

ZARZĄDZENIE NR 12/2022
Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Grudziądzu
z dnia 28 listopada 2022 r.

w sprawie wprowadzenia Programu terapeutyczno-opiekuńczego Domu Pomocy Społecznej w Grudziądzu.

Na podstawie § 8 ust. 2 pkt 3 Regulaminu organizacyjnego Domu Pomocy Społecznej w Grudziądzu stanowiącego załącznik do Zarządzenia Nr 428/13 Prezydenta Grudziądza z dnia 28 listopada 2013 r.

zarządza się, co następuje:

§ 1

1. Wprowadzam Program terapeutyczno-opiekuńczy Domu Pomocy Społecznej w Grudziądzu, zwany dalej Programem.
2. Zobowiązuję do zapoznania się z treścią niniejszego zarządzenia i stosowania jego zapisów przez wszystkich pracowników zespołów terapeutyczno-opiekuńczych poprzez złożenie oświadczenia, którego wzór stanowi załącznik nr 4 do Programu. Stosowne oświadczenie przechowywane jest w aktach osobowych pracownika.
3. Program dostępny jest u kierowników zespołów terapeutyczno-opiekuńczych, pracowników socjalnych a także w sekretariacie oraz na stronie internetowej jednostki.
4. Mieszkańcy aktualnie zamieszkujący jednostkę, bądź ich przedstawiciele ustawowi oraz osoby nowoprzyjęte mają prawo do zapoznania się z Programem.

§ 2

Uchyła się Zarządzenie Nr 10/2014 Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Grudziądzu z dnia 10.03.2014 roku w sprawie powołania zespołu terapeutyczno-opiekuńczego Domu Pomocy Społecznej w Grudziądzu.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2022 roku.


DYREKTOR
Piotr Lieszke

**PROGRAM
TERAPEUTYCZNO – OPIEKUŃCZY
DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ
W GRUDZIĄDZU**

Grudzień 2022

Spis treści

Wstęp.....	3
I. Zespoły terapeutyczno-opiekuńcze i ich działanie	4
1.1. Funkcjonowanie zespołów terapeutyczno opiekuńczych.	4
1.2. Pracownik adaptacyjny	4
1.3. Pracownik pierwszego kontaktu.....	5
1.4. Indywidualny plan wsparcia.....	7
II. Programy terapeutyczno-opiekuńcze dla Mieszkańców.	8
1.1 Mieszkańcy wymagający pomocy minimalnej	8
1.2. Mieszkańcy wymagający pomocy umiarkowanej.....	9
1.3. Mieszkańcy wymagający pomocy ciągłej.	10
III. Społeczność Domu.	11
IV. Działania kulturalno – oświatowe, rekreacyjne i aktywności fizycznej.	12
V. Współpraca z rodzinami i przedstawicielami ustawowymi Mieszkańców.	13
Podsumowanie	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.

Wstęp

Dom Pomocy Społecznej w Grudziądzu jest placówką pomocy społecznej przeznaczoną dla osób przewlekle psychicznie chorych i przewlekle somatycznie chorych. W celu określenia indywidualnych potrzeb mieszkańca oraz świadczonych usług powołane są w tym celu zespoły terapeutyczno-opiekuńcze, w skład których wchodzi przede wszystkim pracownicy Domu. Do podstawowych zadań zespołów terapeutyczno-opiekuńczych należy opracowanie indywidualnych planów wsparcia mieszkańca i jego realizacja. W trakcie pobytu Mieszkańca w Domu realizowany jest program terapeutyczno-opiekuńczy uwzględniający jego stopień niepełnosprawności i wynikający z tego stan aktywności i sprawności. W planowanych działaniach każdy Mieszkaniec jest traktowany indywidualnie i podmiotowo spełniając rolę współpartnera i realizatora zamierzeń. Działania wynikające z indywidualnego planu wsparcia Mieszkańca koordynuje pracownik Domu wskazany przez Mieszkańca zwany pracownikiem pierwszego kontaktu.

Niniejsze opracowanie określa funkcjonowanie zespołów terapeutyczno-opiekuńczych, ich działanie, zadania pracownika adaptacyjnego i pracownika pierwszego kontaktu. Dodatkowo w opracowaniu podane są informacje na temat programów terapeutyczno - opiekuńczych stosowanych dla Mieszkańców z uwzględnieniem stopnia ich sprawności fizycznej i psychicznej oraz informacje na temat lokalnej społeczności Mieszkańców i działań kulturalno – oświatowych w Domu oraz utrzymywania kontaktu z rodzinami.

I. Zespoły terapeutyczno-opiekuńcze i ich działanie

1.1. Funkcjonowanie zespołów terapeutyczno opiekuńczych.

- 1) W Domu Pomocy Społecznej w Grudziądzu funkcjonuje osiem zespołów terapeutyczno-opiekuńczych, zwanych dalej ZTO:
 - a. w budynku przy ulicy Parkowej 12 - I, II, III, IV ZTO,
 - b. w budynku przy ulicy Armii Krajowej 39 – V ZTO,
 - c. w budynku przy ulicy Nadgórnej 30/32 – VI, VII ZTO,
 - d. w budynku przy ulicy Dywizjonu 303 Nr 4 – IX ZTO.
- 2) W skład ZTO wchodzi przede wszystkim pracownicy. Do składu ZTO mogą należeć również wolontariusze, stażyści, praktykanci z zastrzeżeniem, że ich liczba nie może przekroczyć 30% ogólnej liczby osób zatrudnionych w ZTO.
- 3) W ramach zespołów terapeutyczno-opiekuńczych działają „pracownicy pierwszego kontaktu”, dalej zwani ppk, którzy koordynują działania wynikające z indywidualnego planu wsparcia mieszkańca. Szczegółowe zadania ppk i zadania indywidualnego planu wsparcia mieszkańca opisane zostaną w dalszej treści opracowania.
- 4) Zespoły terapeutyczno-opiekuńcze zajmują się bezpośrednio wsparciem mieszkańców Domu.
- 5) ZTO kieruje Kierownik danego zespołu.
- 6) Spotkania ZTO organizuje kierownik nie rzadziej niż raz na miesiąc. W uzasadnionych przypadkach na wniosek ppk lub innego członka ZTO Kierownik zespołu może zwołać spotkanie ZTO.
- 7) Z każdego spotkania sporządzany jest protokół.

