



REGULAMIN ORGANIZACYJNY Dziennego Domu Opieki Medycznej

Caritas Archidiecezji Gdańskiej

PRZEPISY OGÓLNE

§1

Niniejszy regulamin określa szczegółowe zasady organizacji i funkcjonowania Dziennego Domu Opieki Medycznej przy Centrum Pomocowym im. św. Jana Pawła II w Gdańsku powołanym przez Caritas Archidiecezji Gdańskiej, a także zasady i warunki korzystania z DDOM.

§2

1. Dzienny Dom Opieki Medycznej (zwany dalej DDOM) ma siedzibę w placówce Caritas Archidiecezji Gdańskiej - Centrum Pomocowym im. św. Jana Pawła II w Gdańsku przy ul. Fromborskiej 24 i powstał, jako wyodrębniona jednostka organizacyjna Podmiotu Leczniczego Caritas Archidiecezji Gdańskiej, utworzona w związku z realizacją projektu nr POWR.05.02.00-00-0139/15, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego; Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Działanie 5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.
2. Podstawową funkcją DDOM jest zapewnienie dziennej opieki medycznej w zakresie rehabilitacji, aktywizacji oraz opieki ambulatoryjnej dla osób niesamodzielnych, w szczególności powyżej 65 roku życia.

ZASADY FUNKCJONOWANIA DDOM

§ 3

1. DDOM rozpoczyna działalność w dniu 19 lipca 2016 roku.
2. Czas pracy: wszystkie dni robocze, minimum 8 godzin dziennie, maksymalnie 10 godzin, w przedziale czasowym 7.00-17.00.
3. DDOM dysponuje 15 zdeinstytucjonalizowanymi miejscami opieki medycznej.



4. DDOM działa w ramach Centrum Pomocowego im. św. Jana Pawła II, przy zachowaniu podległości organizacyjnej związanej ze świadczeniem usług zdrowotnych obowiązującej w Caritas Archidiecezji Gdańskiej.
5. Opieka zdrowotna świadczona jest przez Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny, o którym mowa w § 10.
6. Od dnia 01 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2021 r. w ramach trwałości projektu podmiot prowadzący DDOM tj. Caritas Archidiecezji Gdańskiej zapewnia utrzymanie gotowości do udzielania świadczeń finansowanych przez NFZ (środki publiczne bez udziału środków UE), lub odpłatne udzielanie świadczeń na rzecz pacjentów przy założeniu, że ceny usług liczone będą wg kosztów rzeczywistych bez generowania dochodu.

ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ

§ 4

1. Świadczenia zdrowotne są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.
2. DDOM zapewnia opiekę medyczną połączoną z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych.
3. Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach DDOM należą:
 - opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji;
 - doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych;
 - usprawnianie ruchowe;
 - stymulacja procesów poznawczych;
 - terapia zajęciowa;
 - przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).Dodatkowo w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń oraz w razie pilnej potrzeby i w zależności od wskazania medycznego zapewnia się pacjentowi niezbędne badania diagnostyczne oraz specjalistyczne konsultacje lekarskie. W każdym przypadku wymagane jest przygotowanie przez zespół terapeutyczny uzasadnienia zlecenia realizacji wymienionych świadczeń.
4. Podstawą wykonania na rzecz pacjenta świadczeń wymienionych w § 4 pkt. 3 jest wskazanie medyczne, każdorazowo uzasadnione przez Zespół terapeutyczny.
5. Poza świadczeniami opieki zdrowotnej pacjentom przebywającym w dziennym domu opieki medycznej zapewnione zostanie odpowiednie do stanu zdrowia wyżywienie,



prowadzone będą zajęcia dodatkowe, pozwalające na zagospodarowanie czasu wolnego pomiędzy udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi oraz w razie potrzeby bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrót do miejsca zamieszkania.

§ 5

1. Czas trwania pobytu w DDOM dla każdego pacjenta indywidualnie ustala Zespół Terapeutyczny, przy czym nie może on być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych.

a) Pobyt może zostać skrócony z 30 dni w przypadku dobrowolnej rezygnacji pacjenta oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia, wymagającego realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne).

b) W pierwszym miesiącu, pacjenci przebywać będą w domu opieki medycznej przez 5 dni w tygodniu przez 8-10 godzin dziennie, następnie w zależności od poprawy stanu zdrowia, liczba i częstotliwość udzielanych świadczeń może być stopniowo zmniejszana w zależności od potrzeb indywidualnych każdego pacjenta, jednak nie może odbywać się w czasie krótszym niż 4 godziny dziennie.

