

Projekt realizowany jest w oparciu o Model Centrum Koordynacji Opieki Medycznej dla osób niesamodzielnych, a realizacja wsparcia w formie Dziennego Domu Opieki Medycznej jest zgodna ze Standardem DDOM wypracowanym w ramach PO WER



Kujawsko-pomorski model projektu w ramach podziałania 9.3.1 RPO WK-P:

Centrum Koordynacji Opieki Medycznej dla osób niesamodzielnych

I CELE

1. Wypracowanie trwałych rozwiązań zapewniających wysoką jakość usług medycznych, dostosowaną do indywidualnych potrzeb osób niesamodzielnych.
2. Zmniejszenie liczby i czasu trwania nieuzasadnionych medycznie hospitalizacji osób niesamodzielnych, w tym starszych.
3. Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, z których korzystają osoby niesamodzielne, poprzez skrócenie czasu oczekiwania.
4. Poprawa stanu zdrowia osób niesamodzielnych i ich opiekunów.
5. Kompleksowe wsparcie opiekunów osób niesamodzielnych, w tym edukacja i wsparcie psychologiczne.
6. Umożliwienie podjęcia lub kontynuowania zatrudnienia przez opiekuna osoby niesamodzielnej.

II ZAŁOŻENIA

Realizacja projektów z zakresu środowiskowych form opieki nad osobami zależnymi, wspiera deinstytucjonalizację i rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi poprzez utworzenie minimum 9 Dziennych Domów Opieki Medycznej (dalej: DDOM) i domową opiekę medyczną. Maksymalny czas trwania projektu 36 miesięcy, gdzie minimalny okres świadczenia usług w DDOM wynosi 18 miesięcy.

Planowanych jest powstanie 5 centrów koordynacji opieki medycznej zlokalizowanych po jednym w każdym subregionie na terenie województwa kujawsko-pomorskiego, w których świadczone będą usługi dla osób niesamodzielnych: poprzez utworzenie i funkcjonowanie DDOM oraz świadczenie usług domowej opieki medycznej, w szczególności opiekę pielęgniarską.

SUBREGION	OBSZAR TERYTORIALNY	LICZBA DDOM
SUBREGION BYDGOSKI	miasto Bydgoszcz, powiaty: bydgoski, nakielski, sępoleński, świecki, tucholski	3
SUBREGION TORUŃSKI	miasto Toruń, powiaty: chełmiński, golubsko-dobrzyński, toruński, wąbrzeski	2
SUBREGION WŁOCŁAWSKI	miasto Włocławek, powiaty: aleksandrowski, lipnowski, radziejowski, rypiński, włocławski	2

SUBREGION INOWROCŁAWSKI	miasto Inowrocław, powiaty inowrocławski, mogileński, żniński	1
SUBREGION GRUDZIĄDZKO-BRODNICKI	miasto Grudziądz, powiaty: brodnicki, grudziądzki	1

Załącznik nr 1 – Graficzna mapa przedstawiająca podział na subregiony

Usługi zdrowotne muszą być świadczone na poziomie lokalnych społeczności, czyli umożliwiać osobom niezależne życie w środowisku lokalnym. Usługi te mają zapobiegać odizolowaniu osób od rodziny i środowiska lokalnego, a gdy to nie jest możliwe, gwarantują tym osobom warunki życia jak najbardziej zbliżone do warunków domowych i rodzinnych oraz umożliwiają podtrzymywanie więzi rodzinnych i sąsiedzkich. Usługi te są świadczone w sposób:

- a) zindywidualizowany (dostosowany do potrzeb i możliwości danej osoby) oraz jak najbardziej zbliżony do warunków odpowiadających życiu w środowisku domowym i rodzinnym;
- b) umożliwiający odbiorcom tych usług kontrolę nad swoim życiem i nad decyzjami, które ich dotyczą;
- c) zapewniający, że odbiorcy usług nie są odizolowani od ogółu społeczności lub nie są zmuszeni do mieszkania razem;
- d) gwarantujący, że wymagania organizacyjne związane ze świadczeniem danej usługi nie mają pierwszeństwa przed indywidualnymi potrzebami osoby z niej korzystającej.

