



Model „Organizator kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania”

Kraków 2018r.



Autorem modelu są:

mgr pielęgniarstwa Zuzanna Mysłowska, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, studia podyplomowe w zakresie zarządzania sferą usług medycznych oraz mgr pielęgniarstwa Beata Mróz, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących, pielęgniarce opieki długoterminowej w Centrum Opieki Domowej s.c. Zuzanna Mysłowska, Beata Mróz, Bogusław Mróz, Tomasz Mysłowski z Krakowa

Model powstał przy współpracy specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa:

mgr pielęgniarstwa Urszula Habdas-Kotulińska, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego oraz mgr pielęgniarstwa Elżbieta Chechelska, 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



Spis treści

Opis problematyki i diagnozy potrzeb grupy docelowej	4
Diagnoza potrzeb grupy docelowej	5
Opis głównych założeń rozwiązania „Organizator kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania”	5
Kryteria kwalifikowania osoby do wsparcia przez „Organizatora kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania”	7
Wykaz zadań dla osób zaangażowanych w realizację modelu „Organizator kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania”	7
Wzory dokumentów do wykorzystania w modelu „Organizator kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania”	8
Instruktaże w formie broszur dla pacjentów i ich opiekunów.	9
Szkolenia dla pielęgniarek Organizatora	9
Analiza i przedstawienie wniosków i rekomendacji wynikających z przetestowanego rozwiązania.	9
Wykaz załączników	12



Opis problematyki i diagnozy potrzeb grupy docelowej

Centrum Opieki Domowej s.c. w Krakowie (COD) od 10 lat realizuje świadczenia finansowane przez NFZ w zakresie pielęgniarstwa długoterminowego domowego. Obejmuje opieką około 140 pacjentów z Krakowa i okolic. Osoby objęte opieką to wyłącznie osoby starsze, przewlekle chore i/lub niepełnosprawne. Na co dzień również wspomagamy opiekunów tych osób. Współpracujemy z innymi podmiotami leczniczymi, instytucjami publicznymi i niepublicznymi, opieką społeczną oraz organizacjami pozarządowymi. Zatrudnione pielęgniarki posiadają wysokie kompetencje, łatwość komunikowania się oraz wysokie, potrzebne i wymagane zdolności organizacyjne. Łączymy podopiecznego i jego rodzinę ze wszelkimi formami pomocy zewnętrznej.

Wizyty w domu osoby starszej, przewlekle chorej, niesamodzielnej są planowane i realizowane niestety w terminie odległym od zgłoszenia. Wynika to z bardzo dużego społecznego zapotrzebowania na ten rodzaj pomocy i ograniczonych środków finansowych NFZ. Czas oczekiwania na zapewnienie opieki przez pielęgniarkę opieki długoterminowej w Krakowie wynosi od 4 do 6 miesięcy, a oczekiwanie na miejsce w ZOL, ZPO lub hospicjum stacjonarnym trwa nawet dłużej. Ponadto nie każda osoba chora kwalifikuje się o w/w opieki. Największe oczekiwania występują zawsze na początku okresu rekonwalescencji / powrotu do domu. Wówczas pacjent i opiekunowie są najbardziej zdenerwowani i zestresowani nieznaną sytuacją. Oczekują wsparcia natychmiast po otrzymaniu informacji o „wypisaniu” chorego do domu. Pomoc jest potrzebna tu i teraz; „od ręki”. Obieramy codziennie kilkanaście połączeń telefonicznych od osób bezradnych, którzy nagle znaleźli się w trudnej sytuacji rodzinnej. Codzienne odmawianie pomocy udzielanej w trybie pilnym, z braku możliwości, powoduje frustrację i prowadzi do wypalenia zawodowego pielęgniarek. Jest nam przykro, że mimo ogromnych chęci i bardzo dobrego przygotowania nie jesteśmy w stanie pomóc wszystkim, którzy się do nas zgłaszają, którzy chcieliby skorzystać w trybie pilnym z naszej pomocy w ramach środków publicznych.

Osoba, której stan zdrowia uznano za stabilny, ale nadal jest obłożnie chora, zupełnie nie przygotowana do życia z chorobą i niepełnosprawnością, zostaje wypisywana ze szpitala do domu pod opiekę rodziny, która jest nieświadoma trudności i zagrożeń związanych ze sprawowaniem opieki.

Rodzina lub opiekunowie faktyczni w sytuacji wypisywania pacjenta ze szpitala pozostają osamotnieni lub bezradni. Spotykają się ze szczątkowymi informacjami, obco brzmiącymi pojęciami medycznymi lub ogólnikami. Rozwiązanie potrzeb pacjenta wymagającego intensywnej opieki w początkowym okresie po hospitalizacji wymaga zindywidualizowanej pielęgnacji przez kilka godzin dziennie a nie tylko doraźnych interwencji. W następstwie w/w sytuacji dochodzi do nieekonomicznego wydłużania pobytów pacjentów w szpitalu lub szybkiego powrotu do leczenia zamkniętego.

Pomoc fachowców powołanych do udzielania informacji o zabezpieczeniu opieki nad osobą chorą w domu jest dalece niewystarczająca, fragmentaryczna lub po prostu jej brak. Jeżeli informacje są udzielane to 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, POZ lub opieki długoterminowej, pracownik socjalny szpitala lub MOPS, organizacje pozarządowe) niosą pomoc związaną z ich zakresem usług i są udzielane najczęściej poza domem potrzebującego.

Na podstawie naszych wieloletnich doświadczeń widzimy lukę organizacyjną w opiece nad pacjentem ciężko chorym wypisanym po leczeniu szpitalnym do domu. Wielokrotnie obserwujemy, że brak szybkiej pomocy pacjentowi powoduje jego ponowny powrót do szpitala z poważnymi powikłaniami będącymi skutkami zaniedbań pielęgnacyjnych wynikających z braku wiedzy, warunków, pieniędzy i małej wydolności opiekuńczej rodziny. Są to pacjenci cierpiący zarówno psychicznie jak i fizycznie z powodu odleżyn, bolesnych przykurczów stawów, zapaleń płuc, dróg moczowych w wyniku długotrwałego unieruchomienia. Przekazanie wiedzy i pomocy przez pielęgniarkę opieki długoterminowej może odbyć się dopiero po okresie oczekiwania na tą formę świadczeń, czyli po paru miesiącach od wypisu ze szpitala w ramach środków publicznych. I to często jest za późno. Brak koordynacji, jak również mała świadomość społeczeństwa na temat możliwości



uzyskania pomocy powodują, że wiele osób jest pozbawionych niezbędnej opieki, co przekłada się na zaniedbania pielęgnacyjne generujące koszty w systemie ochrony zdrowia i budżecie domowym.

Obecnie nie ma rozwiązania systemowego, które zapewnia bezpieczeństwo pacjentowi i jego opiekunom w momencie wypisania takiej osoby ze szpitala. Brakuje koordynatora, który w ciągu 24 godzin od zgłoszenia przyjedzie do domu chorego, poświęci odpowiedni, wymagany potrzebami czas pacjentowi i jego rodzinie, przekaze swoją wiedzę, umiejętności oraz podzieli się doświadczeniem by oswoić trudną sytuację rodziny, często wykraczającą poza normalną wyobraźnię.

W ramach proponowanego modelu, to koordynator zdecyduje z jakiej pomocy może skorzystać pacjent. Wspólnie z podopiecznym i rodziną stworzy hierarchię potrzeb w zależności od stanu zdrowia pacjenta i jego możliwości rodzinno- opiekuńczych, zaplanuje działania i pomoże w ich realizacji. Rolę tego przewodnika w znakomity sposób powinna przejąć pielęgniarka opieki długoterminowej.

Pielęgniarka opieki długoterminowej jest najlepiej merytorycznie przygotowaną osobą do koordynowania opieki nad ciężko chorym pacjentem po jego wyjściu ze szpitala. Dodatkowe środki publiczne pozwolą na realizację nowych zadań związanych z zapewnieniem mobilnego, szybkiego wsparcia w sytuacji kryzysowej koordynując działania istniejących na rynku instytucji pomocowych jednocześnie przekazując kompleksową informację dostosowaną do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Proponowana metoda pracy docelowo ma mieć zastosowanie w opiece nad osobami starszymi, niesamodzielnymi, wymagającymi natychmiastowej pomocy w ciągu 24 godzin od wypisu ze szpitala. Rozwiązanie ma charakter bezzwłoczny, ale jednocześnie doraźny i przygotowawczy do długotrwałego rozwiązania, które przewiduje funkcjonujący system wsparcia (np. usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania).

Diagnoza potrzeb grupy docelowej

Na podstawie doświadczeń i dotychczasowych obserwacji zdiagnozowaliśmy następujące problemy w organizacji opieki nad osobami starszymi, wymagającymi wsparcia, w miejscu zamieszkania, bezpośrednio po pobycie w szpitalu:

- brak wiedzy, umiejętności i doświadczenia opiekuńczego w zakresie zorganizowania opieki nad osobą starszą, ciężko chorą, leżącą w domu,
- brak podmiotu publicznego lub niepublicznego, który zapewnia mobilne (z dojazdem do miejsca zamieszkania), szybkie wsparcie (w ciągu 24h od wypisu ze szpitala) w sytuacji kryzysowej powrotu osoby starszej, ciężko chorej do domu po pobycie w szpitalu.
- brak koordynacji działań istniejących na rynku instytucji pomocowych,
- brak kompleksowości informacji przekazywanych opiekunom osób chorych.

Proponowany model opieki jest odpowiedzią na potrzeby osób niesamodzielnymi i ich rodzin.

Opis głównych założeń rozwiązania „Organizator kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania”.

„Organizator kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania” to nowa metoda pracy z osobami starszymi, wymagającymi opieki w miejscu zamieszkania i ich opiekunami w sytuacji pojawienia się ciężko chorego w domu po zakończonej hospitalizacji. Głównym celem tej metody jest zorganizowanie wielokierunkowej pomocy w trybie pilnym nad osobami starszymi wymagającymi opieki w miejscu zamieszkania i ich opiekunami po zakończonym pobycie w szpitalu.

Warunki kwalifikacyjne dla pielęgniarki opieki długoterminowej będącej organizatorem kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania:

1. Minimum 10 lat stażu pracy w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej, będąc kierownikiem lub koordynatorem co najmniej 5 lat.
2. Ukończone szkolenie uzupełniające i uaktualniające wiedzę i umiejętności z zakresu opieki długoterminowej i geriatrycznej.

Wykładowcy szkoleń powinni posiadać następujące kwalifikacje: magister pielęgniarstwa oraz specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego/geriatrycznego/opieki długoterminowej/rodzinnego, doświadczenie dydaktyczne oraz co najmniej 10 lat stażu w obszarze opieki nad

pacjentem przewlekle chorym i niepełnosprawnym. Dodatkowo dla zagadnień związanych z opieką społeczną- specjalista organizacji opieki społecznej.

Poniżej prezentujemy kolejne etapy realizacji modelu:

- 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:
 - a) rozpoznanie stanu pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem jego potrzeb rzeczowych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych oraz wsparcia, przeprowadzone przez pielęgniarkę Organizatora,
 - b) diagnoza potrzeb osoby chorej i jej rodziny/opiekunów (przeprowadzenie indywidualnego wywiadu pogłębionego, wypełnienie Kwestionariusza Indywidualnego Wywiadu Pogłębionego- KIWP oraz Karty Wsparcia Pacjenta - KWP), efektem wywiadu i postawionej diagnozy jest podjęcie działań przez pielęgniarkę Organizatora i wyposażenie rodziny w informacje i instruktaż niezbędny do świadczenia opieki,
 - c) przekazanie informacji o możliwych formach pomocy, instruktaż będzie obejmował trening rodziny w zakresie opiekuńczo-pielęgnacyjnym, wyposażenia i wsparcia;
 - trening opiekuńczo-pielęgnacyjny, czyli jak prawidłowo sprawować opiekę nad chorym (karmić, myć, zmienić pieluchomajtki, zmienić bieliznę i inne)
 - trening w zakresie wyposażenia, czyli pokierować/poinformować i skontaktować z osobami/instytucjami, które pozwolą wyposażyć chorego w niezbędny sprzęt wspierający (wózek, materac przeciwoleżynowy, wyposażenie mieszkania itp.),
 - trening w zakresie wsparcia rodziny, czyli udzielenie kompleksowej informacji na czym polega schorzenie, jakiego rozwoju sytuacji można oczekiwać, jak ułożyć życie współzamieszkujących i opiekunów z osobą chorą, rozwianie wątpliwości dotyczących wszystkich podstawowych funkcji i czynności, np. czy i na jak długo można pozostawić osobę chorą w mieszkaniu, zasady podawania leków i wykonywania zleconych przez lekarza i pielęgniarkę zabiegów, informację o dostępnych w ramach ubezpieczenia świadczeniach, przysługujących choremu w jego aktualnej sytuacji, informacje o możliwościach i formach dodatkowego wsparcia (kontakt z ośrodkiem pomocy społecznej, właściwym dla miejsca zamieszkania klienta oraz organizacjami i podmiotami mogącymi świadczyć wsparcie w zaistniałej sytuacji),
 - d) w zależności od aktualnej wydolności opiekunów, pielęgniarka nawiąże kontakt z koniecznymi instytucjami pomocowymi, w celu jak najbardziej optymalnego rozwiązania problemu rodziny,
 - e) określenie konieczności wprowadzenia zmian w bezpośrednim otoczeniu chorego, związanych z nowymi potrzebami wynikającymi z jego choroby,
 - f) wyposażenie opiekunów pacjenta w broszurę informacyjną dostosowaną do jego potrzeb, która będzie zbiorem krótkich instruktaży, gotowa informacją dla pacjenta i jego opiekunów odnośnie opieki, pielęgnacji i podstawowych wskazań przy konkretnych schorzeniach,
 - g) przekazanie numeru telefonu pielęgniarki Organizatora, który będzie potrzebny rodzinie w sytuacji potrzeby dodatkowej konsultacji,
 - h) przekazanie informacji o kolejnych dwóch wizytach o charakterze weryfikująco-wspierającym, które odbędą się nie później niż w ciągu dwóch kolejnych tygodni.
- C. Przeprowadzenie dwóch kolejnych wizyt i udokumentowanie działań w Karcie Wizyt Weryfikująco- Wspierających (KWWW).

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.



Proponowane rozwiązanie wyróżnia się od innych dostępnych na rynku usług pomocowych kompleksowością, szybkością działania, trafnością odpowiedzi na potrzeby osób zależnych i ich opiekunów. Instytucje medyczne, czy opieki społecznej, czy organizacje pozarządowe, czy samorządowe niosą pomoc zawężoną i oddaloną w czasie od momentu zgłoszenia problemu. My chcemy, aby „łańcuch” pomocy, który rozpocznie się w szpitalu nie został rozerwany i aby rodzina czuła wsparcie od samego początku opieki nad najbliższym.

Zmiany spowodowane chorobą przewlekłą zachodzą powoli w wielu płaszczyznach życia rodziny. Najbardziej widoczne są w przeorganizowaniu przestrzeni domowej. Rodzina musi wprowadzić ułatwienia dla chorego i dla siebie, mając w perspektywie długi czas opiekowania się pacjentem. Zmienia się hierarchia realizowanych celów i wartości.

Mając dostateczną wiedzę, można zaoferować konkretną pomoc choremu, biorąc pod uwagę jego potrzeby i możliwości oraz możliwości opiekuńcze rodziny/opiekunów.

Dobrze zorganizowana opieka nad pacjentem w domu zapobiega kolejnej hospitalizacji i związanymi z tym wysokimi kosztami bezpośrednimi oraz pośrednimi (zwolnienia z pracy opiekunów, urlopy).

Rodzina, która otrzyma wsparcie w oczekiwanym przez nią momencie, chętnie podejmuje trud opieki nad osobą chorą w domu. Zmniejsza się poziom lęku, wzrasta poziom wiedzy i umiejętności, poczucia bezpieczeństwa oraz świadomości istnienia wsparcia, jakie daje pewny kontakt do „kogoś kto wie”.