2. Świadczenia zdrowotne udzielane są pacjentom najpóźniej w trzecim dniu po przyjęciu do DDOM.

3. Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny dokonuje oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych, ocenę odżywienia, sprawności procesów poznawczych, stanu emocjonalnego, w zależności od potrzeb - również innych obszarów np. stopnia niewydolności zwieraczy pęcherza i odbytu, określenie występowania niewydolności krążenia lub ryzyko upadków. Zastosowanie określonych i wskazanych poniżej narzędzi do oceny stanu zdrowia pacjenta jest zindywidualizowane i dostosowane do stanu zdrowia każdego pacjenta. Dodatkowo w przypadku osób powyżej 65 r.ż. wykonywana jest całościowa ocena geriatryczna (COG), składająca się z oceny stanu czynnościowego i fizycznego, a także funkcji umysłowych oraz oceny socjalno-środowiskowej, poprzedzona wykonaniem oceny według skali VES-13.

4. Celem dokonania oceny sprawności funkcjonalnej przeprowadza się:

a) w przypadku pacjentów poniżej 65 r. ż:

- ocenę czynnościową – możliwość wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona); badanie jest wykonywane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem.



- ocenę fizyczną:
 - stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA); badanie jest wykonywane przez dietetyka po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti); badania są wykonywane przez fizjoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - określenie występowania niewydolności serca (Skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA); badanie jest wykonywane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena jest wykonywana przez pielęgniarkę po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - ocenę stanu umysłowego - określenie stanu emocjonalnego (skala depresji Hamiltona, HAM-D); badanie jest wykonywane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.
- b) w przypadku pacjentów powyżej 65 r. ż.:
- ocenę czynnościową – możliwości wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona); badanie jest wykonywane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - ocenę fizyczną:
 - stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA); badanie jest wykonywane przez dietetyka po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti); badania są wykonywane przez fizjoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - określenie występowania niewydolności serca (skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA); badanie jest wykonywane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena jest wykonywana przez pielęgniarkę po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - ocenę stanu umysłowego:
 - ocena sprawności umysłowej – skala Folsteina (MMSE - mini mental state examination); badanie jest wykonywane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.



- określenie stanu emocjonalnego - geriatryczna skala oceny depresji (Geriatric Depression Scale, GDS); badanie jest wykonywane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.
5. Na podstawie przeprowadzonej całościowej oceny zespół terapeutyczny przygotowuje indywidualny plan terapii, określający m.in. liczbę i rodzaj planowanych świadczeń oraz czas trwania terapii.

§ 6

Szczegółowy wykaz świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej - zabiegi fizjoterapeutyczne:

a) kinezyterapia:

- indywidualna praca ze świadczeniobiorcą (w szczególności: ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 minut,
- ćwiczenia wspomagane - czas trwania zabiegu - minimum 15 minut,
- ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - czas trwania zabiegu minimum 15 minut,
- ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem - czas trwania zabiegu - minimum 15 minut,
- ćwiczenia izometryczne - czas trwania zabiegu - minimum 15 minut,
- nauka czynności lokomocji - czas trwania zabiegu - minimum 15 minut,
- inne formy usprawniania (kinezyterapia) - czas trwania zabiegu - minimum 15 minut,
- ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (nie więcej niż 10 świadczeniobiorców na 1 terapeutę)

b) masaże:

- masaże suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego świadczeniobiorcę, w tym minimum 15 minut czynnego masażu,
- masaże limfatyczny ręczny – leczniczy.

c) elektrolecznictwo:

- galwanizacja,
- jonoforeza,
- elektrostymulacja,
- prądy diadynamiczne,
- prądy interferencyjne,
- prądy TENS,
- prądy TRAEBERTA,



- ultradźwięki miejscowe,
- d) leczenie polem elektromagnetycznym:
 - impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości.
- e) światłolecznictwo i termoterapia:
 - naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym - miejscowe,
 - laseroterapia - skaner,
- f) krioterapia miejscowa (pary azotu).

