

Projekt

**UCHWAŁA NR/2018
RADY MIASTA LEGIONOWO**

z dnia 30 maja 2018 r.

w sprawie przyjęcia do realizacji w latach 2018 - 2020 programu polityki zdrowotnej pn. „Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Gminy Miejskiej Legionowo w wieku 70+”

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2017 r., poz. 1875 z późn. zm.¹⁾) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.²⁾) uchwala się co następuje.

§ 1. Przyjmuje się do realizacji w latach 2018 - 2020 program polityki zdrowotnej pn. „Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Gminy Miejskiej Legionowo w wieku 70+” w brzmieniu określonym w załączniku do uchwały.

§ 2. Gmina Miejska Legionowo przeznacza w 2018 roku środki finansowe na realizację programu w wysokości 92.250 zł.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Legionowo.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem 30 maja 2018 r.

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2017 r., poz. 2232, z 2018 r. poz. 130.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2017 r. poz. 2110, 2217, 2361, 2434; z 2018 r. poz. 107, 138, 650, 697, 730, 771.

Załącznik do uchwały Nr/2018
Rady Miasta Legionowo
z dnia 30 maja 2018 r.

Program polityki zdrowotnej pn. „Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Gminy Miejskiej Legionowo w wieku 70+”

1. Nazwa programu:

Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Gminy Miejskiej Legionowo w wieku 70+

2. Okres realizacji programu: 2018-2020

3. Autorzy programu: mgr Karolina Sobczyk, dr n. med. Joanna Woźniak-Holecka

4. Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu realizowanego w poprzednim okresie.

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1. Problem zdrowotny

W okresie ostatnich 25 lat obserwuje się w Polsce spowolnienie rozwoju demograficznego oraz znaczące zmiany w strukturze wieku jej mieszkańców. Trwający proces demograficznego starzenia się ludności jest przede wszystkim wynikiem wydłużania się trwania życia oraz niskiego poziomu dzietności i stanowi problem społeczny nie tylko w Polsce, ale też w większości społeczeństw europejskich. Proces ten postrzegany w wymiarze jednostkowym i społecznym stawia trudne wyzwania o wielopłaszczyznowym wymiarze, w tym w sferze medycznej, psychologicznej, socjalnej i ekonomicznej. W populacji osób starszych występuje wiele problemów zdrowotnych, a pogarszający się wraz z wiekiem stan zdrowia powoduje ograniczenia w codziennym życiu, potrzebę zewnętrznego wsparcia oraz zwiększoną intensywność korzystania z usług opieki zdrowotnej. Wiek niezależnie od innych uwarunkowań jest głównym czynnikiem ryzyka chorób przewlekłych. Ponadto występowanie wybranych chorób przewlekłych stanowi czynnik ryzyka pojawienia się kolejnych chorób, a mechanizm ten prowadzi do wielochorobowości – stanu znacznie utrudniającego leczenie pacjentów oraz pogarszającego rokowania¹.

Wyniki ogólnopolskiego badania PolSenior wskazują, że problem wielochorobowości (zdiagnozowane więcej niż jedno schorzenie) dotyczy większości osób starszych². Badania wskazują, że ryzyko tego stanu wzrasta z wiekiem i może dotyczyć ponad 80% chorych powyżej 84 roku życia³. Wielochorobowość prowadzi często do niewydolności narządów, co w konsekwencji pogarsza rokowania, zmniejsza samodzielność pacjenta i zwiększa kosztowność terapii oraz opieki socjalnej. U pacjenta ze zdiagnozowanymi kilkoma chorobami oraz występującą w związku z nimi niepełnosprawnością znacznie utrudniony jest proces leczenia, a wśród przyczyn tego stanu rzeczy często wskazuje się brak współpracy pomiędzy różnymi specjalistami zajmującymi się pacjentem⁴.

Konsekwencją opisanej powyżej wielochorobowości jest też wielolekowość - jednoczesne stosowanie przez pacjenta co najmniej kilku leków. Zjawisko to dotyczy ok. 50%

1 Rekomendacje zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi w Polsce, A. M. Fal (red), Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reichel, Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego, Warszawa 2016.

2 Zdrowe starzenie się: Biała Księga, prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński (red), Koalicja na rzecz Zdrowego Starzenia się, Warszawa 2013.

3 M.E. Salve, Multimorbidity in older adults, "Epidemiologic Reviews" 2013, no. 35, s. 75-83.

4 Rekomendacje zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi w Polsce... op.cit.

osób starszych i wraz z wielochorobowością tworzy tzw. spiralę chorób i terapii, czyli błędne koło, w którym zwiększająca się liczba schorzeń wymusza leczenie u coraz większej liczby specjalistów, a więc stosowanie coraz większej liczby leków, a to z kolei prowadzi do uszkodzenia kolejnych narządów. Sytuacji nie poprawia fakt, iż łącznie z lekami przepisywanymi przez lekarzy pacjenci w wielu przypadkach przyjmują również leki dostępne bez recepty, nabywane nierzadko bez konsultacji z lekarzem lub farmaceutą. Zażywanie dużej ilości leków bardzo często obniża skuteczność leczenia, ponieważ organizm osób starszych ma słabszy metabolizm (słabiej absorbuje i wydalają leki), co w konsekwencji bardzo często prowadzi do występowania działań niepożądanych, w tym niebezpiecznych interakcji lekowych⁵.

Wśród najczęstszych problemów zdrowotnych osób starszych wymienić można choroby układu krążenia, nowotwory, choroby nerek, cukrzycę, choroby zwyrodnieniowe stanów, otępienia oraz zaburzenia depresyjne. Choroby układu krążenia dotyczą zdecydowanej większości osób w wieku starszym, co wynika bezpośrednio ze związku wieku z częstością występowania głównych czynników ryzyka tych schorzeń, takich jak nadciśnienie, hipercholesterolemia, otyłość i cukrzyca. Nadciśnienie tętnicze stanowi jeden z głównych niezależnych czynników wystąpienia choroby wieńcowej, udaru mózgu, niewydolności serca oraz miażdżycy tętnic obwodowych⁶. Jest to stan, w którym długotrwale utrzymują się wysokie wartości ciśnienia tętniczego. Rozpoznanie opiera się na pomiarze w trakcie co najmniej dwóch wizyt o wyniku wyższym lub równym 140 mm Hg dla ciśnienia skurczowego lub 90 mm Hg dla ciśnienia rozkurczowego. U większości pacjentów rozpoznaje się samoistne nadciśnienie tętnicze, wynikające zwykle z niezdrowego stylu życia (mała aktywność fizyczna, niewłaściwa dieta, otyłość, nadużywanie alkoholu, stres, palenie tytoniu). Nielezione nadciśnienie tętnicze prowadzi do poważnych powikłań, w tym zawału serca, udaru mózgu, niewydolności serca i nerek, otępienia, ślepoty, a także zgonu. W leczeniu nadciśnienia tętniczego stosuje się metody nefarmakologiczne (przestrzeganie zasad zdrowego stylu życia) i farmakologiczne (leki hipotensyjne). Wśród chorób układu krążenia istotną przyczynę zgonów stanowią zawały serca oraz udary mózgu - martwice narządu lub tkanki wywołane niedokrwieniem. Najczęstsze objawy zawału serca to ból, pieczenie lub ucisk za mostkiem, w przypadku udaru mózgu - nagły silny lub bardzo silny ból głowy, zaburzenia funkcji ruchowych, zaburzenia czucia, widzenia, równowagi i koordynacji. W obu

5 K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A.M. Borowicz (red.), Geriatria i gerontologia, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

6 Zdrojewski T. i wsp., Rozpowszechnienie, świadomość i skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego u osób powyżej 65. roku życia w Polsce. W: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce (s. 155– 168). Poznań 2012.

omówionych wyżej przypadkach ryzyko zgonu bez podjęcia interwencji medycznej jest bardzo wysokie, w związku z czym chorym należy niezwłocznie udzielić pierwszej pomocy przedmedycznej oraz powiadomić o ich stanie odpowiednie służby ratunkowe⁷.

Kolejną grupę chorób dotykających z dużą częstotliwością osób w starszych grupach wiekowych stanowią nowotwory złośliwe. Około 60% nowych zachorowań mężczyzn dotyczy pięciu umiejscowień nowotworów: płuca, gruczołu krokowego, jelita grubego, żołądka i pęcherza moczowego. Ponad 50% nowo zdiagnozowanych nowotworów u kobiet, a także blisko połowa zgonów jest wywołanych nowotworem: piersi, płuca, jelita grubego, trzonu macicy i jajnika⁸. Zaawansowany wiek stanowi najważniejszy czynnik ryzyka choroby nowotworowej – szczyt zachorowań przypada na 50.-79. rok życia. Ponadto w powstawaniu większości nowotworów złośliwych istotną rolę odgrywają czynniki szkodliwe związane przede wszystkim ze sposobem życia. Za około 60% nowych przypadków raka odpowiedzialne są czynniki takie, jak palenie tytoniu i dieta. Mniejsze znaczenie przypisuje się zakażeniom czynnikiem zawodowym i zachowaniom seksualnym, a także czynnikowi diety (liczba urodzonych dzieci), spożywaniu alkoholu oraz zanieczyszczeniom i skażeniom środowiska. O wielkości zagrożenia decyduje w dużej mierze stopień ekspozycji na dany czynnik ryzyka⁹. Leczenie nowotworów, mimo ogromnego postępu, jest wciąż mało efektywne, a sytuacja ta jest wynikiem współistnienia kilku zmiennych, w tym m.in. zbyt późnego wykrywania choroby, obecności krążących komórek nowotworowych, mimo usunięcia guza pierwotnego czy nieskuteczności stosowanych leków, implikowanej istnieniem zjawiska oporności lekowej. W obliczu ciągłego wzrostu zachorowań na nowotwory, poszukiwania nowych metod terapii, bądź doskonalenie już istniejących, są niezbędne. Obecnie w postępowaniu terapeutycznym dominują procedury chirurgii, radioterapii oraz chemioterapii¹⁰.

Najliczniejszą grupę chorych z nowo rozpoznaną przewlekłą chorobą nerek stanowią osoby powyżej 60. roku życia, co wynika zarówno z procesu starzenia się nerek, jak i z narastającej wraz z wiekiem chorobowości z powodu cukrzycy typu 2, miażdżycy, nadciśnienia tętniczego oraz nawracających zakażeń dróg moczowych¹¹. Schorzenie to

7 Podolec P., Kopeć G. (red), Miniencyklopedia profilaktyki chorób układu krążenia.

8 Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W., Prognozy zachorowań i zgonów na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 r., Centrum Onkologii-I nstytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2009.

9 Wojciechowska U, Didkowska J, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2013 roku. Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 2015.

10 Sujka-Kordowska P., Diagnostyka I Leczenie Nowotworów W Świetle Badań Molekularnych i Immunohistochemicznych – Gdzie Jesteśmy?, Postępy Biologii Komórki, Tom 39 2012 nr 2 (173–188).

11 Chudek J. i wsp., Częstość występowania przewlekłej choroby nerek u osób w wieku podeszłym w Polsce. W: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski (red.), Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce (s. 223–235). Poznań 2012.

definiowane jest jako wielobjawowy zespół chorobowy powstały w wyniku trwałego uszkodzenia lub zmniejszenia liczby czynnych nefronów niszczonej przez różnorodne procesy chorobowe, toczące się w mięszu nerek. Przewlekła choroba nerek występuje w 5 stadiach, zależnych od stopnia wydolności nerek mierzonego za pomocą stopnia przesączania kłębuszkowego. Choroba ta, zwłaszcza w początkowych stadiach, może przebiegać bezobjawowo. Ponadto nierzadko się zdarza, iż w zaawansowanych stadiach powolne narastanie objawów pozwala się do nich powoli przyzwyczajać i pacjent może przez długi czas trwania choroby nie odczuwać żadnych niepokojących dolegliwości. W związku z powyższym nadal powszechnym zjawiskiem jest przypadkowe rozpoznanie przewlekłej choroby nerek w ostatnim, skrajnym stadium, wymagającym pilnego wdrożenia leczenia nerkozastępczego¹².