Takie działania zapobiegają sytuacjom pozostawiania osoby chorej w domu bez właściwej czy z wadliwą opieką, a co z tym związane wykluczają akty przemocy przez zaniedbanie oraz polepszają więzy rodzinne stanowiące najmocniejsze wsparcie dla chorego.

To nowe rozwiązanie da się zastosować na początek w niewielkiej skali, ma też potencjał do replikowania i zastosowania w innych miejscach.

Kryteria kwalifikowania osoby do wsparcia przez „Organizatora kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania”.

Proponowane rozwiązanie „Organizator kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania” jest skierowane do osób chorych niesamodzielnych, po 65 roku życia, niezależnie od płci, bezpośrednio po wypisaniu ze szpitala oraz ich opiekunów.

Wykaz zadań dla osób zaangażowanych w realizację modelu „Organizator kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania”.

W modelu należy określić zadania pielęgniarki Organizatora.

Zakres czynności pielęgniarki Organizatora, przeprowadzającej indywidualny wywiad pogłębiony i monitorującej sytuację w środowisku pacjenta:

- przyjmuje telefoniczne informację o pacjencie od osoby zainteresowanej, m.in. pacjenta, rodziny/opiekuna pacjenta, pracownika socjalnego/pielęgniarki społecznej ustalając termin wizyty w przedziale 24h,
- podczas wizyty pielęgniarka Organizatora wypełnia Kwestionariusz Indywidualnego Wywiadu Pogłębionego oraz stawia diagnozę pielęgniarską
- przekazuje informacje o możliwych formach pomocy.
- w zależności od aktualnej wydolności opiekunów, nawiązuje kontakt z koniecznymi instytucjami pomocowymi, w celu optymalnego rozwiązania problemu rodziny
- określa konieczność wprowadzenia zmian w bezpośrednim otoczeniu chorego, związanych z nowymi potrzebami wynikającymi z jego choroby
- przekazuje opiekunowi broszurę/y informacyjną/e dostosowaną/e do potrzeb pacjenta
- informuje o kolejnych dwóch wizytach o charakterze weryfikująco-wspierającym, które odbędą się nie później niż w ciągu dwóch kolejnych tygodni, po uzgodnieniu telefonicznym terminu
- podczas wizyty weryfikująco-wspierającej, weryfikuje wstępną diagnozę, ocenia czy zalecenia są wykonalne, czy nie wymagają modyfikacji, czy rodzinie potrzebne jest dodatkowe wsparcie
- modyfikuje lub podtrzymuje plan pracy z pacjentem, odnotowując działania w Karcie Wizyt Weryfikująco-Wspierających (KWWW)



- przekazuje wskazania dla opiekunów formalnych i nieformalnych, którzy będą sprawowali opiekę regularną, długoterminową nad pacjentem.

Zrealizowanie powyższych zadań przez pielęgniarki kończy cały proces opieki nad pacjentem i jego rodziną w ramach modelu „Organizator kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania”.

Objęcie chorego opieką przez jakąkolwiek instytucję świadczącą długoterminową opiekę medyczną wyklucza jednoczesną pracę Organizatora z pacjentem.

Wzory dokumentów do wykorzystania w modelu „Organizator kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania”

1. Kwestionariusz indywidualnego wywiadu pogłębionego (załącznik nr 1)
Kwestionariusz jest narzędziem, pozwalającym pielęgniarce Organizatora podczas pierwszej wizyty u pacjenta zebranie wszelkich niezbędnych informacji o stanie zdrowia chorego, jego środowisku domowym oraz wsparciu społecznym (układ rodzinny, sąsiedzki, koleżeński). Pozwala zebrać dane dotyczące lekarza i pielęgniarki POZ.
Na podstawie zebranych informacji pielęgniarka Organizatora postawi diagnozę pielęgniarską.
2. Karta wsparcia pacjenta (KWP) (załącznik nr 2)
Karta jest wypełniana na pierwszej wizycie pielęgniarki Organizatora w domu pacjenta, jako efekt postawionej diagnozy pielęgniarskiej. Obszarem działalności pielęgniarki jest edukacja pacjenta i jego rodziny. Działania te są realizowane w sposób zaplanowany i zindywidualizowany. Mając dostateczną wiedzę, można zaoferować konkretną pomoc choremu, biorąc pod uwagę jego potrzeby i możliwości oraz możliwości opiekuńcze rodziny/opiekunów.
Pielęgniarka w porozumieniu z pacjentem i jego rodziną ustala plan działań. Obejmuje on edukację w zakresie opiekuńczo-pielęgnacyjnym, wyposażenia pacjenta i jego otoczenia w możliwe do zastosowania środki techniczne ułatwiające pielęgnację, poruszanie się, usprawnianie pacjenta. Pielęgniarka buduje także sieć wsparcia społecznego naturalnego (pierwotnego) oraz instytucjonalnego (wtórnego). Ustalenie realnego planu pomocy (kto?, co?, i kiedy?) znacznie ogranicza konflikty w rodzinie, przywraca poczucie bezpieczeństwa.
3. Karta wizyt weryfikująco-wspierających (załącznik nr 3)
Karta służy do dokumentowania kolejnych dwóch wizyt u pacjenta. Pielęgniarka Organizatora porównuje sytuację pacjenta z pierwszej wizyty do bieżącej. Dowiadyuje się, czy zaproponowane rozwiązania można było wprowadzić w życie, na jakie trudności napotkano, czy pacjent/opiekun ma propozycje modyfikacji planu działania. Po analizie zgromadzonych informacji pielęgniarka proponuje kontynuowanie dotychczasowych rozwiązań lub modyfikuje plan opieki.

Instruktaże w formie broszur dla pacjentów i ich opiekunów

Z naszych obserwacji wynika, że opiekunowie chorych, którzy chcą prawidłowo opiekować się swoimi bliskimi w domu potrzebują wskazówek ustnych, popartych krótkimi poradami w formie pisemnej, do których mogą sięgnąć w momencie pojawienia się wątpliwości, czy właściwie postępują z chorym.

Broszury zawierają informacje i porady, obejmujące problemy związane z najczęstszymi schorzeniami osób w wieku podeszłym, podstawową pielęgnacją, żywieniem, organizacją bezpiecznego otoczenia chorego w domu, wsparciem instytucjonalnym itd.

Pielęgniarka Organizatora przekazuje opiekunowi chorego broszury, w formie fiszek podczas pierwszej wizyty w domu pacjenta. Pielęgniarka wybierze właściwe tematycznie broszury, na podstawie rozpoznanych u chorego i jego rodziny problemów.

Gotowe do zastosowania instrukcje (fiszeki) stanowią załącznik nr 4 do modelu.

Szkolenia dla pielęgniarek Organizatora

Pielęgniarki opieki długoterminowej posiadają niezbędne kwalifikacje do opieki nad chorym w domu. Aby realizować zadania koordynatora pielęgniarka powinna poszerzyć i uaktualnić wiedzę i umiejętności. W tym celu bierze udział w dwóch szkoleniach, prowadzonych przez wykładowców, którzy powinni posiadać następujące kwalifikacje: magister pielęgniarstwa oraz



specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego/geriatrycznego/opieki długoterminowej/ rodzinnego, doświadczenie dydaktyczne oraz co najmniej 10 lat stażu w obszarze opieki nad pacjentem przewlekle chorym i niepełnosprawnym. Dodatkowo dla zagadnień związanych z opieką społeczną- specjalista organizacji opieki społecznej. Konspekty szkoleń zapisane zostały w załączniku nr. 5 do wstępnej koncepcji modelu.

Analiza i przedstawienie wniosków i rekomendacji wynikających z przetestowanego rozwiązania.

W okresie od 1.10.2017r. do 31.05.2018r. Centrum Opieki Domowej s.c. Zuzanna Mysłowska, Beata Mróz, Bogusław Mróz, Tomasz Mysłowski, w ramach projektu grantowego Małopolski Inkubator Innowacji Społecznych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego przetestowało nowe rozwiązanie pn. „Organizator kompleksowej opieki w miejscu zamieszkania”.

Etap testowania został poprzedzony etapem przygotowawczym, w ramach którego zorganizowano spotkanie zespołu eksperckiego, podczas którego określono zadania poszczególnych osób w projekcie.

Został opracowany skrypt z niezbędnymi informacjami dla organizatora, zawierającymi broszury tematyczne dla opiekunów osób zależnych. Ponadto opracowano wzory dokumentów dla Organizatora, koniecznych do przeprowadzenia wizyt u pacjenta.

Udało się podpisać umowę ze szpitalem określającą warunki kierowania pacjentów szpitala do objęcia opieką przez Organizatora. Umowa określała zakres czynności pielęgniarki kierującej.

Zorganizowano 2 spotkania szkoleniowe personelu Organizatora, wyposażając pielęgniarki w wiedzę i umiejętności niezbędną do realizacji modelu.

Po okresie przygotowawczym, trwającym 2, 5 miesiąca przystąpiono do testowania modelu. Grupa pacjentów objętych opieką liczyła 7 osób, 5 kobiet i 2 mężczyzn, w wieku od 76- 99rż., 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 Organizatora. Opiekunowie tych trzech pacjentów poszukiwali dla swoich bliskich świadczeniodawcy w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej. Z uwagi na bardzo długi czas oczekiwania na te świadczenia, chętnie skorzystali z udziału w testowaniu nowego modelu opieki.

Wszyscy pacjenci byli objęci opieką bezpośrednio po wypisie ze szpitala. Każdy chory pozostawał w warunkach domowych, pod opieką członków rodziny.

W okresie testowania zakwalifikowano do udziału w projekcie 7 pacjentów, przeprowadzono 7 wywiadów pogłębionych, w trakcie których dokonano rozpoznania sytuacji pacjenta w miejscu jego zamieszkania. U każdego z nich postawiono diagnozę potrzeb bio-psycho-społecznych. Opracowano plan działania przy udziale osoby zależnej i rodziny chorego. Kolejnym etapem było monitorowanie stanu zdrowia pacjenta i wsparcie rodziny, które polegało na przeprowadzeniu dwóch wizyt weryfikująco-wspierających oraz dodatkowym kontakcie telefonicznym z opiekunami chorego.

Kwalifikacja pacjenta- analiza wyników.

Zrekrutowana do opieki grupa pacjentów liczyła 7 osób, 5 kobiet i 2 mężczyzn, w wieku od 76- 99rż., 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 Organizatora. Opiekunowie tych trzech pacjentów poszukiwali dla swoich bliskich świadczeniodawcy w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej. Z uwagi na bardzo długi czas oczekiwania na te świadczenia, chętnie skorzystali z udziału w testowaniu nowego modelu opieki.

Uważamy, że nie ma konieczności podpisywania umowy ze szpitalem. Bardzo długi okres oczekiwania na decyzję dyrekcji szpitala utrudnia szybkie podjęcie działań pomocowych. Szpital wskazywał problemy natury prawnej dotyczące ochrony danych osobowych pacjenta i pracownika szpitala. Dyrekcja szpitala sugerowała konieczność gratyfikacji finansowej dla placówki za dodatkowe zadania, w przypadku upowszechnienia modelu.

Po wyczerpujących wyjaśnieniach dotyczących szczegółów nowego modelu pracy z pacjentem, dyrekcja szpitala wyraziła zgodę i podpisano umowę współpracy. Dyrekcja szpitala zwróciła uwagę,



ze większość hospitalizowanych pacjentów w ich placówce to osoby bezdomne lub samotne, które to nie spełniają wymaganych kryteriów modelu. Jednocześnie podkreśliła, że częściej spotykają się z sytuacją konieczności zapewnienia osobie zależnej, po hospitalizacji, stacjonarnej opieki długoterminowej.

Szpitala zatrudniają pracowników socjalnych/pielęgniarki społeczne, których należy wyposażyć w wiedzę o podmiotach, które na określonych warunkach mogą kontynuować opiekę nad pacjentem bezpośrednio po hospitalizacji.

Indywidualne wywiady pogłębione- analiza zebranych informacji

Do udokumentowania danych z wywiadu zastosowano Kwestionariusz Indywidualnego Wywiadu Pogłębionego. Wszystkie zawarte w nim punkty miały swoje uzasadnienie i przyniosły zamierzony efekt w postaci informacji o pacjencie i jego rodzinie i pozwoliły na postawienie diagnozy pielęgniarstwa. Konsekwencją przeprowadzonego wywiadu i postawionej diagnozy było ustalenie planu działania z pacjentem i jego opiekunami, zapisane w Karcie Wsparcia Pacjenta. Każda wizyta trwała średnio 3,5 godziny.

Na podstawie analizy dokumentacji wszystkich pacjentów, najczęściej rozpoznanymi problemami były:

Brak wiedzy i umiejętności pacjentów w zakresie samoopieki oraz brak wiedzy i umiejętności rodziny na temat opieki nad pacjentem, np. 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. Niska świadomość na temat form wsparcia dostępnych dla pacjentów.

Następnie zaplanowano interwencje.

Trening rodziny w zakresie opiekuńczo-pielęgnacyjnym obejmował najczęściej zagadnienia związane z: żywieniem pacjenta, dostosowanym do jego stanu zdrowia i jednostki chorobowej, koniecznością dopajania pacjenta, pielęgnacją podstawową, zasadami podawania leków, usprawnianiem i rehabilitacją chorego, kontrolą parametrów życiowych, postępowaniem przeciwoleżynowym oraz zasadami leczenia odleżyn. Zwracano uwagę opiekunom na 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 obejmował: zabezpieczenie bezpośredniego otoczenia pacjenta, czyli zakup lub wypożyczenie łóżka rehabilitacyjnego i materaca przeciwoleżynowego i/lub wózka inwalidzkiego, ergonomicznego ustawienia umieszczenia łóżka w pokoju chorego i potrzebnych przedmiotów w jego otoczeniu, zamontowanie uchwytów w toalecie i łazience, zastosowanie siedziska na wannie dla niepełnosprawnych, usunięcie dywanów i chodników, które mogą spowodować upadek pacjenta.

Trening rodziny w zakresie wsparcia najczęściej obejmował informacje związane z koniecznością złożenia deklaracji wyboru do pielęgniarki POZ i korzystaniem z jej usług, z kontaktowaniem się z lekarzem POZ, pielęgniarką opieki długoterminowej, opieką paliatywną domową. Rodzinom przekazano informacje w jakich sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia korzystać z pomocy nocnej i świątecznej opieki medycznej, a w których przypadkach z pogotowia ratunkowego. W przypadku dwóch pacjentów, ze względu na stan zdrowia i niewydolność opiekuńczą rodziny niezbędne było zapewnienie opieki w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Często przekazywano informacje dotyczące wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego oraz procedurach dotyczących pozyskania materiałów i środków medycznych np. opatrunki, pieluchomajtki, cewniki, paski do glukometru.

W ramach treningu nie zabrakło wiadomości o możliwości skorzystania z usług pomocy społecznej, fundacji i stowarzyszeń. Zwrócono uwagę na rozwijający się rynek komercyjnych usług opiekuńczych.

Wszystkie informacje w ramach powyższych treningów poparte były przygotowanymi przez Organizatora materiałami edukacyjnymi w formie broszur, które przekazywano pacjentom i ich opiekunom.



Analizując sytuacje społeczne pacjentów zaobserwowano brak zaangażowania członków dalszej rodziny w opiekę nad osobą zależną. Podobnie, brak bezinteresownego wsparcia ze strony sąsiadów chorego.

Analiza wniosków z przeprowadzonych wizyt weryfikująco-wspierających.

Do udokumentowania danych z wywiadu zastosowano Kartę Wizyt Weryfikująco-Wspierających. Dla każdego chorego przewidziano w modelu 2 w/w wizyty.