§ 7

Szczegółowy wykaz badań laboratoryjnych finansowanych dla pacjentów korzystających z DDOM (w przypadku, gdy nie były wykonane u pacjenta przed przyjęciem), a znajomość ich wyników jest niezbędna do przeprowadzenia Całościowej Oceny Geriatrycznej:

- a) Analiza moczu;
- b) Morfologia;
- c) CRP;
- d) Glukoza;
- e) TSH;
- f) Cholesterol;
- g) Albumina;
- h) Kreatynina (czynność nerek do wyliczenia eGFR);
- i) Funkcje wątroby: co najmniej ALAT;
- j) Elektrolity: sód i potas.

Dodatkowo wykonywane jest badanie EKG.

Podstawą wykonania ww. badań jest wskazanie medyczne, uzasadnione przez Zespół Terapeutyczny.

§ 8

1. DDOM organizuje działania edukacyjne dla rodzin i opiekunów pacjentów, które mają formę zajęć grupowych (ok. 10-20 osób w grupie).
2. Ich celem jest przygotowanie do samodzielnej kontynuacji opieki. Obowiązuje forma wykładowo-warsztatowa.
3. Spotkania obejmą naukę pielęgnacji, usprawniania i właściwej opieki nad osobą zależną a także pozwolą nabyć wiedzę o możliwościach uzyskania dodatkowego wsparcia.
4. Cykl szkoleniowy obejmuje 5 spotkań po 5 godzin.



5. Zapisy na zajęcia możliwe są od dnia przyjęcia pacjenta do DDOM. Udział w zajęciach jest dobrowolny i bezpłatny.
6. Zajęcia przeznaczone są dla członków rodzin i opiekunów pacjentów.
7. Spotkania prowadzi wykwalifikowany trener, posiadający doświadczenie w realizacji spotkań edukacyjnych z zakresu wsparcia opiekunów osób zależnych.

OSOBY KORZYSTAJĄCE Z DDOM

§ 9

1. Świadczeniami opieki zdrowotnej realizowanymi w ramach DDOM są objęte osoby mające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
2. Ze wsparcia wyłączone są osoby korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych, a także osoby w przypadku, których podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).
3. Do DDOM przyjmowani są pacjenci:
 - a) bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej;
 - b) którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.
4. Świadczenia w dziennym domu opieki medycznej udzielane są pacjentom wymagającym, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów.
5. Podstawowe cele kwalifikowania pacjentów do DDOM to: poprawa stanu zdrowia i samodzielności życiowej, zapobieganie wczesnym powikłaniom poszpitalnym, przygotowanie pacjenta i rodziny do życia z niepełnosprawnością i samoopieki - możliwe do



uzyskania poprzez rehabilitację lub modyfikację leczenia farmakologicznego - co będzie oceniane w momencie kwalifikacji do objęcia opieką.

6. Usługi świadczone w DDOM mają charakter nieodpłatny.

PERSONEL DDOM

§ 10

1. Opieka zdrowotna świadczona jest przez Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny w następującym składzie:

- a) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej - zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby;
- b) lekarz specjalista w dziedzinie geriatric - zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby;
- c) pielęgniarka pełniąca funkcję Kierownika zespołu terapeutycznego sprawującego opiekę nad pacjentem, współpracująca z pozostałymi członkami zespołu, udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 2 godziny dziennie;
- d) pielęgniarka - posiadająca doświadczenie zawodowe w opiece nad osobami przewlekle chorymi;
- e) osoby prowadzące fizjoterapię; udzielają świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 4 godziny dziennie;
- f) opiekun medyczny,
- g) terapeuta zajęciowy - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo;
- h) psycholog lub psychoterapeuta – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo,
- i) dietetyk – opracowuje jadłospis, ściśle współpracując z lekarzami zlecającymi indywidualne diety dla pacjentów, udziela porad w zakresie żywienia.

2. Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny powołany jest przez podmiot prowadzący DDOM – Caritas Archidiecezji Gdańskiej.

3. Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny przeprowadza cotygodniowe narady w celu omówienia postępów w procesie usprawniania i pielęgnacji oraz ustalenia dalszego planu terapii.

- a) Termin spotkania wyznacza każdorazowo Kierownik zespołu.
- b) W cotygodniowych naradach wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego uczestniczy co najmniej 50% składu zespołu.



