

UCHWAŁA NR XVII/319/15

RADY MIASTA KATOWICE

z dnia 29 października 2015 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla miasta Katowice na lata 2014-2020.

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1515), art. 4 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2013 r., poz. 595 z późn. zm.), art. 48 ust. 1 oraz 48a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015r., poz. 581 z późn. zm.)

**Rada Miasta Katowice
uchwała:**

- § 1. W uchwale nr XLIII/1015/13 Rady Miasta Katowice z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie przyjęcia „Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla miasta Katowice na lata 2014-2020” dokonać zmiany punktu IV. 7. załącznika do uchwały tak, że otrzymuje on brzmienie jak w załączniku do niniejszej uchwały.
- § 2. Corocznie zapewnić w budżecie miasta środki na realizację Programu.
- § 3. Wykonanie uchwały powierzyć Prezydentowi Miasta Katowice.
- § 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Wiceprzewodniczący Rady
Miasta Katowice

Jerzy Forajter

IV. 7. Program profilaktyki dla osób “trzeciego i czwartego wieku”

Okres realizacji programu: lata 2014-2020

Autorzy programu:

dr n. med. Jarosław Derejczyk,
prof. dr hab. n. med. Jan Duława

Opinia Agencji Technologii Medycznych:

- pozytywna

I. Opis problemu zdrowotnego:

W Polsce przewiduje się procentowy wzrost liczby osób po 65 roku życia z 12,8% (4,9 mln) w 2002 roku do 23,8% (8,5 mln) w roku 2030. (Bolesławski L. Prognoza demograficzna na lata 2003-2030. GUS. Warszawa 2004, s 36-42.) W 2000 roku liczba osób po 80 roku życia wynosiła w województwie śląskim 85 tys., zaś w 2011 roku 151,712 osób (http://www.stat.gov.pl/katow/69_848_PLK_HTML.htm). Takim zmianom towarzyszy wzrost kosztów leczenia chorób związanych z podeszłym wiekiem. Obecnie w Polsce mamy 2,8 mln osób chorych na osteoporozę i 0,5 mln osób chorych na otępienie. W okresie od 2002 roku do 2030 – go liczba osób ponad 75 letnich, zamieszkujących w gospodarstwach zbiorowych wzrośnie na Śląsku z 3,2 tys. do 39,2 tys. W Katowicach w 2011 roku żyło 309.304 tysięcy osób. Prognozy na lata 2020, 2030 pokazują tendencję do zmniejszania liczby mieszkańców w mieście. Odpowiednio będą to ilości - 270.2, 229.3 tysięcy mieszkańców. Tym zmianom towarzyszy w Katowicach, największy w województwie, wzrost odsetka osób powyżej 60 roku życia. Od 2010 roku udział populacji powyżej 60 roku życia w Katowicach przekroczył 25% co oznacza, że co czwarty mieszkaniec Katowic jest już osobą powyżej 60 roku życia. Z tego tytułu należy podejmować programy wychodzące naprzeciw problemom związanym ze starzeniem społeczeństwa, zarówno w mieście Katowice jak i na Śląsku. Na pytanie: czy niepokoił Panią (-na) stan zdrowia lub sprawność umysłu któregoś lub jakiegoś starszego krewnego odpowiedź "na tak" zgłosiło 12,5% respondentów na Śląsku, co jest najwyższym wskaźnikiem w kraju. Następne województwo (małopolskie) charakteryzuje się wskaźnikiem 7,9%. Program dla osób od 60 r. ż. powinien uwzględniać edukację zwiększającą wiedzę o zmianach stylu życia wspierających zdrowsze starzenie i ułatwiony dostęp do miejsc pozwalających na aktywizację ruchową oraz uzyskanie wiedzy o zmianie stylu życia. Programy dla seniorów w grupach powyżej 75 r. ż. powinny dodatkowo zawierać elementy specjalistycznej diagnostyki lekarskiej, pielęgniarskiej pomocy środowiskowej, pomocy socjalnej i w razie potrzeby pomocy medycznej.

Następstwem wydłużania czasu przeciętnego trwania życia jest wzrost częstości występowania chorób przewlekłych i typowych dla wieku podeszłego problemów zdrowotnych nazywanych – zespołami geriatrycznymi. Wykazano, iż 40% osób powyżej 60 roku życia cierpi na co najmniej cztery choroby przewlekłe, co w mieście Katowice czyni populację 31 tysięczną przewlekłe chorych osób. Szczególnie choroby układu krążenia, choroby stawów oraz choroby neurologiczne z uszkodzeniem narządów słuchu i wzroku ograniczają aktywność i samodzielność osób starszych. Ubytki zdrowia w starości nie przekreślają sensu promocji zdrowia, której celem jest podtrzymanie i zachowanie pozostałych zasobów oraz poszukiwanie sposobów na ich poprawę.

Lokalna polityka zdrowotna prowadzona przez miasto Katowice wespół z organizacjami pozarządowymi od kilku lat tworzy sieć działań aktywizujących środowisko osób starszych.

Specyfiką miejską na terenie Katowic jest duża baza poradni i oddziałów specjalistycznych w tym geriatrycznych oraz zabezpieczony dobry dostęp do lekarzy rodzinnych, co przy wymianie i poszerzaniu wiedzy na temat zdrowego starzenia może zwiększyć dla wszystkich uczestników rynku medycznego dostęp do edukacji zdrowotnej i podnieść jakość usług medycznych potrzebnych w zaspakajaniu potrzeb zdrowotnych osób starszych.

Prawdziwymi wyzwaniami epidemiologicznymi, ekonomicznymi i organizacyjnymi w polityce zdrowotnej stają się wśród osób po 60 r. ż. choroby przewlekłe. Na czele tych, które wymagają wykreowania nowego podejścia w zakresie profilaktyki, diagnostyki i terapii są cukrzyca i choroby neurodegeneracyjne. Liczba chorych na cukrzycę na całym świecie sięga obecnie 150 mln zaś otępienia 50 mln. Szacuje się, że w okresie najbliższych 25 lat liczby te ulegną podwojeniu. Częstość cukrzycy w populacji powyżej 65 r.ż. sięga 40%, a otępienia 10%. Szczyt zachorowań na cukrzycę typu 2 występuje ok. 60 r.ż. a na otępienie jawne klinicznie po 75 r. ż.

Ilość osób chorych w Polsce na otępienie to w populacji po 60 r. ż. około 600 000 osób. W okresach wczesnych choroby chorzy powszechnie pozostają niezdiagnozowani z powody braku przygotowania systemu ochrony zdrowia do chorób późnej starości.

II. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Wzrost populacji seniorów, a szczególnie osób w najstarszych grupach wieku (> 75 r. ż) w nieodwracalny sposób będzie generował niepełnosprawność i w konsekwencji niesamodzielność, zwiększając zapotrzebowanie na coraz większe wsparcie jakie trzeba zabezpieczyć dla tej części społeczeństwa. Programy profilaktyczne będą mogły przesunąć okres ujawnienia się zależności i jej konsekwencji, oraz w części ochronić przez niesprawnością. Nie sposób oczekiwać by poprzez programy zdrowotne osiągnąć pełną ochronę przed chorobami przewlekłymi co jest częstym błędem w analizach estymacyjnych i oczekiwaniach wobec programów profilaktycznych.

Celem programów z obszaru profilaktyki zdrowia w gerontologii jest diagnozowanie czynników, które przyspieszają wystąpienie przewlekłych chorób wieku podeszłego i zespołów geriatrycznych w celu ograniczenia ich częstości i zmniejszenia zbyt późnej rozpoznawalności w celu wcześniejszego włączenia profilaktyki, modyfikacji stylu życia, włączenia terapii, a przez to przedłużenia okresu samodzielności oraz poprawy jakości życia. Kolejnym celem jest też rozpoznawanie utajonych klinicznie i niezdiagnozowanych chorób przewlekłych, które nie leczone ujawniają się gwałtownym i nieodwracalnym w konsekwencjach ubytkiem stanu zdrowia (cukrzyca, hiperlipidemie, nadciśnienie, osteoporoza, hipotyreoza, otępienie, parkinsonizm). Ich konsekwencjami u osób starszych są: nagła śmierć sercowa, zawał serca, udar mózgu, niewydolność nerek, amputacje kończyn w przebiegu cukrzycy i miażdżycy naczyń, upadki, złamania i przedwczesna zależność opiekuńcza u chorych ze źle diagnozowanym i leczonym otępieniem.

