

Województwo Mazowieckie

03-719 Warszawa, ul. Jagiellońska 26

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



Mazowiecki program wsparcia dziennego dla osób starszych z zespołami otępiennymi oraz ich bliskich

Okres realizacji: lata 2025-2028.

Warszawa, 2025 r.

Spis treści

Słownik	3
I. Opis problemu i epidemiologia	6
II. Cel programu	9
III. Populacja docelowa	9
IV. Kryteria kwalifikacji do wsparcia w ramach MDOM	9
IV.1 Kryteria włączenia	9
IV.2 Kryteria wyłączenia	10
V. Czas pobytu osoby chorej na choroby otępienne w MDOM	11
VI. Organizacja MDOM	11
VII. Zakres świadczeń udzielanych w ramach MDOM	13
VII.1. Świadczenia i działania obligatoryjne w ramach MDOM	13
VII.2 Dodatkowe (fakultatywne) działania i świadczenia możliwe do realizacji w ramach MDOM	17
VIII. Mierniki	18
IX. Personel MDOM:	19
X. Okres realizacji i budżet	20
XI. ZAŁĄCZNIK A.	22

Słownik

Beneficjent – podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, wybrany w ramach naboru wniosków do realizacji programu.

MDOM – mazowiecki dom opieki medycznej prowadzony w formie dziennej, prowadzony w ramach „Mazowieckiego programu wsparcia dziennego dla osób starszych z zespołami otępiennymi oraz ich bliskich”.

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

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

Koszty bezpośrednie – koszty kwalifikowane, mające bezpośredni związek z realizacją interwencji zaplanowanych w programie.

Lekarz specjalista – osoba, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, posiadająca specjalizację z zakresu: geriatrii lub neurologii lub psychiatrii lub chorób wewnętrznych.

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

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

Neurologopeda – osoba, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

Opiekun faktyczny (nieformalny) – osoba opiekująca się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niebędąca opiekunem formalnym (zawodowym) i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki (nie dotyczy rodziców zastępczych), najczęściej członek rodziny, osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą, osoba bliska, wolontariusz. Osoba/y wskazane/a przez Uczestnika jako osoba/y upoważniona/e do udzielania informacji o Uczestniku personelowi MDOM oraz do wsparcia przeznaczonego dla Opiekunów faktycznych Uczestników w ramach działań realizowanych w ramach MDOM.

Opiekun medyczny – osoba, która rozpoczęła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną i uzyskała dyplom zawodowy w zawodzie opiekuna medycznego, lub rozpoczęła kwalifikacyjny kurs zawodowy w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w zawodzie i uzyskała certyfikat kwalifikacji zawodowej lub dyplom zawodowy w zawodzie opiekuna medycznego lub rozpoczęła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy opiekuna medycznego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekuna medycznego lub ukończyła kwalifikacyjny kurs zawodowy w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w zawodzie i uzyskała świadectwo potwierdzające kwalifikację w zawodzie opiekuna medycznego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekuna medycznego lub rozpoczęła zasadniczą szkołę zawodową publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała świadectwo potwierdzające kwalifikację w zawodzie opiekuna medycznego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekuna medycznego.

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

Program – Mazowiecki program wsparcia dziennego dla osób starszych z zespołami otępiennymi oraz ich bliskich.

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

Terapeuta zajęciowy – osoba, o której mowa w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych.

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

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

I. Opis problemu i epidemiologia

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

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

i leczenie otępienia. Częstość występowania i zaawansowanie deficytu poznawczego rośnie z wiekiem².

Według Mapy potrzeb zdrowotnych w 2023 r. w województwie mazowieckim chorych na chorobę Alzheimera i inne otępienia było 25 186³. Prawdopodobnie wiele przypadków pozostaje niezdiagnozowanych. Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera przytacza szacunki, że w Polsce otępienie dotyczy ok. 400 tysięcy osób, a tylko około 10% ma postawioną diagnozę lekarską⁴. Według Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego choroba Alzheimera występuje u 5–7% osób po 65 roku życia⁵.