- c) W uzasadnionych przypadkach Zespół może nawiązać współpracę z lokalnym OPS w zakresie wsparcia socjalno-bytowego pacjenta/rodziny.
4. Na koniec każdego miesiąca Zespół Terapeutyczny dokonuje oceny rezultatów podjętych działań. Jeżeli stwierdzi u uczestnika programu postępy w samodzielnym wykonywaniu czynności życia codziennego, może modyfikować przyjęty plan działania i podjąć decyzję o dalszym sprawowaniu opieki. Natomiast w przypadku, kiedy brak jest postępów w wyniku stosowanej terapii, rehabilitacji oraz metod pielęgnacji, jak również edukacji pacjenta i jego opiekunów faktycznych, zespół podejmuje decyzję o wypisaniu uczestnika z programu, informując równocześnie o możliwościach korzystania z innego rodzaju świadczeń zdrowotnych lub świadczeń realizowanych w ramach pomocy społecznej.
5. Przed wypisaniem pacjenta Zespół Terapeutyczny dokonuje ponownej oceny stanu zdrowia.
6. Następnie pracownik socjalny, wykonujący swoje zadania na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.), przeprowadza ocenę możliwości powrotu pacjenta do domu, jego warunków mieszkaniowych, sytuacji rodzinnej i socjalnej – na tej podstawie może podjąć decyzję o konieczności skierowania do innej placówki świadczącej pomoc instytucjonalną, np. dom pomocy społecznej, etc.
7. Zespół Terapeutyczny prowadzi dokumentację realizowanych działań. Osobą odpowiedzialną za dokumentację medyczną jest Kierownik Zespołu Terapeutycznego.

PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTÓW DDOM

§ 11

1. Wszyscy pacjenci DDOM mają jednakowe prawa.
2. Pacjent ma prawo do korzystania ze świadczeń udzielanych przez DDOM w godzinach dogodnych dla siebie i rodziny (w ramach godzin wskazanych w par. 3 pkt 2), o czym informuje lekarza w dniu przyjęcia do DDOM, a następnie ustala plan zabiegów z dyżurną pielęgniarką.
3. Pacjent ma prawo do zmiany terminu wykonania zaleconych badań/zabiegów, pod warunkiem zgłoszenia dyżurnej pielęgniarence oraz ustalenia innego dogodnego terminu.
4. W sytuacji nieuzasadnionej nieobecności na badaniu/zabiegu personel DDOM odnotowuje nieobecność w dokumentacji pacjenta.
5. Pacjent ma prawo do pełnej informacji o zakresie usług udzielanych przez DDOM oraz wglądu do swojej dokumentacji medycznej.
6. Pacjent ma prawo do korzystania z pomieszczeń przeznaczonych do wspólnego użytku: w szczególności szatni, toalety dla pacjentów, łazienki, pomieszczenia jadalni.



Korzystanie z pomieszczeń rehabilitacji i terapeutycznych odbywa się w czasie realizacji zabiegów i badań pod opieką personelu DDOM.

7. W razie potrzeby DDOM świadczy bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrót do miejsca zamieszkania. Wymagana będzie zgoda lub zobowiązanie rodziny do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu. Potrzeby w zakresie transportu należy zgłaszać dyżurnej pielęgnowarce, z co najmniej 2 dniowym wyprzedzeniem.

8. Podczas pobytu w DDOM pacjent ma obowiązek współpracy z personelem DDOM w zakresie wykonywania zaleceń lekarskich oraz dbania o higienę osobistą i mienie DDOM.

9. W czasie pobytu w DDOM wszelkie sprawy problemowe należy zgłaszać Kierownikowi Zespołu Terapeutycznego lub bezpośrednio do Dyrektora Centrum Pomocowego Caritas Archidiecezji Gdańskiej.

10. Usługi świadczone w DDOM mają charakter nieodpłatny.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 12

Dokumentacja pacjentów znajduje się w siedzibie DDOM - Caritas Archidiecezji Gdańskiej Centrum Pomocowym im. św. Jana Pawła II w Gdańsku przy ul. Fromborskiej 24.

§ 13

Wszelkie zmiany regulaminu wymagają formy pisemnej.

§ 14

Regulamin zatwierdza Dyrektor Caritas Archidiecezji Gdańskiej.

§ 15

Regulamin wchodzi w życie z dniem 19 lipca 2016 roku.