Wizyty weryfikująco- wspierające w 5 przypadkach odbyły się w ciągu dwóch tygodni od pierwszej wizyty u chorego. W dwóch przypadkach ten czas się wydłużył. Jeden z pacjentów był hospitalizowany. W drugim przypadku przesunięto termin ostatniej wizyty na prośbę córki pacjentki. Czas trwania wizyt weryfikująco-wspierających wynosił po minimum 2 godziny.

W trakcie wizyty weryfikowano aktualną sytuację pacjenta i jego rodziny, wprowadzano zmiany w planie działań oraz udzielano kolejnych wskazówek i wsparcia.

Podczas wizyt rodziny zgłaszały pozytywne aspekty udziału w testowanym modelu. Pomoc przyszła w odpowiednim momencie trudnej życiowej sytuacji. Poczucie bezpieczeństwa, które odczuli po kontakcie z Organizatorem pozwoliło na spokojniejsze rozeznanie możliwości skorzystania z pomocy i zaplanowanie działań w stosunku do chorego. Wysoko oceniono jakość materiałów edukacyjnych przekazanych na wizytach, ich prosty, przystępny przekaz, zwięzłość informacji i ich trafność. Opiekunowie bardzo zadowoleni byli z możliwości kontaktu telefonicznego z pielęgniarką również po zakończonej wizycie. Pacjenci i rodziny wskazywali na bardzo serdeczny kontakt z pielęgniarką, profesjonalizm oraz zrozumienie ich problemów zarówno zdrowotnych jak i społecznych, oraz to że żadne ich pytanie nie pozostało bez jej odpowiedzi. Mimo tak oczekiwanego kontaktu z pielęgniarką stopień zaangażowania rodziny w opiekę był różny. Większość opiekunów z wdzięcznością skorzystało ze wsparcia pielęgniarki. Część opiekunów nie wykazywała zainteresowania poszerzeniem wiedzy i umiejętności w zakresie pielęgnacji. Głównym celem ich udziału w projekcie było uzyskanie natychmiastowego wsparcia instytucjonalnego (ZOL, DPS).

Na podstawie analizy dokumentacji wszystkich pacjentów, najczęściej zgłaszanymi przez rodziny problemami były nadal: trudności z bezpośrednią opieką nad chorym (toaleta ciała, mycie głowy w łóżku, ułożenie pacjenta w łóżku, przemieszczanie chorego, zmiana pieluchomajtek, ochrona skóry, pielęgnacja pacjenta z cewnikami, usprawnianie, ćwiczenia bierne i czynne, oddechowce), wątpliwości dotyczące diety i podawania leków, we właściwym monitorowaniu stanu pacjenta, zagubienie w przepisach i wytycznych w obszarze polityki zdrowotnej i społecznej, długotrwałe procedury związane z zabezpieczeniem długoterminowej opieki nad chorym, oczekiwanie na termin objęcia opieką długoterminową, brak wsparcia dalszej rodziny i przyjaciół/znajomych. Wymienione problemy były omawiane na pierwszej wizycie, ale wymagały ponownych wyjaśnień oraz określenia kolejności działań.

Zastosowanie nowego modelu pracy w opiece nad osobą chorą w domu, bezpośrednio po hospitalizacji rozwiązuje wiele problemów pacjenta i jego opiekunów związanych z dostosowaniem do nowych warunków życia rodziny z osobą niesamodzielną. Opiekunowie zostają wyposażeni w wiedzę i umiejętności radzenia sobie w trudnej sytuacji, co powoduje oszczędności: emocji, czasu na szukanie wsparcia, korygowania błędów popełnionych z niewiedzy lub wcześniejszej złej informacji. Dobrze poinformowana osoba szybciej wraca do codziennego życia, nie angażuje w rozwiązywanie problemów osób, które nie zawsze są przygotowane do udzielania informacji.

Opiekun osoby zależnej oszczędza czas, energię i emocje przeznaczane na kontaktowanie się osobiste lub telefoniczne z instytucjami pomocowymi, o których tak naprawdę dowiaduje się w sposób przypadkowy, fragmentaryczny w szpitalu. Każda dostępna instytucja pomocowa oferuje tylko wiedzę, związaną z prowadzoną przez siebie działalnością. Brak jest spójności pozyskiwanych przez pacjenta danych.

Organizator angażuje do pomocy opiekunów osób zależnych oraz zasoby ludzkie w środowisku lokalnym (np. sąsiedzi, grupy wsparcia, organizacje pozarządowe, grupy charytatywne przy parafiach), po udzieleniu odpowiedniego do potrzeb przeszkolenia. Z pomocy skorzystają najbardziej potrzebujący.

To nowe rozwiązanie nie wymaga dużych nakładów finansowych i ma potencjał do replikowania i zastosowania w całym kraju.



Wykaz załączników

1. Kwestionariusz indywidualnego wywiadu pogłębionego (KIWP) (załącznik nr 1)
2. Karta wsparcia pacjenta (KWP) (załącznik nr 2)
3. Karta wizyt weryfikująco-wspierających (KWWW) (załącznik nr 3)
4. Instruktaże w formie broszur dla pacjentów i ich opiekunów (załącznik nr 4)
5. Konspekty szkoleń dla pielęgniarek Organizatora (załącznik nr 5)



Załącznik nr 1

KWESTIONARIUSZ INDYWIDUALNEGO WYWIADU POGŁĘBIONEGO (KIWP)

Pesel:		
Nazwisko:	Imię:	Płeć K/M
Adres zamieszkania:		
Lekarz POZ (imię nazwisko, nazwa świadczeniodawcy)		
Pielęgniarka POZ (imię nazwisko, nazwa świadczeniodawcy)		
Osoba opiekująca się chorym:		
Adres domowy: nr. tel:		
Rozpoznanie lekarskie:		
Choroby współistniejące:		
Hospitalizacje:	Hbs	
	Inne:	
Alergie:		
Przyzwyczajenia:	Nałogi:	
Sprzęt pomocniczy:		
Czynniki ryzyka:		
Stan psychiczny (komunikowanie, kontakt, zachowanie, mowa, nastrój, pamięć, uwaga, inne)		
Ocena samodzielności pacjenta (wg Skali Barthel)		



Ocena ryzyka odleżyn (wg Skali Norton)	
UKŁAD KRAŻENIA	Tętno: <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> bradykardia <input type="checkbox"/> tachykardia <input type="checkbox"/> zab. rytmu
	CTK: <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> nieprawidłowe
	Perfuzja obwodowa <input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> zaburzona <input type="checkbox"/> ochłodzenie obwodowe <input type="checkbox"/> „zimny pot” <input type="checkbox"/> skóra marmurkowa
	Obrzęki: <input type="checkbox"/> uogólnione <input type="checkbox"/> miejscowe <input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> okresowe
	Omdlenia: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
UKŁAD ODDECHOWY	Oddech: <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> przyspieszony <input type="checkbox"/> zwolniony <input type="checkbox"/> spłycony <input type="checkbox"/> pogłębiony <input type="checkbox"/> stridor <input type="checkbox"/> przez nos <input type="checkbox"/> przez usta
	Plwocina: <input type="checkbox"/> śluzowa <input type="checkbox"/> pienista <input type="checkbox"/> ropna <input type="checkbox"/> krwista <input type="checkbox"/> brak
	Kaszel: <input type="checkbox"/> suchy <input type="checkbox"/> wilgotny <input type="checkbox"/> napadowy <input type="checkbox"/> stały <input type="checkbox"/> brak
	Duszność: <input type="checkbox"/> wysiłkowa <input type="checkbox"/> spoczynkowa <input type="checkbox"/> brak
UKŁAD POKARMOWY	Ciężar ciała: <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedowaga <input type="checkbox"/> nadwaga <input type="checkbox"/> otyłość
	Jama ustna: <input type="checkbox"/> owrzodzenia <input type="checkbox"/> pleśniawki <input type="checkbox"/> język obłożony <input type="checkbox"/> inne
	Pragnienie: <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> zmniejszone <input type="checkbox"/> wzmożone
	Apetyt: <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> zmniejszony <input type="checkbox"/> wzmożony
	Wydalenie: <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> biegunka <input type="checkbox"/> zaparcia <input type="checkbox"/> inne
	Dolegliwości: <input type="checkbox"/> nudności <input type="checkbox"/> wymioty <input type="checkbox"/> dysfagia <input type="checkbox"/> zgaga <input type="checkbox"/> odbijanie <input type="checkbox"/> inne
	Dieta:
UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY	Mocz <input type="checkbox"/> normouria <input type="checkbox"/> poliuria <input type="checkbox"/> oliguria <input type="checkbox"/> anuria
	Trudności w oddawaniu moczu: <input type="checkbox"/> nietrzymanie <input type="checkbox"/> pieczenie <input type="checkbox"/> utrudniony odpływ
	Krwawienie miesięczkowe: <input type="checkbox"/> regularne <input type="checkbox"/> nieregularne <input type="checkbox"/> inne dolegliwości <input type="checkbox"/> nie dotyczy
	Ostatnie badanie ginekologiczne:
UKŁAD MIĘŚN-SZKIELETOWY	Poruszanie się: <input type="checkbox"/> samodzielne <input type="checkbox"/> ograniczone <input type="checkbox"/> z pomocą <input type="checkbox"/> brak
	Ruchomość w stawach; <input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/> przykurcze
	Sprawność fizyczna: <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/> brak
	Postawa ciała: <input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> nieprawidłowa
	Inne: <input type="checkbox"/> obrzęki <input type="checkbox"/> zaczerwienienia <input type="checkbox"/> zaniki mięśniowe



NARZĄDY ZMYŚLÓW	Wzrok: <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedowidzenie <input type="checkbox"/> ślepotą <input type="checkbox"/> inne	
	Słuch: <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> niedosłyszenie <input type="checkbox"/> głuchota <input type="checkbox"/> inne	
	Mowa: <input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> zaburzona <input type="checkbox"/> niezrozumiała <input type="checkbox"/> brak	
	Świadomość: <input type="checkbox"/> pełna <input type="checkbox"/> ograniczona <input type="checkbox"/> brak	
	Sen: <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> trudności w zasypianiu <input type="checkbox"/> sen przerywany <input type="checkbox"/> bezsenność	
	Skóra <input type="checkbox"/> czysta <input type="checkbox"/> brudna <input type="checkbox"/> sucha <input type="checkbox"/> wilgotna <input type="checkbox"/> błada <input type="checkbox"/> zaczerwieniona <input type="checkbox"/> zażółcona <input type="checkbox"/> sina <input type="checkbox"/> uszkodzona <input type="checkbox"/> inna	
	Odleżyny: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> zwiększone ryzyko wystąpienia	
UMIEJSCOWIENIE ODLEŻYN		
WSPARCIE SPOŁECZNE	<p>Struktura rodziny/ osoby zaangażowane w opiekę nad chorym:</p> <p>Dyspozycyjność czasowa rodziny:</p> <p>Sieć opieki/ osoby spoza rodziny/instytucje opieki profesjonalnej i nieprofesjonalnej:</p> <p>Dostępność:</p> <p>Stan wiedzy pacjenta umożliwiający samowsparcie:</p>	

Diagnoza pielęgniarska:

.....

.....

.....

Data i podpis pielęgniarki:



KARTA WSPARCIA PACJENTA (KWP)

Imię i nazwisko pacjenta:PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Plan pracy z pacjentem i jego opiekunami (zalecenia, informacje i instruktaż)

Trening rodziny w zakresie opiekuńczo-pielęgnacyjnym
Trening rodziny w zakresie wyposażenia pacjenta i jego środowiska:
Trening rodziny w zakresie wsparcia:

Data wizyty.....

Podpis pielęgniarki



KARTA WIZYT WERYFIKUJĄCO-WSPIERAJĄCYCH

Imię i nazwisko pacjenta:PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LP	DATA	CZAS TRWANIA WIZYTY	ZAKRES ZMIAN/DZIAŁAŃ	WSKAZANIA DLA OPIEKUNÓW

Podpis pielęgniarki



Załącznik nr 4

INSTRUKTAŻE W FORMIE BROSZUR DLA PACJENTÓW I ICH OPIEKUNÓW



CHOROBA PARKINSONA

Objawy choroby Parkinsona często są niespecyficzne, kojarzone z wieloma innymi chorobami i początkowo dyskretne, np.: bóle rozpoznawane jako **rwa kulszowa**, ramienna, niekiedy także **zaburzenia węchu**.

- **obniżona sprawność**
najczęściej jednej strony ciała, ruchy niezgrabne, wolne, towarzyszy im uczucie sztywności kończyn, pojawiają się kłopoty z wykonywaniem precyzyjnych ruchów ręką (np. pisanie, zapinanie guzików) i chodzeniem (utykanie na jedną nogę, szuranie, potykanie się).
- **ogólne spowolnienie ruchów i ich zubożenie**
codzienne czynności zajmuje więcej czasu niż kiedyś. Chorzy mają trudności z rozpoczęciem ruchu, wolno reagują, mówią.
Twarz zaczyna przypominać maskę. Nie wyraża emocji, bo ruchy mimiczne są ograniczone.
- **drżenie**
występuje tylko u ok. 1/3 chorych, zazwyczaj w spoczynku, gdy mięśnie są rozluźnione, ustępuje lub zmniejsza się podczas świadomych ruchów
- **zwiększone napięcie mięśni**
powoduje pochylenie się sylwetki, co sprzyja rozwojowi zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, bolesnych kurczów mięśni.
- **niewyraźna mowa**
w zaawansowanym stadium schorzenia, monotonna, pozbawiona intonacji emocjonalnej, zamazana, cicha.
- **zaburzenia równowagi**
związane są ze zmianą punktu ciężkości ciała wskutek pochylenia sylwetki i spowolnionymi reakcjami mózgu, ryzyko upadków.
- **nagła blokada ruchu podczas chodzenia**
tzw. zamrożenie (freezing). Chory nie jest w stanie oderwać stopy od podłoża, aby zrobić kolejny krok. Takie nagłe unieruchomienie powoduje, że traci równowagę. Gdy blokada ruchu pojawia się w momencie skręcania lub zawracania, nogi się krzyżują i płaczą, co często może skończyć się upadkiem.
Chory wówczas powinien przerwać próbę dalszego chodu, przycisnąć piętę do podłoża, wyprostować się i unieść głowę w górę, uderzyć ręką w udo i spróbować iść przed siebie.
- **problemy umysłowe**
spowolnienie myślenia, deficyty pamięci (zgromadzone w niej informacje nie ulegają wykasowaniu, ale dostęp do nich jest utrudniony), zaburzenia orientacji przestrzennej i koncentracji uwagi.
- **zaburzenia połykania**
dysfunkcja mięśni przełyku, kęs pożywienia wolno się przesuwają, trudności z jedzeniem i wyciek śliny z jamy ustnej.
- **depresja**
- **zaburzenia wegetatywne**
gwałtowne spadki ciśnienia tętniczego krwi przy zmianie pozycji z siedzącej na stojącą i związane z tym zasłabnięcia, uporczywe zaparcia, zaburzenia funkcji pęcherza moczowego i termoregulacji, napadowa potliwość i duszności.

