



معاونت امور توانبخشی

دستورالعمل شرایط و ضوابط اختصاصی مراکز توانبخشی و نگهداری سالمندان (ارائه خدمات توانبخشی سالمندان در منزل)

۱۳۹۶

دستورالعمل شرایط و ضوابط اختصاصی مراکز ارائه خدمات توانبخشی سالمندان در منزل

(ظرفیت ۵۰ نفر)

نظر به اینکه بر اساس قانون تشکیل سازمان بهزیستی و بند ۹ ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۸۰/۱۱/۲۷ مجلس شورای اسلامی، صدور پروانه فعالیت برای ایجاد مراکز توانبخشی با هدف گسترش و ارتقاء سطح کیفی ارائه خدمات آموزشی، توانبخشی، مراقبتی به گروه هدف در جهت نیل به توانمند سازی آنان و کاهش تصدی گری دولت، بر عهده سازمان بهزیستی کشور میباشد، این دستورالعمل در اجراء قوانین فوق، با هم اندیشی متخصصان و کارشناسان مرتبط در سازمان بهزیستی کشور، بهزیستی استانها، انجمن مراکز غیر دولتی و انجمن های علمی، در سال ۱۳۹۶ جهت اجرا تنظیم و بازنگری گردیده است.

ماده ۱

تعاریف اختصاصی

۱-۱: سالمند

به فردی اطلاق می گردد که دارای ۶۰ سال و بالاتر باشد. از نظر سنی به سه گروه سالمند جوان (۶۰-۷۰ سال)، سالمند میانسال (۷۱-۸۰ سال) و سالمند پیر (۸۱ به بالا) تقسیم می گردند و از نظر میزان وابستگی به ۳ گروه سالمندان دارای حداقل وابستگی، وابستگی نسبی و حداکثر وابستگی تقسیم میشوند

۱-۱-۱: سالمند با حداقل وابستگی: سالمندی است که در انجام فعالیت های روزمره زندگی (ADL) حداقل نیاز به کمک و نظارت ردا داشته باشد و طبق مقیاس بارتل دارای نمره ۹۹-۷۵ می باشد.

۱-۱-۲: سالمند با وابستگی نسبی: سالمندی است که در انجام بعضی و یا بخشی از فعالیت های روزمره زندگی خود نیاز به کمک دارد و طبق شاخص بارتل دارای نمره ۷۴-۵۰ می باشد.

۱-۱-۳: سالمند با حداکثر وابستگی: سالمندی است که در انجام فعالیت های روزمره زندگی (ADL) بیشترین میزان نیاز به کمک و نظارت ردا داشته باشد و طبق مقیاس بارتل دارای نمره ۴۹-۰ می باشد.

۱-۱-۴: افراد دارای پیری زودرس (۶۰-۵۰ ساله): به افرادی اطلاق می گردد که دارای بیماری ها و اختلالات شایع زودرس سالمندی مانند بیماری های قلبی، آرتريت روماتوئید و ... می باشند. در این دستورالعمل به این گروه نیز، سالمند اطلاق می شود.

۱-۱-۵: سالمند دارای نیازهای خاص: سالمندی است با حداکثر وابستگی که از لحاظ جسمی، حسی و شناختی دارای نیازهای ویژه ای از نظر مراقبت، مداخلات درمانی و توانبخشی باشد.

۱-۲: مرکز ارائه خدمات توانبخشی سالمندان در منزل

مرکزی است که توسط اشخاص حقیقی یا حقوقی با کسب مجوز از سازمان بهزیستی تأسیس شده و تحت نظارت آن با اعزام اعضای تیم توان بخشی به منازل سالمندان واجد شرایط، خدمات توان بخشی و مراقبتی مطابق دستورالعمل های این سازمان به آن ها ارائه می گردد. ارائه خدمات این مرکز با هدف ارتقای سطح سلامت و رسیدن به حداکثر استقلال نسبی در عملکرد سالمند بوده و در محل اقامت وی (خارج از مرکز توان بخشی)، توسط تیم توان بخشی به صورت گروهی یا انفرادی انجام می شود.

۳-۱ تیم توان بخشی مرکز ارائه خدمات توان بخشی در منزل

به تیمی از افراد مجرب گفته می شود که فعالیت آن، ارائه اقدامات توان بخشی پزشکی، توان بخشی آموزشی و توان بخشی اجتماعی به سالمندان در منزل می باشد. اعضای این تیم برحسب نیاز شامل پزشک عمومی، کارشناس فیزیوتراپی، کارشناس کاردرمانی، کارشناس گفتاردرمانی، پرستار، روان شناس بالینی، مددکار اجتماعی، ارتوپدی فنی و شنوایی شناس است.

۴-۱: تیم ارزیابی اولیه و ادواری

تیمی است متشکل از سه نفر کارشناس توان بخشی شامل: ۱. پرستار یا پزشک عمومی، ۲. کارشناس فیزیوتراپی یا کارشناس کاردرمانی و ۳. کارشناس روانشناسی یا کارشناس مددکاری اجتماعی که با برنامه ریزی و هماهنگی مسئول فنی به محل زندگی سالمند مراجعه می نمایند.

