



POMOCNA DŁOŃ

POMOCNA DŁOŃ

PORADNIK

OPIEKA NAD OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ

POMOCNA DŁOŃ

PORADNIK

OPIEKA NAD OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ

Kim jest osoba niesamodzielną i jej opiekun?	3
Definicja osoby niesamodzielną i opiekuna faktycznego (nieformalnego).....	3
Jakie cechy powinien posiadać opiekun	4
Potrzeby osoby niesamodzielną	4
Czym jest opieka długoterminowa?.....	6
Wsparcie dla osób niesamodzielną i ich opiekunów	6
Opieka długoterminowa w Polsce.....	6
Sektor zdrowotny.....	7
WSPARCIE Z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).....	7
Sektor socjalny.....	13
WSPARCIE z Ośrodka Pomocy Społecznej (OPS).....	13
WSPARCIE w ramach funduszy unijnych	18
Opieka nad osobą niesamodzielną	20
Otoczenie chorego.....	20
Toaleta osoby niesamodzielną.....	22
Technika zakładania pieluchomajtek	27
Profilaktyka odleżyn	29
Karmienie osób niesamodzielną.....	31
Pierwsza pomoc przedmedyczna.....	33
Przemieszczanie osoby niesamodzielną	37
Instytucje i organizacje wspierające osoby niesamodzielną	47

Kim jest osoba niesamodzielną i jej opiekun?

Definicja osoby niesamodzielnej i opiekuna faktycznego (nieformalnego)

OSOBA NIESAMODZIELNA to osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

SKALA KATZA, czyli skala oceny podstawowych czynności życiowych pozwala ocenić zdolność pacjenta do samodzielnego funkcjonowania. Im mniej punktów zostanie osiągniętych, tym bardziej dana osoba wymaga pomocy innych w wykonywaniu podstawowych czynności w życiu codziennym.

Skala Katza służy do oceny samodzielności pacjenta w wykonywaniu takich czynności jak:

- Kąpanie się
- Ubieranie i rozbieranie się
- Korzystanie z toalety
- Wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na krzesło
- Jedzenie
- Kontrolowane wydalanie moczu i stolca

Za każdą odpowiedź: wykonuje samodzielnie przyznawany jest 1 punkt. Uzyskanie 5-6 punktów oznacza, że dana osoba jest samodzielną; uzyskanie 2 i mniej punktów oznacza znaczną niesprawność.

OPIEKUN FAKTYCZNY to osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki, najczęściej członek rodziny. Opiekun nieformalny to osoba, która dostarcza trwałego, regularnego, fizycznego, emocjonalnego wsparcia oraz asystuje przy czynnościach dnia codziennego osobie, która jest fizycznie lub intelektualnie niepełnosprawna, psychicznie chorą lub jest osobą starszą, której psychofizyczną kondycję można określić jako słabą. Pojęcie opiekuna nieformalnego jest szersze niż pojęcie opiekuna rodzinnego, bowiem obejmuje ono zarówno rodzinę, jak i sąsiadów czy przyjaciół, którzy również mogą sprawować opiekę nad osobą niesamodzielną, niepełnosprawnym dzieckiem czy seniorem.

Jakie cechy powinien posiadać opiekun?

Każda osoba może podjąć się opieki nad osobami niesamodzielnymi, lecz dobry opiekun powinien posiadać cechy takie jak:

- sympatia dla osób starszych; chęć służenia pomocą i opieką osobom niesamodzielnym
- empatia; opiekun powinien mieć łatwość zrozumienia i wczuwania się w emocje osoby niesamodzielnej i jego bliskich
- cierpliwość; jeżeli opiekun jest niecierpliwy, w wielu sytuacjach szybciej i bez potrzeby się denerwuje, a napięcie udzielać się może obu stronom. Brak tej cechy jest poważnym przeciwwskazaniem do zajmowania się osobami niesamodzielnymi
- brak wrażliwości na płyny ustrojowe; czasami, nawet przy osobie starszej będącej w dobrej kondycji, należy pomóc mu w toalecie. Okazywanie niechęci – nawet, jeśli jest odruchowe – jest niedopuszczalne.
- łatwość nawiązywania kontaktów
- sprawność fizyczna; opiekun powinien być na tyle sprawny, aby móc wypełniać obowiązki, które czasami wiążą się z dość dużym wysiłkiem fizycznym, np. podniesieniem osoby

Potrzeby osoby niesamodzielnej

Opieka nad osobą niesamodzielną musi być dostosowana do jej indywidualnych potrzeb. Potrzeby osób niesamodzielnych możemy podzielić na dwie grupy:

- potrzeby podstawowe, inaczej nazywane egzystencjalnymi,
- potrzeby wyższego rzędu

Do **podstawowych potrzeb** zaliczamy:

- potrzeby fizjologiczne; zapewnienie możliwości jedzenia i picia, załatwiania potrzeb fizjologicznych i higieny. Dotyczy to zwłaszcza osób w cięższym stanie fizycznym lub psychicznym, na przykład przy stomii, chorych leżących lub cierpiących na chorobę otępienną. Osoby w lepszej kondycji także potrzebują pomocy w tym zakresie, lecz polega ona na: dostarczeniu zakupów, przygotowaniu posiłku, sprzątanii i dbaniu, żeby dom był przewietrzony i ciepły.

- potrzeby bezpieczeństwa; osoba niesamodzielna, żeby czuć się bezpiecznie, musi mieć zapewnioną opiekę medyczną, pielęgniarzką i opiekuńczą. Powinien wiedzieć, że w razie wystąpienia problemów zdrowotnych lub innych, zawsze, bez względu na porę dnia i nocy, jest ktoś, kto mu pomoże.

PAMIĘTAJ! Potrzeby fizjologiczne dominują nad wszystkimi innymi potrzebami!

POTRZEBY WYŻSZEGO RZĘDU u osób niesamodzielnych i starszych są bardzo zróżnicowane. Wynika to z ich wcześniejszego życia, z pozycji społecznej i rodzinnej, wykonywanego zawodu i zainteresowań. Każda osoba niesamodzielna takie potrzeby posiada, jedynie stopień ich uświadomienia bywa mniejszy lub większy. Zaspokojenie tych potrzeb jest nie mniej istotne, niż zaspokojenie potrzeb egzystencjalnych.

- potrzeba przynależności; osoba przewycięża poczucie osamotnienia i obcości, wchodząc w bliskie relacje z osobami, które spotyka, potrzebuje częstego kontaktu z rodziną.
- potrzeba samorealizacji; powinno się pozwalać wykonywać czynności, które osoba niesamodzielna sama chce zrobić. Jeśli jej się coś nie uda, odczekajmy jakiś czas i zaproponujmy pomoc. Nigdy nie zniechęcajmy podopiecznego do aktywności, np. nie wyrażajmy przy posiłkach, jeśli nie ma takiej konieczności.
- potrzeba uznania, szacunku i przydatności; w celu jej zaspokojenia, należy stworzyć możliwość rozwijania istniejących już zainteresowań lub je rozbudzić. Zachęcać do pielęgnowania tradycji, angażować do czynności życia codziennego.
- potrzeby poznawcze; umożliwić oglądanie programów telewizyjnych, które go interesują. Czytajmy lub dostarczajmy mu prasę i książki, które lubi. Porozmawiajmy na temat sąsiadów lub znajomych, opowiadajmy o naszym miejscu zamieszkania i życiu, jeśli jest tym zainteresowany.
- potrzeby estetyczne; dotyczą zarówno otoczenia osoby niesamodzielnej, jak i jego samego. Zachęcajmy do aktywności artystycznej takiej jak np. śpiewanie czy malowanie.



PAMIĘTAJ! Jakość życia osoby niesamodzielnej w dużej mierze zależy od opiekunów.

Czym jest opieka długoterminowa?

W literaturze występuje wiele definicji opieki długoterminowej. Może być ona definiowana jako całość usług wymaganych przez osobę o ograniczonej wydolności funkcjonalnej (pod względem fizycznym lub umysłowym), która jest przez długi czas uzależniona od zewnętrznej pomocy w zakresie podstawowych czynności życiowych. Usługi opieki długoterminowej mogą być łączone z opieką „niższego stopnia”, polegającą na pomocy w wykonywaniu tzw. instrumentalnych czynności życia codziennego (np. pomoc w zajęciach domowych, organizacji i administracji).

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zadaniem systemów opieki długoterminowej jest „zapewnienie osobie, która przez długi czas nie jest w pełni zdolna do samoopieki, możliwości utrzymania możliwie najlepszej jakości życia, tzn. możliwie największego zakresu niezależności, samodzielności, uczestnictwa w życiu społecznym, spełnienia osobistego i godności”.

Wsparcie dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów

Opieka długoterminowa w Polsce

Świadczenia usług opieki długoterminowej opłacane są z funduszy publicznych oraz prywatnych.

OPIEKĘ PUBLICZNĄ dla osób niesamodzielnych zapewniają dwa sektory:

- sektor opieki zdrowotnej, zajmujący się osobami niesamodzielnymi wymagającymi pomocy medycznej
- sektor socjalny, zajmujący się osobami niesamodzielnymi żyjącymi w trudnych warunkach socjalnych, np. mieszkającymi samotnie, pochodzącymi z rodzin dysfunkcyjnych lub biednymi.

W obu sektorach dostępne są usługi opieki domowej i całodobowej opieki stacjonarnej.

