

# Dzienne Domy Opieki Medycznej (DDOM) jako nowy model kompleksowej opieki nad pacjentem geriatrycznym w Polsce

## *Day Care Homes (DDOM) as a model of comprehensive care for geriatric patients in Poland*

Leszek Warsz<sup>1,2</sup> , Mateusz Jankowski<sup>3</sup> , Magdalena Bogdan<sup>1</sup> , Artur Prusaczyk<sup>1</sup> , Paweł Żuk<sup>1</sup>, Mariusz Gujski<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o. o., Polska; <sup>2</sup> Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Polska; <sup>3</sup> Zakład Zdrowia Populacyjnego, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Polska

Autor korespondencyjny: Leszek Warsz ([leszek.warsz@centrum.med.pl](mailto:leszek.warsz@centrum.med.pl))  
Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o. o., Polska;

Finansowanie: Brak

Konflikt interesów: Nie zgłoszono

### Streszczenie

Słowa kluczowe: *starzenie się, ocena geriatryczna, opieka geriatryczna*

**Wprowadzenie i cel:** Starzenie się społeczeństwa wymusiło zmiany organizacji opieki geriatrycznej, w tym tworzenie jej nowych form, do których zaliczają się Dzielne Domy Opieki Medycznej (DDOM). Celem pracy była charakterystyka modelu opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym pacjentami geriatrycznymi) w Dziennych Domach Opieki Medycznej funkcjonujących w Polsce w latach 2016-2023. Analizie poddano dane dotyczące organizacji i funkcjonowania Dziennych Domów Opieki Medycznej w Polsce, w tym na podstawie aktów prawnych, informacji publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej oraz stron internetowych i dokumentów placówek prowadzących DDOM w Polsce.

**Skrócony opis stanu wiedzy:** Dzienny Dom Opieki Medycznej jest instytucją opiekuńczo-leczniczą przeznaczoną dla osób niesamodzielnych, w tym starszych, zagrożonych hospitalizacją lub bezpośrednio po niej. Tworzenie i prowadzenie pierwszych 52 Dziennych Domów Opieki Medycznej w Polsce rozpoczęło się w roku 2015 od pilotażu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej. Odbiorcami wsparcia w ramach DDOM są osoby, które na skali poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymały od 40 do 65 punktów, w szczególności chorzy po 65. roku życia. Świadczenie DDOM jest bezpłatne. Czas pobytu pacjenta w dziennym domu opieki powinien zawierać się pomiędzy 30 a 120 dniami roboczymi. DDOM-y zapewniają uczestnikom programu: zajęcia rehabilitacyjne, opiekę pielęgniarską, konsultacje medyczne, stymulację procesów poznawczych, terapię zajęciową i zajęcia dodatkowe, wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych. Opieka pacjentów realizowana jest przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny.

**Streszczenie:** Dzienny Dom Opieki Medycznej jest usługą medyczną dedykowaną osobom niepełnosprawnym, zwłaszcza starszym. Pobyt w DDOM-u przyczynia się do poprawy stanu zdrowia pacjenta w wymiarze funkcjonalnym, fizycznym i psychicznym. Ponadto funkcjonowanie DDOM-ów pozytywnie wpływa na cały system opieki zdrowotnej w Polsce poprzez odciążenie form leczenia zamkniętego i otwartego. Bariere stanowią ograniczone ramy czasowe i finansowe projektu.

### Abstract

**Key words:** *aging, geriatric assessment, health services for the aged*

**Introduction and objective:** The aging of the population forced changes in the organization of geriatric care, including health services for the aged like Day Medical Care Homes (DDOM). The study aimed to characterize the model of care for dependent people (including geriatric patients) in Day Medical Care Homes operating in Poland in the years 2016-2023. Data on the organization and operation of Day Medical Care Home in Poland were analyzed, including based on legal acts (acts and regulations), information published by the government, as well as websites and documents of facilities running Day Care Homes in Poland.

**What's already known about this topic?** The Day Medical Care Home is a care and treatment institution intended for dependent people, including the elderly, and those at risk of hospitalization or immediately after it. The creation and operation of the first 52 Day Medical Care Homes in Poland began in 2015 with a pilot project co-financed by the European Union. The recipients of support under DDOM are people who received from 40 to 65 points on the Barthel scale, in particular, patients over 65 years of age. The DDOM service is free of charge. The patient's stay in a DDOM should be between 30 and 120 working days. DDOMs provide program participants with rehabilitation classes, nursing care, medical consultations, stimulation of cognitive processes, occupational therapy, and additional activities, and necessary diagnostic tests. Patient care is provided by a multidisciplinary therapeutic team.

**Abstract:** The Day Medical Care Home is a medical service dedicated to disabled people, especially the elderly. A stay at DDOM contributes to improving the patient's health in functional, physical, and mental dimensions. Moreover, the functioning of DDOMs has a positive impact on the entire healthcare system in Poland by relieving the burden on inpatient and outpatient forms of treatment. The barrier is the limited time and financial framework of the project.