Wytyczne Mazowieckiego programu wsparcia dziennego dla osób starszych z zespołami otępiennymi oraz ich bliskich są zgodne z:

- rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 – w zakresie celu operacyjnego nr 5: „Wyzwania demograficzne”;
- „Kierunkami działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022-2026” - w zakresie kierunku nr 6 „Edukacja zdrowotna i kształtowanie wśród mieszkańców Mazowsza postaw prozdrowotnych”, kierunku nr 8 „Przeciwdziałanie innym istotnym problemom zdrowotnym występującym na terenie Województwa Mazowieckiego” oraz kierunku nr 9 „Podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa mazowieckiego”;
- Wojewódzkim Planem Transformacji dla województwa mazowieckiego w zakresie rekomendacji 3.7.1a: „Dostosowanie dostępności opieki długoterminowej we wszystkich oferowanych zakresach do średniego poziomu dla Polski, ze szczególnym uwzględnieniem osób z chorobami neurodegeneracyjnymi i ich opiekunów”⁶.

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

³ Chorobowość rejestrowana w wartościach bezwzględnych w 2023 r. Mapy potrzeb zdrowotnych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gus-i-nfz/> (dostęp 3 1.12.2024 r., 12:41).

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

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

⁶ Dz. urz. woj. 2024.13424.

Program będzie realizowany w ramach Funduszy Europejskich dla Mazowsza 2021-2027 (FEM), jako działanie wspierające proces deinstytucjonalizacji,

Działanie 8.5 Usługi społeczne i zdrowotne; cel (k): Zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej; modernizacja systemów ochrony socjalnej, w tym wspieranie dostępu do ochrony socjalnej, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji; poprawa dostępności, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej.

Wdrożony program może przyczynić się do:

- poprawy jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w zakresie opieki nad osobami chorymi na zespoły otępienne, które nie wymagają hospitalizacji, a wymagają wsparcia dziennego,
- minimalizacji liczby osób hospitalizowanych z chorobami otępiennymi,
- zaspokojenie potrzeb zdrowotnych i socjalno-bytowych osób chorych na choroby otępienne w danym regionie,
- poprawę jakości życia osób dotkniętych zespołami otępiennymi, w tym wydłużenie czasu aktywności psychicznej i fizycznej, polepszenie ich funkcji poznawczych oraz funkcjonowania w społeczeństwie,
- kształtowanie u osób chorych na choroby otępienne umiejętności samodzielnego funkcjonowania oraz umiejętności interpersonalnych.

Program zakłada elementy edukacji Opiekunów faktycznych osób z chorobami otępiennymi na temat chorób otępiennych, adaptacji do zmian wynikających z przewlekłej choroby osób bliskich, pomocy w sprawowaniu nad nimi opieki, zacieśnienie więzi między osobami chorymi na choroby otępienne, a ich opiekunami, wsparcia Opiekunów faktycznych osób chorych na choroby otępienne w aktywizacji zawodowej, uzyskaniu samodzielności, a tym samym zminimalizowanie konieczności korzystania z zasiłków, zaspokajania potrzeb towarzyskich, kulturalnych i rekreacyjnych osób chorych na choroby otępienne oraz przeciwdziałania marginalizacji i wykluczeniu społecznemu osób chorych na choroby otępienne i ich Opiekunów faktycznych.

II. Cel programu

Celem jest wzrost dostępności do usług społecznych oraz zdrowotnych dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym osób posiadających diagnozę choroby otępiennej w latach 2025-2028.

Poprzez wzrost dostępności do ww. usług rozumie się utworzenie i prowadzenie MDOM.

III. Populacja docelowa

Osoby z postawioną diagnozą choroby/zespołu otępiennego **w fazie łagodnej i średniozaawansowanej**, mieszkające na terenie województwa mazowieckiego.

IV. Kryteria kwalifikacji do wsparcia w ramach MDOM

IV.1 Kryteria włączenia

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

- 1) mają postawioną diagnozę nozologiczną choroby/zespołu otępiennego w fazie łagodnej lub średniozaawansowanej choroby;
- 2) mają ukończony 60 r.ż.;
- 3) ze względu na chorobę/zespoły otępienne wymagają opieki dziennej;
- 4) zamieszkują na terenie województwa mazowieckiego, tj. są osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego,
- 5) udzieliły świadomej zgody w formie pisemnej na udział w programie oraz złożyły oświadczenie, że nie korzystają z usług w tym zakresie finansowanych z NFZ lub innych środków publicznych⁷.

Przyjęcie do MDOM przeprowadzane jest na podstawie rekrutacji, która obejmuje:

- a) rozmowę z kandydatem oraz jego Opiekunem/opiekunami faktycznymi,
- b) testy psychologiczne,
- c) ocenę dokumentacji medycznej,
- d) obserwację stanu fizycznego i psychicznego;

⁷ Formularz świadomej zgody przygotowywany jest przez Beneficjenta.