Usługi opieki domowej

Opieka domowa obejmuje usługi pielęgniarские, świadczone przez sektor opieki zdrowotnej i zarządzane przez jednostki podstawowej opieki zdrowotnej, oraz usługi opiekuńcze świadczone przez sektor socjalny i zarządzane przez ośrodki pomocy społecznej. Uprawnienia do usług świadczonych przez sektor opieki zdrowotnej przysługują na podstawie oceny potrzeb zdrowotnych. Usługi świadczone przez sektor socjalny można otrzymać po decyzji ośrodka pomocy

Opieka długoterminowa w Polsce

społecznej, na podstawie informacji o (niskich) dochodach i innego rodzaju trudnych warunkach rodzinnych. Specjalne usługi opiekuńcze skierowane są do osób z zaburzeniami psychicznymi.

Usługi opieki stacjonarnej

Usługi publicznej opieki stacjonarnej są również świadczone przez sektor zdrowotny, jak i socjalny, przy czym w każdym z tych sektorów obowiązują inne kryteria uprawniające i zasady finansowania, a ponadto zapewniają one różne rodzaje usług.

Sektor opieki zdrowotnej proponuje trzy rodzaje zakładów opieki długoterminowej:

- zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL),
- zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) oraz
- hospicja

Sektor zdrowotny

WSPARCIE Z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)

Opieka pielęgniarska w ramach podstawowej opieki zdrowotnej

Opieka pielęgniarska środowiskowa jest dla osób, które ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają udzielenia systematycznych, krótkoterminowych świadczeń medycznych.

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej udziela pielęgniarskich świadczeń opieki zdrowotnej w gabinecie pielęgniarki oraz w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy (z uwzględnieniem mieszkańców Domów Pomocy Społecznej).

- Aby skorzystać z opieki pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej należy złożyć w wybranej przez placówkę medycznej deklarację wyboru na realizację świadczeń gwarantowanych pielęgniarki POZ.
- Pielęgniarka POZ świadczy opiekę od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-18:00.
- Świadczenia są bezpłatne
- Realizowane na podstawie zlecenia lekarskiego

Zasady korzystania ze świadczeń reguluje **Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 24.09.2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2016 r., poz. 86.)**

Opieka pielęgniarska długoterminowa

Osobom przewlekle chorym somatycznie i psychosomatycznie, które nie potrzebują hospitalizacji i mogą przebywać w miejscach zamieszkania, ale wymagają systematycznej opieki, należy się finansowana przez NFZ pielęgniarska opieka długoterminowa.

- Do opieki długoterminowej kwalifikują się osoby, które według skali Barthel otrzymały 0–40 pkt.

Skala Barthel to międzynarodowa skala powszechnie stosowana w ocenie sprawności chorego, a co za tym idzie – jego zapotrzebowania na opiekę. Taki formularz oceny wypełniają np. pielęgniarki środowiskowe, by pacjent mógł uzyskać skierowanie do opieki długoterminowej. Na skalę Barthel składa się dziesięć czynności dnia codziennego, takich jak np. spożywanie posiłków, poruszanie się, ubieranie, rozbieranie, higiena osobista, korzystanie z toalety czy kontrolowanie czynności fizjologicznych.

- W ramach opieki przysługują wizyty nie mniej niż 4 razy w tygodniu od poniedziałku do piątku w godzinach między 8.00–20.00.
- W medycznie uzasadnionych przypadkach pomoc pielęgniarską otrzymać można także w weekendy oraz dni ustawowo wolne od pracy. Ilość godzin opieki ustalana jest indywidualnie.
- Osoba ubiegająca się o długoterminową opiekę pielęgniarską musi posiadać skierowanie od lekarza do objęcia pielęgniarską domową opieką długoterminową oraz kartę oceny świadczeniobiorcy o objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową.

Zasady korzystania ze świadczeń reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (j.t. Dz. U. 2015r., poz. 1658).

Opieka długoterminowa w zakładzie opiekuńczym

Zadaniem zakładu opiekuńczego jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją oraz kontynuacja leczenia osób przewlekle chorych, a także osób, które przebywały w szpitalu i u których ukończono proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego. Osoby te, ze względu na stan zdrowia i niesprawność fizyczną, brak samodzielności w samoopiece

i samopielęgnacji, konieczność stałej kontroli lekarskiej, potrzebę profesjonalnej pielęgnacji oraz rehabilitację, wymagają całodobowej opieki.

Kierowanie do zakładu opiekuńczego (opieki długoterminowej) odbywa się zgodnie z **Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. 2012 nr 0 poz. 731)**.

- Pacjent (lub jego opiekun prawny lub faktyczny) występuje do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (np. do lekarza rodzinnego) z wnioskiem o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczego; do wniosku załącza wywiad pielęgniarzki oraz zaświadczenie lekarskie.
- Skierowanie do zakładu opiekuńczego wydaje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego.
- Pacjent składa skierowanie bezpośrednio do wybranego przez siebie zakładu opiekuńczego.
- Do zakładów opiekuńczych przyjmowane są osoby, które w ocenie samodzielności według skali Barthel, uzyskały 40 punktów lub mniej.
- Do zakładów nie są przyjmowane osoby, dla których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.
- Pacjent w zakładzie opiekuńczym ma zapewnione niezbędne leki, przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze (np. pieluchomajtki), badania diagnostyczne, żywienie dojelitowe i pozajelitowe.
- Miesięczna opłata za pobyt w zakładzie opiekuńczym, obejmująca koszty żywienia i zakwaterowania nie może być wyższa niż 70% miesięcznego dochodu pacjenta.
- W przypadku dziecka do ukończenia 18. roku życia, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26. roku życia, przebywającego w zakładzie opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, opłata nie może być wyższa niż 70% miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie.

Żywienie dojelitowe i pozajelitowe w Zakładach Opiekuńczo-Leczniczych

Osoby niesamodzielne, które z powodu braku możliwości podawania drogą naturalną diety kuchennej, wymagają długotrwałego przewidywanego dłużej niż 30 dni, podawania substancji odżywczych w sposób inny niż doustnie; ilość diety powinna być dostosowana do aktualnego zapotrzebowania białkowo-energetycznego chorego.

Kwalifikacja pacjenta do żywienia:

- dojelitowego – odbywa się w szpitalu lub w poradni prowadzącej leczenie żywieniowe
- pozajelitowego – odbywa się w szpitalu

Żywienie dojelitowe i pozajelitowe powinno być realizowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną; rodzaje diet, zasady opieki nad dostępem do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego oraz zasady podaży diety, a także zapobieganie, rozpoznawanie i postępowanie w przypadku powikłań powinny być zgodne ze standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego.

Żywienie dojelitowe może być zastosowane u chorych, u których wytworzono dostęp sztuczny do przewodu pokarmowego, gdyż nie jest możliwe odżywianie drogą doustną przy zachowanej czynności przewodu pokarmowego.

Żywienie pozajelitowe jest stosowane u chorych, u których niemożliwe jest żywienie przez przewód pokarmowy; wszystkie niezbędne substancje odżywcze w przypadku żywienia pozajelitowego podawane są drogą dożylną.

Wspomaganie oddychania (wentylacja mechaniczna)

Wspomaganie oddychania dotyczy pacjentów z niewydolnością oddechową przebywających w zakładzie opiekuńczym, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii, ale potrzebują ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora.

W zakładzie opiekuńczym korzystają z całodobowego, mechanicznego lub ciśnieniowego wspomagania oddechu.

Hospicjum

W zależności od rodzaju, przebiegu i stadium choroby pomoc dostępna jest w dwóch rodzajach hospicjów: domowym i stacjonarnym.

Hospicjum domowe to opieka udzielana osobie niesamodzielnej i jego rodzinie w domu. Pracownicy i wolontariusze odwiedzają ich udzielając pomocy, oferowana jest również możliwość wypożyczania różnego rodzaju sprzętu, na przykład butli z tlenem czy materacy przeciw-

odleżynowych.

Hospicjum stacjonarne przeznaczone jest dla chorych w ostatnim stadium choroby. Pomoc odbywa się całodobowo w wyspecjalizowanych ośrodkach hospicyjnych.

Pomoc hospicjum jest możliwa po stwierdzeniu przez lekarza prowadzącego, że pomoc medyczna nie przynosi rezultatu, wyleczenie choroby nie jest możliwe i w niedługiej perspektywie czasu skończy się śmiercią. Aby skorzystać z opieki hospicyjnej, konieczne jest skierowanie od lekarza prowadzącego chorego w szpitalu lub lekarza pierwszego kontaktu, a także pisemna zgoda samego pacjenta na objęcie taką opieką.

W hospicjach obowiązuje rejonizacja, ale możliwe jest również przyjęcie pacjenta z innego rejonu.

Refundacja sprzętu ortopedycznego i pomocniczego

Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje osobom niepełnosprawnym i chorym sprzęt ortopedyczny i pomocniczy, który jest niezbędny w codziennym funkcjonowaniu.

Jak zrealizować zapotrzebowanie na środki pomocnicze i ortopedyczne można znaleźć się na stronie:



<http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/zalatw-sprawe-krok-po-kroku/jak-zrealizowac-zapotrzebowanie-na-srodki-pomocnicze-i-ortopedyczne/>

Po zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne należy zgłosić się do osoby uprawnionej, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, na zasadach określonych w tej ustawie.