Otrzymano: 27.11.2023  
Zaakceptowano: 04.01.2024  
Opublikowano: 04.01.2024

## Wprowadzenie

Starzenie się można zdefiniować jako związane z upływem czasu pogorszenie funkcji fizjologicznych niezbędnych do przeżycia i płodności [1]. Starość to nieunikniony efekt procesu starzenia się, w którym kolejno następujące zmiany biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać względem siebie synergicznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej bez możliwości przeciwdziałania [2]. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) umowną granicę starości wyznacza sześćdziesiąty rok życia, natomiast według Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) jest nią sześćdziesiąty piąty rok życia [3]. Efektem starzenia się poszczególnych jednostek (starzenie osobnicze) jest starzenie się ludzkości w wymiarze globalnym (starzenie populacyjne). Wyznacznikami tego procesu są: wzrost odsetka osób starszych w społeczeństwie, wydłużenie przeciętnego trwania życia oraz zwiększanie się mediany wieku populacji ogólnej [4]. Według szacunków WHO do 2025 roku liczba starszych mieszkańców Ziemi wzrośnie do 1,2 miliarda [5]. Oznacza to, że seniorem będzie wkrótce co siódmy z 8 miliardów wszystkich mieszkańców naszego globu. Opisane wyżej ogólnoswiatowe zjawiska senilizacji szczególnie wyraźnie zaznaczone są w krajach wysoko rozwiniętych. Dane Europejskiego Urzędu Statystycznego (Eurostat) [6] pokazują, że mediana wieku ludności Unii Europejskiej systematycznie wzrasta i na dzień 1 stycznia 2022 r. wyniosła ona 44,4 natomiast udział osób 65-letnich i starszych w populacji UE wzrósł z 16% w 2002 r. do 21% w 2022 r. Jeśli chodzi o starzenie się społeczeństwa Polskiego, to według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) [7], na koniec 2022 r. osoby w wieku co najmniej 60 lat stanowiły 25,9%, czyli 9,8 mln z 37,7 mln osób zamieszkujących nasz kraj.

Seniorzy stanowią powiększającą się grupę społeczeństwa, zróżnicowaną zarówno pod względem socjodemograficznym, jak też zdrowotnym [8], co odzwierciedlają wyniki licznych badań, w tym projektu badawczego POLSENIOR „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce” [9], czy POLSENIOR 2 [10]. Seniorzy częściej niż osoby młodsze korzystają ze świadczeń medycznych. W roku 2021 osoby powyżej 65. roku życia skorzystały w Polsce z 98 mln porad lekarskich w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, z czego w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) z ponad 59,5 mln porad, co stanowiło ponad 1/3 ogółu porad w tym zakresie, a w opiece specjalistycznej (AOS) udzielono 33,5 mln porad lekarskich osobom starszym, co również stanowiło 1/3 wszystkich porad specjalistycznych [11]. Według raportów Najwyższej Izby Kontroli [12, 13] funkcjonujący w Polsce system opieki geriatrycznej nie zapewnia seniorom prawidłowej i wystarczającej opieki. Kluczowym problemem w rozwoju geriatry w Polsce, dotychczas nierozwiązanym, pozostaje zbyt mała liczba personelu medycznego mającego kwalifikacje w tej dziedzinie. Zbyt mała jest również liczba poradni i oddziałów geriatrycznych. Według danych Ministerstwa Zdrowia [11] na koniec 2021 r. w polskich szpitalach funkcjonowało 61 oddziałów geriatrycznych, które dysponowały 1236 łózkami, natomiast umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie poradni

geriatrycznej miało podpisane 91 świadczeniodawców. Systemowe działania pod nazwą „polityka senioralna” [14] mają na celu wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych poprzez podejmowania działań ukierunkowanych na wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi). Do takich form opieki należą instytucje opieki pośredniej, łączące funkcje lecznicze z opiekuńczymi, rekreacyjnymi, czy edukacyjnymi jak kluby seniora, uniwersytety Trzeciego Wieku, ośrodki rehabilitacji dziennej, Dzielne Domy Wsparcia czy Dzielne Domy Opieki Medycznej.

## Cel

Celem pracy była charakterystyka modelu opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym pacjentami geriatrycznymi) w Dzielnych Domach Opieki Medycznej funkcjonujących w Polsce w latach 2016-2023.

## Opis stanu wiedzy

Zebrano i przeanalizowano dane dotyczące rozwiązań z zakresu sytuacji zdrowotnej osób starszych i organizacji opieki senioralnej. Dane uzyskano na podstawie informacji publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia [11], Najwyższą Izbę Kontroli [12, 13] oraz Główny Urząd Statystyczny [7]. Ponadto, analizie poddano regulacje prawne dotyczące organizacji i funkcjonowania Dzielnych Domów Opieki Medycznej w Polsce (Standard DDOM i inne zasady dotyczące wsparcia DDOM opisane w załącznikach do Regulaminu naboru PO WER) [15, 16].

W analizie modelu opieki nad osobami niesamodzielnymi w Dzielnych Domach Opieki Medycznej uwzględniono następujące obszary funkcjonowania DDOM:

- główne założenia i cele działania;
- podstawy prawne funkcjonowania DDOM;
- finansowanie DDOM;
- grupa docelowa;
- zasady kwalifikacji do DDOM;
- struktura organizacyjna DDOM oraz regulacje dotyczące organizacji opieki w DDOM;
- perspektywa pacjenta w DDOM i wpływ pobytu w DDOM na stan funkcjonalny pacjenta;
- porównania DDOM do innych form deinstytucjonalizacji opieki nad pacjentem geriatrycznym lub zagrożonym niesamodzielnnością.

