

Załącznik do uchwały
Rady Miasta Krakowa
nr... z dnia...

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

Gmina Miejska Kraków

Program polityki zdrowotnej z zakresu zwiększenia dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Gminie Miejskiej Kraków w ramach dziennego lub całodobowego pobytu dla osób niesamodzielnych niewymagających opieki instytucjonalnej oraz z zakresu wsparcia ich opiekunów nieformalnych

okres realizacji programu polityki zdrowotnej: lata 2023-2027

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 2022 r., poz. 2561 ze zm.)

Kraków, 2023 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.....	10
ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ.....	35
SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU	39
BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ.....	42
Koszty jednostkowe programu	42
Koszty całkowite programu.....	42
UWAGI OGÓLNE.....	43

PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE

Tytuł projektu programu:	Program polityki zdrowotnej z zakresu zwiększenia dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Gminie Miejskiej Kraków w ramach dziennego lub całodobowego pobytu dla osób niesamodzielnych niewymagających opieki instytucjonalnej oraz z zakresu wsparcia ich opiekunów nieformalnych
Adres jednostki terytorialnej:	MAŁOPOLSKIE / Kraków / Kraków / Kraków
Numer telefonu do kontaktu: (12) 44-67-500, (12) 616 97 86	Imię i nazwisko do kontaktu: Alicja Kamińska, Agnieszka Markielowska
Planowany termin początku programu: 2023-11-01	Planowany termin końca programu: 2027-12-31

OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZANIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Problem zdrowotny

W ostatnim czasie coraz większym problemem, z jakim musi zmierzyć się system ochrony zdrowia oraz opieki społecznej jest wzrost liczby osób niesamodzielnych. Sytuacja ta jest związana przede wszystkim ze zmianami demograficznymi. Zgodnie z projekcją ludnościową Eurostatu EUROPOP2019 w roku 2050 ludność Polski będzie liczyć 34,1 mln osób, tj. o 3,85 mln mniej niż dziś, zaś liczba osób starszych wzrośnie do 10,3 mln, czyli o prawie 3,3 mln osób. Zaawansowany wiek często wiąże się z występowaniem wielu chorób, w tym chorób neurodegeneracyjnych. Osoby takie wymagają opieki i pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Zgodnie z dostępnymi danymi potrzeby osób starszych nie są zaspokajane w odpowiedni sposób. 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.^[1]

Współwystępowanie wielu przewlekłych chorób, czyli wielochorobowość jest jedną z charakterystycznych cech osób w starszym wieku. 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). Ponad to 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. Szczególnie wysokie ryzyko utraty autonomii występuje u osób w wieku co najmniej 80 lat. 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.^[2]

Opieka nad osobami starszymi przyjmuje dwie formy: formalną i nieformalną. W Polsce osoby starsze

z deficytem sprawności funkcjonalnej najczęściej przebywają w warunkach domowych pod opieką opiekunów nieformalnych. Opiekę tą poza najbliższymi członkami rodziny (małżonkowie, dzieci) sprawują również znajomi, sąsiedzi, wolontariusze oraz osoby ze środowisk lokalnych^[3]. Tradycyjnie opieką zajmują się kobiety, które muszą łączyć te zadania z pracą zawodową. Często nie posiadają wiedzy o przysługujących im ulgach lub formach wsparcia mogących ułatwić im pełnienie funkcji opiekuńczych.^[4] Nadmierne obciążenie opiekunów może prowadzić do problemów zdrowotnych zarówno w zakresie zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Jednocześnie brak jest możliwości korzystania z opieki formalnej. Polska należy do krajów UE o najmniejszej liczbie dostępnych miejsc w stacjonarnych instytucjach opieki w przeliczeniu na liczbę mieszkańców. Jeszcze rzadziej niż usługi stacjonarne wykorzystywane są usługi środowiskowe (w miejscu zamieszkania). W roku 2019 korzystało z nich niespełna 130 tys. osób. Opracowania naukowe donoszą o obciążeniu opiekunów i jego związku z ich jakością życia, a niektóre potwierdzają, że wielu opiekunów w ramach opieki nad osobami niesamodzielnymi wykonuje zabiegi pielęgniarские takie, jak iniekcje, karmienie przez sondę żołądkową, zmiana opatrunków. Powyższe ma związek z obciążeniem opiekuna w wymiarze emocjonalnym i odczuwaniem przez niego stresu. Ważny jest także aspekt obciążenia fizycznego opiekunów i towarzyszące mu poczucie niezrozumienia i braku wsparcia^[5]. Brak wsparcia w godzeniu pracy z opieką prowadzi do sytuacji, w której część osób zdolnych do pracy jest zmuszona do rezygnacji z zatrudnienia. Pociąga to za sobą dalsze konsekwencje jak pogorszenie ich sytuacji ekonomicznej, rezygnacja z własnych planów, marzeń, aspiracji zawodowych, ograniczenie kontaktów społecznych, a nawet wzrost ryzyka zachorowania na depresję.^[6,7] Opiekun powinien wiedzieć, że nie może, nie powinien i nie musi zmagać się samotnie z opieką nad osobą chorą.

Jedną z form wsparcia osób niesamodzielnymi i ich opiekunów są świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne w formach zdeinstytucjonalizowanych realizowane przez zespół profesjonalistów (m.in. pielęgniarkę, fizjoterapeutę, opiekuna medycznego, terapeutę zajęciowego, lekarza, dietetyka, psychologa). Świadczenia dostosowywane są do indywidualnych potrzeb osób chorych. Piśmiennictwo dowodzi, że podejmowane działania terapeutyczne mają wpływ m.in. na poprawę funkcjonowania poznawczego chorego, jego zachowanie, spędzanie przez niego czasu wolnego oraz zapobiegają konsekwencjom wynikającymi z dezorientacji.^[8] W przypadku osób z zaburzeniami neurodegeneracyjnymi ważną rolę w terapii odgrywają metody nefarmakologiczne, których głównym celem jest zachowanie, jak najdłużej, aktywności ruchowej i samodzielności w zakresie samoobsługi oraz zmniejszenie napięcia emocjonalnego i niepokoju w możliwym do uzyskania zakresie, ale co najważniejsze – wypełnienie czasu wolnego osobie starszej i jej aktywizacja. Podstawą terapii jest indywidualne podejście, które wspiera samodzielność chorego oraz pozytywnie wpływa na jego stan psychiczny, a tym samym przyczynia się do poprawy jakości życia zarówno chorego, jak i jego opiekuna nieformalnego. Nefarmakologiczne metody postępowania u chorych z zaburzeniami neurodegeneracyjnymi obejmują zarówno metody dążące do poprawy sprawności fizycznej, jak i usprawnienia funkcji poznawczych takich, jak pamięć, myślenie, rozumienie, ocena rzeczywistości. Najlepszym podejściem jest łączenie elementów kilku metod i nakreślanie indywidualnego, wieloprofilowego, kompleksowego programu terapii m.in. kinezyterapia, terapia zajęciowa, terapia funkcji poznawczych (kognitywna, reminiscencyjna, walidacyjna itd.).^[9] Korzystanie ze wsparcia i opieki profesjonalnych placówek zajmujących się opieką nieinstytucjonalną pozwala również na realizację, jakże ważnych potrzeb opiekunów, takich jak odpoczynek, relaks i poczucie bezpieczeństwa. Zadaniem placówek opieki wytchnieniowej jest także pomoc osobom opiekującym się chorymi w zaadaptowaniu się do zmian wynikających z postępu choroby, niepełnosprawności i przygotowania się do konieczności zapewnienia dalszej opieki chorym w formie instytucjonalnej.^[10]

Epidemiologia ww. problemu zdrowotnego

Jak wskazują dane przedstawione w Mapach Potrzeb Zdrowotnych [źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/>] znaczna większość pacjentów korzystających ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej zarówno w Krakowie, jak i w całej Polsce to osoby po 65 roku życia. W Krakowie w 2021 roku pacjenci w wieku 65-79 lat stanowili 28%, a w wieku 80+ aż 58% ogółu korzystających z opieki długoterminowej. W Polsce wyniki były zbliżone, a mianowicie pacjenci w wieku 65-79 lat stanowili 31%, a w wieku 80+ aż 55% ogółu korzystających z opieki długoterminowej.

Przedstawione dane dotyczące zmian struktury demograficznej społeczeństwa, a także wieku osób korzystających z opieki długoterminowej pozwalają wnioskować, że liczba osób wymagających opieki będzie stale rosła. Ponadto liczba pacjentów w przeliczeniu na 100 tysięcy, korzystających z opieki długoterminowej w Krakowie jest znacznie wyższa niż w innych powiatach na terenie małopolski oraz znacznie wyższa niż wskaźnik dla całej Polski i wynosi 411 pacjentów na 100 tys. korzystających z opieki długoterminowej.

Niepokojącym zjawiskiem jest także obniżanie się współczynnika pielęgnacyjnego w ciągu ostatnich kilku lat oraz jego prognoza. Współczynnik pielęgnacyjny określa się jako stosunek liczby kobiet w wieku 50-64 (potencjalnych opiekunów) do liczby osób w wieku od 80 lat wzwyż, w przeliczeniu na 100 osób. Tendencja spadkowa dotyczy zarówno województwa małopolskiego, jak i miasta Krakowa. I tak w Krakowie w 2016 r. współczynnik ten wynosił 203,44, a w Małopolsce 233,62, podczas, gdy w 2050 r. ma on wynieść odpowiednio w Krakowie 112,47, a w Małopolsce 101,78.

Zgodnie z danymi Map Potrzeb Zdrowotnych z opieki długoterminowej na terenie Małopolski korzystają przede wszystkim osoby z takimi schorzeniami jak: Choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (14,7%), osoby po przebytych udarach (13,2%) i z chorobami sercowo-naczyniowymi (11%). Ponadto znaczną część pacjentów stanowią osoby z chorobami układu oddechowego, nerwowego czy mięśniowo-szkieletowego. Ogólnoświatowe dane epidemiologiczne wskazują, że ryzyko zachorowania na chorobę Alzheimera po ukończeniu 65 lat ulega praktycznie podwojeniu z upływem każdego kolejnego pięciu lat. WHO przewiduje, że liczba chorych na chorobę Alzheimera ulegnie do 2050 roku potrojeniu. W 2021 roku wskaźnik zachorowalności na 100 tys. osób na chorobę Alzheimera i inne otępienia na terenie Małopolski wynosił 43,68 (Polska: 43,08), natomiast na chorobę Parkinsona i inne zaburzenia ruchowe 95,46 i był wyższy niż wskaźnik na terenie całej Polski (82,97).^[11]

Biorąc pod uwagę te dane oraz świadomość skutków zdrowotnych jakie niosą za sobą choroby neurodegeneracyjne, konieczne jest podjęcie działań w ramach dziennej oraz całodobowej opieki nieinstytucjonalnej dla ww. osób, pozwalających jednocześnie na odciążenie opiekunów nieformalnych.

Brak jest wprawdzie dostępnych danych statystycznych wskazujących na liczbę opiekunów nieformalnych w Polsce. Opiekunowie nieformalni nie są bowiem nigdzie rejestrowani, z wyjątkiem tych nielicznych, którzy pobierają świadczenia. Próba oszacowania ich liczby podejmowana była jednak po raz pierwszy w ramach projektu EUROFAMCARE, realizowanego w latach 2003–2004. Na podstawie liczby osób starszych niepełnosprawnych lub wymagających pomocy otrzymano wynik zbliżony do 2 milionów dla kraju. W Małopolsce wyniki „Badania opinii mieszkańców Małopolski na temat istotnych dla rozwoju województwa obszarów działań samorządu wojewódzkiego” z 2020 r., pokazują, że na co dzień osobami starszymi opiekuje się 15%, a osobami niepełnosprawnymi 4% badanych Małopolan. [Źródło: Badanie opinii mieszkańców Małopolski 2020. Edycja 11., Małopolskie Obserwatorium Rozwoju Regionalnego, Departament Zrównoważonego Rozwoju UM WM, Kraków 2021 r.] Inne badania przeprowadzone w 2019 roku przez CBOS wskazują, że odsetek osób ankietowanych znających osobiście kogoś starszego wymagającego wsparcia w codziennych czynnościach znacznie wzrósł w ciągu ostatnich kilka lat. Zgodnie z wynikami badania, około 46% ankietowanych zadeklarowało, że zna co najmniej jedną osobę, która potrzebuje pomocy w czynnościach takich jak załatwianie spraw urzędowych, robienie zakupów, sprzątanie, przygotowywanie posiłków, ubieranie się czy też higiena osobista, a 6% respondentów zadeklarowało, że sami znajdują się w takiej sytuacji. Zarówno w Krakowie jak i w całej Polsce w ciągu ostatnich 20 lat znacznie zwiększył się odsetek osób w wieku poprodukcyjnym oraz zmniejszył odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym, a prognoza na rok 2050 wskazuje, że ta tendencja będzie się utrzymywać. [źródło: <https://bdl.stat.gov.pl>] Powyższe dane wyraźnie wskazują na deficyty w zakresie potencjału opiekuńczego opiekunów nieformalnych.

Obecne postępowanie w danym zakresie

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.