Pacjentom przysługuje refundacja różnych wyrobów medycznych. Są to np. różnego rodzaju protezy, aparaty i ortozy ortopedyczne, wózki inwalidzkie, laski i kule, balkoniki, obuwie ortopedyczne, zestawy infuzyjne do osobistych pomp insulinowych pieluchomajtki, cewniki czy sprzęt stomijny (pełny wykaz refundowanych wyrobów medycznych określa załącznik do rozporządzenia).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie z dnia 29 maja 2017 r. (Dz. U. 2017 poz. 1061 z późn. zm.)



WAŻNE: Zlecenie ważne jest bezterminowo z wyjątkiem zaopatrzenia comiesięcznego. Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może być wystawione na okres nie dłuższy niż trzy kolejne miesiące i może zostać zrealizowane wyłącznie w miesiącach, na które zostało wystawione, z wyłączeniem miesięcy, które upłynęły. Otrzymałe zlecenie potwierdź w swoim oddziale NFZ.

Zlecenie na wyroby medyczne musi zostać potwierdzone do refundacji przez oddział NFZ, na terenie którego ubezpieczony jest zarejestrowany. Zlecenie może być potwierdzone osobiście przez pacjenta, inną osobę w jego imieniu lub drogą pocztową (zlecenie przysyłane pocztą będzie odsyłane na adres pacjenta). Do potwierdzenia zlecenia przez NFZ wymagany jest dowód osobisty osoby odbierającej potwierdzone zlecenie.



WAŻNE: W przypadku gdy konieczne jest natychmiastowe zaopatrzenie pacjenta w wyrób medyczny poza obszarem zarejestrowania chorego – w potwierdzeniu zlecenia może pośredniczyć oddział Funduszu, na terenie którego pacjent przebywa.

Mając zlecenie potwierdzone do refundacji zgłoś się do wybranej placówki na terenie całego kraju, która podpisała umowę z NFZ w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne. Wybór konkretnej placówki należy do pacjenta – nie obowiązuje w tym wypadku rejonizacja.

Pacjenci mają prawo wyboru wyrobu medycznego spośród zróżnicowanej oferty. Produkty o tych samych funkcjach mogą różnić się ceną i jakością. Jeżeli cena wybranego przez pacjenta wyrobu medycznego jest wyższa niż cena określona limitem, pacjent dopłaca różnicę pomiędzy ceną brutto, a kwotą refundacji.



WAŻNE: Obowiązkiem każdej placówki mającej umowę z NFZ na realizację zaopatrzenia w wyroby medyczne jest posiadanie przynajmniej jednego produktu w grupie w cenie limitu określonego przez Ministra Zdrowia.

3 marca 2018 r. weszło w życie **rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrób medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz. 281)**, które m.in. zwiększa limit ilościowy na środki absorpcyjne z 60 do 90 sztuk na miesiąc.



Więcej informacji na temat pomocy oferowanej przez NFZ można uzyskać bezpośrednio w NFZ:

- **Infolinia** czynna w godz. 8:00–16:00, nr tel. 800 392 976; 22 572 60 42
- Na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl oraz drogą mailową: infolinia@nfz.gov.pl

Sektor socjalny

WSPARCIE z Ośrodka Pomocy Społecznej (OPS)

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2003 r., poz. 182 z późn. zm.) zawiera katalog świadczeń przysługujących osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych.

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

Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Możemy mówić o czynnościach takich jak: mycie, kąpanie, zmiana pościeli, pomoc w dotarciu do lekarza, podawanie leków, karmienie, robienie podstawowych zakupów, bieżące porządki.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym (np. rehabilitacja, pomoc psychologiczno-terapeutyczna, czynności edukacyjne).

W jaki sposób można uzyskać przyznanie usługi opiekuńczej?

Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze przyznawane są na wniosek osoby zainteresowanej, który trzeba złożyć w ośrodku pomocy społecznej w miejscu zamieszkania.

Do wniosku należy dołączyć:

- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub niezdolności do pracy,
- zaświadczenie lekarskie,
- zaświadczenie o dochodach osoby zainteresowanej i członków rodziny.
- pracownik socjalny dołącza również wywiad środowiskowy

Decyzja o przyznaniu lub nie wyżej wymienionych usług zapada w ciągu 30 dni. Wymiar i zakres przyznawanych usług zależy od stanu zdrowia osoby zainteresowanej, jej sytuacji rodzinnej oraz sytuacji materialnej jej i jej rodziny.

Decyzja przyznająca pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych określa:

- okres trwania przyznanych usług;
- liczbę godzin tygodniowo;
- warunki odpłatności;
- zasady częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat.



PAMIĘTAJ!

Wysokość opłat za usługi opiekuńcze pokrywana przez ośrodek pomocy społecznej zależy od dochodu netto przypadającego na osobę mieszkającą samotnie lub średniego dochodu na jedną osobę w rodzinie. Im większy dochód, tym niższy jest udział w opłatach ponoszony przez ośrodek pomocy społecznej. Osobom i rodzinom o najniższym dochodzie (nieprzekraczającym kryterium dochodowego określonego w art.8 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej) usługi świadczone są nieodpłatnie.

Ośrodki wsparcia

Kolejną formą pomocy dla osób starszych i/lub chorych są ośrodki wsparcia. Jest to dzienna forma pomocy instytucjonalnej, w ramach której świadczone są różne usługi dostosowane do specyficznych potrzeb osób korzystających z tej formy pomocy, w tym usługi żywieniowe.

Przy ośrodkach wsparcia mogą być prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu.

Ośrodek wsparcia jest formą pomocy półstacjonarnej służącą utrzymaniu osoby w jej naturalnym środowisku i przeciwdziałaniu instytucjonalizacji.

Działalność tych ośrodków wspiera rodzinę w sprawowaniu funkcji opiekuńczych nad niesamodzielnymi członkami rodzin, zapobiegając jednocześnie umieszczaniu ich w placówkach wsparcia całodobowego, wspiera także osoby samotne zapobiegając ich wykluczeniu z życia społecznego.

Prowadzenie ośrodków wsparcia, z wyłączeniem ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jest zadaniem własnym gminy lub powiatu finansowanym z ich budżetu.

Ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym środowiskowe domy samopomocy świadczą usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi (osoby psychicznie chore i osoby upośledzone umysłowo). Środowiskowy dom samopomocy świadczy usługi w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych, polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymywaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym.

Decyzję o skierowaniu do ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i decyzję ustalającą odpłatność za korzystanie z usług w tych ośrodkach wydaje właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego prowadzącej lub zlecającej prowadzenie ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Organ może zwolnić osoby zobowiązane do odpłatności za usługi w ośrodkach wsparcia, na ich wniosek, częściowo lub całkowicie z tej odpłatności.



Więcej informacji na stronie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej www.mpips.gov.pl

Domy pomocy społecznej (DPS)

Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej.

Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na następujące typy domów, dla:

- osób w podeszłym wieku;
- osób przewlekłe somatycznie chorych;
- osób przewlekłe psychicznie chorych;
- dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
- osób niepełnosprawnych fizycznie.

Aby skorzystać z wsparcia w domu pomocy społecznej trzeba złożyć pisemny wniosek w ośrodku pomocy społecznej w gminie, w której mieszka osoba zainteresowana. Do wniosku dołącza się dokument potwierdzający wysokość dochodu (czyli renty, emerytury bądź zasiłku stałego). Pracownik socjalny z ośrodka pomocy społecznej przeprowadza wywiad środowiskowy w miejscu zamieszkania oraz u rodziny.

Po ocenie sytuacji gmina wydaje decyzję o skierowaniu osoby do domu pomocy społecznej i ustaleniu opłaty za pobyt.

W przypadku, gdy przewidywany termin oczekiwania na umieszczenie w domu pomocy społecznej danego typu zlokalizowanym najbliższym miejscu zamieszkania osoby kierowanej wynosi ponad 3 miesiące, osobę kieruje się na jej wniosek do domu pomocy społecznej tego samego typu zlokalizowanego jak najbliższym miejscu zamieszkania osoby kierowanej, w którym przewidywany termin oczekiwania na umieszczenie jest krótszy niż 3 miesiące.

W razie niemożności umieszczenia w domu pomocy społecznej z powodu braku wolnych miejsc, powiadamia się osobę o wpisaniu na listę oczekujących oraz o przewidywanym terminie oczekiwania na umieszczenie w domu pomocy społecznej.

Pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania.

Obowiązani do wnoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej są w kolejności:

- mieszkaniec domu,
- małżonek, zstępni przed wstępnymi,
- gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej
 - przy czym osoby i gmina określone w pkt 2 i 3 nie mają obowiązku wnoszenia opłat, jeżeli mieszkaniec domu ponosi pełną odpłatność.

Opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej wnoszą:

- mieszkaniec domu, nie więcej jednak niż 70 % swojego dochodu,
- małżonek, zstępni przed wstępnymi - zgodnie z umową zawartą z kierownikiem ośrodka pomocy społecznej,
- gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej - w wysokości różnicy między średnim kosztem utrzymania w domu pomocy społecznej a opłatami wnoszonymi przez mieszkańca i jego rodzinę.

Jeżeli dom pomocy społecznej prowadzony jest przez podmiot niepubliczny, decyzja gminy o umieszczeniu osoby w domu pomocy społecznej nie jest potrzebna. Wówczas z podmiotem prowadzącym taką placówkę zawiera się jedynie umowę cywilnoprawną, która powinna określić wysokość opłat, zasady i warunki pobytu.