## Założenia i cele działania Dzielnych Domów Opieki Medycznej

Dzielny Dom Opieki Medycznej (DDOM) jest instytucją opiekuńczo-leczniczą przeznaczoną dla osób niesamodzielnnych, w tym starszych, zagrożonych hospitalizacją lub bezpośrednio

po niej, która oferuje różnorodność i kompleksowość form opieki świadczonej bez oderwania pacjenta od środowiska domowego [15, 16]. Pobyt w Dziennym Domu Opieki Medycznej ma służyć poprawie stanu zdrowia pacjentów w wymiarze fizycznym, psychicznym oraz funkcjonalnym; zapobiegać niepomyślnemu starzeniu, poprawiać funkcjonowanie i jakość życia osób starszych i zagrożonych niepełnosprawnością, przeciwdziałać ich wykluczeniu społecznemu [15, 16]. Pobyt pacjenta w DDOM ma także pozytywnie wpływać na system opieki zdrowotnej poprzez promowanie deinstytucjonalizacji form opieki nad osobami starszymi (zapobieganie umieszczeniu osób w opiece instytucjonalnej, o ile nie wymaga tego stan zdrowia i bezpieczeństwo danej osoby lub jej otoczenia), a także zmniejszenie częstości hospitalizacji osób przewlekle chorych. Szczegółowe cele i zasady funkcjonowania Dziennych Domów Opieki Medycznej określa Standard DDOM opisany w załącznikach do regulaminu naboru [15, 16].

#### *Podstawy prawne i finansowe funkcjonowania Dziennych Domów Opieki Medycznej*

Tworzenie i prowadzenie pierwszych 52 Dziennych Domów Opieki Medycznej w Polsce rozpoczęło się w roku 2015 od pilotażu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) [16]. Najwięcej DDOM w ramach PO WER zostało utworzonych w województwach małopolskim i śląskim (po 8), lubelskim (7) i mazowieckim (6). Jedynie w województwie wielkopolskim nie utworzono żadnego DDOM [17]. Organami tworzącymi DDOM-y są samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, podmioty niepubliczne działające na rynku usług zdrowotnych, instytuty badawcze, organizacje pozarządowe, jednostki samorządu terytorialnego i Kościół Katolicki [17]. Pierwszych pacjentów DDOM-y zaczęły przyjmować w lipcu 2016 roku.

Podstawy prawno-organizacyjne Dziennych Domów Opieki Medycznej określają:

- „Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014-2020” (Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020 [14];
- „Standardy postępowania w opiece geriatrycznej”, Zespół do spraw gerontologii, powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2008 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw gerontologii (Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 13, poz. 87, z późn. zm.) [14];
- Zalecenia zawarte w Informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach przeprowadzanej w Ministerstwie Zdrowia kontroli P/14/062 Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym” [13].

Zgodnie z założeniami projektu DDOM - standard Dziennego Domu Opieki Medycznej został pilotażowo przetestowany

w ramach PO WER, a następnie upowszechniony z wykorzystaniem środków Regionalnych Programów Operacyjnych w ramach perspektywy finansowej na lata 2014-2020 [15-17]. Kwota przeznaczona na dofinansowanie projektów Dziennych Domów Opieki Medycznej wyłonionych w ramach konkursu w Działaniu 5.2 PO WER pierwotnie wynosiła ogółem 40 000 000,00 PLN, przy czym maksymalna dopuszczalna kwota dofinansowania na pojedynczy projekt nie mogła przekroczyć 1 000 000 PLN [17]. Do realizacji wybrano 53 projekty na łączną kwotę 53 403 818,08 PLN (w tym 51 189 304,85 PLN dofinansowania ze środków EFS). Średnia wartość wnioskowanego dofinansowania wynosiła 965 835,94 PLN [17].

#### *Grupa docelowa Dziennych Domów Opieki Medycznej i zasady kwalifikacji*

Zgodnie ze „Standardem DDOM” [15, 16] odbiorcami wsparcia w ramach DDOM są osoby, które na skali poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymały od 40 do 65 punktów, w szczególności chorzy po 65. roku życia [18]. Do Dziennego Domu Opieki Medycznej mogą zostać skierowani pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, jeśli ich stan zdrowia wymaga opieki pielęgniarskiej, terapii farmakologicznej, rehabilitacji, a także wsparcia i edukacji zdrowotnej, w tym doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej. Do DDOM przyjęci mogą być także pacjenci, którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielono świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego [15, 16]. Wykluczone ze wsparcia są osoby przebywające wcześniej na oddziałach rehabilitacyjnych, w aktywnej fazie choroby nowotworowej, choroby psychicznej, dotknięte otępieniem, uzależnienie od substancji psychoaktywnych [15,16]. Tryb kierowania pacjentów do Dziennego Domu Opieki Medycznej odbywa się na podstawie skierowania oraz karty oceny stanu klinicznego wraz z określeniem poziomu skali Barthel [18]. Skierowanie wydawane jest przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w szpitalu. Pacjenci spełniający powyższe kryteria składają wymaganą dokumentację [15, 16]:

- skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej oraz kartę oceny stanu klinicznego wg skali Barthel, wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lub, w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym, przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu,
- deklarację udziału w projekcie,
- zgodę na transport i zobowiązanie pacjenta do przestrzegania Regulaminu Dziennego Domu Opieki Medycznej oraz zgodę i zobowiązanie osoby wskazanej jako opiekun do współpracy w trakcie pobytu pacjenta (w tym odbywania edukacji).

