

# inMałopolska

## ORGANIZATOR KOMPLEKSOWEJ OPIEKI W MIEJSCU ZAMIESZKANIA



# AUTOR INNOWACJI:

**Centrum Opieki Domowej s.c. Zuzanna Mysłowska, Beata Mróz, Bogusław Mróz, Tomasz Mysłowski**

## Opracowanie:

Zuzanna Mysłowska  
Beata Mróz

## Zespół projektowy:

Anita Parszewska  
Agnieszka Kamińska  
Dominika Marszałek- Rojek  
Katarzyna Ociepka – Miąsik  
Karolina Walocha  
Magdalena Cyran

---

Model innowacji został przetestowany w ramach **projektu „Małopolski Inkubator Innowacji Społecznych”** realizowanego przez **Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie** ze środków EFS w ramach IV Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (Działanie 4.1: Innowacje społeczne), na zlecenie Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju.



# CO ZNAJDZIESZ W MODELU?

SKĄD POMYSŁ?

ZAŁOŻENIA MODELU

DLA KOGO JEST „ORGANIZATOR”?

SKĄD WIEMY, ŻE INNOWACJA DZIAŁA?

JAK SKORZYSTAĆ Z INNOWACJI

SKŁADOWE INNOWACJI

PAMIĘTAJ O...!

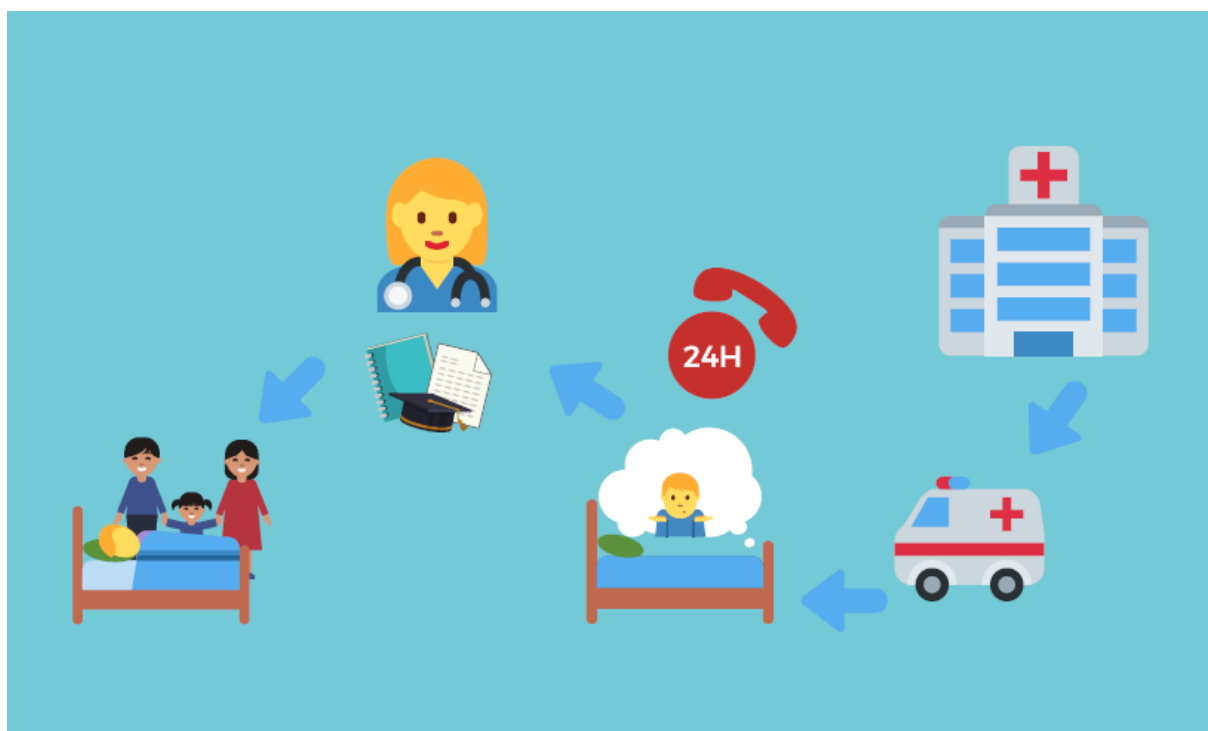
PRODUKTY DO WYKORZYSTANIA

O AUTORZE



## SKĄD POMYSŁ?

**Organizator kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania** to rozwiązanie wypełniające lukę organizacyjną w opiece nad pacjentem ciężko chorym, który opuszczając szpital trafia pod opiekę nieprzygotowanej do pełnienia nowej roli rodziny. Bezpośrednio po opuszczeniu szpitala pacjent – szczególnie osoba starsza cierpiąca na wiele różnych schorzeń i osoba u której drastycznie zmienił się poziom funkcjonowania np. po przebytych udarach – wymaga starannej i odpowiednio sprofilowanej pomocy i opieki.