Źródło: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Dzienne domy pomocy społecznej świadczą usługi opieki dziennej dla osób mieszkających z rodzinami, których członkowie nie są w stanie zajmować się osobą starszą w czasie wykonywania swoich obowiązków zawodowych. W godzinach pracy (zazwyczaj 9-16), tj. 5 dni w tygodniu przez nie więcej niż 12 godzin dziennie, osoba niesamodzielna może spędzać czas w domu pobytu dziennego, gdzie otrzymuje wszelką pomoc w zakresie czynności życiowych i opiekę. Dienne domy pomocy społecznej zapewniają osobom starszym szeroki zakres aktywności, takich jak wycieczki, zwiedzanie wystaw, itp. Najczęściej dzienne domy pomocy ulokowane są przy Ośrodkach Pomocy Społecznej i współpracują z innymi jednostkami aktywnymi na terenie lokalnym, np. Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej.

Rodzinne domy pomocy świadczą usługi opiekuńcze i bytowe dla osób, którym niemożliwe jest zapewnienie opieki w miejscu zamieszkania. Usługi świadczone w rodzinnych domach pomocy mają charakter całodobowy. Odbiorcami są osoby starsze lub niepełnosprawne wymagające stałej pomocy. Rodzinne domy pomocy obejmują opieką od trzech do ośmiu osób.

Województwo małopolskie otrzymało 12,2 mln ze środków unijnych na wsparcie działalności lub tworzenia nowych miejsc opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi – zwłaszcza dziennych domów opieki oraz długoterminowej medycznej opieki domowej nad osobą niesamodzielną (w tym opieki pielęgniarstwa).

Dofinansowanie otrzymało między innymi Mościckie Centrum Medyczne Sp. z o.o. na realizację projektu pod nazwą „Pomocna dłoń”.

Głównym celem projektu „Pomocna dłoń” jest organizowanie opieki nad osobami niesamodzielnymi jak najdłużej w miejscu zamieszkania w otoczeniu rodziny przez funkcjonowanie w latach 2018-2023 Ośrodka oferującego kompleksowe wsparcie dla 400 opiekunów i 400 osób niesamodzielnich mieszkających na terenie subregionu tarnowskiego.



Rezultatem projektu jest utworzenie w budynku Mościckiego Centrum Medycznego Ośrodka Opieka Zastępcza oferującego całodobowy, bezpłatny, czasowy 2-tygodniowy pobyt dla 370 osób niesamodzielnich. Wsparciem w ramach projektu objętych zostanie również, 30 osób niesamodzielnich bezpośrednio w miejscu zamieszkania oraz 400 opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnich korzystających z praktyk opiekuńczych i szkoleń.



W ramach projektu działa całodobowe doradztwo telefoniczne – **infolinia tel. 146880599**. Wsparcie poprzez infolinię ma na celu ułatwienie dostępu do wiedzy opiekuńczej oraz zwiększenie dostępu opiekunów nieformalnych do informacji umożliwiających poruszanie się po różnych systemach wsparcia, możliwości dofinansowań, korzystania ze świadczeń. Działania informacyjno-edukacyjne w ramach infolinii kierowane są także do kadr różnych systemów (pracownicy medyczni, opieka społeczna i socjalna) związanych z opieką nad osobami niesamodzielnymi.

Kolejnym działaniem w ramach projektu są jednodniowe szkolenia dla opiekunów faktycznych osób niesamodzielných prowadzone przez pielęgniarki i fizjoterapeutów dla grup 15 osobowych w formie teoretycznego wykładu jak i praktycznych ćwiczeń. Szkolenia przeprowadzane są m.in. w zakresie: sposobów organizowania domowej opieki, pielęgnacji oraz metod rehabilitacji domowej. Odbývają się cyklicznie w okresie trwania projektu.

Zadaniem projektu jest uwzględnienie indywidualnych potrzeb opiekunów osób niesamodzielných poprzez czasowe odciążenie w opiece nad osobą niesamodzielną oraz kompleksowe, interdyscyplinarne i odpowiadające na potrzeby wsparcie mające na celu poprawę kompetencji opiekuńczych, a tym samym podniesienie jakości opieki domowej nad osobami niesamodzielnymi.



Wszelkie informacje na stronie projektu www.mcm.net.pl/pomocnadlon/ lub pod numerem telefonu **146880599 - całodobowa infolinia**.

Opieka nad osobą niesamodzielną

Otoczenie chorego

Opieka nad osobą niesamodzielną musi zostać dostosowana indywidualnie do potrzeb konkretnej osoby oraz warunków w których ta osoba funkcjonuje. Inaczej będzie wyglądać opieka nad osobą niesamodzielną z powodu np. choroby otępiennej, ale przemieszczającej się a inaczej osoby przewlekłe chorej leżącej. Opiekując się osobą przewlekłe chorą, niesamodzielną i starszą, warto zastanowić się co można zmienić w domu, by ułatwić tej osobie funkcjonowanie.

Jak przystosować mieszkanie chorego do stanu jego zdrowia w poszczególnych stadiach choroby?

MIESZKANIE BĄDŹ DOM, w którym przebywa osoba z uszkodzeniem mózgu o charakterze otępiennym powinno być przygotowane przede wszystkim pod względem bezpieczeństwa. Pamiętać należy jednak, że przygotowywanie mieszkania nie powinno zaburzać znacząco istniejącego wcześniej porządku, gdyż chorzy nie tolerują dobrze szerokich zmian, wzbudza to w nich niekorzystne emocje, przede wszystkim lęk i strach. Poniżej praktyczne wskazówki:

- chory powinien mieć w mieszkaniu swoje własne miejsce – pokój lub część pokoju, który zna i w którym czuje się bezpiecznie. Pokój chorego powinien być urządzony prosto i funkcjonalnie, ale też przytulnie.
- osoba niesamodzielną powinna mieć wygodne łóżko. W przypadku chorych leżących niezbędny będzie materac przeciwodleżynowy (można go kupić w sklepie ze sprzętem rehabilitacyjnym). Do ściany obok łóżka powinien być przymocowany uchwyt ułatwiający podnoszenie się, a przy łóżku uchwyt ułatwiający utrzymanie pozycji pionowej po wstaniu. Jeżeli chory stale przebywa w łóżku, z pewnością konieczne będzie zakupienie lub wypożyczenie łóżka specjalistycznego, które oczywiście będzie wyposażone w materac przeciwodleżynowy oraz wszelkie udogodnienia mające na celu profilaktykę przeciwodleżynową i bezpieczeństwo osoby niesamodzielnej
- obok łóżka powinien znajdować się stabilny stolik, na którym powinny znajdować się rzeczy, które lubi
- osoba: książki, albumy, zdjęcia oraz przedmioty do trzymania w ręku
- meble nie powinny mieć ostrych kantów ani zawierać elementów szklanych
- na podłodze zamiast dywanów lub wykładzin dywanowych lepiej położyć zmywalne wykładziny lub panele, ponieważ ułatwiają utrzymanie czystości i nie wchłaniają

przykrych zapachów. Progi powinny być zniwelowane przez zamontowanie specjalnych listew (coś w rodzaju podjazdu).

- obok łóżka chorego powinien znajdować się łatwo dostępny włącznik światła. Oświetlenie pokoju powinno być dość jasne, ściany pokoju pomalowane na jasne, ciepłe kolory. W pokoju powinno znajdować się też oświetlenie nocne, bardzo pomocne, gdy chory wstaje w nocy do toalety.
- osoba niesamodzielna powinna mieć łatwy dostęp do telefonu. Przy telefonie powinien być umieszczony czytelny wykaz ważnych numerów telefonów, w tym także telefon do Opiekuna. Pomocne są aparaty telefoniczne z możliwością jednoklawiszowego wybierania numeru.
- jeśli w domu znajdują się schody, one również powinny być zabezpieczone bramką lub czymś zastawione, a jeśli chory ma po nich chodzić po obu stronach powinny znajdować się poręcze, a na stopniach powinna być położona mata antypoślizgowa
- łazienka powinna być wyposażona wabinę prysznicową bez brodzika oraz z zamontowanym składanym krzesłem. Przy umywalce oraz muszli sedesowej powinny być zamontowane uchwyty ściennie.



Łóżko dla osoby niesamodzielnej leżącej

Dla osoby leżącej oraz jej opiekuna najlepszym rozwiązaniem jest łóżko typu szpitalnego. Wygodniejsze i bezpieczniejsze dla chorego jest łóżko z regulowanym zagłówkiem (ręcznie lub automatycznie), podnoszonymi bokami lub łamane. Niewątpliwie wskazany jest materac przeciwdleżynowy z komorami napełnionymi powietrzem, co pozwala regulować siłę nacisku.

Materac powinien chronić przed odleżynami. Zarówno łóżko, jak i materac można kupić w sklepach

Otoczenie chorego

ze sprzętem rehabilitacyjnym lub wypożyczyć oraz starać się o dofinansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia.



Toaleta osoby niesamodzielnej

Higiena i pielęgnacja osoby leżącej

Mycie całego ciała chorego w łóżku dotyczy osób, które ze względu na stan zdrowia nie mogą się myć pod natryskiem lub w wannie.

Jedną z czynności opiekuńczych jest pielęgnacja ciała osoby niesamodzielnej. Właściwa toaleta ciała wpływa na lepsze samopoczucie i pozwala zapobiegać zaburzeniom funkcjonowania skóry (takich jak nadmierne wysuszenie, podrażnienia, odleżyny).