تبصره: ارزیابی اولیه در شروع خدمت و ارزیابی ادواری هر شش ماه یکبار صورت می پذیرد. پس از انجام این ارزیابی ها، برنامه و اهداف درمانی، نوع خدمات مورد نیاز گروه هدف و تعداد جلسات خدمات مشخص میگردد.

ماده ۲

شرایط اختصاصی متقاضی دریافت موافقت اصولی

دارا بودن مدرک تحصیلی دکترای پزشکی (عمومی یا تخصصی)، مدرک تحصیلی حداقل کارشناسی در رشته های پرستاری، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، مددکاری اجتماعی، روانشناسی، بهداشت، مدیریت توان بخشی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و ارتوپدی فنی

تبصره ۱: مجوز فعالیت مرکز به اشخاص حقوقی و یا حقیقی به عنوان مؤسس داده می شود و چنانچه مؤسس شخصیت حقوقی داشته باشد باید حداقل یکی از اعضای هیئت مدیره دارای شرایط عمومی و تخصصی متقاضیان دریافت موافقت اصولی باشد.

تبصره ۲: صلاحیت فرد متقاضی توسط کمیته نظارت تخصصی استان و قبل از صدور موافقت اصولی تأیید شود.

ماده ۳

شرایط اختصاصی مسئول فنی

- دارا بودن مدرک تحصیلی دکترای پزشکی (عمومی یا تخصصی)، مدرک تحصیلی حداقل کارشناسی در رشته های پرستاری- فیزیوتراپی- کاردرمانی- روانشناسی بالینی- ارتوپدی فنی با ۲ سال سابقه کار مرتبط

ماده ۴

اهداف تاسیس مرکز ارائه خدمات توانبخشی در منزل سالمندان

۱. ارائه خدمات توانبخشی و توانپزشکی به سالمندان دارای شرایط مندرج در بند ۱-۵ ماده ۵
۲. کمک به حفظ جایگاه سالمند در منزل و خانواده
۳. ارتقاء کیفیت زندگی سالمند با توجه به وضعیت و امکانات موجود در جهت برخورداری از زیست عزت مند
۴. آگاه سازی خانواده و مراجعین در جهت حفظ سلامت و نشاط سالمند

ماده ۵

شرایط اختصاصی پذیرش ، نحوه پذیرش ، فرآیند ارائه خدمات و ترخیص

۵-۱: شرایط اختصاصی پذیرش

- سالمند با معلولیت خیلی شدید (تخت گرا)
- سالمند نیازمند دریافت خدمات مختلف پزشکی ، پرستاری و توانبخشی بر بالین
- عدم امکان مراجعه سالمند به مراکز بهداشتی درمانی و مراکز روزانه توانبخشی
- سکونت سالمند در مناطق صعب العبور و دوری از مراکز بهداشتی درمانی و مراکز روزانه توانبخشی

تبصره ۱: پذیرش سالمندانی که دارای سلامت فکری و روانی می باشند می بایست با اخذ رضایت نامه کتبی از فرد سالمند انجام پذیرد. تایید سلامت فکری روانی سالمندان به عهده پزشک مرکز میباشد.

تبصره ۲: در زمان پذیرش، داشتن نوار قلب و عکس رادیولوژی از قفسه سینه ضروری میباشد.

تبصره ۳ : پذیرش افراد زیر ۶۰ سال (۵۰-۶۰ سال سن) دارای اختلالات و بیماری های زودرس و شایع سالمندی مانند آرتروز، بیماری های قلبی، پارکینسون با معرفی و تایید کتبی از کمیته توانبخشی استان بلا مانع است .

۵-۲ : فرایند ارائه خدمات

۱. معرفی خانواده (ولی یا قیم) یا سالمند توسط بهزیستی شهرستان به مرکز یا پذیرش آزاد سالمند توسط

مرکز و اعلام آن به بهزیستی شهرستان

۲. تشریح شرایط و ضوابط بازدید از منزل و ارائه خدمات و پیگیری های لازم برای خانواده توسط مسئول فنی مرکز

۳. تکمیل " فرم قرارداد بین خدمت گیرندگان و مراکز ارائه خدمات توانبخشی به سالمندان در منزل " (فرم شماره ۱) تبصره ۳: ثبت فرم شماره ۱ در بایگانی مرکز الزامی می باشد.

۴. ارزیابی اولیه سالمند توسط تیم ارزیابی اولیه و تکمیل فرم شماره ۲

تبصره ۴: خدمات توانبخشی قابل ارائه به سالمند براساس فرم تکمیل شده ارزیابی اولیه (فرم شماره ۲) برنامه ریزی می گردد و در صورت وجود نسخه معتبر پزشک متخصص، خدمتی که در حیطه فعالیت مرکز باشد در فرم ارزیابی اولیه لحاظ گردیده و قابل ارائه به سالمند خواهد بود.

۵. ارائه خدمات مطابق موارد مندرج در فرم ارزیابی اولیه و ثبت آن در فرم شماره ۴ "نحوه و سیر ارائه خدمات

مراقبتی و توانبخشی به سالمند" به صورت تیمی یا انفرادی توسط اعضای تیم توانبخشی

▪ در بند ۵ شماره ۵ منظور از " نوع تخصص": قید کردن عناوین اعضای تیم توانبخشی می باشد برای مثال پزشک، فیزیوتراپیست و...