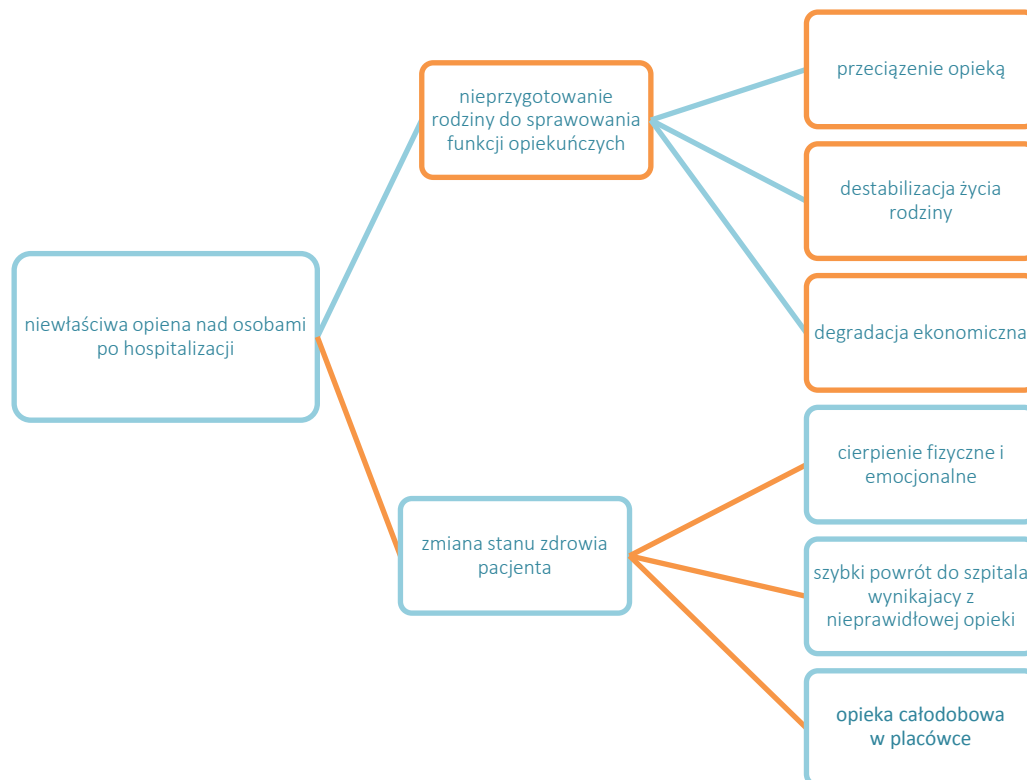


*Proces opieki poszpitalnej – kolejność działań*

Pacjent w początkowym okresie po hospitalizacji potrzebuje intensywnej opieki i zindywidualizowanej pielęgnacji przez wiele godzin dziennie, a nie tylko doraźnych interwencji. Podstawowa opieka zdrowotna nie zabezpiecza w wystarczającym zakresie zapotrzebowania pacjenta i jego rodziny na pomoc w ciągu 24 godzin od opuszczenia szpitala. Pomoc pielęgniarki opieki długoterminowej może zostać zrealizowana w ramach środków publicznych, dopiero po okresie oczekiwania na tą formę świadczeń, czyli po paru tygodniach lub nawet miesiącach od wypisu ze szpitala. Rodzina lub opiekunowie faktyczni w takiej sytuacji pozostają osamotnieni i często czują się bezradni. Z powodu w/w sytuacji dochodzi do nieekonomicznego wydłużania pobytów pacjentów w szpitalu lub szybkiego powrotu do leczenia zamkniętego wynikającego z niewystarczającej pielęgnacji w domu. Pomoc fachowców powołanych do udzielania informacji o zabezpieczeniu opieki nad osobą chorą w domu jest dalece niewystarczająca, fragmentaryczna lub po prostu jej brak. Informacje są przekazywane językiem fachowym, zrozumiałym tylko dla wykwalifikowanego personelu medycznego. Do tego dochodzi duża ilość informacji podawanych w krótkim czasie (np.



dokumentacja, zalecenia, dieta, leki, dawkowanie, umówienie na wizytę kontrolną, termin wizyty, kiedy, gdzie zarejestrować, transport, dostosowanie mieszkania do potrzeb niepełnosprawnej osoby). Poszczególne osoby (lekarz, pielęgniarka oddziału szpitalnego, podstawowej opieki zdrowotnej lub opieki długoterminowej, pracownik socjalny szpitala lub Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, organizacji pozarządowych) niosą pomoc związaną z ich zakresem usług, stąd informacje niezbędne dla rodziny są rozproszone a pomoc udzielana najczęściej poza domem potrzebującego.