Od ćwierć wieku znany jest fakt iż korzyścią ze zmniejszenia stężenia cholesterolu z poziomu 285 do 200 mg/dl jest zmniejszenie ilości zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca. Dla mężczyzn w przedziale wieku pomiędzy 65 a 74 r.ż. to mniej o 9,5 zgonów na 1000 osób i o 12,7 zgonów w grupie pomiędzy 75 a 84 r. ż. Wiedza o przydatności oznaczania poziomu cholesterolu w minionym okresie 25 lat stała się powszechna jednak ilość przeprowadzanych badań w tym kierunku nadal nie jest wystarczająca. Połączenie działań zmieniających styl życia z leczeniem hipolipemizującym u osób z hiperlipidemią daje podstawy do dalszego ograniczenia konsekwencji miażdżycy układu sercowo naczyniowego jeśli jest realizowane poprzez działania populacyjne.

By zmienić styl życia osoby starszej niezbędne jest znalezienie sposobu komunikacji pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej z seniorami oraz dotarcia do osób potrzebujących edukacji i wsparcia. Dzięki poprawie komunikacji możliwe jest uzyskanie zwiększenia aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania się osób starszych. Przygotowanie pacjenta do proponowanej zmiany zależy od jego sprawności poznawczej, nastroju, sytuacji ekonomiczno społecznej. Stwierdzenie istniejących ubytków i ograniczeń w rezerwach zdrowotnych nie powinno być argumentem do automatycznych ograniczeń i zaniechania działań wzmacniających podtrzymanie i budowanie potencjału zdrowia osoby starszej. W programie zaproponowano współpracę profesjonalistów w systemie finansowanym przez NFZ z usługami finansowanymi przez UM Katowice tak, by uzyskać sieciową i komplementarną strukturę funkcjonalną uzupełniających się w zakresie różnych aktywności placówek zlokalizowanych na terenie miasta i oferujących świadczenia dla złożonych potrzeby osób starszych.

Dzięki takiemu rozwiązaniu osiągnięty będzie cel jaki WHO promuje od 2002 roku – utrzymywanie poziomu aktywności, gwarantującego aktywne starzenie się. Jest ono rozumiane przez autorów Programu jako jak najdłuższe utrzymanie przez starszych mieszkańców Katowic aktywności w życiu społecznym, ekonomicznym, kulturalnym, duchowym i cywilnym. Osoby po 75 r. życia to grupa z największym odsetkiem osób przewlekle chorych. Zaliczamy do nich:

uszkodzenie intelektu (demencję), ograniczenia ruchu i niestabilność postawy (upadki), osteoporozę, przewlekłą niewydolność krążenia, depresję, cukrzycę, niedożywienie, uszkodzenia zmysłów wzroku i słuchu, nietrzymanie moczu. Wiele z tych chorób jest nie rozpoznawanych co podnosi umieralność w tej grupie wiekowej i zwiększa kilkukrotnie w porównaniu z młodszymi grupami wieku koszty leczenia szpitalnego. Obecnie co 7 minut w Polsce upada jedna starsza osoba. Co czwarty upadek kończy się w tej grupie chorych złamaniem kości długiej co podraża koszty terapii, a upadki rokowniczo w tej grupie wiekowej stanowią piątą przyczynę śmierci. Uwzględniając tempo starzenia populacji realizacja Programu będzie odpowiedzią na populacyjną akcelerację procesu starzenia jaka mieć będzie miejsce również w Katowicach. Ilość osób objętych programem w danym roku jego realizacji będzie zależna od możliwości finansowych miasta Katowice jednak założono, iż by osiągnąć minimalny efekt populacyjny nie będzie to mniej niż 500 osób rocznie w każdej z podgrup.

Przyczynami niskiego wykonania poprzedniej edycji programu było ograniczenie zainteresowania i uzyskiwanych przy jego realizacji korzyści, ze strony praktyk lekarzy rodzinnych. W początkowym okresie pierwszych 4 lat programu kiedy finansowano wykonywanie większej ilości badań laboratoryjnych, które mieli wykonywane badania, program miał bardzo dobrą realizację. Ograniczenie zakresu badań z powodu nakładania się zakresów opłacanych przez NFZ wykluczyło zainteresowanie programem ze strony Praktyk Lekarzy Rodzinnych. Same cele programu nie stanowią wystarczającej motywacji do chęci uczestniczenia w Programie jeśli nie towarzyszą im kryteria opłacalności ekonomicznej. Zrozumienie istoty przyczyn i przebiegów wielkich problemów geriatrycznych jak i trudności w ich diagnostyce i terapii, w tym przypadku miały dla lekarzy rodzinnych drugorzędne znaczenie.

W obecnej propozycji Programu wprowadzono badania laboratoryjne rzadko wykonywane na poziomie POZ, o dużym znaczeniu dla rozpoznawania chorób często spotykanych w podeszłym wieku. Są to oznaczenie poziomu hemoglobiny glikowanej HbA1 i TSH.

Występowanie cukrzycy typu 2 w populacji po 60 r. ż. sięga 40 % a w populacji po 85 r. ż ok 70 % zaś częstość niedoczynności tarczycy w tej populacji wynosi od 5 - 14%, co uzasadnia wykonanie tych badań w charakterze kryterium przesiewowego. Przy znanym wpływie hormonów tarczycy i eutyreozy na sprawność poznawczą jak również przy uznaniu przez WHO w 2011 r. badania poziomu hemoglobiny glikowanej wraz z badaniem glikemii na czczo, jako parametru (przy przekroczonym poziomie powyżej 6,5 %) o 25 % poprawiającym rozpoznanie cukrzycy, uznano iż taki zestaw badań nie powinien budzić obaw przed niecelowością zakresu dla potrzeb scriningu metabolicznego i ograniczenia angiotoksycznego wpływu nie rozpoznanej i nie leczonej cukrzycy na stan sprawności układu sercowo naczyniowego i mózgu. Rozpoznanie chorób tarczycy oraz diagnoza cukrzycy typu 2 są stawiane u osób starszych często nazbyt późno i w stadiach bardzo zaawansowanych zaś fakt przypisania obu oznaczeń do kategorii finansowanej ze środków publicznych, bez zapisów o stałym obligatoryjnym ich zlecaniu w pewnym okresie życia, powoduje że wykonywane są zbyt rzadko i widoczna jest rozbieżność pomiędzy częstością ich zlecania, a przytoczonymi wskaźnikami zapadalności. Dla osób zgłaszających się do Programu na badanie efektem zachęty jest możliwość skorzystania z badania stężenia cholesterolu dlatego zdecydowano się na oznaczenie jego całkowitego stężenia z frakcjami HDL i LDL. Założono dzięki temu dwie korzyści: większą rozpoznawalność hiperlipidemii w identyfikacji osób z grupy ryzyka angiometabolicznego oraz większą zgłaszalność do badań.

Celem programu jest zmniejszenie szkodliwych wpływów chorób przewlekłych na jakość życia jego uczestników we wszystkich etapach starości, przez eliminację niezdiagnozowanych czynników ryzyka tych chorób, zmniejszenie częstości ich powikłań i późnych konsekwencji tych chorób.

Do oceny stanu funkcjonalnego osoby starszej zaproponowano w Programie autorski zestaw prostych znanych i stosowanych od niedawna w gerontologii klinicznej testów oceniających

sprawność psychoruchową. Test Mini Cog oceniający pamięć i inne funkcje poznawcze jest testem wykonywanym w czasie do 5 minut, a pozwala z dużą czułością i specyficzną postawić podejrzenie zespołu otępiennego. Podobnie ocena sprawności ruchowej z użyciem testu "wstań i idź", pozwala na wczesną identyfikację osób wymagających diagnostyki przyczyn spowolnienia chodu i wdrożenia działań profilaktycznych i leczniczych oraz rehabilitacji.

III. Cel główny Programu

Profilaktyka chorób przewlekłych prowadzących do powstawania nieodwracalnej niesprawności o 2 % rocznie w trakcie realizacji programu i ograniczanie konsekwencji nieleczonej wielochorobowości starszych mieszkańców Katowic.

IV . Cele szczegółowe Programu

- 1) Zwiększenie wykrywalności utajonych problemów zdrowotnych występujących u osób starszych wpływających na jakość życia we wszystkich etapach starości.
- 2) Zwiększenie aktywności fizycznej uczestników programu i mieszkańców miasta w grupach wiekowych powyżej 60 roku życia.
- 3) Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych i osób starszych niepełnosprawnych w oparciu o promocję uzyskanych w Programie efektów na większą populację.
- 4) Poprawa akceptacji społecznej dla starości jako etapu życia i zwiększenie możliwości rozwoju osób starszych w mieście Katowice.