▪ در بند ۱ شماره ۱ منظور از واژه تشخیص/مشکل اصلی، در صورت ویزیت پزشک تشخیص پزشک قید شود و در صورتی که درمانگر حاضر شود، منظور مشکل اصلی سالمند از نظر درمانگر می باشد.

▪ در بند ۲ شماره ۲ منظور از " نوع خدمت ارائه شده" در صورت ویزیت پزشک ویزیت ذکر شود در صورت کادر توانبخشی غیر پزشک نوع خدمت ارائه شده قید شود برای مثال در صورت حضور کارشناس روانشناسی، روانشناسی قید شود.

▪ در بند ۴ شماره ۴ منظور از " اقدامات لازم و پیگیری": نوع اقدامات انجام شده قید شود برای مثال در صورت حضور فیزیوتراپیست نوع دستگاه و اقدامات انجام شده قید شود.

▪ در بند ۳ شماره ۳ منظور از "سیر پیشرفت": در صورتی که اولین جلسه توانبخشی باشد خط تیره کشیده شود در صورتی که بیش از یک جلسه باشد باید بهبودی یا عدم بهبودی بیمار یا بدتر شدن وضعیت بیمار با سه واژه بهبتر است، تغییری نکرده، بدتر شده است لحاظ شود.

تبصره ۵: تأیید حضور نیروها توسط سالمند یا خانواده وی (امضا و اثر انگشت) الزامی می باشد.

تبصره ۶: فرم شماره ۴ توسط نیروهای تخصصی اعزامی به منزل سالمند در هر بار مراجعه تکمیل و به مسئول فنی مرکز تحویل داده خواهد شد.

۶. تکمیل فرم شماره ۵ با عنوان ارائه خدمات توانبخشی سالمندان در منزل ماه مرکز

▪ در ستون "نوع هزینه" در صورت یارانه ای یا آزاد بودن علامت × لحاظ شود در صورتی که خانواده به

صورت آزاد پرداخت کرده است علاوه بر علامت × در قسمت مشارکت خانواده میزان هزینه به هزار ریال

قید شود. همچنین اگر سالمند علاوه بر یارانه مبلغی پرداخت می نماید در ستون مشارکت خانواده ذکر شود.

- دیگر واژه ها و عبارات مانند فرم شماره ۴ می باشد این فرم پس از جمع بندی مندرجات فرم های شماره ۴ (درج شده شده توسط اعضای تیم توانبخشی) تکمیل و پس از تأیید مسئول فنی در بایگانی مرکز ضبط گردد.

۷. تکمیل فرم شماره ۶ با عنوان خدمت گیرندگان مرکز ارائه خدمات توانبخشی سالمندان در منزل

..... به تفکیک نوع خدمات ارائه شده در ماه، سال

- پس از تکمیل فرم شماره ۵ و مشخص شدن تعداد و نوع خدمات ارائه شده به هر سالمند، برای تمامی سالمندان خدمت گرفته از مرکز به تفکیک نوع خدمت و تعداد جلسات و پس از تأیید توسط مسئول فنی مرکز می بایست جهت تأیید به بهزیستی شهرستان ارسال شود بدیهی است کارشناس بهزیستی شهرستان پس از تأیید به بهزیستی استان ارسال خواهد کرد. تصویر این فرم می بایست در بایگانی مرکز ضبط گردد.

۳-۵: شرایط ترخیص

- رسیدن به سطحی از توانمندی جهت زندگی با استقلال نسبی و حداقل مشکل در سطح خانواده و اجتماع
- فراهم بودن شرایط تداوم توانبخشی از طریق مراکز روزانه آموزشی و توانبخشی
- عدم تمایل سالمند و یا خانواده وی به دریافت خدمات (با هماهنگی بهزیستی شهرستان)

تبصره ۷: حداکثر زمان ارائه خدمات توانبخشی به گروه هدف ۱۲ ماه بوده که در موارد خاص با پیشنهاد کمیته توانبخشی شهرستان و تأیید کمیته تخصصی توانبخشی استان براساس نیاز قابل تمدید می باشد.

ماده ۶

خدمات آموزشی، توانبخشی و مراقبتی

- مراقبت های پزشکی، پرستاری و بهداشتی شامل ویزیت سالمندان، کنترل و ارزیابی وضعیت سلامت و ارتقاء آن، ارائه خدمات مراقبتی مهارتی و پرستاری، تعیین خط مشی درمانی، ثبت سیر درمان، دستور انجام آزمایشات و سایر امور پاراکلینیکی و دارو درمانی در صورت نیاز
- ارائه خدمات فیزیوتراپی، کاردرمانی و در صورت نیاز گفتاردرمانی جهت ارزیابی عملکرد و حفظ یا ارتقاء سطح عملکردی
- بررسی توانایی های فردی، آموزش و تقویت مهارت در انجام فعالیت های روزمره و فعالیت های ابزاری زندگی (ADL و IADL) و آموزش استفاده از وسایل کمک توانبخشی
- تجویز و ساخت وسیله کمکی و اسپیلنت در صورت نیاز (در منزل یا ارجاع به مراکز تخصصی)
- بررسی وضعیت محل زندگی و محدودیت های موجود و ارائه پیشنهادات در خصوص مناسب سازی توسط کارشناس کاردرمانی و فیزیوتراپی
- آموزش، مشاوره و مددکاری فردی و خانوادگی