Wskazówki dla opiekuna chorego z chorobą Parkinsona:

1. Pilnuj zażywania leków przez chorego w dawkach i porach (najczęściej 30 minut przed jedzeniem) zleconych przez lekarza
2. Stosuj dietę łatwostrawną, niskotłuszczową,
3. Zgłaszaj lekarzowi nowe niepokojące objawy uboczne stosowania leków np. suchość w ustach, zaburzenia widzenia z bliska, zawroty głowy, nudności, zaparcia, bóle głowy
4. Motywuj chorego do ćwiczeń fizycznych ciała:
 - gimnastyka twarzy (marszczenie czoła, otwieranie ust, wydęcie wargi górnej i dolnej, nadymanie naprzemienne policzków, otwieranie i zamykanie naprzemienne oczu)



- gimnastyka głowy (skręty, skłony, krążenia)
- ćwiczenia barków (unoszenie i opuszczanie naprzemienne i jednocześnie, przemieszczanie ku przodowi i tyłowi, próby wykonywania ruchów okrężnych)
- ćwiczenia kończyn (zginanie i prostowanie, przemieszczanie w przód i w tył, gra piłką: rzucanie i chwytanie, leżąc na plecach wykonywanie ruchów jak przy jeździe na rowerze)
- ćwiczenia tułowia (skłony w przód i prostowanie, wykonywanie ruchów okrężnych)
- gimnastyka stóp (ćwiczenia ruchowe przedniej części stopy, unoszenie i zginanie palucha, stawanie na przemian na palcach i piętach)
- ćwiczenia mowy
- ćwiczenia chodzenia

Wskazówki dla chorego z chorobą Parkinsona:

Mowa

1. jeżeli masz kłopoty z mówieniem, zrób duży wdech zanim zaczniesz mówić,
2. rób przerwę po kilku słowach lub mów pojedynczymi wyrazami,
3. próbuj wyraźnie wymawiać słowa, wypowiadając się krótko i zwięźle,
4. czytaj głośno książki, gazety,
5. śpiewaj głośno piosenki, które lubisz,
6. ćwicz przed lustrem wymowę wyrazów,
7. nie pozwól wyryć się w mówieniu przez drugą osobę,
8. wykonuj ćwiczenia regulujące oddech.

Chodzenie Kiedy wystąpi „dreptanie”:

- zatrzymaj się, sprawdź czy odległość między stopami wynosi ok. 20 cm,
- popraw swoją sylwetkę ciała i wyprostuj się, jak tylko najbardziej możesz,
- uświadom sobie i przypomnij, że powinieneś stawiać duże kroki,
- zrób krok unosząc wysoko stopę, tak jak w marszu,
- podnieś do góry palce stopy i najpierw postaw na ziemi piętę,
- przenieś ciężar ciała na palce,
- powtórz to samo z drugą nogą,
- staraj się, aby ręce poruszały się na przemian, odpowiednio przy każdym
- staraj się nie używać laski i balkonika (mogą nasilać tendencje do przodopochylenia tułowia)

Zwroty głowy

Kiedy chcesz się odwrócić nigdy nie rób tego na jednej stopie, krzyżując nogi.

Zawsze skręcaj w pożądanym kierunku idąc półkolem ze stopami stawianymi osobno.

Drżenie

Aby zmniejszyć drżenie rąk przyciśnij łokieć do tułowia, aby unieruchomić ramię i wówczas wykonaj pożądaną czynność tak szybko jak tylko możesz

Aby pokonać stan unieruchomienia należy:

- nie robić żadnego kroku, postawić z powrotem piętę na ziemi,
- wyprostować kolana, biodra i tułów, nie przechylać się do przodu ani do tyłu, łagodnie zacząć kołysać się z boku na bok,
- zacząć maszerować w miejscu, zrobić krok do przodu stawiając najpierw na ziemi piętę,
- skorygować swoją postawę a stopy starać się utrzymywać w odległości ok. 20 cm jedna od drugiej.

Przed wstaniem z łóżka należy:

- a) położyć się na boku, blisko krawędzi łóżka,
- b) opuścić nogi za krawędź łóżka,
- c) odepchnąć się łokciem na którym się leży oraz drugą ręką,
- d) podeprzeć podbródek i szybko podnieść głowę.

Wstawanie z niskiego siedzenia:

przesunąć pośladki blisko krawędzi krzesła,

stopy trzymać w odległości ok. 20 cm jedna od drugiej, jedna lekko wysunięta do przodu,

rozkołysać się do przodu i do tyłu,

wysunąć ramiona do przodu, odepchnąć się rękami i wyprostować



CUKRZYCA

- u osób starszych - częściej **cukrzyca typu 2**,
- niektórzy chorzy wymagają podawania insuliny,
- **unikaj** niedocukrzenia (hipoglikemii) tj. poziomu **cukru we krwi < 70 mg%**,
- utrzymuj poziomy cukru we krwi 90 – 160 mg% (5,0 – 8,9 mmol/l), ale indywidualnie lekarz może zalecić **wyższe** poziomy cukru,
- spożywaj 4 – 6 posiłków dziennie w regularnych odstępach czasowych,
- ograniczaj węglowodany proste (cukier z cukierniczki, miód, fruktoza, mleko słodkie), których spożywanie należy ograniczyć do minimum,
- słodziki mogą być stosowane w dawkach zalecanych przez producenta,
- pamiętaj! - owoce i soki owocowe zawierają dużo cukru fruktozy (nie ma soku bez cukru, jest tylko sok sztucznie nie dosłodzony cukrem z cukierniczki!),
- nie jedz więcej niż np. 2 jabłka (lub inne owoce) na dobę, traktując owoce jak posiłek,
- unikaj owoców suszonych (zawierają bardzo dużo cukru),
- nie każdy cukier jest słodki: 1 łyżka mąki = 2 łyżeczki cukru,
- ziemniaki wchłaniają się z jelit tak jak cukier z cukierniczki (możesz zjeść 2 średnie ziemniaki na obiad),
- unikaj „panierek” – bułka to cukier,
- unikaj chrupkiego pieczywa, paluszków słonych,
- pamiętaj - cukier jest potrzebny w każdym posiłku!!! – dlatego zjedzenie posiłku składającego się np. z porcji mięsa i jajka jest błędem – tam nie ma cukru,
- w każdym głównym posiłku powinien znajdować się chleb lub ziemniaki, kasza, ryż,
- drugie śniadanie i podwieczorek mogą składać się np. z porcji owoców i jogurtu naturalnego,
- mleko także zawiera cukry proste: **w 1 szklance mleka zawarte są 2 łyżeczki cukru**,
- bez ograniczeń możesz jeść te warzywa, które rosną nad ziemią (poza groszkiem cukrowym i kukurydzą),
- ogranicz warzywa spichrzowe (marchew, korzeń pietruszki, seler, ziemniaki),
- jeśli to możliwe, spożywaj produkty nie nadmiernie rozdrobnione czy rozgotowane, gdyż spowoduje to większy przyrost cukru we krwi (makarony *al dente*, odgrzewane ziemniaki, odgrzewany ryż, kasze),
- poziomy cukru we krwi kontroluj przy pomocy glukometru, który powinien być sprzętem osobistym. Pomiary wykonuj na czczo i 1.5 – 2 godzin po głównym posiłku,
- uwaga!!! jeżeli pacjent nie zje posiłku, albo zje za mało produktów zawierających węglowodany (cukry) – może wystąpić niedocukrzenie,
- Objawy niedocukrzenia to: pocenie się, niepokój, drżenie rąk, kołatanie serca, rozszerzenie źrenic, uczucie słabości, silne uczucie głodu, zaburzenia widzenia, czasem pobudzenie psychoruchowe, **drgawki**. U osób starszych mogą być słabiej nasilone. Koniecznie spożyj **2 – 4 tabletki (saszetki) glukozy** (do kupienia w aptece), jest też glukoza sprzedawana w sklepach spożywczych (spożyj 2 – 4 łyżeczki), a następnie kanapkę np. z serem lub wędliną bez masła czy margaryny (tłuszcz spowalnia wchłanianie cukru),
- Uwaga!!! jeżeli chory straci **przytomność** w przebiegu niedocukrzenia, **nie wolno podawać nic doustnie**, wówczas konieczna jest interwencja pogotowia ratunkowego,
- u pacjentów z brakiem apetytu lub omdleniem, kiedy objętość przyjętego posiłku jest trudna do przewidzenia, należy rozważyć podawanie insuliny bezpośrednio po zakończonym posiłku, a nie przed posiłkiem, w dostosowanej do niego dawce,
- pamiętaj – u starszej osoby bardziej niebezpieczny jest za niski poziom cukru we krwi niż za wysoki,
- dbaj o właściwe nawodnienie organizmu - osłabienie odczuwania pragnienia u ludzi starszych prowadzi do odwodnienia, a w konsekwencji do przewlekłego zmęczenia i pogorszenia funkcji poznawczych.



DIETA W PRZEWLEKŁEJ CHOROBY NEREK

Najczęstsze przyczyny przewlekłej choroby nerek to cukrzycowa choroba nerek (nefropatia cukrzycowa), kłębuszkowe zapalenia nerek oraz uszkodzenie nerek w wyniku nadciśnienia tętniczego (nefropatia nadciśnieniowa) i miażdżycy. Rzadsze, to śródmiąższowe choroby nerek (np. odmiedniczkowe zapalenie nerek), kamica i uszkodzenie nerek wywołane innymi przeszkodami w odpływie moczu oraz wielotorbielowate zwyrodnienie nerek. Przewlekła choroba nerek zwykle ma charakter postępujący, tzn. z czasem czynność nerek pogarsza się (zmniejsza się GFR).

Nie ma specjalnej diety "nerkowej" (stosowane w przeszłości diety, np. ziemniaczana, przynosiły więcej szkody niż korzyści). Należy spożywać pełnowartościowe białko i w normalnych ilościach (tj. ok. 1 g/kg masy ciała na dobę), jeżeli GFR jest większe niż ok. 30-40 ml/min. Gdy GFR <30 ml/min **zaleca się ograniczenie spożycia białka** do 0,6-0,8 g/kg na dobę, jednak taką dietę można stosować tylko pod nadzorem lekarza (a najlepiej lekarza i dietetyka), gdyż istnieje ryzyko rozwoju niedożywienia lub niedoborów pokarmowych.

Przy przewlekłej niewydolności nerek organizm traci możliwość wydalania sodu, a jego gromadzenie prowadzi do zatrzymania wody w organizmie, obrzęków, rozwoju nadciśnienia tętniczego i wzmożonego pragnienia. **Z diety należy wyeliminować wszystkie produkty z dodatkiem soli kuchennej, czyli: marynaty, konserwy, wędliny, produkty wędzone, sery żółte i pleśniowe, kiszonki, zupy instant, kostki rosółowe. Trzeba także zrezygnować z dosalania produktów na talerzu. Nie stosować dostępnych na rynku soli „ubogosodowych”, ponieważ sód jest w nich zastąpiony potasem, którego w organizmie chorych może być za dużo.**

W niewydolności nerek zmniejsza się zdolność wydalania fosforu. Z kolei nadmiar fosforu wpływa na zmniejszanie stężenia wapnia we krwi w wyniku wytrącania soli wapniowo-fosforanowych, które mogą się odkładać w naczyniach krwionośnych, sercu i mięśniach. **Aby ograniczyć ilość fosforu w diecie, należy zrezygnować z takich produktów, jak: słonecznik, migdały, orzechy włoskie, sery żółte, topione i pleśniowe, podroby, ryby wędzone, ryby w puszkach, chleb razowy, płatki owsiane oraz suche nasiona roślin strączkowych.**

Niestety w przypadku niewydolności nerek trudno dostarczyć do organizmu odpowiednich ilości wapnia, gdyż produkty bogate w ten składnik zawierają jednocześnie szkodliwy fosfor. **Nie powinno się jednak wykluczać z diety mleka i przetworów mlecznych (jogurtu, kefiru, maślanki), które stanowią źródło łatwo przyswajalnego wapnia.**

Ograniczenie potasu w diecie nie zawsze jest to konieczne. W niewydolności nerek z prawidłowym GFR i we wczesnej przewlekłej niewydolności nerek większość chorych powinna stosować dietę bogatą w potas. Jest to związane z utratą potasu z powodu zwiększonej ilości oddawanego moczu. Wraz z pogarszającą się funkcją nerek należy jednak ograniczyć ilość tego składnika w diecie. **Ograniczenia obejmują: kakao, czekoladę i inne wyroby czekoladowe, nasiona roślin strączkowych, morele i śliwki suszone, figi, banany, orzechy, pestki dyni, pomidory i przetwory pomidorowe (koncentrat pomidorowy, keczup i sos pomidorowy), natkę pietruszki świeżą i suszoną, kaszę gryczaną i ziemniaki.**



PACJENT Z PADACZKĄ

Czynniki wyzwalające napad:

- gorączka,
- mało snu,
- okres okołomiesiączkowy,
- alkohol, używki,
- stres,
- niektóre leki,
- nie przyjmowanie zleconych leków
- przegrzanie ciała, zwłaszcza głowy,
- intensywny wysiłek fizyczny,
- błyski świetlne

Podczas napadu:

- zachowaj spokój, większość napadów mija w ciągu kilku minut
- jeśli to możliwe - ułóż chorego na boku, w pozycji bezpiecznej ustalonej, to zapobiegnie zakrztuszeniu się.
- nie wkładaj niczego pod głowę chorego
- staraj się zabezpieczyć chorego przed samouszkodzeniem – np. uderzeniem głowy o podłogę, ścianę, lub inne pobliskie przedmioty;
- nie wkładaj choremu niczego między zęby w trakcie napadu
- nie wpychaj czegoś na siłę do ust;
- nie powstrzymuj na siłę drgawek
- przytrzymuj kończyny w okolicy stawów, nie kości długich
- pamiętaj, że pacjent może nieświadomie oddać mocz
- po napadzie, zapewnij choremu spokój i opiekę. Chory często zasypia, ponieważ napad uogólniony jest dużym wysiłkiem dla organizmu. Odpoczynek bardzo mu pomoże.

Adresy stowarzyszeń działających na rzecz osób chorych na padaczkę:

Fundacja Epileptologii (www.epilepsy.pl),


Fundacja Pomocy Chorym na Padaczkę NEURONET(www.neuronet.pl),

Polskie Stowarzyszenie Ludzi Chorych na Padaczkę (www.padaczka.bialystok.pl).



PIELĘGNACJA CIAŁA PACJENTA

Potrzebne przedmioty:

- Preparat do mycia skóry wrażliwej bez mydła (np. Seni, Mediderm, Emolium)
 - Pianka myjąco-pielęgnująca (dla chorych z pieluchomajtkami)
 - Chusteczki nawilżone do ciała i higieny intymnej
 - Balsam do skóry suchej (np. Seni żółty/ maść Linomag/ balsam z 5% mocznikiem)
 - Krem ochronny izolujący skórę przed drażniącym działaniem moczu, stolca (maść Linomag/ Seni zielony)
 - Krem do stóp z 20% mocznikiem (gdy zrogowaciały naskórek na stopach)
 - Dezodorant do skóry wrażliwej
 - Szampon do włosów
 - Grzebień, obcinacz do paznokci, pilnik do paznokci (u pacjenta z cukrzycą- **PIŁOWAĆ SZKLANYM PILNIKIEM** w sposób zapewniający ochronę opuszki przez paznokieć ,**NIE OBCINAĆ PAZNOKCI**)
 - Przybory do golenia dla mężczyzn
- 
- Bezpieczne patyczki do uszu
 - Płyn rozmięczający do woskowiny
 - Chusteczki higieniczne (pakowane w pudełko, łatwe do wyciągnięcia)
 - Ręczniki papierowe
 - Miękką, małą szczoteczkę do zębów
 - Delikatną pastę do zębów i płyn do płukania jamy ustnej (np. Elmex zielony/Meridol, Lactalut itp.)
 - Preparat do pielęgnacji protez zębowych (np. Corega)
 - Plastikowe pojemniki na protezy
 - Dwie rękawice bawełniane do mycia ciała (twarz i górna połowa ciała, dolna połowa ciała)
 - Dwie miski plastikowe
 - Dwa ręczniki
 - Niewielkie kubeczki lub butelki z dziubkiem



