

WZO.8030.42.2019.JG

Sosnowiec,października 2019r.

PREZYDENT
ARKADIUSZ CHECINSKI
16/10/19

URZĄD MIASTSKI W SOSNOWCU
BIURO RADY MIEJSKIEJ
Wpłynęło: 2019-10-16
L. dz. dat.
Podpis

Pani
Joanna Jończyk
Przewodnicząca
Komisji Zdrowia, Rodziny
i Polityki Społecznej

Szanowna Pani Przewodnicząca,

Przedkładam w załączeniu materiał dotyczący tematyki posiedzenia Komisji Zdrowia, Rodziny i Polityki Społecznej w dniu 17.10.2019r. w zakresie:

„Problematyka osób z chorobą Alzheimera na terenie miasta”.

Z poważaniem

Pośmolecznik Prezydenta Miasta Sosnowca
ds. Funduszy Zewnętrznych i Polityki Społecznej
Anna Jedynak
15/10/19

Załącznik:
1 x plik

NACZELNIK
WYDZIAŁU ZDROWIA
Halina Czajka

Problematyka osób z chorobą Alzheimera na terenie miasta.

Choroba Alzheimera to schorzenie o charakterze neurodegeneracyjnym, którego przyczyny nie są jeszcze znane. Rozpatrywane obecnie hipotezy badawcze koncentrują się na rozmaitych mechanizmach biochemicznych prowadzących do uszkodzenia i przyspieszonego obumierania komórek nerwowych. W konsekwencji tych zmian dochodzi do zaniku części struktur mózgowych (objętość mózgu ulega zmniejszeniu) i wystąpienia zaburzeń przewodnictwa nerwowego. Chory staje się coraz mniej samodzielny, następuje bowiem utrata tzw. wyższych funkcji umysłowych, tj. pamięci, orientacji, rozumienia, oceny sytuacji, umiejętności liczenia czy mowy. W zaawansowanym stadium choroby, osoby z tą dolegliwością są zupełnie zależne od wsparcia bliskich/opiekunów.

Osoby dotkniętej chorobą Alzheimera nie można wyleczyć. Dostępne formy leczenia prowadzą jednak do spowolnienia postępów choroby i złagodzenia jej przebiegu w wyniku działania objawowego podawanych leków.

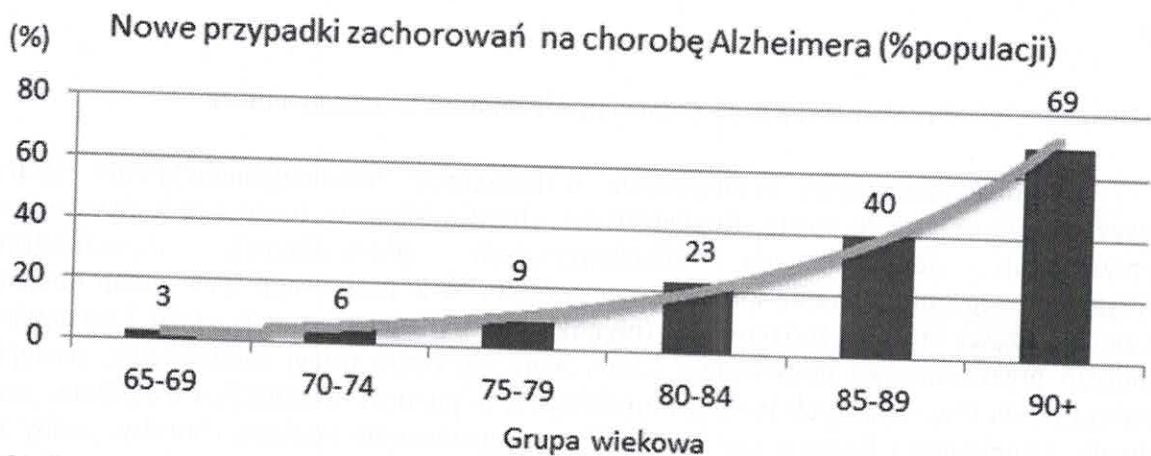
Stosowane formy oddziaływań wobec osób chorych to:

- a) farmakoterapia (nastawiona na podtrzymywanie funkcji poznawczych);
- b) oddziaływania psychospołeczne (terapia zaburzeń zachowania, emocji i sfery poznawczej poprzez np. muzykoterapię, fizjoterapię, rehabilitację neurosensoryczną, ćwiczenia i zabawy rekreacyjne);
- c) opieka (wprowadzanie w otoczeniu chorego zmian wspomagających jego funkcjonowanie np. etykietowanie przedmiotów, rozdrabnianie pokarmów, a w końcowej fazie choroby złagodzenie występujących dolegliwości).

Liczba chorych na Alzheimera rośnie i będzie rosnać coraz szybciej. Obecnie w Polsce może to już być nawet pół miliona osób. Do 2050 roku liczba ta - według różnych szacunków - wzrośnie nawet czterokrotnie.

Nie ma precyzyjnych danych światowych i krajowych dotyczących liczby chorych na chorobę Alzheimera. Według dostępnych danych (*World Alzheimer Report 2016*) na całym świecie w 2016 r. żyło 47,5 mln osób cierpiących na demencję, z których od 28,5 mln do 33,3 mln osób chorowało na chorobę Alzheimera. WHO przewiduje, że łączna liczba osób dotkniętych demencją w 2030 r. wyniesie 75,6 mln i do roku 2050 wzrośnie do 135,5 mln.. Oznacza to, że liczba chorych na chorobę Alzheimera ulegnie do 2050 r. potrojeniu.

Ryzyko zachorowania na chorobę Alzheimera po ukończeniu 65 lat ulega praktycznie podwojeniu z upływem każdego kolejnych pięciu lat. Oznacza to, że na chorobę Alzheimera zachoruje 3 proc. osób w grupie wiekowej 65-69 lat, 6 proc. osób w grupie 70-74 lata i blisko połowa w grupie wiekowej 85+.



Źródło: opracowanie własne na podstawie Bermejo-Pareja F., Benito-Leon J., Medrano M. J., Roman G. C.: *Incidence and subtypes of dementia in three populations of central Spain. Journal of the Neurological Science. 264 (1-2), s. 63-72, 01 2008.*

Liczba osób w Polsce, u których występowało otępienie typu alzheimerowskiego szacowana była w 2015 r. na poziomie od 360 tys. do 470 tys. (według szacunków organizacji Alzheimer Europe mogło to być nawet 501 tys. osób). Było to niemal 20 proc. więcej niż w 2005 r. Podkreślić przy tym należy, że o ile w latach 2005-2010 coroczny wzrost liczby chorych utrzymywał się na poziomie nieprzekraczającym 2 proc., o tyle w latach 2010-2015 dynamika ta wynosiła już 3-4 proc.

Dane z opracowań medycznych wskazują, że otępienia, a zwłaszcza choroba Alzheimera należą do najkosztowniejszych chorób współczesnej Europy. Na koszty generowane przez to schorzenie składają się koszty bezpośrednie (leczenie i opieka pielęgnarska, codzienna opieka w domu) jak i te, które można określić jako pośrednie (utrata produktywności zawodowej oraz społecznej pacjenta i opiekuna). W 2003 r. światowe koszty demencji oszacowano na ok. 160 mld dolarów rocznie, a największy udział (ok. 2/3) miała w nich długoterminowa opieka realizowana przez pracowników służby zdrowia, w tym szczególnie opieka instytucjonalna. Według raportu organizacji Alzheimer's Disease International, w 2010 r. koszty te wzrosły do 604 mld dolarów, a w 2015 r. osiągnęły poziom 817 mld dolarów.

Już w 2011 r. Parlament Europejski podjął rezolucję w sprawie europejskiej inicjatywy dotyczącej choroby Alzheimera i pozostałych demencji, w której wskazano 29 przesłanek (dane statystyczne, ekonomiczne i epidemiologiczne oraz wnioski i oceny z raportów /opracowań/ekspertyz) uzasadniających podjęcie przez Radę Europy, Komisję Europejską oraz kraje członkowskie szczególnej aktywności w celu przezwyciężenia problemów związanych z chorobą Alzheimera oraz innymi chorobami otępiennymi i ich konsekwencjami.

Według raportu NIK z 2017 roku o opiece nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparciu dla ich rodzin - w ramach funkcjonującego w Polsce powszechnego systemu opieki zdrowotnej nie stworzono narzędzi dla skutecznego i efektywnego rozwiązywania problemów osób z chorobą Alzheimera oraz ich rodzin. Osoby te objęte są powszechnym systemem opieki społecznej, w ramach którego korzystają z narzędzi i zasobów standardowo stosowanych wobec ogółu osób starszych, nieuwzględniających w pełni specyficznych potrzeb tego środowiska. Obecnie obowiązujące rozwiązania w zakresie opieki zdrowotnej nie są nastawione na wczesne wykrycie zagrożenia chorobą. Brakuje badań przesiewowych dla osób w wieku senioralnym i mechanizmów dających możliwość postawienia szybkiej diagnozy,

umożliwiającej precyzyjne określenie z jakim rodzajem otępienia mamy do czynienia. Precyzyjna diagnoza i rozstrzygnięcie, czy w danym przypadku występuje choroba Alzheimera czy też inna choroba otępienna ma kluczowe znaczenie dla wdrożenia odpowiedniego sposobu postępowania, terapii lub leczenia w przypadkach, w których jest to możliwe ze względu na odwracalny charakter zmian.

Najwyższa Izba Kontroli zawnioskowała w swoim raporcie o podjęcie przez Ministra Zdrowia, w ścisłej współpracy z Ministrem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej działań, mających na celu: wypracowanie i wdrożenie rozwiązań pozwalających na skuteczne rozwiązywanie problemów zdrowotnych i opiekuńczych osób z chorobą Alzheimera, w tym w szczególności:

- a) zabezpieczenie dostępu do wiarygodnych danych w celu poznania skali zjawiska oraz problemów osób chorych i ich opiekunów,
- b) opracowanie i wdrożenie standardów dotyczących wczesnego wykrywania symptomów choroby Alzheimera oraz standardów postępowania leczniczego i opiekuńczego wobec osób chorych.

Ocena ta jest zbieżna z opiniami konsultantów krajowych i wojewódzkich w dziedzinie neurologii i geriatrici, wojewodów i marszałków województw według których najsłabszą stroną obecnie funkcjonujących rozwiązań jest brak wypracowanego modelu leczenia i opieki nad osobami z chorobą Alzheimera, w szczególności: rozwiązań organizacyjnych, standardów postępowania diagnostycznego - w tym wczesnej kompleksowej diagnozy, placówek opieki dziennej i całodobowej, kadr medycznych i opiekuńczych.

Pewne wzorce rozwiązań skierowanych do środowiska osób z chorobą Alzheimera zostały już wypracowane w innych krajach europejskich. Dwadzieścia krajów europejskich opracowało i wdrożyło narodowe polityki alzheimerowskie, obejmujące od jednego do ośmiu obszarów aktywności: wczesna diagnoza, ośrodki specjalistyczne, placówki dziennego pobytu, oferta dla opiekunów, edukacja i profilaktyka, przepisy i standardy, szkolenie kadr, badania naukowe. Wszystkie osiem elementów wdrożyły Francja i Wielka Brytania, pozostałe kraje wdrożyły od jednego do sześciu elementów.

