

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

„OPIEKA GERIATRYCZNA SKIEROWANA NA POPRAWĘ SPRAWNOŚCI OSÓB STARSZYCH PRZEWLEKLE CHORYCH”

PROGRAM OPRACOWANY PRZEZ
WYDZIAŁ ZDROWIA I SPRAW SPOŁECZNYCH
URZĘDU MIEJSKIEGO W JAWORZNIE

OKRES REALIZACJI PROGRAMU:
01.01.2016 – 31.12.2016 r.

Rozdział I - Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

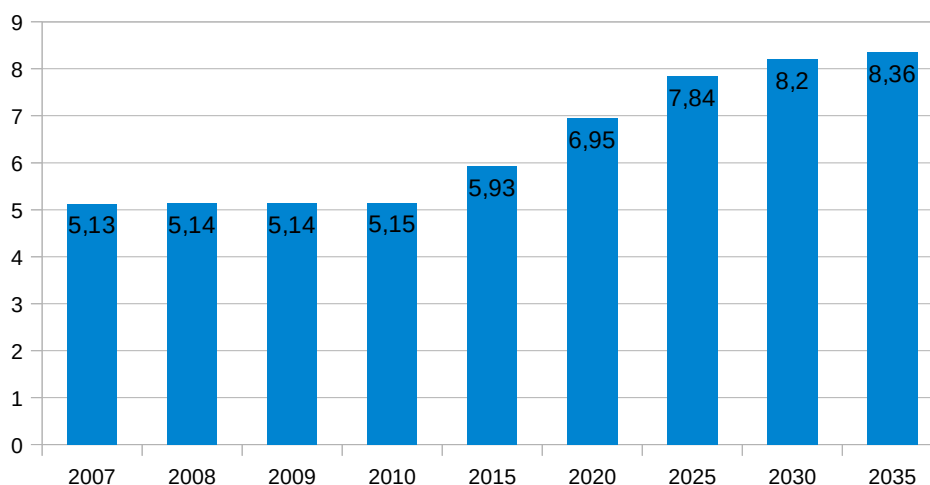
Zarówno w Polsce jak i na całym świecie stale wzrasta liczba osób starszych, co wymaga stworzenia systemu specyficznej i zindywidualizowanej opieki nad nimi. Według prognoz demograficznych do roku 2020, powyżej 60 lat mieć będzie ponad miliard ludzi. Gmina Miasta Jaworzna, jak pokazują dane statystyczne, ma również ujemny bilans demograficzny. Odsetek osób w wieku 20 lat spada, rośnie natomiast powyżej 64 lat, co wskazuje na starzenie się mieszkańców Jaworzna.

Wraz z wiekiem następuje pogorszenie ogólnego stanu zdrowia człowieka, a szczególnie w zakresie wykonywania czynności życia codziennego, sprawności fizycznej, mobilności, funkcji poznawczych oraz sprawności emocjonalnej. Na obraz wielonarządowej polipatii składają się skutki wcześniejszych chorób, urazów i niedoborów pokarmowych. Bierny tryb życia przyczynia się do pogorszenia sprawności i pogłębienia objawów istniejących już schorzeń. Najczęstsze powikłania to: odleżyny, zakrzepica żył głębokich oraz zakażenia. Długotrwały bezruch bądź ograniczenie ruchu poszczególnych stawów może być przyczyną ich usztywnienia, powstania zaników mięśniowych. Głównym zadaniem rehabilitacji geriatrycznej jest uzyskanie samowystarczalności i utrzymanie jak najlepszego stanu zdrowia poprzez poprawę sprawności fizycznej i psychicznej, wydolności krążeniowo – oddechowej, obniżenie masy ciała, a przez to zmniejszenie przeciążeń stawów i kręgosłupa oraz zabezpieczenie przed upadkami i ich skutkami. W ramach rehabilitacji geriatrycznej dąży się do poprawy samopoczucia pacjentów poprzez wytworzenie swobodnej, odprężającej atmosfery, wprowadzenie elementów, które skutkują radością i przyjemnością płynącą ze wspólnych zajęć. Poprawa samopoczucia powoduje, że kontakt z pacjentem staje się łatwiejszy, jest on chętny do współpracy, rozmowy oraz ćwiczeń. Znacznie rzadziej pojawiają się u pacjentów stany niepożądane, np. agresywne zachowanie itp. Zastosowane ćwiczenia fizyczne z elementami psychoterapii przynoszą dobre rezultaty, jeśli chodzi o redukcję depresji i poprawę samopoczucia starszych pacjentów, a także podtrzymują ich sprawność funkcjonalną. Osoby starsze oprócz problemów zdrowotnych (choroby przewlekłe) zmagają się ze skutkami ograniczenia aktywności, w związku z tym terapia zajęciowa stała się istotną dziedziną rehabilitacji.