## ZAŁOŻENIA MODELU

„Organizator” to nowy program pracy z osobami starszymi, obciążonymi wieloma dolegliwościami a także osobami, których stan zdrowia i funkcjonowania gwałtownie się pogorszył. Program obejmuje także, a w wielu przypadkach przede wszystkim pracę z naturalnymi opiekunami pacjenta po zakończonej hospitalizacji. Głównym celem tej metody jest zorganizowanie wielokierunkowej pomocy w trybie pilnym nad osobami niesamodzielnymi wymagającymi opieki w miejscu zamieszkania i ich opiekunami po zakończonym pobycie w szpitalu.

## Działania w ramach interwencji



- 24 h od wypisu ze szpitala



- 3,5 godz. pierwsza wizyta



- potrzebne materiały: broszury informacyjne dla pacjenta i jego opiekunów odnośnie opieki, pielęgnacji i podstawowych wskazań przy konkretnych schorzeniach



- realizacja wizyt w miejscu zamieszkania odbiorcy



- indywidualne wsparcie



**A. Kontakt** telefoniczny z osobą zainteresowaną, m.in. pacjentem, rodziną/opiekunem pacjenta, pracownikiem socjalnym/pielęgniarką społeczną szpitala i ustalenie terminu pierwszej wizyty w ciągu 24h po hospitalizacji oraz wstępne określenie stanu pacjenta i zarysu planowanej pomocy.

**B.** Wizyta pielęgniarki „**Organizatora**” w domu osoby zależnej w przeciągu **24h** od wypisu ze szpitala:

- rozpoznanie stanu pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem jego potrzeb rzeczowych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych oraz wsparcia, przeprowadzone przez pielęgniarkę wizytującą,
- diagnoza potrzeb osoby chorej i jej rodziny/opiekunów (przeprowadzenie indywidualnego wywiadu pogłębionego, wypełnienie Kwestionariusza Indywidualnego Wywiadu Pogłębionego- **KIWP** oraz Karty Wsparcia Pacjenta – **KWP** – patrz zał.), efektem wywiadu i postawionej diagnozy jest podjęcie działań przez pielęgniarkę wizytującą i wyposażenie rodziny w informacje i instrukcje niezbędne do świadczenia opieki (sprofilowane do konkretnych potrzeb odwiedzanej rodziny),
- przekazanie informacji o możliwych formach pomocy połączone z przekazaniem rodzinie wskazówek dotyczących organizacji i sprawowania opieki nad osobą zależną.
  - **trening opiekuńczo-pielęgnacyjny** – wskazanie jak prawidłowo sprawować opiekę nad chorym - karmić, myć, zmienić pieluchomajtki, zmienić bieliznę i inne – w zależności od schorzeń i stopnia samodzielności pacjenta,
  - **trening w zakresie wyposażenia** - wskazanie, możliwości pozyskania sprzętu wspierającego pielęgnację i ergonomizacja przestrzeni, ,
  - **trening w zakresie wsparcia rodziny** - udzielenie kompleksowej informacji na temat schorzenia, jakiego rozwoju sytuacji można oczekiwać, jak przeorganizować życie współmieszkańców i opiekunów, dostępnego w ramach ubezpieczenia świadczeniach,
- w zależności od aktualnej wydolności opiekunów, pielęgniarka pomoże nawiązać **kontakt z instytucjami pomocowymi**, w celu jak najbardziej optymalnego rozwiązania problemu rodziny, określenia konieczności wprowadzenia zmian w bezpośrednim otoczeniu chorego, związanych z nowymi potrzebami wynikającymi z jego choroby,
- wyposażenie opiekunów pacjenta w **broszurę informacyjną** dostosowaną do jego potrzeb, która będzie zbiorem krótkich instruktaży, gotową informacją dla pacjenta i jego opiekunów odnośnie opieki, pielęgnacji i podstawowych wskazań przy konkretnych schorzeniach,
- udostępnienie numeru telefonu pielęgniarki wizytującej, którym posługują się opiekunowie w razie wystąpienia potrzeby **dodatkowej konsultacji**, przekazanie informacji o kolejnych dwóch wizytach (weryfikująco- wspierających), które odbędą się nie później niż w ciągu dwóch kolejnych tygodni.

Do udokumentowania danych z wywiadu zastosowano **Kwestionariusz Indywidualnego Wywiadu Pogłębionego**. Wszystkie zawarte w nim punkty mają swoje uzasadnienie i przynoszą efekt w postaci informacji o pacjencie i jego rodzinie, co pozwala na postawienie diagnozy pielęgniarskiej. **KIWP** pozwala na ustalenie skutecznego planu działania z pacjentem i jego opiekunami (**Karta Wsparcia Pacjenta**).