V. Oczekiwane efekty

- 1) Wyłonienie osób z nie rozpoznanymi wcześniej utajonymi stanami chorobowymi, wobec których dzięki pogłębionej diagnozie opartej o metody stosowane w Programie, zostanie zainicjowane leczenie dostosowane do faktycznych potrzeb zdrowotnych.
- 2) Przekazanie wyłonionych w Programie przesiewowym chorych do dalszej diagnostyki i leczenia, w oparciu o finansowanie ze środków NFZ, w poradniach specjalistycznych oraz w oddziałach szpitalnych.
- 3) Poprawa sprawności ruchowej osób zagrożonych upadkiem, zespołami hipokinezji, sarkopenią, zespołami słabości w trakcie z korzystania z dwumiesięcznego programu aktywizacji ruchowej.
- 4) Poprawa wskaźników jakości życia z chorobą, dzięki podjęciu leczenia dostosowanego do potrzeb i poszerzonej interwencji (całościowa ocena geriatryczna i rehabilitacja) na wczesnych etapach rozwoju przewlekłych chorób wieku podeszłego.
- 5) Zmniejszenie wydatków na leczenie osób z zespołami geriatrycznymi przez ich wczesną identyfikację.

VI. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu i planowane interwencje

W badaniach profilaktycznych prowadzonych na poziomie praktyk lekarzy rodzinnych, które zostaną w drodze konkursu zakwalifikowane do realizacji części podstawowej zgłaszająca się osoba zostanie oceniona w badaniu lekarskim w następującym zakresie :

- 1). Obecność ujawnionego nieskutecznie leczonego nadciśnienia (ocena wywiadu, stosowania leków, pomiarów RR i /lub obecność hipotensji ortostatycznej (test pionizacyjny).
- 2). Podejrzenie obecności nieprawidłowej przemiany węglowodanowej lub źle leczonej cukrzycy (glikemia na czczo powyżej 100 mg% u osób bez wiedzy na temat cukrzycy, lub przygodna glikemia u chorych na cukrzycę > 200 mg%, badanie poziomu hemoglobiny glikowanej HbA1) wymagające rozpoczęcia pogłębionej diagnozy i weryfikacji leczenia lub przekazania do poradni diabetologicznej od poziomu HbA1 > 6,5 % wraz ze stwierdzoną glikemią na czczo > 100 mg%.
- 3) Podejrzenie o nie leczone choroby tarczycy (badanie palpacyjne i badanie TSH).
- 4) Podejrzenie o nie leczone deficyty poznawcze wymagające przekazania do leczenia do poradni geriatrycznej (prawidłowe wykonanie testu Mini Cog – wykonanie testu na poziomie 5 punktów potwierdza brak dysfunkcji pamięci – Załącznik Nr 1 i Nr 3.
- 5). Podejrzenie o niesprawność ruchową wymagającą kwalifikacji do rehabilitacji ruchowej na poziomie poradni geriatrycznej. Pytanie o upadki – powyżej 2 /12 miesięcy- wymaga dalszej diagnostyki w poradni geriatrycznej; test wstań i idź – Time Up & Go (TUG) o czasie > 12 sek., również jest wskazaniem do skierowania do poradni geriatrycznej. Załącznik Nr 1.
- 6). Stwierdzenie nie leczonych deficytów wzroku i słuchu (test pośredni czytania z oceną bliży, test Amslera, ocena orientacyjna słuchu) wymagają skierowania do poradni specjalistycznych (okulistycznej, foniatrycznej) – Załącznik Nr 2.
- 7). Stwierdzenie nierozpoznanych wcześniej objawów uznanych za niezbędne do potwierdzenia lub wykluczenia w Programie (guzek w tarczycy, guzek w piersiach; wywiad w kierunku obecności krwi w stolcu; stwierdzony szmer naczyniowy nad tętnicą szyjną u osoby z przebytym udarem lub TIA) wymagających dalszego leczenia przez skierowanie do poradni specjalistycznych (endokrynologicznej, neurologicznej, chirurgicznej, onkologicznej, schorzeń sutka).
- 9). Ocena ryzyka 10 letniego złamania kości szyjki udowej w oparciu o wskaźnik FRAX. (www.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=40 ; www.ostoporoza.pl) i przekazanie osób zagrożonych do leczenia w poradniach specjalistycznych prowadzących leczenie antyresorpcyjne, (Poradnia Ortopedyczna, lub Poradnia Leczenia Osteoporozy) posiadające densytometr z oceną gęstości szyjki kości udowej. Wskaźnik ryzyka złamania biodra – FRAX > 11% dla kobiet i > 20% dla mężczyzn są wskazaniem do kierowania osób z takimi wynikami do poradni specjalistycznej. Załączniki Nr 1.

Miernikami efektywności etapu podstawowego będą: ilości uczestników oraz wyniki ankiet oceniających kondycję psychofizyczną jakie realizatorzy wypełnią w trakcie realizacji Programu co miesiąc i za cały okres badania. Załączniki Nr 6,7,8,9,10 i 11. Wśród mierników efektywności Programu jest zestawienie osób które zostały skierowane na dalszą terapię do ośrodków specjalistycznych (Załączniki Nr 7, 9 i 11). W etapie II ocena efektywności przeprowadzona będzie przez ewaluację efektów rehabilitacji po 2 miesiącach uczestnictwa w ćwiczeniach oceniane parametrami sprawności wynik prędkości chodu w m/sek i wynikiem punktowym testu POMA, oraz wydanymi dla każdego zakwalifikowanego do rehabilitacji uczestnika zaleceniami pisemnymi do kontynuacji rehabilitacji domowej. Załącznik Nr 5. W perspektywie półrocznej, od zakończenia realizacji Programu w następnym roku, podjęta zostanie na poziomie Zamawiającego Program, analiza ilości wykonanych operacji złamań szyjki kości udowej jakie wykonują zlokalizowane na terenie miasta Katowice trzy oddziały ortopedyczne dla mieszkańców Katowic w przedziale powyżej 60 r. ż, względem ilości wykonywanych operacji przed rozpoczęciem programu pomniejszone o roczny procentowy wskaźnik starzenia populacji mieszkańców powyżej 60 r. życia. Te dane uzyskane zostaną z siedziby lokalnego oddziału wojewódzkiego NFZ i Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej w Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach na koniec rocznego okresu trwania Programu.

VII . Adresaci Programu

Od 20 lat stosuje się podział starości na trzy fazy : młodzi starzy (young old) – osoby w wieku

60/65-74 lata, – starzy starzy (old old) – osoby w wieku 75-84 lata, – najstarsi starzy (the oldest old) – osoby w wieku 85 lat i więcej. Analogiczny podział w dotarciu do grup docelowych zastosowano w Programie. Osoby zapraszane do uczestnictwa w badaniu to trzy grupy mieszkańców Katowic określone rocznikami urodzin:

- pierwsza grupa mieszkańców to osoby, które ukończyły lub ukończą w roku realizacji programu 60, 61, 62 rok życia, kwalifikowane jako grupa „wczesna starość” ,
- druga grupa to osoby, które ukończyły lub ukończą w roku realizacji programu 75, 76 i 77 rok życia , kwalifikowane jak grupa w „zaawansowanej starości” ,
- trzecia grupa będzie grupą otwartą dla seniorów w wieku po 85 roku życia.

Według danych GUS na terenie Katowic populacja osób w przedziałach pomiędzy 60 a 64 r. ż. wynosiła w 2014 r. 22 537 osób, w przedziale 75 a 79 r. życia 11 327 osób zaś populacja powyżej 85 r. życia liczyła 5582 osoby. W nadchodzących 30 latach będzie malała liczebność pierwszej grupy docelowej na rzecz drugiej i trzeciej, w której to dynamika wzrostu będzie szczególnie szybko rosła po 2020 roku.

VIII . Oszacowanie populacji włączonej do programu

Opisane przedziały rocznikowe pozwolą na skoncentrowanie stosunkowo licznych grup potencjalnych beneficjentów przez cały okres Programu i umożliwią korzystanie z badań, średnio w roku populacji ok. 500 osób w podgrupie „wczesnej starości” , grupie ok. 500 osób w podgrupie „zaawansowanej starości” oraz ok. 500 osób w grupie osób w wieku 85 i więcej. W tak wytypowanych trzech podgrupach beneficjentów zaplanowano w okresie trwania Programu jednorazowe uczestnictwo przez okres trzech lat. Odpowiada to grupie ok. 1500 osób rocznie w ciągu całego okresu trwania Programu.

IX. Informacja o Programie i tryb zapraszania

Informacja będzie realizowana w oparciu o przygotowane ogłoszenia i materiały dla placówek medycznych, gazet lokalnych, na tablicach ogłoszeń w osiedlach i poprzez elektroniczne informatory w portalach miejskich. Tymi kanałami rozpowszechniane zostaną przez miasto Katowice ogólne materiały informacyjne dla pacjentów o celach Programu, adresatach do których jest on kierowany, miejscach realizacji, etapach programu wraz z wykazem wykonawców i ich lokalizacją na miasta. W zależności od realizacji Programu zaplanowano też informacje radiowe, drukowane rozsyłane do spółdzielni mieszkaniowych i wspólnot mieszkańców oraz informacje w komunikatorze informacji miejskiej rozsyłanej SMS-ami.