PRAWIDŁOWE PRZYJMOWANIE LEKÓW

- stosować z godnie z zaleceniem lekarskim
- przy trudności w połknięciu leku należy zapytać lekarza o możliwość zamiennika w formie proszku, płynu, czopka itp.
- przed każdym zażywaniem nowego leku należy zapoznać z informacjami ulotce zawarte w opakowaniu dotyczącymi sposobu przyjmowania leku, przechowywania
- tabletki i kapsułki połykać w całości
- nie dzielić tabletek, gdy nie ma specjalnej podziałki
- nie rozdrabniać i nie rozkruszać tabletek
- nie wolno dzielić lub rozgryzać tabletek powlekanych. Ich otoczki nie rozpuszczają się w kwaśnym pH żołądka, co pozwala bezpiecznie przetransportować lek do jelit, gdzie po rozpadzie powłoczki, uwalnia się substancja lecznicza. Gdy rozpuści się w żołądku może go uszkodzić, jak również lek nie będzie działał, gdyż zniszczy go kwas solny znajdujący się w żołądku.
- nie wysypywać zawartości kapsułki
- używać specjalnych miarek do leków w postaci płynnej
łyżka stołowa- 15 g
łyżka deserowa- 10g
łyżeczka do herbaty- 5g
- nie przecinać leków dostępnych w plastrach (systemach transdermalnych)
- preparaty w czopkach działają mocniej i szybciej
- **LEKI POPIJAMY ostudzoną WODĄ!**
Mleko zaburza wchłanianie się leku
Herbata zmniejsza wchłanianie preparatów żelaza nawet o 50%
Sok grejfrutowy zawiera związki zakłócające prawidłową pracę enzymów trawiennych znajdujących się w ścianie jelita cienkiego. Enzymy te rozkładają wiele związków i zabezpieczają nasz organizm przed zatruciem się tym, co zjadamy, również lekami. Sok grejfrutowy paraliżuje pracę enzymów, w efekcie do naszego organizmu dostaje się 10 razy tyle leku, ile trzeba. Wtedy często dochodzi do powikłań.
- nie łączyć przyjmowania leków z alkoholem
- przestrzegać zaleconych dawek leków i czasu ich przyjmowania
- Jeżeli ulotka nie zawiera zaleceń co do pory zażywania leków, bezpieczniej jest połknąć je po jedzeniu, gdyż łatwiej rozpuszczają się w emulsji tłuszczowej. Chroni to nasz organizm przed kontaktem z substancjami drażniącymi i większością skutków ubocznych leków. Niektóre **antybiotyki** należy przyjmować przed posiłkiem, ponieważ spożyty pokarm może blokować ich wchłanianie. Antybiotyki warto przyjmować razem ze środkami, zawierającymi bakterie probiotyczne, które pomagają w utrzymaniu prawidłowej flory bakteryjnej w jelitach. Część leków zażywa się wieczorem. Tak m.in. działają statyny. Ich mechanizm działania polega na hamowaniu syntezy cholesterolu, która odbywa się, gdy śpimy. (UWAGA! Kilka leków z tej grupy przyjmuje się rano).
Przy zażywaniu **leków przeciwdepresyjnych** należy unikać spożywania dojrzałych bananów.
Przy zażywaniu **leków kardiologicznych**, powinniśmy pamiętać, aby nie przyjmować ich po spożyciu posiłku bogatego w tłuszcz.
- przechowywać leki w wymaganej temperaturze i suchym miejscu



RANY PRZEWLEKŁE

Nie uległy zagojeniu w ciągu **8 tygodni** od powstania owrzodzenia podudzi w przebiegu:

- niewydolności żyłnej
- odleżyny
- zespołu stopy cukrzycowej u pacjentów z cukrzycą

Każdą z tych ran trzeba umyć, najlepiej pod prysznicem z użyciem bezzapachowego i bezbarwnego mydła, następnie delikatnie osuszyć. Jeżeli nie jest to możliwe, mycie może odbywać się w łóżku np. przy użyciu pianek do mycia ciała, a następnie płukania solą fizjologiczną (w butelkach, do kupienia w aptece).

Dobór opatrunków będzie zależał od aktualnej fazy gojenia się rany. Decyzję podejmie pielęgniarka lub lekarz.

Owrzodzenia żyłakowate – najczęściej bandażowanie elastycznym bandażem (kompresjoterapia), po wykluczeniu przez lekarza niedokrwienia kończyn dolnych.

Owrzodzenia żyłakowate najczęściej występują w okolicy kostek, są płytkie, bolesne i nie występuje na nich czarna martwica.

Odleżyny najczęściej powstają na wypukłości kostnej w wyniku ucisku. Mogą być płytkie lub bardzo głębokie. W toku leczenia może być potrzebne opracowanie chirurgiczne i stosowanie różnych specjalistycznych opatrunków (właściwe wskaże pielęgniarka rodzinna, opieki długoterminowej).

Zespół stopy cukrzycowej najczęściej dotyczy osób z wieloletnią cukrzycą, które nie stosowały się do zaleceń lekarskich i przez wiele lat nie miały prawidłowych poziomów cukru we krwi.

Często przyczyną jest przypadkowy uraz, gdyż występują zaburzenia czucia, czasem całkowite zniesienie czucia bólu i temperatury w obrębie stóp.

- odciążać chorą kończynę (nie wolno na niej stawać)

- stosować środki dezynfekcyjne np. Microdacyn.

Uwaga! Każde owrzodzenie ma swój początek na stopie czyli poniżej kostki. Rana na podudziu u chorego na cukrzycę nie jest stopą cukrzycową. Tego typu rany wymagają konsultacji z lekarzem diabetologiem, najlepiej w gabinecie stopy cukrzycowej.

Pielęgnacja stóp w cukrzycy:

- ✓ mycie stóp oraz dokładne ich osuszanie, zwłaszcza przestrzeni między palcami,
- ✓ nawilżanie – np. krem Bioton do stóp u osób bez zrogowaciałego naskórka, maść Flexitol u osób ze zrogowaceniami,
- ✓ codzienna zmiana skarpetek (bawełniane, bambusowe),
- ✓ zakaz chodzenia boso,
- ✓ zakaz siadania blisko ognia lub innego źródła ciepła, zwłaszcza z bosymi stopami,
- ✓ zakaz lekceważenia nawet najmniejszych skaleczeń,
- ✓ zakaz noszenia zbyt ciasnego obuwia, w miarę możliwości obuwie powinno być zrobione na indywidualne zamówienie,
- ✓ zakaz samodzielnego obcinania paznokci,
- ✓ zakaz stosowania płynów, maści, plastrów na odciski.



UŁOŻENIE CHOREGO PO UDARZE MÓZGU

Pierwszy okres udaru mózgu- niedowład i porażenia wiotkie

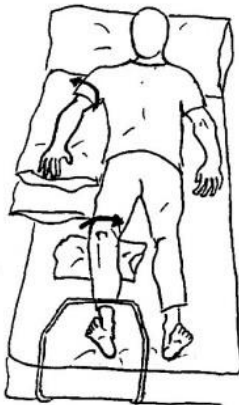
Niedowład – zmniejszenie siły lub ograniczenie zakresu ruchu

Porażenie - całkowita niezdolność do wykonania ruchów

- układaj chorego na obu bokach, plecach i brzuchu w pozycjach neutralnych, wykorzystaj kliny, wałki, poduszki
- zmieniaj pozycję podtrzymując cały czas ramię pacjenta, nie wolno ciągnąć pacjenta tylko za dłoń, ramię chorego powinno być przytrzymywane i przekładane kierując je razem z całym tułowiem.
- nie obracaj pacjenta przez porażony bark, gdyż w taki sposób można spowodować podwichnięcie stawu barkowego lub wywołać „zespół bolesnego barku”.
- wysuń biodra i barki do przodu,
- ułóż kończynę dolną w kierunku rotacji wewnętrznej, ramię w kierunku rotacji zewnętrznej.

Ułożenie pacjenta po udarze mózgu na plecach:

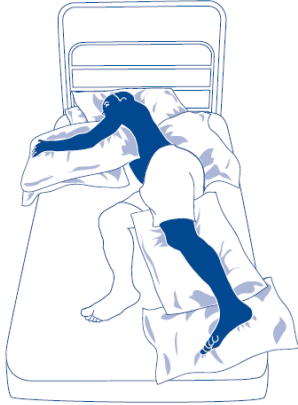
- głowa skierowana jest w kierunku strony porażonej oraz podniesiona lekko do góry przy pomocy poduszki,
- porażona strona ciała powinna być uniesiona za pomocą poduszki lub wałka,
- bark i miednica są podparte w małym zakresie, tak aby osiągnąć pozycję neutralną,
- dłoń jest skierowana ku dołowi,
- kolano powinno znajdować się w lekkim zgięciu,
- stopę należy podeprzeć miękkim wałkiem w celu uniknięcia jej opadania



(Źródło:Lorenzo C.: przekład Cieślar- Korfel A., Usprawnianie po udarze mózgu: poradnik dla terapeutów i pracowników podstawowej opieki zdrowotnej,Kraków, Elipsa-Jaim s.c., 2004)

Ułożenie pacjenta po udarze mózgu na boku:

- pacjenta należy układać na obu bokach, zdrowym i porażonym,
- na stronie porażonej układa się chorego tak, aby jego ramię było odwrócone na zewnątrz z jednoczesnym wyprostem łokcia i dłoni zwróconej ku górze,
- zdrowa kończyna dolna spoczywa zgięta na klinie, natomiast porażona jest wyprostowana,
- w leżeniu na stronie zdrowej, zarówno kończyna górna jak i dolna strony porażonej spoczywa na poduszce, gdzie ramię powinno być wysunięte w przód z wyprostowanym łokciem,
- głowa jest skierowana w stronę porażoną,
- chora kończyna dolna powinna być lekko zgięta w stawie biodrowym i kolanowym.



(Źródło: www.udarowcy.com.pl)

Ułożenie chorego na zdrowym boku

Ułożenie pacjenta po udarze mózgu na brzuchu:

- głowa pacjenta skierowana w kierunku zdrowego łokcia,
- ramię porażonego barku, jest uniesione ku górze z jednoczesnym wyprostowanym łokciem, nadgarstkiem i palcami,
- staw biodrowy strony chorej wyprostowany,
- podłożenie poduszki pod staw skokowy wymusza zgięcie stawu kolanowego w pozycji neutralnej, a także zapobiega zgięciu podeszwowemu stopy.

Ułożenie pacjenta po udarze mózgu w pozycji siedzącej:

- siad z nogami na łóżku- ułóż za plecami pacjenta poduszki w celu stabilizacji prostego tułowia i rozłożeniu ciężaru na oba pośladki symetrycznie
- siad ze spuszczone nogami- jest treningiem równowagi pacjenta. Całe stopy pacjenta oparte o podłoże, staw kolanowy i biodrowy zgięte pod kątem 90 stopni.



UŁOŻENIE CHOREGO

3 grupy pacjentów:

- chorzy z pełną ruchomością, nie wymagający specjalnego ułożenia
- ciężko chorzy z ograniczoną możliwością ruchów, nie mogący poprawić swej pozycji- ułożenie zapewniające wygodę, zapobiegające zniekształceniom.
- chorzy, u których ułożenie jest zależne od schorzenia, albo włączone w proces leczenia

3 ułożenia chorych:

9. na plecach czyli w pozycji grzbietowej (pozioma, półwysoka/półsiedząca, wysoka/siedząca)
10. na boku czyli w pozycji bocznej (pozioma, półwysoka, wysoka)
11. na brzuchu

Uwaga: pozycja półwysoka powinna być zarezerwowana wyłącznie do okresów, kiedy karmimy pacjenta tj. około 15 min. przed i do 0,5 godziny po karmieniu! (w takiej pozycji najczęściej powstają odleżyny).

Prawidłowe ułożenie chorego:

- e) zapobiega powstawaniu deformacji kostnych i przykurczy i zaników mięśniowych
- f) zapobiega uszkodzeniu stawów, głównie barkowego i biodrowego
- g) poprawia wydolności układu krążenia i układu oddechowego
- h) ułatwia dostarczanie bodźców dochodzących do mózgu
- i) zapobiega powstawaniu odleżyn i oparzeń

Ułożenie dostosować do zmieniającego się stanu ogólnego chorego. Układać na przemian na wznak i na bokach. Częstość zmiany pozycji jest indywidualna; nawet co 30 minut. Maksymalnie **w jednej pozycji chory może przebywać 2 - 3 godz.**

- zapobiegaj kontaktowi pomiędzy wyniosłościami kostnymi, takimi jak kolana, kostki,
- używaj poduszek i klinów piankowych zabezpieczonych pokrowcami z naturalnych włókien,
- używaj podkładek z runa owczego pod pośladkami, piętami i łokciami - zmniejszają tarcie między ciałem a podłożem,
- używaj poduszek z miękkiej tkaniny lnianej, wypełnionych siemieniem lnianym (szczególnie w upalne dni),
- nie stosuj kółek pod pięty czy pośladki bez względu na materiał z którego zostały wykonane,
- zabezpiecz skórę pacjenta w miejscach szczególnie narażonych na wilgoć opatrunkami lub preparatami ochronnymi, stosuj opatrunki profilaktyczne, np. z pianki poliuretanowej na wyniosłości kostne,
- zastosuj materac statyczny (wykonany z odpowiedniej pianki) dla chorych, którzy mogą samodzielnie zmienić pozycje w łóżku,

Uwaga: popularne materace „typu jeź” nie spełniają funkcji zapobiegającej powstawania odleżyn.

- zastosuj materac zmiennociśnieniowy, zasilany prądem dla ciężko chorych. Powietrze wtlaczane przez pompę do poszczególnych układów komór ciągle zmienia swoje położenie i tym samym wywołuje bezpieczny ucisk, co kilka minut w innym miejscu ciała chorego. Materac, który skutecznie zapobiega powstawaniu odleżyn, to materac rurowy,
- odciążaj plecy chorego układając go na brzuchu (gdy wydolny oddechowo), zalecane, gdy chory ma otarcia lub odleżynę na kości krzyżowej,
- zakładaj prześcieradło – starannie wyprasowane (bez zagięć i załamań), dobrze naciągnięte: brzegi podłożone pod materac lub przypięte dużymi, mocnymi agrafkami,
- pościel i bielizna osobista chorego nie mogą drażnić i uciskać jego skóry,
- zastosuj taśmy z uchwytem do podnoszenia się chorego, ułożonej zawsze w zasięgu jego rąk,
- zastosuj delikatne unoszenie i zginanie kończyn, ćwiczenia izometryczne,

KORZYSTANIE Z MATERACA PRZECIWODLEŻYNOWEGO NIE ZWALNIA OPIEKUNÓW OD OBOWIĄZKU ZMIANY UŁOŻENIA CIAŁA CHOREGO

Korzystanie z wózka

- dostosuj wózek do stanu pacjenta,
- upewnij się, że chory jest bezpieczny (w razie potrzeby zastosuj taśmy zabezpieczające)



- **zmieniaj pozycję siedzenia co 15-20 minut**, aby chwilowo odciążyc miejsca nadmiernie obciążone i ułatwić lepsze ukrwienie tej okolicy, jeśli jest to niemożliwe, siedzenie w wózku nie powinno trwać dłużej niż 2-3 godziny,
- stosuj poduszki zmiennociśnieniowe lub inne, odciążające okolice guzów kulszowych i rozkładające ciężar ciała na większy obszar.

Przemieszczanie pacjenta

stosuj tzw. łatwoślizgi przy przenoszeniu ręcznym chorego, obracaniu i podciąganiu w łóżku (łatwoślizg może wyglądać jak kawałek bardzo śliskiej tkaniny lub folii albo śpiwór mający w środku materiał o bardzo niskiej przyczepności),
stosuj podkładki obrotowe (ułatwiający wstawanie pacjenta),
zmniejsz tarcie skóry o pościel stosując np. skrobię kukurydzianą, kremy i opatrunki ochronne, którymi zabezpieczamy miejsca podrażnione (takie jak cienkie hydrokoloidy np. Granuflex Extra Thin lub opatrunki piankowe np. AQUACEL Foam) oraz poduszki i podpórki ochronne.

STARAJ SIĘ NIE OKAZYWAĆ PRZY CHORYM SMUTKU, ZNIECIERPLIWENIA, NAWET ZMĘCZENIA. MOŻE TO ODCZUĆ BOLEŚNIEJ NIŻ SAMĄ CHOROBE.