Średni czas potrzebny na przeprowadzenie pierwszej wizyty to 3,5 godziny

**Trening rodziny w zakresie opiekuńczo-pielęgnacyjnym** obejmuje najczęściej zagadnienia związane z:

- żywieniem pacjenta, dostosowanym do jego stanu zdrowia i jednostki chorobowej, w tym koniecznością odpowiedniego pojenia pacjenta,
- pielęgnacją podstawową,
- zasadami podawania leków,
- usprawnianiem i rehabilitacją chorego,
- kontrolą parametrów życiowych,
- postępowaniem przeciwoleżynowym oraz zasadami pielęgnowania i ochrony skóry chorego,

Pielęgniarka wizytująca przekazuje opiekunom zasady **ergonomii i profilaktyki zakażeń** podczas opieki nad pacjentem (np. zmiana pozycji, kąpiel chorego, pionizacja, mycie rąk, dezynfekcja).

**Trening rodziny w zakresie wyposażenia pacjenta** i jego środowiska najczęściej obejmuje:

- zabezpieczenie bezpośredniego otoczenia pacjenta – porady dotyczące zakupu lub wypożyczenia łóżka rehabilitacyjnego i materaca przeciwoleżynowego i/lub wózka inwalidzkiego,
- wskazanie, poinformowanie i skontaktowanie z osobami/instytucjami, które pozwolą wyposażyć chorego w niezbędny sprzęt wspierający,
- ergonomiczne ustawienie łóżka w pokoju chorego i potrzebnych przedmiotów w jego otoczeniu, pokazanie jak można wykorzystać sprzęty i meble w domu by ułatwiać, a nie utrudniały opiekę,
- instrukcję dotyczącą zamontowania uchwytów w toalecie i łazience, zastosowania siedziska na wannie, usunięcie dywanów i chodników, które mogą spowodować upadek pacjenta,

**Trening rodziny w zakresie wsparcia** czyli udzielenie kompleksowej informacji na czym polega schorzenie, jakiego rozwoju sytuacji można oczekiwać, jak ułożyć życie opiekunów osoby chorej, rozwianie wątpliwości dotyczących wszystkich podstawowych funkcji i czynności, np. czy i na jak długo można pozostawić osobę chorą w mieszkaniu. Trening obejmuje:

- zasady podawania leków i wykonywania zleconych przez lekarza i pielęgniarkę zabiegów,
- informację o dostępnych w ramach ubezpieczenia świadczeniach, przysługujących choremu w jego aktualnej sytuacji,
- informację o możliwościach i formach dodatkowego wsparcia (kontakt z ośrodkiem pomocy społecznej, właściwym dla miejsca zamieszkania chorego oraz organizacjami i podmiotami mogącymi świadczyć wsparcie w zaistniałej sytuacji) – np. informacja o konieczności złożenia deklaracji wyboru do pielęgniarki POZ i zasadami korzystania z jej usług, o zasadach kontaktowania się z lekarzem POZ, pielęgniarką opieki długoterminowej, organizacją opieki paliatywnej w domu,
- przekazanie informacji w jakich sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia korzystać z pomocy nocnej i świątecznej opieki medycznej, a w których przypadkach z pogotowia ratunkowego,
- przekazanie informacji dotyczących wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego oraz o procedurach dotyczących pozyskania materiałów i środków medycznych - np. opatrunki, pieluchomajtki, cewniki, paski do glukometru.
- wiadomości o możliwości skorzystania z usług pomocy społecznej, fundacji, stowarzyszeń i komercyjnych usług opiekuńczych.





Średni czas potrzebny na przeprowadzenie pierwszej wizyty to 3,5 godziny

Wszystkie informacje w ramach powyższych treningów poparte są przygotowanymi przez „Organizatora” materiałami edukacyjnymi w formie broszur, które przekazywane są pacjentom i ich opiekunom.

**C.** Przeprowadzenie dwóch wizyt i udokumentowanie działań w **Karcie Wizyt Weryfikująco-Wspierających** (patrz zał.). Celem wizyty jest zweryfikowanie wstępnej diagnozy oraz ocena czy zalecenia są wykonalne i czy nie wymagają modyfikacji, a także czy rodzinie potrzebne jest dodatkowe wsparcie, którego potrzeba nie ujawniła się/ nie została zdiagnozowana podczas indywidualnego wywiadu pogłębionego, jak również podtrzymanie, wzmocnienie wsparcia. Efektem wizyty będzie modyfikacja lub podtrzymanie planu pracy z pacjentem.