III DOKUMENTY PRAWNE

Zgodność projektu z:

- a) Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 z dnia 9 stycznia 2018 r.;
- b) Dzienny dom opieki medycznej - organizacja i zadania (Standard DDOM) dokument przyjęty Uchwałą Nr 49/2017/XIV Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 19 września 2017 roku;
- c) Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne - Narzędziem nr 18 „Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, w szczególności poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi)”;
- d) Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności.

IV GRUPA DOCELOWA

Wsparciem mogą być objęte tylko:

- osoby niesamodzielne;
- opiekunowie osób niesamodzielnych, w szczególności członkowie rodzin mieszkający w rozumieniu Kodeksu cywilnego lub pracujący lub uczący się na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

Osoba niesamodzielna zgodnie z *Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020* to osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Do oceny stopnia niesamodzielnosci może być stosowana m.in. skala Barthel, która pozwala na ocenę chorego pod względem jego zapotrzebowania na opiekę innych osób. Bierze się w niej pod uwagę między innymi czynności życia codziennego takie jak: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie się i rozbieranie, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych. Skala ta pozwala

zdiagnozować, które czynności chory potrafi wykonać bez pomocy z zewnątrz, które z pomocą lub w ogóle nie potrafi wykonać.

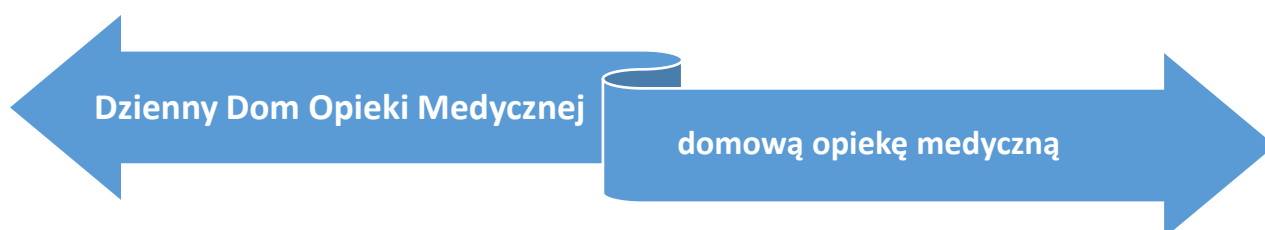
Planując wsparcie w ramach projektu zasadne jest uwzględnienie kompleksowych działań z zakresu deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi. W związku z tym podejmowane w ramach projektu działania muszą być skierowane bezpośrednio do osób niesamodzielnych. Możliwe jest także zaplanowanie wsparcia dla opiekunów osób niesamodzielnych, w szczególności członków rodzin. Wsparciem można objąć otoczenie osób niesamodzielnych, o ile jest ono niezbędne dla skutecznego wsparcia tych osób.

V ZADANIA Centrum

1. Koordynowanie kierowania pacjentów do odpowiedniej dostępnej formy wsparcia, w szczególności:

- kwalifikacja uczestników projektu do adekwatnej formy wsparcia zgodnie z indywidualną diagnozą potrzeb (dokonana na etapie rekrutacji do projektu);
- dobór specjalistycznych form pomocy do zgłaszanych na bieżąco potrzeb uczestników projektu;
- umożliwienie indywidualnych konsultacji m.in. z lekarzem POZ, pielęgniarką w miarę potrzeb;
- umożliwienie mobilnej pracy zespołu (docieranie do pacjenta);
- doradztwo telefoniczne w zakresie usług dostępnych w projekcie, świadczone przez profesjonalną kadrę;
- informowanie nt. możliwości pozyskania sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego;
- informowanie o dostępnych miejscach w DDOM (m.in. informacja telefoniczna, na stronie projektu);
- współpraca z Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej w Toruniu.

2. Świadczenie usług poprzez:



2.1 Utworzenie i funkcjonowanie minimalnej wymaganej liczby DDOM

W każdym subregionie powstanie określona minimalna liczba DDOM.