Kolejną często występującą w populacji osób starszych jednostką chorobową jest cukrzyca typu 2 - przewlekła choroba metaboliczna o zróżnicowanej etiologii, charakteryzująca się występowaniem insulinooporności obwodowej tkanek oraz upośledzeniem wydzielania insuliny. W powstawaniu cukrzycy tego typu biorą udział czynniki środowiskowe i genetyczne. Do pierwszej grupy należy przede wszystkim nadwaga i otyłość (zwłaszcza brzuszna) oraz niska aktywność fizyczna. Celem leczenia cukrzycy jest osiągnięcie pożądanych wartości w zakresie glikemii, ciśnienia tętniczego, lipidogramu oraz masy ciała. Normalizacja tych wartości zapobiega wystąpieniu powikłań cukrzycowych, bądź opóźnia ich rozwój poprawiając jakość życia chorego. Leczenie w tym przypadku ma charakter wielowymiarowy, na który składają się takie elementy jak edukacja pacjentów, leczenie nefarmakologiczne, leczenie hipoglikemizujące, zwalczanie czynników ryzyka oraz leczenie powikłań¹³.

Choroba zwyrodnieniowa jest najczęstszą przyczyną przewlekłych dolegliwości stawowych i niepełnosprawności ludzi w podeszłym wieku. Zgodnie z definicją choroba ta jest grupą schorzeń, które pomimo odmiennej etiologii prowadzą do podobnych efektów biologicznych, morfologicznych i klinicznych. Proces chorobowy w przebiegu tych schorzeń dotyczy nie tylko chrząstki stawowej, ale obejmuje także pozostałe elementy stawu. Wśród zasadniczych objawów choroby zwyrodnieniowej stawów pojawia się ból i ograniczenie ruchomości stawów, a także ich bolesność uciskowa. Ponadto objawom tym może towarzyszyć wysięk i cechy zapalenia, które ma charakter wtórny, ograniczone jest do

12 Król E., Rutkowski B, Przewlekła choroba nerek — klasyfikacja, epidemiologia i diagnostyka, Forum Nefrologiczne 2008, tom 1, nr 1, 1–6.

13 Jarosz M. Choroby metaboliczne. W: Praktyczny podręcznik dietetyki. Red. Jarosz M. Wydawnictwo Instytutu Żywności i Żywienia; Warszawa 2010; 341-352.

stawów i nie współistnieją z nim objawy ogólnoustrojowe. Częstość występowania choroby zwyrodnieniowej wzrasta szybko, głównie z powodu starzenia się społeczeństwa oraz epidemii otyłości, a w jej leczeniu podstawowym celem jest dążenie do zmniejszenia obciążenia stawów, które umożliwiłoby przywrócenie ich prawidłowej biomechaniki¹⁴.

Kolejnym schorzeniem dotykającym często osób starszych jest otępienie, będące zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są wyższe funkcje korowe: pamięć, liczenie, myślenie, zdolność uczenia się, orientacja, język, rozumienie, ocena. Otępienia dzielą się na pierwotnie i wtórnie zwyrodnieniowe. Wśród pierwszych wymienionych pojawia się m.in. choroba Alzheimera i Parkinsona, wśród drugich – m.in. otępienie naczyniowe oraz otępienie w przebiegu chorób metabolicznych. Proces diagnostyki otępień powinien być prowadzony przez interdyscyplinarny zespół, w skład którego wchodzi lekarz rodzinny, neurolog, psychiatra oraz psycholog. Wśród stosowanych metod leczenia zdecydowanie dominuje farmakoterapia¹⁵.

Zaburzenia depresyjne są zaraz po otępieniu drugim co do częstości zespołem psychopatologicznym występującym u osób w wieku podeszłym i razem z nim należą do tzw. wielkich problemów geriatrycznych. Depresja u osób starszych w porównaniu z młodszymi cechuje się bardziej zróżnicowaną i zwykle złożoną etiologią. Zaburzenia depresyjne osób w wieku podeszłym często mają charakter przewlekły i mogą mieć poważne konsekwencje dla zdrowia, a nawet życia pacjentów. Nie tylko sprawiają cierpienie choremu i upośledzają jego funkcjonowanie, obniżają jakość życia, ale towarzyszy im także wzrost zachorowalności na inne choroby oraz zwiększenie śmiertelności. Szacuje się, że aż około 40% przypadków depresji u osób po 65. roku życia pozostaje nierozpoznanych, a wśród przyczyn tego zjawiska wymienia się m.in. fakt zwykle trudniejszego nawiązywania kontaktu z osobami w wieku podeszłym. Ponadto dość częstym, niekorzystnym zjawiskiem, jest uznawanie objawów depresji za normalny przejaw starzenia się organizmu lub jako nieodłącznego elementu choroby somatycznej. W procesie terapeutycznym stosuje się farmakoterapię oraz psychoterapię¹⁶.

14 Jasik A., Tałała M., Otyłość a choroba zwyrodnieniowa stawów, *Postępy Nauk Medycznych*, t. XXVI, nr 5B, 2013, s. 14-18.

15 Kiejna A. i wsp., Standardy leczenia otępień, *Psychogeriatrya Polska* 2008;5(2):59-94.

16 Dobrzyńska E., Rymaszewska J., Kiejna A., Depresje u osób w wieku podeszłym, *Psychogeriatrya Polska* 2007;4(1):51-60

2. Epidemiologia:

W końcu 2014 r. liczba ludności Polski wynosiła 38,5 mln, w tym ponad 8,5 mln stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej (ponad 22%). Wśród populacji w tym przedziale wiekowym większość stanowią kobiety (59%), na 100 mężczyzn przypada ich 143. Ponadto podkreślenia wymaga fakt, iż wśród osób starszych obserwuje się przesuwanie największego odsetka zgonów w stronę coraz to starszych grup wieku, co może wskazywać na poprawę stanu zdrowia ludności w omawianych grupach wiekowych. W latach 90. ubiegłego wieku wśród zmarłych osób starszych największy odsetek stanowiły osoby w grupie wieku 80-84 lata, a począwszy od 2000 r. jest to grupa w wieku 85 lat i więcej¹⁷.

W ciągu ostatnich 25 lat udział osób w starszym wieku dla Polski wzrósł o prawie 6 p. proc., a liczebność tej grupy ludności wzrosła o 40% (do ok. 6,1 tys.). Wskaźnik starości demograficznej w 2015 r. w Polsce wyniósł niespełna 16% - najniższy odnotowano w woj. warmińsko-mazurskim (14,1%), najwyższy – w woj. łódzkim (17,6%). W przypadku województwa mazowieckiego wskaźnik ten wyniósł 16,2%. Dotychczas obserwowany trend starzenia się społeczeństwa będzie kontynuowany - przewiduje się, że w 2040 r. liczba ludność Polski w starszym wieku będzie większa o połowę w stosunku do wielkości z 2015 r. i wyniesie ok. 9,4tys., a udział w ogólnej populacji zwiększy się o 11 pkt. proc. - do ponad 26%¹⁸.

Ze starzeniem się najbardziej związane są choroby układu krążenia. W 2013 roku spośród ogólnej liczby zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia ponad 80% dotyczyło osób w wieku co najmniej 60 lat i była to pierwsza najczęstsza przyczyna zgonów w tej grupie wiekowej (ok. 52% ogółu). Drugą najczęstszą przyczyną zgonów są nowotwory, w tym nowotwory złośliwe. W 2013 r. odsetek zmarłych w wyniku nowotworów osób starszych wyniósł około 25%. Wśród innych przyczyn zgonów osób starszych znajdują się: cukrzyca, zapalenie płuc, choroby układu moczowo-płciowego (w tym zapalenie nerek), choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy oraz przewlekła choroba wątroby. Struktura zgonów według przyczyn różni się ze względu na płeć. Wśród kobiet częściej przyczyną zgonu są choroby układu krążenia, natomiast mężczyźni częściej niż kobiety umierają na skutek nowotworów złośliwych. Różnice te wynikają ze struktury wieku osób starszych – kobiety przeważają liczebnie wśród osób w bardzo zaawansowanym wieku, dla których choroby układu krążenia są najczęściej wskazywane przez lekarzy jako przyczyna zgonu¹⁹.

17 Ludność w wieku 60+. Struktura demograficzna i zdrowie, GUS 2016.

18 Terytorialne zróżnicowanie procesu starzenia się ludności Polski w latach 1990-2015 oraz w perspektywie do 2040 roku, GUS 2016.

19 Ludność w wieku 60+... op. cit.

Zgodnie z wynikami europejskiego ankietowego badania zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS) większość osób w wieku 60 lat i więcej ocenia swoje zdrowie jako takie sobie (43%), kolejne 29% jako złe i bardzo złe, 28% - jako dobre i bardzo dobre. Oceny własnego zdrowia pogarszają się wraz z upływem lat życia – w grupie 60-latków co piąta osoba oceniła swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe, natomiast w grupie 80-latków oceny takiej dokonała już co druga osoba. Występowanie chorób czy dolegliwości przewlekłych dotyczy zdecydowanej większości starszych osób (ok. 89%), a wraz z wiekiem poszerza się lista występujących dolegliwości i chorób przewlekłych - na 1 osobę z grupy 60-69 lat przypada ich ok. 3, wśród siedemdziesięciolatków już ok. 4, a wśród osób najstarszych (80 i więcej) – 4,5. Najczęstsza dolegliwość zdrowotna starszych Polaków to nadciśnienie tętnicze, które występuje u ponad połowy tej grupy. Bardzo często starsze osoby skarżą się na bóle dolnej partii pleców (40%), dolegliwości związane z przebiegiem choroby zwyrodnieniowej stawów (40%) oraz bóle szyi (29%) lub środkowej części pleców (po 29%). Ponadto u ok. 25% badanej grupy występuje choroba wieńcowa, a u ok. 18% cukrzyca (18%). Wśród innych zgłaszanych dolegliwości zdrowotnych pojawiają się: nietrzymanie moczu, choroby tarczycy oraz migrena²⁰.

Według metodologii Eurostatu w Polsce pod koniec 2014 r. blisko co druga osoba w wieku 60 lat i więcej należy do populacji osób niepełnosprawnych biologicznie²¹, a częstość występowania tej niepełnosprawności rośnie znacząco po ukończeniu 70 roku życia. Według kryteriów unijnych²² wśród sześćdziesięciolatków trochę częściej niż co trzecia osoba jest zaliczana do grupy osób niepełnosprawnych, wśród siedemdziesięciolatków trochę więcej niż połowa zbiorowości, zaś wśród najstarszych – ponad $\frac{3}{4}$ zbiorowości²³. Z informacji pozyskanych w badaniu EHIS wynika, że co trzecia osoba w wieku 65 lat i więcej ma trudności z wykonaniem codziennych czynności związanych z samoobsługą - największą trudność stanowi kładzenie się i wstawanie z łóżka lub siadanie i wstawanie z krzesła (ok. 28%), w następnej kolejności kąpanie się lub mycie pod prysznicem (ok. 26%) oraz ubieranie się i rozbieranie (ok. 23%). Problemy z wykonaniem co najmniej jednej z tych czynności deklarowała co czwarta osoba w wieku 65 lat i więcej. Poziom codziennej samoobsługi

20 Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle badania EHIS 2014, GUS 2015.

21 Osoba niepełnosprawna biologicznie wg EUROSTAT - osoba, która z powodu problemów zdrowotnych ma ograniczoną zdolność wykonywania codziennych czynności, lecz nie posiada prawnego orzeczenia o niepełnosprawności

22 Osoba niepełnosprawna wg kryteriów unijnych - osoba, która z powodu urazu, choroby lub wady wrodzonej ma duże trudności albo jest niezdolna wykonywać czynności, które osoba w tym samym wieku zazwyczaj jest zdolna wykonywać

23 Ludność w wieku 60+... op. cit.

maleje wraz z wiekiem, wśród najstarszych problemy z samoobsługą deklarowały już 3 osoby z 5²⁴.

