

**Program Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Wybrany Chorobom  
Społecznym dla Gminy Miasta Gdańsk**

**CENTRUM GERIATRYCZNE „ZDROWY NESTOR”**

**Okres realizacji programu 2014 – 2016**



**Autor programu:**

**Gmina Miasto Gdańsk**

# 1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

## a. Problem zdrowotny

Wszystkie badania i prognozy wskazują na systematyczne wydłużanie średniego czasu życia, a tym samym na stały wzrost udziału ludzi w podeszłym wieku w całej populacji.

Z ostatnio przeprowadzonych w Gdańsku badań (Piotr Czekanowski, Jarosław Załęcki, Maciej Brosz – Gdańska starość. Portret socjologiczny mieszkańców Gdańska w wieku 65+) wynika, że „odsetek ludzi starych (65+) w strukturze naszego społeczeństwa ma ulec zdecydowanie zwiększeniu, gdyż z dzisiejszego poziomu blisko 14% ma wzrosnąć do ponad 18% w 2020 roku, a w stosunkowo nieodległej perspektywie, czyli w 2035 roku osiągnie poziom około 23% (zbliżone tendencje demograficzne dadzą się również zaobserwować w odniesieniu do ludności województwa pomorskiego, jak i mieszkańców samego Gdańska)”.

Starzenie się populacji znajduje odzwierciedlenie w ciągle rosnącym odsetku ludzi starszych zgłaszających się zarówno do lekarzy pierwszego kontaktu, jak i do specjalistów.

**Osoby powyżej 65 roku życia z powodu współwystępowania licznych chorób, ich przewlekłego charakteru oraz niejednokrotnie niewielkiej efektywności leczenia wymagają szczególnych procedur diagnostycznych i odmiennego sposobu postępowania terapeutycznego. Dla tej grupy chorych zasadne wydaje się zorganizowanie nowych wyspecjalizowanych programów leczenia ambulatoryjnego i środowiskowego.**

Leczenie w poradniach oraz opieka domowa powoduje, że znaczna część chorych nie jest kierowana do szpitali. Ma to duże znaczenie ekonomiczne (znaczne oszczędności w tzw. rachunku ciągłym, mniejsze obciążenie łóżek szpitalnych), ale przede wszystkim zapobiega objawom psychopatologicznym i pogorszeniu jakości życia spowodowanym nagłą zmianą środowiska.

W dzisiejszych czasach opieka nad ludźmi starszymi powinna być aktywna, kompleksowa i profesjonalna. Musi uwzględniać nie tylko medyczne czynniki wpływające na ogólny stan zdrowia, ale także **oddziaływania pozamedyczne** mające wpływ na funkcjonowanie osoby starszej. Powinna być realizowana w taki sposób, aby uwzględniając działania profilaktyczne pozwalała zapobiegać chorobom charakterystycznym dla tego okresu, propagowała zdrowy styl życia oraz pomagała powracać do pełni sił w przypadku pojawienia się choroby.

Zgodnie z utworzonym przez Rowe'a i Kahna (Rowe J.W., Kahn R.L. Successful Aging, Gerontologist 37/4/1997 str. 433-440) pojęciem **pomyślnego starzenia się** (successful aging) istnieją trzy podstawowe kryteria wskazujące na to, że z takim właśnie starzeniem się mamy do czynienia:

- niski poziom niepełnosprawności
- wysoki poziom funkcjonowania fizycznego i umysłowego
- aktywne zaangażowanie i zainteresowanie życiem.

Niestety wraz z wiekiem obniża się potencjał biologiczny człowieka, wzrasta ilość współistniejących chorób przewlekłych, pogarsza się jakość życia. Zaawansowany wiek jest także istotnym czynnikiem ryzyka pojawienia się otępienia, które powoli staje się jednym z najważniejszych współczesnych problemów zdrowotno – społecznych. Obecność otępienia powoduje pogorszenie codziennej aktywności życiowej i często prowadzi do całkowitej utraty możliwości samodzielnej egzystencji.

Aby te zjawiska jak najbardziej opóźnić i sprawić, żeby życie osób w podeszłym wieku było jak najbardziej owocne konieczne jest propagowanie regularnej aktywności intelektualnej i ruchowej.

## **b. epidemiologia**

We wszystkich krajach uprzemysłowionych zwiększa się średni czas życia ludzkiego, a więc wzrasta liczba osób w wieku podeszłym. Społeczeństwo naszego kraju, pomimo, że należy jeszcze do jednych z najmłodszych w Europie, również starzeje się. Przewiduje się, że za 40 lat co piąty Polak będzie seniorem. Niestety coraz dłuższe życie nie zawsze jest owocne i zdrowe, bowiem wraz z wiekiem wzrasta ilość chorób przewlekłych (zaledwie 7% osób po 75 roku życia nie zgłasza żadnych schorzeń).