Wymagane jest aby usługi w ramach DDOM realizowane były zgodnie z dokumentem „Dzienny dom opieki medycznej - organizacja i zadania (Standard DDOM)” przyjętym Uchwałą Nr 49/2017/XIV Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 19 września 2017 r.

a) DDOM dla (min. 50% pacjentów w wieku powyżej 65 lat):

- **pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji**, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielnosci oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej;
- **pacjenci, u których występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego**

- b) utworzenie min 15 miejsc dziennego pobytu, w DDOM zgodnie ze Standardem może przebywać równocześnie do 25 pacjentów,
- c) łącznie przez cały okres realizacji wsparcia w DDOM, w każdym DDOM musi uczestniczyć minimum 50 osób niesamodzielnych,
- d) czas pobytu uczestnika w DDOM min. 30 dni roboczych, max. 120 dni roboczych,
- e) funkcjonowanie DDOM przez cały rok, wszystkie dni robocze, co najmniej 8h dziennie,
- f) koszt funkcjonowania 1 DDOM wynosi maksymalnie 1.000.000 zł (zgodnie ze standardem DDOM wraz z wyżywieniem i kosztami dojazdu/dowozu),
- g) świadczenie usług w DDOM przez okres nie krótszy niż 18 miesięcy,
- h) minimalna trwałość DDOM tożsama z czasem trwania projektu.

W ramach projektu nie ma możliwości finansowania trwałości działań DDOM wdrażanych w ramach projektów wybranych w PO WER. O dofinansowanie nie mogą ubiegać się jednostki, które realizują już projekty DDOM w ramach PO WER i chcą przeznaczyć środki na dalsze funkcjonowanie DDOM.

2.2 Świadczenie usług domowej opieki medycznej

Usługi świadczone dla

osób niesamodzielnych wymagających długoterminowej opieki medycznej w domu.

2.2.1. Usługi zdrowotne, rehabilitacyjne i pielęgnacyjne mogą być realizowane w ramach projektu:

- a) jeżeli nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych, co oznacza, że wykraczają poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej lub
- b) po wykazaniu, że gwarantowana usługa zdrowotna nie mogłaby zostać sfinansowana danej osobie ze środków publicznych w okresie trwania projektu lub
- c) usługi zdrowotne jednocześnie obejmują gwarantowane usługi jak i usługi ponadstandardowe, stanowiące wartość dodaną do funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej.

2.2.2. Możliwe formy wsparcia (minimum jedna forma jest obligatoryjna na poziomie projektu i musi ona wynikać z przeprowadzonej diagnozy na terenie subregionu):

- a) usługi pielęgnacyjne w domu w ramach opieki długoterminowej realizowane 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 lub
- b) usługi w ramach opieki paliatywnej / hospicyjnej domowej realizowane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

2.2.3 STANDARDY W ZAKRESIE REALIZACJI POSZCZEGÓLNYCH FORM WSPARCIA

2.2.3.1 Świadczenia pielęgnacyjne w ramach opieki długoterminowej realizowane w warunkach domowych.

Na podstawie ww. Rozporządzenia do usług świadczonych w ramach opieki długoterminowej w pierwszej kolejności powinny być kwalifikowane osoby, które w ocenie skalą poziomu samodzielności zwanej skalą Barthel uzyskały 40 punktów lub mniej. Ze względu na zakres przedmiotowy konkursu IZ RPO dopuszcza również możliwość świadczenia usług zdrowotnych o tym zakresie dla osób niesamodzielnych, które w ocenie opartej na skali Barthel uzyskały 65 punktów lub mniej.

Świadczenia udzielane w warunkach domowych są realizowane przez:

- **pielęgniarską opiekę długoterminową domową,**

- Pielęgniarska opieka długoterminowa to opieka nad osobami obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu. Osoby objęte taką opieką nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych. Ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają jednak systematycznej i intensywnej domowej opieki pielęgniarskiej, realizowanej we współpracy z lekarzem POZ.

- Pielęgniarska opieka długoterminowa obejmuje:

- a) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
- b) przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością;
- c) świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania;
- d) edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny;
- e) pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym;
- f) pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.

- **zespół długoterminowej opieki domowej dla osób wentylowanych mechanicznie** - 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.

