

Województwo Mazowieckie

03-719 Warszawa, ul. Jagiellońska 26

tel. (22) 59-79-100, e-mail: urząd_marszalkowski@mazovia.pl



Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej

Okres realizacji: 2023 r.

Warszawa, 2023 r.

Słownik

DOM – dom opieki medycznej prowadzony w formie dziennej.

Dietetyk – osoba, która rozpoczęła studia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł zawodowy co najmniej licencjata, lub rozpoczęła studia na kierunku (specjalności) dietetyka i uzyskała tytuł zawodowy co najmniej licencjata, lub rozpoczęła studia na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka w specjalności żywienie człowieka i uzyskała tytuł zawodowy co najmniej licencjata, lub rozpoczęła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyka albo ukończyła technikum lub szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technika technologii żywienia w specjalności dietetyka.

Fizjoterapeuta - osoba o której mowa w art. 5 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty.

Lekarz specjalista - lekarz posiadający specjalizację z zakresu: geriatrici lub neurologii lub psychiatrii lub chorób wewnętrznych, czyli osoba wykonująca zawód medyczny i posiadająca aktualnie obowiązujące uprawnienia w zgodzie z przedmiotowymi przepisami, tj. zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Logopeda – osoba, która rozpoczęła studia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł zawodowy co najmniej licencjata lub rozpoczęła studia na kierunku (specjalności) logopedia i uzyskała tytuł zawodowy co najmniej licencjata, lub uzyskała tytuł zawodowy magistra oraz ukończyła studia podyplomowe w zakresie logopedii.

Neuropsycholog – osoba, o której mowa w ustawie z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, która posiada roczne doświadczenie w pracy z pacjentami z zaburzeniami neurologicznymi lub jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z neuropsychologii.

Opiekun medyczny – osoba, która rozpoczęła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną i uzyskała dyplom zawodowy w zawodzie opiekuna medycznego, lub rozpoczęła kwalifikacyjny kurs zawodowy w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w zawodzie i uzyskała certyfikat kwalifikacji zawodowej lub dyplom zawodowy w zawodzie opiekuna medycznego lub rozpoczęła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy opiekuna

medycznego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekuna medycznego lub ukończyła kwalifikacyjny kurs zawodowy w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w zawodzie i uzyskała świadectwo potwierdzające kwalifikację w zawodzie opiekuna medycznego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekuna medycznego lub rozpoczęła zasadniczą szkołę zawodową publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała świadectwo potwierdzające kwalifikację w zawodzie opiekuna medycznego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekuna medycznego;

Pielęgniarka – osoba, o której mowa w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Psycholog – osoba, o której mowa w ustawie z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów.

Realizator – podmiot wybrany w drodze postępowania konkursowego, którego cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami określonymi w art. 2 pkt 2, 3, 4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

Rodzina/opiekun - osoba/y wskazane/a przez uczestnika jako członek rodziny/osoba sprawująca opiekę nad uczestnikiem; upoważniona/e do udzielania informacji o uczestniku personelowi DOM oraz do wsparcia przeznaczonego dla rodziny/opiekunów uczestników w ramach działań realizowanych w ramach DOM.

Uczestnik – osoba spełniająca kryteria włączenia, zakwalifikowana przez zespół terapeutyczny do korzystania ze wsparcia w ramach domów opieki medycznej.

Zespół terapeutyczny – zespół składający się co najmniej z: lekarza specjalisty, psychologa lub neuropsychologa, pielęgniarki.

I. Opis problemu i epidemiologia

Według Światowej Organizacji Zdrowia ocenia się, że liczba osób chorych na otępienia na świecie przekracza obecnie 50 mln, z częstością nowych zachorowań sięgającą niemal 10 mln przypadków rocznie¹. Zgodnie z danymi opublikowanymi przez międzynarodową federację towarzystw alzheimerowskich (Alzheimer Disease International, ADI), prognozuje się, że liczba chorych na otępienia będzie wzrastać, niemal podwajając się do 74,7 mln przypadków w 2030 r. i 131,5 mln osób chorych na otępienia w 2050 r. na świecie. Szacuje się, że około 60–70% przypadków otępień rozwija się w przebiegu choroby Alzheimera. Z uwagi na wzrastające w toku chorowania potrzeby medyczne i opiekuńcze starszych pacjentów z otępieniem, bezpośrednie wydatki na leczenie, rehabilitację i opiekę instytucjonalną oraz koszty pośrednie wynikające z absencji chorobowych opiekunów oraz redukcji dochodów pacjentów i ich opiekunów, otępienie stanowi istotne obciążenie systemowe i indywidualne rodzin chorych z zaburzeniami poznawczymi. Ocenia się, że w 2015 r. na świecie koszt sprawowania opieki nad pacjentami z otępieniem wyniósł 818 mld dol. Co więcej, zgodnie z kalkulacjami opublikowanymi przez ADI, oczekuje się, że koszty związane z chorobowością pacjentów z otępieniem sięgać będą w 2030 r. 2 bln dol. na świecie. Brak jest danych dotyczących kosztów opieki nad chorym z otępieniem w Polsce. W Europie, według danych z 2017 r., średni całkowity roczny koszt takiej opieki wynosił średnio 32 507 euro, w Stanach Zjednoczonych (dla porównania w przeliczeniu na euro) koszty te wynosiły 42 899 euro. Kwoty te uwzględniają jedynie opiekę formalną, gdyż opieka nieformalna jest trudna, czy wręcz niemożliwa do rzeczywistego oszacowania. Według przeprowadzonego badania PolSenior2 częstość występowania zaburzeń funkcji poznawczych w populacji osób starszych w Polsce jest wysoka. Średnio co szоста osoba w wieku 60 i więcej lat w Polsce prezentuje deficyt poznawczy w stopniu nasuwającym podejrzenie otępienia. Najczęściej deficyt poznawczy występował u najstarszych, najslabiej wykształconych seniorów, którzy równocześnie, w codziennej praktyce klinicznej, stanowią populację szczególnie

¹ Global status report on the public response to dementia, World Health Organization, Geneva 2021.

narażoną na opóźnioną diagnozę i leczenie otępienia. Częstość występowania i zaawansowanie deficytu poznawczego rośnie z wiekiem².

Wytyczne Programu Wsparcia Domów Opieki Medycznej są zgodne z

- rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025– w zakresie celu operacyjnego nr 5: „Wyzwania demograficzne”;
- „Kierunkami działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022-2026” - w zakresie kierunku nr 6 „*Edukacja zdrowotna i kształtowanie wśród mieszkańców Mazowsza postaw prozdrowotnych*”, kierunku nr 8 „*Przeciwdziałanie innym istotnym problemom zdrowotnym występującym na terenie Województwa Mazowieckiego*” oraz kierunku nr 9 „*Podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa mazowieckiego*”.

Według Map potrzeb zdrowotnych w 2021 r. w województwie mazowieckim chorych na chorobę Alzheimera i inne otępienia (na podstawie danych NFZ) było 21 844 w grupie wiekowej powyżej 60 lat, osoby chore stanowiły 4,86% populacji w wieku 85-89³. Prawdopodobnie wiele przypadków pozostaje niezdiagnozowanych. Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera przytacza szacunki, że w Polsce otępienie dotyczy ok. 400 tysięcy osób, a tylko około 10% ma postawioną diagnozę lekarską⁴. Według Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego choroba Alzheimera występuje u 5–7% osób po 65 roku życia⁵.

II. Cele zadania

II.1 Cel główny

Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami chorymi na zespoły otępienne poprzez wydłużenie czasu pozostania osoby chorej w środowisku zamieszkania.

² Badanie PolSenior2 pt. „Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem”, P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021.

³ Mapy potrzeb zdrowotnych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gus-i-nfz/> (dostęp 03.01.2023, 12:41).

⁴ Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, <https://alzheimer-waw.pl/choroba-alzheimera/podstawowe-informacje/>, (dostęp 03.01.2023, 12:50).

⁵ Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie, <https://alzheimerpolska.org.pl/choroba-alzheimera-i-inne-choroby-otepienne/>, (dostęp 03.01.2023, 13:00).

II.2 Cele szczegółowe

1. Poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w zakresie opieki nad osobami chorymi na zespoły otępienne, które nie wymagają hospitalizacji, a wymagają wsparcia dziennego.
2. Minimalizacja liczby osób hospitalizowanych z chorobami otępiennymi.
3. Zwiększenie dostępności do usług nieinstytucjonalnych dla osób chorych na choroby otępienne.
4. Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych i socjalno-bytowych osób chorych na choroby otępienne.
5. Poprawa jakości życia osób dotkniętych zespołami otępiennymi, w tym wydłużenie czasu aktywności psychicznej i fizycznej, polepszenie ich funkcji poznawczych oraz funkcjonowania w społeczeństwie.
6. Kształtowanie u osób chorych na choroby otępienne umiejętności samodzielnego funkcjonowania oraz umiejętności interpersonalnych.
7. Edukacja rodzin/opiekunów osób z chorobami otępiennymi na temat chorób otępiennych, adaptacji do zmian wynikających z przewlekłej choroby osób bliskich, pomoc w sprawowaniu nad nimi opieki.
8. Zacieśnienie więzi między osobami chorymi na choroby otępienne, a ich rodzinami/opiekunami.
9. Wsparcie rodzin/opiekunów osób chorych na choroby otępienne w aktywizacji zawodowej, uzyskaniu samodzielności, a tym samym zminimalizowanie konieczności korzystania z zasiłków.
10. Zaspokojenie potrzeb towarzyskich, kulturalnych i rekreacyjnych osób chorych na choroby otępienne.
11. Przeciwdziałanie marginalizacji i wykluczeniu społecznemu osób chorych na choroby otępienne i ich rodzin.

III. Populacja docelowa

Osoby z postawioną diagnozą choroby/zespołu otępiennego **w fazie łagodnej i średniozaawansowanej** choroby.

IV. Kryteria kwalifikacji do wsparcia w ramach domu opieki medycznej

IV.1 Kryteria włączenia

Do DOM mogą być zakwalifikowane osoby, które w momencie aplikacji spełniają łącznie następujące kryteria:

- 1) mają postawioną diagnozę choroby/zespołu otępiennego w fazie łagodnej lub średniozaawansowanej choroby;
- 2) ze względu na chorobę/zespoły otępienne wymagają opieki dziennej;
- 3) ich stan zdrowia nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym, ale wymaga dodatkowego wsparcia poza opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Świadczenia w domu opieki medycznej udzielane będą osobom wymagającym, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz terapii zajęciowej, jednakże niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym i/lub pobytu w jednostkach stacjonarnej opieki długoterminowej;
- 4) zamieszkałe na terenie województwa mazowieckiego, tj. będące osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego,
- 5) udzieliły świadomej zgody w formie pisemnej na udział w programie⁶.

Decyzję o przyjęciu osoby aplikującej do Domu Opieki Medycznej podejmuje zespół terapeutyczny działający w podmiocie prowadzącym DOM na podstawie rozmowy z potencjalnym uczestnikiem, testów psychologicznych, analizy dokumentacji medycznej, wywiadów z rodziną/opiekunami potencjalnych uczestników oraz ich ewentualnej obserwacji stanu psychicznego i fizycznego.

IV.2 Kryteria wyłączenia

Osoba będzie wykluczona z udziału we wsparciu w ramach DOM w przypadku gdy:

- 1) nie spełnia któregoś z wymienionych w podrozdziale IV.1 kryteriów włączenia;
- 2) korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki

⁶ Formularz świadomej zgody przygotowywany jest przez realizatora zadania.

paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych;

- 3) korzysta z innego wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi w formie dziennej;
- 4) osoby, w przypadku których podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaburzenie psychiczne (inne niż choroba otępienna) lub uzależnienie (nie wyklucza się natomiast współistnienia tych zaburzeń u uczestnika);
- 5) z własnej woli zrezygnuje z pobytu w domu opieki medycznej;
- 6) jej stan pogorszy się na tyle, że wymagała będzie realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne).

Dopuszczalna jest nieobecność do 10 dni roboczych w miesiącu, po którym osoba zostaje wykreślona z listy uczestników, jednakże każdy przypadek będzie rozpatrywany indywidualnie przez realizatora w oparciu o przygotowany przez siebie regulamin.

- 7) Zespół terapeutyczny w wyniku ewaluacji zdecyduje o konieczności wykluczenia uczestnika ze wsparcia w ramach DOM.

V. Czas pobytu osoby chorej na choroby otępienne w domu opieki medycznej

Przyjęcia do DOM dokonuje zespół terapeutyczny. W przypadku braku zgodności członków zespołu terapeutycznego o przyjęciu, ostateczna decyzja należy do lekarza specjalisty.

Czas trwania pobytu w domu opieki medycznej będzie ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny w czasie przyjęcia do DOM.

Ewaluacja uczestników musi być prowadzona co 4 miesiące, na podstawie obserwacji ich stanu psychicznego i fizycznego, testów psychologicznych, analizy dokumentacji prowadzonej w DOM oraz wywiadów wśród kadry DOM i rodzin/opiekunów uczestników. Wynik ewaluacji będzie decydował o możliwości dalszego uczestnictwa w DOM.

Ewaluację prowadził będzie neuropsycholog lub psycholog lub inny członek zespołu terapeutycznego. Ewaluacja prowadzona będzie na podstawie zebranych informacji od całego zespołu terapeutycznego.

Należy mieć na uwadze, że realizacja założeń i celów DOM będzie możliwa jedynie pod warunkiem uczestnictwa osób w projekcie przez jak najdłuższy okres czasu, w trybie ciągłym.

VI. Organizacja domu opieki medycznej

Dom opieki medycznej będzie funkcjonował przez cały rok, we wszystkie dni robocze, co najmniej 9 godzin dziennie w sposób ciągły, w godzinach dostosowanych do potrzeb pacjentów i ich rodzin.

Realizator zobowiązany jest do opracowania regulaminu organizacji i wsparcia w ramach DOM, który opublikowany będzie na stronie internetowej realizatora oraz w jego siedzibie. W regulaminie zostaną wskazane szczegółowe zasady organizacji DOM.

Świadczenia w ramach DOM udzielane są nieodpłatnie. W ramach DOM nie będzie finansowana farmakoterapia.

Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia w ramach prowadzonego DOM, muszą być zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

VII. Zakres świadczeń udzielanych w ramach domu opieki medycznej

VII.1. Świadczenia i działania obligatoryjne w ramach DOM

- 1) Opieka dzienna nad uczestnikami realizowana będzie minimum 5 dni w tygodniu (w dni robocze), minimum 9 godzin dziennie, dla minimum 16 osób. W razie rezygnacji uczestnika lub wykluczenia ze wsparcia, w celu zapewnienia min. 16 osób kolejny uczestnik jest rekrutowany z listy rezerwowej, do której prowadzenia zobowiązany jest realizator. Niezapewnienie minimalnej liczby uczestników oznacza brak realizacji wsparcia w ramach DOM. O miejscu na liście rezerwowej decyduje kolejność zgłoszeń.
- 2) Realizator zapewni dostępność personelu w zakresie wymienionym w rozdziale IX.

- 3) Realizator, w ramach potrzeby, doraźnie zapewni opiekę ze strony wykwalifikowanego personelu terapeutycznego oraz specjalistów wspomagających utrzymanie sprawności psychofizycznej osób chorych.
- 4) Realizator zapewni wyżywienie w postaci minimum dwóch posiłków (w tym jeden gorący), uwzględniających dietę zalecaną dla osób starszych.
- 5) Realizator zapewni usługi opiekuńczo – pielęgnacyjne polegające na:
 - a) nadzorze oraz pomocy pielęgniarki pełniącej rolę wspomagającą – opiekuńczą i edukacyjną, bez prowadzenia farmakoterapii, ale zapewniając monitorowanie zażycia leków posiadanych przez uczestnika,
 - b) nadzorze i wsparciu opiekuna medycznego w udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych oraz zapewnieniu opieki higienicznej w niezbędnym zakresie.
- 6) Realizator zapewni możliwość dowożenia uczestników do DOM oraz ich powrót do miejsca zamieszkania (w obrębie do 15 km od siedziby realizatora – odległość liczona w linii prostej), w tym zapewnienie transportu na miejsca zajęć/terapii jeśli są organizowane poza terenem ośrodka.

W przypadku, gdy dojazd uczestników do DOM oraz ich powrót do miejsca zamieszkania nie mieści się w obrębie 15 km, Realizator uwarunkuje kwestię dojazdu w regulaminie domu opieki medycznej.
- 7) Realizator zapewni uczestnikom:
 - a. konsultacje psychologiczne.

Kadra: psycholog/neuropsycholog.

Celem konsultacji psychologicznych jest diagnoza potrzeb danej osoby, zrozumienie problemu, pomoc i wsparcie rodzin/opiekunów, zaplanowanie sposobu rozwiązania problemów, wsparcie w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami, psychoedukację.
 - b. zajęcia terapeutyczne.

Kadra: terapeuta zajęciowy przy współpracy z psychologiem.

Celem zajęć terapeutycznych jest optymalizacja sprawności fizycznej, psychicznej i umysłowej, a w przypadku trwałej utraty określonych funkcji – wypracowanie funkcji zastępczych, zwiększenie uczestnictwa w życiu społecznym. W ramach zajęć terapeutycznych prowadzone będą:

- treningi funkcji poznawczych – stymulowanie procesów poznawczych, przede wszystkim poprawę pamięci, koncentracji, myślenia, funkcjonowania wzrokowo przestrzennego, funkcji językowych;
- treningi umiejętności codziennych – podniesienie poziomu samodzielności w życiu codziennym, umiejętności samodyscypliny, integracja w grupie, zaspokojenie potrzeb bezpieczeństwa oraz akceptacji;
- terapia zajęciowa – wykonywanie czynności, które w przeszłości stanowiły dla chorego źródło satysfakcji. Czynnościami tymi mogą być majsterkowanie, szydełkowanie, robienie na drutach, pielęgnacja roślin, praca w ogródku, prace domowe czy kuchenne. Terapia ta zaspokaja psychospołeczne potrzeby chorych, podtrzymuje zachowane umiejętności, a także przeciwdziała występowaniu zaburzeń zachowania i daje poczucie „bycia potrzebnym”;
- arteterapia – tu najważniejszy jest sam proces twórczy, a nie efekt końcowy. Proces twórczy pozwala na werbalizację emocji, wyrażanie ekspresji twórczej, relaksację. Zajęcia arteterapeutyczne sprzyjają utrzymaniu dobrej kondycji psychofizycznej, wyzwalają pozytywne emocje;
- terapia reminiscencyjna – polega na odwoływaniu się do przeżyć i doświadczeń z przeszłości chorego przy użyciu różnego rodzaju bodźców. Terapia ta oddziałuje na procesy poznawcze, wpływa na nastrój, należy starać się przywoływać pozytywne, radosne wspomnienia, a unikać nieprzyjemnych przeżyć. Usprawnia zdolność komunikacji, zarówno werbalnej jak i pozawerbalnej, ma ona istotne znaczenie dla podtrzymania poczucia tożsamości chorego;
- trening kulinarny – wspólne przygotowywanie prostych potraw. Zajęcia wpływają na podniesienie poziomu samodzielności jak również zaradności w czynnościach dnia codziennego, ćwiczą pamięć;
- biblioterapia – praca z tekstem, wykorzystująca szeroko pojętą literaturę. Terapia ta wspomaga koncentrację i pamięć, podnosi umiejętności komunikowania się z otoczeniem, wyzwala pozytywne i przyjemne emocje;

- usprawnianie psychofizyczne – spacerowanie na świeżym powietrzu, ćwiczenia poruszania się w nowym, nieznanym terenie, trening sprawnego ubierania się do wyjścia, podtrzymanie kondycji ruchowej.

c. zajęcia fizjoterapeutyczne.

Kadra: fizjoterapeuta.

Celem zajęć fizjoterapeutycznych jest rozwijanie, utrzymywanie i przywracanie maksymalnych zdolności ruchowych i funkcjonalnych, usprawnianie zaburzeń funkcji organizmu poprzez ćwiczenia i masaże.

- d. opiekę pielęgniarską oraz możliwość udziału w zajęciach z edukacji zdrowotnej.

Kadra: pielęgniarka.

Celem tych zajęć jest promocja zdrowia, zdrowego trybu życia oraz profilaktyki chorób psychicznych, w tym chorób otępiennych dla osób chorych i ich rodzin oraz opieka medyczna (**bez wsparcia farmakologicznego**). Zajęcia z edukacji zdrowotnej dla osób z chorobami otępiennymi oraz ich bliskich powinny obejmować m.in. psychoedukację dotyczącą mechanizmów choroby otępiennej, sprawowania opieki nad osobą z chorobą otępienną oraz komunikacji z nią.

- e. zajęcia logopedyczne.

Kadra: logopeda/neurologopeda.

Celem zajęć logopedycznych jest zachowanie w możliwie jak najwyższym stopniu sprawności językowych oraz komunikacyjnych, które zapobiegają wyobcowaniu i izolacji społecznej.

- f. konsultacje dietetyczne.

Kadra: dietetyk.

Celem konsultacji z dietetykiem jest edukacja dotycząca diety i składników odżywczych wspomagających leczenie chorób otępiennych, indywidualne porady dotyczące osoby chorej i jej problemów żywieniowych, wsparcie rodzin/opiekunów w zakresie żywienia podopiecznych.

- g. konsultacje z pracownikiem socjalnym.

Kadra: pracownik socjalny.

Konsultacje mają na celu udzielanie informacji o formach pomocy dla chorych na choroby otępienne oraz wsparcie w tworzeniu istotnych pism, wsparcie rodzin/opiekunów w tymże zakresie.

VII.2 Dodatkowe (fakultatywne) działania i świadczenia możliwe do realizacji w ramach domu opieki medycznej

1. W ramach DOM można realizować **dotatkowo terapię/terapie wymienioną/e poniżej:**

- a) Hortiterapia - to rodzaj rehabilitacji, związanej z uprawianiem ogrodnictwa, bliski kontakt z naturą w założeniu ma obniżyć stres, poprawić nastrój, przywrócić równowagę psychiczną, zniwelować stany depresyjne, wspomóc rehabilitację fizyczną.
- b) Choreoterapia - niewerbalna forma ekspresji siebie, która skupia się przede wszystkim na elementach fizycznego ćwiczenia ciała. Ta forma terapii poprawia koncentrację i pamięć, obniża napięcia, lęk, poprawia nastrój, kondycję fizyczną.
- c) Muzykoterapia - wykorzystanie muzyki lub jej elementów celem uzyskania efektów terapeutycznych (śpiewanie, granie na instrumentach, klaskanie do rytmu lub jego wystukiwanie). Wpływają pozytywnie na stan emocjonalny, nastrój oraz interakcje społeczne.
- d) Terapia wspomagana komputerowo – celem jest poprawa sprawności funkcji poznawczych mózgu (pamięci, koncentracji, uwagi, koordynacji psychoruchowej).
- e) Animaloterapia - terapia z udziałem zwierząt. Celem jest wspieranie leczenia/rehabilitacji mające za zadanie złagodzić dolegliwości oraz niepełnosprawność na tle psychicznym, fizycznym oraz społecznym.
- f) Inna wyżej niewymieniona terapia wskazana dla osób z chorobami otępiennymi i ich opiekunów/rodzin – po uzasadnieniu przez realizatora zasadności jej zastosowania.

2. Dodatkowo w ramach DOM mogą być prowadzone takie działania jak:

- a) Organizacja imprez okolicznościowych, wycieczek i wydarzeń kulturalno – oświatowych dla osób chorych i ich rodzin/opiekunów oraz organizowane z okazji świąt okolicznościowych, np. Dzień Babci i Dziadka, Walentynki, itp. W spotkaniach tych mogą brać udział uczestnicy, ich bliscy, zatrudniona kadra oraz zaproszeni goście. Spotkania mają umożliwić integrację grupy, wzmocnienie więzi między chorymi i ich rodzinami, jak również integrację ze środowiskiem lokalnym.

b) Poradnictwo prawne.

Kadra: radca prawny.

Porady prawne udzielane rodzin/opiekunom i osobom chorym związane z zagadnieniami dot. chorób otępiennych.

c) Szkolenia dla osób zatrudnionych świadczących usługi dla osób z chorobami otępiennymi w ramach DOM.

Szkolenia w celu podnoszenia kompetencji w zakresie usług i opieki nad osobami z chorobami otępiennymi.

d) Grupy wsparcia dla rodzin i/lub opiekunów osób cierpiących na choroby otępienne.

Kadra: psycholog i lekarz specjalista (do wyboru: geriatra, neurolog, psychiatra, internista).

Utworzenie grupy wsparcia umożliwi wymianę doświadczeń rodzin/opiekunów, integrację, nawiązanie kontaktów społecznych.

W przypadku organizacji dodatkowych terapii oraz innych działań należy zapewnić odpowiedni, wykwalifikowany personel do udzielania danej interwencji.

VIII. Rezultaty

W ramach sprawozdania z realizacji zadania, każdy realizator zobowiązany jest do przekazania informacji **specyfikujących zadanie, jak również przykładowych rodzajów rezultatów możliwych do osiągnięcia w trakcie realizacji zadania publicznego – w tym rezultatów ilościowych** zawierającej:

- liczbę uczestników,
- liczbę opiekunów korzystających z usług DOM,
- liczbę godzin zajęć tygodniowo w podziale na rodzaj zajęć,
- liczbę osób z podziałem na specjalizację, udzielających świadczeń na rzecz uczestników DOM,
- liczbę przeprowadzonych konsultacji z podziałem na rodzaj konsultacji,
- liczbę chorych zakwalifikowanych do dalszego udziału po upływie 4, 8 miesięcy, liczba osób wykluczonych z dalszego udziału po upływie 4, 8 miesięcy.

IX. Personel w DOM:

Obowiązkowy:

Zespół terapeutyczny:

- Psycholog lub neuropsycholog – codziennie,
- Pielęgniarka – codziennie,
- Lekarz posiadający specjalizację z zakresu geriatricznej lub neurologii lub psychiatrii lub chorób wewnętrznych – min. 1 x w tygodniu.

Pozostały personel obowiązkowy:

- Opiekun medyczny – codziennie,
- Terapeuta zajęciowy – codziennie,
- Fizjoterapeuta – codziennie,
- Dietetyk - min. 1 x w tygodniu,
- Logopeda lub neurologopeda – min. 1 x w tygodniu,
- Pracownik socjalny – min. 1 x w tygodniu.

Fakultatywny:

- Prawnik,
- Choreoterapeuta,
- Muzykoterapeuta,
- osoba od gimnastyki korekcyjno – kompensacyjnej lub masażysta,
- inny personel w zależności od prowadzonej terapii.