Chcemy zwrócić uwagę na 3 zagadnienia:

- wraz z wiekiem gwałtownie wzrasta odsetek osób niepełnosprawnych ruchowo, osiągając prawie 50% u osób po 80 roku życia
- badania prowadzone w najstarszych grupach wiekowych umożliwiły rozpoznanie depresji u ponad ¼ badanych.

Osoby w podeszłym wieku często cierpią na schorzenia somatyczne, w tym choroby przewlekłe, którym towarzyszą uciążliwe dolegliwości, trudności w codziennym funkcjonowaniu, co powoduje obniżenie nastroju, gorszą samoocenę i sprzyja depresji.

Okres starzenia się jest także czasem różnorodnych strat (oprócz zmniejszania się sił fizycznych i utraty zdrowia, następuje przejście na emeryturę, pogorszenie warunków ekonomicznych, utrata dotychczasowej pozycji społecznej, śmierć współmałżonka, wyprowadzenie się dzieci tzw. „syndrom pustego gniazda”). Wszystkie te czynniki mogą sprzyjać depresji, której wynikiem jest też gorsza sprawność poznawcza.

Należy zwrócić uwagę, że często objawy depresji mylone są z objawami zaburzeń czynności poznawczych, albo są przez nie maskowane.

- znaczne rozpowszechnienie zaburzeń funkcji poznawczych w polskiej populacji ludzi starszych wskazuje na potrzebę diagnostyki przesiewowej w kierunku otępienia u osób po 65 roku życia (PolSenior).

Rozpowszechnienie zespołów otępiennych w populacji po 65 roku życia, jest szacowane na około 10%. Odsetek ten rośnie logarytmicznie wraz z wiekiem od około 1% w 65 roku życia do około 30–40% po 90 roku życia. Badania epidemiologiczne w Polsce mówią o 450 – 500 tysiącach osób z otępieniem, z czego większość stanowią cierpiący na chorobę Alzheimera.

#### **d. obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym**

Większość mieszkańców (w tym w wieku podeszłym) naszej gminy korzysta ze świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia, ale z uwagi na ich ograniczoną dostępność konieczne jest uzupełnienie tej luki innymi działaniami.

Na problem starzenia się wyczulone są władze Miasta Gdańska, które starają się wspierać różne formy aktywizacji osób starszych np.:

- Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW działający przy Uniwersytecie Gdańskim oprócz zajęć dla słuchaczy zorganizował cykl wykładów otwartych dla wszystkich chętnych poświęconych m.in. zagadnieniom zdrowotnym)
- kluby i koła seniora
- kluby samopomocy
- Centra Wsparcia Osób Starszych
- dofinansowywanie różnych projektów służących „lepszemu starzeniu się”.

Wszystkie powyższe świadczenia realizowane były w ramach programu profilaktycznego z UM Gdańska – „Dofinansowanie Działania Poradni Geriatrycznej”.

Dodatkowo mieszkańcy Gdańska po 70 roku życia byli szczepieni przeciwko grypie. Środki na szczepienie przeznaczone były z programu profilaktycznego Miasta Gdańska.

Wymienione powyżej świadczenia i szczepienie nie są finansowane z NFZ (program profilaktyczny kardiologiczny z NFZ obejmuje tylko pacjentów do 55 roku życia).

Osoby, które uczestniczyły w zajęciach „Centrum Geriatrycznego”, i u których wykryto problemy zdrowotne poddane były bardziej dogłębnej diagnostyce i leczeniu w poradniach specjalistycznych w ramach świadczeń z NFZ.

Pacjenci zostali zbadani przez lekarzy specjalistów, którzy także kierowali na badania diagnostyczne i prowadzili dalsze leczenie.

#### **e. uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu**

Zachowanie zdrowia somatycznego i psychicznego ma zasadnicze znaczenie dla dobrego samopoczucia każdego człowieka. W starszym wieku, wraz ze zmianami fizjologicznymi, część ludzi zaczyna także dostrzegać utratę w obrębie funkcji psychicznych. Niektóre z tych zmian spowodowane są

różnymi schorzeniami, czy też nieuchronnymi procesami starzenia się. Niemniej jednak wielu tym procesom można zapobiegać, bądź je spowolnić poprzez prowadzenie aktywnego życia, zwracanie uwagi na zdrową dietę, utrzymywanie kontaktów towarzyskich a także zachowując sprawność fizyczną i uczestnicząc w procesie uczenia się przez całe życie.