PIELĘGNOWANIE PACJENTA Z ZAŁOŻONYM CEWNIKIEM DO PĘCHERZA MOCZOWEGO

Sposoby cewnikowania:

- Cewnikowanie przerywane (samocewnikowanie, 3-4 razy dziennie)
- Cewnik założony na stałe przez cewkę moczową
- Oraz cewnik założony do pęcherza przez powłoki brzuszne (urostomia)

Najczęściej stosuje się cewniki Foleya, założone na stałe.

- Cewnik zakłada pielęgniarka lub lekarz
- Wymiana cewnika zależy od materiału, z którego został wykonany:
 - ✓ Lateksowy co 7 dni do 2 tygodnie
 - ✓ Lateksowy, powlekany silikonem co 3 tygodnie
 - ✓ Silikonowy co 4 tygodnie
- Lekarz rodzinny lub uprawniona pielęgniarka wypełnia wniosek o refundację przez NFZ na cewniki (4 na miesiąc) i worki na mocz (12 na miesiąc)

Aby uniknąć zakażenia układu moczowego należy stosować się ściśle do poniższych zaleceń:

- Myj ręce przed i po każdym kontakcie z cewnikiem moczowym
- Kilka razy dziennie myj ciepłą wodą z mydłem ciało w okolicy założenia cewnika (okolice odbytu i cewki moczowej) oraz zabrudzenia na cewniku (unikaj bardzo gorącej i bardzo zimnej wody)
- Dwa razy dziennie należy spryskać Octeniseptem miejsce, w którym cewnik wnika do ciała
- Często zmieniaj bieliznę pościelową i osobistą
- Zwracaj uwagę na prawidłowe ułożenie odprowadzenia cewnika i worka na mocz :
 - ✓ cewnik powinien znajdować się pod nogą chorego
 - ✓ sprawdzaj szczelność połączenia cewnika z workiem na mocz
 - ✓ worek z moczem umieść poniżej poziomu pęcherza moczowego (zapobiega to cofaniu się moczu do pęcherza moczowego)
 - ✓ worek na mocz powinien być zawieszony na bocznej ramie łóżka lub wózka inwalidzkiego za pomocą odpowiednich plastikowych uchwytów lub wykorzystując tasiemki lub bandaż
 - ✓ opróżniaj worek na mocz (bez odłączania od cewnika), za pomocą kranika umieszczonego na dnie worka, gdy worek wypełni się do 2/3 jego objętości
 - ✓ worek na mocz wymieniaj z zachowaniem zasad higienicznych co 3 doby.
- Podczas manipulacji z cewnikiem założonym na stałe, koniec cewnika utrzymywać w warunkach higienicznych np.
 - ✓ podczas wymiany worka na mocz podłóż ręcznik jednorazowy lub ligninę pod końcówkę cewnika i pod łącznik odprowadzający mocz,
 - ✓ usuń kapturek ochronny łącznika nowego worka,
 - ✓ przewód odchodzący od nowego worka utrzymuj pomiędzy palcem III a IV dłoni
 - ✓ koniec przewodu utrzymuj w powietrzu,
 - ✓ następnie końcówkę drenu zużytego worka z moczem usuń z końca cewnika
 - ✓ podłącz końcówkę drenu nowego worka do cewnika
 - ✓ kapturem ochronnym zabezpiecz koniec drenu zużytego worka
 - ✓ nie odłączaj worka od cewnika bez uzasadnionej potrzeby i nie zatykaj końca cewnika zatyczkami czy korkami
 - ✓ nie trzymaj otwartego cewnika zbyt długo
 - ✓ jeżeli musisz podłączyć lub odłączyć cewnik do worka to należy końcówkę worka i cewnika dokładnie zdezynfekować (Octenisept)
 - ✓ sprawdzaj, czy na rurce cewnika nie wytworzyły się pętle ani węzły
- W przypadku założenia cewnika nadłonowego (urostomia) miejsce założenia i układ odprowadzający codziennie obserwować.
 - ✓ W miejscu przysycia cewnika należy zmieniać gazik jałowy jeden raz dziennie lub gdy jest wilgotny
 - ✓ Nieszczelność cewnika należy zgłosić lekarzowi



- ✓ Należy często sprawdzać umocowanie cewnika (cewnik jest przyszyty, może go usunąć wyłącznie lekarz)
- Podawaj choremu co najmniej 2-3 litry płynów dziennie (m.in. ziołowe środki moczopędne, sok lub tabletki z żurawiny albo czarnej porzeczki)
- Jeśli lekarz zaleci podawaj leki odkażające drogi moczowe

Niepokojące objawy

- Przez ponad 4 godziny nie stwierdzono pojawienia się moczu w worku zbiorczym, a pacjent skarży się na uczucie pełnego pęcherza
- Pacjent skarży się na ból w podbrzuszu i/lub w miednicy
- Pacjent skarży się na ból w miejscu wprowadzenia cewnika
- Z miejsca wprowadzania cewnika wycieka ropa lub czuć nieprzyjemny zapach
- Mocz zmienił kolor, gęstość lub w moczu zaobserwowano krew
- Temperatura ciała powyżej 38° C

Decyzja o usunięciu cewnika- zależy od oceny lekarza!!!



FORMY WSPARCIA W CHOROBIĘ I NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

W razie potrzeby skorzystaj z CAŁODOBOWEJ INFORMACJI MEDYCZNEJ - nr telefonu 12 661 22 40 (dla mieszkańców Krakowa)

POMOC MEDYCZNA (finansowana ze środków publicznych)

- **Informacja dotycząca bezpłatnych świadczeń medycznych MOW NFZ:**
 - Strona internetowa – www.nfz-krakow.pl, w zakładce „Dla pacjenta”
 - Całodobowa infolinia - **12 29 88 449**
 - **Informacja dotycząca kolejek do specjalistów - 800 007 797**
 - Informacja telefoniczna na temat zasad udzielania świadczeń zdrowotnych, zawartych przez MOW NFZ umowach ze świadczeniodawcami – „gdzie się leczyć” oraz liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania na świadczenia zdrowotne - tel. 12 194 88; 12 29 88 386; tel. 12 29 88 404 - informacja Leki 75+
- POZ – działa od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00-18.00. W nocy, dni wolne i święta całodobowo dyżur lekarza i pielęgniarki pełnią wyznaczone placówki tzw. opieka całodobowa (ich wykaz dostępny jest w każdej przychodni POZ oraz na stronie internetowej NFZ). Lekarz i pielęgniarka mogą także zapewnić świadczenia w domu chorego w stanach pogorszenia się stanu zdrowia.
- W sytuacjach zagrożenia życia kontaktuj się z pogotowiem ratunkowym (tel. 112 lub 999) lub udaj się na najbliższy oddział ratunkowy (SOR)
- Świadczenia lekarza POZ (w przychodni lub wizyta domowa):
 - ✓ badanie pacjenta
 - ✓ wypisanie recept
 - ✓ wystawienie wniosku o dofinansowanie z NFZ na:
 - pieluchomajtki (60 sztuk na miesiąc)
 - sprzęt ortopedyczny (materac przeciwoleżynowy, balkonik, wózek inwalidzki, itp.)
 - ✓ skierowanie na badania (laboratoryjne, obrazowe)
 - ✓ skierowanie do lekarza specjalisty (bez skierowania można się dostać tylko do psychiatry, ginekologa, onkologa)
 - ✓ skierowanie do szpitala
 - ✓ skierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, hospicjum stacjonarnego
 - ✓ skierowanie na transport sanitarny (np. pierwsze skierowanie na transport do specjalisty)
 - ✓ skierowanie na rehabilitację (w przychodni lub domu)
 - ✓ skierowanie do poradni żywieniowej
 - ✓ skierowanie do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową
 - ✓ skierowanie do hospicjum domowego
 - ✓ wystawienie zlecenia na zabieg dla pielęgniarki POZ (środowiskowej/rodzinnej) na pobranie krwi w domu, zmianę opatrunku, wykonanie zastrzyku i innych zabiegów pielęgniarstwa
 - ✓ wystawienie potrzebnych zaświadczeń lekarskich
 - ✓ wystawienie wniosku do sanatorium lub na turnus rehabilitacyjny
- Świadczenia pielęgniarki POZ, m.in.:
 - ✓ realizacja zleceń lekarskich w miejscu zamieszkania/pobytu pacjenta oraz w gabinecie pielęgniarki POZ
 - ✓ rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych podopiecznych
 - ✓ rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych
 - ✓ planowanie i realizowanie opieki pielęgnacyjnej
 - ✓ udzielanie pielęgniarstwa świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych samodzielnie
 - ✓ edukacja zdrowotna, profilaktyka chorób i promocja zdrowia

POMOC SPOŁECZNA

W Krakowie główną jednostką jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (MOPS), ul. Józefińska 14, tel. 12 616 54 27



MOPS na terenie Krakowa posiada filie przypisane do poszczególnych rejonów miasta (znajdziesz je na stronie www.mops.krakow.pl w zakładce Jednostki Pomocy)

Formy pomocy społecznej:

1. Pomoc w miejscu zamieszkania:

- usługi opiekuńcze (pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, tj. opieka higieniczna, pielęgnacyjna, kontaktów z otoczeniem, zakupy i inne)
 - specjalistyczne usługi opiekuńcze – usługi dostosowane do potrzeb wynikających z choroby czy niepełnosprawności
 - rodzina lub sam podopieczny zwraca się o pomoc do odpowiedniej filii Ośrodka Pomocy Społecznej
 - pracownik socjalny ośrodka przeprowadza wywiad środowiskowy w domu podopiecznego (ocenia sytuację, ustala zakres usług i odpłatność za usługi w zależności od dochodu na członka rodziny).
 - może być niezbędne zaświadczenie od lekarza POZ
 - świadczenia z PFRON (dla osób niepełnosprawnych, z orzeczonym stopień niepełnosprawności (I i II) - dofinansowanie m.in. turnusów rehabilitacyjnych, sprzętu rehabilitacyjnego, likwidowanie barier architektonicznych
 - należy się zwrócić z wnioskiem do MOPS lub Centrum Pomocy Rodzinie
 - o dofinansowanie może się ubiegać osoba, której przeciętny miesięczny dochód, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza 50% na osobę we wspólnym gospodarstwie lub 65% w przypadku osoby samotnej
 - wysokość dofinansowania:
 - ✓ sprzęt rehabilitacyjny – 60% (max do 5-ciokrotności przeciętnego wynagrodzenia),
 - ✓ zaopatrzenie w środki ortopedyczne i pomocnicze – do 100% udziału własnego w wyznaczonym przez NFZ limicie ceny, albo do 150% sumy kwoty limitu oraz wymaganego udziału własnego, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit,
 - ✓ likwidacja barier architektonicznych – do 80% kosztów przedsięwzięcia
- Dodatkowe informacje – infolinia PEFRON – 0 801 233 554 i 22 58184 10; poczta elektroniczna – sod@pfron.org.pl

2. Dom Pomocy Społecznej (DPS) - całodobowa opieka dla osób starszych i niepełnosprawnych - rodzina lub sam podopieczny zwraca się o pomoc do odpowiedniej filii Ośrodka Pomocy Społecznej, procedura jest podobna jak w przypadku usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

3. Zasiłek pielęgnacyjny (rodzinne świadczenie opiekuńcze) – przysługuje m.in. osobie, która ukończyła 75 lat.

- zasiłek pielęgnacyjny jest przyznawany niezależnie od dochodu na osobę w rodzinie
- dla wszystkich uprawnionych kwota zasiłku wynosi 153 zł miesięcznie
- nie przysługuje osobie umieszczonej w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie (np. DPS).
- prawa do zasiłku nie mają osoby, które posiadają członków rodziny uprawnionych do pobierania świadczeń za granicą na pokrycie kosztów opieki nad osobą niezdolną do samodzielnego funkcjonowania

4. Dodatek pielęgnacyjny **do emerytury**

- przysługuje osobie, która została uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz samodzielnej egzystencji.
- przyznawany jest na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS
- emeryt, który ukończył **75 lat** ma prawo do dodatku pielęgnacyjnego bez potrzeby składania wniosku i orzeczenia lekarza
- nie przysługuje osobie uprawnionej do emerytury, jeśli przebywa z zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, ale przysługuje, jeśli emeryt przebywa poza tymi zakładami przez okres dłuższy niż 2 tygodnie.
- jeśli osobie przysługuje zasiłek pielęgnacyjny to nie może wnioskować o dodatek pielęgnacyjny
- emeryt przed ukończeniem 75rż składa wniosek sam albo przez swojego przedstawiciela



- aby otrzymać dodatek niezbędne jest złożenie zaświadczenia lekarskiego na druku ZUS N-9
- wysokość dodatku pielęgnacyjnego ogłaszana jest w formie Komunikatu Prezesa ZUS, około 200zł miesięcznie
- dodatek jest co roku waloryzowany przez ZUS oraz wolny od podatku dochodowego i nie podlega egzekucji administracyjnej, jak i sądowej
- Dodatek pielęgnacyjny wypłaca ZUS, natomiast zasiłek pielęgnacyjny wypłaca wójt burmistrz lub prezydent. Oba świadczeni przyznawane są na podstawie różnych ustaw, zasiłek wypłacany jest na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych, natomiast dodatek na podstawie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.
- Osoba uprawniona do dodatku pielęgnacyjnego nie otrzyma prawa do zasiłku pielęgnacyjnego.
- Dodatek pielęgnacyjny wypłaca ZUS, natomiast zasiłek pielęgnacyjny wypłaca wójt burmistrz lub prezydent. Oba świadczeni przyznawane są na podstawie różnych ustaw, zasiłek wypłacany jest na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych, natomiast dodatek na podstawie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

INNE USŁUGI POMOCOWE dla osób starszych

1. Wypożyczalnia sprzętu ortopedycznego w Krakowie (łóżko, wózek inwalidzki, podnośniki, kule, inhalatory itp.)
 - ul. Siemaszki 31, tel. 12 416 53 05
 - ul. Dunajewskiego 5, tel. 12 430 07 58
 - ul. Prądnicza 10, tel. 12 633 20 55
 - ul. Toruńska 11, tel. 12 633 64 73
 - ul. Ujastek 3, tel. 12 644 09 68
 - ul. Komandosów 18, tel. 12 269 86 11
2. Wypożyczalnia koncentratorów tlenu w Krakowie
 - Tlenmed – ul. Górników 13, tel. 600 700 829
 - ul. Pszenna 7, tel. 604 556 572
 - Caritas, ul. Komandosów 18, tel. 12 269 86 11
3. Organizacje pozarządowe
 - Chrześcijańskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych, Ich Rodzin i przyjaciół „OGNISKO”, ul. Floriańska 15, 31-019 Kraków, tel. 012 423-12-31, 012 423-32-36, e-mail:ognisko@idn.org.pl
 - Fundacja na Rzecz Chorych na SM im. Bł. Anieli Salawy, ul. Dunajewskiego 5, 31-133 Kraków, tel. 012 422-28-11, e-mail:biuro@fundacja-sm.malopolska.pl
 - Krakowskie Stowarzyszenie Osób Dotkniętych Chorobą Parkinsona
ul. Mikołajska 2 (Śródmiejski Ośrodek Kultury) 31-027 Kraków
Tel. (0-12) 422 08 14; (0-12) 422 19 55 czwartek godz.16.00 Dyżury w każdy czwartek w godz. 15.00 do 17.00 w Śródmiejskim Ośrodku Kultury
 - Małopolska Fundacja Pomocy Ludziom Dotkniętym Chorobą Alzheimera
Os. Słoneczne 15, 31-958 Kraków tel: (012) 410 54 20 (w godz. 8:00-16:00)
email: fundacja@alzheimer-krakow.pl
 - Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego – Oddział Wojewódzki, ul. Kosocicka 55, 30-694 Kraków
 - Polski Czerwony Krzyż Zarząd Rejonowy Miejski, ul. Studencka 19, 31-116 Kraków
 - Polskie Towarzystwo do Walki z Kalectwem, ul. Dunajewskiego 5, 31-133 Kraków
 - Stowarzyszenie Chorych na Reumatyzm, ul. Marsz. F.Focha 33, 30-119 Kraków
 - Towarzystwo Zwalczenia Chorób Kości i Stawów ul. Rejtana 2, 30-510 Kraków
 - Fundacja Pro Bono, ul. Grodzka 33, 31-001 Kraków, tel.012429-62-70, mail:probono@free.ngo.pl
4. Zespoły charytatywne przy parafiach kościołów rzymsko-katolickich