X. Organizacja programu. Części składowe, etapy i działania organizacyjne. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Program planuje się przeprowadzić w oparciu o wyłonione w drodze konkursu wytypowane placówki medyczne. Planuje się by w programie uczestniczyło ok. 10 wybranych Praktyk Lekarzy Rodzinnych z terenu miasta, zgłaszających swój udział w Programie, oraz minimum 3 ośrodki rehabilitacji z dostępem komunikacji miejskiej w pobliże ośrodka. Zaplanowano etap podstawowy realizacji programu, który odbywał się będzie w Praktykach Lekarzy Rodzinnych. Do jednej praktyki zgłosić się może od 50 do 200 osób w ciągu rocznego okresu realizacji Programu. W etapie podstawowym wyłonione w Programie Praktyki Lekarzy Rodzinnych będą realizować kolejne czynności :

- zaproszenie listowne uczestników na badania z informacją o zachowaniu 8 godzinnego okresu niejedzenia i zabrania z sobą okularów do czytania oraz ewent. aparatów słuchowych oraz używanych lasek i kul,
- przeprowadzenie badań według zapisanego w Programie planu,
- ocena stanu zdrowia badanej osoby z wdrożeniem lub korektą leczenia części uczestników

- z nieprawidłowymi wynikami,
- przesłanie części badanych osób do specjalistycznych poradni (geriatrycznych, endokrynologicznych, neurologicznych, chirurgicznych, onkologicznych, schorzeń sutka, okulistycznych, foniatrycznych, diabetologicznych),
- przesłanie części badanych osób do specjalistycznych oddziałów szpitalnych w konkretnym celu diagnostyczno terapeutycznym,
- kwalifikowanie i kierowanie uczestników do etapu II- rehabilitacyjnego programu.

Ewaluacja programu wymaga odnotowania w miesięcznym i rocznym raporcie informacji o stwierdzonych nieprawidłowościach, rozpoczętym i wdrożonym przez lekarza rodzinnego leczeniu, wydanych skierowaniach od poradni i oddziałów, zwrotnej dostarczonej przez skierowanego uczestnika Programu informacji w raporcie rocznym, o potwierdzonych dzięki programowi diagnozach i stałym leczeniu pod nadzorem poradni.

Każdy uczestnik Programu otrzyma wyniki badań z ich opisem, materiały edukacyjne na temat stylu życia w wieku po 60 r. ż. oraz ewentualne skierowanie do dalszej diagnostyki / leczenia. Załącznik Nr 4. Zaplanowany w Programie zakres rehabilitacji dotyczyć będzie osób, u których stwierdzono, mimo przeprowadzonej diagnostyki i terapii, niesprawność ruchową wymagającą kwalifikacji do terapii ruchem (dodatni wywiad w kierunku upadków > 2 /rok w połączeniu z wynikiem testu wstań i idź > 11 sek. Każdy skierowany do rehabilitacji uczestnik będzie miał na początku i na koniec cyklu ćwiczeń przeprowadzone dwukrotnie : ocenę prędkości chodu w m/sek. oraz test POMA. Załącznik Nr 5. Zaplanowano iż w etapie II - rehabilitacyjnym ćwiczenia usprawniające będą finansowane na zasadzie współpłacenia za odbyte dwukrotnie w tygodniu, (po godzinie zegarowej) zestawy ćwiczeń aktywizujących ruchowo, dla osób zakwalifikowanych przez lekarzy rodzinnych w okresie 2 miesięcy. Koszt transportu uczestników zakwalifikowanych do Programu pokrywa uczestnik lub jego opiekun zaś dopłata uczestnika wynosi 2 zł za godzinę i jest pokrywana na koniec 8 tygodniowego cyklu w miejscu realizacji etapu II. Efekty tej części Programu, w zakresie rehabilitacji będzie oceniany miarą poprawy ocenianych parametrów (prędkość chodu i test POMA) raportowanych co dwa miesiące po zakończeniu cyklu ćwiczeń. Wykonawcy rehabilitacji podobnie jak wykonawcy etapu podstawowego przez kontakt z uczestnikami Programu będą zobowiązani do prowadzenia w oparciu o przygotowane dla potrzeb Programu przez miasto Katowice materiały, edukacji zdrowotnej na temat stylu życia w podeszłym wieku oraz przekazaniem dla każdego zakwalifikowanego do rehabilitacji uczestnika zaleceń pisemnych do kontynuacji rehabilitacji domowej. Materiały dla uczestników związane z kontynuacją ćwiczeń jakie przygotowują dla uczestników realizatorzy zostaną oceniane i zakwalifikowane przy wyborze realizatorów części rehabilitacyjnej Programu. Materiały informacyjne dla uczestników przygotowane przez Zamawiającego zawierać będą adresy kontaktowe Wykonawców części podstawowej i rehabilitacyjnej. Wykonawcy części podstawowej i rehabilitacyjnej są zobligowani do przekazania wyników badań i analiz efektywności Programu do Urzędu Miasta. Załączniki Nr 5, 6, 7, 8, 9,10 i 11 zgodnie z opisanymi powyżej terminami.

O celowości i korzyściach prowadzenia Programów opartych o realizację całościowej oceny geriatrycznej mówią badania porównujące korzyści z jej stosowania względem ocen bez takiej procedury. Badania pokazują efektywność kosztową wdrażanych interwencji przez ośrodki geriatryczne.

XI). Koszty

Koszty jednostkowe :

I Etap realizowany przez praktyki lekarzy rodzinnych:

1. Koszty administracyjne: zaproszenia na badanie, przekazanie wyników badań i analiz efektywności Programu do Urzędu Miasta.
2. Opłata za wysłanie z kopertą i znaczkiem zwrotnym Ankiety nr 8.
3. Badanie lekarskie i pielęgniarskie w PLR - 20 minut.

4. Przeprowadzenie badań wchodzącego w skład oceny geriatrycznej - 20 minut.
5. Wykonanie badania stężenia glikemii i hemoglobiny glikowanej Hb A 1.
6. Wykonanie badania stężenia cholesterolu i frakcji HDL oraz LDL.
7. Wykonanie badania stężenia TSH.
8. Korekta leczenia w związku z wynikami badań.
9. Przekazanie badanemu wyników badań z ich omówieniem pisemnym i przekazanie materiałów edukacyjnych oraz i ewentualne skierowanie do dalszej diagnostyki / leczenia.

Koszty objęcia 1 osoby I etapem programu to ok. 118 zł/os

Planuje się rocznie objąć tym etapem programu ok. 1.500 osób, przyjmując, że zgłaszalność do programu będzie na poziomie ok. 70 %, populacja do objęcia programem to ok. 1050 osób rocznie.

Koszt I etapu: 1050 os. x 118 zł = 123.900 zł

II etap - współfinansowanie cyklu zajęć rehabilitacyjnych (założono iż z grupy 1050 osób biorących udział w etapie I, około 10 -15% osób będzie kwalifikowanych do etapu II – założono 120 osób.

1. Koszty ćwiczeń składają się z 16 godzin zajęć usprawniających dla 120 uczestników otrzymujących skierowania z poradni lekarza rodzinnego realizujących I etap programu oraz od lekarzy z poradni geriatrycznej. Planuje się, że zajęcia będą prowadzone przez 3 ośrodki wyłonione w drodze otwartego konkursu ofert (lub gdy zadanie będzie mogło być efektywniej realizowane - na podstawie obowiązujących przepisów prawa) w grupach 10 osobowych w cyklu 16 spotkań, które będą odbywały się 2 razy w tygodniu po 1 godzinie zegarowej.

2. Koszty administracyjne: materiały edukacyjne dla uczestników; przekazanie wyników badań i analiz efektywności Programu do Urzędu Miasta.

Koszty zajęć będą dofinansowywane przez miasto Katowice, a uczestnicy będą ponosili symboliczną opłatę w wys. 2 zł/godz.

3 ośrodki x 4 grupy x 16 godz. zajęć = 192 godz. rocznie .

Koszt jednostkowy to ok. 160 zł/godz.

192 godz. x 160 = 30.720 zł.

Razem koszty I i II etapu: 154.620 zł

Program będzie finansowany do wysokości środków finansowych zaplanowanych w budżecie miasta Katowice na dany rok na realizację "Programu profilaktyki i promocji zdrowia dla miasta Katowice na lata 2014-2020"

XII. Monitorowanie i ewaluacja

W celu monitorowania efektywności Programu zaplanowano:

Wprowadzenie dla ewaluacji efektów Programu opracowanych na jego potrzeby dwóch kwestionariuszy. Będą to Ankieta oceny wstępnej dla uczestnika Programu " 3 i 4 wiek ", jaką będą wypełniali uczestnicy badania w pierwszym dniu podczas badania (z grupy osób wykonujących test Mini Cog w zakresie od 4- 5 punktów) i z wykorzystaniem Ankiety oceny końcowej dla uczestników Programu " 3 i 4 wiek " jaka zostanie wysłana z kopertą zwrotną do tych samych osób - uczestników pomiędzy 3 a 4 miesiącem od wstępnej oceny ankietowej. Załączniki 12 i 13. W oparciu o obydwie Ankiety przeprowadzone zostanie Zestawienie porównawcze. Załącznik Nr 14. Ta ocena pozwoli na ujawnienie działania efektów włączonych interwencji i terapii, w tym terapii antydepresyjnych i prokognitywnych, które u osób starszych wpływają na jakość życia. W ramach monitorowania programu Realizatorzy będą zobowiązani do przesłania raportu w postaci Załącznika Nr 9 w ostatnim miesiącu roku kalendarzowego.