W zakresie opisanych w poprzednim punkcie problemów zdrowotnych epidemiologia przedstawia się następująco:

- choroby układu krążenia – nadciśnienie tętnicze stanowi najczęstszą przypadłość zdrowotną w populacji osób w wieku podeszłym, dotycząca ok. 78% kobiet i ok. 72% mężczyzn; obecnie w Polsce jest około 3 mln osób cierpiących na chorobę wieńcową, w tym 2,3mln w wieku powyżej 60. roku życia; choroby serca i naczyń są przyczyną ok. 52-54% wszystkich zgonów u osób powyżej 65. roku życia²⁵;
- nowotwory - choroby nowotworowe występują w różnym wieku, ale więcej niż połowa z nich dotyczy osób powyżej 65. roku życia²⁶;
- cukrzyca - dotyka ok. 22% populacji w wieku podeszłym, a odsetek chorych nie rośnie z wiekiem²⁷.
- przewlekłe choroby nerek – schorzenie dotyczące ok. 25% kobiet i ok. 28% mężczyzn w wieku 65–69 lat oraz odpowiednio aż 66 i 72% po 90. roku życia²⁸;
- choroby zwyrodnieniowe stawów - szacuje się, że około 10% populacji w wieku powyżej 60 lat cierpi z powodu uciążliwych dolegliwości spowodowanych chorobą zwyrodnieniową stawów²⁹,
- otępienia - wśród osób powyżej 65 roku życia, otępienie występuje u 3-11 %, zaś w grupie wiekowej powyżej 80-85 lat u 20-50%, wśród osób po 90. roku życia otępienie spotyka się u 40%³⁰
- zaburzenia depresyjne - występowanie zaburzeń depresyjnych stwierdza się u ok. 30% osób w wieku 65 i więcej lat, przy czym odsetek ten wzrasta do 35 w grupie 80 i więcej lat i we wszystkich kohortach jest wyraźnie wyższy wśród kobiet niż mężczyzn³¹.

24 Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski... op.cit.

25 Zdrojewski T. i wsp., Rozpowszechnienie, świadomość i skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego... op.cit.

26 Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W., Prognozy zachorowań i zgonów na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 r... op.cit.

27 Januszkiewicz-Caulier J i wsp., Cukrzyca i jej powikłania w podeszłym wieku. W: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce (s. 169–179). Poznań 2012.

28 Chudek J. i wsp., Częstość występowania przewlekłej choroby nerek... op.cit.

29 Maciążek-Chyra B., Wiland P., Osoby starsze a choroby układu mięśniowo-szkieletowego. W: Zdrowe starzenie się: Biała Księga, prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński (red), Koalicja na rzecz Zdrowego Starzenia się, Warszawa 2013.

30 Kiejna A. i wsp., Standardy leczenia otępień... op.cit.

31 Broczek K. i wsp., Występowanie objawów depresyjnych u osób starszych. W: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w

3. Populacja podlegająca JST oraz kwalifikująca się do włączenia do programu

Zgodnie z danymi Urzędu Gminy Miejskiej Legionowo na rok 2017 gminę zamieszkuje 52,6tys. mieszkańców, w tym 5 380 w wieku 70 lat i więcej.

4. Obecne postępowanie

W mieście Legionowo nie jest obecnie realizowany program zdrowotny o wybranej tematyce. Wśród PPZ realizowanych przez inne samorzady można wymienić program pn. „Centrum Geriatryczne Zdrowy Nestor”, realizowany przez Miasto Gdańsk w latach 2014-2016.

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Wielochorobowość i wielolekowość stanowią istotny problem zdrowotny w populacji osób starszych, co odzwierciedlają bardzo niepokojące wskaźniki epidemiologiczne opisane wyżej w części dotyczącej problemu zdrowotnego i epidemiologii. Dostęp do świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki geriatrycznej dla osób starszych, finansowanych przez NFZ jest w województwie mazowieckim bardzo ograniczony – zgodnie z danymi płatnika na rok 2017 zawarto jedynie 9 umów na realizację ww. świadczeń, w tym najbliższej Legionowa w Warszawie (odległość ok. 25km)³². W związku z powyższym mieszkańcy gminy chętni do korzystania z usług geriatrycznych są zmuszani do korzystania ze świadczeń na zasadzie pełnej odpłatności w ramach rynku prywatnego, co w konsekwencji najczęściej prowadzi do rezygnacji z tego typu świadczeń. Uważa się, iż niwelowanie bariery finansowej w dostępie do opieki geriatrycznej, nawet dla niewielkiej grupy mieszkańców w związku z ograniczeniami finansowymi budżetu Gminy Miejskiej Legionowo, jest postępowaniem społecznie oczekiwanym i przeloży się na poprawę jakości życia uczestników programu. Część przewidzianych w programie interwencji stanowi świadczenia gwarantowane, jednakże w związku ze wskazanymi wyżej trudnościami w dostępie do tych świadczeń oraz dużym rozpowszechnieniem problemu wielochorobowości i wielolekowości wśród pacjentów w starszym wieku, realizacja wskazanych interwencji jest zasadna i będzie stanowiła istotne uzupełnienie świadczeń istniejących. Wszystkie wymienione w projekcie programu działania są zgodne z zaleceniami oraz rekomendacjami w zakresie opieki geriatrycznej.

Na niewystarczające działania w zakresie opieki nad osobami w wieku podeszłym, a w szczególności bardzo ograniczony dostęp do świadczeń opieki geriatrycznej, zwraca uwagę

Polsce (s. 123– 136). Poznań: 2012.

32 Informator o umowach NFZ, aplikacje.nfz.gov.pl [dostęp elektroniczny, 24.04.2017r.].

Najwyższa Izba Kontroli (NIK). Ustalenia tej instytucji wskazują, iż brakuje powszechnych, kompleksowych i wystandaryzowanych procedur postępowania w opiece medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Ponadto w wynikach przeprowadzonej kontroli zwrócono uwagę na fakt pogarszającej się dostępności do opieki geriatrycznej w kraju, w tym zmniejszenie zarówno liczby poradni geriatrycznych, jak i oddziałów geriatrycznych w latach objętych kontrolą (2011-2014). W obliczu wskazanych wyżej problemów, wynikających w dużej mierze z ograniczeń finansowych publicznego płatnika, istotnym wsparciem w walce z problemem zapewnienia opieki geriatrycznej dla pacjentów może być zaangażowanie m.in. jednostek samorządów terytorialnych, czego wyrazem jest zaplanowany przez Gminę Miejską Legionowo program polityki zdrowotnej³³.

Ponadto zaplanowany program wpisuje się w krajowe i regionalne strategie zdrowotne, ponieważ jego zakres jest zgodny z:

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych – priorytet 5: Poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym³⁴;
- Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego³⁵:
 - Priorytet 3: Zwiększenie dostępności do oddziałów wewnętrznych poprzez wzmocnienie geriatry, opieki długoterminowej i rozwój opieki środowiskowej – cel 3: zwiększenie dostępności do ambulatoryjnej opieki geriatrycznej;
 - Priorytet 10: Długofalowa profilaktyka poprzez wdrożenie programów polityki zdrowotnej oraz programów zdrowotnych;
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020³⁶ - cel operacyjny 5: Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się (cel 2: Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych).

II. CELE PROGRAMU

33 Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym, Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, KZD-4101-003/2014, Nr ewid.2/2015/P/14/062/KZD.

34 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126]

35 „Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego”, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, 30.06.2016.

36 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].

1. Cel główny:

Poprawa jakości życia mieszkańców w wieku 70 lat i więcej poprzez zwiększenie dostępu do świadczeń z zakresu opieki geriatrycznej.

2. Cele szczegółowe:

- 1) wzrost jakości i skuteczności świadczeń opieki zdrowotnej kierowanych do pacjentów w podeszłym wieku
- 2) zwiększenie skuteczności stosowanej w grupie docelowej farmakoterapii
- 3) poprawa ogólnej sprawności fizycznej oraz wzrost samodzielności pacjentów w grupie docelowej
- 4) poprawa jakości życia psychicznego wśród mieszkańców 70+
- 5) poprawa samooceny stanu zdrowia wśród starszych pacjentów

3. Oczekiwane efekty:

Oczekuje się, że zapewnienie pacjentom w wieku 70 lat i więcej dostępu do kompleksowej opieki geriatrycznej pozwoli na poprawę jakości ich życia, zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym. Konsultacja geriatryczna dzięki całościowej specjalistycznej ocenie problemów zdrowotnych pacjenta będzie skutkowała zwiększeniem skuteczności stosowanej u niego farmakoterapii. Edukacja zdrowotna prowadzona w ramach opieki pielęgniarskiej i lekarskiej pozwoli na zwiększenie wiedzy w zakresie własnego zdrowia i chorobowości, a także umiejętności w aspekcie ułatwień i wsparcia w czynnościach życia codziennego. Oczekuje się, iż zapewnione uczestnikom programu świadczenia fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjne pozwolą na zwiększenie ich samodzielności oraz poprawę ogólnej sprawności fizycznej, natomiast psychologiczne – na poprawę jakości życia psychicznego. Ponadto poprzez przekazanie wniosków i zaleceń wynikających z przeprowadzonych konsultacji geriatrycznych lekarzowi POZ oczekuje się utrzymania efektów osiągniętych w programie.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- a. liczba osób uczestniczących w programie (wd. 150)
- b. procent objęcia programem populacji docelowej (wd. 2,8%)
- c. odsetek osób, u których w ramach konsultacji lekarskiej za celowe uznano modyfikację farmakoterapii (wd. 30%)
- d. liczba osób zakwalifikowanych do terapii fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjnej (wd. 100)
- e. odsetek osób, u których doszło do poprawy chodu i równowagi (poprawa wyników testu Tinetti u 20%)
- f. liczba osób zakwalifikowanych do terapii psychologicznej (wd. 50),
- g. odsetek osób, u których odnotowano poprawę stanu emocjonalnego (poprawa wyników skali GDS u 20%)
- h. odsetek osób, u których odnotowano poprawę w zakresie samooceny stanu zdrowia (wd. 30%)

III. ADRESACI PROGRAMU

Program będzie skierowany do osób w wieku 70 lat i więcej, zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Legionowo, którzy spełniają kryteria kwalifikacji.

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Program obejmie corocznie ok. 150 mieszkańców gminy w wieku ≥ 70 lat (2,8% ogółu). Oszacowania populacji dokonano z uwzględnieniem możliwości finansowych Gminy Miejskiej Legionowo.

2. Tryb zapraszania do programu:

- 1) informacja w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej (informowanie pacjentów przez personel medyczny; informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz w formie komunikatów na stronie internetowej)
- 2) informacja w podmiocie realizującym program (informowanie pacjentów przez personel medyczny; informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz w formie komunikatów na stronie internetowej);
- 3) informacja w Urzędzie Gminy Miejskiej Legionowo (informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń, komunikatów na stronie internetowej oraz za pośrednictwem portali społecznościowych);
- 4) informacje w lokalnej prasie i mediach.

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:

- 1) opracowanie projektu programu;
- 2) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego kryteria kadrowe, lokalowe i infrastrukturalne niezbędne dla realizacji programu;
- 3) podpisanie umowy na realizację programu;
- 4) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem:
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki);
 - kwalifikacja pacjentów do programu prowadzona przez pielęgniarkę
 - świadczenia geriatryczne realizowane przez lekarza
 - świadczenia geriatryczne realizowane przez pielęgniarkę
 - świadczenia psychologiczne realizowane przez psychologa
 - świadczenia fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjne realizowane przez fizjoterapeutę
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora
- 5) ewaluacja:
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów (załącznik 14);
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 6) przygotowanie sprawozdania z realizacji programu

2. Planowane interwencje:

A. Akcja informacyjna:

- opracowanie oraz druk ulotek/plakatów informujących o prowadzonym na terenie gminy programie polityki zdrowotnej,
- przekazanie informacji o realizacji programu wszystkim podmiotom leczniczym, funkcjonującym na terenie Gminy Miejskiej Legionowo.