Koordynator każdej placówki prowadził listę oczekujących pacjentów. O kolejności przyjęcia decydowała wyłącznie kolejność składanych dokumentów.

*Zasady organizacyjne Dziennych Domów Opieki Medycznej*

Świadczenie DDOM jest bezpłatne. Podczas jednego turnusu może przebywać równocześnie od 10 do 15 pacjentów. Gwarantuje to zapewnienie warunków zbliżonych do domowych, maksymalna liczba pacjentów nie może przekroczyć 25 osób. Wynika to ze „Standardu Dziennego Domu Opieki Medycznej [15, 16] oraz z zaleceń zawartych w opublikowanych raportów z ewaluacji projektów PO WER” [17]. Pomieszczenia Dziennego Domu Opieki Medycznej są dostosowane dla osób niesamodzielnych i starszych.

Czas pobytu pacjenta w dziennym domu opieki powinien zaważać się pomiędzy 30 a 120 dniami roboczymi [15, 16]. W przypadku rezygnacji pacjenta ze świadczonych usług, bądź też pogorszenia jego stanu zdrowia pobyt w DDOM może zostać skrócony. Pacjenci pozostają w domu opieki medycznej od poniedziałku do piątku, przez 5 dni w tygodniu, od 8 do 10 godzin dziennie, nie mniej niż 4 godziny dziennie [15, 16]. DDOM-y zapewniają uczestnikom programu zajęcia rehabilitacyjne, opiekę pielęgniarską, konsultacje medyczne, stymulację procesów poznawczych, terapię zajęciową i zajęcia dodatkowe, wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych. Poza świadczeniami medycznymi pacjenci otrzymują także odpowiednie dla stanu zdrowia wyżywienie [15, 16]. Zagwarantowane są dodatkowe zajęcia w czasie wolnym, a także transport. Opieka pacjentów realizowana jest przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny obejmujący [15, 16]:

- pielęgniarkę pełniącą funkcję kierownika zespołu sprawującego opiekę nad pacjentem,
- lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej,
- lekarza specjalistę w dziedzinie geriatry,
- pielęgniarkę posiadającą doświadczenie zawodowe w opiece nad osobami przewlekle chorymi,
- osoby prowadzące fizjoterapię,
- opiekuna medycznego,
- terapeutę zajęciową,
- psychologa lub psychoterapeutę.

Opcjonalnie do zespołu terapeutycznego zaangażowany może zostać dietetyk, logopeda, farmaceuta.

W zakres wsparcia udzielanego pacjentom DDOM-u zalicza się następujące świadczenia i działania [15, 16]:

1. Wstępna oraz bieżąca ocena i opieka pielęgniarska, określenie poziomu zapotrzebowania na opiekę, ocena sprawności czynnościowej w skali Barthel i IADL [19], pomiary antropometryczne, pomiary parametrów życiowych (RR, temperatura), badania laboratoryjne (analiza moczu, morfologia, białko C-reaktywne, glukoza, hormon tyreotropowy, cholesterol całkowity, albuminy, kreatynina z oceną filtracji kłębuszkowej, transaminaza alaninowa, sód, potas), EKG.
2. Wstępna i bieżąca ocena oraz opieka lekarska - specjalista geriatra, w tym test rysowania zegara [20], ocena w skali NYHA [21], edukacja prozdrowotna.

3. Wstępna i bieżąca ocena oraz opieka lekarska - specjalista rehabilitacji medycznej, zlecenie zabiegów kinezyterapeutycznych i fizykoterapeutycznych, ocena chodu i równowagi
4. Opieka fizjoterapeuty: ocena chodu i równowagi (test Tinetti [22], test „wstań i idź” (TUG)) [23], realizacja zleconego dziennego planu fizjoterapii, obejmującego: indywidualną pracę z pacjentem 30 min./dz., ćwiczenia wspomagające 15 min./dz., ćwiczenia czynne w odciążeniu i z oporem 15 min./dz., ćwiczenia czynne wolne i z oporem, ćwiczenia izometryczne, nauka czynności lokomocji, inne formy kinezyterapii, ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające, masaż suchy częściowy, masaż limfatyczny ręczny, galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, tonoliza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, prądy TENS, prądy TRABERTA, ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza, pole elektromagnetyczne wysokiej i niskiej częstotliwości, naświetlanie promieniowaniem UV miejscowe, laseroterapia skaner i punktowa, krioterapia miejscowa.
5. Diagnoza i terapia psychologiczna; Ocena w geriatrycznej skali depresji (GDS) [24], skali depresji Hamiltona [25], krótka ocena stanu psychicznego (MMSE) [26], konsultacje, wsparcie, trening funkcji poznawczych, psychoedukacja, trening relaksacyjny.
6. Diagnoza i leczenie dietetyczne, ocena odżywienia w skali (MNA-Mini Nutritional Assessment) [27], edukacja dietetyczna, interwencje żywieniowe, opracowanie jadłospisu.
7. Terapia zajęciowa, w tym ludoterapia, trening kulinarny, biblioterapia, arteterapia, ergoterapia, muzykoterapia, spacer, film, zajęcia plastyczne, trening społeczny i trening interpersonalny
8. Diagnoza i terapia logopedyczna, w tym ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia aparatu mowy [15,16].

W DDOM prowadzi się listę obecności. Cyklicznie odbywają się posiedzenia Zespołu Terapeutycznego [15,16]. Standard DDOM-u [15,16] obowiązuje Zespół Terapeutyczny do dokonania w ciągu trzech dni od przyjęcia całościowej oceny stanu zdrowia pacjenta za pomocą określonych narzędzi oraz do opracowania Indywidualnego Planu Opieki. (IPO). Po 30 dniach pobytu Zespół Terapeutyczny przeprowadza ponowne badanie za pomocą zestawu wymienionych skal i testów, dokonuje oceny realizacji IPO oraz podejmuje decyzję o zakończeniu lub przedłużeniu pobytu pacjenta w DDOM-u, maksymalnie do 120 dni roboczych [15,16]. Pacjent otrzymuje kartę wypisową, zalecenia i wraca pod opiekę w warunkach ambulatoryjnych (np. POZ) lub do placówki lecznictwa zamkniętego. Na zakończenie pobytu pacjent wypełnia anonimową ankietę satysfakcji z pobytu [15,16]. Zasady organizacyjne DDOM są zbieżne ze standardami postępowania w opiece geriatrycznej wydanymi przez Polskiego Towarzystwo Gerontologiczne [28].

*Ocena satysfakcji pacjenta i korzyści z funkcjonowania Dziennych Domów Opieki Medycznej*

Ewaluacja efektywności Dziennych Domów Opieki Medycznej,

dokonana po raz pierwszy w kwietniu 2017 r. [17], a następnie w grudniu 2019 r. [29] wykazała wieloaspektowe, pozytywne efekty korzystania z tej formy wsparcia. 90% respondentów oceniło, że ich stan zdrowia w wyniku pobytu w DDOM-u uległ poprawie, w tym u 57% „znacznej poprawie” a 33% „nieznacznej poprawie” [29]. Korzyścią systemową funkcjonowania DDOM-ów jest zmniejszenie procesu instytucjonalizacji osób niepełnosprawnych, w tym seniorów oraz niższe koszty funkcjonowania tych placówek w porównaniu z oddziałami świadczącymi opiekę całodobową. rzeczywisty całkowity koszt pobytu pacjenta w Dziennym Domu Opieki Medycznej na dzień 30 marca 2017 r. wyniósł 153 zł za osobodzień [17]. Dzielne Domy Opieki Medycznej są ważną instytucją opieki senioralnej również z racji dokonywanej tam kompleksowej (całościowej) oceny geriatrycznej (COG), czyli procesu diagnostycznego, prowadzonego przez lekarza geriatrę lub konsultacyjny zespół geriatryczny w celu poprawy precyzji diagnostycznej, identyfikacji problemów zdrowotnych i opiekuńczych, optymalizacji leczenia oraz planowania opieki [30].

Trwałość rezultatów projektów w zakresie DDOM została zachowana i zagwarantowana odpowiednimi zapisami wniosków o dofinansowanie [15, 16]. Dla projektów pilotażowych PO WER jako kryterium dostępu w regulaminie konkursu został określony warunek, na podstawie którego DDOM powinien zachować przez okres 3 lat od dnia zakończenia realizacji projektu. Z kolei przy projektach przewidujących zakup środków trwałych w ramach cross-finansingu, trwałość projektu w tym zakresie należy zachować w okresie 5 lat od daty płatności końcowej na rzecz beneficjenta [15, 16]. Pomimo próby włączenia DDOM do koszyka świadczeń gwarantowanych, ostatecznie wstrzymano kontynuację prac nad kwalifikowaniem tego świadczenia jako gwarantowanego i finansowanego ze środków publicznych. W związku z powyższym, a także wspomnianymi wcześniej zapisami „Standard DDOM” [15] i wymogami naboru do programu PO WER [16] po zakończeniu pobytu uczestnicy nie mają możliwości kontynuacji uczestnictwa w projekcie DDOM i z reguły wracają pod opiekę Podstawowej Opieki Zdrowotnej i/lub Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej; rzadziej - w przypadku pogorszenia stanu zdrowia - do placówki lecznictwa zamkniętego (oddział szpitalny, zakład opiekuńczo-leczniczy) [15, 16]. Część podmiotów prowadzących DDOM podjęła próbę kontynuacji działania DDOM za pośrednictwem finansowania ze środków Jednostek Samorządu Terytorialnego [31].