Zestawienie pozwoli na ocenę zachowania i aktywności psychofizycznej uczestników w trakcie udziału w Programie. Urząd Miasta Katowice na podstawie danych przekazywanych przez realizatorów przeprowadzi bieżące kontrole minimum jedna w roku u każdego realizatora.

Ocenie poddane zostaną :

1. Liczba wysłanych zaproszeń, na podstawie książki korespondencyjnej lub sporządzonych list,
2. Liczba osób , które zgłosiły się do I etapu programu,
3. Liczba kategorii zidentyfikowanych dysfunkcji zdrowotnych w badanych grupach,
4. Liczba osób, która została skierowana do poradni specjalistycznych, w tym do geriatrycznych, oraz do leczenia szpitalnego.
5. Liczba osób uczestniczących w zajęciach ruchowych z podaniem efektów terapii ruchem. Ankieta raportowana przez wykonawców części rehabilitacyjnej – raportowanie co 2 miesiące wg Załącznika Nr 6.
6. Ankiety okresowe oceny wstępnej i końcowej uczestnika programu " 3 i 4 wiek " – gromadzone w miejscu realizacji Programu.
7. Zestawienie porównawcze realizowane u osób z wynikiem testu Mini Cog pomiędzy 4-5 pkt. opracowane na podstawie Załączników Nr 12 i 13 wg wzoru Załącznik Nr 14.

Organizator programu zobowiązuje się do archiwizowania dokumentacji medycznej z realizacji programu przez okres 5 lat.

XIII .Okres realizacji programu

Lata 2014-2020.

XIV. Piśmiennictwo

1. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population- based sample. J. Am. Geriatr. Soc. 2003; 51: 1451-1454.
2. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, pod red. M. Mossakowskiej, A. Więcka, P. Błędowskiego, Poznań, Termedia Wydawnictwa Medyczne, 2012, ISBN: 978- 83- 62138 - 81- 4.
3. Bryła M., Maniecka-Bryła I., Proces starzenia populacji wyzwaniem dla polityki zdrowotnej, „Gerontologia Polska” 2011, tom 19, s. 40 – 46.
4. Donoghue O.A., Horgan F.N., Savva G.M., Cronin H., O'Regan C., Kenny A.R., Association Between Timed Up-and-Go nad Memory, Executive Function, and Processing Speed, J Am Geriatr Soc, tom 60, nr 9, s.1681-1686.
5. Duda M., Organizacja opieki nad osobami z demencją w Polsce na tle krajów rozwiniętych i rozwijających się, „Gerontologia Polska” 2010, tom 18, s. 76-85.
6. Holsinger T., Plassman B.L., Stechuchak K.M., Burke R.J., Coffman C.J., Williams jw., Screening for Cognitive Impairment: Comparing the Performance of Four Instruments in Primary Care, J Am Geriatr Soc, tom 60, nr 9, s.1027-1036.
7. Is Frailty a Prodromal Stage of Vascular Dementia? Results From the Free- City Study, Avila-Funes J.A., Ritchie K., Rouaud O., Tzourio Ch., Dartigues J.F., Amieva H., J Am Geriatr Soc 2012 , tom 60, nr 9, s. 1708-1712.
8. Jones David S., Podolsky Scott H., Greene Jeremy A., The Burden of Disease and the Changing Task of Medicine [online], The New England Journal of Medicine [dostęp: 21.08.2012], Dostępny w Internecie: [www.nejm.org] <http://www.nejm.org/>
9. Kapusta J., Kapusta A., Irzmański R., Rola treningu fizycznego w prewencji omdleń wazowagalnych w wieku podeszłym, „Geriatrics” 2012, tom 6, s. 50-55.

10. Krajewski-Siuda Krzysztof, Polskie narzędzie zapewnienia jakości samorządowych programów promocji zdrowi, Katowice, Śląska Akademia Medyczna, 2006.
11. Krzemińska-Siemaszko R., Wieczorkowska-Tobis K., Sarkopenia – w kierunku wystandaryzowanych kryteriów, „Geriatría” 2012, tom 6, s. 46-49.
12. Morley John. E., Clinics in Geriatric Medicine, dostępny w Internecie: [geriatric.theclinics.com]
13. Pasek T., Pasek J., Witiuk-Misztalska A., Sieroń A., Leczenie ruchem (kinezyterapia) pacjentów w podeszłym wieku, „Gerontologia Polska” 2011, tom 19, s. 68-76.
14. Puszczalowska-Lis E., Związki kąta Clarke'a z cechami przedniej i tylnej strefy podparcia oraz częstość występowania deformacji stóp u kobiet w wieku geriatrycznym, „Gerontologia Polska” 2011, tom 19, s 33-39.
15. Reijmer Y.D., Van den Berg E., Dekker M. J., Nijpels G., Stehouwer A., Kappelle J., Biessels G. J., Development od Vascular Risk Factors over 15 Years in Relation to Cognition: The Hoorn Study, J Am Geriatr Soc 2012, tom 60, nr 8, s. 1426-1433.
16. Samaras K., Crawford J., Baune B.T., Campbell L.V., Smith E., Lux O., Brodaty H., Trollor J.N., Sachdev P., The Value od the Metabolic Syndrome Concept in Elderly Adults: Is it worth less than the Sum of Its Parts?, J Am Geriatr Soc 2012 , tom 60, nr 9, s. 1734-1740
17. Searle D. Samuel, Mitnitski A., Gahbauer E. A., Gill T. M., Rockwood K., A standard procedure for creating a frailty index, „BMC Geriatrics” 2008, dostępny w Internecie:[www.biomedcentral.com]
18. <http://www.geriatría.mz.gov.pl>. Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej.
19. Podsiadło D., Richardson S.: The Timed Up & Go: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991;39:142-148; Bohannon RW.: Reference values for the timed up and go test: a descriptive meta-analysis. J Geriatr Phys Ther 2006;29:64-68).
20. 19.(POMA) (Tinetti M.E. 1986 Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc, 34: 119-126); Abrams W.B., Beers M.H., Berkow R.
21. (1995) The Merck Manual of Geriatrics second edition. Whitehouse Station, Merck Research Laboratories, New York).
- 22.Badurski JE i wsp. Epidemiologia złamań osteoporotycznych i ocena 10-letniego ryzyka złamania w populacji kobiet regionu Białystok (BOS-2) algorytmem FRAX™-WHO. Reumatologia. 2008; 2, 72-79.
- 23.World Health Organization. Use of glycatedhaemoglobin (HbA1) in the diagnosis of diabetes mellitus. Geneva. Switz. WHO. 2011.
24. MSD Podręcznik Geriatrii. Red Abrams W. B. Red. wydania polskiego Galus K. Kocemba J. Wyd. Urban & Partner. 1999. Str. 928 .
25. Gordon DJ, Rifkind BM. Treating high blood cholesterol in the older patient. Am. J Cardiol. 1989;63(16):48H.
- 26.GUS.<http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Prognoza.aspxrafia.stat.gov.pl/bazademografia/Prognoza.aspx>).
27. Wojtyńska R. Rekomendacje w badaniu neuropsychologicznym: screeningowym i pogłębionym w łagodnych zaburzeniach poznawczych (MCI). Psychogeriatría Polska 2012;9(4):161-172

Wykaz Załączników

Załącznik nr 1

Instrukcja badań w części Podstawowej Programu „Trzeci i Czwarty” wiek.

- Ocena hipotonii ortostatycznej (HO)

Pomiar ciśnienia tętniczego w pozycji leżącej (najlepiej po przynajmniej 15-minutowym leżeniu), a następnie powtórzony w ciągu 3 minucie po pionizacji.

Interpretacja: Za dodatni wynik testu przyjmuje się spadek wartości skurczowego ciśnienia tętniczego przynajmniej o 20 mm Hg lub rozkurczowego, przynajmniej o 10 mm Hg.

- Ocena widzenia– badanie przesiewowe

Test Snellena do blizy – czytanie tekstu z tablicy w okularach do blizy, lub bez dla osób nie korzystających z okularów z odległości około 30 cm, badanie każdego oka osobno (kolejno zasłonięte lewe i prawe oko). Wynik zapisujemy ze skali uwidocznionej na tablicy dla najdrobniejszego poprawnie przeczytanego tekstu dla każdego oka osobno. Tablica do czytania tekstu w materiałach dla Wykonawcy.