B. Kwalifikacja pacjentów do programu prowadzona u realizatora przez pielęgniarkę:

- ocena wielochorobowości na podstawie dostarczonej przez pacjenta kserokopii dokumentacji medycznej z poradni POZ,

- ocena sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności życia codziennego przy użyciu Skali Barthel (załącznik 1)
- wypełnienie karty kwalifikacji do uczestnictwa w programie (załącznik 2);

C. Świadczenia opieki geriatrycznej – etap I:

1) świadczenie lekarza geriatry – porada lekarska obejmująca:

- wywiad geriatryczny,
- badanie internistyczne,
- identyfikacja pacjenta geriatrycznego (Skala VES-13 – załącznik 4),
- ocenę stanu emocjonalnego w stopniu podstawowym za pomocą Geriatrycznej Skali Oceny Depresji według Yesavage’a (GDS Geriatric Depression Scale – załącznik 5),
- ocenę funkcji poznawczych, w tym także badanie przesiewowe w kierunku otępienia za pomocą Skróconego Testu Sprawności Umysłowej (AMTS, Abbreviated Mental Test Score – załącznik 6),
- ocenę chodu i równowagi przy użyciu testu Tinetti (załącznik 7), testu „wstań i idź” (załącznik 8) wykonanego na czas, prędkości chodu w m/sek.;
- ocenę stanu odżywienia za pomocą testu MNA (Mini Nutritional Assessment – załącznik 9)
- ocenę sytuacji środowiskowej i zakresu otrzymywanego wsparcia od opiekuna przez pacjenta geriatrycznego — za pomocą kwestionariusza i indeksu COPE (załącznik 10);
- analizę wyników badań dodatkowych oraz konsultacji specjalistycznych na podstawie dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta;
- ustalanie rozpoznań;
- ustalenie, modyfikację lub redukcję farmakoterapii;
- edukacja zdrowotna - omówienie z pacjentem i członkiem rodziny lub opiekunem istoty choroby i sposobu jej leczenia oraz przekazanie ww. osobom porad w formie ustnej oraz zaleceń w formie pisemnej (m.in. z zakresu profilaktyki, promocji zdrowia, wczesnego wykrywania schorzeń oraz zapobiegania ich powikłaniom, sposobu żywienia);
- przekazanie drogą pocztową lekarzowi POZ informacji i zaleceń wynikających z udzielonego świadczenia geriatrycznego (załącznik 15);
- zakwalifikowanie pacjenta do kolejnego etapu programu:
 - cyklu 10 spotkań w ramach terapii psychologicznej lub
 - cyklu 10 spotkań w ramach terapii fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjnej lub

- cyklu 5 spotkań w ramach terapii psychologicznej oraz 5 spotkań w ramach terapii fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjnej
 - wypełnienie karty uczestnictwa pacjenta w programie – część III: porada lekarska (załącznik 3):
- 2) świadczenie pielęgniarskie – porada obejmująca:
- wywiad pielęgniarski;
 - samoocena stanu zdrowia dokonana przez pacjenta (odnotowania w karcie uczestnictwa – załącznik 3);
 - wykonanie pomiarów antropometrycznych, w tym określenie BMI;
 - ocenę sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności życia codziennego przy użyciu Skali Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego wg Katza (ADL, Activities of Daily Living – załącznik 11), Skali Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego wg Lawtona (IADL, Instrumental Activities of Daily Living – załącznik 12);
 - edukacja zdrowotna - udzielenie wskazówek na temat ułatwień i wsparcia w czynnościach życia codziennego, przekazanie pacjentowi oraz członkowi rodziny/opiekunowi porad w formie ustnej oraz zaleceń w formie pisemnej (m.in. z zakresu profilaktyki, promocji zdrowia, wczesnego wykrywania schorzeń oraz zapobiegania ich powikłaniom, sposobu żywienia);
 - wypełnienie karty uczestnictwa pacjenta w programie – część III: porada pielęgniarska (załącznik 3):
- C. Świadczenia opieki geriatrycznej – etap II (do wyboru w zależności od kwalifikacji lekarskiej):
- 1) świadczenia fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjne (cykl 10 spotkań 60-minutowych), w tym:
- fizjoterapeutyczna ocena stanu funkcjonalnego;
 - wdrożenie dostosowanego do danych jednostek chorobowych oraz zaburzeń czynnościowych postępowania fizjoterapeutycznego, obejmującego kinezyterapię;
 - wydanie pacjentom i członkom rodziny/opiekunom zaleceń w zakresie odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych w celu zwiększenia sprawności funkcjonalnej pacjenta i poprawy wyników podejmowanej fizjoterapii;
 - wydanie pacjentom i członkom rodziny/opiekunom zaleceń dotyczących postępowania po zakończeniu cyklu spotkań w celu podtrzymania i utrwalenia efektów podjętych działań oraz zapobiegania niepełnosprawności;

- edukacja zdrowotna (zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta) - nauka korzystania ze sprzętu medycznego i wyrobów medycznych; instruktaż obsługi sprzętu rehabilitacyjnego;
- ocenę chodu i równowagi przy użyciu testu Tinetti (załącznik 7), przeprowadzoną na ostatnim spotkaniu
- samoocena stanu zdrowia przez pacjenta na ostatnim spotkaniu
- wypełnienie karty uczestnictwa pacjenta w programie – część IV (załącznik 3),

2) świadczenia psychologiczne (cykl 10 spotkań 60-minutowych), w tym:

- rozmowa z pacjentem oraz jego rodziną/opiekunem;
- indywidualna ocena psychologiczna i przeprowadzanie testów neuropsychologicznych;
- ocena potrzeb pacjenta geriatrycznego, jego rodziny lub opiekunów;
- psychoterapia pacjenta (bezpośrednia, odreagowująca, racjonalna, podtrzymująca, wspierająca, relaksacyjna, wizualizacja);
- ocena stanu emocjonalnego w stopniu podstawowym za pomocą Geriatrycznej Skali Oceny Depresji według Yesavage'a (GDS – załącznik 5) na ostatnim spotkaniu;
- samoocena stanu zdrowia przez pacjenta na ostatnim spotkaniu
- wypełnienie karty uczestnictwa pacjenta w programie – część IV (załącznik 3);

3) świadczenia fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjne oraz psychologiczne (łącznie 10 spotkań 60-minutowych w konfiguracji dostosowanej do indywidualnych potrzeb pacjenta), w tym:

- świadczenia wymienione powyżej dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta;
- wypełnienie karty uczestnictwa pacjenta w programie – część IV (załącznik 3).

We wszystkich ww. świadczeniach członek rodziny lub opiekun pacjenta może uczestniczyć wyłącznie na podstawie zgody pisemnej wyrażonej przez pacjenta – uczestnika programu.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Program jest skierowany do mieszkańców gminy Legionowo, którzy spełniają następujące kryteria:

- wiek 70 lat i więcej;
- obciążenie co najmniej 3 chorobami przewlekłymi;

- ocena sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności życia codziennego na poziomie 85 punktów lub mniej w skali Barthel (stan pacjenta „średnio ciężki” w przypadku 21-85 pkt. lub bardzo ciężki w przypadku 0-20 pkt.)³⁷;
- zamieszkiwanie na terenie gminy miejskiej Legionowo;
- oświadczenie o braku stałej opieki w poradni geriatrycznej.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenia w programie będą realizowane w trybie ambulatoryjnym w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom informacje o terminach prowadzonej przez pielęgniarkę kwalifikacji do uczestnictwa w programie oraz konieczności posiadania kserokopii dokumentacji medycznej dot. przebiegu dotychczasowego leczenia. Po pozytywnej kwalifikacji pacjenci zostaną poinformowani o terminach udzielanych porad w I etapie programu (świadczenie geriatryczne lekarskie i pielęgniarskie), a następnie zostaną ustalone terminy spotkań rehabilitacyjno-fizjoterapeutycznych i/lub psychologicznych w ramach II etapu. Wszystkie zaplanowane w ramach programu świadczenia geriatryczne będą realizowane indywidualnie. Wzór zaświadczenia o udziale w programie (karta uczestnika programu) określono w załączniku 2.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Ambulatoryjna opieka geriatryczna jest świadczeniem finansowanym przez NFZ na podstawie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej³⁸. Świadczenia te są realizowane na podstawie skierowania w poradniach geriatrycznych. W województwie mazowieckim na rok 2017 NFZ podpisał jedynie 9 umów na realizację świadczeń w zakresie geriatrii w opiece ambulatoryjnej, w tym najbliższy świadczeniodawca dla pacjentów z Legionowa znajduje się w Warszawie (odległość ok. 25km)³⁹. Biorąc pod uwagę ograniczony dostęp do opieki geriatrycznej dla pacjentów zamieszkujących na terenie gminy i duże zapotrzebowanie, wyrażone danymi epidemiologicznymi oraz opiniami lokalnych środowisk

37 Wiktor K. i wsp., Wybrane metody oceny czynnościowej (funkcjonalnej) w praktyce lekarskiej, Ann. Acad. Med. Siles. 2010, 64, 5-6, 76-81

38 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

39 Dane NFZ, aplikacje.nfz.gov.pl, dostęp: 13.05.2017r.

działających na rzecz starszej społeczności, w opinii autorów działania zaproponowane w ramach programu będą stanowiły istotne uzupełnienie świadczeń.

6. Spójność merytoryczna i organizacyjna:

W opinii autorów projekt PPZ jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami, o których mowa w ust. 1 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, realizowanymi przez ministrów oraz NFZ.

7. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

W przypadku zakończenia udziału w programie po I etapie lub w trakcie II etapu w związku ze stwierdzeniem przeciwwskazań do kontynuacji udzielania świadczeń pacjent:

- zostaje poinformowany o rodzaju ww. przeciwwskazań;
- otrzymuje indywidualne zalecenia lekarskie, pielęgniarskie oraz fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjne i/lub psychologiczne w zależności od prowadzonego postępowania;
- zostaje poinformowany o przekazaniu drogą pocztową lekarzowi POZ informacji i zaleceń wynikających z udzielonego świadczenia geriatrycznego oraz o konieczności odbycia wizyty u lekarza POZ po ok. 2tyg. od zakończenia udziału w programie (czas niezbędny na przesłanie dokumentacji);
- zostaje poproszony o wypełnienie ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 14);
- zostaje poinformowany o możliwości udziału w programie w kolejnym roku kalendarzowym w przypadku gdy ww. przeciwwskazania nie wykluczają takiej możliwości;
- kończy udział w programie.

W przypadku zakończenia udziału w programie po ukończeniu całego cyklu wizyt w ramach II etapu pacjent:

- otrzymuje indywidualne zalecenia lekarskie, pielęgniarskie oraz fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjne i/lub psychologiczne w zależności od prowadzonego postępowania;
- zostaje poinformowany o przekazaniu drogą pocztową lekarzowi POZ informacji i zaleceń wynikających z udzielonego świadczenia geriatrycznego oraz o konieczności odbycia wizyty u lekarza POZ po ok. 2tyg. od zakończenia udziału w programie (czas niezbędny na przesłanie dokumentacji);
- zostaje poproszony o wypełnienie ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 14);

- zostaje poinformowany o możliwości udziału w programie w kolejnym roku kalendarzowym w przypadku gdy ww. przeciwwskazania nie wykluczają takiej możliwości;
- kończy udział w programie.

Ponadto pacjent ma możliwość zakończenia swojego udziału w programie na każdym jego etapie. W przypadku zakończenia udziału w programie po I etapie lub w trakcie II etapu, pomimo braku stwierdzenia jakichkolwiek przeciwwskazań lekarskich do dalszego udziału, pacjent:

- zostaje poinformowany o korzyściach zdrowotnych wynikających z kontynuacji świadczeń, z których dobrowolnie rezygnuje kończąc swój udział w programie;
- otrzymuje indywidualne zalecenia lekarskie i pielęgniarskie;
- zostaje poinformowany o przekazaniu drogą pocztową lekarzowi POZ informacji i zaleceń wynikających z udzielonego świadczenia geriatrycznego oraz o konieczności odbycia wizyty u lekarza POZ po ok. 2tyg. od zakończenia udziału w programie (czas niezbędny na przesłanie dokumentacji);
- zostaje poproszony o wypełnienie ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 14);
- zostaje poinformowany o możliwości udziału w programie w kolejnym roku kalendarzowym;
- kończy udział w programie.

8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Realizatorem programu będzie podmiot leczniczy spełniający wymogi obowiązujących przepisów. Świadczenia będą realizowane przez wykwalifikowany personel i odbywać się będą z zachowaniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. W razie wystąpienia jakichkolwiek przeciwwskazań zdrowotnych na każdym etapie programu udział pacjenta zostanie zakończony lub zawieszony w zależności od konieczności.

9. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy Miejskiej Legionowo. Realizatorem programu będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, udzielający

świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna lub podstawowa opieka zdrowotna, spełniający wymagania dla realizacji określonego rodzaju świadczeń^{40,41}.