b. Epidemiologia

Badania epidemiologiczne wskazują na występowanie w każdej z grup osób starszych specyficznych problemów. W okresie wczesnej starości (65 – 74 lata) przeważają problemy zdrowotne i psychologiczne, natomiast w starości (75 – 89 lat) częściej potrzeby opiekuńcze i bytowe. Te same badania wykazały, że 5 –10% populacji w wieku 65 lat i więcej wskazuje znaczne ograniczenie samodzielności, a w populacji w wieku 75 i więcej lat 20 – 30% wymagają stałej pomocy.

Wykres 1. Liczba osób (w mln) powyżej 65 roku życia w Polsce w latach 2007-2010 i prognoza do roku 2035



źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W nadchodzących latach nastąpi przyśpieszenie procesu starzenia się ludności. W roku 2007 odsetek osób powyżej 65 roku stanowił 13,5%. W perspektywie do 2015 r, liczba ludności powyżej 65 roku życia zwiększy się o kolejny prawie 1 mln osób, a udział tej grupy może osiągnąć ponad 19% ogółu ludności.

c. Populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Populacja zamieszkała na terenie Gminy Miasta Jaworzna – 90 869 mieszkańców.

Wśród mieszkańców miasta:

- 18,89% - to dzieci i młodzież do 18 lat,
- 61,04% - to ludność w wieku produkcyjnym,
- 20,96% - stanowi grupa osób w wieku powyżej 64 lat.

W Jaworznie mieszka na stałe 18 593 osób w wieku powyżej 64 roku życia (*dane uzyskane w Wydziale Spraw Obywatelskich UM w Jaworznie wg stanu na dzień 26.10.2015 r.*), co stanowi 20,96% ogółu mieszkańców. Dla porównania, w roku 2013 osoby w ww. grupie wiekowej, stanowiły 18,45%.

Analiza struktury społeczno-demograficznej wskazuje, iż Jaworzno staje się miastem starzejącym się. Szacuje się, że ok. 15% do 20% tej populacji to osoby z różnego typu niepełnosprawnością.

Zjawisku niepełnosprawności seniorów niejednokrotnie towarzyszy samotność oraz zagrożenie niezależności. W związku z powyższym należy podjąć działania na rzecz osób starszych z dysfunkcjami zdrowotnymi i społecznymi. Sytuacja ta wymaga nakładów finansowych na uzyskanie pomocy opiekuńczej, leczenie i rehabilitację.

W tabeli zamieszczonej poniżej, zawarto dane uzyskane z Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Jaworznie, przedstawiające rosnącą liczbę pozytywnie rozpatrzonych wniosków o orzeczenie niepełnosprawności, a w konsekwencji rosnącą liczbę osób w podeszłym wieku mogących być potencjalnymi beneficjentami programu zdrowotnego. Tabela nie zawiera danych dot. osób z orzeczoną grupą inwalidzką wydaną przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Tabela 1. Liczba osób powyżej 64 roku życia w Jaworznie z orzeczoną niepełnosprawnością w latach 2008-2014.

Rok	Liczba pozytywnie rozpatrzonych wniosków o orzeczenie niepełnosprawności
2008	495
2009	655
2010	687
2011	691
2012	687
2013	627
2014	694

d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym, ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

W latach poprzednich rehabilitacja geriatryczna, mająca na celu utrzymanie samowystarczalności osób starszych, realizowana była w ramach umowy zawartej ze Śląskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy w Jaworznie realizował program zdrowotny finansowany ze środków Gminy Miasta Jaworzna.

