

**UCHWAŁA NR XVII/401/24
RADY MIASTA KRAKOWA**

z dnia 18 grudnia 2024 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej
pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków”.**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 18 ust. 1 i art. 30 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1465 i 1572), art. 4 ust. 1 pkt 2 i art. 92 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 107) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 8 pkt 1, art. 48 ust. 1 i ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, 858 i 1222) uchwała się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków”, w brzmieniu stanowiącym załącznik do uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Krakowa.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miasta Krakowa

Jakub Kosek

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

Gmina Miejska Kraków

„Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków”

okres realizacji programu polityki zdrowotnej: lata 2025-2028

z możliwością kontynuacji w następnych latach

Opracowano na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.)

Kraków, 2024 rok

Spis treści

PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE	3
OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZANIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ.....	3
CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI.....	8
CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ I OPIS INTERWENCJI.....	9
ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ.....	20
SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU	22
BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ.....	24
Koszty jednostkowe programu	24
Koszty całkowite programu.....	26
UWAGI OGÓLNE.....	27
Załącznik nr 1.....	28
Załącznik nr 2.....	32

PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE

Tytuł projektu programu:	Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków
Adres jednostki terytorialnej:	MAŁOPOLSKIE / Kraków / Kraków / Kraków
Numer telefonu do kontaktu: (12) 44-67-500, (12) 616 9786	Imię i nazwisko do kontaktu: Agata Wilkosz, Agnieszka Markielowska
Planowany termin początku programu: Styczeń 2025	Planowany termin końca programu: 2028-12-31

OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZANIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Problem zdrowotny

Istnieje potrzeba podejmowania działań ukierunkowanych na wsparcie osób niesamodzielnych. Osoba niesamodzielną to osoba, która z powodu długotrwałego lub trwałego upośledzenia funkcji organizmu (niepełnosprawności) w następstwie choroby, urazu lub wieku, dla zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych wymaga pomocy osoby drugiej.¹ W szczególności wsparcia wymagają osoby niesamodzielne powyżej 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym. Badania² wskazują bowiem, że będące konsekwencją ograniczenia samodzielności zapotrzebowanie na pomoc ze strony innych osób jest zjawiskiem silnie związanym z wiekiem. Wzrost odsetka osób zdecydowanie potrzebujących wsparcia obserwuje się od 80. roku życia. Wśród seniorów oczekujących pomocy 80% wymaga jej stale lub codziennie. W 90% przypadków pomoc udzielana jest przez rodzinę. Pomoc instytucjonalna udzielana jest w niewielkiej skali.

Jak wskazują statystyki liczba osób niesamodzielnych będzie wzrastać. Sytuacja ta jest związana przede wszystkim ze zmianami demograficznymi. W ostatnich latach obserwowany jest w Polsce nasilający się proces starzenia się społeczeństwa. Udział osób starszych w populacji mieszkańców Polski systematycznie rośnie. Na koniec 2022r. liczba osób w wieku 60+ wyniosła 9797,7 tys. i w stosunku do roku poprzedniego zwiększyła się o 0,7%. Odsetek osób starszych w populacji Polski osiągnął poziom 25,9%. Według prognozy GUS, liczba ludności w wieku 60 lat i więcej w Polsce w roku 2030 ma wzrosnąć do poziomu 10,3 mln, a w 2050 r. wynieść 12,4 mln. Osoby starsze w 2060 r. będą stanowiły około 38,3% ogółu ludności Polski.³

Tymczasem blisko sześciu na dziesięciu seniorów ocenia swój stan zdrowia jako dobry, a czterech na dziesięciu jako przeciętny. Pozostali (3,7% osób w wieku 60+) opisują swój stan zdrowia jako zły. Samoocena stanu zdrowia pogarsza się wraz z wiekiem. Osoby w wieku 70+ istotnie gorzej oceniły swoje zdrowie w porównaniu do młodszych seniorów, a najgorszą samoocenę deklarowały osoby w wieku 85–89 lat.²

Powyższe jest wynikiem tego, że zaawansowany wiek często wiąże się z występowaniem wielu chorób czyli tzw. **wielochorobowością**. Zjawisko to wynika zarówno z procesu starzenia się organizmu, ale także z postępu nauk medycznych. Do najczęstszych patologii występujących u osób po 75. roku życia należy: **choroba zwyrodnieniowa stawów** (rozpoznawana u 80% seniorów), **nadciśnienie tętnicze** (rozpoznawana u 60-70% seniorów), **choroba niedokrwienna serca** (rozpoznawana u 30% seniorów). Ponadto dane wskazują, że w wieku powyżej 65 lat **cukrzycę** ma około 20% osób, a **nietolerancję glukozy** kolejne 20% osób. Około 25% populacji osób starszych cierpi na przewlekłą **obturacyjną chorobę płuc**, co najmniej 20% ma **zaparcia**, a podobną liczbę osób dotyka **nietrzymanie moczu**. Wielochorobowość często wiąże się z współwystępowaniem chorób somatycznych i psychicznych. Według niektórych autorów, aż 30% osób

starszych cierpi na łagodne i przewlekłe **zespoły depresyjne**, a około 10% ma **zespoły otępienne**. Wraz z nasileniem wielochorobowości wzrasta ryzyko ograniczenia sprawności funkcjonalnej. Kolejnym ważnym problemem jest występowanie **wielkich zespołów geriatrycznych**, czyli przewlekłych zaburzeń prowadzących do niesprawności funkcjonalnej i negatywnie wpływających na jakość życia seniorów. Do wielkich zespołów geriatrycznych zalicza się m.in. **zaburzenia mobilności i upadki, zaburzenia wzroku i słuchu, depresję i otępienie, nietrzymanie moczu i stolca oraz niedożywienie**. Występowanie wielkich zespołów geriatrycznych ma wiele przyczyn, z czego sam proces starzenia się jest jedną z nich, a pozostałe przyczyny to m.in. stany patologiczne i zażywane leki, warunki środowiskowe, w tym styl życia, np. brak lub źle dobrane aparaty słuchowe, niedostateczna opieka stomatologiczna czy siedzący tryb życia. Stanowią one poważny problem, ponieważ pacjenci lub ich opiekunowie często nie zgłaszają ich personelowi medycznemu, uważając, że są one naturalnym skutkiem starzenia się lub że ich leczenie jest niemożliwe.⁴

W Polsce osoby w wieku 60+ stanowią 48% ogółu leczonych (ponad 3 mln corocznie). Najważniejszymi przyczynami chorobowości hospitalizowanej osób starszych są choroby układu krążenia, odpowiedzialne za jedną czwartą (25,2% w 2018 r.) ogółu hospitalizacji osób w wieku 60+. Drugą w kolejności grupę stanowią nowotwory złośliwe oraz niezłośliwe –16,0% ogółu seniorów leczonych w 2018 r. Stosunkowo częstymi przyczynami hospitalizacji(ponad 5% hospitalizacji) są choroby oczu (przede wszystkim zaćma),układu oddechowego, trawiennego, moczowo-płciowego oraz urazy i zatrucia. Z kolei problemy zdrowotne osób starszych leczone przez lekarzy pierwszego kontaktu to przede wszystkim choroby układu krążenia, z dominującą w tej grupie chorobą nadciśnieniową.²

Istotną cechą łączącą seniorów jest występowanie chorób przewlekłych. Choroby te charakteryzują się długotrwałością, pogorszeniem sprawności, uzależnieniem. Coraz więcej przewlekłe chorych seniorów zwiększa grupę chronicznych geriatrycznych (tj. osób wymagających opieki długotrwałej, początkowo ambulatoryjnej, później domowej, uzależnionych od pomocy innych). Ciężka, przewlekła choroba może doprowadzić do stanu tak zwanego niedołęstwa starczego, w którym senior staje się niezdolny do wykonywania codziennych czynności życiowych, wymaga stałej opieki i pomocy. Pogarszające się zdrowie negatywnie wpływa na możliwości fizyczne i stan psychiki. Choroby somatyczne wywołują chroniczne bóle, a choroby psychiczne degradację psychiczną. Ponadto zły stan zdrowia utrudnia prowadzenie domu i wykonywanie podstawowych czynności życiowych, a także ogranicza mobilność (powoduje „uwięzienie” w domu). Wszystko to wpływa na zmniejszenie się liczby kontaktów z innymi ludźmi i utrudnia aktywny udział w życiu społecznym. Sprzyja to złemu samopoczuciu, wycofywaniu się z życia, bierności, frustracji, uzaleniu od pomocy innych.⁵

Przeprowadzone badanie PolSenior2 w zakresie oceny stanu funkcjonalnego osób starszych na podstawie skal ADL i IADL wykazało, że wraz z wiekiem stale zmniejsza się odsetek osób w pełni samodzielnych w zakresie czynności dnia codziennego, a szczególnie zauważalny jest on w zakresie czynności złożonych i po 75. r.ż. Badanie wskazało na potrzebę zintensyfikowania działań medycznych i rehabilitacyjnych zmierzających do poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego, a także zapewnienia potrzebnego wsparcia i funkcjonowania w społeczeństwie. Intensywne działania powinny być prowadzone zarówno w młodszych grupach wieku w celu zbudowania potencjału sprawności na dalsze lata życia, jak i wśród starszych Polaków, w szczególności tych po 80. r.ż., czyli grupy, która powiększa się stosunkowo szybko i jest najczęściej dotknięta niesprawnością lub nią zagrożona.²

Niestety potrzeby osób niesamodzielnych nie są odpowiednio zaspokojone. Z danych zgromadzonych w projekcie badawczym SHARE wynika, że ponad 50% osób powyżej 65 roku życia deklaruje, iż pomoc, którą otrzymują, zaspokaja ich potrzeby „czasami, bardzo rzadko lub wcale”, a zaledwie co setna osoba w wieku 65+ uzyskuje jakąś formę wsparcia formalnego. Stawia to przed opieką zdrowotną nowe wyzwania związane z zapewnieniem świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych w ramach dziennej opieki coraz większej liczbie osób.

Epidemiologia ww. problemu zdrowotnego

Dane demograficzne potwierdzają, że proces starzenia się społeczeństwa dotyczy również Małopolski, w tym Krakowa. Liczba ludności Małopolski na koniec 2022r. wyniosła 3429,0 tys. osób i stanowiła 9,1% ogólnej liczby ludności. W porównaniu z poprzednim rokiem ubyło 1,4 tys. osób, tj. 0,04% (w kraju – spadek o 0,4%). Obserwowana w ciągu ostatnich lat tendencja wzrostu mediany wieku, wskaźników starości i wsparcia międzypokoleniowego potwierdziła proces starzenia się mieszkańców. **Mediana wieku** mieszkańców Małopolski w 2022r. wyniosła 40,7 lat wobec 40,3 lat w 2021r. **Wskaźnik starości** w 2022r. wyniósł 110 osób w wieku 65 lat i więcej na 100 dzieci w wieku 0–14 lat tj. o 4 osoby więcej niż w 2021r. **Wskaźnik wsparcia międzypokoleniowego** pozwalający na określenie potrzeb związanych z opieką społeczną i ochroną zdrowia w 2022 r. w Małopolsce wyniósł 12 osób tj. nie uległ on zmianie w stosunku do 2021 r.. Oznacza to, że 12 osób w wieku 85+ przypadało na 100 osób w wieku 50–64. W dalszym ciągu obserwowano wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym. W 2022r. grupa ta liczyła 720,9tys. osób i w porównaniu z 2021r. wzrosła o 1,6%. Udział omawianej grupy w ogólnej liczbie ludności wyniósł 21,0%. Relacja osób w wieku nieprodukcyjnym do wieku produkcyjnego wyniosła 68 osób wobec 67 w 2021r.⁶

Według statystyk populacja Krakowa w 2023r. wyniosła 806,2 tys. osób, co stanowiło 23,5% ogólnej liczby ludności Małopolski. Ludność w wieku poprodukcyjnym liczyła 180,7tys. (o 1,1 tys. osób więcej niż w 2022r.), a jej udział w ogólnej populacji wyniósł 22,4% (podobnie jak rok wcześniej).⁷ **Współczynnik obciążenia demograficznego** osobami starszymi wyniósł 29,7 wobec 29,3 osób w 2022r. (dla województwa wskaźnik ten wyniósł 27,9 w 2023r. i 27,1 w 2022r.). Podobnie, jak w całym województwie, notowano wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym. W 2023r. udział omawianej grupy w ogólnej liczbie ludności wyniósł 22,4%, podobnie jak w roku 2022. Prognozy GUS wskazują, że do 2050r. liczba mieszkańców Krakowa w grupie wiekowej 65+ zwiększy się do 195 553 osób a w 2060 r. do 240 407.⁸

