



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie – Regulamin organizacyjny

Regulamin organizacyjny Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sanoku

I. Postanowienia ogólne

§ 1

Regulamin organizacyjny Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sanoku (zwany dalej „Regulaminem”) określa szczegółowe zasady organizacji i funkcjonowania Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sanoku (zwanego dalej „DDOM”) powołanego przez Centrum Promocji Zdrowia „Sanvit” Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie ul. M. Sengera „Cichego” 16/2A, 02-790 Warszawa Oddział w Sanoku ul. Łazienna 1, 38-500 Sanok, a także zasady i warunki funkcjonowania DDOM.

Definicje używane w niniejszym Regulaminie każdorazowo oznaczają:

1. Deinstytucjonalizacja opieki zdrowotnej – są to wszelkie działania podejmowane na rzecz tworzenia różnych form świadczeń zdrowotnych w środowisku lokalnym mających na celu zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenia okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych, zawodowych osobom z chorobami przewlekłymi, osobom niepełnosprawnym, osobom w podeszłym wieku, dzieciom i młodzieży;
2. Dzienny dom opieki medycznej (DDOM) – jest jedną z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego (podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej). W dziennym domu opieki medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych;
3. Indywidualny plan wsparcia – plan pracy terapeutycznej z uczestnikiem, tworzony na podstawie sporządzonej diagnozy potrzeb oraz diagnozy możliwości psychofizycznych uczestnika i wspólnie z nim realizowany;
4. Całościowa Ocena Geriatryczna (COG) – wielowymiarowy, interdyscyplinarny i zintegrowany proces diagnostyczny służący do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (medycznych, fizycznych, psychicznych, socjalnych i społecznych) starszego pacjenta celem oszacowania obszarów deficytów funkcyjnych i ustalenia priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych;
5. Osoba korzystająca ze wsparcia – osoba bezpośrednio korzystająca ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) w ramach dziennego domu opieki medycznej;
6. Koszt pobytu – wszystkie koszty związane z objęciem opieką osób zakwalifikowanych do pobytu w dziennym domu opieki medycznej;



7. Pobyt w dziennym domu opieki medycznej – korzystanie ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) świadczonych w dziennym domu opieki medycznej;
8. Rodzina – osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące lub wskazane przez osobę zakwalifikowaną do dziennego domu opieki medycznej;
9. Zespół terapeutyczny – zespół powoływany do kompleksowej opieki nad osobami zakwalifikowanymi do dziennego domu opieki medycznej;
10. Projekt – Projekt pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Sanoku” realizowany w ramach działania 8.3. „Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych” Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020;
11. Realizator Projektu – Centrum Promocji Zdrowia „Sanvit” Sp. z o.o. oddział w Sanoku;
12. Uczestnik/Pacjent – osoba zakwalifikowana do udziału w Projekcie zgodnie z zasadami rekrutacji na podstawie „Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie”, która podpisała deklarację uczestnictwa w Projekcie i korzysta z oferowanego w nim wsparcia.

§ 2

1. Dzienny Dom Opieki Medycznej w Sanoku ma siedzibę pod adresem: ul. Łazienna 1, 38-500 Sanok i jest wyodrębnioną strukturalnie częścią Centrum Promocji Zdrowia „Sanvit” Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie ul. M. Sengera „Cichego” 16/2A, 02-790 Warszawa Oddział w Sanoku (dalej „CPZ „Sanvit”).
2. Podstawową funkcją DDOM jest zapewnienie dziennej opieki medycznej w zakresie świadczeń geriatrycznych, pielęgnacyjnych, opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuację leczenia w ramach DDOM dla osób niesamodzielnych, w szczególności powyżej 65 roku życia.
3. W DDOM zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych.
4. DDOM działa w oparciu o:
 - standardy DDOM określone przez Ministerstwo Zdrowia w dokumencie pt. „Dzienny dom opieki medycznej – organizacja i zadania” wypracowanym w ramach PO WER, przyjętym Uchwałą Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia Nr 49/2017/XIV z dnia 19 września 2017 r.
 - niniejszy Regulamin.
5. Adres strony internetowej Projektu, w ramach realizacji którego powstał DDOM: <http://sanok.sanvit.pl/bezplatna-opieka-i-rehabilitacja-dla-seniora>

II. Zasady funkcjonowania DDOM

§ 3

1. DDOM funkcjonuje od 02.01.2019 r.
2. DDOM funkcjonuje we wszystkie dni robocze od poniedziałku do piątku przez 8h/dzień w godzinach 7.00 – 15.00.
3. DDOM dysponuje 15 zdeinstytucjonalizowanymi miejscami opieki medycznej.
4. Opieka zdrowotna jest świadczona przez Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny (WZT), o którym mowa w § 5 Regulaminu.