#### Historia testowania, czyli jak to było u naszych uczestników...

Realizując program „Organizator” warto wykazać się elastycznością i otwartością na potrzeby zarówno pacjenta jak i jego rodziny. Pierwsza wizyta powinna zostać zrealizowana tak szybko jak to możliwe (w ciągu 24 godzin od opuszczenia szpitala przez chorego), natomiast ustalając termin wizyt weryfikująco-wspierających należy brać pod uwagę dynamiczną i trudną sytuację rodziny. Dobrze by odbyły się w przeciągu 2 tygodni od pierwszej wizyty.



Średni czas trwania wizyty weryfikująco-wspierającej to 2 godziny

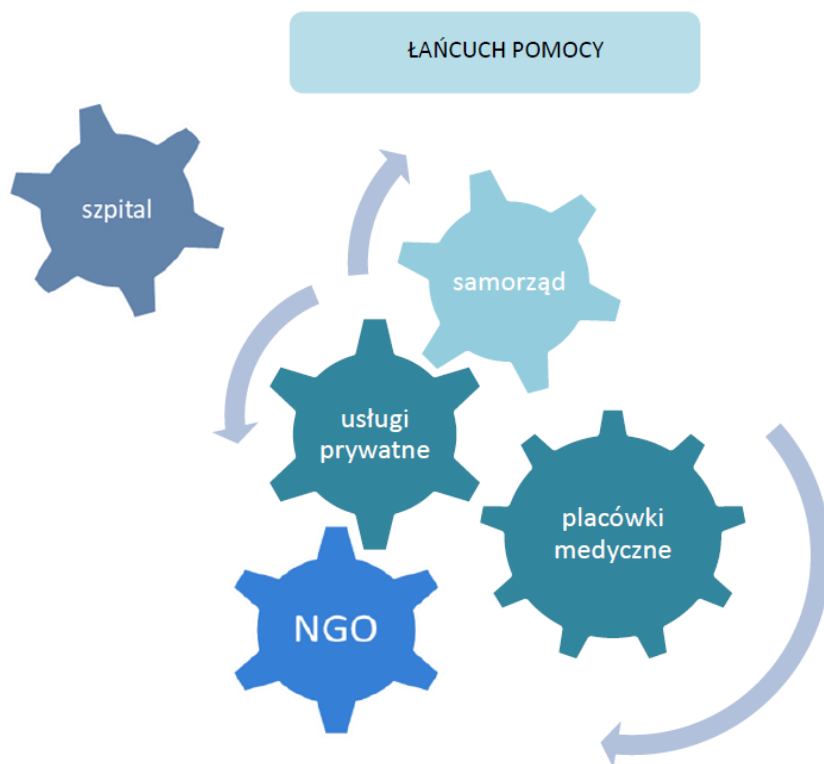
Proponowane rozwiązanie wyróżnia się od innych dostępnych na rynku usług pomocowych kompleksowością, szybkością działania, trafnością odpowiedzi na zindywidualizowane potrzeby osób zależnych i ich opiekunów. Instytucje medyczne, pomocy społecznej, czy organizacje pozarządowe i samorządowe niosą pomoc zawężoną i oddaloną w czasie od momentu zgłoszenia problemu.

#### Okiem innowatora:

„My chcemy, aby „łańcuch” pomocy udzielanej pacjentowi, który rozpocznie się w szpitalu nie został rozerwany i aby rodzina czuła wsparcie od samego początku opieki nad najbliższym.”







#### DLA KOGO JEST „ORGANIZATOR”?

##### PACJENT:

OSOBA STARSZA  
PO UDARZE  
DRASTYCZNA ZMIANA STANU  
ZDROWIA  
ZŁOŻENIE WIELU CHOROÓB

##### RODZINA:

ŻONA/ MAŻ  
DOROSŁE DZIECKO  
WSPÓŁMIESZKANIEC

##### REALIZATOR:

FIRMY/ORGANIZACJE ZRZESZAJĄCE  
PIELĘGNIARKI  
SAMORZĄD/ GOPS/MOPS  
SZPITAL /PRZYCHODNIA

**PACJENT:** Odbiorcami rozwiązania „**Organizator**” mogą być osoby, które osiągnęły stan umożliwiający im opuszczenie szpitala, ale wymagają intensywnej opieki domowej wynikającej z zaawansowanego wieku, utrudniającego rekonwalescencję lub ich stan zdrowia i samodzielności znacząco zmienił się podczas hospitalizacji.

**RODZINA:** Z innowacji skorzystają osoby, które mieszkają z pacjentem i stają się jego naturalnymi opiekunami.

**REALIZATOR:** Po model rozwiązania mogą sięgnąć podmioty organizujące pracę pielęgniarek (szczególnie opieki długoterminowej), ale też jednostki organizacyjne samorządu, które chciałyby wprowadzić „**Organizatora**” np. jako specjalistyczną usługę opiekuńczą.