2.2.3.2 Opieka paliatywna lub hospicyjna realizowana w warunkach domowych.

- Świadczenia obejmują:

- a) świadczenie opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
- b) świadczenie opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;
- c) leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna);
- d) leczenie innych objawów somatycznych;
- e) opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- f) rehabilitację;
- h) zapobieganie powikłaniom;
- i) badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym;
- j) ordynacja leków,
- k) pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu (ze względu na specyfikę konkursu IZ RPO dopuszcza taką formę stanowiącą odstępstwo od rozporządzenia).

- Świadczeniobiorcy korzystający ze świadczeń gwarantowanych realizowanych w hospicjum domowym mogą w ramach projektu korzystać ze świadczenia z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielanych w warunkach domowych oraz świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielanych w warunkach domowych, jeśli wynika to z indywidualnych zdiagnozowanych potrzeb.

2.3. Działania informacyjno-edukacyjne skierowane do osób niesamodzielnych i opiekunów osób niesamodzielnych, w szczególności członków rodzin

2.3.1 Działania informacyjno-edukacyjne prowadzone są przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

2.3.2 Formy obligatoryjne:

- Szkolenia lub warsztaty lub treningi skierowane do osób niesamodzielnych i opiekunów osób niesamodzielnych, w szczególności członków rodzin mogą mieć wymiar indywidualny, co m.in. oznacza, że usługi są realizowane w miejscu świadczenia opieki nad osobą niesamodzielną.
- Dopuszcza się również prowadzenie szkolenia lub warsztatu lub treningu w formie grupowej; zgodnie z poniższym, minimalnym zakresem tematycznym:

I Szkolenie z zakresu pielęgnacji:

1. Omówienie podstawowych problemów związanych ze sprawowaniem opieki.
2. Instruktaż przekładania chorego w łóżku.
3. Mycie i pielęgnacja chorego w łóżku.
4. Propagowanie zdrowego stylu życia z uwzględnieniem różnic wynikających z płci.

II Szkolenie z zakresu rehabilitacji:

1. Omówienie negatywnych skutków przeciążenia i sposobów radzenia sobie z nadmiernym napięciem mięśniowym wynikającym z czynności związanych ze sprawowaniem opieki oraz z czynników psychogennych.
2. Prawidłowe przenoszenie i przemieszczanie chorych.
3. Zasady prawidłowej asekuracji.
4. Prezentacja zasad ergonomii podczas czynności związanych ze sprawowaniem opieki.

III Szkolenie z zakresu psychoedukacji:

1. Zasady komunikacji z pacjentami.
2. Zasady komunikacji u pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych.

IV Szkolenie z zakresu aspektów prawnych:

1. Omówienie aspektów prawnych związanych ze sprawowaniem opieki oraz możliwości pomocy ze strony instytucji państwowych.
2. Opieka prawna i ubezwłasnowolnienie.

- Szkolenia lub warsztaty lub treningi powinny stanowić odpowiedź na potrzeby i deficyty u opiekunów osób niesamodzielnych w związku z pełnioną przez nich rolą. W związku z tym formy te powinny obejmować różnorodną tematykę - od podstawowej opieki nad osobą niesamodzielną (np. opieka nad osobą leżącą, zasady przemieszczania, zmiany pościeli, mycie, dobieranie materiałów chłonnych, udzielanie pierwszej pomocy, profilaktyka przeciwoleżynowa), po szczegółowe zagadnienia z dziedziny konkretnych chorób.

- Co najmniej jeden opiekun uczestnika projektu powinien mieć zagwarantowaną możliwość udziału w działaniach informacyjno-edukacyjnych (w szczególności w przypadku wsparcia w formie domowej opieki medycznej, w przypadku DDOM wymóg ten wskazany jest w Standardzie).

Formy dodatkowe (nieobligatoryjne):

W razie tymczasowego braku możliwości sprawowania opieki przez opiekuna osoby niesamodzielnej lub uzasadnionej potrzeby odpoczynku opiekuna możliwe jest okresowe umieszczenie osoby niesamodzielnej w zdeinstytucjonalizowanej placówce stacjonarnej. IZ RPO zaleca, by czas pobytu osoby niesamodzielnej w placówce nie przekraczał 1 miesiąca, przy czym każdorazowo konkretna

sytuacja tego rodzaju winna być rozpatrywana indywidualnie, w zależności od okoliczności i potrzeb danej osoby i jego opiekuna.