W związku z niedofinansowaniem powyższych świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, występuje konieczność wydatkowania dodatkowych środków na realizację opieki rehabilitacyjnej dla osób starszych,

u których występują duże deficyty psychofizyczne i społeczne wynikające z istniejących chorób przewlekłych.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Fizjoterapia geriatryczna prowadzona jest najczęściej w oddziałach dla osób starszych przewlekle chorych. Na podstawie badań kliniczno – kontrolnych z randomizacją, przeprowadzonych przez S. Bachmanna, wykazano, iż programy rehabilitacji geriatrycznej istotnie wpływają na poprawę stanu funkcjonalnego pacjentów. Ponadto w fachowym piśmiennictwie istnieje coraz więcej doniesień, iż regularna fizjoterapia prowadzona w formie profilaktycznej wiąże się mniejszym ryzykiem rozwoju chorób otępiennych – w tym choroby Alzheimera. W ramach programu fizykoterapii, w 2008 r. na kongresie w Heidelbergu zaproponowano nową formę rehabilitacji ruchowej dla osób starszych dotkniętych demencją, która składa się z ćwiczeń siły, motoryki i równowagi. Po zakończeniu realizacji programu oraz po 3-miesięcznej obserwacji, odnotowano m.in. znaczący wzrost maksymalnej dynamicznej i statycznej siły kończyn, zwiększenie szybkości chodu oraz polepszenie sprawności funkcjonalnej.

Światowa Organizacja Zdrowia określa warunki skuteczności fizjoterapii osób starszych i proponuje, aby aktywność fizyczna osób w podeszłym wieku uwzględniała między innymi: indywidualny i grupowy charakter ćwiczeń, różnorodność i regularność zabiegów, a jednocześnie taki dobór ćwiczeń, aby sprawiały radość oraz przynosiły odprężenie. W powyższym zakresie zostały przeprowadzone badania pod kierunkiem T. Vogela, który w swojej pracy proponuje dobór aktywności ruchowej ze względu na wiek. Dla osób powyżej 60 roku życia - ćwiczenia wytrzymałościowe, gdyż celem terapii jest profilaktyka choroby niedokrwiennej serca, udarów mózgu i demencji. Fizjoterapia osób starszych powinna być prowadzona holistycznie, tzn. wielopłaszczyznowo i kompleksowo, uwzględniając hierarchie szeroko rozumianych potrzeb ludzi starszych. W wielu badaniach wykazano, iż nawet krótkotrwała terapia ruchowa zwiększa sprawność fizyczną i siłę mięśniową, a także poprawia nastój. Rehabilitacja ruchowa stanowi również znaczący element wielokierunkowych interwencji związanych z zapobieganiem upadkom. Wykazano, że ćwiczenia ogólnousprawniające obniżają ryzyko upadków o 10% a ćwiczenia równowagi o 17%. Powyższe wyniki uzyskano na podstawie badań randomizowanych wykonanych głównie wśród osób starszych, do 75 roku życia. (źródło: *Nowiny Lekarskie 2012, 81, 1, 70-74*)

Uznając, że nakłady na kompleksową rehabilitację osób starszych mogą przyczynić się do ograniczenia w przyszłości wydatków na długotrwałą opiekę zdrowotną, świadczenia socjalne, pomoc osób trzecich oraz wyeliminowanie zagrożenia wykluczenia społecznego, podjęto decyzję o realizacji programu zdrowotnego dającego możliwość kompleksowej terapii, opieki i pielęgnacji seniorów z różnymi dysfunkcjami zdrowotnymi ograniczającymi możliwości samoopieki.

Rozdział II - Cele programu

a. Cel główny

Poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem utrzymania samowystarczalności osób starszych.

b. Cele szczegółowe

- 1) utrzymanie bądź poprawa sprawności fizycznej (zdolności samodzielnego i bezpiecznego poruszania, samoobsługi),
- 2) utrzymanie bądź poprawa wydolności krążeniowo – oddechowej,
- 3) zmniejszenie przeciążeń stawów i kręgosłupa,
- 4) poprawa funkcjonowania osób starszych w środowisku domowym,
- 5) pogłębienie wiedzy osób starszych poprzez edukację zdrowotną i promocję zdrowego stylu życia.