Realizator będzie zobowiązany do zapewnienia na potrzeby realizacji programu usług specjalistów, spełniających wymagania Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, określone dla zespołu geriatrycznego udzielającego świadczeń z zakresu opieki geriatrycznej⁴², w tym:

- 1) lekarza o specjalizacji w dziedzinie geriatryi,
- 2) pielęgniarki spełniającej którekolwiek z następujących wymagań:
 - z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego,
 - z tytułem specjalisty w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego, psychiatrycznego, neurologicznego, paliatywnego i opieki długoterminowej albo w trakcie odbywania tych specjalizacji,
 - po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego lub opieki długoterminowej,
- 3) fizjoterapeuty spełniającego którekolwiek z następujących wymagań:
 - ma tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub rehabilitacji ruchowej,
 - rozpoczął po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach, i uzyskał tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku,
 - rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskał tytuł magistra na tym kierunku,
 - rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskał tytuł magistra oraz ukończył specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej,
 - rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskał tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończy w ramach studiów dwuletnie studia specjalizacyjne z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej,

40 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

41 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

42 Standardy postępowania w opiece geriatrycznej, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, Gerontologia Polska 2013, tom 21, nr 2, s. 33-47.

- rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskał tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończył trzymiesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji,
 - ukończył szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskał tytuł zawodowy technik fizjoterapii,
- 4) psychologa, posiadającego co najmniej roczne doświadczenie w pracy z osobami w wieku podeszłym.

10. Dowody skuteczności planowanych działań

a. Opinie ekspertów klinicznych

Zwiększanie dostępności oraz jakości świadczeń skoordynowanej ambulatoryjnej opieki geriatrycznej nad pacjentami w wieku starszym, uwzględniającej całościową ocenę geriatryczną zalecają m.in.:

- Polskie Towarzystwo Gerontologiczne (PTG, 2013)⁴³,
- Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji (2016)⁴⁴,
- Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego (PTZP, 2016)⁴⁵,
- Koalicja Na Rzecz Zdrowego Starzenia Się (2013)⁴⁶,
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2015)⁴⁷,
- British Geriatric Society (2014)⁴⁸,
- Royal College of General Practitioners (2014)⁴⁹,

b. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek

Polskie Towarzystwo Gerontologiczne wskazuje, iż rozwój geriatrii jest pożądanym zarówno ze względów ekonomicznych, jak i etycznych. Zapewnienie pacjentom lepszej opieki oraz stworzenie warunków do racjonalnego wykorzystywania środków finansowych na

43 Standardy postępowania w opiece geriatrycznej, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego... op.cit.

44 Rekomendacje zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi w Polsce, A. M. Fal (red), Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reichel, Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego, Warszawa 2016.

45 Ibidem.

46 Zdrowe starzenie się: Biała Księga, prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński (red), Koalicja na rzecz Zdrowego Starzenia się, Warszawa 2013.

47 Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs, NICE guideline [NG27], December 2015.

48 Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report, Age and Ageing 2014; 43: 744–747.

49 Ibidem.

publicznym rynku usług zdrowotnych wymaga ułatwienia osobom starszym dostępu do ambulatoryjnych i stacjonarnych placówek geriatrycznych. Zgodnie z wytycznymi PTG w zakresie standardów postępowania w opiece geriatrycznej, opublikowanymi w wyniku prac powołanego przez Ministra Zdrowia Zespołu do Spraw Gerontologii, świadczenia zdrowotne kierowane do pacjenta geriatrycznego powinny być realizowane przez interdyscyplinarny zespół geriatryczny (dalej IZG). Pacjent geriatryczny, zgodnie z definicją WHO, to pacjent, który osiągnął przynajmniej 60 lat i skierowany został do geriatry. Zazwyczaj jest to pacjent w późnej starości, z wielochorobowością typową dla wieku starszego, u którego z racji wieku lub współistniejących chorób pojawia się ryzyko nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub zgonu. IZG, zgodnie z rekomendacjami PTG, powinny działać w warunkach poradni geriatrycznej (w tym realizować wizyty domowe), oddziału geriatrycznego oraz dziennego ośrodka opieki geriatrycznej, a także udzielać konsultacyjnych wizyt geriatrycznych w zakładach leczniczych. Skład wskazanego wyżej zespołu powinien obejmować co najmniej lekarza geriatrę, pielęgniarkę, fizjoterapeutę i psychologa, natomiast w jego pracach mogą uczestniczyć inne osoby posiadające wykształcenie kierunkowe mające zastosowanie w ochronie zdrowia i pomocy społecznej (m.in. opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, logopeda, dietetyk, farmaceuta, pracownik socjalny, kapelan). IZG celem zwiększenia efektywności podejmowanych działań powinien współpracować z pacjentem i jego opiekunami, specjalistami różnych dyscyplin medycznych, lekarzami POZ, pielęgniarkami, instytucjami pomocy społecznej, a także lokalnymi władzami samorządowymi. Zgodnie z założeniami zespołowe podejście geriatryczne IZG to proces całościowej oceny problemów zdrowotnych, sprawności fizycznej, stanu psychicznego, poziomu wsparcia społecznego, sytuacji materialnej oraz warunków życia pacjenta geriatrycznego, realizowany w celu poprawy poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych, poprawy stanu funkcjonalnego i jakości życia pacjenta. Członkowie IZG przeprowadzają badania pacjenta geriatrycznego zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, wykonują i analizują pomiary stanu pacjenta w skalach oceny stanu psychicznego, fizycznego, odżywienia, ryzyka upadków, odleżyn i innych, składających się na całościową ocenę geriatryczną (COG). Ponadto działanie zespołu obejmuje również edukację zdrowotną, zapobieganie chorobom i niepełnosprawności, skierowane do starszych pacjentów i ich rodzin lub opiekunów⁵⁰.

Zgodnie z rekomendacjami zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi w Polsce, opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego oraz Narodowy

50 Standardy postępowania w opiece geriatrycznej, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego... op.cit.

Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, opieka ta aby była efektywna musi być prowadzona interdyscyplinarnie i dotyczyć trzech obszarów: zdrowotnego, psychicznego i społecznego. Pod pojęciem efektywności opieki rozumie się tutaj spełnienie potrzeb seniorów i osiągnięcie oczekiwanych rezultatów, w tym wydłużenia życia w dobrym zdrowiu. W związku z faktem, iż w wymiarze biologicznym jednym z czynników wyróżniających starość jest obniżenie sprawności organizmu, niezwykle istotna w opiece nad starszym pacjentem jest rehabilitacja. Działania fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjne podejmowane są przede wszystkim w celu utrzymania lub przywrócenia zdolności do samodzielnego funkcjonowania, zwłaszcza w zakresie podstawowych czynności życia codziennego oraz usprawnienia poszczególnych narządów i układów, w których występuje dysfunkcja, co ma duże znaczenie dla poprawy jakości życia osób w starszym wieku. Ponadto eksperci wskazują na fakt, iż pacjenci w podeszłym wieku charakteryzują się również wysokim poziomem napięcia psychicznego, niskim poczuciem własnej wartości oraz negatywną postawą wobec terapii, a także obciążeni są dużym ryzykiem wystąpienia zaburzeń depresyjnych. Autorzy w swoich rekomendacjach wskazują także na istotność kompleksowego podejścia klinicznego i wczesną wykrywalność schorzeń współistniejących, możliwą dzięki prowadzeniu oceny sprawności starszej osoby z wykorzystaniem walidowanych skali, w tym np. skali VES 13. Działanie takie pozwala na wczesne wykrycie wielu chorób, ocenę sprawności chorego i możliwości samodzielnego funkcjonowania w warunkach domowych oraz umożliwia wytypowanie osób wymagających całościowej oceny geriatrycznej dokonanej przez IZG⁵¹.

Rehabilitacja stanowi nieodłączny element efektywnej opieki geriatrycznej. Jak wspomniano na wstępie choroby układu krążenia stanowią najczęstszą przypadłość dotyczącą osoby w wieku podeszłym. Według WHO rehabilitacja kardiologiczna jest sumą działań prowadzących do zapewnienia choremu możliwie jak najlepszych fizycznych, psychicznych i socjalnych warunków, aby mógł on odzyskać należne miejsce w społeczeństwie. Usprawnianie osób po ostrych zespołach wieńcowych wpływa korzystnie na wydolność fizyczną i psychiczną, a także pomaga w eliminowaniu istotnych czynników ryzyka, takich jak nadciśnienie, otyłość czy mała aktywność ruchowa. Podstawą usprawniania w kardiologii jest trening wytrzymałościowy i ćwiczenia oporowe o małej intensywności. Uzupełnieniem wczesnego etapu rehabilitacji jest zestaw ćwiczeń ogólnousprawniających: rozluźniających, równoważących i zręcznościowych⁵². Podejmowanie regularnej aktywności fizycznej stanowi podstawę pierwotnej i wtórnej prewencji nadciśnienia tętniczego. Zakres

51 Rekomendacje zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi w Polsce... op.cit.

52 World Health Organization: Rehabilitation of patients with cardiovascular disease. Report of a WHO expert committee. WHO Technical Report Series No 270; 1964.

obciążeń treningowych musi być indywidualnie dostosowany do poziomu wydolności i wieku chorego. Trening fizyczny jest zalecany jako jedna z ważnych nefarmakologicznych metod leczenia, a u niektórych chorych może zastąpić leczenie farmakologiczne, dając porównywalne efekty⁵³. Podejmowanie regularnej aktywności fizycznej wśród osób starszych wpływa także korzystnie na mięśnie szkieletowe i układ oddechowy poprzez zwiększenie zdolności pochłaniania tlenu⁵⁴. Wysiłek fizyczny stanowi ważny element kompleksowego leczenia również w przypadku cukrzycy. Podejmowanie aktywności ruchowej jest zalecane wszystkim chorym z cukrzycą. Spośród ćwiczeń tlenowych i dynamicznych zalecany jest marsz, wolny bieg, pływanie, gimnastyka, gry zespołowe, jazda na rowerze⁵⁵. Działanie to u chorych z cukrzycą typu 2 m.in. poprawia tolerancję glukozy, reguluje poziom glikemii, zwiększa insulinowrażliwość, redukuje masę ciała oraz wartości wysokiego ciśnienia tętniczego. Wdrożenie aktywności fizycznej powinno być zawsze rozważane indywidualnie oraz poprzedzone aktualną oceną wydolności układu krążenia, oddechowego, narządu ruchu i kontrolą ciśnienia tętniczego⁵⁶. Kolejnym ważnym czynnikiem determinującym jakość życia osób starszych jest otyłość, stanowiąca czynnik ryzyka wielu chorób przewlekłych. Także w tym przypadku jednym z podstawowych elementów prewencji jest regularna aktywność ruchowa. Wśród większości przypadków aktywność fizyczna jest ważnym elementem terapii, umożliwiającym redukcję masy ciała i utrzymanie jej na właściwym dla wieku i płci poziomie⁵⁷. Jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności wśród osób starszych są upadki, stwarzające zagrożenie nie tylko dla jakości, ale również długości życia. Do upadków prowadzi często pogorszenie funkcjonalne seniorów i osłabienie siły mięśniowej, chwiejność postawy, obniżenie zdolności postrzegania oraz zdolności poznawczych. Najlepsze efekty w profilaktyce upadków przynosi trening oparty na połączeniu ćwiczeń siłowych i równoważnych z ćwiczeniami chodu⁵⁸. Rehabilitacja odgrywa również nieocenioną rolę w walce z bólami przewlekłymi, związanymi z patologiami w obrębie kręgosłupa. Postępowanie terapeutyczne ukierunkowane jest w tych przypadkach na utrzymanie prawidłowej postawy ciała poprzez wzmocnienie mięśni

53 Irzmański R, Barylski M. Wpływ rehabilitacji kardiologicznej na zachowanie się ciśnienia tętniczego u chorych z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym. *Clin Exp Med Lett* 2006;47:61-6.

54 Raczak A, Majkowicz M. Wpływ rehabilitacji na strategię radzenia sobie z trudną sytuacją zdrowotną wśród pacjentów w podeszłym wieku z chorobą niedokrwienną serca. *Geriatrics* 2010;4:170-5.