Gerontolodzy twierdzą, że choć wiele czynników starzenia się ma charakter genetyczny, to na tempo starzenia się ma wpływ to, jaki styl życia prowadzimy, czy jest on zdrowy i aktywny.

Odpowiedzialność za zachowanie przez ludzi w starszym wieku jak najlepszej kondycji fizycznej i psychicznej spoczywa nie tylko na państwie czy społeczeństwie, ale przede wszystkim na samych zainteresowanych, którzy chcą utrzymać dobry stan zdrowia.

W ramach programu chcemy pomóc osobom zamierzającym zachować jak najdłużej sprawność intelektualną i fizyczną, poprzez wskazywanie sposobów takiego działania oraz motywowanie do ich stosowania.

Wychodząc z **holistycznej koncepcji aktywnego starzenia się i dobrostanu umysłu** chcemy położyć nacisk na obie strony zgodnie z zasadą, „że w zdrowym ciele zdrowy duch”. (Rowe J.W., Kahn R.L. „Successful Aging” – prowadzone przez trzy lata badania w University of Southern California wykazały, że osoby w wieku około 70 lat aktywne fizycznie i towarzysko zachowują sprawność umysłową na znacznie wyższym poziomie niż osoby w tym samym wieku, które takiej aktywności nie prowadzą).

Korzyści płynące z aktywności fizycznej są bezsprzeczne, bowiem ma ona istotny wpływ zarówno na ciało, jak i na umysł (fizyczna i psychiczna strona życia uzupełniają się).

Aktywność fizyczna powoduje, że ciało jest silniejsze, podczas gdy brak ćwiczeń fizycznych może powodować problemy zdrowotne.

Wpływa ona pozytywnie na wszystkie układy wewnętrzne człowieka (sercowo-naczyniowy, oddechowy, mięśniowy, kostno –stawowy, pokarmowy, odpornościowy a także na układ nerwowy). Nauka potwierdza, że przy regularnym wykonywaniu ćwiczeń fizycznych spada poziom cholesterolu, wyrównuje się poziom glukozy we krwi, siła mięśni oraz wydolność sercowo-naczyniowa może zostać utrzymana, albo wręcz zwiększona a ma to przecież wpływ na przedłużenie życia, w szczególności aktywnego. Natomiast brak aktywności fizycznej jest czynnikiem ryzyka powstawania wielu chronicznych schorzeń (D. Gebka, K. Kędziora – Kornatowska „Korzyści z treningu zdrowotnego u osób w starszym wieku”; Katedra Kliniki Geriatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy).

To samo dotyczy sprawności intelektualnej. Udowodniono, że utrzymywanie umysłu w stanie czynnym i regularne ćwiczenie umysłu może usprawniać funkcje poznawcze (D. Amen – „Zadbaj o mózg”).

W trakcie normalnego procesu starzenia się zachodzą zmiany również w sposobie funkcjonowania mózgu. Zmiany te są bardzo indywidualne, ale

najbardziej uwidaczniają się w procesie zapamiętywania i przywoływania informacji (z biegiem lat, zapamiętywanie przebiega coraz wolniej i zdolność kodowania słabnie). Starzenie nie musi jednak wpływać na gorsze radzenie sobie z życiem codziennym, bowiem zdolność do uczenia może zostać przez długi czas zachowana a mózg funkcjonować bardzo sprawnie.

Stymulacja poznawcza pomaga utrzymać sprawność intelektualną, a odpowiednio dobrane programy treningów kognitywnych mogą dawać trwałe efekty (S. Lehl – „Trening pamięci”).

Dodatkowo edukacja wspiera utrzymywanie mózgu w dobrym stanie i pomaga w radzeniu sobie na co dzień.

## 2. CELE PROGRAMU

### a. Cel główny

Zadbanie o **pomyślne starzenie się**, utrzymanie wysokiej jakości życia, a także jej poprawa u mieszkańców Miasta Gdańska po 65-tym roku życia. Cel ten można osiągnąć poprzez propagowanie zdrowego starzenia się, wczesne wykrywanie i zapobieganie problemom zdrowotnym oraz usprawnianie i terapię w przypadku już istniejących zaburzeń.

Program ma zapewnić w szerszym niż dotychczas zakresie dostęp do ćwiczeń pozwalających na dłuższe utrzymanie sprawności intelektualnej i ruchowej osób po 65 roku życia.