c. Oczekiwane efekty

Realizacja programu, w zależności od stanu ogólnego seniora przyniesie różnorodne efekty:

- 1) skrócenie do minimum czasu unieruchomienia,
- 2) usamodzielnienie chorego szczególnie w zakresie czynności dnia codziennego, samoobsługi i lokomocji,
- 3) utrzymanie ruchomości stawów, zwiększenie siły mięśniowej określonej grupy mięśni, w przypadku unieruchomienia pacjenta w łóżku,
- 4) przywrócenie sprawności manualnej,
- 5) zapobieganie powikłaniom ze strony układu krążeniowo – oddechowego,
- 6) korzystnie wpłynie na ogólny stan zdrowia, zwłaszcza w sferze psychofizycznej i społecznej.

Istotnym rezultatem realizowanego programu zdrowotnego będzie także rozwój indywidualnej samodzielności i społecznych kompetencji osób starszych, które można budować mimo istniejącej niepełnosprawności.

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Miernikiem efektywności realizacji celów programu będzie sporządzona zmodyfikowana skala oceny pacjenta – Barthel Index.

Rozdział III - Adresaci programu

a. Szacunkowa liczba osób starszych włączonych do programu

Program przeznaczony jest dla mieszkańców Gminy Miasta Jaworzna w wieku powyżej 64 lat, którzy w skali oceny pacjenta Barthel uzyskali ≤ 40 pkt.

Szacunkowa populacja, która możliwa jest do włączenia do programu to ok. 1 200 osób.

b. Tryb zapraszania do programu

Po wyborze realizatora programu, przeprowadzona zostanie kampania informacyjna, której celem będzie poinformowanie społeczności lokalnej o założeniach i możliwościach skorzystania z programu. Informacje o programie, a szczególnie o beneficjentach oraz miejscu realizacji przekazane zostaną do publicznej wiadomości poprzez zamieszczenie komunikatów na stronach www Urzędu Miejskiego.

Seniorzy zapraszani będą także w trakcie konsultacji przeprowadzanej przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, który przeprowadza badanie pacjenta i dokonuje oceny możliwości pacjenta do uczestniczenia w proponowanym zakresie rehabilitacji geriatrycznej.

Rozdział IV - Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

- 1) kwalifikowanie do programu na podstawie badania i opinii lekarza specjalisty z dziedziny rehabilitacji medycznej – wpis do Karty Realizacji Programu,
- 2) konsultacja medyczna w dziedzinie geriatry mająca na celu istotne zwiększenie jakości opieki i zmniejszenie liczby hospitalizacji – wpis do Karty Realizacji Programu,
- 3) ocena sprawności pacjenta w momencie wejścia do programu, do której wykorzystana zostanie zmodyfikowana skala oceny pacjenta – Barthel Index,
- 4) realizacja i ewidencja ustalonych zabiegów kinezyterapii, fizykoterapii i zabiegów dotyczących poprawy stanu funkcjonalnego (samowystarczalności) pacjenta,
- 5) ocena sprawności pacjenta w momencie wyjścia pacjenta z programu, poprzez powtórne sporządzenie zmodyfikowanej skali oceny pacjenta – Barthel Index,

6) ocena efektywności realizowanego programu zdrowotnego - dokonana poprzez analizę zebranych danych, wyciągnięcie wniosków - sporządzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej i fizjoterapeutę.

b. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Uczestnikiem programu może być mieszkaniec Gminy Miasta Jaworzna, w wieku powyżej 64 lat, który w skali oceny pacjenta Barthel uzyskał ≤ 40 pkt.

Kwalifikacji pacjentów do programu dokonuje lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej, przeprowadzając badanie i dokonując wpisu diagnozy do Karty Realizacji Programu.

c. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

1) dokumentami uprawniającymi do uczestnictwa w programie są:

- dowód osobisty, z którego wynika zameldowanie uczestnika programu oraz jego wiek,

2) lekarz konsultant na podstawie przeprowadzonego badania odpowiednio dobiera program rehabilitacji geriatrycznej, który powinien spełniać następujące zasady:

- systematyczna i regularna kontrola stanu zdrowia i samopoczucia pacjenta,
- uświadomienie pacjenta o celowości i konieczności prowadzonej terapii,
- mobilizacja pacjenta do systematycznej i czynnej pracy nad sobą,
- przyzwyczajenie pacjenta do utrwalania i doskonalenia ruchu poprzez jego powtarzanie,
- przestrzeganie zasady stopniowania obciążeń,
- rehabilitacja winna być, w miarę możliwości urozmaicona,
- prowadzenie terapii powinno być systematycznie oraz przebiegać w spokojnej i życzliwej atmosferze.