1.2. Pracownik adaptacyjny

Pracownik adaptacyjny jest osobą, która pomaga nowo przyjętemu Mieszkańcowi zaadaptować się do warunków życia w domu pomocy społecznej. Pracownikiem adaptacyjnym może być pracownik Domu, który jest w stanie utrzymywać systematyczny kontakt z Mieszkańcem w celu zaaklimatyzowania się w nowym miejscu pobytu. Zadaniem pracownika adaptacyjnego jest pomoc w zaadaptowaniu się Mieszkańca do nowego środowiska, wyjaśnianie praw i obowiązków Mieszkańca, zasad funkcjonowania Domu oraz zapoznanie z obowiązującymi regulaminami i procedurami, omawianie bieżących problemów i wspieranie w trudnych sytuacjach w okresie adaptacji. Pracownikiem adaptacyjnym z reguły zostaje pracownik socjalny, ale kierownik zespołu może wskazać innego pracownika ZTO, na którym będzie przebywał Mieszkaniec, przy czym należy przestrzegać zasady obopólnej akceptacji. Nad całością przebiegu procesu adaptacji Mieszkańca czuwa cały zespół terapeutyczno – opiekuńczy, a szczególnie pracownik adaptacyjny. Od pierwszego dnia pobytu nowy Mieszkaniec zostaje objęty przejściowym okresem adaptacyjnym, w którym poznaje: pracownika adaptacyjnego, współmieszkańców i pracowników, Dom i jego topografię oraz okolicę, ofertę usług świadczonych przez Dom, obowiązujące zasady oraz regulaminy i przepisy obowiązujące w Domu. Do zakresu zadań pracownika adaptacyjnego należy:

- 1) poznawanie zainteresowań, nawyków, cech charakteru, stanu zdrowia, potrzeb i problemów Mieszkańca,
- 2) pomoc w rozwiązywaniu problemów, konfliktów oraz koordynowanie wszelkich czynności życia codziennego,
- 3) dbanie o racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi przez Mieszkańca,
- 4) dbanie o wykorzystanie istniejących możliwości pozyskania dofinansowań do zakupów przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, sprzętu rehabilitacyjnego na rzecz Mieszkańca,

W związku z realizacją zadań pracownik adaptacyjny zobowiązany jest w szczególności do:

- 1) pomocy w zaadaptowaniu się Mieszkańca do nowego środowiska,
- 2) wyjaśniania praw i obowiązków Mieszkańca oraz zasad funkcjonowania Domu,
- 3) bardzo częstego kontaktu z Mieszkańcem i prowadzenia rozmów indywidualnych,
- 4) omawiania bieżących problemów i wspierania w trudnych sytuacjach w okresie adaptacji,
- 5) pomocy w utrzymywaniu kontaktu z rodziną i środowiskiem,
- 6) pomocy w dokonywaniu zakupów na życzenie Mieszkańca,
- 7) dbania o zapewnienie mu odzieży dostosowanej do obowiązujących standardów,
- 8) zachęcania do uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych, imprezach kulturalnych i rekreacyjnych,
- 9) wdrażania do samodzielnego funkcjonowania, przemieszczania w DPS,
- 10) współtworzenia karty obserwacji w okresie adaptacji Mieszkańca wg wzoru obowiązującego w Domu, w której odzwierciedlone są zaobserwowane potrzeby Mieszkańca,
- 11) stosowania się do zaleceń zespołu terapeutyczno-opiekuńczego.

Pracownik adaptacyjny kompletuje informacje o Mieszkańcu określone w obowiązującej dokumentacji – komplet arkuszy stanowi załącznik nr 1.

1. Wywiad ustalający aktualną sytuację socjalno-bytową.
2. Karta obserwacji Mieszkańca DPS w Grudziądzu służącą aktualizacji planu indywidualnego wsparcia Mieszkańca.
3. Plan i cel działań adaptacyjnych.
4. Plan działań zmierzających do adaptacji Mieszkańca w DPS w Grudziądzu.
5. Ocena aktywności Mieszkańca.
6. Diagnoza medyczna.
7. Psychologiczna ocena stanu Mieszkańca DPS w Grudziądzu.
8. Diagnoza rehabilitacyjna.
9. Oświadczenie o wyborze pracownika pierwszego kontaktu.

Działalność pracownika adaptacyjnego koordynuje i nadzoruje kierownik zespołu, który ma wgląd w kartę obserwacji. Po prawidłowym przebiegu okresu adaptacji kierownik zespołu zatwierdza plan działań zmierzających do adaptacji. Następnie przystępuje się do realizacji indywidualnego planu wsparcia i wyboru pracownika pierwszego kontaktu przez mieszkańca.

1.3. Pracownik pierwszego kontaktu

Pracownikiem pierwszego kontaktu (ppk) może być każdy pracownik Domu, który ma możliwość stałego i systematycznego kontaktu a mieszkańcem. Pracownik ten powinien charakteryzować się wrażliwością na problemy mieszkańców i gotowością wspierania w ich rozwiązywaniu. Powinien być przewodnikiem, doradcą oraz rzecznikiem Mieszkańca przez okres życia przypadający na pobyt w Domu. Ppk zostaje wskazany przez Mieszkańca, przy czym należy przestrzegać zasady obopólnej akceptacji. W przypadku nie wskazania ppk przez Mieszkańca ze względu na stan zdrowia ppk może wskazać ZTO. Jeżeli Mieszkaniec nie wyraża chęci i woli współpracy z ppk to funkcję tę sprawuje pracownik socjalny. Każdy mieszkaniec przebywający w naszym Domu ma określone problemy i oczekiwania, które można scharakteryzować w następujący sposób:

- 1) Problemy
 - a. Zdrowotne – dotyczące zarówno zdrowia fizycznego jak i psychicznego;
 - b. Psychologiczne – związane z rozstaniem się z bliskimi osobami a także przedmiotami i całym otoczeniem, w którym dotychczas funkcjonował;
 - c. Socjologiczne – związane z adaptacją w nowym środowisku;

- d. Egzystencjonalne – związane z poczuciem braku sensu życia, bez wartości i odsunięcie na tzw. „boczny tor”.

2)Obawy

- a. Lęk o własne zdrowie, szczególnie w momencie, gdy stan zdrowia zaczyna się pogarszać z dnia na dzień;
- b. Obawa związana z utratą kontaktu z rodziną, przyjaciółmi itp.;
- c. Lęk przed samotnością (czy w nowym środowisku znajdzie przyjaciół, nawiąże nowe znajomości);
- d. Obawa przed rezygnacją z własnych przyzwyczajeń i posiadania swoich ulubionych rzeczy, przedmiotów itp.

3)Odczucia

- a. Poczucie zagubienia;
- b. Poczucie oszukania przez rodzinę;
- c. Brak poczucia bezpieczeństwa, miłości, akceptacji;
- d. Odczucie, że „wszyscy” w Domu zwracają uwagę lub tylko nim się interesują, albo za mało.

4)Oczekiwania

- a. Mieszkaniec oczekuje od pracownika pierwszego kontaktu życzliwości, serdeczności, ciepła, opiekuńczości;
- b. Prowadzenia rozmów w pogodnej przyjaznej atmosferze i nie unikania rozmów na tematy trudne;
- c. Deklarowania pomocy w utrzymaniu kontaktu z rodziną o środowiskiem;
- d. Pomocy w zaspokajaniu potrzeb biologicznych, psychologicznych i społecznych:
 - pomocy w zaspokajaniu potrzeb biologicznych tj. potrzebie żywienia, snu, wypoczynku, ruchu, czystości (higienie osobistej);
 - zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, akceptacji, afiliacji;
 - pomoc w nawiązywaniu kontaktów z innymi Mieszkańcami, zachęcanie do uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych.

Celem pracowników pierwszego kontaktu jest działanie na rzecz poprawy życia mieszkańców poprzez inspirowanie do aktywności we wszystkich sprawach życia codziennego oraz w pokonywaniu problemów i spełnianiu w miarę możliwości oczekiwań. Dodatkowo ppk działa na rzecz wykonania przez Dom zakresu i rodzaju usług określonych w indywidualnym planie wsparcia mieszkańca oraz wynikających ze standardu obowiązujących podstawowych usług. Do zadań ppk należy:

- 1) poznawanie zainteresowań, nawyków, cech charakteru, stanu zdrowia, potrzeb i problemów Mieszkańca;
- 2) udział w opracowaniu indywidualnego planu wsparcia Mieszkańca i koordynacja w wykonywaniu ustalonego w nim zakresu i rodzaju usług świadczonych przez Dom;
- 3) pomoc w rozwiązywaniu problemów, konfliktów oraz wykonywanie wszelkich czynności życia codziennego i załatwianiu spraw;
- 4) dbanie o racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi przez Mieszkańca, poszukiwanie korzystnych ofert cenowych dla planowanych zakupów;
- 5) dbanie o wykorzystanie istniejących możliwości pozyskania dofinansowań do zakupów przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, sprzętu rehabilitacyjnego na rzecz Mieszkańca.

W związku z realizacją zadań ppk zobowiązany jest w szczególności do:

- 1) pełnej znajomości indywidualnego planu wsparcia Mieszkańca;
- 2) wyjaśniania praw i obowiązków Mieszkańca oraz zasad funkcjonowania Domu;
- 3) systematycznego spotykania się z Mieszkańcem;
- 4) omawianie bieżących problemów i wspierania w trudnych sytuacjach;

- 5) pomoc w utrzymywaniu kontaktu z rodzina i środowiskiem;
- 6) dokonywania zakupów na życzenie Mieszkańca;
- 7) inspirowanie do uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych, imprezach kulturalnych i rekreacyjnych.

Ppk w związku z pełnieniem swojej funkcji ma prawo do:

- 1) zbierania informacji o Mieszkańcu określonych w obowiązującej dokumentacji z zachowaniem tajemnicy służbowej;
- 2) otrzymywania wsparcia specjalistów i kadry kierowniczej Domu w rozwiązywaniu sytuacji stanowiącej problem Mieszkańca i pracownika oraz realizacji indywidualnego planu wsparcia;
- 3) zgłaszania wniosków do ZTO w sprawach konieczności zmiany indywidualnego planu wsparcia Mieszkańca;
- 4) rezygnacji z pełnionej funkcji w przypadku gdy Mieszkaniec narusza wobec pracownika normy współżycia społecznego.

Wyciąg z informacjami na temat praw i zadań ppk stanowi załącznik nr 2 do niniejszego programu. Każdy ppk potwierdza otrzymanie informacji na piśmie. Kopie potwierdzenia wpina się do akt osobowych pracownika.

1.4. Indywidualny plan wsparcia.

Indywidualny plan wsparcia powinien być przygotowany w terminie 6 miesięcy od dnia przyjęcia mieszkańca do Domu i o ile to możliwe powinien być opracowany z udziałem Mieszkańca i przez niego zaakceptowany. Plan opieki jest opracowywany dla każdego Mieszkańca i zawiera analizę stanu obecnego Mieszkańca (stan fizyczny, psychiczny, stopień sprawności, aktywności), ustala cel opieki, określa działania i środki realizacji, z uwzględnieniem aktualnych potrzeb i możliwości Mieszkańca. Na stworzenie indywidualnego planu wsparcia Mieszkańca składają się następujące arkusze:

1. Strona tytułowa indywidualnego planu wsparcia mieszkańca
2. Arkusz z danymi osobowymi Mieszkańca.
3. Charakterystyka Mieszkańca.
4. Cele wsparcia i formy realizacji planu.
5. Program zajęć rehabilitacji społecznej (dotyczy mieszkańców domu dla przewlekle psychicznie chorych)
6. Ocena realizacji planu.
7. Realizacja indywidualnego planu wsparcia.

Komplet arkuszy stanowi załącznik nr 3.

Nieodzownym elementem niniejszego programu jest ocena realizacji indywidualnego planu wsparcia. Pozwala ona na wykrywanie popełnionych błędów oraz aktualizację programu. Osiągane rezultaty w wyniku podejmowanych działań stanowią zachętę do dalszej ich realizacji, jeśli natomiast nie przyniosą efektów, program zostanie zmodyfikowany. Oceny dokonuje się raz w roku a także dodatkowo w razie zmiany stanu aktywności, stanu fizycznego czy psychicznego Mieszkańca.

II. Programy terapeutyczno-opiekuńcze dla Mieszkańców.

1.1 Mieszkańcy wymagający pomocy minimalnej

Dotyczy Mieszkańców aktywnych, chętnie uczestniczących w proponowanych formach działań terapeutyczno – opiekuńczych oraz wykazujących własną inicjatywę w tym zakresie. Istotą pomocy tej grupie jest pobudzanie aktywności Mieszkańca poprzez organizowanie jego najbliższego środowiska.

Cele programu:

- 1)rozwijanie zaradności, budzenie odpowiedzialności za całokształt własnego życia,
- 2)rozwijanie zainteresowań i umiejętności,
- 3)uczenie twórczego podejścia do własnego życia,
- 4)wspieranie w nawiązywaniu, utrzymywaniu i rozwijaniu kontaktów ze środowiskiem,
- 5)poprawianie sprawności w stopniu umożliwiającym ewentualne podjęcie pracy, szczególnie mającej charakter terapeutyczny,
- 6)przygotowanie do ewentualnego samodzielnego życia w środowisku.

Etapy osiągnięcia celu:

Etap 1. Aktywizowanie Mieszkańców poprzez:

- 1) niwelowanie przeszkód natury fizycznej i psychicznej wraz z Mieszkańcem,
- 2) naukę współżycia w grupie i środowisku,
- 3) motywowanie do współpracy na płaszczyźnie partnerstwa z pracownikiem pierwszego kontaktu, wspólne rozwiązywanie trudnych sytuacji,
- 4) zachęcanie do udziału na zasadach dobrowolności w terapii zajęciowej,
- 5) branie czynnego udziału w zajęciach rekreacyjno-sportowych, organizowanych wycieczkach oraz imprezach na terenie Domu i poza nim,
- 6) zachęcanie do podejmowania działań z zakresu samoobsługi,
- 7) uczestnictwo Mieszkańców w procesie planowania, realizacji i oceny działań pomocowych.

Etap 2. Wdrażanie do podejmowania decyzji i wykazywania własnej inicjatywy przez Mieszkańców, poprzez:

- 1) włączanie Mieszkańców w proces planowania działań terapeutyczno – opiekuńczych i ich realizację,
- 2) wspieranie w podejmowaniu decyzji istotnych,
- 3) zapewnienie warunków do rozwoju samorządności oraz motywowanie do pełnienia określonych ról w społeczności Domu,
- 4) umożliwienie dokonywania wyboru zajęć oraz przedstawiania własnych propozycji w tym zakresie,
- 5) wpływ na organizację życia Domu oraz program działań terapeutycznych.

Etap 3. Działania zmierzające do usamodzielnienia Mieszkańców poprzez:

- 1) wprowadzanie zasad otwartej komunikacji oraz partnerskich stosunków łączących Mieszkańców i personel,
- 2) wspieranie Mieszkańców przy samodzielnym załatwianiu spraw osobistych,
- 3) stwarzanie warunków do samodzielnego działania w urzędach, instytucjach kulturalnych, miejscach kultu religijnego oraz placówkach handlowych,
- 4) usamodzielnianie Mieszkańców podczas pobytu na turnusach rehabilitacyjno – wypoczynkowych, wycieczkach, podczas wyjazdów do kina, teatru, muzeum,
- 5) przygotowanie do odpowiedzialnego, samodzielnego pełnienia ról poza Domem umożliwiając powrót Mieszkańców do środowiska.

1.2. Mieszkańcy wymagający pomocy umiarkowanej.

Dotyczy Mieszkańców mało aktywnych, biernych, wymagających wsparcia ze względu na ograniczenia wpływające ze stanu zdrowia i wieku. Istota pomocy tej grupie polega na kontrolowaniu wykonania różnych czynności. Pomoc odpowiednia dla Mieszkańców, którzy sami nie potrafią zadbać o siebie i wymagają przede wszystkim dopilnowania i nadzoru. Chodzi tu o osoby niepełnosprawne, którym należy przypominać o pewnych czynnościach związanych z samoobsługą i spędzaniem wolnego czasu.

Cele programu:

- 1) podnoszenie sprawności fizycznej i psychicznej umożliwiającej jak najpełniejszą samoobsługę w zakresie podstawowych funkcji bytowych,
- 2) umożliwienie dostępu do opieki leczniczo – rehabilitacyjnej,
- 3) likwidacja jednostajnego trybu życia,
- 4) aktywizowanie Mieszkańców w ramach możliwości wynikających z ich stanu zdrowia i wieku,
- 5) nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów z rodziną i środowiskiem lokalnym oraz ze współmieszkańcami i personelem Domu,
- 6) kształtowanie umiejętności komunikowania się w celu nawiązywania pozytywnych relacji międzyludzkich.

Etapy osiągnięcia celu:

Etap 1. Nadzorowanie i pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych poprzez:

- 1) pełnienie funkcji wspomagających – otoczenie Mieszkańca bezpośrednią opieką ze względu na liczne problemy zdrowotne, psychologiczne i socjologiczne,
- 2) zapewnienie wsparcia w realizacji czynności dnia codziennego obejmujących: utrzymanie higieny ciała, estetycznego wyglądu odzieży, warunków bezpieczeństwa oraz poczucia wspólnoty w społeczności terapeutycznej,
- 3) stworzenie miłej, przyjaznej atmosfery sprzyjającej przezwyciężeniu lęków i obaw,
- 4) pomoc w nawiązywaniu kontaktów społecznych,
- 5) umożliwienie realizacji potrzeb duchowych i religijnych.

Etap 2. Podnoszenie sprawności fizycznej i psychicznej z ukierunkowaniem na samoobsługę i jak najpełniejsze samodzielne funkcjonowanie Mieszkańca w Domu, poprzez:

- 1) umożliwienie i zachęcanie do korzystania z rehabilitacji,
- 2) motywowanie do udziału w terapii rozluźniającej i relaksowej,
- 3) próbę włączenia do zajęć rekreacyjno – sportowych,
- 4) zapewnienie niezbędnego sprzętu ortopedycznego umożliwiającego poruszanie się Mieszkańca.

Etap 3. Poszerzenie płaszczyzny aktywności Mieszkańców poprzez:

- 1) rozwijanie zainteresowań i zdolności oraz stopniową realizację planu wspierania,
- 2) zachętę do pełnienia określonych funkcji w ramach Społeczności Domu,
- 3) motywowanie do udziału w dostosowanych do stopnia sprawności zajęciach rekreacyjno – sportowych, spacerach, wycieczkach i imprezach,
- 4) zachęcanie do udziału w terapii zajęciowej oraz w zajęciach kulturalno – oświatowych,
- 5) współudział w poszukiwaniu metod i sposobów rozwiązywania istniejących problemów,
- 6) nawiązywanie i podtrzymywanie więzi ze środowiskiem rodzinnym i lokalnym.

Etap 4. Włączenie Mieszkańców do grupy osób wymagających pomocy minimalnej, jeżeli pozwala na to stan zdrowia oraz stopień sprawności i aktywności w realizacji czynności dnia codziennego.

1.3. Mieszkańcy wymagający pomocy ciągłej.

Dotyczy Mieszkańców leżących – stale lub chwilowo unieruchomionych oraz Mieszkańców, którzy ze względu na stan zdrowia fizycznego i psychicznego wymagają wsparcia oraz wzmożonej opieki leczniczej i rehabilitacyjnej. Istotą pomocy w tej grupie Mieszkańców jest wspieranie i wyręczanie prawie we wszystkich czynnościach dnia codziennego tych osób, które bez pomocy nie są zdolne do właściwej aktywności.

Cele programu:

- 1) zapewnienie Mieszkańcom całodobowej opieki oraz zaspokajanie niezbędnych potrzeb biopsychospołecznych,
- 2) wdrażanie Mieszkańców do udziału w zaspokojeniu ich własnych potrzeb,
- 3) umożliwienie korzystania z przysługujących uprawnień do świadczeń zdrowotnych i zaopatrzenia w leki, artykuły sanitarne, środki pomocnicze oraz przedmioty ortopedyczne,
- 4) zapewnienie opieki lekarskiej, pielęgnacyjnej i rehabilitacyjnej na jak najwyższym poziomie,
- 5) podnoszenie poziomu sprawności fizycznej i psychicznej dzięki intensywnym oddziaływaniom rehabilitacyjnym i leczniczym,
- 6) nawiązywanie i podtrzymywanie więzi ze środowiskiem rodzinnym i lokalnym,
- 7) pielęgnowanie i opieka w stanie terminalnym,
- 8) osiąganie standardów godnego życia.

Etapy osiągania celu:

Etap 1. Zapewnienie zaspokojenia podstawowych potrzeb biopsychospołecznych Mieszkańców poprzez:

- 1) wspomaganie w utrzymaniu higieny osobistej,
- 2) pomaganie w żywieniu i wydalaniu,
- 3) zapewnienie wygody i odpowiedniej pozycji Mieszkańców pozostających w łóżku i stosowanie udogodnień (zmiana pozycji, pionizacja, zabezpieczenie przed urazem w łóżku),
- 4) stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej,
- 5) zapewnienie warunków do spokojnego snu i wypoczynku,
- 6) poszanowanie podmiotowości i godności osobistej Mieszkańców,
- 7) ochronę przed niekompetentnym, nieetycznym i niewłaściwym działaniem innych osób,
- 8) zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, akceptacji i przynależności oraz wsparcia psychicznego w sytuacjach trudnych (ból, lęk, żal, osamotnienia),
- 9) pomaganie w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktu z rodziną i bliskimi oraz innymi Mieszkańcami i pracownikami Domu,
- 10) umożliwienie realizacji potrzeb duchowych, religijnych kulturalnych,
- 11) podejmowanie działań rehabilitacyjnych (gimnastyka przyłóżkowa, ćwiczenia bierne i czynno – bierne),
- 12) udzielanie pomocy w stanach bezpośredniego zagrożenia życia Mieszkańca.

Etap 2. Wdrażanie Mieszkańców do samodzielnego zaspokojenia własnych potrzeb poprzez:

- 1) pobudzanie do aktywnego udziału w leczeniu i pielęgnacji oraz do samodzielnej – w miarę możliwości zdrowotnych i sprawnościowych – realizacji potrzeb biopsychospołecznych,
- 2) zachęcanie do udziału w rehabilitacji leczniczej w formie terapii usprawniającej,
- 3) motywowanie do aktywnego udziału w życiu Domu,
- 4) rozwijanie sprawności manualnych, aktywizowanie do samoopieki,
- 5) pomaganie w poruszaniu się oraz porozumiewaniu z otoczeniem,

- 6) zachęcanie do korzystania na zasadach dobrowolności z następujących form aktywizacji:
- a. oglądania programów telewizyjnych,
 - b. słuchania audycji radiowych,
 - c. udziału w muzykoterapii,
 - d. malowania i rysowania,
 - e. spacerów przy wykorzystaniu balkoników i wózków inwalidzkich,
 - f. zabaw ruchowych,
 - g. udziału w zajęciach świetlicowych (układanki logiczne, gry towarzyskie, oglądanie książek, albumów, czasopism),
 - h. udziału w zajęciach wdrażających program czynności samoobsługowych (higieny osobistej, ubierania, jedzenia)

Etap 2a. Otoczenie opieką paliatywną Mieszkańców, których stan choroby mimo podejmowanych działań leczniczych nie ustępuje, lecz rozwija się. W stanie zagrożenia życia, w przypadku braku możliwości ratunku zapewnienie Mieszkańcom warunków godnego umierania.

Etap 3. Włączenie Mieszkańca, z zależności od stanu zdrowia oraz stopnia aktywności, do grupy Mieszkańców wymagających pomocy umiarkowanej lub grupy Mieszkańców wymagających pomocy minimalnej i realizacja programu właściwego w danej grupie.

III. Społeczność Domu.

Lokalna społeczność Mieszkańców jest szczególnym sposobem organizacji, która umożliwia:

- 1) Wspólne wypracowanie metod i sposobów działania gwarantujących pełne wykorzystywanie zasobów Domu.
- 2) Włączenie w proces terapeutyczny – opiekuńczy wszystkich osób, które przebywają w Domu, tzn. zarówno mieszkańców jak i pracowników.
- 3) Stworzenie optymalnych możliwości społecznego uczenia się, tj. dostarczania mieszkańcom takich doświadczeń, dzięki którym mogą modyfikować i normalizować swoje postawy, które będą mogli wykorzystać również w naturalnych sytuacjach życiowych.

Główne zadania społeczności mieszkańców:

- 1) Dążenie do swobodnego porozumienia pomiędzy członkami społeczności, zwiększenie obiegu informacji.
- 2) Krzewienie zasady demokratyczności i konsensusu – Mieszkańcy powinni mieć możliwie szeroki udział w decydowaniu o życiu Domu, decyzje podejmowane są w warunkach powszechnej akceptacji i zgody.
- 3) Nauczanie zasady permissywności – postulującej postawy akceptacji i rozumienia Mieszkańca, tolerancji wobec jego zaburzonych i chorobowych zachowań. Realizacja tej zasady to stosowanie jak najmniejszej ilości zakazów i kar „na wprost czy na wszelki wypadek”. Zasada ta musi być konfrontowana z wymogami zapewnienia bezpieczeństwa i zapobiegania dezorganizacji oraz wprowadzania chaosu w życiu Domu.
- 4) Wdrażanie zasady komunalności – postulującej aktywny i wspólny udział wszystkich członków społeczności.

Formy pracy

- 1) Zebrania – systematyczne spotkania społeczności Mieszkańców i personelu. Podczas zebrania informuje się ogólnie o celu spotkania. Wybór tematów pozostawiamy inicjatywie Mieszkańców. Lista najczęściej poruszanych

zagadnień: sprawy porządkowe, ustalenie reguł współżycia, trudności i niewygody funkcjonowania Domu, planowanie zajęć i rozrywek, różnego rodzaju nieporozumienia i konflikty, indywidualne trudności poszczególnych Mieszkańców, niepokoje i poczucie zagrożenia z powodu drastycznych zachowań innych Mieszkańców. Każdy uczestnik powinien być wysłuchany. Niezadowolenie z powodu różnych problemów i trudności może być wyrażone zarówno przez Mieszkańca jak i przez pracownika.

- 2) Zorganizowane formy działalności kulturalno-rozrywkowej i rekreacyjnej (imprezy muzyczno-taneczne, wycieczki, karaoke, zawody).

IV. Działania kulturalno – oświatowe, rekreacyjne i aktywności fizycznej.

DPS poprzez swoje działania stara się przybliżyć instytucję do statusu domu poprzez spełnianie potrzeby przynależności i identyfikacji, czyli przyjaźni, wymiany myśli, życia towarzyskiego. Te potrzeby zalicza się do najważniejszych potrzeb psychologicznych człowieka. Potrzeby te przejawiają się w dążeniu do budowania kontaktów interpersonalnych i związków uczuciowych, tęsknocie za nieobecna ukochaną osobą oraz chęci znalezienia swojego miejsca w grupie. Realizacja tych potrzeb wymaga kontaktu z innymi ludźmi oraz kontaktu z grupą osób, z którą można się utożsamiać.

Mieszkańcy spędzają swój czas w miejscu, w którym otoczeni są przez osoby im obce. Ważne jest codzienne przywitanie, spytanie o samopoczucie, czy potrzeby w danym dniu. Niech to będą zwykłe proste: Dzień dobry, jak dzisiaj się Pani czuje? Co tam dzisiaj ciekawego w wiadomościach telewizyjnych? Czy Pani krawcowa naprawiła sukienkę? I jak tam po wizycie dzieci, wszystko dobrze? Do pracowników należy podjęcie takich działań i wypracowanie takich postaw, aby mieszkańcy poczuli, że są potrzebni, ważni i mogą jeszcze wiele samodzielnie zrobić. Jest to zadanie dla wszystkich pracowników, ale w szczególności dla tych, których zadaniem jest organizowanie im spędzania czasu w placówce, czyli terapii zajęciowej.