NIEWYDOLNOŚĆ SERCA

Objawy niewydolności serca są zależne od niewystarczającego ukrwienia narządów:

- ✓ mózgu – zaburzenia koncentracji, ogólne zmęczenie, apatia
- ✓ mięśnie szkieletowe – szybkie męczenie się przy wysiłku, uczucie chłodu kończyn
- ✓ nerki – powstawanie obrzęków

Ponadto dochodzi do:

- zatrzymania sodu i wody w organizmie (obrzęk płuc, obrzęki kończyn dolnych, powiększenie i niewydolność wątroby)
- Regularnie podawaj choremu, zlecone przez lekarza leki (nie modyfikuj samodzielnie dawki leków i pory ich podawania)
- Spisz w formie tabelki wszystkie przyjmowane przez chorego leki wraz z dawką i porą przyjmowania
- Kontroluj o stałych porach dnia ciśnienie tętnicze krwi, tętno, wagę ciała chorego (pielęgniarka nauczy Cię obsługiwać się ciśnieniomierzem) – zapisuj każdorazowo pomiary
- Podawanie leków przeciwbólowych, przeciwgorączkowych, przeciwgrypowych zawsze konsultuj z lekarzem
- Jeśli przyrost masy ciała w ciągu 2 dni wynosi ponad 3 kg – podaj dodatkową tabletkę leku odwadniającego a jeśli to nie pomoże skontaktuj się z lekarzem
- Stosuj dietę z ograniczeniem soli i odpowiednią ilością podawanych płynów (ograniczaj zwłaszcza potrawy o słonym smaku – słone i tłuste przekąski; zastąp sól niesłonymi przyprawami – zioła, czosnek, sok z cytryny, ocet winny)
- Podawaj potrawy lekkostrawne, ogranicz tłuszcze zwierzęce zwłaszcza u chorych z hipercholesterolemią i otyłych
- Motywuj chorego do porzucenia palenia tytoniu oraz picia alkoholu
- Chory powinien zrezygnować z wysiłku izometrycznego, powodującego napięcie mięśni (np. dźwiganie, przekopywanie grządek), wskazane są codzienne spacerowanie, jazda na rowerze
- W widocznym miejscu w mieszkaniu umieść spis numerów telefonów alarmowych (pogotowie, lekarz POZ, pielęgniarka POZ itp.) – pod wpływem zdenerwowania trudno sobie przypomnieć najprostszy numer
- Zalecenia w przypadku wystąpienia niepokojących objawów:
 - ✓ Nagła duszność, ból w klatce piersiowej – uzgodnij wcześniej z lekarzem jaki lek można podać choremu (przeważnie podanie pod język 2-3 dawek Nitrogliceryny w odstępach co 5 minut daje zniesienie objawów)
 - ✓ Omdlenie, utrata świadomości, zatrzymanie krążenia – niezwłocznie wezwij pogotowie ratunkowe, do czasu przybycia ratowników prowadź podstawowe zabiegi resuscytacyjne (uciskanie klatki piersiowej w środkowej części mostka, przyłożeniu chorego na wznak, na twardym podłożu)



OTEPIENIE

Generalna zasada jest następująca: pamięć tego, co wydarzyło się w życiu chorego najwcześniej, przechowywana jest najdłużej. Czyli, np. chory najpierw zapomina imiona wnuków, potem dzieci, męża i na końcu własne....

- ✓ Zaangażuj w opiekę nad chorym wszystkich członków rodziny. Opieka nie może spaść tylko na jedną osobę.
- ✓ Nie zmieniaj miejsca zamieszkania i otoczenia pacjenta, może pogorszyć się stan chorego.
- ✓ Zgłaszaj lekarzowi prowadzącemu wszystkie niepokojące objawy, tj: bezsenność, nadmierna senność lub odwrócenie dnia z nocą, agresja, podniecenie, płaczliwość, lęk, urojenia dotyczące okradania, porzucenia, zazdrości, podstawienia opiekuna, brak apetytu, zmiana upodobań żywieniowych, żarłoczność, dziwactwa związane z dietą (zjadanie np. kredek, papieru czy roślin domowych).
- ✓ Nie rezygnuj z leczenia farmakologicznego, nawet jeśli nie widzisz pozytywnych efektów jego stosowania.
- ✓ Jak długo to możliwe, nie wyręczaj chorego w codziennych czynnościach i nie ograniczaj możliwości samodzielnego ich wykonywania.
- ✓ Nie próbuj przekonywać chorego, namawiać, tłumaczyć, perswadować, to nie przyniesie efektu. Stawianie zbyt wysokich wymagań nie ma sensu, może spowodować gniew i frustrację chorego.
- ✓ Zwracaj się do chorego w sposób prosty, krótkimi zdaniami (np. czas na spacer, połknij, czy chciałbyś napić się herbaty?, teraz pomogę przy kąpieli)
- ✓ Dbaj o własny odpoczynek i higienę psychiczną. Przemęczony, wyczerpany, sfrustrowany opiekun nie jest w stanie efektywnie pomóc choremu.
- ✓ Stosuj dietę łatwostrawna. Dodatkowe ograniczenia wynikają z chorób współistniejących.



PRZEWLEKŁA OBTURACYJNA CHOROBA PŁUC (POCHP)

Opieka nad chorym na zaawansowaną POChP wymaga współpracy lekarza POZ, pulmonologa, pielęgniarek oraz opiekunów chorego. Chory w fazie stabilnej może przebywać w domu.

- Zachęcaj, wspieraj chorego w walce z uzależnieniem od palenia tytoniu
- Pomóż choremu w przyjmowaniu leków wziewnych (zastosuj inhalator, nebulizator lub komorę objętościową) – pielęgniarka sprawdzi technikę inhalacji leków
 - ✓ pamiętaj o utrzymaniu w czystości i osuszeniu po umyciu użytego sprzętu (ustników, drenów, itp.)
 - ✓ pamiętaj o wykonaniu toalety jamy ustnej (najlepiej po każdym posiłku, szczególnie zwracaj uwagę na czystość protez)
 - ✓ przy stosowaniu glikokortykosteroidów chory po każdej inhalacji musi przepłukać jamę ustną wodą i wypluć ją (zapobiegiesz grzybiczy jamy ustnej)
- Wspieraj chorego w wykonywaniu ćwiczeń oddechowych
 - ✓ dmuchanie w balonik
 - ✓ dmuchanie przez dren umieszczony w pojemniku z wodą („bulgotanie”)
 - ✓ podczas ćwiczeń stosuj tlenoterapię o przepływie o 1l/ minutę większym niż zalecony przez lekarza
- U chorego z niewydolnością oddechową stosuj tlenoterapię za pomocą koncentratora tlenu albo butli ze sprężonym lub ciekłym tlenem (zgodnie ze wskazaniami lekarza szybkość przepływu i czas tlenoterapii na dobę, najczęściej 15 godzin na dobę, 2l/minutę)
- Czynności higieniczne wykonuj u pacjenta bez pośpiechu, z przerwami na odpoczynek
- Zgłoś lekarzowi pierwsze objawy grzybiczy jamy ustnej (białe naloty na śluzówce, podrażnienie kącików ust)
- U chorego wyniszczonego chorobą stosuj dietę wysokokaloryczną, a chorego otyłego niskokaloryczną (utrzymanie prawidłowej wagi ciała zmniejszy objawy duszności)
- Posiłki podawać często w mniejszej ilości (np. 6 razy dziennie)
- Nie stosować posiłków wzdymających (groch, fasola, kapusta, chleb razowy itd.)
- Kolację podaj choremu nie później niż 3 godziny przed położeniem się spać
- Jeśli zauważysz nasilenie się objawów niedotlenienia (problemy w komunikowaniu się z chorym, nadmierną senność lub nadmierne pobudzenie) pilnie skontaktuj się z lekarzem



PRZYSTOSOWANIE MIESZKANIA DLA OSOBY CIĘŻKO CHOREJ

1. Usuń z podłogi wszystkie ruchome elementy (chodniki, dywany, wycieraczki, kable, przedłużacze)
2. Usuń jeśli to możliwe progi pomiędzy pomieszczeniami
3. Usuń zbędne meble w pomieszczeniach (szafki, tapczan, wersalka) lub zamień na dostosowany do potrzeb chorego.
4. Wypożycz lub zakup łóżko szpitalne/ rehabilitacyjne z unoszonym wezgłowiem, drabinką, na kółkach, o regulowanej wysokości (najlepsze sterowane elektrycznie pilotem). Zapewnij dostęp do łóżka chorego z co najmniej 3 stron.



Źródło: www.ortohab.pl

5. Jeśli chory jest leżący zakup lub wypożycz przeciwoleżynowy zmiennociśnieniowy najlepiej rurowy, (lekarz rodzinny może wypisać wniosek na zakup materaca)



Źródło: www.mediplus.pl

6. Pamiętaj o prawidłowym ułożeniu pacjenta w łóżku
7. Zapewnij choremu, dostosowany do jego możliwości drobny sprzęt pomocniczy służący do przygotowywania i spożywania posiłków (przykłady poniżej)



Źródło: <http://www.sklepikseniora.pl>

8. Pamiętaj, że możesz pozyskać środki na usunięcie barier architektonicznych w mieszkaniu (dostosowanie łazienki, toalety, kuchni, podjazd do mieszkania/domu zastępujący schody, winda



zewnątrzna/platforma dźwigowa itp.). W tym celu skontaktuj się z MOPS lub Centrum Pomocy Rodzinie.

- zamontuj włączniki światła, gniazdka elektryczne na wysokości ręki osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim
- zamontuj uchwyty dla niepełnosprawnych w łazience
- zamień wannę na prysznic bez brodzika z zamontowanym składanym siedziskiem lub zamontuj w wannie krzesło kąpielowe.
- dostosuj szerokość drzwi pomiędzy pomieszczeniami do szerokości wózka inwalidzkiego



Źródło: <http://www.sklepikseniora.pl>

9. Pamiętaj, że wszystkie czynności pielęgnacyjne można wykonać w łóżku lub przy łóżku chorego (jeśli nie można skorzystać z łazienki). Wniosek o dofinansowanie do pieluchomajtek wypisze lekarz POZ lub uprawniona pielęgniarka.



Źródło: <http://www.sklepikseniora.pl> www.sklepmedicus.pl; senior.blizejciebie.pl

10. Pamiętaj, żeby zapewnić mobilność choremu. Dostosuj przy pomocy rehabilitanta sprzęt do możliwości chorego. Wypożycz chodzik, kule, wózek inwalidzki lub je zakup z dofinansowaniem NFZ (wniosek wypełni lekarz POZ).
11. Dbaj o swoje bezpieczeństwo podczas pielęgnacji chorego. Stosuj podczas zmiany pozycji, pionizowaniu i przy przemieszczaniu chorego podnośniki, pionizatory (można je wypożyczyć), maty ślizgowe (łatwoślizgi). Poproś pielęgniarkę POZ lub rehabilitanta, żeby nauczyli Cię z nich korzystać.



Źródło: www.podnosniki-dla-niepełnosprawnych.blogspot.com; www.revita.pl



UDAR MÓZGU

1. Zadbaj o bezpieczne otoczenie chorego:
 - usuń z otoczenia chorego zbędne przedmioty, dojsie do łóżka powinno być z 3 stron
 - temperatura otoczenia ma wynosić około 20 °C,
 - wypożycz lub zakup łóżko szpitalne/ rehabilitacyjne z unoszonym wezgłowiem, drabinką, na kółkach, o regulowanej wysokości (najlepsze sterowane elektrycznie pilotem)
 - jeśli chory jest leżący zakup lub wypożycz przeciwodrażnywowy zmiennociśnieniowy najlepiej rurowy, (lekarz rodzinny może wypisać wniosek na zakup materaca)
 - do usprawniania chorego przygotuj wózek inwalidzki, poduszki rehabilitacyjne, chodzik, trójnóg, kule w zależności od jego możliwości (skonsultuj dobór sprzętu z rehabilitantem/pielęgniarką, spytaj lekarza rodzinnego o możliwość dofinansowania przez NFZ)
2. Pomóż choremu w wykonywaniu ćwiczeń fizycznych (możliwie jak najwcześniej i pod kontrolą rehabilitanta i lekarza)
 - delikatne zgięcia i skręty głowy,
 - nawracanie i odwracanie kończyn w stawach,
 - odwodzenie i przywodzenie kończyn,
 - wyprostowywanie i zginanie kończyn,
 - delikatne ruchy rotacyjne stawów,
 - zmiana pozycji ciała,
 - siadanie na łóżku za spuszczone nogami (pierwsze nie powinno trwać dłużej niż 10 minut)
 - pierwsze kroki chory ma wykonać w obecności rehabilitanta (zawsze pierwszy krok rozpoczynać od nogi sprawnej)
3. Nie wyręczaj chorego w czynnościach, które może sam wykonać.
4. Zapewnij choremu, dostosowany do jego możliwości drobny sprzęt pomocniczy służący do przygotowywania i spożywania posiłków
5. W okresie afazji zadawaj choremu krótkie pytania
6. Zastosuj tablicę z literkami (chory będzie wskazywał je, składając w słowa, w późniejszym etapie opiekun wskazuje litery, a chory wypowiada je)
7. Zachęcaj chorego do pisania zdrową ręką, lub na komputerze
8. Zachęcaj chorego do wysiłku umysłowego (rozwiązuj z nim krzyżówki, zagadki, rebusy, baw się w uzupełnianie brakujących w zdaniach słów)
9. Umów wizytę logopedy (naucz chorego wypowiadania głosek, sylab, a następnie słów) - dotyczy osób po udarze mózgu po stronie dominującej, dla osób praworęcznych będzie to lewa półkula mózgu, a dla leworęcznych - prawa będzie półkulą dominującą
10. Pomóż choremu walczyć z zespołem zaniedbywania połowiczego (osoby po udarze półkuli niedominującej mózgu). Pomóż mu zauważać ciało po stronie porażonej:
 - stolik przy łóżku chorego postaw od porażonej strony ciała
 - przypominaj choremu o zakładaniu ubrania zaczynając od ręki/nogi porażonej, zdejmowanie ubrania rozpoczynać należy od strony zdrowej
 - przypominaj choremu o ogoleniu zarostu po stronie porażonej itp.
 - podchodź do chorego od porażonej strony ciała
11. Uwważaj na bark i kolano chorego po stronie z niedowładem (nieprawidłowe ułożenie może nasilać ból)
 - podaj po konsultacji z lekarzem leki przeciwbólowe (np. Ibuprofen, Paracetamol)
 - unikaj przeprostu kończyny dolnej w kolanie, zastosuj wałek lub złożony koc pod udo (NIE DÓŁ KOLANOWY)
 - układaj bark nieco wyżej na dodatkowej poduszce
12. Zgłaszaj lekarzowi nowe niepokojące objawy – apatia, odwracanie wzroku, brak apetytu, zaburzenia snu



KONSPEKT

SZKOLENIE DLA PIELEGNIAREK „ORGANIZATORA KOMPLEKSOWEJ OPIEKI W MIEJSCU ZAMIESZKANIA” – CZĘŚĆ I

(uzupełnienie i uaktualnienie wiedzy i umiejętności z zakresu opieki długoterminowej i geriatrycznej)

5 GODZIN DYDAKTYCZNYCH

Kwalifikacje wykładowcy: magister pielęgniarstwa oraz specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego/geriatrycznego/opieki długoterminowej/ rodzinnego, doświadczenie dydaktyczne oraz co najmniej 10 lat stażu w obszarze opieki nad pacjentem przewlekle chorym i niepełnosprawnym.