Grupę osób starszych charakteryzuje wysoka **umieralność**. Jak wskazują dane przedstawione w Mapach Potrzeb Zdrowotnych w Małopolsce w 2022r. wśród osób powyżej 65r.ż. najczęstszą przyczyną zgonu były choroby układu krążenia (13074) zgonów wśród seniorów, tj. 45,2% wszystkich zgonów) i nowotwory (7111 zgonów wśród seniorów tj. 24,6% wszystkich zgonów). Zgony z powodu COVID-19 stanowiły 7,7%, choroby układu oddechowego 5,7%, a objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej – 4,4% wszystkich zgonów wśród seniorów.⁹

Jak wskazują dane przedstawione w Mapach Potrzeb Zdrowotnych w populacji mieszkańców Małopolski w wieku 50-69 lat ranking problemów zdrowotnych wg wskaźnika DALY w 2019r. wskazywał jako najistotniejsze problemy zdrowotne: choroba niedokrwienna serca, nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc, ból dolnego odcinka kręgosłupa, udar, cukrzyca i upadki. W grupie wiekowej 70+ jako najważniejsze problemy zdrowotne wskazywano: choroba niedokrwienna serca, udar, choroba Alzheimera i inne choroby otępienne, nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc, cukrzyca i przewlekła obturacyjna choroba płuc. Z kolei w przypadku osób w wieku pow. 50 r.ż. ranking problemów zdrowotnych wg wskaźnika chorobowość w 2019r. wskazywał, iż kluczowe problemy zdrowotne to: zaburzenia w obrębie jamy ustnej, utrata słuchu związana z wiekiem oraz innymi przyczynami, zespoły bólu głowy, gruźlica, narażenie na siły mechaniczne, ślepotę i upośledzenie wzroku i upadki.¹⁰

Z uwagi na powyższe analizowaną grupę charakteryzuje wysoka częstość korzystania z usług medycznych, zarówno w placówkach ambulatoryjnej, jak i stacjonarnej opieki zdrowotnej. Jak wskazują dane przedstawione w Mapach Potrzeb Zdrowotnych liczba świadczeń w ramach POZ w 2023r. zrealizowanych na terenie Małopolski na rzecz osób pow. 60 r.ż. wyniosła 5 776 606, z czego 25% (tj. 1 438 447) stanowiły świadczenia zrealizowane na obszarze m. Krakowa.¹¹ Liczba porad udzielonych na terenie Małopolski w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej osobom pow. 65 roku życia wyniosła w 2022r. 2 687 288. Najwięcej porad udzielono w poradniach kardiologicznych (14%), okulistycznych (10%) oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej (9%). Liczba pacjentów pow. 65 r.ż. leczonych w poradniach woj. małopolskiego wyniosła w 2022r. 411 tys., co daje średnią liczbę porad na pacjenta na poziomie 6,55 (wzrost w stosunku do 2021: 6,45).¹² Statystyki potwierdzają również wysokie zapotrzebowanie na leczenie szpitalne wśród

Małopolan pow. 65 r.ż. Wg danych z 2022r. liczba pacjentów w ww. grupie wiekowej wynosiła 187 302 (wzrost w porównaniu do 2021: 167 892). W Krakowie liczba pacjentów wynosiła natomiast 53 310 (w 2021r.: 47 704).¹³

Osoby po 65 r.ż. są głównym beneficjentem świadczeń opieki długoterminowej. W Małopolsce w 2023r. pacjenci w wieku 65-79 lat stanowili 31%, a w wieku 80+ 54% ogółu korzystających z opieki długoterminowej. Podobnie statystyki przedstawiały się dla Krakowa, gdzie pacjenci w wieku 65-79 lat stanowili 30%, a w wieku 80+ aż 59%. Wskaźnik liczby pacjentów opieki długoterminowej (stacjonarnej) na 100 tys. ludności w 2023r. w Małopolsce wynosił 324,46(+18% w stosunku do Polski). W opiece domowej wskaźnik ten wynosił 432,34(+14% w stosunku do Polski) – dotyczy pacjentów w wieku 65-79 lat. W przypadku pacjentów pow. 80 r.ż. wskaźnik ten w opiece stacjonarnej wyniósł 204,41 (+24% w stosunku do Polski), zaś w opiece domowej 2 133,41(-5% w stosunku do Polski). Wskazuje to na znaczne obciążenie systemu opieki długoterminowej, stacjonarnej. Do tego średni czas pobytu w opiece stacjonarnej dla Małopolski wynosił 202 dni (dla os. w wieku 65-79) i 189 dni (dla os. 80+). Dla Krakowa wskaźnik ten wynosił odpowiednio 211 i 195 dni. Liczba pacjentów w opiece długoterminowej na terenie Małopolski, jak i Krakowa zwiększa się. W 2023r. dla województwa wynosiła 11610 (wzrost w stosunku do 2020 r.: 10763), z czego osoby pow. 65 r.ż. stanowiły 85%. W Krakowie liczba pacjentów wyniosła 3140 (wzrost w stosunku do 2020 r.: 2990), z czego seniorzy stanowili 89%.

Przedstawione dane dotyczące zmian struktury demograficznej społeczeństwa, a także zapotrzebowania na opiekę zdrowotną wśród osób starszych pozwalają wnioskować, że liczba osób wymagających opieki będzie stale rosła. Niepokojącym zjawiskiem jest więc obniżanie się w ciągu ostatnich kilku lat współczynnika pielęgnacyjnego (określanego jako stosunek liczby kobiet w wieku 50-64 -potencjalnych opiekunów do liczby osób w wieku 80+, w przeliczeniu na 100 osób) oraz jego prognoza. Tendencja spadkowa dotyczy zarówno Małopolski, jak i Krakowa. W Krakowie w 2016r. współczynnik ten wynosił 203,44, a w Małopolsce 233,62, podczas, gdy w 2050r. ma on wynieść odpowiednio w Krakowie 198,03, a w Małopolsce 132,05.¹⁴

Obecne postępowanie w danym zakresie

Opieka nad osobami niesamodzielnymi przyjmuje dwie formy: formalną i nieformalną. W Polsce osoby z deficytem sprawności funkcjonalnej, w tym w szczególności osoby starsze, najczęściej przebywają w warunkach domowych pod opieką opiekunów nieformalnych.¹⁵

Powodem są najczęściej trudności z dostępem do opieki formalnej. Pomimo, iż osoby te mogą korzystać ze wszystkich szczebli opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej dedykowanych osobom dorosłym, w praktyce osoby w zaawansowanym wieku, z wielochorobowością i niepełnosprawnością nie są w stanie dotrzeć do wszystkich specjalistów leczących poszczególne choroby. Możliwość korzystania np. z **rehabilitacji leczniczej** (czy to w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka lub oddziału dziennego, oddziałów stacjonarnych) jest znacznie ograniczona, a seniorzy w zaawansowanym wieku i z wieloma częstymi problemami zdrowotnymi są dyskwalifikowani z rehabilitacji.²Do tego dochodzi ograniczony dostęp do świadczeń wynikający z ich zbyt niskiej podaży. Średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej w Małopolsce w grudniu 2023r. wynosił 170 dni (liczba osób oczekujących: 87,8 tys.). Na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych trzeba oczekiwać 786 dni (liczba oczekujących 12 tys.), a na rehabilitację w ośrodku rehabilitacji dziennej 193 dni (liczba oczekujących 17,1 tys.).¹⁶

Wraz z wiekiem rośnie także zapotrzebowanie m.in. na usługi w zakresie **opieki długoterminowej**. Zgodnie z definicją przedstawioną w Mapach Potrzeb Zdrowotnych opieka długoterminowa obejmuje całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgnarskiej, rehabilitacji, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym, które nie wymagają hospitalizacji w warunkach oddziału szpitalnego. W Polsce opieka długoterminowa realizowana jest w ramach dwóch sektorów: ochrony zdrowia oraz polityki społecznej.

System pomocy społecznej obejmuje usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania. Wyróżnia się również dzienne usługi świadczone w ośrodkach wsparcia, całodobowe usługi świadczone w domach pomocy społecznej oraz w rodzinnych domach pomocy, jak również usługi świadczone w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. W Małopolsce w 2021r. funkcjonowało 349 placówek instytucji pomocy społecznej, które dysponowały łącznie ok 9,4 tys. miejsc. Liczba osób starszych korzystających z tej pomocy wyniosła 10720 osób. Najwięcej było mieszkań chronionych (100), Klubów Senior+ (73) i placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku (50). Ponadto funkcjonowało 5 Dziennych Domów Pomocy i 22 Domy Dziennego Pobytu. Należy jednak podkreślić, że w ww. placówkach nie były realizowane świadczenia zdrowotne, a jedynie usługi opiekuńcze. W 2021r. w Małopolsce zrealizowano na rzecz osób starszych 6 690 takich usług, z czego tylko 151 specjalistycznych usług opiekuńczych i 315 specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi.¹⁸

Świadczenia zdrowotne w opiece długoterminowej realizowane są zarówno w warunkach domowych (udzielane przez zespoły długoterminowej opieki domowej dla osób wentylowanych mechanicznie i w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej), jak i w warunkach stacjonarnych (udzielane w zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych). Opieka realizowana w zakładach opiekuńczo-leczniczych polega na objęciu całodobową opieką i leczeniem osób, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego i nie wymagają już dalszej hospitalizacji. Opieką w domu mogą być objęci pacjenci przewlekle chorzy, unieruchomieni z powodu urazu lub przewlekłej choroby. Świadczenia w ramach opieki domowej obejmują pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym, edukację zdrowotną, pomoc w pozyskiwaniu aparatury medycznej niezbędnej do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji chorego w domu. Czas objęcia tą formą opieki jest uzależniony od stanu zdrowia chorego. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze są udzielane świadczeniobiorcom, którzy w ocenie skalą opartą na skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów.¹⁷W 2023r. na terenie Małopolski dwoją działalność prowadziło 146 ośrodków opieki długoterminowej, w tym 19 na terenie m. Krakowa. 77% tych ośrodków realizowało świadczenia z zakresu opieki domowej. Średnia liczba łóżek w opiece długoterminowej w 2020r. wynosiła 3146 w Małopolsce (zmniejszyła się o 12 w stosunku do 2019r.), w tym 1284 na terenie m. Kraków (zmniejszyła się o 9 w stosunku do 2019r.). Liczba łóżek na koniec 2020r. przypadająca na 1 tys. ludności w wieku 65+ wynosiła w Małopolsce 5,3 (tj. zmniejszyła się o 0,1 w stosunku do 2019r.), a w Krakowie 8 (analogicznie jak w roku poprzednim).¹⁴Powyższe wskazuje na zmniejszającą się podaż usług, co przy rosnącej liczbie pacjentów opieki długoterminowej spowoduje jeszcze większe ograniczenia w dostępie do świadczeń.

Kolejną z form wsparcia osób niesamodzielnymi są świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne w formach zdeinstytucjonalizowanych realizowane przez zespół profesjonalistów (m.in. pielęgniarkę, fizjoterapeutę, opiekuna medycznego, terapeutę zajęciowego, lekarza, psychologa). Świadczenia dostosowywane są do indywidualnych potrzeb osób chorych. Jedną z takich zdeinstytucjonalizowanych form wsparcia są **dzienne domy opieki medycznej**. Pilotażowe wdrożenie tego modelu miało miejsce w 2015 r. i był on testowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 na poziomie centralnym. Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło konkurs w ramach którego wsparcie otrzymało 41 placówek w kraju. Najważniejszym zadaniem dziennego domu opieki medycznej była rehabilitacja lecznicza w celu przywrócenia pacjentowi sprawności i zdolności do funkcjonowania w środowisku. Nie mniej ważne były kontynuacja leczenia i realizacja zabiegów pielęgnacyjno-opiekuńczych, których pacjent nie może otrzymać w ramach opieki domowej. Ponadto ww. świadczenie zdrowotne obejmowały przygotowanie pacjenta i jego opiekunów do samoopieki i samodzielnej pielęgnacji oraz edukację zdrowotną. Piśmiennictwo dowodzi, że podejmowane działania terapeutyczne mają wpływ m.in. na poprawę funkcjonowania poznawczego chorego, jego zachowanie, spędzanie przez niego czasu wolnego oraz zapobiegały konsekwencjom wynikającymi z dezorientacji.¹⁹

W okresie od 2018 r. tj. od zakończenia ww. pilotażu, Gmina Miejska Kraków kontynuuje prowadzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w formie programu polityki zdrowotnej. Utworzona w Miejskim Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielných w Krakowie placówka jest w całości finansowana ze środków Gminy Miejskiej Kraków.

