

## Załącznik 2 - Procedury zakładania i prowadzenia KŚO – Regulamin rekrutacji, profile uczestników i deklaracje przystąpienia do projektu

### SPIS DOKUMENTÓW:

1. Regulamin rekrutacji uczestników Klubu Świadomego Opiekuna (KŚO) - opiekunów i osób zależnych
2. Profil osoby zależnej - Informacje opiekuna o chorym
3. Deklaracja osoby zależnej o przystąpieniu do projektu
4. Profil opiekuna osoby zależnej
5. Deklaracja opiekuna o przystąpieniu do projektu

### ZASADY REKRUTACJI OPIEKUNÓW I CHORYCH

#### 1. Regulamin rekrutacji uczestników Klubu Świadomego Opiekuna (KŚO) - opiekunów i osób zależnych

Rekrutacja kandydatów do Klubu Świadomego Opiekuna powinna zostać wykonana we własnym zakresie jako czynność operacyjno-logistyczna.

Na wstępie należy przeprowadzić wywiady środowiskowe m.in. w OPS-ach, klubach seniora, samorządowych radach osiedli, UTW, lokalnej grupie wsparcia dla opiekunów (ngo) oraz w bezpośrednich kontaktach z osobami zainteresowanymi udziałem w zajęciach KŚO (zadanie, projekt, inicjatywa własna opiekunów osób z chorobą otępienną, w tym z chorobą Alzheimera).

Wywiady środowiskowe ma przeprowadzać metodyk ds. osób starszych (członek organizacji zajmującej się osobami niepełnosprawnymi, terapeuta zajęciowy OPS, były opiekun osoby z chorobą otępienną, lekarz neurolog lub geriatra itp.).

Podczas procesu rekrutacji trzeba prowadzić rozmowy z zainteresowanymi rodzinami na temat potrzeb opiekuna oraz osoby zależnej.

Planując działania mające na celu budowanie indywidualnych sieci wsparcia opiekuna i osoby zależnej, trzeba poznać aktualną sytuację zdrowotną, rodzinną i środowiskową odbiorców ostatecznych KŚO („Profil osoby zależnej - Informacje opiekuna o chorym”).

Kwalifikacja uczestników zadania ma wymiar ściśle merytoryczny. Jej celem jest zapewnienie właściwej kwalifikacji uczestników zadania i dopasowanie działań do indywidualnych potrzeb jej użytkowników.

W tym celu niezbędnym jest posiadanie specjalistycznej wiedzy członków Zespołu ds. rekrutacji na temat choroby i złożonej sytuacji opiekunów osób zależnych.

Etapy pracy Zespołu ds. rekrutacji:

1. Spotkanie Zespołu ds. rekrutacji wspólnie z opiekunami i ich osobami zależnymi (członek rodziny lub opiekun z ramienia rodziny).

- Członkowie Zespołu mają odbyć rozmowę z chorymi w obecności ich opiekunów (stworzenie bezpieczeństwa i akceptacji dla chorych).
- Terapeutka zajęciowa wraz z lekarką (neurolog/geriatra/internista) oraz wolontariusze 50+ powinni w tym czasie obserwować chorych pod kątem możliwości udziału w zajęciach KŚO (stopień zaawansowania choroby i jej objawy, zachowania w zespole) wskazane jest nawiązanie kontaktu z poszczególnymi osobami chorymi w celu wysłuchania ich oczekiwań, zwrócenia uwagi na sygnalizowane przez nich potrzeby i obawy itp. (zasada podmiotowości).
- Spotkanie z opiekunami osób zależnych (osoby chore w tym czasie pozostają w odrębnym pomieszczeniu w towarzystwie terapeutki zajęciowej i wolontariuszy). W czasie gdy osoby zależne są pod opieką wolontariuszy i terapeutki przeprowadzić rozmowę z opiekunami osób chorych. Rozmowa ma na celu zapoznanie ich z założeniami funkcjonowania KŚO, w odniesieniu do współpracy z nimi w zakresie organizowania form opieki wytnieniowej oraz tworzenia modelu sieci wsparcia (społecznego, sąsiedzkiego i rodzinnego) wokół osób opiekuna i chorego. Metoda rozmowy grupowej i indywidualnej ma na celu zbadanie gotowości opiekunów do aktywnego włączenia się w planowane działania.
- Opiekunowie osób zależnych mają wypełnić dokument „Profil opiekuna osoby zależnej” na temat potrzeb i upodobań osoby zależnej oraz uzupełnić go o dodatkowe informacje w trakcie rozmowy z członkami Zespołu ds. rekrutacji.