1. Komunikacja z pacjentem w opiece długoterminowej

- a) Blokady w komunikacji interpersonalnej z pacjentem przewlekle chorym i niepełnosprawnym.
- b) Efektywne komunikowanie się z chorym z zaburzeniami: funkcji narządów zmysłów (niedowidzenie, ślepotą, niedosłuch), zaburzeniami mowy (dyszartria, afazja), zaburzeniami procesów poznawczych.
- c) Komunikowanie się z chorym z założoną rurką tracheotomijną.

2. Pielęgnowanie pacjentów w wybranych schorzeniach neurologicznych

- a) Postępowanie pielęgnacyjne po udarach mózgu (udary niedokrwienne i krwotoczne)
- b) Rozpoznanie i rozwiązywanie problemów opiekuńczych związanych z komunikowaniem się z pacjentem i samoobsługą chorego.
- c) Profilaktyka powikłań ze strony układu nerwowego, oddechowego, moczowego, pokarmowego.
- d) Zapobieganie powikłaniom zakrzepowozatorowym i odleżynom.
- e) Postępowanie dietetyczne i leczenie żywieniowe.
- f) Usprawnianie chorych, z uwzględnieniem zespołu połowicznego zaniedbywania.
- g) Problemy psychospołeczne chorych po udarze mózgu – rola pielęgniarki w readaptacji chorych do warunków codziennego życia.
- h) Edukacja chorego i jego rodziny w zakresie samoopieki i pielęgnacji w warunkach domowych po przebytych udarach mózgu.

3. Pielęgnowanie pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi.

- a) Problemy pielęgnacyjne chorego ze stwardnieniem rozsianym.
- b) Depresja i zaburzenia snu chorych z SM.
- c) skutki uboczne farmakoterapii.
- d) Rola i zadania pielęgniarki w rehabilitacji pacjentów z SM oraz przygotowaniu chorych i ich rodzin lub opiekunów do samoopieki.

4. Pielęgnowanie pacjentów z przewlekle postępującymi chorobami narządu ruchu (choroba zwyrodnieniowa stawów, reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa).

- a) Udział pielęgniarki w kinezyterapii i fizykoterapii chorób narządu ruchu.
- b) Planowanie usprawniania.
- c) Zalecenia w związku ze stosowaniem udogodnień (sprzęt pomocniczy w zakresie samoobsługi oraz lokomocji)

5. Cukrzyca u przewlekle chorych i jej powikłania.

- a) Zasady insulinoaterapii, optymalizacja terapii farmakologicznej, terapia skojarzona.
- b) Leczenie dietetyczne.
- c) Samokontrola w cukrzycy. Mierniki glikemiczne i lipidowe skuteczności leczenia cukrzycy.
- d) Powikłania wczesne cukrzycy (hiperglikemia, kwasica i śpiączka ketonowa)
- e) Stany hipoglikemii
- f) Powikłania późne cukrzycy (retinopatia, nefropatia, neuropatia, zespół stopy cukrzycowej, powikłania sercowo-naczyniowe).
- g) Zespół stopy cukrzycowej. Sposoby leczenia ran przewlekłych u osób z zespołem stopy cukrzycowej. Prewencja zespołu stopy cukrzycowej. Rola poradni specjalistycznych w opiece nad osobami ze stopą cukrzycową.



6. Zespoły otępienne. Choroba Alzheimera.

- a) Przebieg choroby.
- b) Zapewnienie bezpieczeństwa choremu.
- c) Następstwa otępienia, terapia farmakologiczna i nefarmakologiczna.
- d) Usprawnianie fizyczne i intelektualne chorych.

7. Choroba Parkinsona jako zespół otępienny.

- a) Opieka nad pacjentem z narastającą niepełnosprawnością.
- b) Przewlekłe leczenie lewodopą i powikłania terapii.
- c) Działania edukacyjno-rehabilitacyjne wobec chorego i jego rodziny.

8. Depresja u osób w starszym wieku.

- a) Zagrożenie zdrowia i życia pacjenta w depresji.
- b) Terapia farmakologiczna i psychologiczna w depresji.
- c) Aktywizacja i usprawnianie chorego.
- d) Terapia zajęciowa w depresji u osób w starszym wieku.

9. Upadki i związane z nimi urazy u osób w starszym wieku.

- a) Następstwa upadków: stłuczenia, rany, złamania, zespół poupadkowy.
- b) Zapobieganie upadkom: edukacja podopiecznych i ich rodzin, bezpieczne urządzenie otoczenia chorego, wyposażenie podopiecznych w sprzęt i urządzenia ułatwiające bezpieczną samoobsługę i lokomocję.

10. Problemy związane z inkontynencją (nietrzymanie moczu, stolca)

- a) Postępowanie pielęgnacyjno-leczniczo-rehabilitacyjne w nietrzymaniu moczu..
- b) Postępowanie pielęgnacyjno-lecznicze związane z uregulowaniem wypróżnień, aktywizacją ruchową i ułatwieniem korzystania z toalety.
- c) Dobór środków pomocniczych w nietrzymaniu moczu i stolca oraz ich wykorzystanie.

11. Zapobieganie wybranym powikłaniom u przewlekle chorych unieruchomionych.

- a) niedotlenienie organizmu w przebiegu chorób przewlekłych i ograniczonej sprawności.
- b) następstwa niedodmy (zapalenie płuc). Problemy pielęgnacyjne chorego z zapaleniem płuc.
- c) koncentrator tlenu, wskazówki dla pacjenta

12. Ryzyko odleżyn i odparzeń.

- a) Pielęgnacja odleżyn z wykorzystaniem środków farmakologicznych i materiałów medycznych.
- b) Profilaktyka i leczenie odleżyn.
- c) Nowoczesne metody stosowane w terapii ran przewlekłych (leczenie podciśnieniem, hiperbaria tlenowa, metody fizyczne, biochirurgia, czynniki wzrostu, nanotechnologie).
- d) Dobór i zastosowanie sprzętu specjalistycznego w profilaktyce odleżyn (wielofunkcyjne łóżka, materace statyczne i dynamiczne, zintegrowane zestawy kąpielowe i wózki kąpielowe, transferowy sprzęt specjalistyczny, poduszki, podkładki i kliny pozycjonujące)
- e) Ryzyko odparzeń u przewlekle chorych długotrwale unieruchomionych. Działania zapobiegawcze.
- f) Edukacja opiekunów pacjenta w zakresie pielęgnacji chorego, zapobiegania odleżynom i odparzeniom.

13. Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa u chorych o ograniczonej sprawności ruchowej oraz długotrwale unieruchomionych. (zakrzepica żył, zator tętnicy płucnej).

- a) Postępowanie pielęgnacyjne: uruchamianie chorego i pobudzanie pompy mięśniowej, okresowy ucisk pneumatyczny, bandaże uciskowe, elewacja kończyn i usprawnianie chorych.
- b) Owrzodzenia żylna kończyn dolnych. Terapia owrzodzeń żylnych.

14. Pacjent w stanie apalicznym.

- a) Pacjenci w śpiączce, w stanie wegetatywnym, w stanie minimalnej świadomości.
- b) Komunikacja spersonalizowana i jej znaczenie.
- c) Specyfika wykonywania czynności pielęgnacyjnych u pacjentów z zaburzeniami świadomości i deficytami wielozmysłowymi.

15. Pacjent żywiony dojelitowo i/lub pozajelitowo w warunkach domowych

- a) Dietoterapia a leczenie żywieniowe.
- b) Wskazania i przeciwwskazania do żywienia dojelitowego i pozajelitowego.
- c) Dostępny żywieniowy dojelitowy – zgłębnik nosowo-żołądkowy, gastrostomia, PEG, pielęgnacja dostępu do przewodu pokarmowego.



- d) Pielęgnacja dostępu żylnego obwodowego i centralnego dostępu żylnego, pielęgnacja portu donaczyniowego.
- e) Produkty wykorzystywane w leczeniu żywieniowym (dieta domowa, przemysłowa, odżywki doustne).
- f) Zapobieganie powikłaniom.

16. Choroba nieuleczalna i niepożądanych skutków terapii.

- a) Ból przewlekły – opieka nad chorym. Stosowanie opioidów. Objawy uboczne opioidów. Koanalgetyki i leki wspomagające w terapii bólu i innych objawów przewlekłych.
- b) Objawy chorobowe i towarzyszące chorobie nieuleczalnej ze strony poszczególnych układów i narządów: zaburzenia ze strony układu oddechowego, krążenia, pokarmowego, nerwowego, moczowo-płciowego, układu ruchu, skóry i błon śluzowych, i inne zaburzenia: zmęczenie, wyniszczenie organizmu, zaburzenia nastroju.
- c) Obserwacja i pielęgnacja owrzodzeń nowotworowych, ran przewlekłych oraz przetok.
- d) Pielęgnacja wylonionych stomii: tracheostomii, gastrostomii, kolostomii, ileostomii, nefrotomii, urostomii oraz cewnika nadłonowego. Dobór sprzętu i środków pielęgnacyjnych.
- e) Postępowanie w stanach nagłych, takich jak: ostra duszność, krwotok, drgawki, zespół kompresji rdzenia kręgowego, splątanie.

Literatura:

1. Cytowicz-Karpilowska W., Kazimierska B., Cytowicz A.: *Postępowanie usprawniające w geriatricy*, wyd. 2. Wyd. DrukTur, Warszawa 2012
2. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A.: *Geriatricy z elementami gerontologii ogólnej*. Wyd. Via Medica, Gdańsk 2006
3. Jabłońska R., Ślusarz R. (red.): *Wybrane problemy pielęgnacyjne pacjentów w schorzeniach układu nerwowego*. Wyd. Continuo, Wrocław 2012
4. Karnafel W.: *Stopa cukrzycowa. Diabetologia*, wyd. 1. Wyd. Czelej, Lublin 2008
5. Kędziora-Kornatowska K., Muszaliak M., Skolmowska E.: *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010
6. Sobotka L. (red.): *Podstawy żywienia klinicznego*, wyd. 4. Scientifica, Kraków 2013
7. Strugała M., Talarska D.: *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013
8. Tatoń J., Czech A.: *Podręcznik samokontroli cukrzycy*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008
9. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D.: *Geriatricy i pielęgniarstwo geriatriczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008
10. Wilczek-Rużyczka E. (red.): *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Wyd. Czelej, Lublin 2007
11. de Walden-Gałuszko K.: *Podstawy opieki paliatywnej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004



KONSPEKT

SZKOLENIE DLA PIELEGNIAREK „ORGANIZATORA KOMPLEKSOWEJ OPIEKI W MIEJSCU ZAMIESZKANIA” – CZĘŚĆ II

(uzupełnienie i uaktualnienie wiedzy i umiejętności z zakresu opieki długoterminowej i geriatrycznej)

5 GODZIN DYDAKTYCZNYCH

Kwalifikacje wykładowcy: magister pielęgniarstwa oraz specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego/geriatrycznego/opieki długoterminowej/ rodzinnego, doświadczenie dydaktyczne oraz co najmniej 10 lat stażu w obszarze opieki nad pacjentem przewlekle chorym i niepełnosprawnym. Dodatkowo dla zagadnień związanych z opieką społeczną- specjalista organizacji opieki społecznej.

1. Organizacja opieki długoterminowej

- a) Świadczenia w ramach opieki długoterminowej finansowane ze środków publicznych.
- b) Stacjonarna opieka długoterminowa.
- c) Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa.
- d) Zasady kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Rola pielęgniarki. Wywiad pielęgniarski, diagnoza pielęgniarska.
- e) Zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie, zasady wypisywania recept przez pielęgniarkę. Kryteria przyznawania i limity finansowania świadczenia ze środków publicznych. Uprawnienia pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego.
- f) Różnicowanie pomocy nagłej i pomocy przewlekłej (SOR, pogotowie ratunkowe, nocna i świąteczna opieka zdrowotna, wizyta lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ, pielęgniarki opieki paliatywnej, lekarza hospicjum domowego lub poradni opieki paliatywnej, lekarz specjalista, hospitalizacja). Zasady współpracy z pacjentem i jego opiekunami.
- g) Transport medyczny – kto może korzystać i na jakich zasadach.
- h) Transport niemedyyczny – warunki płatności.

2. Organizacja systemu opieki paliatywno-hospicyjnej

- a) opieka stacjonarna i opieka domowa

3. Organizacja pomocy społecznej

- a) Zadania jednostek samorządu terytorialnego oraz organów administracji rządowej w zakresie pomocy społecznej.
- b) Rodzaje świadczeń z pomocy społecznej (świadczenia pieniężne i niepieniężne).
- c) Zasady i tryb udzielania świadczeń.
- d) Praca socjalna. Rola pracownika socjalnego w systemie pomocy społecznej.
- e) Instytucje pomocy społecznej. Stacjonarna i środowiskowa pomoc społeczna.
- f) Rodzaje świadczeń społecznych w środowisku i w instytucjach społecznych.
- g) Interwencja środowiskowa.
- h) Grupy samopomocy.
- i) Rola pielęgniarki w systemie pomocy społecznej.

9. Wsparcie psychiczne opiekuna chorego.

- a) Rozmowa terapeutyczna prowadzona przez pielęgniarkę.
- b) pomoc psychologa

4. System wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych i ich rodzin – organizacje pozarządowe.

- a) Zakres pomocy.
- b) Turnusy odciążeniowe dla opiekunów

5. Organizacja bezpiecznego otoczenia osób przewlekle chorych z ograniczoną sprawnością fizyczną

- a) Bezpieczne techniki obracania, podnoszenia i przemieszczania chorych.
- b) Edukacja w zakresie właściwego ułożenia chorego w łóżku, w fotelu. Zmiana pozycji ciała chorego (zapobieganie przykurczom, powikłaniom jatrogennym).
- c) Wykorzystanie sprzętu specjalistycznego: wysięgników, mat ślizgowych, dysków, rolek, desek oraz pasów transferowych, pionizatorów i podnośników elektrycznych oraz wózków
- d) Możliwości wypożyczenia lub zakupu sprzętu niezbędnego do opieki nad chorym w domu



e) Organizowanie bliższego i dalszego otoczenia chorego

6. Znaczenie rehabilitacji w procesie poprawy jakości życia osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych

a) Ćwiczenia oddechowe – zwiększające wydolność układu oddechowego.

b) Ćwiczenia bierne, czynno-bierne, samowspomagane, czynne wolne, czynne w odciążeniu, czynne z oporem, izometryczne (cele, wskazania, przeciwwskazania, metodyka).

c) Wczesna pionizacja (bierna, czynna).

d) Przygotowanie pacjenta do nauki chodzenia oraz korzystania z wózka inwalidzkiego.

e) Aktywizacja w rehabilitacji przyłóżkowej (gimnastyka w łóżku, wykorzystanie środków pomocniczych – przyborów oraz środków audiowizualnych).

f) Ćwiczenia ogólnokondycyjne, gimnastyka poranna.

g) Podstawowe elementy masażu. Ćwiczenia rozluźniające.

h) Rehabilitacja domowa i stacjonarna – aktualne wytyczne.

7. Zabiegi fizyczne w terapii chorób przewlekłych do zastosowania w warunkach domowych: (światłolecznictwo, ciepłolecznictwo, zimnolecznictwo, elektrolecznictwo, wodolecznictwo)

8. Terapia zajęciowa.

a) Dobór i praktyczne zastosowanie ergoterapii, socjoterapii i arteterapii oraz metod ich stosowania w terapii osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych fizycznie.

a) Ćwiczenie samoobsługi z zastosowaniem zasad treningu umiejętności.

b) Warsztaty terapii zajęciowej – zasady uczestnictwa, program rehabilitacji uczestnika warsztatu, warunki pracy chronionej, ośrodki wsparcia.

Literatura:

1. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Skolmowska E.: *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010
2. Ksykiewicz-Dorota A. (red.): *Podstawy organizacji pracy pielęgniarstwa*. Wyd. Czelej, Lublin 2004
3. Sierpowska I.: *Prawo pomocy społecznej*. Wyd. Wolters Kluwer, Kraków 2007