### b. cele szczegółowe:

- ocena stanu intelektualnego lub funkcji poznawczych osób po 65 roku życia oraz terapia wspomagająca funkcje kognitywne
- ocena niepełnosprawności ruchowej wraz z opieką rehabilitacyjną
- profilaktyka niepełnosprawności i schorzeń charakterystycznych dla wieku podeszłego
- w przypadku stwierdzenia określonego schorzenia (np. otępienia) włączenie odpowiedniego leczenia ograniczającego lub opóźniającego skutki choroby
- maksymalne wydłużenie okresu sprawności intelektualnej, ruchowej, społecznej oraz dobrego funkcjonowania emocjonalnego
- wsparcie psychologiczne osób po 65 roku życia oraz ich bliskich
- edukacja dotycząca prozdrowotnego stylu życia
- propagowanie aktywności ruchowej u osób w wieku podeszłym

- propagowanie „gimnastyki umysłu” u osób po 65 roku życia
- mobilizacja do aktywnej i systematycznej pracy nad sobą

### **c. oczekiwane efekty:**

- lepsze funkcjonowanie poznawcze osób po 65 roku życia
- zmniejszenie ilości niepełnosprawnych ruchowo w grupie powyżej 65 roku życia
- wydłużenie liczby lat wolnych od wszelkich dolegliwości (współczynnik HALE)
- zmniejszenie liczby cierpiących na choroby nie zakaźne w populacji powyżej 65 roku życia
- wydłużenie życia w populacji powyżej 65 roku życia (mniejsza ilość zgonów w okresie tzw. wczesnej dorosłości)
- wzrost świadomości zachowań prozdrowotnych u osób po 65 roku życia

### **d. mierniki efektywności odpowiadające celom programu:**

- ilość niepełnosprawnych (intelektualnie i ruchowo) wśród osób po 65 roku życia
- wskaźnik umieralności w populacji powyżej 65 roku życia
- liczba lat wolnych od niesprawności (współczynnik HALE)
- przeciętne dalsze trwanie życia osób będących aktualnie w wieku 65 lat

## **3. ADRESACI PROGRAMU**

Program „Zdrowy Nestor” adresowany jest do kobiet i mężczyzn po 65 roku życia zamieszkałych na terenie Gminy Miasta Gdańsk, dbających o dobre zdrowie oraz tych, u których pojawiają się lub nasilają problemy somatyczne i/lub psychiczne pogarszające codzienne funkcjonowanie, a tym samym obniżające jakość życia.

### **a. oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe**

Zakładamy, że naszym programem objętych będzie 1000 mieszkańców Gminy Miasta Gdańsk w ciągu roku.

### **b. tryb zapraszania do programu**

Informacja na temat prowadzonych działań będzie kierowana do lekarzy (geriatrów, psychiatrów, neurologów, lekarzy pierwszego kontaktu), a także będzie dostępna dla potencjalnych uczestników poprzez ogłoszenie na stronach internetowych, informację na tablicach ogłoszeń w przychodniach gdańskich, informację w Domach Opieki Społecznej, informację w Stowarzyszeniach, informacje udzielane przez pielęgniarki środowiskowe i w gabinetach zabiegowych, ewentualnie poprzez ogłoszenia w kościołach parafialnych.

#### **4. ORGANIZACJA PROGRAMU**

##### **a. części składowe, etapy i działania organizacyjne**

Założeniem programu jest:

- wspieranie i stymulowanie ludzi starszych do utrzymania adekwatnej dla nich sprawności intelektualnej i aktywności fizycznej (Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 – „Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych” – cel operacyjny nr 9)
- wprowadzenie kompleksowego i profesjonalnego standardu oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu geriatry
- poprawa dostępności do świadczeń geriatrycznych
- poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych
- zwiększenie dostępności do świadczeń psychologicznych
- uproszczenie procedur diagnostycznych dla osób w wieku 65 lat i starszych
- redukcja polipragmazji.

W ramach programu:

1. szczególną uwagę zamierzamy poświęcić zaburzeniom psychicznym wieku podeszłego:

- związanym ze stanem somatycznym (zaburzenia świadomości)
- zespołom depresyjnym
- zaburzeniom psychotycznym
- zaburzeniom wynikającym ze zmian otępiennych
- demencjom różnego rodzaju i łagodnym zaburzeniom poznawczym

2. działaniom edukacyjnym i profilaktycznym

(profilaktyka pierwotna i wtórna) – m.in. będziemy propagować:



- zdrowy styl życia
- aktywność fizyczną
- zasady właściwego odżywiania i zbilansowanej diety

aby zapobiegać chorobom metabolicznym charakterystycznym dla wieku podeszłego (nadciśnieniu, cukrzycy i miażdżycy).