- روانشناسی و بررسی مشکلات روحی و روانی سالمند و خانواده و حمایت لازم روانی و اجتماعی سالمندان
- آموزش اصول مراقبتی، بهداشتی درمانی و توانبخشی به خانواده جهت پیگیری امر درمان
- پیگیری تهیه وسایل و لوازم مصرفی پزشکی بهداشتی بر اساس دستورالعمل جامع حمایت های مالی سازمان
- پیگیری تهیه داروی تجویز شده توسط پزشک بر اساس دستورالعمل جامع حمایت های مالی سازمان
- پیگیری و رسیدگی به وضعیت اجتماعی، اقتصادی خانواده و ارائه راهکارهای لازم

تبصره ۱: ارائه خدمات بالینی، پزشکی و توانبخشی به سالمند در منزل توسط افراد غیر متخصص ممنوع می باشد.

تبصره ۲: ارائه هرگونه خدمات توانبخشی، پرستاری در محل ثابت مرکز ممنوع می باشد.

تبصره ۳: مرکز به عنوان هماهنگ کننده ارائه خدمات توانبخشی و مراقبتی به خدمت گیرندگان (سالمندان نیازمند به خدمات توانبخشی در منزل) به صورت روزانه (یک یا دو شیفت) عمل خواهد نمود و خدمات مرکز در دو شیفت صبح و بعد از ظهر با هماهنگی و حضور خانواده ارائه خواهد گردید.

ماده ۷

نیروی انسانی

۷-۱: نیروی انسانی تخصصی با ظرفیت ۵۰ نفر

- پزشک عمومی: یک نفر بر حسب نیاز
 - کارشناس فیزیوتراپی: یک نفر
 - کارشناس کاردرمانی: یک نفر بر حسب نیاز
 - کارشناس پرستاری: یک نفر
 - کارشناس روانشناسی بالینی: یک نفر بر حسب نیاز
 - کارشناس مددکاری اجتماعی: یک نفر
 - سایر اعضای تیم تخصصی توانبخشی بر حسب ضرورت (کارشناس گفتاردرمانی، شنوایی شناسی، ارتوپدی فنی و)
- تبصره ۱: مسئول فنی می تواند با توجه به مدرک تحصیلی مطابق با موارد مندرج در فرم ارزیابی اولیه به عنوان عضوی از تیم ارائه خدمت نماید.

تبصره ۲: مسئولیت صلاحیت تخصصی، اخلاقی و فردی پرسنل در زمان همکاری با مرکز به عهده صاحب امتیاز مرکز می باشد.

تبصره ۳: مرکز موظف است با انعقاد قرارداد لازم با نیروی انسانی تخصصی، حسب مورد و نیاز، خدمات توانبخشی و مراقبتی را به سالمندان ارائه دهد.

۷-۲: نیروی انسانی غیر تخصصی

متصدی امور دفتری: یک نفر

ماده ۸

شرح وظایف نیروی انسانی تخصصی

وظایف مسئول فنی مرکز

۱. سرپرستی کلیه امور فنی و خدمات پزشکی و توانبخشی و مسئولیت رعایت موازین قانونی

۲. نظارت بر انتخاب و بکارگیری نیروی انسانی واجد شرایط و صلاحیت براساس ضوابط موجود
۳. رسیدگی به شکایات فنی گروه هدف و پاسخگویی به آنان و مراجع ذیصلاح
۴. جلوگیری از ارائه خدمات غیر مجاز و خارج از وظایف مرکز
۵. ارائه آمار فعالیت ماهانه و سالانه مرکز به تفکیک خدمات مطابق دستورالعمل
۶. اعلام فهرست اسامی پزشکان و کارشناسان توانبخشی در ساعات مختلف همکاری با مرکز به بهزیستی شهرستان
۷. رعایت مفاد کلیه دستورالعملها، ضوابط و مقررات ابلاغی از سازمان
۸. اداره امور مرتبط با مرکز
۹. ارسال گزارش کتبی گروه هدف فوت شده به بهزیستی شهرستان
۱۰. نظارت دقیق بر تشکیل پرونده های حمایتی (اجتماعی) و توانبخشی و درج اقدامات به عمل آمده
۱۱. حضور فعال و پاسخگویی مناسب
۱۲. همکاری با کارشناسان ناظر اعزامی از معاونت امور توانبخشی سازمان بهزیستی استان و شهرستان ها، کمیسیون صدور پروانه های بهزیستی، دفتر بازرسی و حراست سازمان
۱۳. اعلام بیماریهای واگیردار طبق دستورالعمل های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به بهزیستی شهرستان
۱۴. انجام مکاتبات رسمی و اداری
۱۵. اخذ تصمیمات لازم در ارتباط با امور مرتبط با نیازهای گروه هدف با توجه به گزارشات ارائه شده توسط تیم توانبخشی
۱۶. پذیرش و ترخیص گروه هدف