Sytuacja mieszkańców Sosnowca chorych na Alzheimera odzwierciedla koniunkturę w całym kraju. Brak rozwiązań systemowych w obszarze ochrony zdrowia i pomocy społecznej rzutuje na przerzucenie ciężaru opieki na rodziny oraz opiekunów. Ponoszą oni nie tylko skutki finansowe, ale także społeczne i psychologiczne. Sprawowanie opieki nad osobą z Alzheimerem stwarza wysokie ryzyko obniżenia jakości życia opiekunów rodzinnych, silnie związanych emocjonalnie z chorym. Chorym z orzeczoną niepełnosprawnością oraz osobom, które ich utrzymują (opłacają czynsz, media, wykupują recepty, płacą za opiekę i rehabilitację) przysługuje ulga rehabilitacyjna, po spełnieniu poniższych dwóch warunków:

- dochód osoby niepełnosprawnej nie może przekraczać 12357,60 zł rocznie;
- osoba, która ją utrzymuje, musi być członkiem rodziny (może to być także zięć lub synowa), ale nie musi razem z nią mieszkać.

W ramach ulgi rehabilitacyjnej można odliczyć: wydatki poniesione na leczenie, wykup leków, rehabilitację, pobyt w ZOL lub ZPO. Ulga przysługuje niezależnie od tego, czy pacjent miał rehabilitację po skierowaniu przez lekarza, czy bez skierowania. Ulga obejmuje też wydatki na przejazdy środkami transportu publicznego (np. do dziennego domu opieki, na rehabilitację) i własnym autem (należy gromadzić rachunki za paliwo). Odliczeniu nie

podlegają wyjazdy do lekarza rodzinnego, szpitala czy pogotowia. Od podatku można też odliczyć wydatki na sprzęt rehabilitacyjny (łóżko, balkonik) oraz opiekę pielęgniarską (także w domu chorego), przy czym nie ma obowiązku zatrudniania profesjonalnej pielęgniarki, może to być prywatna opiekunka, ale taka, która wystawi nam rachunek. Ulga rehabilitacyjna nie ma limitu – możemy odliczyć wszystkie poniesione wydatki. Jedyne w przypadku leków ulga przysługuje, o ile miesięczne wydatki przekroczyły 100 zł (odlicza się kwotę, którą wydaliśmy powyżej 100 zł).

Osoby chore na Alzheimera korzystają w głównej mierze z opieki lekarza rodzinnego oraz pomocy specjalistów z dziedziny neurologii, geriatry i psychiatrii.

Na terenie miasta funkcjonuje 21 poradni neurologicznych, udzielających świadczeń gwarantowanych, w tym dwa oddziały neurologiczne: jeden w Sosnowieckim Szpitalu Miejskim i drugi w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 w Sosnowcu. Pomoc lekarza specjalisty z zakresu geriatry można uzyskać w dwóch poradniach: przy ulicy Wawel 15 w ramach Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego w Sosnowcu oraz przy ulicy Kisielewskiego 2 w NZOZ Nasza Przychodnia. Sosnowiecki Szpital Miejski posiada oddział geriatryczny.

Ze względu na stan zdrowia osoby z Alzheimem mogą przebywać w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym bądź w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym. Świadczą one kompleksową opiekę, pielęgnację i rehabilitację, stwarzając warunki jak najbardziej zbliżone do domowych.

W Sosnowcu działają dwie takie placówki. Jedna, przy ulicy Szpitalnej 1 prowadzona przez Sosnowiecki Szpital Miejski oraz przy ulicy Odrodzenia 9, kierowana przez NZOZ Centrum Profilaktyki, Leczenia i Opieki „Medico”.

Załącznikiem do materiału przygotowanego przez Wydział Zdrowia jest informacja Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sosnowcu oraz Kierownika Dziennego Domu „Senior+”.

NACZELNIK
WYDZIAŁU ZDROWIA

Halina Czapla

Problem opieki nad osobami z chorobą Alzheimera w naszym mieście.