- Ocena słuchu – badanie przesiewowe

Test szeptu: Słuch oceniamy z odległości 6 m (sześć dużych kroków). Polecamy badanemu powtarzanie sekwencji liczb wypowiedzianych szeptem:

6 m: 99 88 76 85

5 m: 44 25 14 33

4 m: 4 92 73 56

3 m: 21 35 52 78

2 m: 1 19 27 94

1 m: 39 3 45 51

<1 m: 44, 25, 3, 8

Wynik podajemy w metrach odległości, z której badany bezbłędnie powtórzy kolejne liczby.

Interpretacja : 1 m lub mniej – znaczne upośledzenie słuchu; 2-5 m nieznaczne lub średnie upośledzenie słuchu; 6 m norma.

- Test Amslera

Jest używany do oceny widzenia w obrębie dołka środkowego siatkówki w kierunku przesiewowego wykrywania zależnego od wieku zwyrodnienia plamki żółtej (AMD, Age-related Macular Degeneration). Instrukcja: Badanie przeprowadza się dla każdego oka osobno. Test polega na obserwacji z odległości 30 cm siatki Amslera, będącej kwadratem o boku 10 cm podzielonym czarną albo białą siatką linii przecinających się co 0,5 cm.

Należy zadać pacjentowi następujące pytania:

- Czy wszystkie linie są liniami prostymi?

- Czy wszystkie kwadraty mają taki sam rozmiar?

W przypadku „falowania” linii lub „nierówności” kwadratów badanego kierujemy do poradni okulistycznej.

- 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:

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

Wynikiem testu jest czas potrzebny do wykonania zadania.

Interpretacja:

< 10 sekund – norma, sprawność funkcjonalna prawidłowa;

11-19 sekund – badany może samodzielnie wychodzić na zewnątrz, nie potrzebuje sprzętu pomocniczego do chodzenia, wskazana pogłębiona ocena ryzyka upadków i przyczyn spowolnienia chodu. Czas wykonania testu wynoszący ≥ 14 sekund wskazuje na duże ryzyko upadków.

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. W Programie za wartość determinującą do przesłania do Poradni Geriatrycznej uznano czas > 12 sekund.

- Test Mini Cog. - Test przesiewowy oceny sprawności funkcji poznawczych

1. Osobie badanej wydaje się polecenie: wybrania, nazwania i zapamiętania dowolnych 3 przedmiotów z otoczenia w jakim znajduje się wraz z osobą prowadzącą badanie. Badający zapisuje te przedmioty

2. W drugiej części prosimy o wpisanie w narysowane na kartce formatu A5 koło, 12 godzin analogiczne jak w zegarze (cyfry mogą być rzymskie lub arabskie) . Po ich wpisaniu osoba badana jest proszona o wrysowanie do koła, wskazówek zegara tak by pokazały godzinę 10 po 11 ej.

3. Kryterium prawidłowo wykonanego testu jest wpisanie do koła we właściwych odstępach 12 cyfr i wrysowanie z użyciem krótkiej – godzinowej i dłuższej minutowej wskazówki odpowiednio rozlokowanych na godzinę 11.10 wskazówek. Za nieprawidłowe wykonanie testu uznaje się niewłaściwe położenie wskazówek , użycie wskazówek o takiej samej długości, oraz niewłaściwe rozmieszczenie cyfr (niesymetryczne rozmieszczenie, grupowanie po jednej stronie, pomijanie godzin, umieszczanie godzin poza tarczą). Za prawidłowo wykonany test w obu zakresach (rozmieszczenie godzin i wrysowanie wskazówek) badany uzyskuje 2 punkty.

4. Bezpośrednio po wykonaniu testu zegarowego osobie badanej wydaje się polecenie odtworzenia nazw 3 wybranych uprzednio przedmiotów z otoczenia w jakim znajduje się badana osoba wraz z osobą prowadzącą badanie. Badający zapisuje nazwy tych przedmiotów.

Nazwy odtwarzane wybranych przedmiotów:

1.....

2.....

3..... Wynik (0-3 pkt)

Za prawidłowo wykonaną część testu w zakresie przypominania, badany uzyskać może 3 punkty. Prawidłowo wykonany cały test Mini Cog to 5 punktów. Osoby z wartościami poniżej 5 pkt., od 4 w dół wymagają skierowania do Poradni Geriatrycznej w celu szerszej oceny sprawności funkcji poznawczych.

- Index Frax

Po zalogowaniu się na stronie: (www.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=40 ; www.osteoporoza.pl) należy wypełnić elektroniczny kalkulator z zapoznaniem się zasad kwalifikacji danej osoby do grup ryzyka osteoporozy według instrukcji jak poniżej. W przypadku obecności klinicznych czynników ryzyka należy odpowiedzieć tak lub nie. Jeżeli pole pozostanie niewypełnione domyślną odpowiedzią jest "nie". Po wpisaniu danych i kliknięciu „wylicz” uzyskujemy wynik. Wynik kwalifikujący jako wysokie ryzyko złamania szyjki kości udowej odczytujemy w oparciu o czynniki środowiskowe z uwzględnieniem celowości wykonania badania BMD i włączenia terapii. Czynniki ryzyka jakie wzięto pod uwagę w kalkulatorze :

Wiek	Algorytm uwzględnia wiek od 40 do 90 lat. W przypadku wpisania innej wartości kalkulator użyje odpowiednio wartości 40 lub 90.
Płeć	Kobieta lub mężczyzna. Wpisz odpowiednio.
Waga	Wpisz liczbę w kg.
Wzrost	Wpisz liczbę w cm.
Przebyte złamania	Za przebyte złamanie uznaje się złamanie, które wystąpiło spontanicznie w okresie dorosłego życia, lub w wyniku urazu, który u zdrowej osoby nie spowodowałby złamania. Wpisz tak lub nie.
Złamanie biodra u rodziców	Jest to pytanie o przebyte u matki lub ojca złamanie biodra.
Obecne palenie tytoniu	Zaznacz „tak”, jeśli pacjent obecnie pali papierosy.
Glikokortykosteroidy	Zaznacz „tak” jeśli pacjent obecnie zażywa doustnie glikokortykosterydy lub zażywał je dłużej niż trzy miesiące w dawce odpowiadającej 5mg prednizolonu dziennie (lub ekwiwalent dawki innych glikokortykosteroidów).

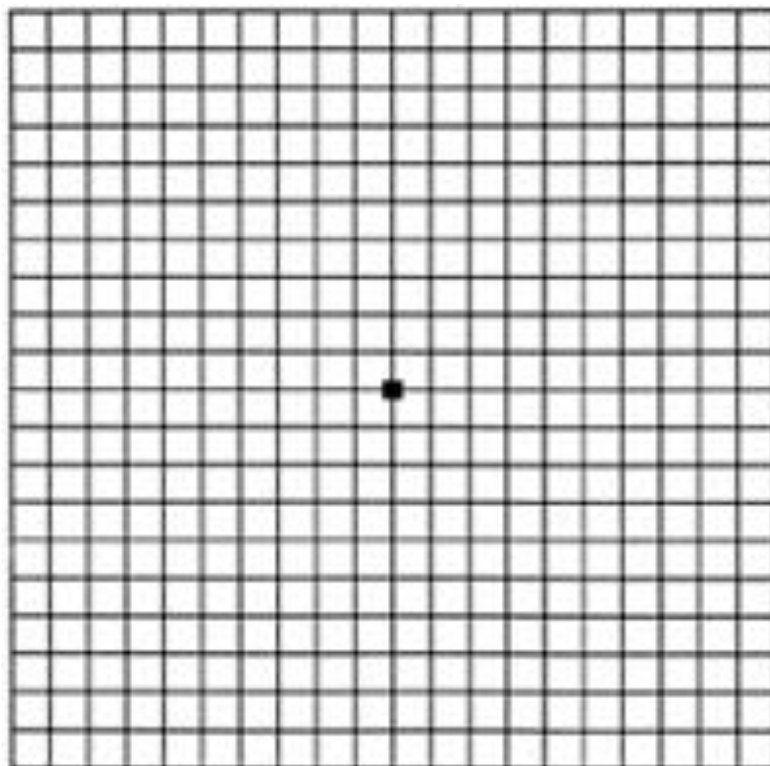
Reumatoidalne zapalenie stawów	Zaznacz „tak” jeśli u pacjenta zdiagnozowano reumatoidalne zapalenie stawów. Jeśli nie było diagnozy, zaznacz „nie”.
Wtórna osteoporoza	Zaznacz „tak” jeśli pacjent ma schorzenie silnie związane z osteoporozą. Obejmuje to cukrzycę typu I (insulinozależną), wrodzoną łamliwość kości u dorosłych, nieleczonej przez długi czas nadczynność tarczycy, hipogonadyzm lub przedwczesną menopauzę (przed 45 rokiem życia), przewlekłe niedożywienie lub zespół złego wchłaniania oraz przewlekłą chorobę wątroby.
Spożycie 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie	Zaznacz „tak” jeśli pacjent spożywa 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie. Pojęcie jednostki alkoholu może różnić się zależnie od kraju i wynosić od 8 do 10g alkoholu jednak zwykle odpowiada kufłowi piwa (285ml), kieliszkowi wódki (30ml) lub kieliszkowi wina (120ml) lub jednej miarce aperitif (60ml).
Gęstość mineralna kości (BMD)	Wpisz nazwę densytometru oraz wynik badania BMD dla szyjki kości udowej (neck) (w g/cm ²). Można również wprowadzić T-score oparty na normie NHANES III dla kobiet. U pacjentów bez wyniku BMD należy zostawić puste pole.