# ETAPY DZIAŁANIA

KOORDYNATOR PROGRAMU

**LEKARZE SPECJALISCI:**  
GERIARTA, PSYCHIATRA, NEUROLOG,  
REHABILITANT, LEKARZ RODZINNY

GERIATRYCZNA  
OPIEKA DOMOWA

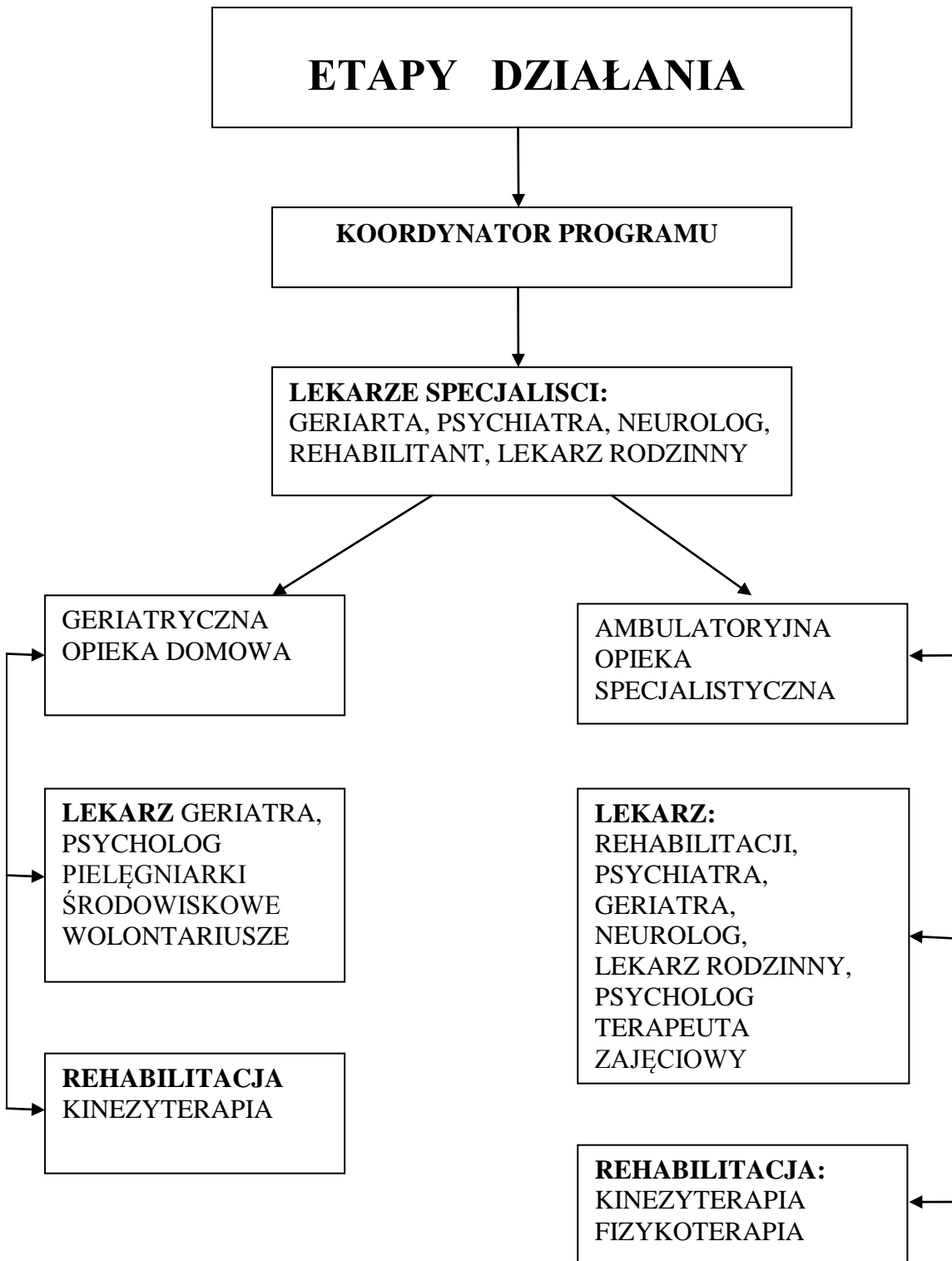
AMBULATORYJNA  
OPIEKA  
SPECJALISTYCZNA