55 Korzon-Burakowska A. Cukrzyca i wysiłek fizyczny. Zalecenia Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetol Prakt* 2001;2:241-7

56 Kozak-Szkopek E, Łopatyński J. Cukrzyca w wieku podeszłym. *Terapia* 2005;XIII:48-51.

57 Bogus K, Borowiak E. Otyłość i niska aktywność ruchowa jako ważne czynniki determinujące jakość życia osób starszych. *Geriatrics* 2008;2:116-20

58 Verfaillie DF, Nichols JF. Effects of resistance, balance, and gait training on reduction of risk factors leading to falls in elders. *J Aging Phys Activ* 1997;5:213-28

prostowników grzbietu. Z zakresu kinezyterapii stosuje się ćwiczenia oporowe, które powinny generować siły zginania, skręcania, ściskania oraz rozciągania⁵⁹. Kolejnym problemem osób starszych jest choroba zwyrodnieniowa stawów - wśród metod niefarmakologicznych w terapii ważną rolę w tym przypadku odgrywa edukacja pacjenta, obniżenie masy ciała, ćwiczenia ogólnousprawniające nakierowane na przeciwdziałanie zanikom mięśniowym czy przykurczom oraz kinezyterapia⁶⁰.

W grupie osób w wieku podeszłym zaburzenia nastroju, a zwłaszcza stany depresyjne, są uwarunkowane wieloma przyczynami, co zmusza do podjęcia wielokierunkowych działań terapeutycznych. Znaczna część stanów depresyjnych (zwłaszcza lżejszych) nie zawsze wymaga podjęcia leczenia farmakologicznego. Wiele stanów depresyjnych wynika z niekorzystnych uwarunkowań środowiskowych lub jest przejawem zaburzeń osobowości, w takich przypadkach raczej trudno oczekiwać, że zastosowanie leku przyniesie radykalną poprawę. Farmakoterapia może być w tej sytuacji pomocna jedynie w redukowaniu niektórych objawów (nasilone objawy wegetatywne, lęk, zaburzenia snu). W wielu przypadkach leczenie depresji wieku podeszłego może się opierać wyłącznie na psychoterapii, zarówno indywidualnej, jak i grupowej. Spośród metod psychoterapii za najbardziej właściwy w leczeniu depresji wieku podeszłego uznaje się kierunek poznawczy. W terapii zakłada się tutaj, że u podłoża depresji leżą głęboko zakorzenione schematy negatywnego myślenia, powodujące że wszelkie wydarzenia (w tym obojętne i pozytywne) są postrzegane jako negatywne. Celem terapii jest zmiana sposobu postrzegania rzeczywistości, co wpływa również na modyfikację zachowania⁶¹.

c. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Utrzymująca się struktura zachorowalności (wzrost ilości schorzeń wraz z wiekiem pacjenta) oraz postępujący proces starzenia się populacji prowadzą do zmiany profilu wydatków na świadczenia zdrowotne. Obecnie NFZ na leczenie pacjentów powyżej 65 lat przeznaczają blisko 3 razy większą kwotę niż na leczenie pacjentów w wieku do 65 roku życia (roczne średnie wydatki na pacjenta w wieku 0-65 wynoszą 1,2 tys. zł, natomiast dla pacjenta

59 Kunczewicz E, Gajewska E. Istotne problemy rehabilitacji geriatrycznej. *Geriatr Pol* 2006;2:136-40.

60 Samborski W. Choroby reumatyczne wieku podeszłego-etiotopogeneza, objawy kliniczne i postępowanie lecznicze. *Geriatr Pol* 2005;1:75-86

61 Bidzan L., Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym, *Medycyna Wieków Podeszłego* 2011, tom 1, nr 1, 31-41.

powyżej 65 roku życia średni wydatek NFZ to 3,4 tys. zł) W związku z ogromem kosztów ponoszonych na opiekę osób starszych należy dążyć do ich optymalizacji⁶².

Dostępne wyniki badań z zakresu ekonomiki ochrony zdrowia i farmakoekonomiki wskazują, że specjalistyczna opieka medyczna nad pacjentami geriatrycznymi wiąże się z wydłużeniem okresu względnie dobrego stanu ich zdrowia, poprawą sprawności przy racjonalizacji wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej i farmakoterapię. Geriatria, dysponując standardami całościowej oceny geriatrycznej, jest w stanie zastąpić wiele wstępnych interwencji wąkospecjalistycznych, a w efekcie odciążyc innych specjalistów lub właściwie przygotować pacjentów geriatrycznych do koniecznych interwencji. Podejście geriatryczne sprzyja redukcji polifarmakoterapii i oszczędzaniu środków w systemie ochrony zdrowia⁶³.

d. Informacje nt. podobnych programów polityki zdrowotnej wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych JST:

Wśród PPZ realizowanych przez inne samorzady można wymienić program pn. „Centrum Geriatryczne Zdrowy Nestor”, realizowany przez Miasto Gdańsk w latach 2014-2016.

V. KOSZTY

1. Koszty jednostkowe (w złotych):

- a. **15zł** (koszt jednostkowy w przypadku braku kwalifikacji do programu) – akcja informacyjna (5zł), koszt postępowania kwalifikującego (10zł)
- b. **600zł** (koszt jednostkowy w przypadku kwalifikacji do programu) – akcja informacyjna (5zł), koszt postępowania kwalifikującego (10zł), porada lekarza geriatry (160zł), porada pielęgniarki (25zł), usługi fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjne lub psychologiczne w cyklu 10 spotkań (400zł)

62 Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce, Warszawa, listopad 2015.

63 Standardy postępowania w opiece geriatrycznej, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego... op.cit.

2. Planowane koszty całkowite:

Tab. I. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako iloczyn kosztów jednostkowych i liczby uczestników (w złotych).

Lp.	Rok realizacji PPZ	2018	2019	2020	2018-2020
1	Liczba przeprowadzonych postępowań kwalifikujących	300	300	300	900
2	Liczba osób niezakwalifikowanych (50% z poz. 1)	150	150	150	450
3	Koszt cząstkowy za interwencje u osób niezakwalifikowanych (15zł x poz. 2)	2 250	2 250	2 250	6 750
4	Liczba osób zakwalifikowanych (50% z poz. 1)	150	150	150	450
5	Koszt cząstkowy za interwencje u osób zakwalifikowanych (600zł x poz. 4)	90 000	90 000	90 000	270 000
6	Koszt całkowity (poz. 3 + poz. 5)	92 250	92 250	92 250	276 750

Tab. II. Koszty całkowite jako suma kosztów poszczególnych interwencji (w złotych).

Rok realizacji	Akcja informacyjna*	Postępowanie kwalifikujące**	Opieka geriatryczna***	Koszt całkowity
2018	1 500	3 000	87 750	92 250
2019	1 500	3 000	87 750	92 250
2020	1 500	3 000	87 750	92 250
Razem	4 500	9 000	263 250	276 750

* koszt druku ulotek/plakatów informacyjnych

** koszt postępowania kwalifikującego prowadzonego przez pielęgniarkę

*** porada lekarska i pielęgniarska, pakiet usług fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjnych lub psychologicznych

3. Źródło finansowania

Program finansowany w całości z budżetu Gminy Miejskiej Legionowo.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

- Opieka interdyscyplinarnego zespołu geriatrycznego nad pacjentem geriatrycznym rekomendowana jest przez ekspertów Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego;
- Opieka geriatryczna stanowi najefektywniejszy sposób walki z problemem wielochorobowości i wielolekowości u pacjentów w wieku starszym;
- Dostęp do świadczeń ambulatoryjnych z zakresu opieki geriatrycznej jest mocno ograniczony;
- Program umożliwi skorzystanie ze świadczeń geriatrycznych pacjentom, którzy ze względów ekonomicznych nie zdecydowali się do tej pory na finansowaną z własnych środków wizytę u geriatry.

VI. MONITORING I EWALUACJA

1. Ocena zgłaszalności do programu

- analiza liczby osób, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział prowadzona w półrocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia - 30 czerwca, 1 lipca –31 grudnia), corocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu na podstawie sprawozdań realizatora (załącznik 13);
- analiza liczby osób, które z powodów zdrowotnych przerwały uczestnictwo w programie prowadzona w półrocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia - 30 czerwca, 1 lipca – 31 grudnia), corocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu na podstawie sprawozdań realizatora (załącznik 13).

2. Ocena jakości świadczeń w programie

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 14)
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu

3. Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez:

- wskazanie odsetka objęcia programem populacji docelowej
- określenie liczby osób przerywających udział w programie w związku z wystąpieniem przeciwwskazań zdrowotnych do dalszego udziału
- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu
- analizę odsetka osób, u których zasadna była zmiana farmakoterapii
- analizę odsetka osób, u których doszło do poprawy chodu i równowagi (poprawa wyników testu Tinetti)
- analizę odsetka osób, u których odnotowano poprawę stanu emocjonalnego (poprawa wyników skali GDS)
- analizę odsetka osób, u których odnotowano poprawę samooceny stanu zdrowia

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

4. Ocena trwałości efektów programu

Utrzymanie trwałości uzyskanych w programie efektów zdrowotnych w populacji docelowej zaplanowano poprzez przekazywanie pacjentom oraz członkom ich rodzin/opiekunom:

- indywidualnych zaleceń lekarskich oraz pielęgniarских dot. postępowania w ramach samoopieki i/lub opieki w warunkach domowych,
- indywidualnych zaleceń fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjnych i/lub psychologicznych dot. dalszego postępowania w warunkach domowych.

Ponadto trwałość uzyskanych efektów będzie zapewniona poprzez przekazywanie drogą pocztową lekarzowi POZ informacji i zaleceń wynikających z udzielonego pacjentowi świadczenia geriatrycznego, a także poprzez zapraszanie uczestników do cyklicznego, corocznego udziału dzięki wieloletniemu charakterowi programu.

INDEKS OCENY PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI W ŻYCIU CODZIENNYM WG BARTHEL

L.P.	Czynność	Punkty	Poziom sprawności
1.	Spożywanie posiłków	0	Nie jest w stanie samodzielnie jeść
		5	Potrzebuje pomocy (krojenie, smarowanie) lub zmodyfikowanej diety
		10	Samodzielne, osoba niezależna
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem)	0	Nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu
		5	Większa pomoc (pomoc fizyczna, 1 lub 2 osoby)
		10	Mniejsza pomoc (pomoc słowna lub fizyczna)
		15	Samodzielnie
3.	Utrzymanie higieny osobistej	0	Potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych
		5	Niezależny przy myciu twarzy, zębów, czesaniu, goleniu (z zapewnionymi pomocami)
4.	Korzystanie z WC	0	Osoba zależna
		5	Potrzebuje trochę pomocy, ale może zrobić to sama
		10	Niezależna – zdejmowanie, zakładanie, podcieranie
5.	Mycie, kąpiel całego ciała	0	Osoba zależna
		5	Osoba niezależna
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich	0	Nie porusza się lub pokonuje <50m, zależny na wózku
		5	Niezależny na wózku
		10	Spacer z pomocą jednej osoby >50m
		15	Niezależny, może używać laski/kuli
7.	Schody	0	Nie jest w stanie chodzić po schodach
		5	Potrzebuje pomocy (słownej, fizycznej, przenoszenia)
		10	Osoba samodzielna
8.	Ubieranie się i rozbieranie	0	Zależny od innych osób
		5	Potrzebuje pomocy, ale część wykonuje bez pomocy
		10	Niezależny (zapinanie guzików, zamka, sznurowanie)
9.	Kontrolowanie oddawania stolca	0	Nie kontroluje oddawania stolca lub wymaga lewatyw
		5	Czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)
		10	Kontroluje oddawanie stolca
10.	Kontrolowanie oddawania moczu	0	Nie kontroluje moczu lub ma założony cewnik
		5	Czasami popuszcza mocz
		10	Kontroluje oddawanie moczu

Wynik końcowy/100 pkt.