#### *Inne formy desintytucjonalizowanej opieki nad osobami starszymi lub zagrożonymi niepełnosprawnością*

Należy również wspomnieć o innych placówkach opieki senioralnej funkcjonujących równolegle z Dziennymi Domami Opieki Medycznej, o podobnym profilu i grupie docelowej, jakimi są Dzielne Domy Wsparcia (DDW) [31], Dzielne Domy Opieki Medycznej (DOM) [32] oraz Dzielne Domy „Senior+” [33].

Dzielny Dom Wsparcia to projekt współfinansowany ze środ-

ków unijnych w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego pn. Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi z chorobą psychiczną jako alternatywna forma opieki nad osobami niesamodzielnymi, w tym starszymi [31]. Przedmiotem projektu jest stworzenie form dziennego wsparcia dla osób niesamodzielnych z zaburzeniami psychicznymi dla osób pełnoletnich, a w szczególności tych powyżej 65 r. ż. W celu zapobiegania umieszczaniu w/w osób w zakładach stacjonarnych [31]. Czas udziału w projekcie oraz rodzaj udzielanych świadczeń dla podopiecznych określony jest w Indywidualnym Planie Opieki uwzględniającym potrzeby i możliwości pacjenta. Czas udziału uczestnika w projekcie jest nie krótszy niż 30 dni roboczych i nie dłuższy niż 260 dni roboczych [36]. Formy wsparcia, jakimi zostają objęci uczestnicy projektu [31]:

- opieka medyczna,
- opieka terapeutyczna,
- różnorodne formy terapii zajęciowej,
- transport,
- edukacja pacjentów i ich rodzin,
- warsztaty wyjazdowe,
- teleopieka [36].

Celem głównym zadania „Dom Opieki Medycznej” jest natomiast wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami chorymi na zespoły otępienne poprzez wydłużenie czasu pozostania osoby chorej w środowisku zamieszkania [32].

Pacjentami Domu Opieki Medycznej mogą być osoby z postawioną diagnozą choroby/zespołu otępiennego w fazie łagodnej i średniozaawansowanej choroby. W placówce DOM podopiecznym zapewnione są żywienia, transport i opieka [32]:

- psychologa,
- pielęgniarki,
- lekarza POZ,
- opiekuna medycznego,
- terapeutę zajęciowego,
- fizjoterapeutę,
- dietetyka,
- logopedy,
- pracownika socjalnego.

Podobnie jak w DDOM-u oraz DDW, również w DOM-u zajęcia odbywają się przez pięć dni w tygodniu [32].

W grudniu 2020 r. Rada Ministrów przyjęła uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior+” na lata 2021–2025 [33], będącą kontynuacją programu wieloletniego „Senior+” na lata 2015–2020. Zakłada ona wspieranie finansowe jednostek samorządu terytorialnego, zwanych dalej „jednostkami samorządu”, w zakresie realizacji zadań własnych, polegających na prowadzeniu i zapewnieniu miejsc w ośrodkach wsparcia seniorów poprzez rozwój na ich terenie sieci Dziennych Domów „Senior+” i Klubów „Senior+” [33].

Dzienny Dom „Senior +” wyposażony jest w pomieszczenia przystosowane dla potrzeb osób starszych (w tym pomieszczenia ogólnodostępne, pomieszczenia kuchenne lub aneks kuchenny, wyposażone w sprzęty, urządzenia i naczynia do przygotowania i spożycia posiłku, pomieszczenie do utrzymania lub zwiększenia aktywności ruchowej lub kinezyterapii wyposażone w podstawowy sprzęt, odpowiedni do potrzeb i sprawności seniorów (np. materace, leżankę, rotory, drabinki, drobny sprzęt do ćwiczeń indywidualnych itp.), pomieszczenie pełniące funkcję szatni dla seniorów z indywidualnymi szafkami, łazienkę wyposażoną w 2 toalety (dla kobiet i mężczyzn), umywalkę i prysznic z krzeselkiem, uchwyty pod prysznicem. Ponadto ośrodek może posiadać między innymi [33]:

- pomieszczenie klubowe z biblioteczką i prasą, wyposażone w sprzęt RTV, komputer z dostępem do Internetu, kanapy i fotele,
- pomieszczenie do odpoczynku z miejscami do leżenia,
- pomieszczenie do terapii indywidualnej lub poradnictwa rozumianego jako szeroko pojęta praca socjalna,
- wydzielone miejsce na pralkę i odpowiednio wyposażone miejsce do prasowania,
- pokój zabiegowo-pielęgniarski.

Dzienny Dom „Senior+” jest instytucją wspierającą ludzi w wieku powyżej 60. roku. Głównym celem realizowanych zadań jest aktywizacja osób starszych, poszerzenie wiedzy, polepszenie kondycji psychofizycznej, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, a także integracja międzypokoleniowa, nawiązanie współpracy różnych podmiotów społeczności lokalnej.