**LEKARZ** GERIATRA,  
PSYCHOLOG  
PIEŁĘGNIARKI  
ŚRODOWISKOWE  
WOLONTARIUSZE

**LEKARZ:**  
REHABILITACJI,  
PSYCHIATRA,  
GERIATRA,  
NEUROLOG,  
LEKARZ RODZINNY,  
PSYCHOLOG  
TERAPEUTA  
ZAJĘCIOWY

**REHABILITACJA**  
KINEZYTERAPIA

**REHABILITACJA:**  
KINEZYTERAPIA  
FIZYKOTERAPIA



## **b. planowane interwencje**

W trakcie pierwszej wizyty (wstępnej) u każdego uczestnika programu zostanie zebrany wywiad pielęgniarski w zakresie sytuacji zdrowotnej i środowiskowej w zakresie potrzeb kwalifikacji do badania przez lekarza geriatrę, który :

- przeprowadzi wywiad geriatryczny lub internistyczny z uwzględnieniem elementów wywiadu środowiskowego
- wykona badanie internistyczne
- dokona weryfikacji leków przyjmowanych przez chorego.

W ramach programu zostanie przeprowadzona (odpowiednio do stwierdzonych zaburzeń) ocena stanu fizycznego, ocena stanu psychicznego, ocena funkcji kognitywnych oraz ocena codziennego funkcjonowania osoby biorącej udział w programie. W zależności od potrzeb osoby biorącej udział w programie zaproponowana będzie (do wyboru):

- konsultacja psychiatryczna
- konsultacja psychologiczna
- konsultacja rehabilitacyjna.

Po dokonaniu diagnozy (w oparciu o niezbędne badania i konsultacje) przewidywana jest wizyta, w ramach której nastąpi omówienie z pacjentem i/lub opiekunem istoty zaburzenia, sposobu leczenia, wydanie zaleceń dotyczących także ewentualnej rehabilitacji i diety.

Rehabilitacja rozumiana jest szeroko (poczynając od zachęcania do większej samodzielności a kończąc na rehabilitacji fizycznej i poznawczej – w zależności od potrzeb).

Jeżeli do udziału w programie pacjenta zachęcił lekarz, Zespół realizujący program będzie mógł (za zgodą zainteresowanego) przekazać lekarzowi informacje o diagnozie, podjętych działaniach oraz propozycjach terapii i zaleceniach.

Przewidujemy, że będą 4 kategorie osób chcących skorzystać z programu:

1. osoby w pełni zdrowe fizycznie i psychicznie, które dbając o kondycję chcą jak najdłużej zachować pełną sprawność.

Dla tej grupy przewidziane są zajęcia grupowe:

- edukacyjne (wykłady lekarzy, psychologa, innych specjalistów)
- edukacja prowadzona przez pielęgniarki środowiskowe (także indywidualna)
- zajęcia ruchowe (gimnastyka, nordic walking)
- terapia zajęciowa

2. osoby sprawne intelektualnie, bez zaburzeń emocjonalnych, ale wymagające rehabilitacji ruchowej
3. osoby bez dolegliwości fizycznych, ale z kłopotami poznawczymi lub emocjonalnymi (spadek nastroju czy wręcz depresja)
4. osoby mające zarówno problemy natury ruchowej, jak i psychicznej.

Dla tych trzech grup (2-4) oprócz zajęć grupowych (zależnie od możliwości osoby zainteresowanej) proponowane będą działania indywidualne:

- w grupie drugiej 10 zabiegów rehabilitacyjnych (w zależności od zaleceń lekarza proponujemy: fizjoterapię, kinezyterapię, masaże, „Ceragem”)
- w grupie trzeciej 10 spotkań z psychologiem (terapia podtrzymująca, albo terapia funkcji poznawczych)
- w grupie czwartej w zależności od przeważających problemów: albo zabiegi rehabilitacji ruchowej albo oddziaływania psychologiczne (cykl 10 zabiegów lub sesji).

Zakładamy, że dzięki instruktażowi udzielanemu osobom zgłaszającym się do programu w trakcie zajęć, będą oni zachęcani do samodzielnego wykonywania regularnych ćwiczeń w domu.

### **c. kryteria i sposób kwalifikacji uczestników**

Do programu będą mogli zgłaszać się wszyscy zainteresowani taką formą pomocy, a także uczestnika kwalifikować będzie mógł: lekarz geriatra, lekarz psychiatra, lekarz neurolog, lekarz rehabilitant, lekarz rodzinny.

**Kryterium stanowi wiek (minimum 65 lat).** Stwierdzenie patologii związanej z wiekiem (problemy depresyjne, zaburzenia funkcji kognitywnych – głównie pamięci, zaburzenia wymagające rehabilitacji ruchowej) będzie podstawą do włączenia do jednej z grup.