Rodzina, która otrzyma wsparcie w oczekiwanym przez nią momencie, chętniej podejmuje trud opieki nad osobą chorą w domu. Zmniejsza się poziom lęku, wzrasta poziom wiedzy i umiejętności, poczucia bezpieczeństwa oraz świadomości istnienia wspierającej osoby z którą można się skontaktować w trudnej i nagłej sytuacji.





Okres realizacji innowacji: październik 2017 - maj 2018 w tym **5,5** miesiąca testu



Grupa testowa: **7** osób



Miejsce realizacji: Kraków

### Historia testowania, czyli jak to było u naszych uczestników...

Grupa pacjentów, która wzięła udział w innowacji liczyła 7 osób, 5 kobiet i 2 mężczyzn, w wieku od 76- 99 roku życia z różnym stopniem niesamodzielności (od 0-60 pkt wg skali Barthel). Z tych siedmiu osób czterech pacjentów zostało skierowanych przez pielęgniarkę szpitala, a w trzech przypadkach były to zgłoszenia dokonane przez opiekunów chorych bezpośrednio do realizatorów „**Organizatora**”. Opiekunowie tych trzech pacjentów poszukiwali dla swoich bliskich świadczeniodawcy w zakresie pielęgniarstwa długoterminowego domowego. Z uwagi na bardzo długi czas oczekiwania na te świadczenia, chętnie skorzystali z udziału w testowaniu

Co to jest skala Barthel? **Skala Barthel** jest narzędziem służącym do oceny sprawności ruchowej chorego, stosowanym powszechnie na całym świecie. **Skala Barthel** została opracowana w 1955 roku, a rozpowszechniona 10 lat później. Jej autorkami są fizjoterapeutka Dorothea Barthel oraz lekarka Florence Mahoney. Obejmuje ona 10 aspektów – czynności, które zdrowy człowiek wykonuje samodzielnie, natomiast chory – może wymagać częściowej lub całkowitej pomocy: spożywanie posiłków, przemieszczanie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie, kąpiel całego ciała, poruszanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie i rozbieranie się, kontrolowanie stolca, kontrolowanie moczu.

### NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCE PROBLEMY

Brak wiedzy i umiejętności pacjentów w zakresie samoopieki oraz brak wiedzy i umiejętności rodziny na temat opieki nad pacjentem w zakresie:

- właściwego żywienia i nawadniania,
- profilaktyki upadków,
- profilaktyki i leczenia odleżyn,
- prawidłowego podawania leków,
- podstawowej pielęgnacji,
- stosowania środków pielęgnacyjnych,
- pielęgnacji pacjenta z nietrzymaniem moczu i stolca i nad pacjentem unieruchomionym,
- radzenia sobie ze stresem,



We wszystkich środowiskach powtarzał się problem z organizacją opieki nad osobą zależną i niska świadomość na temat form wsparcia dostępnych dla pacjentów na publicznym i prywatnym rynku usług

Analizując sytuacje społeczne pacjentów zaobserwowano brak zaangażowania członków dalszej rodziny w opiekę nad osobą zależną. Podobnie, brak bezinteresownego wsparcia ze strony sąsiadów chorego. Cały ciężar opieki spoczywał na osobie/osobach zamieszkujących stale z pacjentem. W przypadku dwóch pacjentów, ze względu na stan zdrowia i niewydolność opiekuńczą rodziny niezbędne było zapewnienie opieki w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.



Dobrze zorganizowana opieka nad pacjentem w domu zapobiega kolejnej hospitalizacji i związanymi z tym wysokimi kosztami bezpośrednimi oraz pośrednimi (zwolnienia z pracy opiekunów, urlopy). Tymczasem jak wynika z opracowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli danych (2018) liczba osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, potrzebujących opieki środowiskowej wynosi ok. 2 mln i systematycznie rośnie. Przy tym potencjał opiekuńczy rodziny ulega zmniejszeniu, bo stają się one mniej liczne. Temu zjawisku towarzyszy także emigracja zarobkowa. W wielu przypadkach usługi opiekuńcze zapewniane przez gminy są jedyną formą wsparcia, na jaką mogą liczyć seniorzy w miejscu zamieszkania.