Beneficjent jest zobowiązany do utworzenia listy Uczestników wraz z listą rezerwową, którą należy uwzględnić przy rekrutacji osób do MDOM.

Decyzję o przyjęciu osoby aplikującej do MDOM podejmuje zespół terapeutyczny działający w podmiocie prowadzącym MDOM.

IV.2 Kryteria wyłączenia

Osoba powinna być wykluczona z udziału we wsparciu w ramach MDOM w przypadku gdy:

- 1) nie spełnia któregoś z wymienionych w podrozdziale IV.1 kryteriów włączenia;
- 2) korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych;
- 3) korzysta z innego wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi w formie dziennej finansowanej z NFZ lub innych środków publicznych;
- 4) podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaburzenie psychiczne (inne niż choroba otępienna) lub uzależnienie (nie wyklucza się natomiast współistnienia tych zaburzeń u Uczestnika);
- 5) z własnej woli zrezygnuje z pobytu w MDOM;
- 6) jej stan pogorszy się na tyle, że wymagała będzie realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne);
- 7) żaden Opiekun faktyczny nie weźmie udziału w łącznie dwóch spotkaniach podsumowujących udział Uczestnika po ewaluacji, z elementami psychoedukacji, o których mowa w części VII. Kryterium odnosi się do osób, które wskazały osobę/osoby zgodne z definicją „Opiekun faktyczny” zastosowaną w słowniku Programu.

Dopuszczalna jest nieobecność w MDOM łącznie do 10 dni roboczych w każdym miesiącu kalendarzowym, po których Uczestnik zostaje wykreślony z listy Uczestników, jednakże każdy przypadek będzie rozpatrywany indywidualnie przez Beneficjenta w oparciu o przygotowany przez siebie regulamin.

Zespół terapeutyczny w wyniku ewaluacji zdecyduje o konieczności wykluczenia Uczestnika ze wsparcia w ramach MDOM.

V. Czas pobytu osoby chorej na choroby otępienne w MDOM

Przyjęcia do MDOM dokonuje zespół terapeutyczny. W przypadku braku zgodności członków zespołu terapeutycznego o przyjęciu decydować będzie decyzja lekarza specjalisty, będącego członkiem zespołu terapeutycznego.

Uczestnik zakwalifikowany do otrzymywania wsparcia w ramach programu otrzymuje je maksymalnie do dnia zakończenia realizacji programu, tj. do 31 grudnia 2028 r. lub spełnienia przynajmniej jednego kryterium wyłączenia.

Beneficjent zobowiązany jest do stworzenia indywidualnego planu opieki dla każdego Uczestnika.

Ewaluacja każdego Uczestnika musi być prowadzona indywidualnie co 4 miesiące podczas pobytu w MDOM, na podstawie obserwacji jego stanu psychicznego i fizycznego, testów psychologicznych, analizy dokumentacji prowadzonej w MDOM oraz wywiadów wśród kadry MDOM i Opiekunów faktycznych Uczestników. Wynik ewaluacji będzie decydował o możliwości dalszego uczestnictwa w MDOM. W razie indywidualnej potrzeby, w wyjątkowych sytuacjach np. pogorszenia stanu zdrowia Uczestnika, ewaluacja może zostać przeprowadzona wcześniej niż po upływie 4 miesięcy.

Ewaluację prowadzi neuropsycholog lub psycholog lub inny członek zespołu terapeutycznego, na podstawie zebranych informacji od całego zespołu terapeutycznego.

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

VI. Organizacja MDOM

Beneficjentem może być wyłącznie podmiot wykonujący działalność leczniczą – zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Beneficjent zobowiązany jest aby MDOM, najpóźniej w dniu rozpoczęcia realizacji świadczeń zdrowotnych, stanowił wyodrębnioną strukturalnie część podmiotu leczniczego. Wyodrębnienie rozumiane jest jako nadanie kodu resortowego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie

systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (kod 2800 Ośrodek opieki medycznej dzienny).

MDOM musi funkcjonować przez cały rok we wszystkie dni robocze, (poniedziałek – piątek) z wyłączeniem dni świątecznych, co najmniej 9 godzin dziennie w sposób ciągły, w godzinach dostosowanych do potrzeb pacjentów i ich Opiekunów faktycznych.

Beneficjent zobowiązany jest do opracowania i stosowania regulaminu organizacji i wsparcia w ramach MDOM, który opublikowany będzie najpóźniej w dniu rozpoczęcia realizacji projektu na stronie internetowej Beneficjenta oraz w jego siedzibie. W regulaminie zostaną wskazane szczegółowe zasady organizacji MDOM. Program stanowi wytyczne do prowadzenia MDOM.

W ramach MDOM nie będzie finansowana farmakoterapia.

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

Warunki realizacji świadczeń w ramach MDOM:

1. Beneficjent musi wykonywać interwencje w ramach programu stawiając dobro uczestników jako wartość nadrzędną i zapewnić im najwyższy możliwy poziom bezpieczeństwa na każdym etapie udziału w programie.
2. Beneficjent podczas udzielania świadczeń medycznych w ramach programu musi przestrzegać zapisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. Wszystkie interwencje w ramach programu muszą być udzielane uczestnikom programu bezpłatnie.
4. Udział w programie jest dobrowolny.
5. Świadczenia udzielane w ramach programu nie mogą powielać u danego uczestnika świadczeń finansowanych w ramach NFZ.
6. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu musi być prowadzona i przechowywana w siedzibie Beneficjenta zgodnie

z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych. Dane osobowe osób biorących udział w programie nie będą udostępniane osobom trzecim, a ich administratorem będzie Beneficjent.

VII. Zakres świadczeń udzielanych w ramach MDOM

VII.1. Świadczenia i działania obligatoryjne w ramach MDOM

- 1) MDOM ma na celu objęcie opieką dzienną 16-20 Uczestników. Opieka musi być realizowana co najmniej przez 9 godzin dziennie od poniedziałku do piątku (dni robocze). W razie rezygnacji lub wykluczenia ze wsparcia Uczestnika, w celu objęcia opieką 16-20 Uczestników, kolejna osoba jest rekrutowana z listy rezerwowej, do której prowadzenia zobowiązany jest Beneficjent. O miejscu na liście rezerwowej decyduje kolejność zgłoszeń.
- 2) Beneficjent zapewni dostępność personelu w zakresie wymienionym w rozdziale IX.
- 3) Beneficjent zapewni wyżywienie w postaci co najmniej dwóch posiłków (w tym jeden gorący), uwzględniających dietę zalecaną dla osób starszych oraz indywidualne potrzeby zdrowotne Uczestników.
- 4) Beneficjent zapewni usługi opiekuńczo – pielęgnacyjne polegające na:
 - a) nadzorze oraz pomocy pielęgniarki pełniącej rolę wspomagającą – opiekuńczą i edukacyjną, bez prowadzenia farmakoterapii, ale zapewniając monitorowanie zażycia leków posiadanych przez uczestnika,
 - b) nadzorze i wsparciu opiekuna medycznego w udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych oraz zapewnieniu opieki higienicznej w niezbędnym zakresie.
- 5) Beneficjent zapewni Uczestnikom:
 - a) konsultacje i poradnictwo psychologiczne dostosowane do indywidualnych potrzeb i zakresu deficytów w funkcjonowaniuKadra: psycholog/neuropsycholog.

Celem konsultacji psychologicznych jest diagnoza potrzeb danej osoby, zrozumienie problemu, zaplanowanie sposobu rozwiązania problemów, wsparcie w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami, psychoedukacja.

- b) zajęcia terapeutyczne (grupowo i/lub indywidualnie w zależności od możliwości i potrzeb Uczestników).

Kadra: terapeuta zajęciowy przy współpracy z psychologiem.