Analizując zaprezentowane dane dotyczące istniejącego systemu opieki, a także biorąc pod uwagę dane demograficzne, należy stwierdzić, iż istnieje pilna potrzeba dostosowania profilu świadczeń do potrzeb rosnącej grupy osób starszych. Pogarszający się stan zdrowia i niepełnosprawność, prowadzące do utraty samodzielności, są jedną z głównych przyczyn korzystania przez osoby starsze z pomocy instytucjonalnej. Konieczne jest w szczególności zapewnienie opieki osobom, które w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymały 40-65 punktów, a więc nie wymagają jeszcze stałej opieki. Zorganizowanie efektywnego systemu wsparcia w ośrodku lokalnym umożliwiłoby takim pacjentom jak najdłuższe pozostawanie w środowisku domowym, odciążając system opieki instytucjonalnej. Zaplanowane działania w ramach dziennego domu opieki medycznej stanowią zatem uzupełnienie już istniejących świadczeń, co jest zdecydowanie pozytywnym działaniem, z punktu widzenia uzyskania efektów zdrowotnych.

CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI

Cel główny

Zachowanie lub zwiększenie sprawności psychofizycznej i samodzielności u co najmniej 50% osób niesamodzielných, zwłaszcza po 65 r.ż, biorących udział w programie w okresie jego realizacji tj. w latach 2025-2028, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej i ambulatoryjnej opieki, a jednocześnie nie wymagających opieki całodobowej.

Miernik główny

Odsetek osób niesamodzielných, u których odnotowano zachowanie lub zwiększenie sprawności psychofizycznej i samodzielności w wyniku udziału w programie z wykorzystaniem standaryzowanych skal wykonywanych po przyjęciu i przed wypisem: co najmniej 50%.

Cele i mierniki Programu:

Cel programu	Miernik efektywności programu
1. Zachowanie lub zwiększenie sprawności fizycznej u co najmniej 50% liczby osób biorących udział w programie w okresie realizacji Programu	<ul style="list-style-type: none">Liczba osób biorących udział w programie, które zachowały lub zwiększyły sprawność fizyczną w wyniku udziału w programie (mierzony przy pomocy skali Tinetti): co najmniej 166 osób
2. zachowanie lub zwiększenie sprawności psychicznej u co najmniej 50% liczby osób biorących udział w programie w okresie realizacji Programu	<ul style="list-style-type: none">Liczba osób biorących udział w programie, które zachowały lub zwiększyły sprawność psychiczną w wyniku udziału w programie (mierzony przy pomocy skal: skali depresji Hamiltona u osób poniżej 65 r.ż. lub MMSE - mini mentalstateexamination i GDS - GeriatricDepressionScale u osób powyżej 65 r.ż.): co najmniej 166 osób
3. zachowanie lub zwiększenie samodzielności u co najmniej 50%liczby osób biorących udział w programie w okresie realizacji Programu	<ul style="list-style-type: none">Liczba osób biorących udział w programie, u których poziom samodzielności (mierzony skalą Barthel) nie uległ pogorszeniu lub zwiększył się: co najmniej 166 osób

<p>4. Przeciwdziałanie pogorszeniu się stanu zdrowia, ograniczeniu mobilności i zwiększenie bezpieczeństwa podczas wykonywania czynności dnia codziennego, u co najmniej 50% niesamodzielnych osób korzystających ze sprzętów medycznych w ramach wypożyczalni sprzętu medycznego.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Liczba osób biorących udział w programie, u których stan zdrowia lub mobilność nie uległy pogorszeniu lub u których odnotowano utrzymanie lub zwiększenie bezpieczeństwa podczas wykonywania czynności dnia codziennego (mierzony przy pomocy ankiety samooceny stanu zdrowia): co najmniej 166 osób.
--	---

CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ I OPIS INTERWENCJI

Nazwa i charakterystyka populacji

Nazwa populacji	Osoby niesamodzielne, w szczególności osoby po 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym.
Wielkość populacji ogółem:	49 905 osób
Przewidywana liczba uczestników ogółem	332 osoby niesamodzielne
Przewidywana liczba uczestników rocznie:	83 osoby niesamodzielne
Uzasadnienie:	<p>Programem polityki zdrowotnej objęte zostaną osoby niesamodzielne, ze szczególnym uwzględnieniem osób po 65 r.ż. celem udzielenia im świadczeń zdrowotnych w postaci pobytu w dziennym domu opieki medycznej oraz zapewnienia możliwości wypożyczenia niezbędnego sprzętu medycznego.</p> <p>Ze względu na trudności w oszacowaniu populacji osób niesamodzielnych, wynikające z braku całościowych statystyk publicznych, dotyczących stanu zdrowia i potrzeb, a także braku informacji dotyczących opieki sprawowanej w ramach sieci rodzinnej, wielkość populacji oszacowano na podstawie następujących założeń:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ biorąc pod uwagę, że jednym z możliwych kryteriów przyjęcia do dziennego domu opieki medycznej jest fakt przebytej hospitalizacji, ustalono na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych [źródło: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/leczenie-szpitalne/], iż w 2022 r. (brak późniejszych danych) liczba osób hospitalizowanych w grupie wiekowej 65+ i zamieszkałych na terenie m. Kraków wynosiła 53 310 osób. Zakłada się, że u ok. 50% ww. osób po zakończonej hospitalizacji wystąpią ograniczenia w zakresie zdolności do wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego lub złożonych czynności codziennych tj. poziom ich samodzielności ulegnie zmniejszeniu. Do populacji wliczono na potrzeby programu 50% liczby wszystkich hospitalizowanych mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków po 65 roku życia tj. ok. 26 655osób. ➤ Statystyki [źródło: https://analizy.mz.gov.pl/app/mpz_2020_epidem_nfz_gus] dotyczące chorób przewlekłych u mieszkańców Krakowa w wieku 65+

wskazują, że na chorobę Alzheimera i inne otępienia w 2022 r. chorowało 3 242 osoby, zaś na chorobę Parkinsona i inne zaburzenia ruchowe 7 338. Liczba osób z udarem niedokrwiennym mózgu w Krakowie wynosiła 1 340, w tym 1 049 to osoby po 65 r.ż. Przewlekłe choroby kardiologiczne, takie jak choroba niedokrwienna serca dotknęły w 2022 r. 43 962 mieszkańców Krakowa po 65 r.ż., niewydolność serca dotyczyła 11 780 mieszkańców Krakowa po 65 r.ż. a pozostałe zaburzenia rytmu i przewodzenia 25 643 mieszkańców Krakowa po 65 r.ż. Łącznie zachorowalność na ww. schorzenia wynosiła ok. 93 000. **Do populacji wliczono na potrzeby programu 25%* liczby mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków po 65 roku życia z ww. schorzeniami tj. ok. 23 250 osób.**

*Przyjęta wartość procentowa wynika z analizy preferencji w zakresie sposobu sprawowania opieki nad osobami starszymi i przewlekle chorymi. W załączniku do "Regionalnego planu rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji województwa małopolskiego na lata 2023-2025" wskazuje się, że większość Małopolan dla swoich bliskich preferuje opiekę domową (76,1%). Przyjęto więc, że tylko ok. 25% skorzysta ze stacjonarnych form opieki w postaci pobytu w DDOM.

W ww. szacunkach uwzględniono jedynie osoby ≥ 65 r.ż., pomimo iż w programie będą mogły wziąć udział również osoby młodsze (pełnoletnie). Powyższe wynika z dotychczasowych doświadczeń w realizacji programu w latach 2019-2023, zgodnie z którymi osoby po 65 r.ż. stanowiły dominującą część uczestników programu (średnia wieku uczestników programu w 2019 r. wynosiła 72 lata, w 2020 i 2021 r.: 71 lat, w 2022 i 2023 r.: 74 lata).

Przewidywana liczba uczestników wynika natomiast z liczby utworzonych miejsc opieki. Dzienny dom opieki medycznej zapewni opiekę jednocześnie 20 pacjentom. Średni czas pobytu w DDOM wyniesie 60 dni roboczych (nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 90 dni roboczych). W okresie 1 roku (dla którego przyjmuję się średnią liczbę dni roboczych na poziomie 250) wsparciem objętych zostanie 83 osoby, a w całym okresie trwania programu (4 lata): 332 osoby.

Cele oraz mierniki Programu zostały skalkulowane na poziomie co najmniej 50% docelowej liczby uczestników. Powyższe, opiera się na opublikowanych w 2017 r. wynikach badania ewaluacyjnego projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia dziennych domów opieki medycznej. W ww. raporcie wskazano, iż „przeważający odsetek badanych uznał, że stan ich zdrowia od czasu pobytu w DDOM uległ znacznej poprawie (57%)”. Biorąc jednak pod uwagę specyfikację pacjenta objętego przedmiotowym Programem (tj. m.in. pacjenci z chorobami neurologicznymi (po udarach, z chorobami demielinizacyjnymi, z chorobami centralnego układu nerwowego) lub pacjenci z przewlekłymi chorobami narządu ruchu albo pacjenci z zaburzeniami poznawczymi, depresją, lub pacjenci z chorobami układu krążenia i objawami niewydolności serca) dokonano kalkulacji wskaźników i za realny uznano poziom 50%.

Poprawność powyższych szacunków potwierdzają również wywiady prowadzone przez Gminę Miejską Kraków z podmiotami realizującymi podobne działania finansowane m.in. w ramach działania 5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych, Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER), w ramach którego prowadzone były pilotażowo dzienne domy opieki medycznej.

Kryteria włączenia i wykluczenia

	Kryteria włączenia:	Kryteria wykluczenia:
Dzienny Dom Opieki Medycznej	<p>Do dziennego domu opieki medycznej będą przyjmowani pacjenci z terenu Miasta Krakowa:</p> <p>a) bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej lub</p> <p>b) pacjenci, którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego lub</p> <p>c) pacjenci z chorobami neurologicznymi (po udarach, z chorobami demielinizacyjnymi, z chorobami centralnego układu nerwowego) lub pacjenci z przewlekłymi chorobami narządu ruchu lub pacjenci z zaburzeniami poznawczymi, depresją, lub pacjenci z chorobami układu krążenia i objawami niewydolności serca lub</p> <p>d) pacjenci po urazach ortopedycznych zaopatrzeni na SOR, albo zaopatrzeni w ramach chirurgii jednego dnia albo którzy zakończyli rehabilitację leczniczą</p> <p>oraz</p> <p>wymagający, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagających hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów.</p> <p>Podstawą przyjęcia pacjenta do dziennego domu opieki medycznej będzie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skierowanie wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej bądź lekarza ubezpieczenia zdrowotnego 	<ul style="list-style-type: none"> • osoby wymagające hospitalizacji, korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej lub rehabilitacji leczniczej, w warunkach oddziału dziennego lub w warunkach stacjonarnych, a także korzystające z usług oferowanych w innych placówkach dziennej opieki, • pacjentami nie mogą być osoby dotknięte chorobą psychiczną lub uzależnieniem (poza fazą remisji), • pacjentami nie mogą być osoby w terminalnej fazie choroby nowotworowej, • pacjentami nie mogą być osoby całkowicie niesamodzielne tj. niemogące korzystać z usług rehabilitacyjnych np. osoby leżące, z zaburzeniami świadomości, bez kontaktu logicznego itp. • pacjentami nie mogą być osoby, które nie są w stanie wyrazić świadomej zgody na pobyt w placówce, • pacjentami nie mogą być osoby korzystające równocześnie z usług DPS, rodzinnych domów pomocy, ośrodków wsparcia, mieszkań chronionych, • pacjentami nie mogą być osoby niepełnoletnie, • pacjentami nie mogą być osoby, które w skali Barthel uzyskały mniej niż 40 pkt.