W naszym kraju już dziś z chorobą Alzheimera, która dotyka przede wszystkim osoby starsze, żyje ponad 300 tysięcy osób, w tym spory procent bez postawionej jeszcze diagnozy. To ogromna liczba, a dodać należy, że choroba ma wpływ przynajmniej na tyle samo osób, które pełnią rolę opiekunów chorych. Do roku 2050 roku liczba chorych potroi się i wyniesie prawie milion. Najczęstszą przyczyną otępienia po 65 roku życia jest choroba Alzheimera.

Otępienie jest jednym z poważniejszych wyzwań dla zdrowia publicznego ze względu na fakt, że jest jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności i śmiertelności u osób w podeszłym wieku. Szybko rosnąca liczba chorych wiąże się z licznymi i istotnymi konsekwencjami zdrowotnymi, społecznymi i ekonomicznymi.

W wieku starczym ważnym procesem towarzyszącym zwyrodnieniu alzheimerowskiemu jest miażdżyca naczyń mózgowych. W 50% przypadków objawem otępienia są zaburzenia psychiczne. Dlatego **na świecie** chory z otępieniem pozostaje pod opieką **kilku współpracujących ze sobą specjalistów**. Są to: neurolog, geriatra, psychiatra i psycholog, którego obecność jest niezbędna szczególnie we wstępnej fazie choroby. Od 2006 roku w ofercie NFZ zlikwidowano Poradnię Zaburzeń Pamięci, nie ma oddziałów alzheimerowskich, a NFZ nie uznaje możliwości pracy psychologa w poradni neurologicznej, chociaż występuje on legalnie w przychodni geriatrycznej. Nie ma możliwości wielodyscyplinarnego połączenia działań medycznych i opiekuńczych.

W Polsce od dłuższego czasu trwają prace nad zorganizowaniem sieci form pomocy społecznej dla chorych z zaburzeniami psychicznymi w wieku podeszłym, jednak niestety jest to w dalszym ciągu ogromny problem. Według badań przeprowadzonych w 2015 roku przez Ogólnopolskie Porozumienie Organizacji Alzheimerowskich prawie 90% opiekunów to opiekunowie rodzinni, w tym 32% to współmałżonkowie, a 62% dzieci osób chorych.

Diagnoza „choroba Alzheimera” zmienia całkowicie życie chorego i jego rodziny, a wobec braku leczenia przyczynowego dla ogromnej większości chorych i ich rodzin to "wyrok", z którym trzeba będzie żyć przeciętnie 8-14 lat.

Ocenia się, że około 25-30% chorych w Polsce trafia do domów pomocy społecznej lub prywatnych domów opieki. Dzieje się to najczęściej, **kiedy choroba jest już poważnie zaawansowana.**

Możliwości umieszczenia chorego w specjalistycznym domu opieki są niezwykle ograniczone. W Polsce istnieje tylko kilka takich domów, pozostałe to państwowe domy pomocy społecznej, gdzie chory na chorobę Alzheimera będzie tylko jednym z pacjentów – osób starszych i samotnych, cierpiących z przyczyn innych niż choroba otępienna. Tego

rodzaju placówki nie zapewniają choremu terapii usprawniającej, podtrzymującej poziom jego funkcji poznawczych, ćwiczeń rehabilitacyjnych dostosowanych do jego ograniczonych możliwości itp. Personel domów pomocy społecznej, w tym dziennych domów pomocy, jest najczęściej nieprzygotowany do pracy z pacjentem z chorobą Alzheimera.

W placówkach wsparcia dla osób starszych w Sosnowcu, czyli w Dziennym Domu Pomocy Społecznej oraz Dziennym Domu Senior+ w zajęciach uczestniczą osoby ze stwierdzonymi przez lekarzy zaburzeniami otępiennymi oraz z objawami, które mogą wskazywać na powyższe zaburzenia. Najczęściej są to osoby w I i początkowym II stadium zaawansowania choroby. W Dziennym Domu Pomocy Społecznej przy ul. Szybikowej szacuje się, że jest to 7 osób, przy ul. Szymanowskiego - 2 osoby. W Dziennym Domu Senior+ aktualnie 2 osoby. Kierownicy domów dziennego pobytu zgłaszają duże zainteresowanie, ze strony rodzin, możliwością umieszczenia w placówkach osób z chorobą otępienną. Niestety ze względu na ograniczenia kadrowe oraz specyfikę prowadzonych domów nie są one "w stanie" zaoferować niezbędnego i profesjonalnego wsparcia, opieki i terapii dostosowanej do potrzeb beneficjentów.