Dokument ten zawiera kompleksową informację niezbędną w toku rekrutacji oraz wspomagającą pracę terapeuty zajęciowego w ramach zajęć z chorymi w Klubie Świadomego Opiekuna.

- Opiekunowie osób chorych mają wypełnić również Kwestionariusz potrzeb opiekuna osoby zależnej, który dostarczy Zespołowi Rekrutacyjnemu niezbędnych informacji o ich sytuacji opiekuńczej, rodzinnej i zawodowej, wskaże główne problemy, z którymi się zmagają oraz określi oczekiwania wobec udziału w KŚO.

2. Praca Zespołu ds. rekrutacji ma na celu wyłonienie spośród kandydatów opiekunów i ich podopiecznych, którzy zgodnie z założeniami Regulaminu rekrutacji, kwalifikują się do pracy w ramach Klubu Świadomego Opiekuna.

- Opiekunowie – wiek 40+
- Podopieczni -na wczesnym i średnim etapie choroby , wiek 60 +

3. Ustalenie listy uczestników KŚO, w tym listy rezerwowej.

- Możliwość włączenia, na wstępnym etapie zajęć grupowych dla osób chorych, 1-2 osób z listy rezerwowej, celem ostatecznej weryfikacji uczestników spełniających założenia projektowe.

4. Ogłoszenie wyników rekrutacji drogą bezpośredniej rozmowy z uczestnikami rekrutacji do 14 dni .

Skład Zespołu ds. rekrutacji uczestników innowacji (opiekunów i osób zależnych):

1. Przewodnicząca: ..... geriatra/neurolog/internista, pracownik DPS, Klubu Seniora itp.
2. Z-ca przewodniczącej: ..... uwolniona opiekunka osoby chorej, 2

metodyk ds. osób starszych i/lub niepełnosprawnych

3. Członek zespołu:.....terapeutka zajęciowa

## 2. Profil osoby zależnej - Informacje opiekuna o chorym

.....- lat ... , chora na Alzheimerera – leczona od ... lat

Szanowni Państwo,

W trosce o jak najlepszą opiekę nad podopiecznym **Klubu Świadomego Opiekuna** prosimy o przekazanie nam informacji o trudnościach występujących w opiece nad chorym, oraz jego upodobaniach.

Informacje te pomogą nam zaspokoić potrzeby osoby chorej oraz uzyskać zadowolenie opiekuna, który poleca nam czasowe przejęcie opieki nad swoim podopiecznym.

### ● **Przyjmowane leki:**

- .....
- .....
- .....

### ● Często uskarża się na:

- .....
- .....
- .....

### ● **Sprawowanie opieki (propozycje do zakreślenia/uzupełnienia):**

- Na polecenia reaguje z opóźnieniem i często wymaga powtórzenia wypowiedzi (jakby się zamyślała, problemy ze zrozumieniem innych, inne .....

.....)

- Ma znaczne problemy z pamięcią, szczególnie chwilową
- Miewa zaburzenia koordynacji ruchowej (np. trzęsienie rąk, inne .....

.....)

- Wymaga pomocy w uzyskaniu orientacji przy poruszaniu się po obiekcie np. nie zapamiętuje drogi powrotnej, może zabłądzić idąc do toalety
- Często zatracza poczucie czasu
- Wymaga stałego nadzoru, szczególnie podczas czynności związanych z myciem i ubieraniem się (np. sama nie podejmuje czynności związanych z utrzymywaniem higieny, nie umie dostosowywać ubioru do temperatury, inne .....

.....)

- Nie radzi sobie z wykonywaniem poleceń/prośb

### ● **Wyżywienie (do zakreślenia):**

- Nie jest wybredna,
- Nie ma przeciwwskazań w przyjmowaniu posiłków,
- Lubi słodkie,
- Sama w zasadzie nie sygnalizuje uczucia głodu i pragnienia.
- Toleruje potrawy niedosłodzone i niedocukrzone
- Nie powinna pić/jeść .....

**Upodobania (do zakreślenia)**

- Lubi towarzystwo,
- Posiada poczucie humoru,
- Chętnie uczestniczy w ćwiczeniach ruchowych
- Lubi tańczyć, śpiewać,
- Lubi słuchać muzyki, czytania literatury
- Uspakaja ją malowanie rysunków
- Pod kierunkiem lub w grupie wykonuje różne prace plastyczne
- Chętnie włącza się do czynności domowych
- Lubi wykonywać proste czynności wymagające żmudnego powtarzania np. układanie bielizny, woreczków z folii, czy selekcjonowanie elementów np. kolorowych kulek, fasoli itp.,
- We współpracy z drugą osobą włącza się w rozwiązywanie krzyżówek
- Ogląda TV, szczególnie teleturnieje, telenowele, audycje muzyczne
- Odczytuje wskazania zegara z pewnymi trudnościami
- Lubi sobie poleżeć w ciągu dnia
- Lubi chodzić na spacer