Podczas wykonywania toalety ciała pamiętajmy o poszanowaniu godności drugiego człowieka poprzez:

- uzyskanie zgody na wykonanie toalety a następnie informowanie o wykonywanych czynnościach, ich celu i przebiegu,
- zapewnienie intymności i poczucia bezpieczeństwa,
- odsłanianie tylko tych części ciała, które w danej chwili myjemy (dotyczy toalety w łóżku) oraz przykrywanie umytych i osuszonych części ciała, zapobiegając wyziębieniu.

Kolejność czynności przy toalecie całego ciała:

Toaletę całego ciała rozpoczynamy od górnych części ciała w kierunku dolnych:

- toaleta jamy ustnej,
- golenie (u mężczyzn),
- kończyny górne (kierunek mycia kończyn górnych – od pachy w kierunku dłoni),
- dekolt i klatka piersiowa,
- głowa – oczy i twarz, uszy, szyja,
- toaleta intymna (kierunek mycia od przodu do tyłu),
- brzuch,
- kończyny dolne (kierunek mycia kończyn dolnych – od stopy w kierunku pachwiny),
- plecy i pośladki, czesanie, czyszczenie paznokci

Higiena jamy ustnej

Toaletę jamy ustnej należy wykonać po każdym posiłku (nie rzadziej niż 3x dziennie).

Należy przygotować:

- ręczniki jednorazowe,
- pojemnik na protezy zębowe
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- miseczkę plastikową
- miękką szczoteczkę do zębów,
- pastę do zębów,
- kubek,
- szpatułki z nawiniętą gazą,
- ręcznik,
- gaziki
- pojemnik na odpady.

Technika mycia jamy ustnej:

- ułożenie osoby w pozycji półwysokiej lub wysokiej
- założenie rękawiczek jednorazowego użytku,
- rozłożenie ręcznika pod brodą i wokół szyi chorego,
- usunięcie wydzieliny nagromadzonej w jamie ustnej za pomocą zwilżonego gazika,

- nałożenie pasty na suchą szczoteczkę (aby zapobiec niebezpieczeństwu zakrztuszenia spienioną pastą lub wodą u osób z zaburzeniami świadomości, zęby należy czyścić samą szczoteczką),
- wypłukanie jamy ustnej (tylko u osób przytomnych),
- osuszenie twarzy,
- natłuszczenie warg.

Pielęgnacja włosów i skóry głowy

Należy przygotować:

- nieprzemakalne podkłady lub basen do mycia głowy
- dzbanek lub butelkę z ciepłą wodą do płukania włosów,
- rynienkę z folii i ręczników,
- ręczniki,
- szampon,
- suszarkę,
- grzebień,
- rękawiczki jednorazowe.



Technika mycia włosów:

- ułożenie osoby w bezpiecznej i wygodnej pozycji – pod barki wsuwamy poduszkę, podłożenie pod głowę i ramiona nieprzemakalnego podkładu lub specjalnego basenu
- założenie jednorazowych rękawiczek,

- zwilżenie włosów chorego i naniesienie szamponu,
- mycie głowy przez delikatne wmasowywanie szamponu opuszkami palców,
- płukanie przez stopniowe polewanie wodą z dzbanka,
- osuszenie włosów ręcznikiem, suszarką,
- uczesanie włosów

Higiena ciała

Przygotowanie przyborów i środków do wykonania toalety:

- zapewnienie odpowiedniej temperatury w pomieszczeniu (22-26°C) – zamknięcie okien, wyłączenie wentylatorów,
- podkłady,
- pieluchy,
- bielizna pościelowa,
- czysta bielizna osobista,
- rękawiczki jednorazowe,
- delikatny preparat myjący
- 2 miski (górna i dolna część ciała),
- 2 myjki lub gąbki (najlepiej w różnych kolorach),
- 2 ręczniki do górnej i dolnej części ciała,
- ciepła woda zbliżona do temperatury ciała (np. w dzbanku),

Pielęgnacja twarzy

- rozłożenie ręcznika pod głowę,
- umycie oczu (od kącika zewnętrznego do wewnętrznego)
- twarzy, uszu i szyi,
- opłukanie i osuszenie.

Mycie kończyn górnych

- położenie ręcznika pod kończynę „dalszą” od swojej strony,
- umycie strony wewnętrznej przedramienia i ramienia, następnie w takiej samej kolejności strony zewnętrznej,

- uniesienie kończyny chorego i umycie pachy,
- na końcu umycie dłoni,
- osuszenie umytej skóry.

Mycie klatki piersiowej i brzucha

- zabezpieczenie przykrycia,
- dokładne umycie i osuszenie klatki piersiowej ze szczególnym zwróceniem uwagi na skórę pod piersiami u kobiet (miejsca narażone na powstawanie odparzeń),
- okrycie osuszonej klatki piersiowej ręcznikiem,
- dokładne umycie i osuszenie brzucha oraz fałd skórnych brzucha kobiet (miejsca narażone na powstawanie odparzeń).

Mycie pleców i pośladków

- jeżeli stan osoby na to pozwala, należy pomóc mu usiąść,
- jeżeli osoba nie może usiąść, należy pomóc ułożyć się na boku,
- rozłożyć gruby ręcznik wzdłuż pleców i pośladków,
- mycie kolejno pleców w kierunku pośladków i szpary pośladkowej,
- okolice intymne myjemy od spojenia łonowego w kierunku szpary pośladkowej,
- opłukanie i dokładne osuszenie pleców w tej samej kolejności,
- po umyciu – położenie osoby na plecach i przykrycie.



Pamiętajmy o tym, że regularna toaleta jest bardzo istotna i powinna być wykonywana zgodnie ze stanem osoby niesamodzielnej i jego przyzwyczajeniami.

Obcinanie paznokci

U osób niesamodzielnych obowiązkowa jest pielęgnacja paznokci u rąk, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych. Paznokcie powinny być obcinane na prosto bez zaokrąglania krawędzi w celu zapobieganiu wrastania paznokci w tkankę skórną.



PAMIĘTAJ! Poranna toaleta oraz mycie powinno być dokładne i obejmować całe ciało (przynajmniej raz w tygodniu należy przewidzieć kąpiel w wannie lub pod prysznicem). W przypadku suchej i łuszczącej się skóry, należy stosować preparaty nawilżające, pozwalające przywrócić równowagę hydro-lipidową naskórka.

Toaletę miejsc intymnych powinno się wykonywać przynajmniej raz dziennie, oraz każdorazowo po zanieczyszczeniu się wskutek wypróżnień. Jest to czynność dość intymna i krępująca, dlatego należy zapewnić choremu poczucie bezpieczeństwa i intymności. Jeżeli chory jest w stanie wykonać czynność samodzielnie rolę opiekuna jest jedynie dyskretna i taktowna pomoc.

Technika zakładania pieluchomajtek

Założ rękawiczki jednorazowego użytku. Podłóż pod pośladki podkład higieniczny. Stań z brzegu łóżka i zegnij w kolanie jedną z nóg osoby niesamodzielnej.



PAMIĘTAJ! Jeśli stoisz po prawej stronie chorego, zegnij jego lewą nogę, jeśli stoisz po jego lewej stronie – zegnij nogę prawą.

Obróć chorego na bok w kierunku od siebie i po dokonaniu czynności pielęgnacyjnych oraz zabezpieczeniu skóry kremem ochronnym podłóż z tyłu pod chorego rozłożone wcześniej pieluchomajtki.



PAMIĘTAJ O tym, aby podwinąć skrzydło pieluchomajtek, co umożliwi wyjęcie ich spod chorego po jego obróceniu na plecy.

Położ chorego na plecach, wyprostuj jego nogi i wyciągnij podwinięte skrzydło pieluchomajtek. Wyciągnij przednią część pieluchomajtek i dopasuj ją do krocza.



Umocuj pieluchomajtki za pomocą elastycznych przylepcorzepów, zaczynając od dolnego zapięcia, które przyczep lekko skośnie do góry. Po umocowaniu dolnych zapięć, umocuj górne przylepcorzepey, dopasowując pieluchomajtki do talii.



Po zapięciu pieluchomajtek upewnij się, czy pielucha dobrze leży i przylega do ciała, czy falbanki nie są zwinęte i czy w żadnym miejscu pielucha nie wpija się w ciało.

Zużyte pieluchomajtki zwiń i wyrzuć do kosza na odpady. Nie wyrzucaj zużytego wyrobu do toalety.



PAMIĘTAJ! Niewłaściwie założone pieluchomajtki mogą spowodować:

- otarcia i podrażnienia skóry chorego, zwłaszcza jeśli rozmiar jest źle dobrany,
- wyciekanie moczu, a w konsekwencji zabrudzenie ubrania chorego i pościeli,
- niewygodę chorego i pogorszenie jego samopoczucia.

Sprzęt pomocny przy utrzymaniu higieny chorego w łóżku:

- basen i pojemnik na mocz,
- podkłady ochronne.

Profilaktyka odleżyn

Jak dochodzi do powstania odleżyny?

Odleżyna powstaje w wyniku długotrwałego ucisku na skórę i tkankę podskórną, co powoduje zamknięcie naczyń doprowadzających krew, następnie doprowadza do niedokrwienia tkanek. Powodem tego stanu jest brak dopływu tlenu i składników odżywczych. Dochodzi do zwolnienia przemiany komórkowej, a w przypadku przedłużania się powyższego stanu do śmierci komórki i powstania odleżyny. W początkowym etapie objawy niedokrwienia są prawie niewidoczne.