Z dotychczasowego doświadczenia kierowników dziennych domów wynika, że w głębszych stadiach zaawansowania choroby, rodziny borykają się z problemem znalezienia odpowiedniej placówki całodobowej dla osób z chorobą Alzheimera. Także czas oczekiwania na miejsce w DPS-ach jest bardzo wydłużony lub placówki nie przyjmują osób z chorobą Alzheimera. W prywatnych placówkach opieki całodobowej często przeszkodą jest wysoka odpłatność.

Osoby zatrudnione w dziennych domach dla osób starszych zazwyczaj nie posiadają doświadczenia/wykształcenia/specjalizacji w pracy z osobami zmagającymi się z zaburzeniami otępiennymi. Towarzyszące zaburzeniom otępiennym zaburzenia zachowania mogą niekorzystnie wpływać na organizację pracy w placówkach, które z założenia nie są przystosowane i kierowane do tej grupy odbiorców. Zaburzenia zachowania (agresja, nierozumienie norm społecznych, ucieczki z placówek i in.) zaburzenia orientacji w terenie, zaburzona pamięć krótkotrwała, mogą mieć również wpływ na komfort pobytu w placówkach dziennego pobytu innych pensjonariuszy.

Pensjonariusze muszą mieć zapewnione wsparcie otoczenia i należytą uwagę. Personel zatem winien posiadać odpowiednie wykształcenie oraz/i wykazywać wysokie kompetencje społeczne i predyspozycje do pracy z osobami z zaburzeniami otępiennymi, zachowania i in. oraz liczba zatrudnionych opiekunów/terapeutów powinna być tak dostosowana do liczby

podopiecznych, aby zapewnić jak najlepszą zindywidualizowaną opiekę i terapię .

W trakcie pobytu w placówce dostosowanej dla osób z chorobą otępienną niezwykle ważnym jest, aby osoba z chorobą Alzheimera jak najdłużej była **stymulowana do samodzielności** (codzienna toaleta, spożywanie, posiłków, ubieranie się) oraz miała obowiązki dostosowane do swoich upodobań, możliwości i stanu zdrowia. Praca z osobami z chorobą otępienną powinna być **zindywidualizowana i skupiona na rzeczywistych potrzebach chorego, zdiagnozowanych podczas badań.**

W Polsce opiekunowie osób chorych od 1991 roku wspólnie z lekarzami i psychologami tworzą organizacje alzheimerowskie, celem których jest niesienie wszechstronnej pomocy chorym i ich opiekunom, tworzenie godnych warunków do życia i zmagania się z chorobą oraz prezentowaniem na zewnątrz problemów związanych z chorobą i opieką, Jednak problem wymaga zdecydowanych działań systemowych.

W Sosnowcu planowane jest utworzenie ŚDS, w którym przewidziane jest 10 miejsc dla osób z chorobą otępienną-Alzheimera.

W pobliżu Sosnowca chorzy i ich rodziny mogą skorzystać z fachowej pomocy takich placówek jak np.:

-Szpital Geriatryczny Katowice-Szopienice- Centrum Diagnostyczne Zaburzeń Pamięci Reha Com.

-Prywatna klinika Neuro-care w Siemianowicach Śl., która specjalizuje się w leczeniu zaburzeń neurologicznych, w tym choroby Alzheimera

Kierownik
Dziennego Domu
Senior+

mgr Dominika Górka

Pomoc dla osób starszych i niepełnosprawnych świadczona przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Sosnowcu

Pomoc na rzecz osób starszych z chorobami otępiennymi w tym z chorobą Alzheimera świadczona przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Sosnowcu obejmuje:

- usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania,
- zasiłek pielęgnacyjny,
- możliwość pobytu w domach pomocy społecznej.

Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania

Z usług opiekuńczych mogą skorzystać osoby z niepełnosprawnościami, a także osoby chore krótkoterminowo albo przewlekle, osoby starsze i samotne, jeśli potrzebują na co dzień pomocy innych osób, a nie mogą jej uzyskać od osób, które wspólnie z nią mieszkają (np. równie chory współmałżonek) i innych członków rodziny.

Usługi opiekuńcze obejmują m.in. pomoc w zaspakajaniu codziennych potrzeb życiowych, takich jak robienie zakupów, sprzątanie, gotowanie, załatwianie spraw w urzędach, opiekę higieniczną i pielęgnacyjną (mycie, kąpanie, ubieranie, karmienie itp.), a także w miarę możliwości również zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze to usługi opiekuńcze dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z typu schorzenia lub niepełnosprawności. Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone są przez osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu, m.in. psychologa, pedagoga, pracownika socjalnego, terapeuty zajęciowego oraz innych specjalistów w zależności od potrzeb.

Zasiłek pielęgnacyjny

Jeżeli osoba niepełnosprawna (w tym chora na Alzheimera) posiada znaczny stopień niepełnosprawności lub skończyła 75 lat, a nie pobiera dodatku pielęgnacyjnego z ZUS przysługuje jej zasiłek pielęgnacyjny wypłacany przez Miejski Ośrodek. Zasiłek pielęgnacyjny od dnia 1 listopada 2018r. przysługuje w wysokości 184,42 zł miesięcznie a od 1 listopada 2019r. w kwocie 215,84 zł.

Pobyt w domach pomocy społecznej

Pobyt w domu pomocy społecznej - zgodnie z ustawą o pomocy społecznej przysługuje osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu.

W przypadku osób ubezwłasnowolnionych lub osób, które mają trudności w samodzielnym funkcjonowaniu a nie wyrażają lub nie są w stanie wyrazić zgody na umieszczenie w domu pomocy konieczne jest wydanie postanowienia sądu rejonowego.

Domy pomocy społecznej zapewniają całodobową opiekę osobom starszym i niepełnosprawnym, w szczególności miejsce zamieszkania, wyżywienie, opiekę, pielęgnację, terapię zajęciową, dostęp do kultury i wypoczynku a także spokój i bezpieczeństwo na terenie domu i opiekę podczas organizowanych zajęć poza domem.

Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na następujące typy:

- 1) dla osób w podeszłym wieku;
- 2) dla osób przewlekle somatycznie chorych;
- 3) dla osób przewlekle psychicznie chorych;
- 4) dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- 5) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
- 6) dla osób niepełnosprawnych fizycznie
- 7) osób uzależnionych od alkoholu.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami osobę kieruje się do domu pomocy społecznej odpowiedniego typu, zlokalizowanego jak najbliżej miejsca zamieszkania.

W Sosnowcu funkcjonują 2 domy pomocy przeznaczone dla osób w podeszłym wieku, łącznie dla 150 osób, tj.:

1. DPS przy ul. Jagiellońskiej 2 (80 miejsc);
2. DPS przy Andersa 81 (70 miejsc);

Miasto nie posiada domów pomocy społecznej dla innych osób potrzebujących takiej pomocy tj. dla osób przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych intelektualnie oraz niepełnosprawnych fizycznie, dlatego osoby z tymi schorzeniami umieszczane są w domach pomocy społecznej poza terenem gminy. Osoby z chorobami otępiennymi w tym z chorobą Alzheimera umieszczane są w domach pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych – Katowicach, Jaworznie, Dąbrowie Górnicze, Batowicach.

DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka
Pomocy Społecznej
mgr Monika Holawa