Świadczenia w opiece długoterminowej finansowanej ze środków publicznych realizowane są w warunkach domowych (udzielane przez zespoły długoterminowej opieki domowej dla osób wentylowanych mechanicznie i w ramach pielęgnarskiej 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 osób objętych opieką i ich rodzin, pomoc w pozyskiwaniu aparatury medycznej niezbędnej do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji chorego w domu. Czas objęcia chorego tą formą opieki jest uzależniony od jego stanu zdrowia. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze są udzielane świadczeniobiorcom, którzy w ocenie skalą opartą na skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów.^[12]

Osoby starsze oraz niesamodzielne bardzo często korzystają również ze świadczeń rehabilitacyjnych. Rehabilitacja realizowana w warunkach ambulatoryjnych obejmuje specjalistyczne świadczenia zdrowotne udzielane w poradni rehabilitacyjnej, zakładzie fizjoterapii lub w domu pacjenta. Pacjenci, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają intensywnej rehabilitacji i nie wymagają całodobowego nadzoru medycznego, mogą otrzymać pomoc w ramach dziennego ośrodka rehabilitacji. O umieszczeniu chorego na liście oczekujących decydują następujące kryteria: stan zdrowia, rokowania, co do dalszego przebiegu choroby, choroby współistniejące mające wpływ na chorobę objętą świadczeniem, zagrożenie wystąpienia lub pogłębienia niepełnosprawności. Przeciętny czas oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych w Polsce wynosił w 2020 roku 601 dni (przypadki stabilne).^[13]

W 2020 r. ze stacjonarnych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej finansowanej przez NFZ skorzystało w Polsce 40,9 tys. osób, z tego 4,8 tys. osób w woj. małopolskim. Z kolei początkiem 2020 r. na miejsce w ZOL dla dorosłych oczekiwało ponad 8,6 tys. pacjentów, a w ZPO dla dorosłych – 3 tys. pacjentów, natomiast średni czas oczekiwania w zależności od kategorii medycznej wynosił średnio dla ZOL od 152 dni (przypadek pilny) do 294 dni (przypadek stabilny), a dla ZPO od 144 dni (przypadek stabilny) do 172 dni (przypadek pilny). W 2020 r. w Małopolsce ze stacjonarnych świadczeń w ramach ZOL/ZPO korzystało łącznie 131 pacjentów na 100 tys. ludności, a w powiecie Kraków 215 osób na 100 tys. ludności. W roku 2021 liczba pacjentów wzrosła do 145 na 100 tys. ludności, a w powiecie Kraków do 245 na 100 tys. ludności. Przekładając na wartości bezwzględne, liczba Małopolan korzystających łącznie ze stacjonarnej opieki w ZOL/ZPO wyniosła w 2020 r. 4 489 osób, a w powiecie Kraków 1 678. Z kolei w 2021 r. łącznie ze świadczeń skorzystało 4 933 osoby, a w powiecie Kraków 1 916 osób. W 2019 r. w Małopolsce liczba pacjentów w grupie wiekowej 65-79 lat korzystająca ze świadczeń ZOL/ZPO wyniosła 284 na 100 tys. ludności, a w powiecie Kraków 367 osób. W 2020 r. liczba pacjentów wzrosła do 290 pacjentów na 100 tys. ludności, a w powiecie do 373 pacjentów. Z kolei w 2021 r. w Małopolsce liczba pacjentów wyniosła 309 na 100 tys. ludności, a w powiecie Kraków 405 osób na 100 tys. ludności. Zauważyć można tendencję wzrostową

osób korzystających z opieki długoterminowej, tym bardziej, iż przyrasta liczba osób starszych i niesamodzielnych w związku ze starzejącym się społeczeństwem. Średni czas pobytu pacjenta w ciągu roku w ZOL/ ZPO w 2021 r. szacował się na poziomie 196 dni w Małopolsce, a 202 dni w powiecie Kraków, z kolei w 2022 r. wyniósł 181 dni dla Małopolski a dla powiatu Kraków 178 dni.

W Krakowie funkcjonuje 9 zakładów opiekuńczo-leczniczych/ zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZOL/ZPO), w tym 2 zakłady prowadzą również stacjonarnie świadczenia dla osób wentylowanych mechanicznie (Serdeczna Troska Sp. z o.o. oraz Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie, którego jednostką jest Zakład Opieki Długoterminowej w Makowie Podhalańskim, posiadający w swej strukturze Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy dla Pacjentów Wentylowanych Mechanicznie). W Krakowie w 2020 r. w ramach ZOL/ ZPO przeznaczonych było łącznie 1322 miejsc dla dorosłych osób. Średni czas oczekiwania dla przypadku stabilnego jak i pilnego na miesiąc czerwiec 2023 r. wyniósł ponad 90 dni.

W sektorze pomocy społecznej: w 2022 r. w Krakowie funkcjonowało 12 samorządowych domów pomocy społecznej, które łącznie dysponowały 2 027 miejscami, w porównaniu do 2021 r. liczba podmiotów oraz liczba miejsc nie uległa zmianie. W odniesieniu do funkcjonujących 3 niepublicznych placówek w Krakowie liczba miejsc w DPS-ach w 2022 r. również nie uległa zmianie w porównaniu do 2021 r. i wynosiła 163. Najwięcej miejsc w samorządowych DPS-ach w Krakowie jest przeznaczonych dla osób przewlekle somatycznie chorych – 897, w dalszej kolejności dla osób przewlekle psychicznie chorych – 693 miejsc, dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie- 165 miejsc, dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie- 127 miejsc, a dla osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób w podeszłym wieku – 90 miejsc. W 2022 r. najdłuższy średni czas oczekiwania na miejsce w DPS był dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie – 12 miesięcy oraz dla osób przewlekle psychicznie chorych – 6 miesięcy. W 2022 r. pomocą w formie usług opiekuńczych na terenie Krakowa objęto 1 922 osób, co przełożyło się na 682 458 godzin objęcia usługami, tj. mniej o 23 osoby oraz o 32 131,5 godzin w porównaniu do 2021 r. Natomiast specjalistycznymi usługami opiekuńczymi dla rodzin z dziećmi z niepełnosprawnościami oraz dla osób z zaburzeniami psychicznymi objęto ponad 300 osób zarówno w 2021 i 2022 r., przy czym większą liczbę godzin objęcia specjalistycznymi usługami opiekuńczymi zrealizowano w 2021 r., tj. 94 372 godzin, a w 2022 r. 87 872 godzin.

W 2018 wprowadzony został w Polsce Program Opieki Wytchnieniowej mający na celu wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. Co roku powstaje nowa edycja programu, który finansowany jest w ramach Funduszu Solidarnościowego.^[15] Zgodnie z definicją Ministerstwa Zdrowia opieka wytchnieniowa (wyręczająca) to przyjęcie chorego do placówki stacjonarnej na okres nie dłuższy niż 10 dni w celu chwilowego odciążenia rodziny, która przez bardzo długi czas zajmuje się chorym.^[16] Wprowadzenie programu było odpowiedzią na znikomy dostęp do tego typu usług, oferowanych wcześniej przez nieliczne organizacje pozarządowe i samorządy. Jak wskazuje jednak kontrola NIK, program był realizowany w niepełnym stopniu i nie zawsze prawidłowo. W latach 2019-2021 jednostki samorządowe wykorzystały tylko nieco ponad połowę przekazanych środków.^[17]

Podsumowując, 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, w ramach świadczeń gwarantowanych brak jest świadczeń dla pacjentów, którzy wymagają 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. Zaplanowane działania w ramach placówki dziennego i całodobowego pobytu stanowią zatem uzupełnienie już istniejących świadczeń zdrowotnych, 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 u co najmniej 50% uczestników Programu (osób niesamodzielnych) w okresie jego realizacji, tj. w latach 2023-2027.

Program realizowany będzie w jednym z dwóch wariantów, wybranym w zależności od aktualnych możliwości finansowych Gminy Miejskiej Kraków:

- Wariant A – dzienny pobyt w ramach Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji;
- Wariant B – dzienny pobyt w ramach Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji oraz całodobowy pobyt w ramach Całodobowego Oddziału Opieki Wytchnieniowej.

Mierniki główne

Wariant A:

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

Wariant B:

Odsetek osób niesamodzielnych, u których odnotowano zachowanie lub zwiększenie sprawności psychofizycznej w wyniku udziału w Programie z wykorzystaniem standaryzowanych skal lub skali Barthel wykonywanych po przyjęciu i przed wypisem: co najmniej 50%

Cele i mierniki programu:

<u>Wariant A:</u>	
Cel programu	Miernik efektywności programu
1. Zachowanie lub zwiększenie możliwości wykonywania złożonych czynności życia codziennego u co najmniej 50% osób niesamodzielnych uczestniczących w Programie, w okresie realizacji Programu.	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba osób niesamodzielnych, u których odnotowano zachowanie lub zwiększenie możliwość wykonywania złożonych czynności życia codziennego w wyniku udziału w Programie (mierzony przy pomocy skali IADL - skala Lawtona): co najmniej 338 osób
2. Zachowanie lub poprawa stanu fizycznego u co najmniej 50% osób niesamodzielnych uczestniczących w Programie, w okresie realizacji Programu.	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba osób niesamodzielnych, u których odnotowano zachowanie lub poprawę stanu fizycznego w wyniku udziału w Programie (mierzony przy pomocy skal: Mini Nutritional Assessment, MNA, skala Tinetti oraz oceny zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwa): co najmniej 338 osób
3. Zachowanie lub poprawa stanu umysłowego u co najmniej 50% osób niesamodzielnych uczestniczących w Programie, w okresie realizacji Programu.	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba osób niesamodzielnych, u których odnotowano zachowanie lub poprawę stanu umysłowego w wyniku udziału w Programie (mierzony przy pomocy skal: Folsteina (MMSE - mini mental state examination) i Geriatric Depression Scale, GDS): co najmniej 338 osób

<p>4. Zmniejszenie obciążania opieką u co najmniej 50% opiekunów osób niesamodzielnych uczestniczących w Programie, w okresie realizacji Programu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Odsetek opiekunów osób niesamodzielnych, u których odnotowano poprawę w zakresie stopnia obciążenia opiekuna w wyniku udziału w Programie (mierzony przy pomocy kwestionariusza COPE Indeks): co najmniej 50 %
<p>5. Podniesienie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy¹ u co najmniej 50% opiekunów osób niesamodzielnych uczestniczących w Programie, w okresie realizacji Programu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba opiekunów osób niesamodzielnych, uczestniczących w Programie, u których doszło do podniesienia lub utrzymania wysokiego poziomu wiedzy (mierzony przy pomocy kwestionariusza ankiety): co najmniej 338 osób
<p>6. Zwiększenie skuteczności i jakości sprawowanej opieki w środowisku domowym u co najmniej 80% opiekunów poprzez możliwość wypożyczenia sprzętu medycznego w okresie realizacji Programu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba opiekunów osób niesamodzielnych uczestniczących w Programie, u których doszło do zwiększenia skuteczności i jakości sprawowanej opieki w środowisku domowym (mierzony przy pomocy kwestionariusza ankiety): co najmniej 540 osób.

Wariant B:	
Cel programu	Miernik efektywności programu
<p>1. Zachowanie lub zwiększenie możliwości wykonywania złożonych czynności życia codziennego u co najmniej 50% osób niesamodzielnych uczestniczących w Programie, w okresie realizacji Programu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba osób niesamodzielnych, u których odnotowano zachowanie lub zwiększenie możliwość wykonywania złożonych czynności życia codziennego w wyniku udziału w Programie (mierzony przy pomocy skali IADL - skala Lawtona): co najmniej 338 osób
<p>2. Zachowanie lub poprawa stanu fizycznego u co najmniej 50% osób niesamodzielnych uczestniczących w Programie, w okresie realizacji Programu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba osób niesamodzielnych, u których odnotowano zachowanie lub poprawę stanu fizycznego w wyniku udziału w Programie (mierzony przy pomocy skal: Mini Nutritional Assessment, MNA, skala Tinetti oraz oceny zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską): co najmniej 338 osób
<p>3. Zachowanie lub poprawa stanu umysłowego u co najmniej 50% osób niesamodzielnych uczestniczących w Programie, w okresie realizacji Programu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba osób niesamodzielnych, u których odnotowano zachowanie lub poprawę stanu umysłowego w wyniku udziału w Programie (mierzony przy pomocy skal: Folsteina (MMSE - mini mental state examination) i Geriatric Depression Scale, GDS): co najmniej 338 osób
<p>4. Zachowanie lub poprawa w zakresie sprawności i samodzielności, u co najmniej 50% osób niesamodzielnych uczestniczących w Programie, w okresie realizacji Programu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba osób niesamodzielnych, u których odnotowano zachowanie lub poprawę sprawności i samodzielności w wyniku udziału w Programie (mierzony przy pomocy skali Barthel): co najmniej 981 osób

¹ Wysoki poziom wiedzy oznacza min. 75% poprawnych odpowiedzi w kwestionariuszu ankiety.

5. Zmniejszenie obciążania opieką u co najmniej 50% opiekunów osób niesamodzielnych uczestniczących w Programie, w okresie realizacji Programu	<ul style="list-style-type: none"> • Odsetek opiekunów osób niesamodzielnych, u których odnotowano poprawę w zakresie stopnia obciążenia opiekuna w wyniku udziału w Programie (mierzony przy pomocy kwestionariusza COPE Indeks): co najmniej 50 %
6. Podniesienie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy ² u co najmniej 50% opiekunów osób niesamodzielnych uczestniczących w Programie, w okresie realizacji Programu	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba opiekunów osób niesamodzielnych, uczestniczących w Programie, u których doszło do podniesienia lub utrzymania wysokiego poziomu wiedzy (mierzony przy pomocy kwestionariusza ankiety): co najmniej 338 osób
7. Zwiększenie skuteczności i jakości sprawowanej opieki w środowisku domowym u co najmniej 80% opiekunów poprzez możliwość wypożyczenia sprzętu medycznego w okresie realizacji Programu	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba opiekunów osób niesamodzielnych uczestniczących w Programie, u których doszło do zwiększenia skuteczności i jakości sprawowanej opieki w środowisku domowym (mierzony przy pomocy kwestionariusza ankiety): co najmniej 540 osób.

CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ I OPIS INTERWENCJI

Nazwa i charakterystyka populacji

Wariant A:	
Nazwa populacji	Osoby niesamodzielne z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz ich opiekunowie nieformalni
Wielkość populacji ogółem:	14 370 osób niesamodzielnych 14 370 opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych
Przewidywana liczba uczestników ogółem	675 osób niesamodzielnych 675 opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych
Przewidywana liczba uczestników rocznie:	162 osób niesamodzielnych 162 opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych
Uzasadnienie:	<p>Programem polityki zdrowotnej objęte zostaną osoby niesamodzielne, ze szczególnym uwzględnieniem osób z chorobami neurodegeneracyjnymi celem udzielenia im świadczeń zdrowotnych w postaci pobytu w Placówce Diennej Opieki i Aktywizacji oraz zapewnienia możliwości wypożyczenia niezbędnego sprzętu medycznego.</p> <p>Programem polityki zdrowotnej objęte zostaną osoby zamieszkałe na terenie Gminy Miejskiej Kraków. Jako populację przyjęto 50% liczby wszystkich mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków w wieku poprodukcyjnych (tj. 89 811 - dane GUS z 2022 r.), z uwzględnieniem potencjalnego odsetka osób dotkniętych chorobami neurodegeneracyjnymi na poziomie 16% (tj. 14 370).</p> <p>Powyższa wartość wynika z zaprezentowanych w 2020 r. wyników ogólnopolskiego projektu PolSenior2. Wynika z nich, że w Polsce u około 16% osób po 60 roku życia</p>

² Wysoki poziom wiedzy oznacza min. 75% poprawnych odpowiedzi w kwestionariuszu ankiety.

	<p>można podejrzewać otępienie (źródło: Klich-Rączka, Piotrowicz, Kujawska-Danecka, Zagożdżon i Mossakowska, 2020).</p> <p>Przewidywana liczba uczestników wynika natomiast z liczby tworzonych miejsc opieki. Placówka Diennej Opieki i Aktywizacji osób niesamodzielnych zapewni opiekę jednocześnie 27 osobom niesamodzielnym. Średni czas pobytu pacjenta w placówce to 60 dni (nie mniej niż 30, nie więcej niż 90 dni). W okresie 1 roku wsparciem objęte zostaną więc 162 osoby niesamodzielne, a w całym okresie trwania Programu (50 miesięcy): 675 osób. Udział jest jednorazowy, z zastrzeżeniem, że jeśli będą wolne miejsca w Placówce, istnieje możliwość kolejnego razu objęcia pobytami w Placówce Diennej Opieki i Aktywizacji.</p> <p>Programem polityki zdrowotnej zostaną objęci również opiekunowie osób niesamodzielnych, którzy otrzymają bezpośrednie wsparcie w formie działań edukacyjnych, poradnictwa, a także wsparcie pośrednie w postaci czasowego wytchnienia od sprawowania opieki. Celem tych działań jest zwiększenie ich wiedzy i kompetencji opiekuńczych oraz zmniejszenie obciążenia opieką. Przy określeniu przewidywanej liczby uczestników założono, że każda osoba niesamodzielną posiada jednego opiekuna nieformalnego. Przewidywana liczba opiekunów jest więc tożsama z liczbą osób niesamodzielnych objętych Programem i wynosi 162 osoby rocznie czyli w całym okresie trwania Programu (50 miesięcy): 675 osób.</p> <p>Cele oraz mierniki Programu zostały skalkulowane na poziomie 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. w szczególności osoby z chorobami neurodegeneracyjnymi) dokonano kalkulacji wskaźników i za realny uznano poziom 50%.</p> <p>Poprawność powyższych szacunków potwierdzają również wywiady prowadzone przez Gminę Miejską Kraków z podmiotami realizującymi podobne działania finansowane m.in. ze środków Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.</p>
Wariant B:	
Nazwa populacji	Osoby niesamodzielne, ze szczególnym uwzględnieniem osób z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz ich opiekunowie nieformalni
Wielkość populacji ogółem:	89 811 osób niesamodzielnych 89 811 opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych
Przewidywana liczba uczestników ogółem	2 636 osób niesamodzielnych 2 636 opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych
Przewidywana liczba uczestników rocznie:	633 osób niesamodzielnych 633 opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych
Uzasadnienie:	Programem polityki zdrowotnej objęte zostaną osoby niesamodzielne, ze szczególnym uwzględnieniem osób z chorobami neurodegeneracyjnymi, celem udzielenia im świadczeń zdrowotnych w postaci pobytu w Placówce Diennej Opieki i Aktywizacji, pobytu na Całodobowym Oddziale Opieki Wytchnieniowej oraz zapewnienia możliwości wypożyczenia niezbędnego sprzętu medycznego.

	<p>Programem polityki zdrowotnej objęte zostaną osoby zamieszkałe na terenie Gminy Miejskiej Kraków. Jako populację przyjęto 50% liczby wszystkich mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków w wieku poprodukcyjnych (tj. 89 811 - dane GUS z 2022 r.).</p> <p>Przewidywana liczba uczestników wynika natomiast z liczby tworzonych miejsc opieki. Placówka Diennej Opieki i Aktywizacji osób niesamodzielnych zapewni opiekę jednocześnie 27 osobom niesamodzielnym. Średni czas pobytu pacjenta w placówce to 60 dni (nie mniej niż 30, nie więcej niż 90 dni). W okresie 1 roku wsparciem objęte zostaną więc 162 osoby niesamodzielne, a w całym okresie trwania Programu (50 miesięcy): 675 osób. Całodobowy Oddział Opieki Wytchnieniowej zapewni opiekę jednocześnie 18 osobom niesamodzielnym. Średni czas pobytu pacjenta na oddziale to 14 dni (nie mniej niż 7, nie więcej niż 28). W okresie 1 roku wsparciem objętych zostanie ok. 471 osób, zaś w całym okresie trwania Programu (50 miesięcy): 1 961 osób. Łącznie wsparcie otrzyma rocznie 633 osoby, zaś w całym okresie trwania Programu (50 miesięcy): 2 636 osób. Udział jest jednorazowy, z zastrzeżeniem, że jeśli będą wolne miejsca w Placówce lub na Całodobowym Oddziale, istnieje możliwość kolejnego razu objęcia pobytem, odpowiednio w Placówce Diennej Opieki i Aktywizacji lub na Całodobowym Oddziale Opieki Wytchnieniowej.</p> <p>Programem polityki zdrowotnej zostaną objęci również opiekunowie osób niesamodzielnych, którzy otrzymają bezpośrednie wsparcie w formie działań edukacyjnych, poradnictwa, a także wsparcie pośrednie w postaci czasowego wytchnienia od sprawowania opieki. Celem tych działań jest zwiększenie ich wiedzy i kompetencji opiekuńczych oraz zmniejszenie obciążenia opieką. Przy określeniu przewidywanej liczby uczestników założono, że każda osoba niesamodzielna posiada jednego opiekuna nieformalnego. Przewidywana liczba opiekunów jest więc tożsama z liczbą osób niesamodzielnych objętych Programem i wynosi 633 osoby rocznie czyli w całym okresie trwania Programu (50 miesięcy): 2 636 osób.</p> <p>Cele oraz mierniki Programu zostały skalkulowane na poziomie 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. w szczególności osoby z chorobami neurodegeneracyjnymi) dokonano ostrożniejszej kalkulacji wskaźników i za realny uznano poziom 50%.</p> <p>Poprawność powyższych szacunków potwierdzają również wywiady prowadzone przez Gminę Miejską Kraków z podmiotami realizującymi podobne działania finansowane m.in. ze środków Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.</p>
--	--

Kryteria włączenia i wykluczenia

Wariant A:	Kryteria włączenia:	Kryteria wykluczenia:
Placówka Diennej Opieki i Aktywizacji	<ul style="list-style-type: none"> pacjent spełnia definicję osoby niesamodzielnej - weryfikowane na podstawie oświadczenia zawartego w formularzu zgłoszeniowym oraz złożonej wraz z formularzem ankiety 	<ul style="list-style-type: none"> osoby wymagające hospitalizacji, korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej,

	<p>poziomu niesamodzielności pacjenta, sporządzonej z zastosowaniem skali Katza ADL,</p> <ul style="list-style-type: none"> • osoba niesamodzielna ma miejsce zamieszkania na terenie Gminy Miejskiej Kraków - weryfikowane na podstawie oświadczenia zawartego w formularzu zgłoszeniowym, • wiek pacjenta: 60 lat i więcej, w wyjątkowych sytuacjach w miarę istniejących wolnych miejsc dopuszcza się przyjmowanie pacjentów młodszych, o ile spełniają wszystkie pozostałe kryteria, • pacjent chory na jedną z chorób neurodegeneracyjnych (na chorobę Parkinsona, Alzheimerera, zespoły otępienne innego rodzaju, SM lub pacjent po przebytych udarze mózgu), • opiekun nieformalny spełnia definicję opiekuna osoby niesamodzielnej - weryfikowane na podstawie oświadczenia zawartego w formularzu zgłoszeniowym, • opiekun ma miejsce zamieszkania na terenie Gminy Miejskiej Kraków - weryfikowane na podstawie oświadczenia zawartego w formularzu zgłoszeniowym. 	<p>opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach oddziału dziennego lub w warunkach stacjonarnych, a także korzystające z usług oferowanych w innych placówkach dziennej opieki,</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacjentami nie mogą być osoby dotknięte chorobą psychiczną lub uzależnieniem (poza fazą remisji), • pacjentami nie mogą być osoby w terminalnej fazie choroby nowotworowej (poza fazą remisji), • pacjentami nie mogą być osoby karmione przy pomocy zgłębnika, przetoki odżywczej, • 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 (weryfikacja w oparciu o skalę Mini-Mental), • pacjentami nie mogą być osoby korzystające równocześnie z usług całodobowych opiekuńczych w ramach pomocy społecznej (np. DPS, mieszkania chronione), • pacjentami nie mogą być osoby, które w skali Barthel uzyskały mniej niż 40 pkt.
Wariant B	Kryteria włączenia:	Kryteria wykluczenia:
Placówka Diennej Opieki i Aktywizacji	<ul style="list-style-type: none"> • pacjent spełnia definicję osoby niesamodzielnej - weryfikowane na podstawie oświadczenia zawartego w formularzu zgłoszeniowym oraz złożonej wraz z formularzem ankiety poziomu niesamodzielności pacjenta, sporządzonej z zastosowaniem skali Katza ADL, • osoba niesamodzielna ma miejsce zamieszkania na terenie Gminy Miejskiej Kraków - weryfikowane na podstawie oświadczenia zawartego w formularzu zgłoszeniowym, • wiek pacjenta: 60 lat i więcej, w wyjątkowych sytuacjach w miarę istniejących wolnych miejsc dopuszcza 	<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 oraz 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),

	<p>się przyjmowanie pacjentów młodszych, o ile spełniają wszystkie pozostałe kryteria,</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacjent chory na jedną z chorób neurodegeneracyjnych (na chorobę Parkinsona, Alzheimera, zespoły otępienne innego rodzaju, SM lub pacjent po przebytych udarze mózgu), • opiekun nieformalny spełnia definicję opiekuna osoby niesamodzielnej - weryfikowane na podstawie oświadczenia zawartego w formularzu zgłoszeniowym, • opiekun ma miejsce zamieszkania na terenie Gminy Miejskiej Kraków - weryfikowane na podstawie oświadczenia zawartego w formularzu zgłoszeniowym. 	<ul style="list-style-type: none"> • pacjentami nie mogą być osoby w terminalnej fazie choroby nowotworowej (poza fazą remisji), • pacjentami nie mogą być osoby karmione przy pomocy zgłębnika, przetoki odżywczej, • 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 (weryfikacja w oparciu o skalę Mini-Mental), • pacjentami nie mogą być osoby korzystające równocześnie z usług całodobowych opiekuńczych w ramach pomocy społecznej (np. DPS, mieszkania chronione), • pacjentami nie mogą być osoby, które w skali Barthel uzyskały mniej niż 40 pkt.
<p>Całodobowy Oddział Opieki Wytchnieniowej</p>	<ul style="list-style-type: none"> • pacjent spełnia definicję osoby niesamodzielnej - weryfikowane na podstawie oświadczenia zawartego w formularzu zgłoszeniowym oraz złożonej wraz z formularzem ankiety poziomu niesamodzielności pacjenta, sporządzonej z zastosowaniem skali Katza ADL, • osoba niesamodzielna ma miejsce zamieszkania na terenie Gminy Miejskiej Kraków - weryfikowane na podstawie oświadczenia zawartego w formularzu zgłoszeniowym, • pacjent objęty długotrwałą opieką sprawowaną w warunkach domowych przez opiekuna nieformalnego (minimum 6 miesięcy), • opiekun nieformalny spełnia definicję opiekuna osoby niesamodzielnej - weryfikowane na podstawie oświadczenia zawartego w formularzu zgłoszeniowym, • opiekun ma miejsce zamieszkania na terenie Gminy Miejskiej Kraków - weryfikowane na podstawie oświadczenia zawartego w formularzu zgłoszeniowym, 	<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 oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ambulatoryjnych lub oddziału dziennego lub w warunkach stacjonarnych, a także korzystające z usług oferowanych w placówkach dziennej opieki, • pacjentami nie mogą być osoby dotknięte chorobą psychiczną lub uzależnieniem, • pacjentami nie mogą być osoby w terminalnej fazie choroby nowotworowej (poza fazą remisji), • pacjentami nie mogą być osoby z zaawansowaną chorobą Alzheimera (niewspółpracujące), • pacjentami nie mogą być osoby z niewygojonymi odleżynami, • pacjentami nie mogą być osoby karmione przy pomocy zgłębnika, przetoki odżywczej,

	<ul style="list-style-type: none"> wiek pacjenta 18 lat i więcej. 	<ul style="list-style-type: none"> 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 wytchnieniowej (weryfikacja w oparciu o skalę Mini-Mental), pacjentami nie mogą być osoby korzystające równocześnie z usług całodobowych opiekuńczych w ramach pomocy społecznej (np. DPS, mieszkania chronione), pacjentami nie mogą być osoby niepełnoletnie, pacjentami nie mogą być osoby, które w skali Barthel uzyskały mniej niż 40 pkt.
--	--	--

Opis interwencji

Program, w zależności od środków finansowych może być realizowany w wariantach A albo B.