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

- treningi funkcji poznawczych – stymulowanie procesów poznawczych, przede wszystkim poprawę pamięci, koncentracji, myślenia, funkcjonowania wzrokowo przestrzennego, funkcji językowych;
- treningi umiejętności codziennych – podniesienie poziomu samodzielności w życiu codziennym, umiejętności samodyscypliny, integracja w grupie, zaspokojenie potrzeb bezpieczeństwa oraz akceptacji;
- terapia zajęciowa – wykonywanie czynności, które w przeszłości stanowiły dla chorego źródło satysfakcji. Czynnościami tymi mogą być majsterkowanie, szydełkowanie, robienie na drutach, pielęgnacja roślin, praca w ogródku, prace domowe czy kuchenne. Terapia ta zaspokaja psychospołeczne potrzeby chorych, podtrzymuje zachowane umiejętności, a także przeciwdziała występowaniu zaburzeń zachowania i daje poczucie „bycia potrzebnym”;
- arteterapia – to forma terapii, która wykorzystuje sztukę do wyrażania emocji, przepracowywania istotnych wydarzeń życiowych oraz poprawy samopoczucia. Tu najważniejszy jest sam proces twórczy, a nie efekt końcowy. Proces twórczy pozwala na werbalizację emocji, wyrażanie ekspresji twórczej, relaksację. Zajęcia arteterapeutyczne sprzyjają utrzymaniu dobrej kondycji psychofizycznej, wyzwalają pozytywne emocje;
- terapia reminiscencyjna – polega na odwoływaniu się do przeżyć i doświadczeń z przeszłości chorego przy użyciu różnego rodzaju

bodźców. Terapia ta oddziałuje na procesy poznawcze, wpływa na nastrój, należy starać się przywoływać pozytywne, radosne wspomnienia, a unikać nieprzyjemnych przeżyć. Usprawnia zdolność komunikacji, zarówno werbalnej jak i pozawerbalnej, ma ona istotne znaczenie dla podtrzymania poczucia tożsamości chorego;

- trening kulinarny – wspólne przygotowywanie prostych potraw. Zajęcia wpływają na podniesienie poziomu samodzielności jak również zaradności w czynnościach dnia codziennego, ćwiczą pamięć;
- biblioterapia – praca z tekstem, wykorzystująca szeroko pojętą literaturę. Terapia ta wspomaga koncentrację i pamięć, podnosi umiejętności komunikowania się z otoczeniem, wyzwala pozytywne i przyjemne emocje;
- usprawnianie psychofizyczne – spacerowanie na świeżym powietrzu, ćwiczenia poruszania się w nowym, nieznanym terenie, trening sprawnego ubierania się do wyjścia, podtrzymanie kondycji ruchowej.

c) zajęcia fizjoterapeutyczne (grupowo i/lub indywidualnie w zależności od możliwości i potrzeb Uczestników).

Kadra: fizjoterapeuta.

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

d) opiekę pielęgniarską oraz możliwość udziału w zajęciach z edukacji zdrowotnej (grupowo);

Kadra: pielęgniarka

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

e) zajęcia logopedyczne (grupowo i/lub indywidualnie w zależności od możliwości i potrzeb Uczestników);

Kadra: logopeda/neurologopeda.

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

- f) konsultacje dietetyczne (grupowo);

Kadra: dietetyk.

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

- g) konsultacje z pracownikiem socjalnym (grupowo);

Kadra: pracownik socjalny.

Konsultacje mają na celu udzielanie informacji o formach pomocy dla chorych na choroby otępienne oraz wsparcie w tworzeniu istotnych pism, wsparcie Opiekunów faktycznych w tymże zakresie, edukację Uczestników, pomoc w sytuacjach kryzysowych

Ponadto dla Opiekunów faktycznych osób z chorobami otępiennymi

Beneficjent musi zapewnić (działania obligatoryjne):

- h) grupę wsparcia dla Opiekunów faktycznych;

Kadra: psycholog

Utworzenie grupy wsparcia umożliwi wymianę doświadczeń Opiekunów faktycznych, integrację, nawiązanie kontaktów społecznych. Spotkania grupy wsparcia powinny odbywać się minimum raz w miesiącu, a udział w grupie wsparcia nie jest obowiązkowy;

- i) psychoedukację;

Kadra: psycholog

Obowiązkowa dla wskazanego Opiekuna faktycznego, w formie indywidualnej lub grupowej, przeprowadzana w ciągu pierwszego miesiąca od przyjęcia nowego uczestnika;

- j) spotkanie podsumowujące udział uczestnika po ewaluacji, z elementami psychoedukacji. Udział w spotkaniach jest obowiązkowy. Spotkanie może być przeprowadzone w formie online.

Dla Opiekunów faktycznych osób z chorobami otępiennymi Beneficjent musi także zapewnić obligatoryjnie co najmniej jedno z poniższych działań:

k) Poradnictwo prawne;

Kadra: radca prawny

Porady prawne udzielane Opiekunom faktycznym i uczestnikom związane z zagadnieniami dot. chorób otępiennych;

l) Konsultacje psychologiczne;

Kadra: psycholog

Celem konsultacji psychologicznych jest wsparcie danej osoby w radzeniu sobie z chorobą otępienną osoby bliskiej.