Skuteczność programu „**Organizator**” potwierdziły testy zrealizowane przez Centrum Opieki Domowej s.c. Zuzanna Mysłowska, Beata Mróz, Bogusław Mróz, Tomasz Mysłowski na terenie Krakowa. W czasie 5 miesięcy realizacji innowacji Centrum Opieki Domowej s.c. udzieliło pomocy 7 rodzinom realizując pełny cykl programu obejmujący wizytę interwencyjną, która odbyła się nie później niż dobę od opuszczenia szpitala i dwie wizyty weryfikująco-wspierające wzmocnione przez konsultacje telefoniczne. Innowatorki wraz ze specjalistkami w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego i organizacji pomocy społecznej opracowały czytelne i praktyczne broszury informacyjne dla rodzin, które znakomicie sprawdziły się podczas testu. Mimo braku kampanii informacyjnej na temat możliwości skorzystania z nowej usługi i przy bardzo ograniczonej „rekrutacji” zainteresowanie programem „**Organizator kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania**” okazało się ogromne. Również pielęgniarki, które świadczyły usługę w ramach innowacji zgadzają się, że jest to praca wymagająca, ponieważ trafiają do rodziny w momencie kryzysu, kiedy emocje i stres są największe, ale jednocześnie bardzo potrzebna i skuteczna.

## JAK SKORZYSTAĆ

### KROK 1 PERSONEL

Kluczowy dla prawidłowego wdrożenia rozwiązania „**Organizator**” jest dobrze i wszechstronnie przygotowany personel. Pielęgniarki nie tylko będą pomagać pacjentom w ich domach (do czego mają kwalifikacje), ale też będą „szkolić nie-profesjonalistów”, czyli naturalnych opiekunów rodzinnych, będą mierzyć się z ich strachem, diagnozować nie tylko medyczne potrzeby i od razu znajdować na nie odpowiedź.

Osoby prowadzące szkolenia powinny posiadać następujące kwalifikacje: magister pielęgniarstwa oraz specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego/geriatrycznego/opieki długoterminowej/ rodzinnej, doświadczenie dydaktyczne oraz co najmniej 10 lat stażu w obszarze



opieki nad pacjentem przewlekle chorym i niepełnosprawnym. Dodatkowo do omówienia zagadnień związanych z opieką społeczną powinien zostać zaangażowany specjalista organizacji opieki społecznej.

#### Warunki kwalifikacyjne dla personelu OPIEKI SZPITALNEJ

1. Doświadczenie w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej .
2. Osoba pełniąca funkcję koordynatora/organizatora pracy pielęgniarek w terenie musi mieć doświadczenie w pełnieniu funkcji kierowniczych lub koordynacyjnych (mile widziane 5 lat).
3. Ukończone szkolenie uzupełniające (patrz załączniki) i uaktualniające wiedzę oraz umiejętności z zakresu opieki długoterminowej i geriatrycznej.

**Supervizor** dla pielęgniarek . Realizowanie interwencji wymaga wszechstronności, elastyczności i jest obciążająca psychicznie. Pielęgniarki pracujące z rodziną powinny mieć osobę, która jest w stanie ewaluować ich pracę i udzielić wsparcia w sytuacji kryzysowej. Powinny mieć też dostęp do wsparcia merytorycznego (szeroki zakres interwencji, zmieniające się zalecenia i procedury postępowania z pacjentem w opiece domowej).

## KROK 2 INFORMACJA

Pora ustalić w jaki sposób odbiorcy, czyli przede wszystkim rodziny pacjentów, będą dowiadywać się o możliwości przeprowadzenia interwencji w 24 h po hospitalizacji. Możliwość rozpowszechniania informacji jest dla przedstawicieli samorządu inna niż dla firm prywatnych czy NGO, ale bez względu na operatora rozwiązania akcja informacyjna powinna być jak najszersza i w miarę możliwości ciągła. Miejszem pierwszego kontaktu z informacją o możliwości skorzystania z tego rozwiązania musi być szpital.

## KROK 3 MATERIAŁY

Broszury informacyjne, którymi posługują się pielęgniarki w trakcie interwencji w domu pacjenta muszą być czytelne, zrozumiałe i muszą dotyczyć różnych potencjalnie występujących sytuacji zdrowotnych, ponieważ ich czytelnikami będą osoby nieprzygotowane do roli opiekunów. Aby nie obciążać rodziny nadmiarem informacji pielęgniarka zostawia tylko te broszury, które dotyczą sytuacji zdrowotnej i życiowej konkretnego pacjenta. Opracowane przez Autorki innowacji materiały znajdują się w załącznikach do modelu „**Organizator**”.

## KROK 4 POTENCJALNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Na tym etapie brak jest ustalonych form finansowania dla rozwiązania „**Organizator**”. W przyszłości możliwe są różne ścieżki finansowania, zależne od przyjęcia rozwiązań systemowych lub ich braku.

- **Publiczne** - usługa w całości organizowana i finansowana przez placówki i/lub instytucje samorządowe lub centralne, np. tak jak specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone przez MOPS/GOPS, w tym zlecane do firm/organizacji świadczących usługi pielęgniarstwa (np. opieki długoterminowej).
- **Prywatne** – w całości finansowane przez pacjenta i jego rodzinę, a organizowane przez firmy świadczące usługi pielęgniarstwa (np. opieki długoterminowej).