W trakcie realizacji programu w zespole przewidzianym do jego wykonania konieczny jest przynajmniej jeden lekarz posiadający specjalizację z geriatrici oraz psycholog znający problematykę gerontologiczną.

### **d. zasady udzielania świadczeń w ramach programu**

Osoby zakwalifikowane do programu będą korzystać ze wszystkich form pomocy nieodpłatnie, ponieważ część z nich ma pokrycie w świadczeniach zakontraktowanych z POW NFZ, druga część zaś będzie finansowana z Budżetu Gminy Miasta Gdańsk. Przewidujemy również pracę wolontariuszy.

**e. sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych**

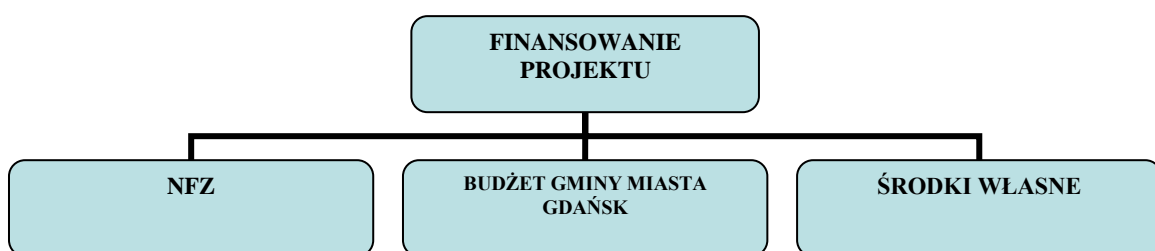
NFZ – świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Poradnia Rehabilitacyjna, Poradnia Neurologiczna), na które NZOZ ma kontrakt z POW NFZ. W ramach tych środków możemy wykonać badania laboratoryjne oraz EKG i USG.

Środki pozyskane z Budżetu Gminy Miasta Gdańsk przeznaczone będą na: (działania te nie są finansowane przez NFZ)

- konsultacje (lekarza geriatry, psychiatry, psychologa)
- zajęcia edukacyjne
- zajęcia ruchowe (gimnastykę, nornic walking)
- diagnozowanie zaburzeń i potrzeb osób biorących udział w programie
- treningi funkcji poznawczych
- sesje wsparcia psychologicznego

Środki własne

- sprzęt rehabilitacyjny
- wyposażenie pracowni komputerowej



## **f. sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji**

Jeżeli program będzie kontynuowany przez następne lata będzie istniała możliwość powtórzenia cyklu zajęć.

Osoby, które zostaną zakwalifikowane do programu, po zakończeniu zajęć (jeżeli wyrażą na to zgodę) otrzymają informację dla lekarza, od którego uzyskały informację o programie. Zdecyduje on o dalszych formach leczenia po zakończeniu udziału w programie.

## **g. bezpieczeństwo planowanych interwencji**

Przygotowana do realizacji programu kadra będzie zobowiązana do zaplanowania poszczególnych zadań i etapów działania, a później realizowania ich zgodnie z założeniami.

Nad całością realizacji programu będzie czuwał koordynator, który będzie również odpowiedzialny za sprawozdania z wykonania projektu.

## **h. kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu**

Zespół współpracujący w programie składa się z:

lekarzy POZ:

- specjaliści medycyny rodzinnej
- specjaliści chorób wewnętrznych

lekarzy:

- specjaliści geriatry
- specjaliści psychiatrii
- specjaliści neurologa
- specjaliści rehabilitacji

Pielęgniarek (w tym osoby, która ma dodatkowo ukończony kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa rodzinnego oraz tytuł organizatora pomocy społecznej, pielęgniarki posiadającej ukończony kurs edukatora cukrzycy, EKG, specjalizację z pielęgniarstwa środowiskowo – rodzinnego).

W zespole jest również:

- psycholog kliniczny, pedagog zajmujący się gerontologią
- fizjoterapeuta
- technik masażysta
- magister wychowania fizycznego
- instruktor nordic walking
- terapeuta zajęciowy
- informatyk, technik informatyk.

Program będzie realizowany w NZOZ na terenie miasta Gdańska

Warunki lokalowe:

.