VII.2 Dodatkowe (fakultatywne) działania i świadczenia możliwe do realizacji w ramach MDOM

1. W ramach MDOM można realizować **fakultatywnie terapię/terapię wymienioną/e poniżej:**

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

- f) Inna wyżej niewymieniona terapia wskazana dla osób z chorobami otępiennymi i ich Opiekunów faktycznych – po uzasadnieniu przez beneficjenta zasadności jej zastosowania.

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

2.1. Dla Uczestników:

- a) Organizacja wydarzeń okolicznościowych, wycieczek i wydarzeń kulturalno – oświatowych dla uczestników MDOM i ich Opiekunów faktycznych oraz spotkań z okazji świąt okolicznościowych, np. Dzień Babci i Dziadka itp.

W spotkaniach tych mogą brać udział uczestnicy, ich bliscy, zatrudniona kadra oraz zaproszeni goście. Spotkania mają umożliwić integrację grupy, wzmocnienie więzi między uczestnikami i ich Opiekunami faktycznymi, jak również integrację ze środowiskiem lokalnym. Ramy czasowe organizacji ww. wydarzeń i spotkań nie mogą wykroczać godzin funkcjonowania MDOM.

- b) Warsztaty dietetyczne.

Kadra: dietetyk.

Celem warsztatów dietetycznych jest praktyczne kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych

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

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

Dodatkowo, Beneficjent może zapewnić możliwość dowożenia Uczestników do MDOM oraz ich powrót do miejsca zamieszkania, w tym zapewnienie transportu na miejsca zajęć/terapii, jeśli są organizowane poza terenem ośrodka. W takim przypadku Beneficjent ureguje kwestię dojazdu w regulaminie MDOM.

VIII. Mierniki

W ramach sprawozdania z realizacji projektu, każdy Beneficjent zobowiązany jest do przekazania informacji **specyfikujących projekt, jak również przykładowych rodzajów rezultatów możliwych do osiągnięcia w trakcie realizacji projektu**

– w tym rezultatów ilościowych zawierającej dane ze sprawozdawanego okresu:

- liczbę kandydatów na Uczestników aplikujących do udziału (w tym wpisanych na listę rezerwową w ostatni dzień okresu objętego sprawozdaniem);

- liczbę kandydatów na Uczestników niezakwalifikowanych do udziału;
- łączną liczbę Uczestników, która skorzystała ze wsparcia w całym okresie realizacji;
- liczbę Uczestników, która zrezygnowała z udziału w realizacji lub została wykluczona ze względu na długotrwałą nieobecność;
- liczbę Uczestników przyjętych dodatkowo w związku z rezygnacją innych uczestników lub ich długotrwałą nieobecnością;
- liczbę Uczestników, która została wykluczona z realizacji projektu w wyniku przeprowadzonej ewaluacji;
- liczbę przyjętych nowych Uczestników w związku z wykluczeniem innych w wyniku przeprowadzonej ewaluacji;
- łączna liczba członków Opiekunów faktycznych Uczestników biorących udział w projekcie, która skorzystała z grup wsparcia;
- łączna liczba przeprowadzonych psychoedukacji dla Opiekunów faktycznych Uczestników;
- łączna liczba przeprowadzonych spotkań podsumowujących po ewaluacji, z elementami psychoedukacji.

Monitoring programu będzie polegał na zbieraniu informacji o osiągnięciu mierników realizacji programu - zgodnie z załącznikiem A. Szczegóły w zakresie formy i terminów składania ww. sprawozdanie zostaną wskazane w umowie o dofinansowanie.

IX. Personel MDOM:

A. Personel obowiązkowy:

Zespół terapeutyczny:

- Psycholog lub neuropsycholog – w każdy dzień funkcjonowania MDOM, co najmniej 1h/Uczestnika tygodniowo;
- Pielęgniarka – w każdy dzień funkcjonowania MDOM (co najmniej 8h dziennie);
- Lekarz posiadający specjalizację z zakresu geriatricznej lub neurologii lub psychiatrii lub chorób wewnętrznych – co najmniej 4 x w miesiącu (w wymiarze łącznym 4h/miesięcznie).

Pozostały personel obowiązkowy:

- Opiekun medyczny – w każdy dzień funkcjonowania MDOM (przez cały czas dostępności MDOM dla uczestników);
- Terapeuta zajęciowy – w każdy dzień funkcjonowania MDOM, (co najmniej 4h dziennie);
- Fizjoterapeuta – w każdy dzień funkcjonowania MDOM (w wymiarze łącznym 6h/tydzień);
- Dietetyk - co najmniej 2 x w miesiącu (w wymiarze łącznym 2h/miesięcznie);
- Logopeda lub neurologopeda – co najmniej. 4 x w miesiącu (w wymiarze łącznym 4h/miesięcznie);
- Pracownik socjalny – co najmniej. 2 x w miesiącu (w wymiarze łącznym 2h/miesięcznie).

B. Personel fakultatywny:

- prawnik,
- choreoterapeuta,
- muzykoterapeuta,
- osoba od gimnastyki korekcyjno – kompensacyjnej lub masażysta,
- inny personel w zależności od prowadzonej terapii związanej z chorobami otępiennymi.

X. Okres realizacji i budżet

Realizacja „Mazowieckiego programu wsparcia dziennego dla osób starszych z zespołami otępiennymi oraz ich bliskich” została zaplanowana lata 2025-2028.

Planowany budżet na realizację programu wynosi: 85 811 823,53 zł, w tym:

- dofinansowanie ze środków UE;
- wkład krajowy (dofinansowanie ze środka Budżetu Państwa + wkład własny beneficjentów).

Budżet programu może zostać zwiększony lub zmniejszony. Szczegółowe informacje znajdują się w ogłoszeniu o naborze wniosków. Szczegóły dotyczące realizacji i finansowania MDOM zostaną zawarte w umowach o dofinansowanie projektu współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Miesięczny koszt prowadzenia 1 MDOM-u, w którym przebywa od 16 do 20 Uczestników, nie może przekroczyć 120 000,00 zł (w tym koszty bezpośrednie oraz

koszty pośrednie). W przypadku, gdy Beneficjent nie obejmie wsparciem co najmniej 16 osób (średnio w ciągu miesiąca), to maksymalny koszt na 1 uczestnika projektu ustalony jest w wysokości 6 000,00 zł (niezależnie od liczby osób).

Okres realizacji projektu nie może być krótszy niż 24 miesiące, w tym czas przeznaczony na prace dostosowawcze.

Budżet Programu umożliwia objęcie wsparciem co najmniej 304 Uczestników i 304 Opiekunów faktycznych.

XI. ZAŁĄCZNIK A.

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA Mazowieckiego programu wsparcia dziennego dla osób starszych z zespołami otępiennymi oraz ich bliskich

- 1) **Beneficjent:**
- 2) **Numer umowy:**
- 3) **Rodzaj sprawozdania:** KOŃCOWE/ROCZNE (niewłaściwe skreślić)
- 4) **Okres za jaki składane jest sprawozdanie:**

I. SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE:

- 1) **Opis przebiegu realizacji programu, w tym wykonania zakładanych działań.**

.....

.....

.....

.....

.....

2) Mierniki projektu

Lp.	Wskaźnik	Wartość
1.	Liczba kandydatów na Uczestników aplikujących do udziału w projekcie (w tym wpisanych na listę rezerwową w ostatni dzień okresu objętego sprawozdaniem)	
2.	Liczba kandydatów na Uczestników niezakwalifikowanych do udziału w projekcie	
3.	Łączna liczba Uczestników, którzy skorzystali ze wsparcia w całym okresie realizacji projektu	
4.	Liczba Uczestników, którzy zrezygnowali z udziału w realizacji projektu/zostali wykluczeni ze względu na liczbę nieobecności	
5.	Liczba Uczestników przyjętych dodatkowo w związku z rezygnacją innych uczestników/wykluczeniem z powodu nieobecności	
6.	Liczba Uczestników, którzy zostali wykluczeni z realizacji projektu w wyniku przeprowadzonej ewaluacji	
7.	Liczba przyjętych nowych Uczestników w związku z wykluczeniem innych w wyniku przeprowadzonej ewaluacji	
8.	Łączna liczba członków Opiekunów faktycznych Uczestników	

	biorących udział w projekcie, która skorzystała z grup wsparcia	
9.	Łączna liczba przeprowadzonych psychoedukacji dla członków Opiekunów faktycznych Uczestników	
10.	Łączna liczba przeprowadzonych spotkań podsumowujących po ewaluacji, z elementami psychoedukacji	