	<p>udzielającego świadczeń w szpitalu w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Karta oceny świadczeniobiorcy, sporządzana przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego, z zastosowaniem skali poziomu samodzielności Barthel. <p>W wyjątkowych i uzasadnionych przypadkach, skierowanie oraz kartę może wydać odpowiednio lekarz i pielęgniarka Dziennego Domu Opieki Medycznej.</p>	
--	---	--

<p>Opis interwencji</p>	<p>W dziennym domu opieki medycznej (DDOM) pacjentom zapewniona będzie opieka medyczna połączoną z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Realizowane będą następujące kategorie świadczeń zdrowotnych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji, • doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych, • usprawnianie ruchowe, • stymulacja procesów poznawczych, • terapia zajęciowa, • przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne)*. <p>Szczegółowy katalog świadczeń stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Programu.</p> <p>*Działania edukacyjne polegać będą na: udzielaniu informacji, wsparciu i poradnictwie (w tym psychologicznym), zarówno dla uczestników, jak i ich rodzin. Działania te będą mieć wymiar indywidualny i polegać będą na współpracy z rodziną w zakresie rozwiązywania problemów pacjentów, wskazywaniu rozwiązań mających na celu poprawę funkcjonowania pacjenta, udzielaniu wsparcia w zachowaniu więzi rodzinnych i nawiązywaniu kontaktów z współuczestnikami, przeprowadzaniu rozmów wspierających, udzielaniu wskazówek i informacji pomagających w opiece. Wsparcie to będzie udzielane przede wszystkim przez psychologa, ale również przez pielęgniarkę i fizjoterapeutę. Wsparciem objęci zostaną opiekunowie pacjentów przebywających w DDOM w formie indywidualnych spotkań z ww. personelem. Personel oprócz ww. wsparcia, wskazywać będzie uczestnikom i ich rodzinom możliwości spędzania czasu wolnego, motywować będzie ich do podjęcia aktywności i uczestnictwa w zajęciach, imprezach organizowanych poza DDOM. Szacowany średni wymiar czasowy wsparcia edukacyjnego na 1 osobę to ok. 60 min.</p> <p>Poza świadczeniami opieki zdrowotnej pacjentom przebywającym w dziennym domu opieki medycznej zapewnione zostanie odpowiednie do stanu zdrowia wyżywienie, prowadzone będą zajęcia dodatkowe, pozwalające na zagospodarowanie czasu wolnego pomiędzy udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi oraz w razie potrzeby zapewniony zostanie transport z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrót do miejsca zamieszkania. Ponadto w razie konieczności, w godzinach funkcjonowania DDOM, zapewnia się pacjentom transport na konsultacje/ wizyty lekarskie oraz pomoc w ustaleniu terminów</p>
--------------------------------	---

ww. konsultacji/wizyt. Przez zapewnienie transportu rozumie się jego organizację przez DDOM i pokrycie kosztów z nim związanych.

W dziennym domu opieki medycznej będzie mogło przebywać jednorazowo **do 20 osób**.

Czas trwania pobytu w dziennym domu opieki medycznej jest ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny i **nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 90 dni roboczych**. W przypadku pacjentów chorujących przewlekle, u których utrzymują się deficyty zdrowotne, możliwe jest ponowne przyjęcie do DDOM, przy czym nie częściej niż 1 raz w roku.

W pierwszym miesiącu, pacjenci przebywać będą w dziennym domu opieki medycznej przez **5 dni w tygodniu przez 8 godzin dziennie**, następnie w zależności od poprawy stanu zdrowia, liczba i częstotliwość udzielanych świadczeń może być stopniowo zmniejszana w zależności od potrzeb indywidualnych każdego pacjenta, jednak nie może odbywać się w czasie krótszym niż 4 godziny dziennie.

Podmiot leczniczy prowadzący dzienny dom opieki medycznej zobowiązany jest do **opracowania regulaminu organizacyjnego** działania dziennego domu opieki medycznej, który będzie określał w szczególności godziny pracy.

Sposób udzielania świadczeń w dziennym domu opieki medycznej:

- najpóźniej w trzecim dniu po przyjęciu pacjenta wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dokonuje **oceny sprawności funkcjonalnej** w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych, sprawności procesów poznawczych, stanu emocjonalnego, w zależności od potrzeb - również innych obszarów np. stopnia niewydolności zwieraczy pęcherza i odbytu, określenie występowania niewydolności krążenia lub ryzyko upadków.
- w przypadku osób powyżej 65 r.ż. wykonuje się całościową ocenę geriatryczną (COG), składająca się z oceny stanu czynnościowego i fizycznego, a także funkcji umysłowych oraz oceny socjalno-środowiskowej, poprzedzonej wykonaniem oceny według skali VES-13.
- na podstawie przeprowadzonej całościowej oceny, zespół terapeutyczny przygotowuje **indywidualny plan wsparcia**, określający m.in. liczbę i rodzaj planowanych świadczeń oraz czas trwania terapii.
- na koniec każdego miesiąca zespół terapeutyczny dokonuje oceny rezultatów podjętych działań. Jeżeli stwierdzi u uczestnika programu postępy w samodzielnym wykonywaniu czynności życia codziennego, może modyfikować przyjęty plan działania i podjąć decyzję o dalszym sprawowaniu opieki. Natomiast w przypadku, kiedy brak jest postępów w wyniku stosowanej terapii, rehabilitacji oraz metod pielęgnacji, jak również edukacji pacjenta, zespół dokonuje modyfikacji zastosowanego planu terapeutycznego lub podejmuje decyzję o wypisaniu uczestnika z programu, informując równocześnie o możliwościach korzystania z innego rodzaju świadczeń zdrowotnych lub świadczeń realizowanych w ramach pomocy społecznej.
- przed wypisaniem pacjenta konieczne jest dokonanie przez zespół terapeutyczny ponownej oceny stanu zdrowia.

Celem dokonania oceny sprawności funkcjonalnej przeprowadza się:

1. w przypadku pacjentów poniżej 65 r. ż:

- ocenę czynnościową – możliwość wykonywania złożonych czynności życia codziennego (InstrumentalActivitiesDailyLiving, IADL - skala Lawtona) - badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem.
- ocenę fizyczną:
 - równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti) - badania powinny być wykonane przez fizjoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - określenie występowania niewydolności serca (Skala niewydolności krążeniawg New York HeartAssociation, NYHA) - badanie powinno być wykonane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę po przyjęciu przed wypisaniem,
- ocenę stanu umysłowego - określenie stanu emocjonalnego (skala depresji Hamiltona, HAM-D) - badanie powinno być wykonane przez psychologa po przyjęciu i przed wypisaniem.

2. w przypadku pacjentów powyżej 65 r. ż.:

- ocenę czynnościową – możliwości wykonywania złożonych czynności życia codziennego (InstrumentalActivitiesDailyLiving, IADL - skala Lawtona) – badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu przed wypisaniem,
- ocenę fizyczną:
 - równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti) - badania powinny być wykonane przez fizjoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - określenie występowania niewydolności serca (skala niewydolności krążeniawg New York HeartAssociation, NYHA) - badanie powinno być wykonane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę po przyjęciu przed wypisaniem,
- ocenę stanu umysłowego:
 - ocena sprawności umysłowej – skala Folsteina (MMSE - mini mentalstate examination) - badanie powinno być wykonane przez psychologa po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - określenie stanu emocjonalnego - geriatryczna skala oceny depresji (GeriatricDepressionScale, GDS) - badanie powinno być wykonane przez psychologa po przyjęciu i przed wypisaniem.

Zastosowanie określonych i wskazanych powyżej narzędzi do oceny stanu zdrowia powinno być zindywidualizowane i dostosowane do stanu zdrowia każdego pacjenta.

W trakcie pobytu w dziennym domu opieki medycznej pacjentowi świadczeń udziela następujący personel:

- lekarz specjalista geriatra- zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby,
- lekarz specjalista rehabilitacji medycznej- zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby,
- pielęgniarka pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego sprawującego opiekę nad pacjentem, współpracująca z pozostałymi członkami zespołu - udziela świadczeń zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 2 godziny dziennie,

	<ul style="list-style-type: none"> • fizjoterapeuta - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 4 godziny dziennie, • opiekun medyczny - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, • terapeuta zajęciowy - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo, • psycholog – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo, • logopeda - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta. <p>W ramach dziennego domu opieki medycznej działać będzie również wypożyczalnia sprzętu medycznego. Jest to wsparcie w postaci usług bezpłatnego wypożyczenia sprzętu, które pozwoli na zwiększenie skuteczności i jakości sprawowanej opieki, zapewni pacjentowi możliwie najdłuższe przebywanie w swoim środowisku domowym, zapobiegając i niwelując ryzyko wykluczenia społecznego. Usługi wypożyczania sprzętu będą świadczone bezpłatnie. Wypożyczany sprzęt będzie dowożony do osób potrzebujących. Udostępnianie sprzętu będzie powiązane z doradztwem w jego doborze i obsłudze. Pracownik wypożyczalni objaśni pacjentowi i/lub opiekunowi instrukcję korzystania z urządzenia, doradzi w zakresie jego właściwego wykorzystania. Asortyment wypożyczalni stanowić będą minimum: łóżka medyczne, materace przeciwodleżynowe zmiennociśnieniowe, balkoniki i wózki inwalidzkie. Wypożyczalnie obsługiwać będzie: kierownik zespołu terapeutycznego i kierowca.</p> <p>Na potrzeby monitorowania celu szczegółowego „Przeciwdziałanie pogorszeniu się stanu zdrowia, ograniczeniu mobilności i zwiększenie bezpieczeństwa podczas wykonywania czynności dnia codziennego, u co najmniej 50% niesamodzielnych osób korzystających ze sprzętów medycznych w ramach wypożyczalni sprzętu medycznego, stosowana będzie ankieta samooceny stanu zdrowia osoby korzystającej ze sprzętu. Ankieta wykonywana będzie na zakończenie okresu użyczenia sprzętu i badać będzie wpływ udzielonego wsparcia na takie aspekty jak: stan zdrowia, mobilność i bezpieczeństwo. Dodatkowo w ramach oceny jakości świadczeń stosowany będzie u osób korzystających z wypożyczalni kwestionariusz ankiety oceniający skuteczność i jakość sprawowanej opieki w środowisku domowym przez opiekunów osób niesamodzielnych.</p>
Czy jest udowodniona skuteczność i bezpieczeństwo?	TAK
Uzasadnienie wyboru ze wskazaniem źródeł informacji	<p>1) Badanie: Europejskie Badanie Warunków Życia Ludności (EU-SILC) z 2017 r.</p> <p>Wyniki:</p> <ul style="list-style-type: none"> - niemal co czwarta osoba starsza (w wieku 60 lat i więcej) zamieszkująca Polskę oceniła w 2017 r. swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry. Z kolei niespełna 30% osób starszych uznało, że ich zdrowie jest złe lub nawet bardzo złe. - niespełna połowa wszystkich osób w wieku 60 lat i więcej nie określiła swojego zdrowia w sposób jednoznaczny. 45,7% respondentów stwierdziło, że ogólnie ocenia swoje zdrowie jako „takie sobie, ani dobre ani złe”. - dwie trzecie (67,7%) badanych wskazało na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, które trwają (lub przewiduje się że będą trwałe) co najmniej 6 miesięcy. Większy udział osób o długotrwałych problemach zdrowotnych lub chorobach przewlekłych odnotowano w miastach (69,3%) niż na wsi (65,1%). - poważnie lub niezbyt poważnie ograniczona zdolność do wykonywania codziennych czynności (trwająca już od co najmniej 6 miesięcy) dotyczyło 46,2% respondentów. - biorąc pod uwagę 12 miesięcy poprzedzających badanie, przynajmniej raz wystąpiła potrzeba skorzystania z usług opieki zdrowotnej u 79% badanych. Z tej grupy ok. 8,7%

zadeklarowało, że nie skorzystało z tych usług, gdy tego rzeczywiście potrzebowało. Przy czym prawie 37,9% tych ankietowanych jako powód podało „listę oczekujących, brak skierowania”, a 26,2% liczyło, że dolegliwości po pewnym czasie same ustąpią.