- **Łączone** publiczno-prywatne - usługa organizowana i finansowana przez placówki i/lub instytucje samorządowe lub centralne, np. tak jak specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone przez MOPS/GOPS, w tym zlecane do firm/organizacji świadczących usługi pielęgniarские (np. opieki długoterminowej) i współfinansowane przez pacjenta i jego rodzinę.

#### PAMIĘTAJ O...!

- Dobrym przygotowaniu personelu i wybraniu osób o odpowiednich predyspozycjach osobowościowych. Trudnością we wdrażaniu opisanego rozwiązania mogą być wysokie wymagania dotyczące personelu „**Organizatora**”. Osoby realizujące interwencje muszą być doświadczonymi pielęgniarkami opieki długoterminowej, ale muszą też odebrać dodatkowe przeszkolenie przygotowujące do świadczenia tej specyficznej usługi.
- Pakiecie startowym dla pielęgniarki wizytującej. W momencie realizacji pierwszej wizyty wskazane jest by pielęgniarka dysponowała pakietem podstawowych środków zaopatrzenia medycznego (środki opatrunkowe, paski do glukometru, środki dezynfekujące i inne środki pomocnicze), a także środki zapewniające bezpieczeństwo personelowi (np. rękawiczki jednorazowe).
- Broszurach informacyjnych dla pacjenta. Informacje na temat form pomocy dostępnych na danym terenie (w tym dane teleadresowe) muszą być aktualizowane na bieżąco. Również sposoby leczenia, świadczenia opieki i środki wspomagające mogą się zmieniać. Ważne by materiał był zawsze **AKTUALNY**.
- Prosty, rzeczowy komunikat. Usługa „**Organizator**” kierowana jest do osób funkcjonujących w szczególnych warunkach. Są zdezorientowani, postawieni w nowej dla siebie sytuacji. Informacja o możliwej pomocy musi być łatwo dostępna, przede wszystkim w miejscu gdzie pacjent i jego rodzina się znajdują, czyli w szpitalu. Niemniej jednak świadomość, że taka forma pomocy jest możliwa powinna być powszechna na różnych etapach sprawowania opieki w domu. Szerokie rozpowszechnienie informacji i dywersyfikacja źródeł (miejsc, kanałów komunikacji) o dostępności programu „**Organizator**” determinuje powodzenie wdrażania tego rozwiązania.



## PRODUKTY W RAMACH MODELU

### NARZĘDZIA DLA PIELĘGNIAREK

- **kwestionariusz** indywidualnego wywiadu pogłębianego
- **karta wsparcia** pacjenta
- **karta wizyt** weryfikująco-wspierających

### NARZĘDZIA DLA PACJENTA

- Instruktaże** w formie broszur dla pacjentów i ich opiekunów
- choroba parkinsona
  - cukrzyca
  - dieta w przewlekłej chorobie nerek
  - pacjent z padaczką
  - pielęgnacja ciała pacjenta
  - prawidłowe przyjmowanie leków
  - rany przewlekłe
  - ułożenie chorego po udarze mózgu
  - ułożenie chorego
  - pielęgnowanie pacjenta z założonym cewnikiem do pęcherza moczowego
  - niewydolność serca
  - otyłość
  - przewlekła obturacyjna choroba płuc (pochp)
  - przystosowanie mieszkania dla osoby ciężko chorej
  - udar mózgu
  - informacja o doraźnych i długotrwałych formach pomocy

### NARZĘDZIA DLA REALIZATORA

- Konspekt szkolenia** dla pielęgniarek z zakresu:
- opieki długoterminowej
  - opieki geriatrycznej
  - wstęp do interwencji w domu pacjenta

## O AUTORACH

Autorki są pielęgniarkami opieki długoterminowej w Centrum Opieki Domowej s.c. Zuzanna Mysłowska, Beata Mróz, Bogusław Mróz, Tomasz Mysłowski z Krakowa. Centrum Opieki Domowej s.c. prowadzi kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych oraz opiekuje się pacjentami w ramach kontraktowanej od 13 lat z NFZ pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

**Zuzanna Mysłowska** - mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, studia podyplomowe w zakresie zarządzania sferą usług medycznych.

**Beata Mróz** - mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących.

Model powstał przy współpracy specjalistek:

Urszuli Habdas-Kotulińskiej - mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego.

Elżbiety Chechelskiej - mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, studia podyplomowe w zakresie organizacja pomocy społecznej oraz studia podyplomowe-nauczyciel zawodu opiekun w domu pomocy społecznej i opiekun środowiskowy.