Interpretacja: Im mniej punktów tym gorsza sprawność

Karta kwalifikacyjna udziału pacjenta w programie „Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Legionowa 70+” (wzór)

Niniejszym zaświadczam, że:

u Pana/i urodzonego/ej w dniu
zamieszkałego/ej

w

nr PESEL *

występują następujące choroby przewlekłe:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)

stwierdzono punktów w skali Barthel

Na podstawie przeprowadzonej procedury kwalifikuję/nie kwalifikuję** pacjenta do udziału w programie „Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Legionowa 70+”

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczęć i podpis pielęgniarki)

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

** niewłaściwe skreślić

Karta uczestnika programu „Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Legionowa 70+”
(wzór)

I. Dane uczestnika

Nazwisko		Data urodzenia
Imię	 / /
Nr PESEL*		(dzień/miesiąc/rok)

II. Zgoda na udział w programie

1. Zostałam/em poinformowana/y o korzyściach wynikających z udziału w programie oraz o ewentualnych dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach wynikających z podejmowaniu interwencji fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjnych i/lub psychologicznych, które mogą powstać mimo prawidłowego sposobu udzielania świadczeń. Udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych urazów i zabiegów. Oświadczam, że podczas przeprowadzonego ze mną wywiadu oraz badania lekarskiego nie zataiłam / nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia. Informacja przekazana mi przez lekarza była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i **wyrażam zgodę na udział w programie.**

.....
(data i podpis pacjenta)

2. Zostałam/em poinformowana/y o możliwości obecności osoby towarzyszącej (osoby bliskiej, opiekuna) przy udzielaniu świadczeń w programie. W związku z powyższym:

- nie wyrażam zgody na obecność osoby bliskiej/opiekuna w trakcie udzielania świadczeń
- wyrażam zgodę na obecność osoby bliskiej/opiekuna w trakcie udzielania świadczeń

(imię i nazwisko osoby towarzyszącej

.....
(data i podpis pacjenta)

3. Zostałam/em poinformowana/y o konieczności przekazania drogą pocztową lekarzowi POZ informacji i zaleceń wynikających z udzielonego świadczenia geriatrycznego celem zachowania ciągłości leczenia. W związku z powyższym:

wyrażam zgodę na przekazanie dokumentacji medycznej mojemu lekarzowi POZ

(imię i nazwisko lekarza POZ, adres poradni)

nie wyrażam zgody na przekazanie dokumentacji medycznej mojemu lekarzowi POZ

.....
(data i podpis pacjenta)

III. Potwierdzenie uczestnictwa w I etapie programu

1. Porada lekarska

Data	Wynik skali GDS	Wynik testu Tinetti	Podpis pacjenta	Podpis i pieczęć lekarza

2. Porada pielęgniarska

Data	Samooceńna stanu zdrowia*	Podpis pacjenta	Podpis i pieczęć pielęgniarki

* 1 – bardzo zły; 2- zły; 3 – przeciętny; 4 – dobry; 5 – bardzo dobry

IV. Potwierdzenie uczestnictwa w II etapie programu

Lp.	Rodzaj świadczeń	Data	Podpis pacjenta	Podpis fizjoterapeuty/psychologa
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

10				
----	--	--	--	--

Data ostatniego spotkania	Samoocena stanu zdrowia*	Wynik skali GDS**	Wynik testu Tinetti***	Podpis fizjoterapeuty/psychologa
Poprawa wyniku (tak/nie)				

* 1 – bardzo zły; 2- zły; 3 – przeciętny; 4 – dobry; 5 – bardzo dobry

** w przypadku pacjentów korzystających ze świadczeń psychologicznych

*** w przypadku pacjentów korzystających ze świadczeń fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjnych

Załącznik 4

Identyfikacja pacjenta geriatrycznego - Skala VES-13

OCENIANE OBSZARY		ocena	
1	Wiek badanego	60-74	0
		75-84	1
		85+	3
2	Samoocena Stanu Zdrowia	Wspaniałe lub dobre	Tak= 0
		Przeciętne lub złe	Tak = 1
3	Czy ma Pan/i znaczne trudności z wykonaniem poniższych czynności lub ich wykonanie jest niemożliwe :		
	Pochylenie, kucanie, klękanie		Tak/ Nie
	Podnoszenie, dźwiganie przedmiotów o wadze około 4,5kg		Tak/ Nie
	Sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barku		Tak/ Nie
	Pisanie lub utrzymywanie drobnych przedmiotów		Tak/ Nie
	Przejsie około 400 metrów		Tak/ Nie
	Ciężka praca domowa jak mycie podłóg lub okien		Tak/ Nie
	Jeśli dwie (lub więcej) z odpowiedzi są pozytywne - należy przyznać maksimum 2 punkty, a jeśli jedna to 1 punkt	 pkt (0 - 2 pkt)
4	Czy z powodu złego stanu zdrowia lub ograniczeń w sprawności ma Pan/i trudności z wykonywaniem następujących czynności lub ich nie wykonuje:		
	Zakupy produktów na potrzeby własne np. produkty toaletowe, leki		Tak/ Nie
	Rozporządzanie własnymi pieniędzmi : śledzenie wydatków, opłacanie rachunków		Tak/ Nie
	Przejsie przez pokój (również przy pomocy kuli, laski, lub balkonika)		Tak/ Nie
	Wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie naczyń, ścieranie kurzu)		Tak/ Nie
	Kąpiel w wannie lub pod prysznicem		Tak/ Nie
	Jeśli <u>choć jedna</u> z odpowiedzi jest pozytywna to należy przyznać 4 punkty (maksimum)	 pkt (0 lub 4 pkt)
	Razem	 maksimum =10

Interpretacja:

Uzyskanie 3 lub więcej punktów wskazuje na ryzyko znacznego pogorszenia stanu zdrowia, sprawności funkcjonalnej lub zgonu w ciągu najbliższych dwóch lat.

Załącznik 5

GERIATRYCZNA SKALA OCENY DEPRESJI - „WERSJA 15-PUNKTOWA” WG YESAVAGE’A JA

Proszę ocenić swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni, zakreślając właściwą odpowiedź:

1	Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan/i zadowolony/a?	TAK	NIE
2	Czy zmniejszyły się P. zainteresowania lub aktywność (ilość zajęć)?	TAK	NIE
3	Czy ma P. uczucie, że P. życie jest puste?	TAK	NIE
4	Czy często czuje się P. znudzony/a?	TAK	NIE
5	Czy zwykle jest P. w dobrym nastroju?	TAK	NIE
6	Czy obawia się P., że może przydarzyć się P. coś złego?	TAK	NIE
7	Czy przez większość czasu czuje się P. szczęśliwy/a?	TAK	NIE
8.	Czy często czuje się P. bezradny/a?	TAK	NIE
9	Czy zamiast wyjść wieczorem z domu woli P. w nim pozostać?	TAK	NIE
10	Czy uważa P., że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni?	TAK	NIE
11	Czy uważa P., że wspaniale jest żyć?	TAK	NIE
12	Czy czuje się P. gorszy/a od innych ludzi?	TAK	NIE
13	Czy czuje się P. pełen/pełna energii?	TAK	NIE
14	Czy uważa P., że sytuacja jest beznadziejna?	TAK	NIE
15	Czy myśli P., że większości ludzi wiedzie się lepiej niż Panu/Pani?	TAK	NIE

Za każdą odpowiedź „wytluszczoną” 1 punkt.

Liczba punktów..... /15

Interpretacja:

0-5 bez depresji

6-10 depresja umiarkowana

11-15 depresja ciężka

Załącznik 6

SKRÓCONY TEST SPRAWNOŚCI UMYSŁOWEJ (AMTS, ABBREVIATED MENTAL TEST SCORE, WG HODGKINSONA)

Lp.	Pytanie	1 punkt za poprawną odpowiedź
1	Ile ma P. lat?	
2.	Która jest godzina? (z dokładnością do godziny)	
3	Adres, który powiem proszę powtórzyć i zapamiętać: ul.	
	Gruszkowa 42	
4	Który mamy rok?	
5	Jaki jest P. adres?	
6	Kiedy się P. urodził(a)?	
7	W którym roku rozpoczęła się II wojna światowa?	
8	Jak się nazywa prezydent?	
9	Proszę policzyć wstecz od 20 do 1	
10	Proszę powtórzyć adres, który podałam(em)	
	Suma punktów/10

Interpretacja:

>6 stan prawidłowy

4-6 umiarkowane upośledzenie sprawności umysłowej

0-3 poważne upośledzenie sprawności umysłowej

Załącznik 7

TEST TINETTI POMA (PERFORMANCE ORIENTED MOBILITY ASSESSMENT)

Ocena równowagi, chodu i ryzyka upadków

RÓWNOWAGA - Badany powinien siedzieć na twardym krześle bez poręczy		
1. Równowaga podczas siedzenia	pochyla się lub ześlizguje z krzesła	0
	zachowuje równowagę, zabezpieczony	1
2. Wstawanie z miejsca	niezdolny do samodzielnego wstania	0
	wstaje, ale sam pomaga sobie rękoma	1
	wstaje bez pomocy rąk	2
3. Próby wstawania z miejsca	niezdolny do wstania bez pomocy	0
	wstaje, ale potrzebuje kilku prób	1
	wstaje przy pierwszej próbie	2
4. Równowaga bezpośrednio po	stoi niepewnie (zatacza się, przesuwa stopy, wyraźnie kołysze tułowiem)	0
	stoi pewnie, ale podpira się, używając chodzika, laski lub chwyta inne przedmioty	1
	stoi pewnie bez żadnego podparcia	2
5. Równowaga podczas stania	stoi niepewnie	0
	stoi pewnie, ale na szerokiej podstawie (obie pięty w odległości > 10 cm od siebie) lub podpierając się laską, chodzikiem itp.	1
	stoi ze stopami złączonymi, bez podparcia	2
6. Próba trącania: (badany stoi ze stopami jak najbliżej siebie, badający lekko popycha go, trzykrotnie trącając dłońią w klatkę piersiową na wysokości mostka)	zaczyna się przewracać	0
	zatacza się, chwyta się przedmiotów, ale samodzielnie utrzymuje pozycję	1
	stoi pewnie	2
7. Próba trącania przy zamkniętych oczach badanego	stoi niepewnie	0
	stoi pewnie	1
8. Obracanie się o 360 °	ruch przerywany	0
	ruch ciągły	1
	niepewne (zataczanie się chwytywanie przedmiotów)	0
	pewne	1
9. Siadanie	niepewne (źle ocenia odległość, opada na krzesło)	0
	pomaga sobie rękoma lub ruch nie jest płynny	1
	pewny, płynny ruch	2
RÓWNOWAGA		
Wynik końcowy		

CHÓD - Badany powinien stać obok badającego; iść wzdłuż korytarza lub przez pokój – najpierw zwykłym krokiem, a z powrotem krokiem szybkim, ale w bezpieczny sposób (podpierając się laską lub używając chodzika, jeśli posługuje się

nimi na co dzień)		
10. Zapoczątkowanie chodu (bezpośrednio po wydaniu polecenia, żeby iść)	jakikolwiek niezdecydowanie (wahanie) lub kilkakrotne próby ruszenia z miejsca	0
	start bez wahania	1
11. Długość i wysokość kroku A. Zasięg ruchu prawej stopy przy wyroku:	nie przekracza miejsca stania lewej stopy	0
	przekracza położenie lewej stopy	1
	prawa stopa nie odrywa się całkowicie od podłogi	0
	prawa stopa całkowicie unosi się nad podłogą	1
B. Zasięg ruchu lewej stopy przy wyroku:	nie przekracza miejsca stania prawej stopy	0
	przekracza położenie prawej stopy	1
	lewa stopa nie odrywa się całkowicie od podłoga	0
	lewa stopa unosi się całkowicie nad podłogą	1
12. Symetria kroku	długość kroku prawej i lewej stopy nie jest jednakowa	0
	długość kroku obu stóp wydaje się równa	1
13. Ciągłość chodu	zatrzymywanie się między poszczególnymi krokami lub inny brak ciągłości chodu	0
	chód wydaje się ciągły	1
14. Ścieżka chodu (odnotować odchylenie rzędu 30cm na odcinku ok.3 metrów wytyczonego toru)	wyraźne odchylenie od toru	0
	niewielkie lub średniego stopnia odchylenie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych (laska itp.)	1
	prosta ścieżka bez korzystania z pomocy	2
15. Tułów	wyraźne kołysanie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych (laska itp.)	0
	nie ma kołysania, ale pacjent podczas chodu zgina kolana, plecy lub rozkłada ramiona	1
	pacjent nie kołysze tułowiem, nie zgina kolan, pleców, nie angażuje kończyn górnych ani nie korzysta z przyrządów pomocniczych	2
16. Pozycja podczas chodzenia	pięty rozstawione	0
	pięty prawie stykają się podczas chodzenia	1
CHÓD		
Wynik końcowy		
ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW (Równowaga + Chód)		

Interpretacja:

Wynik poniżej 26 z maksymalnych 28 punktów wskazuje na istnienie ryzyka upadków

Uzyskanie mniej niż 19 punktów oznacza, że ryzyko upadków u danej osoby wzrasta pięciokrotnie.