Na potrzeby realizacji programu przeznaczone są:

3 gabinety:

- gabinet pielęgniarki -wyposażony m.in. w aparaty RR, wagę lekarską, szafy kartoteczne, kserokopiarkę służącą do kopiowania materiałów edukacyjnych
- gabinet lekarski -wyposażony m.in. w kozetkę, aparaty do RR
- gabinet psychologiczny- wyposażony m.in. w różnorodne metody diagnostyczne oraz metody służące terapii funkcji poznawczych (np. zeszyty ćwiczeń)

oraz

- gabinet zabiegowy wyposażony w:
  - defibrylator
  - EKG stacjonarne
  - EKG przenośne
  - aparat USG
  - AMBU
  - aparaty do pomiaru RR
  - glukometry
  - spirometr
  - wagę elektroniczną
  - kozetkę
- gabinet fizjoterapii wyposażony w:
  - pole magnetyczne (2 stanowiska)
  - ultradźwięki
  - laser (2 stanowiska)

- lampę Bioptron
  - lampę Solux
  - elektroterapię (2 stanowiska)
  - diatermię krótkofalową
- sala do kinezyterapii wyposażona w:
    - drabinki
    - fotel do ćwiczeń kończyn dolnych
    - kozetkę do masażu
    - aparat do krioterapii
    - rotor
    - ugił
    - drobny sprzęt do rehabilitacji
    - materace
  - gabinet masażu leczniczego wyposażony w:
    - łóżko do masażu „Ceragem”
    - kozetkę do masażu
    - krzesło do masażu
  - pracownia komputerowa „Memosfera” wyposażona w 2 komputery zawierające programy służące rehabilitacji funkcji poznawczych (w planach trzeci komputer z programem \_RehaCom)
  - sala wykładowa (60 m kwadratowych) wyposażona w stoliki, krzesła oraz sprzęt audiowizualny).

W przypadkach koniecznych zapewniamy transport osób niepełnosprawnych chcących uczestniczyć w zajęciach (umowa z firmą „Bemark” i „Permed”).

### **i. dowody skuteczności planowanych działań**

- opinie ekspertów

„Opieka nad osobami starszymi wymaga podejścia holistycznego tj. obejmującego aspekty zdrowia fizycznego, psychicznego, funkcjonalnego i społeczno – ekonomicznego. Takie całościowe podejście jest standardem w geriatricznym”. (T. Grodziski – Geriatricznym. Strategia rozwoju opieki geriatricznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia).

Autorzy opublikowanych w 2008 roku badań populacyjnych (Retirement Study) zauważają, że poprawa w zakresie edukacji, poziomu życia, aktywności



intelektualnej i fizycznej oraz leczenie chorób sercowo – naczyniowych pozwalają opóźnić wystąpienie objawów i spowolnić przebieg chorób otępiennych w populacji powyżej 70 roku życia.

„Nawet niewielkie zmniejszenie liczby przypadków otępienia jest niezwykle ważne. Jeśli byłoby możliwe opóźnienie początku wystąpienia objawów o 5 lat skutkowałoby to 50% redukcją ryzyka związanego z wiekiem. Nawet niewielkie opóźnienie początku choroby o 6 miesięcy zmniejszyłoby liczbę przypadków po 10 latach o 100 tysięcy, a po 50 latach o 380 tysięcy”. (G. Opala – „Choroby mózgu w świetle starzejącej się Europy”).

- publikacje geriatryczne

T. Grodzicki – Geriatria (Strategia rozwoju opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia)

T. Sobów – Praktyczna psychogeriatryka: rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym

Z. Chodorowski – Geriatria. Postępy w diagnostyce i terapii (Gdynia 2009)

Dojrzałość – Encyklopedia Zdrowia

R.D. Hill – Pozytywne starzenie się

I.S. Hamilton – „Psychologia starzenia się”

## **5. KOSZTY**

### **a. koszt jednostkowy**

200,00 PLN rocznie

### **b. planowany koszt całkowity programu**

200 000. 00 PLN rocznie

Jesteśmy w stanie objąć programem przynajmniej 1000 osób w ciągu roku.

## **6. MONITOROWANIE i EWALUACJA PROGRAMU**

### **a. monitorowanie**

- ewidencja zgłaszalności do projektu odnotowywana w Księżce Uczestników Programu
- ocena dokonywana przez lekarza rehabilitanta i karta zleceń
- przesiewowa ocena funkcji kognitywnych osób objętych rehabilitacją poznawczą
- indywidualne karty stosowanych zabiegów
- indywidualne karty ćwiczeń funkcji poznawczych
- listy uczestnictwa w zajęciach edukacyjnych
- listy uczestnictwa w zajęciach ruchowych

b. ewaluacja

- uczestnicy programu (ewentualnie opiekunowie) zostaną zobligowani do wypełnienia ankiety oceniającej skuteczność zaproponowanych działań.

## **7. OKRES REALIZACJI PROGRAMU**

Lata 2014 – 2016