- **Wariant A:** prowadzenie Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji osób niesamodzielnych, edukacja opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych oraz bezpłatna wypożyczalnia sprzętu medycznego,
- **Wariant B:** prowadzenie Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji osób niesamodzielnych, edukacja opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych oraz bezpłatna wypożyczalnia sprzętu medycznego, a także prowadzenie Całodobowego Oddziału Opieki Wytchnieniowej umożliwiającego czasowe całodobowe przebywanie osoby niesamodzielnej pod profesjonalną opieką.

Wariant A:	
Opis interwencji	<p>Placówka Diennej Opieki i Aktywizacji zapewniać będzie pacjentom opiekę medyczną połączoną z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Placówka będzie specjalizować się w opiece nad osobami niesamodzielnymi z chorobami neurodegeneracyjnymi (demencja o różnej etiologii, m.in. po udarach mózgu, z rozpoznaną chorobą Parkinsona, stwardnieniem rozsianym). W placówce będzie mogło przebywać jednorazowo 27 osób.</p> <p>Placówka funkcjonować będzie przez cały rok, we wszystkie dni robocze od poniedziałku do piątku (z wyjątkiem sytuacji awaryjnych), co najmniej 8 godz. dziennie, w godzinach od 7:30 do 15:30 lub innych dostosowanych do potrzeb pacjentów. Placówka dysponować będzie pomieszczeniami dostosowanymi do zaplanowanej liczby pacjentów (27 os.) i wyposażonymi w niezbędne meble i sprzęty. Budynek, w którym będzie mieścić się placówka, pomieszczenia placówki i otoczenie budynku będą pozbawione barier architektonicznych.</p> <p>Czas pobytu w placówce będzie ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny. Zaplanowano rotację pacjentów. Ze względu na specyfikę grupy docelowej, tj. wysoką podatność za zachorowania, postępujący z wiekiem spadek sprawności psychofizycznej, co może przekładać się na niepełną skuteczność terapii, pacjent w każdej chwili może przerwać</p>

uczestnictwo, dlatego aby utrzymać stałą liczbę pacjentów, wolne miejsca będą uzupełniane na bieżąco osobami z listy rezerwowej.

Placówka zapewnić będzie:

1. Opiekę połączoną z terapią i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Do podstawowych kategorii świadczeń realizowanych w placówce należeć będą: opieka pielęgniarstwa, w tym udział w farmakoterapii, dobór i zmiana specjalistycznych opatrunków, pomiary parametrów życiowych, edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji, wsparcie psychologa i dietetyka. Wsparcie realizowane przez: pielęgniarkę, psychologa, dietetyka.
2. Pomoc w podstawowych czynnościach życiowych oraz zmniejszenia deficytu w zakresie samopielęgnacji, np. zmiana wyrobów chłonnych, toaleta ciała i krocza. Wsparcie realizowane przez: opiekuna medycznego.
3. Udział w zajęciach terapeutycznych, udział w zajęciach podnoszących sprawność i aktywizujących do uczestnictwa w życiu społecznym, organizację czasu wolnego. Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych realizowanych w placówce w tym zakresie należeć będą: doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych i rehabilitacyjnych, usprawnianie ruchowe oraz stymulacja procesów poznawczych. W placówce prowadzona będzie terapia w formie indywidualnej pracy terapeutycznej, dostosowanej do indywidualnych potrzeb pacjenta, jak i terapia grupowa. Zaplanowano organizację następujących terapii: arteterapia, muzykoterapia, biblioterapia, choreoterapia, walidacja gerontologiczna, terapia reminiscencyjna, terapia informatyczna, terapia rozrywkowa, ergoterapia i terapia ruchowa. Dodatkowo pacjenci placówki będą mieli zapewniony udział w imprezach integracyjnych i rekreacyjnych (np. obchody świąt, uroczystości okazjonalne wynikające z tradycji i obyczajów). Wsparcie realizowane przez: fizjoterapeutów i terapeutów zajęciowych.
4. Możliwość pobytu w miejscu spełniającym odpowiednie warunki lokalowe, gwarantującym prawidłową realizację świadczeń. Placówka zapewnia pacjentom posiłki (śniadanie, drugie śniadanie i obiad oraz ciepłe i zimne napoje). Pacjenci, w razie potrzeby będą mieć zapewnioną ze strony personelu pomoc przy spożywaniu posiłków.
5. Transport do i z Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji.
6. Wsparcie edukacyjne polegające na udzielaniu informacji, edukacji i poradnictwu (w tym psychologicznym), zarówno dla opiekunów, jak i pacjentów. Powyższe działania będą mieć na celu przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki w domu. 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 innymi pacjentami, 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 placówce opieki dziennej w formie indywidualnych spotkań z ww. personelem. Personel oprócz ww. wsparcia, wskazywać będzie pacjentom i ich rodzinom możliwości spędzania czasu wolnego poza placówką, motywować będzie ich do podjęcia aktywności i uczestnictwa w zajęciach, imprezach organizowanych poza placówką. Planuje się objęcie wsparciem 675 opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych oraz 675 pacjentów w okresie realizacji Programu.

Sposób realizacji świadczeń: świadczenia placówka realizować będzie w oparciu o indywidualne plany działania, określone przez powołany w tym celu zespół terapeutyczny składający się z pracowników merytorycznych placówki (tj. psychologa, dietetyka, pielęgniarkę, fizjoterapeutę, opiekuna, terapeutę zajęciowego). Do podstawowych zadań zespołu terapeutycznego należeć będzie: opracowywanie diagnozy potrzeb i możliwości psychofizycznych pacjentów, ustalenie form i metod pracy i opracowywanie indywidualnych planów działania i ich okresowa ocena. Indywidualny plan działania opracowuje się w okresie do 14 dni od dnia przyjęcia do placówki, z udziałem pacjenta lub z opiekunami (jeśli stan psychofizyczny pacjenta uniemożliwia jego aktywność w tym zakresie). Podstawą planu będą: informacje zawarte w rozmowie rozpoznającej sytuację pacjenta i jego rodziny, dokumentacja medyczna, opinie zatrudnionych w placówce terapeutów/ specjalistów oraz fakultatywnie zewnętrznych konsultantów. Przy sporządzaniu planu uwzględnia się w szczególności: wiek, sytuację rodzinną, dochodową, zdrowotną, informację o możliwościach psychofizycznych pacjenta oraz informację na temat możliwości samodzielnej egzystencji w miejscu zamieszkania przy wsparciu rodziny i gminy. W planie określone zostaną działania krótkoterminowe i długoterminowe do realizacji, które modyfikuje się w zależności od zmieniającej się sytuacji pacjenta.

W celu dokumentowania udzielanych świadczeń w placówce prowadzona będzie dokumentacja zbiorowa (w tym m.in. listy obecności i dzienniki zajęć) oraz indywidualna każdego pacjenta (w tym m.in. kopie orzeczenia o niepełnosprawności, indywidualny plan działania, opinie i notatki pracowników).

Dokonywana będzie ocena sprawności funkcjonalnej z wykorzystaniem standaryzowanych skal wykonywanych po przyjęciu i przed wypisaniem, a mianowicie:

1. Ocena czynnościowa – możliwość wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona) – badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem,
2. Ocena fizyczna:
 - stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA) - badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub dietetyka po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti) - badania powinny być wykonane przez fizjoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę po przyjęciu i przed wypisaniem,
3. Ocena stanu umysłowego:
 - ocena sprawności umysłowej – skala Folsteina (MMSE - mini mental state examination) - badanie powinno być wykonane przez psychologa po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - określenie stanu emocjonalnego - geriatryczna skala oceny depresji (Geriatric Depression Scale, GDS) - badanie powinno być wykonane przez psychologa po przyjęciu i przed wypisaniem,
4. Ocena stopnia obciążenia opiekuna przy użyciu COPE Indeksu – tj. Indeksu Opiekuna Osoby Starszej.

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

W trakcie pobytu w Placówce Diennej Opieki i Aktywizacji pacjentowi świadczeń udziela następujący personel:

	<ul style="list-style-type: none"> ○ pielęgniarka pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego sprawującego opiekę nad pacjentem, współpracująca z pozostałymi członkami zespołu - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, ○ pielęgniarka - sprawującego opiekę nad pacjentem, ○ fizjoterapeuta - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, ○ opiekun medyczny - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, ○ terapeuta zajęciowy - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, ○ psycholog – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, ○ dietetyk - z chwilą przyjęcia pacjenta do placówki opracuje jadłospis, udziela pacjentom i ich rodzinom porad w zakresie żywienia. <p>W ramach Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji działać będzie także wypożyczalnia sprzętu medycznego. Jest to wsparcie adresowane do wszystkich opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych zamieszkałych na terenie Miasta Krakowa (nie tylko dla korzystających z Placówki w ramach Programu). Usługi bezpłatnego wypożyczenia sprzętu pozwolą opiekunowi na zwiększenie skuteczności i jakości sprawowanej opieki, a jednocześnie zapewnią pacjentowi możliwie najdłuższe przebywanie w swoim środowisku domowym, zapobiegając i niwelując ryzyko wykluczenia społecznego.</p> <p>Asortyment wypożyczalni stanowić będą minimum: łóżka medyczne, materace przeciwodleżynowe, laski typu trójnóg, laski typu czwórnoóg, chodziki, balkoniki wysokie ze stabilizacją przedramion, wózki inwalidzkie, koncentratory tlenu, rotory rehabilitacyjne, pionizatory statyczne, podnośniki elektryczne.</p> <p>Usługi wypożyczania sprzętu będą świadczone bezpłatnie. Wypożyczony sprzęt będzie dowożony do osób wypożyczających. Udostępnianie sprzętu będzie powiązane z doradztwem w jego doborze i obsłudze. Przeszkolenie prowadzone będzie w formie instruktażu, w tym w miejscu sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną. Pracownik wypożyczalni objaśni opiekunowi i/lub pacjentowi instrukcję korzystania z urządzenia, doradzi w zakresie jego właściwego wykorzystania. Celem instruktażu będzie doradztwo w zakresie właściwego usytuowania sprzętu (w oparciu o warunki lokalowe pacjenta). Wypożyczalnie obsługiwać będzie: administrator wypożyczalni i kierowca.</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) Opracowanie: Organizacja opieki nad osobami z demencją w Polsce na tle krajów rozwiniętych i rozwijających się, Magdalena Durda Zakład Biologii Rozwoju Człowieka Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; 2010 r.

Wnioski:

Na podstawie przeglądu piśmiennictwa oceniono formy sprawowania opieki w Polsce i w wybranych krajach Europy oraz sformułowano następujące wnioski:

1. W Polsce, podobnie jak w większości krajów na świecie, dostępność usług opiekuńczych dla osób z demencją jest niewystarczająca. W przeciwieństwie do krajów wysoko rozwiniętych, opieka nad chorymi z demencją obciąża głównie opiekuna, a udział struktur desygnowanych przez państwo do opieki nad chorymi jest znikomy.
2. W większości krajów rozwiniętych sprawnie działający system opieki odciąża opiekunów rodzinnych i zapewnia chorym zaspokajanie ich potrzeb.
4. Obserwowane w ostatnich dziesięcioleciach starzenie się społeczeństw prowadzi do eskalacji problemu opieki nad chorymi z otępieniem i będzie wymagało wprowadzenia nowych, funkcjonalnych rozwiązań.
5. Sprawnie działający system opieki nad ludźmi z demencją zależy od właściwych rozwiązań prawno-administracyjnych w kraju, dostępności środków finansowych oraz świadomości mieszkańców.

Źródło: 04_Durda.p65 (gerontologia.org.pl)

3) Badanie: dotyczące wsparcia osób niesamodzielnych; 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 błędnikiem/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 powoduje 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.

4) Badanie: raport „Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia dziennych domów opieki medycznej (DDOM) 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 indywidualizowanego 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/>

5) Opracowanie: Niefarmakologiczne metody postępowania u chorych z otępieniem, Długosz-Mazur E, Bojar I, Gustaw K. Niefarmakologiczne metody postępowania u chorych z otępieniem. Med. Og Nauk Zdr. 2013 r.

Wyniki: uważa się, że metody niefarmakologiczne stosowane u chorych z otępieniem spełniają dwie ważne funkcje. Po pierwsze, wspomagają działanie dostępnych farmaceutyków, po drugie, mogą poprawić lub zniwelować wiele objawów psychiatrycznych obserwowanych w otępieniu. Wielu ekspertów zauważa, jak ważną rolę odgrywają te formy interwencji w życiu chorego i opiekuna. W artykule przytoczono założenia takich metod terapii jak: kognitywna, reminiscencyjna, walidacyjna, zajęciowa, środowiskowa.

Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego: u większości chorych można rekomendować zastosowanie pozafarmakologicznych metod oddziaływania. Dotyczy to przede wszystkim metod o działaniu niespecyficznym, takich jak prowadzone w przyjaznym otoczeniu treningi pamięci, odpowiednio dobrana terapia zajęciowa, zajęcia gimnastyczne czy elementy muzykoterapii. Podstawowe cele, jakie spełniają oddziaływania pozafarmakologiczne, to poprawa funkcjonowania poznawczego, zapobieganie skutkom dezorientacji, wypełnienie czasu chorego, łagodzenie zaburzeń zachowania.

Źródło: <http://agro.icm.edu.pl/agro/element/bwmeta1.element.agro-22f30753-47d3-4d4a-b5d7-d4ba9f5b3327>

6) Badanie: Wybrane determinanty obciążenia opiekunów nieformalnych sprawujących opiekę nad osobami starszymi z deficytem sprawności funkcjonalnej w warunkach domowych; 2019 r.

Cel badania: Określenie wybranych determinantów mających największy wpływ na obciążenie opiekunów nieformalnych w opiece domowej nad osobami starszymi z deficytem sprawności funkcjonalnej.

Populacja: 138 opiekunów nieformalnych i 138 podopiecznych z deficytem sprawności funkcjonalnej

Wnioski:

- im dłuższy czas poświęcany na opiekę nad osobami starszymi z deficytem sprawności funkcjonalnej tym wyższe obciążenie opiekunów nieformalnych;
- pogorszenie samooceny stanu zdrowia opiekunów oraz sprawności funkcjonalnej podopiecznych wg Barthel Index determinuje wyższe obciążenie opieką.

Źródło: Bartoszek A., Ślusarska B., Kocka K., Deluga A., Kachaniuk H., Nowicki G., Piasecka K.: Wybrane determinanty obciążenia opiekunów nieformalnych sprawujących opiekę nad osobami starszymi z deficytem sprawności funkcjonalnej w warunkach domowych. Gerontol. Pol. 2019; 27; 208-214.

7) Badanie: Opiekunowie rodzinni osób starszych z otępieniem lub zaburzeniami poznawczymi w Polsce – czynniki ryzyka obciążenia opieką; 2012 r.

	<p>Cel badania: Poznanie czynników wyróżniających sytuację opiekunów rodzinnych osób starszych z otępieniem i zaburzeniami poznawczymi w Polsce wobec innych sytuacji opiekuńczych, jak również porównanie poziomu obciążenia opieką tych grup opiekunów, wraz z ujawnieniem czynników ryzyka warunkujących te różnice</p> <p>Populacja: 311 opiekunów osób starszych</p> <p>Wnioski:</p> <ul style="list-style-type: none"> - szacuję się, że niemal 1/3 wszystkich opiekunów w Polsce stanowią opiekunowie rodzinni osób starszych z otępieniem i zaburzeniami poznawczymi; - jest to grupa wielokrotnie bardziej obciążoną, zarówno pod względem obiektywnym, jak i subiektywnym, w porównaniu z pozostałymi opiekunami; - zapewnienie opiekunom rodzinnym możliwości przerwy w opiece, wsparcia w zakresie potrzeb opiekuńczych oraz leczenia zaburzeń zachowania u podopiecznych z otępieniem mogłoby istotnie zniwelować różnice w stopniu obciążenia opieką wobec pozostałych sytuacji opiekuńczych; - istnieje pilna potrzeba upodmiotowienia opiekunów rodzinnych, zapewnienia im usług wspierających, pomocy organizacyjnej oraz finansowej w celu ułatwienia kontynuacji opieki i ewentualnego godzenia jej z zatrudnieniem w związku z prognozowanym starzeniem demograficznym w Polsce i równoległym wzrostem rozpowszechnienia chorób otępiennych. <p>Źródło: Karczewska B., Bień B., Ołdak E., Jamiołkowski J.: Opiekunowie rodzinni osób starszych z otępieniem lub zaburzeniami poznawczymi w Polsce – czynniki ryzyka obciążenia opieką. Gerontol. Pol. 2012; 20, 2: 59–67.</p> <p>8) Badanie: Jakość życia starszych opiekunów nieformalnych osób przewlekle chorych w opiece domowej; 2018 r.</p> <p>Cel badania: Ocena jakości życia starszych opiekunów osób przewlekle chorych z deficytem sprawności funkcjonalnej objętych opieką domową.</p> <p>Populacja: 138 opiekunów nieformalnych</p> <p>Wnioski:</p> <ul style="list-style-type: none"> - im dłuższy czas sprawowania opieki nad chorymi w warunkach domowych i gorsza samoocena stanu zdrowia opiekunów tym niższa jakość życia opiekunów; - 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. <p>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.</p>
--	--

Wariant B:	
Opis interwencji	<p>I. Placówka Diennej Opieki i Aktywizacji zapewniać będzie pacjentom opiekę medyczną połączoną z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Placówka będzie specjalizować się w opiece nad osobami niesamodzielnymi z chorobami neurodegeneracyjnymi (demencja o różnej etiologii, m.in. po udarach mózgu, z rozpoznaną chorobą Parkinsona, stwardnieniem rozsianym). W placówce będzie mogło przebywać jednorazowo 27 osób.</p> <p>Placówka funkcjonować będzie przez cały rok, we wszystkie dni robocze od poniedziałku do piątku (z wyjątkiem sytuacji awaryjnych), co najmniej 8 godz. dziennie, w godzinach od 7:30 do 15:30 lub innych dostosowanych do potrzeb pacjentów. Placówka dysponować będzie pomieszczeniami dostosowanymi do zaplanowanej liczby pacjentów (27 os.) i wyposażonymi w niezbędne meble i sprzęty. Budynek, w którym będzie mieścić się</p>

placówka, pomieszczenia placówki i otoczenie budynku będą pozbawione barier architektonicznych.

Czas pobytu w placówce będzie ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny. Zaplanowano rotację pacjentów. Ze względu na specyfikę grupy docelowej, tj. wysoką podatność za zachorowania, postępujący z wiekiem spadek sprawności psychofizycznej, co może przekładać się na niepełną skuteczność terapii, pacjent w każdej chwili może przerwać uczestnictwo, dlatego aby utrzymać stałą liczbę pacjentów, wolne miejsca będą uzupełniane na bieżąco osobami z listy rezerwowej.

Placówka zapewnić będzie:

1. Opiekę połączoną z terapią i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Do podstawowych kategorii świadczeń realizowanych w placówce należeć będą: opieka pielęgniarstwa, w tym udział w farmakoterapii, dobór i zmiana specjalistycznych opatrunków, pomiary parametrów życiowych, edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji, wsparcie psychologa i dietetyka. Wsparcie realizowane przez: pielęgniarkę, psychologa, dietetyka.
2. Pomoc w podstawowych czynnościach życiowych oraz zmniejszenia deficytu w zakresie samopielęgnacji, np. zmiana wyrobów chłonnych, toaleta ciała i krocza. Wsparcie realizowane przez: opiekuna medycznego.
3. Udział w zajęciach terapeutycznych, udział w zajęciach podnoszących sprawność i aktywizujących do uczestnictwa w życiu społecznym, organizację czasu wolnego. Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych realizowanych w placówce w tym zakresie należeć będą: doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych i rehabilitacyjnych, usprawnianie ruchowe oraz stymulacja procesów poznawczych. W placówce prowadzona będzie terapia w formie indywidualnej pracy terapeutycznej, dostosowanej do indywidualnych potrzeb pacjenta, jak i terapia grupowa. Zaplanowano organizację następujących terapii: arteterapia, muzykoterapia, biblioterapia, choreoterapia, walidacja gerontologiczna, terapia reminiscencyjna, terapia informatyczna, terapia rozrywkowa, ergoterapia i terapia ruchowa. Dodatkowo pacjenci placówki będą mieli zapewniony udział w imprezach integracyjnych i rekreacyjnych (np. obchody świąt, uroczystości okazjonalne wynikające z tradycji i obyczajów). Wsparcie realizowane przez: fizjoterapeutów i terapeutów zajęciowych.
4. Możliwość pobytu w miejscu spełniającym odpowiednie warunki lokalowe, gwarantującym prawidłową realizację świadczeń. Placówka zapewnia pacjentom posiłki (śniadanie, drugie śniadanie i obiad oraz ciepłe i zimne napoje). Pacjenci, w razie potrzeby będą mieć zapewnioną ze strony personelu pomoc przy spożywaniu posiłków.
5. Transport do i z Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji.
6. Wsparcie edukacyjne polegające na udzielaniu informacji, edukacji i poradnictwu (w tym psychologicznym), zarówno dla opiekunów, jak i pacjentów. Powyższe działania będą mieć na celu przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki w domu. 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 innymi pacjentami, 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 placówce opieki dziennej w formie indywidualnych spotkań z ww. personelem. Personel oprócz ww. wsparcia, wskazywać będzie pacjentom i ich rodzinom możliwości

spędzania czasu wolnego poza placówką, motywować będzie ich do podjęcia aktywności i uczestnictwa w zajęciach, imprezach organizowanych poza placówką. Planuje się objęcie wsparciem 2 636 opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych oraz 2636 pacjentów w okresie realizacji Programu.

Sposób realizacji świadczeń: świadczenia placówka realizować będzie w oparciu o indywidualne plany działania, określone przez powołany w tym celu zespół terapeutyczny składający się z pracowników merytorycznych placówki (tj. psychologa, dietetyka, pielęgniarkę, fizjoterapeutę, opiekuna, terapeutę zajęciowego). Do podstawowych zadań zespołu terapeutycznego należeć będzie: opracowywanie diagnozy potrzeb i możliwości psychofizycznych pacjentów, ustalenie form i metod pracy i opracowywanie indywidualnych planów działania i ich okresowa ocena. Indywidualny plan działania opracowuje się w okresie do 14 dni od dnia przyjęcia do placówki, z udziałem pacjenta lub z opiekunami (jeśli stan psychofizyczny pacjenta uniemożliwia jego aktywność w tym zakresie). Podstawą planu będą: informacje zawarte w rozmowie rozpoznającej sytuację pacjenta i jego rodziny, dokumentacja medyczna, opinie zatrudnionych w placówce terapeutów/ specjalistów oraz fakultatywnie zewnętrznych konsultantów. Przy sporządzaniu planu uwzględnia się w szczególności: wiek, sytuację rodzinną, dochodową, zdrowotną, informację o możliwościach psychofizycznych pacjenta oraz informację na temat możliwości samodzielnej egzystencji w miejscu zamieszkania przy wsparciu rodziny i gminy. W planie określone zostaną działania krótkoterminowe i długoterminowe do realizacji, które modyfikuje się w zależności od zmieniającej się sytuacji pacjenta.

W celu dokumentowania udzielanych świadczeń w placówce prowadzona będzie dokumentacja zbiorowa (w tym m.in. listy obecności i dzienniki zajęć) oraz indywidualna każdego pacjenta (w tym m.in. kopie orzeczenia o niepełnosprawności, indywidualny plan działania, opinie i notatki pracowników).

Dokonywana będzie ocena sprawności funkcjonalnej z wykorzystaniem standaryzowanych skal, a mianowicie:

1. Ocena czynnościowa – możliwość wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona) – badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem,
2. Ocena fizyczna:
 - stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA) - badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub dietetyka po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti) - badania powinny być wykonane przez fizjoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę po przyjęciu i przed wypisaniem,
3. Ocena stanu umysłowego:
 - ocena sprawności umysłowej – skala Folsteina (MMSE - mini mental state examination) - badanie powinno być wykonane przez psychologa po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - określenie stanu emocjonalnego - geriatryczna skala oceny depresji (Geriatric Depression Scale, GDS) - badanie powinno być wykonane przez psychologa po przyjęciu i przed wypisaniem,
4. Ocena stopnia obciążenia opiekuna przy użyciu COPE Indeksu – tj. Indeksu Opiekuna Osoby Starszej.

Zastosowanie określonych i wskazanych powyżej narzędzi do oceny stanu zdrowia powinno

być indywidualizowane i dostosowane do stanu zdrowia każdego pacjenta.

W trakcie pobytu w Placówce Diennej Opieki i Aktywizacji pacjentowi świadczeń udziela następujący personel:

- pielęgniarka pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego sprawującego opiekę nad pacjentem, współpracująca z pozostałymi członkami zespołu - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta,
- pielęgniarka - sprawującego opiekę nad pacjentem,
- fizjoterapeuta - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta,
- opiekun medyczny - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta,
- terapeuta zajęciowy - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta,
- psycholog – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta,
- dietetyk - z chwilą przyjęcia pacjenta do placówki opracuje jadłospis, udziela pacjentom i ich rodzinom porad w zakresie żywienia.

W ramach Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji działać będzie także wypożyczalnia sprzętu medycznego. Jest to wsparcie adresowane do wszystkich opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych zamieszkałych na terenie Miasta Krakowa (nie tylko dla korzystających z Placówki lub Całodobowego Oddziału w ramach Programu). Usługi bezpłatnego wypożyczenia sprzętu pozwolą opiekunowi na zwiększenie skuteczności i jakości sprawowanej opieki, a jednocześnie zapewnią pacjentowi możliwie najdłuższe przebywanie w swoim środowisku domowym, zapobiegając i niwelując ryzyko wykluczenia społecznego.

Asortyment wypożyczalni stanowić będą minimum: łóżka medyczne, materace przeciwoleżynowe, laski typu trójnóg, laski typu czwórnoóg, chodziki, balkoniki wysokie ze stabilizacją przedramion, wózki inwalidzkie, koncentratory tlenu, rotory rehabilitacyjne, pionizatory statyczne, podnośniki elektryczne.