TEST „WSTAŃ I IDŹ” - TIMED UP AND GO (TUG)

Test służy między innymi do oceny chodu i sprawności funkcjonalnej.

Przeprowadzenie testu: Badany siedzi na krześle z plecami opartymi o oparcie (odległość siedziska od podłoża 46 cm). Na komendę "START" badany ma za zadanie:

- wstać z krzesła;
- pokonać po płaskim terenie w normalnym tempie dystans 3 metrów;
- przekroczyć linię kończącą wyznaczony dystans;
- wykonać obrót o 180 stopni;
- wrócić do krzesła i ponownie przyjąć pozycję siedzącą.

Wynikiem testu jest czas potrzebny do wykonania zadania.

Interpretacja:

< 10 sekund – norma, sprawność funkcjonalna prawidłowa;

10-19 sekund – badany może samodzielnie wychodzić na zewnątrz, nie potrzebuje sprzętu pomocniczego do chodzenia, samodzielny w większości czynności dnia codziennego, wskazana pogłębiona ocena ryzyka upadków (np. wykonanie testu Tinetti POMA);

20-29 sekund – częściowo ograniczona sprawność funkcjonalna, wskazana bardziej szczegółowa ocena;

≥ 30 sekund – znacznie ograniczona sprawność funkcjonalna, nie może wychodzić sam na zewnątrz, zalecany sprzęt pomocniczy do chodzenia, wymaga pomocy przy prawie każdej aktywności dnia codziennego.

Czas wykonania testu wynoszący ≥ 14 sekund wskazuje na duże ryzyko upadków.

Załącznik 9

KWESTIONARIUSZ OCENY STOPNIA ODŻYWIENIA (MNA – BADANIE PRZESIEWOWE)

A. Czy przyjmowanie pokarmów w okresie ostatnich trzech miesięcy zmniejszyło się z powodu utraty apetytu, problemów z trawieniem, żuciem czy połykaniem ?

- o w dużym stopniu - 0 pkt
- o w umiarkowanym stopniu - 1 pkt
- o nie zaobserwowano - 2 pkt

B. Utrata masy ciała w ostatnich trzech miesiącach:

- o więcej niż 3 kg – 0 pkt
- o badana osoba nie wie, nie potrafi sprecyzować - 1 pkt
- o utrata masy ciała 1-3 kg - 2 pkt
- o bez utraty masy ciała - 3 pkt

C. Mobilność / zdolność do samodzielnego przemieszczania się:

- o nie opuszcza sam (sama) łóżka lub krzesła - 0 pkt
- o jest w stanie sam (sama) podnieść się z łóżka lub krzesła, lecz nie wychodzi na zewnątrz - 1 pkt
- o wychodzi samodzielnie z domu - 2 pkt

D. Czy w ciągu trzech ostatnich miesięcy wystąpiła u pani/pana choroba o przebiegu ostrym lub stres o znacznym nasileniu?

- o tak - 0 pkt
- o nie - 2 pkt

E. Problemy neuropsychologiczne

- o znacznego stopnia demencja lub depresja- 0 pkt
- o umiarkowanego stopnia demencja lub depresja - 1 pkt
- o bez problemów psychologicznych - 2 pkt

F. Wskaźnik Masy Ciała (BMI body mass inde)

- o BMI poniżej 19 - 0 pkt
- o BMI między ≥ 19 a 21 - 1 pkt
- o BMI ≥ 21 i < 23 - 2 pkt
- o BMI ≥ 23 - 3 pkt

WYNIK KOŃCOWY:/14 punktów

Interpretacja:

Liczba punktów w badaniu przesiewowym, maksymalnie 14 punktów.

12 lub więcej punktów – stan odżywienia prawidłowy, bez zagrożenia, nie wymaga kontynuacji MNA;

11 lub mniej – możliwość niedożywienia (wskazana dalsza ocena, wykonanie pełnej wersji MNA).

OCENA SYTUACJI OPIEKUNA RODZINNEGO PRZY POMOCY KWESTIONARIUSZA COPE

Dane dotyczące OPIEKUNA

DATA URODZENIA OPIEKUNA: (dzień/miesiąc/rok)

JAK W SPOSÓB OGÓLNY OKREŚLIŁBY PAN/I SWOJE ZDROWIE?:

Bardzo dobre	Dobre	PRZECIĘTNE
Złe	Bardzo złe	

JAKI JEST PAŃSKI STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA Z OSOBĄ, KTÓRĄ SIĘ PAN/I OPIEKUJE?

Współmałżonek/Partner	Rodzeństwo
Dziecko	Synowa lub zięć
Inny członek rodziny	Przyjaciół/Sąsiad

PŁEĆ OPIEKUNA: Mężczyzna

Kobieta

STAN ZATRUDNIENIA OPIEKUNA: W pełnym wymiarze godzin W niepełnym wymiarze godzin

Emerytura/renta Bezrobotny/a Student (studia dzienne)

GDZIE PAN/I I OSOBA, KTÓRĄ SIĘ PAN/I OPIEKUJE MIESZKACIE?

W tym samym mieszkaniu

W innym mieszkaniu, ale w tym samym budynku

W pobliżu (odległość krótkiego spaceru)

Około 10minut samochodem/autobusem/pociągiem

Około 30 minut samochodem/autobusem/pociągiem

Około 1 godziny samochodem/autobusem/pociągiem

Ponad 1 godzinę samochodem/autobusem/pociągiem

COPE INDEKS

(1) W	Mówiąc ogólnie, czy czuje Pan/i wystarczające wsparcie pełniąc rolę opiekuna? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
(2) P	Czy uważa P., że dobrze radzi sobie P. w roli opiekuna? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
(3) N	Czy uważa P., że pełnienie opieki stawia przed P. zbyt wysokie wymagania? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
(4) N	Czy sprawowanie opieki stwarza problemy w P. stosunkach z przyjaciółmi? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1 nie dotyczy 1
(5) N	Czy sprawowanie opieki ma niedobry wpływ na P. zdrowie fizyczne? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
(6) N	Czy sprawowanie opieki stwarza problemy w P. stosunkach z rodziną? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1 nie dotyczy 1
(7) N	Czy sprawowanie opieki powoduje, że ma P. trudności finansowe? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
(8) N	Czy w roli opiekuna czuje się P. jak w sytuacji bez wyjścia? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
(9) W	Czy czuje się P. dobrze wspierany przez swoich przyjaciół i/ lub sąsiadów? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1 nie dotyczy 1
(10) P	Czy uważa P., że sprawowanie opieki jest dla P. warte trudu? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
(11) W	Czy czuje P. wystarczające wsparcie ze strony rodziny? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1 nie dotyczy 1
(12) P	Czy istnieją dobre stosunki (relacje) między P. a osobą, którą się P. opiekuje? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
(13) W	Czy czuje P. dobre wsparcie ze strony służby zdrowia i pomocy społecznej? (np. publicznej, prywatnej, wolontarnej)? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1 N/A 1
(14) P	Czy czuje P., że ktoś docenia P. jako opiekuna? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1 N/A 1
(15) N	Czy sprawowanie opieki wywiera niedobry wpływ na P. emocjonalne samopoczucie? Zawsze 4 Często 3 Czasami 2 Nigdy 1
	Czy jest jeszcze coś, o czym chciałby Pan/i nam powiedzieć?

Załącznik 11

SKALA OCENY PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO (ADL, OD ANG. ACTIVITIES OF DAILY LIVING) ADAPTOWANE WG KATZA

L.P.	Czynność	Wykonuje samodzielnie	Wymaga pomocy innej osoby
1.	Kąpiel całego ciała (natrysk lub wanna)	Tak=1	Nie=0
2.	Ubieraniu lub rozbieranie się	Tak=1	Nie=0
3.	Korzystanie z WC	Tak=1	Nie=0
4.	Przemieszczanie się z łóżka na fotel	Tak=1	Nie=0
5.	Spożywanie posiłków	Tak=1	Nie=0
6.	Kontrolowanie zwieraczy (moczu lub stolca)	Tak=1	Nie=0

Wynik końcowy:/6 punktów

Interpretacja:

5-6 punktów – osoba sprawna

3-4 punkty – osoba umiarkowanie niesprawna

<= 2 punkty – osoba poważnie niesprawna

Załącznik 12

SKALA OCENY INSTRUMENTALNYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO
(I-ADL, OD ANG. INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING) WG LAWTONA

L.p.	Czynność	TAK, samodzielny	NIE, niesamodzielny
1.	Użycie telefonu	1=Przynajmniej odbiera	0=NIE korzysta
2.	Zakupy codzienne	1=TAK	0=Nie lub z pomocą
3.	Przygotowywanie posiłków	1=TAK, samodzielnie	0=Nie, lub tylko podgrzewa
4.	Codzienne porządki	1=TAK, bez pomocy	0=Nie lub z pomocą
5.	Pranie	1=Jeśli cokolwiek pierze	0=Nie jest w stanie
6.	Środki transportu	1=Samodzielnie korzysta	0=Wymaga pomocy
7.	Własne leki	1=Zażywa w sposób właściwy	0=Wymaga jakiegokolwiek pomocy
8.	Rozporządzanie swoimi pieniędzmi	1=Samodzielnie, podczas codziennych zakupów	0=Nie posługuje się

Wynik:/8pkt.

Interpretacja:

Im więcej punktów tym lepsza sprawność instrumentalna

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu „Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Legionowa 70+” (wzór)

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w kartach uczestnictwa przechowywanych przez składającego sprawozdanie	Adresat: Urząd Gminy Miejskiej Legionowo
	za okres sprawozdawczy od do	Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

Liczba uczestników	Liczba wykonanych porad lekarskich	Liczba wykonanych porad pielęgniarских	Liczba wykonanych świadczeń fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjnych	Liczba wykonanych świadczeń psychologicznych

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika programu „Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Legionowa 70+” (wzór)

I. Ocena rejestracji

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena wizyty lekarskiej

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość lekarza?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania badania?					
sposób przekazania informacji dot. jednostek chorobowych i dalszych zaleceń?					

III. Ocena porady pielęgniarskiej

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość pielęgniarki?					
poszanowanie prywatności podczas udzielania porady?					
staranność i dokładność przeprowadzonego wywiadu?					
sposób przekazania informacji dot. stwierdzonych nieprawidłowości i dalszych zaleceń?					

IV. Ocena usług fizjoterapeuty/psychologa

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość osoby udzielającej świadczeń?					
poszanowanie prywatności podczas udzielania świadczeń?					
staranność i dokładność udzielania świadczeń?					
sposób przekazania informacji dot. dalszych zaleceń?					

V. Ocena warunków panujących w przychodni

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętne	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
oznakowanie gabinetów?					

VI. Dodatkowe uwagi/opinie:

--

Informacja dla lekarza POZ o uczestnictwie pacjenta w programie „Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Legionowa 70+” (wzór)

Nazwisko		Data urodzenia
Imię	 / /
Nr PESEL*		(dzień/miesiąc/rok)

Ostateczne rozpoznanie/rozpoznania (wg ICD-10):

.....

Opis udzielonego świadczenia

.....

Wskazówki dla lekarza kierującego:

1. w zakresie diagnostyki

.....

2. w zakresie farmakoterapii

.....

3. inne

.....

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
 (pieczęć i podpis lekarza geriatry)

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

Uzasadnienie

do projektu uchwały Rady Miasta Legionowo

z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie przyjęcia do realizacji w latach 2018 - 2020 programu polityki zdrowotnej pn. „Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Gminy Miejskiej Legionowo w wieku 70+”

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy między innymi opracowywanie i realizacja programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców. Najważniejszym zadaniem programu jest poprawa jakości życia mieszkańców w wieku 70 lat i więcej poprzez zwiększenie dostępu do świadczeń z zakresu opieki geriatrycznej. Oczekuje się, że zapewnienie pacjentom w wieku 70 lat i więcej dostępu do kompleksowej opieki geriatrycznej pozwoli na poprawę jakości ich życia, zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym.