nich można będzie przeprowadzić za pomocą urządzenia audiowizualnego. Jest to działanie innowacyjne, które w znaczny sposób wpłynie na zniwelowanie kosztów udzielanej opieki. Część wizyt można będzie bowiem zrealizować zdalnie.

Telemedycyna na świecie stanowi jeden z najdynamiczniej rozwijających się obszarów w ramach ochrony zdrowia. Doświadczenie innych państw pokazuje, że telemedycyna jest skuteczna i bezpieczna, zmniejsza kolejki na wizyty oraz przynosi oszczędności dla systemów opieki zdrowotnej. Co więcej, zwiększa komfort pacjentów, a także podnosi jakość świadczonych usług poprzez dużo skuteczniejszą diagnostykę. Telemedycynę można określić jako gałąź medycyny zajmującą się udzielaniem świadczeń zdrowotnych na odległość. Zgodnie z art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2015.464 z dnia 2015.04.01) *Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności*. Nowoczesna technologia, np. internet, telefon oraz cyfrowe urządzenia elektromedyczne, umożliwiające przeprowadzanie telekonferencji, wideokomunikacji lub choćby konsultacji telefonicznej, daje obecnie możliwość ciągłego monitorowania stanu zdrowia pacjenta leczonego na chroniczną chorobę, który przebywa w domu. Oczywiście jest, że w takim przypadku dostępne środki techniczne nie zwalniają lekarza z nałożonych na niego obowiązków, a stanowiąc mogą jedynie narzędzie ich realizacji. Wyniki badań USG, MRI, EKG, CT, RTG lub wykonanych elektronicznym stetoskopem są zapisywane w formacie cyfrowym, umożliwiającym ich zapamiętywanie na dyskach komputerowych, przetwarzanie

i transmisję po cyfrowych liniach telekomunikacyjnych. Dane te mogą być przesyłane elektronicznie w dowolne miejsce, np. do systemu informatycznego Centrum. Oszczędza się w ten sposób czas i zmniejsza koszty związane z podróżą pacjenta do odległego szpitala lub ambulatorium oraz omija się ryzyko z tym związane. Przepisy o wykonywaniu zawodu nie określają sytuacji, w której diagnozowanie pacjenta na odległość byłoby dopuszczalne i ewentualnie na jakich zasadach miałyby się odbywać, ale też nie zakazują takiego działania. W praktyce powstaje zatem wiele trudności z określeniem zasad wykonywania zawodu lekarza, psychologa etc. i świadczenia usług z zakresu telemedycyny.

Centrum ma obowiązek ochrony danych osobowych. Zgodnie z Ustawą z dnia z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2015.2135 z późn. zm.), zwaną dalej u. o. d. o. Centrum zobowiązane jest do ich ochrony, jeżeli je przetwarza. Przetwarzanie danych osobowych to jakiegokolwiek operacje wykonywane na *danych* osobowych, takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, a zwłaszcza te, które wykonuje się w systemach informatycznych. Przetwarzanie danych osobowych w zasadzie jest niezależne od medium czyli nośnika. Rozmowa przez telefon, korzystanie z systemu komputerowego, odbieranie, wysyłanie, sporządzanie pism to nadal przetwarzanie danych osobowych. Sama techniczna możliwość przetwarzania danych osobowych czyli informacji jednoznacznie identyfikujących osobę fizyczną powinna zostać zabezpieczona, nawet jeżeli osoba lub podmiot tych danych nie przetwarza. Przetwarzać można zawsze dane osobowe, jeżeli właściciel tych danych, który został poinformowany o celu ich przetwarzania oraz zakresie wyrazi nam na to zgodę.

Kolejną kwestią jest udostępnianie dokumentacji medycznej. Podstawowym zagrożeniem dla Centrum w związku z możliwym naruszeniem przepisów ustawy o ochronie danych osobowych jest nieodpowiednie zabezpieczenie prowadzonej dokumentacji medycznej pacjentów, na skutek którego dane osobowe czy dane o ich stanie zdrowia zostaną w sposób bezprawny ujawnione. Dokumentacja medyczna zawiera dwa rodzaje danych osobowych: identyfikujące – związane z możliwością ustalenia tożsamości pacjenta, oraz medyczne – dotyczące stanu zdrowia pacjenta, rodzajów przeprowadzonych zabiegów czy operacji oraz udzielonych świadczeń medycznych. W zależności od tego, z którym rodzajem danych mamy do czynienia, ustawa o ochronie danych osobowych przewiduje odmienne przesłanki umożliwiające ich przetwarzanie. Zgodnie z art. 23 u. o. d. o. przetwarzanie identyfikujących danych osobowych jest dopuszczalne m.in. wtedy, gdy: osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę, chyba, że chodzi o usunięcie dotyczących jej danych; przedmiotowa zgoda może obejmować również przetwarzanie danych w przyszłości, jeżeli nie zmienia się cel przetwarzania. Artykuł 27 u. o. d. o. w ust. 1 generalnie ustanawia zakaz przetwarzania tzw. wrażliwych danych osobowych: „Zabrania się przetwarzania danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, jak również danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym oraz danych dotyczących skazań, orzeczeń o ukaraniu i mandatów karnych, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym”. Powyżej przedstawiony zakaz nie jest jednak zakazem bezwzględny. Ustawa dopuszcza możliwość przetwarzania powyższych danych osobowych m.in. w przypadku, gdy osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę na piśmie, chyba że chodzi o usunięcie dotyczących jej danych lub przetwarzanie jest prowadzone w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów

przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych.

Jedną z dwóch podstawowych (głównych) merytorycznych przesłanek przetwarzania danych osobowych jest zgoda zainteresowanego, zgoda osoby, której dane dotyczą (art. 23 ust. 1 pkt 1 u. o. d. o.); takie ujęcie jest pochodną przyznania każdej osobie prawa do ochrony własnych danych osobowych. Ustawa nie wybrała modelu tzw. opcji negatywnej, a więc założenia, że brak sprzeciwu oznacza zgodę i że w związku z tym wolno przetwarzać dane osobowe, o ile zainteresowany się temu nie sprzeciwia. Pierwszym i - można powiedzieć - zasadniczym, warunkiem dopuszczającym przetwarzanie danych osobowych, jest to, że osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę na piśmie. Znajduje tu odbicie - traktowana często jako podstawowa - przesłanka usprawiedliwiająca przetwarzanie jakichkolwiek danych osobowych, mianowicie zgoda zainteresowanego. Specyfika związana ze szczególnym charakterem danych sensytywnych polega na tym, że zgoda musi być wyrażona na piśmie. Zgoda wyrażona w sposób inny niż na piśmie jest - gdy chodzi o dane sensytywne - nieskuteczna. Dodajmy, że w prawie polskim brak regulacji, w myśl której w oznaczonych sytuacjach zgoda wyrażona przez osobę zainteresowaną na przetwarzanie jej danych wrażliwych jest nieskuteczna. Zgoda na gruncie ustawy uznana jest za oświadczenie woli (art. 7 pkt 5 u. o. d. o.), toteż należy odwołać się do odpowiednich przepisów Kodeksu cywilnego i przyjąć, że "do zachowania pisemnej formy czynności prawnej wystarcza złożenie własnoręcznego podpisu na dokumencie obejmującym oświadczenie woli" (art. 78 k.c.). Nie musi zatem zostać sporządzone własnoręcznie całe oświadczenie, jego treść może być wydrukowana np. na formularzu, który dana osoba podpisuje. Wypada jednak wyraźnie zaznaczyć, że od wejścia w życie ustawy o podpisie elektronicznym, tj. od dnia 15 sierpnia 2002 r., "wyrażenie zgody na piśmie", o którym stanowi art. 27 ust. 2 pkt 1 u. o. d. o., może nastąpić także przez złożenie oświadczenia w postaci elektronicznej opatrzonego bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu. "Wyrażenie zgody na piśmie" oznacza "formę pisemną", o której stanowi przepis art. 78 § 2 k.c., w wersji określonej w art. 54 pkt 2 u. p. e.

Stosownie do art. 7 pkt 5 u. o. d. o. wyrażenie takiej zgody ma charakter oświadczenia woli, którego treścią jest zezwolenie na przetwarzanie danych osobowych składającego oświadczenie; jest to oświadczenie "składane innej osobie". Może mieć ono charakter samodzielny (niepowiązany z innymi oświadczeniami), może też być elementem złożonego aktu woli (wyrażanego np. przez kandydata przystępującego do jakiejś organizacji). Zgoda może mieć charakter indywidualny, tj. upoważniać tylko jeden podmiot, np. ten, który zbiera dane, do ich dalszego przetwarzania, może też odnosić się do dalszych dysponentów (nabywców) zbioru obejmującego te dane, którzy będą je dalej przetwarzać. W tym zakresie zgoda będzie jednak skuteczna o tyle, o ile ci dalsi dysponenci zostaną wskazani, a cel przetwarzania będzie tożsamy.

Istnieje jeszcze grupa pacjentów, które nie mają ustanowionego opiekuna prawnego i oprócz tego, nie są fizycznie w stanie złożyć podpisu. Zgodnie z art. 27 ust. pkt 3 u. o. d. o. przetwarzanie danych jest dopuszczalne, o ile przetwarzanie takich *danych* jest niezbędne do *ochrony* żywotnych interesów osoby, której *dane* dotyczą, lub innej osoby, gdy osoba, której *dane* dotyczą, nie jest fizycznie lub

prawnie zdolna do wyrażenia zgody, do czasu ustanowienia opiekuna prawnego lub kuratora; W świetle art. 27 ust. 2 pkt 3 u. o. d. o. spełnione muszą być łącznie trzy warunki:

- przetwarzanie danych musi mieć na celu ochronę żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub osoby trzeciej; ustawa nie definiuje terminu "żywotne interesy", trzeba tu przyjmować wąską interpretację tych interesów, ograniczoną w zasadzie do podstawowych wartości, takich jak życie, zdrowie, bezpieczeństwo osobiste; do kategorii tej nie można zatem zaliczać interesów majątkowych, a także niektórych interesów osobistych (prawo do wizerunku, prawo do dobrej sławy);
- przetwarzanie danych powinno być niezbędne do ochrony wymienionych interesów; np. konieczne może być w określonym przypadku powiadomienie o chorobie innej osoby po to, aby powiadomiona osoba mogła uniknąć zakażenia lub poddać się szczepieniu;
- osoba, której dane dotyczą, musi być niezdolna, z przyczyn fizycznych lub prawnych, do wyrażenia zgody na przetwarzanie danych; fizyczną niezdolnością do wyrażenia zgody jest np. brak możliwości skontaktowania się z daną osobą, z kolei za niezdolność prawną należy traktować małoletniość danej osoby; natomiast do żadnego z tych przejawów niezdolności nie można zaliczyć - jak się zaznacza w literaturze prawniczej - ustawowego lub umownego obowiązku dochowania tajemnicy;

Przetwarzanie danych wrażliwych dozwolone jest więc w przypadku pacjentów, co do których sąd nie orzekł ubezwłasnowolnienia, ale nie są w stanie się podpisać. Ustawowe uprawnienie z art. 27 ust. 2 pkt 3 u. o. d. o. wygasa po ustanowieniu opiekuna prawnego lub kuratora dla osoby, której dane dotyczą. Można przyjąć, że ustaje ono także - choć ustawa tego wyraźnie nie zaznacza - wraz z ustaniem przyczyny wywołującej wspomniany brak zdolności (np. wraz z uzyskaniem pełnoletności). Od tej chwili przetwarzanie danych wrażliwych wymaga zgody zainteresowanego, chyba że zachodzą inne przyczyny legalizujące taką działalność.

W przypadku powstania ŚCOPO konieczne będzie uzyskanie zgody od poszczególnych pacjentów, ich przedstawicieli ustawowych lub opiekunów prawnych, zarówno na przetwarzanie danych osobowych oraz na udostępnianie dokumentacji medycznej przez podmioty działające w ramach ŚCOPO w celu zapewnienia zintegrowanej opieki nad pacjentem i jego rodziną dotyczącej sfery medycznej, społecznej, edukacyjnej oraz kulturalnej. ŚCOPO będzie bowiem koordynowało współpracę wielu specjalistów, którzy świadczyć będą nie tylko opiekę medyczną. W ramach Centrum oprócz lekarza rodzinnego, lekarza specjalisty, pielęgniarki środowiskowej, psychologa, fizjoterapeuty, terapeuty środowiskowego, będą także pracownicy socjalni. ŚCOPO będzie również współpracowało ze szpitalami, placówkami POZ, ale także organizacjami pozarządowymi, instytucjami kultury, parafiami, itp. na podstawie zawartych umów współpracy. Zgoda pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego na przetwarzanie danych będzie więc niezbędna. Dane osobowe można bowiem przetwarzać, jeżeli osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę, chyba że chodzi o usunięcie tych danych. W związku z powyższym, aby pacjent mógł korzystać z pomocy podmiotów działających w ramach Centrum, niezbędne będzie podpisanie przez niego (ewentualnie jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego) oświadczenia o przetwarzaniu danych osobowych i dostępie do dokumentacji medycznej, zgodnie z poniższym wzorem. Wskazany jest także zapis w ustawie partnerskiej, o przykładowej treści:

W celu zapewnienia prawidłowej oraz należytej realizacji postanowień niniejszej umowy Partner Wiodący Projektu jako administrator danych powierza Partnerom przetwarzanie danych osobowych pacjentów oraz klientów Centrum, znajdujących się w bazie danych Partnera Wiodącego Projektu. Powierzenie, o którym mowa obowiązuje na czas związania niniejszą umową, w związku z czym wszelkie informacje o pacjentach oraz klientach mogą być przez Partnerów użyte tylko w celu realizacji przedmiotu niniejszej umowy. Partnerzy oświadczają, iż wyrażają zgodę na powierzenie im danych osobowych, o których mowa powyżej. Poprzez przetwarzanie danych osobowych należy rozumieć: zbieranie, zapisywanie, modyfikację oraz utrwalanie danych osobowych pacjentów oraz klientów Centrum.

Konieczne jest również stworzenie odpowiedniego systemu teleinformatycznego, z którego korzystać będą podmioty działające w ramach Centrum (na mocy umowy współpracy) zgodnie z rozporządzeniem Ministra spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych. Rozporządzenie to określa:

- sposób prowadzenia i zakres dokumentacji opisującej sposób przetwarzania danych osobowych oraz środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną;
- podstawowe warunki techniczne i organizacyjne, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych;
- wymagania w zakresie odnotowywania udostępniania danych osobowych i bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych.

Zgodnie z § 6 rozporządzenia Uwzględniając kategorie *przetwarzanych danych* oraz zagrożenia wprowadza się poziomy bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w systemie informatycznym:

- podstawowy;
- podwyższony;
- wysoki.

Poziom co najmniej podstawowy stosuje się, gdy:

- w systemie informatycznym *nie są* przetwarzane dane, o których mowa w art. 27 ustawy, oraz
- żadne z urządzeń systemu informatycznego, służącego *do* przetwarzania danych osobowych nie jest połączone z siecią publiczną.

Poziom co najmniej podwyższony stosuje się, gdy:

- w systemie informatycznym przetwarzane *są* dane osobowe, o których mowa w art. 27 ustawy
- żadne z urządzeń systemu informatycznego, służącego *do* przetwarzania danych osobowych nie jest połączone z siecią publiczną.

Poziom wysoki stosuje się, gdy przynajmniej jedno urządzenie systemu informatycznego, służącego *do* przetwarzania danych osobowych, *połączone jest z siecią publiczną*.

W przypadku ŚCOPO, powstały system będzie musiał spełniać wymagania techniczne bezpieczeństwa systemu informatycznego na poziomie wysokim, a mianowicie:

- Dostęp do danych powinien być kontrolowany (uwierzytelnianie użytkownika);
- Dostęp do danych i wszelkie operacje na nich powinny być logowane;
- Każdy użytkownik mający dostęp do danych powinien posiadać swój własny identyfikator (nazwę użytkownika);
- Identyfikator użytkownika, który utracił uprawnienia do przetwarzania danych, nie może być ponownie wykorzystany;
- Jeżeli uwierzytelniamy użytkowników za pomocą hasła to hasło to powinno mieć minimum 8 znaków, zawierać małe i duże litery oraz cyfry lub znaki specjalne, a także być zmieniane nie rzadziej niż co 30 dni (system powinien wymuszać zmianę hasła, najpóźniej po 30 dniach od ustawienia poprzedniego);
- Dane wykorzystywane do uwierzytelniania, przesyłane przez sieć publiczną, powinny być szyfrowane (a więc w przypadku aplikacji webowych pomocne będzie użycie SSLa);
- Dane osobowe powinny być zabezpieczone poprzez wykonywanie ich kopii zapasowych. Kopie te powinny być oczywiście przechowywane w sposób uniemożliwiający ich przejęcie, modyfikację, uszkodzenie lub zniszczenie. Powinny być także usunięte niezwłocznie po ustaniu ich użyteczności;

Załącznik 1

**Przykładowy wzór oświadczenia o przetwarzaniu danych osobowych
i dostępie do dokumentacji medycznej**

Bydgoszcz, dn.

Dotyczy pacjenta:

imię nazwisko pacjenta

**OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH
I DOSTĘPIE DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisany/a:

.....

imię nazwisko pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub jego opiekuna prawnego

oświadczam, że w związku z przeprowadzonym wywiadem medycznym przez pielęgniarkę działającą w ramach Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach, wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez podmioty działające w ramach Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach, w tym danych osobowych dotyczących stanu zdrowia i wynikających z dokumentacji medycznej,

pacjenta:

.....

imię nazwisko pacjenta



Jednocześnie informuję, że wyrażona przeze mnie zgoda na przetwarzanie danych osobowych obejmuje udostępnianie podmiotom działającym w ramach Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach, na podstawie zawartej umowy partnerskiej informacji oraz dokumentacji zawierających dane osobowe, w tym dane medyczne w celu i zakresie niezbędnym do objęcia pacjenta opieką medyczną, społeczną, edukacyjną i kulturalną. Powyższa zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w systemie teleinformatycznym między podmiotami działającymi w ramach Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach, na podstawie zawartej między nimi umowy partnerskiej.

data:.....

podpis:

imię nazwisko pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub jego opiekuna prawnego

Upoważniam / nie upoważniam nikogo * do udzielenia informacji o stanie mojego zdrowia następującym osobom:

.....
(imię i nazwisko, seria i nr dowodu osobistego)

.....
(imię i nazwisko, seria i nr dowodu osobistego)

.....
podpis pacjenta

Upoważniam / nie upoważniam nikogo * do udostępniania dokumentacji medycznej z przebiegu mojego leczenia za życia / za życia i po mojej śmierci * następującym osobom:

.....
(imię i nazwisko, seria i nr dowodu osobistego)

.....
(imię i nazwisko, seria i nr dowodu osobistego)



Własnoręczność podpisu stwierdzam na podstawie dokumentu tożsamości:

..... nr

.....
podpis i pieczęć osoby przyjmującej oświadczenie

Oświadczam, że ww. osoba, której dane dotyczą, jest niezdolna z przyczyn fizycznych lub prawnych do wyrażenia zgody na przetwarzanie danych.

.....
podpis i pieczęć osoby przyjmującej oświadczenie

****niepotrzebne skreślić***

Na etapie wdrażania stworzonego modelu do obowiązującego systemu prawnego należałoby rozważyć dwie możliwości jego wprowadzenia. Pierwsza realizowana byłaby w oparciu o obowiązujące przepisy prawa, druga natomiast wymagałaby zmian legislacyjnych.

Pierwsza możliwość to oparcie modelu na umowie partnerskiej. W ramach Centrum będą działać różne podmioty (partnerzy), w tym jeden partner zarządzający (podmiot leczniczy). Partner zarządzający z własnych środków zatrudni pielęgniarkę i koordynatora Centrum, którzy będą kierować pacjentem bądź do świadczeń medycznych (Pallmed albo inny świadczeniodawca) albo do świadczeń społecznych (DPS, MOPS itd.) albo do instytucji kulturalnych (Teatr, Opera), które zagwarantują pacjentom takie usługi.

Drugim rozwiązaniem, dla którego realizacji konieczne byłaby zmiany legislacyjne jest ujęcie Centrum w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego. Należałoby to zrealizować poprzez złożenie wniosku o wpis jednostki (komórki), jakim byłoby Centrum do struktury podmiotu leczniczego w Rejestrze Podmiotów prowadzących Działalność Leczniczą prowadzonego przez właściwego miejscowo wojewodę. W tym momencie podmiot leczniczy miałby możliwość wzięcia udziału w postępowaniu na zawarcie umowy na koordynację procesu oddziaływań medycznych, pomocowych i społecznych, który to zakres musiałby zostać dodany do zakresów świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Z uwagi na planowaną likwidację Narodowego Funduszu Zdrowia i przekazanie uprawnień organizacji postępowania konkursowych na udzielanie świadczeń medycznych wojewodom, którzy stworzą w swoim urzędzie specjalne komórki zajmujące się tą sprawą, należałoby dodać postępowanie (konkurs) na koordynację procesu oddziaływań medycznych, pomocowych i społecznych, finansowanych zarówno przez Ministerstwo Zdrowia, jak i Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Podmiot leczniczy, w którego strukturze znajdowałoby się Centrum, zainteresowany podpisaniem umowy na koordynację procesu oddziaływań medycznych, pomocowych i społecznych brałby udział w postępowaniu konkursowym organizowanym przez Urzędy Wojewódzkie (bądź w przypadku utrzymania Narodowego Funduszu Zdrowia – oddziały wojewódzkie NFZ).

W tym celu wskazane byłyby zmiany legislacyjne, m.in. nowelizacja ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o pomocy społecznej celem uregulowania możliwości zarejestrowania ŚCOPO w strukturze podmiotu leczniczego oraz zorganizowania postępowania na zawarcie umów na koordynację procesu oddziaływań medycznych, pomocowych i społecznych. Wskazane byłyby także zmiany w zakresie ustawy o ochronie danych osobowych, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w tym kierunku, aby ŚCOPO działające w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego zyskało prawo udostępniania danych osobowych pacjentów, w tym także danych medycznych bez zgody pacjentów. Włączenie ŚCOPO do podmiotów, które mają prawo do przetwarzania danych osobowych pacjentów, w tym danych medycznych zdecydowanie usprawniłoby przepływ informacji dotyczących pacjentów pomiędzy podmiotami współpracującymi z ŚCOPO na mocy umów partnerskich.



Konieczne byłoby również uzupełnienie luki prawnej, którą stanowią uregulowania prawne dotyczące kwestii telemedycyny. W Polsce usługi telemedyczne są szczególnie pożądane ze względu na złą kondycję służby zdrowia, starzenie się społeczeństwa oraz wzrost znaczenia chorób cywilizacyjnych. Niestety w dalszym ciągu bariery informacyjne, informatyczne oraz prawne poważnie blokują rozwój telemedycyny.

Każdy chory i jego opiekun/rodzina podejmujący opiekę w ŚCOPO zobligowany będzie do podpisania Kontraktu Terapeutycznego celem nawiązania efektywnej współpracy i wzięcia odpowiedzialności za wzajemne wyniki procesu leczenia i terapii chorego. Poniżej wzór:

**Kontrakt terapeutyczny kujawsko-pomorskiego środowiskowego centrum opieki
psychogeriatrycznej w otępieniach**

**Zobowiązania Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w
Otępieniach:**

- Zapewnienie koordynacji oddziaływań medycznych, socjalnych i społecznych w opiece nad chorym z chorobą otępienną i jego rodziną.
- Zapewnienie starannej i kompleksowej opieki nad pacjentem otępiennym.
- Odbywanie wizyt domowych personelu ŚCOPO zgodnie z umówionym, z rodziną harmonogramem.
- Każdorazowe informowanie pacjenta/opiekuna o zmianie terminu wizyty personelu ŚCOPO.
- Umożliwienie pacjentowi/opiekunowi bezpośredni kontakt ze ŚCOPO poprzez połączenia telefoniczne lub system teleopieki.
- Udzielanie informacji osobom uprawnionym o stanie zdrowia pacjenta.
- Kierowanie się w postępowaniu z pacjentem i jego rodziną zasadami etycznymi określonymi w modelu ŚCOPO.

Zobowiązania pacjenta/opiekuna.

- Aktywne uczestnictwo w procesie leczenia i opieki nad chorym obejmujące;
 - korzystanie z informacji dotyczących choroby,
 - zgłaszanie indywidualnych problemów w opiece nad chorym,
 - zapewnienie choremu całodobowej opieki,
- Stosowanie się do zaleceń lekarskich w szczególności systematyczne przyjmowanie leków.
- Wypełnianie zaleceń personelu/partnerów ŚCOPO.
- Obecność opiekuna pacjenta podczas każdej wizyty personelu/partnera ŚCOPO.
- Dbłość o stan fizyczny i psychiczny pacjenta zgodnie z zaleceniami.
- Każdorazowe informowanie ŚCOPO o konieczności zmiany terminu wizyty.
- Rzetelne informowanie o funkcjonowaniu pacjenta i problemach pojawiających się w trakcie leczenia.
- W razie konieczności ustalane są szczegółowe zasady opieki nad pacjentem.

Data:

W imieniu Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej

w Otępieniach

Pacjent:.....

Opiekun pacjenta:

PROJEKT UMOWY UŻYCZENIA

Umowa została zawarta w dnia pomiędzy:
....., przy ul, NIP, reprezentowanym
przez:
zwanym dalej „Użyczającym” ,

a

Panią/Panem
zam. ul.
legitymująca/y się dowodem
osobistym serii nr wydanym przez PESEL
....., tel kontaktowy:, email:zwaną/ym dalej
„Biorącym do używania”

§ 1.

- Użyczający oświadcza, że :
 - jest uprawniony do dysponowania sprzętem określonym w załączniku nr 1 do niniejszej umowy,
 - mienie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, nie jest obciążone prawami osób trzecich, długami (za wyjątkiem obciążeń wprost wskazanych załączniku Nr 1 do umowy).
- Użyczający oświadcza, że oddaje w użyczenie na rzecz Biorącego do używania mienie, o którym mowa w ust. 1, zwane dalej „przedmiotem użyczenia” z przeznaczeniem na testowanie rozwiązań w ramach modelu „Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach” a Biorący do używania oświadcza, że wyraża na powyższe zgodę oraz zobowiązuje się do:
 - wykorzystania przedmiotu użyczenia wyłącznie na cele związane testowaniem modelu;
 - informowania niezwłocznie pisemnie Użyczającego o wszelkich istotnych okolicznościach związanych z realizacją niniejszej umowy.

§ 2

Strony umowy oświadczają, że:

- 1) przedmiot użyczenia zostaje wydany Biorącemu do używania na podstawie protokołu zdawczo - odbiorczego
- 2) stan przedmiotu użyczenia opisany w powyższym protokole będzie uwzględniony przy zwrocie przedmiotu umowy (po zakończeniu umowy).

§ 3

1. Biorący do używania zobowiązuje się do:

- 1) używania przedmiotu użyczenia z należytą starannością, zgodnie z jego przeznaczeniem,
- 2) utrzymywania przedmiotu użyczenia we właściwym stanie technicznym,

2. Nadto Biorący do używania zobowiązuje się do :

- 1) nieoddawania użyczonego mienia w podnajem, dzierżawę, do bezpłatnego używania lub udostępniania osobom trzecim na innej podstawie, w całości lub w części,
- 2) używania przedmiotu umowy w celach komercyjnych.

3. W przypadku naruszenia obowiązków określonych w ust. 1 i 2 Użyczający może wypowiedzieć umowę z zachowaniem 1 – miesięcznego okresu wypowiedzenia.

§ 5

Użyczający zastrzega sobie prawo przeprowadzenia kontroli stanu przedmiotu umowy, po poinformowaniu Biorącego do używania.

§ 6

- Strony oświadczają, że umowę niniejszą zawierają na czas określony.
- Przekazanie przedmiotu użyczenia nastąpi pod warunkiem stwierdzenia kwalifikowalności uczestnika projektu.
- Umowa niniejsza może być rozwiązana przed upływem okresu czasu, na który została zawarta:
 - bez zachowania terminu wypowiedzenia - w przypadkach przewidzianych w niniejszej umowie oraz w Kodeksie cywilnym (na skutek odstąpienia od umowy) - z ostatnim dniem wskazanym przez Użyczającego w oświadczeniu o rozwiązaniu umowy bez zachowania terminów wypowiedzenia,
 - w każdym czasie w trybie porozumienia stron.
- Wszelkie pisma doręczane stronom będą doręczane na adres:
Użyczający :

Biorący do używania. :

7. Strony są zobowiązane do wzajemnego powiadamiania się o każdej zmianie adresu. Powiadomienie jest skuteczne od chwili jego otrzymania przez stronę, do której jest adresowane.

§ 7.

1. Biorący do używania oświadcza, że zobowiązuje się do wydania Użyczającemu całości lub części przedmiotu użyczenia, w dniu rozwiązania (lub wygaśnięcia) umowy użyczenia, na podstawie protokołu zdawczo - odbiorczego, w stanie nie pogorszonym, pomijając zużycie



wynikające z normalnej eksploatacji.

§ 8.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową ma odpowiednie zastosowanie regulaminu projektu a następnie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 9

Wszelkie zmiany warunków niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 10

Umowę niniejszą sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których po jednym otrzymuje każda ze stron.

Użyczający

Biorący do używania

OPIS ROZWIĄZAŃ TELEMEDYCZYNYCH W KUJAWSKO - POMORSKIM ŚRODOWISKOWYM CENTRUM OPIEKI PSYCHOGERIATRYCZNEJ W OTĘPIENIACH

Model zakłada zdecydowanie szerszą niż dotychczas współpracę i wymianę informacji między specjalistami, nie - specjalistami, różnymi placówkami, opiekunem i pacjentem chorującym otępieniem. W celu ułatwienia komunikacji można uzupełnić istniejące już i wypróbowane metody - czyli maile, przesyłki pocztowe i połączenia telefoniczne o nowoczesne rozwiązania telemedyczne i teleopiekuńcze. Niniejszy rozdział opisuje użycie rozwiązań w zakresie teleopiekuńczych i telemedycznych (na potrzeby niniejszego rozdziału stosowane zamiennie) - korzystanie z bardziej zaawansowanych technologii w migracji danych dotyczących zdrowia i funkcjonowania pacjenta.

W **części I.** opisano schemat działania proponowanego systemu telemedycznego, poszczególnych etapów jego działania, rodzajów interfejsu, zasad współpracy i komunikacji pracowników ŚCOPO i osób korzystających z systemu. Jeśli niektóre terminy odnoszące się do użytkowników są na tym etapie niejasne, np. "kim jest opiekun pacjenta", proszę przeczytać część II Użytkownicy systemu telemedycznego.

W **części II.** skupiono się na przeglądzie, zaletach i wadach technologii, których można użyć do zbudowania opisanego schematu.

W **części III.** opisano innowacyjność i zalety proponowanych rozwiązań.

Obecnie w Polsce nie ma rynku kompleksowych rozwiązań telemedycznych w psychogeriatryi. Proponowany schemat działania jest kompleksowy i innowacyjny oraz niesie ze sobą nowe wyzwania.

I. System telemedyczny

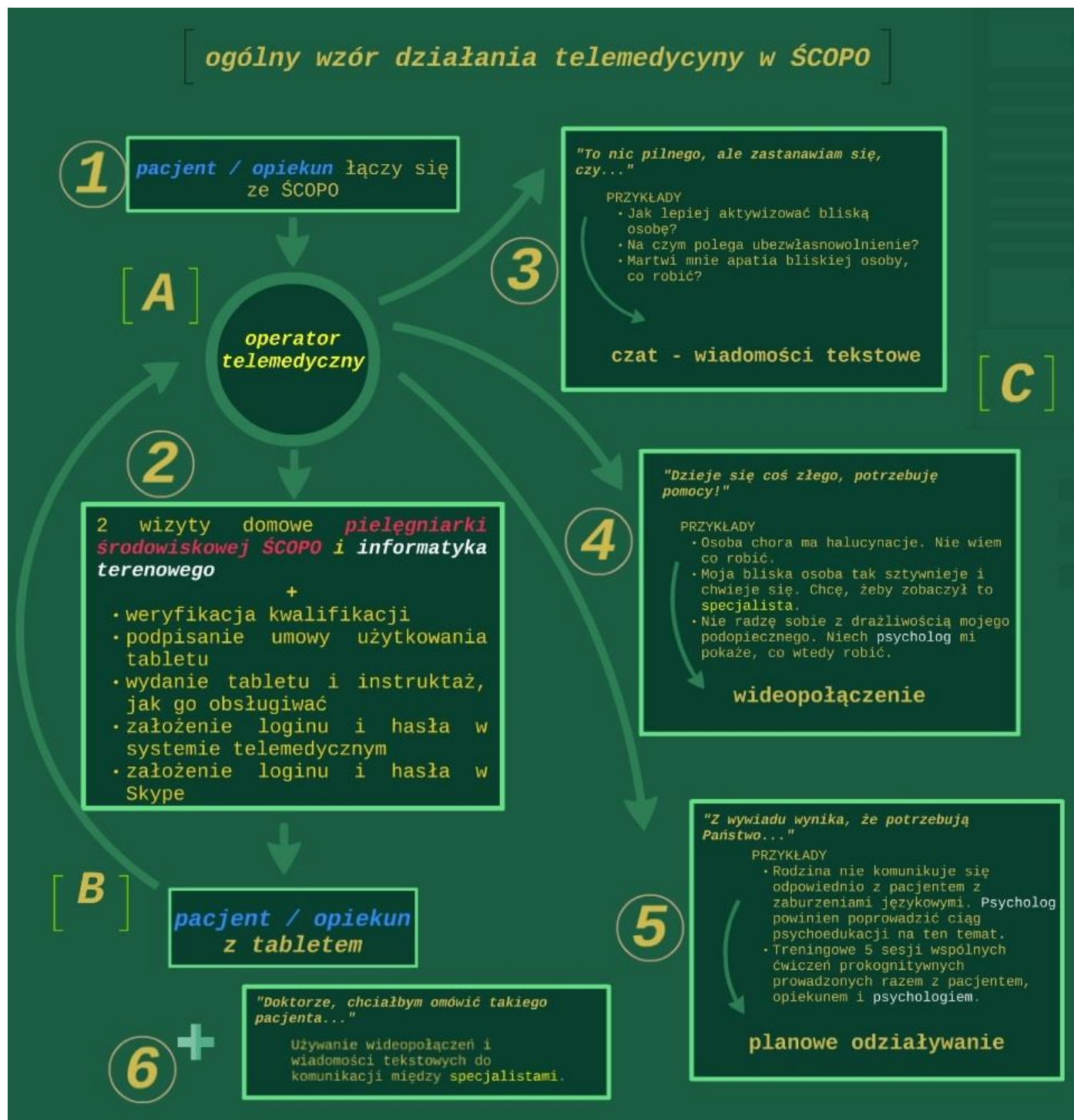
Schemat działania systemu telemedycznego, poszczególnych etapów działania, rodzajów interfejsu, zasad współpracy i komunikacji między użytkownikami. Ogólny wzór działania telemedycyny w ŚCOPO ilustruje ogólne działanie systemu teleopieki w modelu, ruch pacjenta oraz możliwe oddziaływania między nim, a członkami Centrum. Kod źródłowy do oprogramowania stanowi załącznik nr 1 do niniejszego rozdziału.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Rysunek 1. Schemat O - Ogólny wzór działania telemedycyny w ŚCOPO



Pacjent i jego opiekun - zgłasza się do ŚCOPO poprzez telefon lub formularz kontaktowy na stronie internetowej. Specjalny członek personelu - operator telemedyczny – przekazuje informację do

koordynatora ŚCOPO, ten umawia pierwszą wizytę pielęgniarki środowiskowej ŚCOPO, która zbiera podstawowe dane, prowadzi wywiad pielęgniarski, ocenia adekwatność zgłoszenia pacjenta do ŚCOPO oraz diagnozuje potrzeby systemu rodzinnego. Informacje te przekazuje koordynatorowi ŚCOPO. W przypadku, jeśli zgłoszenie pacjenta jest nieadekwatne (np. pacjent nie ma postawionej diagnozy choroby otępiennej) koordynator przekazuje pacjentowi/jego opiekunowi informacje o placówkach zajmujących się diagnozą zaburzeń i chorób wieku podeszłego. Pacjent nie jest obejmowany opieką ŚCOPO. W systemie teleopieki zostaje umieszczona informacja na temat przeprowadzonych działań.

W przypadku wątpliwości, co do adekwatności zgłoszenia chorego do ŚCOPO koordynator zaleca konsultację lekarza specjalisty ŚCOPO, który weryfikuje diagnozę i adekwatność zgłoszenia. Po przekazaniu informacji koordynatorowi ŚCOPO zostaje podjęta decyzja o objęciu pacjenta opieką ŚCOPO lub o odstąpieniu od oddziaływań i pokierowaniu chorego do placówki specjalistycznej. Wszystkie te oddziaływania zostają opisane w dokumentacji telemedycznej.

W momencie objęcia chorego opieką ŚCOPO (na podstawie uzyskanych danych zgłoszenie uznano za adekwatne), koordynator ŚCOPO umawia wizytę informatyka, który edukuje opiekuna i pacjenta o działaniu systemu teleopieki i jego możliwościach.

Podczas wizyty informatyka rodzina otrzymuje do użytku tablet zaprogramowany tak, żeby służył do komunikacji ze ŚCOPO (grupę testową w tym zakresie szacuje się na 100 osób, z pozostałymi osobami będzie odbywał się kontakt w sposób tradycyjny tj. telefon, spotkanie osobiste, co pozwoli na porównanie grup testowych). Każdy tablet będzie wyposażony w modem i kartę SIM - bezprzewodowy dostęp do sieci Internet. Pacjent lub opiekun mogą od tego momentu wysyłać wiadomości tekstowe do specjalistów i pracowników Centrum oraz nawiązywać z nimi wideopojęcia.

Pierwsze służą do komunikacji w sprawach, które nie wymagają pośpiechu. Drugie są rodzajem połączenia "awaryjnego", kiedy niezbędna jest obserwacja pacjenta lub kontakt "twarzą w twarz" opiekuna z pracownikiem lub partnerem ŚCOPO.

Komunikacja z rodziną pacjenta może być również zapoczątkowana przez pracowników ŚCOPO. Przykładowo, fizjoterapeuta zauważył trudności w komunikacji między pacjentką, a jej córką, poinformuje o tym operatora telemedycznego, który przekazuje informację do koordynatora ŚCOPO. Koordynator umówi serię psychoedukacji między psychologiem ŚCOPO, a opiekunem.

Wreszcie, sami pracownicy i partnerzy ŚCOPO mogą używać systemu teleopieki w celu komunikacji między sobą.

W dalszej części rozdziału znajdują się rozwinięcia i szczegółowy opis "ogólnego wzoru działania telemedycyny w ŚCOPO" według wzoru:

- Cyfry w kółkach na Rysunku 4 Schemat O - Ogólny wzór działania telemedycyny w ŚCOPO, oznaczają dane etapy działania systemu - "momenty zwrotne" dla pacjenta i opiekuna i różne funkcjonalności systemu.
- Określenia podkreślone różnymi kolorami to poszczególni użytkownicy systemu.
- Litery w nawiasach kwadratowych to rodzaje interfejsu różnych użytkowników

Rysunek 2. Schemat 1 - pierwszy kontakt ze ŚCOPO



Pierwszy kontakt ze ŚCOPO

Rysunek 5 ilustruje dwa możliwe sposoby zgłoszenia pacjenta do ŚCOPO. Pierwszy to sytuacja, w której opiekun nawiąże kontakt z operatorem telemedycznym ŚCOPO telefonicznie. Numer telefonu kontaktowego do operatora telemedycznego będzie mógł uzyskać na stronie internetowej ŚCOPO w zakładce *kontakt*.

W drugiej opiekun korzysta bezpośrednio z formularza na stronie internetowej. Wpisuje swoje dane:

- imię i nazwisko pacjenta,
- imię i nazwisko opiekuna,
- adres zamieszkania pacjenta,
- adres zamieszkania opiekuna,
- adres e-mail opiekuna,
- telefon kontaktowy opiekuna,
- inne uwagi.

Operator telemedyczny otrzymuje ww. dane w formie zgłoszenia na swoją skrzynkę mailową. Następnie komunikuje się telefonicznie lub mailowo z opiekunem.

Zakłada się, że adres strony i numer kontaktowy będą na późniejszym etapie szeroko dostępne przez pozycjonowanie strony www ŚCOPO i akcje marketingowe.

W każdym wariantcie operator telemedyczny wykonuje następujące kroki (w wariantcie kontaktu telefonicznego są to punkty poruszane kolejno przez operatora, czyli poniżej widać „scenariusz” takiej rozmowy).

Zbiera wstępne dane pacjenta - potwierdza dane wprowadzone w formularz lub zbiera je, jeśli formularz nie był wykorzystywany. Zadaje pytania o diagnozę choroby otępiennej, aby wstępnie określić adekwatność zgłoszenia.

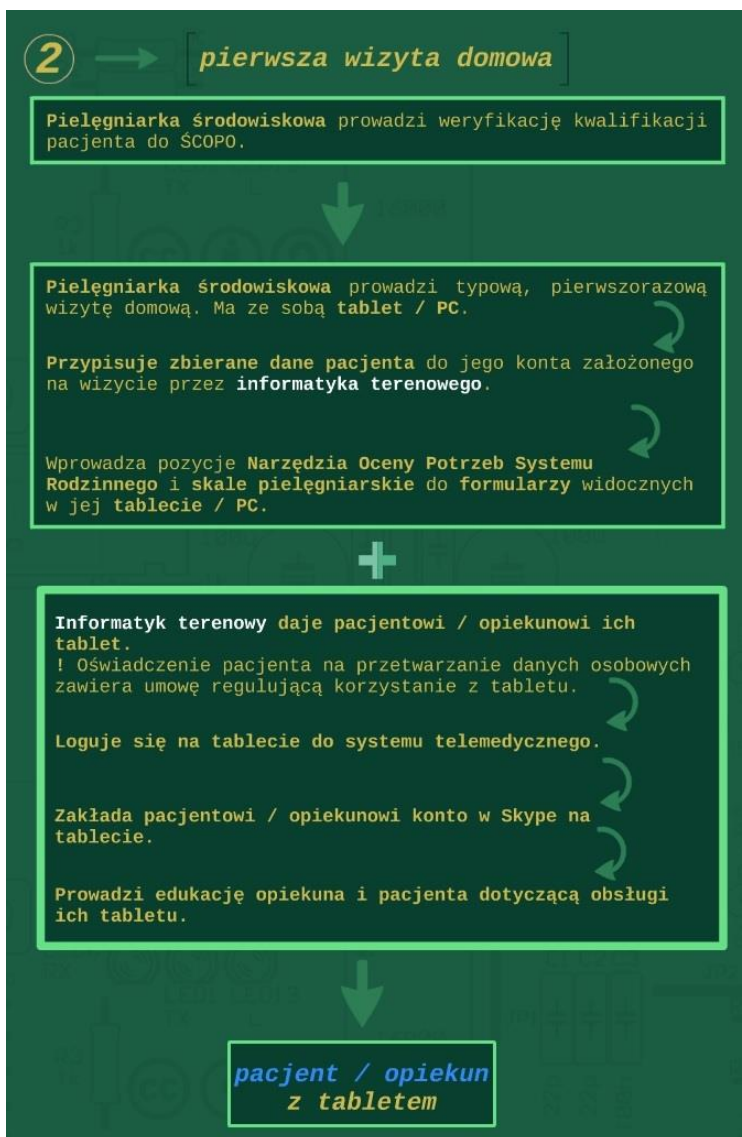
Wstępnie edukuje opiekuna o roli ŚCOPO:

Przedstawienie ŚCOPO jako organizacji pośredniczącej między różnymi placówkami i osobami (np. lekarzem POZ, a lekarzem specjalistą), a nie osobnej placówki Służby Zdrowia.

Opis roli pielęgniarki ŚCOPO – operator informuje pacjenta/opiekuna o wizycie pielęgniarki, zebraniu przez nią danych diagnostycznych na podstawie, których zostaną podjęte dalsze działania. Ustala z opiekunem 3 możliwe terminy i godziny jego dostępności. Przekazuje koordynatorowi ŚCOPO informacje, ten ustala termin wizyty pielęgniarki ŚCOPO (oparty o ustalony harmonogram). Operator przekazuje telefonicznie informację o wizycie opiekunowi pacjenta. Informuje opiekuna o konieczności obecności podczas wizyty pielęgniarki.

Po odebraniu zgłoszenia operator telemedyczny zakłada w systemie konto pacjenta i rejestruje zgłoszenie.

Rysunek 3. Schemat 2 – pierwsza wizyta domowa



Pierwsza wizyta domowa

Umówiona (zgodnie ze *schematem 1. pierwszy kontakt ze SCOPO*) na pierwszą wizytę pielęgniarka SCOPO przeprowadza wywiad za pomocą Narzędzia Oceny Potrzeb Systemu Rodzinnego i / lub wybranych skal pielęgniarstwa. Dokonuje także oceny adekwatności zgłoszenia pacjenta do SCOPO przy pomocy narzędzia stworzonego na potrzeby SCOPO.

Pielęgniarka ma ze sobą swoje urządzenie mobilne (prawdopodobnie tablet z uwagi na wielkość ekranu i wygodę), wyposażone w modem i stały dostęp do sieci Internet. Po przyjeździe na wizytę, przed rozpoczęciem wywiadu loguje się na swoje konto (proponuje się logowanie za pomocą numeru PESEL i zmienianego co miesiąc hasła).

Każda ze skal jest widoczna w systemie teleopieki, jako gotowy do uzupełnienia formularz z pytaniami zamkniętymi (dotykanie na ekranie pól odpowiadających punktacji - przykładowo, 0 / 5 / 10 / 15 w skali Barthel) i otwartymi (opis tekstowy wprowadzany za pomocą klawiatury systemowej). Wszystkie dane z wizyty pielęgniarzkiej zostaną umieszczone w systemie telemedycznym ŚCOPO. Jeśli zgłoszenie pacjenta do ŚCOPO zostało uznane za adekwatne, koordynator wyznacza wizytę informatyka ŚCOPO. Operator telemedyczny umawia wizytę w domu chorego.

Podczas wizyty domowej informatyk ŚCOPO wydaje opiekunowi i pacjentowi tablet służący do komunikacji ze ŚCOPO. Wspólnie logują się po raz pierwszy na tablecie. Proponuje się login - PESEL pacjenta i ustalane przez głównego użytkownika hasło. Hasło, ze względów bezpieczeństwa i konieczności potwierdzenia, kto korzysta z systemu, powinno być zmieniane co miesiąc.

Informatyk zakłada również rodzinie konto Skype, służące do wideopółłączeń. Założenie konta Skype wymaga podania adresu skrzynki pocztowej i uwierzytelnienia nowo utworzonego konta. Informatyk zakłada więc również konto pocztowe - proponuje się darmowe konto Gmail; na adres e-mail nie będą przychodzić dane medyczne, nie są tu więc wymagane szczególne zasady bezpieczeństwa. Na późniejszym etapie konto Google przyda się potencjalnie do odbierania plików, np. zestawu ćwiczeń prokognitywnych za pomocą dysku Google.

Informatyk terenowy testuje razem z rodziną działanie poczty i Skype'a, łącząc się za pomocą chatu i wideopółłączenia z operatorem telemedycznym. Następnie informatyk przekazuje urządzenie opiekunowi i nadzoruje wykonywanie przez niego tych czynności (logowanie podczas uruchamiania tabletu, logowanie do systemu, testowanie obu rodzajów połączeń).

Część opiekunów pacjentów nie będzie zorientowana w używaniu najnowszych technologii. Dużą grupę stanowią małżonkowie pacjentów, a więc osoby stosunkowo zbliżone wiekowo do samych chorych. Niektóre z rozwiązań mogą okazać się dla nich problematyczne, np. konieczność zmiany hasła do logowania się do systemu teleopieki. Nawet młodszym, korzystającym z dziesiątków kont użytkowników mediów społecznościowych i usług internetowych zapamiętywanie haseł często sprawia trudności. Nietrudno sobie wyobrazić kłopoty, jakie mogą mieć z tym opiekunowie pacjentów. Sugeruje się dane rozwiązanie:

- Opiekun/pacjent sam ustawia nowe hasło 1xmiesiąc. Jeśli zapomni hasło będzie mógł skorzystać z pomocy operatora telemedycznego. Przy oknie logowania do systemu telemedycznego znajdzie się "przycisk" - *zapomniałem hasła*. Jeśli opiekun z niego skorzysta, operator dostaje powiadomienie o konieczności zmiany hasła danego użytkownika i z perspektywy swojego interfejsu dokonuje tego, po czym łączy się przez wideopółłączenie (a jeśli opiekun nie odbiera, to przez wiadomość tekstową) i informuje o resecie hasła i możliwości zmiany przez samego opiekuna.

Rysunek 4. Schemat 3 komunikacji (wiadomości tekstowe, chat)



Komunikacja tekstowa, chat

Wiadomość tekstowa jako forma komunikacji między opiekunem / pacjentem a ŚCOPO ma służyć do wymiany informacji na tematy, które nie wymagają pilnej interwencji (nie są sprawami nagłymi).

Należy pamiętać, że obecnie opiekun / pacjent często nie są pewni, komu i jak zadać nurtujące ich pytania. W codziennej pracy praktycy często spotykają się z chęcią dopytania o kwestie takie, jak "ubezważsownienie", "gdzie znaleźć dobre opiekunki domowe", "jak aktywizować pacjenta". Nierzadko odpowiedź wymaga odwołania się do wsparcia dodatkowych specjalistów, np. pracownika ds. opieki społecznej. System telemedyczny stwarza możliwość przekierowania danego pytania do

odpowiedniego specjalisty.

Omawiając Schemat 3. wiadomości tekstowe - W celu nawiązania kontaktu ze ŚCOPO opiekun uruchamia tablet, loguje się do systemu telemedycznego i "naciska" pole *wiadomość tekstowa*. Pojawia się okno czatu (będące częścią systemu telemedycznego albo "linkiem do Skype'a" - więcej informacji w części 2. Przegląd rozwiązań technologicznych, które można zastosować w projekcie telemedycznym). Korzystając z dotykowej klawiatury wprowadza pytanie. Wiadomość odbiera operator telemedyczny.

W tym momencie schemat rozdziela się na dwie drogi: operator odpowiada od razu albo z opóźnieniem.

W pierwszym wariantcie operator i opiekun "piszą do siebie" na chacie aż do wyczerpania wątku rozmowy. Jeśli operator zdecyduje się na przekierowanie rozmowy do specjalisty (przykładowo zasięgnięcia opinii pracownika MOPS), dodaje do wątku rozmowy nowego użytkownika.

Jeśli któryś z nich (operator albo specjalista) nie może w danej chwili, w czasie rzeczywistym, odebrać wiadomości tekstowej i odpowiedzieć na nią, wiadomość "wisi" w oczekiwaniu. Z perspektywy interfejsu specjalisty albo operatora widoczna jest ikonka powiadomienia o czekającym wątku rozmowy, z wyszczególnieniem, kiedy (data, godzina) wiadomość przyszła i od kogo (imię i nazwisko pacjenta). Kiedy pracownik/partner ŚCOPO będzie dostępny (np. uruchomi tablet - PC, skończy wideopojęcie), podejmie wątek rozmowy zaczętej przez opiekuna.

Rysunek 5. Schemat 4 - wideopojączenia



Komunikacja - wideopojączenia

Wideopojączenia mają służyć do komunikacji "awaryjnej" albo takiej, w której kontakt niewerbalny będzie nieodzowny oraz obserwacji pacjenta.

Przez komunikację awaryjną nie rozumie się "przejęcia" roli pogotowia. ŚCOPO ma nadzorować i zarządzać ruchem pacjenta/opiekuna między innymi podmiotami, doradzać, wspierać. W wielu chwilach jednak opiekun/pacjent będzie chciał szybkiej konsultacji ze specjalistą.

Wideopojączenia nie mogą zastąpić standardowych wizyt lekarskich. Oczywiście nadal wiele wizyt musi się odbyć bezpośrednio - neurolog nie przeprowadzi zdalnie badania, psychiatra nie wystawi

recepty i nie wysła jej mailem, neuropsycholog nie będzie diagnozował testami funkcji poznawczych "przez Skype'a".

Wideopołączenia mogą jednak służyć do zaobserwowania objawów, które zgłasza opiekun, a nie występują podczas regularnych, kontrolnych wizyt lekarskich, np. agresja czy zagubienie chorego. Za pomocą rozwiązań teleopieki specjalista mógłby zobaczyć na ekranie zachowanie pacjenta - opiekun trzyma tablet w dłoni i "filmuje" zachowanie pacjenta, przesyłane wideopołączeniem. Miałby możliwość oceny zachowań chorego, edukacji opiekuna o postępowaniu w takich sytuacjach.

Wideopołączenia mogą także służyć do przeprowadzania działań edukacyjnych, np. psycholog może nadzorować przeprowadzanie treningu prokognitywnego przez opiekuna pacjenta. Daje to możliwość obserwacji, przekazania informacji zwrotnych, wychwycenia nieprawidłowości. Oczywiście ze względu na złożoność czynności, pierwszy trening poznawczy powinien być prowadzony bezpośrednio, w środowisku pacjenta. Następnie edukację w tym względzie można prowadzić poprzez system telemedyczny.

Kolejnym przykładem wykorzystania wideopołączeń mogą być sytuacje niepewności opiekuna co do tego, co dzieje się z pacjentem, np. opiekunowie pacjentów z otępieniem często myślą konfabulacje (rodzaj fałszywego śladu pamięciowego, "mylenia faktów") z halucynacjami. Specjalista podczas wideopołączenia, rozmowy z pacjentem i obserwacji przez kamerę w tablecie może to rozróżnić i uspokoić opiekuna.

Podsumowując, wideopołączenia nie będą służyć do podejmowania decyzji diagnostycznych. Umożliwiają jednak kontakt i obserwację pacjenta oraz opiekuna w ich naturalnym środowisku - stałe, szybkie oddziaływanie wtedy, kiedy jest taka potrzeba.

Algorytm działania wideopołączeń jest analogiczny do sposobu przekazywania wiadomości tekstowych. Działanie samego połączenia może być prowadzone przez aplikację wbudowaną w system telemedyczny, albo podobnie, "link" do Skype'a. Operator telemedyczny zarządza połączeniami i włącza do rozmowy w razie potrzeby specjalistów ŚCOPO (w oparciu o harmonogram).

W tym schemacie znajduje się jeden nowy element - nazwany FAQ (*Frequently Asked Questions*) - Najczęściej Zadawane Pytania.

W pracy z rodziną zdarzą się momenty, w których opiekun / pacjent nie będzie pewny, czy wzywać karetkę, czy korzystać z wideopołączenia w celu konsultacji z lekarzem specjalistą, czy też "tylko" napisać o tym w wiadomości tekstowej. Może to tworzyć dużo niepotrzebnego ruchu w pracy operatora telemedycznego i całego ŚCOPO.

Rysunek 6. Schemat FAQ - rysunek poglądowy



FAQ ma formę planszy tekstu, która pojawia się na tablecie opiekuna / pacjenta przed nawiązaniem połączenia:

Odpowiedź na pytania zamieszczone na planszy FAQ zwiększa prawdopodobieństwo prawidłowej reakcji opiekuna. Kwestią istotną dla funkcjonowania systemu teleopieki jest harmonogram pracy specjalistów. Jest to niezbędna część systemu teleopieki, zwłaszcza biorąc pod uwagę terminy wideopojęć umawianych z konkretnymi specjalistami przez operatora telemedycznego.

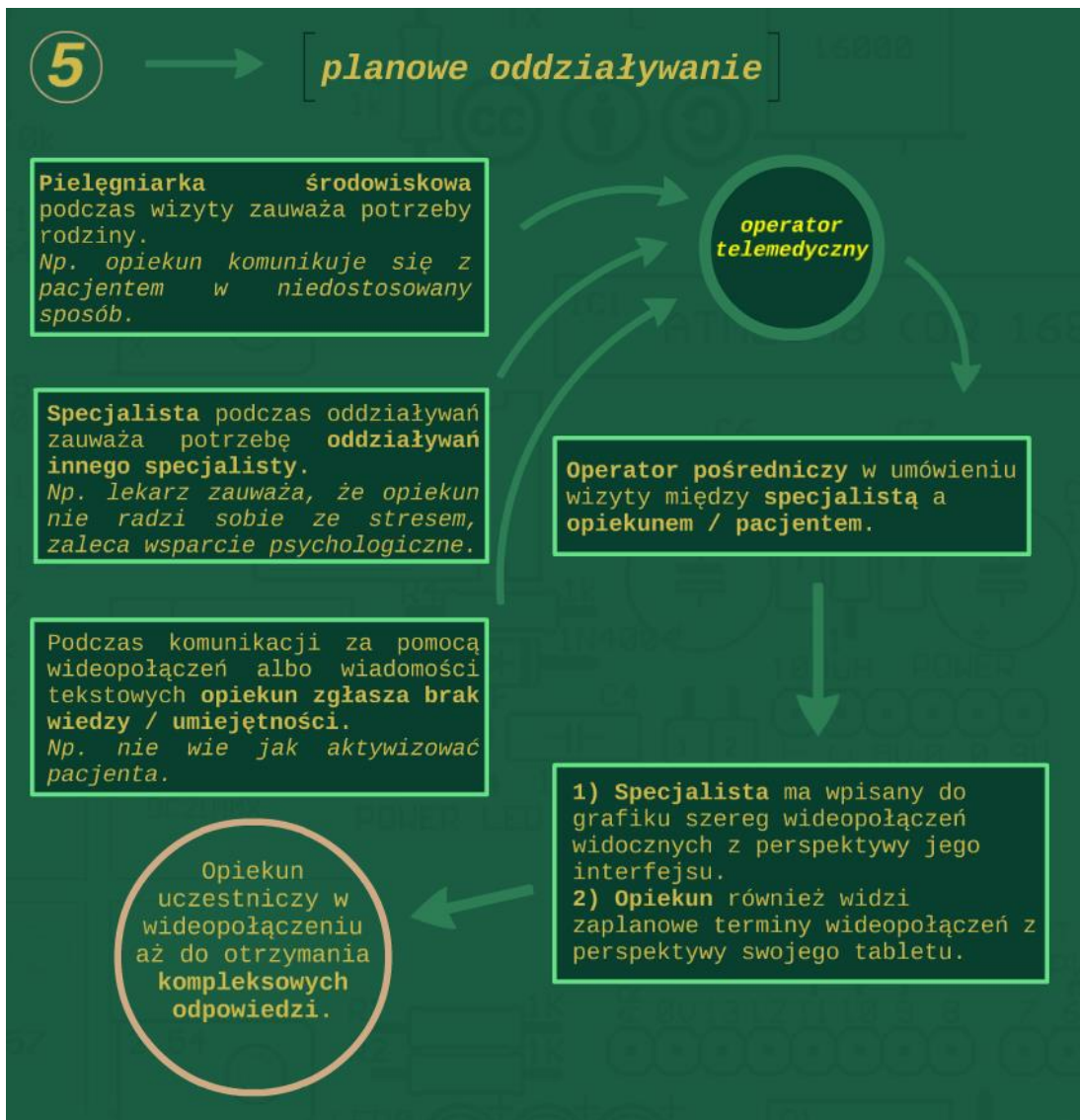
Specjalista ŚCOPO będzie miał podpisaną umowę na świadczenie zdalnej konsultacji w określonym wymiarze godzin. Konkretna ilość czasu i częstotliwość będą zależały od liczby specjalistów z danej dziedziny.

Przewiduje się 3-4 h tygodniowo świadczenia usług za pomocą rozwiązań telemedycznych rozłożone na minimum 2 różne terminy w tygodniu przez jednego specjalistę ŚCOPO.

Rozłożenie tych godzin w tygodniu powinno być elastyczne w celu ułatwienia dopasowania współpracy ze ŚCOPO. Proponuje się, żeby z perspektywy swojego interfejsu systemu telemedycznego specjaliści mieli dostęp do formularza umożliwiającego edycję godzin i dni, w których zobowiążą się do dostępności.

Operator telemedyczny ma z perspektywy swojego interfejsu możliwość podglądu harmonogramu wszystkich specjalistów, w formie tabeli z wyszukiwaniem "po specjalności" albo "po konkretnym nazwisku" specjalisty i dzięki temu umawiać terminy z opiekunami.

Rysunek 7. Schemat 5 - planowe oddziaływanie



Planowe oddziaływanie

Dotychczas omówiono schematy oddziaływań, kiedy inicjatywa do nawiązania kontaktu (tekstowego albo za pomocą wideopojęcia) należy do opiekuna / pacjenta. *Schemat 5 planowe oddziaływania* obrazuje oddziaływania inicjowane przez pracowników ŚCOPO i jego partnerów.

Po lewej stronie schematu pokazano trzy przykładowe sytuacje inicjujące planowe oddziaływania:

- Pielęgniarka środowiskowa podczas wizyty domowej zauważa w toku dialogu albo wywiadu ustrukturalizowanego specyficzne potrzeby rodziny. łączy się z operatorem telemedycznym, który po konsultacji z koordynatorem ŚCOPO, pośredniczy (podobnie, jak na rysunku 5 i 6) w umówieniu terminu wideopojęcia między pacjentem/opiekunem, a specjalistą.
- Sam specjalista zauważa potrzebę na oddziaływanie innego specjalisty. Przykładowo, lekarz POZ widzi potrzebę konsultacji lekarza psychiatry, neurolog - psychologa. łączy się z operatorem telemedycznym, który po konsultacji z koordynatorem ŚCOPO, pośredniczy (podobnie jak w schematach 3 i 4) w umówieniu terminu wideopojęcia między pacjentem/opiekunem, a specjalistą.
- Sytuacje opisane w dwóch poprzednich częściach rysunek 5 *wiadomości tekstowe* i *Schemat 4. wideopojęcia*) - skutkują zgłoszeniem przez samego opiekuna zapotrzebowania na cykliczne oddziaływania.

Sam schemat działania systemu jest analogiczny - pielęgniarka/specjalista/opiekun zgłasza zapotrzebowanie do operatora telemedycznego, a ten w oparciu o harmonogram umawia z opiekunem terminy wideopojęć, które trwają aż do momentu możliwego spełnienia zapotrzebowania.

Jest to olbrzymia zaleta rozwiązań telemedycznych w porównaniu z obecnym stanem opieki, w psychogeriatric. Na tę chwilę wysoko funkcjonujący pacjent albo częściej pacjent z opiekunem biorącym urlop w swojej pracy, musi stawić się na wizycie w jednym z nielicznych, w danym regionie ośrodków specjalistycznych. Jeśli jest to niemożliwe, trzeba roztoczyć nad takim pacjentem opiekę środowiskową. W obu wariantach wymaga to fizycznej podróży i obecności pacjenta, opiekuna i specjalisty w jakimś miejscu - nakładu kosztów i energii.

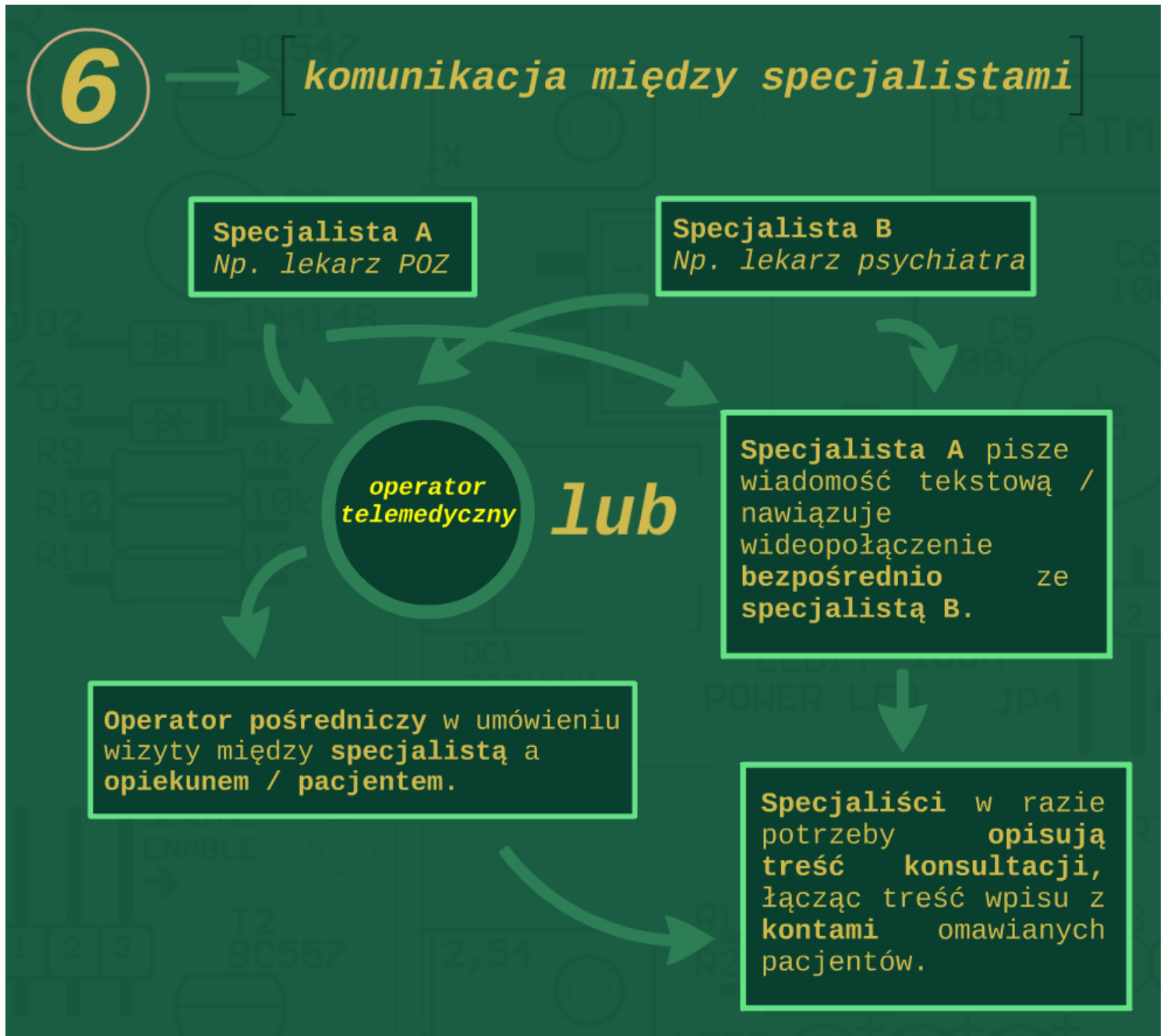
W jaki sposób rozwiązania telemedyczne mogą pomóc? Poniżej kilka propozycji usprawnienia w cyklicznych, planowych, powtarzających się oddziaływaniach:

- Ciąg 5-10 psychoedukacji (co 2 tygodnie) prowadzonych z opiekunem przez wideopojęcia, dotyczących agresji pacjenta. Na pierwszych 2 omówienie sposobów radzenia sobie (zmiana tematu, przekierowanie uwagi, opuszczanie pomieszczenia), potem informacje zwrotne od opiekuna, omawianie konkretnych, nowych sytuacji, odgrywanie scen.
- Ciąg 3-6 sesji (co tydzień) treningu prokognitywnego między pacjentem i opiekunem w ich mieszkaniu, a psychologiem w gabinecie. Opiekun złożył się, kiedy pacjent nie radził sobie

z pisaniem. Podsuwał poprawne rozwiązania, nadmiernie podpowiadał. Psycholog podczas sesji przez połowę treningu prowadzi go sam, modelując odpowiednie zachowania, potem obserwuje opiekuna „przejmującego rolę” i udziela informacji zwrotnych.

- 3-6 sesji wsparcia i normalizacji w trakcie terapii podtrzymującej opiekuna. Jest zmęczony opieką, ma własne kłopoty ze zdrowiem, martwi się pogarszającym stanem pacjenta.

Rysunek 8. Schemat 6 . komunikacja między specjalistami



Komunikacja między specjalistami

Powyższy schemat obrazuje użycie rozwiązań telemedycznych w usprawnieniu komunikacji między samymi specjalistami.

Obecnie odbywa się ona w ograniczonym zakresie, za pomocą telefonów, maili, pism - niekiedy przekazywanych przez opiekuna / pacjenta. Użycie systemu telemedycznego umożliwi ułatwienie samego kontaktu (i przez to zachęcenie specjalistów do wymiany doświadczeń oraz częstszego, nieograniczonego omawiania "wspólnych" pacjentów) oraz prowadzenie związanej z tym dokumentacji.

W systemie telemedycznym ŚCOPO, specjaliści z perspektywy swoich interfejsów mają dostęp do wideopółłączeń i wysyłania wiadomości tekstowych do innych specjalistów. Zakładając użycie Skype'a, proponuje się listę kontaktów zawierającą wszystkich partnerów i specjalistów podzielonych na grupy, np. lekarze POZ, neurologi, pracownicy MOPS.

Konsultacja jest umawiana przez operatora systemu albo inicjowana bezpośrednio przez specjalistów (więcej szczegółów niżej, przy pierwszym wykrzykniku).

Ważnym jest, żeby rozmowa między, przykładowo, dwoma lekarzami znalazła swoje odbicie jako rekord medyczny przynależny do danego, omawianego pacjenta. Każdy z inicjujących konsultację specjalistów ma obowiązek stworzenia wpisu w systemie telemedycznym, dodawanego do rekordu danego pacjenta i połączonego z formularzem umożliwiającym wybór innych specjalistów biorących udział w konsultacji.

Przykładowo, psycholog A chce skonsultować pewne objawy u pacjenta X z psychiatrą B. Pisze do niego wiadomość tekstową z pytaniem, kiedy mogą porozmawiać. Następnie nawiązuje wideopółłączenie, odbywają konsultację, a po jej zakończeniu dodaje wpis *konsultacja* w liście oddziaływań przeprowadzonych dotychczas u pacjenta X, dodając z listy psychiatrę B jako osobę konsultującą.

W celu ograniczenia powiadomień o nieodebranych połączeniach proponuje się, żeby specjaliści inicjujący konsultację sami, bez pomocy operatora, pisali najpierw do siebie wiadomości tekstowe w celu umówienia terminu wideopółłączenia.

Schemat 6. komunikacja między specjalistami pokazuje również opcje i algorytm działania mogąca zostać wykorzystane przy edukacji personelu, w tym w dziedzinie obsługi samego systemu telemedycznego.

Wideopółłączenia mogą być prowadzone między wieloma (nawet kilkudziesięcioma) różnymi osobami. Proponuje się, żeby osobą prowadzącą trening obsługi systemu był informatyk ŚCOPO. Po przekazaniu sprzętu i stworzeniu kont innym członkom personelu oraz partnerom może umawiać za pomocą wiadomości tekstowych dogodne terminy szkoleń i prowadzić je przez wideopółłączenia dla wielu osób naraz.

Oto podsumowanie usług świadczonych za pomocą rozwiązań telemedycznych:

- - komunikacja za pomocą wideopołączeń i wiadomości tekstowych, możliwa do inicjacji z perspektywy każdego użytkownika, w dowolnym czasie:
- - między pracownikami ŚCOPO i specjalistami a opiekunami/pacjentami,
- - między samymi pracownikami, specjalistami i partnerami projektu,

prowadzona w celu:

- psychoedukacji, oddziaływań terapeutycznych i treningu opiekunów/pacjentów,
 1. szybkiej reakcji na problemy zgłaszane przez pacjenta i opiekuna,
 2. obserwacji zachowań pacjenta, które nie występują podczas wizyt specjalistów, a które są ważne dla procesu leczenia i terapii
- wymiany doświadczeń i opinii między specjalistami, partnerami i pracownikami projektu,
- konsultacji specjalistycznych w procesie leczenia między partnerami a pracownikami ŚCOPO
- treningu i szkoleń pracowników i specjalistów.

II. Użytkownicy systemu teleopieki

W kolejnej części opisano poszczególnych użytkowników systemu telemedycznego, ich role i uprawnienia w systemie.

Pacjent / opiekun

Termin używany w poprzedniej części tekstu może być mylący. Pacjent / opiekun - czyli pacjent czy opiekun? I kiedy każdy z nich zaczyna pełnić swoją rolę?

Pacjent jest osobą zdiagnozowaną wcześniej, przed rozpoczęciem korzystania z pomocy ŚCOPO, z zespołem otępiennym. Najczęściej będzie to otępienie w przebiegu choroby Alzheimera, ale również innych zaburzeń - np. po udarze. Najczęściej będzie to osoba starsza, po 65. roku życia, emeryt / rencista.

Opiekun nie zawsze będzie opiekunem w sensie prawnym. Nie wszyscy pacjenci to osoby ubezwłasnowolnione. Najczęściej będzie to osoba spokrewniona z pacjentem, w wielu przypadkach dziecko albo wnuk. Często jednak będzie to małżonek albo rodzeństwo pacjenta, a więc również osoba starsza. Obecność opiekuna podczas wizyt ŚCOPO jest niezbędna z powodu konieczności zbierania wywiadu obiektywnego i współpracy z osobą poprawnie krytyczną wobec objawów choroby, co nie zawsze jest możliwe w kontakcie z pacjentem.

W opisie często pojawiało się odniesienie, że "opiekun coś robi", np. umawia się na wideopołączenie. Zakłada się, że opiekun nie będzie dokonywał niczego bez wiedzy pacjenta i jego zgody. Najczęściej jednak będzie sprawniejszy, w tym w obsłudze urządzeń elektronicznych (jak tablet) i dlatego do niego odnosi się duża część tekstu.

W niektórych przypadkach, jeśli pacjent będzie wystarczająco sprawny, oczywiście może korzystać z rozwiązań systemu. Dlatego też starano się korzystać z terminu opiekun / pacjent - żeby pokreślić,

że i sam chory, i jego rodzina mają czerpać korzyści i używać systemu telemedycznego w ramach możliwości.

Oto podsumowanie cech systemu telemedycznego, które mają przeciwdziałać wykluczeniu i trudnościom w użytkowaniu systemu przez osoby starsze:

- Podczas wizyty domowej informatyk ŚCOPO wydaje opiekunowi i pacjentowi tablet służący do komunikacji ze ŚCOPO.
- Wspólnie logują się po raz pierwszy na tablecie.
- Informatyk zakłada również rodzinie konto Skype, służące do wideopółłączeń. Założenie konta Skype wymaga podania adresu skrzynki pocztowej i uwierzytelnienia nowo utworzonego konta. Informatyk ŚCOPO również to robi.
- Testuje razem z rodziną działanie poczty i Skype'a, łącząc się za pomocą chatu i wideopółłączenia z operatorem telemedycznym.
- Informatyk przekazuje urządzenie opiekunowi i nadzoruje wykonywanie przez niego tych czynności (logowanie podczas uruchamiania tabletu, logowanie do systemu, testowanie obu rodzajów połączeń).
- Przy oknie logowania do systemu telemedycznego znajdzie się "przycisk" - *zapomniałem hasła*. Jeśli opiekun z niego skorzysta, operator dostaje powiadomienie o konieczności zmiany hasła danego użytkownika i z perspektywy swojego interfejsu dokonuje tego, po czym łączy się przez wideopółłączenie (a jeśli opiekun nie odbiera, to przez wiadomość tekstową) i informuje o resecie hasła i możliwości zmiany przez samego opiekuna.
- Każdy tablet będzie wyposażony w modem i kartę SIM - bezprzewodowy dostęp do sieci Internet, a więc opiekun/pacjent nie musi mieć innego dostępu do sieci Internet.
- Praktyka sugeruje, że interfejs oparty na ekranach dotykowych jest łatwiejszy w obsłudze niż oparty na urządzeniach peryferyjnych.
- Wideopółłączenia i wiadomości tekstowe mogą i powinny służyć do rozwiązywania problemów związanych z obsługą sprzętu.
- W sytuacjach awaryjnych nadal aktywny jest pierwszy kanał komunikacji między ŚCOPO a opiekunem/pacjentem, ten, za pomocą którego skontaktowali się z Centrum: połączenie telefoniczne i formularz kontaktowy na stronie www.

Podsumowując, aplikacja telemedyczna będzie obsługiwana przez pacjenta i opiekuna za pomocą interfejsu dotykowego (łatwiejszego w obsłudze i zawierającego proste oznaczenia działań w postaci ikon); jego używanie będzie inicjowane i superwizowane przez specjalistę-informatyka;

na każdym kroku opiekun i pacjent będą mieli dostęp do pomocy – za pomocą samej aplikacji oraz połączenia telefonicznego. Umiejętności wymagane do obsługi sprzętu, na którym aplikacja telemedyczna będzie działać, to umiejętność włączenia i naładowania urządzenia, co będzie omawiane przez informatyka podczas przekazania urządzenia. W razie wystąpienia problemów w obsłudze sprzętu przez pacjenta/opiekuna możliwa będzie dodatkowa wizyta informatyka ŚCOPO w celu rozwiązania bieżących problemów.

Operator telemedyczny jest centralnym członkiem personelu ŚCOPO. Powinien sprawnie posługiwać się najnowszymi technologiami, posiadać podstawy wiedzy z dziedziny psychogeriatrici oraz posiadać wysokie kompetencje komunikacyjne. Powyższy opis wskazuje, iż może być to np. osoba z wykształceniem sekretarki medycznej, pielęgniarki lub psychologa.

Wymagania:

- wykształcenie minimum średnie,
- umiejętność sprawnego obsługi komputera i internetu,
- posiadanie wiedzy z zakresu psychogeriatrici,
- wysokie kompetencje komunikacyjne.

Na etapie rekrutacji zostanie przeprowadzony test wiedzy i umiejętności z powyższych zakresów. Operator systemu teleopieki będzie miał dostęp do wideopojęczeń ze specjalistami w celu ciągłego pogłębiania swojej wiedzy z zakresu psychogeriatrici. Przejdzie również szkolenie dotyczące użytkowania systemu teleopieki przeprowadzone przez członka zespołu informatyków wdrażających system.

Operatorów telemedycznych powinno być przynajmniej dwóch (zatrudnionych na 1,25 etatu łącznie), działających na zmiany i z siatką urlopów, które nie będą się pokrywać. Pamiętając o plusach płynących z założeń telemedycyny kwestią otwartą jest możliwość organizacji części pracy na zasadzie home office.

ŚCOPO w założeniu nie będzie ośrodkiem całodobowym (praca 08.00-18.00). W tym celu opracowano właśnie koncept powiadomień o "czekających" wiadomościach tekstowych i nieodebranych wideopojęzeniach. Poza godzinami działania ŚCOPO opiekun będzie mógł skorzystać także z działu FAQ oraz filmów instruktażowych, w celu rozwiązania zgłaszanego problemu.

Koordynator to osoba, która podejmuje decyzje, kieruje ruchem pacjentów w ŚCOPO:

- kieruje pielęgniarkę ŚCOPO do domu pacjenta po odebraniu zgłoszenia przez operatora systemu teleopieki;
- podejmuje decyzje o przyjęciu pacjenta do opieki ŚCOPO w oparciu o wypełnione narzędzie do oceny adekwatności zgłoszenia pacjenta do ŚCOPO lub konsultację specjalistyczną;
- podejmuje decyzję o rozpoczęciu u chorego/rodziny odpowiednich oddziaływań (skierowaniu do chorego pracowników lub partnerów ŚCOPO) w oparciu o wyniki uzyskane poprzez Narzędzie Oceny Potrzeb Systemu Rodzinnego;
- decyduje o wypisie z opieki ŚCOPO uwzględniając opinie specjalistów, osób zajmujących się określonym pacjentem;
- rozstrzyga i podejmuje decyzje w sytuacjach trudnych i niejasnych, problematycznych;
- decyduje czy dany problem zgłoszony przez system teleopieki przez opiekuna wymaga pilnej interwencji w środowisku, czy wystarczy wideopojęcie;
- decyduje o zwiększeniu (analogicznie zmniejszeniu, zaprzestaniu) np. ilości wizyt fizjoterapeuty (z 3 w tyg. do 5) dla danego pacjenta na wniosek specjalisty, koordynator rozpatruje czy są na dany moment takie możliwości kadrowe;
- decyduje o skierowaniu do danej rodziny np. psychologa (który do tej pory w danym środowisku nie miał wizyt/nie był potrzebny) na zgłaszane uwagi np. przez innego specjalistę;
- jest odpowiedzialny za przeprowadzenie i analizę ankiet ewaluacyjnych dla opiekunów chorych oraz pracowników i partnerów ŚCOPO;

Wymagania:

- wykształcenie wyższe,
- posiadanie wiedzy z zakresu psychogeriatrici oraz funkcjonowania rodzin chorych z chorobami otępiennymi,
- wysokie kompetencje komunikacyjne,
- umiejętność zarządzania zespołem,
- znajomość funkcjonowania systemu służby zdrowia oraz systemu opieki społecznej,
- kompetencje osobiste (zaangażowanie, sumienność, asertywność, empatia)

W procesie rekrutacji zostanie dokonana ocena znajomości przez kandydatów wyżej opisanych zagadnień. Koordynator przejdzie także szkolenie dotyczące funkcjonowania systemu teleopieki. Będzie miał możliwość konsultacji ze specjalistami ŚCOPO w celu stałego podnoszenia kompetencji.

Pielęgniarka środowiskowa ŚCOPO

Przewiduje się **2-3 szkolenia** dla pielęgniarki prowadzone przez informatyka za pomocą wideopojęcia. Po lekturze tego rozdziału szkolenia powinny służyć głównie pytaniom pielęgniarki i odpowiedziom doświadczonego operatora. Oczywiście, jak wszyscy pracownicy i partnerzy ŚCOPO, pielęgniarka i operator pozostają w kontakcie.

Główną czynnością pielęgniarki ŚCOPO wykonywaną przy użyciu rozwiązań telemedycznych jest wprowadzanie danych i pozycji Narzędzia Oceny Potrzeb Systemu Rodzinnego i / lub wybranych skal pielęgniarstwa do systemu za pomocą tabletu, jak również kontakt telemedyczny z opiekunem/pacjentem oraz pracownikami lub partnerami ŚCOPO.

Specjaliści

Z systemu telemedycznego/teleopieki będą korzystać następujący specjaliści:

- lekarz psychiatra,
- lekarz neurolog,
- lekarz POZ,
- psycholog,
- fizjoterapeuta,
- terapeuta zajęciowy,
- pracownicy MOPS
- pracownicy szpitali (personel medyczny)

Każdy z nich będzie miał dostęp do systemu teleopieki z perspektywy urządzenia mobilnego i/lub PC. Każdy ze specjalistów medycznych – lekarze, psychologowie – mają dostęp do wszystkich danych medycznych pacjentów, wobec których dokonują oddziaływań. Pozwala to na sprawny dostęp do wiedzy dotyczącej pacjentów, z którymi będą mieli kontakt i jednocześnie chroni sensytywność danych. Pozostali specjaliści, jak terapeuci zajęciowi, fizjoterapeuci i pracownicy MOPS mają dostęp do okrojonej bazy danych – bez szczegółowego opisu wizyt lekarskich i psychologicznych.

Przyznawanie dostępu do wglądu i edycji danych konkretnego pacjenta/opiekuna danemu specjalistcie leży wyłącznie w gestii koordynatora ŚCOPO.

Podobnie, jak **pielęgniarka ŚCOPO, specjaliści** przejdą trening na zasadzie "pytanie-odpowieź" za pomocą wideopojęcia (prawdopodobnie 2-3 treningi z operatorem) oraz przeczytają ten rozdział. Oczywiście, dalej współpracują z **operatorem telemedycznym**. W razie zapotrzebowania na edukację w zakresie używania sprzętu powinni umówić się indywidualnie z informatykiem ŚCOPO.

Partnerzy projektu

Niektóre jednostki współpracujące ze ŚCOPO, jak np. ośrodki kultury, powinny mieć ograniczony dostęp do systemu telemedycznego (z wyłączeniem danych medycznych). Dostęp do systemu będzie przydatny np. podczas odnotowania obecności konkretnych pacjentów i opiekunów na formach aktywności - warsztatach, konferencjach, itp.

Niżej wymienieni partnerzy:

- pracownik ośrodka pomocy społecznej,
- organizacje pozarządowe,
- ośrodki kultury,

powinni mieć dostęp do modułu telemedycznego w ograniczonym zakresie. Będą mieli możliwość

odbierania wiadomości i danych kierowanych do nich (np. pracownik MOPS nie będzie miał wglądu w historię leczenia, ale w udostępniony przez koordynatora ŚCOPO wywiad socjalno-bytowy u danego pacjenta już tak) oraz dokonywania wpisów do dokumentacji danego pacjenta na temat podjętych działań.

Podobnie, szczegółowy dostęp jest udzielany danym partnerom przez koordynatora ŚCOPO z pomocą operatora telemedycznego.

Informatyk ŚCOPO

To pracownik odpowiedzialny za kwestie hardware'u – przechowywanie, wydawanie i zbieranie urządzeń – tabletów i PC – zakładanie kont w domach pacjentów, zakładanie kont personelowi ŚCOPO, zarządzanie tymi kontami (np. kontami Skype), reagowanie na zgłoszenia o awariach, w tym wizyty domowe oraz szkolenia z obsługi sprzętu i systemu. Ze względu na wizyty środowiskowe, musi być osobą mobilną, posiadającą prawo jazdy.

Powinna być to również osoba z doświadczeniem w psychogeriatric, żeby dopasować sposób prezentowanych rozwiązań teleinformatycznych do potrzeb i możliwości osób starszych.

III. Przegląd rozwiązań technologicznych, które można zastosować w projekcie telemedycznym/teleopieki

W tym rozdziale zaprezentowano **technologie**, za pomocą których można zbudować opisany wcześniej system telemedyczny. Na końcu zarysowano kwestię wyboru urządzeń, "na których" system może działać.

Oto podsumowanie funkcjonalności, które będzie umożliwiała aplikacja/system telemedyczny:

- wprowadzanie i edytowanie danych dotyczących użytkowników, pacjentów i opiekunów,
- wideopojęcia (opiekun/pacjent - pracownicy ŚCOPO; pracownicy ŚCOPO - inni pracownicy; pracownicy ŚCOPO - partnerzy ŚCOPO) prowadzone w celu: oddziaływań terapeutycznych, edukacji, szkoleń, wymiany informacji o leczeniu,
- wymiana wiadomości tekstowych (jak wyżej),
- wprowadzanie i edytowanie zapisów opisujących ww. formy komunikacji w formie tekstowej,
- edytowanie harmonogramu, według którego ww. formy komunikacji mają zachodzić,
- przesyłanie plików.

Podsumowując, następujący użytkownicy systemu będą mogli przeprowadzać następujące usługi za jego pośrednictwem:

- **Pacjent/opiekun**

1. **Inicjowanie wideopojęć ze specjalistami, pielęgniarką środowiskową ŚCOPO, koordynatorem i operatorem telemedycznym.**

2. Inicjowanie połączeń tekstowych ze specjalistami, pielęgniarką środowiskową ŚCOPO, koordynatorem i operatorem telemedycznym.
3. Odbieranie wideop połączeń ze specjalistami, pielęgniarką środowiskową ŚCOPO, koordynatorem i operatorem telemedycznym.
4. Odbieranie połączeń tekstowych ze specjalistami, pielęgniarką środowiskową ŚCOPO, koordynatorem i operatorem telemedycznym.
5. Ściąganie i przeglądanie materiałów edukacyjnych (tekstowych i wideo) oraz materiałów do treningu funkcji poznawczych
 - Operator telemedyczny
 1. Inicjowanie wideop połączeń ze specjalistami, koordynatorem, pacjentem/opiekunem i pielęgniarką środowiskową ŚCOPO oraz partnerami projektu.
 2. Inicjowanie połączeń tekstowych z innymi specjalistami, koordynatorem, pacjentem/opiekunem i pielęgniarką środowiskową ŚCOPO oraz partnerami projektu.
 3. Odbieranie wideop połączeń z innymi specjalistami, koordynatorem, pacjentem/opiekunem i pielęgniarką środowiskową ŚCOPO oraz partnerami projektu.
 4. Odbieranie połączeń tekstowych z innymi specjalistami, koordynatorem, pacjentem/opiekunem i i pielęgniarką środowiskową ŚCOPO oraz partnerami projektu.
 5. Wprowadzanie i edytowanie wpisów systemowych opisujących podejmowane oddziaływania terapeutyczne.
 6. Prowadzenie i udział w szkoleniach.
 7. Wprowadzanie danych i ich edytowanie w harmonogramie pracy, również harmonogramach innych użytkowników.
 - Koordynator
 1. Inicjowanie wideop połączeń ze specjalistami, pacjentem/opiekunem, operatorem telemedycznym i pielęgniarką środowiskową ŚCOPO oraz partnerami projektu.
 2. Inicjowanie połączeń tekstowych z innymi specjalistami, pacjentem/opiekunem, operatorem telemedycznym i pielęgniarką środowiskową ŚCOPO oraz partnerami projektu.
 3. Odbieranie wideop połączeń z innymi specjalistami, pacjentem/opiekunem, operatorem telemedycznym i pielęgniarką środowiskową ŚCOPO oraz partnerami projektu.

4. Odbieranie połączeń tekstowych z innymi specjalistami, pacjentem/opiekunem, operatorem telemedycznym i pielęgniarką środowiskową ŚCOPO oraz partnerami projektu.
 5. Wprowadzanie i edytowanie wpisów systemowych opisujących podejmowane oddziaływania terapeutyczne.
 6. Prowadzenie i udział w szkoleniach.
 7. Wprowadzanie danych i ich edytowanie w harmonogramie pracy, również harmonogramach innych użytkowników.
- **Pielęgniarka środowiskowa ŚCOPO**
 1. Inicjowanie wideopojęczeń z innymi specjalistami, koordynatorem, pacjentem/opiekunem i operatorem telemedycznym oraz partnerami projektu.
 2. Inicjowanie połączeń tekstowych z innymi specjalistami, koordynatorem, pacjentem/opiekunem i operatorem telemedycznym oraz partnerami projektu..
 3. Odbieranie wideopojęczeń z innymi specjalistami, koordynatorem, pacjentem/opiekunem i operatorem telemedycznym oraz partnerami projektu. .
 4. Odbieranie połączeń tekstowych z innymi specjalistami, koordynatorem, pacjentem/opiekunem i operatorem telemedycznym oraz partnerami projektu. .
 5. Wprowadzanie i edytowanie wpisów systemowych opisujących podejmowane oddziaływania terapeutyczne.
 6. Wprowadzanie danych zebranych od pacjenta/opiekuna za pomocą formularzy (np. skali Barthel).
 7. Prowadzenie i udział w szkoleniach i konsultacjach.
 8. Wprowadzanie danych i ich edytowanie w harmonogramie pracy.
 - **Specjaliści**
 1. Inicjowanie wideopojęczeń z innymi specjalistami, pielęgniarką środowiskową ŚCOPO, koordynatorem, pacjentem/opiekunem i operatorem telemedycznym oraz partnerami projektu.
 2. Inicjowanie połączeń tekstowych z innymi specjalistami, pielęgniarką środowiskową ŚCOPO, koordynatorem, pacjentem/opiekunem i operatorem telemedycznym oraz partnerami projektu.

3. Odbieranie wideopółłączeń z innymi specjalistami, pielęgniarką środowiskową ŚCOPO, koordynatorem, pacjentem/opiekunem i operatorem telemedycznym oraz partnerami projektu .
 4. Odbieranie połączeń tekstowych z innymi specjalistami, pielęgniarką środowiskową ŚCOPO, koordynatorem, pacjentem/opiekunem i operatorem telemedycznym oraz partnerami projektu.
 5. Wprowadzanie i edytowanie wpisów systemowych opisujących podejmowane oddziaływania terapeutyczne.
 6. Prowadzenie i udział w szkoleniach i konsultacjach.
 7. Wprowadzanie danych i ich edytowanie w harmonogramie pracy.
- Partnerzy projektu
1. Inicjowanie wideopółłączeń z operatorem telemedycznym i zaakceptowanymi przez operatora i koordynatora innymi użytkownikami aplikacji.
 2. Inicjowanie połączeń tekstowych z operatorem telemedycznym i zaakceptowanymi przez operatora i koordynatora innymi użytkownikami aplikacji.
 3. Odbieranie wideopółłączeń z operatorem telemedycznym i zaakceptowanymi przez operatora i koordynatora innymi użytkownikami aplikacji.
 4. Odbieranie połączeń tekstowych z operatorem telemedycznym i zaakceptowanymi przez operatora i koordynatora innymi użytkownikami aplikacji.
 5. Wprowadzanie i edytowanie wpisów systemowych opisujących podejmowane oddziaływania terapeutyczne w zakresie zaakceptowanym przez operatora oraz koordynatora (np. wprowadzanie do systemu teleopieki zdjęć wytworów pacjentów podczas zajęć terapeutycznych w celu dokumentowania oddziaływań i prowadzenia oceny stanu pacjenta)
 6. Prowadzenie i udział w szkoleniach i konsultacjach.

Aplikacja własna + technologie "darmowe"

Najkorzystniejszą z opcji jest stworzenie aplikacji/strony autorskiej, korzystającej z istniejących już rozwiązań i połączenie jej z gotowymi, darmowymi rozwiązaniami. Dotychczasowy opis systemu telemedycznego opierał się właśnie na takiej koncepcji.

Zgodnie z nią, system telemedyczny będzie się składał ze zmodyfikowanej wersji systemu

medycznego e-opieka¹⁴, połączonego ze Skypem.

System medyczny powinien spełniać wymogi wymienione w Aneksie B. System medyczny e-opieka spełnia wszystkie te wymagania stawiane przed oprogramowaniem służącym do operowania rekordem medycznym.

Sam system e-opieka umożliwia:

- tworzenie kont pacjentów,
- dopisywanie do nich danych grupowanych w różnych "zakładkach" (np. diagnoza, zalecenia, opis wizyty), w różnej modalności (np. w formie pola tekstowego albo formularza),
- tworzenie raportów dotyczących aktywności użytkowników i charakterystyki pacjentów,
- moderowanie poziomu danych, do których mają dostęp poszczególni użytkownicy.

Sam system e-opieka umożliwia organizację i tworzenie danych dotyczących wszystkich oddziaływań opisanych w rozdziale.

Do pełnej funkcjonalności założonej w modelu należy dodać do niego multiplatformowość. Obecnie jest to system działający w środowisku Windows z uwagi na korzystanie z Adobe Flash Player v. 10.0.0 albo wyższej, niedostępnej na urządzeniach z systemem Android. Prawdopodobnie najłatwiejszym i najtańszym wyjściem byłoby skupienie się na systemie operacyjnym Windows 10, działającym na PC, jak i wielu urządzeniach mobilnych.

Ponadto, sama e-opieka nie oferuje możliwości tworzenia harmonogramów, wideopojęć i wiadomości tekstowych. Dlatego też można utworzyć link każdego użytkownika i pacjenta systemu do konta Skype, tak, jak to opisano wcześniej.

Użycie Skype dla firm zamiast darmowego. Daje to następujące korzyści¹⁵:

- "zabezpieczenia klasy korporacyjnej" - potencjalnie ważne z uwagi na poufność treści poruszanych podczas komunikacji za pomocą systemu telemedycznego,
- integracja z aplikacjami z pakietu Office - ułatwienie tworzenia harmonogramu,
- modyfikowanie kont użytkowników - czynnik zdecydowanie ważny w projekcie, ograniczający niektóre opcje w tabletach pacjentów.

Sprzęt

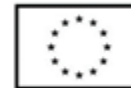
Kontynuując powyższą koncepcję, opisane zostały minimalne wymagania sprzętowe umożliwiające obsługę systemu telemedycznego.

System e-opieka i Skype¹⁶ będą działać na niemal każdym komputerze PC. Biorąc pod uwagę tablety z zainstalowanym systemem operacyjnym Windows 10, spodziewane koszty to około 500 PLN za tablet.¹⁷ Tablet musi posiadać wbudowany modem 3G albo LTE.

¹⁴ <http://www.e-opieka.org/> 23-06-2016

¹⁵ <https://support.skype.com/pl/faq/FA34551/jaka-jest-roznica-miedzy-skype-em-a-skype-em-dla-firm> 12-06-2016

¹⁶ <https://support.skype.com/pl/faq/FA10328/jakie-sa-wymagania-systemowe-skype-a> 12-06-2016



Dochodzą do tego kosztu podłączenia do sieci Internet - większość pacjentów nie będzie miała dostępu do sieci WiFi. W oparciu o przykładowe doświadczenia użytkowników¹⁷ można założyć, że godzina wideopojęcia będzie "potrzebować" od 300 MB do nawet 2 GB transferu. Przy hipotetycznych 2 godzinach wideopojęć tygodniowo wychodzi 16 GB transferu miesięcznie do zabezpieczenia.

Doświadczenie z programami do treningu prokognitywnego (np. RehaCom albo polskie Exememory) pokazują, że największą trudnością dla pacjentów z otępieniem nie zawsze jest rozumienie i pamięć zasad programu, ale zrozumienie i zapamiętanie obsługi interfejsu. Innymi słowy, deficyty wzrokowo-przestrzenne, nie tylko typowo amnestyczne, obecne w otępieniu. Pacjenci czasami nie mają kłopotów ze znalezieniem odpowiedzi na pytanie występujące w zadaniu, ale z przyswojeniem, które guziki na panelu czy myszce trzeba wcisnąć, żeby zaznaczyć odpowiedź.

Zmniejszenie tej "bariery interfejsu" za pomocą ekranów dotykowych wydaje się sensownym wyjściem. Urządzenia te są też prostsze w obsłudze - dla pacjentów, ale i opiekunów.

Zaleca się dodanie przez informatyka ŚCOPO w przeglądarce internetowej na tablicie adresów internetowych do zestawów ćwiczeń prokognitywnych albo przesłanie ich w formie wiadomości tekstowych. Proponowane adresy stron:

- <http://www.egis.pl/23/dla-pacjenta/10/neurologia/podkategoria/11/materialy-edukacyjne>
- <http://www.lundbeck.com/pl/dla-pacjentow-i-rodzin/wiczenia-pamici>

System telemedyczny umożliwia także używanie dysku Google do przesyłu skanów i zdjęć twórczości pacjentów powstałych podczas aktywności proponowanych przez niektórych partnerów projektu (np. ośrodki kultury). Przykładowo, rysunki pacjenta stworzone na warsztatach arteterapeutycznych w Ośrodku Kultury mogą zostać udokumentowane i uploadowane tak, żeby psycholog mógł obserwować funkcjonowanie wzrokowo-przestrzenne pacjenta.

W ramach systemu telemedycznego ŚCOPO zostaną stworzone edukacyjne filmy instruktażowe dla opiekunów osób chorych. Materiały te będą wgrane na dysk tabletu opiekuna/pacjenta w formacie np. .avi oraz udostępnienie w formie linków w przeglądarce, prowadzących do filmów umieszczonych w serwisie YouTube.

Przykładowe tematy filmów:

- radzenie sobie z agresją pacjenta,
- odwracanie uwagi, zmiany tematu, ignorowanie objawów wytwórczych,
- egzekwowanie planu aktywizacji behawioralnej na dany dzień,

Scenariusz 1

Opiekun planuje wyjść z chorym na spacer. Chory odmawia, opiekun ponawia prośbę. Chory zaczyna krzyczeć, staje się pobudzony psychoruchowo, wygraża opiekunowi, przeklina.

¹⁷ <https://www.morele.net/tablet-kruger-matz-edge-802-8-wifi-16gb-czarny-km0802-843736/> 12-06-2016

¹⁸ <https://community.skype.com/t5/Windows-archive/Video-Call-Data-Usage/td-p/706497> 12-06-2016

NIEPRAWIDŁOWA REAKCJA OPIEKUNA: opiekun zaczyna również krzyczeć na pacjenta, próbuje wymusić na nim ubranie się, dostosowanie do poleceń, sam stara się na siłę ubrać pacjenta. Wszystko to wzmacnia agresję ze strony chorego.

PRAWIDŁOWA REAKCJA OPIEKUNA: Mimo krzyku chorego opiekun mówi spokojnym tonem, argumentuje spokojnie, ustanawia cel spaceru, przekierowuje uwagę chorego na działanie. Chory uspokaja się.

Scenariusz 2

Chory pod nadzorem opiekuna ubiera się. Próbuje wymusić wyręczenie ze strony opiekuna, manipulacyjnie popłakuje, lamentuje, że sobie nie poradzi.

NIEPRAWIDŁOWA REAKCJA OPIEKUNA: Opiekun uważa się nad chorym, koncentruje uwagę na jego zachowaniu, wyręcza chorego i ubiera go. Skutkuje to rezygnacją z wykonywania zadań przez chorego, wzmacnia zachowania manipulacyjne chorego.

PRAWIDŁOWA REAKCJA OPIEKUNA: Opiekun nie ulega manipulacyjnemu zachowaniu pacjenta, spokojnie koncentruje jego uwagę na zadaniu, motywuje do wykonania zadania, ale nie wyręcza. Na skutek spokojnego i rzeczowego zachowania opiekuna chory ubiera się samodzielnie.

Scenariusz 3

Chory pod nadzorem opiekuna wykonuje trening funkcji poznawczych, nie radzi sobie z zadaniami, są one dla niego za trudne.

NIEPRAWIDŁOWA REAKCJA OPIEKUNA: Opiekun krytykuje chorego, wywiera presję, ośmiesza go, nakazuje mu się „wziąć w garść”. Chory zniechęca się do wykonywania zadań, rezygnuje z nich.

PRAWIDŁOWA REAKCJA OPIEKUNA: Opiekun reaguje spokojnie, podaje choremu proste podpowiedzi dotyczące wykonania zadania, naprowadza, dzieli zadania na etapy. Wspiera i motywuje. W wyniku działań opiekuna chory kontynuuje trening.

Scenariusz 4

W nocy chory wstaje, próbuje się ubierać, wychodzić, twierdzi, że musi iść do pracy, że na niego czekają. Jest zdezorientowany.

NIEPRAWIDŁOWA REAKCJA OPIEKUNA: Opiekun denerwuje się, krzyczy na chorego, próbuje ciągnąć chorego z powrotem do łóżka. Powoduje to wzrost pobudzenia u chorego, dochodzi do kłótni i przepychanki.

PRAWIDŁOWA REAKCJA OPIEKUNA: Opiekun spokojny, wycisza chorego, odwraca jego uwagę. Wszystkie działania wykonuje powoli i spokojnie. Skłania chorego do rozebrania się i powrotu do łóżka.

IV. Innowacyjność i zalety

We wstępie zaznaczono, że obecne nie **ma w Polsce rozwiązań telemedycznych w psychogeriatricii stosowanych na tak szeroką skalę, jak proponowane w ramach ŚCOPO**. Na rynku znajduje sporo

propozycji poświęconych **kardiologii** (np. oferta Telemedycyny Polskiej¹⁹), pojawiają się rozwiązania **pionierskie w psychiatrii**, jak np. niedawne testy nad modelem psychoedukacji i ułatwienia kontaktu dla osób chorych na schizofrenię²⁰ albo stopniowo wprowadzane **usprawnienia**, jak stosowanie systemu Lifenet w karetkach pogotowia (i to już w 2010 roku²¹).

Wraz z **refundacją NFZ telekonsyliów** kardiologicznych i psychogeriatrycznych²² powstało kilka projektów testujących zdalne oddziaływania wobec pacjentów geriatrycznych (np. opis Comarch²³), ale nadal brak jest szeroko dostępnego modelu, z którego pacjent mógłby korzystać, jak np. **model wprowadzony w Australii**²⁴.

Opisany system telemedyczny jest więc, zgodnie z dostępną wiedzą, **nowatorski oraz innowacyjny nie tylko pod względem technologii** (połączenie systemu medycznego i oprogramowania do wideopłączeń), **zastosowania** (przy obecnym braku oddziaływań skierowanych ku pacjentom z otępieniami i ich rodzinom), ale i **finansowania** (większość "świeżo testowanych" modeli oddziaływań jest zorientowanych najprawdopodobniej na refundację NFZ).

Podsumowując **innowacyjność technologiczną** – planuje się **zastosowanie systemu medycznego dostępnego w gabinecie, jak i na urządzeniach mobilnych**. Ogranicza to przymus zjawienia się pacjenta w gabinecie i umożliwia **sprawne oddziaływanie w środowisku domowym**. **Nie jest to praktyka powszechna** (w końcu placówki medyczne muszą "przejsć" z dokumentacji papierowej na elektroniczną dopiero w przyszłym roku, a i wtedy wiele z wprowadzonych w nich systemów będzie monoplatformowa), ale w **połączeniu z technologią wideopłączeń i wiadomości tekstowych** można ją określić jako **unikalną**.

Istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo, że to rozwiązanie ograniczy potrzebę wizyt "fizycznych" w gabinecie i mylne, wynikające z dezadaptacyjnego niepokoju opiekunów, zbyt liczne hospitalizacje często prowadzące u pacjentów otępiennych do pogorszenie funkcji poznawczych, nastroju, funkcjonowania i kontaktu.

Innymi słowy - częstsze, łatwiej dostępne psychoedukacje dotyczące choroby i możliwość szybkiego zasięgnięcia porady bez konieczności "stania w kolejce" = rzadsze narażenie pacjentów na wyzwania, ból i stres niepotrzebnego transportu i hospitalizacji.

¹⁹<http://telemedycynapolska.pl/> 14-06-2016

²⁰<http://biznes.onet.pl/wiadomosci/medycyna/telemedycyna-w-terapii-pacjentow-z-chorobami-psychicznymi/1h6mnd> 14-06-2016

²¹<http://www.gazetalubuska.pl/wiadomosci/zielona-gora/art/7869034,w-szpitalu-w-zielonej-gorze-dziala-system-telemedycyny-ratunkowej-lifenet,id,t.html> 14-06-2016

²²<http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-632015dsoz,6410.html> 14-06-2016

²³<http://www.comarch.pl/healthcare/artykuly-comarch-healthcare/telekonsylia-technologie-ktora-ulatwia-dostep-do-lekarza-specjalisty/> 14-06-2016

²⁴<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3676370/> 14-06-2016



Włączenie w opiekę nowego personelu medycznego i niemedycznego (pielęgniarki środowiskowe i operatorzy telemedyczni) = mniejsze obciążenie personelu specjalistycznego (psychiatrzy, neurologów,...) = krótsze oczekiwanie pacjenta na poradę specjalistyczną.

Aneks A

Stworzona aplikacja powinna uwzględniać:

Aplikację nadrzędną dla systemu telemedycznego – opartą o relacyjną bazę danych zawierającą następujące moduły/ funkcjonalności:

- interfejs dla personelu medycznego do uruchomienia z dowolnego systemu operacyjnego i wersji ,
- interfejs dla pacjenta do uruchomienia z dowolnego systemu operacyjnego i wersji,
- interfejs dla pracownika centrum kontaktowego do uruchomienia z dowolnego systemu operacyjnego i wersji ,
- interaktywne formularze (służące do wymiany informacji dotyczących pacjenta) –użytkownik systemu może w prosty sposób, samodzielnie użyć formularzy, bez konieczności znajomości języków programowania, nazywać je, grupować i zapisywać w bazie.
- możliwość tworzenia zleceń zadań w kartotece pacjenta
- administracja systemem (zakładanie konta instytucji, użytkownika, pacjenta)
- komunikacja przy wykorzystaniu oprogramowania zainstalowanego w swoim module komunikacyjnym, którym może być mobilne urządzenie przenośne oraz dowolny komputer osobisty pacjenta, opiekuna sprzężony z siecią Internet.
- uwzględnienie w aplikacji mobilnej autoryzacji do systemu za pomocą loginu i hasła

Aplikacja nadrzędna musi uwzględniać następujące moduły systemu:

- Moduł administracyjny
 - Zarządzanie instytucjami, użytkownikami systemu (dodawanie nowych instytucji, użytkowników systemu, edycja danych instytucji, użytkownika, przypisanie uprawnień, ustawianie aktywności użytkownika, reset hasła, podgląd aktualnie zalogowanych użytkowników)
 - Zarządzanie uprawnieniami (grupowanie uprawnień w role i przydzielanie ról do użytkownika systemu)
 - Możliwość przypisania konta użytkownika do kartoteki pacjenta
 - Zarządzanie słownikami, w tym na potrzeby formularzy
- Moduł zarządzania pacjentami (dodawanie kartoteki pacjenta; możliwość łączenia konta użytkownika systemu z kartoteką pacjenta – umożliwienie logowania się pacjentowi w systemie; możliwość powiązania pacjenta z instytucją)
- Moduł zarządzania instytucjami (nazwa instytucji, dane adresowe, ustawianie aktywności; możliwość powiązania instytucji z pacjentami – powiązanie ma na celu ustawienie widoczności pacjentów dla pracownika instytucji, który ma uprawnienia do danej instytucji)
- Moduł opisu przebiegu wizyty/ konsultacji (wskazanie pacjenta, dodawanie daty wizyty, możliwość wyboru i opisu formularzy z listy)

- Moduł zarządzania zadaniami dla instytucji (dla danego pacjenta wskazanie listy zadań, osoba mająca uprawnienia ma możliwość ewidencji zaznaczenia wykonania zadania u danego pacjenta/ pacjentów)
- Moduł zarządzania formularzami (tworzenie definicji formularza za pomocą XML, ustawienie aktywności, przypisanie formularza do jednostki medycznej i grupy personelu)

Funkcjonalność tworzenia kartoteki dla użytkownika systemu wymaga następujące dane:

- Numer PESEL (pole numeryczne; weryfikacja poprawności)
- Nazwisko (pole tekstowe)
- Imię (pole tekstowe)
- Login użytkownika (pole tekstowe)
- Hasło (pole tekstowe)
- E-mail użytkownika (pole tekstowe)
- Stanowisko (pole tekstowe)
- Grupa pracownicza (pole słownikowe)
- nr prawa wykonywania zawodu (pole tekstowe; weryfikacja poprawności)
- Specjalizacja (pole tekstowe)
- Instytucja (pole słownikowe)
- Informacje dodatkowe (pole tekstowe)
- Status pracownika (aktywny/nie aktywny)
- Możliwość ustalania obowiązkowości wypełniania wskazanych pól.

Funkcjonalność kartoteki pacjenta wymaga następujące dane:

- Numer PESEL (pole numeryczne; weryfikacja poprawności)
- Nazwisko (pole tekstowe)
- Imię (pole tekstowe)
- Płeć (pole tekstowe)
- Data urodzenia (pole data)
- Miejsce urodzenia (pole tekstowe)
- Rodzaj dokumentu tożsamości (wybór ze słownika), dla wybranego dokumentu tożsamości wprowadza odpowiedni dla niego numer dokumentu
- Stan cywilny pacjenta (pole słownikowe)
- Imię ojca (pole tekstowe)
- Telefon kontaktowy (pole tekstowe)
- Zakładka adres zamieszkania: Kod pocztowy (pole tekstowe, format XX-XXX), Miejscowość (pole słownikowe wg GUS), Kod terytorialny GUS, Gmina, Powiat, Województwo (uzupełniane automatycznie na podstawie danych z GUS – wybranej miejscowości), Ulica (pole tekstowe), Numer domu i Numer mieszkania (pole tekstowe)
- Zakładka adres zameldowania (możliwość zaznaczenia, że brak adresu zameldowania, możliwość skopiowania z adresu zamieszkania: Kod pocztowy (pole tekstowe, format XX-XXX), Miejscowość (pole słownikowe wg GUS), Kod terytorialny GUS, Gmina, Powiat,

Województwo (uzupełniane automatycznie na podstawie danych z GUS – wybranej miejscowości), Ulica (pole tekstowe), Numer domu i Numer mieszkania (pole tekstowe)

- Zakładka Opiekunowie Pacjenta (lista z możliwością dodawania usuwania i edycji): Imię i nazwisko opiekuna (pole tekstowe), Stopień pokrewieństwa (pole słownikowe), Adres (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr) –możliwość skopiowania z danych adresowych lub zameldowania, Telefon (pole tekstowe), e-mail (pole tekstowe), czy główny opiekun (pole checkbox)
- Informacje dodatkowe (pole tekstowe)
- Możliwość ustalania obowiązkowości wypełniania wskazanych pól.

Funkcjonalność zarządzania formularzami wymaga następujących elementów, które może zawierać formularz:

- Tabela
- Pole tekstowe/ obszar tekstowy
- Pole jednokrotnego wyboru
- Pole wielokrotnego wyboru
- Pole checkbox
- Pole typu radio

Aplikacje do prowadzenia zdalnych konsultacji medycznych - przy wykorzystaniu zaawansowanych technologii transmisji i analizy danych zapewniających bezpieczny kontakt za pomocą kanałów komunikacji audio i video w formie indywidualnej i grupowej dla pacjentów i ich opiekunów oraz personelu medycznego udzielającego pomocy medycznej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i opieki specjalistycznej. Aplikacja ma zawierać następujące funkcjonalności:

- chatbox – możliwość połączeń dla wielu użytkowników w tym samym czasie
- harmonogram telekonsultacji - zawiera spersonalizowany wykaz konsultacji zaplanowanych dla osoby z personelu medycznego (harmonogram ustala Contact Center)
- możliwość połączenia telekonsultacji „na żądanie” przez personel medyczny z Contact Center (powinny być widoczne statusy dostępności Contact Center i innych użytkowników); możliwe przełączanie telekonsultacji przez Contact Center do wybranej osoby
- możliwość przekazywania i pokazywania w trakcie telekonsultacji różnych dokumentów (w formacie *.doc, *.PDF)

Moduł zarządzania harmonogramem konsultacji (definiowanie harmonogramu dostępności personelu na dni i godziny, umożliwienie planowania konsultacji w Contact Center)

Samouczek i instrukcje

- do wykorzystania zarówno przez instytucje, jak i opiekuna/pacjenta
- zakłada się, że będą udostępniane standardowe formaty do obsługi obrazu, dźwięku i tekstu, np. AVI, MPG, MP3, PDF, DOC, PDF itp.

Moduł zarządzania samouczkiem/ instrukcjami (możliwość dodania instrukcji, filmu we wskazanych wyżej formatach, możliwość wskazania przypisania do użytkownika/ użytkowników)

Funkcjonalność zarządzania samouczkiem/ instrukcjami wymagane następujące dane:

- Tytuł instrukcji/ samouczka (pole tekstowe)
- Opis czego dotyczy (pole tekstowe)
- Kategoria (pole słownikowe)
- Data ważności od ... do (pola datowe)
- Plik

Wymagania techniczne (wybór technologii) dla projektowanej aplikacji:

Technologia wykorzystana do implementacji modułu telemedycznego musi umożliwiać łatwe rozszerzanie funkcjonalności oraz ich przenośność i skalowalność (wersja stacjonarna i mobilna).

Strona serwerowa:

- baza danych PostgreSQL
- serwer aplikacji realizujący logikę biznesową aplikacji implementowany jako aplikacja JAVA uruchomiona na serwerze Tomcat
- serwer Kurento – serwer multimedialny odpowiedzialny za przechwytywanie danych wideo i czatu

Strona kliencka:

- Strona WWW oparta o html5 i framework angular.js komunikująca się z aplikacją serwerową za pomocą protokołu https i webservice'ów oraz za pośrednictwem protokołu WebRTC (transmisja chat i video).

Należy zwrócić także uwagę, że model przewiduje możliwość pracy z osobami chorymi na otępienia nie tylko za pomocą rozwiązań telemedycznych z wykorzystaniem internetu. Model przewiduje następujące opcje:

- Odbiorcy (pacjent i opiekun/rodzina) będą objęci opieką ŚCOPO poprzez wizyty zespołu i system teleopieki;
- Odbiorcy (pacjent i opiekun/rodzina) będą objęci opieką ŚCOPO poprzez wizyty zespołu i kontakt telefoniczny.

Korzystanie przez odbiorców z tabletu i internetu nie jest warunkiem koniecznym. Każdorazowo dokonywana będzie ocena zasadności przekazania tabletu i szkolenia „informatycznego” oraz możliwości obsługi urządzenia.

Po stwierdzeniu adekwatności skierowania do objęcia opieką ŚCOPO do domu pacjenta zostanie skierowany informatyk ŚCOPO, który w trakcie rozmowy z opiekunem/pacjentem dokona oceny możliwości i zasadności przekazania tabletu i obsługi telemedycznej.

Wprowadzenie do danego pacjenta/opiekuna usługi telemedycznej będzie związane również z oceną Zespołu ŚCOPO zapotrzebowania na teleopiekę. W zależności od potrzeb pacjenta, opiekuna, stanu psychofizycznego, zachowania pacjenta.

Wyodrębnienie dwóch grup rodzin (objęte wizytami zespołu i kontaktem telefonicznym oraz objęte wizytami zespołu i telemedycyną) ma na celu także porównanie obu grup i zbadanie:

- jakości opieki z telemedycyną i bez;
- nasilenia zgłaszalności problemów, zapotrzebowania na wsparcie;

Posłuży także do wykrywania trudności z wprowadzeniem proponowanego rozwiązania telemedycznego.

W ramach projektu w sprzęt do obsługi połączeń telemedycznych będzie wyposażone 100 rodzin.

Aneks B

Zgodnie z wytycznymi GODO dla wymagań technicznych bezpieczeństwa systemu informatycznego na poziomie wysokim:

- Dostęp do danych powinien być kontrolowany (musi być uwierzytelnianie użytkownika) - spełnione w systemie medycznym e-opieka
- Dostęp do danych i wszelkie operacje na nich powinny być logowane (kto, kiedy, jakie dane dodał, zmienił lub usunął) - spełnione w systemie medycznym e-opieka
- Każdy użytkownik mający dostęp do danych powinien posiadać swój własny identyfikator (nazwę użytkownika) - spełnione w systemie medycznym e-opieka
- Identyfikator użytkownika, który utracił uprawnienia do przetwarzania danych, nie może być ponownie wykorzystany - spełnione w systemie medycznym e-opieka
- Jeżeli uwierzytelniamy użytkowników za pomocą hasła (najczęstszy przypadek) to hasło to powinno mieć minimum 8 znaków, zawierać małe i duże litery oraz cyfry lub znaki specjalne, a także być zmieniane nie rzadziej niż co 30 dni - spełnione w systemie medycznym e-opieka
- Dane wykorzystywane do uwierzytelniania, przesyłane przez sieć publiczną, powinny być szyfrowane (a więc w przypadku aplikacji webowych pomocne będzie użycie SSL) - spełnione w systemie medycznym e-opieka
- Dane osobowe powinny być zabezpieczone poprzez wykonywanie ich kopii zapasowych. Kopie te powinny być oczywiście przechowywane w sposób uniemożliwiający ich przejęcie, modyfikację, uszkodzenie lub zniszczenie. Powinny być także usunięte niezwłocznie po ustaniu ich użyteczności - spełnione w systemie medycznym e-opieka

Rola lekarza rodzinnego w środowiskowym leczeniu pacjentów z chorobami otępiennymi

Lekarz rodzinny odgrywa ważną rolę w opiece nad pacjentami z chorobą otępienną. Praktycznie każdy pacjent posiada lekarza rodzinnego, który w miarę swoich możliwości koordynuje nad nim opiekę. Obecnie jednak ze względu na starzenie się społeczeństwa z jednej strony i ograniczone możliwości opieki ze strony zespołu lekarza rodzinnego nad pacjentem z chorobą otępienną z drugiej, konieczne jest wprowadzenie nowych, efektywnych rozwiązań poprawiających jakość opieki nad pacjentem z chorobą otępienną. Rozwiązaniem takim jest projekt Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach.

I. Zespół lekarza rodzinnego

Zespół lekarza rodzinnego sprawujący opiekę nad populacją dorosłą w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej składa się z lekarza (posiadającego specjalizację z medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych, czasami z lekarza będącego w trakcie kształcenia specjalizacyjnego w tych dziedzinach), pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej i położnej. Poszczególni członkowie zespołu lekarza rodzinnego w Polsce sprawują opiekę nad większymi grupami pacjentów, niż ma to miejsce w większości krajów europejskich. Biorąc pod uwagę fakt starzenia się mieszkańców Polski jest oczywiste, że starzeje się również populacja jaką opiekuje się lekarz rodzinny. Co prowadzi do wzrostu liczby pacjentów z chorobą otępienną pozostających pod opieką jednego lekarza rodzinnego. W wielu państwach, w związku z tym procesem i występowaniem wielochorobowości u osób starszych, zmniejsza się liczbę pacjentów przypadających na jednego lekarza rodzinnego. Dzięki temu udziela większej ilości świadczeń dla mniejszej populacji. W Polsce prawdopodobnie ze względów ekonomicznych i kadrowych z taką praktyką się nie spotykamy tzn. liczba pacjentów przypadających na jednego lekarza rodzinnego nie zmienia się od lat. W zespole lekarza rodzinnego brakuje wielu profesjonalistów medycznych, którzy powinni brać udział w opiece nad pacjentem z chorobą otępienną.

II. Rola lekarza rodzinnego

Rola lekarza rodzinnego w opiece nad pacjentami z chorobą otępienną rozpoczyna się w momencie podejrzenia choroby. Lekarz rodzinny uczestniczy w jej wykrywaniu i stawianiu wstępnej diagnozy. Następnie konsultuje pacjenta u specjalistów zajmujących się leczeniem osób z chorobą otępienną. Po potwierdzeniu wstępnego rozpoznania, lekarz rodzinny z racji ciągłości opieki uczestniczy w opiece nad pacjentem z chorobą otępienną, w kolejnych etapach choroby. Lekarz rodzinny wraz z pielęgniarką środowiskowo-rodzinną zapewnia pacjentowi opiekę medyczną w gabinecie, jak i podczas wizyt domowych. Pacjenci we wczesnej fazie choroby poruszający się samodzielnie lub pod nadzorem opiekuna zwykle zgłaszają się do gabinetu lekarza. Pacjenci z ograniczonymi możliwościami poruszania się i pacjenci leżący wymagają wizyt domowych. Mocną stroną opieki lekarza rodzinnego jest bliski kontakt z pacjentem i jego opiekunami oraz dobra dostępność opieki lekarza rodzinnego w Polsce (często lepsza niż w wielu krajach europejskich). Jednak należy podkreślić, że zespół lekarza rodzinnego nie jest w stanie sam zapewnić kompleksowej opieki pacjentowi z chorobą otępienną.

W opiece nad takimi pacjentami konieczna jest współpraca lekarza rodzinnego z innymi specjalistami.

III. Zadania lekarza rodzinnego w ramach ŚCOPO

Zadania lekarza rodzinnego w ramach ŚCOPO realizowane będą podczas wizyt planowych (zwykle co 3 - 6 miesięcy w zależności od stanu pacjenta) oraz podczas wizyt doraźnych, gdy sytuacja zdrowotna pacjenta ulegnie nagłemu pogorszeniu. Taki model opieki nad pacjentem z chorobą otępienną pozwoli uniknąć wielu hospitalizacji w związku z wczesnym wykrywaniem pogorszenia stanu zdrowia pacjenta. Podczas wizyty obecny powinien być opiekun chorego, który przedstawi lekarzowi problemy, jakie pojawiły się u pacjenta, przekaże swoje wątpliwości dotyczące opieki i leczenia.

Scenariusz wizyty planowej u pacjenta z rozpoznaną chorobą otępienną:

Ocena:

- Zaburzeń zachowania, objawów psychiatrycznych i depresyjnych,
- Badanie neurologiczne,
- Ryzyka upadku - występowanie zaburzeń równowagi, zaburzeń lokomocji, ocena wzroku, słuchu,
- Ocena innych schorzeń współistniejących z chorobą otępienną, a szczególnie:
 - chorób układu sercowo-naczyniowego,
 - cukrzycy,
 - chorób układu ruchu,
 - chorób przewodu pokarmowego,
 - chorób układu oddechowego,
 - skóry,
- Stanu odżywienia. Spadek masy ciała powyżej 2 kg w czasie 3 miesięcy lub więcej niż 4% w czasie 1 roku wymagać będzie diagnostyki w kierunku choroby somatycznej. Jeśli nie stwierdzi się choroby somatycznej będącej przyczyną spadku masy ciała należy wzbogacić dietę pacjenta,
- Stanu fizycznego i emocjonalnego opiekuna oraz jego wydolności w opiece nad pacjentem z chorobą otępienną,

W przypadku wątpliwości co do prawidłowości oceny pacjenta, lekarz rodzinny skorzysta z narzędzia diagnostycznego dla lekarzy rodzinnych stworzonego na potrzeby ŚCOPO (informacje o narzędziu znajdują się w rozdziale dotyczącym roli neurologa). Jeśli w ten sposób nie rozwiąże problemu diagnostycznego będzie korzystał z konsultacji w formie bezpośredniej wizyty domowej lekarza specjalisty ŚCOPO lub telekonsultacji. W tym celu nawiąże kontakt telefoniczny lub przez platformę internetową z odpowiednim specjalistą ŚCOPO. Pozwoli to ustalić dalszy plan postępowania i rozważyć konieczność wizyty domowej specjalisty. W przypadku problemów złożonych lub gdy lekarz rodzinny będzie miał wątpliwości w których jest on kompetencjach skorzysta z pomocy koordynatora ŚCOPO.

Leczenie:

- Ustalenie planu leczenia w tym farmakoterapii zaburzeń poznawczych,
- Włączenie farmakoterapii depresji i objawów psychiatrycznych,
- Skierowanie pacjenta do domu dziennego pobytu,

- Zalecenie aktywności fizycznej i rehabilitacji,
- Racjonalne leczenie chorób współistniejących - stosowanie tylko koniecznych leków,

W przypadku wątpliwości co do zastosowanego leczenia, lekarz rodzinny będzie korzystał z konsultacji w formie wizyt domowych lub telekonsultacji. W tym celu nawiąże kontakt telefoniczny lub przez platformę internetową z odpowiednim specjalistą. Pozwoli to ustalić dalszy plan postępowania i rozważyć konieczność wizyty domowej specjalisty. W przypadku problemów złożonych lub gdy lekarz rodzinny będzie miał wątpliwości w których jest on kompetencjach skorzysta z pomocy koordynatora ŚCOPO.

Edukacja pacjenta i opiekuna:

- Rozmowa z pacjentem i opiekunem na temat choroby otępiennej, jej zaawansowania, postępu. Sposób rozmowy musi być dostosowany do możliwości pacjenta i opiekunów z poszanowaniem wyznawanych przez nich wartości,
- Omówienie dostosowania warunków domowych do stanu pacjenta,
- Przedstawienie możliwości pomocy na jaką może liczyć pacjent i opiekun ze strony lekarza rodzinnego i ŚCOPO,
- Przekazanie informacji na temat innych źródeł pomocy i wsparcia,

Sytuacja prawna pacjenta i opiekuna:

- Jasne określenie uprawnień opiekuna do reprezentowania pacjenta,
- Zgłaszanie wszystkich przypadków podejrzeń przemocy do odpowiednich służb,
- Ocena współpracy z innymi profesjonalistami medycznymi w ramach ŚCOPO,

Każda wizyta powinna zakończyć się pozostawieniem pisemnych zaleceń dla pacjenta i opiekuna. Dzięki temu poprawie ulegnie współpraca pomiędzy pacjentem - lekarzem rodzinnym - opiekunem.

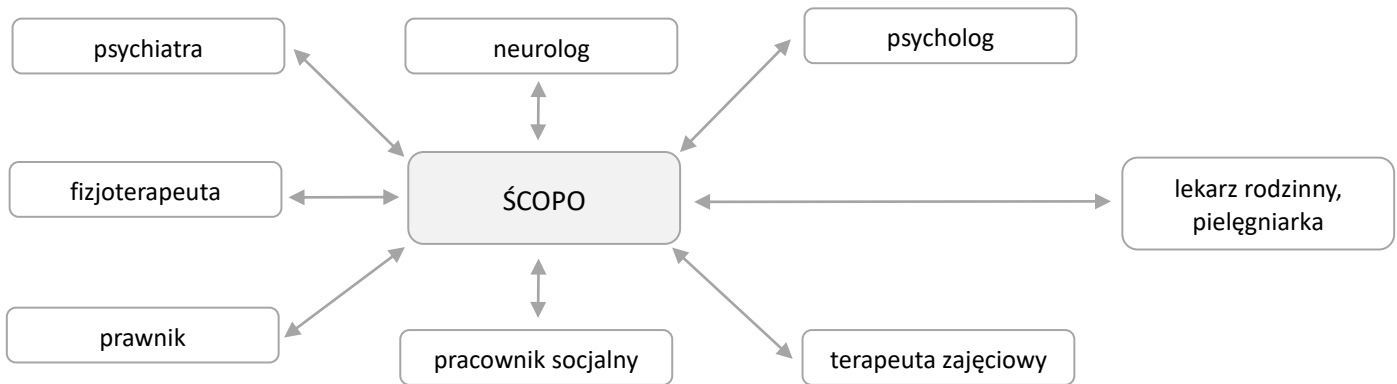
Wizyty doraźne będą odbywały się w przypadku każdego, nagłego pogorszenia stanu pacjenta w związku z chorobą otępienną, jak i chorobami współistniejącymi.

W trakcie sprawowania opieki nad pacjentem z chorobą otępienną i jego opiekunem lekarz rodzinny powinien przestrzegać zasad etycznych zawodu lekarza. Między innymi powinien informować pacjenta o przebiegu choroby i jej rokowaniu z taktem i ostrożnością. Jeśli jest możliwe, wówczas na wczesnym etapie choroby powinien starać się poznać oczekiwania pacjenta w zakresie terapii i opieki, kiedy chory będzie w zaawansowanej fazie choroby. Poza tym powinien przestrzegać obowiązującego prawa, uwzględniać w procesie leczenia decyzje pacjenta i jego opiekuna. W sytuacjach wątpliwych będzie konsultował się z personelem ŚCOPO.

Współpraca lekarza rodzinnego z lekarzami specjalistami i innymi profesjonalistami

Proponowany model współpracy lekarza rodzinnego z ŚCOPO, które koordynowałoby opiekę nad pacjentami z chorobą otępienną, pozwoliłoby na dużo sprawniejszą współpracę pomiędzy lekarzami specjalistami, psychologami, terapeutami, pracownikami socjalnymi, a lekarzem rodzinnym (Schemat 1).

Schemat 1 modelu współpracy w opiece nad pacjentem z chorobą otępienną w oparciu o ŚCOPO z perspektywy lekarza rodzinnego



Pacjent objęty opieką ŚCOPO nadal będzie korzystał z usług swojego lekarza rodzinnego i pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej. Jednak w porównaniu z sytuacją obecną, będzie miał zapewnioną stałą opiekę neurologa, psychiatry, psychologa, fizjoterapeuty czy pracownika socjalnego (w zależności od potrzeb). Po zgłoszeniu pacjenta do ŚCOPO przez opiekuna pacjenta, po konsultacjach specjalistycznych (neurolog, psychiatra, psycholog) lekarz rodzinny otrzyma propozycję planu dalszej opieki i leczenia pacjenta. W przypadku uwag dotyczących zaproponowanego planu, lekarz rodzinny będzie kontaktował się ze specjalistami ŚCOPO, w celu wypracowania jego ostatecznego kształtu. W dalszej kolejności lekarz rodzinny będzie realizował plan podczas regularnych wizyt planowych. W przypadku pogorszenia stanu pacjenta czy pojawienia się nowych niepokojących objawów, lekarz rodzinny będzie miał możliwość kontaktu ze specjalistami drogą telefoniczną lub wykorzystując telekonsultacje. W przypadku potrzeby wizyty specjalisty w domu chorego lekarz rodzinny będzie zgłaszał taką potrzebę bezpośrednio do specjalisty lub koordynatora ŚCOPO. Zasady współpracy zespołu lekarza rodzinnego z ŚCOPO przedstawiają się następująco:

- Lekarz rodzinny informuje opiekuna pacjenta z rozpoznaną chorobą otępienną o ŚCOPO.
- Opiekun pacjenta nawiązuje kontakt ze ŚCOPO.
- ŚCOPO po ocenie stanu pacjenta i sytuacji psychospołecznej rodziny przekazuje informację zwrotną lekarzowi rodzinnemu.
- Lekarz rodzinny wspólnie z ŚCOPO ustala dalszy plan opieki.
- Lekarz rodzinny współpracuje z opiekunem pacjenta.
- Lekarz rodzinny realizuje zaplanowaną opiekę zdrowotną, jak również uczestniczy w doraźnym rozwiązywaniu problemów chorego.
- Lekarz rodzinny zajmuje się dalszym leczeniem innych, niż choroba otępienna schorzeń pacjenta.

Model oparty o ŚCOPO będzie modelem efektywniejszym (szybszy przepływ informacji, szybsze reagowanie różnych uczestników ŚCOPO na potrzeby pacjenta i jego opiekunów), innowacyjnym (brak jest obecnie dostępu do takiej formy opieki), tańszym (skupienie na opiece w miejscu zamieszkania, szybkie reagowanie na nowe problemy pacjenta, eliminacja niepotrzebnych hospitalizacji). Współpraca ze ŚCOPO stanowiłaby dla lekarza rodzinnego duże wsparcie w sprawowaniu opieki nad

pacjentem z chorobą otępienną. Pozwoliłaby na zgłaszanie wszystkich problemów medycznych, socjalnych, prawnych, których rozwiązanie przekracza kompetencje zespołu lekarza rodzinnego w jednym miejscu. Problemy te dzięki analizie przez zespół różnych profesjonalistów pozwoli znaleźć optymalne rozwiązanie dla pacjenta i jego opiekunów. Współpraca lekarza rodzinnego z pacjentem i jego opiekunem będzie ułatwiona również ze względu na wsparcie edukacyjne pacjenta i jego rodziny. Mimo, że choroby otępiennej nie da się wyleczyć, poznanie jej przebiegu, potencjalnych problemów, bardzo ułatwia opiekunom interpretację prezentowanych przez pacjenta objawów. Wiedza na temat przebiegu choroby pozwala opiekunom spokojniej sprawować opiekę i korzystać w sposób przemyślany z systemu opieki zdrowotnej. Obecnie ze względu na ograniczenia czasowe i ograniczenia zasobów podstawowej opieki zdrowotnej uzyskanie pełnej wiedzy przez każdego pacjenta i każdego opiekuna na temat przebiegu choroby i potencjalnych problemów nie jest możliwe. Również wsparcie edukacyjne prowadziłoby do podniesienia jakości opieki nad pacjentami z chorobą otępienną i ich opiekunami. Realizacja opieki według modelu ŚCOPO pozwoli lekarzowi rodzinnemu rozwiązywać więcej problemów pacjenta z chorobą otępienną i jego opiekunów w warunkach ambulatoryjnych, co zapobiegnie niepotrzebnym hospitalizacjom i pozwoli przeciwdziałać izolacji społecznej.

IV. Innowacyjne rozwiązania ŚCOPO w pracy lekarza rodzinnego

Nowym rozwiązaniem będzie możliwość skorzystania z pomocy prawnej zarówno przez opiekunów chorego, jak i lekarza rodzinnego. Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że taka pomoc jest bardzo potrzebna. Wielokrotnie zdarza się, że należy podjąć decyzje dotyczące sposobu czy miejsca leczenia, a pacjent nie może w sposób krytyczny ocenić przedstawionych propozycji. W takich sytuacjach pomoc prawna może przyspieszyć podejmowanie decyzji tak, aby pacjentowi zapewnić optymalną opiekę i leczenie. Obecnie brak jest możliwości skorzystania z pomocy prawnej przez lekarza rodzinnego w opiece nad pacjentem z chorobą otępienną. Wprowadzenie modelu opieki opartego na ŚCOPO zwiększy bezpieczeństwo prawne pacjenta i jego opiekunów jak również zmniejszy dylematy etyczne lekarza rodzinnego wynikające z sytuacji prawnej chorego z chorobą otępienną.

Innowacyjnym rozwiązaniem będzie wprowadzenie możliwości przeprowadzenia telekonsultacji z pracownikami ŚCOPO. Taka forma konsultacji dla zespołu lekarza rodzinnego jest rozwiązaniem nowym, które dotychczas nie funkcjonuje w podstawowej opiece zdrowotnej. Korzyścią tej formy konsultacji pomiędzy lekarzem rodzinnym, a personelem ŚCOPO będzie możliwość rozmowy ze specjalistami opiekującymi się pacjentem. Co wpłynie na jakość opieki i pomoże ograniczyć niepotrzebne wizyty specjalistów w domu chorego. Poza tym taka forma konsultacji może być wykorzystana do omówienia problemów pielęgniarских, psychologicznych czy socjalnych chorego bez konieczności spotykania się zespołu lekarza rodzinnego z zespołem ŚCOPO. Konsultacje telemedyczne znajdują prawdopodobnie szczególnie duże zastosowanie w placówkach lekarza rodzinnego oddalonych od ŚCOPO.

Lekarz rodzinny oprócz udziału w prowadzeniu pacjenta ze względu na chorobę otępienną odpowiada za leczenie innych schorzeń pacjenta. Jego zadaniem jest koordynacja opieki nad pacjentem i optymalne prowadzenie farmakoterapii, jak i leczenia niefarmakologicznego.

V. Szkolenia zespołu lekarza rodzinnego

Ważnym elementem modelu ŚCOPO będzie ścisła współpraca wszystkich profesjonalistów medycznych. Aby współpraca była jak najlepsza, w ramach modelu ŚCOPO został skonstruowany Program Szkoleniowy dla lekarzy POZ: Psychogeriatrya praktyczna. Praktyczny kurs uzupełniający dla lekarzy POZ. Model opieki oparty na ŚCOPO będzie wymagał licznych szkoleń lekarzy rodzinnych, zarówno dotyczących różnych aspektów leczenia, jak i opieki nad pacjentem z chorobą otępienną. Już dzisiaj wiemy, że potrzeby w tym zakresie są ogromne, a dostęp do szkoleń ograniczony. Dlatego dzięki uzyskaniu przez lekarzy rodzinnych nowej wiedzy i nabyciu nowych umiejętności w trakcie zaproponowanego szkolenia, poprawie ulegnie jakość opieki nad tą grupą pacjentów. Ścisła współpraca ze ŚCOPO stwarza możliwość prowadzenia szkoleń w formie wykładów i seminariów, a prowadzenie własnych pacjentów we współpracy z ŚCOPO daje możliwość zdobycia umiejętności praktycznych pod przewodnictwem wykwalifikowanej kadry ŚCOPO. Prowadzone szkolenia przyczynią się do poprawy jakości opieki nad pacjentami z chorobą otępienną i ich opiekunami. Innowacyjność szkoleń w ramach ŚCOPO będzie polegała na ich praktycznym charakterze i wykorzystaniu narzędzi teleinformatycznych.

Psychogeriatrya praktyczna.
Praktyczny kurs uzupełniający dla lekarzy POZ.

Charakterystyka kursu

Celem kursu jest przekazanie praktycznej wiedzy, umiejętności i postawy z zakresu psychogeriatryi. Program kursu jest rezultatem współpracy specjalistów różnych dziedzin, mających wieloletnie doświadczenie w pracy z pacjentami psychiatrycznymi i neurologicznymi w wieku podeszłym. Głównym kryterium doboru tematów i materiałów szkoleniowych była potrzeba zebrania maksimum wiedzy niezbędnej dla lekarza pragnącego skutecznie pracować z pacjentem psychogeriatrycznym. Zajęcia prowadzone są przez lekarzy (psychiatrów i neurologów) oraz psychologów mających min. 2-letnie doświadczenie w pracy z pacjentem psychogeriatrycznym.

Uczestnicy kursu

Kurs przeznaczony jest dla lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej zatrudnionych i/lub mających własną praktykę lekarską.

Plan zajęć

Kurs będzie składał się z modułu teoretycznego i praktycznego. Zajęcia teoretyczne kursu będą realizowane w formie ćwiczeń i wykładów. Łączny wymiar 20 godzin szkolenia teoretycznego, rozłożonych na 2 dni szkoleniowe. Po ukończeniu części teoretycznej uczestnicy szkolenia wezmą udział w części praktycznej, obejmującej zajęcia stażowe od opieką lekarzy psychiatrów i neurologów oraz psychologów (łącznie 10 godzin stażowych – 6 pod opieką lekarza i 4 pod opieką psychologa).

Część teoretyczna

Umiejętności wynikowe

- pogłębiona, praktyczna wiedza umożliwiająca sprawne różnicowanie pomiędzy różnymi rodzajami problemów psychogeriatrycznych oraz skuteczne leczenie,
- umiejętności komunikacji z chorym i jego opiekunem z uwzględnieniem 'bilansu choroby' i psychoedukacji,
- tworzenie sprawnie funkcjonującego zespołu psychogeriatrycznego oraz umiejętność współpracy w ramach zespołu,
- precyzyjne nadzorowanie przebiegu chorób i skuteczna farmakoterapia,

Tabela 1. Ramowy program kursu

Temat zajęć	Ilość godzin	Prowadzący
Schorzenia prowadzące do otępienia i ich szczegółowa charakterystyka	2	Lekarz
Otępienia: diagnostyka i leczenie podstawowe	1,5	Lekarz
Postępowanie neurologiczne z pacjentem otępiętym trafiającym do lekarza POZ	2	Lekarz
Komunikacja z pacjentem otępiętym	0,5	Lekarz, Psycholog

Temat zajęć	Ilość godzin	Prowadzący
Zaburzenia afektywne, psychotyczne, osobowości i zachowania.	1	Lekarz
Wpływ leków na funkcje poznawcze, emocje i zachowanie. Zasady farmakoterapii w psychogeriatric i neurogeriatric.	1	Lekarz
Metody kontrolowania i monitorowania przebiegu choroby	0,5	Lekarz
Rola psychoedukacji pacjenta i opiekuna oraz współpraca w leczeniu chorych z otępieniem	1	Lekarz, Psycholog
Oczekiwania lekarzy od pozostałego zespołu psychogeriatricznego (psycholog, pielęgniarka, terapeuta, rehabilitant, pracownik socjalny) – jak współpracować w opiece nad pacjentem?	0,5	Lekarz
Opieka środowiskowa w psychogeriatric	1	Lekarz, Psycholog
Praktyczne ćwiczenia z diagnostyki psychogeriatricznej	1	Lekarz
Praktyczne ćwiczenia ze stanów nagłych w psychogeriatric	1	Lekarz
Rola psychologa w zespole psychogeriatricznym, zaburzenia poznawcze w chorobach otępiennych, diagnoza i rehabilitacja neuropsychologiczna.	3	Psycholog
Problemy prawne/ ustawowe i instytucjonalne w pracy z pacjentem z chorobą otępienną	1	Lekarz
Problemy psychologiczne rodzin pacjentów z chorobami otępiennymi	1	Psycholog
Rola i miejsce narzędzi teleinformatycznych w leczeniu pacjentów z otępieniem	2	Lekarz, Psycholog

Schorzenia prowadzące do otępienia i ich szczegółowa charakterystyka

- schorzenia centralnego układu nerwowego prowadzące do otępienia i ich szczegółowa charakterystyka,
- schorzenia pozaneurologiczne prowadzące do otępienia,
- wyjaśnienie ząębiana się zjawisk neurologicznych i psychiatrycznych w chorobach otępiennych,

Otępienia: diagnostyka i leczenie podstawowe:

- znajomość podstawowych pojęć,
- znajomość podstawowych zespołów otępiennych,
- metody diagnostyki przesiewowej,
- jak postępować przed dotarciem pacjenta do specjalisty,
- rola lekarza POZ w leczeniu chorych otępiennych,

Postępowanie neurologiczne z pacjentem otępiąłym trafiającym do lekarza POZ:

- - badanie neurologiczne pacjenta otępiąłego,
- - algorytm neurologicznego postępowania z pacjentem otępiąłym trafiającym do lekarza POZ,
- neurologiczna atypowość schorzeń otępiennych,
- neurologiczne stany „zaostżenia” w otępieniach,

- rozróżnianie zaburzeń neurologicznych (w tym zaburzeń lokomocji) od zaburzeń psychicznych w otępieniu,

Komunikacja z pacjentem psychogeriatrycznym i jego opiekunem:

- zbieranie wywiadu od pacjenta i opiekuna,
- jak oceniać pacjenta z utrudnionym kontaktem,
- jak motywować pacjenta i opiekuna do leczenia,
- jak postępować w razie odmowy leczenia,

Zaburzenia afektywne, psychotyczne, osobowości i zachowania:

- zaburzenia afektywne związane z wiekiem podeszłym,
- zaburzenia psychotyczne związane z wiekiem podeszłym,
- zaburzenia zachowania związane ze schorzeniami psychogeriatrycznymi,
- charakterystyczny profil psychiatryczny otępień neurozwyrodnieniowych, naczyniowych, korowych i podkorowych,

Wpływ leków na funkcje poznawcze, emocje i zachowanie. Zasady farmakoterapii w leczeniu chorych z otępieniem:

- leki ogólnoustrojowe z możliwym wpływem na sprawność psychiczną,
- leki szczególnie przeciwwskazane przy postawieniu rozpoznania psychogeriatrycznego,
- leki, które należy stosować szczególnie ostrożnie u pacjentów psychogeriatrycznych,
- zasady wdrażania leczenia,

Metody kontrolowania i monitorowania przebiegu choroby:

- monitorowanie schorzeń ogólnoustrojowych i znaczenie tego faktu,
- monitorowanie aktywności pacjenta,
- monitorowanie objawów ubocznych stosowanych leków (moczopędne, spowalniające AS, hipotensyjne, wywołujące EPS, zaburzenia elektrolitowe, lipidowe, węglowodanowe),
- monitorowanie czynności dnia codziennego (w tym odżywiania),
- monitorowanie zaburzeń zachowania dla uzmysłowienia opiekunowi poprawy,
- konieczność neuropsychologicznego monitorowania lekkiego otępienia,

Rola psychoedukacji pacjenta i opiekuna oraz współpraca w leczeniu pacjentów z otępieniem:

- psychoedukacja wstępna – wiedza o chorobie,
- psychoedukacja zasad terapii (oczekiwania i realne możliwości),
- kontrakt terapeutyczny i zasady współpracy (egzekwowanie odpowiedzialności ze strony opiekunów),
- doradcza rola personelu medycznego,

Oczekiwania lekarzy od pozostałego zespołu psychogeriatrycznego (psycholog, pielęgniarka, terapeuta, rehabilitant, pracownik socjalny) – jak współpracować w opiece nad pacjentem?

- wielokierunkowość otępień,
- choroba otoczenia i pacjenta,
- znaczenie diagnozy neuropsychologicznej,
- znaczenie diagnozy środowiskowej,
- znaczenie edukacji,

- znaczenie wsparcia,

Opieka środowiskowa w psychogeriatricii:

- organizacja opieki środowiskowej w psychogeriatricii,
- cele i zadania w opiece środowiskowej,

Praktyczne ćwiczenia z diagnostyki psychogeriatricznej:

- metody oceny pacjenta w praktyce codziennej,
- elementy szybkiej oceny pacjenta (szczególnie sugerujące określone rozpoznania),
- metody podstawowego monitorowania stanu pacjenta,
- metody monitorowania leczenia,

Praktyczne ćwiczenia ze stanów nagłych w psychogeriatricii:

- rodzaje stanów nagłych i ich definicje,
- metody diagnostyczne (rola detektywa psychogeriatricznego),
- metody pozafarmakologiczne postępowania w stanach nagłych,
- praktyczne postępowanie farmakoterapeutyczne,

Rola psychologa w zespole psychogeriatricznym, zaburzenia poznawcze w chorobach otępiennych, diagnoza i rehabilitacja neuropsychologiczna:

procesy poznawcze – norma i otępienie,
rozumienie znaczenia diagnozy neuropsychologicznej,
rozumienie znaczenia psychoedukacji i terapii,
metody, możliwości i ograniczenia rehabilitacji w psychogeriatricii,

Problemy prawne/ ustawowe i instytucjonalne w pracy z pacjentem z chorobą otępienną:

- problemy prawne/ustawowe i instytucjonalne w pracy z pacjentami chorującymi na otępienie i sposoby ich rozwiązywania,

Problemy psychologiczne rodzin pacjentów z chorobami otępiennymi:

- potrzeba wsparcia psychologicznego,
- Caregiver Burden (CB) - ang. obarczenie, obciążenie, odpowiedzialność, obowiązek opiekuna,
- manipulacja u pacjentów psychogeriatricznych,
- psychoedukacja i psychoterapia,

Rola i miejsce narzędzi teleinformatycznych w diagnozowaniu, leczeniu i opiece nad pacjentami z otępieniem i ich opiekunami:

- możliwości wykorzystania telemedycyny w opiece nad pacjentem i jego rodziną,
- rola lekarza w postępowaniu telemedycznym,

Cel części stażowej:

- poznanie organizacji i funkcjonowania nowoczesnej jednostki psychogeriatricznej,
- poznanie metod badania i leczenia według standardów psychogeriatricznych,
- poznanie funkcjonalnej struktury współpracy pomiędzy lekarzem a psychologiem w pracy z pacjentami w wieku podeszłym,
- poznanie użytecznych metod diagnozy różnicującej w schorzeniach psychogeriatricznych,



Umiejętności wyniesione – moduł lekarski stażu:

- przeprowadzenie samodzielnego badania pacjenta psychogeriatrycznego oraz postawienie rozpoznania.
- Zaprojektowanie własnego schematu organizacji pracy na podstawie zaprezentowanego wzorca.
- Zaplanowanie terapii dostosowanej do potrzeb pacjenta.
- Korzystanie z badań neuropsychologicznych.

Umiejętności wyniesione – moduł psychologiczny:

- Wiedza dotycząca przeprowadzania wywiadu i badania psychologicznego.
- Wiedza dotycząca współpracy z psychologiem na każdym etapie procesu diagnostyki i leczenia zaburzeń psychogeriatrycznych.
- Interpretowanie i korzystanie z wyników badania psychologicznego.

ROLA PIEŁĘGNIARKI ŚCOPO

Pielęgniwanie osób starszych z chorobą otępienną jest trudną sztuką ze względu na występowanie złożonych problemów zdrowotnych, pielęgnacyjnych i społeczno-psychologicznych. Niezbędne jest posiadanie szerokiej wiedzy o procesie starzenia się człowieka, implikacji zdrowotnych zachodzących zmian inwolucyjnych i chorobowych, wiedzy psychologicznej, pedagogicznej, medycznej oraz z zakresu pielęgniarstwa. Pielęgniarka w realizacji swoich zadań wykorzystuje ją do promowania zdrowia, działań profilaktycznych, usprawniania, przywracania i utrzymywania wydolności funkcjonalnej oraz poprawy jakości życia osób starszych. Pielęgniwanie osób w podeszłym wieku ma na celu poprawę zachowań zdrowotnych, minimalizację strat, powikłań wynikających ze schorzeń oraz wieku, udział w procesie diagnozowania i leczenia oraz zapewnienie godnego umierania. Pielęgniarki dokonują oceny potrzeb zdrowotnych, diagnozują problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze, oceniają deficyt w zakresie samoopieki i samopielęgnacji, określają wydolność funkcjonalną, planują cele opieki i zadania, edukują pacjentów i ich opiekunów w zakresie sprawowania opieki. Prowadzą również poradnictwo zdrowotne. W krajach o wysokim poziomie opieki zdrowotnej i społecznej pielęgniarce są koordynatorami geriatrycznej opieki domowej i instytucjonalnej. Sprawują nadzór merytoryczny nad personelem pomocniczym zapewniającym usługi opiekuńcze. Zadaniem personelu pomocniczego jest natomiast udzielanie pomocy w zakresie podstawowych czynności codziennych, pomoc w poruszaniu się, toalecie, ubieraniu i spożywaniu posiłków. Pielęgniarki zobowiązane są do zapewnienia specjalistycznej opieki, uczą pielęgnacji opiekunów, prowadzą poradnictwo w zdrowiu i w chorobie. Osoby starsze, zwłaszcza przewlekłe chore z otępieniem na dłuższy czas stają się odbiorcami świadczeń różnych instytucji opieki zdrowotnej i społecznej.

Główna rola pielęgniarki w ŚCOPO polegać ma na świadczeniu pomocy i edukacji w zakresie prawidłowego pielęgnowania chorego z otępieniem. Opieka nad pacjentem będzie planowana indywidualnie, w tym także podejście pielęgniarki będzie oparte na indywidualnym planie opieki skierowanym do pacjenta i opiekuna/rodziny. Pielęgniarka ŚCOPO pracująca w środowisku chorego będzie wykonywała samodzielnie wiele zadań, współpracując z lekarzem, rehabilitantem, pracownikiem socjalnym i z psychologiem i innymi pracownikami/partnerami ŚCOPO. W tym aspekcie będzie pełniła funkcję jakby asystenta pomagającego rodzinie w uzyskaniu optymalnej opieki.

W pierwszym etapie pielęgniarka będzie dokonywać oceny adekwatności zgłoszenia do ŚCOPO przy użyciu narzędzia diagnostycznego stworzonego na potrzeby ŚCOPO (więcej o narzędziu w rozdziale poświęconym roli neurologa). W przypadku wątpliwości co do adekwatności zgłoszenia pacjenta do opieki ŚCOPO pielęgniarka będzie korzystała z konsultacji lekarza specjalisty ŚCOPO (psychiatry lub neurologa). Zgłoszenie uznane za nieadekwatne zgłosi koordynatorowi ŚCOPO.

Jeśli pielęgniarka ŚCOPO oceni zgłoszenie jako adekwatne, dokona dalszej pielęgniarzkiej diagnozy

stanu chorego oraz sytuacji psychospołecznej rodziny/opiekuna. W oparciu o dokonaną ocenę na bazie przyjętej dokumentacji pacjenta/rodziny dobrana będzie indywidualna pomoc pracowników ŚCOPO. Pielęgniarka zapewniając indywidualną ocenę problemów i potrzeb pacjenta pełniłaby rolę doradcy zdrowia i pielęgnacji oraz koordynatora działań. W założeniu współpracowałaby również z pozostałymi pracownikami ŚCOPO.

Pielęgniarka ŚCOPO współpracuje z pielęgniarkami rodzinnymi w POZ oraz lekarzem rodzinnym w zakresie przekazania wybranych informacji o pacjentach z otępieniem, którzy znajdują się pod opieką ŚCOPO. W szczególności dotyczy to pacjentów wymagających opieki stałej i długoterminowej.

I. Standard pracy pielęgniarki w opiece nad pacjentem z chorobą otępienną.

Założenia standardu

W standardzie opisano kompetencje pielęgniarki opracowane na bazie ustawy o zawodzie, kodeksu etyki zawodowej, standardów w opiece geriatrycznej, Narodowego Planu Ochrony Zdrowia Psychicznego, opisu założeń Modelu leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych oraz innych dokumentów w tym Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020.

Praca pielęgniarki w ŚCOPO będzie wymagała odpowiedniego przygotowania teoretycznego oraz praktycznego, znajomości standardu postępowania oraz udzielania porad poprzez system teleopieki. Należy zaznaczyć, iż wymagać to będzie specjalistycznego przygotowania i dodatkowego szkolenia. Pielęgniarka pracę swoją z pacjentem/rodziną będzie wykonywała w oparciu o standard postępowania oraz instruktaż (opisane poniżej).

Główne zadania pielęgniarki ŚCOPO to:

- Zadania pielęgnacyjne wykonywane przez pielęgniarkę ŚCOPO są istotnie ważne w opiece nad osobami z otępieniem. Szczególnie ważna jest ocena stanu sprawności w zakresie samoobsługi (ADL- Activities of Daily Living, IADL- Instrumental Activities of Daily Living, ocena ryzyka wystąpienia odleżyn i inne) w zależności od stanu chorego. Ocena pozwala na nakreślenie planu opieki i sprawną jego realizację.
- Przy podnoszeniu poziomu opieki istotne jest wspomaganie czynności życia codziennego osób starszych poprzez edukację opiekunów rodzinnych, opiekunów społecznych i innych osób bezpośrednio zajmujących się chorym oraz koordynacja tych działań. Edukacja dotyczy złożonych i prostych czynności dnia codziennego między innymi: wychodzenia po zakupy, przygotowywania i spożywanie posiłków, wykonywania prac w domu, kąpieli, korzystania z toalety, poruszania się, ubierania się, wyprania swoich rzeczy, gospodarowania środkami finansowymi, przyjmowania leków i innych.
- Pielęgniarka ŚCOPO prowadzi również obserwację stanu zdrowia chorego, zapobiega jego pogorszeniu oraz reaguje na każde niekorzystne zmiany w jego funkcjonowaniu.
- Pielęgniarka ŚCOPO prowadzi poradnictwo w zakresie promowania zdrowia, profilaktyki powikłań poprzez przekazywanie wiedzy na temat choroby i postępowania pielęgnacyjnego.

Umożliwia to wczesne rozpoznawanie przez pacjenta i jego opiekunów stanów wymagających udzielenia szybkiej pomocy.

- Pielęgniarka będzie również pełnić dyżury w ŚCOPO poprzez system teleopieki, udzielając porad pacjentom i opiekunom. Będzie również mogła udzielać konsultacji innym pielęgniarkom (POZ, opieki długoterminowej i inne) w zakresie swoich kompetencji.

II. Zasady współpracy w zespole ŚCOPO.

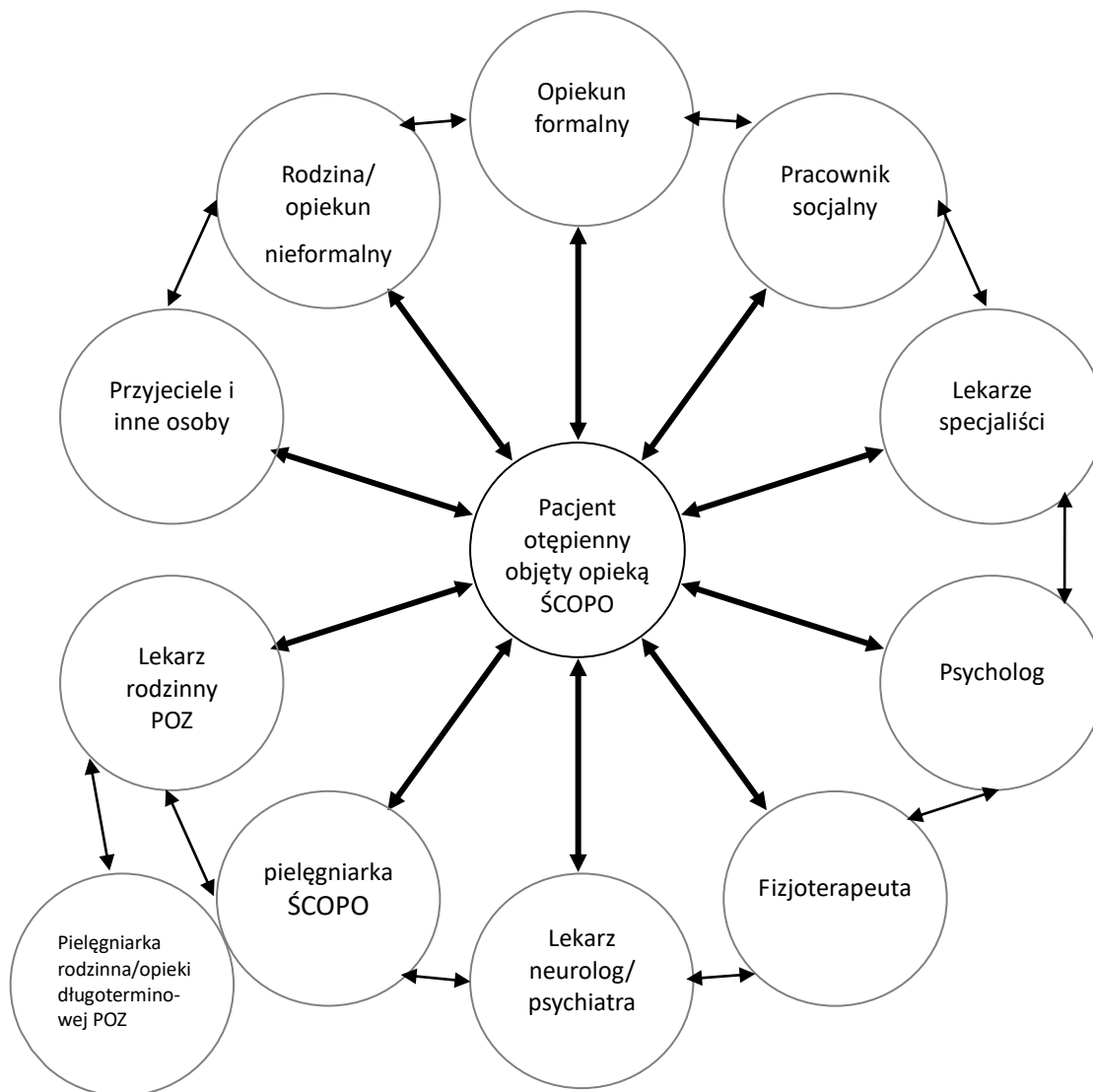
Współpraca w zespole opierać się będzie na zasadzie partnerstwa specjalistów.

W centrum uwagi zespołu ŚCOPO pozostaje pacjent. Sieć oddziaływań i interakcji w tym modelu jest złożona. Pielęgniarka posiadająca bezpośredni kontakt z pacjentem w opiece domowej, bezpośrednio współpracuje z koordynatorem ŚCOPO oraz członkami zespołu specjalistów (pracownikami i partnerami ŚCOPO). Na podstawie zlecenia od koordynatora ŚCOPO pielęgniarka jako pierwsza osoba uda się do pacjenta w celu rozpoznania jego problemów i potrzeb, a także potrzeb systemu rodzinnego. Następnie na bazie dokonanej oceny, do pacjenta i rodziny będzie skierowana odpowiednia, do potrzeb i problemów pomoc specjalistyczna.

Obieg informacji o pacjencie i rodzinie będzie elektroniczny tzn. każdy z członków zespołu specjalistów będzie miał dostęp do odpowiednich dla siebie informacji oraz będzie je zamieszczał w specjalnie do tego przygotowanym programie. Pielęgniarka będzie porozumiewała się z członkami zespołu bezpośrednio i pośrednio poprzez system teleopieki.

Model współpracy specjalistów w opiece nad chorym otępiennym w ramach ŚCOPO przedstawiono na poniższym rysunku.

Schemat 1 Model opieki skoncentrowany na pacjencie realizowany w ramach ŚCOPO- interakcje między specjalistami ŚCOPO w opiece nad pacjentem z otępieniem



III. Standard opieki nad pacjentem z otępieniem w praktyce pielęgniarskiej w ŚCOPO

Grupa opieki:

- pacjent w środowisku domowym z zespołem otępiennym, szczególnie częściowo zależny w czynnościach dnia codziennego (otępienie lekkiego i średniego stopnia: 23-11p MMSE) oraz jego rodzina/opiekun we współpracy z pielęgniarką rodzinną i lekarzem rodzinnym POZ.
- pacjent z otępieniem głębokim (10p i poniżej w skali MMSE i/lub 40p i poniżej w skali D. Barthel) będzie zgłoszony do pielęgniarki rodzinnej i dalej do opieki długoterminowej.
- możliwe będzie udzielanie porad zarówno rodzinie/opiekunom przez pielęgniarkę ŚCOPO.

Standard opieki nad pacjentem z otępieniem powstał na potrzeby projektu powstania ŚCOPO. Standard jest wzorem świadczenia opieki nad chorym w starszym wieku z otępieniem i dotyczy opieki sprawowanej w środowisku zamieszkania pacjenta.

Standard obejmuje zasady opieki nad chorym ze zdiagnozowanym zespołem otępiennym o różnym podłożu.

Pielęgniarka ŚCOPO

Za realizację powierzonych zadań odpowiedzialna jest pielęgniarka z wykształceniem wyższym magister pielęgniarstwa lub licencjat i/lub dodatkowo ze specjalizacją: geriatryczną lub psychiatryczną, neurologiczną, zachowawczą, pielęgniarstwa rodzinnego, paliatywną, opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji lub kursów kwalifikacyjnych z w/w dziedzin.

Zadania te pełnić może również pielęgniarka z doświadczeniem w pracy z pacjentami geriatrycznymi, psychogeriatrycznymi po przeszkoleniu. Planowane są dodatkowe szkolenia z zakresu działania ŚCOPO.

Pielęgniarka ŚCOPO:

- posiada wiedzę kliniczną z zakresu rozpoznawania, leczenia, profilaktyki, rehabilitacji oraz postępowania pielęgniarskiego z pacjentem z otępieniem.
- posiada odpowiednie kwalifikacje w zakresie pielęgnowania pacjenta z zespołem otępiennym.
- ustawicznie dokształca się w ww zakresie.
- posiada niezbędne cechy i postawę zawodową w opiece nad pacjentem.
- posiada umiejętności nawiązania dialogu z pacjentem oraz opiekunami.
- posiada umiejętności prowadzenia oceny, badania fizykalnego i obserwacji pacjenta.
- korzysta z dostępnych narzędzi pomiaru i oceny między innymi: skale ADL, IADL, GDS, MMSE, Barthel, Norton ryzyka odleżyn, CDS i inne w zależności od potrzeb.
- potrafi profesjonalnie zareagować w przypadku różnych zmian w zachowaniu i stanie emocjonalnym pacjenta oraz zmian w stanie fizycznym.
- współpracuje z pacjentem, rodziną, zespołem ŚCOPO w zakresie zapewnienia wysokiej jakości opieki.
- potrafi zaplanować i zorganizować opiekę nad chorym i rodziną.
- posiada wiedzę z zakresu możliwości różnego rodzaju wsparcia dla pacjenta i rodziny przez organizacje pozarządowe, pomoc społeczną, grupy samopomocy, ośrodki kultury i inne.

Sprzęt:

- teczka z dokumentacją pacjenta, tablet, plik skal oceny, neseser z drobnym sprzętem monitorującym: aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi, glukometr, termometr, stetoskop i inne.
- broszury informacyjno - edukacyjne dotyczące opieki nad chorym i inne.

Rola pielęgniarki ŚCOPO:

- Pielęgniarka **ŚCOPO** będzie pełnić rolę koordynatora i doradcy/asystenta w zakresie pielęgnowania dla pacjentów i wsparcia opiekunów chorych z otępieniem w systemie teleopieki oraz wizyt domowych.
- Pielęgniarka będzie również świadczyła konsultacje dla pielęgniarki rodzinnej i/lub opieki długoterminowej/POZ w zakresie opieki w systemie teleopieki.
- Pielęgniarka będzie współpracować z pielęgniarkami rodzinnymi POZ oraz lekarzem rodzinnym oraz pielęgniarką opieki długoterminowej.
- Pielęgniarka będzie ściśle współpracować z całym zespołem ŚCOPO.
- Pielęgniarka współpracuje również z bezpośrednim opiekunem pacjenta w zakresie prowadzonej opieki.

Zadania pielęgniarki ŚCOPO:

- ocena adekwatności zgłoszenia pacjenta do ŚCOPO przy pomocy narzędzia diagnostycznego stworzonego na potrzeby ŚCOPO,
- ocena funkcji poznawczych w skali MMSE oraz sprawności w skali D.Barthel - zakwalifikowanie pacjenta do opieki zespołu ŚCOPO,
- ocena stanu ogólnego chorego,
- ocena stanu higienicznego,
- ocena nawodnienia i odżywienia,
- przeprowadzenie obserwacji oraz oceny na podstawie dostępnych skal ryzyka odleżyn występującego u pacjenta (*skala Norton*),
- dokonanie oceny istniejących już odleżyn (np.5- stopniowa skala Torrance`a lub wg skali EUAP),
- ocena sprawności funkcjonalnej(skale ADL, IADL),
- ocena stopnia samodzielności w realizacji potrzeb bio-psycho-fizycznych,
- ocena poziomu zależności od opieki (skala CDS),
- ocena udziału rodziny/opiekuna w opiece nad pacjentem
- ocena potrzeb chorego i systemu rodzinnego,
- zdefiniowanie subiektywnych problemów zgłaszanych przez pacjenta, obiektywnie spostrzeganych przez pielęgniarkę oraz potencjalnie grożących powikłań wynikających ze stanu pacjenta,
- zaplanowanie działań zapobiegawczych, leczniczych, edukacyjnych, promujących zdrowie i rehabilitacyjnych,
- wpisanie danych z badań w elektroniczny system obiegu informacji,
- wskazanie propozycji osób ze ŚCOPO (lekarz, psycholog, pracownik socjalny, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, opiekunka, prawnik) do udzielenia konsultacji i/lub pomocy dla pacjenta, opiekuna i rodziny,

- współpraca z zespołem ŚCOPO w tym głównie z koordynatorem w zakresie planowania i realizacji pomocy choremu i rodzinie,
- udzielanie wskazówek i porad dotyczących opieki nad pacjentem opiekunowi rodzinnemu oraz opiekunowi pomocy społecznej,
- systematyczna obserwacja i ocena stanu chorego w określonych odstępach czasu wg potrzeb i problemów pacjenta, nie rzadziej niż co 3 miesiące,
- współpraca z pielęgniarkami rodzinnymi POZ oraz opieki długoterminowej w zakresie przekazywania informacji o pacjencie wymagającym konkretnych zabiegów leczniczych np. iniekcje, cewnikowanie, leczenie ran i inne. (Szczegółowy zakres zadań i współpracy pielęgniarek w opiece nad pacjentem z otępieniem zamieszczono w załączniku 1),
- proponowanie dostosowanie środowiska domowego materialnego i ludzkiego do potrzeb pacjenta,
- proponowanie wprowadzenie modyfikacji w mieszkaniu chorego dotyczące wyposażenia (odpowiednie łóżko, sprzęt pomocniczy do przemieszczania się, oświetlenie, oznakowanie sprzętów domowych i codziennego użytku, zabezpieczenia wyjść, klamek i okien, zabezpieczenia antypoślizgowe, bezpieczne ciągi komunikacyjne i inne),
- ocena we współpracy z psychologiem wydolność opiekuńczą rodziny,
- współpraca z fizjoterapeutą i terapeutą zajęciowym w zakresie oceny sprawności ruchowej, manualnej i innej.

Organizacja pracy:

- realizowanie świadczeń według harmonogramu działalności ŚCOPO w zakresie wizyt domowych w zależności od potrzeb pacjenta nie rzadziej, niż raz na 2 tygodnie u osób z otępieniem średniego stopnia oraz raz w miesiącu u pacjentów z otępieniem lekkim. W tym okresie pielęgniarka będzie również udzielać porad poprzez system teleopieki.
- czas przeznaczony na pierwszą wizytę to ok.2h.
- na następne wizyty kontrolne przewidywany czas 1-2h. Jest to czas poświęcony na dokonanie obserwacji i oceny stanu chorego, problemów i potrzeb według narzędzia oceny pielęgniarskiej w procesie pielęgnowania oraz udzielenie porad i edukację opiekunów.
- pielęgniarka nie może mieć pod bezpośrednią opieką jednocześnie więcej niż 30 pacjentów/rodzin.
- pielęgniarka będzie udzielać porad poprzez system teleopieki według harmonogramu pracy.
- dokumentacja pielęgniarska pacjenta znajduje się w siedzibie ŚCOPO. Dokumentacja obejmuje: Narzędzie Oceny Potrzeb Systemu Rodzinnego, Dokumentacja pielęgnowania pacjenta w starszym wieku z zespołem otępiennym.
- pielęgniarka stosuje standaryzowane skale oceny i obserwacji pacjenta
- pielęgniarka ma obowiązek ustawicznego dokształcania się w tym zakresie.
- pielęgniarka monitoruje ogólny stan pacjenta w czasie każdej wizyty, natomiast ocenę kompleksową wykonuje co pół roku.
- pielęgniarka przestrzega zasad etyki zawodowej (Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej) w pracy z pacjentem/rodziną.

Zakłada się, że w wyniku prowadzonych oddziaływań zwiększy się jakość życia oraz poczucie bezpieczeństwa pacjenta i jego rodziny/opiekunów. Uzyskane wsparcie ze strony zespołu specjalistów

ŚCOPO pozwoli na uniknięcie zbędnych hospitalizacji i zbyt wczesnego przejścia do opieki instytucjonalnej.

Instrukcja postępowania dla pielęgniarki ŚCOPO w czasie pierwszej wizyty:

- ocena adekwatności zgłoszenia pacjenta do ŚCOPO przy użyciu narzędzia diagnostycznego stworzonego na potrzeby ŚCOPO.
- ocena funkcji poznawczych w skali MMSE oraz sprawności w skali D.Barthel
- zebranie wywiadu ogólnego oraz ukierunkowanego na główne schorzenie oraz szczególnie stan psychiczny pacjenta, zgodnie z przyjętym schematem dokumentacji pielęgniarskiej.
- ocena dokonanych pomiarów parametrów życiowych, objawów świadczących o nieprawidłowym funkcjonowaniu poszczególnych układów ze szczególnym uwzględnieniem stanu świadomości, funkcji poznawczych, stanu psychicznego w tym nastroju i lęku w zależności od potrzeb.
- ocena stanu higienicznego.
- ocena stanu nawodnienia i odżywienia (*BMI- body mass index, WHR*).
- przeprowadzenie obserwacji oraz oceny na podstawie dostępnych skal ryzyka odleżyn występującego u pacjenta (*skala Norton*).
- dokonanie oceny istniejących już odleżyn (np. 5-stopniowa skala Torrance'a lub wg skali EUAP).
- ocena sprawności funkcjonalnej za pomocą standaryzowanych skal (*skala ADL, IADL*).
- określenie deficytu w zaspokajaniu potrzeb bio-psycho-społecznych, deficytu samoopieki i samopielęgnacji, problemów pielęgnacyjnych na bazie *CDS-scale*.
- ocena udziału rodziny/opiekuna w opiece nad pacjentem
- ocena potrzeb chorego i systemu rodzinnego - skala oceny systemu rodziny- Narzędzie Oceny Potrzeb Systemu Rodzinnego. W przypadku gdy dokonana diagnoza wykaże konieczność konsultacji psychiatrycznej (nasilenie objawów psychicznych) pielęgniarka ŚCOPO pogłębia wywiad dotyczący zaburzeń psychiatrycznych zgodnie ze wskazówkami lekarza psychiatry opracowanymi w ramach modelu ŚCOPO (szczegółowe informacje w rozdziale dotyczącym roli lekarza psychiatry ŚCOPO).
- zdefiniowanie subiektywnych problemów zgłaszanych przez pacjenta, obiektywnie spostrzeganych przez pielęgniarkę oraz potencjalnie grożących powikłań wynikających ze stanu pacjenta.

Na podstawie zebranych podczas pierwszej wizyty informacji pielęgniarka ŚCOPO podejmuje następujące działania:

- zaplanowanie działań zapobiegawczych, leczniczych, edukacyjnych, promujących zdrowie i rehabilitacyjnych w tym we współpracy z pielęgniarkami rodzinną oraz opieki długoterminowej.
- zaproponowanie osób ze ŚCOPO (lekarz, psycholog, pracownik socjalny, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, opiekunka) do udzielenia konsultacji i/lub pomocy dla pacjenta, opiekuna i rodziny.
- współpraca z zespołem ŚCOPO w zakresie planowania i realizacji pomocy choremu i rodzinie.

Instrukcja postępowania dla pielęgniarki ŚCOPO w czasie wizyt kontrolnych:

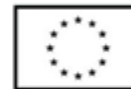
- ocena dokonanych pomiarów parametrów życiowych, objawów świadczących o nieprawidłowym funkcjonowaniu poszczególnych układów ze szczególnym uwzględnieniem stanu świadomości, funkcji poznawczych, stanu psychicznego w tym nastroju i lęku w zależności od potrzeb (skala MMSE co 6 miesięcy, GDS).
- ocena stanu higienicznego.
- ocena stanu nawodnienia i odżywienia (BMI- body mass index, WHR)
- przeprowadzenie obserwacji oraz oceny na podstawie dostępnych skal ryzyka odleżyn występującego u pacjenta (skala Norton).
- dokonanie oceny istniejących już odleżyn (np.5- stopniowa skala Torrance`a lub wg skali EUAP) oraz zakresu potrzebnej pomocy i leczenia.
- ocena sprawności funkcjonalnej za pomocą standaryzowanych skal (skala ADL, IADL).
- określenie deficytu w zaspokajaniu potrzeb bio-psycho-społecznych, deficytu samoopieki i samopielęgnacji, problemów pielęgnacyjnych na bazie CDS-scale.
- ocena subiektywnych problemów zgłaszanych przez pacjenta, opiekuna, obiektywnie spostrzeganych przez pielęgniarkę oraz potencjalnie groźących powikłań wynikających ze stanu pacjenta.
- zaplanowanie działań pielęgnacyjnych.
- dalsza współpraca z zespołem ŚCOPO w zakresie planowania i realizacji pomocy choremu i rodzinie.
- udzielanie wskazówek i porad dotyczących opieki nad pacjentem opiekunowi rodzinnemu oraz opiekunowi pomocy społecznej.

IV. Dokumentacja pielęgnowania pacjenta z otępieniem:

Narzędzie pielęgnarskiej oceny pacjenta z otępieniem

Wybór modelu pielęgnowania dla pacjenta z otępieniem zależy od rodzaju i fazy schorzenia oraz stanu pacjenta. Bazując na sprawdzonych i standaryzowanych narzędziach badawczych najlepiej udokumentowaną o wysokim stopniu uniwersalizmu jest **Care Dependency Scale (CDS)**.

Kwestionariusz CDS jest to skalą oceniającą poziom zależności od opieki, stopień realizacji potrzeb bio-psycho-społecznych również ryzyko odleżyn, upadków i niedożywienia. Skala oparta jest o hierarchię potrzeb Abrahama Masłowa opracowaną w modelu pielęgnowania V.Henderson [6,7]. Kwestionariusz zawiera 15 różnych potrzeb bio-psycho-społecznych odczuwanych i realizowanych przez każdego człowieka w zdrowiu i chorobie. Do skali przypisany jest wzór obliczeń wg skali Likerta. Przy każdej wpisuje się liczbę wyrażającą odpowiedź od 1 do 5. Liczba 1- oznacza całkowitą zależność pacjenta od opieki innych, 2- duży stopień zależności od opieki innych, 3- częściowa zależność od opieki innych, 4 – niewielki zakres zależności od opieki innych, 5- pacjent prawie niezależny od opieki innych. Na podstawie oceny punktowej stopnia zależności od opieki planowane są i realizowane interwencje pielęgniarki i innych członków zespołu. Skala może być również stosowana w opiece domowej nad pacjentami, szczególnie przewlekle chorymi w tym psychogeriatrycznymi. Skala CDS uważana jest za lepszą i odpowiednią do oceny pacjenta również w opiece długoterminowej, gdzie była walidowana i rozwijana od 1996r najpierw w Holandii , a następnie w innych krajach Europy i świata. Planowane u pacjentów interwencje mają na celu promowanie przede wszystkim niezależnego funkcjonowania na



tyle na ile będzie to możliwe. Cele pośrednie to również utrzymanie bezpieczeństwa psycho-fizycznego, obniżenie poziomu lęku lub pobudzenia psycho-ruchowego, poprawa komunikowania się z otoczeniem, wprowadzenie i utrzymanie zachowań społecznych, utrzymanie odpowiedniego odżywienia oraz nawodnienia, wsparcie oraz edukacja opiekunów.

Skalę CDS użyczono na rzecz realizacji projektu ŚCOPO. Wszystkie narzędzia diagnostyczne stosowane przez pielęgniarkę ŚCOPO dołączono w załączniku rozdziału.

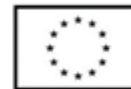
Rysunek 9. Kwestionariusz Poczucia Obciążenia

Proszę ustosunkować się do poniższych stwierdzeń, wybierając jedną odpowiedź najlepiej opisującą aktualną Pani/Pana sytuację jako opiekuna chorego z otępieniem. Każde z pytań wymaga jednej z czterech odpowiedzi: nigdy, czasem, często, zawsze. Wybraną odpowiedź proszę zaznaczyć, wpisując w odpowiednim prostokącie znak „x”. Proszę odpowiedzieć na każde z zadanych pytań.

1. Opieka nad chorym jest trudna i obciążająca.
nigdy czasem często zawsze
2. Odczuwam zmęczenie i przeciążenie obowiązkami opieki.
nigdy czasem często zawsze
3. Z powodu sprawowanej opieki brakuje mi snu.
nigdy czasem często zawsze



4. Brakuje mi wypoczynku z powodu obowiązków wiążących się z opieką.
nigdy czasem często zawsze
5. Dochodzi do tego, że z powodu sprawowanej opieki nie wyjeżdżam na wakacje.
nigdy czasem często zawsze
6. Bywa tak, że nie mam dość czasu dla siebie.
nigdy czasem często zawsze
7. Czuję, że sprawowanie opieki wpływa ujemnie na moje zdrowie.
nigdy czasem często zawsze
8. Obawiam się niebezpiecznych wypadków, które może spowodować chory (np. w związku z użyciem ognia, gazu, z upadkami).
nigdy czasem często zawsze
9. Wstyd mi przed ludźmi z powodu choroby podopiecznego.
nigdy czasem często zawsze
10. Odczuwam napięcie psychiczne lub zdenerwowanie, kiedy chory jest w pobliżu.
nigdy czasem często zawsze
11. Odczuwam strach przed chorym.
nigdy czasem często zawsze
12. Odczuwam złość na chorego.
nigdy czasem często zawsze
13. Pomimo obowiązków opieki mam energię życiową i ochotę do działania.
nigdy czasem często zawsze
14. Mam poczucie utraty kontroli nad swoim życiem.
nigdy czasem często zawsze
15. Dochodzi do tego, że nie mam ochoty na swoje zainteresowania i przyjemności.
nigdy czasem często zawsze
16. Obawiam się o przyszłość chorego.
nigdy czasem często zawsze



17. Moje kontakty z innymi członkami rodziny są ograniczone z powodu opieki nad chorym.

nigdy czasem często zawsze

18. Moje życie towarzyskie, kontakty z przyjaciółmi są ograniczone przez opiekę nad chorym.

nigdy czasem często zawsze

19. Z powodu opieki nad chorym moje wydatki są zbyt wysokie.

nigdy czasem często zawsze

20. Mam poważne kłopoty finansowe z powodu choroby podopiecznego.

nigdy czasem często zawsze

Uwaga techniczna do zliczania punktów:

Każda odpowiedź jest punktowana od 0 do 3 pkt. Zakres punktacji KPO wynosi 0-60 pkt, co odpowiada: 0 pkt – brak obciążenia, 60 pkt – największe poczucie obciążenia.

Punktacja dla poszczególnych odpowiedzi wynosi: „nigdy” = 0 pkt, „czasem” = 1 pkt, „często” = 2 pkt, „zawsze” = 3 pkt.

W pytaniu 13. należy zastosować odwrotną punktację, tzn.: „nigdy” = 3 pkt, „czasem” = 2 pkt, „często” = 1 pkt, „zawsze” = 0 pkt.

V. Opis innowacji:

Do tej pory w Polsce nie opracowano modelu opieki domowej sprawowanej przez zespół specjalistów nad chorymi z otępieniem oraz ich rodzinami/opiekunami. Proponowany model opieki ŚCOPO wypełnia lukę w tym zakresie.

- Pielęgniarka ŚCOPO będzie sprawowała bezpośrednią opiekę nad pacjentem/rodziną w miejscu zamieszkania oraz udzielać porad w systemie teleopieki, co jest innowacją w skali kraju.
- Unikalna rola pielęgniarki ŚCOPO polega przede wszystkim na dużej samodzielności działań w oparciu o regulacje dotyczące zawodu w tym współpraca z pielęgniarkami rodzinnymi, lekarzami rodzinnymi oraz pielęgniarkami opieki długoterminowej.
- Pielęgniarka ŚCOPO współpracuje z całym zespołem, pacjentem/rodziną, osobami z zewnątrz (pielęgniarkami rodzinnymi, opieki długoterminowej POZ i innymi osobami) co jest również nowością niespotykaną do tej pory.
- Pielęgniarka będzie posługiwać się w ocenie potrzeb i problemów chorego standaryzowanym i walidowanym w Polsce narzędziem badawczym skalą CDS, która do tej pory nie była powszechnie stosowana.
- Na podstawie sformułowanej indywidualnej diagnozy problemów i potrzeb pacjenta oraz opiekuna/rodziny dokonanej przez pielęgniarkę a następnie uzupełnioną przez specjalistów z ŚCOPO nakreślony będzie plan opieki nad pacjentem i rodziną/opiekunem. Proponowana pomoc będzie skoordynowana, kompleksowa, celowa i adekwatna do rozpoznanych potrzeb.

Obniży to zdecydowanie koszty niepotrzebnych interwencji nagłych jak również koszty społeczne.

- Teleopiekunyczny system komunikacji pozwoli na szybki i bezpośredni kontakt pielęgniarki ŚCOPO z pacjentem/opiekunem oraz pozostałymi członkami zespołu.
- System szkoleń proponowany dla opiekunów nieformalnych/rodzinnych z udziałem pielęgniarki ŚCOPO pozwoli na lepsze zrozumienie specyfiki zaburzeń otępiennych, metod leczenia i pielęgnacji. Wiedza i umiejętności zdobyte podczas szkoleń nauczą opiekunów również obserwacji oraz zapobiegania pogorszeniu stanu chorego.
- W konsekwencji cały system oddziaływań personelu medycznego i społecznego zapobiegać powinien zbędnym hospitalizacjom lub rehospitalizacjom pacjenta, odciąży system opieki zdrowotnej podstawowej, długoterminowej oraz społecznej.
- W ramach funkcjonowania ŚCOPO planowane jest prowadzenie szkoleń dla pielęgniarek w celu zwiększenia ich wiedzy i umiejętności dotyczących opieki i pielęgnacji pacjentów z otępieniem. Dzięki szkoleniom zwiększy się liczba profesjonalistów przygotowanych do pracy z chorymi otępiennymi.

Prawidłową realizację zadań pielęgniarki w ramach ŚCOPO wesprze realizacja szkoleń wg zaproponowanego poniżej programu:

:Załącznik 1

Plan szkolenia dla pielęgniarek w zakresie opieki nad pacjentem z otępieniem

Nazwa przedmiotu	Pielęgnowanie pacjentów z otępieniem
Jednostka prowadząca szkolenie	ŚCOPO
Odbiorcy szkolenia	Pielęgniarki ŚCOPO oraz POZ
Sposób zaliczenia	Zaliczenie bez oceny
Prowadzenie wykładów i warsztatów	Lekarz 3h, pielęgniarka 5h, psycholog 2h
Efekty kształcenia-wiedza	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Scharakteryzuje objawy, diagnostykę, metody leczenia pacjentów z zespołami otępiennymi. ▪ Scharakteryzuje typowe problemy i potrzeby osób z otępieniem. ▪ Omówi zasady pielęgnacji pacjentów z zespołem otępiennym. ▪ Omówi problemy i potrzeby osób z otępieniem oraz ich rodzin. ▪ Scharakteryzuje metody pracy pielęgniarki z pacjentami i ich opiekunami na bazie dokumentacji pielęgniarskiej. ▪ Opisz model opieki środowiskowej nad pacjentem z otępieniem. ▪ Zna zasady pielęgnowanie pacjentów z zespołem otępiennym.
Efekty kształcenia – umiejętności	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uzasadni konieczność podjęcia działań profilaktycznych i wczesnego rozpoznawania zespołów otępiennych. ▪ Prowadzi ocenę pacjenta z otępieniem. ▪ Stawia diagnozę pielęgniarską oraz planuje działania.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ współpracuje z zespołem ŚCOPO oraz pielęgniarkami rodzinnymi oraz opieki długoterminowej. ▪ Ocenia efekty podjętych interwencji.
Efekty kształcenia – kompetencje społeczne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rozumie istotę głównych problemów i potrzeb pacjentów z zespołem otępiennym, metod ich leczenia i profilaktyki oraz pielęgnowania. ▪ Prowadzi ustawiczne samokształcenie. ▪ Szanuje zasady współpracy z pacjentem , rodziną oraz innymi członkami zespołu.
Metody dydaktyczne	Wykłady konwersatoryjne, warsztaty, metoda przypadku indywidualnego, dyskusja dydaktyczna.
Środki dydaktyczne	Załączniki do programu: dokumentacja pielęgnowania pacjenta z otępieniem wraz ze skalami oceny. Prowadzący zajęcia posiada opracowania oraz materiały dydaktyczne do zajęć.
Wymagania wstępne	Wiedza z geriatry, psychiatrii
Opis przedmiotu	<p>W ostatnich latach obserwuje się rozwój badań z zakresu chorób otępiennych, które w znacznym stopniu zwiększyły poziom naszej wiedzy na temat przyczyn oraz rodzajów zespołów otępiennych. Zjawiskami patologicznymi występującymi w ich przypadku są: zanik komórek nerwowych oraz odkładanie w mózgu patologicznych białek. W wyniku postępu choroby obserwuje się zanik kory mózgu, zmniejszenie jego rozmiarów i masy, a także poszerzenie układu komorowego.</p> <p>Najczęstszymi przyczynami otępienia są pierwotnie zwyrodnieniowe choroby OUN, takie jak choroba Alzheimera, zwyrodnienie czołowo-skroniowe, choroba rozsianych ciał Lewy’ego. Są to schorzenia, które nieodwracalnie uszkadzają mózg i stanowią 50% przypadków zespołów otępiennych. Kolejną przyczyną ich występowania są choroby pochodzenia naczyniowego, które stanowią ok. 13%..</p> <p>Otępienia naczyniopochodne spowodowane są głównie przez zmiany niedokrwienne mózgowia. Do czynników ryzyka zaliczamy: wiek, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, zawał serca, hipercholesterolemię, czy palenie papierosów.</p> <p>Duża grupa zespołów otępiennych ma przyczynę mieszaną (25%), czyli choroba pierwotnie zwyrodnieniowa mózgu spowodowana jest epizodami naczyniowymi. Często u pacjentów występują względnie odwracalne zmiany otępienne. Spowodowane są one uwarunkowaniami psychospołecznymi, chorobami psychicznymi, neurologicznymi, internistycznymi, czy zespołem jatrogennym, a więc negatywnym skutkiem działania leków.</p> <p>Psychogeriatrya i neurogeriatrya są działami medycyny dotyczącymi</p>

	<p>problemów neurologicznych i psychiatrycznych występujących w starszym wieku.</p>
Literatura	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Via Medica , Gdańsk 2006. ▪ Abrams W. B., Berkow R: Podręcznik geriatrii. MSD 1999. ▪ K.Kędziora-Kornatowska., Muszalik.M.(red): Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Czelej Lublin, 2007. ▪ Biercewicz M., Szewczyk M.T, Ślusarz R: Pielęgniarstwo w geriatrii. Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstw specjalistycznych. Warszawa, BORGIS, 2006. ▪ Wieczorowska-Tobis K., Talarska D.: Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. PZWL, Warszawa, 2008. ▪ Prusiński A. Neurogeriatria - praktyczne problemy neurologii w wieku podeszłym. Czelej, Lublin 2004. ▪ Krzyżowski.Psychogeriatria.wyd.Medyk.2004
Metody i kryteria oceniania	<p>100% frekwencja na zajęciach oraz aktywność, udział w warsztatach przewidzianych programem nauczania przedmiotu. Zaliczenie bez oceny.</p>
Forma(y) i liczba godzin zajęć oraz sposoby ich zaliczenia	<p>Wykłady 5 h Warsztaty 5h</p>
Zakres tematów	<p><u>Wykłady:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Charakterystyka wybranych zespołów otępiennych oraz diagnostyka, leczenie i postępowanie rehabilitacyjne: choroba Alzheimera, zwyrodnienie czołowo-skroniowe, choroba rozsianych ciał Lewy’ego, otępienia naczyniopochodne oraz mieszane. ▪ Charakterystyka problemów i potrzeb pacjenta z otępieniem. ▪ Charakterystyka roli opiekuna/rodziny w opiece nad pacjentem. ▪ Model opieki środowiskowej nad pacjentem z otępieniem-charakterystyka. <p><u>Warsztaty:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pielęgnowanie pacjentów z zespołem otępiennym. ▪ ocena pacjenta z otępieniem oraz sformułowanie diagnozy pielęgniarstwa ▪ ocena pacjenta wg skal oraz narzędzia oceny pielęgniarstwa oraz narzędzia oceny systemu rodziny.

Studium pielęgnowania pacjenta z chorobą Alzheimera- skrócony opis przypadku

* załącznik do planu szkolenia dla pielęgniarek w zakresie opieki nad pacjentem z otępieniem

Pacjentka 76 lat została przyjęta na oddział geriatryczny w trybie planowym. Pacjentka przyjęta z powodu nasilenia stanów depresyjnych oraz pogorszenia funkcji poznawczych. Pacjentka choruje na chorobę Alzheimera od 3 lat – faza umiarkowana. Chora cierpi z powodu zaburzeń pamięci i zachowania. Pacjentka zapomina imiona osób, występują zaburzenia orientacji co do miejsca oraz czasu. Dodatkowo ma znacznie obniżony nastrój oraz zaburzenia depresyjne. Kontakt z chorą jest nieznacznie utrudniony. Pacjentka nie rozumie części pytań i nie potrafi na nie odpowiedzieć.

Obecnie stan pacjentki jest dobry. Chora otrzymuje leki, które zmniejszają stany depresyjne oraz polepszają krążenie mózgowe, wspomagając tym samym pamięć chorej. Dodatkowo otrzymuje leki na nadciśnienie tętnicze.

Pacjentka od 15 lat choruje na nadciśnienie tętnicze.

Przed przyjęciem do szpitala chora przebywała w domu. Stan psychiczny był zły. Chora często miała osłabiony nastrój oraz zaburzenia pamięci. Straciła zainteresowanie wykonywaniem czynności dnia codziennego, które stały się dla niej bardzo męczące.

– Płeć	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> K
– Wiek	76 lat
– Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Zawodowe <input checked="" type="checkbox"/> Średnie <input type="checkbox"/> Wyższe
– Miejsce zamieszkania	<input type="checkbox"/> Miasto <input checked="" type="checkbox"/> Wieś
– Stan cywilny	<input checked="" type="checkbox"/> Zamężny/Zamężna <input type="checkbox"/> Wolny <input type="checkbox"/> Wdowa/Wdowiec
– Sytuacja materialna	<input type="checkbox"/> Trudna <input checked="" type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Bardzo Dobra
– Schorzenia i dolegliwości geriatryczne	AD- zaburzenia pamięci, obniżony nastrój, nadciśnienie tętnicze
– Jaki okres czasu pacjent choruje?	<input checked="" type="checkbox"/> do 5 lat <input type="checkbox"/> 5-15 lat <input type="checkbox"/> Powyżej 15 lat
– Samoocena zdrowia	<input type="checkbox"/> Bardzo Dobre <input type="checkbox"/> Dobre <input checked="" type="checkbox"/> Złe
– Z kim mieszka?	<input type="checkbox"/> Sam <input checked="" type="checkbox"/> Z rodziną

Data objęcia opieką chorego: __xx__-x__-__x

Stan narządów zmysłu/aparaty: wzrok __okulary_____ Słuch __bez aparatu_____

Nałogi (tytoń, alkohol, używki):

nie _____

Stan bio-psycho-społeczny chorego (w dniu objęcia opieką)

Stan ogólny	dobry średni ciężki bardzo ciężki
Ryzyko odleżyn (oblicz str. 2)	16 punktów
Skala Barthel	3.5
MMSE	17
CDS	44
ADL	3.5
IADL	20
Tętno(ilość, rytm, napięcie)	76 uderzeń/min; rytm i napięcie prawidłowe
RR (ciśnienie)	160/90 mmHg
Oddech(ilość, charakter)	18 oddechów/min
Zabarwienie skóry, napięcie, obrzęki i inne, temperatura	Zabarwienie i napięcie prawidłowe, brak obrzęków i wybroczyn, temp. 36,8 ° C
Masa ciała i wzrost, BMI	80 kg, 165cm, BMI=29,4
Układ moczowy: (diureza prawidłowa samodzielna, pacjent z cewnikiem, inne)	Sporadyczne moczenie się, stany zapalne pęcherza i cewki moczowej
Układ kostno-stawowo-mięśniowy:.	Porusza się samodzielnie przy pomocy innych osób
Chory jest samodzielny (zakres samoopieki):	Tak Nie Częściowo

Care Dependency Scale (CDS) - Polish-version

* załącznik do planu szkolenia dla pielęgniarek w zakresie opieki nad pacjentem z otępieniem

<p>1. Odżywianie.</p>	<p>Stopień, w jakim pacjent jest w stanie zaspokoić swoje potrzeby żywieniowe bez niczyjej pomocy.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie przyjmować pokarmu i napoju bez pomocy. – <u>Pacjent nie jest w stanie przygotować pokarmu i napoju bez pomocy.</u> – Pacjent jest w stanie przygotować pokarm i napój, jest w stanie włożyć je do ust bez pomocy, pod jakimś nadzorem, ma problemy z określeniem ilości pożywienia. – Pacjent jest w stanie jeść i pić bez pomocy przygotowany posiłek, ale pod pewnym nadzorem. – Pacjent jest w stanie przygotowywać posiłki i zaspokajać swoje potrzeby żywieniowe bez niczyjej pomocy. 	<p>B I</p> <p>2</p>
<p>2. Kontrolowanie czynności fizjologicznych.</p>	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie dobrowolnie kontrolować wydalanie moczu i/ lub kału.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie powstrzymać wydalania moczu i/ lub kału, jest całkowicie niezdolny do kontrolowania czynności fizjologicznych. – <u>Pacjent nie jest w stanie kontrolować wydalania moczu i/ lub kału, potrzeba wydalania jest niemożliwa do realizacji bez pomocy drugiej osoby.</u> – Pacjent jest w stanie kontrolować czynności fizjologiczne przez większość czasu, jeśli kieruje się ustalonym schematem. – Pacjent jest w stanie samodzielnie kontrolować wydalanie przez większość czasu, czasami używa do tego nieodpowiednich miejsc. – Pacjent jest w stanie kontrolować wydalanie bez niczyjej pomocy. 	<p>2</p>
<p>3. Postawa ciała.</p>	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie przyjąć pozycję ciała odpowiednią dla danej czynności.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie zmienić pozycji ciała bez czyjejś pomocy. – Pacjent jest do pewnego stopnia w stanie przyjąć pozycję ciała odpowiednią dla danej czynności bez niczyjej pomocy. – Pacjent jest w stanie przyjąć pozycję ciała odpowiednią dla danej czynności, ale nie robi tego w 	<p>4</p>

	<p>wystarczającym stopniu i z własnej inicjatywy.</p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Pacjent posiada nieliczne ograniczenia co do przyjmowania odpowiedniej pozycji ciała.</u> – Pacjent nie posiada żadnych ograniczeń co do przyjmowania odpowiedniej pozycji ciała. 	
4. Zdolność poruszania się .	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie poruszać się bez niczyjej pomocy.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie porusza się i nie jest w stanie sam korzystać z pomocy urządzeń mechanicznych. – <u>Pacjent może do pewnego stopnia poruszać się bez niczyjej pomocy, często korzysta z pomocy urządzeń mechanicznych/pomocniczych i opiekuna.</u> – Pacjent jest w stanie całkiem dobrze poruszać się, czasami korzysta z pomocy urządzeń mechanicznych. – Pacjent jest w stanie poruszać się bez pomocy przez większość czasu. – Pacjent jest w stanie poruszać się bez pomocy przez cały czas. 	2
5. Rytm dnia i nocy (aktywność - odpoczynek i sen)	<p>Stopień, w jakim Pacjent potrafi zachować odpowiedni cykl dnia i nocy bez niczyjej pomocy.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent pozostaje niewrażliwy na cykl dnia i nocy. – Pacjent jest w niewielkim stopniu niewrażliwy na cykl dnia i nocy. – Pacjent jest wrażliwy na cykl dnia i nocy, ale potrzebuje znacznej pomocy. – <u>Pacjent jest wrażliwy na cykl dnia i nocy, i potrzebuje niewielkiej pomocy.</u> – Pacjent zna normalny cykl dnia i nocy i zapewnia sobie odpowiednią ilość odpoczynku. 	4
6. Ubieranie i rozbieranie się.	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie ubrać i rozebrać się bez niczyjej pomocy .</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie ubrać i rozebrać się bez pomocy – Pacjent jest do pewnego stopnia w stanie ubrać i rozebrać się bez pomocy, ale nie potrafi wykonywać czynności w logicznym porządku. – Pacjent częściowo jest w stanie ubrać i rozebrać się samodzielnie, ale wymaga nadzoru i pomocy. – <u>Pacjent jest w stanie ubrać i rozebrać się prawie bez pomocy, ale potrzebuje jej w czynnościach związanych np. z zapinaniem guzików.</u> – Pacjent jest w stanie ubrać i rozebrać się bez pomocy, posiada kontrolę nad wykonywaniem precyzyjnych ruchów dłoni i palców. 	4
7. Temperatura ciała.	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie chronić temperaturę swojego ciała przed wpływami z zewnątrz bez niczyjej pomocy.</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> – Pacjent sam nie jest w stanie odróżnić ciepła i zimna. – Pacjent jest do pewnego stopnia w stanie sam odróżnić ciepło i zimno, ale nie potrafi podjąć odpowiednich działań. – Pacjent jest w stanie sam odróżnić ciepło i zimno i do pewnego stopnia potrafi podjąć odpowiednie działania. – <u>Pacjent jest w stanie sam sygnalizować odczucia zimna i ciepła, w znacznym stopniu potrafi podjąć odpowiednie działania.</u> – Pacjent jest w stanie chronić temperaturę swojego ciała przed wpływami z zewnątrz bez niczyjej pomocy. 	4
8. Higiena osobista.	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie zadbać o higienę osobistą bez niczyjej pomocy.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie bez pomocy zadbać o swoją higienę osobistą, np.: kąpiel, mycie zębów, czesanie włosów itp. – <u>Pacjent jest w stanie tylko częściowo do zachowania higieny osobistej, ale nie robi tego z własnej inicjatywy.</u> – Pacjent jest w stanie wykonać samodzielnie kilka czynności związanych z higieną osobistą, ale wymaga nadzoru i pomocy. – Pacjent jest w stanie wykonać większość czynności związanych z higieną osobistą samodzielnie, ale nadal wymaga pewnego nadzoru i pomocy. – Pacjent jest w stanie zadbać o higienę osobistą całkowicie bez pomocy. 	2
9. Unikanie niebezpieczeństw.	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie zapewnić sobie bezpieczeństwo psych-fizyczne bez niczyjej pomocy .</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie sam rozpoznać i uniknąć niebezpieczeństwa. – <u>W niewielkim stopniu Pacjent jest w stanie sam rozpoznać i uniknąć niebezpieczeństwa w swoim środowisku i/lub chronić siebie przed agresją własną lub innych.</u> – Pacjent jest częściowo w stanie samemu rozpoznać i uniknąć kilku niebezpiecznych sytuacji w swoim środowisku, ale potrzebuje pomocy. – Pacjent jest praktycznie w stanie samemu rozpoznawać i unikać niebezpieczeństw we własnym środowisku, i/lub chronić siebie przez większość czasu. – Pensjonariusz jest w stanie zadbać o własne bezpieczeństwo bez niczyjej pomocy. 	2

<p>10. Komunikowanie się.</p>	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie komunikować się z innymi ludźmi.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie wyrażać siebie w sposób werbalny, ale potrafi komunikować swoje potrzeby osobom, które zna, w sposób niewerbalny. – Pacjent jest w stanie w niewielkim stopniu wyrażać siebie w sposób werbalny jak i niewerbalny, używa dźwięków, aby wyrazić swoje doświadczenia; rozumie poprzez intonację to, co inni chcą zakomunikować. – <u>Pacjent jest w stanie wyrażać siebie za pomocą prostych słów i /lub specyficznych gestów; rozumie proste, krótkie wyrazy wypowiedane przez innych.</u> – Pacjent jest w stanie wyrażać siebie za pomocą słów i zdań oraz /lub specyficznych gestów; rozumie prosty język i/lub gesty wykonywane przez innych. – Pacjent jest w stanie wyrażać siebie w sposób werbalny i niewerbalny, potrafi dzielić się własnymi doświadczeniami z innymi. 	<p>3</p>
<p>11. Kontakty społeczne.</p>	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie właściwie nawiązywać, utrzymywać i zrywać kontakty społeczne.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie samodzielnie nawiązać kontaktu z innymi, reaguje pozytywnie na przyjemne doświadczenia oraz/lub negatywnie na doświadczenia nieprzyjemne. – W niewielkim stopniu Pacjent jest w stanie samodzielnie nawiązać kontakt z innymi; reaguje na osoby, które są dla niego ważne. – <u>Pacjent jest w stanie samodzielnie utrzymywać ograniczoną liczbę kontaktów z osobami, które są dla niego ważne.</u> – Pacjent potrafi samodzielnie nawiązywać, utrzymywać i zrywać kontakty społeczne przez większość czasu; jest w stanie nadać tym kontaktom pewne znaczenie. – Pacjent potrafi samodzielnie nawiązywać, utrzymywać i zrywać kontakty społeczne, jest w stanie nadać znaczenie tym kontaktom. 	<p>3</p>
<p>12. Przestrzeganie zasad i wartości.</p>	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie samemu przestrzegać zasad/ norm społecznych.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie zachowywać się w sposób odpowiedni dla środowiska, w którym przebywa. – Pacjent od czasu do czasu jest w stanie zachowywać się w sposób odpowiedni dla środowiska. – Pacjent zazwyczaj zachowuje się w sposób odpowiedni dla środowiska, ale brak u niego poczucia prywatności. 	<p>4</p>

	<ul style="list-style-type: none"> – <u>Pacjent wie jak powinien zachowywać się zarówno w środowisku jaki i poza nim, ale nie zawsze tak się zachowuje; posiada ograniczone poczucie prywatności.</u> – Pacjent wie jak powinien zachowywać się zarówno w środowisku jaki i poza nim; zachowuje się odpowiednio; wyraża swoją potrzebę prywatności. 	
13. Codzienne czynności.	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie zorganizować codzienne zajęcia bez niczyjej pomocy.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie samodzielnie wykonywać codziennych czynności. – Pacjent jest w stanie wykonać proste czynności, ale tylko przy czyjejs pomocy . – <u>Pacjent jest w stanie wykonać samodzielnie kilka czynności, ale tylko wtedy, kiedy jest do tego pobudzany.</u> – Pacjent jest w stanie sam skoncentrować się przez jakiś czas na codziennych zajęciach; czerpie z nich poczucie satysfakcji. – Pacjent jest w stanie samodzielnie wykonywać codzienne czynności w sposób zorganizowany; czerpie poczucie satysfakcji z rezultatów wykonywanych czynności. 	3
14. Rekreacja.	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie uczestniczyć w zajęciach rekreacyjnych poza domem bez niczyjej pomocy.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie uczestniczyć w zajęciach rekreacyjnych poza domem bez pomocy; jest w stanie biernie czerpać przyjemność z tego, co dzieje się w jego otoczeniu. – Pacjent jest do pewnego stopnia w stanie samodzielnie uczestniczyć lub być obecnym podczas zajęć rekreacyjnych poza domem; często czerpie przyjemność z tych zajęć. – <u>Pacjent jest w stanie samodzielnie uczestniczyć w zajęciach rekreacyjnych poza domem pod nadzorem; jednakże nie angażuje się w te zajęcia z własnej inicjatywy.</u> – Pacjent jest w stanie wykonywać zajęcia rekreacyjne poza domem prawie samodzielnie, jednakże jest zależny od osoby nadzorującej. – Pacjent jest w stanie wykonywać własne zajęcia rekreacyjne poza domem bez niczyjej pomocy. 	3
15. Zdolność uczenia się.	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie bez niczyjej pomocy przyswoić sobie wiedzę i/ lub umiejętności oraz/ lub zachować wiedzę i umiejętności, których nauczył się wcześniej.</p>	

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pacjent nie jest w stanie zachować posiadanych umiejętności. 2. <u>Pacjent jest w stanie zachować posiadane umiejętności poprzez częste powtarzanie.</u> 3. Pacjent jest w stanie nauczyć się kilku nowych prostych umiejętności poprzez powtarzanie; umiejętności zdobyte wcześniej wymagają ćwiczenia. 4. Pacjent jest w stanie nauczyć się kilku nowych prostych umiejętności, prawie wcale nie traci umiejętności już posiadanych. 5. Pacjent jest w stanie nauczyć się nowych złożonych umiejętności, nie traci umiejętności już posiadanych. 	2
<p>Liczba punktów CDS 1-15</p>	<p>Oblicz liczbę punktów: 44 15-44 - wysoki poziom zależności od opieki 45-59 – średni 60-75 – niski</p>	

Skala oceny zależności od opieki (CDS) dla pacjentów
Care Dependency Scale (CDS) - Polish-version

Instrukcja do skali oceny zależności od opieki

- Skala składa się z 15 punktów, z których każdy posiada 5 kryteriów dotyczących ocenianego aspektu zależności
- W każdym punkcie należy dokonać oceny poziomu realizacji potrzeb i zakreślić kryterium najlepiej opisujące te potrzeby. Należy wybrać tylko jedno z pięciu kryteriów.
- Każdy z 15 punktów Skali powinien zostać oceniony. Proszę nie omijać żadnego z punktów.
- Na końcu Skali dodano punkt podsumowujący (punkt 16), w którym należy dokonać oceny ogólnego poziomu zależności pensjonariusza od opieki.
- Skala oparta jest na teorii potrzeb V. Henderson.

Poniżej podano przykłady różnych potrzeb, odczuwanych i realizowanych przez każdego człowieka w zdrowiu i/lub chorobie. Proszę wpisać cyfrę od 1-5 wyrażającą właściwą odpowiedź

Problemy chorego	Cel podejmowanej opieki nad chorym	Interwencje pielęgniarki i zespołu terapeutycznego	Ocena stanu uzyskanego oraz wnioski do dalszej pielęgnacji
Upośledzenie codziennego funkcjonowania oraz utrata kontroli nad własnym życiem związana z zaburzeniami pamięci.	Pomoc chorej w orientacji w otoczeniu oraz w jak najdłuższym zachowaniu pamięci.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ocena zaburzeń pamięci oraz zastosowanie metod usprawniających pamięć. ▪ Umieszczenie w widocznym miejscu kartek z przypomnieniami o codziennych czynnościach, numerami telefonów, nazwiskami. ▪ Pozostawienie w niezmiennym miejscu przedmiotów, które pacjentka codziennie używa. ▪ Zachęcanie pacjentki do udziału w terapii zajęciowej. 	Pacjentka ma większą orientację w otoczeniu oraz zapewnione możliwości do polepszania pamięci.
Ryzyko wystąpienia depresji i samookaleczeni a spowodowane procesem chorobowym	Zmniejszenie objawów depresji i zapobieganie samouszkodzeniom .	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ocena stopnia nasilenia objawów depresji, ryzyka samouszkodzenia. ▪ <u>Ścisła obserwacja stanu psychicznego pacjentki.</u> ▪ Inicjowanie kontaktu z chorą i zapewnienie jej wsparcia emocjonalnego. ▪ Zapewnienie pacjentce terapii na jej możliwości, dających poczucie szczęścia i zadowolenia z 	Pacjentka ma zmniejszone objawy depresji.

Problemy chorego	Cel podejmowanej opieki nad chorym	Interwencje pielęgniarki i zespołu terapeutycznego	Ocena stanu uzyskanego oraz wnioski do dalszej pielęgnacji
i/lub będące reakcją na rozpoznanie choroby.		<ul style="list-style-type: none"> życia. ▪ Umożliwienie pacjentce kontaktu z rodziną i przyjaciółmi. ▪ <u>Kontrola przyjmowania leków.</u> 	
Dyskomfort wynikający z częstomoczem dziennego lub nocnego, bezwiednego wyciekania moczu.	Zmniejszenie dyskomfortu spowodowanego bezwiednym wyciekaniem moczu i częstomoczem oraz wyeliminowanie czynników przyczyniających się do nasilenia zaburzeń wydalania.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ocena czynników mających wpływ na problemy z nietrzymaniem moczu. ▪ Przypominanie chorej o oddawaniu moczu albo pytanie o potrzebę oddania moczu. ▪ Wyraźne oznakowanie drogi do toalety. ▪ Usuwanie zbędnych przedmiotów w pobliżu WC. ▪ Wprowadzenie kalendarza mikcji i przyjmowanych płynów. ▪ Zachęcanie do picia płynów w ilości od 1,5 do 2 litrów na dobę. ▪ Zachęcanie do ograniczenia przyjmowania płynów po godzinie 18:00. ▪ Asystowanie oraz nauczanie pacjentki higieny po mikcji. ▪ Stosowanie pieluchomajtek i wkładek urologicznych. 	Pacjentka ma zmniejszony dyskomfort spowodowany częstomoczem oraz bezwiednym wyciekaniem moczu, zna przedmioty, które w znacznym stopniu zmniejszą ten dyskomfort.
Ograniczony kontakt ze środowiskiem społecznym.	Pomoc chorej w jak najdłuższym utrzymaniu aktywności społecznej.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokonanie oceny aktywności społecznej i wzorów zachowań z okresu przed chorobą. ▪ Ocena chęci i potencjału do kontaktów towarzyskich: <ul style="list-style-type: none"> – Diagnoza deficytu w zakresie funkcji interpersonalnej i społecznej. – Zachęcanie do uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych oraz wyjściach towarzyskich dostosowanych do zainteresowań pacjentki. ▪ Pomoc chorej w uproszeniu wykonywania niektórych zajęć. ▪ Zaprzestanie aktywności, które męczą pacjentkę, a także powodują niepokój. ▪ Przedstawienie możliwości korzystania z porad psychoterapeuty oraz udziału w zajęciach rehabilitacji leczniczej. 	Pacjentka ma zapewniony kontakt ze środowiskiem społecznym.
Ograniczenie w samoopiece spowodowane zaburzeniami	Pomoc chorej w zaspokajaniu potrzeb biologicznych i jak	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ocena deficytów w zakresie samoopieki i samopielęgnacji. ▪ Zapewnienie pomocy pacjentce. ▪ Stworzenie warunków bezpieczeństwa i 	Pacjentka ma zapewnione zaspokojenie potrzeb biologicznych.

Problemy chorego	Cel podejmowanej opieki nad chorym	Interwencje pielęgniarki i zespołu terapeutycznego	Ocena stanu uzyskanego oraz wnioski do dalszej pielęgnacji
pamięci, orientacji.	najdłuższym utrzymaniu niezależności.	<p>komfortu.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Umożliwienie pacjentce w miarę możliwości uczestnictwa w procesie pielęgnowania i podejmowania decyzji. ▪ Współpraca z rodziną w zakresie przejęcia odpowiedzialności prawnej za pacjentkę oraz pomocy w wykonywaniu czynności dnia codziennego. 	

Zakres zadań i współpracy pielęgniarek w opiece nad pacjentem z otępieniem

Pielęgniarka ŚCOPO	Pielęgniarka rodzinna	Pielęgniarka opieki długoterminowej
<p>Pielęgniarka ŚCOPO pracuje w oparciu o obowiązujące akty prawne: Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej obowiązujący od dnia 6 grudnia 2003.</p> <p>USTAWA z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. (Dz. U. z dnia 23 sierpnia 2011 r.)</p> <p>Wg Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. z dnia 14 listopada 2007 r).</p> <p>W ramach swoich obowiązków w ŚCOPO pielęgniarka będzie pierwszą osobą, która dokona szczegółowej oceny systemu rodziny na zlecenie koordynatora ŚCOPO. Będzie działała zgodnie z instrukcją pierwszej wizyty oraz w oparciu o opracowany standard postępowania. Na pierwszej wizycie podejmie decyzję w sprawie adekwatności zgłoszenia pacjenta i rodziny do objęcia opieki w ramach ŚCOPO. Pielęgniarka ŚCOPO będzie koncentrowała się na ocenie systemu rodziny, w tym w szczególności ocena funkcjonowania pacjenta,</p>	<p>Praca w oparciu o:</p> <p>Pielęgniarka rodzinna pracuje w oparciu o obowiązujące akty prawne: Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej obowiązujący od dnia 6 grudnia 2003.</p> <p>USTAWA z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. (Dz. U. z dnia 23 sierpnia 2011 r.)</p> <p>Wg Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. z dnia 14 listopada 2007 r).</p>	<p>Pielęgniarka opieki długoterminowej pracuje w oparciu o obowiązujące akty prawne: Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej obowiązujący od dnia 6 grudnia 2003.</p> <p>USTAWA z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. (Dz. U. z dnia 23 sierpnia 2011 r.)</p> <p>Wg Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. z dnia 14 listopada</p>

Pielęgniarka ŚCOPO	Pielęgniarka rodzinna	Pielęgniarka opieki długoterminowej
<p>planowaniu adekwatnej pomocy w ramach współpracy z pozostałymi członkami zespołu oraz pielęgniarką rodzinną i lekarzem rodzinnym. Opieką otoczony będzie pacjent oraz rodzina/opiekun z zaburzeniami otępiennymi w związku z tym potrzebna jest szczegółowa i specjalistyczna wiedza i umiejętności w tym zakresie.</p> <p>Pielęgniarka ŚCOPO nie będzie powielala zadań pielęgniarki rodzinnej, której zadania będą bardziej instrumentalne. Pielęgniarki będą działały w porozumieniu. W związku z tym, że wizyty pielęgniarki ŚCOPO planowane są w zależności od potrzeb lecz nie rzadziej niż 1 raz na 2 tygodnie u pacjenta ze średnim stopniem otępienia i raz w miesiącu u pacjentów z lekkim stopniem nie jest możliwe wykonywanie czynności instrumentalnych systematycznie. Stąd pielęgniarka rodzinna w tym względzie może uzupełniać zadania pielęgniarki ŚCOPO w ramach swoich obowiązków.</p> <p>Pielęgniarka ŚCOPO będzie posiadała dodatkowe szkolenie specjalistyczne.</p> <p>Poniżej wymieniono szczegółowo specyficzne zadania pielęgniarki ŚCOPO.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Przekaz informacji o pacjencie i rodzinie/opiekunach do pielęgniarki rodzinnej a następnie jeśli jest taka potrzeba do pielęgniarki opieki długoterminowej. ▪ Ocena funkcji poznawczych w skali MMSE oraz sprawności w skali D.Barthel- zakwalifikowanie pacjenta do opieki zespołu ŚCOPO. ▪ Zebranie wywiadu ogólnego oraz ukierunkowanego na główne schorzenie oraz szczególnie stan psychiczny pacjenta, zgodnie z przyjętym schematem dokumentacji pielęgniarskiej. 	<p>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z dnia 28 października 2013 r., poz. 1248).</p> <p>Zarządzenie nr 77/2015 DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19.XI. 2015 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: poz.</p> <p>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. z dnia 14 listopada 2007 r).</p>	<p>2007 r).</p> <p>Jeśli pacjent będzie spełniał warunki przyjęcia do opieki długoterminowej będzie tam skierowany po konsultacji z pielęgniarką rodzinną i lekarzem rodzinnym.</p> <p>Bezpośrednie świadczenie opieki w warunkach domowych w sytuacji, gdy zachodzi potrzeba prowadzenia terapii w domu, : opatrunki, wlewy kroplowe, żywienie specjalistyczne pozajelitowe i dojelitowe, wentylacja mechaniczna inwazyjna i nieinwazyjna (Patrz: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z dnia 9 grudnia 2013 r, poz. 1480).</p>

Pielęgniarka ŚCOPO	Pielęgniarka rodzinna	Pielęgniarka opieki długoterminowej
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ocena dokonanych pomiarów parametrów życiowych, objawów świadczących o nieprawidłowym funkcjonowaniu poszczególnych układów ze szczególnym uwzględnieniem stanu świadomości, funkcji poznawczych, stanu psychicznego w tym nastroju i lęku w zależności od potrzeb (skala MMSE, GDS). ▪ Ocena stanu higienicznego. ▪ Ocena stanu nawodnienia i odżywienia (BMI- body mass index, WHR) ▪ Przeprowadzenie obserwacji oraz oceny na podstawie dostępnych skal ryzyka odleżyn występującego u pacjenta (skala Norton). Rekomendowana wg Braden ▪ Dokonanie oceny istniejących już odleżyn (np.5- stopniowa skala Torrance`a lub wg skali EUAP). Rekomendowana EUAP ▪ Ocena sprawności funkcjonalnej za pomocą standaryzowanych skal (skala ADL, IADL). ▪ Określenie deficytu w zaspokajaniu potrzeb bio-psycho-społecznych, deficytu samoopieki i samopielęgnacji, problemów pielęgnacyjnych na bazie CDS-scale. ▪ Ocena udziału rodziny/opiekuna w opiece nad pacjentem- skala oceny systemu rodziny- Narzędzie Oceny Potrzeb Systemu Rodzinnego. ▪ Zdefiniowanie subiektywnych problemów zgłaszanych przez pacjenta, obiektywnie spostrzeganych przez pielęgniarkę oraz potencjalnie grożących powikłań wynikających ze stanu pacjenta ▪ Zaplanowanie działań pielęgnacyjnych we współpracy z pielęgniarką rodzinną (systematyczne zadania instrumentalne wykona pielęgniarka rodzinna np. Iniekcje podskórne, im., nadzór nad podawaniem leków doustnych, opatrunki ran, natomiast szczegółowa ocena 		

Pielęgniarka ŚCOPO	Pielęgniarka rodzinna	Pielęgniarka opieki długoterminowej
<p>funkcjonowania pacjenta i rodziny/opiekuna, poradnictwo w zakresie opieki i edukacja opiekunów, podstawowa rehabilitacja przyłóżkowa, zalecenia dietetyczne wykona pielęgniarka ŚCOPO).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zaplanowanie działań pielęgniacyjnych we współpracy z pielęgniarką rodzinną (np. Iniekcje podskórne, im., nadzór nad podawaniem leków doustnych, opatrunki ran, poradnictwo w zakresie samopieki i edukacja opiekunów, rehabilitacja przyłóżkowa, zalecenia dietetyczne) ▪ Wpisanie danych z badań w elektroniczny system obiegu informacji. ▪ Zaproponowanie osób ze ŚCOPO (lekarz, psycholog, pracownik socjalny, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, opiekunka, prawnik) do udzielenia konsultacji i/lub pomocy dla pacjenta, opiekuna i rodziny. ▪ Współpraca z zespołem ŚCOPO w zakresie planowania i realizacji pomocy choremu i rodzinie. ▪ Udzielanie wskazówek i porad dotyczących opieki nad pacjentem opiekunowi rodzinnemu oraz opiekunowi pomocy społecznej. ▪ Systematyczna obserwacja i ocena stanu chorego w określonych odstępach czasu wg potrzeb i problemów pacjenta. 		

Narzędzie przeznaczone dla pielęgniarki zatrudnionej w zespole ŚCOPO

Instrukcja: Na podstawie obserwacji oraz wywiadu przeprowadzonego z pacjentem i opiekunem chorego otepiennie należy odpowiedzieć na pytania kwestionariusza.

Narzędzie Oceny Potrzeb Systemu Rodzinnego (NOPSR)

Potrzeba kontaktu z Lekarzem Podstawowej Opieki Zdrowotnej:			
1	Choroba podstawowa Pacjenta:		
2	Czy u pacjenta występują choroby współistniejące? - nadciśnienie tętnicze: - cukrzyca: - hipercholesterolemia: - inne:	TAK	NIE
3	Czy choroby współwystępujące są leczone?	TAK	NIE
4	Czy objawy chorób współistniejących są uregulowane?	TAK	NIE
5	Czy na ciele chorego występują zmiany skórne, np. rany, odleżyny, owrzodzenia, wysypka?	TAK	NIE
6	Czy informacje o stanie Pacjenta, postępowaniu medycznym i przebiegu leczenia są dla opiekuna zrozumiałe i wystarczające?	TAK	NIE
7	Czy w okresie ostatniego miesiąca wystąpiły u chorego niepokojące dla opiekuna objawy?	TAK	NIE
Potrzeba kontaktu z Lekarzem Psychiatrą			
1	Czy w ostatnim miesiącu wystąpiła istotna zmiana we wzorcu zachowań pacjenta nieuzasadniona przyczyną somatyczną? – opór w przyjmowaniu leków; – zaburzony rytm snu i czuwania; – pobudzenie psychoruchowe, napięcie; – zaburzenia nastroju; – objawy wytwórcze: urojenia, omamy; – inne;	TAK	NIE
2	Czy Pacjent przejawia zaburzenia zachowania utrudniające opiekunowi sprawowanie opieki? – od kiedy? – jakie?	TAK	NIE
3	Czy chory odmawia przyjmowania pokarmów/leków? – od kiedy?	TAK	NIE

Potrzeba kontaktu z Psychologiem:			
1	Czy u chorego występują zachowania, których opiekun nie rozumie?	TAK	NIE
2	Czy opiekun ma problemy w radzeniu sobie z zachowaniami chorego? Jakimi?	TAK	NIE
3	Czy u opiekuna występują objawy napięcia, przygnębienia, braku cierpliwości względem chorego?	TAK	NIE
4	Czy opiekun zauważa trudności w relacji z chorym?	TAK	NIE
5	Czy opiekun ma potrzebę kontaktu z psychologiem?	TAK	NIE
Potrzeba kontaktu z Fizjoterapeutą			
1	W jaki sposób chory się porusza? – samodzielnie; – z asekuracją laski; – z asekuracją drugiej osoby; – z asekuracją chodzika/balkonika; – z pomocą kuli łokciowej, pachowej, 3 – noga;		
2	Czy u chorego występują zaburzenia równowagi, zachwiania w czasie poruszania się?	TAK	NIE
3	Czy chory samodzielnie wstaje z krzesła/fotela?	TAK	NIE
4	Czy w przeciągu ostatniego miesiąca chory upadł? Ile razy?	TAK	NIE
5	Czy opiekun obserwuje pogorszenie sprawności fizycznej u chorego ? Od kiedy?	TAK	NIE
Potrzeba kontaktu z Terapeutą Zajęciowym:			
1	Czy chory wykonuje czynności samoobsługowe: – samodzielnie; – z pomocą drugiej osoby:	TAK	NIE
2	Czy chory jest angażowany w codzienne czynności domowe: – np. przygotowywanie kanapek; – obieranie owoców, warzyw; – ścieranie kurzy, składanie bielizny; – inne	TAK	NIE
3	Czy chory uczestniczy w zajęciach grupowych, spotkaniach z innymi?	TAK	NIE
4	Czy opiekun potrafi zorganizować choremu czas wolny?	TAK	NIE
Potrzeba kontaktu z pracownikiem Ośrodka Pomocy Społecznej			
1	Czy chory jest ubezwłasnowolniony: – częściowo?	TAK	NIE

	– całkowicie?		
2	Czy chory posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (powiatowy zespół) lub grupę inwalidzką (ZUS)?	TAK	NIE
3	Czy i w jakim zakresie opiekun wymaga wsparcia instytucji pomocy społecznej w opiece nad chorym?	TAK	NIE
4	Jaka jest sytuacja materialno-bytowa chorego? dochód rodziny (wspólnie gospodarujących członków rodziny);	TAK	NIE
5	Czy chory wymaga pomocy w formie usług opiekuńczych?	TAK	NIE
6	Czy chory wymaga wyposażenia w sprzęt rehabilitacyjny/ortopedyczny?	TAK	NIE
Potrzeba kontaktu z osobą duchowną			
1	Czy opiekun ma potrzebę kontaktu z osobą duchowną(księdzem, zakonikiem)?	TAK	NIE
Ocena pilności interwencji			
1	Czy występują jakiegokolwiek zaburzenia wymagające FAKTYCZNIE pilnej interwencji? Jeśli tak to jakie: ... Jeśli tak to czyjej interwencji? – pielęgniarki – lekarza POZ – fizjoterapeuty – lekarza specjalisty psychiatry/neurologa – terapeuty zajęciowego	TAK	NIE

Dokumentacja pielęgnowania pacjenta w starszym wieku z otępieniem

Płeć	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> K		
Wiek	<input type="checkbox"/>			
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> zawodowe	<input type="checkbox"/> średnie	<input type="checkbox"/> wyższe
Miejsce zamieszkania	<input type="checkbox"/> miasto	<input type="checkbox"/> wieś		
Stan cywilny	<input type="checkbox"/> zamężny/zamężna	<input type="checkbox"/> wolny	<input type="checkbox"/> wdowa/wdowiec	
Sytuacja materialna	<input type="checkbox"/> trudna	<input type="checkbox"/> dobra	<input type="checkbox"/> bardzo dobra	
Schorzenia i dolegliwości	<input type="checkbox"/>			
Jaki okres czasu pacjent choruje?	<input type="checkbox"/> do 5 lat	<input type="checkbox"/> 5-15 lat	<input type="checkbox"/> powyżej 15 lat	
Samoocena zdrowia (jak pacjent ocenia swoje zdrowie)	<input type="checkbox"/> bardzo dobre	<input type="checkbox"/> dobre	<input type="checkbox"/> złe	
Z kim mieszka?	<input type="checkbox"/> sam	<input type="checkbox"/> z rodziną		

Data objęcia opieką chorego: ____ - ____ - ____

Stan narządów zmysłu/aparaty: wzrok _____

Słuch _____

Nałogi (tytoń, alkohol, używki):

Stan bio-psycho-społeczny chorego (w dniu objęcia opieką)

Stan ogólny	dobry średni ciężki bardzo ciężki
Ryzyko odleżyn (oblicz skala Norton)	
Skala Barthel	
MMSE	
CDS	
ADL	
IADL	
Tętno(ilość, rytm, napięcie)	
RR (ciśnienie)	
Oddech(ilość, charakter)	
Zabarwienie skóry, napięcie, obrzęki i inne, temperatura	
Masa ciała, wzrost, BMI	
Układ moczowy: (diureza prawidłowa samodzielna, pacjent z cewnikiem, inne)	
Układ kostno-stawowo-mięśniowy:.	porusza się samodzielnie, wózek, balkonik, kule, leżący
Chory jest samodzielny (zakres samoopieki):	Tak Nie Częściowo
Metody leczenia i stosowane leki:	

Skala Norton - ryzyko rozwoju odleżyn - 14 p lub mniej wysokie ryzyko (oblicz.....p....)

Czynnik ryzyka		4	3	2	1
A	Stan fizyczny	dobry	Dość dobry	Średni	Bardzo ciężki
B	Stan świadomości	Pełna świadomość	Apatia	Zaburzenia świadomości	Stupor lub śpiączka
C	Aktywność – zdolność przemieszczania	Chodzi samodzielnie	Chodzi z asystą	Porusza się tylko na wózku inwalidzkim	Stale pozostaje w łóżku
D	Stopień samodzielności przy zmianie pozycji	Pełna	Ograniczona	Bardzo ograniczona	Całkowita niesprawność
E	Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej	Pełna sprawność zwieraczy	Sporadyczne moczenie się	Zazwyczaj nietrzymanie moczu	Całkowite nietrzymanie moczu i stolca

Skala funkcjonowania codziennego ADL (ocień chorego wg poniższych skal)

<p>Kąpiel (natrysk lub kąpiel)</p>	<p>Całkowita samodzielność - nie potrzebuje pomocy przy myciu (nawet jeżeli korzysta z pomocy przy wchodzeniu lub wychodzeniu z wanny).</p> <p>Niewielka pomoc - np. przy myciu niektórych części ciała.</p> <p>Znaczna pomoc - pacjent potrzebuje pomocy przy kąpielach.</p>	<p>1p</p> <p>0,5p</p> <p>0p</p>
<p>Ubieranie się (wkładanie i zdejmowanie bielizny i ubrań z szafy, używanie suwaka i guzików)</p>	<p>Całkowita samodzielność - dobór odzieży, ubieranie się bez pomocy.</p> <p>Częściowa pomoc - samodzielne dobieranie odzieży, ale potrzebna pomoc przy suwakach i guzikach.</p> <p>Brak samodzielności - potrzebna pomoc przy przygotowywaniu odzieży i ubieraniu się.</p>	<p>1p</p> <p>0,5p</p> <p>0p</p>
<p>Toaleta (samodzielne pójście do toalety, załatwienie potrzeb fizjologicznych, podmywanie się i porządkowanie odzieży)</p>	<p>Całkowita samodzielność - pacjent sam chodzi do łazienki, załatwia potrzeby fizjologiczne, porządkuje odzież (może używać łaski, balkonika, wózka inwalidzkiego, może w nocy używać basenu i opróżnić go rano.)</p> <p>Potrzebuje pomocy - w toalecie, podmywaniu się, porządkowaniu odzieży lub przy użyciu basenu</p> <p>Niezdolny do samodzielnego dbania i toaletę i załatwianie potrzeb fizjologicznych.</p>	<p>1p</p> <p>0,5p</p> <p>0p</p>

<p>Kontrolowanie zwieraczy (moczu i stolca)</p>	<p>Całkowite kontrolowanie zwieraczy. Częściowy brak kontroli - przypadki braku kontroli zdarzają się od czasu do czasu. Całkowity brak kontroli lub konieczność założenia cewnika</p>	<p>1p 0,5p 0p</p>
<p>Karmienie</p>	<p>Całkowita samodzielność - pacjent je bez pomocy Częściowa pomoc - np. krojenie, smarowanie itp. Brak samodzielności - potrzeba karmienia lub konieczność założenia sondy</p>	<p>1p 0,5p 0p</p>
<p>Poruszanie się</p>	<p>Całkowita samodzielność - pacjent kładzie się i wstaje z łóżka oraz siada i wstaje z krzesła bez pomocy lub bez laski. Kładzenie się lub wstawanie z łóżka lub krzesła tylko przy pomocy. Stałe przebywanie w łóżku.</p>	<p>1p 0,5p 0p</p>
<p>Ilość punktów razem:</p>		
<p>4,5-6p. wysoki stopień - w pełni zachowane czynności codzienne. 2,5-4p średni - stopień upośledzenia sprawności 2p i mniej niski stopień - ciężkie upośledzenie sprawności funkcjonalnej</p>		

Imię i nazwisko pacjenta

Wiek

Data wizyty

MINI – MENTAL STATE EXAMINATION

TEST MMSE AUTORYZOWANY DLA FIRMY PFIZER CO.¹

Jeden punkt za każdą poprawną odpowiedź

1.	<p>A. ORIENTACJA W CZASIE</p> <p>Który teraz mamy rok? <input type="text"/></p> <p>Jaka jest teraz pora roku? <input type="text"/></p> <p>Jaka jest dzisiejsza data? <input type="text"/></p> <p>Jaki mamy dzisiaj dzień tygodnia? <input type="text"/></p> <p>Jaki jest teraz miesiąc? <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">SUMA POPRAWNYCH <input type="text"/></p>	<p>B. ORIENTACJA W MIEJSCU</p> <p>W jakim jesteśmy województwie? <input type="text"/></p> <p>W jakim jesteśmy powiecie? <input type="text"/></p> <p>W jakim jesteśmy mieście? <input type="text"/></p> <p>Czy może mi Pani/Pan podać nazwę tego miejsca? <input type="text"/></p> <p>Na którym jesteśmy piętrze? <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">SUMA POPRAWNYCH <input type="text"/></p>										
2.	<p>ZAPAMIĘTYWANIE</p> <p>Na wstępie prosimy badanego o wyrażenie zgody na badanie pamięci. Następnie, w tempie 1 słowo na 1 sekundę, podajemy wolno i wyraźnie słowa : "JABŁKO, TELEFON, RZEKA". Po czym prosimy badanego o powtórzenie ich i zapamiętanie. Pierwsze powtórzenie decyduje o punktacji (0-3). Można próbować uczyć pacjenta, aby powtórzył więcej słów. Jeśli pacjent do końca nie nauczy się tych 3 słów, badanie przypominania nie ma sensu.</p> <p>Liczba prób: PUNKTACJA (0-3) <input type="text"/></p>											
3.	<p>UWAGA</p> <p>Należy poprosić pacjenta o przeliterowanie wstecz słowa „KWIAT”. Punktację stanowi liczba liter na właściwej pozycji (np. TAIWK = 5, TIAWK = 3).</p> <table border="1" data-bbox="478 1568 829 1680"> <tbody> <tr> <td>T</td> <td>A</td> <td>I</td> <td>W</td> <td>K</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">PUNKTACJA (0-5) <input type="text"/></p>		T	A	I	W	K	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	A	I	W	K								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
4.	<p>PRZYPOMNIENIE</p> <p>Prosimy spytać pacjenta, czy przypomina sobie te trzy słowa, które już powtarzał uprzednio.</p> <p style="text-align: right;">PUNKTACJA (0-3) <input type="text"/></p>											

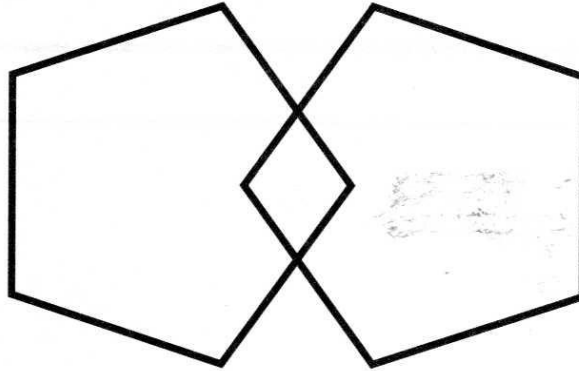


Jeden punkt za każdą poprawną odpowiedź

5.	JĘZYK a. Pokazujemy pacjentowi zegarek na rękę i pytamy, co to jest. b. Powtórzyć z ołówkiem.	PUNKTACJA (0-2)	<input type="checkbox"/>
6.	POWTARZANIE Prosimy pacjenta o powtórzenie następującego zwrotu: „ANI TAK, ANI NIE, ANI ALE”.	PUNKTACJA (0-1)	<input type="checkbox"/>
7.	ROZUMIENIE Pokazujemy pacjentowi pustą kartkę papieru i mówimy „Proszę wziąć ten papier w lewą (lub prawą) rękę, złożyć go w pół i położyć na podłodze”. Polecenie „lewa” lub „prawa” powinno odnosić się do nie dominującej ręki. Następnie podajemy papier pacjentowi. Nie należy powtarzać instrukcji, ani pomagać pacjentowi. Dajemy po jednym punkcie za każdą poprawną reakcję.	PUNKTACJA (0-3)	<input type="checkbox"/>
8.	CZYTANIE Dajemy pacjentowi kartkę z wydrukowanym poleceniem „Proszę zamknąć oczy”. Prosimy pacjenta, aby przeczytał kartkę i wykonał to, co tam jest napisane. Należy przyznać 1 punkt tylko wtedy, gdy pacjent rzeczywiście zamknie oczy.	PUNKTACJA (0-1)	<input type="checkbox"/>
9.	PISANIE Dajemy pacjentowi następną kartkę z testu i prosimy go o napisanie dowolnego zdania. Nie należy dyktować zdania, ma ono być napisane spontanicznie. Zdanie musi zawierać podmiot i orzeczenie oraz musi być sensowne. Poprawna gramatyka i interpunkcja nie są konieczne.	PUNKTACJA (0-1)	<input type="checkbox"/>
10.	KOPIOWANIE Dajemy pacjentowi następną kartkę z testu z nakładającymi się pięciokątami o bokach około 2,5 cm i prosimy go o dokładne skopiowanie. Aby uzyskać jeden punkt, na rysunku muszą być wszystkie kąty (10), a dwa z nich muszą się nakładać. Pomijamy w ocenie drżenie i rotację.	PUNKTACJA (0-1)	<input type="checkbox"/>
		ŁĄCZNY WYNIK	<input type="text"/>



10. KOPIOWANIE



Skala oceny złożonych czynności życia codziennego IADL (skala Lawtona)

- Czy potrafisz korzystać z telefonu?
 1. bez pomocy – 3 pkt
 2. z niewielką pomocą – 2pkt
 3. zupełnie nie jesteś w stanie korzystać? – 1pkt
- Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru?
 1. bez pomocy – 3pkt
 2. z niewielką pomocą - 2pkt
 3. zupełnie nie jesteś w stanie podróżować, dopóki nie poczynię specjalnych przygotowań? – 1pkt
- Czy wychodzisz na zakupy po artykuły spożywcze?
 1. bez pomocy – 3pkt
 2. z niewielką pomocą – 2pkt
 3. zupełnie nie jesteś w stanie robić jakichkolwiek zakupów? – 1pkt
- Czy możesz sam(a) przygotować sobie posiłki?
 1. bez pomocy – 3pkt
 2. z niewielką pomocą - 2pkt
 3. zupełnie nie jesteś w stanie przygotować żadnych posiłków? – 1pkt
- Czy możesz sam(a) wykonywać prace domowe (np. sprzątanie) ?
 1. bez pomocy – 3pkt
 2. z niewielką pomocą – 2pkt
 3. zupełnie nie jesteś w stanie wykonywać żadnych prac domowych? – 1pkt
- Czy możesz sam(a) dokonywać drobnych napraw w domu, majsterkować itp.?
 1. bez pomocy – 3pkt
 2. z niewielką pomocą – 2pkt
 3. zupełnie nie jesteś w stanie dokonywać nawet drobnych napraw ani majsterkować? – 1pkt
- Czy możesz sam(a) wyprać swoje rzeczy?
 1. bez pomocy – 3pkt
 2. z niewielką pomocą - 2pkt
 3. zupełnie nie jesteś w stanie wyprać czegokolwiek? – 1pkt
- Czy sam(a) przyjmujesz lub mógłbyś(mogłabyś) przyjmować leki?
 4. bez pomocy – 3pkt
 5. z niewielką pomocą - 2pkt
 6. zupełnie nie jesteś lub nie był(a)byś w stanie zażywać swoich leków? – 1pkt
- Czy możesz sam(a) gospodarować pieniędzmi?
 1. bez pomocy – 3pkt
 2. z niewielką pomocą – 2pkt
 3. zupełnie nie jesteś w stanie gospodarować? – 1pkt

Pierwsza odpowiedź na każde z powyższych pytań wskazuje na niezależność badanego w zakresie wykonywania złożonych czynności w życiu codziennym. Druga odpowiedź – ma zdolność do wykonywania tych czynności przy pomocy innych osób. Trzecia – zależność pacjenta od otoczenia.

Ilość punktów: **Najwyższy wynik końcowy to 27 punktów.**

22 - 27 Wysoki stopień sprawności

16 - 21 Średni stopień sprawności

9 -15 Niski stopień sprawności

Geriatryczna Skala Oceny Depresji Yesavage'a (GDS) (1983)

- skala samooceny, dopuszczalna pomoc w czytaniu i wypełnieniu skali w przypadku osłabienia funkcji intelektualnych
- wersja pełna (30 cech), wersja skrócona (15 cech), wersja 4-punktowa
- pytania z możliwymi odpowiedziami „tak”, „nie” odpowiednio punktowanymi według klucza
- **interpretacja wersji skróconej: liczba punktów 0-5 bez depresji, 6-15 depresja o rosnącym nasileniu**
- **interpretacja wersji 4-punktowej: liczba punktów >1/2 możliwa depresja**
- wykonanie skali przeciętnie zajmuje choremu 5-10 minut
- skalę cechuje wysoka spójność i rzetelność
- u chorych z depresją w przebiegu choroby Alzheimera, skala często nie wykazuje korelacji ze stanem klinicznym (Burke, 1989)
- najczęściej stosowana skala w ocenie depresji wieku podeszłego

GERIATRYCZNA SKALA OCENY DEPRESJI

Wersja skrócona - 15 cech

Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni zakreślając właściwą odpowiedź

PYTANIE	TAK	NIE
1. Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan(i) z niego zadowolony(a)?	T	N
2. Czy zmniejszyła się liczba Pana(i) aktywności i zainteresowań?	T	N
3. Czy ma Pan(i) uczucie, że życie jest puste?	T	N
4. Czy często czuje się Pan(i) znudzony(a)?	T	N
5. Czy jest Pan(i) w dobrym nastroju przez większość czasu?	T	N
6. Czy obawia się Pan(i), że może się zdarzyć Panu(i) coś złego?	T	N
7. Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwy(a)?	T	N
8. Czy często czuje się Pan(i) bezradny(a)?	T	N
9. Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan(i) w nim pozostać?	T	N
10. Czy czuje Pan(i), że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni ludzie?	T	N
11. Czy myśli Pan(i), że wspaniale jest żyć?	T	N
12. Czy obecnie czuje się Pan(i) gorszy(a) od innych ludzi?	T	N
13. Czy czuje się Pan(i) pełny(a) energii?	T	N
14. Czy uważa Pan(i), że sytuacja jest beznadziejna?	T	N
15. Czy myśli Pan(i), że ludzie są lepsi niż Pan(i)?	T	N



GERIATRYCZNA SKALA OCENY DEPRESJI

Wersja krótka - 4 cechy

Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni zakreślając właściwą odpowiedź

1. Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan(i) z niego zadowolony(a)? T N
2. Czy ma Pan(i) uczucie, że życie jest puste? T N
3. Czy obawia się Pan(i), że może się zdarzyć Panu(i) coś złego? T N
4. Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwy(a)? T N

Ocena GDS (punkty „depresyjne”):

NIE – 1,5,9,15,19,21,27,29,30

GDS – Wersja Skrócona:

TAK – 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15

NIE – 1,5,7,11,13

GDS – Wersja Krótka:

TAK – 2,3

NIE – 1,4

(Reference - Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leier O (1983), Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report, Journal of Psychiatric Research, 17: 37-49)

Oceń w skali D. Barthel (w punktach) sprawność psycho-fizyczną pacjenta.

Czynność	Nie potrafi	Potrafi z pomocą	Potrafi samodzielnie
Spożywanie posiłków	0	5	10
Przechodzenie z łóżka na wózek i odwrotnie	0	5	15
Utrzymanie higieny osobistej	0	0	5
Korzystanie z WC	0	5	10
Mycie/kąpiel całego ciała	0	0	5
Przejście powyżej 50 m.ew. z pomocą sprzętu	0	5	10
Chodzenie po schodach	0	5	10
Jazda na wózku	0	0	5
Ubieranie i rozbieranie się	0	5	10
Kontrola zwieracza odbytu	0	5	10
Kontrola zwieraczy pęcherza moczowego	0	5	10

Grupa I- pacjent lekki/ 85-100pkt.

Grupa II- pacjent średnio ciężki 20-85 p.

Grupa III- pacjent ciężki 0-20 p

Karta obserwacji stanu bio-psycho-społecznego chorego. Diagnoza pielęgnarska

Stan poszczególnych <u>układów</u>	Data	Data	Data	Data
Układ nerwowy i stan psychiczny: dobry D, zły Z. Stan świadomości: zorientowany co do miejsca, czasu i osoby własnej ZR, niezorientowany NR. Objawy neurologiczne.				
Układ moczowy: diureza prawidłowa P, cewnik Foleya- F bilans płynów, inne				
Układ oddechowy: oddech (ilość, charakter), kaszel, duszność, temperatura				
Układ krążenia: tętno, RR, obrzęki O, sinica S, duszność D-spozycynkowa S, wysiłkowa W, inne				
Stan skóry prawidłowy P, zmiany na skórze ZS, inne				
Układ pokarmowy: apetyt dobry D, brak łaknienia Bł, Zaparcia, biegunka +,-, bóle brzucha(lokalizacja BB+,-), stolec /, 0, wymioty +,- W, inne.				
Ukł. Kostno-mięśniowo-stawowy: bez zmian BZ, występują zmiany Z, sprawność ruchowa: S- samodzielność, sprawność ograniczona SO, niesprawność NR.				
Inne cechy:				

Problemy chorego/data	Cel podejmowanej opieki nad chorym i zakładany czas realizacji.	Interwencje pielęgniarki/członków zespołu specjalistów oraz podpis.	Ocena stanu uzyskanego oraz wnioski do dalszej opieki.

data	Obserwacje i zalecenia:	podpis

Skala oceny zależności od opieki (CDS) do oceny potrzeb, problemów zdrowotnych, pielęgnacyjnych pacjentów

Ate Dijkstra 2008,

Wersja polska - Marta Muszalik 2008.

Care Dependency Scale (CDS) - Instrukcja do skali oceny zależności od opieki²⁵.

Skala składa się z 15 punktów, z których każdy posiada 5 kryteriów dotyczących ocenianego aspektu zależności.

- W każdym punkcie należy dokonać oceny poziomu zależności i zakreślić kryterium najlepiej opisujące potrzeby badanego. Należy wybrać tylko jedno z pięciu kryteriów.
- Każdy z 15 punktów skali powinien zostać oceniony. Proszę nie omijać żadnego z punktów.
- Skala oparta jest na modelu pielęgnowania V.Henderson, bazującej na teorii potrzeb Abrahama Maslow'a .

Poniżej podano przykłady różnych potrzeb, odczuwanych i realizowanych przez każdego człowieka w zdrowiu i/lub chorobie. **Proszę szczerze odpowiedzieć wpisując cyfrę od 1-5 wyrażającą właściwą odpowiedź w kolumnie I:**

Odżywianie	<p>Stopień, w jakim pacjent jest w stanie zaspokoić swoje potrzeby żywieniowe bez niczyjej pomocy.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie przyjmować pokarmu i napoju bez pomocy – Pacjent nie jest w stanie przygotować pokarmu i napoju bez pomocy, – Pacjent jest w stanie przygotować pokarm i napój, jest w stanie włożyć je do ust bez pomocy, pod czymś nadzorem, ma problemy z określeniem ilości pożywienia – Pacjent jest w stanie jeść i pić bez pomocy przygotowany posiłek ale 	I	Zakres interwencji pielęgniarki i interdyscyplinarnego zespołu.
------------	---	---	---

²⁵ Dr. Ate Dijkstra | Professor iHuman Wellbeing Care Digital | NHL University of Applied Sciences | P.O. Box 1080 8900 CB Leeuwarden | Visiting address: Rengerslaan 108917 DD Leeuwarden | M +31 62 83 03 462 (work) | M +31 651 330 515 (private) | ate.dijkstra@nhl.nl | www.nhl.nl/lectoraat-ihuman | #ihuman | KvK 41 002686 Dr hab.Marta Muszalik, PhD MEd, RN, assoc. prof., muszalik@cm.umk.pl ,Chair and Clinic of Geriatrics of Nicolaus Copernicus University Collegium Medicum in Bydgoszcz, ul. Marii Curie-Skłodowskiej 9, Bydgoszcz 85-094, Poland www.care2share.eu, All right reserved

	<p>pod pewnym nadzorem.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent jest w stanie przygotowywać posiłki i zaspokajać swoje potrzeby żywieniowe bez niczyjej pomocy 		
Kontrolowanie czynności fizjologicznych	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie dobrowolnie kontrolować wydalanie moczu i/ lub kału</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie powstrzymać wydalania moczu i/ lub kału, jest całkowicie niezdolny do kontrolowania czynności fizjologicznych – Pacjent nie jest w stanie kontrolować wydalania moczu i/ lub kału, potrzeba wydalania jest niemożliwa do realizacji bez pomocy drugiej osoby – Pacjent jest w stanie kontrolować czynności fizjologiczne przez większość czasu, jeśli kieruje się ustalonym schematem – Pacjent jest w stanie samodzielnie kontrolować wydalanie przez większość czasu, czasami używa do tego nieodpowiednich miejsc – Pacjent jest w stanie kontrolować wydalanie bez niczyjej pomocy 		
Postawa ciała	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie przyjąć pozycję ciała odpowiednią dla danej czynności</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie zmienić pozycji ciała bez czyjejś pomocy – Pacjent jest do pewnego stopnia w stanie przyjąć pozycję ciała odpowiednią dla danej czynności bez niczyjej pomocy – Pacjent jest w stanie przyjąć pozycję ciała odpowiednią dla danej czynności, ale nie robi tego w wystarczającym stopniu i z własnej inicjatywy – Pacjent posiada nieliczne ograniczenia co do przyjmowania odpowiedniej pozycji ciała – Pacjent nie posiada żadnych ograniczeń co do przyjmowania odpowiedniej pozycji ciała . 		
Zdolność	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie poruszać się bez niczyjej pomocy</p>		

poruszania się	<ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie porusza się i nie jest w stanie sam korzystać z pomocy urządzeń mechanicznych. – Pacjent może do pewnego stopnia poruszać się bez niczyjej pomocy, często korzysta z pomocy urządzeń mechanicznych/pomocniczych i opiekuna. – Pacjent jest w stanie całkiem dobrze poruszać się, czasami korzysta z pomocy urządzeń mechanicznych – Pacjent jest w stanie poruszać się bez pomocy przez większość czasu – Pacjent jest w stanie poruszać się bez pomocy przez cały czas 		
Rytm dnia i nocy (aktywność- odpoczynek i sen)	<p>Stopień, w jakim Pacjent potrafi zachować odpowiedni cykl dnia i nocy bez niczyjej pomocy.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent pozostaje niewrażliwy na cykl dnia i nocy – Pacjent jest w niewielkim stopniu niewrażliwy na cykl dnia i nocy. – Pacjent jest wrażliwy na cykl dnia i nocy, ale potrzebuje znacznej pomocy. – Pacjent jest wrażliwy na cykl dnia i nocy, i potrzebuje niewielkiej pomocy. – Pacjent zna normalny cykl dnia i nocy i zapewnia sobie odpowiednią ilość odpoczynku. 		
Ubieranie i rozbieranie się	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie ubrać i rozebrać się bez niczyjej pomocy</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie ubrać i rozebrać się bez pomocy – Pacjent jest do pewnego stopnia w stanie ubrać i rozebrać się bez pomocy, ale nie potrafi wykonywać czynności w logicznym porządku – Pacjent częściowo jest w stanie ubrać i rozebrać się samodzielnie, ale wymaga nadzoru i pomocy – Pacjent jest w stanie ubrać i rozebrać się prawie bez pomocy, ale potrzebuje jej w czynnościach związanych np. z zapinaniem guzików. – Pacjent jest w stanie ubrać i rozebrać się bez pomocy, posiada 		

	kontrolę nad wykonywaniem precyzyjnych ruchów dłoni i palców		
Temperatura ciała	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie chronić temperaturę swojego ciała przed wpływami z zewnątrz bez niczyjej pomocy</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent sam nie jest w stanie odróżnić ciepła i zimna – Pacjent jest do pewnego stopnia w stanie sam odróżnić ciepło i zimno, ale nie potrafi podjąć odpowiednich działań – Pacjent jest w stanie sam odróżnić ciepło i zimno i do pewnego stopnia potrafi podjąć odpowiednie działania – Pacjent jest w stanie sam sygnalizować odczucia zimna i ciepła, w znacznym stopniu potrafi podjąć odpowiednie działania – Pacjent jest w stanie chronić temperaturę swojego ciała przed wpływami z zewnątrz bez niczyjej pomocy 		
Higiena osobista	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie zadbać o higienę osobistą bez niczyjej pomocy</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie bez pomocy zadbać o swoją higienę osobistą, np.: kąpiel, mycie zębów, czesanie włosów itp. – Pacjent jest w stanie tylko częściowo do zachowania higieny osobistej, ale nie robi tego z własnej inicjatywy – Pacjent jest w stanie wykonać samodzielnie kilka czynności związanych z higieną osobistą, ale wymaga nadzoru i pomocy – Pacjent jest w stanie wykonać większość czynności związanych z higieną osobistą samodzielnie, ale nadal wymaga pewnego nadzoru i pomocy – Pacjent jest w stanie zadbać o higienę osobistą całkowicie bez pomocy. 		
Unikanie niebezpieczeństw	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie zapewnić sobie bezpieczeństwo psych-fizyczne bez niczyjej pomocy</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie sam rozpoznać i uniknąć niebezpieczeństwa – W niewielkim stopniu Pacjent jest w stanie sam rozpoznać i uniknąć 		

	<p>niebezpieczeństwa w swoim środowisku i/lub chronić siebie przed agresją własną lub innych</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent jest częściowo w stanie samemu rozpoznać i uniknąć kilku niebezpiecznych sytuacji w swoim środowisku, ale potrzebuje pomocy. – Pacjent jest praktycznie w stanie samemu rozpoznawać i unikać niebezpieczeństw we własnym środowisku, i/lub chronić siebie przez większość czasu – Pensjonariusz jest w stanie zadbać o własne bezpieczeństwo bez niczyjej pomocy 		
Komunikowanie się.	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie komunikować się z innymi ludźmi.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie wyrażać siebie w sposób werbalny, ale potrafi komunikować swoje potrzeby osobom, które zna, w sposób niewerbalny. – Pacjent jest w stanie w niewielkim stopniu wyrażać siebie w sposób werbalny jak i niewerbalny, używa dźwięków, aby wyrazić swoje doświadczenia; rozumie poprzez intonację to, co inni chcą zakomunikować – Pacjent jest w stanie wyrażać siebie za pomocą prostych słów i /lub specyficznych gestów; rozumie proste, krótkie wyrazy wypowiedziane przez innych – Pacjent jest w stanie wyrażać siebie za pomocą słów i zdań oraz /lub specyficznych gestów; rozumie prosty język i/lub gesty wykonywane przez innych – Pacjent jest w stanie wyrażać siebie w sposób werbalny i niewerbalny, potrafi dzielić się własnymi doświadczeniami z innymi 		

Kontakty społeczne	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie właściwie nawiązywać, utrzymywać i zrywać kontakty społeczne</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie samodzielnie nawiązać kontaktu z innymi, reaguje pozytywnie na przyjemne doświadczenia oraz/lub negatywnie na doświadczenia nieprzyjemne – W niewielkim stopniu Pacjent jest w stanie samodzielnie nawiązać kontakt z innymi; reaguje na osoby, które są dla niego ważne – Pacjent jest w stanie samodzielnie utrzymywać ograniczoną liczbę kontaktów z osobami, które są dla niego ważne – Pacjent potrafi samodzielnie nawiązywać, utrzymywać i zrywać kontakty społeczne przez większość czasu; jest w stanie nadać tym kontaktom pewne znaczenie – Pacjent potrafi samodzielnie nawiązywać, utrzymywać i zrywać kontakty społeczne, jest w stanie nadać znaczenie tym kontaktom 		
Przestrzeganie zasad i wartości	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie samemu przestrzegać zasad/ norm społecznych</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie zachowywać się w sposób odpowiedni dla środowiska, w którym się znajduje – Pacjent od czasu do czasu jest w stanie zachowywać się w sposób odpowiedni dla środowiska domu pomocy społecznej. – Pacjent zazwyczaj zachowuje się w sposób odpowiedni dla środowiska, w którym się znajduje, ale brak u niego poczucia prywatności – Pacjent wie jak powinien zachowywać się zarówno w środowisku w którym się znajduje, jaki i poza nim, ale nie zawsze tak się zachowuje; posiada ograniczone poczucie prywatności – Pacjent wie jak powinien zachowywać się zarówno w środowisku w którym się znajduje, jaki i poza nim; zachowuje się odpowiednio; wyraża swoją potrzebę prywatności 		
Codzienne	Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie zorganizować codzienne zajęcia bez		

czynności	<p>niczyjej pomocy</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie samodzielnie wykonywać codziennych czynności – Pacjent jest w stanie wykonać proste czynności, ale tylko przy czyjejs pomocy – Pacjent jest w stanie wykonać samodzielnie kilka czynności, ale tylko wtedy, kiedy jest do tego pobudzany – Pacjent jest w stanie sam skoncentrować się przez jakiś czas na codziennych zajęciach; czerpie z nich poczucie satysfakcji – Pacjent jest w stanie samodzielnie wykonywać codzienne czynności w sposób zorganizowany; czerpie poczucie satysfakcji z rezultatów wykonywanych czynności 		
Rekreacja	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie uczestniczyć w zajęciach rekreacyjnych poza domem bez niczyjej pomocy</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie uczestniczyć w zajęciach rekreacyjnych poza domem; jest w stanie biernie czerpać przyjemność z tego, co dzieje się w jego otoczeniu – Pacjent jest do pewnego stopnia w stanie samodzielnie uczestniczyć lub być obecnym podczas zajęć rekreacyjnych poza domem ; często czerpie przyjemność z tych zajęć – Pacjent jest w stanie samodzielnie uczestniczyć w zajęciach rekreacyjnych poza domem pod nadzorem; jednakże nie angażuje się w te zajęcia z własnej inicjatywy – Pacjent jest w stanie wykonywać zajęcia rekreacyjne poza domem prawie samodzielnie, jednakże jest zależny od osoby nadzorującej – Pacjent jest w stanie wykonywać własne zajęcia rekreacyjne poza domem bez niczyjej pomocy 		
Zdolność uczenia się	<p>Stopień, w jakim Pacjent jest w stanie bez niczyjej pomocy przyswoić sobie wiedzę i/lub umiejętności oraz/ lub zachować wiedzę i umiejętności, których nauczył się wcześniej.</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> – Pacjent nie jest w stanie zachować posiadanych umiejętności – Pacjent jest w stanie zachować posiadane umiejętności poprzez częste powtarzanie – Pacjent jest w stanie nauczyć się kilku nowych prostych umiejętności poprzez powtarzanie; umiejętności zdobyte wcześniej wymagają ćwiczenia – Pacjent jest w stanie nauczyć się kilku nowych prostych umiejętności, prawie wcale nie traci umiejętności już posiadanych – Pacjent jest w stanie nauczyć się nowych złożonych umiejętności, nie traci umiejętności już posiadanych 		
Liczba punktów: CDS 1-15	<p>Oblicz liczbę punktów:</p> <p>15-44- wysoki poziom zależności od opieki</p> <p>45-59- średni poziom zależności od opieki</p> <p>60-75- niski poziom zależności od opieki</p>		

Podsumowanie

Konieczność stworzenia nowej funkcji w ramach Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach – stanowiska pielęgniarki ŚCOPO – wynika z jej specyficznych zadań i charakteru pracy w środowiskowej opiece psychogeriatrycznej (Zadania te zostały szczegółowo opisane w standardzie pracy pielęgniarki ŚCOPO). Rola pielęgniarki ŚCOPO została opisana w projekcie jako rola pierwszoplanowa, specjalistyczna i specyficzna, nie mająca odniesienia do ról i zadań pełnionych do tej pory przez pielęgniarki rodzinne. Aby rzetelnie opiekować się chorymi otępiennymi i ich rodzinami pielęgniarka ta musi posiadać wysokospecjalistyczną wiedzę i doświadczenie w pracy z osobami starszymi, w tym umiejętności dokonywania specjalistycznej diagnozy psychogeriatrycznej, oceny stanu psychofizycznego chorego, jego potrzeb opiekuńczych i pielęgniarstkich. Pielęgniarki rodzinne, na co dzień opiekujące się dużą grupą pacjentów z różnymi schorzeniami, nie są aktualnie przygotowane do kompleksowej opieki nad chorymi otępiennymi. Pielęgniarka ŚCOPO będzie miała pod stałą opieką i nadzorem (bezpośrednim oraz za pośrednictwem systemu teleopieki) chorych i ich rodziny/opiekunów,

pełniąc zadania „asystenta rodzinnego” w zakresie koordynacji właściwej opieki. Będzie w tym względzie współpracowała z całym zespołem, jak również partnerami ŚCOPO. Są to zadania wymagające szerokiej wiedzy zarówno na temat chorób otępiennych, jak i systemu opieki zdrowotnej i społecznej, mechanizmów funkcjonowania ŚCOPO. Rola ta będzie wiązała się także z dużym zaangażowaniem czasowym (wizyty u pacjentów, kontakt z rodzinami poprzez system telemedyczny, konsultacyjny kontakt z pracownikami i partnerami ŚCOPO). Nie jest możliwe, aby pielęgniarka rodzinna, mająca pod opieką także innych pacjentów niż pacjenci objęci pomocą ŚCOPO, wykonywała wszystkie te zadania w swoim czasie pracy w Przychodni POZ. Dla zapewnienia jak najwyższych standardów opieki, konieczna jest natomiast współpraca między pielęgniarką ŚCOPO a pielęgniarką rodzinną (charakter tej współpracy szczegółowo opisano w tabeli), a w miarę zaawansowania poziomu otępienia, także z pielęgniarką opieki długoterminowej. Np. Pielęgniarka ŚCOPO odwiedzająca rodziny zgodnie z opisanym standardem nie będzie mogła regularnie wykonywać np. iniekcji, zmiany opatrunków – te zadania będą wykonywane przez pielęgniarkę rodzinną. Podsumowując, stworzenie w ramach modelu roli pielęgniarki ŚCOPO wynika ze specyfiki jej roli i zadań pełnionych w opiece psychogeriatrycznej jednakże dla zapewnienia kompleksowej opieki chorym i ich rodzinom konieczna jest współpraca pielęgniarki ŚCOPO z pielęgniarką rodzinną i pielęgniarką opieki długoterminowej. W pełni wykorzysta to potencjał aktualnie funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej.

ROLA I STANDARDY PRACY NEUROLOGA W LECZENIU CHORYCH Z OTĘPIENIEM

I. Obecna rola neurologa w opiece nad pacjentami z otępieniem oraz wady aktualnego systemu

Lekarz neurolog w obecnym systemie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej funkcjonuje jedynie jako lekarz udzielający porad ambulatoryjnych w ramach Poradni Neurologicznej. Poradnie Neurologiczne działają jako poradnie ogólnoneurologiczne oraz poradnie wyspecjalizowane. W ramach istniejących specjalności Poradni Neurologicznych nie wydzielono w obecnym systemie jednostki zajmującej się pacjentami z zaburzeniami poznawczymi, dlatego pacjenci z otępieniem o różnej etiologii trafiają do poradni ogólnoneurologicznej.

Pacjent trafia do Poradni Neurologicznej w celu:

- postawienia rozpoznania kierowany na podstawie jakiegoś objawu,
- weryfikacji już postawionego rozpoznania w sytuacji wątpliwej dla lekarza kierującego,
- wdrożenia leczenia lub weryfikacji leczenia już wdrożonego,
- kontynuacji leczenia po postawieniu rozpoznania i wdrożeniu leczenia
- opanowania sytuacji nagłej w trakcie leczenia w innej jednostce.

W obecnym systemie rolę podobną do lekarza neurologa pełnić może dla pacjentów z otępieniem lekarz psychiatra i lekarz geriatra. Nie ma obecnie wydzielonej wielospecjalistycznej jednostki zajmującej się pacjentami z otępieniem.

Lekarz neurolog zajmuje się jedynie „neurologicznym” wycinkiem schorzenia prowadzącego do otępienia. W obecnym systemie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej nie ma możliwości płynnej i stałej współpracy lekarza neurologa z lekarzem psychiatrą, lekarzem geriatrą, psychologiem, terapeutą zajęciowym i środowiskowym. Pacjent może trafić na pojedynczą konsultację do każdego z opisanych specjalistów, jednak konsultujący podobnie jak neurolog zajmują się wycinkiem choroby właściwym dla prezentowanej specjalności. W obecnym systemie nie jest możliwe skoordynowanie porad udzielanych przez wielu specjalistów. Do pacjenta z otępieniem czy raczej jego opiekuna należy poruszać się między wieloma specjalistami często ulokowanymi w różnych placówkach. Obecny system umożliwia korzystanie z porad opisanych licznych specjalistów w wielu różnych jednostkach, w których kolejka do specjalisty jest możliwie najkrótsza, a w każdym razie umożliwiającą uzyskanie porady w realnym czasie. Taki stan generuje trudność w opanowaniu różnych problemów zdrowotnych pacjentów z otępieniem, konieczność scalania wielospecjalistycznej wiedzy przez opiekuna pacjenta, który nie posiada wystarczających kompetencji do pełnienia takiej roli. Skutkuje to ryzykiem zaniedbania (utajnienia) elementów choroby „nie należących” do specjalności lekarza prowadzącego. To z kolei może skutkować pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, nadmiernym zaangażowaniem opiekuna oraz ryzykiem hospitalizacji, które jest możliwe do uniknięcia w racjonalnym systemie leczenia.

Dla uzmysłowienia niemożności zastosowania obecnego systemu do praktycznej opieki nad pacjentami z otępieniem wystarczy wyjaśnić fakt, że schorzenie prowadzące do otępienia dotyka

mózgowia, w którym nie ma podziału na część „neurologiczną”, „psychiatryczną”, „psychologiczną”, terapeutyczną” i jakkolwiek inną. Na świecie dąży się do określenia nauk o schorzeniach mózgu jako szeroko pojętą *neuroscience*.

Skutkiem działania obecnego systemu jest funkcjonowanie we własnych domach pacjentów z otępieniem, którzy mają leczone wybiórcze problemy właściwe dla specjalności lekarza prowadzącego. Opieka medyczna sprowadza się w tej grupie pacjentów najczęściej do rzadkich (z powodu trudności w dostępie do leczenia specjalistycznego) działań interwencyjnych kończących się często hospitalizacjami. Opiekunowie tych pacjentów są faktycznymi organizatorami/koordynatorami opieki medycznej co niesie dodatkowe zagrożenia związane z faktem niewystarczającej wiedzy w tym zakresie oraz skutkuje przewlekłym stresem/zmęczeniem wykluczającym ich z życia społecznego.

Obecny system umieszcza edukację dotyczącą wieloletniego schorzenia przewlekłego w cyklu planowych (a faktycznie niemożliwych do zaplanowania) wizyt u wielu specjalistów. Edukacja z uwagi na rozdrobnienie specjalistów zajmujących się pacjentem ma charakter wrywkowy, nie ma na nią czasu w systemie, w którym wizyty są wykorzystywane przede wszystkim na działania doraźne.

Efektom opisanych braków jest indywidualna, zależna od łutu szczęścia, droga każdego pacjenta i opiekuna od której zależy:

- postawienie rozpoznania w ogóle,
- postawienie adekwatnego rozpoznania
- trafienie do właściwego specjalisty
- ustalenie faktycznych potrzeb zdrowotnych/społecznych pacjenta
- wiedza o schorzeniu, którą opiekun jest w stanie zdobyć.

Te i wiele innych zmiennych, na które obecny system zdaje się nie mieć wpływu powodują, że podróż przez życie z otępieniem jest „indywidualną przygodą” zależną od szczęścia i zaradności opiekuna.

II. Założenia roli specjalisty w ŚCOPO

Centrum tworzone w ramach obecnego projektu ma na celu skoordynowanie opieki nad pacjentami z rozpoznany otępieniem i ich opiekunami.

Zadania specjalisty neurologa w ŚCOPO:

- ocena adekwatności zgłoszenia do ŚCOPO, a w razie podejrzenia nieadekwatności zgłoszenia (np. nieprawidłowego rozpoznania lub leczenia) dalsze pokierowanie pacjenta/opiekuna w systemie opieki zdrowotnej.

Wstępną decyzję o adekwatności zgłoszenia powinna podjąć pielęgniarka ŚCOPO, korzystając w razie wątpliwości z pomocy lekarza neurologa/psychiatry. W tym celu opracowano narzędzie do oceny adekwatności zgłoszenia do ŚCOPO, służące do prostego określenia wstępnych danych medycznych (załącznik 2).

Należy uznać, że pozytywne odpowiedzi na powyższe pytania będą z pewnością potwierdzały „medyczną” adekwatność zgłoszenia. Od tej zasady istnieją wyjątki. Jednym z nich jest pacjent z głębokim otępieniem, bez możliwości lokomocji, u którego można odstąpić od spełnienia pewnych warunków (np. dostępności do neuroobrazowania jeśli takie nie było wykonane). Decyzję o odstąpieniu od spełnienia warunków adekwatności przyjęcia podejmować trzeba indywidualnie

w oparciu o stan kliniczny pacjenta (np. pacjent w głębokim otępieniu, unieruchomiony także może wymagać diagnostyki – taką sytuacją może być szybka i występująca od krótkiego czasu progresja schorzenia, gwałtowne unieruchomienie itd.).

- udział w edukacji społecznej dotyczącej otępień,
- udział w edukacji partnerów projektu w zakresie szeroko pojętej *neuroscience* dotyczącej schorzeń prowadzących do otępień,
- weryfikacja postawionego rozpoznania w sytuacji wątpliwej dla koordynatora ŚCOPO/pielęgniarki,
- weryfikacja prowadzonego leczenia w sytuacji wątpliwej dla koordynatora ŚCOPO/pielęgniarki,
- kierowanie do ponownej weryfikacji rozpoznania i leczenia w ambulatoryjnej jednostce specjalistycznej,
- udział w edukacji opiekunów pacjentów w zakresie wiedzy dotyczącej otępień (neurologzy pracujący bezpośrednio w środowisku pacjenta),
- planowe doradztwo personelowi medycznemu prowadzącemu pacjenta w jego środowisku,
- opanowanie sytuacji „zaostżenia” w trakcie opieki w ŚCOPO we współpracy z jednostką prowadzącą opiekę medyczną nad pacjentem,
- określanie potrzeb zdrowotnych opiekuna w zakresie schorzeń psychoneurologicznych.

Opisane zadania należy podzielić na dwa szczeble opieki specjalistycznej. Szczebel bezpośredniej opieki nad pacjentem oraz szczebel konsultacyjny ŚCOPO.

Wymagane kompetencje:

Neurolog specjalista *neuroscience* konsultujący w ramach ŚCOPO:

- specjalizacja w dziedzinie neurologii posiadający tytuł specjalisty neurologa (za równoważną uznaje się specjalizację w dziedzinie psychiatrii czyli tytuł specjalisty psychiatry),
- minimum dwuletnie doświadczenie w diagnozowaniu i prowadzeniu pacjentów z otępieniem w ramach ośrodka specjalizującego się w leczeniu tej grupy pacjentów z dostępem do pełnej diagnostyki).

Lekarz neurolog pracujący w środowisku pacjenta:

- specjalizacja w dziedzinie neurologii lub lekarz w trakcie specjalizacji z minimum dwoma latami szkolenia specjalistycznego,
- w przypadku lekarza specjalizującego się wymagana jest superwizja lekarza specjalisty *neuroscience* konsultującego w ramach ŚCOPO.

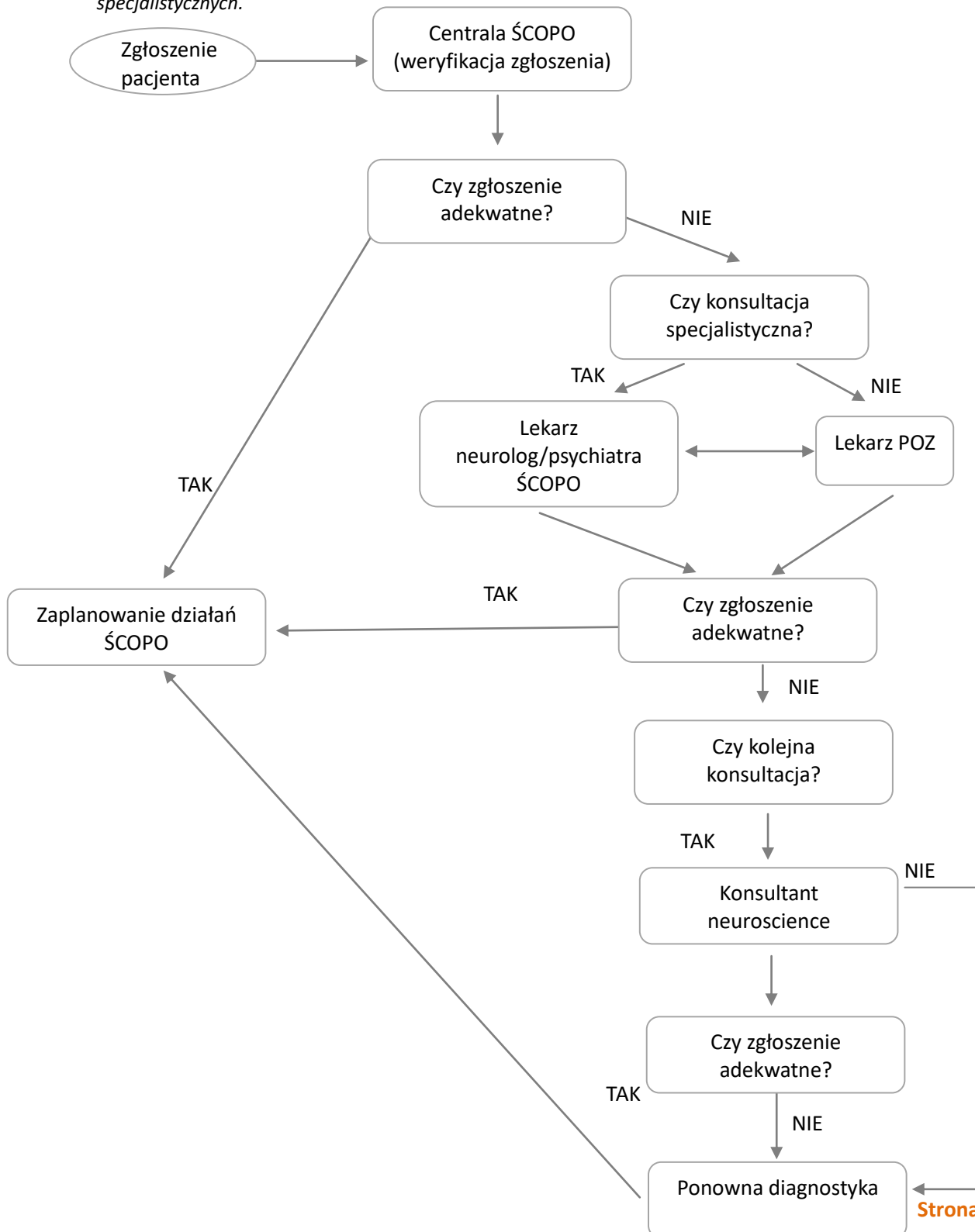
Przy zwróceniu uwagi na wady obecnie funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej lekarz neurolog konsultujący w ramach ŚCOPO miałby pełnić rolę specjalisty *neuroscience* podobnie jak lekarz psychiatra. Zarówno edukacja, postawienie rozpoznania, weryfikacja rozpoznania już postawionego, wdrożenie i weryfikacja leczenia oraz opanowywanie sytuacji nagłej („zaostżenia” problemów zdrowotnych pod postacią nasilenia obecnych objawów lub pojawienia się nowych) leżą na tym szczeblu konsultacyjnym w gestii zarówno lekarza neurologa jak i lekarza psychiatry.

Lekarze specjaliści *neuroscience* (neurolog/psychiatra) stanowiliby także zaplecze superwizujące stały personel ŚCOPO zatrudniony do bieżącej opieki nad pacjentem w jego środowisku. Metoda superwizji mogłaby obejmować użycie systemu teleopieki, jak i osobiste omówienia pacjentów w ramach

konsyliów.

W zespole ŚCOPO zostaną zatrudnieni lekarze neurologzy zajmujący się bezpośrednią opieką nad pacjentem. Konsultacje odbywać się będą w sytuacji szczególnych wątpliwości lekarzy prowadzących stale pacjenta w jego środowisku (lekarzy POZ) lub lekarzy psychiatrów ŚCOPO.

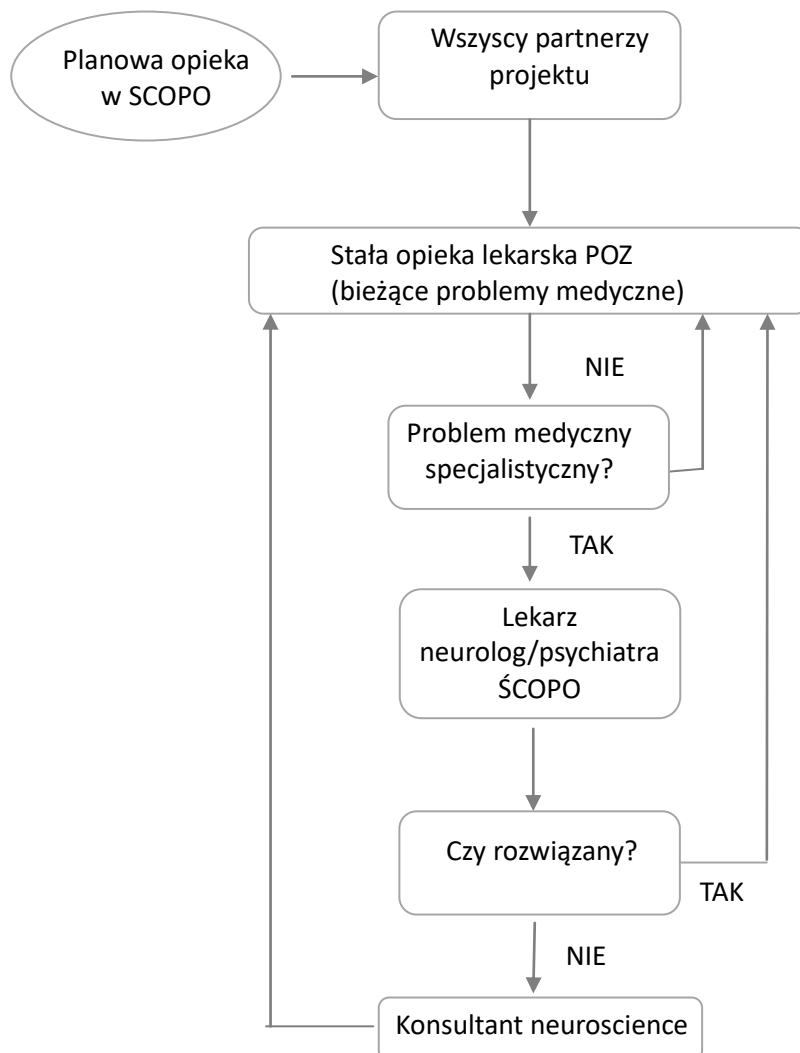
Schemat 1. Weryfikacja adekwatności zgłoszenia pacjenta do ŚCOPO oraz rola neurologa ŚCOPO (w środowisku pacjenta oraz specjalisty neuroscience) w procesie zgłoszenia pacjenta z uwzględnieniem kolejnych szczebli specjalistycznych.



Opisane role lekarze neurologicy obu szczebli pełnić będą w oparciu o osobistą ocenę pacjenta oraz wykorzystując system teleopieki będący częścią składową obecnego projektu. Metoda oceny wybierana będzie w oparciu o założenie adekwatności oceny oraz wyboru najmniejszej uciążliwości dla beneficjentów projektu.

Poza tym zarówno lekarze POZ, neurologicy jak i psychiatry mogliby w sytuacjach wysoce wątpliwych (wymagających jednak oceny w zakresie wąskiej specjalizacji tj. osobno neurologii lub psychiatrii) korzystać w ramach ŚCOPO z „szybkiej ścieżki” oceny przez właściwego specjalistę. Podobnie jak opisano wyżej, metoda oceny wybierana byłaby indywidualnie w oparciu o faktyczne potrzeby pacjenta. Całość wymaganych interwencji u konkretnego pacjenta koordynowałoby ŚCOPO.

Schemat 2 Rola neurologa ŚCOPO w planowej opiece medycznej nad pacjentem (dwa szczeble konsultacyjne – środowiskowy oraz konsultacyjny)



Każdy z partnerów projektu mógłby zgłosić problem wymagający interwencji medycznej. Poprzez lekarza POZ bezpośrednio opiekującego się pacjentem można by wykorzystywać kolejne szczeble

konsultacji medycznych z zaangażowaniem zarówno neurologa środowiskowego ŚCOPO jak i specjalisty neuroscienze konsultującego w ramach ŚCOPO.

Zasady etyczne współpracy z pacjentem z otępieniem/ jego opiekunem dla lekarza neurologa nie odbiegają od zasad etycznych dotyczących innych specjalności lekarskich oraz innych zawodów „medycznych”.

III. Współpraca neurologa z lekarzami Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) i innymi specjalistami

Lekarz neurolog przeprowadzający bezpośrednie wizyty środowiskowe w ramach ŚCOPO, współpracując z lekarzami POZ i innymi specjalistami będzie pełnił następujące zadania:

- weryfikację postawionego rozpoznania w sytuacji wątpliwej dla lekarza POZ/prowadzącego,
- weryfikację prowadzonego leczenia w sytuacji wątpliwej dla lekarza POZ/prowadzącego,
- kierowanie do ponownej weryfikacji rozpoznania i leczenia w ambulatoryjnej jednostce specjalistycznej,
- planowe doradztwo personelowi medycznemu prowadzącemu pacjenta w jego środowisku,
- opanowanie sytuacji „zaostżenia” w trakcie opieki w ŚCOPO we współpracy z jednostką POZ/specjalistyczną prowadzącą opiekę medyczną nad pacjentem,
- określanie potrzeb zdrowotnych opiekuna w zakresie schorzeń psychoneurologicznych.

Opisaną rolę lekarz neurolog pracujący w środowisku pacjenta będzie pełnił w oparciu o osobistą ocenę pacjenta oraz wykorzystując system teleopieki zaangażowany w obecny projekt. Metoda oceny wybierana byłaby w oparciu o założenie adekwatności oceny oraz wyboru najmniejszej uciążliwości dla beneficjentów projektu.

Porady lekarza neurologa w środowisku, niezależnie od metody ich przeprowadzenia, należy podzielić na:

Porady diagnostyczne:

- od 1 do 3 wizyt, podczas których lekarz specjalista ocenia adekwatność rozpoznania i wdrożonego wcześniej u pacjenta leczenia
- ilość wizyt diagnostycznych uzależniona jest od dostępności do pełnej informacji medycznej zgromadzonej na etapie przeprowadzanej konsultacji (przeprowadzonych badań; informacji o schorzeniach oraz zgromadzonej dokumentacji np. wypisów; dostępności do neuroobrazowania możliwego do oceniania przez lekarza specjalistę – dostępność do nośników badań; dokładnego spisu leków podawanych pacjentowi)
- ten etap powinien być zakończony akceptacją lub podważeniem rozpoznania i/lub leczenia,
- w wypadku akceptacji dalsza opieka medyczna nad pacjentem jest kontynuowana w miejscu dotychczasowej opieki,
- w wypadku podważenia leczenia specjalista proponuje korektę do zastosowania przez lekarza opiekującego się dotychczas pacjentem,
- w wypadku podważenia rozpoznania specjalista kieruje pacjenta do ośrodka specjalistycznego w celu diagnostyki (obszar ten nie jest objęty oddziaływaniami ŚCOPO)

Porady planowe

- odbywają się według planu ustalonego na wizytach diagnostycznych jeśli na tym etapie lekarz specjalista uznał, że jest taka potrzeba,

- odbywają się na zlecenie lekarza prowadzącego pacjenta/lekarza POZ w sytuacjach określenia wskazań (zadania pytań opisanych w narzędziu dla lekarza POZ) lub według określonego planu specyficznego dla projektu ŚCOPO,
- mają na celu ustalenie wskazań do dalszych konsultacji oraz zaplanowanie diagnostyki, leczenia i postępowania pozafarmakologicznego.

Porady interwencyjne

- są to wizyty w sytuacjach zaostrzeń ocenionych przez lekarza prowadzącego pacjenta/lekarza POZ jako wymagających interwencji neurologa,
- mają na celu ustalenie wskazań do dalszych konsultacji oraz zaplanowaniu diagnostyki, leczenia i postępowania pozafarmakologicznego.

Zadania lekarza neurologa superwizora (specjalisty neuroscience) pracującego w ramach ŚCOPO polegać będą na udzielaniu porad poprzez system teleopieki, diagnostycznych konsultacji osobistych lub konsyliów z udziałem personelu ŚCOPO. Niezależnie od metody ich przeprowadzenia należy je podzielić na:

Osobiste porady diagnostyczne lub konsultacje poprzez system teleopieki udzielane specjalście neurologowi/psychiatrze pracującemu w środowisku

- od 1 do 3 wizyt, podczas których lekarz specjalista ocenia adekwatność rozpoznania i wdrożonego leczenia,
- ilość wizyt diagnostycznych uzależniona jest od dostępności do pełnej informacji medycznej zgromadzonej na etapie przeprowadzanej konsultacji (przeprowadzonych badań; informacji o schorzeniach oraz zgromadzonej dokumentacji np. wypisów; dostępności do neuroobrazowania możliwego do oceniania przez lekarza specjalistę – dostępność do nośników badań; dokładnego spisu leków podawanych pacjentowi),
- ten etap powinien być zakończony akceptacją lub podważeniem rozpoznania i/lub leczenia,
- w wypadku akceptacji dalsza opieka medyczna nad pacjentem jest kontynuowana w miejscu dotychczasowej opieki,
- w wypadku podważenia leczenia specjalista proponuje korektę do zastosowania przez lekarza opiekującego się dotychczas pacjentem,
- w wypadku podważenia rozpoznania specjalista kieruje pacjenta do ośrodka specjalistycznego w celu diagnostyki (obszar ten nie jest objęty oddziaływaniami ŚCOPO).

Porady planowe z użyciem systemu teleopieki

- odbywają się według planu ustalonego na wizytach diagnostycznych, jeśli na tym etapie lekarz specjalista neuroscience pracujący w ŚCOPO uznał, że jest taka potrzeba
- odbywają się na zlecenie lekarza neurologa pracującego bezpośrednio w środowisku w sytuacjach wątpliwych,
- mają na celu ustalenie wskazań do dalszych konsultacji oraz zaplanowaniu diagnostyki, leczenia i postępowania pozafarmakologicznego.

Porady interwencyjne z użyciem systemu teleopieki

- są to wizyty w sytuacjach zaostrzeń ocenionych przez lekarza neurologa środowiska jako wymagających interwencji specjalisty neuroscience ŚCOPO
- mają na celu ustalenie wskazań do dalszych konsultacji oraz zaplanowaniu diagnostyki,

leczenia i postępowania pozafarmakologicznego

Konsultacje z lekarzem prowadzącym osobiste lub poprzez system teleopieki

- są to konsultacje i omówienia pacjentów na zlecenie neurologa środowiskowego wykonywane z udziałem neurologa oraz ewentualnie innych członków zespołu środowiskowego mające na celu ustalenie wskazań do dalszych konsultacji oraz zaplanowaniu diagnostyki, leczenia i postępowania pozafarmakologicznego

Narzędzie dla lekarza POZ

Lekarz neurolog w ramach szkoleń personelu medycznego przeprowadzi szkolenie lekarzy POZ dotyczące umiejętności przeprowadzenia badania neurologicznego.

Po jego wykonaniu lekarz POZ/lekarz nie-neurolog wykorzysta stworzone na potrzeby projektu ŚCOPO narzędzie dla lekarzy POZ dotyczące konieczności konsultacji specjalistycznej (załącznik 3)

Udzielenie odpowiedzi na powyższe pytania w dużej mierze pozwala określić „zapotrzebowanie” na konsultację lekarza neurologa. Oczywiście nie ma narzędzia wyczerpującego wszelkie wątpliwości medyczne, które niesie życie, jednak zaproponowane w ramach ŚCOPO narzędzie upraszcza pewne niejasności.

Zasady współpracy lekarza neurologa z pozostałym personelem ŚCOPO

Operator systemu odbiera zgłoszenie i przekazuje je do koordynatora ŚCOPO. Osobami, które wprowadzają pacjenta/opiekuna w system ŚCOPO są koordynator i pielęgniarka środowiskowa. Ich wiedza pozwala na weryfikację adekwatności zgłoszenia. W razie wątpliwości wymagających rozstrzygnięcia przez lekarza to lekarz specjalista (neurolog/psychiatra) będzie członkiem zespołu odpowiedzialnym za ich weryfikację. To pierwsza, potencjalna rola lekarza neurologa.

W razie stwierdzenia konieczności weryfikacji kwestii medycznych przez lekarza pojawiają się kolejne role lekarza neurologa:

- weryfikacja postawionego rozpoznania w sytuacji wątpliwej dla koordynatora ŚCOPO/pielęgniarki,
- weryfikacja prowadzonego leczenia w sytuacji wątpliwej dla koordynatora ŚCOPO/pielęgniarki,
- kierowanie do ponownej weryfikacji rozpoznania i leczenia w ambulatoryjnej jednostce specjalistycznej,
- planowe doradztwo personelowi medycznemu prowadzącemu pacjenta w jego środowisku,
- opanowanie sytuacji „zaostżenia” w trakcie opieki w ŚCOPO we współpracy z jednostką prowadzącą opiekę medyczną nad pacjentem,
- określanie potrzeb zdrowotnych opiekuna w zakresie schorzeń psychoneurologicznych.

Osobno opisana już powyżej rola edukacyjna lekarza neurologa wobec personelu ŚCOPO określona jako wstępne przygotowanie do współpracy oraz późniejszą stałą aktualizację opartą o stwierdzone przez zespół projektowy niedoskonałości funkcjonowania projektu i zgłoszone przez partnerów projektu zapotrzebowanie.

**Psychogeriatrya praktyczna.
Praktyczny kurs uzupełniający dla lekarzy specjalistów.**

W ramach edukacyjnej działalności ŚCOPO przeprowadzone zostaną szkolenia dla lekarzy specjalistów dotyczące diagnostyki i leczenia chorób otępiennych. Program szkoleń przedstawiono poniżej.

Charakterystyka kursu

Celem kursu jest przekazanie praktycznej wiedzy, umiejętności i postawy z zakresu psychogeriatryi. Program kursu jest rezultatem współpracy specjalistów różnych dziedzin, mających wieloletnie doświadczenie w pracy z pacjentami psychiatrycznymi i neurologicznymi w wieku podeszłym. Głównym kryterium doboru tematów i materiałów szkoleniowych było pragnienie zebrania maksimum wiedzy niezbędnej dla lekarza pragnącego skutecznie pracować z pacjentem psychogeriatrycznym. Zajęcia prowadzone są przez lekarzy (psychiatrów i neurologów) oraz psychologów mających min. 2-letnie doświadczenie w pracy z pacjentem psychogeriatrycznym.

Uczestnicy kursu

Kurs przeznaczony jest dla lekarzy specjalistów psychiatrów, neurologów lub geriatrów zatrudnionych i/lub mających własną praktykę lekarską.

Plan zajęć

Kurs będzie składał się z modułu teoretycznego i praktycznego. Zajęcia teoretyczne kursu będą realizowane w formie ćwiczeń i wykładów. Łączny wymiar 20 godzin szkolenia teoretycznego, rozłożonych na 2 dni szkoleniowe. Po ukończeniu części teoretycznej uczestnicy szkolenia wezmą udział w części praktycznej, obejmującej zajęcia stażowe od opieką lekarzy psychiatrów i neurologów oraz psychologów (łącznie 10 godzin stażowych – 6 pod opieką lekarza i 4 pod opieką psychologa).

Część teoretyczna

Umiejętności wynikowe

- pogłębiona, praktyczna wiedza umożliwiająca sprawne różnicowanie pomiędzy różnymi rodzajami problemów psychogeriatrycznych oraz skuteczne leczenie,
- umiejętności komunikacji z chorym i jego opiekunem z uwzględnieniem 'bilansu choroby' i psychoedukacji,
- tworzenie sprawnie funkcjonującego zespołu psychogeriatrycznego oraz umiejętność współpracy w ramach zespołu,
- precyzyjne nadzorowanie przebiegu chorób i skutecznej farmakoterapia.

Temat zajęć	Ilość godzin	Prowadzący
1. Schorzenia prowadzące do otępienia i ich szczegółowa charakterystyka	2	Lekarz
2. Otępienia: diagnostyka i leczenie podstawowe	1,5	Lekarz
3. Postępowanie neurologiczne z pacjentem otępiąłym	2	Lekarz

trafiającym do neurologa/psychiatry		
4. Komunikacja z pacjentem otępiennym	0,5	Lekarz, Psycholog
5. Zaburzenia afektywne, psychotyczne, osobowości i zachowania.	1	Lekarz
6. Wpływ leków na funkcje poznawcze, emocje i zachowanie. Zasady farmakoterapii w psychogeriatric i neurogeriatric.	1	Lekarz
7. Metody kontrolowania i monitorowania przebiegu choroby	0,5	Lekarz
8. Rola psychoedukacji pacjenta i opiekuna oraz współpraca w leczeniu psychogeriatricznym	1	Lekarz, Psycholog
9. Oczekiwania lekarzy od pozostałego zespołu psychogeriatricznego (psycholog, pielęgniarka, terapeuta, rehabilitant, pracownik socjalny) – jak stworzyć team?	0,5	Lekarz
10. Opieka środowiskowa w psychogeriatric	1	Lekarz, Psycholog
11. Praktyczne ćwiczenia z diagnostyki psychogeriatricznej	1	Lekarz
12. Praktyczne ćwiczenia ze stanów nagłych w psychogeriatric	1	Lekarz
13. Rola psychologa w zespole psychogeriatricznym, zaburzenia poznawcze w chorobach otępiennych, diagnoza i rehabilitacja neuropsychologiczna.	3	Psycholog
14. Problemy prawne/ ustawowe i instytucjonalne w pracy z pacjentem z chorobą otępienną	1	Lekarz
15. Problemy psychologiczne rodzin pacjentów z chorobami otępiennymi	1	Psycholog
16. Rola i miejsce narzędzi teleinformatycznych w leczeniu pacjentów z otępieniem	2	Lekarz, Psycholog

Schorzenia prowadzące do otępienia i ich szczegółowa charakterystyka

- schorzenia centralnego układu nerwowego prowadzące do otępienia i ich szczegółowa charakterystyka
- schorzenia pozaneurologiczne prowadzące do otępienia
- Wyjaśnienie ząębiana się zjawisk neurologicznych i psychiatrycznych w chorobach otępiennych

Otępienia diagnostyka i leczenie podstawowe:

- znajomość pojęć podstawowych
- znajomość podstawowych zespołów otępiennych,
- metody diagnostyki przesiewowej,
- jak postępować przed dotarciem pacjenta do specjalisty.

Postępowanie neurologiczne z pacjentem otępiąłym trafiającym do neurologa/psychiatry

- badanie neurologiczne pacjenta otępiąłego
- algorytm neurologicznego postępowania z pacjentem otępiąłym trafiającym do neurologa/psychiatry
- neurologiczna atypowość schorzeń otępiennych

- neurologiczne stany „zaostżenia” w otępieniach
- rozróżnianie zaburzeń neurologicznych (w tym zaburzeń lokomocji) od zaburzeń psychicznych w otępieniu

Komunikacja z pacjentem psychogeriatrycznym i jego opiekunem:

- zbieranie wywiadu od pacjenta i opiekuna,
- jak oceniać pacjenta z utrudnionym kontaktem,
- jak motywować pacjenta i opiekuna do leczenia,
- jak postępować w razie odmowy leczenia.

Zaburzenia afektywne, psychotyczne, osobowości i zachowania:

- zaburzenia afektywne związane z wiekiem podeszłym,
- zaburzenia psychotyczne związane z wiekiem podeszłym
- zaburzenia zachowania związane ze schorzeniami psychogeriatrycznymi,
- charakterystyczny profil psychiatryczny otępień neurozwyrodnieniowych, naczyniowych, korowych i podkorowych.

Wpływ leków na funkcje poznawcze, emocje i zachowanie. Zasady farmakoterapii w leczeniu chorych z otępieniem:

- leki ogólnoustrojowe z możliwym wpływem na sprawność psychiczną,
- leki szczególnie przeciwwskazane przy postawieniu rozpoznania psychogeriatrycznego,
- leki, które należy stosować szczególnie ostrożnie u pacjentów psychogeriatrycznych,
- zasady wdrażania leczenia.

Metody kontrolowania i monitorowania przebiegu choroby:

- monitorowanie schorzeń ogólnoustrojowych i znaczenie tego faktu,
- monitorowanie aktywności pacjenta,
- monitorowanie objawów ubocznych stosowanych leków (moczopędne, spowalniające AS, hipotensyjne, wywołujące EPS, zaburzenia elektrolitowe, lipidowe, węglowodanowe),
- monitorowanie czynności dnia codziennego (w tym odżywiania),
- monitorowanie zaburzeń zachowania dla uzmysłowienia opiekunowi poprawy,
- konieczność neuropsychologicznego monitorowania lekkiego otępienia.

Rola psychoedukacji pacjenta i opiekuna oraz współpraca w leczeniu psychogeriatrycznym:

- psychoedukacja wstępna – wiedza o chorobie,
- psychoedukacja zasad terapii (oczekiwania i realne możliwości)
- kontrakt terapeutyczny i zasady współpracy (egzekwowanie odpowiedzialności ze strony opiekunów)
- doradcza rola personelu medycznego.

Oczekiwania lekarzy od pozostałego zespołu psychogeriatrycznego (psycholog, pielęgniarka, terapeuta, rehabilitant, pracownik socjalny) – jak stworzyć team?

- wielokierunkowość otępień,
- choroba otoczenia i pacjenta,
- znaczenie diagnozy neuropsychologicznej,
- znaczenie diagnozy środowiskowej,

- znaczenie edukacji,
- znaczenie wsparcia.

Opieka środowiskowa w psychogeriatricii:

- organizacja opieki środowiskowej w psychogeriatricii
- cele i zadania w opiece środowiskowej

Praktyczne ćwiczenia z diagnostyki psychogeriatricznej:

- metody oceny pacjenta w praktyce codziennej,
- elementy szybkiej oceny pacjenta (szczególnie sugerujące określone rozpoznania),
- metody podstawowego monitorowania stanu pacjenta,
- metody monitorowania leczenia.

Praktyczne ćwiczenia ze stanów nagłych w psychogeriatricii:

- rodzaje stanów nagłych i ich definicje,
- metody diagnostyczne (rola detektywa psychogeriatricznego)
- metody pozafarmakologiczne postępowania w stanach nagłych,
- praktyczne postępowanie farmakoterapeutyczne

Rola psychologa w zespole psychogeriatricznym, zaburzenia poznawcze w chorobach otępiennych, diagnoza i rehabilitacja neuropsychologiczna.

- procesy poznawcze – norma i otępienie
- rozumienie znaczenia diagnozy neuropsychologicznej,
- rozumienie znaczenia psychoedukacji i terapii
- metody, możliwości i ograniczenia rehabilitacji w psychogeriatricii

Problemy prawne/ ustawowe i instytucjonalne w pracy z pacjentem z chorobą otępienną

- Problemy prawne/ustawowe i instytucjonalne w pracy z pacjentami chorującymi na otępienie i sposoby ich rozwiązywania

Problemy psychologiczne rodzin pacjentów z chorobami otępiennymi.

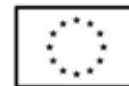
- potrzeba wsparcia psychologicznego,
- Caregiver Burden (CB) - ang. obarczenie, obciążenie, odpowiedzialność, obowiązek opiekuna.
- Manipulacja u pacjentów psychogeriatricznych,
- Psychoedukacja i psychoterapia

Rola i miejsce narzędzi teleinformatycznych w diagnozowaniu, leczeniu i opiece nad pacjentami z otępieniem i ich opiekunami.

- możliwości wykorzystania telemedycyny w opiece nad pacjentem i jego rodziną,
- rola lekarza w postępowaniu telemedycznym

Cel części stażowej:

- poznanie organizacji i funkcjonowania nowoczesnej jednostki psychogeriatricznej,
- poznanie metod badania i leczenia według standardów psychogeriatricznych,
- poznanie funkcjonalnej struktury współpracy pomiędzy lekarzem a psychologiem w pracy z pacjentami w wieku podeszłym,
- poznanie użytecznych metod diagnozy różnicującej w schorzeniach psychogeriatricznych



Umiejętności wyniesione – moduł lekarski stażu:

- Przeprowadzenie samodzielnego badania pacjenta psychogeriatrycznego oraz postawienie rozpoznania.
- Zaprojektowanie własnego schematu organizacji pracy na podstawie zaprezentowanego wzorca.
- Zaplanowanie terapii dostosowanej do potrzeb pacjenta.
- Korzystanie z badań neuropsychologicznych.

Umiejętności wyniesione – moduł psychologiczny:

- Wiedza dotycząca przeprowadzania wywiadu i badania psychologicznego.
- Wiedza dotycząca współpracy z psychologiem na każdym etapie procesu diagnostyki i leczenia zaburzeń psychogeriatrycznych.
- Interpretowanie i korzystanie z wyników badania psychologicznego.

**NARZĘDZIE DO OCENY ADEKWATNOŚCI ZGŁOSZENIA PACJENTA DO
KUJAWSKO-POMORSKIEGO ŚRODOWISKOWEGO CENTRUM OPIEKI PSYCHOGERIATRYCZNEJ
W OTĘPIENIACH**

Instrukcja: Na podstawie zebranych od pacjenta/opiekuna informacji oraz analizy dostępnej dokumentacji medycznej proszę odpowiedzieć na pytania kwestionariusza.

Lp.	Treść pytania	Odp.	Odp.
1	Czy pacjent ma postawione rozpoznanie otępienia oraz rozpoznaną jednostkę chorobową?	TAK	NIE
2	Czy pacjent ma wdrożone leczenie rutynowo używane w rozpoznanej jednostce chorobowej?	TAK	NIE
3	Czy pacjent miał adekwatną diagnostykę w tym badanie neuroobrazowe i czy jest ono dostępne?	TAK	NIE
4	Czy pacjent ma inne obciążenia chorobowe i czy są one leczone?	TAK	NIE
5	Czy pacjent jest pod stałą opieką lekarską w związku z rozpoznaniem jednostki chorobowej prowadzącej do otępienia?	TAK	NIE

NARZĘDZIE DLA LEKARZY POZ DO OCENY POTRZEBY KONSULTACJI SPECJALISTYCZNEJ W RAMACH KUJAWSKO-POMORSKIEGO ŚRODOWISKOWEGO CENTRUM OPIEKI PSYCHOGERIATRYCZNEJ W OTĘPIENIACH

Instrukcja: Na podstawie wiedzy uzyskanej od pacjenta/opiekuna oraz danych z obserwacji proszę odpowiedzieć na pytania kwestionariusza.

Lp.	Treść pytania	Odp.	Odp.
1	Czy u pacjenta występują zaburzenia lokomocji?/czy jestem pewien jak je wyjaśnić?	TAK	NIE
2	Czy u pacjenta występują zaburzenia zwieraczy?/czy jestem pewien jak je wyjaśnić?	TAK	NIE
3	Czy u pacjenta występują zaburzenia mowy i innych czynności „wyższych”?/czy jestem pewien jak je wyjaśnić?	TAK	NIE
4	Czy u pacjenta występują utraty przytomności, zaburzenia napadowe?/czy jestem pewien jak je wyjaśnić?	TAK	NIE
5	Czy pacjent ma odchylenia w badaniu neurologicznym?/czy są one spójne z postawionym rozpoznaniem klinicznym?	TAK	NIE
6	Czy pacjent wymaga włączenia leków „neurologicznych”?/czy jestem pewien, że umiem to zrobić?	TAK	NIE
7	Czy jakiegokolwiek występujące u pacjenta dotychczasowe zaburzenie „neurologiczne” jest dla mnie niezrozumiałe?/pogorszyło się w sposób którego nie umiem wyjaśnić?/wymaga leczenia którego nie znam?	TAK	NIE

ROLA I STANDARD PRACY LEKARZA PSYCHIATRY W ŚRODOWISKOWYM LECZENIU PACJENTA Z CHOROBIAMI OTĘPIENNYMI

I. Stan obecny opieki psychiatrycznej w odniesieniu do chorych otępiennie

Zdrowie psychiczne znalazło się w ostatnich latach na pierwszych miejscach agend spotkań instytucji międzynarodowych. Rozpoczynając od całkowicie poświęconemu tej tematyce raportowi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) The World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope, przez kolejną publikację WHO z 2003 r. What are the arguments for community based mental health care?, kończąc na opublikowanych w 2005 r. przez kraje członkowskie Regionu Europejskiego WHO, Unię Europejską i Radę Europy dokumentach Mental Health Declaration for Europe oraz Mental Health Action Plan for Europe.

W odpowiedzi na wezwania zawarte w obu dokumentach Komisja Europejska opublikowała pod koniec 2005 r. Green Paper. Improving the mental Health of the population: Towards a strategy on mental Health for the European Union. Jest to dokument, który w założeniu ma stanowić podstawę do prac nad wspólną europejską strategią zdrowia psychicznego. Podsumowania dotychczasowych opracowań dokonano w kolejnej publikacji WHO –Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care.

Motywy przewodnim wymienionych powyżej publikacji jest zdecydowany zwrot ku tworzeniu systemów opieki psychiatrycznej opartych na modelu opieki środowiskowej. Wszystkie te opracowania wskazują na opiekę środowiskową jako model o lepszych od instytucjonalnego efektach terapeutycznych oraz umożliwiający osiągnięcie lepszej jakości życia osób chorych. Podkreślają efektywność kosztową takiego rozwiązania, a także wskazują je jako respektujący prawa i godność osób z chorobami psychicznymi.

Podsumowując założenia tych raportów i dokumentów można założyć, iż poprawa opieki ma polegać na:

- procesie deinstytucjonalizacji i likwidacji szpitali psychiatrycznych starego typu,
- rozwoju alternatywnych rozwiązań i programów środowiskowych,
- integracji z ośrodkami podstawowej opieki zdrowotnej,
- integracji z systemem opieki społecznej i środowiskowej

Opieka nad osobami z chorobami otępiennymi wpisana jest w opiekę psychiatryczną stąd wszystkie wskazówki dotyczące środowiskowej opieki psychiatrycznej przez analogie jej dotyczą. Jednak do tej pory nie zaistniały w Polsce na tyle liczne struktury zespołów środowiskowych psychogeriatrycznych, aby móc oprzeć się na standardach ich pracy.

II. Stan aktualny opieki nad chorymi otępiennymi w Polsce

Do tej pory pacjent z otępieniem trafia późno do opieki zdrowotnej, rzadko w oparciu o swoje potrzeby, częściej z powodu sugestii innych, wreszcie najczęściej z powodu konieczności interwencji w zaawansowanych stadiach, kiedy dochodzi do dekompensacji zdrowia pacjenta z otępieniem.

Wydłużony czas oczekiwania na porady specjalistyczne powoduje nierzadko eskalację problemów.

W ramach leczenia specjalistycznego pacjenci otępieni kierowani są do poradni specjalistycznych neurologicznych, geriatrycznych, poradni zdrowia psychicznego oraz w bardzo rzadkich przypadkach poradni dysponujących usługą psychogeriatryczną. Ta ostatnia zakłada wspólny psychiatryczny i neurologiczny oraz internistyczny aspekt chorób neurozwyrodnieniowych jakimi są otępienia i odnosi się do pojęcia neuroscience czyli neuropsychiatrii. Takie ujęcie powoduje, że nie traktuje się otępień jako związanych jedynie z wąską specjalnością lekarską. Rola lekarza psychiatry w opiece nad pacjentem w projekcie ŚCOPO będzie dotyczyła takiego pojęcia.

III. Założenia projektu w zakresie roli lekarza psychiatry

Wymagane kompetencje:

Lekarz psychiatra pracujący w ŚCOPO to:

- Lekarz specjalista psychiatra lub lekarz w trakcie specjalizacji w zakresie psychiatrii.
- Jeśli lekarz jest w trakcie specjalizacji to wymagane jest aby odbył staż fakultatywny w strukturze psychogeriatrycznej.
- Jeśli lekarz jest w trakcie specjalizacji z psychiatrii to wymagane jest aby miał swojego „opiekuna”/superwizora (lekarz specjalista psychiatra) .

Superwizorem lekarza psychiatry ŚCOPO może być lekarz specjalista psychiatra posiadający minimum dwuletnie doświadczenie w diagnozowaniu i prowadzeniu pacjentów z otępieniem w ramach ośrodka specjalizującego się w leczeniu tej grupy pacjentów z dostępem do pełnej diagnostyki.

Zadania lekarza psychiatry ŚCOPO:

- **Uzyskanie zgody na badanie zgodnie z obowiązującym prawem:**

Sprawa zgody uregulowana jest Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego (obowiązuje od 1995). Jest poruszona także w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej oraz w ustawie o zawodzie lekarza. Te ostatnie ustawy powinny być stosowane też do pacjenta psychicznie chorego. Zapis w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego jest kontrowersyjny w kontekście kodeksu cywilnego. Dlatego, że kodeks cywilny uważa, że oświadczenie woli osoby z zaburzeniami psychicznymi nie jest ważne. Ponadto stwierdza, że nie ma wartości zgoda, oświadczenie wyrażone przez osobę z zaburzeniami psychicznymi i ubezwłasnowolnioną. Natomiast zapis w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego radykalnie zmienia tę sytuację. Jest to zapis sprzeczny z kodeksem cywilnym, gdyż definiuje zgodę na rzecz tej konkretnej ustawy i tej sytuacji. Zgoda oznacza swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej jej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego/innego/”centrum zdrowia psychicznego”/oddziału dziennego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania.

Psychiatra jest zobowiązany przedstawić te informacje pacjentowi choremu psychicznie. Do lekarza należy udzielanie informacji w sposób przystępny, dostosowanie informacji zarówno do poziomu, jak i do zainteresowania pacjenta. Lekarz również ocenia czy pacjent rzeczywiście te wyjaśnienia zrozumiał i czy jest on rzeczywiście zdolny do wyrażenia zgody. Generalnie każdy pacjent z zaburzeniami psychicznymi powinien wyrazić zgodę na leczenie. Niemniej pacjent, który ma

zaburzenia świadomości - i to ocenia lekarz - lub ma głębokie czy średnio głębokie zaburzenia intelektualne, zmiany otępienne, nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody. W takiej sytuacji lekarz otrzymuje zgodę, która nie jest zgodą pełnowartościową i w myśl ustawy jest obowiązany odnotować to w dokumentacji. W przypadku hospitalizacji zgoda ta musi być wyrażona na piśmie (zapis ustawowy). Ta część jest regulowana przez sądy opiekuńcze.

Zgoda na odbycie badania psychiatrycznego (rozmowa z pacjentem/ocena stanu psychicznego/badanie fizykalne):

- Osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie - także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego.
- Konieczność przeprowadzenia badania stwierdza lekarz psychiatra, a w razie niemożności uzyskania pomocy lekarza psychiatry - inny lekarz (np. lekarz pogotowia ratunkowego).
- W razie potrzeby lekarz przeprowadzający badanie zarządza bezzwłocznie przewiezienie badanego do szpitala, z możliwością zastosowania środków przymusu bezpośredniego (przytrzymywanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie); pogotowie ratunkowe, policja oraz straż pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi pomocy na jego żądanie.
- **Badanie pacjenta** celem pełnej oceny stanu psychicznego włącznie z badaniem neurologicznym. Badanie to musi się odbyć osobiście.
- **Badanie stanu psychicznego pacjenta** zawężone do oceny zaburzeń zachowania, ich rodzaju i stopnia nasilenia może odbywać się zarówno osobiście jak i drogą telemedyczną.
- **Prowadzenie dokumentacji medycznej** - zarówno badania osobiste jak i telemedyczne muszą być odnotowywane w dokumentacji lekarskiej ŚCOPO.

IV. Schemat działania lekarza psychiatry w ramach ŚCOPO:

- Operator systemu teleopieki odbiera zgłoszenie pacjenta do opieki ŚCOPO i przekazuje je koordynatorowi ŚCOPO. Koordynator kieruje pielęgniarkę ŚCOPO na wizytę w środowisku pacjenta. Pielęgniarka ŚCOPO ocenia adekwatność zgłoszenia do ŚCOPO, zbiera wywiad pielęgniarski i dokonuje diagnozy potrzeb rodziny przy użyciu Narzędzia do Oceny Potrzeb Systemu Rodzinnego (NOPSR).
- Narzędzie oceny systemu rodzinnego ma służyć do wstępnej diagnozy sytuacji. Jeśli z tej diagnozy wynika potrzeba interwencji lekarza psychiatry, pielęgniarka ŚCOPO pogłębia wywiad pielęgniarski o następujące pytania:
 - Czy w ostatnim czasie nastąpiła zmiana w rozkładzie dnia pacjenta/zmiana miejsca pobytu/zmiana wyglądu pokoju?
 - Czy w ostatnim czasie nastąpiła zmiana/choroba opiekuna?
 - Czy w ostatnim czasie nastąpiła zmiana leków lub przerwy w przyjmowaniu leków?
 - Czy w ostatnim czasie nastąpiła jakaś choroba somatyczna, infekcja lub zmiany w wartościach temperatury ciała, ciśnienia?

Ustalenie tych czynników implikuje dalsze działania w ramach ŚCOPO:

- Stwierdzenie ich obecności powadzi do działań edukacyjnych opiekuna, zalecenia dalszej obserwacji chorego. Odracza się interwencję lekarza psychiatry.
- W przypadku wykluczenia ich obecności pielęgniarka raportuje konieczność oceny lekarza psychiatry. Jeśli nie udaje się znaleźć przyczyny pogorszenia stanu pacjenta wskazana jest wizyta lekarza psychiatry.

Wizyty lekarza psychiatry ŚCOPO dzielą się na: diagnostyczne, konsultacyjne, edukacyjne i interwencyjne.

W ramach wizyt diagnostycznych lekarz psychiatra ŚCOPO przeprowadza:

- badanie pacjenta,
- wywiad z opiekunem,
- Dokładny wywiad dotyczący chorób somatycznych wraz z przeglądem aktualnie zażywanych leków.
- Przegląd badań dodatkowych
- Badanie podmiotowe pacjenta: internistyczne, neurologiczne i psychiatryczne wraz z ich podsumowaniem
- Działania te mają prowadzić do ustalenia lub zmiany rozpoznania, nazwania poszczególnych objawów, ustalenia etapu choroby, rokowania, rewizji leków, ustalenia zaleceń farmakologicznych i pozafarmakologicznych, decyzji o ewentualnych badaniach diagnostycznych.
- Wizyta diagnostyczna kończy się pozostawieniem zaleceń.
- Wizyty konsultacyjne lekarza psychiatry ŚCOPO będą odbywały się najczęściej drogą telemedycyny. Ich celem ma być odpowiadać na pytania:
 - jaki to objaw?
 - jak poradzić sobie ze zgłaszanym problemem?

Wprowadzona może być też korekta leków lub edukacja dla opiekuna jak opanować zgłaszany problem.

Podczas wizyt konsultacyjnych prowadzona osobiście w środowisku pacjenta lekarz psychiatra dokonuje: weryfikacji rozpoznania, przeglądu leków, przeprowadza wywiad w kierunku zaburzeń zachowania (głównie z opiekunem), rozmowę diagnostyczną z opiekunem, badanie psychiatryczne pacjenta oraz pozostawia zalecenia.

Wizyty (porady) edukacyjne prowadzone będą zarówno dla opiekunów chorego jak i dla innych członków zespołu ŚCOPO w ramach opieki nad określonym pacjentem i będą stwarzały możliwość zadania pytań i rozwiania wątpliwości co do prawidłowego postępowania, omówienia danego przypadku.

Interwencje lekarza psychiatry prowadzone będą w sytuacji:

- konieczności podjęcia decyzji o hospitalizacji pacjenta,
- w trakcie hospitalizacji będą dotyczyły wyboru optymalnej procedury leczenia,
- w trakcie hospitalizacji możliwe są także konsultacje w sprawie farmakoterapii (odstawianie leków, interakcje leków, możliwe powikłania neuropsychiatryczne w trakcie zabiegów).

- Interwencyjne procedury będą opisane w dokumentacji odrębnie, szczególnie jeśli interwencja dotyczyłaby instytucjonalnego leczenia czy też hospitalizacji bez zgody.

V. Zasady współpracy lekarza psychiatry z lekarzami pierwszego kontaktu i innymi członkami ŚCOPO.

Lekarz psychiatra ŚCOPO edukuje lekarza POZ w zakresie opieki nad danym pacjentem. Kontakt z lekarzem POZ odbywa się poprzez system teleopieki ŚCOPO.

Dokonując psychiatrycznej oceny pacjenta lekarz psychiatra udostępnia lekarzowi POZ informacje z badania i dalsze zalecenia do opieki lekarskiej nad pacjentem. Podobny schemat postępowania dotyczy wymiany informacji między lekarzem psychiatrą a pozostałymi członkami zespołu ŚCOPO.

Lekarz POZ dysponuje pytaniami z zakresu Narzędzia Oceny Potrzeb Systemu Rodzinnego i pogłębionego wywiadu pielęgniarskiego dotyczącego zaburzeń psychiatrycznych aby samodzielnie zweryfikować stan psychiczny pacjenta i zalecić odpowiednie postępowanie.

Lekarz psychiatra współpracując z lekarzami POZ i innymi specjalistami prowadzący pacjenta w „środowisku” miałby następujące zadania:

- weryfikację postawionego rozpoznania w sytuacji wątpliwej dla lekarza POZ/prowadzącego,
- weryfikację prowadzonego leczenia w sytuacji wątpliwej dla lekarza POZ/prowadzącego,
- kierowanie do ponownej weryfikacji rozpoznania i leczenia w ambulatoryjnej jednostce specjalistycznej,
- planowe doradztwo personelowi medycznemu prowadzącemu pacjenta w jego środowisku,
- opanowanie sytuacji „zaostżenia” w trakcie opieki w ŚCOPO we współpracy z jednostką POZ/specjalistyczną prowadzącą opiekę medyczną nad pacjentem,
- określanie potrzeb zdrowotnych opiekuna w zakresie schorzeń neuropsychiatrycznych.

VI. Innowacyjność projektu ŚCOPO:

Proponowany model stanowi odpowiedź na potrzebę stworzenia standardu opieki nad pacjentem z otępieniem w jego środowisku.

Projekt pozwoli na stworzenie odpowiednich dla otępień warunków współpracy z innymi jednostkami zaangażowanymi w opiekę nad tym pacjentem zarówno w ramach medycznej jak i pozamedycznej opieki. Funkcjonowanie ŚCOPO pozwoli na koordynację współpracy opisanych jednostek.

W ramach ŚCOPO zostanie przeprowadzona edukacja dotycząca zarówno samej choroby, jej rozmiarów i skutków jak i też metod radzenia sobie oraz profilaktyki. Kampanie edukacyjne skierowane będą zarówno do środowiska, w którym pacjent choruje, personelu medycznego jak i do szerszej społeczności.

Model ŚCOPO ułatwienie poruszania się pacjenta i jego opiekuna w systemach opieki zdrowotnej, społecznej, prawnej w celu ograniczenia obciążenia chorobą.

ZASADY ETYCZNE DLA LEKARZY I PIEŁĘGNIAREK PRACUJĄCYCH Z PACJENTEM OTĘPIENNYM I JEGO RODZINĄ

(Stworzone na potrzeby Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach)

Każdy specjalista pracujący w z pacjentem otępiennym i jego rodziną zobowiązany jest do przestrzegania obowiązującego prawa, Karty Praw Pacjenta oraz zasad kodeksu etycznego ustanowionego dla jego zawodu:

- W przypadku lekarzy jest to Kodeksu Etyki Lekarskiej i Ustawa o zawodzie lekarza z dnia 05.12.1996r. (Dz.U. z 2002r. nr.21).
- W przypadku pielęgniarek jest to Kodeks Etyki Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 9 grudnia 2003 roku i Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15.07.2011r. (Dz.U. 2011, nr 174)

W kodeksach tych określone są zasady sprawowania opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w odniesieniu do wszystkich osób objętych działaniami leczniczymi i pomocowymi. Zasady te odnoszą się również do pracy z osobami chorującymi na choroby otępienne i ich rodzinami w ramach opieki szpitalnej, ambulatoryjnej i środowiskowej. Uwzględniając jednak specyfikę chorób otępiennych należy w szczególności zwracać uwagę na następujące aspekty pracy:

- Podmiotowość pacjenta chorującego na choroby otępienne – należy pamiętać, iż mimo postępującego zaburzenia funkcji poznawczych i niesamodzielności, osoba chora jest nadal osobą. Wymaga szacunku, uwagi oraz poszanowania jej godności i intymności.
- Konieczność obecności opiekuna podczas wizyt – Chory otępienie, szczególnie w umiarkowanym i zaawansowanym stadium choroby nie jest w stanie udzielić specjalistnie rzetelnych informacji dotyczących własnego zdrowia i funkcjonowania (ze względu m.in. na postępujące pogarszanie się funkcji poznawczych, brak krytycyzmu oraz mechanizmy dysymulacji). Dlatego też ważne jest, aby informacje te zostały zebrane od jego bezpośredniego opiekuna, co umożliwi adekwatne zaplanowanie procedur medycznych. Obecność opiekuna podczas wizyt zapewnia choremu komfort, zwiększa jego poczucie bezpieczeństwa, zmniejsza dezorientację przez co obniża poziom stresu, który może się wiązać z wizytą specjalisty.
- Dostosowanie sposobu komunikacji do możliwości osoby chorującej na otępienie – uwzględniając postępujące zaburzenia mowy i innych funkcji poznawczych lekarz/pielęgniarka ma obowiązek tak dostosować sposób komunikowania się, aby był on zrozumiały dla chorego. Każdemu choremu należy wytłumaczyć stosowane procedury. W miarę możliwości uzyskać od niego aprobatę wykonywanych przez specjalistę czynności. Mimo iż, ze względu na proces chorobowy pacjenta, podczas wizyt powinien mu towarzyszyć opiekun, niedopuszczalne jest pomijanie chorego w rozmowie, nawiązywanie kontaktu jedynie z opiekunem chorego, mówienie „o pacjencie” w jego obecności bez uwzględnienia go w procesie komunikacji

(nawet jeśli komunikacja z chorym odbywa się jedynie na poziomie niewerbalnym).

- Chory, mimo występowania zaburzeń poznawczych, ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, planowanym leczeniu. Lekarz ma obowiązek przedstawić mu te informacje z taktem i ostrożnością, w sposób dostosowany do możliwości komunikacyjnych pacjenta. Jeśli to możliwe, na wczesnym etapie choroby powinien starać się poznać oczekiwania pacjenta w zakresie terapii i opieki w zaawansowanej fazie otępienia. Pielęgniarka, zgodnie z kodeksem etycznym pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, ma zakaz informowania chorego o jego stanie zdrowia i rokowaniu, ale ma prawo udzielenia choremu informacji dotyczącej diagnozy i postępowania pielęgniarskiego. W przypadku udzielania ich, pielęgniarkę obowiązują takie same zasady przekazywania treści choremu otępiennie.
- Specjalista ma obowiązek zadbać, aby opiekun nie krytykował, wyzywał czy poniżał chorego w jego obecności. Ze względu na postępujące zaburzenia poznawcze (np. niepamięć), sytuacja może być dla chorego niezrozumiała, rodzić poczucie krzywdy oraz nasilać zaburzenia zachowania. Wszelkie trudności dotyczące relacji chory-opiekun powinny być omawiane ze specjalistą bez obecności chorego.
- Obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej – specjalista pracujący w środowisku pacjenta chorującego na otępienie narażony jest na sytuacje, kiedy osoby nieuprawnione (np. sąsiedzi, znajomi chorego) będą pytali o jego stan zdrowia. Należy wyraźnie podkreślić, iż specjalista nie może udostępniać żadnych informacji bez zgody chorego lub jego opiekuna prawnego.
- Udzielając świadczeń poprzez system teleopieki specjalista ma obowiązek zadbać o zapewnienie odpowiednich warunków do rozmowy, w szczególności o poufność przekazywanych treści (np. brak obecności „osób trzecich” podczas rozmowy).
- Wykonując czynności medyczne przy chorym (badanie, zabiegi, czynności pielęgniarskie) specjalista powinien wykonywać je ze spokojem, możliwie bez pośpiechu, informując chorego o planowanych kolejno działaniach w sposób dla chorego zrozumiały. Ma to na celu wzbudzenie zaufania chorego, zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa i niwelowanie stresu. Wszelkie gwałtowne i niezrozumiałe dla chorego reakcje ze strony personelu medycznego mogą nasilić lęk, spowodować zachowania agresywne oraz wzmocnić jego dezorientację.
- Znając specyfikę chorób otępiennych, specjalista rozumie, iż zachowania agresywne, impulsywne czy niedostosowane pacjenta są skutkiem choroby i nie wynikają z realnego, nieprzyjaznego stosunku do personelu medycznego. Zachowania te nie powinny być więc źródłem negatywnych ocen, nastawień czy niechęci specjalisty. Nie powinny też wpływać na gotowość niesienia pomocy choremu.
- Pracując z systemem rodzinnym osoby chorującej na otępienie specjalista zobowiązany jest do zachowania bezstronności i obiektywności oraz reprezentowania dobra pacjenta w relacjach z pozostałymi członkami rodziny.
- Ze względu na obciążający emocjonalnie charakter pracy z osobami otępiennymi i ich rodzinami specjalista zobowiązany jest do dbałości o odpowiedni poziom własnego funkcjonowania emocjonalnego poprzez uczestnictwo w grupach Balinta i rozwój kompetencji osobistych w radzeniu sobie ze stresem i obciążeniem w pracy.
- Podejmując działania w ramach Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Psychogeriatrycznej w Otępieniach specjalista zobowiązany jest do korzystania z superwizji, konsultacji innych specjalistów ŚCOPO lub konsyliów w sytuacjach niepewności lub gdy sytuacja wykracza poza jego wiedzę i kompetencje. Działanie takie podyktowane jest dbałością o dobro pacjenta i jest wyrazem przestrzegania zasad etycznych wykonywanego zawodu.

Rola i standard pracy psychologa w środowiskowym leczeniu chorych z chorobą otępienną

I. Stan obecny

W obecnym systemie leczenia chorych z chorobami otępiennymi działalność psychologiczna ogranicza się do działań diagnostycznych (badanie funkcji poznawczych, ocena stanu psychicznego), prowadzenia treningów funkcji poznawczych chorego czy edukacji lub terapii opiekuna. Głównym miejscem działalności psychologów są oddziały szpitalne, poradnie oraz gabinety prywatne. Kontakt z psychologiem na oddziale szpitalnym często ogranicza się do jednorazowej konsultacji lub spotkania edukacyjnego i nie jest kontynuowany po zakończeniu hospitalizacji chorego. Spotkania z psychologiem w poradniach (PZP, Poradnie geriatryczne) może mieć charakter regularny, ale wymaga dojazdu do miejsca pracy specjalisty co często dla chorych i ich opiekunów jest wyraźnym utrudnieniem. Dodatkowo, jeśli prowadzona jest psychoedukacja lub terapia opiekuna, warunkiem jest, że będzie on uczestniczył w niej sam, bez obecności chorego. Nastręcza to dodatkowych problemów związanych z koniecznością zapewnienia choremu opieki na czas nieobecności głównego opiekuna, co dla wielu osób jest znaczną komplikacją. Podobne trudności występują w przypadku korzystania z porad psychologicznych czy terapii w gabinetach prywatnych. Dodatkowym problemem jest tu odpłatność za wizyty, co przy dużym obciążeniu finansowym opieką, dla wielu rodzin jest problemem nie do udźwignięcia. W wielu przypadkach opiekunowie starają się więc samodzielnie radzić sobie z problemami w relacjach z chorym oraz własnymi trudnościami emocjonalnymi. Ewentualnie korzystają z pomocy lekarza psychiatry lub lekarza POZ, który zaleca leczenie farmakologiczne. Rozwiązanie takie jest dla opiekuna mniej obciążające czasowo (nie wymaga to cotygodniowych wizyt). Nie reguluje ono jednak przyczyn trudności (np. problemów w relacjach opiekun-chory) i pomija bardzo ważną, nefarmakologiczną drogę oddziaływań na stan psychiczny pacjenta.

Wraz z rozwojem psychiatrii środowiskowej oraz powstaniem Zespołów Leczenia Środowiskowego (ZLS) pojawiła się możliwość skorzystania z pomocy psychologa również we własnym domu. Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonują 4 Zespoły Leczenia Środowiskowego (trzy w Bydgoszczy i jeden w Toruniu). Trzy z nich obejmują opieką ogół pacjentów z zaburzeniami i chorobami psychicznymi (przeważają tu pacjenci chorujący na schizofrenię), osoby z chorobami otępiennymi stanowią mały odsetek wszystkich pacjentów. Trzeci ZLS ukierunkowany jest właśnie na pracę z pacjentami otępiennymi i ich rodzinami. Obejmuje opieką ok. 45 pacjentów, co stanowi jedynie tzw. „kroplę w morzu potrzeb” i nie jest wystarczającą odpowiedzią na zapotrzebowanie społeczne.

Pracę psychologa w środowisku domowym chorego cechuje:

- Swoista zmiana charakteru relacji psycholog-osoba korzystająca z pomocy - relacja staje się bardziej równoległa, pacjent i jego rodzina stają się partnerem w relacji terapeutycznej,
- Pojawienie się nowych możliwości diagnostycznych – diagnoza funkcjonowania rodziny w jej

własnym środowisku pozwala na zdobycie dodatkowych informacji i obserwacji, co często nie jest możliwe w poradni czy gabinecie. Umożliwia to bardziej adekwatną diagnozę zarówno stanu aktualnego, jak i zasobów i możliwości zmian.

- Zwiększenie poczucia bezpieczeństwa w relacji – zarówno częstotliwość jak i miejsca spotkań (dom chorego) znacząco wpływa na poczucie bezpieczeństwa chorego i opiekuna, przez co łatwiej jest mówić o sprawach trudnych. Opiekunowie chorych odbierają wizyty psychologa w ich domu jako wyraz dużego zainteresowania ich problemami.
- Regularny kontakt i prowadzona psychoedukacja pozwala na rozwiązywanie problemów na bieżąco, bez odwlekania i długiego oczekiwania na spotkanie w placówce.

Praca psychologa w miejscu zamieszkania chorego przynosi więc duże korzyści dla całego systemu rodzinnego. W związku z tym wskazany jest rozwój i zwiększenie dostępności tego typu usług. Jest to zgodne z ogólną tendencją do rozwoju psychiatrii środowiskowej oraz z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. W tym aspekcie projekt ŚCOPO jest więc odpowiedzią na zapotrzebowanie środowiskowe.

II. Rola i zadania psychologa w ramach Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach

Wymagania

Psycholog zatrudniony w ŚCOPO powinien:

- posiadać udokumentowaną wiedzę na temat chorób i zaburzeń psychicznych wieku podeszłego, szczególnie zaburzeń otępiennych (uczestnictwo w szkoleniach, warsztatach lub konferencjach dotyczących otępień, rozpoczęte lub ukończone studia podyplomowe z zakresu psychogeriatry) lub ukończyć szkolenie dla psychologów organizowane przez ŚCOPO,
- posiadać udokumentowaną wiedzę z zakresu psychologii klinicznej (uczestnictwo w szkoleniach, warsztatach lub konferencjach z zakresu psychologii klinicznej, rozpoczęta lub ukończona specjalizacja z zakresu psychologii klinicznej, rozpoczęte lub ukończone studia podyplomowe z psychologii klinicznej)
- mieć min. 1 roczne doświadczenie w pracy środowiskowej lub odbyć staż w placówce zajmującej się środowiskowym leczeniem chorób i zaburzeń wieku podeszłego (1 miesiąc),
- posiadać umiejętności diagnostyczne pozwalające na ocenę funkcjonowania chorego na choroby otępienne oraz systemu rodzinnego,
- Znać podstawowe techniki i założenia pracy terapeutycznej i psychoedukacyjnej z pacjentem.
- Posiadać zasoby i kompetencje osobiste umożliwiające pracę z pacjentem psychogeriatrycznym i jego rodziną (cierpliwość, komunikatywność, empatia).

Zadania i obowiązki

Psycholog kierowany do rodziny objętej leczeniem i pomocą ŚCOPO podejmuje pracę:

- z chorym i jego głównym opiekunem (czynności diagnostyczne, psychoedukacja poprzez modelowanie)
- z głównym opiekunem chorego (diagnoza, psychoedukacja, oddziaływania terapeutyczne)
- indywidualne spotkania z innym niż opiekun główny członkiem rodziny chorego,
- z systemem rodzinnym (kilkoma członkami rodziny chorego) – formy oddziaływań rodzinnych, diagnoza funkcjonowania systemu rodzinnego, oddziaływania terapeutyczne.

Oddziaływania te mogą się łączyć w ramach jednej rodziny.

W przypadku zgonu osoby chorującej na otępienie rodzina zmarłego może korzystać nadal z pomocy psychologa ŚCOPO w celu uzyskania wsparcia psychologicznego w procesie przeżywania żałoby i radzenia sobie ze stratą osoby bliskiej (maksymalnie 5 spotkań). Spotkania te mogą mieć charakter indywidualny (z jednym członkiem rodziny) lub systemowy (z kilkoma członkami rodziny chorego).

Zadania psychologa w ramach ŚCOPO obejmują trzy główne dziedziny (tabela 1).

Tabela 1 Dziedziny działalności psychologa pracującego w ŚCOPO

Zadania diagnostyczne
<ol style="list-style-type: none">2. dokonywanie diagnozy funkcjonowania chorego w środowisku domowym, jego aktualnego stanu psychofizycznego, fazy zaawansowania choroby otępiennej, występujących trudności i możliwości aktywizacji,3. diagnoza funkcjonowania systemu rodzinnego – ról pełnionych w rodzinie, podziału obowiązków, relacji opiekun-chory, sposobu komunikowania się, poziomu wiedzy opiekunów na temat chorób otępiennych, zasobów rodziny oraz dostępnych źródeł wsparcia4. diagnoza poziomu obciążenia opieką głównego opiekun – poziomu napięcia opiekuna, istniejących sposobów radzenia sobie z obciążeniem, kondycji psychicznej opiekuna, zasobów i możliwości.
Zadania psychoedukacyjne
<ul style="list-style-type: none">▪ pomoc w zrozumieniu istoty choroby otępiennej przez opiekuna▪ edukacja dotycząca radzenia sobie z konkretnymi objawami choroby▪ pomoc w rozwiązywaniu konkretnych problemów doświadczanych i zgłaszanych przez rodzinę w opiece nad chorym▪ edukacja na temat adekwatnego zaspokajania potrzeb chorego▪ edukacja i pomoc w kształtowaniu prawidłowych sposobów komunikacji chory-opiekun na różnych etapach choroby▪ edukacja o prawidłowych, adekwatnych do możliwości chorego formach aktywizacji (również metodą modelowania, poprzez prezentację odpowiednich form aktywizacji w bezpośredniej pracy z chorym i omówienie tego procesu z opiekunem)▪ edukacja poprzez modelowanie prawidłowych postaw i zachowań wobec chorego
Zadania terapeutyczne
<ul style="list-style-type: none">▪ pomoc opiekunowi w radzeniu sobie z emocjami związanymi z sytuacją trudną – opieką nad osobą chorą▪ ułatwienie ekspresji emocjonalnej▪ rozwój i wzmocnienie zasobów opiekuna▪ rozwijanie konstruktywnych strategii radzenia sobie z emocjami i obciążeniem,▪ wsparcie psychologiczne▪ mediacje rodzinne – pomoc członkom rodziny chorego w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych, lepszym komunikowaniu się i współpracy w opiece nad chorym.▪ wsparcie i pomoc psychologiczna członkom rodziny w okresie żałoby po śmierci chorego

Psycholog ŚCOPO nie będzie prowadził w domu chorego regularnego treningu funkcji poznawczych. Ta forma oddziaływań terapeutycznych będzie prowadzona przez inny personel ŚCOPO, np. terapeutów zajęciowych ŚCOPO lub w formie rehabilitacji z wykorzystaniem nowoczesnych technologii, w tym wirtualnej rzeczywistości (projekt Gradys. Opis projektu zawarto w załączniku 2).

Zadania edukacyjne i terapeutyczne (z wykluczeniem oddziaływań rodzinnych) psycholog może realizować zarówno poprzez działania bezpośrednie w domu chorego, jak również przez oddziaływania poprzez system teleopieki w sytuacji interwencyjnej. Zadania diagnostyczne odbywają się w bezpośrednim kontakcie w domu chorego.

Obowiązkiem psychologa ŚCOPO jest:

- wykonywanie zadań określonych standardem (opisanych w tabeli 1),
- rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej,
- komunikowanie się z innymi pracownikami zespołu ŚCOPO w sprawach związanych z pacjentem i organizacją opieki,
- regularne podnoszenie własnych kwalifikacji poprzez uczestnictwo w konferencjach, szkoleniach i warsztatach z zakresu psychologii klinicznej i psychogeriatry,
- uczestnictwo w grupach Balinta i superwizji,
- przestrzeganie w pracy zasad Kodeksu Etycznego Psychologa ustanowionego przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Celem uczestnictwa w grupie Balinta jest refleksja nad procesami zachodzącymi w komunikacji z pacjentem oraz przeżyć i emocji własnych w relacji z pacjentem. Grupa ta dostarcza bezpiecznego środowiska, w którym psycholog będzie mógł przyglądać psychologicznym aspektom relacji z pacjentem, a przez to lepiej ją rozumieć i efektywniej radzić sobie z trudnościami w niej występującymi. Udział w grupach Balinta zapobiega wypaleniu zawodowemu, pozwala na zwiększenie satysfakcji zawodowej, zwiększa też wgląd we własne procesy emocjonalne. Zalecane udział w grupach Balinta raz w miesiącu, zgodnie z harmonogramem funkcjonowania grup Balinta w ŚCOPO.

Superwizja psychologa ŚCOPO może mieć charakter zarówno grupowy jak i indywidualny. Osobą prowadzącą superwizję psychologa ŚCOPO powinien być psycholog z doświadczeniem w psychogeriatry i psychologii klinicznej, certyfikowany specjalista terapii środowiskowej PTP. Celem superwizji jest zwiększenie kompetencji psychologa ŚCOPO poprzez regularne konsultacje dotyczące pracy z pacjentem chorującym na otępienia i jego rodziną, omawianiu i rozwiązywaniu trudności w pracy psychologicznej. Zalecany udział w superwizji raz w miesiącu, zgodnie z harmonogramem superwizji w ŚCOPO.

Organizacja pracy

Psychologa do rodziny kieruje koordynator ŚCOPO. Przed każdą pierwszorazową wizytą psycholog zobowiązany jest zapoznać się z informacjami zebranymi przez pielęgniarkę lub innych pracowników ŚCOPO na temat stanu i funkcjonowania pacjenta i rodziny, zgłaszanych trudności. Psycholog umawia się na wizytę samodzielnie, zgodnie z harmonogramem własnych wizyt w ramach ŚCOPO poprzez system teleopieki. Po otrzymaniu od opiekuna chorego zgody na wizytę domową, psycholog ustala konkretny termin wizyty.

Pierwsza wizyta w domu chorego

Podczas pierwszej wizyty psycholog zobowiązany jest nawiązać kontakt zarówno z chorym jak i jego opiekunem. Dokonuje on diagnozy w trzech podstawowych obszarach (tabela 2)

Tabela 2 Obszary diagnostyczne funkcjonowania chorego i systemu rodzinnego oceniane przez psychologa ŚCOPO

Obszary diagnostyczne w pracy psychologa ŚCOPO		
Funkcjonowanie pacjenta z chorobą otępienną	Funkcjonowanie systemu rodzinnego (szczególnie relacji opiekun-chory)	Funkcjonowanie głównego opiekuna
<ul style="list-style-type: none"> ▪ samodzielność pacjenta (ubieranie się, mycie, spożywanie pokarmów, kontrola fizjologii) ▪ możliwości poruszania się (przemieszcza się samodzielnie, z pomocą, pacjent niechodzący) ▪ możliwości komunikacyjne chorego (nawiązywanie kontaktu werbalnego i niewerbalnego, afazja), ▪ orientacja auto i allopsychiczna chorego, ▪ występowanie u chorego zaburzeń zachowania (agresja, manipulacja, rozhamowanie), ▪ występowanie u chorego objawów psychotycznych (urojenia, omamy), ▪ występowanie u chorego objawów zaburzeń nastroju (płaczliwość, obniżony nastrój, objawy depresyjne, drażliwość, labilność emocjonalna) i napędu (apatia, pobudzenie), ▪ zakres działań, sposoby 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ struktura rodziny chorego (ilość osób w rodzinie, wspólne zamieszkiwanie, częstotliwość kontaktów) ▪ role pełnione w rodzinie, podział obowiązków między członków rodziny, ▪ style zachowania chory-opiekun (np. nadmierne wyręczanie, brak pomocy w funkcjonowaniu, uleganie manipulacjom chorego), ▪ sposób komunikacji chory-opiekun (w tym zwrócenie uwagi na wszelkie przejawy agresji i biernej agresji we wzajemnych komunikatach, błędy wynikające z niewiedzy opiekuna) ▪ zmiany jakie zaszły w rodzinie od momentu pojawienia się objawów choroby otępiennej ▪ zasoby rodziny i dostępne dla rodziny źródła wsparcia nieinstytucjonalnego (dalsi krewni, znajomi, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ poziom rozumienia przez głównego opiekuna istoty choroby otępiennej, jej objawów i konsekwencji dla funkcjonowania chorego (np. w jakim stopniu rozumie, że dane zachowanie chorego jest wynikiem otępienia?, czy nie przypisuje zachowaniom chorego cech złośliwości, lenistwa...), ▪ sposób przeżywania sytuacji i mechanizmy obronne uruchamiane przez głównego opiekuna, ▪ stan emocjonalny opiekuna (ze szczególnym uwzględnieniem przeżywanej przez niego złości, lęku, poczucia bezradności, przygnębienia, objawów depresyjnych), ▪ stosowane przez opiekuna strategie radzenia sobie z obciążeniem i ich adaptacyjność, ▪ stan zdrowia głównego

spędzania wolnego czasu,
możliwości
zagospodarowania czasu.

sąsiedzi)

opiekuna,
▪ główne problemy i
trudności przeżywane w
relacji z chorym.

W przypadku gdy nie jest możliwe zebranie kompletnych danych diagnostycznych w trakcie pierwszej wizyty, psycholog kontynuuje proces diagnostyczny na kolejnych spotkaniach (Spotkania 1-3). Należy tu podkreślić, iż diagnoza nie jest procesem jednorazowym i dokonywana będzie systematycznie podczas trwania kontaktu rodziny z psychologiem ŚCOPO w celu oceny efektywności oddziaływań i monitorowania zmian.

Wizyta diagnostyczna trwa od 60 do 90 minut w zależności od sytuacji i możliwości rodziny.

Druga wizyta w domu chorego (lub kolejna po dokonaniu diagnozy chorego i systemu)

Po zakończeniu procesu diagnostycznego psycholog na podstawie zebranych informacji ustala plan pracy z rodziną. Ustala z rodziną chorego główne cele i obszary i zasady pracy psychologicznej. Omawia i zawiera w związku z tym z rodziną kontrakt psychologiczny, obejmujący następujące zagadnienia (tabela 3).

Tabela 3 Kontrakt psychologiczny zawierany z rodziną chorego przez psychologa ŚCOPO

Kontrakt psychologiczny

- | | |
|---|--|
| 1 Cel pracy psychologicznej | <p>Cel pracy ustalany jest wspólnie z głównym opiekunem, w oparciu o stan chorego, potrzeby opiekuna i wiedzę psychologa wynikającą z przeprowadzonego procesu diagnostycznego. Na realizację celu muszą zgodzić się obie strony kontaktu. Psycholog musi pamiętać, iż cel pracy z opiekunem musi być:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ realny do osiągnięcia w obecnej sytuacji życiowej chorego i jego rodziny ▪ sformułowany w specyficznych, konkretnych kategoriach behawioralnych ▪ etyczny i ekologiczny (nie działający na szkodę chorego ani żadnego z członków jego rodziny) ▪ akceptowalny dla opiekuna |
| 2 Częstotliwość i czas trwania spotkań | <p>Początkowo spotkania powinny odbywać się raz w tygodniu w domu pacjenta. W miarę zbliżania się do osiągnięcia założonych celów psycholog w uzgodnieniu z rodziną pacjenta może podjąć decyzję o rozrzedzeniu spotkań w domu chorego do 1 spotkania na 2 tygodnie. Czas trwania jednego spotkania uzależniony jest od ilości osób biorącym w nim udział. W przypadku pracy psycholog-opiekun (spotkanie indywidualne) czas trwania spotkania powinien wynosić 50 minut. Spotkania edukacyjne psycholog-opiekun-chory (modelowanie postaw,</p> |

prezentowanie prawidłowych form aktywizacji) powinno trwać ok. 60 minut w zależności od wykonywanych czynności i możliwości chorego. W przypadku spotkania rodzinnego (psycholog – kilku członków rodziny pacjenta) czas trwania spotkania powinien wynosić 60-90 minut, w zależności od potrzeb.

Po śmierci pacjenta chorującego na otępienie rodzina może skorzystać z pomocy psychologa ŚCOPO

-
- | | |
|---|--|
| 3 Sposoby odwoływania spotkań i komunikowania się między spotkaniami | Opiekun chorego komunikuje się z psychologiem poprzez system teleopieki ŚCOPO. Każdorazowo psycholog powiadamiany jest przez operatora systemu teleopieki o odwołaniu wizyty lub zgłoszeniu potrzeby kontaktu z psychologiem przez rodzinę objętą opieką. Psycholog odpowiada poprzez system teleopieki. |
| 4 Zasady zakończenia kontaktu z psychologiem | Kontakt z psychologiem ŚCOPO zostaje zakończony w następujących sytuacjach: <ul style="list-style-type: none">▪ gdy zamierzony cel został osiągnięty a rodzina nie zgłasza żadnych nowych problemów do pracy psychologicznej. W sytuacji takiej rodzina zostanie powiadomiona o możliwości ponownego nawiązania kontaktu z psychologiem jeśli sytuacja ulegnie pogorszeniu lub rodzina (albo inny pracownik ŚCOPO) zauważy potrzebę dalszej pracy psychologicznej. Po zakończeniu wizyt środowiskowych psychologa nadal możliwy jest interwencyjny lub wspierający kontakt poprzez system teleopieki (opiekun zgłasza taką potrzebę do koordynatora ŚCOPO poprzez system teleopieki).▪ gdy występuje brak współpracy ze strony opiekuna uniemożliwiający osiągnięcie celów (np. świadome bojkotowanie działań psychologicznych nie poddające się refleksji czy oddziaływaniom terapeutycznym; regularne odwoływanie spotkań)▪ w przypadku zgonu pacjenta ŚCOPO lub zakończeniu wizyt psychologa ŚCOPO pozwalających na pracę z żałobą po śmierci chorego otępiennie (max. 5 wizyt).▪ w przypadku rezygnacji opiekuna mimo braku zrealizowania celu pracy psychologicznej. |
-

Dla rozpoczęcia pracy psychologicznej z chorym i jego rodziną opiekun chorego musi zaakceptować kontrakt i zasady pracy.

Dalsze środowiskowe wizyty psychologa ŚCOPO

Podczas dalszych spotkań psycholog realizuje ustalone z rodziną cele psychoedukacyjne i terapeutyczne. Jak już wcześniej wspomniano regularnie prowadzi także monitoring aktualnego stanu chorego i systemu rodzinnego, ocenia efektywność prowadzonych oddziaływań i dostosowuje

do tego formę oddziaływań. Zakończenie wizyt psychologa w domu chorego odbywa się zgodnie z zasadami opisanymi powyżej.

III. Kontakt pacjent-opiekun poprzez system teleopieki

Kontakt psycholog - rodzina chorego poprzez system teleopieki może być inicjowany przez obie strony relacji. Psycholog kontaktuje się z rodziną poprzez system teleopieki kiedy:

- istnieje konieczność zmiany terminu wizyty,
- istnieje potrzeba monitorowania stanu chorego czy sytuacji rodzinnej.

Opiekun pacjenta kontaktuje się z psychologiem poprzez system teleopieki (za pośrednictwem operatora) w sytuacjach:

- interwencyjnych (np. nasilenie zaburzeń zachowania u chorego, wystąpieniu nowych, niepokojących opiekuna zachowań czy problemów w relacji lub wystąpienia kryzysu w samopoczuciu opiekuna).
- Odwołania lub zmiany terminu wizyty co zostało omówione w kontrakcie.

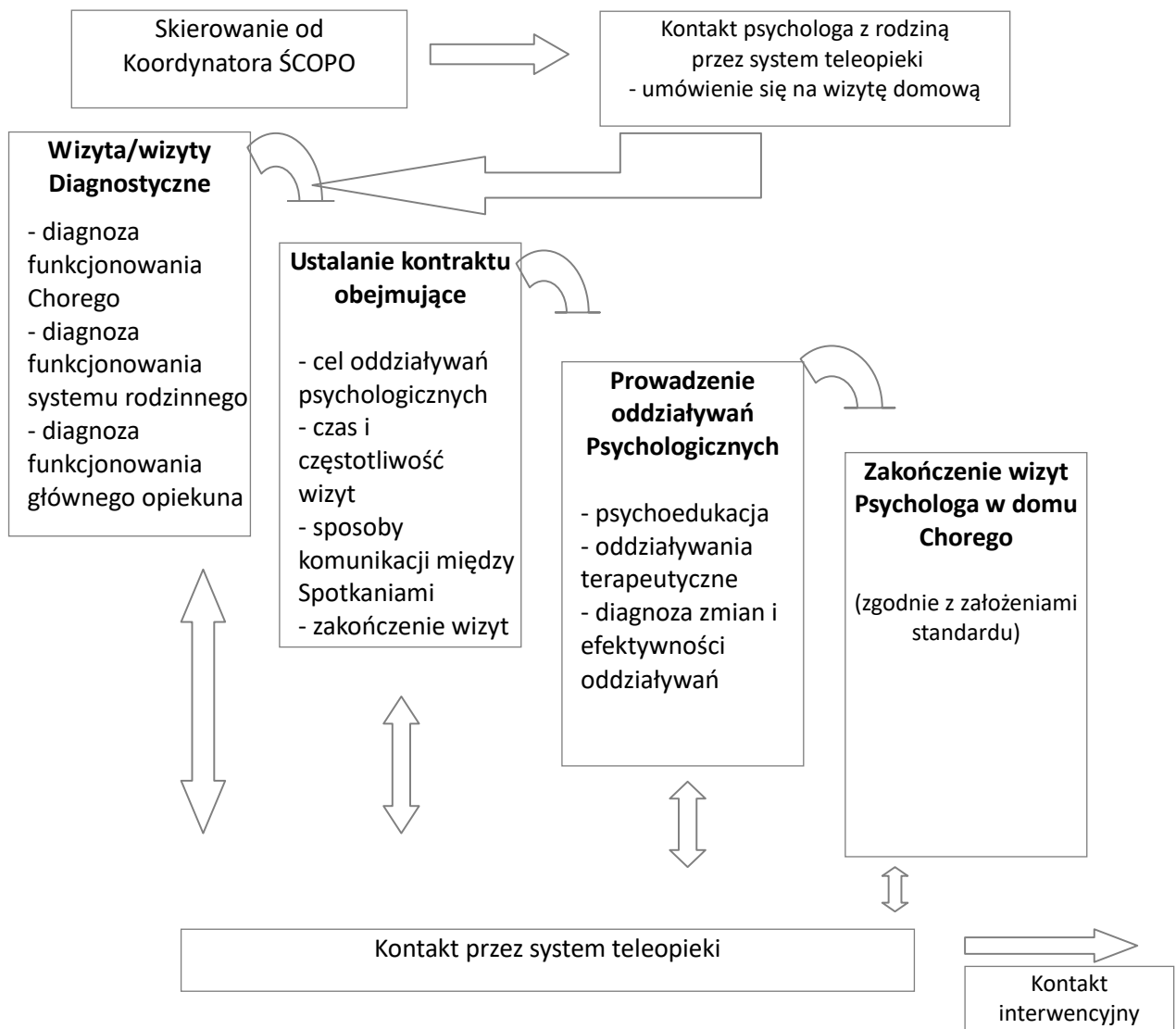
Każdorazowo opiekun łączy się poprzez system teleopieki z operatorem ŚCOPO, który przekazuje informację psychologowi. Psycholog odpowiada zwrotnie na kontakt ze strony opiekuna w najbliższym, wyznaczonym harmonogramem pracy terminie.

W sytuacji kontaktu poprzez system teleopieki psycholog musi zapewnić odpowiednie warunki kontaktu – brak obecności osób trzecich lub uniemożliwienie im usłyszenia treści rozmowy. Jest to zgodne z zasadą poufności i zachowania tajemnicy zawodowej a także wynika z dbałości o bezpieczeństwo pacjenta w kontakcie z psychologiem, jakością i stabilnością relacji.

W przypadku zgłoszenia dotyczącego niepokojących zachowań pacjenta, psycholog zobowiązany jest zaobserwować dane zachowanie poprzez system teleopieki. Umożliwi to udzielenie opiekunowi fachowej informacji i wsparcia i zmniejszy możliwość popełnienia błędu.

Czas trwania porady z wykorzystaniem systemu teleopieki jest trudny do oszacowania ze względu na brak doświadczeń i badań nad pracą psychologa w systemie teleopieki. Można założyć, iż czas ten będzie uzależniony od rodzaju problemu i zastosowanej interwencji i będzie się wahał od 20 do 50 minut.

Schemat 1. Przebieg pracy psychologa ŚCOPO



Zasady etyczne w pracy z pacjentem otępiennym i jego rodziną

W pracy środowiskowej z osobą chorującą na otępienie i jej rodziną psycholog jest zobowiązany przestrzegać zasad etycznych Kodeksu Etycznego-Zawodowego Psychologa zatwierdzonego przez Walne Zebranie Delegatów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w 1991 roku (załącznik nr 2). Analizując sytuację pacjenta chorującego na otępienie warto stanowczo podkreślić, iż mimo zaburzeń funkcji poznawczych i powodujących osłabienie i utratę kontaktu skutków choroby otępiennej, osoba chora nadal jest osobą i podmiotem a nie przedmiotem oddziaływań psychologicznych. Wymagana jest więc jej zgoda na podjęcie kontaktu i oddziaływania psychologiczne. Zgoda ta może być wyrażona werbalnie lub niewerbalnie (np. poprzez gestykulację, potakiwanie) w zależności od stanu chorego. Psycholog pracujący w środowisku domowym pacjenta przestrzegając praw etyki zobowiązany jest do zapewnienia poufności i intymności kontaktu (mimo, iż odbywa się on w domu chorego a nie

w gabinecie psychologa). Znając specyfikę choroby otępiennej (zaburzenia pamięci i innych funkcji poznawczych, zaburzenia komunikacji występujące u chorego) psycholog nie może dopuszczać, aby opiekun narzekał i krytykował zachowania chorego w jego obecności. Wszelkie trudności związane z opieką nad chorym muszą być omawiane bez uczestnictwa chorego.

Realizując wizyty domowe psycholog narażony może być na sytuacje, w których osoby nieuprawnione będą próbowały uzyskać informacje dotyczące chorego (np. napotkana podczas wychodzenia z wizyty sąsiadka lub inne osoby z otoczenia chorego). Psycholog ma obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej i nie udzielania żadnych informacji osobom nieuprawnionym. Zasada ta dotyczy także osób odwiedzających dom chorego (nie będących pracownikami ŚCOPO), np. znajomi czy dalsi członkowie rodziny. Jakiegokolwiek informacje mogą być udzielane jedynie za zgodą osób, których one dotyczą.

Komunikacja z pozostałym personelem ŚCOPO

Uczestnicząc w środowiskowej opiece nad pacjentem psychogeriatrycznym z otępieniem psycholog będzie kontaktował się z innymi pracownikami w ŚCOPO. Pozwoli to na lepszą organizację leczenia oraz realizację postulatów leczenia interdyscyplinarnego i zespołowego. Wszelkie uwagi dotyczące np. konieczności konsultacji pacjenta przez innego specjalistę czy pogorszenia funkcjonowania chorego będą zgłaszane koordynatorowi ŚCOPO (bezpośrednio lub przez system teleopieki), który podejmie odpowiednie działania. Psycholog zobowiązany jest także do rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej, która będzie pomocna innym pracownikom ŚCOPO we wspólnym działaniu na rzecz pacjenta i jego rodziny.

Zgodnie z założeniami systemu teleopieki, psycholog potrzebując konsultacji osobistej z innym specjalistą ŚCOPO może skontaktować się z nim bezpośrednio wysyłając informację poprzez system teleopieki. Schemat tej konsultacji opisany jest w rozdziale dotyczącym systemu teleopieki.

IV. Ocena innowacyjności modelu ŚCOPO w odniesieniu do pracy psychologa

Praca psychologa ŚCOPO opiera się na założeniach psychiatrii środowiskowej. W swojej pracy psycholog posługuje się sprawdzonymi technikami psychoedukacyjnymi oraz terapeutycznymi, korzystając z najnowszej wiedzy dotyczącej pracy z pacjentami otępiennymi i ich rodzinami.

Innowacją modelu ŚCOPO w odniesieniu do pracy psychologa jest tak szeroki zakres oddziaływań psychologicznych w odniesieniu zarówno do samych chorych jak i ich rodzin. Działania prowadzone do tej pory mają znacznie ograniczony zakres (zarówno w kwestii ilości osób objętych opieką jak i zakresu oddziaływań psychologicznych). Model ŚCOPO proponuje rozwiązanie holistyczne (diagnozowanie sytuacji, psychoedukacja oraz oddziaływania terapeutyczne obejmujące chorego i wszystkich członków rodziny chcących skorzystać z pomocy).

Sposób organizacji pracy psychologa ŚCOPO (możliwość zaobserwowania chorego i całej jego rodziny w środowisku zamieszkania, częstotliwość wizyt, dostępność i ciągłość opieki psychologicznej) umożliwia postawienie holistycznej i trafnej diagnozy oraz zaplanowanie działań terapeutycznych dostosowanych ściśle do potrzeb danego systemu. Regularność wizyt pozwala na obserwację procesu zmian i odpowiednią modyfikację planu oddziaływań. Wszystko to wpływa na efektywniejsze rozwiązywanie problemów oraz zapobieganiu przejścia sytuacji kryzysowej w stan chroniczny.

Innowacją modelu ŚCOPO jest także możliwość skorzystania z pomocy psychologa po śmierci chorego

otępiennie. Do tej pory, nawet jeśli rodzina była objęta opieką środowiskową (np. w ramach Zespołów Leczenia Środowiskowego) wizyty kończyły się w momencie śmierci chorego. W Polsce opieka psychologiczna umożliwiająca pracę z żałobą rozwinięta jest jedynie w odniesieniu do chorych onkologicznie. Rozwiązanie pozwalające rodzinie chorego otępiennie na uzyskanie wsparcia od psychologa ŚCOPO (czyli osoby znanej, z którą rodzina nawiązała już wcześniej relację) umożliwi lepsze radzenie sobie z sytuacją straty, zmniejszy prawdopodobieństwo patologizacji procesu żałoby i pozwoli na stopniowe powracanie opiekuna do życia i funkcjonowania w społeczeństwie.

Rozwiązanie proponowane w modelu ŚCOPO jest zdecydowanie rozwiązaniem szybszym, skuteczniejszym i tańszym niż psychologiczna opieka instytucjonalna. Chorzy i ich opiekunowie nie będą musieli oczekiwać na wizytę u psychologa w poradni w długiej kolejce (co wielu opiekunów zniechęca do szukania pomocy). Właściwa i szybka interwencja psychologiczna przyczyni się do ograniczenia prawdopodobieństwa nasilenia zaburzeń zachowania u chorego czy też negatywnych skutków zdrowotnych sprawowania opieki nad chorym u opiekuna. Prawidłowa psychoedukacja i udzielane wsparcie pozwoli także na uniknięcie lub ograniczenie występowania problemów w relacji chory-opiekun w przyszłości. Zwrotnie przyczyni się to do zmniejszenia ilości interwencyjnych wizyt lekarskich czy hospitalizacji oraz obniżenia kosztów związanych z pogorszeniem się zdrowia (zarówno somatycznego jak i psychicznego) opiekuna. Wizyta psychologa w domu chorego oszczędza też rodzinie konieczności organizowania dodatkowej opieki dla chorego na czas wizyty opiekuna u specjalisty, jest więc rozwiązaniem znacznie ułatwiającym opiekę.

Liczne badania wykazały, iż uczestnictwo w zintegrowanych programach oddziaływań psychologicznych i psychoterapeutycznych pozytywnie wpływa na jakość życia opiekuna i chorego. Mierzalnym rezultatem tych oddziaływań była poprawa stanu psychicznego i somatycznego opiekuna oraz zmniejszone ryzyko powikłań, szczególnie dotyczących układu sercowo-naczyniowego. Zanotowano także dużą skuteczność oddziaływań terapeutycznych w grupie opiekunów zmagających się z depresją. Efekt interwencji opóźnił średnio o 329 dni oddanie chorego z otępieniem do domu opieki (za: Rachel W, Turkot A., 2015). Wskazuje to na rolę opieki psychologicznej nad chorymi i rodzinami chorych z otępieniem w procesie deinstytucjonalizacji.

Wiele danych wskazuje, iż opieka środowiskowa jest tańsza niż instytucjonalna. Już pierwsze badania dotyczące wpływu przekształcenia opieki psychiatrycznej z instytucjonalnej w środowiskową prowadzone przez Knappa i współpracowników w 1994 roku wykazało, iż istnieje znacząca różnica w kosztach leczenia na korzyść leczenia środowiskowego. Różnica ta jest zauważalna nie tylko w krótkim horyzoncie czasowym, lecz również w opiece średnioterminowej. Z kolei badanie Mersona i współpracowników (1996) wykazało, iż tradycyjna, instytucjonalna opieka psychiatryczna kosztuje nawet o 130% więcej niż opieka środowiskowa w podobnej grupie pacjentów. Według Marshalla (2001) efektywność kosztowa opieki środowiskowej utrzymuje się na poziomie 65%. Jak wynika z raportu na temat psychiatrycznej opieki środowiskowej w Polsce (red. Meder J., Jarema M., 2008), ze względu na sposób raportowania NFZ nie są dostępne szczegółowe dane na temat kosztów funkcjonowania Zespołów Leczenia Środowiskowego w Polsce. Raport ten jednak podkreśla, iż nawet gdyby koszty opieki środowiskowej byłyby porównywalne z kosztami opieki instytucjonalnej, niewspółmiernie wysoka jest jakość takiej opieki. Warto ją więc kontynuować i rozwijać ze względu na efektywność terapii, jakość życia chorych i ich lepsze funkcjonowanie we własnym środowisku.

W odniesieniu do chorych z chorobami otępiennymi, dla których przebywanie w znanym środowisku jest podstawą poczuci bezpieczeństwa, pomoc psychologiczna dostępna w miejscu zamieszkania jest więc sprawą niezwykle istotną.

Szkolenie dla psychologów w zakresie środowiskowej opieki nad chorymi z chorobami otępiennymi

W ramach szkoleniowej działalności ŚCOPO przeprowadzone zostaną szkolenia z zakresu opieki psychologicznej nad chorymi otępiennymi i ich rodzinami.

Adresatami szkolenia są psycholodzy (absolwenci studiów magisterskich) i studenci V roku studiów magisterskich na kierunku Psychologia.

Szkolenie będzie składało się z części teoretycznej - wykłady, ćwiczenia, analiza case study (25 godzin) oraz praktycznej - staż w ośrodku zajmującym się leczeniem środowiskowym chorób otępiennych (20 godzin). Szkolenie teoretyczne będzie odbywało się w formie zjazdu weekendowego (piątek, sobota, niedziela). Staż w ośrodku zajmującym się środowiskowym leczeniem chorych na choroby otępienne odbędzie się zgodnie z harmonogramem pracy ośrodka. Każdy z uczestników otrzyma zaświadczenie (certyfikat) ukończenia szkolenia.

Cel szkolenia:

Absolwenci szkolenia zdobędą wiedzę i umiejętności praktyczne dotyczące diagnozowania, leczenia, terapii i rehabilitacji osób z chorobami otępiennymi. Uzyskają także kwalifikacje w obszarze psychoedukacji, terapii i wsparcia psychologicznego rodzin chorych. Program szkolenia przygotuje do pracy psychologicznej z osobami z chorobami otępiennymi i ich rodzinami, co w aspekcie procesu starzenia się społeczeństwa wydaje się sprawą priorytetową.

Korzyści z uczestnictwa w szkoleniu:

- zdobycie, poszerzenie i aktualizacja wiedzy na temat chorób otępiennych, form ich środowiskowego leczenia, sytuacji życiowej chorych i ich rodzin, możliwości oddziaływania psychologicznego
- zdobycie doświadczeń praktycznych pracy psychologa w środowiskowym leczeniu chorych z chorobami otępiennymi
- zdobycie doświadczeń w pracy z rodzinami chorych
- zdobycie doświadczeń pracy w interdyscyplinarnym zespole zajmującym się środowiskowym leczeniem chorych otępiennych.
- poznanie użytecznych metod diagnostycznych (zbieranie wywiadu środowiskowego, obserwacja), sposobów planowania i realizowania oddziaływań psychologicznych.

Kadra szkoląca

Osoby prowadzące zajęcia będą miały:

- min. 2-letnie doświadczenie w leczeniu, pomocy i opiece nad chorymi z różnymi typami otępień.
- Lekarz będzie posiadał specjalizację z neurologii lub psychiatrii.
- psycholog będzie posiadał doświadczenie w zakresie psychologii klinicznej oraz środowiskowej pracy z osobami otępiennymi i ich rodzinami.

L.p.	Przedmioty	Liczba godzin przedmiotu	Osoba prowadząca
1.	<p>Starość i proces starzenia się – medyczne, psychologiczne i społeczne aspekty wieku starszego</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ rozwojowe ujęcie procesów starzenia się ▪ procesy starzenia się organizmu – medyczne aspekty starości, zmiany somatyczne i fizjologiczne, starzenie się układów i narządów ▪ najczęstsze choroby przewlekłe wieku podeszłego ▪ społeczne i psychologiczne konsekwencje procesu starzenia się ▪ jakość życia osób w wieku podeszłym 	2 godziny	Psycholog
2.	<p>Choroby otępienne</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ otępienie – rozpoznawanie objawów, diagnoza różnicowa różnych typów zespołów otępiennych ▪ charakterystyczny przebieg chorób otępiennych ▪ podstawowe zespoły otępienne ▪ diagnoza neuropsychologiczna w otępieniach – podstawowe metody diagnostyczne, rozumienie wyników testów neuropsychologicznych 	4 godziny	Lekarz/Psycholog
3.	<p>Podstawowe problemy psychologiczne w otępieniu. Jak sobie z nimi poradzić?:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zaburzenia pamięci ▪ zaburzenia mowy ▪ zaburzenia nastroju i apatia ▪ objawy psychotyczne i zaburzenia zachowania ▪ zmiany rytmu dobowego ▪ zaburzenia odżywiania ▪ zmiany osobowości ▪ lękliwość, podejrzliwość ▪ wybuchowość i agresja ▪ egocentryzm i manipulacja 	5 godzin	Psycholog
4.	<p>Organizacja opieki nad osobami z chorobami otępiennymi – możliwości środowiskowe.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ organizacja i możliwości leczenia i opieki pacjentów otępiennych ▪ organizacja, cele i zadania opieki środowiskowej 	2 godziny	
5.	<p>Systemowy kontekst funkcjonowania osób z chorobą otępienną – współpraca z rodziną w procesie leczenia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ osoba chorująca na otępienie w rodzinie – systemowy kontekst choroby 	4 h	Lekarz/Psycholog

L.p.	Przedmioty	Liczba godzin przedmiotu	Osoba prowadząca
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ problemy psychologiczne rodzin chorych z chorobami otępiennymi ▪ rola rodziny chorego w procesie leczenia ▪ nawiązywanie współpracy z rodziną chorego, umiejętność dostrzegania zasobów chorego i rodziny ▪ zjawisko „Caregiver Burden” – etiologia, zapobieganie, radzenie sobie 		
6.	<p>Psychoedukacja i praca terapeutyczna z członkami rodzin osób chorujących na choroby otępienne:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ podstawy umiejętności terapeutycznych ▪ nawiązywanie kontaktu z pacjentem i jego rodziną – niewerbalne wskaźniki kontaktu, techniki aktywnego słuchania ▪ podstawowe zasady prowadzenia psychoedukacji ▪ oddziaływanie terapeutyczne w odniesieniu do osób w wieku podeszłym ▪ klient trudny do współpracy (agresywny, roszczeniowy, manipulujący) – sposoby postępowania 	5 godzin	Psycholog
7.	<p>Zasoby własne psychologa w pracy z osobami otępiennymi i ich rodzinami:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zasoby własne psychologa w pracy z chorym z otępieniem i jego rodziną ▪ obciążenie psychiczne związane z pracą z chorym otępiennym i jego rodziną. Sposoby radzenia sobie z obciążeniem. ▪ supewizja i grupa Ballinta jako sposób radzenia sobie z trudnościami w pracy zawodowej 	3 godziny	Psycholog
8.	Staż	20 godzin	Opiekun stażu

Metody wykorzystywane w trakcie szkolenia:

- wykład,
- prezentacja multimedialna,
- aktywizacja uczestnika metodą zadaniową,
- prezentacja i ćwiczenie umiejętności praktycznych,
- ćwiczenia treningowe,
- dyskusja,
- analiza case study.

Przykładowe ćwiczenia stosowane podczas zajęć:

Ćwiczenie umiejętności terapeutycznych – aktywne słuchanie

Cel ćwiczenia:

- możliwość obserwacji wskaźników aktywnego słuchania w komunikacji
- rozwój własnych umiejętności aktywnego słuchania i efektywnej komunikacji
- możliwość ćwiczenia różnorodnych form aktywnego słuchania

Przebieg ćwiczenia:

Prowadzący zajęcia prosi uczestników szkolenia aby dobrali się w trzyosobowe zespoły. W każdym zespole wybierana jest osoba A (opowiadająca), B (słuchacz), C (obserwator). Zadaniem osoby A jest opowiadanie przez 5 minut na dowolny temat. Zadaniem osoby B jest zastosowanie omówionych na zajęciach form aktywnego słuchania. Osoba C ma za zadanie obserwację interakcji między osobą A i B. Po zakończonym ćwiczeniu osoby z każdej podgrupy omawiają własne emocje i spostrzeżenia związane z przeprowadzonym ćwiczeniem. W każdej grupie ćwiczenie powtarzane jest 3 razy, tak aby każda osoba miała możliwość wystąpienia w każdej z ról (A, B i C).

Po zakończeniu omawiania w podgrupach, na forum całej grupy omawiane są wnioski dotyczące aktywnego słuchania. Sporządzona zostanie wspólna lista zaleceń dotyczących aktywnego słuchania do stosowania w pracy psychologa.

Ćwiczenie umiejętności psychoedukacyjnych

Cel ćwiczenia:

- rozwój własnych umiejętności w zakresie psychoedukacji i kontaktu z klientem
- doświadczenie własne w pracy psychologa pomagającego opiekunom chorych z otępieniem

Przebieg ćwiczenia:

Prowadzący zajęcia wybiera z grupy 2 osoby, z których jedna będzie występowała w roli klienta (opiekun pacjenta) osoba A, druga psychologa osoba B. Prowadzący przedstawia osobie A historię pacjenta, którego opiekuna ma osoba A odegrać w scenie.

np. Chory ma 76 lat i od 2 lat ma zdiagnozowaną chorobę Alzheimera. Od miesiąca chory zaczął oskarżać żonę, że zabiera mu pieniądze. Oskarżenia te zdarzają się coraz częściej, chory zaczyna przy tym zachowywać się impulsywnie. Żona bardzo się martwi, obawia się też agresji chorego. Nie wie jak sobie z tym radzić.

W scenie odgrywanej na forum grupy osoba A (opiekun) przedstawia problem osobie B (psychologowi). Zadaniem psychologa jest omówić z opiekunem przyczyny zachowania chorego, możliwości postępowania z chorym, udzielić wsparcia psychologicznego. Zadaniem pozostałych członków grupy jest obserwacja interakcji między osobami. Po zakończonej scenie osoba B otrzymuje informacje zwrotne na temat przeprowadzonej edukacji. Omówione zostają zasady postępowania w opisanej sytuacji, sposoby radzenia sobie.

Radzenie sobie w sytuacjach trudnych

Cel ćwiczenia:

- uświadomienie sobie potencjalnych trudności w pracy psychologa z chorymi na otępienie i ich rodzinami
- zdobycie wiedzy i kompetencji radzenia sobie z sytuacjami trudnymi

Przebieg ćwiczenia:

Prowadzący zajęcia prosi grupę aby podzieliła się na 5 osobowe zespoły. Każdy zespół tworzy listę sytuacji, która ich zdaniem byłaby trudna (obawialiby się jej) dla psychologa pracującego z chorymi otępiennymi i ich rodzinami. Następnie na forum grupy stworzona zostanie lista takich sytuacji. Uczestnicy szkolenia wybierają 3 ich zdaniem najważniejsze sytuacje. Każda z tych sytuacji zostanie odegrana na forum grupy w formie scenki (wybrane zostaną określone osoby potrzebne do odegrania scenki). Po zakończonej scenie uczestnicy szkolenia będą udzielać sobie informacji zwrotnych, omawiać sposoby radzenia sobie z określonymi sytuacjami.

GRADYS

W ramach projektu wykorzystane zostaną narzędzia opracowane w ramach projektu „GRADYS”, który otrzymał dofinansowanie w ramach Innowacje Społeczne Narodowego Centrum Badań i Rozwoju. Podstawą projektu GRADYS jest oprogramowanie w postaci ćwiczeń symulacyjnych z elementami wirtualnej rzeczywistości, które wspomaga funkcje poznawcze osób starzejących się prawidłowo i starzejących się patologicznie w przebiegu chorób otępiennych.

Trening kognytywny jest skuteczną formą terapii neuropsychologicznej w starzeniu się patologicznym, które dotyczy pacjentów ŚCOPO chorujących na choroby otępienne. Rekomendacje Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania i Leczenia Otępień:

„Postępowanie nefarmakologiczne w otępieniu stanowi ważny element leczenia i zbyt często jest lekceważone przez fachowych pracowników opiekujących się chorymi (...) stosowanie pozafarmakologicznych metod oddziaływania można rekomendować u większości chorych. Dotyczy to zwłaszcza metod o działaniu niespecyficznym, takich jak prowadzone w przyjaznym otoczeniu treningi pamięci” (IGERO, 2006).

Dlatego korzystanie przez chorych z otępieniem, z ćwiczeń Gradys jest zasadnym i efektywnym rozwiązaniem.

Oprogramowanie powstałe w projekcie GRADYS różni się od obecnie proponowanych na rynku. Większość z dostępnych obecnie ćwiczeń nie obejmuje materiału z życia codziennego. Dlatego zdecydowaną nowością programu GRADYS jest wykorzystanie tzw. paradygmatu ekologicznego. Projekt koncentruje się na wykorzystaniu czynności, które są bliskie osobom starszym i mają bezpośrednie przełożenie na ich funkcjonowanie każdego dnia. Oprogramowanie jest kompatybilne z systemem wirtualnej rzeczywistości Oculus.

Oprogramowanie składa się z ośmiu modułów, po dwa moduły do treningu pamięci, uwagi, funkcji wzrokowo-przestrzennych oraz funkcji werbalnych. W każdym module zastosowano trzy poziomy trudności, celem możliwości dostosowania do indywidualnego chorego.

Naukowe podstawy projektu Gradys:

- Neuroplastyczność czyli umiejętność centralnego układu nerwowego do wprowadzania trwałych zmian w pojedynczej komórce nerwowej, jak i całej strukturze, która umożliwia reorganizację, adaptację, zmienność, samonaprawę, uczenie się. Jest podstawą zasadności oddziaływania na funkcje poznawcze poprzez trening kognytywny.
- Teorie reorganizacji funkcjonalnej (ekwipotencjalności, reduplikacji, substytucji, zastępczych funkcji, przejęcie funkcji).
- Wyniki badań wskazują, że trening poznawczy, który dotyczy funkcji bezpośrednio związanych z codzienną aktywnością osób starszych poprawił efektywność tej aktywności. Skuteczne są także treningi w zakresie tzw. pamięci codziennej (everyday memory).

- Aktualnie coraz częściej treningi przyjmują formę skomputeryzowaną, zachowując swoją skuteczność oraz zwiększając swoją funkcjonalność (dostępność, spersonalizowany program, indywidualizacja poziomu trudności, tempa).
- Paradygmat ekologiczny – zakłada, że zadania zaprojektowane w sposób odnoszący do problemów życia codziennego, jest bardziej efektywny i skuteczny.

Do udziału w treningu kognitywnym GRADYS zostaną zakwalifikowani pacjenci ŚCOPO, których poziom funkcji poznawczych umożliwi uczestnictwo w zajęciach (możliwość dojazdu na Uczelnię/Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszcy, rozumienie, adekwatny poziom pamięci, uwagi, funkcji werbalnych).

Częstotliwość ćwiczeń zostanie dostosowana do możliwości poznawczych chorego celem zapewnienia optymalnego poziomu treningu i planowanych korzyści.

Kodeks Etyczno - Zawodowy Psychologa
(wersja zmodyfikowana w odniesieniu do pracy psychologa z chorymi otępienie i ich rodzinami
oraz funkcjonowania Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki
Psychogeriatrycznej w Otępieniach)

Tekst Kodeksu Etyczno-Zawodowego Psychologa w obecnej wersji zatwierdzony został przez Walne Zgromadzenie Delegatów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w 1991 roku. Kodeks ten stanowi podstawową wykładnię zasad etycznych obowiązujących członków Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, co zostało wyrażone w statucie Towarzystwa.

Psychologia jako profesja i jako dyscyplina naukowa należy do tych dziedzin ludzkiej aktywności, w których centrum zainteresowania i oddziaływań jest człowiek. Relacje interpersonalne nawiązywane przez psychologa występującego zarówno w roli praktyka jak badacza czy nauczyciela podobnie jak wszelkie relacje międzyludzkie posiadają zawsze wymiar etyczny. Relacje te mają jednak szczególny, niesymetryczny charakter wynikający z przewagi kompetencji interpersonalnych po stronie psychologa, który dysponuje specjalistyczną wiedzą i technikami służącymi do poznawania innych ludzi i oddziaływania na nich. Rola zawodowa psychologa obejmuje ingerencję w sposób istnienia drugiego człowieka jako indywidualnej i niepowtarzalnej całości, ingerencję, której skutki mogą być nieodwracalne. Te okoliczności decydują o znaczeniu przestrzegania zasad etyki zawodowej w działalności psychologów i uzasadniają stawianie im wysokich wymagań etycznych

Naczelną wartością dla psychologa jest dobro drugiego człowieka. Celem jego działalności profesjonalnej jest niesienie pomocy innej osobie w rozwiązywaniu trudności życiowych i osiągnięciu lepszej jakości życia na drodze rozwoju indywidualnych możliwości oraz ulepszaniu kontaktów międzyludzkich.

W badaniach cel ten istnieje w dalszej perspektywie. Kontakt nawiązywany w celach badawczych, jeśli w swoich założeniach nie ma być pomocny, to w każdym razie nie powinien przynieść uszczerbku osobom uczestniczącym w badaniach.

Mimo różnych porządków moralnych i światopoglądowych istnieje zespół podstawowych wartości humanistycznych, które znalazły wyraz w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ. W swoich czynnościach zawodowych psycholog zawsze powinien respektować te podstawowe wartości, zwłaszcza godność osoby ludzkiej, podmiotowość i autonomię człowieka i jego prawo nieskrępowanego rozwoju. Psycholog uznaje prawo każdego człowieka do kierowania się własnym systemem wartości, dokonywania własnych wyborów, jak również prawo do intymności. Jednocześnie psycholog świadomy jest skutków, jakie przynosi lub przynieść może w przyszłości jego oddziaływanie - ostatecznie powinny to być skutki pomyślne dla odbiorcy lub odbiorców czynności zawodowych psychologa. W każdym przypadku na psychologu ciąży odpowiedzialność za następstwa kontaktu, jaki w ramach swojej roli zawodowej nawiązuje z drugim człowiekiem. Granice ingerencji psychologa wyznaczone są z jednej strony - jego kompetencjami profesjonalnymi, z drugiej strony - celami i oczekiwaniami formułowanymi przez osoby zgłaszające się po pomoc psychologiczną.

Współpracując z przedstawicielami innych zawodów, psycholog nie przekracza granic swoich

kompetencji i szanuje kompetencje innych specjalistów. Jednocześnie dba o utrzymanie własnej tożsamości zawodowej, respektuje cele i wartości właściwe własnej profesji i wystrzega się identyfikacji z postawami innych specjalistów, jeśli te postawy są niezgodne z zasadami etycznymi zawodu psychologa. Zasada ta obowiązuje zawsze, ilekroć psycholog występuje w swojej roli zawodowej, bez względu na to, jakie specyficzne są cele i zadania instytucji, w której jest on zatrudniony.

W przypadku rezygnacji z wykonywania zawodu psychologa na rzecz innych ról zawodowych (np. administracyjnych) osoba z wykształceniem psychologicznym nie powinna celowo wykorzystywać związanej z kierunkiem wykształcenia wiedzy oraz umiejętności poznawania ludzi i oddziaływania na nich w sposób niezgodny z etyką zawodową psychologa. Psycholog angażujący się w działalność polityczną nie powinien wykorzystywać prestiżu zawodu psychologa jako argumentu popierającego prezentowane poglądy.

Zasady ogólne

- wykonując czynności zawodowe, psycholog zawsze dąży do tego, żeby kontakt z nim był pomocny dla drugiego człowieka czy grupy osób. Psycholog z racji swojego zawodu poczuwa się do udzielania pomocy psychologicznej w każdych okolicznościach, gdy zachodzi taka potrzeba.
- psycholog jest świadomy szczególnej odpowiedzialności wynikającej ze specyfiki wykonywanego zawodu. Powinien znać granice swoich kompetencji i nie podejmuje się zadań przekraczających jego możliwości. Dokłada wszelkich starań, aby zapewnić jak najwyższy poziom wykonywanej pracy.

Komentarz: *Uwzględniając taką potrzebę, do obowiązków psychologa ŚCOPO należy stałe podnoszenie własnych konsekwencji zawodowych oraz uczestnictwo w superwizji i grupie Balinta celem określenia granic własnych możliwości i granic kompetencji zawodowych w pracy z chorymi otępiennie i ich rodzinami.*

- Przyjmując określoną postawę wobec norm moralnych i obyczajowych w życiu prywatnym psycholog zdaje sobie sprawę, że jego decyzje w sprawach osobistych mogą wpływać na jakość jego czynności zawodowych a także rzutować na zaufanie społeczne do psychologii i psychologów. W społecznych oczekiwaniach zawarte są przy tym wysokie wymagania dotyczące przestrzegania zasad etycznych w życiu prywatnym przez osoby, których rola zawodowa obejmuje oddziaływania na drugiego człowieka.
- Obowiązkiem psychologa jest stały rozwój zawodowy i dążenie do stałego rozwoju osobistego. Kwalifikacje psychologa powinny odzwierciedlać aktualny poziom wiedzy i technik psychologicznych. Psycholog korzysta z dorobku nauki światowej. Przyjmowanie twierdzeń i metod wypracowanych w innych warunkach społecznych i kulturowych powinna poprzedzać krytyczna analiza możliwości ich wykorzystania w naszych warunkach.

Komentarz: *Uwzględniając to założenie, psycholog ŚCOPO zobowiązany jest do systematycznego podnoszenia własnych kwalifikacji poprzez uczestnictwo w szkoleniach, warsztatach czy konferencjach naukowych z zakresu pracy środowiskowej, pomocy psychologicznej i terapeutycznej chorym otępiennie i ich rodzinom.*



- Psycholog ustosunkowuje się twórczo do zastanego dorobku swojej dyscypliny. Przyczynia się do rozwoju wiedzy, ulepszania metod badawczych, narzędzi diagnostycznych i technik terapeutycznych. Jest krytyczny wobec własnych dokonań, rozpowszechniając je ujawnia sposoby dotychczasowej weryfikacji. Dąży do bezstronności i obiektywizmu w ocenie nowych technik oddziaływania psychologicznego i nieprofesjonalnych form pomocy psychologicznej oraz powstrzymuje się od działań utrudniających ich rozwój, nie mając po temu merytorycznych powodów.
- Psycholog udostępnia własny dorobek naukowy, przestrzegając zasad odpowiedzialności zawodowej, dobra osoby i dobra społecznego.
- Psycholog nie przedstawia niezgodnie z prawdą swojego wykształcenia, kompetencji profesjonalnych i doświadczenia zawodowego.
- Psycholog powstrzymuje się od wykonywania czynności zawodowych, jeżeli okoliczności zewnętrzne lub jego własny aktualny stan fizyczny czy psychiczny są tego rodzaju, że mogą istotnie obniżyć poziom wykonywanej pracy lub zakłócić bezstronność osądu zawodowego.
- Relacje między psychologami opierają się na wzajemnym szacunku i koleżeństwie, wynikającymi ze wspólnoty wartości i celów, świadomości rangi społecznej wykonywanego zawodu oraz przyjętej na siebie odpowiedzialności zawodowej.
- Psycholog nie jest obojętny na odstępstwa od zasad etyki zawodowej ze strony innych psychologów. Stwierdzając nieetyczne postępowanie kolegi w sprawach zawodowych lub dowiadując się o takim zachowaniu, psycholog stara się przekonać go o niewłaściwości jego czynów, korzystając gdy trzeba, z pomocy innych kolegów. Jeśli taka interwencja okazuje się nieskuteczna, psycholog zgłasza sprawę do zarządu oddziału PTP, który określa dalszy sposób jej załatwienia.
- Krytyczna ocena pracy i działalności innych psychologów nie powinna mieć charakteru deprecjonującego osobę i w żadnym przypadku nie może służyć do rozgrywek osobistych. Psycholog powstrzymuje się od wydawania takich ocen w obecności osób postronnych, dbając o nie podważanie zaufania do psychologii i psychologów.
- Psycholog wykazuje stałą troskę o prestiż i poziom wykonywania zawodu. Nie udostępnia specyficznych technik diagnozy psychologicznej osobom nieprzygotowanym do ich kompetentnego stosowania. Psycholog przeciwstawia się podejmowaniu działalności psychologicznej, a zwłaszcza stosowaniu specyficznych technik diagnostycznych i terapeutycznych przez osoby nie posiadające kwalifikacji psychologicznych.
- Psycholog nie może akceptować warunków pracy, które ograniczają jego niezależność zawodową, a zwłaszcza takich, które uniemożliwiają stosowanie zasad etyki zawodowej. Psycholog powinien domagać się poszanowania dla własnej niezależności, bez względu na pozycję jaką zajmuje w hierarchii zawodowej. Każdy psycholog ma obowiązek występować w obronie niezależności swych kolegów.

Psycholog jako praktyk

- Podejmując działalność praktyczną, psycholog akceptuje fakt, że jego odpowiedzialność zawodowa przybiera wówczas konkretną formę odpowiedzialności za drugiego człowieka, czy grupę osób.
- Psycholog powinien wykonywać swoje czynności zawodowe dążąc do osiągnięcia możliwie najwyższego poziomu swej pracy, bez względu na to, kto jest odbiorcą jego czynności i jaki jest jego osobisty stosunek do tej osoby czy osób. W szczególności intencja niesienia pomocy i staranność w wykonywaniu czynności zawodowych przez psychologa nie zależy od takich właściwości klienta /1/, jak: pozycja społeczna, sytuacja, materialna, poglądy polityczne, światopogląd i system wartości, rasa, narodowość i wiek a także charakter problemów wymagających interwencji psychologicznej.
- Psycholog powinien poinformować klienta o ewentualnym ryzyku związanym ze stosowanymi metodami terapeutycznymi oraz o istniejących metodach alternatywnych, z uwzględnieniem metod niepsychologicznych. Jeśli psycholog nie jest w stanie udzielić skutecznej pomocy wskutek braku kwalifikacji potrzebnych w danym wypadku lub powstania wadliwej relacji z klientem, kieruje go do innego psychologa lub do innego specjalisty. Psycholog podejmuje się jedynie tych czynności zawodowych, do których posiada kwalifikacje potwierdzone odpowiednim szkoleniem i doświadczeniem praktycznym.
- Rozpoczynając pracę, psycholog każdorazowo uzgadnia z klientem cel i zakres swoich oddziaływań oraz zasadnicze sposoby postępowania. Ustalenia te mają charakter wstępny i mogą ulec zmianie w toku dalszych kontaktów. W przypadku istnienia niezgodności poglądów należy dążyć do uzgodnienia jednolitego stanowiska. Psycholog respektuje system wartości klienta i jego prawo do podejmowania własnych decyzji, nie powinien jednak podejmować się interwencji, jeśli jej cele lub stosowane metody nie byłyby zgodne z jego etyką zawodową.

Komentarz: *Realizacją tego założenia jest obowiązek zawierania przez psychologa ŚCOPO kontraktu z rodziną, z którą rozpoczyna pracę psychologiczną. W kontrakcie tym ustala i omawia wspólnie z rodziną cel pracy oraz zasady współpracy.*

- Osoby zgłaszające się do psychologa nie z własnej inicjatywy, (kierowane na badania diagnostyczne lub zabiegi psychokorekcyjne) powinny być przez niego informowane o celu postępowania, stosowanych metodach, wynikach i sposobie ich udostępnienia. Psycholog stara się uzyskać akceptację planowanych czynności zawodowych przez te osoby.

Komentarz: *Osoby otępienne, które zostały objęte opieką ŚCOPO w wielu przypadkach nie decydowały o tym samodzielnie. Decyzję taką podejmował często ich opiekun, który jest opiekunem faktycznym lub prawnym. Wielokrotnie postępowanie zaburzeń funkcji poznawczych wręcz uniemożliwia zwrócenie się o pomoc przez samego pacjenta. Ze względu na brak krytycyzmu w chorobie otępiennej, często pacjenci nie widzą też potrzeby uzyskania pomocy. Pracując z chorym i jego rodziną psycholog musi pamiętać, iż osoba z chorobą otępienną (nawet ubezwłasnowolniona) nadal jest osobą i podmiotem oddziaływań psychologicznych. Mając to na uwadze stara się uzyskać zawsze jej przychylność co do obecności psychologa w domu chorego i stosowanych przez niego oddziaływań. Opierając się na własnej wiedzy psychologicznej na temat funkcjonowania chorych otępiennych, psycholog dokłada*

wszelkich starań, aby jego komunikaty były zrozumiałe dla osoby z chorobą otępienną.

- Osobom korzystającym z diagnozy i terapii psychologicznej psycholog udziela informacji o stosowanych metodach i uzyskanych wynikach, kierując się dobrem tych osób. Psycholog unika postępowania stwarzającego ryzyko zagrożenia wartości cenionych przez klienta a także okazji do błędnej interpretacji podawanych informacji. W wypadkach wątpliwych psycholog upewnia się, czy informacje zostały właściwie zrozumiane.

Komentarz: *Psycholog ŚCOPO dokonując diagnozy funkcjonowania chorego oraz jego rodziny (zarówno jako systemu jak i poszczególnych jej członków) dba o właściwy sposób przekazywania uzyskanych informacji członkom rodziny i choremu. Każdorazowo sprawdza sposób zrozumienia przekazanych informacji, tak aby nie zostały błędnie użyte przeciwko choremu lub członkom rodziny nawzajem (np. w celu wywołania poczucia winy, manipulowania, oskarżania).*

- Psychologa obowiązuje przestrzeganie tajemnicy zawodowej. Ujawnienie wiadomości objętych tajemnicą zawodową może nastąpić jedynie wtedy, gdy poważnie zagrożone jest bezpieczeństwo klienta lub innych osób. Jeśli jest to możliwe, decyzję w tej sprawie należy dokładnie omówić z doświadczonym i bezstronnym kolegą. Materiały poufne powinny być komisyjnie zniszczone, jeżeli zaistnieją warunki grożące ich ujawnieniem.

Komentarz: *Psycholog ŚCOPO pracujący w środowisku (domu chorego) jest narażony na sytuację, w której osoby nieuprawnione (np. sąsiadka) będą próbowały wypytywać o chorego lub członków jego rodziny. Psycholog zobowiązany jest do zachowania w tej sytuacji tajemnicy zawodowej i nieudzielania jakichkolwiek informacji bez zgody osób, których one dotyczą. Takie same zasady dotyczą osób odwiedzających dom chorego podczas wizyt psychologa ŚCOPO.*

- Wnikanie w intymne, osobiste sprawy klienta dopuszczalne jest jedynie w takim zakresie, jaki wynika z celów pomocy psychologicznej.
- Współpracując ze specjalistami z innych dziedzin lub korzystając z ich konsultacji (tj. wykonując badanie na ich zlecenie), psycholog udostępnia wyniki własnych badań tylko w takim stopniu, w jakim jest to potrzebne. Informuje przy tym o konieczności utrzymania tych danych w tajemnicy.

Komentarz: *Psycholog współpracuje w ramach ŚCOPO z innymi specjalistami. Wszelkie informacje na temat pacjenta są im przekazywane za zgodą samego pacjenta i jego rodziny (zawarta w kontrakcie ŚCOPO). Wszystkich pracowników ŚCOPO obejmuje tajemnica zawodowa.*

- Korzystając z pomocy personelu pomocniczego bez pełnych kwalifikacji (np. asystenci psychologiczni, studenci, pielęgniarki itp.) psycholog odpowiada za realizację zasad etyki zawodowej. W szczególności psycholog powiadamia asystentów o obowiązku bezwzględного przestrzegania tajemnicy zawodowej, z wyjątkiem zagrożenia bezpieczeństwa osób, a materiały powierzone asystentom do opracowania zabezpiecza w miarę możliwości przed imienną identyfikacją.
- Psycholog zachowuje wrażliwość etyczną, nie unika rozstrzygania konfliktów moralnych, lecz stara się je dostrzec, dokładnie rozważyć sytuację i podejmuje decyzje kierując się własnym rozeznaniem, w oparciu o naczelną wartości etyczne swojego zawodu. Nawet nie akceptując

postępowania osoby, psycholog powinien starać się jej pomóc.

- Gdy w swoich czynnościach zawodowych psycholog zostanie uwikłany w konflikt interesów, zarówno między osobami, jak między osobami i instytucją, postępuje tak, aby nie spowodować szkody dla którejkolwiek z zainteresowanych stron. Jeśli w grę wchodzi konflikt między interesami osoby i instytucji, psycholog zachowuje bezstronność.

Komentarz: *Psycholog ŚCOPO pracując z całym systemem rodzinnym chorego może być postawiony w sytuacji rozbieżności celów i oczekiwań członków rodziny oraz konfliktu interesów między nimi. Obowiązkiem psychologa ŚCOPO jest zachowanie bezstronności i unikanie jakiegokolwiek zaangażowania w realizację celu którejkolwiek ze stron konfliktu*

- Ogłaszając lub reklamując usługi zawodowe, psycholog rzetelnie przedstawia swoje kwalifikacje i zakres oferowanych czynności.
- Psycholog jako psychoterapeuta jest świadomy niebezpieczeństw wynikających z jego możliwości wpływania na innych ludzi, w związku z czym poddaje się superwizji lub konsultacji

Komentarz: *Obowiązkiem psychologa ŚCOPO jest regularny udział w superwizji wynikający z poczucia odpowiedzialności zawodowej.*

Psycholog jako badacz

W przypadku prowadzenia w ramach ŚCOPO badań naukowych psycholog ma obowiązek przestrzegać następujących zasad:

- Psycholog w roli badacza zdaje sobie sprawę z tego, że wyniki badań naukowych nie tylko stanowią poszerzenie obszaru ludzkiej wiedzy, lecz mogą także być wykorzystane w praktyce społecznej. Psychologia ze względu na swą bliskość z życiem społecznym jest tą dziedziną nauki, której wyniki mogą być nadużywane w celu kształtowania przekonań i zachowania ludzi. Podejmując badania naukowe psycholog starannie rozważa ich stronę etyczną, a zwłaszcza możliwe pozytywne i negatywne konsekwencje udostępnienia wyników badań i ich wykorzystania w praktyce społecznej.
- Psycholog prowadzący badania naukowe podejmuje tematy zgodne z wartościami etycznymi swojej profesji, jest odpowiedzialny za dobór metod badawczych umożliwiających uzyskanie wiarygodnych wyników i za rzetelne przedstawienie rezultatów badań. W sprawach tych psycholog podejmuje decyzje nie ulegając presji osób ani okoliczności.
- Podejmując badania z udziałem ludzi, psycholog starannie rozważa zgodność planowanego przedsięwzięcia z ogólnymi zasadami etyki zawodowej. Przy zatwierdzaniu planów badań podległych członków zespołu badawczego, doktorantów czy magistrantów kierownik lub promotor powinien uwzględniać kryteria etyczne. Osoby pracujące pod czyimś kierunkiem również ponoszą odpowiedzialność za stronę etyczną badań, w tym zakresie, w jakim zależą to od ich własnej decyzji.
- Psycholog przestrzega zasady dobrowolności uczestniczenia w badaniach psychologicznych, a także respektuje prawo uczestników do wycofania się w dowolnym momencie z dalszego udziału w badaniach. Jeżeli uczestnicy badań pozostają w stosunku zależności wobec

prowadzącego badania, a także wtedy, gdy istnieje możliwość społecznej presji na udział w badaniach, należy szczególnie zadbać o to, aby zasada dobrowolnego udziału nie była naruszona.

Komentarz: *Udział w badaniach naukowych prowadzonych w ramach ŚCOPO przez chorego lub członków jego rodziny jest całkowicie dobrowolny. Żadne działania przysługujące rodzinie i choremu w ramach ŚCOPO nie mogą być uzależnione od zgody lub odmowy uczestnictwa w badaniach.*

- Psycholog nie podejmuje badań, które mogłyby narazić osoby uczestniczące na cierpieniu lub utratę cenionych wartości. Jeżeli ważne względy poznawcze i praktyczne przemawiają za przeprowadzeniem tego rodzaju badań i nie istnieją inne sposoby uzyskania danych, należy bezstronnie rozważyć, czy spodziewane korzyści z badań uzasadniają i usprawiedliwiają ich prowadzenie. Przed uzyskaniem zgody na udział w badaniach należy w takich wypadkach szczególnie starannie poinformować przyszłych uczestników o ich przebiegu. Uczestnikami takich badań nie mogą być osoby pozostające w stosunku zależności wobec prowadzącego badania. Psycholog zobowiązany jest również podjąć wszelkie dostępne kroki w celu zminimalizowania przykrości związanych z badaniami i ich negatywnych skutków dla osób uczestniczących.
- Przed rozpoczęciem badań psycholog ma obowiązek poinformowania uczestników o ich celu, przebiegu, a zwłaszcza o tych aspektach badania, co do których w sposób uzasadniony można oczekiwać, że będą wpływać na gotowość uczestniczenia oraz wyjaśnić wszystkie inne aspekty badania, o które pytają uczestnicy i uzyskać ich zgodę. Jeżeli planuje się zastosowanie urządzeń rejestrujących zachowanie uczestników badań (kamera, magnetofon albo obserwacja z ukrycia) bezwzględnie należy o tym poinformować badanych i uzyskać ich zgodę. W wyjątkowych wypadkach informację tę można przekazać po zakończeniu badań, należy jednak wtedy zapewnić badanym możliwość odmowy zgody na wykorzystanie uzyskanych od nich danych.

Komentarz: *Psycholog ŚCOPO jest zobowiązany na uzyskanie zgody na badanie naukowe zarówno od rodziny, jak i samego chorego (niezależnie od poziomu zaawansowania choroby otępiennej). Informacje na temat celu, procedury i wyników badań należy przedstawić choremu w zrozumiałej dla niego formie, w sposób dostosowanych do jego możliwości poznawczych.*

- W każdym przypadku powoływania się na konkretne wyniki badań psycholog usuwa z nich wszystko, co mogłoby się przyczynić do identyfikacji osób uczestniczących.
- Psycholog dba o rzetelne przedstawienie wyników swych badań i stara się zapobiec ich niewłaściwemu wykorzystaniu. Dlatego należy zawsze uwzględniać wyniki, które nie potwierdzają hipotez badawczych, istnienie alternatywnych hipotez i alternatywnych sposobów interpretacji wyników oraz ograniczenia zasięgu generalizacji uzyskanych rezultatów. Szczególną ostrożność należy zachować przy formułowaniu praktycznych wniosków z badań.
- Psychologa obowiązuje prawdziwe i wyczerpujące informowanie o źródłach, z których korzystał. Psycholog nie zataja, że korzystał w swoich publikacjach lub pracach badawczych z materiałów innych autorów oraz z pomocy i konsultacji innych osób.

- Uczestnicząc w pracach zespołowych, psycholog respektuje prawa autorskie innych członków zespołu i dba o ochronę własnych praw autorskich. Zasada ta jest szczególnie ważna przy prowadzeniu badań interdyscyplinarnych.
- Psycholog nie firmuje swoim nazwiskiem żadnych publikacji lub prac, w których nie brał udziału, ani nie przedstawia swojego udziału w sposób niezgodny z rzeczywistym wkładem wniesionym w te prace.
- Psycholog opiniujący prace badawcze innych autorów zdaje sobie sprawę ze znaczenia krytyki naukowej w rozwoju dyscypliny i ciężącej na nim osobistej odpowiedzialności za rzetelność wydawanych ocen. Psycholog nie podejmuje ocen pracy, jeśli istnieją okoliczności uniemożliwiające wydanie bezstronnej, rzetelnej i kompetentnej oceny.
- Psycholog jako członek społeczności akademickiej realizuje naczelną wartość etyczną swojego zawodu, jak godność, podmiotowość i autonomia człowieka. W kontaktach z przedstawicielami innych dziedzin nauki stara się upowszechniać typ relacji oparty na tych wartościach.

Psycholog jako nauczyciel i popularyzator

Prowadząc szkolenia w ramach ŚCOPO oraz popularyzując wiedzę na temat problematyki chorób ołpeńnych psycholog przestrzega następujących zasad etycznych:

- Psycholog jest świadomy faktu, że ze względu na specyfikę dyscypliny jego osobiste przekonania, wartości i prywatne normy etyczne wpływać mogą na dobór i sposób przekazywania treści dydaktycznych. Występując w roli nauczyciela pokazującego wiedzę psychologiczną, psycholog powinien zaznaczyć, kiedy prezentuje osobisty punkt widzenia; obowiązuje go jednak znajomość i rzetelne przedstawienie innych stanowisk.
- Przygotowując studentów i absolwentów do praktycznego wykonywania zawodu, należy kłaść nacisk na jego aspekty etyczne, akcentując naczelną wartość etyczną zawodu. Psycholog wykorzystuje konkretne przykłady dla rozwijania wrażliwości etycznej przyszłych psychologów i ich umiejętności rozstrzygania dylematów moralnych towarzyszących wykonywaniu czynności zawodowych. Pokazuje i przybliża studentom wzorce etycznego postępowania w sprawach zawodowych.
- Psycholog jako nauczyciel, zwłaszcza przy nauczaniu umiejętności praktycznych, zdaje sobie sprawę, że jego postępowanie w stosunku do klientów czy podopiecznych kształtuje postawy zawodowe uczniów.
- W zajęciach dydaktycznych, podczas których prowadzone są demonstracje osób lub wytworów, psycholog unika momentów o charakterze widowiskowo-sensacyjnym. Wszelkie demonstracje powinny cechować dyskrecja i takt. Jeśli demonstracja dotyczy osób, udział w niej powinien być w pełni dobrowolny a osoby uczestniczące powinny być chronione przed jakimikolwiek skutkami ujemnymi. Jeśli pojawi się ryzyko zaistnienia takich skutków, należy demonstrację przerwać.
- Zajęcia w charakterze laboratoryjno - ćwiczeniowym dostarczające uczestnikom okazji do wglądu we własne problemy emocjonalne mogą być prowadzone jedynie przez psychologów

posiadających odpowiednie przeszkolenie. Psycholog prowadzący tego rodzaju zajęcia odpowiada za ich bezpośrednio i odległe skutki i dla uczestników.

- Psycholog nie prowadzi żadnego wycinkowego szkolenia dla niepsychologów w zakresie funkcji i prac wymagających pełnego wykształcenia i kwalifikacji psychologa.
- Psycholog w miarę swoich możliwości przeciwdziała nauczaniu psychologii przez osoby nie posiadające wykształcenia psychologicznego, np. zgłaszając takie fakty do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Upowszechniając wiedzę psychologiczną, psycholog dba o zgodność przekazywanych treści ze współczesnym stanem nauki, uwzględnia różnice między hipotezami i dobrze udokumentowanymi twierdzeniami i w sposób rzetelny przedstawia praktyczne możliwości psychologii. Szczególnie starannie psycholog przedstawia te treści, które są niezgodne z obiegową wiedzą psychologiczną lub podatne na różnorakie interpretacje.
- Zasady Kodeksu Etyczno-Zawodowego obowiązują wszystkich polskich psychologów. Wstępując do Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, psycholog przyjmuje na siebie zobowiązanie skrupulatnego przestrzegania zasad Kodeksu Etyczno-Zawodowego Psychologa i upowszechniania ich wśród psychologów niezrzeszonych w PTP. Postępowanie członka PTP sprzeczne z Kodeksem Etyczno-Zawodowym pociąga za sobą sankcje, o których orzeka Sąd Koleżeński.

ROLA FIZJOTERAPEUTY ORAZ STANDARD POSTĘPOWANIA REHABILITACYJNEGO U PACJENTÓW Z CHOROBYMI OTĘPIENNYMI

I. Wstęp do standardu

Pacjent geriatryczny z chorobą otępienną stanowi wyzwanie dla personelu medycznego i paramedycznego ze względu na szereg schorzeń współistniejących oraz niejednokrotnie trudną sytuację społeczną.

Kompleksowa opieka fizjoterapeutyczna nad pacjentem z chorobą otępienną w miejscu zamieszkania, umożliwia choremu pobyt w znanym i akceptowalnym otoczeniu. Eliminuje czynnik stresogenny związany z koniecznością dotarcia na czas i miejsce rehabilitacji ambulatoryjnej. Rozwiązanie proponowane w ramach ŚCOPO gwarantuje indywidualny, dostosowany do aktualnego stanu i potrzeb Pacjenta, proces terapeutyczny. Wszystkie skorelowane działania fizjoterapeutyczne przynoszą korzyści choremu, zapewniając łagodzenie objawów chorobowych, utrzymując Pacjenta w możliwie najwyższej aktywności fizycznej i umysłowej. Edukacja opiekunów, stała kontrola stanu funkcjonalnego Pacjentów, wsparcie merytoryczne, ocena i doradztwo w zakresie zaopatrzenia w pomocniczy sprzęt rehabilitacyjny lub ortopedyczny, warunkuje lepsze funkcjonowanie chorego z otępieniem w rodzinie, co z kolei ma wpływ na poprawę jakości życia chorego oraz osób bliskich.

Fizjoterapeuta jest członkiem zespołu interdyscyplinarnego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach. Nadrzędnym zadaniem fizjoterapeuty jest zapewnienie optymalnej jakości, prawidłowej i bezpiecznej realizacji postępowania rehabilitacyjnego Pacjentów z chorobą otępienną oraz działania edukacyjne chorego i jego opiekunów. Cel ten osiągnąć można przez właściwe diagnozowanie, wdrożenie odpowiednich działań profilaktycznych oraz zastosowanie czynności zapobiegających lub łagodzących objawy chorobowe u Pacjenta. Fizjoterapeuta pełni również funkcję doradczą i wspierającą pozostałych członków interdyscyplinarnego zespołu Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w otępieniach.

Kompleksowy proces leczniczy Pacjenta podjęty w jednym czasie przez różnych specjalistów oraz ścisła współpraca członków zespołu interdyscyplinarnego, z jednoczesnym zaangażowaniem Pacjenta oraz jego opiekunów, stwarza szansę na uzyskanie opieki środowiskowej na najwyższym poziomie.

II. Zespół realizujący proces opisany standardem

Koordinator działań ŚCOPO - odpowiada za przyjęcie zgłoszenia Pacjenta i pierwszą wizytę w domu chorego. Kieruje zespołem interdyscyplinarnym poprzez włączenie w proces leczenia specjalistów z różnych dziedzin, tak by zapewnić Pacjentowi i jego opiekunom najwyższy poziom opieki. Zleca cykl fizjoterapeutyczny. Na wniosek fizjoterapeuty, ma możliwość zwiększyć lub zmniejszyć częstotliwość wizyt rehabilitacyjnych zaleconych w ciągu tygodnia. Informuje rehabilitanta prowadzącego terapię o przerwach w fizjoterapii domowej na czas urlopów, wyjazdów rodzinnych, hospitalizacji, rehabilitacji

ambulatoryjnej i innych. Kontakt między fizjoterapeutą, a koordynatorem odbywa się przez rozwiązania telemedyczne, telefonicznie lub indywidualnie.

Fizjoterapeuta = Rehabilitant - osoba z wykształceniem wyższym: licencjat, magister, specjalista magister fizjoterapii; odpowiada za przyjęcie zgłoszenia Pacjenta do rehabilitacji. Podczas pierwszej wizyty fizjoterapeutycznej przeprowadza wywiad oraz badanie fizjoterapeutyczne przy użyciu karty badania fizjoterapeutycznego stworzonej na potrzeby ŚCOPO (w załączniku rozdziału). Na podstawie uzyskanych informacji, opracowuje indywidualny plan usprawniania, uwzględniając potrzeby zaopatrzenia w odpowiedni sprzęt ortopedyczny lub/i środki pomocnicze, niezbędne do uzyskania najwyższej jakości opieki nad chorym. Realizuje plan leczenia, modyfikuje indywidualny plan usprawniania dostosowując do aktualnych potrzeb i możliwości Pacjenta z otępieniem. Jest osobą wspierającą zespół interdyscyplinarny w dziedzinie fizjoterapii. Udziela konsultacji telefonicznej, telemedycznie, a w razie potrzeby w domu Pacjenta. Prowadzi systematycznie dokumentację medyczną postępowania fizjoterapeutycznego.

Fizjoterapeuta w realizacji programu usprawniania chorego współpracuje z innymi specjalistami ŚCOPO. W ścisłym kontakcie z fizjoterapeutą pracuje:

- Pielęgniarka prowadząca ŚCOPO jest upoważniona do przeprowadzenia czynności edukacyjnych Pacjenta i/lub opiekuna, w zakresie podstawowego postępowania rehabilitacyjnego określonego w standardzie. Ma możliwość konsultowania się z rehabilitantem prowadzącym, telefonicznie, telemedycznie lub indywidualnie. W czasie planowej przerwy w postępowaniu fizjoterapeutycznym monitoruje stan Pacjenta i w razie potrzeby zgłasza konieczność ponownej konsultacji fizjoterapeutycznej koordynatorowi ŚCOPO.
- Terapeuta Zajęciowy ŚCOPO jest upoważniony do przeprowadzenia czynności edukacyjnych Pacjenta i/lub opiekuna, w zakresie podstawowego postępowania rehabilitacyjnego określonego w standardzie. Ma możliwość konsultowania się z rehabilitantem prowadzącym telefonicznie, telemedycznie lub indywidualnie. Ścisłe współpracuje z fizjoterapeutą.
- Psycholog ŚCOPO współpracuje z rehabilitantem w zakresie aktualizowania informacji na temat stanu psychicznego Pacjenta. Ma możliwość konsultowania się z rehabilitantem prowadzącym telefonicznie, telemedycznie lub indywidualnie.

III. Warunki realizacji procesu opisanego standardem

- wszyscy pacjenci zostali właściwie zdiagnozowani i zakwalifikowani do rehabilitacji.
- u Pacjentów zakwalifikowanych do rehabilitacji został ustalony indywidualny plan leczenia uwzględniający potrzeby fizyczne i psychiczne podopiecznego.
- proces usprawniania Pacjenta został przeprowadzony właściwie, zgodnie z obowiązującymi procedurami.
- pacjenci i ich opiekunowie zostali zapoznani z celowością działań wykonywanych przez zespół interdyscyplinarny.
- opiekunowie i Pacjent angażują się w proces usprawniania i współpracują z zespołem interdyscyplinarnym.
- pacjenci oraz opiekunowie zostali właściwie wyedukowani w zakresie czynności dążących do uzyskania optymalnej jakości życia Pacjenta oraz usprawniających sprawowanie opieki nad

chorym.

- zespół interdyscyplinarny ściśle współpracuje ze sobą, a kontakt między poszczególnymi członkami zespołu przebiega bez zakłóceń.
- postępowanie objęte Standardem jest systematycznie oceniane i udoskonalane.

IV. Opis procesu

- koordynator ŚCOPO na podstawie informacji dostarczonych przez pielęgniarkę stwierdza potrzebę rehabilitacji u Pacjenta z otępieniem.
- zlecenie na rehabilitację koordynator ŚCOPO zgłasza telefonicznie, drogą e-mail lub telemedycznie do Fizjoterapeuty.
- fizjoterapeuta przyjmuje zgłoszenie na rehabilitację i umawia się na pierwszą wizytę fizjoterapeutyczną w domu Pacjenta.
- podczas pierwszej wizyty fizjoterapeuta na podstawie wywiadu, oceny dokonanej przy użyciu karty badania fizjoterapeutycznego, przedmiotowego i podmiotowego Pacjenta opracowuje **indywidualny plan usprawniania**, w którym określa cel rehabilitacji oraz:

Zakres procedur rehabilitacyjnych:

- okolica ciała objęta postępowaniem rehabilitacyjnym,
- wykonywane ćwiczenia kinezyterapeutyczne,
- trening funkcjonalny samoobsługi,
- rodzaj zaleconego masażu,
- parametry zabiegu,

Zalecenia dotyczące działań edukacyjnych w zakresie:

- wykonywania ćwiczeń biernych,
- wykonywania ćwiczeń czynnych,
- profilaktyki przeciwobrzękowej,
- edukacja z zakresu profilaktyki przeciw przykurczom stawowym,
- edukacja z zakresu profilaktyki przeciwoleżynowej,
- doboru odpowiedniego sprzętu rehabilitacyjnego oraz środków pomocniczych,
- edukacja z zakresu prawidłowego stosowania pomocy i sprzętu rehabilitacyjnego,
- edukacja w zakresie możliwości pozyskania sprzętu rehabilitacyjnego (wypożyczalnia, zakup z możliwością uzyskania dofinansowania),

Indywidualny plan usprawniania zapisany jest w programie medycznym.

Realizacja pojedynczego cyklu rehabilitacyjnego obejmuje:

- 15 wizyt terapeutycznych;
- częstotliwość wizyt rehabilitacyjnych w ciągu tygodnia jest ustalona i wynosi 3 wizyty w tygodniu. Na wniosek rehabilitanta lub innego członka interdyscyplinarnego zespołu ŚCOPO istnieje możliwość zwiększenia lub zmniejszenia ilości wizyt przez koordynatora ŚCOPO,
- od 5 do 10 wizyt edukacyjnych;
- wizyta edukacyjna u Pacjentów z umiarkowanym i głębokim otępieniem odbywa się 2x w tygodniu,
- wizyta edukacyjna u Pacjentów z lekkim otępieniem odbywa się 1x w tygodniu,

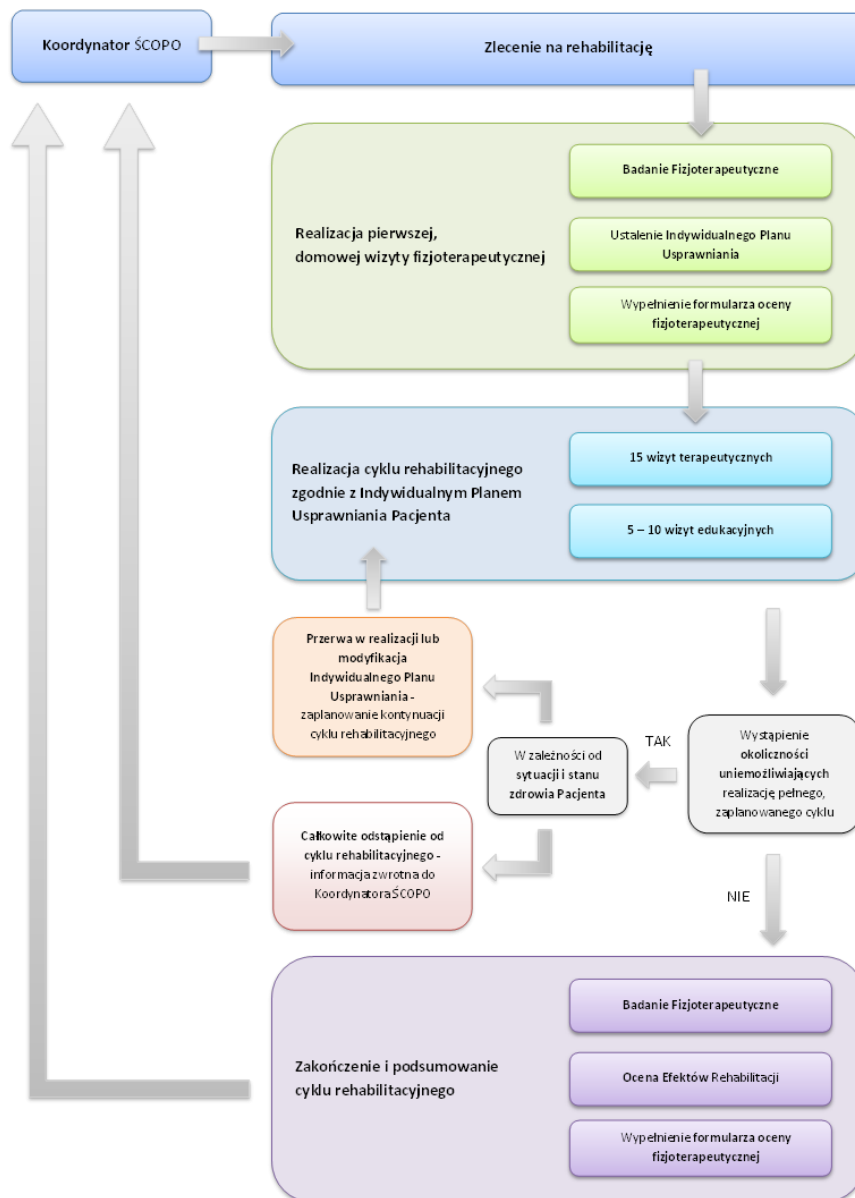
- rehabilitant realizuje proces usprawniania według indywidualnego planu leczenia. Każdą wizytę i obserwacje poczynione podczas pracy z Pacjentem opisuje w programie medycznym. W przypadku zmiany stanu Pacjenta lub pojawienia się nowych objawów, rehabilitant ma możliwość dokonać modyfikacji postępowania fizjoterapeutycznego.
- rehabilitanci ŚCOPO wyposażeni są w drobny sprzęt rehabilitacyjny ułatwiający terapię i urozmaicający trening poznawczy. Zestaw zawiera:
 - mata rehabilitacyjna 1 szt.
 - laski gimnastyczne 2 szt.
 - szarfa 2 szt.
 - piłeczka/wątek z kolcami 1 szt.
 - piłka 1 szt. 20 cm
 - piłeczki różnej średnicy i w różnych kolorach, o różnej strukturze (piłki z pianki, ażurowe, trenażery dłoni) 4 szt.
 - woreczki z grochem (kolor i cyfry) 5 szt.
 - taśmy do ćwiczeń oporowych 1,5 m (słaby opór, średni opór)
 - dysk do ćwiczeń równoważnych 1 szt.
 - kubeczki do ustawiania (wieża)
 - półwałek
 - woreczek na sznurek (2 szt., w 2 kolorach)
- pacjent zakwalifikowany do rehabilitacji domowej w ramach ŚCOPO, ma możliwość korzystania z rehabilitacji ambulatoryjnej oraz sanatoryjnej. Na czas terapii w innym ośrodku przewidziana jest przerwa w świadczonych usługach fizjoterapeutycznych. O planowanej przerwie rehabilitanta informuje Koordynator ŚCOPO.
- w przypadku wystąpienia sytuacji uniemożliwiających zakończenie pełnego cyklu rehabilitacyjnego np. nagłe pogorszenie stanu Pacjenta z przeciwwskazaniem rehabilitacji, hospitalizacja Pacjenta, zgon Pacjenta itp. Rehabilitant podsumowuje dotychczasowe postępowanie terapeutyczne, przeprowadza, o ile jest to możliwe, badanie fizjoterapeutyczne, opisuje przyczynę odstąpienia/przerwy w rehabilitacji, uzupełnia formularz oceny fizjoterapeutycznej.
- po zakończonym cyklu rehabilitacyjnym oraz edukacyjnym następuje planowa przerwa w rehabilitacji domowej. W tym czasie Pacjent wykonuje wyuczone ćwiczenia według instruktarzu i odnotowuje każdą swoją aktywność w dzienniczku aktywności. W przypadku Pacjentów leżących z głębokim i umiarkowanym otępieniem ćwiczenia wg instruktarzu wykonuje opiekun – wcześniej wyedukowany w zakresie ćwiczeń i innych.
- kontrola stanu Pacjenta po zakończonym cyklu rehabilitacji oraz cyklu edukacyjnym. Fizjoterapeuta prowadzący danego Pacjenta dokonuje podsumowania dotychczasowej terapii usprawniającej i oceny efektów rehabilitacji w dokumentacji medycznej. Fakt zakończenia cyklu terapeutyczno-edukacyjnego zgłasza koordynatorowi ŚCOPO.
- aktywność Pacjenta monitorowana jest przez pozostały personel medyczny, który kontynuuje opiekę nad chorym z otępieniem. W razie problemów z realizacją ćwiczeń według instruktarza, pielęgniarka i terapeuta zajęciowy mają uprawnienia by skorygować dany ruch, ponownie wyjaśnić ćwiczenie, skonsultować się z fizjoterapeutą. W razie pogorszenia stanu

psychofizycznego uniemożliwiającego wykonywanie dotychczasowych ćwiczeń personel ŚCOPO zgłasza potrzebę zaktualizowania planu usprawniania koordynatorowi ŚCOPO.

- przepływ informacji między fizjoterapeutą i pozostałymi członkami zespołu interdyscyplinarnego przekazywany jest telefonicznie, drogą telemedyczną, drogą e-mail lub osobiście.

V. Schemat procesu

Schemat 1. Proces postępowania rehabilitacyjnego u pacjentów z chorobami otępiennymi



VI. Kodeks Etyczny Fizjoterapeuty

- Każdy fizjoterapeuta w swojej praktyce zawodowej powinien kierować się przede wszystkim dobrze pojętym dobrem pacjenta, przepisami kodeksu Etyki Lekarskiej i ustawy z dnia 05.12.1996r. (Dz.U. z 2002r. nr.21) o zawodzie lekarza.
- Zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty określa Kodeks Etyczny Fizjoterapeuty Rzeczypospolitej Polskiej PTF (Zał. nr 8 - kodeks etyczny fizjoterapeuty PTF).
- Fizjoterapeuta ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu, uzyskane przez fizjoterapeutę w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od dochowania tajemnicy.
- Fizjoterapeuta ma obowiązek wykonywać swoją pracę zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi i wiedzą.
- W pracy zawodowej przestrzega praw pacjenta zgodnie z Kartą Praw Pacjenta.
- Fizjoterapeuta pracujący z chorym z otępieniem powinien posiadać odpowiednie cechy charakteru takie jak: cierpliwość, pracowitość, obowiązkowość, sumienność, zdyscyplinowanie, empatia wobec pacjentów, rzetelność, uczciwość, poszanowanie godności człowieka, dyskrecja, przestrzeganie zachowania tajemnicy zawodowej
- Fizjoterapeuta powinien odnosić się do pacjenta z chorobą otępienną z należyтым szacunkiem i w sposób kulturalny do personelu medycznego i pomocniczego, z którym współpracuje.
- Fizjoterapeuta ma obowiązek rzetelnie informować pacjenta oraz jego opiekuna o wszystkich elementach planowanego zabiegu. W przypadku problemów z komunikacją wynikających z choroby otępiennej, fizjoterapeuta powinien dostosować formy i metody komunikacji tak, by pacjent zrozumiał przekazywaną treść.

VII. Opis innowacji

Oddziaływanie ruchem jest jedną z pozafarmakologicznych form leczenia proponowanych pacjentom z chorobą otępienną. Przy stosunkowo niewielkim wysiłku fizycznym stosowanym systematycznie przez pacjenta, można podtrzymać aktualny stan aktywności ruchowej chorego i nie dopuścić do gwałtownego rozwoju choroby.

Niestety dostęp do rehabilitacji leczniczej w ostatnich latach jest coraz bardziej ograniczony. Z przeprowadzonych badań NIK w okresie 2011-05.2013 wynika, że pomimo wzrostu nakładów pogarsza się dostęp do rehabilitacji leczniczej refundowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia tj. rośnie liczba oczekujących, wydłuża się czas oczekiwania, a kurczy lista miejsc oferujących rehabilitację bez kolejki. Należy również nadmienić, iż pacjent z chorobą otępienną nie zawsze jest w stanie dotrzeć na zaplanowaną wcześniej rehabilitację. Wiąże się z tym szereg zabiegów przygotowawczych, które pacjent musi wykonać zanim wyjdzie z domu. Wyprawie na rehabilitację ambulatoryjną często towarzyszą pośpiech i stres które mogą wywołać szereg niepożądanych objawów ze strony chorego takich jak: niepokój, wzmożone napięcie mięśniowe, agresja, upór, itp. Wyjazd z domu na zabiegi fizjoterapeutyczne może u pacjentów z chorobą otępienną skończyć się już na etapie ubierania.

Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach wychodząc naprzeciw potrzebom podopiecznych proponuje rehabilitację domową pacjenta z chorobą otępienną oraz edukację z zakresu ćwiczeń i innych czynności ułatwiających pielęgnację i opiekę nad chorym. Rehabilitanci ŚCOPO to wykwalifikowani terapeuci, po specjalistycznych szkoleniach z zakresu terapii chorych z otępieniem. Każdy rehabilitant jest wyposażony w drobny sprzęt rehabilitacyjny (torba rehabilitanta), którym urozmaica spotkania z podopiecznym motywując go do samodzielnego podejmowania aktywności fizycznej i intelektualnej. System edukacyjny, który jest proponowany pacjentom oraz jego opiekunom dostosowany jest do aktualnych możliwości ruchowych chorego z otępieniem, do jego schorzeń współistniejących, do warunków środowiskowych w jakich podopieczny przebywa i do aktualnych problemów z jakimi zmagają się zarówno pacjent jak i osoba sprawująca nad nim opiekę. Objęcie pacjenta i jego opiekuna kompleksową opieką fizjoterapeutyczną daje poczucie bezpieczeństwa pacjentowi i jego rodzinie, zapewnia optymalne warunki do utrzymania lub zwiększania sprawności chorego, ułatwia codzienne czynności pielęgnacyjne, wspiera działania pozostałych członków zespołu ŚCOPO.

Główne założenia innowacyjności standardu:

- Innowacją proponowanej opieki nad pacjentem z chorobą otępienną w ramach ŚCOPO jest ułatwienie dostępu do rehabilitacji prowadzonej przez ukierunkowanego i przeszkolonego fizjoterapeutę.
- Rehabilitacja świadczona w warunkach domowych zwiększa szansę pacjenta na utrzymanie sprawności fizycznej na poziomie umożliwiającym samodzielne egzystowanie w środowisku.
- Objęcie kompleksową opieką fizjoterapeutyczną chorego z otępieniem, leżącego lub z bardzo ograniczonymi możliwościami ruchowymi zapobiega poważnym powikłaniom wynikającym z hipokinezji/akinezji.
- Proponowana rehabilitacja domowa przyspieszy kontakt pacjenta i opiekunów z wyspecjalizowanym w zakresie terapii chorych z otępieniem fizjoterapeutą.
- Domowa rehabilitacja pacjenta z chorobą otępienną w ramach ŚCOPO ma na celu aktywizację pacjenta poprzez wdrożenie ćwiczeń dostosowanych do możliwości fizycznych i psychicznych podopiecznego.
- Zadaniem rehabilitanta ŚCOPO jest zmotywować pacjenta do samodzielnej aktywności poprzez wskazanie jego możliwości ruchowych i edukację z zakresu prostych ćwiczeń.
- Nowością proponowaną w modelu usprawniania chorych z otępieniem jest możliwość samokontroli w formie dzienniczka aktywności.
- Edukacja opiekunów pacjenta z chorobą otępienną w zakresie podstawowych ćwiczeń, ma na celu utrzymanie osiągniętej w trakcie cyklu rehabilitacyjnego aktywności podopiecznego.
- Edukacja opiekunów w zakresie zabezpieczania pozycji pacjenta, profilaktyki przeciwdoleźynowej, przeciw przykurczom stawowym ma działanie prewencyjne przeciwko wielu groźnym powikłaniom wynikającym z unieruchomienia.
- Rehabilitacja domowa pacjenta z chorobą otępienną w ramach ŚCOPO łączy ze sobą aktywność fizyczną i trening intelektualny. Możliwe jest to dzięki zastosowaniu w procesie rehabilitacji drobnego sprzętu rehabilitacyjnego, który jest wyposażeniem torby rehabilitanta ŚCOPO.

- Nowością w proponowanym postępowaniu rehabilitacyjnym pacjenta z chorobą otępienną jest: torba rehabilitanta ŚCOPO.
- Rehabilitanci ŚCOPO wyposażeni są w drobny sprzęt rehabilitacyjny ułatwiający terapię i urozmaicający trening poznawczy. Zestaw zawiera:
 - mata rehabilitacyjna 1 szt.
 - laski gimnastyczne 2 szt.
 - szarfa 2 szt.
 - piłeczka/wałek z kolcami 1 szt.
 - piłka 1 szt. 20 cm
 - piłeczki różnej średnicy i w różnych kolorach, o różnej strukturze (piłki z pianki, ażurowe, trenażery dłoni) 4 szt.
 - woreczki z grochem (kolor i cyfry) 5 szt.
 - taśmy do ćwiczeń oporowych 1,5 m (słaby opór, średni opór)
 - dysk do ćwiczeń równoważnych 1 szt.
 - kubeczki do ustawiania (wieża)
 - półwałek
 - woreczek na sznurek (2 szt., w 2 kolorach)
- Po uzyskaniu maksymalnych możliwości psychoruchowych pacjenta oraz po wyedukowaniu pacjenta i jego opiekunów, podopieczny lub opiekun kontynuuje zalecane ćwiczenia wg instruktarza wydanego przez fizjoterapeutę w formie pisemnej.
- Innowacją modelu opieki nad pacjentem z chorobą otępienną jest współpraca zespołu interdyscyplinarnego ŚCOPO. Podczas planowej przerwy w wizytach domowych rehabilitacyjnych, aktualny stan pacjenta monitorowany jest przez pozostały personel medyczny sprawujący opiekę nad rodziną (np. pielęgniarka, terapeuta zajęciowy, psycholog) którzy zgłaszają ewentualną potrzebę ponownej konsultacji fizjoterapeuty.
- Dzięki innowacyjnemu postępowaniu kinezyterapeutycznemu w warunkach domowych oraz wdrożonemu systemowi edukacji pacjentów i ich opiekunów zapewniona zostanie ciągłość rehabilitacji, a z co za tym idzie utrzymanie aktywności pacjenta na dobrym poziomie i wydłużenie jego samodzielności, odciążenie opiekunów, ułatwienie opieki nad chorym. Wszystkie proponowane działania ostatecznie spowolnią przebieg choroby i zmniejszą intensywność objawów chorobowych pozytywnie wpływając na jakość życia chorego z otępieniem i jego opiekuna.

Prawidłową realizację zadań fizjoterapeuty w ramach ŚCOPO wesprze realizacja szkoleń wg zaproponowanego poniżej programu:

Program szkoleń dla Fizjoterapeutów

W ramach działalności ŚCOPO prowadzone będą szkolenia fizjoterapeutów w zakresie rehabilitacji dostosowanej do potrzeb i możliwości chorych na choroby otępienne. Program szkolenia umieszczono poniżej.

Szkolenia są głównym sposobem zdobywania wiedzy i trenowania umiejętności praktycznych oraz kompetencji pracowników. Ze względu na innowacyjność projektu zaplanowano szkolenia, których celem będzie zbudowanie silnego, kompetentnego, skutecznego i wykwalifikowanego Zespołu Środowiskowej Opieki Psychogeriatrycznej.

Każde szkolenie zostanie poddane ocenie poprzez wypełnienie ankiety ewaluacyjnej. Informacje zdobyte po danym szkoleniu pozwolą wyeliminować ewentualne błędy w procesie nauczania oraz wskażą przyrost wiedzy i umiejętności uczestnika. Wszystkie uwagi naniesione w ankiecie ewaluacyjnej będą weryfikowane i posłużą modyfikacji oraz doskonaleniu programu szkolenia.

Tematyka szkoleń:

„Opieka nad Pacjentem otępiennym. Budowanie indywidualnego planu fizjoterapii chorego z otępieniem w oparciu o schorzenia wieku starczego” (16h)

Cel szkolenia:

- Poznanie farmakologicznych i pozafarmakologicznych metod leczenia otępienia oraz ich wpływu na stan podopiecznego
- Zapoznanie z narzędziem diagnostycznym –kartą badania, nabycie wiedzy i umiejętności przeprowadzenia badania fizjoterapeutycznego, nabycie umiejętności budowania planu terapii z uwzględnieniem głównych objawów chorobowych wieku starczego.
- Poznanie metod komunikacji oraz zdobycie umiejętności komunikowania się z Pacjentem o różnym stopniu zaawansowania choroby otępiennej.
- Nabycie umiejętności rozwiązywania sytuacji trudnych, konfliktowych w kontaktach z Pacjentem i opiekunem.

Zagadnienia:

- Podstawowe zagadnienia z zakresu gerontologii i geriatry
- Współpraca terapeuty zajęciowego z fizjoterapeutą – razem oznacza skuteczniej
- Otępienie: definicja, przyczyny, objawy, rodzaje chorób otępiennych, leczenie
- Zespoły starczej niepełnosprawności: zaburzenia równowagi i chodu, upadki, otępienie, depresja, hipokinezja
- Wpływ wielochorobowości i wielolekowości na postępowanie fizjoterapeutyczne
- Komunikacja z Pacjentem otępiennym i jego opiekunem
- Kompleksowe postępowanie terapeutyczne- współpraca ze wszystkimi specjalistami zespołu ŚCOPO
- Zasady refundacji sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego

- Podstawowe problemy psychologiczne w otępieniu i sposoby radzenia sobie z nimi (zaburzenia pamięci, mowy, nastroju, zaburzenia zachowania)
- Komunikacja z Pacjentem otępiennym i jego rodziną
- Przeprowadzenie badania podmiotowego i fizjoterapeutycznego
- Zapoznanie się z kartą badania

Metody szkoleniowe:

- Prezentacja multimedialna, wykład
- Warsztaty, inscenizacja, analiza przypadków
- Ćwiczenia praktyczne

Wykładowcy:

- Lekarz - specjalista w zakresie geriatric /neurologii/ ch. wewnętrznych/ reumatologii/ rehabilitacji medycznej z min. 2 letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem geriatrycznym lub/ i z chorobą otępienną albo Gerontolog z min. 2 letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem geriatrycznym lub/ i z chorobą otępienną (Tematy: 1, 3, 4; 5 czas: 4h)
- Fizjoterapeuta – mgr /specjalista/dr nauk medycznych z min. 2 letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem geriatrycznym lub/ i z chorobą otępienną (Tematy: 5, 6, 7, 8, 11,12; czas:7)
- Psycholog – mgr/ specjalista w zakresie psychologii klinicznej z min. 2 letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem geriatrycznym lub/ i z chorobą otępienną (tematy: 7, 9, 10; czas 3 h)
- Terapeuta zajęciowy z min. 2 letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem geriatrycznym lub/ i z chorobą otępienną (Tematy: 2,7; czas: 2h)

„Komunikacja z Pacjentem otępiennym i opiekunem. Komunikacja i współpraca w zespole terapeutycznym” (8h)

Cel szkolenia:

- Umiejętność zastosowania różnych kanałów komunikacyjnych w kontakcie z Pacjentem i opiekunem
- Nabycie umiejętności korzystania z różnych kanałów komunikacyjnych- drogi prowadzącej do stworzenia silnego, kompetentnego, ściśle współpracującego zespołu interdyscyplinarnego.
- Trening praktycznego wykorzystania umiejętności i wiedzy personelu sprawującego opiekę nad Pacjentem z otępieniem. Umiejętność współpracy, rozwiązywania sytuacji problematycznych w domu Pacjenta.

Zagadnienia:

- Komunikacja z Pacjentem otępiennym i jego rodziną
- Komunikacja w zespole
- Szkolenie z urządzeń do komunikacji telemedycznej

Metody szkoleniowe:

- Prezentacja multimedialna, wykład
- Warsztaty
- Ćwiczenia praktyczne

Wykładowcy:

- Psycholog – mgr/ specjalista w zakresie psychologii klinicznej z min. 2 letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem geriatrycznym lub/ i z chorobą otępienną (Tematy: 1, 2; czas: 4h)
- Gerontolog z min. 2 letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem geriatrycznym lub/ i z chorobą otępienną (Tematy: 1,2; czas: 1h 30 min)
- Osoba posiadająca wiedzę na temat rozwiązań telemedycznych (Temat: 3; czas 2h 30 min)

„Bezpieczne przemieszczanie Pacjenta z chorobą otępienną” (6 h)

Cel szkolenia:

- Zwiększenie bezpieczeństwa Pacjenta oraz pracownika podczas manewru przemieszczania Pacjenta leżącego przy braku współpracy ze strony chorego
- Zwiększenie bezpieczeństwa Pacjenta oraz pracownika podczas manewru przemieszczania Pacjenta leżącego przy ograniczonej współpracy ze strony chorego

Zagadnienia:

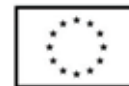
- Poznanie metod i technik transferów chorego oraz innych rozwiązań technicznych ułatwiających opiekę i terapię Pacjenta z chorobą otępienną
- Zagrożenia wynikające z ręcznego przemieszczania Pacjenta
- Środki zapobiegawcze powikłaniom nieprawidłowego manewru przemieszczania

Metody szkoleniowe:

- Prezentacja multimedialna, wykład
- Warsztaty
- Ćwiczenia praktyczne

Wykładowcy:

- Fizjoterapeuta - mgr /specjalista/dr nauk medycznych z min. 2 letnim doświadczeniem w pracy z pacjentem geriatrycznym lub/ i z chorobą otępienną (Tematy: 1, 2, 3; Czas: 3h)
- Osoba posiadająca wiedzę z zakresu praktycznego wykorzystania środków pomocniczych przy transferach pacjentów (pielęgniarka, fizjoterapeuta, absolwent biomechaniki, lub inny) z min. 2 letnim doświadczeniem w pracy na sprzęcie pomocniczym ułatwiającym przemieszczanie pacjenta (Tematy: 1, 2, 3; Czas: 3h)



Narzędzia diagnostyczne dla fizjoterapeuty ŚCOPO

Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach

Data:

Imię i Nazwisko Pacjenta:

Rozpoznanie główne:

Choroby współistniejące:

.....
.....

Kontakt słowny

- Logiczny:.....

- Okresowo nielogiczny:.....

- Nielogiczny:

MMSE (Mini-Mental State Examination):

Odleżyny: - tak - nie

Przykurcze utrwalone: - tak - nie

Dolegliwości bólowe: - tak - nie

Zaopatrzenie w sprzęt pomocniczy rehabilitacyjny/ortopedyczny:

- posiadany : - zalecany:

Uwagi:

.....
.....

Ocena podstawowych czynności życia codziennego wg skali ADL:

Ocena równowagi i chodu wg skali Tinetti:

Badanie siły mięśniowej:

- siła prostowników biodra: L P.....

- siła zginaczy biodra: L P

- siła prostowników kolana: L P.....

- siła zginaczy kolana: L P

- siła zginaczy podszwowych stopy: L P.....

- siła zginaczy grzbietowych stopy: L P

- siła prostowników ramienia: L P.....

- siła zginaczy ramienia: L P

- siła prostowników łokcia: L P.....

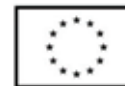
- siła zginaczy łokcia: L P

- siła prostowników nadgarstka: L P.....

- siła zginaczy nadgarstka: L P

Uwagi:

.....
.....



Ocena napięcia mięśniowego:

Napięcie mięśniowe	Osłabione	Norma	Wzmoczone
Mięśnie tułowia			
Kończyny górne			
Kończyny dolne			

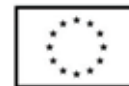
Indywidualny program terapii

Data	Cel	Procedury osiągnięcia celu

Uwagi fizjoterapeuty:.....

.....

.....



**Skala oceny podstawowych czynności w życiu codziennym-
skala Katz'a (ADL)**

Samodzielny TAK/ NIE

1. Kąpanie się	1	0
2. Ubieranie się i rozbieranie	1	0
3. Korzystanie z toalety	1	0
4. Wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel	1	0
5. Samodzielne jedzenie	1	0
6. Kontrolowanie wydalania moczu i stolca	1	0

Punktacja:

5-6- osoby sprawne

3-4- osoby umiarkowanie niesprawne

= lub <2- osoby znacznie niesprawne

SKALA TINETTI - OCENA RÓWNOWAGI I CHODU
RÓWNOWAGA (badany siedzi na twardym krześle bez poręczy)

	2 punkty	1 punkt	0 punktów
1. Równowaga podczas siedzenia		Zachowuje równowagę zabezpieczony	Pochyla się lub ześlizguje z krzesła
2. Wstawanie z miejsca	Wstaje bez pomocy rąk	Wstaje, ale sam pomaga sobie rękoma	Niezdolny do samodzielnego wstania
3. Próby wstawania z miejsca	Wstaje przy pierwszej próbie	Wstaje, ale potrzebuje kilku prób	Niezdolny do wstania bez pomocy
4. Równowaga bezpośrednio po wstaniu z miejsca (pierwsze 5 sek.)	Stoi pewnie, bez żadnego podparcia	Stoi pewnie, ale podpira się, używając chodzika, laski lub chwytając inne przedmioty	Stoi niepewnie (zatacza się, przesuwa stopy, wyraźnie kotłuje się tułowiem)
5. Równowaga podczas stania	Stoi ze stopami złączonymi, bez podparcia	Stoi pewnie ale na szerokiej podstawie (pięty w odległości >10 cm od siebie) lub podpierając się laską, chodzikiem itp.	Stoi niepewnie
6. Próba trącania (badany stoi ze stopami jak najbliżej siebie, badający lekko popycha go, trzykrotnie trącając dłoń w klatkę piersiową na wysokości mostka)	Stoi pewnie	Zatacza się, chwytając się przedmiotów, ale samodzielnie utrzymuje pozycję	Zaczyna się przewracać
7. Próba trącania przy zamkniętych oczach badanego		Stoi pewnie	Stoi niepewnie
8. Obracanie się o 360 stopni	Ruch ciągły, pewny	Ruch niepewny (zataczanie się, chwytanie przedmiotów)	Ruch przerywany
9. Siadanie	Pewny, płynny ruch	Pomaga sobie rękoma lub ruch nie jest płynny	Niepewne (źle ocenia odległość, opada na krzesło)

RÓWNOWAGA wynik końcowy/16

CHÓD (badany stoi obok badającego; idzie wzdłuż korytarza lub przez pokój – najpierw zwykłym krokiem, a z powrotem krokiem szybkim, ale w sposób bezpieczny, korzystając z laski lub chodzika, jeśli zwykle się nimi posługuje)

	2 punkty	1 punkt	0 punktów
10. Zapoczątkowanie chodu (bezpośrednio po wydaniu polecenia)		Start bez wahanias	Jakiegokolwiek niezdecydowanie (wahanie) lub kilkakrotne próby ruszenia z miejsca
11. Długość i wysokość kroku:			
A. zasięg ruchu prawej stopy przy wykroku	Przekracza położenie lewej stopy; prawa stopa całkowicie unosi się nad podłogą	Przekracza położenie lewej stopy lub prawa stopa całkowicie unosi się nad podłogą	Nie przekracza miejsca stania lewej stopy; prawa stopa nie odrywa się całkowicie od podłogi
B. zasięg ruchu lewej stopy przy wykroku	Przekracza położenie prawej stopy; lewa stopa całkowicie unosi się nad podłogą	Przekracza położenie prawej stopy lub lewa stopa całkowicie unosi się nad podłogą	Nie przekracza miejsca stania prawej stopy; lewa stopa nie odrywa się całkowicie od podłogi
12. Symetria kroku		Długość kroku obu stóp wydaje się równa	Długość kroku prawej i lewej stopy nie jest jednakowa
13. Ciągłość kroku		Chód wydaje się ciągły	Zatrzymywanie się między poszczególnymi krokami lub inny brak ciągłości chodu
14. Ścieżka chodu (oceniać na odcinku ok. 3 m, odnotować odchylenie rzędu 30 cm)	Prosta ścieżka bez korzystania z pomocy	Niewielkie lub średniego stopnia odchylenie, ewentualnie pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych (laska itp.)	Wyraźne odchylenie od toru
15. Tułów	Pacjent nie kołysze tułowiem, nie zgina kolan, pleców, nie angażuje kończyn górnych ani nie korzysta z przyrządów pomocniczych	Nie ma kołysania, ale pacjent podczas chodzenia zgina kolana, plecy lub rozkłada ramiona	Wyraźne kołysanie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych
16. Pozycja podczas chodzenia		Pięty prawie stykają się podczas chodzenia	Pięty rozstawione

CHÓD wynik końcowy/12

ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW/28

Interpretacja: Łączny wynik poniżej 26 punktów sygnalizuje problem; przy wyniku poniżej 19 punktów ryzyko upadku wzrasta 5 –krotnie

Program rehabilitacji dla Pacjenta z chorobą otępienną

Wstęp

Otępienie to zespół objawów spowodowanych chorobą mózgu, zwykle przewlekłą i postępującą. Jest to utrata lub upośledzenie wyższych czynności układu nerwowego takich jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność do uczenia, posługiwania mową i oceniania. Zaburzeniom funkcji poznawczych często towarzyszą zaburzenia emocjonalne, zaburzenia zachowania i motywacji. Wszystkie wymienione objawy mają wpływ na jakość życia osoby z chorobą otępienną oraz osób z jej otoczenia. Szacuje się, że na otępienie choruje w Polsce 10-15% osób po 65 roku życia. Przyczyną otępienia są różne zmiany w mózgu, które zachodzą w przebiegu chorób neurodegeneracyjnych.

Rozpoznanie otępienia i ustalenie jego przyczyny należy do lekarzy. Proces otępienny ma swoje charakterystyczne stadia. Każde z nich wymaga innego postępowania rehabilitacyjnego.

Opis postępowania rehabilitacyjnego w I oraz II stadium choroby otępiennej.

Rehabilitacja w schorzeniach otępiennych składa się z dwóch elementów: rehabilitacji fizycznej i intelektualnej

Rehabilitacja podjęta we wczesnym i średniozaawansowanym stadium choroby otępiennej to:

- systematyczne ćwiczenia fizyczne
- łączenie aktywności ruchowej z treningiem intelektualnym (np. liczenie wykonanych powtórzeń, wypowiedzanie kolorów podczas czynności ruchowych z użyciem drobnych pomocy rehabilitacyjnych itp.)
- właściwe zorganizowanie przestrzeni mieszkania, tak aby zminimalizować ryzyko upadku
- utrzymanie aktywności fizycznej poprzez kontynuację ćwiczeń przez Pacjenta po zakończeniu cyklu oraz współpracę z opiekunem

Cel fizjoterapii

- utrzymanie lub/i zwiększenie aktualnych zakresów ruchomości w stawach kończyn dolnych – poprawa funkcji chodzenia, wstawania, siadania, lepsze i sprawniejsze przemieszczanie się
- utrzymanie lub/i zwiększenie aktualnych zakresów ruchomości w stawach kończyn górnych – usprawnienie czynności samoobsługowych takich jak ubieranie się, czesanie, golenie, jedzenie
- wykorzystanie potencjalnych możliwości Pacjenta w zakresie samoobsługi – ułatwienie opiekunowi czynności pielęgnacyjnych wykonywanych przy chorym
- utrzymanie aktywności fizycznej na poziomie umożliwiającym pacjentowi samodzielność
- ułatwienie zasypiania i poprawa snu
- łagodzenie i zmniejszenie częstości występowania zaburzeń zachowania, depresji
- profilaktyka powikłań takich jak: upadki, unieruchomienie i związane z tym przykurcze mięśni, odleżyny, infekcje, powikłania zatorowo-zakrzepowe

Zadania fizjoterapeuty

- Dokładne przeprowadzenie badania fizjoterapeutycznego, zapoznanie się ze schorzeniami współistniejącymi, stworzenie indywidualnego planu terapii.
- Fizjoterapeuta prowadzący usprawnianie Pacjenta z otępieniem powinien rozpocząć od przeorganizowania przestrzeni życiowej Pacjenta:
 - usunąć z przestrzeni, w której funkcjonuje pacjent wszystkie przedmioty zwiększające ryzyko upadku takie jak: dywaniki, progi, wolno leżące kable itp.
 - dobrać pomocniczy sprzęt rehabilitacyjny z uwzględnieniem warunków w domu do przechowywania go, w czasie gdy nie jest używany przez Pacjenta
 - należy wraz z chorym i rodziną oraz pozostałymi członkami zespołu ŚCOPO ustalić ścisły plan dnia dla chorego z uwzględnieniem czasu na kinezyterapię - stałe pory dla poszczególnych czynności dnia codziennego i ich logiczne następstwo po sobie pozwolą choremu lepiej się odnaleźć w stającej się dla niego coraz bardziej obcej rzeczywistości
- Przed przystąpieniem do ćwiczeń:
 - należy stworzyć warunki do rozmowy (eliminacja bodźców które mogą zaburzyć komunikację np. wyłącz telewizor)
 - przygotować potrzebny sprzęt rehabilitacyjny (laska, piłka, woreczki)
 - należy poinformować Pacjenta o planowanej czynności
 - należy upewnić się czy pacjent zrozumiał
 - należy przyjąć taką pozycję byśmy byli w stałym kontakcie wzrokowym z pacjentem – najlepiej usiąść naprzeciwko
 - mówić krótkimi, prostymi zdaniami
- Przeprowadzenie rehabilitacji ruchowej z uwzględnieniem objawów choroby otępiennej:
 - polecenia ćwiczeń wypowiadać wyraźnie, pokazać ćwiczenie
 - upewnić się czy chory dobrze zrozumiał, należy powtarzać polecenia za każdym razem pokazując zalecany ruch
 - najtrudniejsze zadania dla chorego z otępieniem wykonywać wtedy, gdy on jest w najlepszej formie
 - czynności i zadania jakie proponujemy choremu muszą być w zasięgu jego możliwości, by nie zdemotywować Pacjenta na początku terapii
 - unikać okazywania złości i zdenerwowania wobec chorego
 - ciągłe, spokojne powtarzanie poleceń, połączone z pokazem danego ruchu
 - gdy chory jest beczynny należy go mobilizować
 - gdy chory ma urojenia, że skradziono mu jakiś przedmiot, odnalezienie przedmiotu natychmiast rozładowuje sytuację
 - nie zmuszać, nie nalegać gdy pojawi się ze strony Pacjenta upór lub odmowa współpracy - np. chory nie chce wykonać polecanej czynności- należy odczekać, ewentualnie odwrócić uwagę i ponowić próbę
- Edukacja Pacjenta w zakresie ćwiczeń wg instruktarza

- edukację Pacjenta przeprowadzamy ściśle według instruktarza w formie pisemnej- minimum 5 spotkań (upewniamy się czy pacjent jest w stanie samodzielnie odtworzyć ćwiczenia z kartki, czy wykonuje poprawnie ćwiczenia)
 - wydanie instruktarza ćwiczeń w formie pisemnej
 - wydanie dzienniczka aktywności- możliwość samokontroli oraz funkcja motywująca Pacjenta do samodzielnej pracy
5. Edukacja opiekuna w zakresie ćwiczeń wg instruktarza:
- w przypadku problemów z odtwarzaniem ćwiczeń przez Pacjenta włączamy do współpracy opiekuna
 - edukację opiekuna przeprowadzamy ściśle według instruktarza w formie pisemnej- minimum 5 spotkań
 - przeprowadzenie ćwiczeń w obecności i/lub z udziałem bezpośrednim opiekuna
 - wydanie instruktarza ćwiczeń w formie pisemnej
 - upewniamy się czy opiekun prawidłowo wykonuje ćwiczenia
 - wydanie książeczki aktywności – w celu monitorowania samodzielnie podejmowanej aktywności przez Pacjenta

Metodyka ćwiczeń

Rehabilitacja wymaga specjalistycznego, indywidualnego podejścia do Pacjenta. Ma na celu zachowanie jak najlepszej kondycji fizycznej i psychicznej oraz zapobieganie powikłaniom. Cechą chorych jest stopniowe osłabienie percepcji i funkcji poznawczych, dlatego ważne jest takie konstruowanie sesji ćwiczeń, aby trudność ćwiczeń była dostosowana do możliwości Pacjenta a także, aby w czasie ćwiczeń pacjent nie uległ znużeniu. Należy wprowadzać ćwiczenie proste, a ćwiczenie bardziej skomplikowane dzielić na fazy i uczyć Pacjenta wykonywania poszczególnych faz w sposób izolowany, a dopiero po ich opanowaniu przechodzić do wykonania całego ćwiczenia. Zajęcia powinny trwać ok.30 - 45 min. jednak należy na bieżąco obserwować stan Pacjenta i zdolność koncentracji. W przypadku pojawiającego się znużenia ćwiczenia należy przerwać. Ćwiczenia należy wykonywać w przewietrzonym pokoju. Terapeuta powinien znajdować się na przeciwko Pacjenta. Polecenia powinny być krótkie i zrozumiałe. Wszystkie ćwiczenia powinny być połączone z pokazem tzn. rehabilitant wykonuje wszystkie zadania wraz z podopiecznym. Wykonujemy jak najwięcej ćwiczeń czynnych, na bieżąco korygując sposób ich wykonywania przez chorego. Tempo ćwiczeń powinno być wolne, dostosowane do możliwości Pacjenta. Można zaktywizować Pacjenta poprzez polecenie głośnego liczenia lub wprowadzenie ćwiczeń w formie zadaniowej np. wkładanie piłeczek jednego koloru do pojemnika umieszczonego na pewnej wysokości.

Propozycja ćwiczeń ze standardu znajduje się w załączniku: „Formularz ćwiczeń czynnych w pozycji leżącej, siedzącej oraz stojącej”

Opis postępowania rehabilitacyjnego w III stadium choroby otępiennej.

Rehabilitacja podejmowana w zaawansowanej fazie choroby odbywa się bez współudziału bądź przy minimalnym współudziale Pacjenta. Mowa chorego jest bardzo niewyraźna, chory nie rozumie co się do niego mówi, powtarza słowa i krótkie sekwencje tylko sobie znane. Już każda czynność

sprawia choremu kłopot. Nie umie sam wstawać, siadać, chodzić, jeść. Przestaje także panować nad czynnościami fizjologicznymi. Nie wykonuje już żadnych czynności, cały swój czas spędza w łóżku.

Cel rehabilitacji

Celem rehabilitacji Pacjenta leżącego z zaawansowaną chorobą otępienną jest:

- utrzymanie zakresu ruchu w stawach,
- zapobieganie powstawaniu przykurczy, zesztywnień i zrostów w stawach,
- poprawa krążenie krwi i chłonki,
- profilaktyka powstawania obrzęków zastoinowych,
- zachowanie czucia proprioceptywnego (tj. czucie ułożenia ciała)
- poprawa pamięci ruchowej,
- zmniejszenie ryzyka powstawania odleżyn u pacjentów leżących.

Zadania fizjoterapeuty

- Dokładne przeprowadzenie badania fizjoterapeutycznego, zapoznanie się ze schorzeniami współistniejącymi, stworzenie indywidualnego planu terapii.
- Dobór pomocniczego sprzętu rehabilitacyjnego ułatwiającego czynności pielęgnacyjne i rehabilitacyjne np. łóżko medyczne z regulowaną wysokością, wózek inwalidzki, podnośnik itp.
 - rozmowa z opiekunem- określenie stanu zdrowia osoby opiekującej się chorym z otępieniem i możliwości ruchowych opiekuna - współpraca z pielęgniarką
 - pomoc w zorganizowaniu przestrzeni w domu na sprzęt pomocniczy
 - dostarczenie informacji na temat wypożyczalni sprzętu medycznego lub zakupu z możliwością uzyskania dofinansowania
- Przed przystąpieniem do ćwiczeń:
 - stwórz warunki do rozmowy (wyliminuj bodźce które mogą zaburzyć komunikację np. wyłącz telewizor)
 - przygotuj potrzebny sprzęt rehabilitacyjny
 - należy poinformować Pacjenta o planowanej czynności
 - należy przyjąć taką pozycję byśmy byli w stałym kontakcie wzrokowym z pacjentem
 - mów krótkimi, prostymi zdaniami
- Przeprowadzenie rehabilitacji ruchowej
 - ćwiczenia wykonywać do granicy bólu
 - stała obserwacja Pacjenta podczas ćwiczeń (grymas twarzy, wzrost napięcia mięśniowego, zamykanie oczu, unoszenie miednicy, odpychanie się itp. mogą świadczyć o dolegliwościach bólowych)
 - podczas wykonywania ćwiczeń biernych należy stymulować werbalnie Pacjenta tj. informować o planowanych lub/i wykonywanych ruchach, motywować do ruchu
- Edukacja opiekuna – dostosowana do potrzeb Pacjenta i opiekuna
 - przeprowadzenie ćwiczeń według instruktarz w obecności i/lub z udziałem bezpośrednim opiekuna
 - wydanie instruktarza ćwiczeń w formie pisemnej

- przeprowadzenie edukacji połączonej z pokazem z zakresu zabezpieczania pozycji Pacjenta w wózku inwalidzkim/łóżku
- przeprowadzenie edukacji połączonej z pokazem z zakresu bezpiecznego przemieszczania Pacjenta w obrębie łóżka
- przeprowadzenie edukacji połączonej z pokazem z zakresu bezpiecznego przemieszczania Pacjenta łóżko- krzesło/wózek inwalidzki
- przeprowadzenie edukacji połączonej z pokazem z zakresu profilaktyki przeciwoleżynowej i przeciw przykurczom
- przeprowadzenie edukacji połączonej z pokazem z zakresu profilaktyki przeciwobrzękowej

Metodyka ćwiczeń

Ćwiczenia bierne nie wymagają współpracy Pacjenta - ruch jest prowadzony za pomocą rąk terapeuty. Ćwiczenia czynno-bierne wymagają minimalnej pomocy ze strony chorego polegającej na rozluźnianiu mięśni w obrębie ćwiczonej kończyny. Ćwiczenia należy wykonywać w przewietrzonym pokoju. Wszystkie ruchy w ćwiczonym stawie powtarza się min. 30 razy w czasie jednego zabiegu. Tempo ćwiczeń powinno być wolne. Ruch powinien być wykonywany w pełnym zakresie, do granicy bólu. Podczas ćwiczeń wskazana jest stymulacja werbalna. Niezbędne jest również poinformowanie opiekuna o konieczności zmiany pozycji Pacjenta w łóżku co 2 godziny.

Propozycja ćwiczeń ze standardu znajduje się w załączniku: „Formularz ćwiczeń biernych w pozycji leżącej”

Program rehabilitacji dla Pacjenta z chorobą Alzheimerera

Choroba Alzheimerera

W Polsce na tę chorobę cierpi około 250 tys. osób. Choroba Alzheimerera atakuje podstępnie, patologiczne procesy uszkodzające mózg toczą się już na wiele lat przed pojawieniem się objawów klinicznych zauważalnych dla chorego i jego otoczenia. To zwyrodnienie neuronów skutkuje postępującą utratą funkcji intelektualnych prowadzącą do otępienia.

Otępienie w chorobie Alzheimerera przebiega etapami. Każdy z nich wymaga innego postępowania rehabilitacyjnego ze względu na postępujące deficyty i zmianę możliwości chorego.

Opis postępowania rehabilitacyjnego w I oraz II fazie choroby Alzheimerera.

Rehabilitacja w chorobie Alzheimerera składa się z dwóch elementów: rehabilitacji fizycznej i intelektualnej

Rehabilitacja podjęta we wczesnym i średniozaawansowanym stadium choroby Alzheimerera to:

- systematyczne ćwiczenia fizyczne
- łączenie aktywności ruchowej z treningiem intelektualnym (np. liczenie wykonanych powtórzeń, wypowiedzianie kolorów podczas czynności ruchowych z użyciem drobnych pomocy rehabilitacyjnych itp.)
- właściwe zorganizowanie przestrzeni mieszkania, tak aby zminimalizować ryzyko upadku
- utrzymanie aktywności fizycznej poprzez kontynuację ćwiczeń przez Pacjenta po zakończeniu cyklu oraz współpracę z opiekunem

Cel:

- utrzymanie aktywności chorego
- utrzymanie lub/i zwiększenie aktualnych zakresów ruchomości w stawach kończyn dolnych – poprawa funkcji chodzenia, wstawania, siadania, lepsze i sprawniejsze przemieszczanie się
- utrzymanie lub/i zwiększenie aktualnych zakresów ruchomości w stawach kończyn górnych – usprawnienie czynności samoobsługowych takich jak ubieranie się, czesanie, golenie, jedzenie
- utrzymanie/wzmocnienie siły mięśniowej, poprawa krążenia,
- przeciwdziałanie zaburzeniom równowagi i upadkom.
- zmniejszenie i łagodzenie zaburzeń zachowania jak niepokój, pobudzenie i bezwiedne przemieszczanie się,
- ułatwianie zasypiania i poprawa jakość snu
- profilaktyka powikłań takich jak: upadki, unieruchomienie i związane z tym przykurcze mięśni, odleżyny, infekcje, powikłania zatorowo-zakrzepowe

Zadania fizjoterapeuty

- Dokładne przeprowadzenie badania fizjoterapeutycznego, zapoznanie się ze schorzeniami współistniejącymi, stworzenie indywidualnego planu terapii.
- Fizjoterapeuta prowadzący usprawnianie Pacjenta cierpiącego na chorobę Alzheimerera powinien rozpocząć od przeorganizowania przestrzeni życiowej Pacjenta:

- usunąć z przestrzeni, w której funkcjonuje pacjent wszystkie przedmioty zwiększające ryzyko upadku takie jak: dywaniki, progi, wolno leżące kable, tłukące się przedmioty itp.
- dobrać pomocniczy sprzęt rehabilitacyjny z uwzględnieniem warunków w domu do przechowywania go, w czasie gdy nie jest używany przez Pacjenta
- należy wraz z chorym i rodziną ustalić ścisły plan dnia dla chorego z uwzględnieniem czasu na kinezyterapię - stałe pory dla poszczególnych czynności dnia codziennego i ich logiczne następstwo po sobie pozwolą choremu lepiej się odnaleźć w stającej się dla niego coraz bardziej obcej rzeczywistości
- Przed przystąpieniem do ćwiczeń:
 - należy stworzyć warunki do rozmowy (eliminacja bodźców które mogą zaburzyć komunikację np. wyłącz telewizor)
 - przygotować potrzebny sprzęt rehabilitacyjny (laska, piłka, woreczki)
 - należy poinformować Pacjenta o planowanej czynności
 - należy upewnić się czy pacjent zrozumiał
 - należy przyjąć taką pozycję byśmy byli w stałym kontakcie wzrokowym z pacjentem – najlepiej usiąść naprzeciwko
 - mówić krótkimi, prostymi zdaniami
- Przeprowadzenie rehabilitacji ruchowej z uwzględnieniem objawów choroby otępiennej:
 - polecenia ćwiczeń wypowiadać wyraźnie, pokazać ćwiczenie
 - upewnić się czy chory dobrze zrozumiał, należy powtarzać polecenia za każdym razem pokazując zalecany ruch
 - najtrudniejsze zadania dla chorego z otępieniem wykonywać wtedy, gdy on jest w najlepszej formie
 - czynności i zadania jakie proponujemy choremu muszą być w zasięgu jego możliwości, by nie zdemotywować Pacjenta na początku terapii
 - unikać okazywania złości i zdenerwowania wobec chorego
 - ciągłe, spokojne powtarzanie poleceń, połączone z pokazem danego ruchu
 - gdy chory jest beczynny należy go mobilizować
 - gdy chory ma urojenia, że skradziono mu jakiś przedmiot, odnalezienie przedmiotu natychmiast rozładowuje sytuację
 - nie zmuszać, nie nalegać gdy pojawi się ze strony Pacjenta upór lub odmowa współpracy - np. chory nie chce wykonać polecanej czynności- należy odczekać, ewentualnie odwrócić uwagę i ponowić próbę
- Edukacja Pacjenta w zakresie ćwiczeń wg instruktarza
 - Edukację Pacjenta przeprowadzamy ściśle według instruktarza w formie pisemnej- minimum 5 spotkań (upewniamy się czy pacjent jest w stanie samodzielnie odtworzyć ćwiczenia z kartki, czy wykonuje poprawnie ćwiczenia)
 - wydanie instruktarza ćwiczeń w formie pisemnej
 - wydanie dzienniczka aktywności- możliwość samokontroli oraz funkcja motywująca Pacjenta do samodzielnej pracy

- Edukacja opiekuna w zakresie ćwiczeń wg instruktarza:
 - W przypadku problemów z odtwarzaniem ćwiczeń przez Pacjenta włączamy do współpracy opiekuna
 - Edukację opiekuna przeprowadzamy ściśle według instruktarza w formie pisemnej- minimum 5 spotkań
 - przeprowadzenie ćwiczeń w obecności i/lub z udziałem bezpośrednim opiekuna
 - wydanie instruktarza ćwiczeń w formie pisemnej
 - upewniamy się czy opiekun prawidłowo wykonuje ćwiczenia
 - wydanie książeczki aktywności – w celu monitorowania samodzielnie podejmowanej aktywności przez Pacjenta

Metodyka ćwiczeń

Celem fizjoterapii w schorzeniach otępiennych typu Alzheimerera jest utrzymanie aktywności fizycznej na poziomie umożliwiającym pacjentowi samodzielność. Stosunkowo niewielki wysiłek fizyczny sprawia, że aktualny stan sprawności chorego jest podtrzymywany.

Rehabilitacja wymaga specjalistycznego, indywidualnego podejścia do Pacjenta. Ma na celu zachowanie jak najlepszej kondycji fizycznej i psychicznej oraz zapobieganie powikłaniom. Cechą chorych jest stopniowe osłabienie percepcji i funkcji poznawczych, dlatego ważne jest takie konstruowanie sesji ćwiczeń, aby trudność ćwiczeń była dostosowana do możliwości Pacjenta a także, aby w czasie ćwiczeń pacjent nie uległ znużeniu. Należy wprowadzać ćwiczenie proste, a ćwiczenie bardziej skomplikowane dzielić na fazy i uczyć Pacjenta wykonywania poszczególnych faz w sposób izolowany, a dopiero po ich opanowaniu przechodzić do wykonania całego ćwiczenia. Zajęcia powinny trwać ok.30-45 min. jednak należy na bieżąco obserwować stan Pacjenta i zdolność koncentracji. W przypadku pojawiającego się znużenia ćwiczenia należy przerwać. Ćwiczenia należy wykonywać w przewietrzonym pokoju. Terapeuta powinien znajdować się na przeciwko Pacjenta. Polecenia powinny być krótkie i zrozumiałe. Wszystkie ćwiczenia powinny być połączone z pokazem. Wykonujemy jak najwięcej ćwiczeń czynnych, na bieżąco korygując sposób ich wykonywania przez chorego. Tempo ćwiczeń wolne, dostosowane do możliwości Pacjenta. Można zaktywizować Pacjenta poprzez polecenie głośnego liczenia lub wprowadzenie ćwiczeń w formie zadaniowej np. wkładanie piłeczek jednego koloru do pojemnika umieszczonego na pewnej wysokości.

Propozycja ćwiczeń ze standardu znajduje się w załączniku: „Formularz ćwiczeń czynnych w pozycji leżącej, siedzącej oraz stojącej”

Opis postępowania rehabilitacyjnego w III fazie choroby Alzheimerera.

Rehabilitacja podejmowana w zaawansowanej fazie choroby odbywa się bez współudziału bądź przy minimalnym współudziale Pacjenta.

Cel rehabilitacji

- utrzymanie zakresu ruchu w stawach,
- zapobieganie powstawaniu przykurczy, zeszywnień i zrostów w stawach,
- poprawa krążenie krwi i chłonki,
- profilaktyka powstawania obrzęków zastoinowych,
- zachowanie czucia proprioceptywnego (tj. czucie ułożenia ciała)

- poprawa pamięci ruchowej,
- zmniejszenie ryzyka powstawania odleżyn u pacjentów leżących.

Zadania fizjoterapeuty

- Dokładne przeprowadzenie badania fizjoterapeutycznego, zapoznanie się ze schorzeniami współistniejącymi, stworzenie indywidualnego planu terapii.
- Dobór pomocniczego sprzętu rehabilitacyjnego ułatwiającego czynności pielęgnacyjne i rehabilitacyjne np. łóżko medyczne z regulowaną wysokością, wózek inwalidzki, podnośnik itp.
 - pomoc w zorganizowaniu przestrzeni w domu na sprzęt pomocniczy
 - dostarczenie informacji na temat wypożyczalni sprzętu medycznego lub zakupu z możliwością uzyskania dofinansowania
- Przed przystąpieniem do ćwiczeń:
 - stwórz warunki do rozmowy (wyeliminuj bodźce które mogą zaburzyć komunikację np. wyłącz telewizor)
 - przygotuj potrzebny sprzęt rehabilitacyjny
 - należy poinformować Pacjenta o planowanej czynności
 - należy przyjąć taką pozycję byśmy byli w stałym kontakcie wzrokowym z pacjentem
 - mów krótkimi, prostymi zdaniami
- Przeprowadzenie rehabilitacji ruchowej
 - ćwiczenia wykonywać do granicy bólu
 - stała obserwacja Pacjenta podczas ćwiczeń (grymas twarzy, wzrost napięcia mięśniowego, zamykanie oczu, unoszenie miednicy, odpychanie się itp. mogą świadczyć o dolegliwościach bólowych)
 - podczas wykonywania ćwiczeń biernych należy stymulować werbalnie Pacjenta tj. informować o planowanych lub/i wykonywanych ruchach, motywować do ruchu
- Edukacja opiekuna
 - z zakresu zabezpieczania pozycji Pacjenta w wózku inwalidzkim/łożku
 - z zakresu bezpiecznego przemieszczania Pacjenta w obrębie łóżka
 - z zakresu bezpiecznego przemieszczania Pacjenta łożko- krzesło/wózek inwalidzki
 - z zakresu profilaktyki przeciwoleżynowej i przeciw przykurczom
 - z zakresu profilaktyki przeciwobrzękowej
 - z zakresu ćwiczeń biernych wg instruktarza

Metodyka ćwiczeń

Ćwiczenia bierne nie wymagają współpracy Pacjenta - ruch jest prowadzony za pomocą rąk terapeuty. Ćwiczenia należy wykonywać w przewietrzonym pokoju. Wszystkie ruchy w ćwiczonym stawie powtarza się min. 30 razy w czasie jednego zabiegu. Tempo ćwiczeń powinno być wolne. Ruch powinien być wykonywany w pełnym zakresie, do granicy bólu. Podczas ćwiczeń wskazana stymulacja werbalna.

Propozycja ćwiczeń ze standardu znajduje się w załączniku: „Formularz ćwiczeń biernych w pozycji leżącej”

Program rehabilitacji dla Pacjenta z chorobą Parkinsona

Choroba Parkinsona

Choroba Parkinsona jest nieuleczalną, zwyrodnieniową chorobą układu nerwowego, prowadzącą do postępującego upośledzenia w zakresie czynności ruchowych, jak i funkcji poznawczych. Jest to druga pod względem częstości występowania zaraz po chorobie Alzheimerera, przewlekła choroba neurodegeneracyjna ośrodkowego układu nerwowego spowodowana dysfunkcją dopaminergicznego układu nigrostriatalnego. Dotyczy głównie osób po 50 roku życia (średni wiek zachorowania to 58 r.ż.). Częściej chorują mężczyźni. Statystyki pokazują, że w Polsce choruje obecnie 26–70 tys. osób, a rocznie odnotowuje się 8 tys. zachorowań.

Leczenie Pacjenta z chorobą Parkinsona to leczenie farmakologiczne, neurochirurgiczne i kompleksowa fizjoterapia. Postępowanie kinezyterapeutyczne powinno zostać wdrożone we wczesnym stadium choroby oraz być kontynuowane do końca życia Pacjenta. Terapia ruchem w postaci ćwiczeń przywraca wiarę w siebie i we własną wartość, ułatwia pokonywanie fizycznych i psychicznych barier, stając się często jedną z najbardziej korzystnych dla chorego form aktywności. Poprzez ćwiczenia kinezyterapeutyczne poprawia się sprawność motoryczną Pacjentów, zwiększając szansę chorych na aktywne uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

Główne objawy choroby Parkinsona oprócz zaburzeń wydolności umysłowej:

- *Drżenie spoczynkowe:*
 - pojawia się podczas rozluźnienia we wszystkich stadiach choroby
 - w zaawansowanej postaci drżenie pojawia się nawet podczas ruchów dowolnych,
 - drżenie może obejmować kończyny, głowę
 - napięcie psychiczne i lek mogą nasilić ten objaw
 - drżenie utrudnia lub uniemożliwia wykonanie precyzyjnych ruchów np. pisanie, posługiwanie sztucami, picie, ubieranie
- *Szttywność mięśniowa:*
 - lęk, stres, obciążenie psychiczne nasilają sztywność
 - duża sztywność może doprowadzić do przykurczy w stawach oraz może stać się przyczyną dolegliwości bólowych nasilających się zwykle w nocy
 - w przypadku hemiparkinsonizmu dochodzi do zwiększenia napięcia mięśni po jednej stronie ciała co sprzyja bocznemu skrzywieniu kręgosłupa a wzrost napięcia mięśni międzyżebrowych prowadzi do zmniejszenia poj. płuc to z kolei może spowodować przewlekłą chorobę płuc
- *Spowolnienie i zubożenie motoryczne:*
 - dotyczy ruchów dowolnych i automatycznych - niezależnych od woli człowieka
 - dochodzi do opóźnienia reakcji ruchowej na bodźce czuciowe/wzrokowe
 - trudność w wykonaniu prostego celowego ruchu
 - zaburzenie koordynacji ruchowej objawiające się problemem z wykonaniem czynności

- złożonych np. idąc odebrać telefon
- upośledzenie powtarzalnych automatyzmów ruchowych takich jak chodzenie, wiązanie sznurowadeł, ubieranie się
 - zaburzenie utrzymania rytmu ruchów okresowo powtarzalnych- zaburzeniu ulega wewnętrzna zdolność do nadawania taktu
 - uboga mimika twarzy tzw. hipomimia polega na zmniejszeniu ruchu mięśni mimicznych twarzy, zamykanie powiek jest osłabione, usta lekkootwarte
 - w zaawansowanym stadium choroby hipomimia prowadzi do zaburzeń komunikacji pozawerbalnej - brak możliwości wyrażania zmiany uczuć
- *Zaburzenia postawy i chodu:*
- pochylenie sylwetki do przodu
 - chód wolny
 - skrócenie kroku oraz zwężenie podstawy
 - zmniejszona wysokość unoszenia stóp-powłóczenie stopami
 - brak balansowania rękami
 - apraksja osiowa czyli brak zdolności do wykonywania płynnych, skoordynowanych ruchów tułowia podczas obracania się w pozycji stojącej i chodzącej
 - zahamowanie startu podczas ruszania z miejsca- zwiększa ryzyko upadku
 - trudność w zatrzymaniu się podczas chodzenia
 - objaw pulsji czyli nagła utrata równowagi bez możliwości skorygowania
 - objaw tunelu- dreptanie w miejscu podczas przechodzenia przez drzwi lub inne przewężenie
 - nagła blokada podczas chodzenia jest częstą przyczyną wypadków Pacjentów

Opis postępowania rehabilitacyjnego w chorobie Parkinsona

Cele do osiągnięcia dzięki postępowaniu rehabilitacyjnemu:

- Spowolnienie przebiegu choroby, zmniejszanie objawów i przedłużanie czasu samodzielności, sprawności i aktywności chorego
- Podtrzymywanie i poprawa funkcji ruchowych- utrzymanie posiadanych wzorców ruchowych, uzupełnianie ograniczonych lub utraconych ruchów
- Poprawę ogólnej sprawności fizycznej i kondycji ruchowej
- Korekcja postawy ciała
- Wzmocnienie mięśni odpowiedzialnych za prawidłową postawę ciała, czyli mięśni pośladkowych, brzucha, ud i grzbietu. Zapobiegają one także przykurczom w obrębie obręczy barkowej i mięśni zginaczy stawów biodrowych czyli opóźniają zwiększenie kifozy piersiowej kręgosłupa
- Utrzymanie/zwiększenie elastyczności kręgosłupa, zachowanie prawidłowej ruchomości klatki piersiowej, wpływa na lepszą wentylację płuc.
- Poprawa perystaltyki jelit (zapobiegają zaparciom) oraz ułatwienie zasypiania oraz uzyskanie głębszego i dłuższego snu.
- Poprawa sprawności w zakresie dowolnych czynności ruchowych, jak: siła, szybkość i czas reakcji, wygaszenie ruchów mimowolnych

- Poprawa precyzyjnych czynności ruchowych
- Poprawa/utrzymanie istniejących reakcji obronnych i równoważnych
- Poprawa mimiki twarzy
- Profilaktyka przykurczów stawowych
- Poprawa stereotypu chodu Pacjenta
- Nauka skrętów tułowia oraz metod zmiany kierunku ruchu.
- Zmniejszenie sztywności mięśniowej
- Zmniejszanie dolegliwości bólowych

Zadania fizjoterapeuty:

- Dokładne przeprowadzenie badania fizjoterapeutycznego, zapoznanie się ze schorzeniami współistniejącymi. Należy wziąć pod uwagę stan neurologiczny, zaawansowanie choroby oraz stan psychiczny Pacjenta.
- Stworzenie indywidualnego planu fizjoterapii

Rodzaje ćwiczeń i aktywności fizycznej dostosowywane są do etapu choroby:

▪ I faza choroby - wczesna:

Okres wczesny, niepowikłany, kiedy efekt leczenia jest dobry. Objawy parkinsonowskie zmniejszają się po leczeniu farmakologicznym i nie ma poważniejszych objawów niepożądanych, a jakość życia chorego jest zadowalająca. Okres ten trwa kilka lat.

Zalecana jest systematyczna aktywność fizyczna w postaci długich spacerów na krótkie i długie dystanse po zróżnicowanych nawierzchniach z różną szybkością. Pacjent powinien być również zachęcany do spacerów długimi krokami, na szerokich i wąskich ścieżkach, z włączeniem pokonywania zakrętów o różnych wartościach kątowych. Warto wspomagać te spacery bodźcami wzrokowymi. Na tym etapie choroby należy łączyć ćwiczenia złożonych czynności, np. odbieranie telefonu lub niesienie tacy podczas chodu. Istotne są też gry i zabawy ruchowe, najlepiej w grupie. Można wdrożyć takie metody usprawniania jak: PNF, NDT Bobath, Peto. Priorytetem jest edukacja chorych i ich rodzin odnośnie korzyści wynikających z regularnej aktywności fizycznej.

▪ II faza choroby - zaawansowana:

Postęp choroby powoduje pojawienie się nowych objawów i problemów, takich jak upadki, zaburzenia mowy, zaburzenia połykania, zaburzenia wegetatywne, zaburzenia snu, depresja, zaburzenia psychiczne. Działanie leków słabnie, pojawiają się objawy niepożądane związane z długoletnim stosowaniem lewodopy: fluktuacje ruchowe i dyskinezy. Leczenie w tej fazie choroby jest trudniejsze, a jakość życia Pacjentów się pogarsza.

Zalecana jest stała aktywność fizyczna. Pacjenci, wraz z postępem choroby, tracą zdolność uczenia się nowych układów ruchowych. Objaw ten jest już obecny we wczesnej fazie, a w wyniku rozwoju choroby, w ogóle wygasa. Dlatego tak istotne jest aby, w miarę możliwości, jak najdłużej utrzymać tę umiejętność. Mogą w tym pomóc: częste powtarzanie ruchów, zmienna częstotliwość poszczególnych czynności, wykonywanie zadań w różnej formie i odmiennym środowisku. U podopiecznych ze znacznymi zaburzeniami trzeba przeprowadzić analizę ruchu i uświadomić Pacjentowi, że wszystkie ruchy złożone są sumą sekwencji ruchów prostych i te właśnie poszczególne ruchy proste należy ćwiczyć z Pacjentem. W uzupełnieniu ograniczonych lub utraconych ruchów wprowadza się ruchy dowolne i sprzęga się je z różnymi inicjatorami ruchu np. dźwięki (metronom, tamburyn, muzyka),

bodźce dotykowe, werbalne polecenia (obce lub własne), wyobrażeniowa symulacja ruchu przed jego wykonaniem.

Ważny w tej fazie choroby jest również trening utrzymywania poprawnej postawy ciała. Wykonuje się ćwiczenia równoważne w różnych pozycjach, ćwiczenia koordynacyjne, ćwiczenia rozciągające. Trening wstawania z krzesła, wykonywania przysiadów, chodzenia po schodach i zróżnicowanym podłożu, ćwiczenia zmiany pozycji.

Zaawansowana faza choroby charakteryzuje się zaburzeniem odruchów postawnych, dlatego kładzie się nacisk na regularne chodzenie długimi krokami oraz unoszenie stopy ponad 1,5 cm nad podłożem. Ważne jest skupienie się na utrzymaniu optymalnie wyprostnej pozycji ciała i utrzymaniu stabilności podczas stania. Ćwiczenia ukierunkowane są na przeciwdziałanie upadkom.

W sytuacji gdy Objawy ruchowe są już na tyle zaawansowane, że chory jest niepełnosprawny i zależny od osób opiekujących się nim. Ma problemy zarówno ze staniem, jak i chodzeniem. Zaleca się regularne chodzenie z asekuracją i pomocą opiekuna, wykonuje się ćwiczenia czynne wspomagane, oddechowe, rozciągające. Wskazane jest zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny/rehabilitacyjny ułatwiający bezpieczne przemieszczanie się chorego.

W przypadku gdy chory jest unieruchomiony w łóżku i na wózku inwalidzkim. Dominuje przewaga ćwiczeń biernych, czynno-biernych, wspomaganych, oddechowych, rozciągających. Ćwiczenia mają na celu przeciwdziałać przykurczom stawowym, powstawaniu odleżyn, poprawiają krążenie krwi i chłonki, zmniejszają ryzyko powstawania obrzęków zastoinowych, pomagają zachować czucie proprioceptywne (tj. czucie ułożenia ciała) poprawiają pamięć ruchową. Terapia koncentruje się na edukacji i wspieraniu osób opiekujących się chorym w domu. Konieczne jest odpowiednie zaopatrzenie ortopedyczne umożliwiające przemieszczanie się i transfer chorego (np. podnośnik, łatwoślizg, balkonik, wózek inwalidzki i inne)

Bardzo ważnym elementem kompleksowej fizjoterapii Pacjenta z chorobą Parkinsona są ćwiczenia manualne oraz terapia w przypadku występowania drżenia. Poprzez rehabilitację niestety nie można zmniejszyć drżenia, należy jednak opracowywać z Pacjentem strategię radzenia sobie z nim. Na przykład drżenie głowy można spróbować opanować przez podtrzymywanie żuchwy ręką lub opieranie na oparciu od krzesła, w przypadku pisania przedramiona powinny być oparte o blat, w pozycji stojącej natomiast pomocne jest przenoszenie ciężarku ciała z nogi na nogę, z palców na pięty i zrobienie kilku kroków. Ćwiczenia manualne pozwalają utrzymać ogólną sprawność rąk. Wskazane jest regularne ich wykonywanie. Można zalecić Pacjentowi ćwiczenia grafomotoryczne, haftowanie, wyszywanie, robienie na drutach, a także układanie puzzli. Dodatkowo należy trenować podnoszenie i przenoszenie przedmiotów o różnych kształtach, wodzenie dłońmi, rysowanie i pisanie oraz trening takich ruchów precyzyjnych jak sznurowanie butów, zapinanie guzików.

Niezbędne dla Pacjentów są także ćwiczenia mięśni twarzy- są one odpowiedzialne za pokazywanie emocji i pomocne podczas komunikacji. W wyniku choroby mięśnie mimiczne stają się napięte, z trudnością można nimi poruszać, czego efektem jest tzw. maskowata twarz. Ćwiczenia najlepiej wykonywać przed lustrem, np.: ściągnięcie warg w dzióbek, marszczenie nosa i brwi, zamykanie/otwieranie oczu, nadymanie policzków przy zamkniętych ustach, dotykanie językiem podniebienia, czy obliżywanie ust. Ważne dla Pacjentów z chorobą Parkinsona są także ćwiczenia oddechowe. Należy uczyć chorych prawidłowego i głębokiego przeponowego oddechu oraz wydłużania fazy wydechu, w celu umożliwienia wymowy dłuższych zdań.

Terapię ruchową osób z chorobą Parkinsona, z dolegliwościami bólowymi można wspomóc masażem i fizykoterapią (np. sollux, elektroterapia).

Przed przystąpieniem do ćwiczeń:

- należy stworzyć warunki do rozmowy (eliminacja bodźców które mogą zaburzyć komunikację)
- ustalić z Pacjentem, opiekunem i pozostałymi członkami zespołu ŚCOPO plan dnia chorego z uwzględnieniem czasu na kinezyterapię
- usunąć z przestrzeni, w której funkcjonuje Pacjent wszystkie przedmioty zwiększające ryzyko upadku
- dobrać pomocniczy sprzęt ortopedyczny i rehabilitacyjny z uwzględnieniem warunków w domu do przechowywania sprzętu
- przygotować potrzebny do przeprowadzenia ćwiczeń sprzęt rehabilitacyjny (mata rehabilitacyjna, laska, piłka, woreczki, taśma rehabilitacyjna, dysk równoważny itp.)
- należy przyjąć taką pozycję byśmy byli w stałym kontakcie wzrokowym z Pacjentem
- należy poinformować Pacjenta o planowanej czynności
- należy upewnić się czy Pacjent zrozumiał
- należy mówić krótkimi, prostymi zdaniami

Przeprowadzenie rehabilitacji ruchowej

- polecenia ćwiczeń należy wypowiadać wyraźnie, powtarzać polecenia za każdym razem pokazując zalecany ruch
- upewnić się czy chory dobrze zrozumiał,
- zaczynamy ćwiczyć od ruchów prostych do bardziej złożonych i od pozycji niskich do wysokich
- ćwiczenia należy zaczynać od stawów dużych do małych
- stopniowe wydłużanie czasu i intensywności ćwiczeń
- tempo ćwiczeń wolne, dostosowane do możliwości Pacjenta
- czynności i zadania jakie proponujemy choremu muszą być w zasięgu jego możliwości, by nie zdemotywować Pacjenta na początku terapii

Edukacja Pacjenta w zakresie ćwiczeń według instruktarza

- edukację Pacjenta przeprowadzamy ściśle według instruktarza w formie pisemnej - minimum 5 spotkań (upewniamy się czy Pacjent jest w stanie samodzielnie odtworzyć ćwiczenia z kartki, czy wykonuje poprawnie ćwiczenia)
- wydanie instruktarza ćwiczeń w formie pisemnej
- wydanie dzienniczka aktywności - możliwość samokontroli oraz funkcja motywująca Pacjenta do samodzielnej pracy

Edukacja opiekuna w zakresie ćwiczeń według instruktarza:

- w przypadku problemów z odtwarzaniem ćwiczeń przez Pacjenta włączamy do współpracy opiekuna
- edukację opiekuna przeprowadzamy ściśle według instruktarza w formie pisemnej - minimum 5 spotkań
- przeprowadzenie ćwiczeń w obecności i/lub z udziałem bezpośrednim opiekuna
- wydanie instruktarza ćwiczeń w formie pisemnej

- upewniamy się czy opiekun prawidłowo wykonuje ćwiczenia
- 1. wydanie książeczki aktywności – w celu monitorowania samodzielnie podejmowanej aktywności przez Pacjenta

Formularz ćwiczeń biernych w pozycji leżącej

Ćwiczenia wykonywać do granicy bólu. W trakcie ćwiczeń należy:

- informować o wykonywanym ruchu
- obserwować przez cały czas twarz i zachowanie pacjenta- czy nie daje oznak bólu (np. zamykanie oczu, grymas twarzy, unoszenie miednicy, odpychanie się itp.)
- mówić do pacjenta

Ćwiczenie 1

Pozycja wyjściowa (Pw): leżenie na plecach, Ręka ćwiczona wyprostowana w łokciu,

Chwyt (Ch): jedną ręką chwycić w okolicy nadgarstka, Drugą ręką chwycić nad łokciem

Ruch (R): zginanie i prostowanie ramienia (unoszenie wyprostowanej kończyny górnej nad głowę i powrót do pozycji wyjściowej)

Liczba powtórzeń (Lp): 10x



Ćwiczenie 2

Pw: leżenie na plecach,

Ch: jedną ręką chwycić za łokieć tak żeby przedramię pacjenta spoczywało na przedramieniu terapeuty

R: odwodzenie i przywodzenie ramienia (odsunąć ramię do boku i powrót do pozycji wyjściowej)

Lp: 10x



Ćwiczenie 3

Pw: leżenie na plecach, ramię leży na łóżku

Ch: jedną ręką chwycić nad łokciem – unieruchomienie przedramienia, drugą ręką chwycić w okolicy nadgarstka

R: zginanie i prostowanie w łokciu (dłoń na ramię i powrót na łóżko)

Lp: 10x



Ćwiczenie 4

Pw: leżenie na plecach, ramię leży na łóżku

Ch: jedną ręką chwycić nad łokciem – unieruchomienie przedramienia, drugą ręką chwycić w okolicy nadgarstka

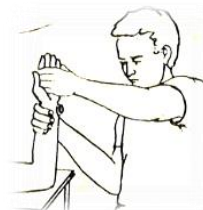
R: nawracanie i odwracanie przedramienia (ruch wkręcania i wykręcania żarówki)

Lp: 10x



Ćwiczenie 5

Pw: leżenie na plecach, ramię leży na łóżku, ręka zgięta w łokciu 90°
Ch: jedną ręką chwycić nad nadgarstkiem – unieruchomienie przedramienia, drugą ręką chwycić dłoń chorego
R: zginanie dłoniowe i grzbietowe ręki (ruch machania ręką na pożegnanie)
Lp: 10x



Ćwiczenie 6

Pw: leżenie na plecach, ramię leży na łóżku, ręka zgięta w łokciu 90°
Ch: jedną ręką chwycić śródreżce, drugą ręką dłoń chorego
R: zginanie i palców II-V
Lp: 10x



Ćwiczenie 7

Pw: leżenie na plecach, cała ręka leży na łóżku,
Ch: jedną ręką chwycić śródreżce, drugą ręką za kciuk
R: odwodzenie i przywiedzenie kciuka (kciuk oddalany od palca wskazującego i powrót do pozycji wyjściowej; Przeciwwstawianie i odprowadzenie kciuka - kciuk dotyka palca V, następnie powrót do pozycji wyjściowej)
Lp: 10x



Ćwiczenie 8

Pw: leżenie na plecach, nogi wyprostowane w kolanach
Ch: jedną ręką chwycić w dole podkolanowym, drugą ręką za piętę, podeszwa stopy chorego przylega do przedramienia osoby ćwiczącej
R: równoczesne zginanie w stopie, kolanie i biodrze (przyciąganie kolana do brzucha) i powrót do pozycji wyjściowej
Lp: 10x



Ćwiczenie 9

Pw: leżenie na plecach, nogi wyprostowane w kolanach
Ch: jedną ręką chwycić za udo nad kolaniem, podudzie spoczywa na ręce terapeuty, druga ręka stabilizuje miednicę po stronie ćwiczonej
R: odwiedzenie i przywiedzenie uda (odciąganie nogi do boku i powrót do pozycji wyjściowej)
Lp: 10x



Ćwiczenie 10

Pw: leżenie na plecach, nogi wyprostowane w kolanach, pod podudzia podłożyć wałek tak by pięta uniesiona była nad podłoże

Ch: jedną ręką chwycić powyżej kostki, drugą ręką za stopę

R: zginanie i prostowanie w stawie skokowym (palce w kierunku głowy, palce ściągnięte)

Lp: 10x



Ćwiczenie 11

Pw: leżenie na plecach, nogi wyprostowane w kolanach, pod podudzia podłożyć wałek tak by pięta uniesiona była nad podłoże

Ch: jedną ręką chwycić powyżej kostki, drugą ręką za stopę

R: krążenie stopą

Lp: 10x



Ćwiczenie 12

Pw: leżenie na plecach, nogi wyprostowane w kolanach, pod podudzia podłożyć wałek tak, by pięta uniesiona była nad podłoże

Ch: jedną ręką chwycić za stopę, drugą ręką za palce

R: zginanie i prostowanie palców

Lp: 10x



Przedstawione propozycje ćwiczeń na podstawie opracowania:

Rosławski A, Skolimowski T. – „Technika wykonywanie ćwiczeń leczniczych” W-wa 1987

Formularz ćwiczeń czynnych w pozycji siedzącej

Ćwiczenia zalecane dla pacjentów z MMSE ≥ 17

Ćwiczenie 1

Pozycja wyjściowa (Pw): siad na krześle,
Stopy rozstawione na szerokość bioder,
Plecy oparte, ręce wzdłuż tułowia

Ruch (R): unoszenie ramion w górę,
Powrót do pozycji wyjściowej

Liczba powtórzeń (Lp): 5x

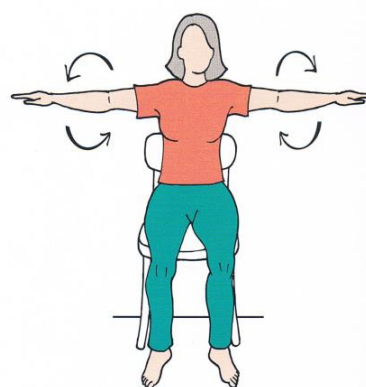


Ćwiczenie 2

Pw: siad na krześle
Stopy rozstawione na szerokość bioder, Ręce uniesione
w bok

R: krążenie ramionami do przodu

Lp: 5x

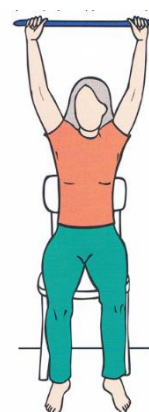


Ćwiczenie 3

Pw: siad na krześle
Stopy rozstawione na szerokość bioder,
Laska gimnastyczna/taśma rehabilitacyjna
Trzymana w dłoniach,

R: unoszenie laski/taśmy nad głowę,
Powrót do pozycji wyjściowej

Lp: 5x



Ćwiczenie 4

Pw: siad na krześle

Stopy rozstawione na szerokość bioder,

Dłonie na udach

R: unoszenie pośladka,

Powrót do pozycji wyjściowej

Lp: 5x



Ćwiczenie 5

Pw: siad na krześle

Stopy rozstawione na szerokość bioder,

Dłonie wzdłuż ciała

R: naprzemienne unoszenie kolana

Powrót do pozycji wyjściowej

Lp: 5x



Ćwiczenie 6

Pw: siad na krześle

Stopy rozstawione na szerokość bioder,

Dłonie wzdłuż ciała

R: naprzemienne prostowanie kolana

Powrót do pozycji wyjściowej

Lp: 5x



Ćwiczenie 7

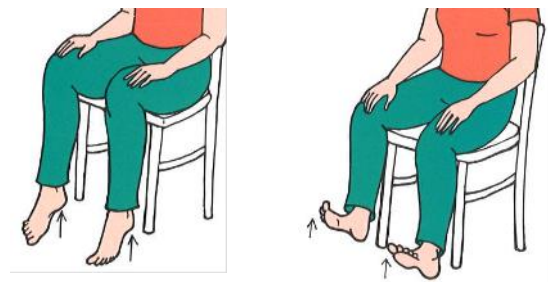
Pw: siad na krześle

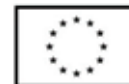
Stopy rozstawione na szerokość bioder,

Dłonie na udach

R: wspięcie na palce, następnie
na pięty

Lp: 5x





Ćwiczenie 8

Pw: siad na krześle

Stopy rozstawione na szerokość bioder,

Dłonie spleciona na pośladkach

R: ściągnąć mocno łopatki i barki w tył, wytrzymać przez chwilę, następnie rozluźnić ramiona

Lp: 5x



Ćwiczenie 9

Pw: siad na krześle

Stopy rozstawione na szerokość bioder,

Dłonie wzdłuż ciała

R: unoszenie kolana z jednoczesnym uniesieniem przeciwnej ręki w górę

Lp: 5x



Przedstawione propozycje ćwiczeń na podstawie opracowania:

Lewicka T., Rodzeń A. – „Ćwiczenia rehabilitacyjno-logopedyczne dla osób z chorobą Parkinsona” W-wa 2006

Formularz ćwiczeń czynnych w pozycji stojącej

Ćwiczenie 1

Pozycja wyjściowa (Pw): pozycja stojąca,

Ruch (R): unoszenie rąk w górę z jednoczesnym wdechem nosem

Powrót do pozycji wyjściowej z jednoczesnym wydechem ustami

Liczba powtórzeń (Lp): 5x



Ćwiczenie 2

Pw: pozycja stojąca,

dłonie oparte o krzesło

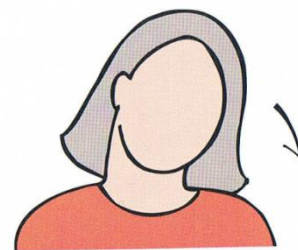
R: skłon głowy w bok (ucho zbliżyć do ramienia),

Wytrzymać na 1, 2, 3,

powrót do pozycji wyjściowej

wykonać podobnie w drugą stronę

Lp: 5x



Ćwiczenie 3

Pw: pozycja stojąca, dłonie oparte o krzesło

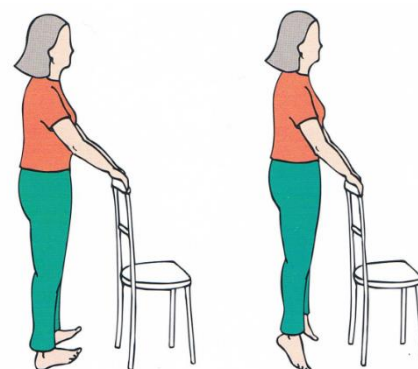
R: wspięcie na palce

Wytrzymać na 1, 2, 3, powrót do pozycji wyjściowej wspięcie na pięty

Wytrzymać na 1, 2, 3,

powrót do pozycji wyjściowej

Lp: 5x



Ćwiczenie 4

Pw: pozycja stojąca,

dłonie oparte o krzesło

R: przysiad, bez odrywania pięt od podłoża

Lp: 5x



Ćwiczenie 5

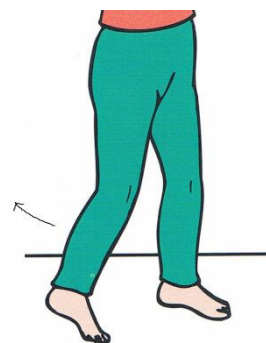
Pw: pozycja stojąca,

dłonie oparte o krzesło

R: unoszenie nogi do boku,

kolano wyprostowane

Lp: 5x każda noga



Ćwiczenie 6

Pw: : pozycja stojąca,

dłonie oparte o krzesło

R: unoszenie nogi do tyłu, kolano wyprostowane

Nie pochylać tułowia do przodu

Lp: 5x każda noga



Ćwiczenie 7

Pw: pozycja stojąca,

dłonie oparte o biodra, stopy rozstawione na szerokość miednicy

R: naprzemienne uginanie kolan

z jednoczesnym przenoszeniem ciężaru ciała raz na jedną nogę raz na drugą

Lp: 5x



Ćwiczenie 8

Pw: : pozycja stojąca bokiem do krzesła,

Jedna dłoń oparta o krzesło, druga dłoń w okolicy talii

R: naprzemienne unoszenie kolan w górę

Lp: 5x każda noga



Ćwiczenie 9

Pw: pozycja stojąca, dłonie w okolicy talii

R: ruchy okrężne bioder

Lp: 5x w każdą stronę



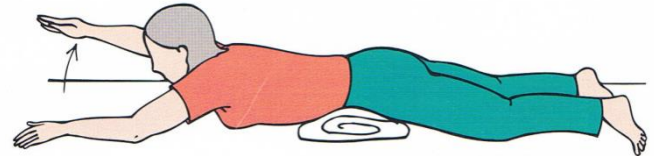
Formularz ćwiczeń czynnych w pozycji leżącej i czworacznej

Ćwiczenie 1

Pozycja wyjściowa (Pw): leżenie na brzuchu, ręce wysunięte w przód

Ruch (R): naprzemienne unoszenie rąk w górę, Powrót do pozycji wyjściowej

Liczba powtórzeń (Lp): 5x



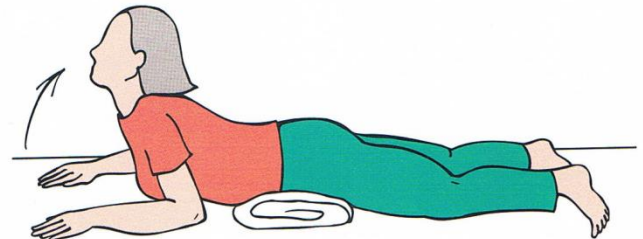
Ćwiczenie 2

Pw: leżenie na brzuchu,

ręce zgięte w łokciach, łokcie przy tułowiu

R: uniesieni tułowia w górę z jednoczesnym podparem na przedramionach

Lp: 5x

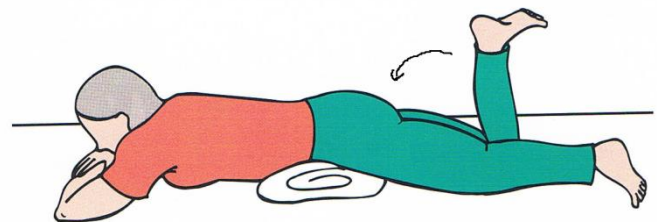


Ćwiczenie 3

Pw: leżenie na brzuchu, broda oparta na dłoniach nogi wyprostowane

R: uginanie naprzemienne nóg (stopa do pośladka)

Lp: 5x



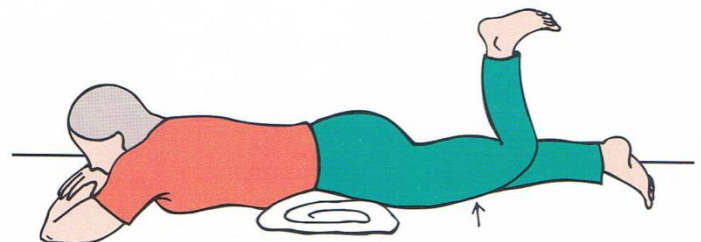
Ćwiczenie 4

Pw: leżenie na brzuchu, broda oparta na dłoniach Noga ćwiczona zgięta w kolanie

R: unoszenie uda w górę,

Powrót do pozycji wyjściowej

Lp: 5x



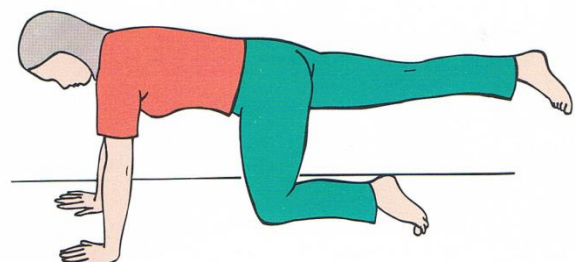
Ćwiczenie 5

Pw: klęk podparty

R: naprzemienne unoszenie nogi w górę

Powrót do pozycji wyjściowej

Lp: 5x



Ćwiczenie 6

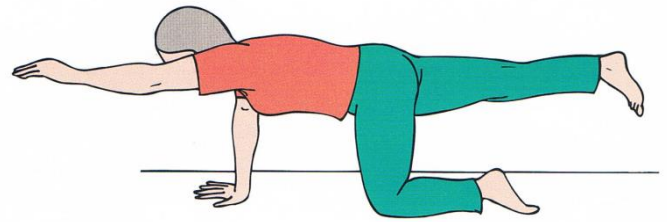
Pw: klęk podparty

R: unoszenie jednocześnie prawej ręki i lewej nogi

Powrót do pozycji wyjściowej

Ponowne wykonanie ruchu lewa ręka i prawa noga

Lp: 5x



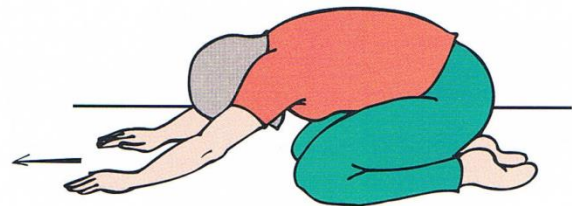
Ćwiczenie 7

Pw: siad klęczny, dłonie na podłożu

R: ramiona wyciągnąć jak najdalej w przód

Powrót do pozycji wyjściowej

Lp: 5x



Ćwiczenie 8

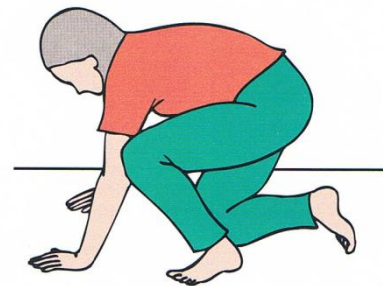
Pw: siad klęczny, jeśli potrzeba - krzesło do pomocy

R: przenieść stopę prawą do przodu, postawić obok ręki,

Przejście do pozycji stojącej

Lub położyć przedramiona na krześle,

przejść do pozycji stojącej



ROLA I STANDARD PRACY TERAPEUTY ZAJĘCIOWEGO W OPIECE NAD CHORYM Z OTĘPIENIEM

I. Wprowadzenie

Terapia zajęciowa w otępieniach ukierunkowana jest na rehabilitację funkcji poznawczych. Bazuje na doświadczeniu, umiejętnościach, czynnościach, które są już wykształcone, które powstały w przeszłości i stanowią dla pacjenta przejawy życia codziennego. Dawały pacjentom poczucie przynależności, bezpieczeństwa, akceptacji, miłości i szacunku. W pracy terapeutycznej u podopiecznych z chorobą otępienną bazujemy na tym, co pacjent ma wypracowane, wykształcone, na tym, jak funkcjonował przedchorobowo. Stąd też bierzemy pod uwagę zainteresowania, pasje, pełnione role rodzinne, zawodowe, społeczne. W wyniku chorób otępiennych określone funkcje ulegają zaburzeniom głównie w obrębie funkcji poznawczych, ale także zachodzą zmiany w zachowaniu chorego. To wszystko się zazębia i prowadzi do powstania zmian w sferze biologicznej, fizycznej jak i psychicznej. Otępienie jest procesem przewlekłym i pogłębiającym się, trwający od kilku do kilkunastu lat. Wiąże się z ogromnymi zmianami w codziennym funkcjonowaniu podopiecznego. W związku z czym bardzo ważne jest utrzymanie jak najdłużej funkcjonalności w codziennym życiu polegające na ciągłym dostosowywaniu warunków tak, by jak najdłużej utrzymać obecny stan. Już nie wróci się do stanu przedchorobowego, ani do sprawności przed chorobą, ale należy spowolnić proces otępienny wykorzystując utrzymane jeszcze sprawne funkcje. W chorobach otępiennych reorganizacji ulega nie tylko życie chorego ale i jego bliskich doprowadzając często do wprowadzenia zmian dotyczących sfery bytowej, finansowej, społecznej i emocjonalnej. Specjalistyczna opieka w chorobach otępiennych powinna mieć szeroki wachlarz usług a przede wszystkim uwzględnić wszystkie aspekty życia, które mają wpływ na zachowanie jak najdłużej funkcjonalności w codziennym życiu. Należy tak stworzyć warunki, aby opieka była powszechna, kompleksowa, ciągła a przy tym efektywna oraz nie obciążająca finansowo pacjenta i jego opiekuna.

Wychodząc naprzeciw pacjentom otępiennym należy stworzyć najbardziej pożądane i optymalne warunki funkcjonalne. Możliwe jest to poprzez opracowanie standardu opieki nad osobami z chorobą otępienną, włączyć w opiekę inne formy lecznicze nefarmakologiczne między innymi terapię zajęciową. Włączenie terapii zajęciowej w ŚCOPO wpłynie korzystnie na opiekę chorych z otępieniem.

Rozwiązanie dotyczące pracy terapeuty zajęciowego w ramach **ŚCOPO jest rozwiązaniem tańszym** ponieważ: terapia zajęciowa posiada szeroki wachlarz metod i technik pracy, dobór materiałów może być uwarunkowany od możliwości finansowych, materiały często są wielokrotnego użytku, a także dostępne w różnych tańszych wersjach na rynku (dotyczy do głównie materiałów do zajęć manualnych). Często terapeuta bazuje na tym co pacjent ma dostępne do pracy w domu, co obniża koszty zakupu nowych materiałów

Przykład: przedchorobowo pacjentka haftowała, zachowała materiały potrzebne do haftu, być może nawet posiada nieskończone prace. Terapeuta poprzez motywację, dostarczenie brakujących materiałów, oceniając możliwości pacjentki może przywrócić pasję do aktywności. Może dostosować poziom trudności do aktualnego stanu zdrowia. Koszt to dokupienie dodatków.

Jest to **rozwiązanie szybsze** ponieważ: terapeuta wchodzi do domu i razem z rodziną pracuje nad ergonomią pomieszczeń tak, by ułatwić funkcjonowanie chorego, bazuje na tym co już jest, dostosowuje tak, by jak najdłużej miało zastosowanie praktyczne. Praca terapeuty w warunkach domowych, który pod kątem psychicznym, fizycznym i społecznym będzie usprawniał pacjenta otępiennego będzie szybsze niż wtedy gdy miałby pacjent korzystać z tych usług w instytucji. Na pobyty w placówkach specjalistycznych trzeba długo czekać, nie zawsze jest też pracownia terapii zajęciowej a zajęcia często są dostosowane do ogólnych celów rehabilitacji. Warunki domowe, w których pacjent czuje się bezpiecznie sprzyjają w prowadzeniu terapii, niwelują lek wynikający z dezorientacji. Terapeuta wchodząc do domu nawiązuje relacje z pacjentem, wpływa na sferę emocjonalną, jest w stanie włączyć się w życie codzienne podopiecznego i dzięki temu opracować program terapeutyczny uwzględniając zauważone potrzeby. Terapeuta poprzez indywidualną terapię z pacjentem jest w stanie przygotować pacjenta do wyjścia z domu, dostosować odpowiednie miejsca, w których będzie się czuł dobrze i dalej funkcjonował w społeczeństwie.

Przykład: pacjent uwielbiał koncerty, w wyniku choroby ma trudności z poruszaniem się, zamknął się w domu. Terapeuta ponownie powoli wraca do czasów kiedy pacjent aktywnie brał udział w koncertach, próbuje wzbudzić w nim chęć uczestniczenia w koncertach, pomaga szukać aktualnych koncertów, zaczyna od kameralnych miejsc. Nawiązuje kontakt z instytucją, w której odbywają się różne recitale, w celu zapoznania ze specyfiką choroby otępiennej pacjenta.

Jest to **rozwiązanie efektywniejsze** ponieważ: praca terapeuty w środowisku przyczyni się do odpowiedniego pokierowania pacjenta w inne formy zajęć prowadzących do utrzymania jak najdłużej sprawności, dostosowane warunki domowe i dobór odpowiednich materiałów będzie efektem długofalowym. Dom jest najważniejszym aspektem w życiu osoby starszej a przede wszystkim z chorobą otępienną, dostosowane warunki zapobiegają umieszczeniu osób w innych instytucjach leczniczych typu Zakłady Opiekuńczo- Lecznicze, szpitale, domy pomocy społecznej. Poprzez działania terapeutyczne można by było odroczyć umieszczenie osoby w placówce albo w ogóle z tego zrezygnować.

Innowacyjność pracy terapeuty zajęciowego w ramach ŚCOPO

Program terapii zajęciowej dostosowany dla pacjentów otępiennych jest nowym narzędziem w usprawnianiu osób otępiennych. Dotychczas rola terapeuty ukierunkowana była na organizację czasu wolnego a powinna być nastawiona na kontynuację rehabilitacji w kierunku funkcji poznawczych. Stworzenie pudeł z zadaniami, zajęciami terapeutycznymi dostosowanymi do możliwości chorych otępiennych ułatwi pracę zarówno terapeutom, opiekunom i pacjentom. Pacjenci otępieni w wyniku choroby tracą najważniejsze funkcje jak pamięć, myślenie, orientację w wyniku czego następują zaburzenia zachowania i nastroju. Nigdy nie należy zapominać że są dorosłymi ludźmi, którzy w funkcjonowaniu wymagają opieki jak dziecko ale nie są dziećmi. Dlatego też materiały powinny być opracowane dla dorosłych ale uwzględniające poziom zaburzenia ich funkcji

poznawczych. Ma to ogromne znaczenie psychiczne, to poszanowanie godności osób chorych np. układanie puzzli - elementy muszą być duże, proste ale obraz np. Picassa a nie jak to często jest obrazek z bajki. Gry edukacyjne powinny posiadać duże napisy, ubogą, prostą barwę. Nie mogą być malutkie, kolorowe jak dla dzieci. Dlatego należy opracować optymalną formę uwzględniając specyfikę funkcjonowania osoby z chorobą otępienną.

II. Terapia zajęciowa w procesie usprawniania osób z chorobą otępienną.

Terapia zajęciowa to leczenie i usprawnianie za pomocą określonych czynności, zajęć i pracy (wg Milanowskiej).

To ogół czynności i oddziaływań stosowany w sposób planowy, celowy, oparty na diagnozie o charakterze zajęć fizycznych i umysłowych, w celu osiągnięcia korzystnych zmian u pacjenta bądź podopiecznego.

Bardzo ważne jest rozpoznanie kliniczne, diagnoza, jednostka chorobowa, z której wynikają dysfunkcje, bądź która doprowadza do powstania niepełnosprawności. Diagnoza ukierunkowuje postępowanie rehabilitacyjne, leczenie usprawniające.

Terapia zajęciowa ma za zadanie przywrócić utracą aktywność (zawodową, społeczną) bądź zastąpić inną aktywnością tak by pacjent mógł funkcjonować w życiu codziennym pod względem psychicznym, fizycznym i społecznym. Ma za zadanie przystosować, zaadoptować chorego do funkcjonowania w nowej sytuacji, zaakceptowania niepełnosprawności poprzez kompensowanie utraconych umiejętności, korygowanie uszkodzonych funkcji i usprawnianiu pozostałych sprawnych funkcji.

Terapia zajęciowa jest nieodzownym elementem rehabilitacji kompleksowej (tak jak medycznej, społecznej, psychicznej i funkcjonalnej) w procesie terapeutycznym. Usprawnianie poprzez terapię zajęciową obejmuje wszystkie sfery: emocjonalna, poznawczą oraz społeczną.

Terapia zajęciowa, jako kontynuacja rehabilitacji ogólnej, jest formą usprawniania leczniczego i dla każdej grupy pacjentów wymaga opracowania nowych szczególnych warunków jej prowadzenia poprzez dostosowanie odpowiednich form zajęć i metod pracy. Nowe wytyczne, standardy, które wychodzą z ogólnych założeń i definicji terapii zajęciowej opracowane dla pacjentów otępiennych będą stanowiły bazę informacji, instrukcji, wskazówek do pracy zarówno dla terapeutów jak i dla innych specjalistów, instytucji zdrowotnych, kultury, osób mających kontakt z chorymi na otępienie.

III. Terapia zajęciowa w psychogeriatrici

Definicja: Terapia zajęciowa w psychogeriatrici to ogół czynności i oddziaływań stosowany w sposób planowy, celowy, oparty na diagnozie o charakterze zajęć intelektualnych i manualnych stanowiących proces terapeutyczny prowadzący do usprawniania i kompensacji w obrębie funkcji poznawczych u pacjentów psychogeriatricy.

CEL: W psychogeriatrici terapia zajęciowa ma na celu:

- aktywizację społeczną, fizyczną i psychiczną dzięki wypracowaniu zorganizowanego rytmu funkcjonowania chorego poprzez ćwiczenia funkcji poznawczych w formie dostosowanej do warunków i możliwości pacjenta.

- utrzymanie sprawności poprzez dobór odpowiedniej formy aktywizacji tak, by pacjent jak najdłużej funkcjonował samodzielnie oraz opóźnić proces otępienny.

W chorobach otępiennych występują zaburzenia, które mają istotny wpływ na ukierunkowanie terapii zajęciowej m.in.:

- zaburzenia pamięci;
- zaburzenia orientacji
- zaburzenia osobowości;
- zaburzenia zachowania;
- zaburzenia nastroju;
- zaburzenia językowe/mowy;
- problemy z organizacją, planowaniem czynności dnia codziennego;
- odwrócenie rytmu dobowego;
- zaburzenia narządu ruchu
- inne zaburzenia (odżywiania, fizjologiczne)

IV. Kwalifikacje terapeuty zajęciowego

Osoba prowadząca zajęcia w ramach terapii zajęciowej musi mieć specjalne przygotowanie. Osoba ta powinna wykazywać umiejętności manualne znając różne techniki pracy (rękodzieło artystyczne, plastyczne) oraz metody terapeutyczne (socjoterapia, ergoterapia, artterapia), znać rehabilitacyjne i polisensoryczne metody usprawniania a także inne formy aktywizacji pacjenta.

Osoba ta powinna mieć przygotowanie medyczne z zakresu patologii, rehabilitacji, fizjologii, anatomii, psychiatrii i geriatry.

Terapeutą zajęciowym może zostać osoba, która posiada wykształcenie średnie medyczne w zawodzie terapeuty zajęciowego. Dodatkowo za terapeutę zajęciowego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, uznajemy osobę, która:

- ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności terapia zajęciowa, obejmujące co najmniej 3000 godzin kształcenia, w tym 2000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskała tytuł licencjata,
- lub ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy terapeuty zajęciowego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowego.

Terapeuta zajęciowy w ŚCOPO powinien:

- posiadać dyplom terapeuty zajęciowego;
- posiadać szkolenia/kursy z zakresu komunikacji z osobami zaburzonymi psychicznie, uczestniczyć w grupach Ballinta
- posiadać 2-letnie doświadczenie pracy terapeutycznej w psychogeriatry (oddziały dzienne, oddziały szpitalne, opieka środowiskowa)
- posiadać 3- letnie doświadczenie w pracy w środowisku z osobami z zaburzeniami psychicznymi

Zadania terapeuty:

- kontakt - nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu terapeutycznego z podopiecznym, jego rodziną, opiekunami, środowiskiem;
- diagnoza -rozpoznawanie i diagnozowanie potrzeb bio-psycho-społecznych podopiecznego;
- program/plan terapii - planowanie indywidualnego programu działań terapeutycznych, biorąc pod uwagę umiejętności, zasoby, warunki bytowe, rozpoznanie, cechy osobowościowe pacjenta
- realizacja terapii - prowadzenie terapii zajęciowej mającej na celu aktywizację pacjenta uwzględniając sferę psychiczną, fizyczną i społeczną
- obserwacja - prowadzenie dokumentacji (obserwacji, planu terapii, wizyt)
- bezpieczeństwo - przestrzeganie przepisów BHP, podczas realizacji zajęć, zapewnienie bezpieczeństwa podopiecznemu
- etyka - zachowanie zasad kodeksu etycznego w pracy z pacjentem, przestrzeganie praw pacjenta

V. Kodeks etyczny terapeuty zajęciowego

Terapeuta zajęciowy zobowiązany jest do:

- zachowania tajemnicy dotyczącej wszelkich danych pacjenta i jego rodziny.
- poszanowania praw i indywidualności pacjenta otępiennego
- dbania o bezpieczeństwo pacjenta otępiennego
- zapewnienia opieki podczas zajęć
- odnoszenia się z szacunkiem, tolerowania nawyków i przyzwyczajzeń chorego i jego rodziny.
- adekwatnego dostosowania formy terapii uwzględniając cechy osobowościowe chorego otępiennie i posiadane przez niego umiejętności.
- stosowania materiałów dostosowanych do pacjenta otępiennego, do jego wieku, pełnionej funkcji
- okazywania zrozumienia i cierpliwości w kontakcie z pacjentem otępiennym
- zachowania stabilności i jednostajności w relacji pacjentem otępiennym
- trzymania się stałego harmonogramu/grafiku zajęć.
- bycia w stałym kontakcie z opiekunem, omawiania problemów i jasnego przedstawiania wszelkich zasad prowadzenia zajęć.

VI. Zasady pracy terapeuty z pacjentem otępiennym:

- Indywidualizacja – dostosowanie sposobu i metod pracy do możliwości oraz zasobów pacjenta
- Dopasowywanie/różnicowanie stopnia trudności zadań - w zależności od poziomu funkcjonowania terapeuta dostosowuje stopień trudności w wykonaniu danej czynności np. pacjent sam się umyje ale musi mieć przygotowane rzeczy do toalety, stopniowo możemy uczyć pacjenta i wypracować by sam wybierał rzeczy i po kolei wykonywał czynności, jeżeli już potrafi to dodajemy następne, jeżeli nie jest w stanie już tego wykonać to obniżamy stopień trudności poprzez pomoc w wykonaniu zadania czyli np. my przygotowujemy



- Etapowość – zajęcia powinny być podzielone na etapy, pacjent wykonać może tylko część etapu zajęcia np. malowanie - terapeuta szkicuje, pacjent wybiera kolory i sam koloruje
- Wszechstronność oddziaływań – terapeuta stosuje różne formy aktywności w celu uzyskania pożądanego celu, łączyć różne metody, oddziaływać w różnych sferach życia.
- Komunikacja – terapeuta mówi jasno, wyraźnie, krótko, powtarza ze spokojem, po kolei podaje polecenia, (nie wszystko naraz), nie pośpiesza, stara się by chory sam wykonał zadanie.
- Poczucie bezpieczeństwa – terapeuta tworzy miłą, przyjazną atmosferę podczas zajęć
- Wzmacnianie mocnych stron – należy usprawniać zachowane funkcje, bazować na umiejętnościach, zainteresowaniach, które pacjent posiada,
- Nadzór i kontrola – nie można pozostawiać chorego bez nadzoru i opieki podczas zajęć, jeżeli pacjent zostanie zadanie do zrobienia samemu należy je zawsze sprawdzić
- Ciągły kontakt z pacjentem podczas pracy – terapeuta utrzymuje kontakt z pacjentem podczas zajęć, współpracuje z nim, wykonuje zajęcia wspólnie
- Systematyczność i powtarzalność – terapeuta powtarza zajęcia, tworzy harmonogram choremu, wprowadza zadania rutynowe
- Motywacja – terapeuta udziela wsparcia w działaniu, niweluje sytuacje trudne czy niemożliwe do wykonania już przez podopiecznego,
- obserwacja stanu psychicznego – terapeuta niweluje niepożądane zachowania, weryfikuje zajęcia w celu uzyskania korzystnych zmian u podopiecznego,

VII. Zalecane rodzaje terapii zajęciowej dla osób z chorobami otępiennymi :

Ergoterapia - terapia poprzez pracę, określa zdolności i umiejętności manualne i intelektualne pacjenta. Wykorzystuje te walory do usprawniania pacjenta. Ergoterapia jest dostosowana do obecnego stanu zdrowia pacjenta do jego aktualnych możliwości i deficytów. Są to np. dziewiarstwo, tkactwo, hafciarstwo, meta plastyka, ceramika, krawiectwo, ogrodnictwo.

W chorobach otępiennych ergoterapia ma na celu:

- podtrzymanie umiejętności wykonywania czynności dnia codziennego,
- utrzymanie sprawności manualnej,
- przypomnienie dawnych umiejętności,
- wzmocnienie poczucia przynależności oraz samooceny przez wykonanie danej pracy,
- zapobieganie bezczynności, wypełnienie czasu choremu, pobudzenie umysłu do pracy poprzez planowanie swojej aktywności.

Socjoterapia – terapia zaburzeń zachowania, zaburzeń emocjonalnych, nastroju, ukierunkowana na niwelowanie niepożądanych zachowań w środowisku domowym, w relacjach interpersonalnych. Terapia emocji, uczuć.

Metody m.in.: ludoterapia/zabawo terapia, treningi umiejętności społecznych, rekreacja w chorobach otępiennych ma na celu:

- nawiązanie nowych kontaktów,
- utrzymanie już istniejących kontaktów społecznych;

- spontaniczne włączenie się w grupę,
- wyzwolenie poczucia przynależności

Kulturoterapia – wszelkie działania terapeutyczne wykorzystujące dorobek kultury i sztuki mające na celu uzyskanie pożądanych zmian u pacjenta. Zajęcia wpływają korzystnie na sferę psychiczną, mobilizują do działania, dają poczucie wartości, obniżają stres, dają możliwość wyładowania emocji.

W ramach kulturoterapii wyróżniamy:

Artterapia – terapia poprzez sztukę. Jest to wolne tworzenie, bez zamierzonego celu, ekspresja emocji, „action painting”, wykorzystanie niestandardowych narzędzi pracy do tworzenia prac malarskich, plastycznych. Artterapia to też obcowanie, odbieranie wrażeń estetycznych, wzbudzenie wrażliwości na sztukę poprzez wernisaże, instalacje, dramę. Metody to m.in.: malarstwo, rysunek, grafika, sztuki użytkowe, dekoratorstwo, film, teatr .

W chorobach otępiennych ma na celu:

- ćwiczenia funkcji poznawczych ;
- usprawnianie motoryki małej,
- wpływ na nawiązanie relacji z innymi
- ćwiczenia mowy

Muzykoterapia - wykorzystanie instrumentów muzycznych, śpiewników, poezji do pracy terapeutycznej. Ma na celu rozładowanie napięcia, emocji, kreatywnego myślenia, przywołanie wspomnień. Poza tym muzyka korzystnie wpływa na ogólny stan psychofizyczny, można połączyć ją z tańcem (choreoterapia) i śpiewem (meloterapia).

W chorobach otępiennych ma na celu:

- ćwiczenia umysłu, pamięci i innych funkcji poznawczych;
- usprawnianie aparatu mowy,
- utrzymanie wydolności oddechowej,
- wyciszenie pobudzonego pacjenta;
- pobudzenie pacjenta apatycznego;
- przypominanie dawnych czasów, wspomnień
- rozładowanie napięcia, przetamanie barier w kontaktach międzyludzkich

Wszystkie wyżej wymienione rodzaje i metody terapii zajęciowej mogą być wykorzystywane w następujących typach zajęć:

- zajęcia ruchowe czyli terapia ruchem, której celem jest zwiększenie ogólnej sprawności fizycznej, rozładowanie napięcia, emocji, nawiązania relacji z innymi m.in. poprzez:
 - gry i zabawy sportowe np. tenis, ping-pong, mini golf, badminton, piłka ręczna
 - aerobik,
 - taniec, proste układy choreograficzne,
- zajęcia manualne mające na celu usprawnianie motoryki małej, wpływające na poprawę kondycji psychicznej, niwelowanie negatywnych emocji, ukierunkowanie na konkretne zajęcia bądź na etap danej czynności np. malowanie, lepienie z gliny, dekoratorstwo, które mają

wpłynąć na poprawę samopoczucia, poczucie bycia potrzebnym; wykorzystanie posiadanych już umiejętności, pobudzenie do działania twórczego, odnalezienie zainteresowania.

- zajęcia intelektualne mające na celu usprawnianie funkcji poznawczych (koncentrację, uwagę, pamięć, myślenie),
 - *ćwiczenia funkcji poznawczych* poprzez gry i zabawy terapeutyczne w formie gier planszowych, puzzli, układanek sylabowych,
- zajęcia z zakresu utrzymania aktywności funkcjonalnej
 - treningi czynności dnia codziennego (proste i złożone)
 - treningi umiejętności społecznych
- organizacja czasu wolnego, która ma na celu łączenie różnych form terapeutycznych by nie doprowadzić do bezczynności pacjenta a także do aktywności bezcelowej

W terapii zajęciowej nie jest ważny rezultat, efekt końcowy zajęć czy wykonywanej czynności. Najważniejsze jest to, że pacjent wykonuje czynność bądź etap jakiejś pracy, że uczestniczy w procesie tworzenia np. może wycinać, szlifować, gruntować, przekładać. Liczy się to, że podejmuje dane zajęcie np. może namalować obraz poczynawszy od szkicu potem doboru koloru, doboru materiału, formatu pracy ale może tylko szkicować lub malować, wybierać kolory. Bardzo ważnym czynnikiem jest tu nawiązanie relacji pacjent terapeuta i współuczestnictwo terapeuty w zajęciach. Jest on motywatorem, inicjatorem zajęć, stwarza warunki do podjęcia zadania. U osób otępiennych jest to bardzo istotne, wpływa na ich samopoczucie, poczucie bezpieczeństwa. Należy w każdym zajęciu znaleźć ten etap, który pacjent jest w stanie wykonać sam bądź przy wsparciu terapeuty. U pacjenta otępiennego ważne jest podjęcie zajęcia w celu niwelowania aktywności bezcelowej, przedłużenia rehabilitacji ruchowej (wykonywanie czynności manualnych pobudzając te same mięśnie co podczas ćwiczeń ruchowych), zajmuje więcej czasu i nie jest monotonne, pacjent nie pozostaje bezczynny.

VIII. Wytyczne do terapii zajęciowej pacjentów otępiennych:

- planowanie zajęć mających na celu zachowanie jak najdłużej posiadanych umiejętności, bazowanie na posiadanym już doświadczeniu
- stworzenie stałego harmonogramu dnia, wprowadzenie rutynowych zajęć
- nie wyręczanie podopiecznego, naprowadzanie na wykonanie danej czynności, ćwiczenia,
- nie wprowadzanie nagłych zmian – wprowadza to niepokój, lęk i wycofuje pacjenta, stosunkowo wcześniej uprzedzić,
- podtrzymywanie aktywności dnia codziennego,
- angażowanie w aktywność ruchową
- wspieranie w realizacji hobby
- włączanie w życie społeczne
- dostosowanie zajęć do możliwości pacjenta oraz aktualnego stanu zdrowia

W procesie otępiennym zazębiają się zarówno zaburzenia psychiatryczne jak i geriatryczne stąd potrzeba dostosowania, wypracowania nowych form usprawniania dla pacjentów psychogeriatrycznych. Dla pacjentów otępiennych należy stworzyć nowe godne warunki umożliwiające im funkcjonowanie w życiu codziennym. Bez ukierunkowanej aktywizacji pozostaną nadal „przerzucani” do pacjentów geriatrycznych albo psychiatrycznych, gdzie stosuje się inne formy terapii, inne oddziaływania usprawniające co tylko przyczynia się do pogłębienia procesu otępiennego. Osobę z chorobą otępienna można prawidłowo zaktywizować poprzez odpowiednie przygotowanie, pokierowanie do odpowiednich specjalistów, ośrodków kultury, form aktywności jak np. teatr, tańce, rozwijanie hobby itp. Często osoby z otępieniem są gotowe do podjęcia nowych zajęć ale są hamowane poprzez niewiedzę opiekunów, niedostępność instytucji. W wyniku choroby otępiennej osoby rezygnują z ogólnodostępnych form aktywności, pomimo iż nadal by mogły z nich korzystać. Wynika to z zaburzeń jakie ujawniają się w procesie otępiennym i często przyczyniają się do obniżenia nastroju bądź innych zaburzeń zachowania. Zostaje zachwiana potrzeba przynależności, co powoduje brak akceptacji, poczucie odrzucenia i wycofanie. Pacjent z chorobą otępienną a także jego opiekun musi być pokierowany przez specjalistyczny zespół terapeutyczny, aby mógł funkcjonować sprawnie jak najdłużej.

Nowe materiały

Terapeuta zajęciowy, który pracuje w środowisku musi mieć dostęp do odpowiednich materiałów terapeutycznych. Niestety, nawet w placówkach zajmujących się terapią zajęciową brakuje materiałów do pracy z pacjentami chorującymi na choroby otępienne. Na rynku dostępne są krzyżówki, ćwiczenia dla seniorów, gry i zabawy logiczne, planszowe dla dzieci ale nie ma takich zadań dostosowanych do osób z chorobą otępienną. Ćwiczenia powinny być przełożone na ich możliwości z uwzględnieniem zaburzeń jakie towarzyszą osobą dotkniętym otępieniem.

Materiały stworzone dla osób z chorobą otępienna powinny uwzględniać następujące cechy:

- prosta forma, uboga w barwy, konkretnadlaczego? by nie kojarzyła się z dziecinnymi zabawami to są osoby dorosłe i pomimo zaburzeń zachowań czasami dziecinnych to należy traktować jak osobę dorosłą,
- składać się z dużych elementów (ze względu na postępujące trudności poznawcze i manualne chorych),
- zawierać proste instrukcje, nawet w formie instrukcji obrazkowej,
- organizacja w formie przestrzennej typu puzzle, kartoniki, obrazki,
- zawierać uproszczone gry planszowe
- zawierać gry zręcznościowe typu klocki, plansze

Zalety:

- + pacjent nie zniechęca się monotonnym pisaniem,
- + terapeuta/opiekun może się włączyć w zadanie
- + ze względu na sposób organizacji pracy pacjent będzie dłużej pracował i bardziej pobudzał umysł, będzie się starał połączyć elementy, pobudzi zmysły wzrokowe
- + taka forma jest przystępna dla każdej osoby chorej na otępienie. Motywuje do podjęcia ćwiczeń, nie zniechęca przez przystępną, łatwą formę, zrozumiałe polecenia, nie kojarzy się

z zadaniami i zabawami dla dzieci co zniechęca i wycofuje pacjentów od podjęcia zadania.

Przykład zestawu stworzonego na potrzeby ŚCOPO:

Zestaw składa się z 5 pudeł zawierających zadania do pracy z chorymi otępiennie:

I pudełko: zadania w postaci rozsypanek słownych, polecenie: połącz sylaby, kategoria: miasta, znajdź 10 miast np. PO-ZNAŃ, KRA_KÓW

II pudełko: dopasuj przeciwieństwa, rozsypanka trzeba znaleźć np. DOBRY-ZŁY, znajdź 15 przeciwieństw

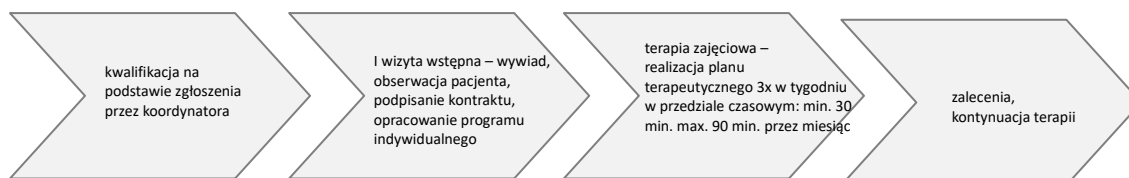
III pudełko: połącz kropki od 1-50. Co przedstawia powstały obrazek? podpisz/ dopasuj nazwę

IV pudełko: działania matematyczne np. połącz działanie z wynikiem np. $25+6$, $20+9$;...wyniki $=31$, $=29$; $=28$

V pudełko: ułóż puzzle według obrazka (znane obrazy np. Piccasa), 25 elementów

UWAGI: zadania w pudełkach mogą się zmieniać w zależności od stopnia otępienia, są proste w użyciu i dostosowane do możliwości chorych otępiennie.

IX. Standard pracy terapeuty zajęciowego w opiece nad chorym z chorobą otępienną



Kwalifikacja pacjenta

Kwalifikacja do wizyt terapeuty odbywa się na podstawie zgłoszenia przez koordynatora ŚCOPO.

W momencie zgłoszenia terapeuta ma dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta. Zostaje mu nadany dostęp do informacji o danym pacjencie w systemie teleopieki jak i również możliwość kontaktu przez system teleopieki z innymi specjalistami sprawującymi opiekę nad danym pacjentem. Po zapoznaniu się z dokumentacją, terapeuta zajęciowy umawia się na pierwszą wizytę w domu chorego.

Wizyta wstępna

Pierwsza wizyta ma na celu:

- nawiązanie kontaktu z opiekunem i pacjentem
- zastosowanie skonstruowanego na potrzeby ŚCOPO narzędzia diagnostycznego dla terapeuty zajęciowego w celu oceny możliwości pacjenta
- obserwację pacjenta pod kątem stanu psychicznego, jego reakcji na proponowane formy zajęć. Służy to podjęciu decyzji jaką formę zajęć zastosować zajęcia -wyciszające czy pobudzające, nad czym cały czas pracować
- ustalenie planu terapii (ułatwia weryfikację działań, pacjent wchodzi w ustalony rytm zadań)
- omówienie zasad współpracy terapeuty zajęciowego z opiekunem pacjenta (załącznik 1)
- ustalenie grafiku wizyt przez miesiąc oraz sposobu komunikacji między wizytami (np. w przypadku konieczności odwołania lub zmiany terminu wizyty). Komunikacja między terapeutą zajęciowym ŚCOPO a opiekunem chorego odbywa się za pośrednictwem systemu teleopieki.

Wizyty - program terapii zajęciowej

- program terapii zawiera ogólne wytyczne do pracy z pacjentem otępiennym oraz indywidualny program dostosowany do warunków i możliwości pacjenta.
- terapeuta prowadzi zajęcia manualne, ćwiczenia funkcji poznawczych – zajęcia intelektualne, terapię ruchem w formie rekreacji
- terapeuta wykorzystuje w pracy elementy socjoterapii, ergoterapii i kulturoterapii
- podczas zajęć terapeuta wykorzystuje materiały z własnej bazy tzw. Zestawy do ćwiczeń funkcji poznawczych (pułta ćwiczeń) stworzone na potrzeby ŚCOPO; posiada do dyspozycji materiały do zajęć manualnych (kredki, farby, papiery, materiały dekoracyjne, masy plastyczne)
- program terapii zajęciowej ŚCOPO ustalony jest na miesiąc. Istnieje możliwość modyfikacji programu, w wyniku zmian w stanie zdrowia pacjenta, wzbudzenia nowych zainteresowań czy pojawienia się również jakichś trudności. W przypadku gdy zostały rozpoczęte formy terapii, których opiekun nie był w stanie sam kontynuować a wpływają one korzystnie na stan pacjenta, istnieje możliwość przedłużenia wizyt terapeuty zajęciowego o kolejny miesiąc (po uzgodnieniu z koordynatorem ŚCOPO).
- czas zajęć: min. 30 min. a max. 90 min., 3 x w tygodniu (zaleca się stałe pory dnia, systematycznie co 2 dni).

Wizyta ostatnia

- weryfikacja efektów terapii, terapeuta ocenia efekty terapii, czy założone cele zostały zrealizowane, w jakim zakresie pacjent został zaktywizowany, co udało się osiągnąć, nad czym należy jeszcze pracować
- przekazanie zaleceń opiekunowi (ustalenie/omówienie z opiekunem form aktywizacji, zaproponowanie możliwych form do realizacji bez terapeuty)
- Opiekunowi należy przedstawić cele działania danej techniki terapii np. pacjent zaczął malować – terapeuta kończy wizyty – opiekun może kontynuować. Terapeuta udziela informacji gdzie kupić materiały, ile, wyjaśnia dlaczego np. pacjent podczas malowania się wycisza, wpływa korzystnie na sferę emocjonalną, poza tym ma zajęcie i może sam kontynuować – opiekun powinien wspierać chorego poprzez zakup materiałów, eksponować prace, motywować
- edukacja opiekuna na temat aktywizacji i kontynuacji terapii zajęciowej (ponieważ terapia obejmuje każdą dziedzinę życia a przede wszystkim warunki domowe i często ulegają one zmianie w wyniku choroby. Terapeuta ma pokazać rodzinie jak można włączyć pacjenta w zajęcia domowe np. już nie umyje ale np. może powycierać, poukładać – by pacjent nie pozostał bezczynny w domu, by zapobiec bierności)
- zaproponowanie form aktywizacji po zrealizowaniu programu (poza terapią z terapeutą inne formy aktywizujące mogą być równie korzystne dla pacjenta np. kontakt z psem, z dziećmi, wyjścia do filharmonii, siłownia na dworze).

Pacjent ma możliwość powtórnego skierowania na terapię zajęciową w przypadku:

- jeżeli inny specjalista ŚCOPO uzna, że pacjent powinien ponownie skorzystać z zajęć

terapeutycznych prowadzonych przez terapeutę zajęciowego. Przekazuje taką informację koordynatorowi ŚCOPO, który podejmuje decyzję o ponownym skierowaniu terapeuty zajęciowego do rodziny.

- nastąpiła przerwa w aktywizacji np. z powodu zaniechania przez pacjenta codziennych zajęć, opiekun pacjenta potrzebuje wsparcia w aktywizacji chorego,
- nastąpił progres choroby i opiekun wymaga edukacji dotyczącej aktywizacji chorego dostosowanej do jego aktualnych możliwości,
- wskazane jest ponowne skierowanie na terapię zajęciową w przypadku przerwania terapii, które nastąpiło w wyniku np. pobytu w szpitalu, zmiany w stanie zdrowia.

Przerwanie terapii:

Prowadzenie terapii zajęciowej może być przerwane w przypadku:

- wystąpienia nagłych zmian wynikających ze stanu zdrowia pacjenta, uniemożliwiających prowadzenie terapii np. pobyt w szpitalu,
- zgonu chorego lub zmiany jego miejsca zamieszkania, umieszczeniu w placówce
- braku współpracy z opiekunem (niedostosowywanie się do harmonogramu wizyt, zasad prowadzenia terapii zajęciowej w domu chorego).

Współpraca z innymi specjalistami

Terapeuta zajęciowy ŚCOPO umieszcza informacje w systemie teleopieki o odbyciu każdej wizyty (wg standardu). Inni specjaliści ŚCOPO mający dostęp do dokumentacji danego pacjenta mogą zapoznać się z umieszczonymi przez terapeutę zajęciowego informacjami.

Terapeuta zajęciowy ma możliwość w trakcie terapii konsultacji z innymi specjalistami, przekazywania uwag, zmian zauważonych u pacjenta lub opiekuna, możliwość włączenia innego specjalisty do procesu terapeutycznego wynikające z potrzeb podopiecznego np. pracownika socjalnego, opiekunki, itp.

Terapeuta zajęciowy ŚCOPO zgłasza koordynatorowi ŚCOPO wszelkie uwagi dotyczące pacjenta i rodziny oraz wskazania do przedłużenia/przerwania/ponownej realizacji terapii zajęciowej.

Przeciwwskazania Do Teraepii Zajeciowej Pacjentów Otepiennych:

- stany ostre,
- duży upór, urojenia
- psychozy
- agresja
- dekompensacja podczas zajęć - nasilają się negatywne emocje, upór, złość, manipulacja

Narzędzie diagnostyczne dla terapeuty zajęciowego ŚCOPO (załącznik 2)

Narzędzie diagnostyczne dla terapeuty zajęciowego ŚCOPO zostało stworzone na potrzeby projektu ŚCOPO. Składa się na nie:

- **ocena funkcjonalna** pacjenta, która polega na zebraniu informacji od opiekuna i pacjenta na temat codziennego funkcjonowania, samoobsługi, na temat zainteresowań, wykonywanej profesji zawodowej, ustaleniu harmonogramu dnia.

- **Próba warsztatowa** – pacjent otrzymuje do wykonania zestaw ćwiczeń oraz zajęć manualnych w celu określenia zakresu możliwości.

Programy terapeutyczne dla osób z chorobami otępiennymi

Programy terapeutyczne są tworzone w celu osiągnięcia optymalnego postępowania z chorym otępiennym, programy powinny być elastyczne, dostosowane do zmieniających się możliwości pacjenta.

Program terapeutyczny dla pacjenta z ad (chorobą alzheimera) i faza

Pacjent w I fazie choroby ma problemy z pamięcią krótkotrwałą, zaczyna następować zmiana w codziennym funkcjonowaniu, gubi się. Pojawiają się zaburzenia nastroju, negowanie choroby, poprzez dyssymulację, manipulowanie. Proponowane zajęcia mają na celu utrzymanie obecnego stanu funkcjonowania pacjenta, zniwelowanie obniżonego nastroju, ukierunkowanie na nowe zajęcia, przygotowanie na kolejne fazy choroby. Pacjenci jeszcze funkcjonują prawidłowo w codziennych czynnościach, należy tą sprawność tylko utrzymywać. Zaleca się wzbudzenie zajęć mających na celu usprawnianie funkcji poznawczych oraz wprowadzenie harmonogramu dnia (załącznik 3).

Cel: aktywizacja, ćwiczenia funkcji poznawczych, obserwacja stanu psychicznego

Forma zajęć: indywidualna (terapeuta – pacjent) i grupowa (pacjent +-terapeuta+ opiekun/członek rodziny)

Metody terapii zajęciowej: ergo terapia, artterapia, terapia ruchem, muzykoterapia

Zajęcia manualne: malowanie, kolorowanie, szycie, owijanie, wtykanie, nawlekanie guzików

Zajęcia intelektualne: ćwiczenia funkcji poznawczych (pamięć, uwaga, koncentracja), układanki sylabowe, puzzle- skojarzenia, puzzle dopasowywanie, ćwiczenia grafomotoryczne, przysłowia, dopasowywanie obrazków, liczenie, gry edukacyjne i logiczne planszowe, puzzle obrazkowe

Zajęcia z zakresu samoobsługi: przygotowanie posiłku, czesanie się, mycie, ubieranie,

Zajęcia ruchowe: spacer, gimnastyka poranna, gry i zabawy z wykorzystaniem sprzętu sportowego/rehabilitacyjnego jak piłeczki, piłki, ringo

Sposób przeprowadzenia zajęć:

Wszystkie metody powinny być przeprowadzane naprzemiennie. Zajęcia układamy tak, by były ciekawe ale objęły wszystkie sfery funkcjonowania. Po zajęciach ruchowych zaleca się zajęcia statyczne, kończymy zajęcia wyciszając pacjenta. Zaleca się prowadzenie:

- od 30 do 45 min. ćwiczenia Intelektualne,
- 60 min. zajęcia manualne, proste, jednoetapowe zadania, może być wykonany etap pracy lub pacjent może zrobić zadanie do końca
- 30 min. zajęcia ruchowe
- zajęcia z samoobsługi wynikające z codziennego funkcjonowania
- powtarzalność tych samych zajęć jest bardzo ważna i pozwala na utrwalanie, ale też ocenę postępów choroby
- ciągły nadzór i kontrola,

- praca terapeuta–pacjent - terapeuta motywuje pacjenta, pokazuje sposób wykonania, razem pracuje nad danym zajęciem do momentu aż pacjent je opanuje, nawiązanie kontaktu z pacjentem (moment na dyskusje)
- powtarzanie poleceń, polecenia proste, krótkie

Program terapeutyczny dla pacjenta z otępieniem w chorobie parkinsona

Pacjenci z chorobą Parkinsona bardzo dobrze pracują i chętnie biorą udział w zajęciach ruchowych ale też manualnych. Z reguły starają się wykonywać prace do końca i są w tym precyzyjni. Często wymagają silnej motywacji, gdyż szybko się zniechęcają ze względu na dysfunkcje fizyczne. Bardzo często niesprawność ruchowa wycofuje pacjentów z życia społecznego i podejmowania innych zajęć twórczych pomimo zachowanego intelektu.

Program powinien uwzględnić usprawnianie sprawności motorycznej (motoryki małej i dużej), wzbudzić zainteresowania, co przyczyni się do lepszego nastroju.

Cel: aktywizacja, zapobieganie bezruchu, ćwiczenia ruchowe, ćwiczenia funkcji poznawczych, niwelowanie zaburzeń nastroju,

Metody terapii: ergoterapia, artterapia/dramatoterapia/biblioterapia, choreoterapia, terapia ruchem, socjoterapia

Zajęcia intelektualne: układanki sylabowe, literowe, dopasowywanie, skojarzenia, liczenie, gry strategiczne, logiczne, szachy, gry planszowe, kości, gry i zabawy tematyczne

Zajęcia manualne: haft, szycie, malarstwo, ceramika, rękodzieło artystyczne, majsterkowanie

Zajęcia ruchowe: spacer, gra w piłkę, gry zręcznościowe

Sposób prowadzenia zajęć:

- bardzo ważne jest motywowanie (poprzez chwalenie, wzmacnianie pozytywnym słowem, wykorzystaniem potencjału osoby chorej)
- ćwiczenia intelektualne: złożone, np. wymień państwa i stolice Europy, wypisz jeziora, rzeki w Polsce, opisz obraz, oblicz zadania
- ćwiczenia manualne :pacjenci wykonują prace precyzyjne, prace wykonują do końca
- ćwiczenia ruchowe: systematycznie, np. 10 okrążeń marszem, 10 rzutów piłką, omijanie przeszkód, zbieranie kamieni, w celu ogólnego rozruchu, by przygotować do zajęć,
- wspieranie w hobby, jeżeli pacjent ma ulubioną formę pracy np. tkactwo to zapewnić materiały i potrzebne narzędzia do realizacji
- zajęcia twórcze, np. z zakresu artterapii

Sposób przeprowadzenia zajęć:

- nawiązanie kontaktu
- ocena możliwości pacjenta, zakresu ruchu
- wspieranie hobby
- nacisk na zajęcia intelektualne i ruchowe

Program dla pacjentów z otępieniem czołowo – skroniowym

Pacjenci często dobrze pracują, wykonują różne zajęcia, natomiast częste dysfunkcje w postaci

zaburzeń mowy, zaburzeń emocjonalnych utrudniają współpracę, motywację do pracy.

CEL: aktywizacja, niwelowanie niepożądanych zachowań,

Metody terapii zajęciowej: artterapia, egoterapia, terapia ruchem

zajęcia manualne: artterapia (malarstwo, tkactwo), terapia ruchem, sztuki użytkowe, muzykoterapia (śpiewanie, karaoke)

zajęcia ruchowe: gimnastyka, rowerek, piłka, guma do ćwiczeń

zajęcia intelektualne: zadania złożone, wzrokowo – ruchowe, zajęcia grafomotoryczne, liczenie, dopasowywanie, czytanie książek, poezji

sposób prowadzenia zajęć:

- stworzenie optymalnych warunków, aby nie wzbudzić negatywnych myśli, skojarzeń
- zmiana zajęć, by nie zniechęć pacjenta
- rozwijania hobby,
- nacisk na zajęcia manualne, ponieważ pacjenci w tym otępieniu wymagają pracy indywidualnej, są bardzo twórczy

Program szkoleniowy dla terapeutów zajęciowych

Celem programu jest:

- zapoznanie terapeutów zajęciowych ze specyfiką chorób otępiennych
- przygotowanie terapeutów zajęciowych do prowadzenia zajęć terapeutycznych dostosowanych do pacjentów z chorobą otępienną.

Umiejętne dobranie przez terapeutów zajęciowych metod i technik terapii zajęciowej ukierunkowanej na aktywizację i usprawnianie osób z chorobą otępienną.

Program szkoleniowy obejmuje 46 godzin, na wykłady przeznaczone zostało 36 godzin a na warsztaty 10 godzin.

Tabela 1. Ramowy program szkolenia

Blok tematyczny	zakres	forma	Liczba godzin
Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego. Psychogeriatrya.	- wprowadzenie w zagadnienia psychiatrii wieku podeszłego, omówienie psychogeriatryi, charakterystyka otępień	Wykład (lekarz)	10
Wprowadzenie do rehabilitacji i terapii zajęciowej	-obejmuje teoretyczne przełożenie przedmiotu - ukierunkowanie na choroby otępienne -omówienie zasad pracy z osobą z chorobą otępienną	Wykład (terapeuta zajęciowy/rehabilitant)	6
Opieka i pielęgnacja pacjenta otępiennego	- opieka i pielęgnacja pacjenta otępiennego	Wykład (pielęgniarka)	6
Metody i techniki terapii zajęciowej w pracy z osobą z ch. otępienna	- wyszczególnienie metod do pracy z os. z ch. otępienna - omówienie poszczególnych metod i technik	Wykład 3 warsztat 3 (terapeuta zajęciowy)	6
Programy terapeutyczne	- tworzenie programów, - studium przypadku	Wykład2 warsztat 3 (terapeuta zajęciowy/rehabilitant)	5
Rola terapeuty zajęciowego w procesie rehabilitacyjnym pacjenta z chorobą otępienną	- zasady pracy - organizacja i metodyka zajęć - obserwacja chorego - prowadzenie dokumentacji - komunikacja z pacjentem z chorobą otępienną	Wykład (terapeuta zajęciowy)	4

Edukacja opiekuna	- zasady współpracy z opiekunem - włączenie opiekuna do procesu terapeutycznego - omawianie zaleceń z opiekunem	Wykład (psycholog)	2
Warsztaty poznawcze z wykorzystaniem terapii zajęciowej	- nauka tworzenia własnych materiałów dostosowanych do indywidualnych potrzeb pacjenta	Warsztat (terapeuta zajęciowy/psycholog)	4
Charakterystyka pacjenta psychogeriatrycznego, psychiatrycznego, geriatrycznego - porównanie	- przedstawienie różnic w pracy, i prowadzeniu terapii uwzględniając cechy charakterystyczne danej jednostki	Wykład (lekarz/psycholog)	3
			WYKŁAD =36 godz. WARSZTATY = 10

Kadra szkoleniowa:

- lekarz neurolog lub psychiatra mający min. 3-letnie doświadczenie w pracy z pacjentem otępiennym
- psycholog mający min. 3-letnie doświadczenie w pracy z pacjentem otępiennym
- terapeuta zajęciowy posiadający doświadczenie w pracy z osobami otępiennymi, przynajmniej 3 –letnie.
- rehabilitant posiadający min. 3 letnie doświadczenie w pracy z osobami z chorobą otępienną.

ZASADY WSPÓŁPRACY TERAPEUTY ZAJĘCIOWEGO ŚCOPO Z OPIEKUNEM CHOREGO OTĘPIENNIE

Opiekun zobowiązany jest do:

- aktywnego współuczestnictwa w procesie terapii;
- informowania terapeuty o stanie zdrowia chorego, o zauważonych zmianach w zachowaniu,
- dostosowywania się do wskazówek terapeuty,
- włączania się w zajęcia jeśli zajdzie taka potrzeba,
- motywowania i wspierania pacjenta w trakcie terapii,
- zapewnienia warunków do prowadzenia zajęć w domu (pokój, stół, korzystanie z sprzętu domowego);
- zapewnienia materiałów niezbędnych do zajęć manualnych dla pacjenta (materiały biurowe, materiały plastyczne) – po uzgodnieniu z terapeutą zajęciowym;
- przygotowania pacjenta fizycznie do zajęć (dbałość o stan fizyczny tj. higiena, ubiór, zaopatrzenie w sprzęt pomocniczy, korekcyjny – aparat słuchowy, okulary);
- zgłaszania nieobecności, wyjazdów bezpośrednio terapeutce lub koordynatorowi ŚCOPO;
- przestrzegania ustalonego grafiku, ustalania zmian w grafiku zajęć z wyprzedzeniem czasowym.

Terapeuta zajęciowy ŚCOPO zobowiązany jest do:

- starannego i sumiennego prowadzenia terapii zajęciowej;
- omawiania programu zajęć z opiekunem,
- wykonywania zadań według ustalonego grafiku,
- zapewnienia materiałów terapeutycznych;
- zapewnienia opieki i bezpieczeństwa pacjentowi podczas zajęć terapeutycznych;
- informowania opiekuna o zmianach w programie terapeutycznym,

Narzędzie diagnostyczne dla terapeuty zajęciowego ŚCOPO

Ocena funkcjonalna – wypełnienie arkusza I i II przez opiekuna z pomocą terapeuty

Próba warsztatowa – obserwacja podczas zajęć (zestaw zadań- pudła z zadaniami)

Ocena funkcjonalna polega na zadaniu zestawu pytań i obserwacji podczas pierwszej wizyty dotycząca codziennego funkcjonowania w podstawowych i złożonych czynnościach dnia codziennego. Ocena ma za zadanie posłużyć do stworzenia programu terapeutycznego dla danego pacjenta.

Instrukcja:

Opiekun/ pacjent odpowiada na podane zagadnienia. Najlepiej jeżeli jest możliwe to zebrać informacje zarówno od pacjenta jak i innych osób najlepiej znających pacjenta.

Tabela 2 Arkusz - obecny stopień funkcjonowania pacjenta

Lp.	Kategoria	Stopień/zakres	Dodatkowe informacje
1.	Ogólny stan zdrowia	1 2 3 4 5	
2.	Aktywność fizyczna	1 2 3 4 5	
	Sprawność motoryczna	1 2 3 4 5	
3.	Samodzielność podstawowych czynnościach	1 2 3 4 5	
4.	Samodzielność w złożonych czynnościach dnia codziennego	1 2 3 4 5	
5.	Samooobsługa	1 2 3 4 5	
6.	Pamięć (słuchowa, wzrokowa, autobiograficzna)	1 2 3 4 5	
7.	Procesy wzrokowo – przestrzenne	1 2 3 4 5	
8.	myślenie	1 2 3 4 5	
9.	Koncentracja i uwaga	1 2 3 4 5	
10.	planowanie	1 2 3 4 5	
11.	Poczucie rzeczywistości (orientacja w miejscu, czasie, autopsychiczna)	1 2 3 4 5	
12.	Funkcje językowe/ mowa	1 2 3 4 5	
13.	Nastrój	1 2 3 4 5	
14.	Zapewnienie własnego bezpieczeństwa	1 2 3 4 5	
15.	Adaptacja do nowych warunków, nowej sytuacji życiowej	1 2 3 4 5	

Instrukcja:

Ocena stopnia sprawności na podstawie numeracji liczbowej, gdzie interpretujemy w następujący sposób :

- 0 – brak, bierność ; zależny od innych w danej kategorii
- 1 – niski, nikły stopień, zależny od innych
- 2 – słaby, wymaga pomocy, nadzoru od innej osoby
- 3 – średni, wymaga niewielkiej pomocy ze strony innej osoby
- 4 – dość dobry, dobry, wymaga kontroli sporadycznie
- 5 - bardzo dobry, samodzielny, sporadycznie mogą wystąpić trudności (incydenty)

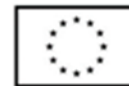
Tabela 3 Arkusz - porównanie funkcjonalności przed chorobą a stanem aktualnym (w trakcie choroby)

Lp.	Pytanie otwarte	Przedchorobowo	aktualnie
1.	Organizacja czasu wolnego		
2.	Stosunek do zajęć domowych, zakres obowiązków wykonywanych w domu		
3.	Aktywność fizyczna		
4.	Zachowanie, nastrój		
5.	Stosunek do innych członków rodziny		
6.	Stosunek do osób obcych, nawiązanie relacji		
7.	Zainteresowania, hobby, pasje		
8.	Aktywność społeczna, kulturalna		
9.	Stosunek do pracy, zajęć		
10.	Profesja zawodowa, posiadane umiejętności		

II próba warsztatowa

Polega na pracy pacjent – terapeuta. Terapeuta podaje do wykonania zestaw zajęć, wykorzystuje pułki terapeutyczne. Celem jest obserwacja pacjenta podczas zajęć, terapeuta zwraca uwagę na:

- Zrozumienie poleceń
 - rozumie
 - nie rozumie
 - wymaga naprowadzenia
- Motywacja do pracy
 - zmotywowany
 - nie chce, opór
 - wymaga wsparcia i zachęcenia ze strony innych
- Kontakt z terapeutą
 - od razu nawiązuje kontakt, kontakt wzrokowy zachowany
 - ostrożny, nieśmiały
 - brak kontaktu, wycofany



▪ Reakcja na zadania

- ciekawy, chętnie podejmuje zadanie, sam wykonuje zachowany
- zagubiony, poszukuje wsparcia w innych osobach
- unika zadań, zajęć

PRZYKŁADOWY ZESTAW „PUDŁO STARTOWE”

I pudło:

- zawiera 3 ćwiczenia intelektualne :

1. Wypisz państwa Europy (potrzebne materiały: kartka, długopis)
2. połącz sylaby, kategoria owoce (gotowe kartki z sylabami)
3. połącz kropki (1-25, powstanie obrazek np. kota) można rozwinąć poprzez dopytanie co powstało, może pacjent podpisać

II pudło:

- zawiera 2 zajęcia manualne: kolorowanie obrazka i owijanie butelki kolorową węgłą

III pudło:

- zajęcia ruchowe : odbijanie balonem, rzut piłeczką do koszyka

IV pudło:

- zadanie z zakresu czynności dnia codziennego np. proszę umyć ręce, proszę obrać jabłko

Próbę warsztatową wykonujemy przy użyciu pomocy terapeutycznych zawartych w pudłach ćwiczeń. Na podstawie zakresu wykonania podanych zadań terapeuta jest w stanie ocenić w jakich sferach jest podopieczny dobry i sprawny, a w jakich wymaga rehabilitacji. Pudła można rozwijać, każde zadanie można przekształcać tak, by dostosować do potrzeb i możliwości podopiecznego. Zadania te wstępnie oceniają sprawność funkcji poznawczych.

Harmonogram dnia dla osoby z chorobą otępienną

PORANEK	Wskazówki	opiekun
toaleta poranna, ubieranie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ należy starać się, by chory samodzielnie wykonał czynności, ▪ należy dostosować zadania do możliwości pacjenta np. rzeczy przygotowane w tym samym miejscu, ▪ czynności muszą być wykonywane w tej samej kolejności, ▪ można wprowadzić ułatwienia w postaci kartek przypominających o konieczności wykonania danego zadania 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ motywuje pacjenta do wykonania czynności; ▪ wspólnie z pacjentem wykonuje czynności, ▪ nadzoruje stan psychiczny pacjenta, ▪ wyznacza czas, kiedy zadanie ma być wykonywane, podaje pacjentowi instrukcję co robić gdy chory się zagubi.
gimnastyka poranna\ terapia ruchem	<ul style="list-style-type: none"> ▪ należy wykonywać proste ćwiczenia ruchowe, na siedząco/ lub stojąco, ▪ do wykonywania czynności można wykorzystać drobny sprzęt np. piłeczka mała z kolcami, rzucanie piłeczki, kulanie w dłoniach, rzut do celu <p>Przykładowe ćwiczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ podnoszenie rąk do góry, na bok, ▪ na siedząco podnoszenie kolan, nożyce, rowerek 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ demonstruje ćwiczenia, ▪ asekuruje pacjenta, zapobiega urazom
Śniadanie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ważne jest aby chory starał się samodzielnie przygotować śniadanie, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pomaga w przygotowaniach
POŁUDNIE	<p>Proponowane czynności:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ćwiczenia funkcji poznawczych ▪ muzykoterapia (słuchanie muzyki, śpiewanie) ▪ czytanie prasy, ▪ spacer, ruch na powietrzu ▪ zakupy ▪ przygotowanie do obiadu ▪ sprzątanie ▪ załatwianie spraw urzędowych/wizyty lekarskie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ motywuje chorego do podjęcia zadań, ▪ wspiera i pomaga w wykonaniu zajęć, ▪ nadzoruje i wprowadza zmiany ułatwiające pacjentowi funkcjonowanie
WIECZÓR	<p>Proponowane czynności:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ artterapia ▪ spotkania towarzyskie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wspólne spędzanie czasu, ▪ towarzyszenie podczas wykonywania czynności

- | | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">▪ przygotowanie do kolacji▪ toaleta wieczorna | |
|--|--|--|

Harmonogram dnia dla każdego pacjenta powinien mieć wyznaczone konkretnie godziny wykonywania czynności, tak aby ustalić stały schemat postępowania. Stworzony harmonogram dnia ułatwi opiekę głównemu opiekunowi. W razie potrzeby inna osoba może zastąpić opiekuna wchodząc już w wypracowany rytm dnia codziennego. Również łatwiej jest zauważyć zmiany wynikające z postępu procesu otępiennego. Stały harmonogram ułatwi pacjentowi funkcjonowanie, stały rytm wprowadzi spokój, poczucie bezpieczeństwa.

STANDARD PRACY OPIEKUNÓW ZATRUDNIONYCH W OPIECE NAD CHORYM Z CHOROBAŃ OTĘPIENNĄ, W TYM KODEKS ETYCZNY

Rola opiekuna polega na udzielaniu pomocy i świadczeniu usług opiekuńczych, pielęgnacyjnych, wspieraniu osób chorych i ich rodzin w środowisku zamieszkania. Opiekun pomaga w codziennych czynnościach domowych, doradza, edukuje, planuje oraz organizuje czas wolny osoby chorej. Swoimi działaniami odciąża rodzinę w opiece nad chorym. Pomoc wykwalifikowanych opiekunek w opiece nad chorym otępiennym wydaje się niezbędna. Zapobiega ona często umieszczeniu chorego w placówce, gdyż odpowiednio wsparta rodzina lepiej radzi sobie z opieką nad chorym w domu. W tym aspekcie pomoc kompetentnego personelu opiekuńczego stanowi narzędzie deinstytucjonalizacji. Aby wykonywać swoje obowiązki prawidłowo, udzielać wsparcia na odpowiednim poziomie i zapobiegać instytucjonalizacji osoby te muszą być odpowiednio przygotowane: znać specyfikę chorób otępiennych, sposoby adekwatnego zaspokajania potrzeb wynikających z choroby i metody aktywizujące chorego.

Aktualnie na rynku usług opiekuńczych funkcjonuje niewystarczająca ilość osób wyspecjalizowanych w opiece nad chorymi z otępieniem. W większości swoje usługi opiekuńcze oferują osoby mające ogólne przeszkolenie w opiece nad osobami starszymi lub niepełnosprawnymi. Rodziny chorych mają problem z zatrudnieniem osoby kompetentnej, znającej specyfikę choroby i zasady prawidłowej opieki. Niejednokrotnie osoby zatrudnione do opieki nad chorym uczą się prawidłowych oddziaływań metodą „prób i błędów”, co może powodować trudności i sprawiać, że opieka staje się niezwykle kłopotliwa. W wielu przypadkach może prowadzić nawet do rezygnacji z pracy. Dlatego tak ważne jest prawidłowe (praktyczne i teoretyczne) przygotowanie opiekuna do pełnienia swoich obowiązków.

Zakłada się, że w ramach funkcjonowania Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach zostaną zorganizowane szkolenia dla osób pełniących lub chcących pełnić funkcję opiekuna osób chorujących na choroby otępienne. W ramach wsparcia dla tej grupy zawodowej zostanie stworzona możliwość bezpłatnych konsultacji z pracownikami ŚCOPO dotyczących problemów jakie opiekunowie napotykają w swojej pracy.

I. Zakres pracy opiekuna osoby z chorobą otępienną

Opieka i wsparcie na rzecz osoby z otępieniem świadczona jest w środowisku zamieszkania pacjenta. Jej celem jest udzielenie pomocy i wsparcia choremu oraz jego rodzinie w celu zmniejszenia ryzyka instytucjonalizacji. Zakres świadczonych usług i ich charakter ma odniesienie do stanu zdrowia, stopnia zaawansowania choroby i potrzeb zgłaszanych przez rodzinę pacjenta. Każdorazowo opiekun ustala z rodziną osoby chorej zakres obowiązków w celu zapewnienia jak najlepszej opieki i wsparcia w środowisku.

Zakres obowiązków:

- Zapewnienie opieki nad osobą chorą pod nieobecność członków rodziny np.: gdy są w pracy.
- Asystowanie rodzinie w sytuacjach kryzysowych dotyczących opieki i pielęgnacji, np.:

w trakcie wyjazdów na konsultacje specjalistyczne czy rehabilitację.

- Edukacja rodziny dotycząca prawidłowej opieki, pielęgnacji i aktywizacji osoby z chorobą otępienną, udzielanie informacji rodzinie odnośnie sposobów ułatwiania codziennej opieki.
- Branie udziału w szkoleniach zorganizowanych przez ŚCOPO, konsultowanie się telefonicznie w sytuacjach wymagających poradnictwa.
- Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa osobie chorej.
- Branie udziału w spotkaniach z krewnymi, społecznością lokalną, przyjaciółmi co ma na celu aktywizację społeczną chorego
- Asystowanie przy zaspokajaniu potrzeb religijnych zgodnie z wyznaniem osoby chorej.
- Pomoc rodzinie chorego w przygotowaniu miejsca stałego pobytu osoby chorej - przystosowanie mieszkania do potrzeb chorego otępiennicze w celu usprawnienia funkcjonowania, zapewnienia poczucia bezpieczeństwa oraz eliminacji zagrożeń w środowisku fizycznym:
 - zabezpieczenie drzwi do mieszkania, aby zapobiegać możliwym ucieczkom,
 - zabezpieczenie okien i drzwi balkonowych, aby chory sam nie mógł ich otwierać,
 - usunięcie zamków z drzwi wewnątrz mieszkania, np. łazienki, aby chory nie mógł zamknąć się po wejściu do określonego pomieszczenia,
 - pozbycie się dywaników, zabezpieczenie progów, usunięcie ostrych przedmiotów, aby zapobiec kontuzjom związanym z ograniczeniami ruchowymi,
 - zabezpieczenie kuchenek gazowych, gniazdek, junkersów i urządzeń elektrycznych, np. suszarek, oraz przedmiotów, np. zapalniczek, których nieodpowiednie użycie może spowodować wypadek,
 - ułatwienie korzystania ze schodów (np. dorobienie mocnej poręczy), z wanny (np. zamontowanie uchwytu do podtrzymywania się),
 - poinformowanie zaufanych sąsiadów o stanie zdrowia chorego,
 - opisanie szafek, przedmiotów i drzwi do pomieszczeń, aby zwiększyć poczucie orientacji w przestrzeni, np. szafka ze szklankami, szuflada z rachunkami, lub nauczenie chorego, że sam może pisać takie karteczki (można łączyć napis z nieskomplikowanym rysunkiem pomocniczym),
 - zabezpieczenie przedmiotów, których utrata może być dla nas niekorzystna (nawet zamykanie na klucz),
 - zabezpieczenie przedmiotów, które mogą zostać połknięte lub wypite, a które są niebezpieczne dla zdrowia, np. małe części ubrań, kosmetyki, środki czystości, kamienie, elementy biżuterii, noże, widelce, szpikulce,
- Wykonywanie czynności dotyczących zaspokajania potrzeb w zakresie sfery biologicznej, pomoc przy następujących czynnościach: toaleta, kąpiele, utrzymanie higieny osobistej, karmienie, podawanie leków, zwilżanie jamy ustnej, podawanie picia, profilaktyka przeciwoleżynowa, podawanie w razie potrzeby basenu, wymiana pieluchomajtek, dbanie o zmianę i czystość pościeli, obcinanie włosów, paznokci, pomoc przy ubieraniu oraz utrzymaniu porządku w pokojach, inicjowanie zmiany odzieży wierzchniej.
- Inicjowanie form aktywizujących, organizacja czasu wolnego: spacer, rozmowy indywidualne, udział wraz z podopiecznym w zajęciach grupowych i indywidualnych, zajęcia z komputerem,

korzystanie z internetu, biblioterapia, czytanie prasy codziennej, oglądanie wybranych programów TV i filmów, zajęcia plastyczne, rękodzieło, słuchanie muzyki, wykonywanie prostych prac domowych.

- Inicjowanie i prowadzenie form terapeutycznych przy współpracy instruktora terapii zajęciowej.
- Pomoc osobie chorej oraz jej rodzinie w wypełnianiu codziennych obowiązków domowych: pomoc w utrzymaniu mieszkania w czystości, praniu, sprzątanii, prasowaniu, również przygotowywaniu posiłków.
- Pomoc osobie chorej i jej rodzinie w czynnościach wykonywanych poza domem: zakupy, opłacanie rachunków, realizacja recept, umawianie chorego na wizyty lekarskie, załatwianie formalności urzędowych, organizacja transportu publicznego.

II. Kwalifikacje do pracy opiekuna osoby z chorobą otępienną :

- odpowiednie predyspozycje osobowościowe do pracy z chorymi: empatia, cierpliwość, wyrozumiałość, opanowanie, kultura osobista, umiejętność szybkiego reagowania w sytuacjach kryzysowych,
- opiekun powinien być osobą pełnosprawną psychicznie i fizycznie, być mobilny i komunikatywny,
- powinien posiadać wiedzę ogólną o przebiegu choroby otępiennej oraz innych chorób charakterystycznych dla wieku podeszłego, odpowiednie wykształcenie/przeszkolenie w zakresie pracy na stanowisku opiekuna,
- opiekun powinien mieć wykształcenie minimum średnie, policealne o kierunku opiekun medyczny, opiekun osoby starszej, opiekun w DPS lub odbyć szkolenia i kursy z zakresu opieki i pielęgnacji osób starszych oraz osób z chorobą otępienną,
- powinien orientować się co do funkcjonowania instytucji oraz organizacji pozarządowych działających na rzecz osób z chorobą otępienną, znać prawa przysługujące osobie chorej.

III. Kodeks etyczny i zasady moralne którymi kieruje się opiekun osoby z chorobą otępienną :

Dokument został stworzony na potrzeby osób pracujących jako opiekunowie, typowo z podopiecznym z chorobą otępienną, wyznaczający podstawowe zasady postępowania oparte na podmiotowym i holistycznym podejściu do osób, wobec których sprawowana jest opieka.

Opiekun osoby otępiennej zobowiązany jest do :

- przestrzegania zakresu obowiązków ustalonego z osobą chorą i/lub jej rodziną,
- pracy z osobą z chorobą otępienną opierającej się na podstawowych wartościach moralnych (sprawiedliwość, uczciwość, lojalność, odpowiedzialność, rzetelność, godność, szacunek do innych),
- przestrzegania tajemnicy zawodowej,
- szacunku do wszystkich osób pracujących na rzecz dobra osób chorych,
- świadomości wartości etycznych, przestrzegania ich w codziennym postępowaniu oraz podejmowanych decyzjach,
- wykonywania pracy wobec chorego i jego rodziny sumiennie, sprawiedliwie, bezstronnie,
- udzielania wszelkich informacji dotyczących osoby chorej i jej rodziny zgodnie z prawem oraz poszanowaniem praw i godności,

- zachowania uprzejmości, życzliwości w kontaktach z osobami z chorobą otępienną oraz jej rodziną
- zachowania godności osób otępiennych i ich rodzin,
- dostosowania wymagań do możliwości osób chorujących na choroby otępienne,
- traktowania osoby z chorobą otępienną z poszanowaniem jej tożsamości i stosownie do wieku,
- zrozumienia wobec nieprzewidywalnych zachowań osób z chorobą otępienną, wynikających ze specyfiki jednostki chorobowej,
- unikania uprzedzeń ze względu na płeć, stan cywilny, pochodzenie, pozycję społeczną, orientację seksualną,
- zachowania neutralnej postawy w trudnych sytuacjach związanych z funkcjonowaniem osoby z otępieniem, jej dezorientacji, postawy agresywnej,
- wykonywania czynności zawodowych zgodnie z obowiązującymi przepisami, według najlepszej woli i wiedzy, uczciwie, rzeczowo z należą starannością.

Program szkoleń dla opiekunów osób z chorobą otępienną

Cele szkolenia

Szkolenie adresowane jest do opiekunów świadczących opiekę i wsparcie na rzecz osób chorych na choroby otępienne i ich rodzin w środowisku zamieszkania. Celem szkoleń jest nabycie wiedzy oraz umiejętności praktycznych, podniesienie kwalifikacji w celu usprawnienia opieki nad osobą chorą oraz odciążenia rodziny w czynnościach opiekuńczych. Udział w szkoleniu ma również służyć nabyciu wiedzy i umiejętności w zakresie sposobów zapobiegania czynnikom ryzyka zawodowego.

Korzyści wynikające ze szkolenia :

Udział w szkoleniu przynosi następujące korzyści :

- opiekun poznaje specyfikę choroby otępiennej, jej objawy, rodzaje i przebieg oraz skutki dla osoby chorej oraz jej rodziny,
- opiekun otrzymuje przygotowanie teoretyczne i praktyczne w zakresie opieki, pielęgnacji i edukacji osoby chorej oraz jej rodziny,
- opiekun nabywa wiedzę i umiejętności w zakresie aktywizacji i organizacji czasu wolnego w pracy z osobą chorą i jej rodziną,
- nabywa wiedzę, umiejętności i poznaje sposoby radzenia sobie ze skutkami przemęczenia, stresu i wypalenia zawodowego w pracy z osobami z chorobą otępienną i ich rodzinami,

Ramowy program szkolenia

- szkolenie przewiduje 4 wykłady specjalistów po 3 godziny każdy, odbywające się 2 razy w miesiącu,
- w wykładach udział brać może 30 osób, w zajęciach szkoleniowych nie więcej niż 15 osób w jednej grupie szkoleniowej,
- zajęcia warsztatowe zostaną poprzedzone wykładami (wstęp teoretyczny)
- w ramach szkolenia zostanie zrealizowane 40 godzin warsztatowych odbywających się po 4 godziny, dwa razy w miesiącu, (razem 8 godzin w ciągu miesiąca),

Kadra szkoląca

Wykłady oraz zajęcia praktyczne przeprowadzone zostaną przez wykwalifikowaną kadrę specjalistów z minimum dwuletnim doświadczeniem w pracy z osobami z chorobą otępienną i ich rodzinami:

- lekarz specjalista psychiatra,
- lekarz specjalista neurolog,
- opiekun medyczny,
- pielęgniarka,
- psycholog,
- terapeuta zajęciowy.

Tematy szkoleniowe, forma i czas szkolenia, osoby prowadzące

Forma szkoleniowa i czas trwania	Temat	Osoba prowadząca
Wykład 3 h	Pierwsze objawy, charakter choroby otępiennej przebieg i dalsze jej etapy - zespoły otępienne, ich rodzaje i sposoby leczenia.	Lekarz neurolog lub psychiatra
Wykład 3 h	Przedstawienie specyfiki chorego – podstawowe problemy w chorobie otępiennej, zaburzenia funkcji poznawczych, komunikacji, pamięci i zachowania.	Lekarz neurolog lub psychiatra
Wykład 3 h	Zakres pracy opiekuna osoby z chorobą otępienną w ramach czynności w zakresie sfery biologicznej.	Nauczyciel przedmiotów zawodowych medycznych
Zajęcia warsztatowe 2 x 4 h	Zajęcia warsztatowe w zakresie czynności opiekuńczo – pielęgnacyjnych w pracy z osobą z chorobą otępienną : <ul style="list-style-type: none"> ▪ zaspakajania potrzeb w zakresie sfery biologicznej, toaleta, kąpiele, utrzymanie higieny osobistej, karmienie, podawanie leków, zwilżanie jamy ustnej, podawanie picia, profilaktyka przeciwoleżynowa, podawanie w razie potrzeby basenu, wymiana pieluchomajtek, dbanie o zmianę i czystość pościeli, obcinanie włosów, paznokci, pomoc przy ubieraniu oraz utrzymaniu porządku w pokojach, inicjowanie zmiany odzieży wierzchniej, ▪ przygotowanie mieszkania osoby z chorobą otępienną, w odniesieniu do stanu zaawansowania choroby i jej potrzeb, 	Opiekun medyczny/pielęgniarka
Wykład 3 h	Wypalenie zawodowe wśród pracujących z osobami z chorobą otępienną.	Psycholog
Zajęcia warsztatowe 2 x 4 h	Zajęcia warsztatowe w zakresie metod radzenia sobie ze stresem oraz obciążeniem psychicznym w pracy z osobą z otępieniem i jej rodziną : <ul style="list-style-type: none"> ▪ metody redukcji poziomu stresu, zarządzania sobą w czasie, asertywność, komunikacja, 	Psycholog
Wykład 3 h	Formy aktywizujące oraz terapia zajęciowa dla osób z chorobą otępienną.	Terapeuta zajęciowy
Zajęcia warsztatowe 2x 4 h	Metoda pracy terapeutycznej w chorobie otępiennej: <ul style="list-style-type: none"> ▪ charakterystyka konkretnych metod wykorzystywanych w terapii zajęciowej w celu poprawy stanu zdrowia i samopoczucia, funkcji poznawczych oraz zapamiętywania, 	Terapeuta zajęciowy

<p>Zajęcia warsztatowe 2x 4 h</p>	<p>Terapia przez sztukę jako metoda pracy terapeutycznej w chorobie otępiennej :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ metody pracy z osobą chorą w obszarze sztuki i jej wytworów, ▪ umiejętność korzystania z oferty instytucji kultury, odpowiedni dobór zajęć do stanu zdrowia osoby chorej, potrzeb chorego i jego rodziny, 	<p>Terapeuta zajęciowy</p>
---------------------------------------	---	----------------------------

Metody wykorzystywane w trakcie szkolenia :

- wykład,
- prezentacja multimedialna,
- zajęcia warsztatowe,
- dyskusja,

Przykład realizacji jednego z zagadnień :

„ Zakres pracy opiekuna osoby z chorobą otępienną w ramach czynności w zakresie sfery biologicznej”.

- pierwszy element szkolenia z wykorzystaniem metody wykładu, zakończonego dyskusją,
- wykład stanowi wprowadzenie teoretyczne do zajęć szkoleniowych „w zakresie czynności opiekuńczo – pielęgnacyjnych w pracy z osobą z chorobą otępienną” oraz „przygotowanie mieszkania osoby z chorobą otępienną, w odniesieniu do stanu zaawansowania choroby i jej potrzeb”
- zajęcia szkoleniowe polegają na praktycznej nauce poprawnego wykonywania czynności opiekuńczo – pielęgnacyjnych: toaleta, kąpiele, utrzymanie higieny osobistej, karmienie, podawanie leków, zwilżanie jamy ustnej, podawanie picia, profilaktyka przeciwoleżynowa, podawanie w razie potrzeby basenu, wymiana pieluchomajtek, dbanie o zmianę i czystość pościeli, obcinanie włosów, paznokci, pomoc przy ubieraniu oraz utrzymaniu porządku w pokojach, inicjowanie zmiany odzieży wierzchniej,
- zajęcia szkoleniowe polegające na praktycznej nauce przygotowania mieszkania osoby chorej i jej rodziny np.: jak ustawić meble, zwiększyć poczucie orientacji w przestrzeni, zabezpieczyć drzwi, środki chemiczne, zabezpieczyć przedmioty zagrażające życiu i zdrowiu,
- określona czynność zostaje omówiona i zademonstrowana przez prowadzącego, następnie każdy z uczestników wykonuje ją samodzielnie,
- do zajęć wykorzystany zostaje manekin lub przemiennie uczestnicy szkolenia,
- w trakcie wykonywania czynności przez jedną osobę, pozostałe obserwują ją i udzielają informacji zwrotnych,
- warsztaty kończy dyskusja, wymiana doświadczeń własnych,
- celem tych zajęć szkoleniowych jest nabycie wiedzy teoretycznej i praktycznej w zakresie czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych wobec osoby chorej oraz w celu dalszego edukowania rodziny chorego na ten temat.

ROLA PRACOWNIKA SOCJALNEGO W PRACY Z OSOBĄ OTĘPIENNĄ

Praca socjalna jest procesem dynamicznym, który zależy od wielu czynników. W przypadku pracy z osobą chorą otępiennie do obowiązków pracownika socjalnego będzie należało m.in.:

- Ścisła współpraca pracowników socjalnych terenowych ze ŚCOPO, kontakt telefoniczny, osobisty i przez system teleopieki, wymiana informacji na podstawie wcześniej złożonej zgody chorego, w celu usprawnienia udzielanej pomocy i rozwiązywania na bieżąco pojawiających się problemów zdrowotnych i opiekuńczych.
- Wymiana informacji dotyczących sytuacji materialno-bytowej i zdrowotnej osoby chorej oraz jej rodziny z pielęgniarką ŚCOPO, poprzez kontakt telefoniczny, osobisty jak i z wykorzystaniem systemu teleopieki.
- Przeprowadzanie „wywiadów środowiskowych” wraz z załącznikami (wzór zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 8 czerwca 2012r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego) oraz „Kart pracy socjalnej”, „Kart wywiadu z chorym na otępienie i jego rodziną” z osobą chorą i/lub jej rodziną w przypadku konieczności udzielenia pomocy finansowej, usługowej, rzeczowej lub udzielenia pomocy w formie pracy socjalnej. W przypadku braku możliwości wyrażenia świadomej zgody przez osobę chorą otępiennie, podczas przeprowadzania wywiadu środowiskowego istnieje możliwość przeprowadzenia wywiadu z osobą z rodziny wspólnie zamieszkującą i gospodarującą.
- Udzielanie choremu i/lub członkom jego rodziny wyczerpujących informacji dotyczących możliwości korzystania z pomocy finansowej lub środowiskowego systemu wsparcia, dostępnego dla chorych. W przypadku wątpliwości w udzielaniu kompetentnych porad, konsultowanie się ze specjalistami ze ŚCOPO.
- Pomoc osobie chorej otępiennie i/lub jej rodzinie w skompletowaniu i wypełnianiu niezbędnej dokumentacji w przypadku umieszczenia w Środowiskowym Domu Samopomocy.
- Udzielenie wszechstronnej pomocy osobie chorej otępiennie i/lub jej rodzinie w pozostaniu w środowisku (deinstytucjonalizacja), „uruchomienie” i zaangażowanie w miarę możliwości wszystkich służb pomocowych, także pozarządowych i kościelnych w zapewnienie opieki i pielęgnacji.
- Poradnictwo i pomoc w przypadku ubiegania się o ustalenie stopnia niepełnosprawności lub orzeczenia o niepełnosprawności w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności bądź w ZUS.
- Poradnictwo i pomoc członkom rodziny/opiekunowi w przygotowaniu wniosku do Sądu o ubezwłasnowolnienie częściowe lub całkowite osoby chorej, w przypadku braku możliwości wyrażenia przez chorego świadomej zgody na działania mające na celu szeroko rozumianą pomoc.
- Informowanie rodziny chorego/opiekuna o istniejących na terenie miasta grupach wsparcia czy grupach samopomocowych dla osób chorych lub dla ich rodzin, pomoc w ich zawiązaniu, motywowanie do udziału w spotkaniach.

- Wykonywanie wymienionych obowiązków z poszanowaniem godności i zdolności do samostanowienia każdego z podopiecznych chorych na otępienie oraz członków ich rodzin

We wczesnym etapie choroby otępiennej nie ma praktycznie przeszkód, aby podopieczny mieszkał sam. Należy jednak zapewnić mu poczucie bezpieczeństwa dzięki częstym kontaktom, odwiedzinom oraz wizytom opiekuna. W miarę postępu choroby trzeba będzie zwiększać zakres opieki, by w pewnym momencie zapewnić ją przez 24 godziny na dobę. Bardzo dobrze jeśli opiekę nad chorym może sprawować najbliższa rodzina, w dzisiejszych czasach jednak życie zawodowe, rodzinne czy też sam stan zdrowia opiekuna nie zawsze pozwalają na sprawowanie bezpośredniej opieki nad chorym otępiennie. W takich sytuacjach koniecznym staje się zwrócenie o pomoc instytucjonalną lokalnego OPS-u czyli Ośrodka Pomocy Społecznej, która będzie uzupełnieniem sprawowanej przez opiekuna opieki. By uzyskać fachową poradę z zakresu usług opiekuńczych, specjalistycznych, w formie pomocy sąsiedzkiej czy z zakresu pomocy społecznej należy skontaktować się z właściwym co do miejsca zamieszkania Rejonowym Ośrodkiem Pomocy Społecznej/Gminnym/Powiatowym Ośrodkiem. W realizowanym modelu ŚCOPO zgłoszenia pracownikowi socjalnemu dokona operator systemu teleopieki ŚCOPO, zgodnie z decyzją koordynatora ŚCOPO. Pracownik socjalny, któremu podlega rejon zamieszkania chorego umówi się bezpośrednio z osobą chorą lub jej rodziną na wizytę w środowisku. Udzielenie pomocy uwarunkowane jest przeprowadzeniem wywiadu środowiskowego wraz z załącznikami (wzór zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 8 czerwca 2012r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego), który polega na rozeznaniu sytuacji materialno-bytowej osoby zgłaszającej się o pomoc i członków rodziny wspólnie gospodarzących, by określić aktualną sytuację w jakiej znajduje się osoba/rodzina starająca się o pomoc. Pracownik socjalny umówi się i przyjdzie na wizytę do domu chorego. Dodatkowo podczas wizyty wypełni wspomnianą wcześniej Kartę wywiadu z chorym na otępienie i jego rodziną.

Pracownik socjalny podczas kontaktu telefonicznego z chorym i jego rodziną, umawiając się na wizytę w domu chorego poinformuje jakie dokumenty należy przygotować do wywiadu, by potem gorączkowo nie szukać wymaganych dokumentów w czasie wizyty.

Niezbędne zazwyczaj są :

- dowód osobisty chorego (niezbędny), jeśli stan zdrowia chorego wskazuje na utrudnioną komunikację i podejmowanie decyzji dowód osobisty opiekuna;
- zaświadczenie o dochodach chorego (np. odcinek ostatniej renty lub emerytury), oraz potwierdzenie dochodów pozostałych członków rodziny wspólnie gospodarujących;
- zaświadczenie o stanie zdrowia (np. zaświadczenie wydane przez lekarza rodzinnego, specjalistę lub aktualna karta informacyjna z leczenia szpitalnego);
- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeśli została orzeczona w Powiatowym Zespole lub w ZUS);
- dokumenty dotyczące kosztów utrzymania (np. umowa najmu, rachunki za energię, gaz);
- rachunki za wydatki związane z zakupem leków, rehabilitacją;
- inne dokumenty i zaświadczenia obrazujące sytuację osoby chorej i jej rodziny;

Pytania pracownika socjalnego przeprowadzającego wywiad będą dotyczyły także osób zobowiązanych do pomocy choremu w pierwszej kolejności, czyli dzieci, rodzeństwa, współmałżonka, dlatego warto przygotować listę ich adresów zamieszkania (według obowiązującego kodeksu opiekuńczego najbliższa rodzina jest zobowiązana do wzajemnej pomocy, finansowej i usługowej tj. dzieci rodzicom i odwrotnie)

Termin przeprowadzania wywiadu to dwa tygodnie w normalnym trybie, w sprawach pilnych pracownik socjalny zobowiązany jest do przeprowadzenia wywiadu w ciągu trzech dni od dnia zgłoszenia. Decyzja o przyznaniu lub odmowie przyznania pomocy musi zostać wydana w ciągu miesiąca od zebrania całej dokumentacji, niezbędnej od jej wydania.

Podstawowe formy pomocy materialnej, na które może liczyć osoba chora i jej rodzina zwracająca się o pomoc to, przy spełnianiu kryterium dochodowego określonego w ustawie:

- zasiłek stały,
- zasiłek okresowy,
- zasiłki celowe, np. na zakup żywności, odzieży, obuwia, leków, opału.

Możliwe jest także otrzymanie pomocy pozafinansowej (niepieniężnej), do której należą m.in.:

- praca socjalna,
- usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania,
- usługi specjalistyczne w miejscu zamieszkania,
- prace społecznie użyteczne w formie pomocy sąsiedzkiej (max 10 godzin w tygodniu)
- skierowanie do ośrodków wsparcia i domów pomocy społecznej.

I. Opieka nad chorym w domu

W celu uzyskania tego rodzaju pomocy niezbędnymi są przeprowadzenie wywiadu środowiskowego, przedstawienie zaświadczenia o stanie zdrowia (może być od lekarza rodzinnego), w przypadku usług specjalistycznych zaświadczenie o potrzebie korzystania z tego rodzaju usług wydane przez lekarza psychiatrę.

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne są odpłatne. Wysokość odpłatności regulowana jest odpowiednimi rozporządzeniami i zależy od dochodu chorego lub, w sytuacji prowadzenia wspólnego gospodarstwa domowego, dochodu przypadającego na osobę. Częstotliwość wizyt opiekuńczych i ich długość zależy od potrzeb chorego i możliwości Ośrodka. Pracownik socjalny przeprowadzając wywiad i wydając decyzję zleca wykonanie usług zewnętrznym podmiotom, które wysyłają do potrzebujących swoich pracowników zatrudnionych w charakterze opiekunek. W przypadku braku środków finansowych na pokrycie odpłatności za pomoc usługową, pracownik socjalny pomoże choremu i jego rodzinie znaleźć alternatywne rozwiązanie (fundacja, stowarzyszenie, wolontariusz).

II. Innowacyjność współpracy pracowników socjalnych ze ŚCOPO

Jednym z globalnych społecznych wyzwań, wspominanych w strategiach rozwiązywania problemów społecznych jest fakt wydłużania życia i w konsekwencji wzrost liczby seniorów, w tym także tych, którzy dożywają wieku ponad osiemdziesięciu lat. Dzięki osiągnięciom medycyny i technologii mamy coraz więcej długowiecznych członków społeczności, ale też dużą liczbę osób schorowanych i potrzebujących opieki. Rośnie kolejka oczekujących na umieszczenie w całodobowych placówkach

opieki. Część z tych osób, a w szczególności chorych na otępienie, nie musiałaby ubiegać się o umieszczenie w nich, gdyby w sposób systemowy została rozwiązana kwestia pomocy specjalistycznej i opieki środowiskowej w miejscu zamieszkania chorego.

Model ŚCOPO proponuje innowacyjne rozwiązanie we współpracy z wieloma podmiotami by doprowadzić do deinstytucjonalizacji pomocy osobom chorym na otępienie.

Ta grupa chorych, którymi w większości opiekują się rodziny (najczęściej ciężar opieki spada na małżonka lub dzieci) ma specyficzne wymagania zarówno dotyczące usług gospodarczych, jak i specjalistycznych. Oba rodzaje usług mogą być wsparciem w codziennym funkcjonowaniu osób chorych otępiennie i ich rodzin.

Pracownicy socjalni często czują się bezradni wobec potrzeb osoby chorej na otępienie. Mają problem podczas pierwszego kontaktu zarówno w komunikacji z osobą chorą, jak i przy ocenie planowanych form pomocy. Często też nie zdają sobie sprawy z potrzeb rodziny/opiekuna osoby chorej, która jest nadmiernie obciążona opieką 24 godziny na dobę.

Innowacyjność projektu polega na przeszkoleniu pracowników socjalnych do pracy z osobą chorą otępiennie i jej rodziną. Celem jest udoskonalenie i usprawnienie pracy z chorymi w środowisku, co pozwoli realizować plan szeroko pojętej deinstytucjonalizacji. Pracownik socjalny dzięki szkoleniom przewidzianym w modelu będzie potrafił rozpoznać i zdiagnozować potrzeby zarówno chorego, jak i członków rodziny. W konsekwencji doprowadzi to do wzrostu kompetencji przy planowaniu odpowiedniej pomocy usługowej lub pomoże rozwiązać pojawiające się problemy materialno-bytowe w ramach pracy socjalnej. W wyniku realizacji projektu zmieni się także podejście pracowników socjalnych do pracy z ludźmi w podeszłym wieku i ich rodzinami, zwiększy się społeczna świadomość problemu.

Innowacyjnym rozwiązaniem dla potencjalnych podopiecznych jest wsparcie pracowników socjalnych, których bezpośrednio o potrzebie udzielenia pomocy choremu i jego rodzinie przekaże do Ośrodka Pomocy Społecznej operator systemu teleopieki ŚCOPO. Rodziny chorych unikną w ten sposób formalności i procedur związanych z samodzielnym zgłaszaniem się do OPS-u.

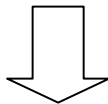
Innowacyjnym elementem w projekcie będzie też współpraca pracowników socjalnych z pracownikami/specjalistami ŚCOPO oraz korzystanie z systemu teleopieki. Wszystko będzie zmierzać ku poprawie sytuacji chorych i ich rodzin. Priorytetem jest stworzenie sytuacji, w której chorzy nie muszą trafiać do instytucji sprawujących całodobową opiekę, a mogą jak najdłużej cieszyć się atmosferą spokoju i opieki we własnym domu. Natomiast opiekunowie chorych mają poczucie namacalnego wsparcia i realnej pomocy w codziennych zmaganiach w opiece nad chorym.

W dłuższej perspektywie poprawi się też wizerunek pracownika socjalnego wśród rodzin dotychczas obawiających się korzystania z pomocy społecznej z powodu strachu przed pomocą instytucjonalną lub też innych przyczyn.

Nie bez znaczenia pozostaje również łączny koszt objęcia pomocą środowiskową angażując wyspecjalizowaną kadrę w realizację modelu, który bez wątpienia jest niższy, niż miesięczny koszt umieszczeni i utrzymania chorego np. w Domu Pomocy Społecznej.

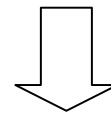
III. System telepieki i wymiana informacji pomiędzy pracownikiem socjalnym a ŚCOPO

W przypadku, gdy pierwszy kontakt chorego odbywa się podczas spotkania z pracownikiem socjalnym (partnerem ŚCOPO), a on na podstawie przeprowadzonego wywiadu, zebranych dokumentów, wykorzystania utworzonego do tego celu narzędzia, nabytej wiedzy i nowych kwalifikacji z udziału w szkoleniu, diagnozuje potrzebę objęcia chorego i jego rodziny/opiekuna pomocą ŚCOPO. Przekazuje informację opiekunowi/rodzinie o możliwości zgłoszenia do ŚCOPO, lub wspomaga go osobiście w zgłoszeniu do operatora ŚCOPO. Opiekun/rodzina podaje niezbędne dane o aktualnym stanie zdrowia oraz sytuacji opiekuńczej.



Koordinator ŚCOPO kieruje pielęgniarkę ŚCOPO do domu chorego. Pielęgniarka zbiera niezbędne, wstępne dane pacjenta, otrzymując zgodę opiekuna kontaktuje się z pracownikiem socjalnym w niezbędnym zakresie, określa termin wizyty w środowisku w kontakcie z chorym/jego rodziną.

W przypadku, gdy pielęgniarka środowiskowa ŚCOPO uzyska informację o potrzebie objęcia pomocą społeczną chorego i jego rodziny, przekazuje taką informację koordinatorowi ŚCOPO. Na mocy decyzji koordynatora, operator przez system telepieki informuje pracownika socjalnego zajmującego się rejonem zamieszkania chorego o potrzebie wizyty u danej rodziny (w ramach ŚCOPO podpisana zostaje zgoda na wymianę informacji pomiędzy jednostkami). Operator przekazuje zebrane, wstępne informacje dotyczące sytuacji chorego.



Pracownik socjalny zbiera dane od operatora ŚCOPO, sprawdza w systemie POMOST czy rodzina korzystała z pomocy wcześniej, kontaktuje się z chorym /jego rodziną i umawia wizytę w środowisku. Działa według kompetencji i opisanego standardu.

IV. Forma kodeksu etycznego dla pracowników socjalnych pracujących z chorymi z otępieniem i ich rodzinami

Kodeks etyczny pracowników socjalnych wyznaczający zasady postępowania w pracy z osobami chorymi otępieniem i ich rodzinami.

Pracownicy socjalni pracując z chorymi i ich rodzinami wykonują powierzone obowiązki z poszanowaniem godności i szacunku względem drugiego człowieka oraz z zachowaniem zasad postępowania wymienionych poniżej:

- Zasada praworządności rozumiana jako postępowanie w oparciu o obowiązujące przepisy prawa, zasady i procedury zapisane w szczególności w ustawie o pomocy społecznej, kodeksie postępowania administracyjnego, innych przepisach prawa powszechnego i miejscowego oraz wewnętrznych instrukcjach i zarządzeniach ustanowionych przez Dyrektora, a także według wytycznych opracowanego modelu ŚCOPO z wykorzystaniem wypracowanych narzędzi modelu.

- Zasada bezstronności i bezinteresowności rozumiana jako postępowanie bezstronne i niezależne, kierowane interesem publicznym, dobrem wspólnym oraz pozbawione działań stronniczych wynikających z interesu osobistego lub ulegania wpływom i naciskom politycznym bądź światopoglądowym. Udzielanie pomocy choremu otepiennie bez względu na interes i oczekiwania rodziny czy opiekuna, działania mające na celu szeroko pojęte dobro podopiecznego i jego rodziny.
- Zasada obiektywizmu i równego traktowania rozumiana jako przestrzeganie reguły obiektywnego i równego traktowania chorych i ich rodzin bez względu na obywatelstwo czy przynależność państwową, narodowość, płeć, rasę, pochodzenie etniczne lub społeczne, wiek język, religię lub wyznanie, przekonania polityczne, posiadaną własność, niepełnosprawność, stan zdrowia lub sytuację rodzinną, orientację seksualną czy też jakąkolwiek inną okoliczność.
- Zasada uczciwości i rzetelności rozumiana jako wykonywanie obowiązków w sposób rzetelny i sumienny, nacechowany szacunkiem dla innych i poczuciem godności własnej, ukierunkowany na sprawne, skuteczne, zgodne z prawem i oczekiwaniem stron załatwienie spraw. Staranne i rzetelne zebranie niezbędnych informacji na temat aktualnej sytuacji materialno-bytowej osoby chorej otepiennie i członków rodziny/opiekunów przy pomocy wymienionych narzędzi.
- Zasada odpowiedzialności rozumiana jako ponoszenie odpowiedzialności za decyzje i działania, bez unikania trudnych rozstrzygnięć, wykazywanie należytej staranności i gospodarności w procesie zarządzania powierzonym majątkiem i środkami publicznymi, a także przeciwstawianie się i ujawnianie prób marnotrawstwa.
- Zasada jawności postępowania rozumiana jako wykonywanie obowiązków w sposób jawny, transparentny i zrozumiały dla podopiecznych, umożliwiający im dostęp do materiałów postępowań oraz informacji publicznej. W sposób najbardziej zrozumiały zarówno dla osoby chorej jak i jej opiekunów bieżące wyjaśnianie kolejności postępowania administracyjnego, tłumaczenie bieżących niejasności w toczącym się postępowaniu oraz zasadności udzielanego wsparcia zarówno w formie usługowej, finansowego jak i pracy socjalnej.
- Zasada dyskrecji postępowania rozumiana jako obowiązek poszanowania godności każdego chorego i członków jego rodziny czy opiekunów, jego praw, dóbr osobistych oraz własności a przede wszystkim zapewnienia poufności podczas udzielania pomocy w zakresie danych osobowych i wrażliwych.
- Zasada uprzejmości i życzliwości w kontaktach zarówno z chorym otepiennie, jak i współpracownikami, rozumiana jako obowiązek jednakowego traktowania wszystkich chorych i członków ich rodzin oraz współpracowników, zachowanie odpowiednich zasad kultury i dobrego wychowania, w tym zwłaszcza uprzejmości, pomocy, dzielenia się doświadczeniem zawodowym ze współpracownikami i lojalności wobec nich, udzielania wyczerpujących odpowiedzi na skierowane do niego pytania, pohamowania zbędnych emocji oraz zachowania wysokiej kultury języka. Pracownik socjalny musi być wyczulony i żywo reagować na potrzeby i oczekiwania chorego i jego rodziny, ale równocześnie zachowując równowagę i spokój umieć rozwiązywać pojawiające się na bieżąco problemy.

- Zasada współdziałania rozumiana jako posiadanie umiejętności pracy w zespole oraz pod presją czasu, wykazywanie inicjatywy w rozwiązywaniu problemów, korzystanie z pomocy i wsparcia innych instytucji (np. służby społeczne, Sądy, Kościoły, Szpitale, NGO i in.) w działaniach zmierzających do rozwiązania pojawiających się w pracy z jednostką/ rodziną problemów, konsultowanie z przełożonym decyzji w sytuacjach budzących wątpliwości etyczne, a także współpracy z podopiecznym/klientem i jego rodziną w działaniach zmierzających do udzielenia pomocy, według zgłoszonych potrzeb począwszy od częściowej a skończywszy na pełnej pomocy w codziennym funkcjonowaniu, poprzez rozwiązywanie trudności życiowych, emocjonalnych oraz wzmacnianie czynionych przez rodzinę czy osoby zaprzyjaźnione wysiłków w tym kierunku. Za zgodą chorego i jego rodziny bieżąca wymiana doświadczeń i niezbędnych informacji dotyczących sytuacji chorego i stanu jego zdrowia z innymi specjalistami ŚCOPO. Pracownik socjalny powinien inicjować i pobudzać do inicjatywy aktywność opiekunów/członków rodziny chorego otępiennie, wykazywać również aprobatę dla ich opiekuńczych inicjatyw i rozwiązań bieżących problemów. Motywować do nawiązywania, podtrzymywania i rozwijania współpracy z podmiotami działającymi w środowisku lokalnym.
- Zasada spolegliwej opiekuńczości rozumiana jako podstawowa reguła określająca kontakty z chorym otępiennie, niepełnosprawnym, ubezwłasnowolnionym, chorym, słabym, udzielanie informacji i porad w sposób zrozumiały i jasny, wykazywanie się w pracy z trudnym klientem wyrozumiałością, cierpliwością, uprzejmością i empatią, umiejętnością wczuwania się w emocje osoby i nawiązanie z nią kontaktu, w sposób nie budzący niezadowolenia i agresji, zgodnie z zasadą poszanowania godności każdego człowieka i jego prawa do samostanowienia, uwzględniając także zdanie najbliższej rodziny zaangażowanej w opiekę i pomoc choremu.

W przypadku braku możliwości pozyskania świadomej zgody podopiecznego co do przedsięwziętych czynności mających na celu jego dobro, wystąpienie do Sądu z wnioskiem o ustanowienie kuratora dla podejmowanych decyzji w imieniu chorego.

W przypadku braku możliwości zabezpieczenia potrzeb chorego w środowisku zamieszkania, zarówno przez opiekunów, pomoc społeczną jak i pracowników ŚCOPO, udzielenie niezbędnych informacji/pomocy w staraniach o umieszczenie w całodobowej formie pomocy np. DPS.

V. Kwalifikacje pracownika socjalnego

Pracownicy socjalni są pracownikami samorządowymi, a ich kwalifikacje określają: Ustawa o pomocy społecznej oraz Rozporządzenie Rady Ministrów.

Kwalifikacje do wykonywania zawodu pracownika socjalnego można uzyskać podejmując naukę na studiach wyższych pierwszego stopnia (licencjackich) o kierunku praca socjalna lub studiach wyższych drugiego stopnia (uzupełniających magisterskich) o kierunku praca socjalna lub w pomaturalnym kolegium pracowników służb społecznych kształcącym w zawodzie pracownik socjalny.

Według przepisów Pracownikiem socjalnym może być osoba, która spełnia co najmniej jeden z niżej wymienionych warunków:

- posiada dyplom ukończenia kolegium pracowników służb społecznych (trzyletnie kolegium pracowników służb społecznych, po ukończeniu którego absolwenci otrzymują dyplom – tytuł zawodowy pracownika socjalnego)
- ukończyła studia wyższe na kierunku praca socjalna (tj. studia wyższe pierwszego stopnia (licencjackie) o kierunku praca socjalna albo studia wyższe drugiego stopnia (uzupełniające magisterskie) o kierunku praca socjalna)

Ukończenie studiów wyższych pierwszego albo drugiego stopnia o kierunku praca socjalna - bez względu na zrealizowaną podczas studiów specjalność - uprawnia do wykonywania zawodu pracownika socjalnego na podstawie ww. przepisu art. 116 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

*„Pracownikiem socjalnym może być osoba, która **do dnia 31 grudnia 2013 r.** (rozpoczęcie realizacji wskazanych specjalności począwszy od dn.1.10.2008) ukończyła studia wyższe **o specjalności przygotowującej do zawodu pracownika socjalnego** na jednym z kierunków: pedagogika, pedagogika specjalna, politologia, polityka społeczna, psychologia, socjologia, nauki o rodzinie.”*

By ułatwić pracownikom socjalnym pracę z osobami chorymi na otępienie i ich rodzinami ŚCOPO przeszkoli pracowników socjalnych w ramach wdrażania modelu. Innowacyjność modelu wymaga od pracowników socjalnych nie tylko posiadania wiedzy na temat wieku podeszłego i chorób z nim związanych, ale także umiejętności pracy z tzw. „trudnym” podopiecznym - chorym otępiennie.

Realizacja specjalnego szkolenia przeznaczonego dla tej grupy zawodowej przyniesie korzyści zarówno dla ŚCOPO, jak i dla samych pracowników zwiększając ich umiejętności oraz umacniając poczucie kompetencji. W konsekwencji poprawi to skuteczność pracy i realizacji założeń modelu. Ośrodek pomocy społecznej otrzyma przeszkolonych pracowników socjalnych gotowych do pracy w terenie z chorymi otępiennie i ich rodzinami.

Program szkoleń dla pracowników socjalnych

Liczba godzin dydaktycznych – 16

Forma szkolenia: wykładowa oraz warsztatowa

Prowadzący zajęcia:

(Ważne by szkolenymi pracowników socjalnych były osoby posiadające wiedzę fachową oraz szeroko pojęte doświadczenie w nauczonym temacie):

- specjalista lekarz neurolog, psychiatra lub geriatra, posiadający przynajmniej 3 letnie doświadczenie w pracy z chorymi otępienie poprowadzi część wykładową, opowie o dobrych praktykach w pracy z chorymi i ich rodzinami oraz odpowie na pytania i wątpliwości pracowników socjalnych (6 godzin)
- psycholog lub geragog, mający doświadczenie minimum 3 letnie w pracy z chorymi otępienie i ich rodzinami poprowadzi część warsztatową (10 godzin)

Tabela 1. Ramowy program szkolenia

Temat	Forma szkoleniowa i czas trwania	Osoba prowadząca
charakterystyka wieku podeszłego choroby wieku podeszłego	4 godziny dydaktyczne (wykład, dyskusja)	neurolog
objawy otępienia i fazy postępu choroby	2 godziny dydaktyczne (wykład, dyskusja)	psychiatra
komunikacja z osobą chorą	4 godziny dydaktyczne (warsztat)	psycholog/geragog
współpraca z rodziną chorego jakiej pomocy potrzebuje opiekun chorego	4 godziny dydaktyczne (warsztat)	psycholog/geragog
planowanie adekwatnej pomocy według rozeznaczonych potrzeb i możliwości chorego oraz jego rodziny	2 godziny dydaktyczne (warsztat)	psycholog/geragog

Metody dydaktyczne m.in.: wykład, dyskusja, analiza treści, obserwacja, eksperyment, mapa myśli, klasyczna metoda problemowa, metoda symulacyjna, metoda sytuacyjna, burza mózgów

Cel szkolenia: zaznajomienie pracowników socjalnych z charakterystyką otępienia, potrzebami chorego i jego rodziny, motywowanie ich do prowadzenia zmodyfikowanej do potrzeb i możliwości chorego komunikacji oraz szczegółowego zbadania potrzeb i potencjału rodziny czy opiekuna.

Efekty szkolenia:

- nabycie pogłębionej wiedzy o specyfice choroby otępiennej, funkcjonowaniu chorego oraz jego rodziny;
- nabycie pogłębionej wiedzy o potrzebach zarówno osoby chorej jak i jej opiekunów;
- nabycie lub poszerzenie już posiadanych umiejętności komunikacyjnych niezbędnych w kontakcie z osobą chora i jego rodziną;
- uczestnik szkolenia nabędzie umiejętności przeprowadzenia krytycznej analizy i interpretacji zebranych danych podczas wizyty w środowisku, w celu zaplanowania skutecznej pomocy zarówno osobie chorej na otępienie jak i opiekunom chorego, a także podczas kontynuowania pomocy będzie potrafił wprowadzać niezbędne zmiany i modyfikacje w metodach i technikach swojej pracy w celu podwyższenia jej efektywności .
- pogłębienie umiejętności prawidłowego identyfikowania i rozstrzygnięcia dylematów związanych z pracą z tzw. „trudnym” podopiecznym – chorym otępiennie.

VI. Narzędzie diagnostyczne pracownika socjalnego

Prowadzenie pracy socjalnej, przy wykorzystaniu narzędzi pracy socjalnej, zawsze powinno odbywać się z poszanowaniem i zastosowaniem w codziennej praktyce zasady podmiotowości zarówno chorego jak i członków jego rodziny. Pracownik socjalny inicjuje poszczególne etapy swojej pracy oraz moderuje je. Praca socjalna prowadzona jest na rzecz poprawy sytuacji klienta i to jego problemy mają być dzięki niej rozwiązane. W związku z tym, pracownik socjalny powinien dołożyć wszelkich starań do zapewnienia mu aktywnego udziału w działaniach podejmowanych na każdym etapie postępowania. Planowanie zmian, konkretnych działań i ich realizacja czy ocena, nie mogą odbywać się bez udziału klienta i dlatego każdy krok musi być powiązany z jego osobistą gotowością do zrozumienia sytuacji, zmian oraz działania.

Pracownik socjalny (zgodnie z Ustawą) będzie posługiwał się przede wszystkim kwestionariuszem rodzinnego wywiadu środowiskowego, dotyczącego osób ubiegających się o przyznanie świadczeń pomocy społecznej. W przypadku pierwszej wizyty będzie to część I, w przypadku kolejnej część IV wraz z załącznikami do wywiadu (np. oświadczenie o stanie majątkowym, czy oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych, zgoda na wymianę istotnych informacji pomiędzy pracownikiem socjalnym a specjalistami ŚCOPO – zgoda wymagana przez MOPS). Kolejnym narzędziem pracy będzie Karta pracy socjalnej oraz stworzona dla potrzeb ŚCOPO karta wywiadu z chorym i/lub jego rodziną (w zależności od stanu zdrowia i możliwości komunikacyjnych).

Wywiad środowiskowy

- służy rozpoznaniu aktualnej sytuacji materialno-bytowej oraz sytuacji związanej z problemem chorego i jego rodziny,
- służy rozeznaniu potrzeb i oczekiwań zgłoszonych podczas wywiadu,
- służy zdiagnozowaniu sytuacji chorego i jego rodziny i zaproponowaniu planu pomocy w celu rozwiązania trudnej sytuacji/problemu,

Karta pracy socjalnej

- służy ewidencjonowaniu działań pomocowych w ramach pracy socjalnej,
- pomaga w wyznaczaniu kolejnych celów,

Karta wywiadu z chorym na otępienie i jego rodziną

- nie służy do schematycznego i sztywnego odczytywania pytań i zapisywania odpowiedzi chorego i jego opiekuna/rodziny podczas rozmowy,
- służyć będzie pogłębieniu wiedzy o sytuacji związanej z problemem osoby chorej i jego rodziny, określeniu możliwości i zasobów oraz ograniczeń i barier chorego i jego rodziny
- pomoże w opracowaniu diagnozy aktualnej sytuacji chorego i jego rodziny/opiekunów,
- pomoże w wyznaczeniu celu działania i planu działania, służących przewyżczeniu trudności/problemów, niwelowaniu skutków postępującej choroby, poprawie jakości życia,
- pomoże w ustaleniu planu pomocy.

Pytania do karty wywiadu z chorym na otępienie i jego rodziną

Z chorym, w zależności od stanu zdrowia, można przeprowadzić część zawierającą pytania ogólne (wskazujące na podmiotowe traktowanie podopiecznego):

- Imię i nazwisko
- Według P. jaki jest stan P. zdrowia?
- Czy jest P. samodzielny w wykonywaniu czynności dnia codziennego?
- Czy ktoś pomaga P. w codziennych czynnościach?
- Czy jest P. z tej pomocy zadowolony? Czy można coś zmienić?
- Jak i z kim lubi P. spędzać swój wolny czas?
- Czy opuszcza P. samodzielnie mieszkanie?
- Jakiej pomocy oczekuje P. od pracownika socjalnego? (w przypadku wątpliwości podopiecznego/ pacjenta, co do zadań pracownika socjalnego, spokojne i cierpliwe określenie zadań i możliwości pracownika socjalnego).

Z rodziną/opiekunem:

- Jaki jest stan zdrowia chorego?
- Czy chory jest samodzielny w wykonywaniu czynności dnia codziennego, jakich i w jakim stopniu?
- W jakim zakresie chory wymaga pomocy od rodziny/opiekuna?
- Czy chory jest z tej pomocy zadowolony? Jak reaguje na tę pomoc? Czy można coś zmienić?
- Czy chory pozostaje w domu bez opieki, w jakich przypadkach i na jak długo?
- Czy chory samodzielnie wychodzi z domu?
- Jak chory spędza swój wolny czas?
- Czy chory utrzymuje kontakt z rodziną zamieszkałą osobno, (jeśli tak to z kim, gdzie ta rodzina zamieszkuje)?
- Czy chory spotyka się z przyjaciółmi, znajomymi, sąsiadami, gdzie?
- Czy chory uczestniczy w zajęciach zorganizowanych na terenie gminy? Jakiego typu są to zajęcia, jak często się odbywają? Jeśli nie to w jakich zajęciach chciałby/mógłby chory uczestniczyć? co stoi na przeszkodzie w realizacji tych zamierzeń?
- Czy możliwa jest poprawa aktualnej sytuacji chorego, w jakim zakresie, kto i jak mógłby na nią wpłynąć?
- Jak wygląda dzień opieki nad chorym?
- Czy w opiece nad chorym angażuje się też rodzina zamieszkała osobno?

- Czy w lokalnym środowisku można liczyć na pomoc sąsiadów, znajomych, przyjaciół?
- Jakiej pomocy oczekujecie Państwo od pracownika socjalnego (w przypadku wątpliwości rodziny/opiekuna, co do zadań pracownika socjalnego, spokojne i cierpliwe opisanie zadań i możliwości pracownika socjalnego.)
- Czy relacje pomiędzy chorym a Państwem są poprawne, jeśli nie, to jak można je poprawić? Czy atmosfera w domu należy do spokojnych?
- Czy istnieje dla Państwa pojęcie czasu wolnego, czy spędzacie ten czas sami, w jaki sposób organizujecie sobie czas wolny?
- Czy chcielibyście Państwo skorzystać z możliwości uczestnictwa w grupie wsparcia dla rodzin/opiekunów chorych na otępienie?

Powyższe narzędzie wydaje się być niezbędnym do podjęcia skutecznej pracy socjalnej w środowisku. Bardzo często pracownicy socjalni skupiają się nadmiernie na postępowaniu administracyjnym i ewentualnych działaniach interwencyjnych (tzw. gaszenie pożarów), a praca socjalna wykonywana w środowisku ma charakter fragmentaryczny i incydentalny. Czas poświęcony osobie potrzebującej i jej rodzinie, skupienie się na zebraniu informacji oraz na przyszłościowym potencjalnym działaniu, zamiast na krótkotrwałych aktywnościach może skutkować zbudowaniem zaufania i takiej relacji, która będzie pierwszym krokiem do zainicjowania pozytywnych zmian w życiu chorego otępiennego, a także jego rodziny czy opiekunów. Zebrane dane pozwolą usystematyzować informacje na temat kondycji osoby chorej, ale także członków jego rodziny czy opiekunów, na co zwrócić baczniejszą uwagę w pracy socjalnej. Oprócz wypełnienia dokumentów narzucanych przez ustawę dotarcie do rodziny, opiekunów, którzy aktywnie działają, spokojna i cierpliwa rozmowa z nimi pozwolą postawić prawidłową diagnozę, ustalić potrzeby i wspólne cele.

VII. Analiza zasad i uwarunkowań współpracy pomiędzy systemem medycznym a systemem pomocy społecznej

Wraz ze starzeniem się społeczeństwa obserwuje się wzrost ilości osób niesamodzielnych, wymagających pomocy. Mimo, iż w większości przypadków pomoc świadczona jest przez członków rodziny, wielu z nich wymaga pilnego i skutecznego wsparcia w pełnieniu funkcji opiekuńczej. Zapewnienie opieki osobom starszym jest przede wszystkim obowiązkiem osób zobowiązanych do alimentacji. Jednocześnie, na mocy Konstytucji RP (art. 67 i 68 zakładające dostępność do świadczeń zdrowotnych), administracja publiczna ma obowiązek organizacji opieki długoterminowej, w tym związanych z nią świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

Osoby chorujące na choroby otępienne ze względu na rodzaj i przebieg schorzenia zaklasyfikować możemy zarówno do grupy osób chorujących psychicznie, jak i osób niesamodzielnych, wielokrotnie wymagających opieki długoterminowej. W aspekcie tym korzystają oni ze świadczeń przysługujących osobom chorym psychicznie, jak i osobom starszym i niesamodzielnym. Dodatkowo każdy chory otępienny korzysta z pomocy lekarza POZ oraz, w razie potrzeby, lekarzy specjalistów (ze względu na choroby towarzyszące).

Obecnie świadczenia i usługi dla osób starszych, przewlekle chorych, niesamodzielnych, chorujących lub zaburzonych psychicznie rozproszone są pomiędzy różne części systemu zabezpieczenia

społecznego: system opieki zdrowotnej, system ubezpieczeń społecznych oraz system pomocy społecznej.

Systemy te oferują pomoc zarówno w formie pieniężnej (dodatki pielęgnacyjne wypłacane przez ZUS oraz zasiłki pielęgnacyjne wypłacane przez system pomocy społecznej) jak i rzeczowej.

Usługi kontraktowane w ramach systemu opieki zdrowotnej to:

- **w ramach opieki psychiatrycznej:**
 - opieka stacjonarna (oddziały psychiatryczne i psychogeriatryczne),
 - opieka ambulatoryjna,
 - opieka dzienna (dzienne oddziały psychiatryczne)
 - opieka środowiskowa – Zespoły Leczenia Środowiskowego (wizyty lekarza psychiatry, terapeuty środowiskowego, pielęgniarki, psychologa).
- **w ramach opieki długoterminowej:**
 - opieka stacjonarna (np. oddziały geriatryczne, Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze, Zakłady Pielęgnacyjno-Opiekuńcze),
 - pielęgniarstwa opieka domowa,
 - opieka paliatywna i hospicyjna.

W ramach pomocy oferowanej przez system opieki społecznej dla osób niesamodzielnych oraz z chorobami i zaburzeniami psychicznymi wymienić można:

- placówki pomocy społecznej (np. DPS, ŚDS)
- usługi opiekuńcze, które obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości zapewnienie kontaktu z otoczeniem.
- specjalistyczne usługi opiekuńcze - świadczone są w miejscu zamieszkania chorego przez wykwalifikowany personel np. psychologa, pedagoga, logopedę, pracownika socjalnego, terapeutę zajęciowego, asystenta osoby niepełnosprawnej, rehabilitanta, pielęgniarkę, którzy mają doświadczenie w pracy z osobami z zaburzeniami czy chorobami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną. Działania terapeutyczne w środowisku mają doprowadzić do zminimalizowania skutków niepełnosprawności w sferze zdrowia psychicznego, poprawienia jakości życia oraz nabycia umiejętności społecznego funkcjonowania w środowisku rodzinno-społecznym.

Jak wynika z powyższego opisu, w obecnym systemie organizacji opieki nad osobami starszymi z zaburzeniami psychicznymi dochodzi do częściowego pokrywania się świadczeń z systemu pomocy społecznej oraz opieki zdrowotnej. Osoba chora otępiennie i jej rodzina mogą korzystać z np. z pomocy psychologa, rehabilitanta czy pielęgniarki z obu systemów. Problemem może jednak okazać się dostępność tego typu świadczeń oraz przejrzystość zasad funkcjonowania. Udzielanie usług opiekuńczych w ramach obu sektorów powoduje rozproszenie źródeł finansowania pomiędzy świadczeniodawców. Skutkiem takiego systemu jest brak wspólnej koordynacji działań podmiotów, co prowadzi do braku odpowiedniego i racjonalnego finansowania (Mitek A., 2013), a także zapewnienia choremu i jego rodzinie kompleksowej pomocy, w ramach której standardem powinno być wzajemne uzupełnianie się usług.

Z perspektywy rozwoju środowiskowej, zdeinstytucjonalizowanej formy opieki długoterminowej nad osobami starszymi konieczne jest działanie mające na celu zapewnienie stabilnego i przejrzystego systemu finansowania świadczeń. Postuluje się stworzenie nowego, spójnego systemu opieki, zapewniającego kompleksową opiekę nad osobami niesamodzielnymi uwzględniającego zarówno medyczne, jak i społeczne aspekty opieki, potrzeby osoby niesamodzielnej oraz możliwości jej integracji ze środowiskiem lokalnym (Błądowski P., 2012).

Model ŚCOPO stanowi realizację postulatu koordynacji i kompleksowości świadczeń środowiskowej opieki nad osobami chorującymi na otępienie. W sposób bezpośredni odnosi się do postulatów zmian polityki senioralnej proponowanych w ramach Strategii działania w starzejącym się społeczeństwie (Raport Komisji Ekspertów ds Osób Starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich), który sugeruje *„wprowadzenie mechanizmów koordynacji współpracy międzysektorowej pomiędzy instytucjami opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, np. niezależnego (od usługodawców) koordynatora oceniającego potrzeby zdrowotne i socjalne pacjenta, który kwalifikuje do świadczeń opiekuńczych, rehabilitacyjnych i ocenia jakość ich realizacji . Efektem tych działań ma być lepsze dostosowanie świadczeń do potrzeb, zwiększenie komplementarności usług realizowanych w obu sektorach oraz unikanie ich dublowania, co powinno eliminować marnotrawstwo środków”* (Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie, s. 50).

Opisane w modelu ŚCOPO mechanizmy koordynacji oddziaływań pomocowych zapewnią odpowiednie zagospodarowanie środków finansowych obu resortów. Funkcjonowanie ŚCOPO prowadzić będzie do wspólnej opieki nad pacjentem, uzupełniania się a nie dublowania oddziaływań. Współpraca międzysektorowa i sprawny system przepływu informacji (poprzez system teleopieki ŚCOPO) pozwoli na podjęcie działań, których punktem odniesienia i wyznacznikiem są indywidualne potrzeby chorych otępiennie i ich rodzin. Wszystkie te oddziaływania realizują postulat podmiotowego traktowania osób chorujących otępiennie i stawiają osobę chorą w centrum uwagi. Jest to także zgodne z postulowanymi zapisami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

ROLA I STANDARD PRACY LOGOPEDY W ŚRODOWISKOWYM LECZENIU CHORYCH Z CHOROBAŃ OTĘPIENNA

I. Starość w logopedii – stan obecny

Starość dzielona jest na: starość fizjologiczną oraz starość uwikłaną procesami patologicznymi. W obu przypadkach dochodzi do zmian w zakresie mowy, sposobie komunikowania się, a także w zakresie czynności kompleksu ustno-twarzowego. Bardziej znanym zjawiskiem jest występowanie zaburzeń mowy w starości na skutek choroby. Co warto jednak zauważyć - zmiany w mowie na starość następują nawet mimo braku choroby, są *po prostu* efektem starzenia się organizmu²⁶. Wówczas nie są to zaburzenia, na ów zmiany należałoby spojrzeć jak na trwanie sprawności.

Zainteresowanie mową u osób starszych wzrosło w szczególności w ostatnich latach, czego zdecydowaną przyczyną jest starzejące się społeczeństwo i wynikające z tego konsekwencje. Mając na uwadze dobro osób starszych oraz podejście zgodnie, z którym „Jakość egzystencji współczesnego człowieka jest bez wątpliwości związana z jakością komunikacji” (Stewart, 2007, s. 27), w Polsce zaczęła rozwijać się nowa subdyscyplina logopedyczna zwana *gerontologopedią*.

Gerontologopedia powstała od słów gerontologia i logopedia. Logopedia to nauka o mowie i jej zaburzeniach, z kolei gerontologia to nauka o procesach starzenia się organizmów żywych, zwłaszcza człowieka. Idąc za tym, Danuta Pluta-Wojciechowska (2014) przyjmuje, że gerontologopedia jest pewnym obszarem wiedzy logopedycznej, który dotyczy postępowania logopedycznego w odniesieniu do osób starych i starzejących się z zaburzeniami mowy lub z ryzykiem zaburzeń mowy w związku z czynnikami patologicznymi o naturze neurologicznej, psychiatrycznej, onkologicznej, obwodowej lub społeczno-psychologicznej. W Polsce pierwsza pozycja naukowa poświęcona mowie osób starszych *Mowa ludzi u schyłku wieku* została napisana w 1990 roku przez Waldemara Tłokińskiego. Na podstawie analizy literatury autor wysnuł wniosek, że przez długi czas w naukach społecznych i medycznych panowało przekonanie: „że wszystko w człowieku może się z wiekiem zmienić z wyjątkiem mowy” (Tłokiński 1990, s. 15). Obecnie, czyli trzydzieści lat później, zostało zauważone, że pogląd ten był nieprawdziwy. Badania nad mową ludzi starych według Stanisława Milewskiego i Katarzyny Kaczorowskiej-Bray (2015) prowadzone są w trzech kierunkach. Pierwszym z nich jest specyfika komunikacji językowej osób starzejących się fizjologicznie, drugim specyfika komunikacji językowej osób starzejących się patologicznie, a trzeci kierunek badań związany jest z analizą stylu komunikowania się innych osób dorosłych (Milewski, Kaczorowska-Bray, 2015). W przypadku starzenia się fizjologicznego gerontologopedia wyjaśnia rozwojowe zmiany związane z jakością realizowanych funkcji komunikacyjnych, również w kontekście zmian cywilizacyjnych. W przypadku starzenia się patologicznego - wskazuje drogi postępowania diagnostycznego zjawisk patologii mowy i języka, jak również metody pracy z pacjentem (Milewski, Kaczorowska-Bray, Kamińska, 2016).

26 Obecnie w logopedii trudno o normy mowy u osób w wieku senioralnym. Można zauważyć, że są one aktualnie tworzone.

Stierin (2013) wyszczególnia cechy komunikowania się osób starszego pokolenia, do których zalicza:

1. Funkcje kontaktowania się – podstawową funkcją komunikowania się u starszych ludzi jest podtrzymywanie językowego kontaktu, którego celem jest nawiązanie i podtrzymywanie kontaktów społecznych (por. funkcja fatyczna języka).
2. Zakres kontaktowania się – osoby starsze nie lubią krótkich interakcji. Krótka rozmowa jest przez nich traktowana jako brak szacunku. Lubią konwersację niespieszną, nieograniczoną ramami czasowymi.
3. Tempo mowy – dla osób starszych charakterystyczne jest zwolnione tempo mowy. Mówią bez pośpiechu, zagłębiając się zwykle w szczegóły, co wymaga od rozmówcy cierpliwości i czasu.
4. Krąg kontaktów – ludzie starsi są nastawieni na kontaktowanie się przede wszystkim z rozmówcami w swoim wieku. Lubią rozmawiać z rówieśnikami o podobnym doświadczeniu językowym. Jednak ci, którzy wcześniej, np. z racji wykonywanego zawodu, nabyli odpowiednie doświadczenie, lubią występować przed osobami młodszymi i dzielić się z nimi historią swego życia i swojej drogi życiowej. Przebywając w kręgu rodzinnym chętnie rozmawiają z jej najmłodszymi członkami, którzy są dobrym źródłem informacji o świecie.
5. Komunikacyjne zainteresowania i potrzeby – ulubioną tematyką ludzi starych jest przeszłość i własne doświadczenia życiowe. Wspomnienia dostarczają im swego rodzaju „strefy bezpieczeństwa”. Dla wspomnień jest charakterystyczne idealizowanie tego, co było (stare dobre czasy). Bardzo istotna jest dla nich możliwość przekazywania doświadczenia – lubią się nim dzielić, udzielać rad, objaśniać młodszym, jak i co należy robić. Natomiast w kontakcie z rówieśnikami starsze pokolenie często gra w grę „Starzy ludzie teraz nie są nikomu potrzebni”. Żalą się i szczegółowo sobie opisują, jak teraz trudno żyć. Wielu z nich w takich sytuacjach obiecuje swoim bliskim, że szybko umrą i uwolnią otoczenie od kłopotów z nimi związanych. U części osób starszych obserwuje się nawiązywanie do tematów religijnych czy wręcz ucieczkę w religię.
6. Maniera zachowywania się – stary człowiek z punktu widzenia osoby młodszej często mówi za długo, nie zawsze zachowując spójność tekstu i niezauważalnie dla siebie przechodzi z jednego tematu do drugiego.
7. Percepcja informacji przez starych ludzi – są głęboko przekonani o prawdziwości informacji, z którymi stykają się np. w prasie. Często wycinają więc odpowiednie artykuły z gazet i tworzą archiwa. Długo i uważnie słuchają radia. Telewizję wielu starszych ludzi uznaje za mało wartościowe źródło informacji. Wierzą w poglądy „specjalistów”, chętnie chodzą na publiczne spotkania ze znanymi ludźmi, specjalistami z różnych dziedzin i zwykle głęboko wierzą w uzyskane tam informacje, które przekazują znajomym i członkom rodziny.
8. Percepcja wypowiedzi innych i reakcja komunikacyjna - lepiej rozumieją wolną mowę, a szybką przestają w ogóle odbierać i oceniają ją negatywnie, jako przejaw bezmyślności i głupoty mówiącego. Negatywnie reagują, gdy rozmówca podczas rozmowy z nimi nie poświęca im swojej uwagi albo robi to częściowo. Dla starszego człowieka ma to istotne znaczenie podczas interakcji – jeśli rozmówca nie uczestniczy w konwersacji z pełną uwagą, często przerywają rozmowę (Milewski, Kaczorowska-Bray, Kamińska, 2016, s. 171-172).

Komunikacja jest istotnym przejawem ludzkiej aktywności. Komunikacja społeczna, relacje z

innymi osobami odgrywają znaczącą rolę w rozwoju człowieka. Daje szanse na poznanie i zrozumienie innych, koreluje z poczuciem tożsamości i obrazem własnej osoby, a także zaspokaja potrzeby przynależności, akceptacji, szacunku i uznania (Gebreselassie, Godlewska, 2017). Komunikacja z osobami starszymi jest zazwyczaj trudniejsza niż z osobami w wieku młodszym (Milewski, Kaczorowska-Bray, Kamińska, 2016). Antoni Kępiński (2002) zauważył, że właściwa postawa wobec pacjenta jest najistotniejszym momentem postępowania medycznego wpływającym zarówno na sam efekt, jak i całe leczenie. Kluczową zatem kwestią w kontakcie z pacjentem (i nie tylko) jest podejście lekarza, terapeuty, sposób traktowania pacjenta, chęć porozumienia się z nim, komunikacji. Zdaniem Kępińskiego - jeśli lekarz nawiąże z pacjentem prawidłową komunikację, zaistnieje między nimi relacja terapeutyczna i możliwe będzie dążenie do wspólnego celu. Do kontaktu z osobą w podeszłym wieku potrzeba osób zarażających wewnętrznym uśmiechem, a odpowiednia postawa osób zajmujących się ludźmi starszymi, zmiana nastawienia do leczenia seniorów – zapowiada sukces (Antoszevska, Bartnikowska, 2016).

Do takiego podejścia należałoby uwzględnić również wskazania – ogólne zasady komunikowania się z osobami starszymi, jakie formułuje Stierin (2013):

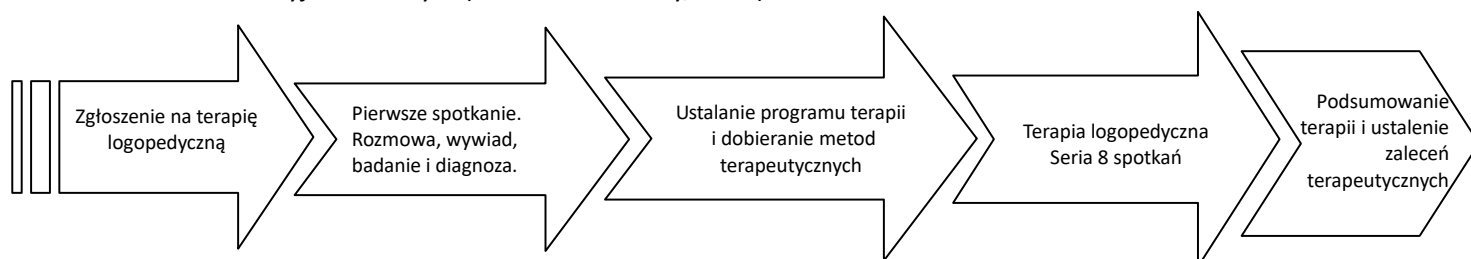
- bezwarunkowe okazywanie szacunku przedstawicielom starszego pokolenia, niezależnie od ich sytuacji życiowej, stanu zdrowia czy możliwości percepcyjnych; podkreślanie szczerego zainteresowania nimi i chęci pomocy; uspokajanie i obietnice pomocy osobom w wieku senioralnym w różnych sytuacjach życiowych („razem poradzimy sobie/damy sobie radę”);
- stwarzanie możliwości wypowiedzania się na wybrane przez te osoby tematy; aprobowanie i wspieranie ich działań i zainteresowań;
- prowokowanie do opowieści o swoim życiu, do snucia wspomnień; nawiązywanie do osobistych i społecznych doświadczeń ludzi starszych oraz do faktów historii, wydarzeń, świadkami których byli starzy ludzie;
- uważne wysłuchanie z uwzględnieniem, że często osoby starsze w rozmowie stwarzają własny rytm rozmowy, kompensując niedostatki kontaktowania się z otoczeniem;
- demonstrowanie uwagi i zainteresowania, m.in. poprzez utrzymywanie kontaktu wzrokowego, potakiwanie, zgadzanie się, powtarzanie wypowiedzianych przez nie fraz; poszanowanie skłonności do niezmienniania swoich poglądów typowej dla większości ludzi starych;
- pytanie osób starszego pokolenia o radę – dzięki takim sytuacjom zyskują one poczucie bycia użytecznymi;
- podejmowanie prób zainteresowania ich nowościami i wydarzeniami np. z życia kulturalnego, politycznego czy naukowego;
- prenumerowanie im prasy i nawiązywanie w rozmowie do treści, które się w gazetach i czasopiśmie znalazły; podsuwanie starszym osobom książek i broszur, które byłyby one w stanie przeczytać;
- stwarzanie możliwości kontaktowania się z osobami spoza najbliższego kręgu rodzinnego, na przykład zapraszanie gości w ich wieku, ale zachęcanie także do kontaktowania się z osobami młodszymi;
- wystrzeżenie się krótkich rozmów – optymalny czas jednorazowej rozmowy z człowiekiem starszym powinien wynosić 25-30 minut;

- zajmowanie się stroną moralno-etyczną omawianych zagadnień, wydarzeń; – mówienie prościej, zrozumialej i wolniej, stosownie do możliwości percepcyjnych odbiorcy (np. nie używać „uczonych” i obcych słów, nieznanymi terminów); wykorzystywanie porównań ułatwiających zrozumienie przekazywanych informacji, a także powiedzonek, przysłów, narodowych mądrości (Milewski, Kaczorowska-Bray, Kamińska, 2016).

II. Rola i zadania logopedy w ramach Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach

Zaangażowanie logopedy w projekt Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach jest krokiem zgodnym z najnowszymi trendami rozwoju logopedii w Polsce. W sytuacji wystąpienia zaburzeń mowy, komunikowanie się jest utrudnione, nie oznacza to jednak, że osoba z trudnościami nie ma potrzeby nawiązania dialogu. Logopeda to osoba, która może stworzyć możliwości do jego powstania.

Gerontologopeda, pracujący z osobami z chorobą Alzheimera i z otępieniem, powinien w swoim działaniu diagnostyczno-terapeutycznym uwzględniać wszystkie funkcje poznawcze, czyli procesy percepcyjno-motoryczne, uwagę, pamięć, język i myślenie. Celem gerontologopedy powinno być zminimalizowanie komunikacyjnych problemów osób starych oraz uczynienie ich życia komunikacyjnie znośnym (Kaczorowska-Bray, 2017).



a) Wśród zadań logopedy w ramach SCOPO wyróżnia się:

- prowadzenie diagnozy zaburzeń mowy; zaburzeń komunikacji; dysfagii;
- w razie potrzeby - konstruowanie narzędzi diagnostycznych;
- stosowanie komunikacji alternatywnej i wspomagającej dorosłych w zależności od gotowości i potrzeb podopiecznych;
- tworzenie programów terapii;
- restytucja mowy w możliwym do osiągnięcia zakresie;
- prowadzenie terapii połykania w sytuacji dysfunkcji;
- organizowanie współpracy i współdziałania ze specjalistami ze SCOPO oraz edukowanie opiekunów w zakresie prawidłowego postępowania z chorym.

b) Organizacja terapii logopedycznej

Indywidualny plan usprawniania logopedycznego obejmuje: 8 wizyt terapeutycznych; częstotliwość wizyt logopedycznych w ciągu tygodnia jest ustalona i wynosi 1 do 2 wizyt w tygodniu. Na wniosek logopedy lub innego członka interdyscyplinarnego zespołu SCOPO istnieje możliwość zwiększenia lub zmniejszenia liczby wizyt przez koordynatora SCOPO. Plan wizyt składałby się z wizyty diagnostycznej

(jednej lub maksymalnie dwóch), wizyt terapeutycznych (6-7 wizyt) oraz wizyty edukującej opiekuna i podsumowującej proces terapeutyczny.

c) Kodeks etyczny logopedy

Logopeda pracującego z podopiecznymi SCOPO obowiązuje Kodeks etyczny logopedy. Logopeda zobowiązany jest do:

- zachowania tajemnicy dotyczącej wszelkich danych pacjenta i jego rodziny;
- poszanowania praw i indywidualności pacjenta otępiennego;
- dbania o bezpieczeństwo pacjenta otępiennego oraz osób otaczających;
- zapewnienia opieki podczas zajęć;
- odnoszenia się z szacunkiem, tolerowania nawyków i przyzwyczajeń podopiecznego i jego rodziny;
- adekwatnego dostosowania metod terapii;
- stosowania materiałów dostosowanych do pacjenta otępiennego, do jego wieku, pełnionej funkcji i zainteresowań;
- okazywania zrozumienia i cierpliwości w kontakcie z pacjentem otępiennym
- zachowania stabilności i jednostajności w relacji z pacjentem otępiennym
- bycia w stałym kontakcie z opiekunem, omawiania problemów i jasnego przedstawiania wszelkich zasad prowadzenia zajęć.

d) Realizacja zadań logopedy

Podstawową rolą logopedy pracującego z podopiecznymi SCOPO podczas pierwszego spotkania jest przeprowadzenie rozmowy z pacjentem oraz wywiadu z opiekunem. Istotne jest aby dopasować sposób formułowania pytań do możliwości pacjenta oraz członka rodziny. Wśród narzędzi diagnostycznych, które logopeda może wykorzystywać w pracy z pacjentami SCOPO wymienia się:

- Metody badania afazji Jadwigi Szumskiej
- Mówię i rozumiem. Test do badania mowy dorosłych Aleksandry Sadowskiej-Krajewskiej
- KWESTIONARIUSZ DIAGNOSTYCZNY zaburzeń mowy ze szczególnym uwzględnieniem afazji i dysartrii dla młodzieży i dorosłych Katarzyny Szłapy, Iwony Tomasik, Sławomira Wrzesińskiego
- SODA – Skala oceny dynamiki afazji Marleny Puchowskiej
- Kwestionariusz oceny dysartrii Izabeli Gatkowskiej
- Kwestionariusz oceny dysartrii Olgi Jauer-Niworowskiej
- Gugging Swallowing Screen – GUSS
- Kwestionariusz przesiewowy Eating Assessment Tool (EAT-10).

Celem pierwszego spotkania powinno być ustalenie zasadności prowadzenia terapii i ustalenia jej celu. Po pierwszym spotkaniu logopeda w ramach przygotowań do terapii indywidualnie dobiera metody terapii oraz narzędzia terapeutyczne.

Logopeda prowadzący terapię wśród podopiecznych SCOPO winien mieć bardzo dobre umiejętności diagnozowania zaburzeń oraz dopasowywania metod terapii. Niezbędna jest wiedza z zakresu następujących zaburzeń: afazja, dysartria/anartria oraz dysfagia²⁷. Ponadto najczęstszymi

²⁷ Jedną z najpowszechniej prezentowanych przez logopedów jest definicja afazji autorstwa Mariusza Maruszewskiego (1974, s. 6–7), zgodnie z którą afazja to spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności (nadawania i odbioru) mowy u człowieka,

dolegliwościami seniorów, jeśli chodzi o funkcjonowanie aparatu mowy, są:

- chrypka (okresowa lub stała), związane z nią uczucie zawadzenia w gardle,
- męczliwość głosu (przy dłuższych wypowiedziach, opowiadaniu bądź głośnym czytaniu pojawia się kaszel, odchrząkiwanie, drżenie głosu, głos cichnie),
- zawężenie skali głosu (trudności ze śpiewaniem, intonacją) – u pań: obniżenie, a u panów: podwyższenie głosu,
- zmniejszenie dźwięczności głosu (głos zachrypnięty, matowy),
- obniżenie natężenia głosu (głos cichy, bezbarwny, tworzony z wysiłkiem),
- trudności oddechowe – zmniejszenie pojemności płuc, współwystępujące choroby np. astma, oddech płytki, częsty, brak prawidłowego ciśnienia do wytworzenia prawidłowo brzmiącego głosu (Brych, 2019).

Logopeda prowadzący terapię afazji powinien korzystać z dostępnych pomocy dydaktycznych, zdjęć, przedmiotów rzeczywistych. Przykładem takich pomocy są: Dać rzeczy słowo; Materiały do terapii afazji: owoce, warzywa, ubrania, posiłki; Chcę mówić – Barbary Ster-Daszewskiej, Terapia funkcji poznawczych WiR.

Z zakresu terapii dysartrii oraz dysfagii logopeda powinien być zaopatrzony w szereg pomocy usprawniających narządy jamy ustnej. Do takich należą:



Wibrator logopedyczny – ze szpatułkami

który uprzednio opanowywał te czynności. Dyzartria to zespół zaburzeń oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych, spowodowanych uszkodzeniem ośrodków i dróg unerwiających aparat mowy (Tłokiński, 2005). Dysfagia oznacza uczucie utrudnionego pasażu pokarmu przez jamę ustną, gardło i przełyk do żołądka (Gadowska-Cicha i in., 2004, s. 101).



Kubek 360 stopni w terapii picia



Żel ułatwiający połykanie tabletek

Istotnym elementem pracy logopedy jest również instruowanie opiekunów w zakresie pielęgnacji jamy ustnej. Do tego wykorzystywane były:



Szpatułka do mycia jamy ustnej



Szczoteczka do jamy ustnej z odsysaniem

Ponadto zadaniem logopedy w przypadku występowania nadmiernego napięcia w okolicach sfery orofacjalnej, szczękocisku lub wiotkości jest wykonywanie masażu logopedycznego. Celem masażu logopedycznego jest usprawnienie motoryki narządów artykulacyjnych, zmniejszenie nadwrażliwości okolic jamy ustnej i śluzówki, zapobieganie nadmiernemu ślinieniu się. Ponadto masaż pomaga w jedzeniu i picciu.

Zalecane jest sięganie do czynności wspomagających terapię: granie na instrumentach, oglądanie zdjęć, układanie klocków, stosowanie karaoke, śpiewoterapię.

e) **Zasady pracy logopedy z pacjentem otępiennym**

- Zasada odbywania terapii w godzinach, podczas których aktywność pacjenta jest wysoka
- Zasada indywidualizacji zakłada indywidualne podejście do każdego pacjenta. Program terapii powinien być opracowany do konkretnego pacjenta i pod kątem jego osobistego problemu oraz rodzaju zaburzenia, środki, metody i pomoce powinny być dostosowane do możliwości psychofizycznych pacjenta
- Zasada wykorzystania w procesie terapii wszelkich możliwości pacjenta zakłada, że należy angażować maksymalną liczbę zmysłów i wykorzystywać posiadane przez pacjenta umiejętności
- Zasada kompleksowego oddziaływania – dbanie o aspekt emocjonalny, poznawczy i społeczny pacjenta.
- Zasada aktywnego i świadomego udziału - pacjent musi czuć potrzebę ćwiczeń i rozumieć konieczność udziału w zajęciach. Wskazane jest zatem pobudzanie jego zainteresowania terapią, podnoszenie poziomu motywacji, stosowanie jak najczęściej wzmocnień pozytywnych (nagrody i pochwały).
- Zasada współpracy z najbliższym otoczeniem zakłada, że pacjent i jego najbliższe otoczenie mają prawo do rzetelnej informacji na temat rodzaju, stopnia i przyczyn zdiagnozowanych zaburzeń oraz omówienia programu i sposobu terapii, czasu jej trwania, przewidywanych efektów.

- Zasada systematyczności zakłada rytmiczność i systematyczność ćwiczeń według z góry określonych schematów, zgodnych z metodyką pracy logopedycznej.
- Zasada stopniowania trudności zakłada, że terapię zawsze należy rozpoczynać od ćwiczeń najłatwiejszych dla danego pacjenta przechodząc kolejno do coraz trudniejszych, mniej znanych i nowych.

III. Ocena innowacyjności modelu ŚCOPO w odniesieniu do pracy logopedy

Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach proponuje terapię logopedyczną pacjenta z chorobą otępienną. Metody stosowane przez logopedę są dostosowane do aktualnych możliwości poznawczych chorego z otępieniem, do jego schorzeń współistniejących, do warunków środowiskowych w jakich podopieczny przebywa i do aktualnych problemów z jakimi się zmagają. Objęcie pacjenta opieką logopedyczną staje się szansą na stworzenie dialogu, daje możliwość komunikowania się oraz usprawnia akt jedzenia.

Innowacyjność pomocy logopedycznej:

- a) terapia świadczona w warunkach domowych zwiększa szansę pacjenta na utrzymanie
- b) umiejętności komunikacyjnych.
- c) terapia prowadzona w domu daje szansę na usprawnianie procesu połykania.
- d) proponowana terapia logopedyczna usprawni komunikowanie się pacjenta z jego rodziną.
- e) domowa terapia pacjenta z chorobą otępienną w ramach ŚCOPO ma na celu aktywizację pacjenta poprzez wdrożenie ćwiczeń logopedycznych z zakresu mowy i połykania.

Waldemar Tłokiński i Henryk Olszewski (2015, s. 246) sformułowali dyrektywę, która powinna przyświecać logopedom pracującym z osobami starszymi: „Utrzymywanie kondycji komunikacyjnej u osób starszych stanowi najważniejszą drogę chronienia ich przed dotkliwymi skutkami komunikacyjnego osamotnienia i jest ważnym warunkiem poprawy poczucia ich jakości życia. W każdym przypadku logopeda nawiązujący kontakt terapeutyczny z osobą starszą, realizuje interakcję komunikacyjną, staje się więc równoważnym partnerem komunikacyjnym, bez względu na zaplanowane działania profesjonalne”.

Korzystanie z tabletu przez osoby uczestniczące w projekcie SCOPO jest próbą nauczenia nowej formy komunikacji. Rozmowa dokonywana przez tablet daje możliwość podopiecznym „spotkania się” z osobą dzwoniącą. Możliwość widzenia twarzy osoby dzwoniącej jest zjawiskiem ułatwiającym ogólną komunikację.

W trakcie zajęć logopedycznych tablet może być wykorzystywany jako narzędzie wykonywania różnych zadań: gra w pamięć, dopasowywanie elementów, ćwiczenia z zakresu emisji głosu. Używanie tabletu daje poczucie ciągłego uczenia się, o z perspektywy osób z chorobą otępienną może mieć istotne znaczenie.

Nowością proponowaną w modelu usprawniania chorych z otępieniem jest możliwość wykorzystywania pomocy logopedycznych w postaci kubków do picia, wibratorów logopedycznych, szczoteczek z odsysaniem. Ponadto zachodzi proces edukacji opiekunów w zakresie pielęgnacji jamy ustnej pacjentów. Terapia logopedyczna w domach pacjentów z chorobą otępienną w ramach ŚCOPO łączy ze sobą aktywność psychiczną i trening motoryczny.

Literatura:

Antoszevska B., Bartnikowska U. (2016), Człowiek w podeszłym wieku w roli pacjenta. Kontakt z lekarzem, GERONTOLOGIA POLSKA, 24, 290-296

Brych A. (2019), Teatrzyk amatorski w Domu Seniora, czyli gerontologopedia za kurtyną, Forum logopedy, NR 34.

Gebreselassie J., Godlewska D., (2017), Komunikacja językowa osób starszych. Język. Religia. Tożsamość1 (15) s. 21-33

Kaczorowska-Bray K., (2017), Gerontologopedia, czyli starość w perspektywie logopedycznej konteksty społeczne, Tom 5, Nr 1 (9), 140-141

Kępiński A. (2002). Poznanie chorego. Warszawa: Wydawnictwo Literackie

Milewski S., Kaczorowska-Bray K., (2014), Czy jest potrzebna gerontologopedia? Późna dorosłość z perspektywy logopedycznej, [w:] Nowa Logopedia, t. 5., Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych, red. M. Michalik, Kraków, s. 13-26;

Pluta-Wojciechowska D. (2014) Gerontologopedia, FORUM LOGOPEDYCZNE Nr 22/2014, s. 9-14.

Stewart J. (2007), Idea książki, (w:) J. Stewart (red.), Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Tłokiński W. (1990), Mowa ludzi u schyłku życia, Warszawa, PWN

Turnus rehabilitacyjno-wypoczynkowy – opieka wytchnieniowa

Organizacja wyjazdu poza codzienne środowisko istotnie wpływa na polepszenie funkcjonowania rodzin, które dotyka choroba otępienna. Korzyści z organizacji tego typu wsparcia to: wypoczynek fizyczny i psychiczny opiekuna, integracja społeczna chorych i opiekunów, aktywizacja poznawcza, fizyczna i społeczna chorych. Istotą tego typu wsparcia jest opuszczenia środowiska domowego, w którym uczestnicy przebywają od lat oraz zapewnienie odpoczynku głównemu opiekunowi (badania oraz doświadczenie kliniczne wskazuje na fakt, iż opiekunowie rodzinni nie mają czasu na odpoczynek, przez co znacząco pogarsza się ich zdrowie i funkcjonowanie a przez to możliwości sprawowania odpowiedniej opieki nad chorym).

Podstawowe parametry:

1. Uczestnikami wyjazdu są chorzy na choroby przebiegające z otępieniem oraz ich opiekunowie (12 rodzin, 24 osoby w tym 12 chorych na choroby otępienne i 12 opiekunów faktycznych).
2. Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia środka transportu do i z miejsca odbywania,
3. Wykonawca zapewni wsparcie ze strony wykwalifikowanego personelu, posiadającego kwalifikacje i wiedzę na temat chorób otępiennych: min. 1 pielęgniarki, min. 2 terapeutów zajęciowych, min. 2 wykwalifikowanych opiekunek/opiekunów (opiekun medyczny, opiekun osoby niepełnosprawnej, opiekun środowiskowy lub osoba z udokumentowanym doświadczeniem w opiece nad osobami chorującymi otępiennie), min. 1 fizjoterapeuty, min. 1 psychologa oraz koordynatora odpowiedzialnego także za planowanie i realizację usług kulturalno-oświatowych.
4. Wykonawca zapewni realizację wsparcia fizjoterapeutycznego każdemu choremu.
5. Wykonawca zapewni zakwaterowanie (pokoje dwuosobowe) w pomieszczeniach dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych (pokoje z pełnym węzłem sanitarnym).
6. Wykonawca zapewni w obiekcie do dyspozycji sale do prowadzenia zajęć z chorymi oraz wydzielone miejsce na stołówce, opcjonalnie osobna stołówka.
7. Wykonawca zapewni wyżywienie (śniadanie, obiad, kolacja oraz poczęstunek podczas zajęć z chorymi), – jadłospis dostosowany do potrzeb uczestników w zakresie specjalistycznej diety (w razie potrzeby).
8. Wykonawca zapewni ubezpieczenie NNW dla uczestników wyjazdu.
9. Wykonawca zapewnia materiały potrzebne do realizacji zajęć terapeutycznych.
10. Wykonawca w godzinach 09:15- 13:15 zapewni chorym opiekę terapeutyczną (prowadzone są zajęcia aktywizacyjne: trening funkcji poznawczych, zajęcia manualne, integracyjne, arteterapia, muzykoterapia, terapia ruchem, aktywizacja fizyczna) i pomoc opiekunek/opiekunów.
11. Wykonawca w czasie 7-dniowego pobytu w godzinach popołudniowych zapewnia minimum 2 spotkania integracyjne w formie: spacerów, biesiad, zabaw tanecznych itp.

12. W trakcie pobytu Wykonawca zorganizuje jedną wycieczkę krajoznawczą do miejsca znajdującego się w promieniu maksymalnie 80 km od miejsca odbywania się turnusu.
13. Uczestnicy podczas wyjazdu będą mieli możliwość skorzystania ze wsparcia psychologa.
14. Opiekunowie podczas wyjazdu będą mieli możliwość skorzystania z pomocy pielęgniarki i opiekunek/opiekunów (2 os.) w wykonywaniu przy chorych czynności pielęgnacyjnych i/lub samoobsługowych.
15. Wykonawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji przebiegu turnusu. tj. list obecności, programów zajęć, sprawozdania podsumowującego przebieg całego turnusu.
16. Zamawiający przeprowadzi proces kwalifikacji do udziału w turnusie biorąc pod uwagę predyspozycje Uczestników, ich stan zdrowia somatycznego i psychicznego oraz inne okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla realizacji wsparcia i bezpieczeństwa uczestników.

HARMONOGRAM TURNUSU

Godzina	Aktywność Uczestników	Personel zaangażowany	Inne informacje	Aktywność Opiekunów	Personel zaangażowany	Inne informacje
Dzień 1						
12.00 13.00	Przyjazd do ośrodka i zakwaterowanie					
13.00	Obiad					
13.30 15.00	Spotkanie Uczestników i Opiekunów z koordynatorem oraz personelem	Koordynator Psycholog Pielęgniarka Asystenci osoby niepełnosprawnej	Spotkanie organizacyjne; przedstawienie kadry, omówienie planu turnusu etc. Zajęcia o charakterze integracyjnym	Uczestniczą w spotkaniu z koordynatorem	-	-
15.00 16.00	Zajęcia grupowe z psychologiem	Psycholog Asystenci osoby niepełnosprawnej	Zajęcia o charakterze integracyjnym, wzmacniające poczucie bezpieczeństwa, budujące więź.	Spotkanie z pielęgniarką	Pielęgniarka	Ankieta dot. stanu zdrowia Uczestników Wywiad Omówienie współpracy
16.00 17.30	Konsultacje indywidualne z pielęgniarką i psychologiem	Pielęgniarka Psycholog	Pozostali uczestnicy są w tym czasie pod opieką asystentów (gry, zabawy, rozmowy) (do godziny 17.15)	czas wolny		-

Godzina	Aktywność Uczestników	Personel zaangażowany	Inne informacje	Aktywność Opiekunów	Personel zaangażowany	Inne informacje
17.15 18.00	czas wolny, spacer, odpoczynek					
18.00	Kolacja + czas wolny					
Dzień 2						
7.45 8.30	Pomiar ciśnienie i ocena ogólnego stanu zdrowia	Pielęgniarka	Na terenie pokoju Uczestnika celem zapewnienia poczucia komfortu i intymności	-	-	-
8.30 9.00	Śniadanie					
9.15. 13.15	Terapia zajęciowa	Terapeuta zajęciowy Asystenci osoby niepełnosprawnej	Arteterapia Podczas zajęć: dostęp do kawy i ciastek	Konsultacje indywidualne z psychologiem		
13.30 14.00	Obiad					
14.00 18.00	Konsultacje indywidualne	Fizjoterapeuta Psycholog	Uczestnicy, którzy w danym momencie nie korzystają z konsultacji są pod opieką asystentów osoby niepełnosprawnej oraz pielęgniarki (do godziny 17.15)	Do wyboru: czas wolny/uczestnictwo w zajęciach z plenerowych		
17.15 18.00	czas wolny, spacer etc					
18.00	Kolacja + czas wolny po kolacji					
Dzień 3						
7.45 8.30	Pomiar ciśnienie i ocena ogólnego stanu zdrowia	Pielęgniarka	Na terenie pokoju Uczestnikana celem zapewnienia poczucia komfortu i intymności	-	-	
8.30 9.00	Śniadanie					
9.15. 13.15	Zajęcia z terapeutą zajęciowym	Terapeuta zajęciowy Asystenci Pielęgniarka	muzykoterapia	Konsultacje indywidualne z psychologiem		

Godzina	Aktywność Uczestników	Personel zaangażowany	Inne informacje	Aktywność Opiekunów	Personel zaangażowany	Inne informacje
13.30 14.00	Obiad					
14.00 18.00	Konsultacje indywidualne ze specjalistami	Fizjoterapeuta Psycholog (do 16.00)	Uczestnicy, którzy nie korzystają z konsultacji indywidualnych są pod opieką Asystentów i uczestniczą w grach etc (do godziny 17.15)	czas wolny		
	-	-		16.15 - 17.15 warsztat z psychologiem	psycholog	Jak domowymi metodami usprawnić procesy poznawcze?
17.15 18.00	czas wolny, spacer etc					
18.00	Kolacja					
18.45	Pokaz tańca, nauka tańca					
Dzień 4						
7.45 8.30	Pomiar ciśnienie i ocena ogólnego stanu zdrowia	Pielęgniarka	-	-	-	
8.30 9.00	Śniadanie					
9.15. 13.15	Terapia zajęciowa	Terapeuta zajęciowy Asystenci Pielęgniarka	arteterapia	Czas wolny		
13.30 14.00	Obiad					
14.00 powrót ok 17.30	Wycieczka do Wioski Ginących Zawodów (pielęgniarka, asystenci, psycholog)					
18.30	Kolacja					
Po kolacji	Czas wolny					
Dzień 5						
7.45 8.30	Pomiar ciśnienia i	Pielęgniarka	na terenie pokoju Uczestnika	-	-	-

Godzina	Aktywność Uczestników	Personel zaangażowany	Inne informacje	Aktywność Opiekunów	Personel zaangażowany	Inne informacje
	ocena ogólnego stanu zdrowia					
8.30 9.00	Śniadanie					
9.15. 13.15	Terapia zajęciowa	Terapeuta zajęciowi Asystenci	choreoterapia	Warsztaty z pielęgniarzką 10.00 – 11.00	Pielęgniarka	„Pierwsza pomoc przy skaleczeniach”
13.30 14.00	Obiad					
14.00 15.00	Zajęcia grupowe z fizjoterapeuta	Fizjoterapeuta	Uczestnicy, którzy w danym momencie nie korzystają z konsultacji są pod opieką asystentów osoby niepełnosprawnej oraz pielęgniarce	czas wolny		
15.00 16.45	Konsultacje indywidualne z fizjoterapeutą			14.00 - 16.30 konsultacje indywidualne z psychologiem		
16.45 17.30	Atrakcja: dogoterapia					
18.00	Kolacja					
Po kolacji	Czas wolny					
Dzień 6						
7.45 8.30	Pomiar ciśnienie i ocena ogólnego stanu zdrowia	pielęgniarka	na terenie pokoju Uczestnika	-	-	
8.30 9.00	Śniadanie					
9.15. 13.15	Terapia zajęciowa	Terapeuta zajęciowy Asystenci	arteterapia	Czas wolny		
13.30. 14.00	Obiad					
14.00 16.00	Konsultacje indywidualne z psychologiem	Psycholog	Podczas zajęć z indywidualnych uczestnicy są pod opieką Asystentów 14.00 - 16.00	Warsztaty z pielęgniarzką (14.00 - 15.00)	pielęgniarka	Jak radzić sobie w sytuacji przegrzania, odwodnienia etc”

Godzina	Aktywność Uczestników	Personel zaangażowany	Inne informacje	Aktywność Opiekunów	Personel zaangażowany	Inne informacje
16.30 18.00	Uroczyste podsumowanie turnusu - kawa, tort - konkursy Etc.					
18.00	Kolacja					
Po kolacji	Czas wolny					
Dzień 7						
7.45 8.30	Pomiar ciśnienia i ocena ogólnego stanu zdrowia	pielęgniarka				
8.30 9.00	Śniadanie					
9.15. 12.00	Zajęcia z psychologiem dla Uczestników i Opiekunów + Asystenci i Pielęgniarka					
12.00 13.00	Czas na pakowanie, działania organizacyjne					
13.30. 14.00	Obiad					
14.15	Wyjazd					

**REGULAMIN UDZIAŁU W TURNUSIE TERAPEUTYCZNO-REHABILITACYJNYM
ORGANIZOWANYM
W RAMACH PROJEKTU
„Kujawsko-Pomorskie Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej
w Otępieniach”**

Niniejszy regulamin określa zasady udziału w jednej edycji programu wsparcia o charakterze terapeutyczno-rehabilitacyjnym w ramach projektu „Kujawsko-Pomorskie Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach”, realizowanego w ramach działania 4.1 Innowacje społeczne Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.

§ 1

Zasady organizacji turnusu

1. Turnus ma formę 7-dniowego (6 noclegów) turnusu łącznie dla 24 osób, Uczestnikami wyjazdu są chorzy na choroby przebiegające z otępieniem oraz ich opiekunowie (12 rodzin, 24 osoby w tym 12 chorych na choroby otępienne i 12 opiekunów faktycznych).
2. Organizator turnus świadczy usługi opiekuńcze w formie zajęć stacjonarnych w miejscu realizacji

turnusu:

3. W ramach turnusu udziela się wsparcia terapeutycznego dla opiekunów faktycznych osób niesamodzielnymi oraz aktywizacji w sferze fizycznej, intelektualnej oraz społecznej dla osób niesamodzielnymi (chorujących na zaburzenia otępienne).
4. Organizacja turnusu oraz zakres i poziom świadczonych w nim usług uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa Uczestników zajęć (także Opiekunów faktycznych) oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności.
5. W ramach realizowanego turnusu Organizator oferuje swoim podopiecznym w szczególności:
 - a) zaspokojenie potrzeb życiowych, m.in. poprzez zapewnienie miejsca do bezpiecznego i godnego spędzania czasu;
 - b) usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne, w tym pomoc w utrzymaniu higieny osobistej w godzinach 8.15-17.45 (poza dniem przyjazdu oraz wyjazdu uczestników);
 - c) trzy posiłki dziennie (śniadanie ok. 8.30, obiad ok. 13.00, kolacja około godz. 18.00);
 - d) umożliwienie udziału w zajęciach terapeutycznych (plastycznych, muzycznych, wspierających ruchowo, psychologicznych) dla Uczestników oraz Opiekunów faktycznych;
 - e) możliwość udziału w imprezach/aktywnościach kulturalnych, rekreacyjnych i towarzyskich;
 - f) pomoc w rozwinięciu i wzmacnianiu aktywności oraz samodzielności życiowej;
 - g) pomoc psychologiczną, poradnictwo i wsparcie w rozwiązywaniu trudnych sytuacji życiowych.
6. Organizator do realizacji swoich zadań zapewnia fachową opiekę specjalistów m.in. fizjoterapeuty, psychologa, pielęgniarki, terapeutów zajęciowych, asystentów osoby niepełnosprawnej/opiekunów, którzy mają doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych.
7. Turnus rehabilitacyjny rozpoczyna się w dniu przyjazdu uczestników do miejsca realizacji turnusu (20 maja godz. 12.00) oraz kończy się w momencie wyjazdu uczestników (26 maja do godz. 14.00)
8. W przypadku osób uczestniczących w turnusie Organizator oraz zaangażowany personel nie bierze odpowiedzialności za ewentualne konsekwencje zdrowotne w zakresie przebywania uczestników w placówce nie wynikające z udziału w prowadzonych zajęciach.
9. W ramach organizowanego turnusu Uczestnikom zapewniany jest transport z i do miejsca realizacji turnusu dla wszystkich Uczestników oraz ich opiekunów faktycznych.

§ 2

Zasady transportu Uczestników

1. Podczas jazdy podopieczni mają obowiązek siedzieć w wyznaczonych miejscach.
2. Podopieczni wsiadają i wysiadają tylko w ustalonym wcześniej miejscu i o wyznaczonej godzinie (wg określonego rozkładu jazdy).
3. Podopieczni zobowiązani są do punktualnego stawienia się w miejscu odjazdu.
4. Przy wsiadaniu i wysiadaniu z pojazdu osoby przewożone zachowują szczególną ostrożność.
5. Opiekunowie faktyczni podopiecznych ponoszą odpowiedzialność za bezpieczeństwo dochodzących z miejsca zamieszkania do miejsca odjazdu aż do momentu wejścia do pojazdu oraz powracających po turnusie do domu od momentu wyjścia podopiecznego z pojazdu.

§ 3

Prawa Uczestników Turnusu

1. Poszanowania godności i prywatności oraz podmiotowego traktowania.
2. Korzystania ze wszystkich usług oferowanych przez Organizatora, świadczonych przez personel o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych.
3. Korzystania ze sprzętów i urządzeń przeznaczonych do wspólnego użytkowania.
4. Zachowania w tajemnicy spraw ich dotyczących.
5. Poszanowania ich praktyk religijnych i przekonań.
6. Uzyskania niezbędnej pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb realizowanych w ramach pobytu na turnusie.
7. Zgłaszania skarg i wniosków do Organizatora.
8. Współdecydowania w sprawach ich dotyczących.
9. Uczestnictwa we wszystkich zajęciach organizowanych w programie turnusu, jak też udziału w terapii zajęciowej oraz rehabilitacji mającej za zadanie utrzymanie dobrego stanu psychicznego i fizycznego osób, a także do udziału w imprezach rekreacyjnych organizowanych przez Organizatora
10. W przypadku rezygnacji z zajęć w trakcie trwania turnusu Uczestnik (lub w jego imieniu Opiekun faktyczny) zobowiązany jest do pisemnego złożenia oświadczenia dotyczącego przyczyn rezygnacji.
11. W przypadku rezygnacji z udziału w programie chory oraz opiekun zobowiązaniu są do organizacji własnego transportu celem powrotu do miejsca zamieszkania.
12. Korzystania ze wsparcia opiekuńczego w godzinach 8.45-17.45

§ 4

Obowiązki Uczestników Turnusu

1. Współdziałanie z personelem w zakresie realizacji terapii zajęciowej, rehabilitacji ruchowej oraz w innych zajęciach.
2. Przestrzeganie norm i zasad współżycia społecznego w miejscu realizacji turnusu oraz poza jego siedzibą podczas wyjazdów integracyjnych oraz imprez okolicznościowych, mówiących o tym, że:
 - a. Uczestnicy w czasie zajęć wspólnych uczestniczą aktywnie w zajęciach, adekwatnie do ich poziomu poznawczego, fizycznego oraz psychicznego stanu zdrowia.
 - b. Udział w zorganizowanych spotkaniach towarzyskich, imprezach okolicznościowych, zajęciach kulturalnych i terapeutycznych jest dobrowolny, osoby niebiorące w nich udziału zobowiązane są do niezakłócania tych spotkań.
 - c. Spożywanie posiłków odbywa się w wyznaczonym miejscu.
3. Przyczynianie się do dobrej atmosfery poprzez:
 - a. Poszanowanie godności osobistej pozostałych Uczestników oraz pracowników.
 - b. Zapobieganie konfliktom i nie prowokowanie podobnych sytuacji.
 - c. Zachowanie dyskrecji odnośnie osób biorących udział w turnusie i ich spraw.
4. Utrzymanie czystości, porządku w miejscu realizacji turnusu.
5. Przestrzeganie zasad bezpieczeństwa w czasie korzystania z różnych urządzeń elektrycznych i mechanicznych.
6. Przestrzeganie zakazu:

- a. Palenia tytoniu na terenie ośrodka, poza miejscami wyznaczonymi,
 - b. Przychodzenia pod wpływem alkoholu oraz innych środków odurzających, a także ich wnoszenie i spożywanie,
 - c. Wprowadzania osób postronnych i zwierząt na teren ośrodka bez zgody Organizatora
 - d. Stosowania przemocy (słownej i fizycznej).
7. Zapoznanie się i przestrzeganie przepisów BHP, przepisów przeciwpożarowych oraz zasad ustalonych w niniejszym Regulaminie.
 8. Powstrzymanie się od zachowań oraz form aktywności, które mogą potencjalnie zagrażać bezpieczeństwu oraz zdrowiu własnemu oraz bezpieczeństwu i zdrowiu innych uczestników.

§ 5

Opiekunowie faktyczni

1. Opiekunowie faktyczni to osoby pełnoletnie opiekujące się osobami niesamodzielnymi, niebędące opiekunami zawodowymi i niepobierające wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej będące członkami rodziny.
2. Organizator oferuje wsparcie opiekunom i osobom z otoczenia osób niesamodzielnych w formie:
 - a) warsztatów grupowych rozwijających m.in. kompetencje opiekuńcze, poznawcze, umiejętności interpersonalne, kształtujących relacje podopieczny - opiekun,
 - b) indywidualnego poradnictwa psychologicznego,
 - c) organizacji wydarzeń, aktywności o charakterze rekreacyjnym, turystycznym itp.
3. Opiekunowie mogą skorzystać ze wsparcia po wcześniejszym zapoznaniu się z zasadami uczestnictwa w projekcie.
4. Opiekunowie faktyczni są zobowiązani do posiadania z sobą leków oraz wymaganych stanem zdrowia podopiecznych środków higienicznych, kosmetycznych etc.
5. Za podawanie leków osobie chorej odpowiada opiekun faktyczny.

§ 6

Organizator w odniesieniu do Uczestników Projektu jest zobowiązany w szczególności do:

1. Tworzenia warunków umożliwiających realizację działań o charakterze terapeutycznym.
2. Zapewnienia Uczestnikom godnego pobytu i opieki.
3. Kształtowanie przyjaznego stosunku personelu wobec Uczestników.
4. Zapoznanie Uczestników z ich prawami i obowiązkami.

§ 7

Zasady regulujące wyjazdy na wycieczki, wyjścia w teren, zasady organizacji opieki itp. z Uczestnikami Projektu

1. Uczestnicy projektu mogą korzystać z usług w formie wyjazdów z personelem na wycieczki, konkursy, itp. w ramach terapii.
2. Wyjazdy realizowane są zgodnie z programem turnusu.
3. Podczas realizowania usług poza ośrodkiem, o których mowa wyżej, Uczestników obowiązuje przestrzeganie norm i zasad współżycia społecznego, w tym szczególna dyscyplina.
4. Organizator nie odpowiada za wszelkie negatywne konsekwencje (w zakresie zdrowia,

bezpieczeństwa uczestników), które wynikały ze stanu zdrowia uczestników oraz opiekunów, a które nie miały związku z działaniami (zajęciami, aktywnościami) realizowanymi w trakcie trwania projektu.

5. Organizator nie ponosi odpowiedzialności za bezpieczeństwo uczestników oraz opiekunów faktycznych poza godzinami organizowanego wsparcia terapeutycznego i rekreacyjnego (9.15-17.15)

§ 8

Postanowienia końcowe

Regulamin wchodzi w życie z dniem jego ogłoszenia.

1. Regulamin podlega aktualizacji. Zmiany niniejszego regulaminu dokonywane są w formie pisemnej i podawane do wiadomości poprzez wywieszenie na tablicy ogłoszeń w ośrodku, w którym organizowany jest turnus
2. Sprawy nieuregulowane w niniejszym Regulaminie rozstrzygane są przez Beneficjenta Projektu. Ostateczna interpretacja zapisów Regulaminu leży w kompetencji Beneficjenta Projektu.

.....
Data i podpis Uczestnika Projektu

ROLA INSTYTUCJI KULTURY W AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ OSÓB Z CHOROBYMI OTĘPIENNYMI I ICH RODZIN

Osoby z chorobą otępienną oraz ich rodziny są grupą zmarginalizowaną jako potencjalni uczestnicy życia kulturalnego danych społeczności lokalnych. Ze strony instytucji kultury brak jest konkretnych ofert przystosowanych dla tych osób pod kontem specyfiki choroby i jej przebiegu. W społeczeństwie brak również wiedzy na temat chorób otępiennych, funkcjonowania i potrzeb chorych i ich rodzin. Instytucje kultury poprzez sztukę i rekreację mogą stworzyć ciekawą ofertę zajęć terapeutycznych oraz rekreacyjnych będących alternatywnym sposobem spędzania czasu wolnego. Działania takie niwelują skutki choroby oraz odciążają rodziny osób chorych w sprawowanej opiece. Pozwalają także na reintegrację chorych ze społecznością lokalną, przeciwdziałają osamotnieniu i wykluczeniu społecznemu.

W ramach funkcjonowania ŚCOPO zostanie nawiązana współpraca z instytucjami kultury aby zmniejszyć izolację społeczną chorych i ich rodzin/opiekunów, przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu tej grupy oraz, dzięki aktywizacji, wpłynąć pozytywnie na poziom funkcjonowania chorych z otępieniem.

I. Instytucje kultury, które można zaangażować w aktywizację społeczną osób z chorobą otępienną oraz ich opiekunów :

- Miejskie i Gminne Ośrodki Kultury,
- Miejskie i Gminne Biblioteki Publiczne,
- Uniwersytety Trzeciego Wieku działające przy Ośrodkach Kultury, Bibliotekach i Uczelniach,
- Kina,
- Teatry,
- Galerie,
- Opery, Filharmonie,
- Agencje Artystyczne,
- Kluby muzyczne,
- Organizacje Pozarządowe,
- Media, TV, Prasa, Radio.

II. Cele i korzyści wynikające z zaangażowania instytucji kultury w działania na rzecz osób z chorobą otępienną i ich rodzin :

- aktywizacja osób z chorobami otępiennymi i ich rodzin,
- zwiększenie poziomu adaptacji osób chorych w środowisku lokalnym,
- niwelacja skutków choroby,
- podtrzymywanie istniejącej sprawności chorych otępiennie poprzez działania terapeutyczne,
- niwelacja zmęczenia i negatywnych doznań wśród opiekunów osób chorych,
- pozytywny wpływ na doznania estetyczne uczestników określonych form kulturalnych i terapeutycznych,
- stwarzanie alternatywy spędzania czasu wolnego,
- podnoszenie samooceny osób chorych i ich opiekunów,

- wzbudzanie aktywności,
 - organizacja form twórczego działania,
 - edukacja osób chorych, ich rodzin oraz społeczności lokalnej na temat chorób otępiennych, osób nimi dotkniętych i ich rodzin,
 - zapobieganie instytucjonalizacji,
 - organizacja form terapeutycznych i rekreacyjnych w tym szczególnie terapii przez sztukę,
 - zaspakajanie potrzeb intelektualnych, społecznych i kulturowych osób chorych i ich opiekunów,
- III. Proponowane kierunki działania instytucji kultury w celu dostosowania oferty do potrzeb i możliwości osób z chorobą otępienną i ich rodzin :**
6. Organizacja i prowadzenie kampanii społecznych na rzecz osób z chorobą otępienną i ich rodzin poprzez wydarzenia artystyczne połączone z elementami edukacyjnymi :
- celem tych oddziaływań jest zwiększenie świadomości społecznej na temat chorób otępiennych, ich przebiegu oraz problemów chorych i opiekunów,
 - kampania społeczna traktowana jest jako narzędzie dotarcia do społeczności lokalnej z problemami osób z chorobą otępienną i ich rodzin, poprzez wydarzenia artystyczne i edukacyjne. Zaangażowanie mediów oraz artystów w kampanię pozwoli na zwrócenie uwagi społecznej na problem chorób otępiennych,
 - efektem tych działań jest przełamanie stereotypów na temat osób z chorobą otępienną i ich rodzin,
7. Organizacja form aktywizujących i oferty spędzania czasu wolnego dla osób z chorobami otępiennymi:
- stworzenie oferty zajęć kulturalnych dostosowanych do specyfiki osób z chorobą otępienną na różnym etapie jej przebiegu w celach rekreacyjnych i terapeutycznych,
 - zauważenie potrzeb osób chorych i przeciwdziałanie ich alienacji,
8. Organizacja form aktywizujących, integrujących, rekreacyjnych, turystycznych dla opiekunów osób z chorobą otępienną :
- aktywizacja opiekunów osób z chorobą otępienną,
 - stworzenie alternatywy spędzania czasu wolnego w celu odciążenia tych osób w pełnieniu opieki,
 - rekreacja, wypoczynek, integracja ze społecznością lokalną,

Ramowy harmonogram działań instytucji kulturalnej na przykładzie jednego roku kalendarzowego

- zorganizowanie 4 wydarzeń kulturalno – artystycznych połączonych z elementem edukacyjnym w formie wykładu. Adresatami tych oddziaływań mogą być wszyscy członkowie społeczności lokalnej.
- udział osób z chorobą otępienną 1 raz w tygodniu w wybranej formie kulturalno – artystycznej, dobranej do stanu zdrowia i zaawansowania choroby. Przewiduje się udział indywidualny lub grupowy,
 - grupa liczyć będzie od 4 do 8 osób w zależności od głębokości otępienia osób chorych,
 - zakłada się, że osoby prowadzące zajęcia i asystujące w nich będą posiadały wiedzę i umiejętności postępowania z chorymi otępiennie,
 - czas trwania zajęć powinien być przystosowany do głębokości otępienia osób chorych, powinny one trwać 1h – 1,5 h,
 - dla osób z głębokim otępieniem przewidziane powinny być zajęcia indywidualne, nie będą one

- też mogły brać udziału w seansach kinowych i innych grupowych formach aktywizacji,
- zakłada się, że z repertuaru instytucji kulturalnych wybierać się będzie ofertę najbardziej odpowiednią i zrozumiałą dla osób chorych w zależności od głębokości otępienia, np.: osoba w głębokim stopniu otępienia skorzysta z zajęć muzycznych, osoba z mniejszym stopniem otępienia może wybrać się do teatru, kina, na wycieczkę krajoznawczą w grupie z opiekunem,
 - są to głównie formy adresowane do osób chorych na łagodnym i średnio zaawansowanym poziomie otępienia,
 - należy zapewnić osobie chorej możliwość uczestnictwa w życiu kulturalnym w takim stopniu, w jakim jest to możliwe i pożądane przez samą osobę uczestniczącą,
 - wyjściową bazą do organizacji tego typu aktywności są wcześniejsze upodobania osoby chorej oraz jej aktualne możliwości,
 - należy brać pod uwagę, iż sztuka może mieć również oddziaływanie niekorzystne, w przypadku osób z chorobą otępienną unikać należy sztuki zdeformowanej i absurdałnej, która może powodować niepokój,

Tabela 1 Przykładowy harmonogram działań w ramach organizacji i prowadzenia kampanii społecznych na rzecz osób z chorobą otępienną i ich rodzin poprzez wydarzenia artystyczne połączone z elementami edukacyjnymi

L.p.	Rodzaj i forma wydarzenia artystyczno – edukacyjnego	Miejsce realizacji	Cele	Adresaci
1	Wykład lekarza psychiatrii lub neurologa „Choroby otępienne: ich charakter, przebieg i sposoby leczenia. Profilaktyka.” Koncert zespołu jazzowego	- ośrodek kultury,	- edukacja, nabycie ogólnej wiedzy na temat chorób otępiennych, - integracja osób, których dotyczy problem choroby otępiennej ze społecznością lokalną, - rozrywka, - aktywizacja, - udział w wydarzeniu artystycznym, - pomoc artystów i wykorzystanie autorytetu osób publicznie znanych w kampanii społecznej, - wykorzystanie mediów w kampanii społecznej (TV, radio, prasa),	- osoby z chorobą otępienną, - rodziny, opiekunowie osób z chorobą otępienną, - władze samorządowe, - pracownicy instytucji pomocy społecznej, służby zdrowia, organizacji pozarządowych itp., - społeczność lokalna
2	Wykład psychologa „Problemy osób z chorobą otępienną i ich rodzin w codziennym życiu”.	- teatr,	- uświadomienie społeczności lokalnej, że osoby z chorobą otępienną są częścią naszej rzeczywistości, - integracja osób, których dotyczy problem choroby	- osoby z chorobą otępienną, - rodziny, opiekunowie osób z chorobą otępienną, - władze samorządowe,

	Spektakl teatralny		<p>otępiennej ze społecznością lokalną,</p> <ul style="list-style-type: none"> - rozrywka, - aktywizacja, - udział w wydarzeniu artystycznym, - pomoc artystów i wykorzystanie autorytetu osób publicznie znanych w kampanii społecznej, - wykorzystanie mediów w kampanii społecznej (TV, radio, prasa), 	<ul style="list-style-type: none"> - pracownicy instytucji pomocy społecznej, służby zdrowia , organizacji pozarządowych itp., - społeczność lokalna
3	<p>Wykład psychologa „Sposoby radzenia sobie ze stresem i zmęczeniem wśród opiekunów osób z chorobą otępienną”.</p> <p>- Wydarzenia performatywne 2 x 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> - biblioteka (wykład), - klub muzyczny (wydarzenie performatywne), - centrum miasta (wydarzenie performatywne), 	<ul style="list-style-type: none"> - wsparcie dla opiekunów osób z chorobą otępienną, - edukacja opiekunów osób z chorobą otępienną, - kampania społeczna poprzez wydarzenia artystyczne, - prowokacja i wzbudzenie refleksji na temat problemów osób z chorobą otępienną i ich rodzin, - integracja osób, których dotyczy problem choroby otępiennej, - rozrywka, - aktywizacja, - udział w wydarzeniu artystycznym, - pomoc artystów i wykorzystanie autorytetu osób publicznie znanych w kampanii społecznej - wykorzystanie mediów w kampanii społecznej (TV, radio, prasa), 	<ul style="list-style-type: none"> - osoby z chorobą otępienną, - rodziny, opiekunowie osób z chorobą otępienną, - władze samorządowe, - pracownicy instytucji pomocy społecznej, służby zdrowia , organizacji pozarządowych itp., - społeczność lokalna
4	<p>Spotkanie integracyjne opiekunów osób z chorobą otępienną.</p> <p>Koncert muzyki klasycznej</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ośrodek kultury 	<ul style="list-style-type: none"> - wymiana doświadczeń, - integracja osób których dotyczy problem choroby otępiennej, - rozrywka, - aktywizacja, - udział w wydarzeniu 	<ul style="list-style-type: none"> - osoby z chorobą otępienną, - rodziny, opiekunowie osób z chorobą otępienną, - władze samorządowe, - pracownicy

			<p>artystycznym, - pomoc artystów i wykorzystanie autorytetu osób publicznie znanych w kampanii społecznej - wykorzystanie mediów w kampanii społecznej (TV, radio, prasa),</p>	<p>instytucji pomocy społecznej, służby zdrowia, organizacji pozarządowych itp., - społeczność lokalna</p>
--	--	--	---	--

Roczny harmonogram działań w ramach organizacji form aktywizujących i oferty spędzania czasu wolnego dla osób z chorobami otępiennymi

Ogólne zasady organizacji poszczególnych zajęć :

- zajęcia grupowe (4-8 osób w zależności od głębokości otępienia) prowadzone będą przez osobę posiadającą przeszkolenie w zakresie pracy terapeutycznej z osobami z chorobą otępienną. Wskazana jest asysta dodatkowej osoby, również posiadającej wiedzę i umiejętności pracy z osobami chorującymi na choroby otępienne.
- odpowiedni dobór repertuaru z uwagi na głębokość otępienia osób chorych,
- zajęcia powinny trwać ok 1h – 1,5 h z uwagi na głębokość otępienia i indywidualne predyspozycje osoby chorej lub jej potrzeby w danym dniu,
- proponowane formy aktywności powinny przynosić satysfakcję uczestnikom, nie mogą być męczące i niezrozumiałe,
- proponowane formy aktywności nie mogą wywoływać negatywnych emocji,
- do udziału w tych formach aktywizujących należy zapraszać głównie osoby z łagodnymi i średnio zaawansowanymi zaburzeniami funkcji poznawczych.

Osoba prowadząca zajęcia powinna:

- Zachowywać spokój, gdyż zachowanie prowadzącego, jego nastrój przenoszą się na grupę.
- Stwarzać atmosferę ciepła i akceptacji, prowadzić zajęcia spokojnie i bez pośpiechu, gdyż szybkie tempo i konflikty wzmagają strach, zmniejszają zdolności umysłowe i manualne chorych otępienne.
- Angażować w zadania możliwie jak najwięcej zmysłów (wzrok, słuch, dotyk, węch, smak), co sprzyja kompensacji braków.
- Dostosowywać poziom trudności zajęć do aktualnych możliwości chorego otępiennie.
- Zachować spójność i jednoznaczność wypowiedzi werbalnych i niewerbalnych. Ważne jest, aby ton głosu i przyjęta postawa nie zaprzeczały wypowiedzianym słowom. Powoduje to dezorientację chorych otępiennie i utratę wiarygodności prowadzącego w ich oczach.
- Stopniować poziom trudności zajęć manualnych. Świadomość, że nie można sprostać zadaniu, powiększa niepewność chorego.
- Dawać możliwość decydowania, dokonywania wyborów co do uczestnictwa i formy aktywności.

Proponowane formy zajęć z zakresu aktywizacji kulturalnej dla chorych z chorobą otępienną umieszczono w tabeli.

Tabela 2. Formy aktywizacji

L.p.	Formy aktywizacji, oferta spędzania czasu wolnego	Miejsce organizacji	Cel
------	---	---------------------	-----

1	<p>Seans filmowy</p> <p>Reguły i uzasadnienie, przykłady form aktywizujących :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ film powinien być łatwy w odbiorze, posiadający prostą fabułę, proste dialogi w języku polskim – oryginalne lub dubbingowane (nie mogą to być filmy z napisami), ▪ nie może należeć do gatunku abstrakcyjnego, surrealistycznego, science- fiction, ▪ czas trwania ok 1h – 1,5 h, ▪ w trakcie form aktywizujących należy obserwować uczestników, zapewnić im możliwość wyjścia, rezygnacji z zajęć, ▪ osoba chora musi być pod opieką opiekuna, 	Kino	<ul style="list-style-type: none"> - aktywizacja osób z chorobą otępienna, - odciążenie opiekunów osób chorych, - zorganizowanie alternatywnej formy spędzania czasu wolnego, - podniesienie własnej wartości, - wzbogacenia życia emocjonalnego,
2	<p>Udział w wernisażu, wystawie</p> <p>Reguły i uzasadnienie, przykłady form aktywizujących:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ temat wystawy nie powinien dotyczyć treści abstrakcyjnych, ▪ powinna być to sztuka zrozumiała, łatwa i przyjemna w odbiorze (np.: wystawa fotografii przyrodniczej), ▪ czas trwania 1h – 1,5 h ▪ w trakcie form aktywizujących należy obserwować uczestników, zapewnić im możliwość wyjścia, rezygnacji z zajęć, ▪ osoba chora musi być pod opieką opiekuna, 	Galeria	<ul style="list-style-type: none"> - aktywizacja osób z chorobą otępienna, - odciążenie opiekunów osób chorych, - zorganizowanie alternatywnej formy spędzania czasu wolnego, - podniesienie własnej wartości, - wzbogacenia życia emocjonalnego,
3	<p>Koncert muzyczny</p> <p>Reguły i uzasadnienie, przykłady form aktywizujących :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ odpowiedni dobór repertuaru, np.: muzyka klasyczna, poezja śpiewana, ▪ udział w wydarzeniach w miejscach gdzie 	Filharmonia	<ul style="list-style-type: none"> - aktywizacja osób z chorobą otępienna, - odciążenie opiekunów osób chorych, - zorganizowanie alternatywnej formy spędzania czasu,

	<p>panuje spokojna atmosfera np.: filharmonia, kameralne sale koncertowe, kościół, aule,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ unikanie muzyki rozdrażniającej np.: koncerty rockowe, ▪ czas trwania 1h – 1,5 h, ▪ w trakcie form aktywizujących należy obserwować uczestników, zapewnić im możliwość wyjścia, rezygnacji z zajęć, ▪ osoba chora musi być pod opieką opiekuna, 		<p>wolnego, - podniesienie własnej wartości, - wzbogacenia życia emocjonalnego,</p>
4	<p>Wykład w ramach Uniwersytetu Trzeciego Wieku</p> <p>Reguły i uzasadnienie, przykłady form aktywizujących:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zajęcia/wykłady powinny być krótkie i konkretne, poruszające tematy dotyczące codzienności i praktycznych porad np. : dotyczące zdrowego odżywiania, relacji z bliskimi, spędzania czasu wolnego. Dobrą tematyką są także wydarzenia historyczne, które chorzy mogą pamiętać ze swojego dzieciństwa/młodości. ▪ czas trwania 1h – 1,5 h (np. 2-3 krótkie wykłady z przerwami), ▪ w trakcie form aktywizujących należy obserwować uczestników, zapewnić im możliwość wyjścia, rezygnacji z zajęć, osoba chora musi być pod opieką opiekuna, 	Uczelnia wyższa	<p>- aktywizacja osób z chorobą otępienna, - odciążenie opiekunów osób chorych, - zorganizowanie alternatywnej formy spędzania czasu wolnego, - podniesienie własnej wartości, - wzbogacenia życia emocjonalnego,</p>
5	<p>Zajęcia z rękodzieła</p> <p>reguły i uzasadnienie, przykłady form aktywizujących:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zorganizowane zajęcia z zakresu terapii zajęciowej poprawiające sprawność manualną, funkcje poznawcze i pamięć, przystosowane typowo do osób z chorobą 	Ośrodek kultury	<p>- aktywizacja osób z chorobą otępienna, - odciążenie opiekunów osób chorych, - zorganizowanie alternatywnej formy spędzania czasu wolnego, - podniesienie własnej</p>

	<p>otępienną,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ tematycznie związane np.: z porą roku lub świętami okolicznościowymi (np. robienie ozdób choinkowych, kartek okolicznościowych), ▪ czas trwania 1h – 1,5 h, ▪ należy zadbać o bezpieczeństwo osób chorych poprzez uważny nadzór, używanie bezpiecznego sprzętu (np. zaokrąglonych nożyczek, nietoksycznego kleju, farb). Należy pamiętać o zabezpieczeniu odzieży chorych. ▪ wykonywane działania należy podzielić chorym na etapy, każdy z nich dostosować do indywidualnych możliwości. ▪ w trakcie form aktywizujących należy obserwować uczestników, zapewnić im możliwość wyjścia, rezygnacji z zajęć. <p>Przykładowe tematy zajęć manualnych w ramach aktywizacji kulturowej chorych otępiennie zamieszczono w załączniku nr 1.</p>		<p>wartości,</p> <ul style="list-style-type: none"> - wzbogacenia życia emocjonalnego,
6	<p>Wycieczka krajoznawcza</p> <p>Reguły i uzasadnienie, przykłady form aktywizujących:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ w wycieczce mogą brać udział osoby chore otępiennie i ich opiekunowie ▪ nie należy zmęczyć osób chorych długą jazdą, wycieczki powinny być zorganizowane do miejsc w najbliższej okolicy, ▪ należy zadbać o komfort i odpowiednią opiekę w trakcie takiego wydarzenia, ▪ nie należy organizować zbyt wielu atrakcji w krótkim czasie, zapewnić odpowiednią ilość przerw na odpoczynek, posiłek i dostęp do wc ▪ czas trwania 5 h – 8 h, ▪ osoba chora musi być pod opieką opiekuna, 	<p>Okolice miejsca zamieszkania np. : na terenie gminy</p>	<ul style="list-style-type: none"> - aktywizacja osób z chorobą otępienną, - odciążenie opiekunów osób chorych, - zorganizowanie alternatywnej formy spędzania czasu wolnego, - podniesienie własnej wartości, - wzbogacenia życia emocjonalnego,

7	<p>Koncert organowy</p> <p>reguły i uzasadnienie, przykłady form aktywizujących :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ odpowiedni dobór repertuaru, ▪ udział w wydarzeniach w miejscach gdzie panuje spokojna atmosfera np.: filharmonia, kościoły ▪ unikanie muzyki rozdrażniającej, ▪ czas trwania 1h – 1,5 h, ▪ w trakcie form aktywizujących należy obserwować uczestników, zapewnić im możliwość wyjścia, rezygnacji z zajęć, osoba chora musi być pod opieką opiekuna, 	Kościół/filharmonia	<ul style="list-style-type: none"> - aktywizacja osób z chorobą otępienna, - odciążenie opiekunów osób chorych, - zorganizowanie alternatywnej formy spędzania czasu wolnego, - podniesienie własnej wartości, - wzbogacenia życia emocjonalnego,
8	<p>Biblioterapia</p> <p>Reguły i uzasadnienie, przykłady form aktywizujących :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ czytanie krótkich form literackich, takich jak opowiadania, wiersze, ▪ czytanie danego tekstu od początku do końca, powtarzanie wybranych treści, ▪ czytanie prasy codziennej i jej omawianie, ▪ oglądanie albumów rodzinnych, ▪ czytanie i pisanie listów, kartek okolicznościowych, ▪ czas trwania 1h – 1,5 h, ▪ w trakcie form aktywizujących należy obserwować uczestników, zapewnić im możliwość wyjścia, rezygnacji z zajęć. 	Biblioteka	<ul style="list-style-type: none"> - aktywizacja osób z chorobą otępienna, - odciążenie opiekunów osób chorych, - zorganizowanie alternatywnej formy spędzania czasu wolnego, - podniesienie własnej wartości, - wzbogacenia życia emocjonalnego,
9	<p>Udział w wystawie</p> <p>reguły i uzasadnienie, przykłady form aktywizujących :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ temat wystawy nie powinien dotyczyć treści abstrakcyjnych, ▪ powinna być to sztuka zrozumiała, łatwa i przyjemna w odbiorze (np.: krajobrazy, portrety), 	Muzeum	<ul style="list-style-type: none"> - aktywizacja osób z chorobą otępienna, - odciążenie opiekunów osób chorych, - zorganizowanie alternatywnej formy spędzania czasu wolnego, - podniesienie własnej wartości,

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ czas trwania 1h – 1,5 h, ▪ w trakcie form aktywizujących należy obserwować uczestników, zapewnić im możliwość wyjścia, rezygnacji z zajęć, osoba chora musi być pod opieką opiekuna, 		- wzbogacenia życia emocjonalnego,
10	<p>Wyjście do teatru</p> <p>Reguły i uzasadnienie, przykłady form aktywizujących :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ spektakl powinien być łatwy w odbiorze, prosta fabuła, proste dialogi w języku polskim, scenografia konkretna, realistyczna a nie symboliczna. ▪ nie może należeć do gatunku abstrakcyjnego, surrealistycznego, science fiction, ▪ czas trwania ok 1h – 1,5 h, ▪ w trakcie form aktywizujących należy obserwować uczestników, zapewnić im możliwość wyjścia, rezygnacji z zajęć, osoba chora musi być pod opieką opiekuna, 	Teatr	<ul style="list-style-type: none"> - aktywizacja osób z chorobą otępienna, - odciążenie opiekunów osób chorych, - zorganizowanie alternatywnej formy spędzania czasu wolnego,
11	<p>Spotkanie wigilijne, udział w koncercie</p> <p>reguły i uzasadnienie, przykłady form aktywizujących :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ wspólne śpiewanie kolęd, ▪ integracja, wspólny zorganizowany czas z bliskimi i przyjaciółmi, ▪ odpowiednio dobrany repertuar i oprawa muzyczna, ▪ można przygotować krótką formę artystyczną przez dzieci ze szkoły lub przedszkola, ▪ czas trwania 1 h – 1,5 h, ▪ w trakcie form aktywizujących należy obserwować uczestników, zapewnić im możliwość wyjścia, rezygnacji z zajęć, osoba chora musi być pod opieką opiekuna, 	Ośrodek kultury	<ul style="list-style-type: none"> - aktywizacja osób z chorobą otępienna, - odciążenie opiekunów osób chorych, - zorganizowanie alternatywnej formy spędzania czasu wolnego, - integracja osób z chorobą otępienną i ich opiekunów,

Roczny harmonogram działań w ramach organizacji form aktywizujących i oferty spędzania czasu wolnego dla opiekunów osób z chorobami otępiennymi

Propozycje działań integrujących i aktywizujących skierowanych do opiekunów osób chorujących na otępienia przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 3. Przykłady działań w ramach organizacji form aktywizujących, integrujących, rekreacyjnych, turystycznych dla opiekunów osób z chorobą otępienną

L.p.	Formy aktywizacji, oferta spędzania czasu wolnego	Miejsce	Cel
1	Udział w koncercie	Filharmonia	- aktywizacja opiekunów osób chorych, - zmiana otoczenia, odpoczynek, oderwanie od codziennych czynności opiekuńczych, - rekreacja, wypoczynek,
2	Zajęcia plastyczne	Ośrodek kultury	- aktywizacja opiekunów osób chorych, - zmiana otoczenia, odpoczynek, oderwanie od codziennych czynności opiekuńczych, - rekreacja, wypoczynek,
3	Dyskusyjny klub filmowy	Kino, Ośrodek Kultury,	- aktywizacja opiekunów osób chorych, - zmiana otoczenia, odpoczynek, oderwanie od codziennych czynności opiekuńczych, - rekreacja, wypoczynek,
4	Udział w spektaklu teatralnym	Teatr -	- aktywizacja opiekunów osób chorych, - zmiana otoczenia, odpoczynek, oderwanie od codziennych czynności opiekuńczych, - rekreacja, wypoczynek,
5	Wycieczka	- zwiedzanie wybranej miejscowości, atrakcji turystycznej,	- aktywizacja opiekunów osób chorych, - zmiana otoczenia, odpoczynek, oderwanie od codziennych czynności opiekuńczych, - rekreacja, wypoczynek,
6	Rajd rowerowy	Ośrodek kultury	- aktywizacja opiekunów osób chorych, - zmiana otoczenia, odpoczynek, oderwanie od codziennych czynności opiekuńczych, - rekreacja, wypoczynek,

7	Zajęcia w zakresie zdrowego stylu życia	Ośrodek Kultury,	- aktywizacja opiekunów osób chorych, - zmiana otoczenia, odpoczynek, oderwanie od codziennych czynności opiekuńczych, - rekreacja, wypoczynek,
8	Spotkanie integracyjne, zabawa taneczna	Klub muzyczny,	- aktywizacja opiekunów osób chorych, - zmiana otoczenia, odpoczynek, oderwanie od codziennych czynności opiekuńczych, - rekreacja, wypoczynek,
9	Udział w spotkaniu autorskim	Ośrodek Kultury,	- aktywizacja opiekunów osób chorych, - zmiana otoczenia, odpoczynek, oderwanie od codziennych czynności opiekuńczych, - rekreacja, wypoczynek,
10	Udział w wystawie	Muzeum,	- aktywizacja opiekunów osób chorych, - zmiana otoczenia, odpoczynek, oderwanie od codziennych czynności opiekuńczych, - rekreacja, wypoczynek,
11	Zajęcia rękodzieła – np. przygotowanie ozdób świątecznych	Ośrodek Kultury, Biblioteka,	- aktywizacja opiekunów osób chorych, - zmiana otoczenia, odpoczynek, oderwanie od codziennych czynności opiekuńczych, - rekreacja, wypoczynek,
12	Spotkanie wigilijne lub okolicznościowe	Ośrodek kultury,	- aktywizacja opiekunów osób chorych, - zmiana otoczenia, odpoczynek, oderwanie od codziennych czynności opiekuńczych, - rekreacja, wypoczynek,

Kadra zaangażowana w realizację poszczególnych działań

Kadra zaangażowana w realizację poszczególnych działań na rzecz osób z chorobą otępienną musi posiadać wiedzę na temat tej choroby i jej przebiegu oraz umiejętności postępowania z osobami chorymi. Osoby te powinny posiadać wiedzę na temat najskuteczniejszych metod pracy w zakresie terapii zajęciowej i aktywizacji osób z chorobą otępienną. Odpowiednio przeszkolona i wykwalifikowana osoba prawidłowo dostosuje rodzaj zajęć i ofertę kulturalną do poziomu otępienia i stanu chorego. Osoba prowadząca zajęcia powinna być osobą aktywną, inspirującą, pełnić funkcje doradcze, posiadać przynajmniej dwuletnie doświadczenie w tego typu pracy. Powinna cechować się empatią oraz cierpliwością wobec osób z chorobą otępienną.



Kategoria osób wskazanych do tego rodzaju pracy :

- opiekun osoby z chorobą otępienną,
- terapeuta zajęciowy,
- animator kultury,
- instruktor kulturalno – oświatowy,
- manager kultury, agencja artystyczna, dyrektorzy instytucji kultury – jako osoby koordynujące i odpowiedzialne za organizację kampanii społecznej.

Przykładowe tematy zajęć manualnych w ramach aktywizacji kulturowej chorych otępienie

- Origami
- Malowanie tkanin
- Ozdabianie przedmiotów
- Masa solna
- Kwiaty z papieru i bibuły
- Malowanie na szkle
- Malowanie na foliach
- Wianki

W ramach zajęć uczestnicy zapoznają się z prostymi technikami plastycznymi. Podczas spotkań przypomną sobie poznane w przeszłości formy jak np. rzeźbienie w masie solnej, tworzenie kwiatów z bibuły i krepy oraz malowanie na szkle.

Czas pojedynczego warsztatu: 1,5 godz.

Materiały do realizacji zajęć :

- nożyczki
- tkanina ok 5 m²
- farby akrylowe
- pędzle
- kubeczki jednorazowe
- papier do origami
- papier zwykły i kolorowy
- mąka i sól x 2 kg
- krepa- zestaw
- bibuła
- kleje
- patyczki do szaszłyków
- tafle szkła
- folie ksero
- styropianowe podkładki do wianków
- akcesoria do decoupage
- sznurki
- wstążki i inne akcesoria ozdobne
- serwetki ozdobne

Koszt materiałów dla grupy ok. 20 osób oscyluje w granicach 250 zł

Origami – sztuka składania papieru pochodząca z Azji.

Podczas zajęć uczestnicy nauczą się prostych wzorów. Przy składaniu papieru wykonuje się proste czynności, które uczą logicznego myślenia oraz koncentracji. Dzięki origami chorzy ćwiczą tworzenie figur przestrzennych. Różnorodność wzorów w zależności od zaawansowania grupy (a w szczególności poziomu zaawansowania choroby otępiennej) daje możliwość dobierania stopniowo coraz trudniejszych figur do realizacji. Dzięki tej technice chorzy uczą się również cierpliwości. Przy wielu figurach konieczne jest powtarzanie jednakowych elementów, co wspomaga trenowanie pamięci. Origami pozwala na określenie sprawności manualnej uczestników ale i doskonali nabyte umiejętności oraz rozwija w nich nawyki systematyczności i dokładności. Zajęcia z origami sprawdzają się jako forma nauki koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz usprawnienia orientacji kierunkowej i przestrzennej.

Malowanie tkanin

Podczas warsztatu malowania na tkaninie uczestnicy mają okazję rozwijać swoje zdolności manualne oraz wyobraźnię. Są to zajęcia, podczas których predyspozycje artystyczne nie odgrywają kluczowej roli ze względu na szeroką interpretację finalnego obrazu. Dzięki zajęciom każdy uczestnik pracuje nad

usprawnieniem swoich ruchów oraz kształtuje precyzję i dokładność. Dzięki tej formie wyrazu artystycznego chorzy mają szansę na samodzielne zaplanowanie obrazu co z kolei zmusza nas do ćwiczenia poczucia przestrzeni.

Ozdabianie przedmiotów

Przy pomocy prostych akcesoriów jak kleje, farby, sznurki i serwetki można ozdobić nieużywane przedmioty. Dzięki łączeniu prostych technik chorzy mogą stworzyć niebanalne dzieła, które urozmaicą dotychczasowy wystrój. Podczas zajęć uczestnicy pracować będą nad koordynacją swoich działań oraz będą ćwiczyć poczucie przestrzeni. Warsztat ten daje satysfakcjonujące efekty, dzięki czemu wśród uczestników wzrasta poczucie własnej wartości oraz samorealizacji.

Masa solna

Jest to bardzo stara technika, która stopniowo ulega zapomnieniu. Dzięki zastosowaniu mąki, soli oraz wody stworzyć można masę plastyczną, która po wyschnięciu staje się twarda i odporna na zniszczenia. Jest to technika bazująca na modelowaniu, co skłania uczestników do wycucia przestrzeni. Osoby biorące udział w zajęciach usprawnią swoje zdolności manualne oraz poćwiczą koordynację ruchów. Dzięki tej prostej technice chorzy poświęcają czas na ćwiczenie zmysłu przestrzennego oraz prowadzą trening cierpliwości oraz systematyczności.

Kwiaty z papieru

Podobnie jak z origami podczas warsztatu tworzenia papierowych kwiatów uczestnicy nauczą się jak systematycznie postępować aby stworzyć własną rzeźbę. Przy zastosowaniu różnorodnych technik oraz wzorów, uczestnicy nauczą się w jaki sposób utrwalac pozyskaną wiedzę do stworzenia własnych kwiatów. W trakcie warsztatu wspomagamy umiejętności manualne, zmysł przestrzenny oraz systematyczność oraz zapamiętywanie.

Malowanie na szkle

Warsztat ten rozwija wyobraźnię oraz kształtuje cierpliwość uczestników. W trakcie zajęć chorzy wykonają obrazy, które mogą posłużyć jako witraże lub oprawione w ramki obrazy na szkle.

Malowanie na foliach

Do tego warsztatu wykorzystane zostają folie biurowe, które dają możliwość wykonania przestrzennego obrazu. Jest to bardzo prosta technika, która łączy w sobie zarówno malowanie jak i wycinanie oraz modelowanie, dzięki czemu wymaga większego nakładu pracy manualnej.

Wianki

Korzystając z podstawowych materiałów chorzy wykonają wianki ozdobne. Przy pomocy kartonów oraz materiału uczestnicy będą tworzyli ozdoby, które skłonią ich do zaplanowania pracy oraz wykorzystania zmysłu przestrzennego oraz zdolności manualnych.

MARKETING I FINANSOWANIE MODELU

I. Założenia modelu

Model zakłada zapewnienie osobom dotkniętym chorobą otępienną zintegrowanej opieki w miejscu zamieszkania poprzez koordynację współpracy wielu specjalistów (lekarz, psycholog, fizjoterapeuta, pielęgniarka, itp.). Zapewni on koordynację usług zdrowotnych, socjalnych i społecznych, a także współpracę z ośrodkami kultury (animacja kultury).

Tabela 1. Odbiorcy i użytkownicy SCOPO

Odbiorcy SCOPO	Użytkownicy SCOPO
Pacjenci geriatryczni z chorobą otępienną	instytucje systemu ochrony zdrowia (publiczne i niepubliczne) oraz lekarze, pielęgniarki, psychologowie, psychiatry, terapeuci etc.
Rodziny pacjentów	instytucje pomocy społecznej/polityki społecznej i ich pracownicy
Potencjalni pacjenci	uczelnie wyższe, towarzystwa naukowe organizacje pozarządowe, izby lekarskie, Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych instytucje kultury

II. Obszar współpracy

Tabela 2. Obszary i zakres współpracy

Grupy interesariuszy	Zakres współpracy z ośrodkiem - obszar zaspokojenia potrzeb i realizacji celów	Przykładowe instytucje z jakimi można współpracować
sektor medyczny i około medyczny	świadczenie wizyt środowiskowych przez specjalistów (lekarz, psycholog, pielęgniarka, fizjoterapeuta, terapeuta środowiskowy)	samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, prywatne praktyki, stowarzyszenia i fundacje,

Grupy interesariuszy	Zakres współpracy z ośrodkiem - obszar zaspokojenia potrzeb i realizacji celów	Przykładowe instytucje z jakimi można współpracować
obszar wsparcia socjalnego	zapewnienie kontaktu z pracownikami systemu pomocy społecznej celem uzyskania wsparcia finansowego/opiekuńczego/informacyjnego o dostępnych formach pomocy	regionalne ośrodki polityki społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, ośrodki pomocy społeczne, placówki specjalistycznego poradnictwa prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego
obszar wsparcia kulturalnego i społecznego	zapewnienie kontaktu z ośrodkami kultury celem przerwania izolacji społecznej oraz zwiększenie aktywizacji.	samorządowe instytucje kultury (domy kultury, biblioteki), które prowadzone są przez jednostki samorządu terytorialnego; organizacje pozarządowe zajmujące się zagadnieniami kulturalnymi

III. Źródła finansowania

W poniższej tabeli znajduje się zestawienie źródeł finansowania zarówno działalności ŚCOPO, jak również możliwości pozyskania wsparcia na komplementarne do obszaru działalności projekty jednorazowe lub cykliczne. Możliwości ich wykorzystania zależą od uwarunkowań prawnych, w szczególności formy prawnej funkcjonowania ŚCOPO oraz ewentualnych podmiotów z nim związanych / prowadzących np. fundacja lub stowarzyszenie w ramach którego funkcjonowałoby ŚCOPO. Takie działania mogą okazać się w praktyce bardzo przydatne z dwóch powodów, tj. możliwości skorzystania z nowych źródeł finansowania oraz wykorzystaniu dodatkowych narzędzi promocyjnych i informacyjnych, które będą zwiększały akceptację dla działań ŚCOPO.

Tabela 3. Źródła finansowania

Lp.	Rodzaj finansowania	Rodzaje źródeł	Ryzyko pozyskania środków
1	Środki społeczne	crowdfunding 1% fundraising	<p>Środki społeczne są możliwe wyłącznie w przypadku posiadania przez instytucję statusu organizacji pozarządowej, a w przypadku starania się o 1% - posiadania statusu organizacji pożytku publicznego.</p> <p>Czynniki zewnętrzne: konkurencja - wysokie ryzyko - duża liczba organizacji pozarządowych, w tym pozyskujących środki z 1% prawne - niskie ryzyko - związane jest z dokumentowaniem, rozliczaniem środków oraz sprawozdawczością względem Urzędu Skarbowego polityczne - niskie ryzyko/ minimalne społeczne - wysokie ryzyko - poziom wrażliwości społecznej, temat trudny, potencjalnie każdego dotyczący, ale większość społeczeństwa jeszcze ucieka od tego tematu na poziomie psychologicznym</p> <p>Czynniki wewnętrzne: finansowe - wysokie ryzyko - efektywność pozyskania środków jest uzależniona od wkładu własnego w kampanię społeczną kompetencyjne - średnie ryzyko - ryzyko jest głównie związane z umiejętnością skutecznego projektowania i zarządzania kampaniami społecznymi zarządcze - średnie ryzyko PR - wysokie ryzyko - głównym czynnikiem jest opinia publiczna i pozycja organizacji na rynku a także skuteczność kanałów dotarcia do potencjalnych darczyńców</p>



2	Środki publiczne (w tym dotacje)	gminne powiatowe wojewódzkie rządowe	<p>Wskazane środki mogą być wykorzystywane przez podmioty o różnym statusie prawnym, w tym NZOZy. Większość środków publicznych (rządowe, UE) są dystrybuowane zgodnie z określonym programowaniem. Harmonogram ogłaszania konkursów zwykle jest podawany na początku roku kalendarzowego a duża część konkursów w przypadku środków rządowych/ ministerialnych ma ogłaszane konkursy w I kwartale roku.</p> <p>Środki samorządowe w większości też są dystrybuowane w formułach konkursowych w pierwszej części roku kalendarzowego. Z perspektywy organizacji typu ŚCOPO warto monitorować możliwość skorzystania ze wskazane źródła finansowania w kontekście środków na promocję zdrowia. Ś</p> <p>Czynniki zewnętrzne:</p> <p>konkurencja - średnie ryzyko - w ramach ogłaszanych konkursów z roku na rok jest coraz więcej organizacji aplikujących o dofinansowanie,</p> <p>prawne - wysokie ryzyko - w zależności od ogłaszanych konkursów o dofinansowanie mogą się ubiegać określone podmioty - postawa prawna; w części konkursów dopuszczane są wyłącznie NGO lub nawet OPP; kolejnym czynnikiem utrudniającym pozyskiwanie środków jest wysokość obrotów za poprzedni rok rozliczeniowy - w przypadku projektów finansowanych z UE wysokość budżetu projektu nie może przekroczyć przychodu za poprzedni rok obrachunkowy</p> <p>polityczne - wysokie ryzyko - środki przeznaczone są na zagadnienia będące ujęte w programach rozwojowych, strategiach, brak dostrzegania zagadnień osób chorych na choroby ośpiewne może być barierą uzyskania dofinansowania</p> <p>społeczne - niskie ryzyko - poziom wrażliwości społecznej na sytuację chorych i najbliższego otoczenia</p> <p>Czynniki wewnętrzne:</p> <p>finansowe - wysokie ryzyko - większość dofinansowań wymaga wkładu własnego, w tym finansowanie; placówka musi zapewnić wkład własny</p> <p>kompetencyjne - średnie ryzyko - deficyty kompetencyjne osób pozyskujących dofinansowanie, zarządzających i rozliczających projekty może stanowić barierę rozwojową</p> <p>zarządcze - średnie ryzyko - tempo podejmowania decyzji zarządczych jest tu czynnikiem ryzyka oraz poziom delegowania uprawnień; zbyt małe kompetencje decyzyjne osób realizujących projekty prowadzić może do niskiej elastyczności i paraliżu operacyjnego</p> <p>PR - niskie ryzyko - opinia o ośrodku może pozytywnie lub negatywnie wpływać na pozyskanie partnerów do projektu</p>
---	----------------------------------	---	--

3	Środki z NGO	regranting	<p>Wskazane środki są w głównej mierze dostępne dla organizacji posiadający statut organizacji pozarządowych. W związku z tym można rozważyć możliwość skorzystania z tego źródła finansowania w przypadku założenia przez podmioty typu ŚCOPO organizacji pozarządowej, która będzie organizacją ściśle współpracującą z założycielem – ŚCOPO i realizowała zadania na rzecz interesariuszy ŚCOPO. Możliwość pozyskiwania środków w ramach regrantingów jest determinowana pierwotnym źródłem finansowania. Są także organizacje pozarządowe dające środki w tzw. małych grantach. Stosunkowo nie wielkie środki można pozyskać na projekty między 5 tys. do maksymalnie 20 tys. Harmonogram ogłaszania konkursów w ramach tych środków nie jest stabilny. Wymaga stałego monitorowania informacji o ogłoszeniu konkursów.</p> <p>Czynniki zewnętrzne:</p> <p>konkurencja - w ramach tego typu środków konkurencja jest ze strony mniejszych NGO, większe instytucje często nie aplikują</p> <p>prawne - niskie ryzyko; w miarę duża elastyczność, niektóre źródła preferują wyłącznie NGO</p> <p>polityczne - wysokie ryzyko, preferencje polityczne i subiektywne kryteria oceny</p> <p>społeczne - średnie ryzyko - poparcie społeczne dla danej organizacji oraz rozpoznawalność ma wpływ na szanse w dofinansowaniu</p> <p>Czynniki wewnętrzne:</p> <p>finansowe - wysokie ryzyko - zakres dofinansowania często nie wystarcza na realizację pełnego programu - często wymagany jest znaczny wkład własny</p> <p>kompetencyjne - średnie ryzyko - konkursy te nie wymagają aż tak rozwiniętych kompetencji jak w przypadku środków publicznych; większą wagę w przypadku tych konkursów mają kompetencje zarządcze - średnie ryzyko - tempo podejmowania decyzji zarządczych jest tu czynnikiem ryzyka oraz poziom delegowania uprawnień; zbyt małe kompetencje decyzyjne osób realizujących projekty prowadzić może do niskiej elastyczności i paraliżu operacyjnego</p> <p>PR - średnie ryzyko- opinia o ośrodku może pozytywnie lub negatywnie wpływać na pozyskanie partnerów do projektu oraz grantodawców i oceniających projekt.</p>
---	--------------	------------	---



4	Środki własne	składki od członków rodzin/ działalność gospodarcza	<p>Do środków własnych zaliczać można składki członkowskie - w przypadku statusu NGO (stowarzyszenia) lub pochodzące z działalności gospodarczej.</p> <p>Sukces w gromadzeniu tych środków zależy będzie od:</p> <p>w przypadku stowarzyszenia - wysokości składek członkowskich oraz liczby członków</p> <p>w przypadku działalności gospodarczej - od rodzaju produktów/ usług oferowanych oraz skuteczności sprzedażowej, a także polityki cenowej</p> <p>Czynniki zewnętrzne:</p> <p>konkurencja - ryzyko uzależnione od konkurencyjności produktów i usług na danym rynku</p> <p>prawne - ryzyko uzależnione od rodzaju produktów i usług na danym rynku</p> <p>polityczne - niskie</p> <p>społeczne - w działalności gospodarczej niskie, w stowarzyszeniu - średnie ryzyko - uzależnione od opinii społecznej i poziomu komunikacji zewnętrznej</p> <p>Czynniki wewnętrzne:</p> <p>finansowe - średnie ryzyko - głównym czynnikiem ryzyka jest tu wysokość wypracowywanego przychodu i efektywność kosztowa organizacji</p> <p>kompetencyjne - wysokie ryzyko - wysoki poziom kompetencji sprzedażowych, marketingowych, budowania relacji warunkuje wypracowanie przychodu organizacji</p> <p>zarządcze - wysokie ryzyko - niski poziom kompetencji menadżerskich przyczynić się może do nieefektywnych procesów, nietrafnych decyzji oraz do braku zachowania równowagi przychodowo - kosztowej i poziomu wypracowywanego zysku</p> <p>PR - wysokie ryzyko - utrzymywanie relacji, budowanie marki z klientami, członkami ma bezpośredni wpływ na wielkość sprzedaży/ liczbę członków i wysokość składek</p>
---	---------------	---	---



5	Fundraising od biznesu	współpraca w ramach CSR dotacje od firm	<p>Środki pochodzące od biznesu są możliwe wyłącznie w przypadku posiadania przez instytucję statusu organizacji pozarządowej lub/i organizacji pożytku publicznego.</p> <p>Czynniki zewnętrzne: konkurencja - średnie ryzyko - organizacje pozarządowe jeszcze nie korzystają z tego źródła na tyle jak NGO na zachodzie Europy lub w USA, natomiast duże koncerny często prowadzą własne organizacje pozarządowe w ramach programów CSR, prawne - niskie ryzyko - związane jest z dokumentowaniem, rozliczaniem środków oraz sprawozdawczością względem Urzędu Skarbowego oraz sprawozdawczością z darczyńcami polityczne - brak ryzyka społeczne - wysokie ryzyko - poziom wrażliwości społecznej, temat trudny, potencjalnie każdego dotyczący, ale większość społeczeństwa jeszcze ucieka od tego tematu na poziomie psychologicznym</p> <p>Czynniki wew.: finansowe - wysokie ryzyko - efektywność pozyskania środków jest uzależniona od pomysłu i kompetencji spec. ds. marketingu kompetencyjne - średnie ryzyko - ryzyko jest głównie związane z umiejętnością skutecznego projektowania i zarządzania kampaniami społecznymi zarządcze - średnie ryzyko PR - wysokie ryzyko - głównym czynnikiem jest opinia publiczna i pozycja organizacji na rynku a także skuteczność kanałów dotarcia do potencjalnych darczyńców</p>
---	------------------------	--	---

Przykłady przedstawionych powyżej źródeł finansowania:

Ad. 1. Środki społeczne

1% podatku

- Dochody z 1% stanowią, obok grantów i dotacji, podstawowe źródło utrzymania, szczególnie mniejszych fundacji,
- Skuteczność działań w tym zakresie, podejmowanych przez czołowe bydgoskie organizacje charytatywne pokazuje duży potencjał stojący przed ŚCOPO. Poniższe zestawienie wskazuje kwoty uzyskane przez trzy wybrane bydgoskie organizacje w latach 2011-2015²⁸.

Tabela 4. Wysokość wsparcia z 1% na przestrzeni lat 2010 - 2014

Wysokość wsparcia z 1% za lata	„Sue Ryder”	Fundacja „Wiatrak”	„Hospicjum im. Ks. Jerzego Popiełuszki”
2014	312 163 zł	152 397 zł	506 544 zł
2013	332 235 zł	184 681 zł	818 489 zł
2012	346 437 zł	188 723 zł	563 582 zł
2011	358 786 zł	162 670 zł	637 364 zł
2010	393 556 zł	167 071 zł	691 942 zł

Warunkiem korzystania z tej metody pozyskiwania środków przez ŚCOPO jest uzyskanie statusu organizacji pożytku publicznego.

- Udział w liczących się wydarzeniach sportowych i towarzyskich
 - Na obszarze działania ŚCOPO, zostaną przeprowadzone specjalne zbiórki pieniędzy wspólnie z czołowymi instytucjami sportowymi i kulturalnymi, które regularnie organizują wydarzenia o charakterze masowym
 - Ważnym elementem promocyjnym ŚCOPO będzie również współpraca z władzami lokalnymi i regionalnymi (np. w czasie obchodów świąt miejscowości), aby promować wiedzę i zrozumienie dla idei działań ŚCOPO.
- Antykwariat
 - Osobami, którymi będzie opiekowało się ŚCOPO są w większości osobami starszymi. Osoby te dysponują licznymi książkami, z których dużą część mogą przekazać nieodpłatnie,
 - ŚCOPO, we współpracy ze sklepem internetowym Tezeusz będzie je sprzedawał o poprzez m.in. serwis Allegro. Uzyskane środki będą kolejnym źródłem dochodów wspierających fundusz działalność ŚCOPO po zakończeniu Projektu.
- „Kolejka do pomocy”
 - We współpracy z samorządami studenckimi, ŚCOPO przeprowadzi specjalną akcję zbierającą fundusze w restauracjach i kawiarniach
 - Akcja będzie miała charakter rywalizacji między klubami i ich bywalcami, a wyniki będą na bieżąco podawane na profilu facebookowym ŚCOPO

²⁸ Informacja dotycząca kwot 1% należnego podatku dochodowego od osób fizycznych przekazanych organizacjom pożytku publicznego z rozliczenia za 2014 rok, Ministerstwo Finansów.

- Klienci restauracji, kawiarni kupując napoje będą mogli przekazać środki na ŚCOPO w wysokości „jednej kolejki”,
- Klub, który uzyska najwięcej środków otrzyma status Partnera Specjalnego,
- W akcje zaangażowane zostaną lokalne media tradycyjne i elektroniczne, które zamieszczą informacje o zwycięzcach,
- Licytacja prezentów w przypadku NGO
 - W pierwszych miesiącach koordynatorzy ŚCOPO zwrócą się do znanych osób, z prośbą o przekazanie specjalnych prezentów z przeznaczeniem na licytację,
 - Otrzymane prezenty zostaną zlicytowane podczas wybranego wydarzenia publicznego (np. gala Business Centre Club),
 - Patronat nad wydarzeniem obejmie jedno z lokalnych mediów, informując o przekazanych prezentach oraz efektach aukcji,
- Wyostż empatię
 - We współpracy z wybranymi galeriami handlowymi, Centrum przeprowadzi inicjatywę „fizycznego” zapoznawania klientów z problematyką choroby otępiennej,
 - Klienci galerii handlowych będą mogli zobaczyć, jak wygląda życie osoby z chorobą otępienną,
 - Inicjatywa będzie połączona ze zbiórką pieniędzy,
- Nawiązanie współpracy z Gnyszka Fundraising Advisors w przypadku wyboru formy NGO
 - GFA to doświadczona firma, realizująca projekty fundraisingowe w skali ogólnopolskiej dla organizacji pozarządowych. Posiada ona doświadczenie w zdobywaniu wsparcia finansowego dla inicjatyw społecznych, lub projektów podejmowanych na rzecz społeczności lokalnych. W przypadku podjęcia decyzji o utworzeniu organizacji pozarządowej realizującej cele zbieżne z działaniem ŚCOPO, współpraca z Gnyszka Fundraising może być korzystką dla zapewnienia popularności podejmowanych działań.
 - Firma jest jednocześnie operatorem serwisu internetowego promującego systemowe wspieranie inicjatyw charytatywnych: www.dobroczynosc.com.

Ad. 4 Środki własne

Należy założyć, że jednym z najważniejszych źródeł pozyskiwania środków finansowych będzie działalność gospodarcza. W związku ze specjalistycznym zakresem usług świadczonych przez ŚCOPO można wskazać następujące przykłady osiągnięcia przychodów:

- przychody z działalności gospodarczej można generować świadcząc usługi specjalistyczne dla podmiotów zewnętrznych;
- transferu know-how poprzez prowadzenie szkoleń lub konferencji. W przypadku podjęcia decyzji o takim charakterze działalności ŚCOPO może organizować cyklicznie spotkania/ konferencje/ szkolenia dla podmiotów świadczących podobne usługi, w ramach których będzie następował transfer wiedzy, wymiany dobrych praktyk, publikacji materiałów pokonferencyjnych;
- jako eksperci z danej dziedziny lub innych odpłatnych usług.

Ad. 5 Fundraising od biznesu

- CSR - społeczna odpowiedzialność biznesu jest to obszar rozwijany najczęściej przez duże firmy gdzie część zysku przedsiębiorstwo przeznaczają na działania społeczno - użyteczne. Są to najczęściej formalne programy przedsiębiorstwa. Bardzo często duże organizacje celem realizacji polityki CSR powołują własne organizacje pozarządowe - fundacje, które zajmują się dystrybucją tych środków (np. fundacja Orange, fundacja KGHM, Polsat czy TVN). Środki te są dostępne najczęściej dla

organizacji pozarządowych i inicjatyw oddolnych. W przypadku gdy ŚCOPO będzie podmiotem gospodarczym środki te będą ograniczone.

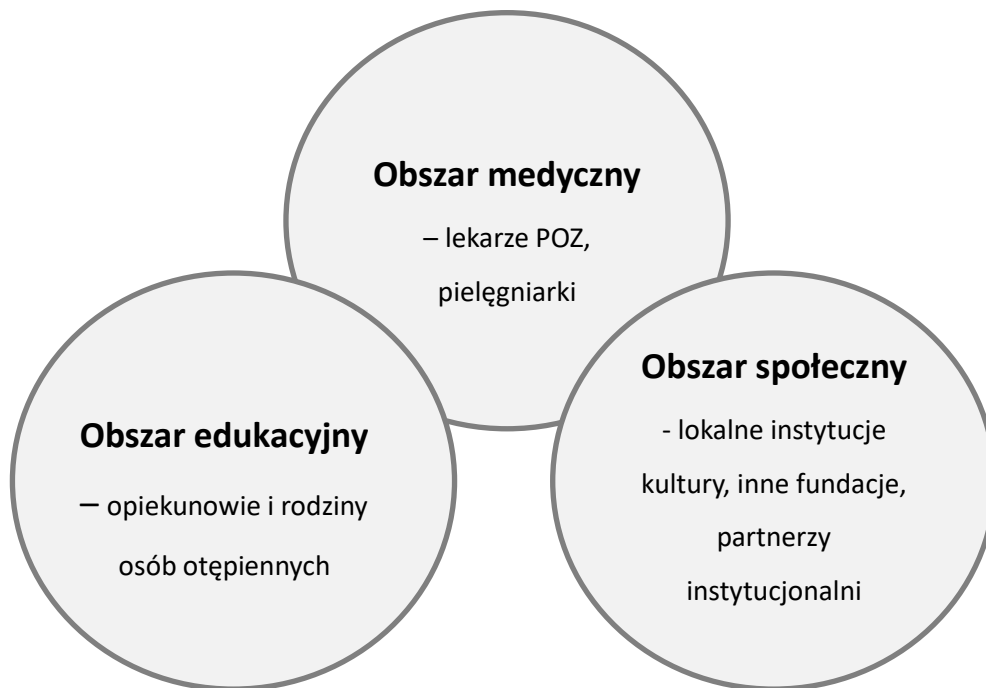
- dotacja od firm - źródło dostępne także najczęściej dla NGO oraz inicjatyw oddolnych, niezależnie od wielkości przedsiębiorstwa przeznaczane są na konkretne akcje, eventy (wymaga pracy sponsoringowej), a nie na bieżące utrzymanie ośrodka.

IV. Metody i narzędzia promocji i informacji

OBSZARY DZIAŁAŃ

W przypadku działań promocyjnych i informacyjnych ŚCOPO można wyróżnić trzy obszary działań, które są istotne z jego perspektywy. Jest to obszar medyczny, który obejmuje personel i specjalistów zajmujących się osobami chorymi, obszar społeczny, który jest bezpośrednio związany z otoczeniem instytucji oraz obszar edukacyjny obejmujący wszystkich interesariuszy ŚCOPO.

Schemat 1. Obszary działań promocyjnych



Planowane działania promocyjne są bezpośrednią wypadkową strategii działania ŚCOPO. Dlatego też aktywność w tej sferze, w pierwszej kolejności będzie skupiała się na osobach i instytucjach bezpośrednio zaangażowanych w funkcjonowanie podmiotu.

DZIAŁANIA PROMOCYJNE

Działania promocyjne, w tym działania przygotowawcze mają na celu zbudowania podstawowego „oprządkowania” aktywności promocyjnych. Zbudowanie takich narzędzi pozwala swobodnie podejmować nawet spontaniczne inicjatywy, albo włączać się w nieplanowane akcje. Pamiętać należy, że działania PR i marketingowe charakteryzują się dużą zmiennością. Są zależne od wielu osób i czynników jednocześnie, dlatego często zmieniają się ich parametry oraz istnieje konieczność dostosowywania do nowej sytuacji oraz nowych trendów.

Głównym celem poniższych działań jest zatem stworzenie podstawowych narzędzi, które będą systematycznie wykorzystywane przy działaniach promocyjnych i pozwolą na ustandaryzowanie

podejmowanych aktywności.

We wszystkich podejmowanych przez ŚCOPO działaniach promocyjnych, obowiązywać będzie zasada minimalizowania kosztów rzeczowych. Realizując działania ŚCOPO, przyjmie założenie, że jakiegokolwiek wydatki rzeczowe, potrzebne do prowadzenia działalności bieżącej lub promocyjnej, poprzedzone będą analizą możliwości pozyskania ich od sponsorów lub partnerów zewnętrznych.

Tabela 5. Kanały promocji

Kanały promocji	Narzędzia promocji	Analiza zastosowania narzędzia (kiedy warto stosować, do jakiej grupy się sprawdzi)	Ryzyko stosowania narzędzia
WWW	Wortal tematyczny strona www portale społecznościowe	strona www jest podstawowym narzędziem komunikacji i promocji; istotne jest by zawierała podstawowe i przejrzyste informacje. Czynnikiem istotnym jest responsywność. Bardziej szczegółowe informacje, baza wiedzy, kontaktów, narzędzia lepiej by znalazły się na wortalu tematycznym związanym z stroną www - czyli rozbudowany serwis informacyjny poświęcony chorobom ołpeinnym. Portale społecznościowe są w tym przypadku narzędziem pośrednim, narzędziem mikroinformacji, i przekierowywania zainteresowanych na wortal tematyczny.	Wysokim ryzykiem tego kanału są: - usability - content marketing - poziom aktualizacji informacji - animowanie mediów społecznościowych



<p>Media</p>	<p>gazeta radio lokalna telewizja</p>	<p>Oprócz posiadania bazy dziennikarzy, znajomości procedur publikowania przez poszczególne media informacji, konieczne jest także posiadanie zasobów merytorycznych do upubliczniania (opracowany tekstów informacyjnych).</p> <p>Praca z mediami wymaga dokładnego zaplanowania, systematyczności i celowego wyboru mediów.</p> <p>Z mediami można pracować w ramach systematycznej współpracy, np. patronat nad stałymi rubrykami w gazecie lub wykorzystywać zainteresowanie mediów przy okazji imprez/ akcji jednorazowych.</p> <p>Warto nawiązać stałe relacje z grupą dziennikarzy, dzięki czemu łatwiej będzie informować opinię publiczną na temat podejmowanych aktywności.</p>	<p>Ryzyko tego kanału promocji dotyczyć będzie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kompetencji osoby współpracującej z mediami - poziomu informacji upublicznianych - atrakcyjności informacji
<p>Tele</p>	<p>infolinia</p>	<p>Infolinia może działać w dwóch wymiarach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - infolinia udzielająca porad, doradztwo i informacja także w aspekcie merytorycznym (wymaga to dyżurów specjalistów i upublicznienia grafiku specjalistów (aktywne wsparcie) - infolinia do zgłaszania potrzeb, informacji z ograniczonym poziomem udzielania wsparcia (pasywne wsparcie) 	<p>Ryzykiem infolinii są:</p> <ul style="list-style-type: none"> - obsługa - poziom kompetencji osoby dyżurującej - popularyzowanie narzędzia

<p>Grupowe</p>	<p>eventy grupy wsparcia</p>	<p>Głównym narzędziem są wszelkiego rodzaju eventy (imprezy, pikniki, wystawy, happeningi, spektakle, koncerty itd.)</p> <p>Działania takie wymagają precyzyjnego planowania i przygotowania a także współudziału partnerów.</p>	<p>Największym czynnikiem ryzyka jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> - poziom uczestnictwa osób w działaniach eventowych - logistyka imprez o charakterze masowym - koszty
<p>Konsultacje</p>	<p>on - linowe panele eksperckie</p>	<p>Działania konsultacyjne wymagają przede wszystkim monitorowania podmiotów wprowadzających zmiany w systemie opieki oraz leczenia osób chorych.</p> <p>Istotne jest też zapisywanie ekspertów do udziału w komitetach, panelach oraz docieranie do takich osób już zasiadających w różnych gremiach opiniujących i uwrażliwianie ich na potrzeby osób chorych.</p>	<p>Największym ryzykiem korzystania z tego kanału jest dostępność ekspertów i autorytetów oraz ich aktywność w danych narzędziach promocji.</p>



<p>Edukacyjne</p>	<p>konferencje (własne i jako goście) szkolenia platforma e-learningowa</p>	<p>Działania edukacyjne dobrze są realizowane w partnerstwie, gdyż wykorzystuje się efekt synergii i zasoby drugiej organizacji. Działania takie winny być projektowane jako osoby produkt/ oferta jaką ma organizacja w swoim katalogu. Działania edukacyjne wymagają osobnych kampanii promocyjnych/ sprzedażowych. Istotną zmienną decydującą o atrakcyjności narzędzia promocji jest zagadnienie jakie ono porusza oraz kanał dystrybucji. Konferencje są dobrym miejscem spotkań praktyków, teoretyków, znanych nazwisk oraz okazją do działań networkingowych. Szkolenia są przeznaczone dla użytkowników systemu a także otoczenia osób chorych, zwłaszcza tych, który dopiero rozpoczęły zmaganie się z danym tematem.</p> <p>Platforma e-learningowa najlepiej się sprawdzi dla użytkowników systemu/ usług, którzy już znają markę ośrodka i uzyskały pierwsze wsparcie i zbudowały zaufanie. Platforma jest dobrym źródłem szybkiej wiedzy i miejscem do pozyskiwania mikroinformacji.</p>	<p>Narzędzia edukacyjne wymagają wypromowania - często stanowią produkt sam w sobie. Największym ryzykiem jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> - adekwatność narzędzia edukacyjnego do grup docelowej - zawartość merytoryczna - oprawa wizualna - siła autorytetów - kalendarz - koszty - partner
--------------------------	---	---	---

<p>Materiały pomocnicze</p>	<p>podręczniki plakaty, banery ulotki foldery</p>	<p>Materiały promocyjne mogą być stosowane w przypadku:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kampanii społecznych - kampanii 1% - organizacji imprez masowych - identyfikacji wizualnej stałych wydarzeń - konferencji - spotkań - warsztatów <p>Najskuteczniej działa w przypadku:</p> <ul style="list-style-type: none"> - otoczenia podopiecznych ŚCOPO - społeczności lokalnej - partnerów projektów 	<p>skuteczność tego kanału promocji jest uzależniona od:</p> <ul style="list-style-type: none"> - treści dostosowanej do odbiorcy - użyteczności materiału i praktycznego zastosowania - atrakcyjności graficznej - zawartości merytorycznej - sposobu dystrybucji <p>Wersje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - elektroniczne - tańsze rozwiązanie - drukowane - droższe rozwiązanie
------------------------------------	---	--	--

PRZYKŁADY ZASTOSOWANIA NARZĘDZI PROMOCJI:

Promocja w lokalnych mediach

Każda jednostka samorządu lokalnego posiada własne nośniki reklamowe / informacyjne, które służą do ogłaszania informacji na temat podejmowanych przez nich działań. Są to zazwyczaj lokalne tablice ogłoszeniowe, lokalne portale internetowe, które warto wykorzystywać jako narzędzie dotarcia z informacją do społeczności lokalnych.

Ważnym i często odwiedzanym miejscem przez osoby starsze są lokalne parafie. W celu rozpowszechnienia informacji oraz wiedzy na temat funkcjonowania ŚCOPO istotne jest nawiązanie kontaktu z lokalnym proboszczem.

Baza dziennikarzy ze szczególnym uwzględnieniem mediów lokalnych

- ŚCOPO szczególne znaczenie położy na współpracy z dziennikarzami,
- Osoba odpowiedzialna za marketing ŚCOPO w tygodniach poprzedzających i inauguracyjnych działania ŚCOPO, przeprowadzi serię spotkań z dziennikarzami szczególnie istotnych mediów. Celem spotkań powinno być zamieszczenie w mediach informacji o inauguracji ŚCOPO, z wyszczególnieniem informacji istotnych dla potencjalnych odbiorców i ich rodzin (oferta, kontakt, lokalizacja, obszar działania),
- Po każdej inicjatywie lokalni dziennikarze powinni otrzymać profesjonalnie przygotowaną informację prasową, która będzie zawierała odpowiedź na pięć podstawowych pytań z perspektywy dziennikarza (Co, kto, kiedy, w jakim celu i z jakim skutkiem zorganizował) oraz zdjęcia, które zostaną udostępnione do wykorzystania,
- Osoba odpowiedzialna za kontakt z dziennikarzami będzie systematycznie przekazywała informacje na temat realizacji projektu, a także monitorowała prace lokalnych redakcji, w szczególności pod kątem tego jakimi informacjami są zainteresowani, jaki jest cykl wydawniczy mediów, jaka jest grupa docelowa – odbiorcy mediów.

Reklama w środkach komunikacji zbiorowej

- Plakaty wywieszane w wybranych pociągach obsługujących trasy podmiejskie, ze szczególnym uwzględnieniem precyzyjnie wybranych gmin. W wielu samorządach w środkach komunikacji publicznej informacje dotyczące lokalnych inicjatyw, imprez, akcji społecznych umieszczane są za darmo, co warto wykorzystać w przypadku podjęcia decyzji o organizacji tego typu działań przez ŚCOPO.
- Ulotki umieszczane w autobusach komunikacji miejskiej (np. w Bydgoszczy, Toruniu, Grudziądzu), jak i komunikacji obsługującej trasy podmiejskie, ze szczególnym uwzględnieniem precyzyjnie wybranych gmin.

Przygotowanie strony internetowej ŚCOPO

- Strona internetowa w wymierny sposób wesprze osoby przekazujące informacje telefoniczne i odciąży informacyjnie pracowników ŚCOPO, dlatego warto konstruować ją nie tylko z perspektywy reklamowej.
- Strona będzie w sposób jasny odpowiadała na najczęściej zadawane pytania przez Odbiorców i Użytkowników (FAQ – najczęściej zadawane pytania przez użytkowników portalu oraz forum dyskusyjne, na pośrednictwem którego będzie można zadać pytanie).
- Strona będzie uwzględniała potrzeby osób niedowidzących (standard WCAG 2.0.) oraz zastosowany zostanie język wrażliwy, co ma szczególnie znaczenie z perspektywy osób starszych i ich rodzin, które szukają informacji o działaniach takich ośrodków jak ŚCOPO
- W możliwie przejrzysty sposób przedstawi:
 - bazę podmiotów wspierających na różnych obszarach grupę odbiorców modelu
 - zakres wsparcia oferowany przez ŚCOPO,
 - warunki konieczne do otrzymania pomocy,
 - informacje o instytucjach udzielających pomocy grupie docelowej,
 - „ścieżkę otrzymania pomocy” – instruktarz kierujący osoby zainteresowane krok po kroku przez kolejne etapy,
 - ewentualne dokumenty i wnioski,
- Częste publikacje - co najmniej 1 raz/ tydzień (umieszczanie na niej wszystkich bieżących informacji na temat projektu oraz wiadomości ciekawych z perspektywy osób starszych; połączenie strony internetowej z profilem na Facebooku; rozbudowanie działu partnerów i sponsorów).

Plan aktywności w mediach społecznościowych

Media społecznościowe są istotnym narzędziem komunikacyjnym dla ŚCOPO, gdyż pozwala skrócić czas potrzebny na kontakt i komunikację (interaktywny dialog) oraz trafić bezpośrednio do wybranej grupy docelowej.

Zaplanowanie skutecznej komunikacji w mediach społecznościowych będzie wymagało:

- Przygotowania grafik i zdjęć (uwzględniając przepisy dotyczące praw autorskich), które będą wizualizowały komunikację,
- Zaplanowanie częstotliwości i rodzaju zamieszczanych informacji,
- Zbudowanie sieci osób, które będą regularnie udostępniać i powielać treści dotyczące ŚCOPO.

Ważnym elementem oceny działań podejmowanych w mediach społecznościowych jest ich systematyczny monitoring. Pozwala on uzyskać odpowiedzi m.in. na następujące pytania:

- Które informacje cieszą się największą popularnością wśród osób śledzących profil?

- Jaki zakres terytorialny osiągają publikowane informacje?
- Jaki jest profil socjologiczny użytkowników?

Na tej podstawie, w miarę dostępności środków publicznych, ŚCOPO może planować i skutecznie realizować płatne działania marketingowe w sieci.

Organizowane we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego i mniejszymi gminami

Dobrą i tanią alternatywą dla dużych „mediów” są media powiatowe, gminne, których zasięg ogranicza się do społeczności lokalnej. W wielu samorządach lokalnych gazetki wydawane przez gminy są jedyną źródłem informacji, który systematycznie jest kolportowany do mieszkańców. O zasadach i warunkach publikacji materiałów za każdym razem decydują lokalne uwarunkowania, jednak ze względu na powszechną znajomość ww. mediów, nie należy go lekceważyć.

W zależności od wielkości gminy, w której będzie działał ŚCOPO warto także nawiązać kontakt z przedstawicielami jednostek pomocniczych. W zależności od wielkości gminy są to sołectwa, osiedla lub dzielnice. Charakter realizowanych przez nich zadań oraz sposób finansowania jest różny w zależności od gminy, jednak jest to jeden z najważniejszych miejsc aktywności społeczności lokalnej, w której zaangażowani są lokalni liderzy opinii. Warto nawiązać kontakt z takimi jednostkami i systematycznie informować o działaniach ŚCOPO, gdyż za ich pośrednictwem można zainteresować działaniami interesariuszy ŚCOPO.

Współpraca z sołtysami

- W miarę możliwości, przedstawiciele ŚCOPO skontaktują się z sołtysami gmin i przedstawią ofertę współpracy w ramach ŚCOPO,
- Przed spotkaniami, na podstawie informacji własnych oraz od lekarzy POZ i pielęgniarek, przygotowane zostaną szacunki liczby osób chorych lub zagrożonych chorobą otępienną,
- Sołtysi dostaną propozycję objęcia opieką ŚCOPO takich osób, a wykorzystane do tego zostaną środki z funduszu sołectkiego,
- Spotkania mogą być poprzedzone akcją promocyjną (plakaty, ulotki, materiał w lokalnej prasie, newsletter), która spowoduje, że inicjatywa będzie osobie decyzyjnej znana,

Gminni ambascadorowie Projektu

W lokalnych miejscowościach ŚCOPO nawiąże współpracę z osobami, które zgłoszą się do współpracy. Stworzenie grupy Ambasadorów Projektu (*nazwa do rozważenia*) ma na celu:

- Zbudowanie grupy osób, które dzięki posiadanej wiedzy na temat swojej miejscowości i sieci kontaktów będą informowały ŚCOPO o potencjalnych pacjentach,
- Dostarczą informacje na temat potrzeb lokalnej społeczności oraz tego, jak Projekt jest oceniany przez mieszkańców,
- Dostarczą pomysły w jaki sposób oraz gdzie warto prowadzić promocję ŚCOPO,
- Współpraca z Ambasadorami będzie koordynowana przez pracownika ŚCOPO odpowiedzialnego za marketing,

Konferencja prasowa inaugurująca działania ŚCOPO

- Pierwsza publiczna prezentacja założeń i oferty ŚCOPO, dlatego nacisk na jej promocje i efekt medialny będzie największy,
- Prezentacja ŚCOPO połączona z prezentacją zespołu realizującego model,

- W celu wsparcia promocji konferencji, do udziału w niej zaproszony zostanie prezydent miasta albo marszałek województwa,
- Konferencja zostanie zorganizowana w centrum miejscowości, co ułatwi zaproszonym gościom dotarcie
- Zaproszenie na konferencję otrzymają:
 - lekarze POZ
 - instytucje kultury współpracujące dotychczas z ŚCOPO (szczególnie domy kultury i animatorzy) lub zainteresowane współpracą,
 - wszyscy aktualni i potencjalni sponsorzy,
 - przedstawiciele administracji rządowej i samorządowej oraz parlamentarzyści,
 - dziennikarze z bazy dziennikarzy,
 - rodziny podopiecznych.
- Działania PR będą zmierzać do umieszczenia wywiadów z pracownikami ŚCOPO i materiałów nt. jego uruchomienia we wszystkich głównych mediach regionalnych,
- Zaraz po zakończeniu konferencji prasowej wszystkie zaproszone media otrzymają gotowy materiał prasowy zawierający informacje istotne z punktu widzenia odbiorców i promocji ŚCOPO,
- W mediach społecznościowych zamieszczona zostanie obszerna relacja fotograficzna z konferencji,

Przygotowanie materiałów w formie elektronicznej dla lekarzy dotyczących choroby otępiennej i opieki nad chorymi

- W ramach budowania sieci kontaktów medycznych i rozwijania współpracy z lekarzami POZ, Centrum przygotuje i dostarczy materiały szkoleniowe z zakresu choroby otępiennej i schorzeń z nią związanych,
- Materiały zostaną opracowane tak, żeby przekazywały unikalną wiedzę, ze szczególnym uwzględnieniem informacji praktycznych,
- Opracowując materiały, autorzy wezmą pod uwagę możliwość wykorzystania ich przez lekarzy zaangażowanych w model w późniejszym czasie, lub nieodpłatne przekazanie ich do innych instytucji zajmujących się opieką nad osobami otępiennymi,

Organizacja konferencji i warsztatów dla lekarzy POZ i pielęgniarek

- Podjęcie działań mających na celu wymianę informacji i kontaktów między lekarzami pracującymi z osobami otępiennymi z innych ośrodków,
- Próba budowania sieci wymiany wiedzy i wsparcia rozwojowego między lekarzami.

Przygotowanie materiałów edukacyjnych w formie drukowanej i w elektronicznej

- Na terenie działania ŚCOPO działają podmioty gospodarcze z różnych sektorów. Centrum zwróci się do nich z propozycją patronatu nad materiałami oraz finansowego wsparcia ich produkcji wykorzystując istniejące tam zasoby związane z działalnością społecznej odpowiedzialności biznesu oraz sponsoringu.

V. Narzędzia wykonawcze oraz opis stanowiska pracy

Tabela 6. Karta opisu stanowiska specjalisty ds. marketingu

Logo Firmy			
KARTA OPISU STANOWISKA PRACY			
Nazwa stanowiska	Nazwa komórki organizacyjnej	Symbol komórki organizacyjnej	Stanowisko przełożonego
Specjalista ds. marketingu			
1. Podstawowe zadania i obowiązki			
Cel pracy na danym stanowisku	Realizacja planu marketingowego, w tym współpraca z interesariuszami ośrodka i pozyskiwanie środków zewnętrznych na realizację celów ośrodka.		
Główne zadania i obowiązki przypisane do stanowiska			

<p>Zakres zadań i obowiązków o charakterze ogólnym:</p>	<p>Pracownik jest zobowiązany przestrzegać przepisów Prawa Pracy, a w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ wykonywać pracę sumiennie i starannie oraz stosować się do poleceń przełożonych, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umowy o pracę.▪ przestrzegać czasu pracy ustalonego w zakładzie pracy,▪ przestrzegać regulaminu pracy i ustalonego w zakładzie pracy porządku,▪ przestrzegać przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przepisów przeciwpożarowych,▪ dbać o dobro zakładu pracy, chronić jego mienie oraz zachowywać w tajemnicy informacje, których ujawnienie, mogłoby narazić zakład pracy na szkodę,▪ przestrzegać tajemnicy określonej w odrębnych przepisach,▪ przestrzegać w zakładzie pracy zasad współżycia społecznego.▪ Pracownik jest zobowiązany przestrzegać przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, a w szczególności: <ul style="list-style-type: none">▪ znać przepisy i zasady bezpieczeństwa i higieny pracy, brać udział w szkoleniu i instruktażu z tego zakresu oraz poddawać się wymagany egzaminom sprawdzającym,▪ wykonywać pracę w sposób zgodny z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz stosować się do wydawanych w tym zakresie poleceń i wskazówek przełożonych,▪ dbać o należyty stan urządzeń, narzędzi i sprzętu oraz o porządek i ład w miejscu pracy,▪ poddawać się wstępnym, okresowym i kontrolnym oraz innym zaleconym badaniom lekarskim i stosować się do wskazań lekarskich,▪ niezwłocznie zawiadomić przełożonego o zauważonym w zakładzie pracy wypadku albo zagrożeniu życia lub zdrowia ludzkiego oraz ostrzec współpracowników, a także inne osoby znajdujące się w rejonie zagrożenia, o grożącym im niebezpieczeństwie,▪ współdziałać z pracodawcą i przełożonymi w wypełnianiu obowiązków dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy. <p>Pracownik jest zobowiązany przestrzegać obowiązujących w zakładzie pracy regulacji wewnętrznych.</p> <p>Pracownik jest zobowiązany dbać o dobry wizerunek zakładu pracy.</p>
--	--

<p>Zakres zadań i obowiązków o charakterze szczegółowym - w szczególności:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ budowanie i realizacja planu marketingowego ▪ badanie rynku i możliwości pozyskania środków na działania wspierające cel jednostki ▪ budowanie bazy podmiotów działających w obszarze wsparcia grupy odbiorców ▪ nawiązywanie relacji z instytucjami i nawiązywanie partnerstwa w realizacji działań, współpraca z partnerami projektów ▪ opracowywanie i prowadzenie kampanii medialnych ▪ kreowanie wizerunku ośrodka ▪ pozyskiwanie środków zewnętrznych na realizowanie projektów ośrodka (europejskich, krajowych, wojewódzkich, powiatowych, gminnych, NGO, UE) ▪ koordynowanie, zarządzanie i rozliczanie projektów ▪ współpraca z agencjami medialnymi, mediami, jednostkami samorządu, instytucjami kultury, reintegracji społecznej, promocji zdrowia ▪ organizacja działań marketingowych, np.: imprez, szkoleń, konferencji, konkursów, eventów ▪ komunikacja z ineteresariuszami ▪ pozyskiwanie sponsorów, organizowanie akcji fundurisngowych, eventów ▪ opracowywanie materiałów reklamowych, informacyjnych, folderów ▪ prowadzenie strony www, profili społecznościowych, newsletterów ▪ pozyskiwanie współpracowników, uczestników projektów ▪ bieżąca administracja działań, rozliczenia finansowe prowadzonych działań, pisanie sprawozdań
<p>Zakres odpowiedzialności (pracownik odpowiada za):</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ realizację postawionych celów i zadań podległej komórki organizacyjnej, ▪ realizację zaplanowanego budżetu, ▪ optymalne wykorzystanie i rozwój podległych zasobów materialnych, ▪ ciągłe doskonalenie procesów i wspieranie rozwoju zakładu pracy, ▪ zapewnienie właściwych postaw i zachowań pracowniczych zgodnie z wartościami zdefiniowanymi przez zakład pracy, ▪ przestrzeganie tajemnicy służbowej i poufności danych, ▪ zapewnienie przestrzegania obowiązujących regulacji wewnętrznych zakładu pracy w podległej komórce organizacyjnej dbałość o zapewnienie bezpieczeństwa i higieny pracy podległych pracowników, bezpieczeństwa przeciwpożarowego i zabezpieczenia mienia przed zniszczeniem, kradzieżą i pożarem.
<p>Kryteria oceny /odpowiedzialność</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ efektywność działań w obszarze pozyskiwania środków środków zewnętrznych ▪ terminowe i rzetelna realizacja planu marketingowego ▪ satysfakcja interesariuszy z uczestnictwa w działaniach ▪ inicjatywa w podejmowaniu innowacyjnych działań
<p>2. Warunki zatrudnienia</p>	
<p>Rodzaj umowy</p>	<p>Umowa na czas określony/umowa na czas nieokreślony.</p>
<p>Miejsce pracy</p>	<p>Siedziba Firmy / dany obszar terytorialny.</p>

Czas pracy	Czas pracy zadaniowy/ równoważny.
3. Zastępstwo	
Zastępuje
Jest zastępowany przez
4. Uprawnienia wynikające z zajmowanego stanowiska	Uprawnienia zgodne z udzielonymi pełnomocnictwami i obowiązującymi regulacjami wewnętrznymi zakładu pracy.
5. Pełnomocnictwa pracownika	<ul style="list-style-type: none"> • reprezentowania zakładu pracy przed klientami i interesariuszami, • proponowania usług i nowych programów, • podpisywania umów na świadczenie usług, • rozpatrywanie reklamacji klienta.
6. Wymagane kwalifikacje	
Minimalne wykształcenie	Rekomendowane wyższe (min. licencjat).
Pożądane wykształcenie	Wyższe magisterskie (zarządzanie i marketing)
Niezbędne doświadczenie	Min. 2 lata na stanowisku w obszarze: PR, pozyskiwania środków zewnętrznych, realizacji projektów o charakterze społecznym, marketingu
Pożądane doświadczenie	Min. 3 lata na stanowisku koordynatora, lidera projektów o charakterze włączenia społeczno - kulturalnego
Wymagania formalne	Ms Office, prawo jazdy kat.B
Niezbędna wiedza	marketing, reklama, PR, reintegracja społeczna, pozyskiwanie środków zewnętrznych, zarządzanie projektami
Pożądana wiedza	animacja kulturalna, e-marketing, media społecznościowe, rynek mass mediów
Preferowane umiejętności	<ul style="list-style-type: none"> ▪ komunikacyjne, ▪ analityczne, ▪ negocjacyjne, ▪ orientacja na cel, ▪ organizacja pracy własnej, ▪ samodzielność ▪ współpraca w zespole

<ul style="list-style-type: none"> ▪ badanie i analiza rynku, ▪ kreatywność 		
Opracował	Przyjąłem do wiadomości:	Zatwierdził
.....
data:	data:	data:

NARZĘDZIA WYKONAWCZE:

Baza kontaktów – stworzenie wielokanałowej bazy kontaktów do wszystkich użytkowników, odbiorców i potencjalnych odbiorców Projektu, w tym: baza lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej (podstawowa baza do kontaktu z lekarzami zaangażowanymi w Projekt oraz tymi, którzy mogą być jego uczestnikami w przyszłości)

- baza będzie sukcesywnie uzupełniana i aktualizowana wraz z rozwojem działania ŚCOPO,
- baza będzie precyzyjnie podzielona na pod względem geograficznym oraz stopnia zaangażowania,
- baza będzie służyła do regularnej komunikacji ze wszystkimi odbiorcami i użytkownikami Projektu.

Kalendarz wydarzeń

- kalendarz będzie zawierał wydarzenia w organizowane przez Centrum,
- kalendarz będzie zawierał wydarzenia organizowana przez inne instytucje (gminy, lokalne fundacje, media, kluby sportowe etc.), podczas których ośrodek będzie mógł promować swoją aktywność,
- do stworzenia kalendarza można wykorzystać podobne dokumenty tworzone przez Urząd Wojewódzki, starostwa powiatowe czy urzędy gmin.

Plan aktywności promocyjnych

- rozpisanie wszystkich działań opisanych w *Planie promocji* z uwzględnieniem konkretnych dat,
- wskazane działanie umożliwi przygotowanie aktywności wcześniej, szczególnie tych, które będą podejmowane równocześnie, zminimalizuje ryzyko konieczności zawieszenia niektórych działań. To szczególnie istotne ryzyko, gdyż Centrum opierając działania na współpracy charytatywnej, może być narażone na przekładanie terminów lub niezapowiedziane ograniczanie obiecanego wcześniej wsparcia.

Przygotowanie materiałów promocyjnych

- zabezpieczenie środków finansowych na druk ulotek i plakatów,
- projekt materiałów graficznych,
- opracowanie wstępnego planu dystrybucji materiałów,
- opracowanie treści materiałów, która w hasłowy sposób przedstawi:
 - ofertę ŚCOPO z wyszczególnieniem odbiorców,
 - numer telefonu i adres, pod którym można uzyskać szczegółowe informacje,
 - adres strony internetowej,
- konsultacje projektów ulotek i plakatów na wybranej grupie odbiorców docelowych i wprowadzenie poprawek, tak żeby były czytelne przede wszystkim dla nich.

Z uwagi na mniejszy dostęp i rzadsze korzystanie z internetu przez osoby starsze i zamieszkujące małe gminy, materiały promocyjne dedykowane tym terenom będą akcentowały możliwość kontaktu telefonicznego, z wyraźnie zaznaczonymi godzinami pracy biura.

- plakaty informacyjne wywieszane w centralnych miejscach gmin i sołectw, takich jak sklepy, tablice informacyjne, plebanie,
- ulotki zostawiane w najczęściej odwiedzanych miejscach małych miejscowości

Lista potencjalnych sponsorów

- spis instytucji i firm prywatnych, ze szczególnym uwzględnieniem przedsiębiorstw funkcjonujących w małych gminach,
- przydatne w tym mogą być publikacje prezentujące listy największych firm, rankingi działalności gospodarczej
- przydatne mogą być też spisy reklamodawców regionalnych i lokalnych mediów, ponieważ wskazują na firmy, którym zależy na budowie wizerunku i przeznaczają na to środki finansowe,

Wybranie listy Patronów Specjalnych ŚCOPO

- będą to osoby szczególnie ważne dla organizacyjnego i finansowego działania ŚCOPO,
- ich udział w tej grupie zostanie potwierdzony wyszczególnieniem podczas inauguracyjnej konferencji prasowej, listem z podziękowaniem, oraz umieszczeniem informacji o tym na stronie internetowej i facebookowej ŚCOPO.

VI. Wnioski

Specyfika działania ŚCOPO wymaga podejmowania działań promocyjnych i marketingowych na kilku płaszczyznach. W związku z komercyjnym charakterem działań ŚCOPO konieczne jest zwrócenie uwagi na przychodowość działań marketingowych. W związku z tym ważnym elementem jest przygotowanie oferty, która będzie odpowiadała na potrzeby interesariuszy zainteresowanych usługami ŚCOPO. Drugim bardzo ważnym obszarem są działania w zakresie współpracy ze społecznością lokalną. W zależności od otoczenia, w jakim będzie działała instytucja zakres współpracy oraz potencjalne podmioty, do których będzie skierowana, komunikacja będzie inna. Tym nie mniej warto w pierwszej kolejności wykorzystać dostępne w każdej gminie środki komunikacji (zwyczajowo przyjęte środki komunikowania się), w następnej kolejności rozbudowywać narzędzia z zakresu media relations, aby na koniec podejmować działania wspólnie z podmiotami zewnętrznymi.

Konieczne rozszerzenie działań będzie opierać się na podjęciu współpracy z nowymi partnerami, ale z sektorów i branż już zapoznanych. Z uwagi na niedostrzeżenie problemu choroby otępiennej przez wiele instytucji mogących stanowić źródło środków finansowych konieczne wydaje się angażowanie otoczenia osób z chorobą otępienną (najczęściej rodzina) jako otoczenia osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Dotychczas podejmowane działania zostaną unowocześnione pod względem organizacyjnym i promocyjnym, kładąc szczególny nacisk na bezpośrednią komunikację przez Internet i niestandardowe metody promocji.

Takie podejście pozwoli w krótkim okresie skutecznie zdynamizować promocję i fundraising, przy jednoczesnym otwieraniu go na nowych odbiorców.

Działania promocyjne i fundraisingowe mają stanowić istotne źródło wsparcia finansowego dla ŚCOPO. Dlatego szczególnie istotne będzie przeprowadzanie kwartalnych przeglądów efektów tych działań, aby na bieżąco reagować i zmieniać działania promocyjne.

FINANSOWANIE

Poprzez utworzenie ŚCOPO zapewnione zostanie zarządzanie dostępnymi funduszami na przedmiotowe działania przez jeden podmiot przy równoczesnym zapewnieniu montażu finansowego (z uwzględnieniem środków publicznych i prywatnych) w celu utrzymania trwałości po zakończeniu projektu. Autorzy modelu dzięki koordynacji różnych form wsparcia zapewnią bardziej efektywne wykorzystanie środków publicznych. Sprofesjonalizowanie wiedzy nt. chorób otępiennych wśród pracowników POZ, wpłynie m.in. na zmniejszenie hospitalizacji oraz na bardziej adekwatne do potrzeb badania diagnostyczne. W przypadku pracy socjalnej w dalszym ciągu finansowanie przebiegało będzie z tych samych źródeł jak dotychczas (tj. ze źródeł MRPiPS, w oparciu o Ustawę z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593).

W wyniku prac eksperckich oraz konsultacji społecznych modelu ustalono, że jednym z podstawowych wskaźników wdrożeniowych modelu będzie ograniczenie wskaźnika hospitalizacji oraz ograniczenie kosztów ponoszonych na roczne działania w obszarze socjalno-zdrowotnym o 28% w stosunku do danych wyjściowych określonych w wyniku prac prowadzonych nad modelem.

Tabela 7. Koszty związane z opieką nad osobą cierpiącą na choroby otępienne

Nazwa kosztu	Średni roczny koszt ponoszony w sytuacji aktualnej/osoba	Średni roczny koszt/osoby objętej wsparciem w ramach modelu
Stawka kapitacyjna za opiekę w POZ	144 zł	144 zł
Średni koszt opieki ze strony ZLS (dane własne)	7370 zł	5337,87 zł
Średni koszt leczenia szpitalnego (12,91 dni hospitalizacji/osoba/rok) – na podstawie badań własnych	2711 zł	1951,92 zł
Średni koszt leczenia prywatnego (na podstawie badań własnych)	1066 zł	767,52 zł
Średni koszt leków oraz pieluchomajtek (na podstawie badań własnych)	289 zł	208,08 zł
Do wyżej wymienionych pozycji można dodać trudne do skalkulowania koszty socjalne, koszty zwolnień z pracy opiekunów. Z uwagi na brak wiarygodnych danych podana wartość jest szacunkowa	2000 zł	1440 zł
SUMA	13580 zł	9849 zł

Przeciętny koszt objęcia pomocą osoby cierpiącej na choroby otępienne w ramach standardowego wsparcia (ograniczonego w sposób ilościowy i jakościowy) wynosi 13580 zł rocznie. Średni koszt objęcia 1 uczestnika wsparciem w ramach modelu wynosi. Redukcja wyżej wymienionych kosztów o 28% sprawia, że średni koszt opieki nad pacjentem wyniesie 9849 zł. Ponadto należy doliczyć wartości płynące z odciążenia opiekunów, ich zwiększonego udziału w życiu społecznym. Powyższe wyliczenia

choć obciążone wadą wynikającą z próby badawczej wskazują na wyraźną efektywność kosztową przedsięwzięcia. W wyliczeniach nie wzięto pod uwagę m.in. kosztów błędnych diagnoz lekarza POZ (np. skierowanie na niewłaściwe badania, przepisanie nie właściwych leków etc.).

Model przewiduje także możliwość finansowania części działań ze środków prywatnych m.in. istniała będzie możliwość uzyskania przychodów ze szkoleń dla grupy interesariuszy nt. chorób otępiennych (w szczególności lekarzy).

Poniżej przedstawiono budżet funkcjonowania modelu z podziałem na kategorie kosztów. Przyjęta kalkulacja odpowiada średnim stawkom rynkowym i uwzględnia objęcie modelem minimum: 180 pacjentów, 60 opiekunów faktycznych, 60 opiekunów zawodowych, 30 psychologów, 80 pielęgniarek, 40 lekarzy specjalistów i 40 lekarzy nie specjalistów, 15 terapeutów zajęciowych, 30 fizjoterapeutów. Ponadto prezentowane koszty będą ponoszone w sposób bardziej efektywny z uwagi na pełne dostosowanie modelu do grupy odbiorców i interesariuszy. Podane poniżej kwoty wydatków zostały oszacowane w oparciu o koszty rynkowe i nie odbiegają od średnich stawek w ujęciu komercyjnym oraz w zakresie finansowania ze środków publicznych.

Tabela 8. Roczny koszt funkcjonowania modelu po zakończeniu etapu testowania z podziałem na źródła finansowania (MZ - Ministerstwo Zdrowia, MRPiPS - Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej, PRYW - środki prywatne)

Kategoria	Partner	Personel projektu	Środki trwałe	Proponowane źródło finansowania	j.m.	1 rok		
						liczba	cena jednostkowa	łącznie
Koordinator ŚCOPO (1,25 etatu/miesiąc)	NIE	TAK	NIE	MZ	etat	12	4 500,00 zł	54 000,00 zł
Operator telemedyczny (1,25 etatu miesiąc)	NIE	TAK	NIE	MZ	etat	12	4 000,00 zł	48 000,00 zł
Pielęgniarka (6 etatów/miesiąc)	NIE	TAK	NIE	MZ	etat	72	3 528,00 zł	254 016,00 zł
Neurolog (1 etat/miesiąc)	NIE	TAK	NIE	MZ	etat	12	5 376,00 zł	64 512,00 zł
Psychiatra (2 etaty/miesiąc)	NIE	TAK	NIE	MZ	etat	24	5 376,00 zł	129 024,00 zł
Psycholog (3 etaty/miesiąc)	NIE	TAK	NIE	MZ	etat	36	3 360,00 zł	120 960,00 zł
Terapeuta zajęciowy (3 etaty/miesiąc)	NIE	TAK	NIE	MZ	etat	36	3 024,00 zł	108 864,00 zł
Fizjoterapeuta (3 etaty/miesiąc)	NIE	TAK	NIE	MZ	etat	36	3 024,00 zł	108 864,00 zł

Prawnik/radca prawny (umowa cywilno-prawna 50h/miesiąc)	NIE	TAK	NIE	MRPiPS	godzina	600	100,00 zł	60 000,00 zł
Informatyk (umowa cywilno-prawna 60h/miesiąc)	NIE	TAK	NIE	PRYW	godzina	720	70,00 zł	50 400,00 zł
Specjalista ds. marketingu (0,5 etatu/miesiąc)	NIE	TAK	NIE	MRPiPS	etat	12	2 000,00 zł	24 000,00 zł
Superwizor dla psychologów (umowa cywilno-prawna 3h/miesiąc)	NIE	TAK	NIE	MZ	godzina	36	150,00 zł	5 400,00 zł
Superwizor dla lekarzy (umowa cywilno-prawna 3h/miesiąc)	NIE	TAK	NIE	MZ	godzina	36	200,00 zł	7 200,00 zł
Grupa Balinta (umowa cywilno-prawna 4h/miesiąc)	NIE	TAK	NIE	MZ	godzina	48	150,00 zł	7 200,00 zł
Prowadzący szkolenia dla lekarzy specjalistów (umowa cywilno-prawna 2 grupy x 20 osób x 20h teoria)	NIE	TAK	NIE	PRYW	godzina	40	300,00 zł	12 000,00 zł
Opiekun staży dla lekarzy specjalistów (umowa cywilno-prawna 20 grup x 2 osoby x 10h staż)	NIE	TAK	NIE	PRYW	godzina	400	80,00 zł	32 000,00 zł
Prowadzący szkolenia dla lekarzy niespecjalistów (umowa cywilno-prawna 2 grupy x 20 osób x 20h teoria)	NIE	TAK	NIE	PRYW	godzina	40	300,00 zł	12 000,00 zł
Opiekun staży dla lekarzy niespecjalistów (umowa cywilno-	NIE	TAK	NIE	PRYW	godzina	400	80,00 zł	32 000,00 zł

prawna 20 grup x 2 osoby x 10h staż)								
Prowadzący szkolenia dla pielęgniarek (umowa cywilno-prawna 4 grupy x 20 osób x 10h)	NIE	TAK	NIE	PRYW	godzina	40	180,00 zł	7 200,00 zł
Prowadzący szkolenia dla pracowników socjalnych (umowa cywilno-prawna 3 grupy x 20 osób x 16h)	NIE	TAK	NIE	MZ	godzina	48	150,00 zł	7 200,00 zł
Prowadzący szkolenia dla fizjoterapeutów (umowa cywilno-prawna)	NIE	NIE	NIE	PRYW	godzina	60	150,00 zł	9 000,00 zł
Prowadzący szkolenia dla terapeutów zajęciowych (umowa cywilno-prawna)	NIE	NIE	NIE	MZ	godzina	46	150,00 zł	6 900,00 zł
Prowadzący szkolenia dla psychologów (umowa cywilno-prawna)	NIE	NIE	NIE	MZ	godzina	50	180,00 zł	9 000,00 zł
Opiekun staży psychologów (umowa cywilno-prawna 10 grup x 3 osoby w grupie x 20h stażu)	NIE	TAK	NIE	MZ	godzina	200	80,00 zł	16 000,00 zł
Prowadzący szkolenia dla rodzin/opiekunów (umowa cywilno-prawna 2 grupy x 25 osób x 28h)	TAK	TAK	NIE	MRPiPS	godzina	56	150,00 zł	8 400,00 zł

Opiekunki/terapeuci zajęciowi dla podopiecznych uczestników szkoleń dla rodzin/opiekunów (umowa cywilno-prawna)	TAK	TAK	NIE	MRPiPS	godzina	168	20,00 zł	3 360,00 zł
Prowadzący szkolenia dla personelu opiekuńczego (umowa cywilno-prawna 3 grupy x 20 osób x 47h)		TAK	NIE	MRPiPS	godzina	141	150,00 zł	21 150,00 zł
Prowadzący zajęcia w ramach aktywizacji społeczno-kulturalnej (umowa cywilno-prawna)	TAK	NIE	NIE	MRPiPS	godzina	480	100,00 zł	48 000,00 zł
Platforma teleopiekuńcza (usługa)	NIE	TAK	NIE	MZ	sztuka	1	100 000,00 zł	100 000,00 zł
Materiały na platformę internetową (filmy instruktażowe)	NIE	NIE	NIE	MZ	sztuka	4	4 000,00 zł	16 000,00 zł
Tablety dla grupy testowej	NIE	TAK	TAK	MZ	sztuka	100	500,00 zł	50 000,00 zł
Internet mobilny dla grupy testowej (100 osób x 12 miesięcy)	NIE	NIE	NIE	MZ	osobomiesiąc	1200	45,00 zł	54 000,00 zł
Komputery dla pracowników ŚCOPO (zestaw stacjonarny z monitorem)	NIE	NIE	TAK	MZ	sztuka	5	3 000,00 zł	15 000,00 zł
Koszty przejazdów personelu (18 osób miesiąc x średnio 400km)	NIE	TAK	NIE	MZ	km	86400	0,84 zł	72 576,00 zł
Koszty transportu na	TAK	NIE	NIE	MRPiPS	dzień	60	450,00 zł	27 000,00 zł

zajęcia aktywizacyjne								
Koszty treningu poznawczego	NIE	TAK	NIE	MZ	godzina	100	90,00 zł	9 000,00 zł
Koszt działań aktywizacyjnych opiekunów - animatorzy	TAK	NIE	NIE	MRPiPS	godzina	120	75,00 zł	9 000,00 zł
Koszt działań aktywizacyjnych opiekunów (bilety, przejazdy etc.)	TAK	NIE	NIE	MRPiPS	miesiąc	12	2 500,00 zł	30 000,00 zł
Koszty materiałów dydaktycznych do zajęć aktywizacyjnych	TAK	NIE	NIE	MRPiPS	miesiąc	12	1 000,00 zł	12 000,00 zł
Koszty administracyjne (biuro, księgowość, obsługa kadrowo-płacowa)	NIE	NIE	NIE	MZ/MRiPS	miesiąc	12	14 000,00 zł	168 000,00 zł
Działania promocyjne	TAK	NIE	NIE	MZ/MRiPS	komplet	1	50 000,00 zł	50 000,00 zł
SUMA								1 879 226,00 zł

Ewaluacja działań ŚCOPO

W ramach funkcjonowania ŚCOPO przeprowadzone będą działania ewaluacyjne, których celem będzie ocena funkcjonowania przyjętych w modelu rozwiązań. Działania ewaluacyjne będą wykonywane cyklicznie, co 6 miesięcy. Za przeprowadzenie i analizę ankiet ewaluacyjnych odpowiedzialny będzie koordynator ŚCOPO. O wnioskach z badań będą informowani pracownicy i partnerzy ŚCOPO. Na ich podstawie będą wprowadzane niezbędne korekty mające na celu podniesienie jakości opieki i usprawnienie funkcjonowania ŚCOPO.

W ramach prac nad modelem skonstruowano dwa rodzaje ankiet: dla opiekunów chorych (zał. 1) oraz dla partnerów/pracowników ŚCOPO (zał. 2). Ankiety będą miały zarówno formę papierową jak i elektroniczną, udostępnianą poprzez system teleopieki ŚCOPO i dostępne na stronie internetowej ŚCOPO.

Poza cyklicznym procesem ewaluacji ankietowej, na stronie internetowej ŚCOPO oraz w systemie teleopieki przez cały czas funkcjonowania ŚCOPO dostępny będzie formularz uwag, do którego osoby zainteresowane będą mogły wpisywać komentarze i wnioski dotyczące działania ŚCOPO. Opinie wyrażone w formularzu będą dostępne dla koordynatora ŚCOPO i analizowane w celu optymalizacji funkcjonowania Centrum. Metoda ta będzie formą ciągłego monitoringu jakości oddziaływań.

Kwestionariusz ankiety dla OPIEKUNA

Badanie stopnia zadowolenia z opieki Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach (ŚCOPO)

INSTRUKCJA

Kwestionariusz składa się z 11 pytań, które dotyczą jakości usług świadczonych przez Kujawsko-Pomorskie Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach. Uprzejmie prosimy o zapoznanie się ze sposobem wypełnienia kwestionariusza ankiety.

Znak **X** należy postawić w pustym polu przy odpowiedzi najbardziej odpowiadającej Pana/Pani odczuciu. Proszę wybrać **jedną** z możliwych odpowiedzi: „bardzo dobrze”, „dobrze”, „dostatecznie”, „źle”, „bardzo źle”. Jeśli nie posiada Pan/Pani odpowiedniej wiedzy umożliwiającej udzielenie odpowiedzi lub nie spotkał się Pan/Pani z zagadnieniami ujętymi w pytaniu proszę zaznaczyć opcję „**nie dotyczy**”. W przypadku odpowiedzi negatywnych („źle”, „bardzo źle”) prosimy o dodatkowe wyjaśnienie w wykropkowanym polu pod pytaniem. W pytaniu **numer 6** proszę wybrać te **kryteria**, które Pana/Panią dotyczą, a następnie dokonać ich oceny. Po udzieleniu odpowiedzi na pytania prosimy o uwagi i opinie na tematy, które są istotne, a nie były poruszone w pytaniach.

W drugiej części ankiety prosimy o udzielenie odpowiedzi na 5 pytań dotyczących ogólnych danych związanych z wiekiem, płcią i miejscem zamieszkania.

I część kwestionariusza

1. Jak ocenia Pani/Pan **sposób, czas, formalności** związane ze zgłoszeniem **bliskiej osoby** pod opiekę ŚCOPO?

bardzo dobrze dobrze dostatecznie źle bardzo źle *nie dotyczy*

Jeśli zaznaczy Pani/Pan odpowiedź negatywną [źle, bardzo źle] proszę podać przyczynę:

.....

2. Jak ocenia Pani/Pan **kontakt z operatorem systemu teleopieki ŚCOPO?**

bardzo dobrze dobrze dostatecznie źle bardzo źle

nie dotyczy

Jeśli zaznaczy Pani/Pan odpowiedź negatywną [źle, bardzo źle] proszę podać przyczynę:

.....
.....

3. Jak ocenia Pani/Pan **przydatność i użyteczność systemu teleopieki ŚCOPO** (informacje umieszczone na stronie www, komunikację poprzez system teleopieki)?

bardzo dobrze dobrze dostatecznie źle bardzo źle

nie dotyczy

Jeśli zaznaczy Pani/Pan odpowiedź negatywną [źle, bardzo źle] proszę podać przyczynę:

.....
.....

4. Jak ocenia Pani/Pan **uprzejmość, okazywanie zrozumienia i zainteresowania** przez personel ŚCOPO **bliskiej osobie**?

bardzo dobrze dobrze dostatecznie źle bardzo źle

nie dotyczy

Jeśli zaznaczy Pani/Pan odpowiedź negatywną [źle, bardzo źle] proszę podać przyczynę:

.....
.....

5. Jak ocenia Pani/Pan **częstość wizyt domowych** pracowników ŚCOPO?

za duża prawidłowa wystarczająca zbyt mała niedostateczna

nie dotyczy

Jeśli zaznaczy Pani/Pan odpowiedź negatywną [zbyt mała, niedostateczna] proszę podać przyczynę:

.....
.....

6. Proszę dokonać **oceny stopnia zadowolenia** z jakości opieki nad **bliską osobą** u wybranych specjalistów.

SPECJALISTA	OCENA				
	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> dobrze	<input type="checkbox"/> dostatecznie	<input type="checkbox"/> źle	<input type="checkbox"/> bardzo źle
<input type="checkbox"/> Lekarz neurolog	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> dobrze	<input type="checkbox"/> dostatecznie	<input type="checkbox"/> źle	<input type="checkbox"/> bardzo źle
<input type="checkbox"/> Lekarz psychiatra	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> dobrze	<input type="checkbox"/> dostatecznie	<input type="checkbox"/> źle	<input type="checkbox"/> bardzo źle
<input type="checkbox"/> Pielęgniarka	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> dobrze	<input type="checkbox"/> dostatecznie	<input type="checkbox"/> źle	<input type="checkbox"/> bardzo źle
<input type="checkbox"/> Rehabilitant/Fizjoterapeuta	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> dobrze	<input type="checkbox"/> dostatecznie	<input type="checkbox"/> źle	<input type="checkbox"/> bardzo źle
<input type="checkbox"/> Psycholog	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> dobrze	<input type="checkbox"/> dostatecznie	<input type="checkbox"/> źle	<input type="checkbox"/> bardzo źle

<input type="checkbox"/> Terapeuta zajęciowy	<input type="checkbox"/> bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> dobrze	<input type="checkbox"/> dostatecznie	<input type="checkbox"/> źle	<input type="checkbox"/> bardzo źle
--	--	---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------	-------------------------------------

nie dotyczy

Jeśli zaznaczy Pani/Pan odpowiedź negatywną [źle, bardzo źle] proszę podać przyczynę:

.....

7. Jak ocenia Pani/Pan jakość współpracy z lekarzem Podstawowej Opieki Zdrowotnej?

bardzo dobrze dobrze dostatecznie źle bardzo źle *nie dotyczy*

Jeśli zaznaczy Pani/Pan odpowiedź negatywną [źle, bardzo źle] proszę podać przyczynę:

.....

8. Jak ocenia Pani/Pan jakość współpracy z Ośrodkiem Pomocy Społecznej?

bardzo dobrze dobrze dostatecznie źle bardzo źle *nie dotyczy*

Jeśli zaznaczy Pani/Pan odpowiedź negatywną [źle, bardzo źle] proszę podać przyczynę:

.....

9. Jak ocenia Pani/Pan jakość współpracy z instytucjami kultury?

bardzo dobrze dobrze dostatecznie źle bardzo źle *nie dotyczy*

Jeśli zaznaczy Pani/Pan odpowiedź negatywną [źle, bardzo źle] proszę podać przyczynę:

.....

10. Jak ocenia Pani/Pan **szybkość** reakcji personelu ŚCOPO na zgłaszane problemy i **prośby z Państwa strony?**

bardzo dobrze dobrze dostatecznie źle bardzo źle *nie dotyczy*

Jeśli zaznaczy Pani/Pan odpowiedź negatywną [źle, bardzo źle] proszę podać przyczynę:

.....

11. Jak ocenia Pani/Pan przydatność usług świadczonych przez ŚCOPO?

bardzo dobrze dobrze dostatecznie źle bardzo źle *nie dotyczy*

Jeśli zaznaczy Pani/Pan odpowiedź negatywną [źle, bardzo źle] proszę podać przyczynę:

.....

Na zakończenie ankiety prosimy o wyrażenie uwag i opinii zarówno na tematy objęte badaniem, jak i nieuwzględnione przez nas w ankiecie. W szczególności prosimy o wskazanie tych aspektów, które w Państwa opinii powinny ulec zmianie aby zwiększyć jakość opieki ŚCOPO.

II część - PROFIL OSOBOWY osoby wypełniającej:

1. Płeć:

kobieta mężczyzna

2. Wiek (lata):

.....

3. Miejsce zamieszkania:

wieś miasto

4. Stopień pokrewieństwa z pacjentem osoby opiekującej się:

żona/mąż

córka/syn

siostra/brat

inny członek rodziny, kto.....

5. Jak długo bliska osoba jest pod opieką ŚCOPO?

mniej niż 30 dni

od 30 dni do 12 miesięcy

więcej niż 12 miesięcy

6. Dane socjodemograficzne osoby chorej:

wiek:

płeć: kobieta mężczyzna

jednostka chorobowa:

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY

Kwestionariusz ankiety dla PRACOWNIKÓW/PARTNERÓW ŚCOPO

Badanie stopnia zadowolenia ze współpracy w ramach Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach (ŚCOPO)

INSTRUKCJA

Kwestionariusz składa się z 7 pytań, które dotyczą jakości usług świadczonych przez Kujawsko-Pomorskie Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach. Uprzejmie prosimy o zapoznanie się ze sposobem wypełnienia kwestionariusza ankiety.

Znak **X** należy postawić w pustym polu przy odpowiedzi najbardziej odpowiadającej Pana/Pani odczuciu. Proszę wybrać **jedną** z możliwych odpowiedzi: „bardzo dobrze”, „dobrze”, „dostatecznie”, „źle”, „bardzo źle”. Jeśli nie posiada Pan/Pani odpowiedniej wiedzy umożliwiającej udzielenie odpowiedzi lub nie spotkał się Pan/Pani z zagadnieniami ujętymi w pytaniu proszę zaznaczyć opcję „**nie dotyczy**”. W przypadku odpowiedzi negatywnych („źle”, „bardzo źle”) prosimy o dodatkowe wyjaśnienie w wykropkowanym polu pod pytaniem.

W części II kwestionariusza prosimy o podanie ogólnych danych osobowych.

I część kwestionariusza

1. Jak ocenia Pani/Pan **funkcjonowanie i sposób obsługi systemu teleopieki ŚCOPO?**

bardzo dobrze dobrze dostatecznie źle bardzo źle *nie dotyczy*

Jeśli zaznaczy Pani/Pan odpowiedź negatywną [źle, bardzo źle] proszę podać przyczynę:

.....

2. Jak ocenia Pani/Pan **kontakt z operatorem systemu teleopieki ŚCOPO?**

bardzo dobrze dobrze dostatecznie źle bardzo źle *nie dotyczy*

Jeśli zaznaczy Pani/Pan odpowiedź negatywną [źle, bardzo źle] proszę podać przyczynę:

.....

3. Jak ocenia Pani/Pan **przydatność i użyteczność konsultacji przeprowadzanych poprzez system teleopieki ŚCOPO?**

bardzo dobrze dobrze dostatecznie źle bardzo źle *nie dotyczy*

Jeśli zaznaczy Pani/Pan odpowiedź negatywną [źle, bardzo źle] proszę podać przyczynę:

.....
.....

4. Jak ocenia Pani/Pan **wymianę informacji** między pracownikami/partnerami ŚCOPO?

bardzo dobrze dobrze dostatecznie źle bardzo źle *nie dotyczy*

Jeśli zaznaczy Pani/Pan odpowiedź negatywną [źle, bardzo źle] proszę podać przyczynę:

.....
.....

5. W jaki sposób funkcjonowanie ŚCOPO wpływa na zmianę jakości Pani/Pana pracy z osobami chorującymi na otępienie?

bardzo dobrze dobrze dostatecznie źle bardzo źle *nie dotyczy*

Jeśli zaznaczy Pani/Pan odpowiedź negatywną [źle, bardzo źle] proszę podać przyczynę:

.....
.....

6. Jak ocenia Pani/Pan **szybkość** reakcji personelu ŚCOPO na zgłaszane problemy i prośby z **Państwa strony**?

bardzo dobrze dobrze dostatecznie źle bardzo źle *nie dotyczy*

Jeśli zaznaczy Pani/Pan odpowiedź negatywną [źle, bardzo źle] proszę podać przyczynę:

.....
.....

7. Jak ocenia Pani/Pan przydatność usług świadczonych przez ŚCOPO?

bardzo dobrze dobrze dostatecznie źle bardzo źle *nie dotyczy*

Jeśli zaznaczy Pani/Pan odpowiedź negatywną [źle, bardzo źle] proszę podać przyczynę:

.....
.....

Na zakończenie ankiety prosimy o wyrażenie uwag i opinii zarówno na tematy objęte badaniem, jak i nieuwzględnione przez nas w ankiecie. W szczególności prosimy o wskazanie tych aspektów, które w Państwa opinii powinny ulec zmianie aby zwiększyć jakość współpracy w ramach ŚCOPO.

II część - PROFIL OSOBOWY osoby wypełniającej:

1. Płeć:

kobieta mężczyzna

2. Wiek (lata):

.....

3. Miejsce pracy:

- Ośrodek Pomocy Społecznej
- Placówka POZ
- Inna placówka medyczna
- Ośrodek kultury
- Pracownik ŚCOPO

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY.

ANALIZA RYZYK

Opracowując poszczególne elementy modelu dokonano analizy ryzyka występującej w poszczególnych obszarach tematycznych

Tabela 1. Analiza ryzyk

Czynnik ryzyka	Sposób ograniczania ryzyka
Lekarz rodzinny	
Kierowanie do ŚCOPO pacjentów innych niż z rozpoznaną chorobą otępienną	Szkolenie lekarzy rodzinnych i przedstawienie zasad kwalifikacji do opieki w ramach ŚCOPO
Kierowanie do ŚCOPO pacjentów w celu ustalenia rozpoznania	Szkolenie lekarzy rodzinnych i przedstawienie zasad kwalifikacji do opieki w ramach ŚCOPO
Zbyt późne kierowanie pacjentów do ŚCOPO	Szkolenie lekarzy rodzinnych i przedstawienie zasad kwalifikacji do opieki w ramach ŚCOPO
Niezrozumienie kompetencji zespołu lekarza rodzinnego przez personel ŚCOPO - zbyt duże lub zbyt małe wykorzystanie zespołu lekarza rodzinnego w opiece	Wspólne szkolenia z zakresu opieki nad chorym z chorobą otępienną, jasne opisanie zadań każdego z uczestników ŚCOPO, konsultacje w tym telekonsultacje
Nadmierne oczekiwania ze strony opiekunów chorego	Na samym początku opieki przedstawienie na jaką pomoc ze strony zespołu lekarza rodzinnego może liczyć pacjent i jego opiekunowie
Małe zainteresowanie lekarzy rodzinnych udziałem w modelu opieki opartym na ŚCOPO	Szkolenia zespołów lekarza rodzinnego z zakresu funkcjonowania modelu i przedstawienie korzyści z takiej opieki
Trudności w wykorzystaniu narzędzi systemu teleopieki przez zespół lekarza rodzinnego	Szkolenia zespołów lekarzy rodzinnych z zakresu posługiwania się narzędziem systemu teleopieki w ramach ŚCOPO
Obciążenie psychofizyczne pracą z pacjentem z chorobą otępienną	Podział pracy pomiędzy uczestników ŚCOPO odzwierciedlający ich możliwości. Wzajemna pomoc w sytuacjach kryzysowych.
Narażenie na agresję ze strony pacjenta	Posiadanie przez zespół lekarza rodzinnego odpowiedniej wiedzy i umiejętności oceny stanu pacjenta oraz wczesne reagowanie w przypadku zaistnienia ryzyka
Psycholog	

Zagrożenia o charakterze biologicznym (wirusy, bakterie)	Środki ochrony indywidualnej
Narażenie na agresję ze strony pacjentów	Wzmoczona uwaga w kontakcie z pacjentem, znajomość symptomów napięcia u chorego, szkolenia.
Stres i obciążenie psychiczne związane z pracą, rozwój symptomów wypalenia zawodowego.	Prawidłowa organizacja pracy i odpoczynku, szkolenia psychologiczne związane z radzeniem sobie ze stresem, uczestnictwo w superwizji i grupach Balinta
Konflikty z personelem ŚCOPO	Poprawa komunikacji w zespole, uczestnictwo w superwizji i grupach Balinta
Trudności w relacjach z opiekunami chorych w tym trudności w prawidłowej komunikacji, postawa roszczeniowa członków rodziny, manipulacja ze strony członków rodziny	Szkolenia i warsztaty psychologiczne, uczestnictwo w superwizji i grupie Ballinta
Trudności z zachowaniem obiektywizmu w pracy z całą rodziną (interwencja rodzinna)	Szkolenia związane z pracą z grupą, uczestnictwo w superwizji i grupie Ballinta
Trudności w radzeniu sobie z własnymi emocjami w kontakcie z pacjentem i/lub jego rodziną, zbyt duże zaangażowanie emocjonalne lub wrogość, utrata dystansu	Uczestnictwo w superwizji i grupie Balinta, szkolenia psychologiczne, uczestnictwo w terapii własnej
Problemy związane z udzielaniem porad poprzez system teleopieki związane z: - trudnościami technicznymi (problemy z nawiązaniem lub utrzymaniem połączenia, zakłócenia techniczne w rozmowie, zrywanie połączenia) - ograniczeniem obszaru obserwacji pacjenta poprzez system audiowizualny	- korzystanie ze wsparcia technicznego i informatycznego, przełożenie konsultacji na inny termin - uważność i ostrożność we wnioskowaniu, w razie wątpliwości konsultacja w zespole ŚCOPO, weryfikacja wątpliwości podczas bezpośredniej wizyty w domu pacjenta.
Błędy diagnostyczne i terapeutyczne popełnione przez psychologa	Stałe podnoszenie kwalifikacji poprzez uczestnictwo w konferencjach, szkoleniach, warsztatach, superwizji i grupach Balinta
Fizjoterapeuta	
Upadek pacjenta	- Szkolenie personelu - Właściwa ocena ryzyka upadku - Usunięcie z pomieszczeń przedmiotów / barier architektonicznych mogących spowodować potknięcie pacjenta lub utratę równowagi - Zaopatrzenie w pomocniczy sprzęt ortopedyczny

Uraz kręgosłupa fizjoterapeuty	<ul style="list-style-type: none"> - Szkolenie personelu - Właściwa pozycja podczas manewru przemieszania - Dobór odpowiedniej techniki - Trening postępowania z pacjentem upadającym
Stres, frustracja fizjoterapeuty	<ul style="list-style-type: none"> - Szkolenia personelu - Trening z psychologiem
Terapeuta zajęciowy	
Pracą z osobami z zaburzeniami psychicznymi, narażenie w związku ze zmiennym nastrojem, nagłymi zmianami zachowania	należy obserwować stan pacjenta, tak dobierać zajęcia by zapobiec zmianom nastroju, jeżeli czegoś pacjent nie potrafi to wrócić do zajęcia, które lubi.
Monotonia, zachowanie schematu może być męczące i nużące, powoduje uśpienie uważności terapeuty na zmiany i niezauważenie pojawienia się problemów u pacjenta	terapeuta musi szukać nowych metod i technik pracy, uczestniczyć w różnych kursach, szkoleniach dotyczących opieki i terapii pacjentów z otępieniem, być na bieżąco z rozwojem medycyny w psychogeriatrrii
Stres związany z nieprzewidywalnością, manipulacją chorego, czasami oskarżenia, konfabulacje, agresja, aktywność bezcelowa, ucieczka.	możliwość omówienia problemów z zespołem, czas na odpoczynek
Opiekunowie pracujący z grupą docelową	
wypalenie zawodowe	<ul style="list-style-type: none"> - pomoc psychologa, udział w terapii indywidualnej, - grupa Balinta, - stworzenie grupy wsparcia dla opiekunów osób z chorobą otępienną, - udział w formach indywidualnych lub grupowych, rekreacyjnych, korzystanie z oferty kulturalnej, - stworzenie odpowiedniego harmonogramu i grafiku pracy, - rozładowywanie stresu i przepracowania poprzez aktywność fizyczną lub realizowanie się w obrębie zainteresowań i hobby, - zmiana, rotacja podopiecznych i środowiska pracy, - ustalenie przyczyny wypalenia i jej usunięcie, - podnoszenie kwalifikacji zawodowych w ramach szkoleń, zajęć warsztatowych i dalszej edukacji szkolnej,
monotonność, powtarzalność tych samych zajęć, w tym samym niezmiennym środowisku pracy,	<ul style="list-style-type: none"> - pomoc psychologa, udział w terapii indywidualnej, - grupa Balinta, - stworzenie grupy wsparcia dla opiekunów osób z chorobą otępienną, - udział w formach indywidualnych lub grupowych,

	<p>rekreacyjnych, korzystanie z oferty kulturalnej,</p> <ul style="list-style-type: none"> - stworzenie odpowiedniego harmonogramu i grafiku pracy, - rozładowywanie stresu i przepracowania poprzez aktywność fizyczną lub realizowanie się w obrębie zainteresowań i hobby, - zmiana, rotacja podopiecznych i środowiska pracy, - ustalenie przyczyny wypalenia i jej usunięcie, - podnoszenie kwalifikacji zawodowych w ramach szkoleń, zajęć warsztatowych i dalszej edukacji szkolnej,
<p>zbytne zaangażowanie emocjonalne w wykonywane czynności i sytuację życiową podopiecznych,</p>	<ul style="list-style-type: none"> -pomoc psychologa, udział w terapii indywidualnej, - grupa Balinta, - stworzenie grupy wsparcia dla opiekunów osób z chorobą otępienną, - udział w formach indywidualnych lub grupowych, rekreacyjnych, korzystanie z oferty kulturalnej, - stworzenie odpowiedniego harmonogramu i grafiku pracy, - rozładowywanie stresu i przepracowania poprzez aktywność fizyczną lub realizowanie się w obrębie zainteresowań i hobby, - zmiana, rotacja podopiecznych i środowiska pracy, - ustalenie przyczyny wypalenia i jej usunięcie, - podnoszenie kwalifikacji zawodowych w ramach szkoleń, zajęć warsztatowych i dalszej edukacji szkolnej,
<p>stres związany z ponoszeniem odpowiedzialności za czyjeś życie i zdrowie,</p>	<ul style="list-style-type: none"> -pomoc psychologa, udział w terapii indywidualnej i grupowej, - grupa Balinta,
<p>agresja ze strony podopiecznych słowna oraz fizyczna,</p>	<ul style="list-style-type: none"> -pomoc psychologa, udział w terapii indywidualnej i grupowej, - zmiana, rotacja podopiecznych i środowiska pracy, - asertywność, - treningi umiejętności interpersonalnych i rozwiązywania problemów, wzmożona uważność w pracy,
<p>zakażenie chorobami,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - przestrzeganie zasad higieny pracy i osobistej, - systematyczne dokonywanie badań lekarskich,
<p>stres związany z współpracą z rodzinami podopiecznych często przejawiającymi postawy roszczeniowe,</p>	<ul style="list-style-type: none"> -pomoc psychologa, udział w terapii indywidualnej i grupowej, -grupa Balinta,

	- asertywność,
stres związany z odpowiedzialnością karną za popełnione błędy w pracy i błędne decyzje,	-pomoc psychologa, udział w terapii indywidualnej, - grupa Balinta,
urazy fizyczne	- wykonywanie czynności opiekuńczych umiejętnie i stosownie do własnych możliwości fizycznych,
urazu psychiczne	-pomoc psychologa, udział w terapii indywidualnej, - grupa Balinta,
stres emocjonalny wynikający z faktu pogarszającego się stanu zdrowia i śmierci podopiecznych jako naturalnego, ostatniego etapu życia ludzkiego,	-pomoc psychologa, udział w terapii indywidualnej, - grupa Balinta, - odpowiednie przygotowanie do pracy,
Pracownik socjalny	
Niechęć pracowników socjalnych do podejmowania dodatkowych zadań związanych ze współpracą ze ŚCOPO	rozmowa kierownika/dyrektora/przełożonego z pracownikami, powołanie się na zakres obowiązków pracownika socjalnego, zgodnego z ustawą o pomocy społecznej; udział w zaplanowanym szkoleniu prowadzonym przez specjalistów i uświadomienie pracownikom perspektywy takich działań, które w konsekwencji doprowadzą do objęcia podopiecznego kompleksową opieką (której wymaga)
Odmowa współpracy z pracownikiem socjalnym ze strony chorego lub jego rodziny (zbyt „dużo papierologii”)	rozmowa pielęgniarki środowiskowej ŚCOPO lub pracownika socjalnego z potencjalnym podopiecznym, oswojenie go i jego rodziny z niezbędną dokumentacją, pomoc prac. socjalnego na każdym etapie od przeprowadzenia wywiadu do faktycznego udzielenia pomocy
Niechęć pracowników do dokształcania się, poszerzania wiedzy i nabywania nowych umiejętności	rozmowa kierownika/dyrektora/przełożonego z pracownikami, powołanie się na zakres obowiązków pracownika socjalnego, zgodnego z ustawą o pomocy społecznej;
wypalenie zawodowe pracowników socjalnych wykonujących swoje obowiązki w terenie	organizacja grupy wsparcia dla terenowych pracowników socjalnych, pozyskanie do współpracy psychologa (np. z działu Wsparcia Rodziny)
postrzeganie pracownika przez pryzmat wyłącznie pomocy finansowej	Pomoc udzielna przez pracownika socjalnego także w poszukiwaniu alternatywnych rozwiązań w kwestii usług np. (poszukiwanie wolontariuszy, uaktywnienie sąsiadów i motywowanie do pomocy tzw. Sąsiedzkiej

	Zapoznanie z ustawą o pomocy społecznej oraz kodeksem opiekuńczym, informowanie o procesie przyznawania pomocy i możliwościach finansowych ośrodka pomocy społecznej
Pielęgniarka	
Zagrożenia o charakterze biologicznym (wirusy, bakterie)	Środki ochrony indywidualnej
pobudzenie psychofizyczne, agresja pacjenta	Uważność w kontakcie z pacjentem, wzrost świadomości zachowań osób chorych na choroby otępienne, szybkość reagowania, prawidłowa umiejętność oceny zachowania pacjenta, rozwój umiejętności zachowania się w sytuacji gdy pacjent jest pobudzony, agresywny.
postawą roszczeniową rodziny i pacjenta oraz nadmierne oczekiwania	Uczestnictwo w grupie Balinta, zwiększenie umiejętności komunikacyjnych i asertywności
obciążenie psychiczne	Uczestnictwo w grupie Balinta, dbałość o prawidłowe proporcje pracy i wypoczynku.
Psychiatra	
wykorzystanie roli lekarza psychiatry tylko w celach umieszczenia w instytucji czy też wymuszenia hospitalizacji.	edukowanie od początku na temat działania SCOPO oferty, podpisywanie kontraktu terapeutycznego o wzajemnych zobowiązaniach.
obciążenie emocjonalne rodzajem pracy	zapobieganie: grupy terapeutyczne typu Balinta
brak standardów i opracowań prawnych pracy z całym systemem rodzinnym	omawianie pacjentów, superwizja pracy.
System teleopieki	
Trudność z obsługą urządzeń systemu teleopieki przez pacjenta/opiekuna	Odpowiednia, dostosowana do wieku i możliwości pacjenta/opiekuna edukacja prowadzona przez informatyka SCOPO, dostęp do konsultacji z informatykiem SCOPO w razie problemów w korzystaniu z systemu teleopieki. Możliwość korzystania z <i>Samouczka</i> dostępnego w ramach systemu.
Problemy z łączem internetowym – zrywanie wideopółłączeń	Wybór optymalnego dostawcy usług internetowych
Trudności związane z logowaniem do systemu teleopieki (np. zapominanie hasła, trudności z jego zmianą)	Pomoc informatyka SCOPO oraz operatora teleopieki, możliwość skorzystania z opcji „zapomniałem hasła”
Uszkodzenie lub zniszczenie urządzeń systemu teleopieki przez pacjenta/opiekuna	Objęcie sprzętu ubezpieczeniem
Nadmierne i nieadekwatne oczekiwania opiekunów dotyczące możliwości „leczenia” poprzez system teleopieki	Edukacja opiekunów na temat realnych możliwości uzyskania pomocy przez system teleopieki, jasne określenie kompetencji specjalistów udzielających

porad przez system teleopieki.

W opiece nad pacjentem istotnie ważna jest ścisła obserwacja pacjenta i szybkie reagowanie na wszelkie objawy związane z otępieniem ich nasilenie oraz inne. Istotnie ważna jest współpraca pielęgniarek, lekarzy, rehabilitantów, dietetyków, terapeutów zajęciowych, psychologów, duchownych, wolontariuszy, pacjentów i ich rodzin.

Wszystkie problemy osób starszych i przewlekle chorych wymagają od zespołu leczącego i opiekującego się działań w całości bądź częściowo kompensacyjnych lub wspierająco- edukacyjnych, polegających na wykonaniu czynności, których chory nie jest w stanie wykonać sam, pomaganiu przy pewnych czynnościach oraz poradnictwie.

Podstawowe ryzyko projektu to zgłaszanie przez partnerów pacjentów nieadekwatnych tj. bez właściwie postawionego rozpoznania lub właściwie wdrożonego leczenia. Nie będzie rolą ŚCOPO ustalenie rozpoznania oraz wdrażanie leczenia de novo. Lekarze specjaliści mogą jedynie potwierdzić/lub nie potwierdzić prawidłowość wstępnego procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Kolejnym ryzykiem może być zgłaszanie do ŚCOPO problemów socjalnych (w tym niedostatków finansowych lub instytucjonalnych działań odciążających) jako dominujących.

Następnym ryzykiem może być niedostatek edukacji każdej z instytucji partnerskich projektu oraz samych pracowników projektu.

Wreszcie udział wielu partnerów w projekcie niesie za sobą ryzyko trudności w ustaleniu jednego, prostego i zrozumiałego standardu opieki środowiskowej a co za tym idzie rozdrobnienia wielu szczegółowych zasad właściwych dla każdej grupy zawodowej uczestniczącej w projekcie.

To rola ośrodka koordynującego ŚCOPO będzie zawierała w sobie umiejętność obejmowania opieką adekwatnych adresatów projektu i wypracowanie takich metod które nie doprowadzą do rozpłynięcia się projektu w morzu potrzeb społecznych.

REGULACJE WEWNĘTRZNE W RAMACH ŚCOPO

Poniższy podrozdział określa podstawowe zasady funkcjonowania ŚCOPO w sferze administracyjno-decyzyjnej. Wskazane zostały struktura organizacyjna, kluczowe role, podział zadań. Zaproponowane rozwiązania wpływają na transparentność modelu oraz pozwalają podmiotom zainteresowanym wdrożeniem modelu zastosować najbardziej optymalne rozwiązania pozwalające skutecznie zaadaptować model w nowej lub już funkcjonującej organizacji.

Regulamin organizacyjny ŚCOPO

Rozdział I Postanowienia ogólne

§1

Niniejszy regulamin określa organizację i porządek procesu udzielania wsparcia w ramach ŚCOPO.

Rozdział II Cele i zadania ŚCOPO

§2

Celem ŚCOPO jest kompleksowa opieka środowiskowa, w ramach której zachodzi wzajemne uzupełnianie się usług zdrowotnych, społecznych i oddziaływań kulturalnych.

§3

Działalność ŚCOPO opiera się na podejściu podmiotowym, stawiając osobę z otępieniem i jej opiekuna w centrum uwagi instytucji pomocowych współpracujących ze sobą dla zapewnienia jak najwyższego standardu leczenia i opieki.

Rozdział III Struktura organizacyjna ŚCOPO

§4

1. W ramach ŚCOPO wydzielono następujące pionki organizacyjne:

- **pion medyczny obejmujący następujący personel: neurolog, psychiatra, pielęgniarki;**
Pionem medycznym kieruje wyznaczony przez koordynatora kierownik pionu, który ustala plan pracy, prowadzi jego spotkania robocze oraz sprawozdaje o stanie realizacji zadań koordynatorowi.
- **pion terapeutyczny obejmujący następujący personel: psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta;**
Pionem terapeutycznym kieruje wyznaczony przez koordynatora kierownik, który ustala plan pracy, prowadzi jego spotkania robocze oraz sprawozdaje o stanie realizacji zadań koordynatorowi.
- **pion teleopieki obejmujący następujący personel: operator telemedyczny, informatyk;**

- pion administracyjno-kadrowy: kierownik projektu/dyrektor administracyjny, księgowość, kadry, prawnik, specjalista ds. marketingu;
2. W ramach pionu teleopiekuńczego wydzielona zostają komórka odpowiedzialna ze współpracę z partnerami (interesariuszami), którą zarządza koordynator.

Rozdział IV Organizacja i zadania oraz warunki współpracy w ramach ŚCOPO dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania

§5

3. Wszystkimi pionami zarządza koordynator delegujący polecenia podległym pionom oraz zespołom mobilny.
4. Piony delegują swoich pracowników do wspólnej opieki nad danym pacjentem.
5. Pracownicy pionów współpracują ze sobą dla zapewnienia optymalnej opieki pacjentom ŚCOPO.
6. Pracownicy pionów wymieniają informacje na temat danego pacjenta poprzez:
 - prowadzoną dokumentację medyczną (do której wzajemny dostęp mają wszyscy pracownicy pionów sprawujący opiekę nad danym pacjentem)
 - prowadzone telekonsultacje poprzez system teleopieki.

§6

7. Koordynator odpowiada za:
 - prowadzenie nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem świadczonych usług;
 - wdrażanie, realizację i monitoring standardów i procedur medycznych;
 - monitorowanie wykorzystania i zapotrzebowania na poszczególne rodzaje wsparcia;
 - kontrolę i analizę dokumentacji;
 - zarządzanie podległymi personel medyczny i niemedyczny w tym rekrutacja, motywowanie, rozwój,
 - koordynator planuje, organizuje i inspiruje działalność ŚCOPO,
 - koordynator reprezentuje ŚCOPO na zewnątrz w tym w relacjach z partnerem,
 - koordynator zapewnia odpowiednie warunki do realizacji zadań,
8. Koordynator dokonuje okresowych wizytacji wszystkich pionów organizacyjnych, szczególnie w zakresie: zapewnienia odpowiedniego poziomu usług.
9. Koordynator odpowiada za wrywkowe kontrolowanie prowadzonej dokumentacji pod względem dokładności i terminowości jej sporządzania oraz należytego przechowywania i archiwizowania.
10. Koordynator w wykonywaniu swoich zadań współpracuje w warunkach testowania z kierownikiem projektu. W przypadku wdrożenia do praktyki z dyrektorem ds. administracji.
11. ŚCOPO udziela świadczeń z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej i niemedycznej, respektując prawa pacjenta oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.
12. Na podstawie raportów przedstawianych przez operatora telemedycznego koordynator prowadzi współpracę z partnerami/interesariuszami.
13. ŚCOPO organizuje świadczenia w sposób zapewniający pacjentom najbardziej dogodną formę korzystania ze świadczeń.

§7

14. Zespół mobilny ŚCOPO zapewnia świadczenia zdrowotne w środowisku społecznym pacjentom ołepiennym i ich rodzinom w zakresie oddziaływań medycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych.
15. W skład zespołu mobilnego ŚCOPO wchodzą osoby zarówno z pionu medycznego (psychiatra, neurolog, pielęgniarka) jak i terapeutycznego (psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta).
16. O składzie zespołu mobilnego kierowanego do danego pacjenta decyduje koordynator ŚCOPO.
17. Każdy pacjent ŚCOPO objęty jest środowiskową opieką pielęgniarską, pozostały skład zespołu mobilnego kierowanego do danego pacjenta ŚCOPO uzależniony jest od potrzeb pacjenta i jego rodziny.
18. Wszystkie oddziaływania pracowników zespołów mobilnych realizowane są w miejscu zamieszkania pacjenta lub poprzez system teleopieki.
19. W stosunku do każdego pacjenta zespół mobilny realizuje indywidualny plan oddziaływań terapeutycznych ustalany przez koordynatora na podstawie konsultacji z pracownikami pionów.
20. Pracownicy zespołu mobilnego współpracują ze sobą w celu optymalizacji i podniesienia jakości opieki nad pacjentem ŚCOPO – prowadzą regularną wymianę informacji o pacjencie poprzez prowadzoną dokumentację medyczną, w razie potrzeby uczestniczą w telekonsultacjach poprzez system teleopieki.
21. Pracownicy zespołów mobilnych podlegają bezpośrednio kierownikom odpowiednich pionów (medyczny lub terapeutyczny), z którymi konsultują indywidualne plany oddziaływań. Kierownicy pionów podlegają koordynatorowi ŚCOPO.

§8

22. Kierownicy pionów

- a) Kierownicy pionów odpowiadają za celowość, legalność, prawidłowość merytorycznych rozstrzygnięć, rzetelne wykonywanie powierzonych obowiązków oraz za rezultat realizowanych zadań.
- b) Kierownicy pionów, niezależnie od zadań wynikających ze specyfiki pionu, odpowiadają za:
 - ścisłe wykonywanie poleceń koordynatora, bądź osób działających z jego upoważnienia,
 - informowanie przełożonego o postępach w wykonywaniu nałożonych zadań, stopniu ich zaawansowania oraz o wystąpieniu okoliczności mogących mieć wpływ na terminowość wykonania zadania,
 - zapewnienie prawidłowego współdziałania z innymi pionami w sposób usprawniający wypełnianie obowiązków służbowych,
 - efektywną współpracę z instytucjami zewnętrznymi w zakresie wynikającym z realizacji powierzonych zadań,
 - właściwe gospodarowanie przydzielonymi środkami materialnymi oraz należyta dbałość o powierzony majątek w zakresie: użytkowania, wykorzystania i zabezpieczenia,
 - terminowe sporządzanie okresowych sprawozdań, zestawień, planów, itp.,
 - sprawowanie bieżącej kontroli funkcjonalnej w ramach swojego pionu,
 - przestrzeganie przepisów o zachowaniu tajemnicy służbowej, o ochronie informacji niejawnych oraz o ochronie danych osobowych,
 - sporządzanie i aktualizowanie opisów stanowisk pracy dla podległych pracowników,
 - na kierownikach spoczywa obowiązek zapewnienia prawidłowego funkcjonowania danego pionu, w szczególności poprzez efektywne organizowanie pracy w sposób zapewniający należyte

wykorzystanie czasu pracy oraz sprawne, terminowe wykonywanie zadań, przestrzeganie czasu pracy i dyscypliny pracy, zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy,

- Kierownicy działów występują do koordynatora z wnioskami dotyczącymi funkcjonowania ŚCOPO, a w szczególności odnoszącymi się do zmian i usprawnień organizacyjnych, podnoszenia kwalifikacji pracowników poprzez organizację kursów wewnętrznych bądź uczestnictwo w kursach zewnętrznych.

§9

23. Pion administracyjno-kadrowy

- a) Pion administracyjno-kadrowy zobowiązany jest do prowadzenia spraw związanych z obsługą księgową, płacową i kadrową ŚCOPO zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- b) Pionem administracyjno-kadrowym zarządza dyrektor/kierownik projektu
- c) Do zadań pionu należy w szczególności:
 - prowadzenie ksiąg rachunkowych zgodnie z obowiązującym planem kont,
 - kompleksowe prowadzenie spraw z zakresu gospodarki finansowej,
 - sporządzanie sprawozdań z realizacji zadań oraz sprawozdań z zakresu wykonania budżetu zadaniowego,
 - współpracę z usługodawcami, w tym wybór zgodnie z przepisami dotyczącymi zamówień publicznych,
 - prowadzenie rejestru umów z przedsiębiorcami i rejestru porozumień,
 - kompleksowe prowadzenie spraw z zakresu kontroli zewnętrznych i wewnętrznych w ŚCOPO,
 - prowadzenie spraw pracowniczych,
 - prowadzenie rachunkowości ROPS,
 - wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi,
 - dokonywanie kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym,
 - dokonywanie wstępnej kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,
 - nadzorowanie całokształtu zadań związanych z obsługą finansowo – księgową,
 - nadzorowanie prawidłowego wykonania planu finansowego ŚCOPO oraz przestrzeganie dyscypliny finansów publicznych,
 - nadzorowanie prowadzenia spraw z zakresu płac i ubezpieczeń społecznych
 - zapewnienia kompleksowej obsługi prawnej w oparciu o obowiązujące regulacje prawne, wiedzę prawniczą, oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, w tym wsparcie partnerów
 - informowania koordynatora o stwierdzonych uchybieniach w działalności ŚCOPO w zakresie przestrzegania prawa i skutkach tych uchybień,
 - udzielanie informacji, wyjaśnień, porad dotyczących stosowania obowiązujących przepisów prawnych,
 - sygnalizowanie wszelkich zmian w regulacjach prawnych, które odnoszą się do działalności ŚCOPO,
 - sporządzanie opinii prawnych,
 - aktywny udział w opracowywaniu aktów wewnętrznych oraz procedur wewnętrznych,
 - Radca prawny ponosi odpowiedzialność za działania realizowane w ramach powierzonych zadań.

Rozdział VI

Postanowienia końcowe

§10

Pozostałe procedury dotyczące funkcjonowania ŚCOPO zostały określone odrębnymi postanowieniami opisanymi w modelu.

INSTRUKCJA STOSOWANIA MODELU

Poniższe zestawienie wskazuje kluczowe elementy modelu w odniesieniu do grup zawodowych odpowiedzialnych za jego wdrażanie wraz z opisem zasad wykorzystania.

Adresat/ dla kogo/ grupa zawodowa	Narzędzie	Instrukcja/sposób stosowania
Pielęgniarka ŚCOPO	Narzędzie Oceny Adekwatności Zgłoszenia Pacjenta do KPŚCOPO	Przeprowadzić na pierwszej wizycie w środowisku Pacjenta, celem ustalenia czy zgłoszenie jest zasadne.
	Narzędzie Oceny Potrzeb Systemu Rodzinnego	Przeprowadzić na pierwszej wizycie w środowisku Pacjenta, celem diagnozy: - potrzeb pacjenta i rodziny, jakiego rodzaju wsparcia/jakich specjalistów wymaga sytuacja pacjenta i jego rodziny. Wykonywać w ramach kompleksowej oceny Pt., nie rzadziej, niż co pół roku. Wykonywać w sytuacji nagłej/głębokiej zmiany stanu i/lub funkcjonowania Pt. i/lub opiekuna.
	Skala funkcjonowania codziennego (ADL)	Przeprowadzić na pierwszej wizycie w środowisku Pacjenta celem ustalenia aktualnego stanu radzenia sobie z samoobsługą. Wykonywać w ramach wizyt kontrolnych, oceny kompleksowej Pt., nie rzadziej, niż raz na pół roku.
	Skala Norton	Przeprowadzić na pierwszej wizycie w środowisku pacjenta celem ustalenia aktualnego ryzyka odleżyn u Pacjenta. Wykonywać w ramach wizyt kontrolnych, oceny kompleksowej Pt., nie rzadziej, niż raz na pół roku.
	Skala Barthel	Przeprowadzić na pierwszej wizycie w środowisku Pt. - ustalenie aktualnego stanu psychofizycznego; - ustalenia aktualnego stanu poznawczego Pacjenta.
	Mini Mental State Examination (MMSE)	Barthel + MMSE: Zakwalifikowanie Pt. do opieki zespołu ŚCOPO; Wykonywać w ramach oceny kompleksowej Pt., nie rzadziej, niż raz na pół roku.
	Skala Oceny Zależności	Przeprowadzić na pierwszej wizycie w środowisku pacjenta

Adresat/ dla kogo/ grupa zawodowa	Narzędzie	Instrukcja/sposób stosowania
	od opieki dla Pacjentów (CDS)	celem ustalenia aktualnego stanu funkcjonowania Pacjenta. Wykonywać w ramach wizyt kontrolnych, oceny kompleksowej Pt., nie rzadziej, niż raz na pół roku.
	Skala oceny złożonych czynności życia codziennego IADL (skala Lawtona)	Przeprowadzić na pierwszej wizycie w środowisku pacjenta celem ustalenia aktualnego stanu radzenia sobie ze złożonymi działaniami. Wykonywać w ramach wizyt kontrolnych, oceny kompleksowej Pt., nie rzadziej, niż raz na pół roku.
	Geriatryczna Skala Oceny Depresji Yesavage'a (GDS)	Przeprowadzić na pierwszej wizycie w środowisku pacjenta celem ustalenia aktualnego stanu nastroju. Wykonywać w ramach oceny kompleksowej Pt., nie rzadziej, niż raz na pół roku.
	Karta obserwacji stanu biopsychospołecznego chorego.	Prowadzić obserwację regularnie, w ramach wizyt kontrolnych, dokonywać diagnozy pielęgniarstwa nie rzadziej, niż co 3 m-ce.
Lekarz POZ	Dokumentacja pielęgnowania Pacjenta w starszym wieku z otępieniem	Kompleksowej oceny stanu i funkcjonowania Pt. dokonywać raz na pół roku.
	Narzędzie do oceny potrzeby konsultacji specjalistycznej w ramach KPŚCOPO	Przeprowadzić w sytuacji wątpliwości co do prawidłowości oceny pacjenta, problemu diagnostycznego.
Fizjoterapeuta	Narzędzia diagnostyczne: Ocena napięcia mięśniowego	Dokonać oceny na pierwszej wizycie. Przeprowadzić na zakończenie procesu rehabilitacyjnego.
	Skala funkcjonowania codziennego (ADL)	Przeprowadzić na pierwszej wizycie w środowisku Pacjenta celem ustalenia aktualnego stanu radzenia sobie z samoobsługą.
	SKALA TINETTI –ocena równowagi i chodu	Przeprowadzić na zakończeniu procesu rehabilitacyjnego.
Terapeuta zajęciowy	Narzędzie diagnostyczne terapeuty zajęciowego ŚCOPO	Przeprowadzić na pierwszej wizycie w środowisku Pacjenta celem oceny możliwości. Dokonać oceny na zakończenie procesu terapii w ramach ewaluacji efektów.
Pracownik socjalny	Narzędzia diagnostyczne	Przeprowadzić na pierwszej wizycie w środowisku Pacjenta celem diagnozy aktualnej sytuacji socjalnej, bytowej



Adresat/ dla kogo/ grupa zawodowa	Narzędzie	Instrukcja/sposób stosowania
	pracownika socjalnego: -wywiad środowiskowy - karta pracy socjalnej - karta wywiadu z chorym i jego rodziną stworzona w ramach ŚCOPO	i potrzeb Pt. i rodziny.

Adresat	Instrukcja/sposób stosowania
Koordynator	<p>Zapoznaje się z:</p> <ul style="list-style-type: none"> - modelem i założeniami funkcjonowania ŚCOPO; - ze szczególną uwagą z rozdziałem „Opis rozwiązań telemedycznych w ŚCOPO”; - zakresem obowiązków i funkcją poszczególnych specjalistów, wzajemnymi zależnościami i obszarem współpracy w ramach teleopieki; - zasadami współpracy z partnerami Projektu; <p>Organizuje pracę poszczególnych pionów w ŚCOPO.</p>
Operator telemedyczny	<p>Zapoznaje się z modelem i założeniami funkcjonowania ŚCOPO, ze szczególnym uwzględnieniem rozdziału „Opis rozwiązań telemedycznych w ŚCOPO”.</p> <p>Zajmuje się właściwą organizacją wdrożenia rozwiązań telemedycznych w projekcie.</p>
Informatyk	<p>Zapoznaje się z modelem i założeniami funkcjonowania ŚCOPO, ze szczególnym uwzględnieniem treści dotyczących rozwiązań telemedycznych.</p> <p>Organizuje plan działania w ramach wdrażania rozwiązań teleopieki w Centrum. Planuje właściwą organizację pracy/współpracy w terenie/środowisku Pacjenta.</p>
Specjalista ds. marketingu	<p>Zapoznaje się z modelem i założeniami funkcjonowania ŚCOPO, ze szczególnym uwzględnieniem własnej roli, zakresu działania i współpracy w ramach projektu. Opracowuje plan działań marketingowych, promocyjnych w ramach swoich obowiązków.</p>
Wykładowca	<p>Każdy wykładowca zapoznaje się modelem oraz założeniami funkcjonowania ŚCOPO.</p> <p>W zależności od specjalizacji wykładowcy oraz tematyki prowadzonych zajęć, zapoznaje się z:</p> <ul style="list-style-type: none"> - konkretnym/określonym jemu programem szkoleniowym; - na podstawie programu opracowuje plan, zakres zajęć, dostosowane do formy zajęć (wykład i /lub warsztat, staż) treści, przygotowuje potrzebne materiały.
<p>Pion medyczny (lekarz, pielęgniarka)</p> <p>Pion terapeutyczny (psycholog, terapeuta)</p>	<p>Każdy ze specjalistów zapoznaje się z:</p> <ul style="list-style-type: none"> - modelem i założeniami funkcjonowania ŚCOPO; - rozdziałem dotyczącym jego obszaru działania, obowiązkami, zakresem zadań, współpracą z innymi specjalistami; - rozdziałem dotyczącym rozwiązań telemedycznych w ŚCOPO, wzajemnej współpracy w ramach teleopieki, prowadzenia dokumentacji medycznej; - regulaminem, procedurami wewnętrznymi; <p>Każdy specjalista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - opracowuje właściwą sobie i swojemu stanowisku strategię pracy, leczenia/terapii w ramach ŚCOPO; - przygotowuje potrzebne narzędzia pracy; - zapoznaje się z narzędziami pracy stworzonymi dla konkretnego specjalisty



	w ramach ŚCOPO;
Partnerzy projektu	<p>Każdy partner zapoznaje się ze:</p> <ul style="list-style-type: none">- strukturą i założeniami funkcjonowania ŚCOPO;- własną rolę i obszarem działania we współpracy ze ŚCOPO i innymi partnerami;- rozdziałem poświęconym rozwiązaniom telemedycznym w ŚCOPO, udziałem w projekcie w ramach teleopieki; <p>Każdy partner wyznacza w swojej instytucji/placówce osobę odpowiedzialną za współpracę i komunikację z Partnerem wiodącym i innymi partnerami.</p>

PODSUMOWANIE

Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego stanowią poważny problem w skali globalnej. Jak wskazywano w niniejszym opracowaniu, w perspektywie kilkunastu lat Polska stanie się najstarszym krajem w Unii Europejskiej a problemy zdrowia psychicznego seniorów będą coraz bardziej kształtować codzienną praktykę medyczną w Polsce. Sytuacja ta wymusza wprowadzenie istotnych zmian w zakresie organizacji życia społecznego i funkcjonowania opieki zdrowotnej. Mimo iż w ostatnich latach podejmowane są działania na rzecz rozwoju psychiatrii środowiskowej (postulowane w projekcie NPOZP), brak jest kompleksowych rozwiązań dedykowanych dla chorych otępiennych. Model Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach potencjalnie może stać się rozwiązaniem modelowym, które mogłoby uzupełnić wyraźną lukę w konstrukcji NPOZP.

Celem działalności ŚCOPO jest zapewnienie spersonalizowanej, skoordynowanej i kompleksowej opieki osobom z otępieniem i ich opiekunom w miejscu ich zamieszkania. Dużym walorem modelu jest wprowadzenie kooperacyjnego trybu opieki nad chorym z otępieniem. Pacjent i jego opiekun/opiekunowie uzyskują profesjonalną asystę skoordynowaną przez operatora oraz pielęgniarzkę. Uzyskane wsparcie pozwoli na zmniejszenie wpływu choroby na pacjenta, jego rodzinę i otoczenie. Poprzez włączenie do procesu opieki środowiskowej miejscowych instytucji kulturalnych i pracowników opieki społecznej, realizowane będą oddziaływania profilaktyczne. Wszechstronne działania odciążające opiekunów, w tym wsparcie psychologiczne, organizacyjne, formalno-prawne i socjalne, zakładane w modelu ŚCOPO, będą mieć charakter rekonwalescencyjny wobec nich. Projekt spełnia warunek zapewnienia opieki osobie dotkniętej otępieniem w jej najbliższym środowisku i nieodseparowywania jej od niego, a przez to zmniejsza ryzyko kierowania takiej osoby do leczenia instytucjonalnego. Dzięki współpracy wielu podmiotów zaangażowanych w pracę na rzecz chorych otępiennie możliwe będzie budowanie w opiekunach i chorych poczucia, że nie są pozostawieni sami sobie i mają możliwość uzyskiwania stałego wsparcia ze strony działających aktywnie partnerów projektu.

Projekt zakłada utworzenie i wzmocnienie celowych, zharmonizowanych i powiązań sieci organizacji o charakterze interdyscyplinarnym i ruchów samopomocowych, a także angażowanie w działania edukacyjne i prewencyjne szeregu służb społecznych (edukacja, kultura, praca, opieka społeczna). Celem tych działań jest zapobieganie hospitalizacji osób z otępieniem i/lub kierowaniu tych osób do form opieki zinstytucjonalizowanej. Należy się spodziewać, że dzięki odbarczeniu opiekunów pacjenci będą kierowani do placówek stacjonarnej opieki nad osobami z otępieniem rzadziej niż obecnie i w późniejszych stadiach zaawansowania otępienia niż ma to miejsce aktualnie. Powinno się to przełożyć na znaczące oszczędności dla wydatków publicznych w sektorze polityki senioralnej, co ma niebagatelne znaczenie w obliczu procesów demograficznych, zachodzących w Polsce. Efektem tych oddziaływań będzie także zmniejszenie presji na finansowanie ze środków publicznych senioralnych instytucji opiekuńczych. Poprzez zapewnienie opieki w warunkach domowych spełnione zostanie kryterium niesienia pomocy osobom chorym w sposób najmniej dla nich uciążliwy, do czego zobowiązują przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Model ŚCOPO zakłada także istotne zmiany w zakresie organizacji pracy profesjonalistów uczestniczących

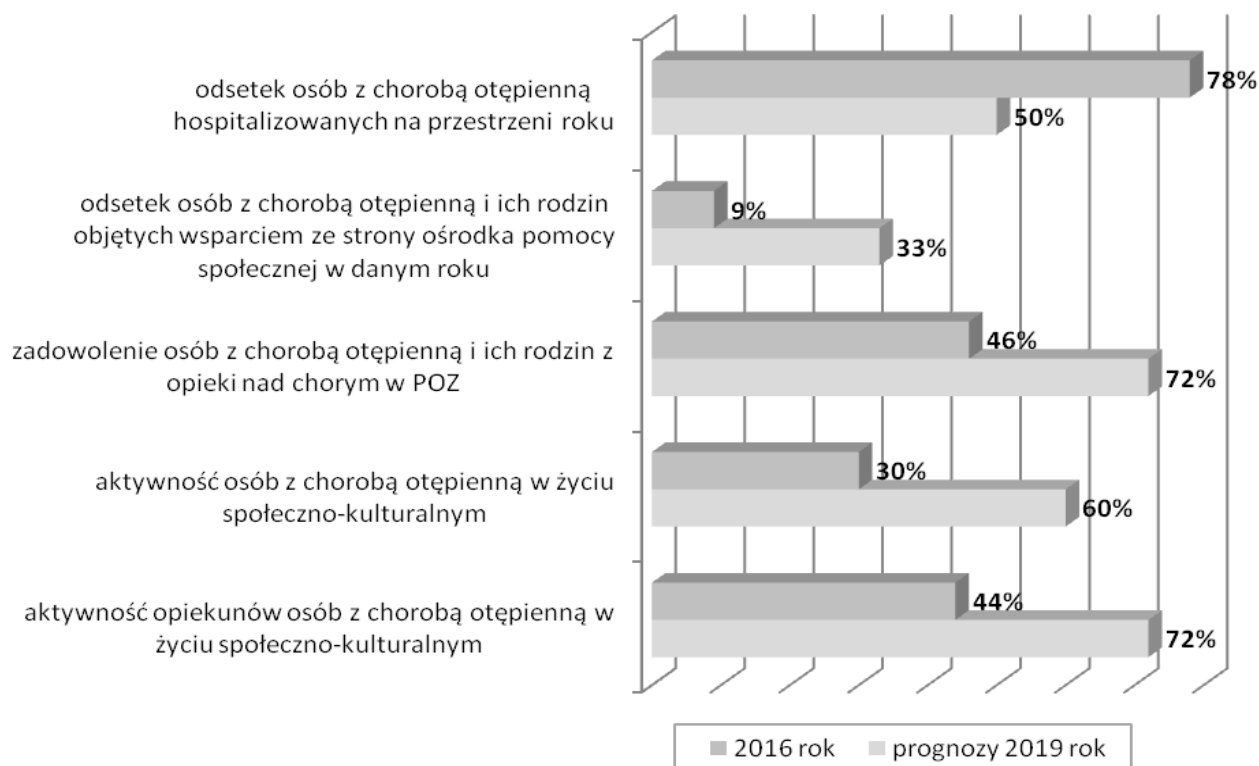
w procesie leczenia chorych otępiennych. W ramach ŚCOPO porozumiewanie się lekarzy specjalistów i lekarza POZ staje się z założenia czynnością rutynową, a nie ewenementem, jak ma to miejsce obecnie. Podobnie, stałe komunikowanie się innych członków zespołu terapeutycznego z pewnością poprawi jakość opieki nad chorym i jego opiekunem. Wśród zasad funkcjonowania ŚCOPO umieszczono także obligatoryjne uczestnictwo w grupach Balinta oraz pogłębioną edukację dla osób sprawujących opiekę medyczną i psychologiczną jako strategię zapobiegającą nadmiernemu obciążeniu emocjonalnemu pracowników. Zapobiegnie to rozwojowi wypalenia zawodowego i innym negatywnym skutkom pracy z osobą przewlekle chorą.

Istotną zaletą modelu ŚCOPO w aspekcie medycznym jest oparcie go o telekonsultacje i telekonsylia. W sposób oczywisty rozwiązanie takie wydatnie zwiększy dostępność do specjalistycznych porad lekarskich dla pacjentów mieszkających poza dużymi ośrodkami miejskimi. Projektowany model spełnia kryterium formy zdeinstytucjonalizowanej, tworzy warunki do współpracy różnych służb i gwarantuje sprawny system przepływu informacji, w którego centrum uwagi znajduje się osoba z otępieniem.

W wyniku zaplanowanych w ramach ŚCOPO oddziaływań przewiduje się uzyskanie następujących efektów:

- Zmniejszenie odsetka hospitalizacji osób z chorobą otępienną do 50% na przestrzeni roku (z 78%). Będzie to prowadziło do obniżenia ponoszonych przez Państwo kosztów opieki zdrowotnej. W odniesieniu do osób chorujących, pozwoli to na zmniejszenie ryzyka doświadczenia sytuacji stresującej, powodującej niejednokrotnie wzrost dezorientacji i postęp procesu chorobowego.
- Zwiększenie odsetka osób z chorobą otępienną i ich rodzin objętych wsparciem ze strony ośrodka pomocy społecznej. Jak wykazały badania własne prowadzone w ramach prac nad modelem, obecnie jedynie 9% rodzin chorych otępiennych korzysta z pomocy OPS, mimo doświadczanych trudności. Zakłada się, iż wskaźnik ten wzrośnie do 33%.
- Poprawa zadowolenia osób z chorobą otępienną i ich rodzin/opiekunów z opieki lekarza rodzinnego POZ. Aktualnie zadowolenie z pomocy uzyskanej w POZ deklaruje 46% respondentów, co nie jest wynikiem zadowalającym. Zakłada się, iż poprzez prowadzone szkolenia oraz współpracę ze specjalistami nawiązaną w ramach ŚCOPO jakość opieki nad chorymi z otępieniem w ramach POZ ulegnie poprawie a wskaźnik zadowolenia chorych i opiekunów wzrośnie do 72%.
- Zwiększenie uczestnictwa chorych i ich opiekunów w życiu społecznym. Obecnie z wielu względów (brak oferty dla chorych otępiennych, stereotypy i mała świadomość społeczna, trudności organizacyjne) udział chorych otępiennych w życiu kulturalnym społeczności lokalnej plasuje się na poziomie 30%. Zakłada się, iż poprzez dostosowanie oferty ośrodków kultury do możliwości osób chorych oraz organizację odpowiednich zajęć, wskaźnik ten wzrośnie do 60%. Analogicznie, zakłada się wzrost odsetka opiekunów uczestniczących w aktywnościach kulturalnych z 44% do 72%.

Wykres 1. Wskaźniki zaplanowane w ramach ŚCOPO



Wszelkie omawiane oddziaływania mają zwrotnie służyć poprawie jakości życia chorych i opiekunów.

Model Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach jest propozycją nowatorską w skali kraju. Innowacyjność omawianego projektu polega przede wszystkim na:

1. Utworzeniu po raz pierwszy w Polsce środowiskowej formy opieki nad chorymi z otępieniem i ich opiekunami oraz opracowaniu praktycznych reguł funkcjonowania ośrodka opieki środowiskowej dla osób z otępieniem
2. Diagnostowaniu i monitorowaniu przebiegu opieki nad chorym z otępieniem w miejscu zamieszkania pacjenta, a nie w sztucznych warunkach ambulatoryjnych czy szpitalnych, jak ma to miejsce obecnie
3. Stworzeniu standardów pracy z chorymi otępiennymi dla wielu zawodów medycznych i terapeutycznych uczestniczących w opiece nad chorym,
4. Włączeniu rozwiązań teleinformatycznych do rutynowej praktyki funkcjonowania ŚCOPO zarówno w komunikacji między profesjonalistami a podopiecznymi, jak i między poszczególnymi profesjonalistami
5. Opracowaniu mechanizmów współpracy między specjalistami uczestniczącymi w procesie leczenia i opieki, jak również nawiązaniu i opracowaniu zasad współpracy międzysektorowej (sektor medyczny i socjalny) w opiece nad chorym otępiennie,

6. Kompleksowości zintegrowanej i ciągłej opieki zarówno nad chorymi z otępieniem, jak i ich opiekunami
7. Kontynuowaniu opieki nad opiekunem po śmierci pacjenta z otępieniem
8. Opracowaniu narzędzi diagnostycznych uwzględniających specyfikę chorób otępiennych i pozwalających na dostosowanie oddziaływań do realnych potrzeb i możliwości chorego i jego rodziny (Narzędzie do Oceny Potrzeb Systemu Rodzinnego, Narzędzie diagnostyczne dla fizjoterapeuty, Narzędzie diagnostyczne dla terapeuty zajęciowego, Narzędzie diagnostyczne dla pracownika socjalnego, Narzędzie dla lekarzy POZ).

Wypracowane w modelu innowacyjne rozwiązania pozwolą na dłuższe podtrzymanie istniejącej sprawności i aktywności życiowej osób z otępieniem podlegających opiece psychogeriatrycznej. Zmniejszy to potrzeby leczenia szpitalnego. Poprawie ulegnie również sytuacja chorych i ich rodzin, dzięki opracowaniu nowych metod współpracy szeregu środowisk, mających wpływ na sytuację osób starszych z otępieniem oraz wyposażenie personelu różnych specjalności w narzędzia pozwalające na pełną koordynację świadczonej pomocy.

Efektywność modelu ŚCOPO wynika głównie z następujących atrybutów:

1. dzięki rozwiązaniom teleinformatycznym lepiej zostanie wykorzystany czas pracy lekarzy specjalistów i lekarzy POZ w procesie opieki nad pacjentami z otępieniem i ich opiekunami
2. dzięki rozwiązaniom teleinformatycznym możliwe stanie się dotarcie ze specjalistyczną profilowaną pomocą do osób mieszkających poza ośrodkami miejskimi, co znacząco zwiększy dostępność opieki
3. dzięki regularnej i usystematyzowanej współpracy między pionem medycznym, psychologicznym, socjalnym i społecznym pomoc dla opiekunów chorych z otępieniem osiągnie poziom skuteczności znacznie wyższy aniżeli w obecnych realiach

Podsumowując: model ŚCOPO spełnia kryteria innowacyjności i efektywności, a także zapewnia znacznie wyższą niż ma to miejsce obecnie jakość i wszechstronność opieki nad osobami z otępieniem i ich opiekunami. Jest wysoce prawdopodobne, że nakłady na jego wprowadzenie przyniosą w rezultacie istotne oszczędności systemowe. Opracowany model nie wymaga zmian legislacyjnych. Nie stwierdza się barier prawnych uniemożliwiających jego wprowadzenie. Model ŚCOPO jest więc gotowy do wdrożenia.

W modelu zapisano, że proponowane rozwiązanie będzie tańsze, szybsze i efektywniejsze. W kontekście przedstawionych źródeł finansowania powstaje wątpliwość, jak zagwarantowana zostanie szybkość działania (kolejki, ograniczona dostępność ze względu na mocno ograniczone środki finansowe budżetu publicznego).

Proszę o uzupełnienie modelu o adekwatne wyjaśnienia.

Rozwiązanie proponowane w modelu ŚCOPO gwarantuje szybszy i efektywniejszy dostęp do świadczeń medycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych dla chorych otępiennych i ich rodzin. Jest to rozwiązanie szybsze ponieważ:

- pacjenci z diagnozą choroby otępiennej będą mieli zapewnioną skoordynowaną opiekę wielu specjalistów zatrudnionych w ramach ŚCOPO (np. neurolog, psychiatra, psycholog, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy) co sprawi, że nie będą musieli korzystać z tych usług w innych placówkach

medycznych oczekując w długich kolejkach, np. w razie potrzeby konsultacji neurologicznej pacjent ŚCOPO będzie korzystał z pomocy neurologa ŚCOPO zamiast oczekiwać na wizytę u specjalisty w poradni neurologicznej. Mimo więc ograniczonego budżetu państwa na świadczenia medyczne, chory uzyska poradę/usługę w krótszym czasie. Dodatkowym walorem proponowanego rozwiązania jest możliwość uzyskania wielu świadczeń w obrębie jednego, współpracującego ze sobą zespołu co powoduje, iż oddziaływania są zgodne ze sobą, skoordynowane i nakierowane na wspólne, ujednolicone leczenie chorego. Zmniejsza to ryzyko nieprawidłowych oddziaływań. W obecnym systemie chory i jego rodzina skazani są na korzystanie z pomocy wielu placówek medycznych, w których do każdego specjalisty są oddzielne kolejki. Samodzielne też koordynują leczenie, próbując „zgrać ze sobą” odpowiednie konsultacje i terminy wizyt. Wszystko to znacznie opóźnia możliwość uzyskania pomocy i spowalnia proces oddziaływań.

- Pacjenci, którzy nie mają jeszcze potwierdzonego rozpoznania choroby otępiennej a zostaną zgłoszeni do ŚCOPO będą pokierowani do odpowiedniej placówki specjalizującej się w diagnozowaniu chorób wieku podeszłego. Obecnie, jak wspomniano w niniejszym opracowaniu, rodziny pacjentów metodą prób i błędów poszukują odpowiedniego specjalisty, dokonują wielokrotnych konsultacji, nie wiedzą, gdzie szukać pomocy. System informacji ŚCOPO ułatwi rodzinom skierowanie się do odpowiedniej placówki, przez co skrócona zostanie droga poszukiwań właściwej diagnozy, zmniejszeniu ulegnie ilość niepotrzebnych konsultacji i szybciej zostanie wdrożone leczenie. Gdy pacjent uzyska diagnozę będzie mógł być objęty opieką ŚCOPO i korzystać z wszystkich świadczeń proponowanych w ramach Centrum.
- System szkoleń proponowanych przez ŚCOPO (np. dla lekarzy POZ, lekarzy specjalistów, pielęgniarek, psychologów) spowoduje wzrost wiedzy na temat chorób otępiennych. Efektem tego będzie szybsze rozpoznawanie problemów otępiennych np. przez lekarzy rodzinnych i kierowanie do odpowiedniego specjalisty. Szybka reakcja ze strony personelu medycznego ograniczy ilość powikłań, a co się z tym wiąże, ilość potrzebnych konsultacji medycznych. Dodatkowo lekarze POZ współpracujący ze ŚCOPO zwiększając swoją wiedzę poprzez udział w szkoleniach oraz możliwość telekonsultacji ze specjalistami ŚCOPO będą trafniej rozpoznawać problemy chorych już zdiagnozowanych co również zmniejszy ilość dodatkowych konsultacji medycznych (np. w przypadku wątpliwości natury neurologicznej zamiast kierować pacjenta do neurologa w poradni będą mogli skorzystać z telekonsultacji ze specjalistą neurologiem ŚCOPO i samodzielnie rozwiązać problem lub zwrócić się o bezpośrednią wizytę domową specjalisty neurologa ŚCOPO w domu chorego. Oba te rozwiązania pozwolą na pominięcie konieczności długotrwałego oczekiwania na wizytę w poradni specjalistycznej)

- Regularny kontakt pielęgniarki ŚCOPO (i innych specjalistów ŚCOPO) z pacjentami objętymi opieką pozwoli na szybsze diagnozowanie ewentualnych problemów i odpowiednie reagowanie, co zmniejszy ryzyko nasilenia się problemu i powikłań. Ograniczy to ilość konsultacji medycznych, wezwań karetek pogotowia, hospitalizacji.
- Kampanie edukacyjne prowadzone w ramach ŚCOPO doprowadzą do wzrostu świadomości społecznej na temat chorób otępiennych, ich objawów, możliwości leczenia i uzyskania pomocy, co przyczyni się do ograniczenia nieadekwatnych, niepotrzebnych konsultacji medycznych. Pacjenci i ich rodziny będą zgłaszali się do lekarza wcześniej, co zmniejszy ryzyko nasilenia problemów zdrowotnych (co obniży ilość interwencji medycznych).
- Dodatkowym walorem usług w ramach ŚCOPO jest prowadzona edukacja rodziny na temat choroby otępiennej, jej objawów, możliwości reagowania i radzenia sobie z trudnościami. W aktualnym systemie opieki zdrowotnej, gdzie brak jest czasu na prowadzenie edukacji rodzin, opiekunowie zaniepokojeni np. niezrozumiałym zachowaniem chorego, często zgłaszają się do lekarzy POZ. Odpowiednio wsparty i wyedukowany opiekun będzie lepiej rozumiał zachowanie chorego otępiennie, bardziej adekwatnie na nie reagował i odpowiednio rozpoznawał sygnały niepokojące. Zmniejszy to ilość wizyt lekarskich czy wezwań karetek pogotowia.

Wszelkie opisane powyżej oddziaływania nastawione są na zredukowanie ilości niepotrzebnych konsultacji medycznych co zwrótnie wpłynie na mniejsze obciążenie lekarzy POZ (aktualnie to oni są osobami wzywanyymi do każdej niepokojącej opiekuna sytuacji) oraz zmniejszenie kolejek do innych specjalistów (poprzez redukcję zgłoszeń nieadekwatnych, obniżenie ryzyka powikłań oraz możliwość uzyskania świadczeń w ramach ŚCOPO). Będzie to prowadziło do zmniejszenia obciążenia dla budżetu państwa.

SPIS SCHEMATÓW

Spis treści	3
KUJAWSKO - POMORSKIE ŚRODOWISKOWE CENTRUM OPIEKI PSYCHOGERIATRYCZNEJ W OTĘPIENIACH - OPIS MODELU	8
Schemat 1. Funkcjonowanie Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach w sytuacji adekwatnego zgłoszenia pacjenta do ŚCOPO przedstawiono na poniższym rysunku.	21
Schemat 2. Postępowanie w ramach Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach w sytuacji nieadekwatnego zgłoszenia	22
ROLA LEKARZA RODZINNEGO W ŚRODOWISKOWYM LECZENIU PACJENTÓW Z CHOROBY OTĘPIENNYMI	127
Schemat 1 modelu współpracy w opiece nad pacjentem z chorobą otępienną w oparciu o ŚCOPO z perspektywy lekarza rodzinnego	130
ROLA PIELĘGNIARKI ŚCOPO	138
Schemat 1 Model opieki skoncentrowany na pacjencie realizowany w ramach ŚCOPO- interakcje między specjalistami ŚCOPO w opiece nad pacjentem z otępieniem.....	141
ROLA I STANDARDY PRACY NEUROLOGA W LECZENIU CHORYCH Z OTĘPIENIEM	195
Schemat 1. Weryfikacja adekwatności zgłoszenia pacjenta do ŚCOPO oraz rola neurologa ŚCOPO (w środowisku pacjenta oraz specjalisty neuroscience) w procesie zgłoszenia pacjenta z uwzględnieniem kolejnych szczebli specjalistycznych.	198
Schemat 2 Rola neurologa ŚCOPO w planowej opiece medycznej nad pacjentem (dwa szczeble konsultacyjne – środowiskowy oraz konsultacyjny)	199
ROLA I STANDARD PRACY PSYCHOLOGA W ŚRODOWISKOWYM LECZENIU CHORYCH Z CHOROBY OTĘPIENNĄ	218
Schemat 1. Przebieg pracy psychologa ŚCOPO.....	226
ROLA FIZJOTERAPEUTY ORAZ STANDARD POSTĘPOWANIA REHABILITACYJNEGO U PACJENTÓW Z CHOROBY OTĘPIENNYMI	246
Schemat 1. Proces postępowania rehabilitacyjnego u pacjentów z chorobami otępiennymi	250
MARKETING I FINANSOWANIE MODELU	367
Schemat 1. Obszary działań promocyjnych	376

SPIS RYSUNKÓW

„KUJAWSKO-POMORSKIE ŚRODOWISKOWE CENTRUM OPIEKI PSYCHOGERIATRYCZNEJ W OTĘPIENIACH”. RAPORT Z BADAŃ <i>DESK RESEARCH</i> I BADAŃ JAKOŚCIOWYCH.....	46
Rysunek 1 Geograficzne ujęcie udziału ludności w wieku sędziwym w ogólnej liczbie ludzi starszych na obszarze województwa kujawsko-pomorskiego (Źródło: GUS, 2012)	47
Rysunek 3 Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności (stan w dniu 31.XII, 2014)	54
OPIS ROZWIĄZAŃ TELEMEDYCZYNYCH W KUJAWSKO - POMORSKIM ŚRODOWISKOWYM CENTRUM OPIEKI PSYCHOGERIATRYCZNEJ W OTĘPIENIACH.....	90
Rysunek 1. Schemat O - Ogólny wzór działania telemedycyny w ŚCOPO.....	92
Rysunek 2. Schemat 1 - pierwszy kontakt ze ŚCOPO	94
Rysunek 3. Schemat 2 – pierwsza wizyta domowa.....	96
Rysunek 4. Schemat 3 komunikacji (wiadomości tekstowe, chat).....	98
Rysunek 5. Schemat 4 - wideopowiązania.....	100
Rysunek 6. Schemat FAQ - rysunek poglądowy	102
Rysunek 7. Schemat 5 - planowe oddziaływania	103
Rysunek 8. Schemat 6 . komunikacja między specjalistami.....	105
ROLA PIEŁĘGNIARKI ŚCOPO.....	138
Rysunek 9. Kwestionariusz Poczucia Obciążenia.....	145

SPIS TABEL

FUNKCJONOWANIE SYSTEMU RODZINNEGO CHORYCH NA OTĘPIENIE	28
Załącznik 1	39
Tabela 1 Ramowy program szkolenia	40
„KUJAWSKO-POMORSKIE ŚRODOWISKOWE CENTRUM OPIEKI PSYCHOGERIATRYCZNEJ W OTĘPIENIACH”. RAPORT Z BADAŃ <i>DESK RESEARCH</i> I BADAŃ JAKOŚCIOWYCH.....	46
Tabela 1 Infrastruktura pomocy środowiskowej dla osób starszych w województwie kujawsko-pomorskim - stan na koniec 2015r.	48
Tabela 2 Liczba wartości zakontraktowanych świadczeń w poradniach geriatrycznych w latach 2013 – 2015 (wg danych NFZ)	49
Tabela 3. Liczba zakładów, łóżek, pacjentów leczonych w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno- leczniczych (z wyjątkiem psychiatrycznych) oraz wydatki na leczenie w latach 2011 – 2013	53
Tabela 4. Wykaz Domów pomocy społecznej o profilu obejmującym usługi dla osób w wieku podeszłym (opracowano na podst. dane ROPS Toruń dostępne www.rops.torun.pl).....	55
ROLA LEKARZA RODZINNEGO W ŚRODOWISKOWYM LECZENIU PACJENTÓW Z CHOROBYMI OTĘPIENNYMI.....	127
Tabela 1. Ramowy program kursu	133
ZASADY ETYCZNE DLA LEKARZY I PIELĘGNIAREK PRACUJĄCYCH Z PACJENTEM OTĘPIENNYM I JEGO RODZINĄ.....	215
Tabela 1 Dziedziny działalności psychologa pracującego w ŚCOPO.....	220
Tabela 2 Obszary diagnostyczne funkcjonowania chorego i systemu rodzinnego oceniane przez psychologa ŚCOPO.....	222
Tabela 3 Kontrakt psychologiczny zawierany z rodziną chorego przez psychologa ŚCOPO	223
ROLA I STANDARD PRACY TERAPEUTY ZAJĘCIOWEGO W OPIECE NAD CHORYM Z OTĘPIENIEM	288
Tabela 1. Ramowy program szkolenia.....	303
Tabela 2 Arkusz - obecny stopień funkcjonowania pacjenta	306
Tabela 3 Arkusz - porównanie funkcjonalności przed chorobą a stanem aktualnym (w trakcie choroby)	307
ROLA PRACOWNIKA SOCJALNEGO W PRACY Z OSOBĄ OTĘPIENĄ	318
Tabela 1. Ramowy program szkolenia.....	326
ROLA INSTYTUCJI KULTURY W AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ OSÓB Z CHOROBYMI OTĘPIENNYMI I ICH RODZIN.....	352

Tabela 1 Przykładowy harmonogram działań w ramach organizacji i prowadzenia kampanii społecznych na rzecz osób z chorobą otępienną i ich rodzin poprzez wydarzenia artystyczne połączone z elementami edukacyjnymi.....	354
Tabela 2. Formy aktywizacji.....	356
Tabela 3. Przykłady działań w ramach organizacji form aktywizujących, integrujących, rekreacyjnych, turystycznych dla opiekunów osób z chorobą otępienną	362
MARKETING I FINANSOWANIE MODELU	367
Tabela 1. Odbiorcy i użytkownicy SCOPO	367
Tabela 2. Obszary i zakres współpracy.....	367
Tabela 3. Źródła finansowania	369
Tabela 4. Wysokość wsparcia z 1% na przestrzeni lat 2010 - 2014	374
Tabela 5. Kanały promocji.....	377
Tabela 6. Karta opisu stanowiska specjalisty ds. marketingu	385
Tabela 7. Koszty związane z opieką nad osobą cierpiącą na choroby otępienne	391
Tabela 8. Roczny koszt funkcjonowania modelu po zakończeniu etapu testowania z podziałem na źródła finansowania (MZ - Ministerstwo Zdrowia, MRPiPS - Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej, PRYW - środki prywatne).....	392
EWALUACJA DZIAŁAŃ SCOPO	397
Tabela 1. Analiza ryzyk.....	405

SPIS WYKRESÓW

FUNKCJONOWANIE SYSTEMU RODZINNEGO CHORYCH NA OTĘPIENIE	28
Wykres 1. Struktura opieki nad chorym z otępieniem w Polsce w ujęciu procentowym	28
Wykres 2. Główny opiekun chorego na otępienie wśród członków rodzin w Polsce w ujęciu procentowym ..	28
„KUJAWSKO-POMORSKIE ŚRODOWISKOWE CENTRUM OPIEKI PSYCHOGERIATRYCZNEJ W OTĘPIENIACH”. RAPORT Z BADAŃ <i>DESK RESEARCH</i> I BADAŃ JAKOŚCIOWYCH.....	46
Wykres 1. Średnia liczba dni pobytu oraz liczba leczonych przypadających na 1 łóżko na oddziałach geriatrycznych wg województw w 2014 roku.....	52
PODSUMOWANIE	422
Wykres 1. Wskaźniki zaplanowane w ramach ŚCOPO	424

SPIS ZAŁĄCZNIKÓW

FUNKCJONOWANIE SYSTEMU RODZINNEGO CHORYCH NA OTĘPIENIE	28
Załącznik 1	39
„KUJAWSKO-POMORSKIE ŚRODOWISKOWE CENTRUM OPIEKI PSYCHOGERIATRYCZNEJ W OTĘPIENIACH”. RAPORT Z BADAŃ <i>DESK RESEARCH</i> I BADAŃ JAKOŚCIOWYCH.....	46
Załącznik 1	81
Załącznik 2	86
Załącznik 3	87
OPIS ROZWIĄZAŃ TELEMEDYCZNYCH W KUJAWSKO - POMORSKIM ŚRODOWISKOWYM CENTRUM OPIEKI PSYCHOGERIATRYCZNEJ W OTĘPIENIACH.....	93
Załącznik nr 1 Kod źródłowy platformy ŚCOPO	
ROLA LEKARZA RODZINNEGO W ŚRODOWISKOWYM LECZENIU PACJENTÓW Z CHOROBY OTĘPIENIAMI	127
Załącznik 1	133
ROLA PIEŁĘGNIARKI ŚCOPO.....	138
:Załącznik 1	150
Załącznik 2	153
Załącznik 3	155
Załącznik 4	161
Załącznik 5	164
Załącznik 6	168
Załącznik 7	171
Załącznik 8	186
ROLA I STANDARDY PRACY NEUROLOGA W LECZENIU CHORYCH Z OTĘPIENIEM	195
Załącznik 1	203
Załącznik 2	208
Załącznik 3	209
ROLA I STANDARD PRACY PSYCHOLOGA W ŚRODOWISKOWYM LECZENIU CHORYCH Z CHOROBY OTĘPIENIĄ	218
Załącznik 1	230
Załącznik 2	235

Załącznik 3	237
ROLA FIZJOTERAPEUTY ORAZ STANDARD POSTĘPOWANIA REHABILITACYJNEGO U PACJENTÓW Z CHOROBYMI OTĘPIENNYMI	246
Załącznik 1	254
Załącznik 2	257
Załącznik 3	259
Załącznik 4	260
Załącznik 5	262
Załącznik 6	267
Załącznik 7	271
Załącznik 8	277
Załącznik 9	280
Załącznik 10	283
Załącznik 11	286
ROLA I STANDARD PRACY TERAPEUTY ZAJĘCIOWEGO W OPIECE NAD CHORYM Z OTĘPIENIEM	288
Załącznik 1	303
Załącznik 2	305
Załącznik 3	306
Załącznik 4	309
STANDARD PRACY OPIEKUNÓW ZATRUDNIONYCH W OPIECE NAD CHORYM Z CHOROBY OTĘPIENNĄ, W TYM KODEKS ETYCZNY	311
Załącznik 1	315
ROLA PRACOWNIKA SOCJALNEGO W PRACY Z OSOBĄ OTĘPIENNĄ	318
Załącznik 1	326
ROLA INSTYTUCJI KULTURY W AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ OSÓB Z CHOROBYMI OTĘPIENNYMI I ICH RODZIN352	
Załącznik nr 1	365
MARKETING I FINANSOWANIE MODELU	367
EWALUACJA DZIAŁAŃ ŚCOPO	397
Załącznik 1	398
Załącznik 2	402

Literatura

- Abrams W.B, Beers M.H, Berkow R. MSD Podręcznik Geriatrii. Wrocław, Urban & Partner; 1999,6-13.
- Bank Danych Lokalnych GUS, stat.gov.pl/bdl
- Barcikowska M. (2006) Choroba Alzheimera W: Rozpoznawanie i leczenie otępień. Rekomendacje Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania i Leczenia Otępień, Lublin, Wydawnictwo Czelej sp. z o.o.
- Barcikowska M., Otępienie u osób w wieku podeszłym, [w:] Geriatria - wybrane zagadnienia, red. K. Galus, ELSEVIER URBAN & PARTNER, Wrocław 2007, 235-247.
- Basińska, M.A., Łuczak, A. (2014). Style radzenia sobie ze stresem a satysfakcja z życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera. W: R. Derbis, Ł. Baka (red.), Oblicza Jakości życia (s. 141-156). Częstochowa: AJD.
- Beers M.H. *The Merck Manual of geriatrics*
- Bień B, Doroszkiewicz H. (2002) Opieka długoterminowa w geriatrii: dom czy zakład opieki? Przewodnik Lekarza; 10: 48–57.
- Bień B. i wsp. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. Gerontologia Polska, 2013, 2.
- Bilikiewicz A., Parnowski T.: Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego. w: Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. (red. T.Bilikiewicz) PZWL, Warszawa 2007.
- Błądowski P. (2012) *Zaspokajanie potrzeb opiekuńczych ludzi starych*. W: Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje. Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa.
- Bolt-Drosik M. (2014) Analiza zaawansowania otępienia i współwystępujących chorób somatycznych u pacjentów z chorobą Alzheimera zgłaszających się do PZP. Psychogeriatrya Polska, 11 (3), s. 97-102.
- Bromley D.B.: Psychologia starzenia się. PWN, Warszawa 1969.
- Ciałkowska M., Kiejna A. (2009) Farmakoekonomika leczenia choroby Alzheimera a potrzeby pacjentów i ich opiekunów. Psychogeriatrya Polska, 6 (2), s. 89-96.
- Ciałkowska-Kuźmińska M., Kasprzak M. (2012) Obciążenie opiekunów jako czynnik delegowania opieki do instytucji psychogeriatrycznych. Psychogeriatrya Polska, 9 (2), s. 69-76.
- Darda – Ledzion L., Członkowska A.; Choroba Parkinsona – podstawowe problemy terapeutyczne w codziennej praktyce medycznej; Nowa Klin. 2004; 10(5–6): 531–533.
- Derejczyk J. i wsp. (2012) *Ochrona zdrowia osób starszych*. W: Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje. Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa.
- Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J. (2008), *Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, „Gerontologia Polska” t. 16, nr 3, s. 149–159
- Długosz-Mazur E, Bojar I, Gustaw K. Niefarmakologiczne metody postępowania u chorych z otępieniem. Med. Og Nauk Zdr. 2013; 19(4): 458–462.
- Durda M., Organizacja opieki nad osobami z demencją w Polsce na tle krajów rozwiniętych i rozwijających się, „Gerontologia Polska”, 2010.

- fizjoplaner.pl/choroba-parkinsona-rehabilitacja
- Freis W., Liebenstund I.; Rehabilitacja w chorobie Parkinsona; Kraków 2002; Elipsa-JAIM
- Gabryelewicz T. (2014) Depresja u opiekunów chorych z otępieniem. Wykład konferencyjny, Sopot 30.05.2014
- Gabryelewicz T., Kotapka-Minc S., Mączka M. i wsp. (2006) Charakterystyka polskiej populacji osób z chorobą Alzheimera i ich opiekunów: Raport z badania obserwacyjnego EX-ON. Psychogeriatrya Polska; 3: 75–84
- Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A. Geriatria z elementami gerontologii. Gdańsk, Via Medica; 2006; 5-15
- Hess-Wiktor K., Opoczyńska M. (2010) Doświadczenie opieki nad bliskim dotkniętym chorobą Alzheimera. Psychoterapia, 4(155), s. 49-59.
- Huitt, W. (2004). Maslow's hierarchy of needs. Educational Psychology Interactive. Valdosta, GA: Valdosta State University. Retrieved [date] from, <http://chiron.valdosta.edu/whuitt/col/regsys/maslow.html>. (wejście 15.04.07)
- *ICD-10*.
- Informator o zawartych umowach, www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach (20.04.2015)
- Karczewska B., Bień B., Ołdak E., Jamiołkowski J. (2012) Opiekunowie rodzinny osób starszych z otępieniem lub zaburzeniami poznawczymi w Polsce – czynniki ryzyka obciążenia opieką. Gerontologia Polska, tom 2, nr 2, s. 59-67.
- Kędziora-Kornatowska K, Muszalik, Skolmowska E. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej: podręcznik dla studiów medycznych Warszawa: Wydaw. Lek. PZWL.
- Kędziora-Kornatowska K., M. Muszalik „Kompedium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku” Wyd. Czelej, Lublin 2007,
- Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M.: Kompedium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku: podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwa. Wyd.Czelej, Lublin 2007.
- Klich-Rączka A. (2006) Organizacja opieki nad chorym z otępieniem W: Rozpoznawanie i leczenie otępień. Rekomendacje Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania i Leczenia Otępień, Lublin, Wydawnictwo Czelej sp. z o.o.
- Kłoszewska I. (2007) Rola opiekuna chorych z otępieniem. Polski Przegląd Neurologiczny, tom 3, nr 2, s. 105-109.
- Kocowski, T.Potrzeby człowieka. Wrocław, 1982, 15-26.
- Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej obowiązujący od dnia 6 grudnia 2003.
- Krawczyk-Wasielewska A., Mojs E., Skorupska E., Keczmer P., Grobelny B., Warchoń-Biedermann K., Wojciechowska W., (2016) Psychodemograficzny profil opiekunów sprawujących pieczę nad chorymi z demencją w Polsce. Pielęgniarstwo Polskie, nr 1 (59), s. 13-17.
- Kujawska J. (2015), *Organizacja i zarządzanie opieką nad osobami starszymi*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 855, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” nr 74, t. 1, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin, s. 709–722;
- Lewicka T., Rodzeń A. – „Ćwiczenia rehabilitacyjno-logopedyczne dla osób z chorobą Parkinsona” W-wa 2006
- Lewicka T., Rodzeń A. – „Ćwiczenia rehabilitacyjno-logopedyczne dla osób z chorobą Parkinsona” W-

wa 2006

- Lewicka T., Rodzeń A.; Ćwiczenia rehabilitacyjno-logopedyczne dla osób z chorobą Parkinsona; Warszawa 2006;
- Maciąg A, K. Kuszewski, K. Topczewska - Tylińska, J. Michalak „Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych", Wyd. Alfamedica, Bielsko - Biała 2007,
- *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*
- Mitek A. (2013) *Finansowanie i organizacja opieki długoterminowej w Polsce*. Studia i prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania Uniwersytetu Szczecińskiego, nr 34, T. 1.
- *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. 2010. Ministerstwo Zdrowia.*
- *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia (2000–2010)*, GUS, Warszawa.
- Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Kujawsko- Pomorskiego na lata 2013-2015 [Dostęp: <http://docplayer.pl/7977180-Program-ochrony-zdrowia-psychicznego-dla-wojewodztwa-kujawsko-pomorskiego-na-lata-2013-2015.html>]
- Rachel W., Datka W., Zyss T., Zięba A. (2014) Obciążenie opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera. *Gerontologia Polska*, tom 22, nr 1, s. 14-23.
- Rachel W., Turkot A. (2015) Jak pomóc opiekunom pacjentów z otępieniem w Chorobie Alzheimera? *Psychoterapia*, 1 (172), s. 59-71.
- Raport dotyczący udziału seniorów w życiu publicznym województwa kujawsko-pomorskiego, 2012, [Dostęp: http://www.wrzos.org.pl/download/RAPORT_woj.kujpom1.pdf]
- Raporty i zestawienia ROPS w Toruniu: dostępne pod adresem: http://www.ropstorun.home.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=71&Itemid=74
- ROPS Toruń: Sytuacja życiowa i potrzeby osób starszych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego w kontekście starzenia się społeczeństwa", Toruń 2014r.
- Rosenthal T.C., *Przewlekłe zaburzenia pamięci*, [w:] *Geriatrya*, red. nauk. wyd. polskiego prof. dr. hab. n. med. L. Pączek, dr. n. med. M. Niemczyk, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2009, 292-308.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z dnia 9 grudnia 2013 r, poz. 1480).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z dnia 28 października 2013 r., poz. 1248).
- Rozporządzenie MZIOS z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, *Ostatnia zmiana: Dz. U. Nr 102, poz. 708 z 2007.*
- Rószkiewicz M. Prognozy demograficzne dla polskiej populacji osób starszych. *Psychogeriat Pol*, 2006. 3: 1-10
- Sadowska A. (2014) Organizacja opieki nad chorym z chorobą Alzheimera w Polsce W: Szczudlik A. (red.) *osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport RPO (2014)*
- Schwarz G. (2002) *Choroba Alzheimera. Poradnik dla chorych i opiekunów*, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL

- Strategia Polityki Społecznej Województwa Kujawsko-Pomorskiego do roku 2020, 2015 [Dostęp: https://www.kujawsko-pomorskie.pl/pliki/wiadomosci/20151104_strategia/Strategia_Polityki_Spolecznej.pdf]
- Struensee M., Idzikowski M., Przytaska L., Bułatowicz I., Kaźmierczak U., Srokowski G.; Ocena wpływu kinezyterapii na sprawność motoryczną Pacjentów z chorobą Parkinsona. *Nowiny Lek.* 2010; 79 (3): 191–198.
- Stuart – Hamilton I.: *Psychologia starzenia*. Poznań 2006.
- Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimerera: Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, 2014 [Dostęp: <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Sytuacja%20os%C3%B3b%20chorych%20na%20chorob%C4%99%20Alzheimerera%20w%20Polsce%20Raport%20RPO.pdf>]
- Szczudlik A. (red.) (2014) Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimerera w Polsce. Raport RPO. Warszawa, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Szewczyzak M., Adryan E., Stachowska M., Talarska D. (2012) Obciążenie rodziny w opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimerera. *Problemy pielęgniarstwa*, tom 20 (2), s. 223-227.
- Szałkiewicz E, J. Kaussen, poradnik „Opieka długoterminowa w świadczeniach pielęgniarek i opiekunek”, Toruń 2006, Kózka „Stany zagrożenia życia. Wybrane standardy opieki i procedury postępowania pielęgniarstwa”, Wyd. UJ, Kraków 2001,
- Szymańczak J. (2012), *Starzenie się polskiego społeczeństwa – wybrane aspekty demograficzne*, Studia Biura Analiz Sejmowych, nr 2, s. 9–28.
- Talarska, D. Wieczorowska - Tobis, E. Szałkiewicz „Opieka nad osobami chorymi w wieku podeszłym i niesamodzielnymi”, PZWL, Warszawa 2009,
- Twardowska - Rajewska J., „Senior w domu, opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem”, UAM Wyd. Naukowe, Poznań 2007,
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. (Dz. U. z dnia 23 sierpnia 2011 r.)
- Wg Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. z dnia 14 listopada 2007 r).
- Wojcierowska A. (2008) Wpływ umieszczenia chorego z chorobą Alzheimerera w ośrodku pobytu dziennego na samopoczucie opiekuna. *Problemy Pielęgniarstwa*; 16: s. 269–272
- Zarządzenie nr 77/2015 DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19.XI. 2015 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: poz.
- *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011, 2012, 2013 r.*, GUS, Warszawa.