**Objawy, których nasilenie jest zmienne (do zakreślenia):**

- Lepiej funkcjonuje rano niż wieczorem,
- Częstotliwość korzystania z łazienki
- Korzysta z pampersów
- Upór i brak współpracy
- Zobojętnienie i apatia
- Dezorientacja i zakłopotanie
- Ukrywanie przedmiotów, bezwiedne zabierania rzeczy uważanych za swoje
- Zachwiania równowagi
- Brak umiaru w spożywaniu (pnie kontrolowane poczucia głodu/brak łaknienia)

● **Inne, nie wskazane powyżej**

.....

.....

.....

.....

.....

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji..... (nazwa Waszego projektu).

**Dziękujemy za wypełnienie informacji o Państwa Podopiecznym**

### 3. Deklaracja osoby zależnej o przystąpieniu do projektu

Ja, niżej podpisana/y deklaruje chęć przystąpienia do projektu **Klub Świadomego Opiekuna – tworzenie indywidualnych sieci wsparcia opiekuna osoby z chorobą otępienną, w tym z chorobą Alzheimera.**

Rodzaj proponowanego wsparcia:

Fachowa terapia uaktywniająca pamięć, podtrzymująca funkcje poznawcze i wykorzystująca posiadane kompetencje życiowe oraz poprawiająca kondycję fizyczną osób chorych ..... dni w tyg. po ..... godz.

Zaspokojenie indywidualnych potrzeb osoby zależnej:

- Dostęp do pomieszczeń spełniających potrzeby osób zależnych podnoszących jakości życia oraz sprawność psychiczną i fizyczną (świetlica z aneksem kuchennym, sala rehabilitacyjna, wypoczynkowa, wiata na wolnym powietrzu, teren zielony wokół DPS).
- Objęcie osób zależnych różnymi formami terapii zajęciowej t.j.: muzykoterapia, choreoterapia, arteterapia – terapia sztuką, silwoterapia (kontakt z przyrodą, naturą i świeżym powietrzem), ergoterapia (środek leczniczy, który dzięki różnorodności metod i materiałów terapeutycznych pozwala choremu nauczyć się jak największej samodzielności, niezależności i aktywności) np. nauka czynności życia codziennego, aktywizowanie ich do pomocy np. nakrywania do stołu, porządkowania materiałów do terapii zajęciowej, leczenie pracą np. w ogrodzie przy pielieniu kwiatów), zajęcia grupowe (ćwiczenia usprawniające pamięć i inne procesy poznawcze, gry i zabawy, które uczą i pozwalają na oderwanie się od codziennych trosk),
- Objęcie osoby zależnej innowacyjnymi formami terapii zajęciowej, w tym zajęciami terapeutycznymi, z wykorzystaniem nie infantylizujących materiałów pomocniczych np. zindywidualizowane fotoalbumy, czy puzzle dla osób zależnych.

Zabezpieczenie uczestnikom terapii cateringu.

Oświadczam, że

- jestem w wieku powyżej 60 lat
- zapoznałem się z założeniami projektu i zobowiązuje się do przestrzegania zasad współpracy oraz do aktywnego uczestnictwa w działaniach projektowych

....., dnia ..... własnoręczny podpis .....

## Dane osobowe

Imię i Nazwisko
Data urodzenia:
Miejsce zamieszkania:
Numer telefonu:
Adres e-mail

W związku z przystąpieniem do projektu ..... przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest  
.....
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji.... (nazwa Waszego projektu).

....., dnia.....własnoręczny podpis

## ROZPOZNANIE I OPIS POTRZEB OPIEKUNÓW

### 4. Profil opiekuna osoby zależnej

W związku z uczestnictwem Pani/Pana w procesie rekrutacji do projektu mającego na celu organizowanie form opieki wytchnieniowej dla opiekunów osób chorych na choroby otępienne, w tym chorobę Alzheimera, prosimy o zaznaczenie właściwych odpowiedzi lub udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania.

Udzielone odpowiedzi pozwolą nam uzyskać informacje dotyczące Pana/Pani potrzeb, oczekiwań, a nas zainspirują w podejmowaniu skutecznych działań w kierunku ich zaspokajania.

**1. Imię i nazwisko .....**

**2. Stopień pokrewieństwa opiekuna do osoby zależnej**

- Rodzic
- Dziecko
- Współmałżonek
- Inne pokrewieństwo .....
- Osoba niespokrewniona .....

**3. Czy jest Pan /Pani głównym opiekunem**

- Tak
- Nie

**4. Jaki jest Pani/Pana status zawodowy:**

- Emeryt
- Rencista
- Osoba aktywna zawodowo
- Osoba nieaktywna zawodowo

**5. Czy korzysta/-ł Pan/Pani w opiece nad chorym z form wsparcia instytucjonalnego?**

- Opiekunka socjalna
- Opiekunka społeczna
- Rehabilitant
- Wsparcie finansowe MOPS, ROPS, PFRON itp.
- ZOL, DPS, domu dziennego pobytu itp.
- .....
- .....

**6. Jakie są Pana/Pani obowiązki wobec chorej/chorego:**

- Całodzienna kompleksowa opieka
- Opieka na odległość (zakupy, kontakt telefoniczny)
- Doraźne wspieranie opiekuna/-ki prawnego/-ej
- Opieka zdrowotna i dawkowanie leków
- Spacery i organizowanie czasu chorego
- .....
- .....

**7. Co sprawia Panu/Pani największą trudność w sprawowaniu opieki nad chorym?**

- Radzenie sobie z emocjami, które towarzyszą opiece nad osobą starszą
- Stres związany z opieką
- Poznanie przyczyn zachowań bliskiej osoby starszej
- brak pomocy ze strony bliskich i instytucji
- brak profesjonalnych usług opiekuńczych np. doraźnych
- Brak czasu dla siebie
- .....
- .....

**8. Jakiego wsparcia Pan/Pani potrzebuje od naszego stowarzyszenia?**

- Sposobów poradzenia sobie z problemami i uporania się z wyzwaniami
- Zrozumienia istoty choroby i zachowania osoby zależnej.
- Porad telefonicznych lub drogą elektroniczną.
- Dostępu do poradników
- Korzystaniem z punktu informacyjnego i grup wsparcia
- Opieki wytechnieniowej
- .....

**9. Inne uwagi i spostrzeżenia**

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Dziękujemy Pani/Panu za udział w ankiecie

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji ..... (nazwa Waszego projektu).

## 5. Deklaracja opiekuna o przystąpieniu do projektu

Ja, niżej podpisana/y deklaruje chęć przystąpienia do projektu **Klub Świadomego Opiekuna – tworzenie indywidualnych sieci wsparcia opiekuna osoby z chorobą otępienną, w tym z chorobą Alzheimera.**

Rodzaj proponowanego wsparcia:

Rozpoznanie potrzeb opiekuna osoby zależnej.

Dopasowanie usług Klubu Świadomego Opiekuna do zidentyfikowanych potrzeb opiekuna – wspólne opracowanie planu działania.

W ramach Klubu Świadomego :

- Świadczenie stacjonarnej opieki i objęcie terapią zajęciową osób zależnych od opiekuna - ... dni w tyg. po ..... godz.
- Wsparcie w inicjowaniu działań na rzecz tworzenia modelu indywidualnych sieci wsparcia, w ramach inicjatyw z cyklu: „Razem łatwiej” i „Coś dla siebie”-aktywność wg. indywidualnych potrzeb.

Konsultacje indywidualne mające na celu tworzenie indywidualnego modelu budowania sieci wsparcia dla opieki wytchnieniowej.

Deklaruję aktywny udział w działaniach integracyjno-edukacyjne dla opiekunów:

- grupa wsparcia ... x mieś.,
- punkt Informacyjny (kontakt osobisty, telefoniczny i on - line).
- cykl warsztatowy dotyczący opieki nad osobami zależnymi oraz sieci rodzinno-sąsiedzkiej pod nazwą:  
„Świat opiekuna i chorego po diagnozie” zawierającego tematykę (do dyskusji z opiekunami):  
„Jak radzić sobie z emocjami”,  
„Czas na wytchnienie dla siebie - gdzie szukać pomocy?”, „Budujemy sieć wsparcia”.
- Całodniowy wyjazd

integracyjny. Oświadczam, że

- jestem opiekunem osoby z chorobą otępienną na wczesnym etapie choroby i jestem w wieku powyżej 40 roku życia.
- zapoznałem się z założeniami projektu i zobowiązuje się do przestrzegania zasad współpracy oraz do aktywnego uczestnictwa w działaniach projektowych

....., dnia ..... własnoręczny podpis .....

## Dane osobowe

Imię i Nazwisko
Data urodzenia:
Miejsce zamieszkania:
Numer telefonu:
Adres e-mail

W związku z przystąpieniem do projektu.....przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest  
.....
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji..... (nazwa Waszego projektu).

....., dnia .....własnoręczny podpis