شرح وظایف پزشک

۱. جلب اعتماد و اطمینان سالمند و خانواده و برقراری ارتباط حرفه ای موثر
۲. ویزیت هر سالمند حداقل یک بار در ماه
۳. انجام ویزیت دوره ای و پیگیری آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی بر اساس نیاز سالمند
۴. دارو درمانی و تعیین خط مشی درمانی
۵. ارائه اطلاعات دارویی به خانواده و سالمند جهت مصرف صحیح داروها
۶. تشکیل پرونده و ثبت دقیق شرح حال، ارزیابی و خط مشی درمانی
۷. ارجاع برای اقدامات پزشکی تخصصی بر حسب ضرورت
۸. تکمیل فرم های مربوطه
۹. همکاری با سایر اعضای تیم توانبخشی برای ارائه مداخلات لازم

شرح وظایف پرستار

۱. جلب اعتماد و اطمینان سالمند و خانواده و برقراری ارتباط حرفه ای موثر

۲. حضور در منزل سالمند بر اساس نیاز مطابق با فرم ارزیابی اولیه
۳. بررسی ، شناخت و کسب اطلاعات از وضعیت سلامت سالمند و ثبت در پرونده
۴. تعیین و ثبت مشکلات و نیازهای بهداشتی سالمند
۵. انجام اقدامات اولیه پرستاری (کنترل علائم حیاتی، تزریقات، پانسمان، سونداز، کنترل و ارزشیابی دارودرمانی و ...)
۶. آموزش خانواده و فرد در خصوص مراقبت از پوست ، زخم ها و....
۷. مشاوره ، آموزش و انجام مداخلات در الگوی دفع
۸. راهنمایی و آموزش اقدامات مراقبتی به فرد سالمند ، خانواده و مراقبین وی
۹. آموزش شیوه زندگی سالم برای فرد سالمند و خانواده در جهت ارتقاء کیفیت زندگی بالاخص آموزش فردو خانواده در زمینه مسائل بهداشتی و درمانی
۱۰. پیگیری اجرای دستورات پزشک و تیم توانبخشی
۱۱. اعلام هر گونه تغییر در وضعیت سلامت سالمند به مسئول فنی و پزشک تیم
۱۲. ثبت اقدامات و برنامه های مراقبتی پرستاری در پرونده
۱۳. همکاری با سایر اعضای تیم توانبخشی برای ارائه مداخلات لازم
۱۴. تکمیل فرم های مربوطه

شرح وظایف فیزیوتراپیست

۱. جلب اعتماد و اطمینان سالمند و خانواده و برقراری ارتباط حرفه ای موثر
۲. حضور در منزل سالمند بر اساس نیاز مطابق با فرم ارزیابی اولیه
۳. همکاری با سایر اعضای تیم توانبخشی برای ارائه مداخلات لازم
۴. ارزیابی سالمند و انجام مدالیته های درمانی
۵. ارزیابی سالمند در خصوص نحوه انجام کارهای روزمره
۶. آموزش و نظارت بر نحوه استفاده صحیح از وسایل کمک توانبخشی نظیر عصا ، واکر ، ویلچر و...
۷. بازآموزی راه رفتن در صورت نیاز
۸. ارجاع برای خدمات توانبخشی تخصصی در صورت نیاز
۹. تعیین میزان دامنه حرکتی مجاز برای سالمند و آموزش نحوه انجام آن به خانواده یا مراقب وی و بیان عوارض و پیامدهای ناشی از انجام ورزشهای نامناسب
۱۰. آموزش نحوه و زمان وضعیت دهی و جابجایی سالمند تخت گرا به خانواده یا مراقب وی و بیان عوارض و پیامدهای ناشی از بی حرکتی و وضعیت دهی نامناسب اندامها
۱۱. تکمیل فرم های مربوطه
۱۲. مستند سازی اقدامات و مداخلات درمانی

شرح وظایف کارشناس کاردرمانی

۱. جلب اعتماد و اطمینان سالمند و خانواده و برقراری ارتباط حرفه ای موثر

۲. حضور در منزل سالمند بر اساس نیاز مطابق با فرم ارزیابی اولیه
۳. ارزیابی و کسب آگاهی از توانایی ها و ناتوانی های سالمند
۴. ارائه آموزش های لازم برای دستیابی مجدد به مهارت ها و کسب استقلال فردی
۵. تهیه اسپلینت و وسایل کمکی و در صورت نیاز ارجاع به مراکز تخصصی توانبخشی ارتوپدی فنی
۶. ارتقاء سطح عملکرد بدن و اندام ها جهت بازگرداندن یا افزایش توانایی سالمند در انجام فعالیت های روزمره و ابزاری

زندگی

۷. آموزش انجام فعالیت های روزمره و ابزاری زندگی (ADL و IADL)
۸. آموزش جابجایی
۹. آموزش استفاده از وسایل کمک توانبخشی
۱۰. بهبود مهارت های شناختی ، حرکتی و درکی حرکتی
۱۱. بررسی وضعیت محل زندگی و ارائه پیشنهادات لازم در خصوص تطبیق و مناسب سازی تجهیزات و مکان بر اساس

نیازهای فردی سالمند

۱۲. تکمیل فرم های مربوطه
۱۳. همکاری با سایر اعضای تیم توانبخشی برای ارائه مداخلات لازم
۱۴. مستند سازی اقدامات و مداخلات درمانی