Usługi wypożyczania sprzętu będą świadczone bezpłatnie. Wypożyczany sprzęt będzie dowożony do osób wypożyczających. Udostępnianie sprzętu będzie powiązane z doradztwem w jego doborze i obsłudze. Przeszkolenie prowadzone będzie w formie instruktażu, w tym w miejscu sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną. Pracownik wypożyczalni objaśni opiekunowi i/lub pacjentowi instrukcję korzystania z urządzenia, doradzi w zakresie jego właściwego wykorzystania. Celem instruktażu będzie doradztwo w zakresie właściwego usytuowania sprzętu (w oparciu o warunki lokalowe pacjenta). Wypożyczalnie obsługiwać będzie: administrator wypożyczalni i kierowca.

II. Całodobowy Oddział Opieki Wytchnieniowej będzie realizował świadczenia polegające na czasowym, całodobowym przebywaniu osoby niesamodzielnej pod profesjonalną opieką w przypadku okresowego braku możliwości sprawowania opieki przez jej opiekuna nieformalnego lub potrzeby odpoczynku opiekuna.

Głównym celem ww. świadczeń jest zapewnienie osobie niesamodzielnej opieki i nadzoru, dających jednocześnie opiekunowi tzw. „urlop od opieki” w razie potrzeby odpoczynku czy też okresowej niemożności sprawowania pieczy. Jest to rozwiązanie czasowe.

Okres objęcia opieką wytchnieniową będzie wynosił co do zasady 2 tygodnie lecz nie mniej niż 7 dni i nie więcej niż 28 dni, przy czym zgodnie z zasadą indywidualizacji wsparcia, każdorazowo będzie rozpatrywana konkretna sytuacja opiekuńcza. Jednocześnie na Całodobowym Oddziale Opieki Wytchnieniowej świadczeniami zdrowotnymi objętych będzie 18 pacjentów.

Świadczenia zdrowotne udzielane w trakcie pobytu pacjenta w Całodobowym Oddziale Opieki Wytchnieniowej:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opieka i pielęgnacja (pobyć całodobowy, wyżywienie z uwzględnieniem diet, pomoc w podstawowych czynnościach dnia codziennego np. kąpiel, karmienie, pomoc w korzystaniu z toalety, pomoc w poruszaniu się , zmiana wyrobów chłonnych), 2. Zabiegi pielęgniarские (np. pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych, pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania, w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków), 3. Rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii, 4. Terapia zajęciowa oraz wsparcie psychologiczne. <p>W trakcie pobytu na Całodobowym Oddziale Opieki Wytchnieniowej pacjentowi świadczeń udziela następujący personel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pielęgniarka pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego sprawującego opiekę nad pacjentem, współpracująca z pozostałymi członkami zespołu - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, • pielęgniarka - sprawującego opiekę nad pacjentem, • fizjoterapeuta - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, • opiekun medyczny - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, • terapeuta zajęciowy - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, • psycholog lub psychoterapeuta – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, • lekarz realizujący niezbędne konsultacje. <p>Sposób realizacji świadczeń: świadczenia w oddziale realizowane będą w oparciu o zebrane informacje na podstawie dokumentacji medycznej (m.in. historia choroby, przyjmowane leki) dostarczonej przez opiekuna i przeanalizowanej przez zespół terapeutyczny, indywidualną kartę przyjęcia pacjenta zawierającą informacje o podstawowych parametrach życiowych oraz stanie psycho-somatyczny (m.in. stan higieniczny skóry, obecność odleżyn, ryzyko upadku). Ponadto każdy pacjent w oddziale będzie miał zakładaną Indywidualną kartę pielęgnacji pacjenta zawierającą informacje dotyczące wszystkich wykonywanych u pacjenta zabiegów pielęgniarских i pielęgnacyjnych.</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 trwały) 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) Opracowanie: Organizacja opieki nad osobami z demencją w Polsce na tle krajów rozwiniętych i rozwijających się, Magdalena Durda Zakład Biologii Rozwoju Człowieka Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; 2010 r.

Wnioski:

Na podstawie przeglądu piśmiennictwa oceniono formy sprawowania opieki w Polsce i w wybranych krajach Europy oraz sformułowano następujące wnioski:

1. W Polsce, podobnie jak w większości krajów na świecie, dostępność usług opiekuńczych dla osób z demencją jest niewystarczająca. W przeciwieństwie do krajów wysoko rozwiniętych, opieka nad chorymi z demencją obciąża głównie opiekuna, a udział struktur desygnowanych przez państwo do opieki nad chorymi jest znikomy.
2. W większości krajów rozwiniętych sprawnie działający system opieki odciąża opiekunów rodzinnych i zapewnia chorym zaspokajanie ich potrzeb.
4. Obserwowane w ostatnich dziesięcioleciach starzenie się społeczeństw prowadzi do eskalacji problemu opieki nad chorymi z otępieniem i będzie wymagało wprowadzenia nowych, funkcjonalnych rozwiązań.
5. Sprawnie działający system opieki nad ludźmi z demencją zależy od właściwych rozwiązań prawno-administracyjnych w kraju, dostępności środków finansowych oraz świadomości mieszkańców.

Źródło: 04_Durda.p65 (gerontologia.org.pl)

3) Badanie: dotyczące wsparcia osób niesamodzielnych; 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.

4) 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/>

5) Opracowanie: Niefarmakologiczne metody postępowania u chorych z otępieniem, Długosz-Mazur E, Bojar I, Gustaw K. Niefarmakologiczne metody postępowania u chorych z otępieniem. Med. Og Nauk Zdr. 2013 r.

Wyniki: uważa się, że metody niefarmakologiczne stosowane u chorych z otępieniem spełniają dwie ważne funkcje. Po pierwsze, wspomagają działanie dostępnych farmaceutyków, po drugie, mogą poprawić lub zniwelować wiele objawów psychiatrycznych obserwowanych w otępieniu. Wielu ekspertów zauważa, jak ważną rolę odgrywają te formy interwencji w życiu chorego i opiekuna. W artykule przytoczono założenia takich metod terapii jak: kognitywna, reminiscencyjna, walidacyjna, zajęciowa, środowiskowa.

Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego: u większości chorych można rekomendować zastosowanie pozafarmakologicznych metod oddziaływania. Dotyczy to przede wszystkim metod o działaniu niespecyficznym, takich jak prowadzone w przyjaznym otoczeniu treningi pamięci, odpowiednio dobrana terapia zajęciowa, zajęcia gimnastyczne czy elementy muzykoterapii. Podstawowe cele, jakie spełniają oddziaływania pozafarmakologiczne, to poprawa funkcjonowania poznawczego, zapobieganie skutkom dezorientacji, wypełnienie czasu chorego, łagodzenie zaburzeń zachowania.

Źródło: <http://agro.icm.edu.pl/agro/element/bwmeta1.element.agro-22f30753-47d3-4d4a-b5d7-d4ba9f5b3327>

6) Opracowanie: OPIEKA WYTCNIENIOWA– DOBRE PRAKTYKI Z KRAJU I ZAGRANICY, Raport z analizy efektów testowanego rozwiązania w ramach projektu: „Usługi przerwy regeneracyjnej dla opiekunów niepełnosprawnych osób zależnych”; 2019 r.

Wnioski: wskazują jednoznacznie, że działanie wspierające otoczenie osób z niepełnosprawnością w pełnionych obowiązkach jest przez nich bardzo pozytywnie odbierane. Odczuwają one realną korzyść z udziału w przerwie regeneracyjnej. Także osoby z niepełnosprawnością doświadczają szeregu pozytywnych zmian. Niejednokrotnie usługa przerwy regeneracyjnej dała im realną szansę podjęcia nowych wyzwań, znacznego rozszerzenia aktywności. Zatem wymierne efekty realizacji przerwy regeneracyjnej dotyczą zarówno opiekunów, jak i osób z którymi bezpośrednio pracowali asystenci. Jak wskazuje raport: wdrożenie systemu usługi przerwy wytchnieniowej pozwoli m.in. na:

- wzmocnieniu deinstytucjonalizacji wsparcia,
- umożliwi osobom zależnym funkcjonowanie w środowisku lokalnym,
- zapobieganie wypaleniu opiekunów, integracji tej grupy społecznej i włączenie jej w życie społeczne,
- os. zależnym oferuje możliwość pełniejszego rozwoju i uczestnictwa w środowisku lokalnym lub poza nim (w zależności od wariantu usługi).

Źródło: https://fundacjaimago.pl/wp-content/uploads/Raport_final.pdf

7) Badanie: Wybrane determinanty obciążenia opiekunów nieformalnych sprawujących opiekę nad osobami starszymi z deficytem sprawności funkcjonalnej w warunkach domowych; 2019 r.

Cel badania: Określenie wybranych determinantów mających największy wpływ na obciążenie opiekunów nieformalnych w opiece domowej nad osobami starszymi z deficytem sprawności funkcjonalnej.

Populacja: 138 opiekunów nieformalnych i 138 podopiecznych z deficytem sprawności funkcjonalnej

Wnioski:

- im dłuższy czas poświęcany na opiekę nad osobami starszymi z deficytem sprawności funkcjonalnej tym wyższe obciążenie opiekunów nieformalnych;
- pogorszenie samooceny stanu zdrowia opiekunów oraz sprawności funkcjonalnej podopiecznych wg Barthel Index determinuje wyższe obciążenie opieką.

Źródło: Bartoszek A., Ślusarska B., Kocka K., Deluga A., Kachaniuk H., Nowicki G., Piasecka K.: Wybrane determinanty obciążenia opiekunów nieformalnych sprawujących opiekę nad osobami starszymi z deficytem sprawności funkcjonalnej w warunkach domowych. Gerontol. Pol. 2019; 27; 208-214.

8) Badanie: Opiekunowie rodzinni osób starszych z otępieniem lub zaburzeniami poznawczymi w Polsce – czynniki ryzyka obciążenia opieką; 2012 r.

Cel badania: Poznanie czynników wyróżniających sytuację opiekunów rodzinnych osób starszych z otępieniem i zaburzeniami poznawczymi w Polsce wobec innych sytuacji opiekuńczych, jak również porównanie poziomu obciążenia opieką tych grup opiekunów, wraz z ujawnieniem czynników ryzyka warunkujących te różnice.

Populacja: 311 opiekunów osób starszych

Wnioski:

- szacuję się, że niemal 1/3 wszystkich opiekunów w Polsce stanowią opiekunowie rodzinni osób starszych z otępieniem i zaburzeniami poznawczymi;
- jest to grupa wielokrotnie bardziej obciążoną, zarówno pod względem obiektywnym, jak i subiektywnym, w porównaniu z pozostałymi opiekunami;
- zapewnienie opiekunom rodzinnym możliwości przerwy w opiece, wsparcia w zakresie potrzeb opiekuńczych oraz leczenia zaburzeń zachowania u podopiecznych z otępieniem mogłoby istotnie zniwelować różnice w stopniu obciążenia opieką wobec pozostałych sytuacji opiekuńczych;
- istnieje pilna potrzeba upodmiotowienia opiekunów rodzinnych, zapewnienia im usług wspierających, pomocy organizacyjnej oraz finansowej w celu ułatwienia kontynuacji opieki i ewentualnego godzenia jej z zatrudnieniem w związku z prognozowanym starzeniem demograficznym w Polsce i równoległym wzrostem rozpowszechnienia chorób otępiennych.

Źródło: Karczewska B., Bień B., Ołdak E., Jamiołkowski J.: Opiekunowie rodzinni osób starszych z otępieniem lub zaburzeniami poznawczymi w Polsce – czynniki ryzyka obciążenia opieką. Gerontol. Pol. 2012; 20, 2: 59–67.

9) Badanie: Jakość życia starszych opiekunów nieformalnych osób przewlekle chorych w opiece domowej; 2018 r.