Załącznik Nr 2

Test Amslera

Nazwisko i imię..... Pesel

Data badania



Opis wyniku:

Oko lewe

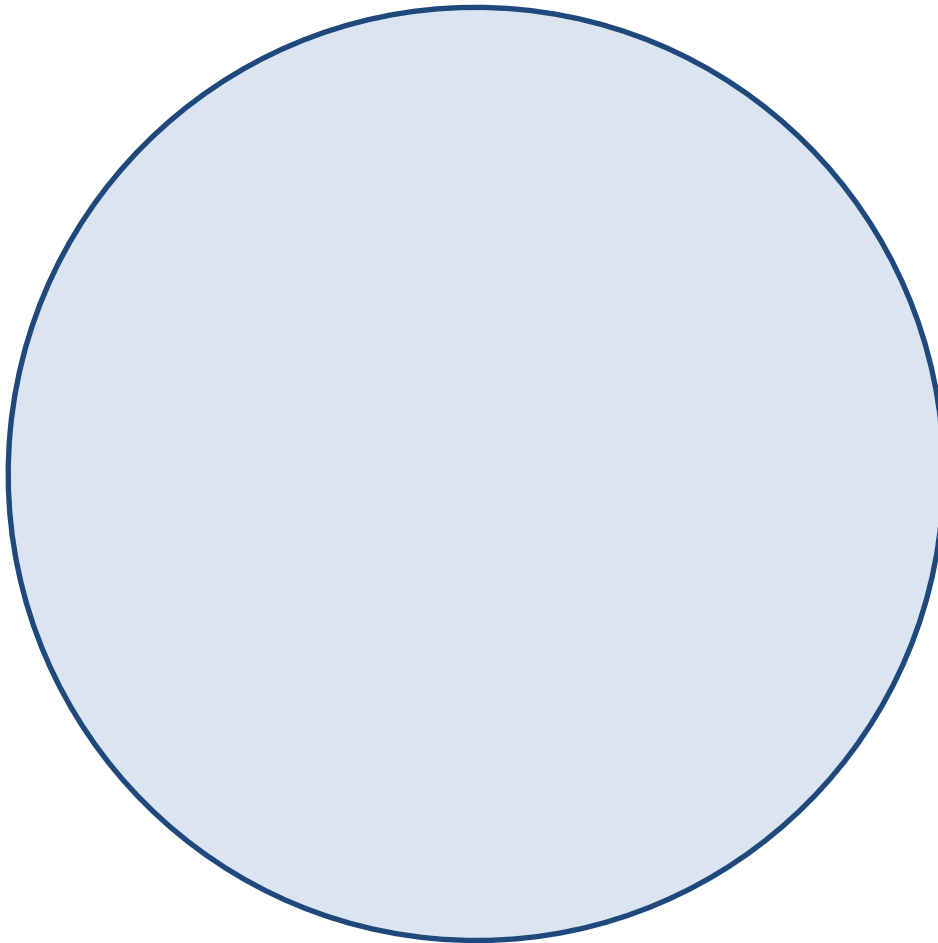
Oko prawe.....

Załącznik Nr 3

Test Zegara

Nazwisko i imię..... Pesel

Data badania



Test zegara rozmieszczenie godzin i wrysowanie wskazówek :

1..... Wynik (0 -2 pkt)

Nazwy odtwarzane wybranych przedmiotów:

1.....

2.....

3..... Wynik (0-3 pkt)

Łączny wynik testu Mini Cog

Załącznik Nr 4

Dane Realizatora

Data

Nazwisko i imię Pesel.....

Wyniki i zalecenia w badaniu Profilaktycznym ” Trzeciego i Czwartego wieku ”

1. Obecność nadciśnienia (tak, nie). Wartość pomiaru RR/.....mm Hg.
2. Skuteczność leczenia w przypadku stwierdzenia nadciśnienia (podkreślenie oceny) :
 - wysoka
 - niska , zlecono zmianę leczenia.
 - niewystarczająca , pełna korekta dawek w war. poradni specjalistycznej.
3. Obecność hipotensji ortostatycznej (tak, nie) . Wartości na leżąc A i po wstaniu B:
A.mm Hg; B.mm Hg .
4. Poziom cukru na czczo.....mg /dL. (czas w godzinach od ost. posiłku.....) N do 100 mg / dL
5. Poziom cukru po posiłku..... mg/ dL.
6. Poziom hemoglobiny glikowanej HbA1 (%) N 5,7 – 6,5
7. Poziom TSH N 0,27 – 4,2 μ IU/ml
8. Chol Całkmg/dL (N < 200) LDLChol..... mg/dL (N < 115)..... HDLChol..... mg/dL (N > 45)
9. Sprawność pamięci (podkreślenie oceny) :
 - sprawna (Mini Cog = 5)
 - w granicy normy - sugerowana kontrola w Poradni Geriatrycznej.
 - osłabiona - sugerowana kontrola w Poradni Geriatrycznej.
10. Sprawność ruchowa
 - prawidłowa czas TUG sek
 - osłabiona (czas TUG > 11 sek.) Wyniksek.
 - ilość upadków w minionym roku
11. Zdolność czytania : pełna , upośledzona mimo okularów (podkreślenie oceny).
12. Test Amslera na sprawność siatkówki : prawidłowy; upośledzony (podkreślenie oceny).
13. Badanie niedosłuchu: nie obecny, obecny wym. oceny audiologa (podkreślenie oceny).
14. Badanie palpacyjne tarczycy
.....
.....Ew. zalecenia.....
15. Badanie palpacyjne sutków
.....
.....Ew. zalecenia.....
16. Wywiad w kierunku krwi w stolcu (tak, nie).....
17. Szmer naczyniowy nad tętnicami szyjnymi u osoby po udarze lub przejściowym niedokrwieniu.
(tak, nie).....
18. Wartość FRAX : dla kobiet..... zalecenia.....
19. Wartość FRAX : dla mężczyzn..... zalecenia.....
20. Do jakich poradni/ oddziału wydano skierowanie/a:.....
.....
.....

Podpis i stempel lekarza wykonującego badanie.

Nazwisko i imię..... Pesel

Test do wykonania na początku i na koniec 2 miesięcznego cyklu rehabilitacji. W teście Tinetti (POMA) Performance Oriented Mobility Assessment ocenia się wykonanie 16 zadań. W poniższej modyfikacji ocenianych jest 9 pozwalających na ocenę utrzymania równowagi przy wykonywaniu różnych czynności i oceniana jest szybkość chodu stoperem na dystansie 5 m.

Instrukcja: Zgodnie z zaleceniami ocenia się punktowo poszczególne zadania, za których wykonanie badany otrzymuje 0, 1 lub 2 punkty w zależności od stopnia stwierdzonej nieprawidłowości.

RÓWNOWAGA			Data	Data
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 wstaniu z miejsca (pierwsze 5 s.)	stoi niepewnie (zatacza się, przesuwa stopy, wyraźnie kołysze tułowiem)	0		
	stoi pewnie, ale podpira się, używając chodzika, laski lub chwytając 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 dłoń w klatkę piersiową na wysokości mostka)	zaczyna się przewracać	0		
	zatacza się, chwytając 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 chwytanie 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				

1. Wynik testu POMApkt; Szybkość chodu..... m/sek. Data oceny.....
 2. Wynik testu POMApkt; Szybkość chodu..... m/sek. Data oceny.....

Podpis osoby wykonującej ocenę

Załącznik Nr 6

Dane Realizatora

Data.....

Raport miesięczny / roczny Realizatora Programu ” Trzeci i Czwarty wiek ”

Ilość zbadanych kobiet w przedziale wieku 60-62 w okresie: /od
.....do.....Ilość zbadanych mężczyzn w przedziale wieku 60-62 w okresie : /od
.....do.....