W kolejnym etapie tworzenia się odleżyny powstaje lekkie zaczerwienienie, następnie w miejscu zaczerwienienia powstaje rana, która jeżeli nie jest odpowiednio leczona powiększy się i pogłębi. W stanie zaawansowanym rana ta może sięgać do mięśni, stawów i kości. Nowoczesne metody

Nowoczesne metody leczenia odleżyn opierają się na zapewnieniu wilgotnego środowiska (nowoczesne specjalistyczne opatrunki).

Leczenie odleżyn jest długotrwałe i uciążliwe. Rany odleżynowe często utrudniają lub uniemożliwiają prowadzenie rehabilitacji, dlatego tak ważne jest im zapobieganie.

Czynniki ryzyka wystąpienia odleżyn:

- unieruchomienie,
- wiek powyżej 70 lat,
- stan skóry (nadmierna suchość lub wilgotność, urazy, infekcje),
- stan odżywienia (niedożywienie, odwodnienie),
- nietrzymanie stolca i moczu,
- przewlekłe schorzenia współistniejące (cukrzyca, niedokrwistość, choroby neurologiczne).

Zapobieganie odleżynom jest jedną z podstawowych zasad pielęgnacji osób obłożnie chorych. Te trudno gojące się rany najczęściej pojawiają się:

- ułożenie w pozycji bocznej – w okolicy kostek, kolan, krętarza kości biodrowej, barku, za uszami i w okolicy wyrostka sutkowego,
- ułożenie w pozycji grzbietowej: w okolicy pięt, kości guzicznej, krzyżowej, łopatek, potylicy, na małżowinach usznych,
- ułożenie w pozycji brzusznej: w okolicy kostek, kolan i mostka.



PAMIĘTAJ! Aby zapobiec powstawaniu odleżyn:

- zmieniaj pozycję osoby co ok. 2 godziny
- ułóż osobę na materacu przeciwodleżynowym
- zastosuj w łóżku materiały pomocnicze takie jak: wałki, krążki, podpórki, kliny
- dokładne ściel łóżko, aby nie pozostawić fałdów i zmarszczek
- usuń spod osoby szwy, guziki i zanieczyszczenia
- obserwuj skórę przynajmniej 1 raz dziennie
- dokładnie, delikatnie osuszaj skórę, szczególnie w okolicach fałdów i miejsc narażonych

na ucisk

● nawilżaj skórę



Zasady pielęgnowania skóry:

- skórę należy myć codziennie ciepłą wodą, stosując delikatne środki oczyszczające, które nie wysuszają skóry,
- należy dokładnie, delikatnie osuszyć skórę po każdorazowej toalecie,
- umytą i osuszoną skórę należy nawilżyć i natłuścić, co pozwoli utrzymać jej odpowiednie nawilżenie. W tym celu można zastosować maści, kremy, balsamy, oliwki, olejki
- fałdy skórne po wysuszeniu można oddzielić talkiem (na brzuchu, pod piersiami),
- miejsca narażone można delikatnie oklepywać,
- w przypadku nietrzymania kału, moczu warto zastosować pieluchomajtki zapewniające kontakt skóry z suchą powierzchnią,
- bielizna pościelowa i osobista powinna być wykonana z naturalnych materiałów, pozbawiona zgrubień, guzików, nie krochmalona.

Karmienie osób niesamodzielnych

Jak ułatwić choremu jedzenie?

- przy trudnościach w posługiwaniu się sztućcami – podajemy tylko łyżkę
- jeżeli chory jest leżący należy ułożyć go w pozycji półleżącej podkładając coś pod głowę i łopatki lub przy możliwości elektrycznego łóżka ustawić w takiej pozycji
- ułatwiającym spożycie posiłku w łóżku jest korzystanie ze stolika „przyjaciela”



- unikaj podawania jedzenia na kilku talerzach (np. oddzielnie surówka, chleb itp.).
- aby ułatwić choremu spożywanie pokarmu, zamiast talerza płaskiego podaj głęboki.
- kubeczek (nie szklanka) powinien mieć duże, wygodne do uchwycenia ucho.
- jeśli osoba niesamodzielna nie potrafi pić powoli i krztusi się, korzystaj z kubeczka z lejkiem lub specjalną strzykawką
- jeśli osoba ma trudności z odgryzaniem kęsów, pokrój na małe kawałki i poukładaj na talerzu lub dużej plastikowej tacy. Chory będzie miał wówczas możliwość samodzielnego jedzenia bez potrzeby używania sztućców.
- posiłki powinny mieć odpowiednią temperaturę – nie mogą być lodowate (prosto z lodówki) ani zbyt gorące,
- osoba niesamodzielna nie może być zmuszana do szybkiego przyjmowania pokarmu, nie można go też karmić „na siłę”, gdy odmawia jedzenia

Z uwagi na małą ruchliwość chorych i często podeszły wiek – ich zapotrzebowanie energetyczne jest mniejsze, dlatego trzeba zadbać o właściwe porcje pokarmowe, odpowiednią konsystencję i liczbę posiłków w ciągu dnia.

Posiłki należy podawać regularnie – o tej samej porze. W diecie chorego powinny znaleźć się zarówno produkty białkowe (pochodzenia roślinnego i zwierzęcego), pieczywo (w tym także razowe), jak i jarzyny i owoce. Szczególną uwagę należy poświęcić doborowi rozmaitych warzyw, które są podstawowym źródłem witamin i soli mineralnych.



PAMIĘTAJ! Osoba, którą się opiekujesz musi otrzymać dwa litry płynu dziennie (wliczając w to zupy). Odwodnienie gwałtownie pogorszy jego stan. Bardzo trudną i niebezpieczną sytuacją jest moment, kiedy chory przestaje połykać podawany mu pokarm. Czasami pomaga wtedy delikatny masaż przedniej części szyi, wyzwalający ruchy połykania. Niekiedy jedynym wyjściem pozostaje karmienie przez sondę PEG.

Sonda żołądkowa PEG (perkutaneendoskopische Gastrostomie)

Sonda żołądkowa stosowana jest u osób mających duże problemy z przełykaniem pokarmów, u których karmienie nie jest już możliwe. Zakłada się ją w warunkach szpitalnych endoskopowo przez powłoki brzuszne jako bezpośrednie podłączenie do żołądka, dzięki czemu możliwe jest długoterminowe poza doustne odżywianie. Przez sondę PEG podawane są gotowe mieszanki odżywcze, płyny i leki. To lekarz prowadzący chorego decyduje o ilości otrzymywanych przez niego gotowych pokarmów i płynów.

Pierwsza pomoc przedmedyczna

PIERWSZA POMOC – zespół czynności wykonywanych w razie wypadku, urazu lub nagłego ataku choroby w celu ochrony życia lub zdrowia poszkodowanego oraz zminimalizowania niekorzystnych następstw, zanim możliwe będzie udzielenie specjalistycznej pomocy medycznej.

Wykonanie podstawowych czynności mających na celu ratowanie zdrowia lub życia.

Głównym celem udzielenia pierwszej pomocy jest ratowanie życia i zdrowia poszkodowanego poprzez: podtrzymanie czynności życiowych, ograniczanie skutków obrażeń lub nagłych zachorowań, zapewnienie bezpiecznej pozycji oraz przygotowanie do dalszego postępowania lekarskiego.

Najważniejsze zasady, którymi musimy się kierować przy udzielaniu pierwszej pomocy:

- natychmiast ustalamy przyczynę wypadku bądź pogorszenia stanu zdrowia,
- jeśli zachodzi taka konieczność, eliminujemy czynnik zagrażający życiu (np. usuwamy przygniatający przedmiot),
- sprawdzamy tętno i oddech oraz przytomność

Przystąpienie do działań ratowniczych powinniśmy rozpocząć tak szybko, jak to możliwe, udzielając następującej pomocy.

W przypadku:

- ataku padaczki – zabezpieczamy głowę poszkodowanego i układamy go w bezpiecznej pozycji, nie wkładamy niczego do ust i nie dajemy nic do picia; wzywamy pogotowie.
- osoby nieprzytomnej – układamy nieprzytomnego w pozycji bocznej ustalonej, sprawdzamy drożność dróg oddechowych i wzywamy pogotowie.
- osoby nieprzytomnej nieoddychającej – wzywamy pogotowie; czekając na pomoc sprawdzamy drożność dróg oddechowych i przeprowadzamy akcję reanimacyjną (powtarzamy 30 uciśnień klatki piersiowej – 2 wdechy – 30 uciśnień – 2 wdechy, cykl ten kontynuujemy do przyjazdu pomocy medycznej).
- osoby czującej się źle lub omdlonej – kładziemy na płaskim podłożu, podnosimy jego nogi powyżej poziomu serca i kontaktujemy się z pogotowiem lub lekarzem prowadzącym.
- zranienia – tamujemy krwotok, zabezpieczamy ranę jałowym opatrunkiem (jałową gazą), bandażujemy ranę i kontrolujemy ogólne samopoczucie zranionego. W przypadku poważnych zranień wzywamy pogotowie.

Pozycja bezpieczna (boczna ustalona) stosowana u osób nieprzytomnych oddychających.



Pozycja boczna powinna być stabilna, jak najbliższa ułożeniu na boku z odgięciem głowy i brakiem ucisku na klatkę piersiową, by nie utrudniać oddechu.