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 sprawowania opieki nad chorymi w warunkach domowych i gorsza samoocena stanu zdrowia opiekunów tym niższa jakość życia opiekunów;

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

Sposób udzielenia świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ

Wariant A:	
Kto?	<p>Podmiotami uprawnionymi do realizacji Programu będą podmioty lecznicze prowadzące działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Realizacja Programu na terenie Gminy Miejskiej Kraków.</p> <p>Personel, w tym kompetencje:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pielęgniarka - kierownik zespołu terapeutycznego: magister pielęgniarstwa lub pielęgniarka z ukończoną specjalizacją lub w trakcie odbywania specjalizacji: w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w tych dziedzinach. Wymagane aktualne prawo wykonywania zawodu - 1 ETAT, ➤ Pielęgniarka: wymagane aktualne prawo wykonywania zawodu -1 ETAT, ➤ Fizjoterapeuta: wymagane wykształcenie kierunkowe - mgr fizjoterapii, licencjat fizjoterapii, technik fizjoterapii – 3 ETATY, ➤ Opiekun medyczny - 3 ETATY, ➤ Terapeuta zajęciowy – wymagane uprawnienia do prowadzenia terapii zajęciowej lub arteterapii – 2,5 ETATU, ➤ Psycholog – wymagane wykształcenie kierunkowe – mgr na kierunku psychologia – 0,5 ETATU, ➤ Dietetyk - wymagane wykształcenie kierunkowe – tytuł magistra lub licencjata lub tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyka – 0,25 ETATU, ➤ Kierowca – wymagane prawo jazdy kat. B - 1,5 ETAT, ➤ Administrator wypożyczalni – 0,25 ETATU, ➤ Kierowca - personel szkolący – wymagane prawo jazdy kat. B - 0,25 ETATU.
Gdzie i kiedy?	<p>Miejsce udzielania świadczeń: podmiot leczniczy na terenie Gminy Miejskiej Kraków</p> <p>Czas udzielania świadczeń: 01.11.2023 – 31.12.2027, z możliwością kontynuacji w następnych latach.</p> <p>Długość udzielanych świadczeń: Placówka funkcjonować będzie przez cały rok, we wszystkie dni robocze od poniedziałku do piątku (z wyjątkiem sytuacji awaryjnych), co najmniej 8 godz. dziennie, w godzinach od 7:30 do 15:30 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 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?	<p>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 placówek dla pacjentów, którzy wymagają 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. Zaplanowane działania w postaci Diennej palcówki opieki i aktywizacji stanowią zatem uzupełnienie już istniejących świadczeń zdrowotnych, a nie ich powielenie.</p>

Wariant B:	
Kto?	<p>Podmiotami uprawnionymi do realizacji Programu będą podmioty lecznicze prowadzące działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Realizacja Programu na terenie Gminy Miejskiej Kraków.</p> <p>Kompetencje personelu – Placówka Diennej Opieki i Aktywizacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pielęgniarka - kierownik zespołu terapeutycznego: magister pielęgniarstwa lub pielęgniarka z ukończoną specjalizacją lub w trakcie odbywania specjalizacji: w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w tych dziedzinach. Wymagane aktualne prawo wykonywania zawodu - 1 ETAT, ➤ Pielęgniarka: wymagane aktualne prawo wykonywania zawodu -1 ETAT, ➤ Fizjoterapeuta: wymagane wykształcenie kierunkowe - mgr fizjoterapii, licencjat fizjoterapii, technik fizjoterapii – 3 ETATY, ➤ Opiekun medyczny - 3 ETATY,

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Terapeuta zajęciowy – wymagane uprawnienia do prowadzenia terapii zajęciowej lub arteterapii – 2,5 ETATU, ➤ Psycholog – wymagane wykształcenie kierunkowe – mgr na kierunku psychologia – 0,5 ETATU, ➤ Dietetyk - wymagane wykształcenie kierunkowe – tytuł magistra lub licencjata lub tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk – 0,25 ETATU, ➤ Kierowca – wymagane prawo jazdy kat. B - 1,5 ETAT, ➤ Administrator wypożyczalni – 0,25 ETATU, ➤ Kierowca - personel szkolący – wymagane prawo jazdy kat. B - 0,25 ETATU, <p>Kompetencje personelu – Całodobowy Oddział Opieki Wytchnieniowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pielęgniarka - kierownik zespołu terapeutycznego: magister pielęgniarstwa lub pielęgniarka z ukończoną specjalizacją lub w trakcie odbywania specjalizacji: w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w tych dziedzinach. Wymagane aktualne prawo wykonywania zawodu – 1 ETAT, ➤ Pielęgniarka: wymagane aktualne prawo wykonywania zawodu – 6 ETATÓW, ➤ Fizjoterapeuta: wymagane wykształcenie kierunkowe - mgr fizjoterapii, licencjat fizjoterapii, technik fizjoterapii – 1 ETAT, ➤ Opiekun medyczny – 9 ETATÓW, ➤ Terapeuta zajęciowy – wymagane uprawnienia do prowadzenia terapii zajęciowej - 1 ETAT, ➤ Psycholog – wymagane wykształcenie kierunkowe – mgr na kierunku psychologia - 0,5 ETATU, ➤ Lekarz – wymagane prawo wykonywania zawodu – 0,25 ETATU.
Gdzie i kiedy?	<p>Miejsce udzielania świadczeń: podmiot leczniczy na terenie Gminy Miejskiej Kraków</p> <p>Czas udzielania świadczeń: 01.11.2023 – 31.12.2027, z możliwością kontynuacji w następujących latach.</p> <p>Długość udzielanych świadczeń: Placówka funkcjonować będzie przez cały rok, we wszystkie dni robocze od poniedziałku do piątku (z wyjątkiem sytuacji awaryjnych), co najmniej 8 godz. dziennie, w godzinach od 7:30 do 15:30 lub innych dostosowanych do potrzeb pacjentów.</p> <p>Całodobowy Oddział Opieki Wytchnieniowej funkcjonować będzie całodobowo, przez cały rok (z wyjątkiem sytuacji awaryjnych).</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</p>

	prześciowej 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.
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 placówek dla pacjentów, którzy wymagają 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. Zaplanowane działania w postaci Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji oraz Całodobowego Oddziału Opieki Wytchnieniowej stanowią zatem uzupełnienie już istniejących świadczeń zdrowotnych, a nie ich powielenie.

Zakończenie

Wariant A:

Zakończenie udziału w Programie oznacza:

- w Placówce Diennej Opieki i Aktywizacji - zrealizowanie pełnej ścieżki wsparcia określonej w indywidualnym planie wsparcia. 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 zdrowia. Sporządzana jest również karta informacyjna z leczenia zawierająca m.in. zalecenia oraz wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia (zalecenia pielęgniarki, psychologa, terapeuty zajęciowego, fizykoterapeuty i dietetyka).

Ocena zachowania lub zwiększenia sprawności psychofizycznej pacjentów Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji dokonywana będzie z wykorzystaniem standaryzowanych skal (ocena czynnościowa, ocena fizyczna, ocena stanu umysłowego) wykonywanych po przyjęciu i przed wypisaniem.

W przypadku opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych zakończenie udziału w Programie poprzedzone będzie badaniem stopnia obciążenia opiekuna (mierzony przy pomocy kwestionariusza COPE Indeks) oraz badaniem poziomu wiedzy/kompetencji opiekuńczych (mierzony przy pomocy kwestionariusza ankiety).

Zakończenie udziału w Programie (niezgodnie ze ścieżką wsparcia) następuje w przypadku:

- gdy pacjent dobrowolnie rezygnuje z uczestnictwa w Programie,
- sytuacji losowych wynikających z sytuacji rodzinnej,
- gdy stan zdrowia pacjenta pogorszył się i wymaga on realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne).

Wariant B:

Zakończenie udziału w Programie oznacza:

- w Placówce Diennej Opieki i Aktywizacji - zrealizowanie pełnej ścieżki wsparcia określonej w indywidualnym planie wsparcia. Uwzględnione zostaną również osoby, które z przyczyn zdrowotnych lub losowych musiały zrezygnować z kontynuowania wsparcia.
- Na Całodobowym Oddziale Opieki Wytchnieniowej – realizacja pobytu nie krótszego niż 7 dni.

Przed wypisaniem pacjenta konieczne będzie dokonanie przez zespół terapeutyczny ponownej oceny stanu zdrowia, w ramach której weryfikowany będzie poziom zachowania sprawności psychofizycznej uczestnika Programu.

Sporządzana będzie również karta informacyjna z leczenia zarówno w przypadku Całodobowego Oddziału Opieki Wytchnieniowej, jak i Diennej Placówki Opieki i Aktywizacji zawierająca m.in. zalecenia oraz wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia (zalecenia pielęgniarki, psychologa, terapeuty zajęciowego, fizykoterapeuty i dietetyka).

Ocena zachowania lub zwiększenia sprawności psychofizycznej pacjentów Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji dokonywana będzie z wykorzystaniem standaryzowanych skal (ocena czynnościowa, ocena fizyczna, ocena stanu umysłowego) wykonywanych po przyjęciu i przed wypisaniem.

Ocena zachowania lub zwiększenia sprawności psychofizycznej pacjentów Całodobowego Oddziału Opieki Wytchnieniowej dokonywana będzie z wykorzystaniem skali Barthel.

W przypadku opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych zakończenie udziału w Programie poprzedzone będzie badaniem stopnia obciążenia opiekuna (mierzony przy pomocy kwestionariusza COPE Indeks) oraz badaniem poziomu wiedzy/kompetencji opiekuńczych (mierzony przy pomocy kwestionariusza ankiety).

Zakończenie udziału w Programie (niezgodnie ze ścieżką wsparcia) następuje w przypadku:

- gdy pacjent dobrowolnie rezygnuje z uczestnictwa w Programie,
- sytuacji losowych wynikających z sytuacji rodzinnej,
- gdy 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

	Czas trwania etapu od	Czas trwania etapu do	Opis
1	1.10.2023	31.10.2023	Kampania informacyjno – promocyjna Programu.
2	1.11.2023	31.12.2027	Rekrutacja do programu, zgodnie z ustalonymi kryteriami (nabór ciągły).
3	1.11.2023	31.12.2027	Bieżąca realizacja Programu w wariantach A albo B, zgodnie z jego założeniami, tj.: <ul style="list-style-type: none">• kwalifikacja pacjentów do pobytu w Diennej Placówce Opieki i Aktywizacji lub w Oddziale Opieki Wytchnieniowej, a także do korzystania z wypożyczalni sprzętu medycznego,• przyjęcie do Diennej Placówki Opieki i Aktywizacji lub na Oddział Opieki Wytchnieniowej,

			<ul style="list-style-type: none"> • ocena sprawności psychofizycznej pacjentów z wykorzystaniem standaryzowanych skal (wykonywanych po przyjęciu i przed wypisaniem), • opracowanie indywidualnego planu działania, • pobyt pacjentów wraz z zapewnieniem wymaganej opieki medycznej, terapii, żywienia oraz transportu, • działania edukacyjne skierowane do opiekunów osób niesamodzielnych.
4	1.11.2023	31.12.2027	Bieżąca sprawozdawczość realizatora Programu umożliwiająca jego stałe monitorowanie i późniejszą ewaluację.
5	1.11.2023	31.01.2028	Rozliczenie finansowe Programu, w każdym roku jego realizacji.
6	1.01.2028	31.03.2028	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 i/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 dentysty, ustawę o zawodach pielęgniarstwa 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 udzielaniem 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 np. z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa – zit (dofinansowanie z Europejskiego Funduszu Społecznego) i Programu Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER), działanie 5.2

Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.

Wymagania w zakresie zasobów kadrowych:

Wariant A:

Placówka Diennej Opieki i Aktywizacji:

- Pielęgniarka - kierownik zespołu terapeutycznego - 1 ETAT,
- Pielęgniarka - 1 ETAT,
- Fizjoterapeuta - 3 ETATY,
- Opiekun medyczny - 3 ETATY,
- Terapeuta zajęciowy - 2,5 ETATU,
- Psycholog - 0,5 ETATU,
- Dietetyk - 0,25 ETATU,
- Kierowca - 1,5 ETAT,
- Administrator wypożyczalni - 0,25 ETATU,
- Kierowca personel szkolący - 0,25 ETATU,

Wariant B:

Placówka Diennej Opieki i Aktywizacji:

- Pielęgniarka - kierownik zespołu terapeutycznego - 1 ETAT,
- Pielęgniarka - 1 ETAT,
- Fizjoterapeuta - 3 ETATY,
- Opiekun medyczny - 3 ETATY,
- Terapeuta zajęciowy - 2,5 ETATU,
- Psycholog - 0,5 ETATU,
- Dietetyk - 0,25 ETATU,
- Kierowca - 1,5 ETAT,
- Administrator wypożyczalni - 0,25 ETATU,
- Kierowca personel szkolący - 0,25 ETATU,

Całodobowy Oddział Opieki Wytchnieniowej:

- Pielęgniarka - 1 ETAT,
- Pielęgniarka - 6 ETATÓW,
- Fizjoterapeuta - 1 ETAT,
- Opiekun medyczny - 9 ETATÓW,
- Terapeuta zajęciowy - 1 ETAT,
- Psycholog - 1/2 ETATU,
- Lekarz - 0,25 ETATU.

Wymagania w zakresie zasobów rzeczowych:

- Pomieszczenia, w których realizowane będzie świadczenia muszą być dostosowane dla osób niesamodzielnych. 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.
- W placówce musi być zapewniony następujący sprzęt medyczny: aparat AED, zestaw do udzielania pierwszej pomocy medycznej, aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego, zestaw do reanimacji, glukometr, stetoskop, kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie.
- Asortyment wypożyczalni stanowić będą minimum: łóżka medyczne, materace przeciwodleżynowe, laski typu trójnóg, laski typu czwórnoóg, chodziki, balkoniki wysokie ze stabilizacją przedramion, wózki inwalidzkie, koncentratory tlenu, rotory rehabilitacyjne, pionizatory statyczne, podnośniki elektryczne.
- 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 Alzheimer, zaburzeniami czucia, upośledzeniem funkcji słuchu i wzroku.
- W budynku lub w zespole budynków znajdujących się blisko siebie, w których jest/są zlokalizowane miejsce/miejsca udzielania świadczeń, muszą być zapewnione co najmniej następujące warunki:

Wariant A:	Wariant B:
<p>Dzienna Placówka Opieki i Aktywizacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ co najmniej 2 pokoje dziennego pobytu wyposażone w stoły, krzesła, kanapy, sprzęt tv-audio-video, w tym: co najmniej 1 pokój pełniący funkcję jadalni i świetlicy o łącznej powierzchni min. 36 m² oraz co najmniej 1 pokój do terapii o powierzchni min. 25 m², ○ 1 sala rehabilitacyjna (wyposażona m.in. w UGUL, rotory, rowerki) o powierzchni min. 31 m², ○ 1 sala do terapii indywidualnej i terapii zajęciowej o powierzchni min. 24 m², ○ 1 sala Doświadczania Świata (sala Snoezelen) o powierzchni min. 28 m², ○ pomieszczenie kuchenne spełniające wymogi systemu HACCAP, ○ gabinet pielęgniarstwa o powierzchni min. 15 m², ○ recepcja ze stanowiskami komputerowymi, z dostępem do Internetu, ○ dwie szatnie (męska i damska), każda z zapleczem sanitarnym (w tym natryskami), ○ dwa dodatkowe sanitariaty, ○ dodatkowa łazienka z miejscem do kąpieli, ○ wyjście do ogrodu (bezpośrednio z pomieszczeń placówki)- fakultatywnie. 	<p>Dzienna Placówka Opieki i Aktywizacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ co najmniej 2 pokoje dziennego pobytu wyposażone w stoły, krzesła, kanapy, sprzęt tv-audio-video, w tym: co najmniej 1 pokój pełniący funkcję jadalni i świetlicy o łącznej powierzchni min. 36 m² oraz co najmniej 1 pokój do terapii o powierzchni min. 25 m², ○ 1 sala rehabilitacyjna (wyposażona m.in. w UGUL, rotory, rowerki) o powierzchni min. 31 m², ○ 1 sala do terapii indywidualnej i terapii zajęciowej o powierzchni min. 24 m², ○ 1 sala Doświadczania Świata (sala Snoezelen) o powierzchni min. 28 m², ○ pomieszczenie kuchenne spełniające wymogi systemu HACCAP, ○ gabinet pielęgniarstwa o powierzchni min. 15 m², ○ recepcja ze stanowiskami komputerowymi, z dostępem do Internetu, ○ dwie szatnie (męska i damska), każda z zapleczem sanitarnym (w tym natryskami), ○ dwa dodatkowe sanitariaty, ○ dodatkowa łazienka z miejscem do kąpieli, ○ wyjście do ogrodu (bezpośrednio z pomieszczeń placówki) - fakultatywnie. <p>Całodobowy Oddział Opieki Wytchnieniowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ co najmniej 10 pokoi 1-osobowych ze służą umywalkowo-fartuchową, każdy o powierzchni min. 10 m², z dostępem do łazienki, ○ co najmniej 4 pokoje 2-osobowe z pełnym węzłem sanitarnym przystosowanym do potrzeb osób niepełnosprawnych (łazienki z umywalką, prysznicem i krzeselkiem wraz z uchwyty), każdy o powierzchni min. 25 m² ○ wszystkie pokoje wyposażone w niezbędny sprzęt, tj. łóżka medyczne, fotele, stoliki, szafy, telewizor lub radio, ○ toalety dla personelu i odwiedzających - 2 szt., ○ gabinet pracy psychologa z pełnym wyposażeniem, ○ pomieszczenie lub miejsce na sprzęt medyczny i bieliznę pościelową, ○ pomieszczenie ze stołami i krzesłami, służące jako miejsce spotkań i jadalnia o powierzchni min. 20 m², pomieszczenie kuchenne lub aneks kuchenny wyposażony w sprzęt, urządzenia i naczynia do przygotowania i spożywania posiłku, pomieszczenie z zestawem wypoczynkowym

	<p>i sprzętem audiowizualnym (może być wspólne z terapią zajęciową oraz jadalnią),</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ co najmniej 1 pomieszczenie do rehabilitacji leczniczej o powierzchni min. 30 m²-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), ○ gabinet diagnostyczno-zabiegowy, ○ wyjście do ogrodu sensorycznego - fakultatywnie.
--	--

SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU

Monitorowanie programu: ocena zgłaszalności i ilości świadczeń

Wskaźnik
<ul style="list-style-type: none"> ○ Liczba osób, które zgłosiły się do Programu. ○ Liczba osób, które nie zostały objęte Programem. ○ Liczba utworzonych miejsc opieki dziennej nad osobami niesamodzielnymi. ○ Liczba utworzonych miejsc opieki całodobowej nad osobami niesamodzielnymi. ○ Liczba osób niesamodzielnych, które skorzystały z usług Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji w ramach programu. ○ Liczba osób niesamodzielnych przyjętych na Całodobowy Oddział Opieki Wytchnieniowej w ramach programu. ○ Liczba opiekunów, którzy skorzystali z wypożyczalni sprzętu medycznego. <p>Ocena zgłaszalności do Programu oceniana będzie na bieżąco na podstawie rejestrów pacjentów, zawierającego dane o liczbie osób, które złożyły formularz zgłoszeniowy do Programu.</p> <p>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.).</p> <p>Wskaźniki liczby utworzonych miejsc monitorowane będą w oparciu o regulamin/statut realizatora programu. Wskaźniki osób korzystających ze świadczeń/usług monitorowane będą w oparciu listy obecności/karty przyjęć na oddział/umowy użyczenia itp.</p> <p>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.</p>

Monitorowanie programu: ocena jakości świadczeń

Wskaźnik
<ul style="list-style-type: none"> ○ Wyniki anonimowej ankiety satysfakcji wśród uczestników Programu. ○ Wynik oceny zachowania lub zwiększenia sprawności psychofizycznej pacjentów. ○ Wyniki oceny obciążenia opiekunów nieformalnych. ○ Wynik oceny zwiększenia wiedzy/kompetencji opiekuńczych opiekunów nieformalnych.

- Wynik oceny zwiększenia skuteczności i jakości sprawowanej opieki w środowisku domowym przez opiekunów.

Ocena jakości udzielanych świadczeń będzie uwzględniać:

- ocenę uczestnika Programu przeprowadzoną za pomocą **ankiety satysfakcji**. Ankieta przeprowadzana będzie na zakończenie udziału w Programie. Zawierać będzie pytania dotyczące warunków pobytu oraz jakości oferowanych świadczeń. Ponadto ankieta będzie zawierać pytania dot. danych statystycznych (płeć i wiek). Na jej podstawie dokonywana będzie ocena efektów pobytu w placówkach opieki w formie dziennej lub całodobowej.
- ocenę zachowania lub zwiększenia sprawności psychofizycznej pacjentów Placówki Diennej Opieki i Aktywizacji z wykorzystaniem standaryzowanych skal (ocena czynnościowa, ocena fizyczna, ocena stanu umysłowego) wykonywanych po przyjęciu i przed wypisaniem.
- ocenę zachowania lub zwiększenia sprawności psychofizycznej pacjentów Całodobowego Oddziału Opieki Wytchnieniowej z wykorzystaniem skali Barthel.
- ocenę przeprowadzoną za pomocą **COPE Indeksu** – tj. Indeksu Opiekuna Osoby Starszej. Kwestionariusz ten służy do oceny obciążenia opiekunów nieformalnych i składa się z 15 pytań oraz jednego otwartego pytania. Tworzą go trzy podskale: Negatywny Wpływ Opieki (NWO), Pozytywna Wartość Opieki (PWO) oraz Jakość Wsparcia (JW). Ankieta przeprowadzana będzie na rozpoczęcie i zakończenie udziału w Programie, aby ocena opierała się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach Programu a stanem po jego zakończeniu.
- ocenę poziomu wiedzy/kompetencji opiekuńczych, przeprowadzoną przy pomocy kwestionariusza ankiety.
- ocenę poziomu skuteczności i jakości sprawowanej opieki w środowisku domowym, przeprowadzoną przy pomocy kwestionariusza ankiety.

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.

Ewaluacja programu: opis

METODOLOGIA BADANIA – badanie obejmować będzie metody ilościowe i jakościowe. Ocena wsparcia prowadzona będzie zarówno w oparciu o:

- analizę danych zastanych - desk research, w tym w szczególności dokumentacji związanej z funkcjonowaniem placówki, np. regulaminów, danych zbieranych na potrzeby realizacji Programu np. rejestry, sprawozdania, raporty, jak i ogólnodostępnych publikacji, danych statystycznych.
- Wywiady kwestionariuszowe (ankiety) z opiekunami nieformalnymi. 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.

PLAN DZIAŁAŃ – ustalony zostanie szczegółowy plan działań określający poszczególne kroki definiowane w czasie ze wskazaniem osób odpowiedzialnych.

MONITORING - dane zbierane będą nieprzerwanie przez cały okres realizacji Programu (stały monitoring). Analiza 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.

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 5-letniego okresu realizacji. Ewaluacja zakończona będzie raportem końcowym, sporządzonym do 3 miesięcy od zakończenia Programu. 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.
PUBLIKACJA WYNIKÓW - raporty z monitorowania i ewaluacji będą rozpowszechnione, tak aby możliwe było ich wykorzystanie przy planowaniu innych Programów.

Ewaluacja programu: wskaźniki

Ocena stopnia zaspokojenia potrzeb w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w Gminie Miejskiej Kraków w formie dziennego lub całodobowego pobytu dla osób niesamodzielnych niewymagających opieki instytucjonalnej, mierzona liczbą osób zgłaszających się do Programu oraz liczbą osób, które ukończyły Program.

Ocena stopnia sprawności psychofizycznej u osób niesamodzielnych z terenu Gminy Miejskiej Kraków, korzystających ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w formach zdeinstytucjonalizowanych, mierzona przed rozpoczęciem udziału w Programie i po jego zakończeniu.

Ocena stopnia obciążenia opieką opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych na terenie Gminy Miejskiej Kraków, korzystających ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w formach zdeinstytucjonalizowanych, mierzona przed rozpoczęciem udziału w Programie i po jego zakończeniu.

Ocena poziomu wiedzy opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych na terenie Gminy Miejskiej Kraków, korzystających ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w formach zdeinstytucjonalizowanych, mierzona przed rozpoczęciem udziału w Programie i po jego zakończeniu.

BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Koszty jednostkowe programu

Koszty jednostkowe za usługę

Nazwa kosztu	Kwota kosztu
Koszt pobytu w Placówce Diennej Opieki i Aktywizacji [koszt osobodnia, w tym: koszty wynagrodzeń personelu, koszty żywienia, koszty transportu, koszty ogólne] - wariant A	270
Koszt pobytu w Placówce Diennej Opieki i Aktywizacji [koszt osobodnia, w tym: koszty wynagrodzeń personelu, koszty żywienia, koszty transportu, koszty ogólne] - wariant B	270
Koszt pobytu na Całodobowym Oddziale Opieki Wytchnieniowej [koszt osobodnia, w tym: koszty wynagrodzeń personelu, koszty żywienia, koszty pralni, koszty ogólne] - wariant B	444
Nadzór merytoryczny w skali roku, w tym monitorowanie, realizacja i ewaluacja Programu - wariant A	91 920
Nadzór merytoryczny w skali roku, w tym monitorowanie, realizacja i ewaluacja Programu - wariant B	238 028

Średni koszt na uczestnika

Pacjent w Placówce Diennej Opieki i Aktywizacji [pobyt 2 m-ce]	11 348
Pacjent na Całodobowym Oddziale Opieki Wytchnieniowej [pobyt 2 tyg.]	6 209

Średni koszt na uczestnika:	8 779
-----------------------------	-------

Źródło informacji

Koszty realizacji Programu zostały oszacowane na podstawie analizy cen rynkowych oraz danych dot. poziomu wynagrodzeń określonego w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Koszty całkowite programu

Koszt roczny PPZ

Wariant A	1 930 313,70
Wariant B	4 998 586,32

Koszt całkowity

Wariant A	10 654 393,57
Wariant B	27 589 767,32

Źródło finansowania programu

Gmina Miejska Kraków, Narodowy Fundusz Zdrowia

UWAGI OGÓLNE

Bibliografia:

1. Bakalarczyk R.: Godzenie pracy zawodowej z opieką nad osobami zależnymi wyzwaniem dla dialogu społecznego i polityki publicznej różnych szczebli, Komitet Dialogu Społecznego KIG, Warszawa 2020.
2. Wieczorowska-Tobis K.: Specyfika pacjenta starszego. [w] Wieczorowska-Tobis K., Kostka T., Borowicz A.M. (red.): Fizjoterapia w geriatrici. Wyd. PZWL, Warszawa 2011, s. 18-27.
3. Strzelecka E. Szkolenie opiekunów osób starszych wobec nowych wyzwań na rynku pracy. *Acta Universitatis Lodzensis Folia Oeconomika* 2015;312(2):127-50.
4. Grabowska-Fudala B, Jaracz K, Smelkowska A i wsp. Obciążenie osób sprawujących opiekę nad osobami z chorobą Alzheimera. Wyniki wstępne. *Now Lek.* 2013;82(1):25-30.
5. Rachel W., Turkot A.: Jak pomóc opiekunom pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera? *Psychoterapia* 1 (172) 2015, s: 59-71.
6. Bakalarczyk R.: Godzenie pracy zawodowej z opieką nad osobami zależnymi wyzwaniem dla dialogu społecznego i polityki publicznej różnych szczebli, Komitet Dialogu Społecznego KIG, Warszawa 2020
7. Abramowska-Kmon A., Bakalarczyk R., Kotowska I. E., Łątkowski W., Łuczak P., Szweda-Lewandowska Z., Wóycicka I.: W stronę sprawiedliwej troski. Opieka nad osobami starszymi w Polsce, Fundacja Batorego, Warszawa 2022.
8. 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
9. 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.
10. Wojtas K., Kamińska A.: Institutional support for people with dementia of Alzheimer’s type and their carers – Cracow’s experience. *Nursing Problems* 2020; 28 (3-4): 123-126
11. Pawłowicz K., Zalewska A., Roman C., Waszkiewicz N.: Wieloprofilowa opieka nad pacjentem z chorobą Alzheimera jako przykład realizacji założenia medycyny holistycznej. W: Krajewska-Kułak E, Łukaszyk C, Lewko J, Kułak W, red. *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny. T. 6: praca zbiorowa.*; 2020:153–163.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U.2022.965 t.j.)
13. https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf
14. Raport o zdrowiu mieszkańców miasta Krakowa i jego uwarunkowaniach. Urząd Miasta Krakowa, Kraków 2019 <https://www.bip.krakow.pl/>
15. Ustawa z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (Dz.U.2023.647 t.j)
16. Zarządzenie Prezesa nr 89/2006 NFZ w sprawie przyjęcia szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka długoterminowa
17. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosc/wsparcie-wytchnieniowe-dla-opiekunow.html>