OCENIANY PARAMETR STANU BADANEJ OSOBY	Kobiety	Mężczyźni
	Ilość kobiet dodatnim wynikiem	Ilość mężczyzn z dodatnim wynikiem
Nieskutecznie lecz. nadciśnienie (wart. śr. z pomiarów sprzed badania i aktualnego > 140 / 90mm Hg)		
Hipotensja ortostatyczna w teście HO		
Nieprawidłowy wynik TSH		
Wynik HbA1 > 6,5 %		
Nieprawidłowy lipidogram		
Nieprawidłowa przemiana węglowodanów lub źle leczona cukrzyca(glikemia na czczo powyżej 100 mg % u osób bez diagnozy cukrzycy, lub przygodna glikemia u chorych na cukrzycę > 200 mg%)		
Wynik testu Mini Cog od 0 - 4 pkt		
Ilość upadków > 2 w minionych 12 mieś.		
TUG > 11 sek		

Dodatni wynik testu Amslera		
Stwierdzona źle lecz. krótkowzroczność		
Stwierdzony a nie leczony niedosłuch		
Obecność nie zdiagnozowanego guzka w tarczycy		
Obecność nie zdiagnozowanego guzka w piersiach		
Dodatni wywiad w kierunku krwi w stolcu		
Szmer naczyniowy nad tętnicą szyjną u osoby z przebyłym udarem lub TIA		
FRAX > 11 % dla kobiet		
FRAX > 20 % dla mężczyzn		

Załącznik Nr 7

Ilość interwencji w populacji badanych kobiet i mężczyzn w przedziale wieku 60 – 62 lata.

INTERWENCJE			
Ilość osób skierowanych do Poradni Geriatrycznych	Ilość osób skierowanych do innych Poradni Specjalistycznych	Ilość osób skierowanych do leczenia szpitalnego	Ilość skierowań wydanych do II etapu (rehabilitacyjnego)

Załącznik Nr 8

Dane Realizatora

Data.....

Raport miesięczny / roczny Realizatora Programu ” Trzeci i Czwarty wiek ”

Ilość zbadanych kobiet w przedziale wieku 75 - 77 w okresie: /od
.....do.....Ilość zbadanych mężczyzn w przedziale wieku 75 - 77 w okresie : /od
.....do.....

OCENIANY PARAMETR STANU BADANEJ OSOBY	Kobiety	Mężczyźni
	Ilość kobiet dodatnim wynikiem	Ilość mężczyzn z dodatnim wynikiem
Nieskutecznie lecz. nadciśnienie (wart. śr. z pomiarów sprzed badania i aktualnego > 140 / 90mm Hg)		
Hipotensja ortostatyczna w teście HO		
Nieprawidłowy wynik TSH		
Wynik HbA1 > 6,5 %		
Nieprawidłowy lipidogram		
Nieprawidłowa przemiana węglowodanów lub źle leczona cukrzyca (glikemia na czczo powyżej 100 mg % u osób bez diagnozy cukrzycy, lub przygodna glikemia u chorych na cukrzycę > 200 mg%)		
Wynik testu Mini Cog od 0 - 4 pkt		
Ilość upadków > 2 w minionych 12		

mieś.		
TUG > 11 sek		
Dodatni wynik testu Amslera		
Stwierdzona źle lecz. krótkowzroczność		
Stwierdzony a nie leczony niedosłuch		
Obecność nie zdiagnozowanego guzka w tarczycy		
Obecność nie zdiagnozowanego guzka w piersiach		
Dodatni wywiad w kierunku krwi w stolcu		
Szmer naczyniowy nad tętnicą szyjną u osoby z przebyłym udarem lub TIA		
FRAX > 11 % dla kobiet		
FRAX > 20 % dla mężczyzn		

Załącznik Nr 9

Ilość interwencji w populacji badanych kobiet i mężczyzn w przedziale wieku 75 – 77 lat.

INTERWENCJE			
Ilość osób skierowanych do Poradni Geriatrycznych	Ilość osób skierowanych do innych Poradni Specjalistycznych	Ilość osób skierowanych do leczenia szpitalnego	Ilość skierowań wydanych do II etapu (rehabilitacyjnego)

Załącznik Nr 10

Dane Realizatora.....

Data.....

Raport miesięczny / roczny Realizatora Programu ” Trzeci i Czwarty wiek ”

Ilość zbadanych kobiet w przedziale wieku > 85 r. ż..... w okresie: /od
.....do.....Ilość zbadanych mężczyzn w przedziale wieku > 85 r. ż. w okresie : /od
.....do.....

OCENIANY PARAMETR STANU BADANEJ OSOBY	Kobiety	Mężczyźni
	Ilość kobiet dodatnim wynikiem	Ilość mężczyzn z dodatnim wynikiem
Nieskutecznie lecz. nadciśnienie (wart. śr. z pomiarów sprzed badania i aktualnego > 140 / 90mm Hg)		
Hipotensja ortostatyczna w teście HO		
Nieprawidłowy wynik TSH		
Wynik HbA1 > 6,5 %		
Nieprawidłowy lipidogram		
Nieprawidłowa przemiana węglowodanów lub źle leczona cukrzyca (glikemia na czczo powyżej 100 mg % u osób bez diagnozy cukrzycy, lub przygodna glikemia u chorych na cukrzycę > 200 mg%)		
Wynik testu Mini Cog od 0 - 4 pkt		
Ilość upadków > 2 w minionych 12		

mieś.		
TUG > 11 sek		
Dodatni wynik testu Amslera		
Stwierdzona źle lecz. krótkowzroczność		
Stwierdzony a nie leczony niedosłuch		
Obecność nie zdiagnozowanego guzka w tarczycy		
Obecność nie zdiagnozowanego guzka w piersiach		
Dodatni wywiad w kierunku krwi w stolcu		
Szmer naczyniowy nad tętnicą szyjną u osoby z przebyłym udarem lub TIA		
FRAX > 11 % dla kobiet		
FRAX > 20 % dla mężczyzn		

Załącznik Nr 11

Ilość interwencji w populacji badanych kobiet i mężczyzn w przedziale wieku > 85 r.
ż.

INTERWENCJE			
Ilość osób skierowanych do Poradni Geriatrycznych	Ilość osób skierowanych do innych Poradni Specjalistycznych	Ilość osób skierowanych do leczenia szpitalnego	Ilość skierowań wydanych do II etapu (rehabilitacyjnego)

ANKIETA OCENY WSTĘPNEJ dla UCZESTNIKA PROGRAMU

” 3 i 4 WIEK ” – wypełnia Uczestnik z wynikiem Mini Cog pomiędzy 4- 5 pkt.

1. Czy jestem zdolna/ y zdolny do samodzielnego funkcjonowania w domu i w środowisku zewnętrznym ? T / N
2. Czy mam poczucie łatwego dostępu do lekarza rodzinnego ? T / N
3. Czy w minionym kwartale zdiagnozowano u mnie nową chorobę lub zmieniano już stosowane leczenie ? T / N
4. Czy korzystałam/em w minionym kwartale z rehabilitacji ? T / N
5. Czy w ostatnim kwartale korzystałam /em z edukacji na temat zachowania zdrowia ? T / N
6. Czy angażuję się w życie społeczne poza zainteresowaniem sprawami rodzinnymi ? T / N
7. Czy mogę powiedzieć że odczuwam pełną lub częściową satysfakcję z obecnego etapu życia ? T / N

ANKIETA OCENY KOŃCOWJ dla UCZESTNIKA PROGRAMU

”3 i 4 WIEK” – ankieta dla Uczestnika wypełniającego uprzednio Ankiety Oceny Wstępnej.

1. Czy jestem zdolna/ y zdolny do samodzielnego funkcjonowania w domu i w środowisku zewnętrznym ? T / N
2. Czy mam poczucie łatwego dostępu do lekarza rodzinnego ? T / N
3. Czy przez uczestnictwo w programie ustalono u mnie nową diagnozę lub zmieniono już stosowane leczenie ? , T / N
4. Czy skorzystałam/em z rehabilitacji w programie ”3 i 4 wiek ”? T / N
5. Czy w trakcie korzystania z programu zdrowotnego poprawiła się moja wiedza o sposobie ochrony własnego zdrowia ? T / N
6. Czy angażuję się w życie społeczne poza zainteresowaniem sprawami rodzinnymi ? T / N
7. Czy mogę powiedzieć że odczuwam pełną lub częściową satysfakcję z obecnego etapu życia ? T / N

Załącznik nr 14

Dane Realizatora.....

Data.....

Zestawienie porównawcze oceny sprawności psychofizycznej uczestników Programu ” 3 i 4 wiek ”.

Liczba ankiet oceny wstępnej

Liczba uzyskanych zwrotów ankiet oceny końcowej.....

W ankiecie wpisywana jest suma odpowiedzi na Tak i na Nie

Oceniany parametr	Tak Przed	Nie Przed	Tak Po	Nie Po
Samodzielne funkcjonowanie				
Dostęp do lekarza				
Nowa diagnoza /nowe leczenie				
Rehabilitacja / dostęp				
Edukacja / dostęp				
Zaangażowanie społeczne				
Satysfakcja z życia				