Aby ułożyć poszkodowanego w pozycji bocznej ustalonej należy wykonać następujące czynności:

1. Jeśli poszkodowany nosi okulary - należy je zdjąć,
2. Uklęknij przy poszkodowanym i upewnij się, że poszkodowany leży na plecach i obie nogi są wyprostowane,
3. Rękę poszkodowanego bliższą Tobie ułóż pod kątem prostym w stosunku do ciała, a następnie zegnij w łokciu pod kątem prostym tak, aby dłoń ręki była skierowana do góry,



4. Swoją ręką złap za dalszą kończynę dolną na wysokości kolana i zegnij nogę w kolanie, nie odrywając stopy poszkodowanego od podłoża,



5. Rękę dalszą poszkodowanego przełóż w poprzek klatki piersiowej i przytrzymaj stroną grzbietową przy bliższym tobie policzku,



6. Przytrzymując dłoń dociśniętą do policzka, pociągnij za dalszą kończynę dolną tak, aby poszkodowany obrócił się na bok w twoim kierunku,



7. Odchyl głowę do tyłu, aby poprawić drożność dróg oddechowych i ułatwić oddychanie poszkodowanemu.



8. Oceń oddech oraz monitoruj stan poszkodowanego.

Wzywamy pogotowie

- Po ustaleniu stanu poszkodowanego wzywamy pogotowie oraz udzielamy pierwszej pomocy - kolejność wykonywania tych czynności zależy od przypadku
- W oczekiwaniu na przyjazd pogotowia sprawdzamy drożność dróg oddechowych. Jeżeli chory nie oddycha - przeprowadzamy akcję reanimacyjną (należy powtarzać cykl: 30 uciśnieć klatki piersiowej - 2 wdechy - 30 uciśnieć - 2 wdechy i kontynuować go do przyjazdu pomocy medycznej).
- Wzywając pogotowie, przekazujemy niezbędne informacje:
 - Co się wydarzyło
 - Dokładne miejsce gdzie się znajdujemy - adres
 - Jak się czuje poszkodowany - czy jest przytomny, czy oddycha?
 - Kim jest poszkodowany (imię, nazwisko, wiek, na jakie choroby cierpi)
 - Kto zgłasza zdarzenie/wypadek (imię i nazwisko Opiekunki/Opiekuna)?

Przemieszczanie osoby niesamodzielnej

Wskazówki dla opiekuna:

- Przed rozpoczęciem przemieszczania sprawdź czy miejsce docelowe jest wolne od przeszkód i usuń je w razie potrzeby.
- Ustaw się w lekkim rozkroku, z jedną nogą wysuniętą lekko do przodu w celu zwiększenia podstawy oparcia.



- Oceń i porównaj wagę osoby niesamodzielnej oraz własne możliwości wykonania czynności,
- Wykorzystaj możliwości psychoruchowe osoby niesamodzielnej, co zmniejszy obciążenie i przyspieszy proces jego rehabilitacji
- Wyjaśnij osobie co chcesz zrobić i poproś o współpracę (należy odpowiedzieć choremu, jak może nam pomóc, co on powinien zrobić).
- Obciążenie kręgosłupa powinno być symetryczne i równomierne.
- Ciężkie przedmioty należy podnosić uginając kolana, a nie pochylając się i zginając kręgosłup. Podnoszenie z prostymi nogami jest energooszczędne, gdyż angażuje mniej mięśni, ale bardziej obciąża kręgosłup.



- Ciężkie rzeczy należy przenosić z wyprostowanym kręgosłupem oraz z szeroko rozstawionymi stopami i łokciami położonymi blisko ciała.
- Odległość pomiędzy przenoszonym ciężarem a pionową osią ciała, powinna być jak najmniejsza (należy podchodzić jak najbliżej jeśli jest to możliwe)
- Przy podnoszeniu osoby niesamodzielnej lub innej rzeczy z poziomu podłogi, stopy należy ustawić w pewnej odległości od siebie, aby przyjąć stabilną postawę
- Podczas wykonywania długotrwałej pracy w niewygodnej pozycji (duże obciążenie statyczne), np. podczas karmienia osoby należy starać się usiąść przy jego łóżku.
- Podczas przemieszczania należy zastosować mocny chwyt używając całych dłoni, a nie tylko palców. Należy być przygotowanym na nagłe zmiany kierunku przenoszenia, spowodowane przemieszczeniem się masy ciała osoby niesamodzielnej.



PAMIĘTAJ!

- Należy unikać wykonywania nagłych ruchów i szarpnięć, gdyż właśnie wtedy istnieje największe niebezpieczeństwo urazu.
- Nie wolno chwycić chorego pod pachy – może to prowadzić do urazu w kręgosłupie opiekuna lub uszkodzić splot barkowy osoby niesamodzielnej
- Podczas przemieszczania, nie można pozwolić choremu chwycić za szyję – grozi to urazem kręgosłupa szyjnego u opiekuna.
- Żadnych czynności nie należy wykonywać na siłę. Przy utrzymującej się dużej bolesności zniechęcają one osobę niesamodzielną do współpracy i pobudzania aktywności.
- Podczas dźwigania należy unikać pochylen na boki i skrętów tułowia.

Rodzaje i techniki przemieszczania osób niesamodzielnych

Przez „przemieszczanie” osoby rozumiemy: podtrzymywanie, podnoszenie, opuszczanie, pchanie lub ciągnięcie

Ustalenie właściwej techniki przemieszczania osoby niesamodzielnej zależy od:

- możliwości fizycznych osoby niesamodzielnej (osłabienie lub przykurcze u chorego),
- stanu ogólnego (po zabiegu operacyjnym, po wypadku),
- rozumienia poleceń (silne otępienie),
- jednostki chorobowej (po udarze lub z zawrotami głowy),
- rozmiaru masy ciała (otyły a szczupły).

Należy zaznaczyć, że:

- ciała osób niesamodzielnych charakteryzują się asymetrycznym rozkładem wagi oraz nie posiadają obszarów dla stabilnego uchwytu. W związku z tym trudno będzie opiekunowi utrzymać masę ciała osoby przy własnym ciele,
- osoby niesamodzielne mogą być pobudzone, agresywne lub współpracować w ograniczonym stopniu, co może zwiększyć ryzyko urazów,
- otoczenie, w którym sprawowana jest opieka, może wymagać dostosowania do osoby wymagającej opieki (np. zamiast wanny prysznic lub przemeblowanie pokoju),

- istotne jest również dopasowanie sprzętu wspomagającego przemieszczanie osób niesamodzielnych do pomieszczeń.

Technika ręcznego obracania na bok

- zawsze należy obracać osobę niesamodzielną w swoim kierunku (jeżeli tylko jest to możliwe),



- obręcz biodrowa i barkowa powinna jednocześnie zmieniać ułożenie (zabezpiecza to przed urazem kręgosłupa osoby niesamodzielnej),
- kończyny dolne osoby niesamodzielnej są ugięte w celu zmniejszenia dźwigni i oparte o łóżko, a gdy się nie zginają, powinny być proste, skrzyżowane,
- głowa powinna być obracana w stronę zamierzonego ruchu przed jego rozpoczęciem, osobę należy chwycić za łopatkę i talerz biodrowy lub ewentualnie za kolano,



- kończyna górna strony, na którą obracana jest osoba, powinna być umieszczana poza torem ruchu,
- postawa osoby obracającej – proste plecy, w miarę możliwości jedna noga na podwyższeniu lub kolano oparte o łóżko w celu zmniejszenia obciążenia, ewentualnie kolano mocno dociśnięte do brzegu łóżka.

PAMIĘTAJ!

- Po zabiegach operacyjnych endoprotezoplastyki stawu biodrowego osoba niesamodzielna obracana jest na stronie zdrowej (przez okres około 3 miesięcy) najlepiej z klinem między nogami.
- Osoba niesamodzielna ze złamaniem kości udowej może być obracana na stronie złamania.
- Osoby po udarze nie powinno się ciągnąć za ręce. Obrót najlepiej wykonać przez bok, który objęty jest niedowładem po udarze w celu większej stymulacji.

Techniki ręcznego przemieszczania chorego w łóżku: góra - dół

Sposób ręcznego przemieszczania chorego przez jedną osobę



Najbezpieczniej jest przemieszczać osobę niesamodzielną na podkładzie obejmującym obręcz barkową i biodrową, najlepiej wraz z głową. Podkład umieszczany jest pod osobę przez obrót na bok i wsunięcie ww. podkładu.



- nogi osoby najlepiej aby były zgięte i oparte o materac;
- opiekun chwytając osobę za przedramiona przekładając ręce pod barkami;
- napinając mięśnie brzucha i opierając uda o łóżko można podciągnąć osobę w górę.

Sposób ręcznego przemieszczania chorego przez dwie osoby



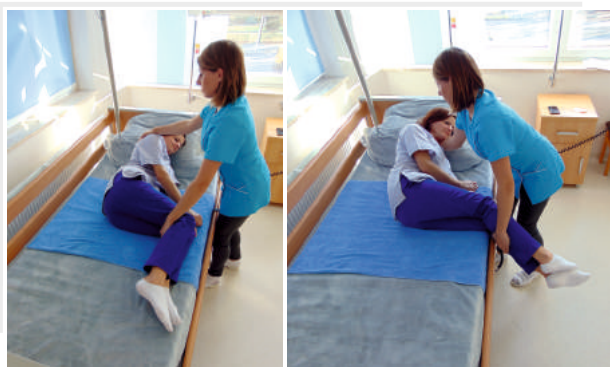
- nogi osoby niesamodzielnej powinny być ustawione w zgięciu i oparte o materac;
- osoby przenoszące stoją naprzeciw siebie;
- ręce mają ułożone w okolicy miednicy i łopatek chorego, trzymając za podkład
- nogi szeroko rozstawione i oparte o łóżko. Pomocne jest oparcie się udami o brzeg łóżka;

- w celu dodatkowego odciążenia, osoby podnoszące mogą zetknąć się czołami;
- lekkie uniesienie bioder chorego i spokojne przesunięcie w górę lub w dół łóżka;
- osoby przenoszące przesuwają się wraz z chorym;
- jeżeli chory może pomóc, odpycha się nogami.