شرح وظایف روانشناس

۱. جلب اعتماد و اطمینان سالمند و خانواده و برقراری ارتباط حرفه ای مؤثر
۲. حضور در منزل سالمند بر اساس نیاز مطابق با فرم ارزیابی اولیه
۳. ایفاء نقش تسهیل گری در ایجاد ارتباط مستمر بین فرد، خانواده و مرکز
۴. حضور مؤثر در تیم توانبخشی مرکز در خصوص ارزیابی دوره ای وضعیت روحی و روانی سالمند
۵. تشخیص به موقع اختلالات روانی و رفتاری سالمند و ارجاع صحیح در صورت لزوم .
۶. ارائه مشاوره های لازم به فرد و خانواده در خصوص مشکلات روحی پس از آسیب

۷. ارزیابی نحوه پیشرفت درمان
۸. تکمیل فرم های مربوطه
۹. مستندسازی اقدامات در پرونده

شرح وظایف مددکار اجتماعی

۱. جلب اعتماد و اطمینان سالمند و خانواده و برقراری ارتباط حرفه ای موثر و مبتنی بر اصول مددکاری با سالمند و خانواده وی
۲. حضور در منزل سالمند بر اساس نیاز مطابق با فرم ارزیابی اولیه
۳. همکاری با سایر اعضای تیم توانبخشی برای ارائه مداخلات لازم
۴. ایفای نقش تسهیل گری در برقراری ارتباط بین تیم توانبخشی، سالمند و خانواده و مراقب وی
۵. تشکیل پرونده اجتماعی و ارزیابی دقیق وضعیت اجتماعی اقتصادی سالمند
۶. شناسایی مشکلات اجتماعی اقتصادی سالمند و سوق دادن منابع موجود در جهت حل مشکلات سالمند
۷. تهیه برنامه مدون برای فعال نگهداشتن سالمند و ایجاد زمینه برای مشارکت اجتماعی سالمند و خانواده وی در جامعه (مجامع عمومی، مراسم های مختلف، برنامه های تفریحی و ...)
۸. ارائه مشاوره های لازم در خصوص مشکلات و مسائلی که فرد و خانواده با آن روبرو هستند
۹. راهنمایی فرد برای بهره مندی از خدمات سازمان های حمایتی
۱۰. تکمیل فرم های مربوطه
۱۱. مستندسازی اقدامات مددکاری در پرونده
۱۲. پیگیری حمایت مالی مورد نیاز فرد برای تامین هزینه های درمان از طریق بهزیستی شهرستان مطابق با دستورالعمل جامع حمایت های مالی سازمان

شرح وظایف گفتار درمان

۱. جلب اعتماد و اطمینان سالمند و خانواده و برقراری ارتباط حرفه ای موثر
۲. حضور در منزل سالمند بر حسب ضرورت
۳. ارزیابی، تشخیص و درمان اختلالات گفتاری
۴. بهبود وضعیت حرکتی اندام های دخیل در گفتار
۵. تسهیل وضعیت مطلوب و امن تغذیه از راه دهان در سالمندان
۶. کاهش اختلالات عصبی-عضلانی و کاهش اختلال در کنترل زبان و بلع
۷. بهبود کنترل حرکتی مراحل بلع از طریق تعدیل تون عضلانی و تسهیل کیفیت حرکت
۸. آموزش به خانواده یا مراقب در خصوص نحوه و زمان وضعیت دهی و جابجایی سالمندان تخت گرا و بیان عوارض و پیامدهای ناشی از بی حرکتی و وضعیت دهی نامناسب در تنفس سالمند
۹. همکاری با سایر اعضای تیم توانبخشی برای ارائه مداخلات لازم

۱۰. تکمیل فرم های مربوطه
۱۱. مستند سازی اقدامات در پرونده توانبخشی

شرح وظایف متصدی امور دفتری

۱. حضور تمام وقت در ساعات اداری در مرکز
۲. ارتباط و پاسخگویی به سالمند و خانواده
۳. تکمیل فرم قرارداد مرکز با سالمند یا خانواده
۴. بایگانی نمودن مدارک و مستندات

تبصره ۱ : به منظور انجام هماهنگی های لازم در بین اعضای تیم، یکی از اعضای تیم با اولویت پرستار به عنوان مسئول هماهنگ کننده تیم انتخاب خواهد شد.

تبصره ۲ : برنامه ریزی ارائه خدمات می بایست به نحوی صورت گیرد که سالمند از هریک از خدمات تیم توانبخشی مشتمل بر پرستاری، فیزیوتراپی و مددکاری در ماه بهره مند گردد و بر اساس ضرورت و مبتنی بر نیاز، دیگر خدمات توانبخشی (کاردرمانی، روانشناسی، پزشکی و...) به صورت جایگزین تعریف گردد.

تبصره ۳ : مسئول فنی وظیفه نظارت بر تکمیل فرم های قرارداد با سالمند یا خانواده را برعهده دارد.

تبصره ۴ : در صورت نیاز سالمند به جلسات بیشتر یک نوع خدمت بر اساس پیشنهاد تیم تخصصی و با هماهنگی کارشناس ناظر شهرستان می توان خدمت مورد نظر را به جای خدمات دیگر به فرد ارائه نمود بطور مثال بعثت محدودیت های حرکتی، در محدوده زمانی مشخص، نیاز به ارائه خدمات فیزیوتراپی بیشتری می باشد .

ماده ۹

فضای فیزیکی

لازم است مکان مناسبی به عنوان مرکزی یا واحد ارائه خدمات توانبخشی سالمندان در منزل با شرایط زیر تهیه شود.

☐ اتاق مسئول فنی و برگزاری جلسات حداقل ۶ متر مربع

☐ اتاق اموردفتری، انبار و بایگانی حداقل ۶ متر مربع

☐ آبدارخانه

☐ سرویس بهداشتی

تبصره : تامین فضای فیزیکی مندرج در جدول برای مراکز ارائه خدمات توانبخشی در منزل صرف، الزامی می باشد و در مراکز جامع توانبخشی با فعالیت ارائه خدمات توانبخشی در منزل ، با رعایت مفاد دستورالعمل ها ، استفاده از فضاهای مشترک به شرط عدم ایجاد اختلال در فعالیت های مرکز بلا مانع است.

ماده ۱۰

تجهیزات تخصصی

| دیف | وسایل | تعداد |
|-----|---|--------------------|
| ۱ | گوشی پزشکی | ۱ عدد |
| ۲ | فشار سنج | ۱ عدد |
| ۳ | تخت معاینه و پاراوان | ۱ عدد |
| ۴ | چراغ قوه | ۱ عدد |
| ۵ | وسایل کمک های اولیه و لوازم مصرفی پزشکی بهداشتی | بسته به میزان مصرف |
| ۶ | داروهای اورژانسی با تاریخ مصرف مجاز | بسته به میزان مصرف |
| ۷ | وسایل تزریق و سرم | بسته به میزان مصرف |
| ۹ | بخچال (برای نگهداری دارو) | ۱ دستگاه |

تبصره : وجود تجهیزات توانبخشی مورد نیاز جهت ارائه خدمات در محل مرکز الزامی نمی باشد و اعضای تیم می بایست متناسب با خدمات مورد نیاز سالمند، تجهیزات لازم را به همراه داشته باشند.

ماده ۱۱

ضوابط اخلاقی

- حفظ کرامت انسانی سالمندان و خانواده آنان در تمام مراحل ضروری است.
- حفظ اسرار بیماران با نهایت دقت بایستی صورت پذیرد.
- اطلاعات مربوط به بیماران بایستی محرمانه تلقی شود و غیر از افراد واجد شرایط لازم (به حکم شغل و یا وظیفه اشخاص دیگر به اطلاعات دسترسی نداشته باشند).

ماده ۱۲

این دستورالعمل در ۱۲ ماده و ۲۴ تبصره توسط حوزه معاونت امور توانبخشی ، دفتر امور مراکز مراقبتی توانبخشی بازنگیری و در سال ۱۳۹۶ در شورای مدیران حوزه معاونت امور توانبخشی کشور به تصویب رسید و هرگونه تغییر در آن مستلزم تأیید مجدد شورای مذکور می باشد.

فرم شماره ۱

تاریخ

شماره پرونده:

نمونه فرم قرارداد بین خدمت گیرندگان و مراکز ارائه خدمات توانبخشی به سالمندان در منزل

مشخصات سالمند:

نام: نام خانوادگی: جنس: تاریخ تولد: محل تولد:
شماره شناسنامه: کد ملی: صادره: وضعیت تأهل: شغل:

وضعیت بیمه:

شماره تماس و آدرس محل سکونت:

شماره تماس و آدرس محل کار در صورت اشتغال:

ب) مشخصات سرپرست / قیم سالمند

نام: نام خانوادگی: جنس: تاریخ تولد:

محل تولد:

شماره شناسنامه: صادره: وضعیت: تأهل:

نسبت با سالمند:

آدرس و تلفن محل سکونت:

آدرس و تلفن محل کار:

توضیحات: بر اساس اعلام نیاز آقا / خانم که در این قرارداد سالمند نامیده می شود و اطلاعات مندرج در فرم ارزیابی اولیه سالمند که توسط تیم توانبخشی تکمیل گردیده است یا نسخه معتبر پزشک، خدمات مورد نیاز سالمند شامل موارد:

۱-

۲-

۳-

۴-

بر آورد گردیده است که هزینه انجام آنها در طول دوره ارائه خدمات حدود ریال محاسبه می گردد که هزینه مذکور از طرف سالمند/ سرپرست سالمند یا سازمان بهزیستی قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱: مبلغ ذکر شده به عنوان هزینه مدت ارائه خدمات تقریبی می باشد که بر اساس وضعیت فردی سالمند و نیازهای وی و یا سایر عوامل ممکن است هزینه اصلی و واقعی، اندکی بیشتر یا کمتر از مبلغ یاد شده در این قرار داد باشد و بر همین اساس، سالمند با اطلاع از موارد اقدام به تکمیل قرار داد می نماید.

تبصره ۲: در صورتیکه سالمند / سرپرست سالمند به هر علتی قبل از پایان کامل دوره خدمات، قصد لغو و فسخ قرارداد را داشته باشند باید ۲۴ ساعت قبل به دفتر مراجعه نموده و مراتب را کتباً اعلام نمایند تا تسویه حساب و فسخ قرارداد در اسرع وقت به عمل آید.

اینجانب (سالمند/سرپرست سالمند) پس از مطالعه دقیق مندرجات این قرارداد تعهد می نمایم که کلیه موارد فوق را پذیرفته و به مسئولین و مجریان مرکز اجازه می دهم آنگونه که صلاح می دانند نسبت به مراقبت / توانبخشی از اقدام نمایند.

همچنین متعهد می گردم که امنیت و احترام پرسنل در زمانیکه در محل سکونت سالمند مشغول ارائه خدمات می باشند را تأمین و تضمین نمایم و حق هرگونه دخالت غیرمنطقی در نحوه ارائه خدمات را از خود و خانواده ام سلب نمایم.

امضاء یا اثر انگشت سالمند:

امضاء یا اثر انگشت سرپرست سالمند:

امضاء مسئول فنی مرکز:

آدرس مؤسسه:

تلفن تماس:

فرم شماره ۲: نمونه فرم ارزیابی اولیه سالمند

شماره پرونده: تاریخ:
الف) مشخصات سالمند:
نام: نام خانوادگی: جنس: تاریخ تولد: محل تولد:
شماره شناسنامه: کد ملی:
صادر: شغل: وضعیت بیمه:
شماره تماس و آدرس محل سکونت سالمند:

ب) افرادی که سالمند با آنها زندگی می کند و سطح تحصیلات آنها:
۱- ۲- ۳-

ج) گزارش گروه توانبخشی:
۱) گزارش پزشک (وضع عمومی سالمند - تشخیص اولیه - خدمات پزشکی و پرستاری مورد نیاز)

۲) گزارش مددکار یا روانشناس (خدمات توانبخشی مورد نیاز):

۳) گزارش سایر کارشناسان توانبخشی (فیزیوتراپیست، کاردرمانگر، گفتاردرمانگر و.....):

مطالب فوق مورد تأیید است (مهر و امضاء)
پزشک: روانشناس: مددکار: سایر کارشناسان با ذکر نوع تخصص:

امضاء یا اثر انگشت سالمند / سرپرست یا قیم سالمند

شماره تماس و آدرس مؤسسه:

فرم شماره ۳

تاریخ:

شماره پرونده:

نمونه فرم پرسشنامه پرسنل اعزامی (ارائه دهندگان خدمت)

۱) مشخصات فردی ارائه دهندگان خدمات:

الف) نام:

نام خانوادگی:

نام پدر:

سن:

جنس: ☐ مذکر ☐ مؤنث

تاریخ تولد:..... محل تولد:

شماره شناسنامه:..... صادره:.....

وضعیت تأهل: مجرد ☐ متأهل ☐

شماره تلفن:

آدرس منزل:.....

آدرس محل کار:.....

۲) سابقه تحصیلات و اشتغال:

آخرین مدرک تحصیلی:

سال اخذ مدرک:.....

دانشگاه محل تحصیل:

سابقه کاری خود را از زمان فارغ التحصیلی تاکنون بنویسید:

.....

.....

..... ۳) آیا سابقه محکومیت کیفری و یا نظام پزشکی دارید؟ بلی ☐ خیر

☐

..... توضیحات:

۴) آمادگی فعالیت در کدامیک از نوبت های کاری را دارید؟ صبح ☐ عصر ☐ شب ☐ اینجانب

تأیید نموده و تعهد می نمایم. در صورت مغایرت هر کدام از موارد فوق با واقعیت حق هیچگونه اعتراضی نسبت به تصمیمات متخذه از سوی مؤسسه را

امضاء و مهر

ندارم.

فرم شماره ۴

گزارش نحوه و سیر ارائه خدمات توانبخشی به سالمندان در منزل

تاریخ:

شماره پرونده:

این برگ توسط نیروهای تخصصی اعزامی می
بایست در هر بار مراجعه به منزل معلول جسمی
حرکتی تکمیل گردد

الف (اطلاعات سالمند:

۳-جنس: مذکر ☐ مؤنث ☐ ۴-سال تولد:

۱-نام: ۲-نام خانوادگی:

۵-شغل: ۶-وضعیت بیمه:

۷-آدرس محل سکونت سالمند:

ب) اطلاعات نیروی تخصصی اعزامی:

۱-نام: ۲-نام خانوادگی: ۳-نام پدر: ۴: نوع تخصص

۵-مقطع تحصیلی:

ج) سیر ارائه خدمات توانبخشی

۱. تشخیص / مشکل اصلی سالمند:

۲. نوع خدمت ارائه شده:

۳. سیر پیشرفت بیماری:

۴. اقدامات لازم و پیگیری:

۵. تاریخ ویزیت بعدی:

۶. توضیحات:

د) اطلاعات مالی:

بدینوسیله تأیید می گردد مبلغ ریال بابت اقدامات انجام یافته فوق از سالمند / سرپرست سالمند دریافت گردید.

امضاء یا اثر انگشت سالمند / سرپرست سالمند

امضاء خدمات دهنده

آدرس مؤسسه:

تلفن تماس:

فرم شماره ۵: ارائه خدمات توانبخشی سالمند در منزل.... ماه مرکز

شماره پرونده

نام و نام خانوادگی سالمند

[illegible]

نام و نام خانوادگی مسئول فنی:

تاریخ:

امضاء