Wnioski: powyżej przywołane dane wskazują na niską samoocenę zdrowia w badanej populacji, występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych, ograniczoną zdolność do wykonywania codziennych czynności wśród badanych. Co istotne wykazano wysoki poziom zapotrzebowania na usługi opieki zdrowotnej oraz ograniczenia w zakresie dostępności opieki. Istnieje zatem pilna potrzeba zapewnienia tego typu świadczeń.

Źródło: Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2017. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej senior.gov.pl. Dostępne pod adresem: <https://www.gov.pl/web/rodzina/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-za-rok-2017>

2) **Badanie:** dotyczące wsparcia osób niesamodzielnych z 2020 r.

Cel badania: wskazanie ograniczeń i problemów, które najbardziej przeszkadzają w codziennym funkcjonowaniu osób niesamodzielnych.

Populacja: osoby niesamodzielne zarówno z zaburzeniami funkcjonowania podstawowych układów (krążenia, oddychania, kostnego, trawiennego), jak i poważniejszych chorób neurologicznych (Parkinson, Alzheimer) czy postępującą z wiekiem demencją. Ankietowani z 32 gmin znajdujące się na terenie 5 województw: mazowieckiego, warmińsko-mazurskiego, podkarpackiego, wielkopolskiego i śląskiego.

Wyniki:

- respondenci poproszeni o wskazanie jednego typu ograniczenia czy problemu, który najbardziej im przeszkadzał w codziennym funkcjonowaniu wskazali zarówno na konkretne dolegliwości bólowe wynikające z chorób przewlekłych np. reumatyzm, zwyrodnienie stawów, zwyrodnienie kręgosłupa, jak i na ich konsekwencje takie, jak niemożność dźwigania, robienia zakupów czy wchodzenia po schodach.

- badani zapytani o wykonywanie podstawowych czynności dnia codziennego w zdecydowanej większości (nieco ponad 80%) potrafili samodzielnie się napić i zjeść, a dla mniej niż 20% badanych największym problemem było wykonywanie prac domowych oraz chodzenie.

- poziom mobilności zdecydowanie różnicowany był w badanej grupie przez stopnie niesamodzielności – w przypadku stopnia I osoby niesamodzielne były w stanie poradzić sobie z codziennym poruszaniem się i przemieszczaniem w ramach mieszkania, bez większych trudności potrafili zmieniać pozycję ciała. Jednak w przypadku konieczności pokonania dłuższych odcinków ankietowani musieli posłużyć się sprzętem w postaci laski, chodzika bądź wózka (czy ze względu na ograniczenia w ruchu, czy problemy z błędniakiem/równowagą, utrzymaniem właściwej koordynacji ruchowej).

- badani wskazywali także na ograniczone możliwości poruszania się poza miejscem zamieszkania – w przypadku wyjścia do sklepu, do lekarza bądź szpitala. Jak przyznali respondenci tego typu ograniczenia dodatkowo uzależniały ich od wsparcia osób z zewnątrz, każde wyjście z domu wymagało bowiem osoby asystującej.

- część respondentów wskazywała także na brak poczucia bezpieczeństwa poza miejscem zamieszkania ze względu na gorsze samopoczucie fizyczne i świadomość ograniczeń, co dodatkowo ograniczenie aktywności społecznej.

- w kwestii zapewnienia mobilności dużą rolę (poza osobą opiekuna) odgrywa także pomoc fizjoterapeutów, którzy rehabilitowali i edukowali ankietowanych w celu poprawy sprawności ruchowej. W opinii badanych było to cenne wsparcie w powrocie do większej samodzielności ruchowej.

Wnioski: powyżej przywołane dane wskazują na zidentyfikowane znaczne ograniczenia w zakresie mobilności i codziennego funkcjonowania osób niesamodzielnych. Badani podkreślali potrzebę wspomagania się sprzętem medycznym lub asystą opiekuna przy poruszaniu się. Jako istotna pomoc w rozwiązaniu tych problemów badani wskazywali pomoc udzieloną przez personel medyczny.

Źródło: Kretek-Kamińska A., Kukulak-Dolata I., Krzewińska A.: Wsparcie osób niesamodzielnych. Perspektywa opiekunów i podopiecznych. Gerontologia. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2020.

3) Badanie: raport „Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia dziennych domów opieki medycznej (DDDOM) z czerwca 2017 r.”

Wyniki:

- przeprowadzone wywiady wskazują na wieloaspektowe, pozytywne efekty korzystania ze wsparcia w postaci pobytu w placówce dziennej opieki,
- w efekcie pobytu w ww. placówkach zauważono poprawę zdrowia fizycznego i lepszą kondycję psychiczną oraz poprawę relacji rodzinnych.
- zauważono, iż regularna i profesjonalnie przeprowadzana rehabilitacja szybko przynosi widoczne efekty i poprawę sprawności fizycznej,
- poprawa stanu zdrowia, a także przebywanie w nowym środowisku społecznym istotnie wpływa także na poprawę kondycji psychicznej.

Wnioski: placówki zapewniające opieką dzienną, w których realizowane są świadczenia medyczne są skuteczną i efektywną formą opieki zdrowotnej skierowaną do osób niesamodzielnych. Raport wskazuje, że ta forma wsparcia właściwie wypełnia lukę w opiece medycznej nad pacjentem, dla którego opieka sprawowana w ramach POZ lub ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego nie jest wystarczająca, a jednocześnie który nie wymaga hospitalizacji czy opieki w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Ponadto zaangażowanie wysoko wykwalifikowanego personelu oraz specjalistów, przy zapewnieniu zindywidualizowanego i kompleksowego podejścia w procesie rehabilitacji, zapewnia wysoki poziom usług zdrowotnych. Przeprowadzone badanie ewaluacyjne wykazało, że seniorzy bardzo wysoko ocenili wsparcie udzielane w placówkach dziennego pobytu, w tym najwyższe noty otrzymały świadczone usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne (90% wskazań zdecydowanie dobrze). 57% badanych uznało, że stan ich zdrowia od czasu pobytu w placówce w uległ znacznej poprawie.

Źródło: <https://www.ewaluacja.gov.pl/strony/badania-i-analizy/wyniki-badan-ewaluacyjnych/badania-ewaluacyjne/ewaluacja-biezaca-projektow-po-wer-dotyczacych-tworzenia-i-prowadzenia-dziennych-domow-opieki-medycznej-ddom/>

4) Badanie: Jakość życia starszych opiekunów nieformalnych osób przewlekle chorych w opiece domowej

Cel badania: Ocena jakości życia starszych opiekunów osób przewlekle chorych z deficytem sprawności funkcjonalnej objętych opieką domową.

Populacja: 138 opiekunów nieformalnych

Wnioski:

- im dłuższy czas pomocy w opiece nad pacjentem oferowanym opiekunom przez inne osoby tym wyższe jest zadowolenie i jakość życia opiekunów;
- im wyższa sprawność funkcjonalna pacjentów oraz lepsza sprawność umysłowa osób przewlekle chorych tym lepsza jest jakość życia opiekunów.

Źródło: Kachaniuk H., Bartoszek A., Ślusarska B., Nowicki G., Kocka K., Deluga A., Piasecka K.:

	Jakość życia starszych opiekunów nieformalnych osób przewlekle chorych w opiece domowej. Gerontol. Pol. 2018; 12:74-83.
--	---

Sposób udzielenia świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ

Kto?	<p>Personel, w tym kompetencje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lekarz specjalista geriatra - wymagane aktualne prawo wykonywania zawodu – 0,25 ETATU, • lekarz specjalista rehabilitacji medycznej - wymagane aktualne prawo wykonywania zawodu – 0,25 ETATU, • pielęgniarka pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego – wymagane wykształcenie min. średnie i aktualne prawo wykonywania zawodu - 1 ETAT, • fizjoterapeuta - wymagane wykształcenie kierunkowe - mgr fizjoterapii, licencjat fizjoterapii, technik fizjoterapii – 3 ETATY, • opiekun medyczny - 2 ETATY, • terapeuta zajęciowy –wymagane uprawnienia do prowadzenia terapii zajęciowej – 1 ETAT, • psycholog – wymagane wykształcenie kierunkowe – mgr na kierunku psychologia – 0,5 ETATU, • logopeda – wymagane wykształcenie kierunkowe (na poziomie magisterskim) – 0,3 ETATU, • kierowca – wymagane prawo jazdy kat. B - 1 ETAT.
Gdzie i kiedy?	<p>Miejsce udzielania świadczeń: podmiot leczniczy na terenie Gminy Miejskiej Kraków</p> <p>Czas udzielania świadczeń: styczeń 2025 - 31.12.2028, z możliwością kontynuacji w następnych latach.</p> <p>Długość udzielanych świadczeń: DDOM funkcjonować będzie przez cały rok, we wszystkie dni robocze tj. od poniedziałku do piątku (z wyjątkiem sytuacji awaryjnych), co najmniej 8 godz. dziennie, w godzinach od 7:00 do 15:00 lub innych dostosowanych do potrzeb pacjentów.</p>
Jak?	<p>Sposób dotarcia do grupy docelowej.</p> <p>W celu zapewnienia wysokiej frekwencji w programie, konieczne jest przeprowadzenie przez podmiot leczniczy i Gminę Miejską Kraków skutecznych działań informacyjnych, w szczególności poprzez następujące kanały:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ informacja przekazywana do innych jednostek ochrony zdrowia i pomocy społecznej np. przychodnie POZ, poradnie rehabilitacyjne, poradnie geriatryczne, DPS, MOPS etc., ➤ prasa – publikacje prasowe w prasie lokalnej i branżowej, ➤ publikacje – ulotki, plakaty etc., ➤ Internet – informacja na stronie podmiotu realizującego program, mailing, ➤ media społecznościowe. <p>Ponadto, w ramach Programu prowadzone będą zadania z zakresu koordynacji opieki przejściowej pomiędzy podmiotami, które są zaangażowane w opiekę instytucjonalną i pozainstytucjonalną. Powyższe znajdzie wyraz przede wszystkim w działaniach rekrutacyjnych skierowanych do pacjentów przebywających w opiece instytucjonalnej. Będą one miały na celu objęcie wsparciem pacjenta opuszającego taki podmiot i zaproponowanie mu kontynuacji wsparcia w formach zdeinstytucjonalizowanych. W tym celu konieczne będzie nawiązanie współpracy z jednostkami opieki zdrowia, w tym w szczególności podmiotami z obszaru opieki szpitalnej.</p>
Czy jest powiązana z NFZ?	NIE

W jaki sposób jest powiązana z NFZ?	Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4 ust. 1, ww. ustawy są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności (skalą Barthel), otrzymał 40 punktów lub mniej. Brak jest natomiast świadczeń gwarantowanych dla pacjentów, którzy wymagają ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów. Zaplanowane działania w postaci Diennej Domu Opieki Medycznej stanowią zatem uzupełnienie już istniejących świadczeń zdrowotnych, a nie ich powielenie.
-------------------------------------	--

Zakończenie

Zakończeniu udziału w programie oznacza zrealizowanie pełnej ścieżki wsparcia określonej w indywidualnym planie wsparcia. Czas trwania pobytu w dziennym domu opieki medycznej jest ustalany indywidualnie dla każdego pacjenta i wynosi on od 30 do 90 dni roboczych. Uwzględnione zostaną również osoby, które z przyczyn zdrowotnych lub losowych musiały zrezygnować z kontynuowania wsparcia.

Przed wypisaniem pacjenta konieczne jest dokonanie przez zespół terapeutyczny ponownej oceny stanu jego zdrowia. Sporządzana jest również karta informacyjna z leczenia w dziennym domu opieki medycznej zawierająca m.in. zalecenia oraz wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, pielęgnowania lub trybu życia (zalecenia lekarskie, pielęgniarskie, fizykoterapeutyczne).

Ocena zachowania lub zwiększenia sprawności psychofizycznej pacjentów biorących udział w programie dokonywana będzie z wykorzystaniem standaryzowanych skal (ocena fizyczna: skala Tinetti), ocena stanu umysłowego: skala depresji Hamiltona u osób poniżej 65 r.ż. lub MMSE - mini mentalstateexamination i GDS - GeriatricDepressionScale u osób powyżej 65 r.ż.) wykonywanych po przyjęciu i przed wypisaniem.

Ocena zachowania lub zwiększenia samodzielności pacjentów biorących udział w programie dokonywana będzie z wykorzystaniem skali Barthel wykonywanej po przyjęciu i przed wypisaniem.

Zakończenie udziału w programie (niezgodnie ze ścieżką wsparcia) następuje w przypadku, gdy:

- oceny rezultatów podjętych działań (przeprowadzana na koniec każdego miesiąca przez zespół terapeutyczny) wskazuje, że brak jest postępów w wyniku stosowanej terapii, rehabilitacji oraz metod pielęgnacji, jak również edukacji pacjenta, a modyfikacji zastosowanego planu terapeutycznego nie jest zasadna. Wówczas zespół podejmuje decyzję o wypisaniu uczestnika z programu, informując równocześnie o możliwościach korzystania z innego rodzaju świadczeń zdrowotnych lub świadczeń realizowanych w ramach pomocy społecznej,
- pacjent dobrowolnie rezygnuje z uczestnictwa w programie,
- stan zdrowia pacjenta pogorszył się i wymaga on realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne).

ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

Lp.	Czas trwania etapu od	Czas trwania etapu do	Opis
1.	styczeń 2025	31.12.2028	Kampania informacyjno – promocyjna programu oraz bieżąca realizacja programu zgodnie z jego założeniami: <ul style="list-style-type: none">• przyjęcie do DDOM,• ocena sprawności funkcjonalnej/całościowa ocena geriatryczna (COG),• przygotowywanie indywidualnego planu wsparcia,• pobyt pacjentów w DDOM, w tym opieka pielęgniarska, doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych, usprawnianie ruchowe, stymulacja procesów poznawczych, terapia zajęciowa, wraz z zapewnieniem wyżywienia oraz transportu,• oceny rezultatów podjętych działań• ponowna ocena stanu zdrowia dokonywana przed wypisem• fakultatywnie: wsparcie w postaci usług bezpłatnego wypożyczenia sprzętu.
2.	styczeń 2025	31.12.2028	Bieżąca sprawozdawczość realizatora programu umożliwiająca jego stałe monitorowanie i późniejszą ewaluację.
3.	styczeń 2025	31.12.2028	Rozliczenie finansowe programu, w każdym roku jego realizacji.
4.	01.01.2029 r.	31.03.2029	Zakończenie programu, podsumowanie i ewaluacja, opracowanie raportu końcowego. W przypadku przedłużenia realizacji programu, etap ten zostanie odpowiednio przedłużony w czasie.

Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Wymagania dotyczące realizatora programu:

- Realizator programu zostanie wybrany w oparciu o przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub ustawy o działalności leczniczej.
- podmiotami uprawnionymi do realizacji programu będą podmioty lecznicze prowadzące działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- świadczenia zdrowotne będą realizowane zgodnie z aktami prawnymi z zakresu ochrony zdrowia obejmującymi przede wszystkim: ustawę o działalności leczniczej, ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, ustawę o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie, rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców,

szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, ustawę Prawo farmaceutyczne.

- świadczenia zdrowotne będą realizowane na terenie Gminy Miejskiej Kraków.
- Program może być prowadzony przez dany podmiot leczniczy w budynku lub w zespole budynków znajdujących się blisko siebie.
- zalecane jest, aby podmiot realizujący program posiadał doświadczenie w prowadzeniu działalności w następujących obszarach: opieka długoterminowa dla przewlekle chorych, opieka długoterminowa dla przewlekle chorych psychiatrycznie, opieka paliatywna, zabiegi rehabilitacyjne, opieka hospicyjna. Dodatkowym atutem będzie doświadczenie w realizacji działań o podobnym charakterze w ramach działania 5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych, Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER).

Wymagania w zakresie zasobów kadrowych:

Świadczeń zdrowotnych w dziennym domu opieki medycznej udzielać będzie:

- lekarz specjalista geriatra - wymagane aktualne prawo wykonywania zawodu – 0,25 ETATU,
- lekarz specjalista rehabilitacji medycznej - wymagane aktualne prawo wykonywania zawodu – 0,25 ETATU,
- pielęgniarka pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego – wymagane wykształcenie min. średnie i aktualne prawo wykonywania zawodu - 1 ETAT,
- fizjoterapeuta - wymagane wykształcenie kierunkowe - mgr fizjoterapii, licencjat fizjoterapii, technik fizjoterapii – 3ETATY,
- opiekun medyczny - 2 ETATY,
- terapeuta zajęciowy – wymagane uprawnienia do prowadzenia terapii zajęciowej – 1 ETAT,
- psycholog – wymagane wykształcenie kierunkowe – mgr na kierunku psychologia – 0,5 ETATU,
- logopeda – wymagane wykształcenie kierunkowe (na poziomie magisterskim) – 0,3 ETATU,
- kierowca – wymagane prawo jazdy kat. B - 1 ETAT.

Wymagania w zakresie zasobów rzeczowych:

- Pomieszczenia, w których realizowane będzie świadczenia muszą być dostosowane dla osób niesamodzielnych i starszych. Wymagane będzie spełnianie warunków określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
- Fakultatywnie: w bezpośrednim sąsiedztwie budynku znajduje się ogród sensoryczny, który służy do prowadzenia hortiterapii pacjentów. Ogród powinien umożliwiać realizację różnych programów terapeutycznych z zakresu: psychoterapii, terapii społecznej, fizjoterapii. Ogród musi uwzględniać wymagania jakie powinny spełniać ogrody do prowadzenia hortiterapii służącej rehabilitacji osób starszych z niepełnosprawnością fizyczną, po udarach, urazach powypadkowych, z chorobą Alzheimera, zaburzeniami czucia, upośledzeniem funkcji słuchu i wzroku.
- W budynku lub w zespole budynków znajdujących się blisko siebie w których/są jest zlokalizowane miejsce/miejsca udzielania świadczeń, muszą być zapewnione co najmniej następujące warunki:
 - szatnia,
 - toalety dla pacjentów - odrębne dla kobiet, mężczyzn oraz personelu,
 - łazienka z umywalką, prysznicem i krzeselkiem wraz z uchwytami oraz wydzielonym pomieszczeniem na środki przeznaczone do pielęgnacji i higieny,
 - dyżurka lekarska i pielęgniarska oraz gabinet pracy psychologa z pełnym wyposażeniem,
 - pomieszczenie wyposażone w sprzęt do terapii zajęciowej,
 - pomieszczenie lub miejsce na sprzęt medyczny i bieliznę pościelową,
 - pomieszczenie ze stołami i krzesłami, służące jako miejsce spotkań i jadalnia, pomieszczenie kuchenne lub aneks kuchenny wyposażony w sprzęt, urządzenia i naczynia do przygotowania

i spożywania posiłku, pomieszczenie z zestawem wypoczynkowym i sprzętem audiowizualnym (może być wspólne z terapią zajęciową oraz jadalnią),

- pomieszczenia do rehabilitacji leczniczej wyposażone co najmniej w następujący sprzęt do:
 - ✓ kinezyterapii (piłki, laski do ćwiczeń, drabinki, materace, rotor do ćwiczeń kończyn górnych, rotor do ćwiczeń kończyn dolnych, stół rehabilitacyjny, UGUL),
 - ✓ krioterapii miejscowej,
 - ✓ masażu (stół do masażu),
 - ✓ elektrolecznictwa,
 - ✓ światłolecznictwa,
 - ✓ leczenia polem elektromagnetycznym,
 - ✓ wanny do masażu wirowego kończyn dolnych i górnych,
 - pomieszczenie dla chorych wymagających odpoczynku,
 - gabinet diagnostyczno-zabiegowy.
- W dziennym domu opieki medycznej musi być zapewniony następujący sprzęt medyczny:
- ✓ aparat EKG,
 - ✓ zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej,
 - ✓ aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi,
 - ✓ zestaw do reanimacji, AED
 - ✓ glukometr,
 - ✓ stetoskop,
 - ✓ kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie.
- Asortyment wypożyczalni stanowić będą minimum: łóżka medyczne, balkoniki wysokie ze stabilizacją przedramion, wózki inwalidzkie, koncentratory tlenu, podnośniki elektryczne.

SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU

Monitorowanie programu: ocena zgłaszalności

Wskaźnik

- Liczba osób, które zgłosiły się do programu.
- Liczba osób, które nie zostały objęte programem.
- Liczba utworzonych miejsc opieki w Dziennym Domu Opieki Medycznej.
- Liczba osób, które skorzystały ze świadczeń w Dziennym Domu Opieki Medycznej.
- Liczba opiekunów, którzy skorzystali z wypożyczalni sprzętu medycznego.

Ocena zgłaszalności do programu oceniana będzie na bieżąco na podstawie **rejstru pacjentów**, zawierającego dane o liczbie osób, które złożyły formularz zgłoszeniowy do programu.

Ocena zawierać będzie analizę osób objętych programem polityki zdrowotnej, w tym analizę liczby osób, które nie zostały objęte programem. Każdorazowo wskazywane będą powody, dla których świadczenia u niektórych osób nie zostały zrealizowane (aspekty zdrowotne, aspekty etyczne itp.).

Wskaźnik liczby utworzonych miejsc monitorowany będzie w oparciu o regulamin/statut realizatora programu. Wskaźniki osób korzystających ze świadczeń/usług monitorowane będą w oparciu listy obecności/umowy użyczenia itp.

Stały monitoring oraz podjęcie szerokich akcji informacyjnych, a także współpraca z innymi jednostkami ochrony zdrowia i pomocy społecznej np. przychodniami POZ, poradniami rehabilitacyjnymi, poradniami geriatrycznymi, DPS, MOPS etc. pozwoli zapewnić odpowiedni poziom zgłaszalności do programu.

Monitorowanie programu: ocena jakości świadczeń

Wskaźnik
<ul style="list-style-type: none">○ Wyniki anonimowej ankiety satysfakcji wśród uczestników programu.○ Wynik oceny zwiększenia skuteczności i jakości sprawowanej opieki w środowisku domowym przez opiekunów osób niesamodzielnych.
<p>Ocena jakości udzielanych świadczeń będzie uwzględniać:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ ocenę uczestnika programu (przeprowadzoną za pomocą opisanej powyżej ankiety satysfakcji, której elementem będzie badanie efektów pobytu w dziennym domu opieki zdrowotnej – wzór ankiety stanowi załącznik nr 2 do Programu).➤ Ocenę zwiększenia skuteczności i jakości sprawowanej opieki w środowisku domowym przez opiekunów osób niesamodzielnych mierzony przy pomocy kwestionariusza ankiety.
<p>Dodatkowo program na bieżąco oceniany będzie przez osoby kontrolujące jakość przeprowadzanych procedur w ramach programu. Zapewniony zostanie system kontroli wewnętrznej (poprzez odpowiednio ustalony system podległości służbowej oraz nadzór kierowniczy), jak i kontroli zewnętrznej (przez podmiot finansujący program) na podstawie okresowych sprawozdań z realizacji programu. Wnioski z przeprowadzonych kontroli będą podstawą do modyfikacji i poprawy programu w kolejnych okresach.</p>

Ewaluacja programu: opis

<p>METODOLOGIA BADANIA – badanie obejmować będzie metody ilościowe i jakościowe. Ocena wsparcia prowadzona będzie zarówno w oparciu o:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ analizę danych zastanych - deskresearch, w tym w szczególności dokumentacji związanej z funkcjonowaniem dziennego domu opieki medycznej, np. regulaminów, danych zbieranych na potrzeby realizacji programu np. rejestry, sprawozdania, raporty, jak i ogólnodostępnych publikacji, danych statystycznych.➤ Wywiady kwestionariuszowe (ankiety) z pacjentami dziennego domu opieki medycznej. Ponieważ opierać się one będą na współpracy z uczestnikami badania, niezbędne jest prowadzenie w okresie trwania programu działań informacyjnych, które zapewnią pełną współpracę z uczestnikami, tak, aby uzyskane dane w jak największym stopniu odzwierciedlały rzeczywistą sytuację.
<p>PLAN DZIAŁAŃ – ustalony zostanie szczegółowy plan działań określający poszczególne kroki zdefiniowane w czasie ze wskazaniem osób odpowiedzialnych.</p>
<p>MONITORING - dane zbierane będą nieprzerwanie przez cały okres realizacji programu (stały monitoring). Analiza danych dotyczących zgłaszalności do programu i jakości świadczeń będzie odbywać się raz na pół roku i zakończona będzie raportem okresowym. Monitorowanie programu zostanie zakończone wraz z końcem udzielania świadczeń zdrowotnych. Sporządzony zostanie raport końcowy.</p>
<p>EWALUACJA - rozpocznie się po zakończeniu realizacji programu. Obejmować będzie w szczególności analizę danych dotyczących efektywności programu, dlatego też przeprowadzona będzie w dłuższej perspektywie czasowej tj. po zakończeniu 4-letniego okresu realizacji. Ewaluacja zakończona będzie raportem końcowym. Będzie on zawierać również elementy niezbędne do całościowej oceny programu, w tym m.in. m.in: skrócony opis prowadzonych działań, oceniane wskaźniki, sposób zbierania danych, sposób analizy, osoby odpowiedzialne za proces, analizowany okres.</p>
<p>PUBLIKACJA WYNIKÓW - raporty z monitorowania i ewaluacji będą rozpowszechnione, tak aby możliwe było ich wykorzystanie przy planowaniu innych programów.</p>

Ewaluacja programu: wskaźniki

Ocena stopnia zaspokojenia potrzeb w zakresie świadczeń zdrowotnych w Gminie Miejskiej Kraków dedykowanych osobom niesamodzielnym, zwłaszcza po 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej i ambulatoryjnej opieki, a jednocześnie nie wymaga opieki całodobowej, mierzona liczbą osób zgłaszających się do programu oraz liczbą osób, które ukończyły Program.
Ocena stopnia zachowania lub zwiększenia sprawności fizycznej u osób niesamodzielnych w Gminie Miejskiej Kraków, zwłaszcza po 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej i ambulatoryjnej opieki, a jednocześnie nie wymaga opieki całodobowej, mierzona z wykorzystaniem standaryzowanych skal wykonywanych przed rozpoczęciem udziału w Programie i po jego zakończeniu.
Ocena stopnia zachowania lub zwiększenia sprawności psychicznej u osób niesamodzielnych w Gminie Miejskiej Kraków, zwłaszcza po 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej i ambulatoryjnej opieki, a jednocześnie nie wymaga opieki całodobowej, mierzona z wykorzystaniem standaryzowanych skal wykonywanych przed rozpoczęciem udziału w Programie i po jego zakończeniu.
Ocena stopnia zachowania lub zwiększenia samodzielności u osób niesamodzielnych w Gminie Miejskiej Kraków, zwłaszcza po 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej i ambulatoryjnej opieki, a jednocześnie nie wymaga opieki całodobowej, mierzona z wykorzystaniem standaryzowanych skal wykonywanych przed rozpoczęciem udziału w Programie i po jego zakończeniu.
Ocena stopnia zachowania stanu zdrowia lub mobilności lub utrzymania lub zwiększenia bezpieczeństwa podczas wykonywania czynności dnia codziennego u osób niesamodzielnych w Gminie Miejskiej Kraków (mierzona z wykorzystaniem ankiety samooceny stanu zdrowia).

BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Koszty jednostkowe Programu

Koszt jednostkowy to koszt pobytu jednego pacjenta w Dziennym Domu Opieki Medycznej przez 60 dni roboczych. Koszt ten pozwala zapewnić pacjentowi opiekę lekarską, pielęgniarstwa, fizjoterapię, terapię zajęciową, świadczenia opiekuna medycznego, opiekę psychologa i logopedy. W kwocie tej skalkulowane jest również całodniowe wyżywienie i koszt transportu pacjenta, a także koszty ogólne związane z bieżącą działalnością dziennego domu opieki medycznej. Koszty jednostkowe za usługę zostały wyliczone na podstawie miesięcznych kosztów realizacji Programu. Szczegółowe założenia budżetowe przedstawiono poniżej:

Koszty jednostkowe za usługę

Nazwa kosztu	Kwota kosztu
Koszt pobytu w DDOM [koszt osobodnia]	303,00 zł
Średni koszt na uczestnika	18 175,00 zł

KOSZTY WYNAGRODZEŃ

Zapotrzebowanie na personel oszacowane zostało w oparciu o założenia programu dot. liczby pacjentów dziennego domu opieki medycznej (jednorazowo opieką objętych będzie do 20 osób).

STANOWISKO	ETAT	WYNAGRODZENIE ROCZNE [PLN]
lekarz specjalista geriatry	0,25	48 266,00 zł
lekarz specjalista rehabilitacji medycznej	0,25	44 972,00 zł
pielęgniarka - kierownik zespołu terapeutycznego	1	130 858, 00 zł
fizjoterapeuta	3	340 044,00 zł
opiekun medyczny	2	197 457,00 zł
terapeuta zajęciowy	1	104 964,00 zł
psycholog	0,50	53 834,00 zł
logopeda	0,30	37 145,00 zł
kierowca	1	81 053,00 zł
	RAZEM	1 038 594,00 zł

KOSZT WYŻYWIENIA

Założenia:

- Wyżywienie jednego pacjenta obejmuje: śniadanie, napoje i dwudaniowy obiad (zupa, drugie danie oraz napój).
- Koszt wyżywienia dziennego dla 1 pacjenta oszacowano na kwotę 30,00 zł.
- Zapotrzebowanie na wyżywienie oszacowane zostało w oparciu o założenia programu dot. liczby pacjentów dziennego domu opieki medycznej (jednorazowo opieką objętych będzie do osób, które przebywać będą w dziennym domu opieki medycznej przez ok. 21 dni roboczych w miesiącu).

STAWKA	LICZBA OSOBODNI W MIESIĄCU	KOSZT ROCZNY[PLN]
30,00 zł	20 os. x 21 dni = 420	151 200,00 zł

KOSZT TRANSPORTU

STAWKA	ILOŚĆ [km]	KOSZT ROCZNY [PLN]
0,84	1260	12 701,00 zł

KOSZTY POZOSTAŁE

Założenia:

- Koszt ten obejmuje koszty ogólne działalności dziennego domu opieki medycznej, w tym w szczególności: media (w tym podatki, odpady itp., magazyn techniczny, magazyn apteczny, utrzymanie pojazdów (naprawy, ubezpieczenia itp.), sprząatanie.
- Dane oszacowane na podstawie informacji przekazanej przez podmiot realizujący dotychczas program.

KATEGORIA	KOSZT ROCZNY [PLN]
Media (w tym podatki, odpady itp.)	60 000,00 zł
Magazyn techniczny	41 505,00 zł
Magazyn apteczny	6 000,00 zł
Utrzymanie pojazdów (naprawy, ubezpieczenia itp.)	9 600,00 zł
sprząatanie	78 000,00 zł

Koszty działań promocyjnych, koszty monitorowania i ewaluacji	2 400,00 zł
KOSZTY POZOSTAŁE	197 505,00 zł

Źródło informacji

Koszty realizacji programu zostały oszacowane na podstawie analizy cen rynkowych oraz danych dot. poziomu wynagrodzeń określonego w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Koszty całkowite Programu

W uzasadnionych przypadkach koszty Programu mogą ulec zmianie, w tym zwiększeniu. W kolejnych latach realizacji Programu założono wzrost o 5% kosztów rocznych. Koszty realizacji Programu mogą jednak ulec zmianie, w tym w przypadku gdy wynagrodzenia zasadnicze pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych wzrosną o więcej niż 5%.

Lata realizacji	Koszt roczny
2025 rok	1 400 000,00 zł
2026 rok	1 470 000,00zł
2027 rok	1 543 500,00 zł
2028 rok	1 620 675,00 zł

Średni koszt roczny PPZ	1 508 543,75zł
-------------------------	-----------------------

Koszt całkowity	6 034 175,00 zł
-----------------	------------------------

Źródło finansowania programu

Gmina Miejska Kraków, Narodowy Fundusz Zdrowia

UWAGI OGÓLNE

Bibliografia:

1. „Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce”, Warszawa, grudzień 2012 r.
2. PolSenior2 - ogólnopolskie badanie stanu zdrowia starszych Polaków, ich sytuacji społeczno-ekonomicznej oraz jakości życia realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 ze środków Ministerstwa Zdrowia.
3. Sytuacja osób starszych w Polsce w 2022 r., Główny Urząd Statystyczny, 2023
4. Wieczorowska-Tobis K.: Specyfika pacjenta starszego. [w] Wieczorowska-Tobis K., Kostka T., Borowicz A.M. (red.): Fizjoterapia w geriatrici. Wyd. PZWL, Warszawa 2011
5. M. PIEPRZYK, P. PIEPRZYK, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny Rok LXXIV – zeszyt 3 – 2012
6. Sytuacja demograficzna województwa małopolskiego w 2022 r." Urząd Statystyczny w Krakowie, 2023
7. Biuletyn statystyczny Krakowa, 1 kwartał 2024 r., Urząd Statystyczny w Krakowie, 2024
8. Bank danych lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl>
9. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gus-i-nfz/>
10. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gbd/>
11. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/>
12. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>
13. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/leczenie-szpitalne/>
14. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-dlugoterminowa/>
15. Strzelecka E. Szkolenie opiekunów osób starszych wobec nowych wyzwań na rynku pracy. Acta Universitatis Lodzensis Folia Oeconomika 2015;312(2):127-50.
16. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kolejki/>
17. https://analizy.mz.gov.pl/app_direct/mpz_2020_długa/#tab-1054-4
18. Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2021 r., Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, 2022 r.
19. Długosz-Mazur E., Iwona Bojar I., Katarzyna Gustaw K.: Niefarmakologiczne metody postępowania u chorych z otępieniem. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, Tom 19, Nr 4, 458–462

ZAŁĄCZNIK NR 1

CZYNNOŚCI REALIZOWANE NA RZECZ PACJENTÓW

lp	NAZWA CZYNNOŚCI	CZĘSTOŚĆ REALIZACJI	PERSONEL REALIZUJĄCY
1	Ocena sprawności funkcjonowania przez lekarza	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu/przed wypisem	lekarz
2	Ocena stanu zdrowia przez lekarza	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu/przed wypisem	lekarz
3	Skala NYHA	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu/przed wypisem	lekarz
4	Wywiad lekarski	przy przyjęciu	lekarz
5	Badanie przedmiotowe pacjenta	przy przyjęciu /w razie konieczności	lekarz
6	Badanie podmiotowe pacjenta	przy przyjęciu	lekarz
7	Zlecenie badań diagnostycznych	w razie konieczności	lekarz
8	Interpretacja badań diagnostycznych i obrazowych	przy przyjęciu /w razie konieczności	lekarz
9	Ustalenie indywidualnego planu wsparcia przez lekarza	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu	lekarz
10	Konsultacje lekarza	w razie konieczności	lekarz
11	Analiza archiwalnej dokumentacji medycznej w aspekcie wielochorobowości i różnorodnych potrzeb zdrowotnych i socjalnych	przy przyjęciu	lekarz
12	Całościowa ocena geriatryczna	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu/przed wypisem	lekarz
13	Ocena interakcji lekowych i ocena stosowanego leczenia farmakologicznego	przy przyjęciu	lekarz
14	Ocena aktywności ruchowej (ocena chodu i lokomocji)	przy przyjęciu/po 30 dniach/w razie konieczności/przed wypisem	lekarz
15	Badanie fizykalne	przy przyjęciu/w razie konieczności/po 30dniach pobytu	lekarz
16	Ocena bezpieczeństwa ryzyka upadku	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu/przed wypisem	lekarz
17	Ocena deformacji i zniekształceń	przy przyjęciu	lekarz
18	Interpretacja badań diagnostycznych i obrazowych	przy przyjęciu /w razie konieczności	lekarz
19	Planowanie programu rehabilitacji	przy przyjęciu/w razie konieczności	lekarz
20	Nadzór nad procesem rehabilitacyjnym	cały dzień	lekarz
21	Podsumowanie pobytu i osiągniętych rezultatów leczenia	po 30 dniach /przed wypisem	lekarz
22	Ocena stanu zdrowia przez pielęgniarkę	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	pielęgniarka
23	Ustalenie indywidualnego planu wsparcia przez pielęgniarkę	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu	pielęgniarka
24	Konsultacja pielęgniarska	w zależności od potrzeb	pielęgniarka
25	Skala oceny podstawowych czynności życia codziennego wg Katza	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	pielęgniarka
26	Skala oceny instrumentalnych czynności życia codziennego skala Lawtona	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30dni pobytu	pielęgniarka
27	Indeks oceny podstawowych czynności w życiu codziennym wg Barthel	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	pielęgniarka