Z inicjatywy Kancelarii Prezydenta RP dnia 17 sierpnia 2023 r. została przyjęta przez Sejm RP „Ustawa o szczególnej opiece geriatrycznej” [34]. Zawarte w Ustawie zapisy zapewniają kompleksowe podejście do tematu opieki medycznej nad osobami starszymi, opierając się na modelu środowiskowym i koordynacji działań dla osób starszych w systemie ochrony zdrowia [39]. Zgodnie z zapisami tej ustawy powstaną Centra 75+ zapewniające kompleksowe podejście do diagnozowania i leczenia starszych pacjentów [34].

W centrum udzielane mają być świadczenia opieki zdrowotnej obejmujące w szczególności [34]:

- 1) świadczenia z zakresu geriatry, udzielane przez lekarza,
- 2) świadczenia z zakresu geriatry, udzielane przez pielęgniarkę,
- 3) świadczenia z zakresu fizjoterapii, udzielane przez fizjoterapeutę,
- 4) świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej, udzielane przez psychologa,
- 5) porady dietetyka,
- 6) terapię zajęciową,
- 7) edukację zdrowotną.

Zapisy ustawy mają wejść w życie 1 stycznia 2024 roku.

## Streszczenie

Dzienny Dom Opieki Medycznej jest usługą medyczną, dedykowaną osobom niepełnosprawnym, zwłaszcza starszym. Stanowi on formę opieki pośredniej pomiędzy lecznictwem zamkniętym a ambulatoryjną opieką medyczną. Pobyt w DDOM-u przyczynia się do poprawy stanu zdrowia pacjenta w wymiarze funkcjonalnym, fizycznym i psychicznym. Ponadto funkcjonowanie DDOM-ów pozytywnie wpływa na cały system opieki zdrowotnej w Polsce poprzez odciążenie form lecznictwa zamkniętego i otwartego (zmniejszenie częstości hospitalizacji oraz porad w Podstawowej i Specjalistycznej Ambulatoryjnej Opiece Zdrowotnej). Barię stanowią ograniczone ramy czasowe i finansowe projektu oraz brak możliwości jego kontynuacji w kolejnych latach. Wymienione jednostkowe oraz systemowe korzyści z działalności tej innowacyjnej formy opieki senioralnej oraz ograniczenia wymagają dalszych badań zarówno specjalistów w dziedzinie geriatry, jak też zdrowia publicznego i organizacji opieki medycznej.

Założenia oraz praktyka Dziennych Domów Opieki Medycznej mająca wiele wspólnego z opieką nad osobami z niepełnosprawnościami, której paradygmatem jest większa integracja społeczna podopiecznych, przyczynia się do budowy bardziej inkluzywnego społeczeństwa, które zapewnią będzie każdemu równy dostęp do wszystkich sfer życia.

## Referencje

1. Menassa M, Stronks K, Khatmi F, et al. Concepts and definitions of healthy ageing: a systematic review and synthesis of theoretical models. *EClinicalMedicine*. 2023;56:101821. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101821>.
2. Li Z, Zhang Z, Ren Y, et al. Aging and age-related diseases: from mechanisms to therapeutic strategies. *Biogerontology*. 2021;22(2):165-187. <https://doi.org/10.1007/s10522-021-09910-5>.
3. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Older persons. <https://emergency.unhcr.org/protection/persons-risk/older-persons#:~:text=An%20older%20person%20is%20defined%20by%20the%20United,status%20%28grandparents%29%2C%20physical%20appearance%2C%20or%20age-related%20health%20conditions> (access: 2023.11.27).
4. World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2023. A visual summary. <https://www.who.int/data/stories/world-health-statistics-2023-a-visual-summary/> (access: 2023.11.27).
5. World Health Organization (WHO). Active Ageing A Policy Framework. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf> (access: 2023.11.27).
6. Eurostat. Demography 2023 edition. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2023> (access: 2023.11.27).
7. Główny Urząd Statystyczny (GUS). Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym. Stan w dniu 31 grudnia. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stand-i-struktura-ludnosc-i-raz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-stand-w-dniu-31-grudnia,6,34.html#> (dostęp: 2023.11.27).
8. Główny Urząd Statystyczny (GUS). Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 roku. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2021-roku,2,4.html> (dostęp: 2023.11.27).

9. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. (red.). Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Termedia; Poznań 2012.
10. Wierucki Ł, Kujawska-Danecka H, Mossakowska M, et al. Health status and its socio-economic covariates in the older population in Poland - the assumptions and methods of the nationwide, cross-sectional PolSenior2 survey. *Arch Med Sci.* 2020;18(1):92-102. <https://doi.org/10.5114/aoms.2020.100898>.
11. Kancelaria Sejmu. Biuro Komisji Sejmowych. Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2021 rok. Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej (nr 50) z dnia 10 stycznia 2023 roku. <https://orka.sejm.gov.pl/zapisy9.nsf/0/F34A79B4E5C8B20DC125893C002F8032/%24File/0338409.pdf> (dostęp: 2023.11.27).
12. Naczelna Izba Kontroli, Delegatura w Kielcach. Funkcjonowanie opieki geriatrycznej, Informacja o wynikach kontroli nr ewid. 42/2021/P/21/072/LKI. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,25632,yp,28405.pdf> (dostęp: 2023.11.27).
13. Najwyższa Izba Kontroli. Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym, Informacja o wynikach kontroli nr ewid. P/14/062. <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/14/062/> (dostęp: 2023.11.27).
14. Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020. <https://archiwum.mriips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/zalozenia-dlugofalowej-polityki-senioralnej-w-polsce-na-lata-20142020> (dostęp: 2023.11.27).
15. Ministerstwo Zdrowia, Departament Funduszy Europejskich. Standard DDOM i inne zasady dotyczące wsparcia DDOM opisane w załącznikach do Regulaminu naboru nr POWR.05.02.00-IP.05-00-001/15. <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/79215/StandardDDOM.pdf> (dostęp: 2023.11.27).
16. Fundusze Europejskie. 5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych, Wiedza Edukacja Rozwój. Konkursu "Dzienny dom opieki medycznej" nr POWR.05.02.00-IP.05-00-001/15. <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/nabory/52-dzialania-pro-jakosciowe-i-rozwiazania-organizacyjne-w-systemie-ochrony-zdrowia-ulatwiajace-dostep-do-niedrogich-trwalych-oraz-wysokiej-jakosci-uslug-zdrowotnych/> (dostęp: 2023.11.27).
17. Leszczyńska B, Makurat M, Tymicki K. Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej. Warszawa, 2017. <https://www.ewaluacja.gov.pl/strony/badania-i-analizy/wyniki-badan-ewaluacyjnych/badania-ewaluacyjne/ewaluacja-biezaca-projektow-po-wer-dotyczacych-tworzenia-i-prowadzenia-dziennych-domow-opieki-medycznej-ddom/> (dostęp: 2023.11.27).
18. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index: A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Md State Med J.* 1965;14:61-65.
19. Brody EM, Kleban MH, Lawton MP, et al. Excess disabilities of mentally impaired aged: impact of individualized treatment. *Gerontologist.* 1971;11(2):124-33. [https://doi.org/10.1093/geront/11.2\\_part\\_1.124](https://doi.org/10.1093/geront/11.2_part_1.124).
20. Park J, Jeong E, Seomun G. The clock drawing test: A systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. *J Adv Nurs.* 2018;74(12):2742-2754. <https://doi.org/10.1111/jan.13810>.
21. Bennett JA, Riegel B, Bittner V, et al. Validity and reliability of the NYHA classes for measuring research outcomes in patients with cardiac disease. *Heart Lung.* 2002;31(4):262-270. <https://doi.org/10.1067/mhl.2002.124554>.
22. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1986;34(2):119-126. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb05480.x>.
23. Ortega-Bastidas P, Gómez B, Aqueveque P, et al. Instrumented Timed Up and Go Test (iTUG)-More Than Assessing Time to Predict Falls: A Systematic Review. *Sensors (Basel).* 2023;23(7):3426. <https://doi.org/10.3390/s23073426>.
24. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982;17(1):37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4).
25. Sharp R. The Hamilton Rating Scale for Depression. *Occup Med (Lond).* 2015;65(4):340. <https://doi.org/10.1093/ocmed/kqv043>.
26. Arevalo-Rodríguez I, Smailagic N, Roqué-Figuls M, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the early detection of dementia in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;7(7):CD010783. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010783.pub3>.
27. Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. *The Mini Nutritional Assessment.* *Clin Geriatr Med.* 2002;18(4):737-757. [https://doi.org/10.1016/s0749-0690\(02\)00059-9](https://doi.org/10.1016/s0749-0690(02)00059-9).
28. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. *Gerontologia Polska.* 2013;21(2):33-47.
29. Fundusze Europejskie. Ewaluacja ex post projektów Programu Wiedza Edukacja Rozwój dotyczących tworzenia i prowadzenia dziennych domów opieki medycznej. <https://www.ewaluacja.gov.pl/strony/badania-i-analizy/wyniki-badan-ewaluacyjnych/badania-ewaluacyjne/ewaluacja-ex-post-projektow-po-wer-dotyczacych-tworzenia-i-prowadzenia-dziennych-domow-opieki-medycznej-ddom/> (dostęp: 2023.11.27).
30. Skalska A. Kompleksowa ocena geriatryczna [w:] Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red.). *Geriatryczna z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów.* Gdańsk: Via Medica, 2007:68-75.
31. Centrum Medyczno-Diagnostyczne sp. z o.o. Dzielne Domy Wsparcia. <https://centrum.med.pl/o-nas/fundusze-europejskie/projekty-zakonczone/dzielne-domy-wsparcia/> (dostęp: 2023.11.27).
32. Centrum Medyczno-Diagnostyczne sp. z o.o. Dom Opieki Medycznej w Siedlcach. <https://centrum.med.pl/o-nas/fundusze-europejskie/projekty-zakonczone/dzielne-domy-wsparcia/> (dostęp: 2023.11.27).
33. Uchwała nr 191 Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior+” na lata 2021–2025 (Monitor. Polski. 2021 poz. 10). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WMP2021000010> (dostęp: 2023.11.27).
34. Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 roku o szczególnej opiece geriatrycznej (Dziennik Ustaw 2023 poz. 1831). [https://orka.sejm.gov.pl/proc9.nsf/ustawy/3382\\_u.htm](https://orka.sejm.gov.pl/proc9.nsf/ustawy/3382_u.htm) (dostęp: 2023.11.27).