5. DDOM świadczy usługi w oparciu o indywidualny plan wsparcia tworzony na podstawie sporządzonej diagnozy potrzeb każdego pacjenta.
6. DDOM podlega bezpośrednio Dyrektorowi Centrum Promocji Zdrowia „Sanvit” Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie Oddział w Sanoku. Dyrektor CPZ „Sanvit” Sp. z o.o. jest odpowiedzialny za podejmowanie kluczowych decyzji oraz podpisywanie umów dotyczących Projektu, podlega mu bezpośrednio Koordynator Projektu, który odpowiada za prawidłową realizację Projektu. Koordynatorowi Projektu podlega personel DDOM, a w szczególności Kierownik Zespołu Terapeutycznego, który podejmuje decyzje o codziennym funkcjonowaniu DDOM.

III. Osoby objęte wsparciem

§ 4

1. Wsparcie skierowane jest do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 lat których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym. Świadczenia w DDOM 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 skala poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów.
2. Skierowanie do objęcia wsparciem ma na celu:
 - poprawę stanu zdrowia osób niesamodzielnych;
 - zmniejszenie liczby i czasu trwania nieuzasadnionych medycznie hospitalizacji wśród osób niesamodzielnych;
 - zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, rozwój wsparcia opiekunów osób niesamodzielnych (edukacja, wsparcie psychologiczne).
3. W ramach realizacji Projektu planowane jest wsparcie dla 150 osób (95 kobiet, 55 mężczyzn) zamieszkujących na terenie powiatu sanockiego dalej zwanymi „Pacjentami” lub „Uczestnikami”, w tym co najmniej 75 osób (48 kobiet, 27 mężczyzn) w wieku powyżej 65 roku życia, które w ocenie wg skali Barthel otrzymały 40-65 punktów, mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dn. 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz:
 - są bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, a ich stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej lub
 - pacjenci u których istnieje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub
 - którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.
4. Kryteria obligatoryjne do zakwalifikowania kandydata do udziału w Projekcie:
 - a) zamieszkiwanie na terenie powiatu sanockiego;

- b) bycie osobą niesamodzielną tj. otrzymanie od 40-65 punktów wg skali Barthel;
 - c) posiadanie prawa 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.).
5. Ze względu na charakter opieki świadczonej w DDOM do udziału w Projekcie nie kwalifikują się 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).

IV. Personel Dziennego Domu Opieki Medycznej

§ 5

1. Opieka dla pacjentów realizowana jest przez Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny w składzie:
- 1) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta;
 - 2) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej - zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby;
 - 3) lekarz specjalista w dziedzinie geriatry – zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby;
 - 4) pielęgniarka pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego sprawującego opiekę nad pacjentem, współpracująca z pozostałymi członkami zespołu, 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; zaleca się, aby była to osoba, która ukończyła szkolenie w ramach programu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”;
 - 5) pielęgniarka – posiadająca doświadczenie zawodowe w opiece nad osobami przewlekle chorymi; zaleca się, aby była to osoba, która ukończyła szkolenie w ramach programu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”;
 - 6) fizjoterapeuta – zgodnie z zaleceniami to osoba, która ukończyła szkolenie w ramach programu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej” – 1 etat w przeliczeniu na 15 pacjentów;



- 7) opiekun medyczny – zaleca się, aby była to osoba, która ukończyła szkolenie w ramach programu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej” - 1 etat w przeliczeniu na 15 pacjentów;
 - 8) terapeuta zajęciowy – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo;
 - 9) psycholog lub psychoterapeuta – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo.
2. Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny przeprowadza cotygodniowe narady w celu omówienia postępów w procesie usprawniania i pielęgnacji oraz ustalenia dalszego planu terapii. W cotygodniowych naradach wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego musi uczestniczyć co najmniej 50% składu zespołu. Dodatkowo, w przypadku konieczności wsparcia socjalno-bytowego pacjenta i jego opiekunów, można nawiązać współpracę z ośrodkiem pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta. Termin narady wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego każdorazowo ustala Kierownik zespołu
3. Zadania realizowane przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny:
- ustalanie czasu pobytu pacjenta w DDOM;
 - dokonanie 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 – najpóźniej w trzecim dniu po przyjęciu pacjenta do DDOM;
 - w przypadku osób powyżej 65 r.ż. wykonanie całościowej oceny geriatrycznej (COG), składającej się z oceny stanu czynnościowego i fizycznego, a także funkcji umysłowych oraz oceny socjalno-środowiskowej, poprzedzona wykonaniem oceny według skali VES-13;
 - ocena rezultatów podjętych działań i na jej podstawie modyfikowanie przyjętego planu działania i podejmowanie decyzji o dalszym sprawowaniu opieki – raz w miesiącu;
 - przed wypisaniem pacjenta dokonanie przez zespół terapeutyczny ponownej oceny stanu zdrowia oraz w uzasadnionych przypadkach nawiązywanie współpracy z pracownikiem socjalnym;
 - po wypisaniu pacjenta w celu podtrzymania efektów pobytu prowadzenie działań stymulujących pacjenta do samodzielnej pracy oraz monitorujących stan pacjentów po opuszczeniu dziennego domu opieki medycznej.
4. Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny prowadzi dokumentację realizowanych działań. Za dokumentację odpowiedzialny jest kierownik zespołu.

V. Pobyty w Dziennym Domu Opieki Medycznej

§ 6

1. Czas trwania pobytu w DDOM ustalany jest indywidualnie przez zespół terapeutyczny i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych. Pobyt może zostać skrócony z założonych 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).
2. W pierwszym miesiącu pobytu pacjenci przebywają w DDOM przez 5 dni w tygodniu przez 8 godzin dziennie, następnie w zależności od poprawy stanu zdrowia, liczba i częstotliwość udzielanych świadczeń może być stopniowo zmniejszana w zależności od potrzeb indywidualnych każdego pacjenta, jednak nie może odbywać się w czasie krótszym niż 4 godziny dziennie.
 3. W zależności od indywidualnych potrzeb zdrowotnych pacjenta, istnieje możliwość uelastycznienia godzin i dni pobytu w DDOM.

VI. Zakres świadczeń

§ 7

1. DDOM zapewnia opiekę medyczną połączoną z procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych.
2. Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach domu opieki medycznej 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).
3. Kwalifikacja do DDOM w ramach Projektu odbywa się na podstawie złożonego Formularza rekrutacyjnego wraz ze Skierowaniem oraz Kartą oceny stanu klinicznego wystawiona przez:
 - lekarza opieki zdrowotnej lub
 - w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu
4. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń oraz w razie pilnej potrzeby i w zależności od wskazania medycznego zapewnia się pacjentowi w ramach projektu Europejskiego Funduszu Społecznego niezbędne badania diagnostyczne oraz specjalistyczne konsultacje lekarskie. W każdym przypadku wymagane jest przygotowanie przez zespół terapeutyczny uzasadnienia zlecenia realizacji wymienionych świadczeń.
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. Wymagana będzie zgoda lub zobowiązanie rodziny do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu.
6. Świadczenia zdrowotne udzielane w trakcie pobytu pacjenta w dziennym domu opieki medycznej:
 - 1) najpóźniej w trzecim dniu po przyjęciu do DDOM 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 powinno być zindywidualizowane i dostosowane do stanu zdrowia każdego pacjenta. Dodatkowo w przypadku osób powyżej 65 r.ż. wykonywana będzie 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.

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 powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem.
- ocenę fizyczną:
 - stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA); badanie powinno być wykonane przez 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 występowania niewydolności serca (Skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA); badanie powinno być wykonane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę po przyjęciu i przed wypisaniem;
- ocenę stanu umysłowego - określenie stanu emocjonalnego (skala depresji Hamiltona, HAM-D); badanie powinno być wykonane 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 powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem;
- ocenę fizyczną:
 - stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA); badanie powinno być wykonane przez 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 występowania niewydolności serca (skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA); badanie powinno być wykonane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem;



- określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę po przyjęciu i przed wypisaniem;
- ocenę stanu umysłowego:
 - ocena sprawności umysłowej – skala Folsteina (MMSE - mini mental state examination); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - określenie stanu emocjonalnego - geriatryczna skala oceny depresji (Geriatric Depression Scale, GDS); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.

Na podstawie przeprowadzonej całościowej oceny zespół terapeutyczny przygotowuje indywidualny plan terapii, określający m.in. liczbę i rodzaj planowanych świadczeń oraz czas trwania terapii.

- 2) **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.
- 3) **Przed wypisaniem pacjenta** konieczne jest dokonanie przez zespół terapeutyczny ponownej oceny stanu zdrowia. W uzasadnionych przypadkach, w sytuacji gdy personel dziennego domu opieki medycznej uzna to za konieczne istnieje możliwość nawiązania współpracy z pracownikiem socjalnym. 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. Koszt wynagrodzenia pracownika socjalnego nie jest pokrywany ze środków projektu.
- 4) **Po wypisaniu pacjenta** w celu podtrzymania efektów pobytu należy prowadzić działania stymulujące pacjenta do samodzielnej pracy oraz monitorujące stan pacjentów po opuszczeniu dziennego domu opieki medycznej polegające na:
 - prowadzeniu wizyt domowych (1-2) przez fizjoterapeutę, w trakcie których uczyłyby on ćwiczeń rehabilitacyjnych i udzielał porad w zakresie podtrzymania efektów działań prowadzonych w dziennym domu opieki medycznej w warunkach domowych;
 - wykonywania rozmów telefonicznych przez personel dziennego domu opieki medycznej (po wcześniejszym ewentualnym wyznaczeniu opiekuna danego pacjenta), monitorujących stan zdrowia pacjenta w okresie do 6 miesięcy po zakończeniu wsparcia;
 - nawiązania współpracy personelu dziennego domu opieki medycznej z pielęgniarką środowiskową, która – w razie zdiagnozowania potrzeby - będzie świadczyła usługi na rzecz

pacjenta w zakresie spraw socjalnych poprzez instytucje, stowarzyszenia, organizacje pozarządowe oraz placówki ochrony zdrowia.

7. Dla członków rodzin i opiekunów zgłaszających chęć i potrzebę DDOM prowadzi działania edukacyjne. Działania te są realizowane bezpłatnie w ramach realizowanego Projektu. Szkolenie „Proces usprawniania osoby niesamodzielnej” będzie zawierało moduł dotyczący opieki dostosowanej do warunków płci biologicznej, tak aby nie byli traktowani stereotypowo i niewłaściwie. Zdobyte wiedzy ma na celu utrzymanie stanu zdrowia osób zaktywizowanych w DDOM.

VII. Prawa i obowiązki Pacjentów DDOM

§ 8

1. Wszyscy Pacjenci DDOM mają jednakowe prawa.
2. W okresie realizacji Projektu usługi świadczone przez DDOM mają charakter bezpłatny.
3. Pacjent DDOM ma prawo do korzystania ze świadczeń udzielanych przez DDOM we wszystkie dni robocze od poniedziałku do piątku przez 8h/dzień w godzinach 7.00 – 15.00.
4. Pacjent ma prawo do zmiany terminu wykonania ustalonych badań/zabiegów pod warunkiem zgłoszenia tego faktu pielęgniarce przed zaplanowanym terminem i ustalenia nowego dogodnego terminu.
5. Pacjent ma prawo do pełnej informacji w zakresie świadczonych usług oraz do wglądu do swojej dokumentacji medycznej.
6. Pacjent ma prawo do korzystania z pomieszczeń przeznaczonych do wspólnego użytku: 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.
- 5) Pacjent ma prawo do przewozu dostosowanego do indywidualnych potrzeb do/z DDOM w ramach zgłaszanych potrzeb .
- 6) Poza świadczeniami opieki zdrowotnej pacjentom przebywającym w DDOM zapewnione zostanie odpowiednie do stanu zdrowia wyżywienie według zaleceń dietetyka. Wyżywienie jest sporządzane i dostarczane jest do DDOM przez własną jednostkę organizacyjną Realizatora Projektu.
- 7) W sytuacji nieuzasadnionej nieobecności na badaniu/zabiegu personel DDOM odnotowuje nieobecność w dokumentacji pacjenta.
- 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) Na terenie obiektu DDOM w Sanoku obowiązuje zakaz palenia i picia alkoholu.
- 10) Po zakończeniu udziału pacjent lub opiekun pacjenta/członek rodziny wypełnia ankietę oceniającą usługi DDOM.
- 11) W czasie pobytu w DDOM wszelkie sprawy problemowe należy zgłaszać w dyżurce pielęgniarskiej lub bezpośrednio do Kierownika Zespołu Terapeutycznego.

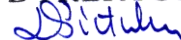


VIII. Postanowienia końcowe

§ 9

1. Wszelka dokumentacja zgromadzona w ramach realizacji Projektu będzie dostępna w Biurze Projektu tj. Dzienny Dom Opieki Medycznej w Sanoku, ul. Łazienna 1, 38-500 Sanok
2. Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu wymagają formy pisemnej.
3. Regulamin zatwierdza Dyrektor CPZ „Sanvit” Sp. z o.o. Oddział w Sanoku.
4. Powyższy regulamin obowiązuje od dnia 12.12.2018 r.

DYREKTOR



mgr Dorota Pietrukaniec

Zatwierdzono dn. 12.12.2018 r.

Podpis Realizatora projektu