Przemieszczanie na jeden z brzegów łóżka

- dopasuj wysokość łóżka do własnego wzrostu;
- przeniesienie rozłoż na trzy etapy: nogi – środek tułowia – barki;
- kończyny dolne osoby powinny być przesunięte w wybranym kierunku;
- kolano osoby przenoszącej, od strony bliższej łóżka, oparte jest o łóżko;
- podciąg chorego przy wykorzystaniu własnego ciężaru. Podczas podnoszenia należy używać mięśni nóg i bioder zamiast mięśni górnej połowy ciała;
- wspólnie z chorym (w miarę jego możliwości) unieś minimalnie biodra i przesun w zamierzonym kierunku;
- poproś chorego o spojrzenie na własne stopy. Zwiększy to napięcie mięśni brzucha, prowadząc do lepszej współpracy.

Technika ręcznego sadzania osoby niesamodzielnej ze zwieszonymi nogami bezpośrednio z pozycji leżącej



- chwycić jedną ręką (pod barkami) stabilizując jednocześnie głowę, a drugą pod uda.
- stań blisko łóżka na szeroko rozstawionych nogach, w celu zapewnienia sobie stabilnej pozycji.

- chwycić łopatkę osoby, łokciem zapewnić stabilizację głowy i odcinka szyjnego kręgosłupa chorego, drugą ręką jednocześnie złapać za kolana.



- jednym, sprawnym ruchem należy unieść tułów chorego, jednocześnie opuszczając nogi na podłogę – ciężar nóg nieco zrównoważy masę tułowia.

Siedzenie

- zapewnij bezpieczne, stabilne podparcie pod plecy.
- podłóż podnózek pod stopy, który zapewnia zgięcie w stawach kolanowych i biodrowych (ok. 90 stopni) zapobiega wyłamaniu kości udowej ze stawu biodrowego (ważne po endoproteoplastyce), jak również uciskowi nerwów i naczyń krwionośnych tylnej strony uda.
- upadkowi do przodu można zapobiec poprzez tzw. „wklinowanie”, osiągnięte dzięki zwiększeniu (powyżej 90 stopni) kąta zgięcia w biodrach.
- w przypadku osłabionej osoby należy po bokach umieścić kliny lub poduszki zabezpieczające pozycję.
- przy porażeniach, ręka powinna być ułożona z przodu, na lekkim podwyższeniu (np. na poduszce znajdującej się na kolanach).

Przemieszczanie ręczne osoby z łóżka na wózek i odwrotnie (zależy od indywidualnych możliwości motorycznych danej osoby niesamodzielnej)



- przemieszczanie zależy od indywidualnych możliwości motorycznych
- osobę niesamodzielną sadzamy na łóżku ze spuszczonej nogami
- wózek należy ustawić po słabszej stronie chorego (np. po stronie porażonej).
- wyjmujemy bok i podnóżki oraz blokujemy koła hamulcami.
- stojąc twarzą do osoby uginamy swoje kolana i ustawiamy je tak, aby obejmowały kolana chorego



- obejmujemy chorego pod jego rękami, chwytając z tyłu za pasek spodni lub pas do przenoszenia i odchylamy się do tyłu, jednocześnie stabilizując kolana chorego swoimi kolanami.
- gdy chory ma stabilny tułów, obejmujemy go swoimi rękami i szybkim ruchem obrotowym przemieszczamy chorego na wózek.



PAMIĘTAJ!

Niewłaдную rękę należy położyć na nogach chorego bądź zabezpieczyć ją w inny sposób.

Korygowanie pozycji siedzącej



- Chory siedzi z rękami splecionymi, nogi umieszczone są pod krzesłem.
- Opiekun stoi za chorym, ugina kolana, utrzymując prosty tułów, opiera kolana o wózek lub o krzesło, wsuwa ręce pod pachy chorego i chwytą go za przedramiona.
- Spokojnym ruchem, prostując kolana unosi chorego do góry, używając ciężaru swojego ciała, a nie siły rąk. Należy utrzymać minimalną odległość od chorego i pilnować, aby ruch odbywał się w pionie.



PAMIĘTAJ!

Kręgosłup musi być wyprostowany – odgięcie do tyłu lub zgięcie w biodrach grozi urazem.

Instytucje i organizacje wspierające osoby niesamodzielne

Narodowy Fundusz Zdrowia

Do zakresu działania Narodowego Funduszu Zdrowia należy w szczególności określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Kontakt:



800 392 976, 22 572 60 42



infolinia@nfz.gov.pl



www.nfz.gov.pl

Wykaz oddziałów NFZ w podziale na województwa

<http://www.nfz.gov.pl/new/?katnr=3&dzialnr=2>

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest państwową jednostką organizacyjną, zajmującą się gromadzeniem składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne obywateli oraz dystrybucją świadczeń (np. emerytur, rent, zasiłków chorobowych lub macierzyńskich) w wysokości i na zasadach ustalonych w przepisach powszechnie obowiązujących.

Kontakt:



801 400 987; 22 560 16 00

www.zus.pl



Lista oddziałów ZUS:

<http://www.zus.pl/default.asp?p=2&id=1866>

Ministerstwo Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia to urząd administracji rządowej obsługujący ministra zdrowia. W ramach tej obsługi wykonuje zadania m.in. w zakresie:

- nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia;
- refundacji leków, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
- nadzoru i kontroli nad podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych;
- nadzoru nad wykonywaniem zawodów medycznych;
- opracowywania i koordynowania realizacji programów zdrowotnych;
- organizacji i nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne;
- realizacji zadań związanych z lecznictwem uzdrowiskowym.

Kontakt:



kancelaria@mz.gov.pl



www.mz.gov.pl

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej to urząd administracji rządowej obsługujący ministra pracy i polityki społecznej. W skład Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wchodzi komórki organizacyjne obsługujące sprawy z działu administracji rządowej „zabezpieczenie społeczne”, „praca” i „sprawy rodziny”.

Kontakt:



info@mpips.gov.pl



telefon do centrali: 22 661 10 00



www.mpips.gov.pl

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej to urząd administracji rządowej obsługujący ministra pracy i polityki społecznej. W skład Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wchodzi komórki

organizacyjne obsługujące sprawy z działu administracji rządowej „zabezpieczenie społeczne”, „praca” i „sprawy rodziny”.

Kontakt:



info@mpips.gov.pl



telefon do centrali: 22 661 10 00



www.mpips.gov.pl

Rzecznik Praw Pacjenta

Rzecznik Praw Pacjenta nadzoruje realizowanie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz reaguje w każdej sytuacji, w której prawa pacjenta nie są przestrzegane.

Kontakt:



ogólnopolska bezpłatna infolinia 800 190 590 (czynna pn. – pt. w godz. 9.00 – 21.00)



sekretariat@bpp.gov.pl



www.bpp.gov.pl

Rzecznik Praw Obywatelskich

Rzecznik Praw Obywatelskich jest konstytucyjnym, niezależnym od innych organów i niezawisłym w swojej działalności, organem ochrony prawnej, który działa na podstawie art. 80 i 208–212 Konstytucji oraz ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

Stoi na straży wolności i praw człowieka i obywatela określonych w Konstytucji RP, udziela pomocy ofiarom dyskryminacji.

Rzecznik Praw Obywatelskich

Kontakt:



biurorzecznika@brpo.gov.pl



infolinia obywatelska: 800 676 676



www.rpo.gov.pl

Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych

Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych sprawuje merytoryczny nadzór nad wykonywaniem zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Prowadzi interwencje w sprawach dotyczących osób z niepełnosprawnością.

Kontakt:



sekretariat.bon@mpips.gov.pl



www.niepelnosprawni.gov.pl



(22) 529 06 01 lub (22) 529 06 00

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych jest funduszem celowym, którego środki przeznaczone są na rehabilitację zawodową i społeczną osób niepełnosprawnych.

Kontakt:



22 50 55 500



www.pfron.org.pl

Gminne ośrodki pomocy społecznej/miejskie ośrodki pomocy społecznej



Lista ośrodków pomocy społecznej z podziałem na województwa znajduje się poniżej:

<http://www.politykaspoleczna.gov.pl/index.php?gid=59>

Do największych ogólnopolskich organizacji pozarządowych świadczących m.in. usługi opiekuńcze należą:

Caritas Polska



22 334 85 00



www.caritas.pl



caritaspolska@caritas.pl

Polski Czerwony Krzyż



22 326 12 00,



www.pck.pl



info@pck.org.pl

Oddziały Okręgowe PCK znajdują się na terenie całego kraju

Polski Komitet Pomocy Społecznej



22 621 58 77, 629 37 43



www.pkps.org.pl



rada.naczeln@pkps.org.pl



POMOCNA DŁOŃ

Mościckie Centrum Medyczne sp. z o.o.

33-101 Tarnów, ul. E. Kwiatkowskiego 15

www.mcm.net.pl/pomocnadlon

Infolinia: 14 68 80 599 lub 14 68 80 523

e-mail: pomocnadlon@mcm.net.pl



**Rzeczpospolita
Polska**



MAŁOPOLSKA

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt pn. "Pomocna dłoń" nr RPMP.09.02.03-12-0463/17 współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.