28	Skala VES -13	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	pielęgniarka
29	Test widzenia	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	pielęgniarka
30	Test szeptu	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	pielęgniarka
31	Określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	pielęgniarka
32	Edukacja zdrowotna	codziennie	pielęgniarka
33	Pobieranie krwi do badań analitycznych	w zależności od potrzeb	pielęgniarka
34	EKG	w zależności od potrzeb	pielęgniarka
35	Pomiar glukozy na glukometrze	w zależności od potrzeb	pielęgniarka
36	Pomiar CTK i AS	w zależności od potrzeb	pielęgniarka
37	Test rysowania zegara	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	psycholog
38	Test Mini Mental State Examination	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	psycholog
39	Geriatryczna Skala Oceny Depresji	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	psycholog
40	Ocena Socjalno-Środowiskowa	przy przyjęciu	psycholog
41	Skala Hamiltona	u pacjentów poniżej 65 roku życia/przy przyjęciu /przed wypisem/po 30 dniach pobytu	psycholog
42	Ocena sprawności funkcjonowania psychologa	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	psycholog
43	Ustalenie indywidualnego planu wsparcia przez psychologa	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu	psycholog
44	Konsultacje psychologa	w zależności od potrzeb	psycholog
45	Ocena sprawności funkcjonowania terapeuty zajęciowego	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	terapeuta zajęciowy
46	Ustalenie indywidualnego planu wsparcia przez terapeutę zajęciowego	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu	terapeuta zajęciowy
47	Ćwiczenia funkcji poznawczych	codziennie	terapeuta zajęciowy
48	Ćwiczenia pamięci	codziennie	terapeuta zajęciowy
49	Ćwiczenia usprawniające funkcje językowe	codziennie	terapeuta zajęciowy
50	Ćwiczenia stymulujące pamięć świeżą	codziennie	terapeuta zajęciowy
51	Ćwiczenia poprawiające umiejętności wzrokowo-przestrzenne	codziennie	terapeuta zajęciowy
52	Ćwiczenia poprawiające zdolności liczenia	codziennie	terapeuta zajęciowy
53	Ćwiczenia koncentracji uwagi	codziennie	terapeuta zajęciowy
54	Ćwiczenia usprawniające orientację wzrokową	codziennie	terapeuta zajęciowy
55	Ćwiczenia rozpoznawania kolorów	codziennie	terapeuta zajęciowy
56	Ćwiczenia poprawiające funkcję kojarzenia	codziennie	terapeuta zajęciowy
57	Ćwiczenia poprawiające zdolność myślenia abstrakcyjnego	codziennie	terapeuta zajęciowy
58	Ćwiczenia usprawniające stymulację koncentracji uwagi	codziennie	terapeuta zajęciowy
59	Ćwiczenia usprawniające zdolność nazywania	codziennie	terapeuta zajęciowy
60	Ćwiczenia poprawy zdolności liczbowych	codziennie	terapeuta zajęciowy
61	Ćwiczenia usprawniające zdolności przestrzenne	codziennie	terapeuta zajęciowy

62	Ćwiczenia usprawniające funkcje spostrzerzeniowe, koncentracji uwagi i kojarzenia	codziennie	terapeuta zajęciowy
63	Ćwiczenia pamięci odległej	codziennie	terapeuta zajęciowy
64	Ćwiczenia sprawności manualnej	codziennie	terapeuta zajęciowy
65	Ćwiczenia poprawy funkcjonowania dnia codziennego	codziennie	terapeuta zajęciowy
66	Terapia reminiscencyjna	codziennie	terapeuta zajęciowy
67	Gelotologia	codziennie	terapeuta zajęciowy
68	Muzykoterapia bierna	codziennie	terapeuta zajęciowy
69	Muzykoterapia czynna	codziennie	terapeuta zajęciowy
70	Malowanie i rysowanie antystresowe	codziennie	terapeuta zajęciowy
71	Biblioterapia czynna	codziennie	terapeuta zajęciowy
72	Biblioterapia bierna	codziennie	terapeuta zajęciowy
73	Relaksacja i ćwiczenia oddechowe	codziennie	terapeuta zajęciowy
74	Ludoterapia	codziennie	terapeuta zajęciowy
75	Arteterapia-origami modułowe	codziennie	terapeuta zajęciowy
76	Silwoterapia	codziennie	terapeuta zajęciowy
77	Hortiterapia	codziennie	terapeuta zajęciowy
78	Socjoterapia	codziennie	terapeuta zajęciowy
79	Estetoterapia	codziennie	terapeuta zajęciowy
80	Ergoterapia	codziennie	terapeuta zajęciowy
81	Chromoterapia	codziennie	terapeuta zajęciowy
82	Choreoterapia	codziennie	terapeuta zajęciowy
83	Filmoterapia	codziennie	terapeuta zajęciowy
84	Test Tinetti	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	fizjoterapeuta
85	Test „Wstań i idź”	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	fizjoterapeuta
86	Ćwiczenia czynne wolne	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
87	Ćwiczenia czynne z oporem	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
88	Ćwiczenia czynne w odciążeniu	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
89	Ćwiczenia czynne w odciążeniu z oporem	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
90	Ćwiczenia samowspomagane	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
91	Ćwiczenia czynno-bierne	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
92	Ćwiczenia bierne	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
93	Ćwiczenia izometryczne	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
94	Ćwiczenia według metod neurofizjologicznych	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
95	Ćwiczenia oddechowe	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
96	Ćwiczenia specjalne	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
97	Doskonalenie czynności lokomocji	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
98	Masaż	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
99	Zabiegi krioterapii (z wykorzystaniem ciekłego azotu)	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
100	Zabiegi z wykorzystaniem lampy Sollux	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta

101	Zabiegi z wykorzystaniem zmiennego pola magnetycznego niskiej częstotliwości	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
102	Zabiegi z wykorzystaniem prądów interferencyjnych	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
103	Zabiegi z wykorzystaniem prądów TENS	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
104	Zabiegi z wykorzystaniem prądów MENS	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
105	Zabiegi z wykorzystaniem prądu galwanicznego	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
106	Zabiegi jonoforezy	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
107	Zabiegi z wykorzystaniem prądów Traberta	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
108	Zabiegi z wykorzystaniem prądów diadynamicznych	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
109	Zabiegi elektrostymulacji	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
110	Zabiegi z wykorzystaniem ultradźwięków	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
111	Zabiegi fonoforezy	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
112	Zabiegi laseroterapii	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
113	Pomoc w czynnościach samoobsługowych	codziennie	opiekun medyczny
114	Pomoc w przygotowaniu i spożywaniu posiłków	dwa razy dziennie	opiekun medyczny
115	Dopajanie pacjentów	cały dzień	opiekun medyczny
116	Pomoc w poruszaniu się	cały dzień	opiekun medyczny
117	Pomoc przy wsiadaniu i wysiadaniu ze środka transportu	dwa razy dziennie	opiekun medyczny
118	Pomoc w dotarciu do gabinetów lekarskich i sal rehabilitacyjnych	cały dzień	opiekun medyczny
119	Ważenie pacjentów	przy przyjęciu/przy wypisie/w razie konieczności	opiekun medyczny
120	Treningi czystości	cały dzień	opiekun medyczny
121	Konsultacja logopedyczna	w razie konieczności	logopeda
122	Ocena sprawności i funkcjonowania	przy przyjęciu/w razie konieczności	logopeda
123	Ustalenie indywidualnego planu wsparcia przez logopede	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu	logopeda
124	Codziennie ćwiczenia logopedyczne	codziennie	logopeda

ZAŁĄCZNIK NR 2

WZÓR ANKIETY SATYSFAKCJI

ANKIETA oceniająca świadczenia oferowane przez Dzienny Dom Opieki Medycznej (DDOM) w Gminie Miejskiej Kraków

Poniższa ankieta służy wyłącznie ocenie świadczeń udzielanych w ramach DDOM w ramach programu „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków”.

Bardzo proszę o uważne przeczytanie poniższych pytań i wybranie wariantu odpowiedzi najbardziej odpowiadającego Państwu opinii. Odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem w okienku obok wybranej odpowiedzi:

A. Warunki podczas pobytu w DDOM:

1. Jak ocenia Pani/Pan obiekt DDOM – przestrzeń, wygląd sal?
 WYSOKO DOŚĆ WYSOKO ŚREDNIO DOŚĆ NISKO NISKO
2. Jak ocenia Pani/Pan wyposażenie DDOM – urządzenia, sprzęt rehabilitacyjny i medyczny?
 WYSOKO DOŚĆ WYSOKO ŚREDNIO DOŚĆ NISKO NISKO
3. Jak ocenia Pani/Pan godziny świadczenia usług w DDOM?
 POZYTYWNE NEGATYWNE

B. Świadczenia oferowane przez DDOM:

1. Jak ocenia Pani/Pan zakres oferowanych usług?
 WYSOKO DOŚĆ WYSOKO ŚREDNIO DOŚĆ NISKO NISKO
2. Jak ocenia Pani/Pan jakość oferowanych usług?
 WYSOKO DOŚĆ WYSOKO ŚREDNIO DOŚĆ NISKO NISKO
3. Jak ocenia Pani/Pan dostępność personelu medycznego?
 WYSOKO DOŚĆ WYSOKO ŚREDNIO DOŚĆ NISKO NISKO
4. Czy uprzejmość, zrozumienie i zainteresowanie personelu DDOM oceniłaby Pani/Pan:
 WYSOKO DOŚĆ WYSOKO ŚREDNIO DOŚĆ NISKO NISKO
5. Jak ocenia Pani zakres i przydatność informacji przekazywanych w trakcie pobytu przez personel DDOM?
 WYSOKO DOŚĆ WYSOKO ŚREDNIO DOŚĆ NISKO NISKO

C. Efekty pobytu w DDOM:

1. Jak ocenia Pani/Pan **przydatność** uzyskanego wsparcia (proszę o odniesienie się do wsparcia, z którego Pani/Pan korzystał(a))?
- wsparcie **lekarza** oceniam:
 WYSOKO DOŚĆ WYSOKO ŚREDNIO DOŚĆ NISKO NISKO

- wsparcie **pielęgniarki** oceniam:

WYSOKO DOŚĆ WYSOKO ŚREDNIO DOŚĆ NISKO NISKO

- wsparcie **fizjoterapeuty** oceniam:

WYSOKO DOŚĆ WYSOKO ŚREDNIO DOŚĆ NISKO NISKO

- wsparcie **opiekuna medycznego** oceniam:

WYSOKO DOŚĆ WYSOKO ŚREDNIO DOŚĆ NISKO NISKO

- wsparcie **terapeuty zajęciowego** oceniam:

WYSOKO DOŚĆ WYSOKO ŚREDNIO DOŚĆ NISKO NISKO

- wsparcie **psychologa** oceniam:

WYSOKO DOŚĆ WYSOKO ŚREDNIO DOŚĆ NISKO NISKO

- wsparcie **logopedy** oceniam:

WYSOKO DOŚĆ WYSOKO ŚREDNIO DOŚĆ NISKO NISKO

2. Czy według Pana/Pani uzyskane wsparcie (porady, konsultacje) **było adekwatne do Pani/Pana potrzeb i okazało się pomocne?**

TAK CZĘŚCIOWO TAK NIE TRUDNO OKREŚLIĆ

3. Czy wsparcie umożliwiło poprawę któregoś z poniższych **aspektów życia?**

CODZIENNE FUNKCJONOWANIE W DOMU

CODZIENNE FUNKCJONOWANIE POZA DOMEM

REALIZACJA ZAINTERESOWAŃ

KONTAKT Z RODZINĄ

KONTAKT Z BLISKĄ OSOBĄ

ŻYCIE RELIGIJNE

WIARA W SIEBIE

INNE NIEWYMIENIONE (proszę podać jakie):

.....

4. Czy uważa Pani/Pan, że ogólna **jakość życia** dzięki uzyskanemu wsparciu (poradom, konsultacjom, zajęciom) uległa poprawie?

TAK CZĘŚCIOWO TAK NIE TRUDNO OKREŚLIĆ

D. Dane statystyczne:

1. Płeć pacjenta:

KOBIECIA MĘŻCZYZNA

2. Wiek pacjenta:

20-35 lat 36-50 lat 51-65 lat powyżej 65 lat

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!