1. Formy realizacji - stosowane formy mogą mieć zarówno formę pracy indywidualnej jak i grupowej.

- 1) dla Mieszkańców wymagających pomocy ciągłej:
 - a. słuchanie książek mówionych lub czytanie na żywo przez pracownika,
 - b. oglądanie filmów w pokojach oraz możliwość słuchania audycji radiowych, w tym religijnych,
 - c. umożliwienie samodzielnego czytania osobom z dobrym wzrokiem i umiejętnością czytania,
 - d. zajęcia ruchowe przy układaniu figur z kolorowych klocków,
 - e. rozmowy – terapia reminiscencyjna,
 - f. umożliwienie oglądania występów i imprez organizowanych na terenie Domu,
 - g. dbałość o wystrój pomieszczenia.
- 2) dla Mieszkańców wymagających pomocy umiarkowanej i minimalnej:
 - a. czytanie książek, oglądanie filmów i słuchanie radia,
 - b. uczestnictwo czynne i bierne w imprezach organizowanych na terenie Domu,
 - c. wspólne i indywidualne wyjścia na imprezy plenerowe, zawody sportowe organizowane na terenie miasta oraz do kina, teatru, klubów, muzeum, cyrku itp.,
 - d. wycieczki po mieście i okolicach oraz do innych miejscowości,

- e. imprezy towarzyskie w gronie własnym i z Mieszkańcami innych Domów, pracownikami oraz rodzinami,
- f. kontakty z młodzieżą szkolną i dziećmi przedszkolnymi w szczególności na pokazach i wystawach,
- g. uczestnictwo w turniejach sprawnościowych i zabawach ruchowych, spacerach bliższych i dalszych oraz ćwiczeniach gimnastycznych,
- h. współorganizowanie imprez artystycznych,
- i. uczestnictwo w różnych formach aktywności artystycznej (zespół muzyczny, prezentacje własnej twórczości artystycznej, prace malarskie)

DPS dba o podnoszenie sprawności i aktywizowanie Mieszkańców w każdej sferze życia. Aktywność fizyczna odbywa się w formie zajęć fizjoterapeutycznych, gimnastyki na świeżym powietrzu, zajęć na siłowni a także spacerów, wycieczek rowerowych, wyjść na basen czy w okresie letnim wyjść nad jezioro.

V. Współpraca z rodzinami i przedstawicielami ustawowymi Mieszkańców.

Najważniejszą grupą społeczną z którą większość ludzi pragnie się utożsamiać, jest własna rodzina. Mieszkańcy DPS-ów tęsknią za rodzinami i bliskim im osobami. Czekają na odwiedziny, spotkania, możliwość wyjazdu do rodziny choćby na kilka godzin. Zamieszkanie w placówce przyczynia się do luźniejszych relacji z rodziną, czasami wręcz zaniku tych relacji, ale nie jest to oczywiście normą.

1. W zakresie współpracy z rodzinami należy podjąć następujące działania:

- 1) pomoc w przystosowaniu się do nowych zadań, wynikających z pobytu osoby zainteresowanej w DPS,
- 2) utrzymywanie stałego kontaktu z rodziną Mieszkańca,
- 3) podejmowanie działań wspierających rodzinę w nowej sytuacji,
- 4) wzbudzenie poczucia zaufania do pracowników Domu,
- 5) działania mające na celu obniżenie poziomu stresu i poczucia bezsilności spowodowanej koniecznym umieszczeniem bliskiej osoby w placówce.

2. Działania, które należy podjąć, aby współpraca z rodziną, przedstawicielami ustawowymi przebiegała pomyślnie:

- 1) należy utrzymywać stały kontakt w formie: kontaktów telefonicznych, kontaktów listowych, odwiedzin, urlopów.
- 2) zachęcać do współpracy przez wzbudzanie motywacji do aktywnego uczestnictwa w życiu Domu,
- 3) zapobiegać, bądź ograniczać konflikty rodzące się między rodziną, a Mieszkańcem,
- 4) zachęcać do integracji poprzez uczestnictwo w uroczystościach okolicznościowych,
- 5) informować o poczynionych krokach w zakresie uczestnictwa Mieszkańca w zajęciach terapeutycznych,
- 6) wdrażać rodziny i przedstawicieli ustawowych do wspólnej pracy na rzecz Mieszkańca,
- 7) zapewniać odpowiednie warunki do odwiedzin.

3. Osobami odpowiedzialnymi za nawiązywanie i utrzymywanie stałych kontaktów z rodziną są przede wszystkim następujący pracownicy: pracownik socjalny, kierownik zespołu, pracownik pierwszego kontaktu, psycholog, dyrektor. Natomiast wszyscy pracownicy Domu odpowiedzialni są za zapewnienie spokoju, poczucia bezpieczeństwa przejawianie taktu, życzliwości w stosunku do Mieszkańców.

Podsumowanie

Program terapeutyczno – opiekuńczy stanowi podstawę do opracowania i realizacji indywidualnego planu wsparcia mieszkańca i określenia w nim zakresu usług świadczonych przez Dom. Działania wynikające z indywidualnego planu wsparcia mieszkańca koordynuje pracownik pierwszego kontaktu działający w ramach zespołu terapeutyczno – opiekuńczego, zgodnie z określonymi w niniejszym dokumencie zasadami. Skuteczność programu wymaga czasu oraz zaangażowanie się wszystkich osób odpowiedzialnych za wdrażanie i realizację programu oraz okresową ocenę osiągniętych rezultatów. Realizacja programu terapeutyczno – opiekuńczego oparta jest na podmiotowym i aktywizującym traktowaniu Mieszkańców. Pracownik pierwszego kontaktu poprzez systematyczne kontakty oraz współtworzenie miłej, przyjaznej atmosfery bierze istotny udział w zaspokajaniu potrzeb Mieszkańców, rozwiązywaniu istniejących problemów. Aktywizuje, zachęca do udziału w zajęciach terapeutycznych oraz twórczego podejścia do własnego życia. Indywidualny plan wsparcia stanowi odzwierciedlenie sprawowanej opieki, jak również stopnia zaangażowania się Mieszkańca w procesie świadczonych usług.

Każdy pracownik ZTO zobowiązany jest do zapoznania się niniejszym programem. Oświadczenie o zapoznaniu się stanowi załącznik nr 4.

DYREKTOR
Protr Liedtke

Załącznik nr 1
do Programu terapeutyczno-opiekuńczego
Domu Pomocy Społecznej w Grudziądzu

1. Wywiad ustalający aktualną sytuację socjalno-bytową.
2. Karta obserwacji Mieszkańca DPS w Grudziądzu służącą aktualizacji planu indywidualnego wsparcia Mieszkańca.
3. Plan i cel działań adaptacyjnych.
4. Plan działań zmierzających do adaptacji Mieszkańca w DPS w Grudziądzu.
5. Ocena aktywności Mieszkańca.
6. Diagnoza medyczna.
7. Psychologiczna ocena stanu Mieszkańca DPS w Grudziądzu.
8. Diagnoza rehabilitacyjna.
9. Oświadczenie o wyborze pracownika pierwszego kontaktu.

Załącznik nr 2
do Programu terapeutyczno-opiekuńczego
Domu Pomocy Społecznej w Grudziądzu

Informacja na temat praw i zadań pracownika pierwszego kontaktu (ppk)

Celem pracowników pierwszego kontaktu jest działanie na rzecz poprawy życia mieszkańców poprzez inspirowanie do aktywności we wszystkich sprawach życia codziennego oraz w pokonywaniu problemów i spełnianiu w miarę możliwości oczekiwań. Dodatkowo ppk działa na rzecz wykonania przez Dom zakresu i rodzaju usług określonych w indywidualnym planie wsparcia mieszkańca oraz wynikających ze standardu obowiązujących podstawowych usług. Do zadań ppk należy:

- 6) poznawanie zainteresowań, nawyków, cech charakteru, stanu zdrowia, potrzeb i problemów Mieszkańca;
- 7) udział w opracowaniu indywidualnego planu wsparcia Mieszkańca i koordynacja w wykonywaniu ustalonego w nim zakresu i rodzaju usług świadczonych przez Dom;
- 8) pomoc w rozwiązywaniu problemów, konfliktów oraz wykonywanie wszelkich czynności życia codziennego i załatwianiu spraw;
- 9) dbanie o racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi przez Mieszkańca, poszukiwanie korzystnych ofert cenowych dla planowanych zakupów;
- 10) dbanie o wykorzystanie istniejących możliwości pozyskania dofinansowań do zakupów przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, sprzętu rehabilitacyjnego na rzecz Mieszkańca.

W związku z realizacją zadań ppk zobowiązany jest w szczególności do:

- 8) pełnej znajomości indywidualnego planu wsparcia Mieszkańca;
- 9) wyjaśniania praw i obowiązków Mieszkańca oraz zasad funkcjonowania Domu;
- 10) systematycznego spotykania się z Mieszkańcem;
- 11) omawianie bieżących problemów i wspierania w trudnych sytuacjach;
- 12) pomoc w utrzymywaniu kontaktu z rodziną i środowiskiem;
- 13) dokonywania zakupów na życzenie Mieszkańca;
- 14) inspirowanie do uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych, imprezach kulturalnych i rekreacyjnych.

Ppk w związku z pełnieniem swojej funkcji ma prawo do:

- 5) zbierania informacji o Mieszkańcu określonych w obowiązującej dokumentacji z zachowaniem tajemnicy służbowej;
- 6) otrzymywania wsparcia specjalistów i kadry kierowniczej Domu w rozwiązywaniu sytuacji stanowiącej problem Mieszkańca i pracownika oraz realizacji indywidualnego planu wsparcia;
- 7) zgłaszania wniosków do ZTO w sprawach konieczności zmiany indywidualnego planu wsparcia Mieszkańca;
- 8) rezygnacji z pełnionej funkcji w przypadku gdy Mieszkaniec narusza wobec pracownika normy współżycia społecznego.

Grudziądz, dnia _____

Przyjąłem do wiadomości i stosowania

(podpis pracownika pierwszego kontaktu)

*Załącznik nr 3
do Programu terapeutyczno-opiekuńczego
Domu Pomocy Społecznej w Grudziądzu*

1. Strona tytułowa indywidualnego planu wsparcia mieszkańca
2. Arkusz z danymi osobowymi Mieszkańca.
3. Charakterystyka Mieszkańca.
4. Cele wsparcia i formy realizacji planu.
5. Program zajęć rehabilitacji społecznej (dotyczy mieszkańców domu dla przewlekle psychicznie chorych).
6. Ocena realizacji planu.
7. Realizacja indywidualnego planu wsparcia.

Załącznik nr 4
do Programu terapeutyczno-opiekuńczego
Domu Pomocy Społecznej w Grudziądzu

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Programem terapeutyczno-opiekuńczym Domu Pomocy Społecznej w Grudziądzu, wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora Nr 12/2022 z dnia 28 listopada.

Grudziądz, dnia _____

(podpis pracownika pierwszego kontaktu)

Załącznik nr 4
do Programu terapeutyczno-opiekuńczego
Domu Pomocy Społecznej w Grudziądzu

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Programem terapeutyczno-opiekuńczym Domu Pomocy Społecznej w Grudziądzu, wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora Nr 12/2022 z dnia 28 listopada.

Grudziądz, dnia _____

(podpis pracownika pierwszego kontaktu)