Rehabilitacja w wieku podeszłym stanowi niezastąpioną formę leczenia. Połączenie kinezyterapii i fizykoterapii prowadzi do właściwego, nieinwazyjnego postępowania terapeutycznego. Dzięki temu możliwe jest utrzymanie lub przywrócenie sprawności oraz ograniczenie stosowania farmakoterapii. Konsultacja medyczna w dziedzinie geriatryki zwiększy jakość opieki i efektywność programu. Ocena sprawności pacjenta, jak również zabiegi rehabilitacyjne - realizowane będą przez wykwalifikowaną kadrę fizjoterapeutów.

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

Świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji geriatrycznej realizowane w ramach programu stanowią uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych.

Mając na celu poprawę lub utrzymanie samodzielności osób starszych w jak największym zakresie, konieczna jest realizacja zabiegów rehabilitacyjnych w maksymalnej ilości, możliwej do wykonania przez pacjentów.

Zakłada się, iż u większości osób rehabilitacja będzie mieć charakter leczenia funkcjonalnego tj. stosowania ćwiczeń ruchowych we wszystkich ich odmianach, których celem jest poprawienie niesprawnego narządu ruchu. Często leczenie to łączy się z zabiegami fizykoterapeutycznymi, do których możemy zaliczyć :

- elektroterapię, obejmującą stosowanie prądu galwanicznego, prądów małej, średniej i dużej częstotliwości;
- magnetoterapię polegającą na stosowaniu przede wszystkim pulsującego pola magnetycznego małej częstotliwości;
- termoterapię, obejmującą hydroterapię, ultrasonografię, promienie podczerwone, parafinoterapię, krioterapię;
- fototerapię, obejmującą światło słoneczne, promieniowanie nadfioletowe, lasery,
- terapię zajęciową.

e. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Zakończenie udziału w programie następuje w ostatnim dniu miesiąca, w którym lekarz konsultant przeprowadził badanie kwalifikujące do programu. Sporządzana jest wówczas przez fizjoterapeutę końcowa

zmodyfikowana skala oceny pacjenta – Barthel Index. W przypadku gdy pacjent opuszcza program w trakcie miesiąca, zmodyfikowana skala oceny pacjenta Barthel Index sporządzona jest na dzień zakończenia jego udziału w programie. Pacjent, na podstawie kolejnej oceny dokonanej przez lekarza konsultanta może powtórnie uczestniczyć w programie w kolejnych miesiącach, do ostatniego dnia obowiązywania umowy.

f. Warunki niezbędne do realizacji programu

Warunkiem niezbędnym jest przystosowanie placówki do specyficznych potrzeb osób starszych z niepełnosprawnością oraz wyposażenie w specjalistyczny sprzęt terapeutyczny.

Specjalistyczna kadra medyczna, a więc lekarze o specjalności geriatrycznej i rehabilitacyjnej, terapeuci zajęciowi, pielęgniarki, fizjoterapeuci - posiadający udokumentowane kwalifikacje, kompetencje i doświadczenie w pracy z osobami starszymi przewlekle chorymi.

Program realizowany będzie przez placówkę prowadzącą działalność leczniczą, funkcjonującą na terenie Gminy Miasta Jaworzna, która spełni wymagania niezbędne do realizacji programu na podstawie przeprowadzonego konkursu ofert.

Rozdział V - Koszty

a. Koszty jednostkowe

Koszty jednostkowe świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach programu:

- koszt jednostkowy konsultacji medycznej w dziedzinie rehabilitacji – 49,00 zł,
- koszt jednostkowy konsultacji medycznej w dziedzinie geriatry – 53,00 zł,
- koszt jednostkowy sporządzenia zmodyfikowanej skali oceny pacjenta – Barthel Index – 30,00 zł,
- koszt jednostkowy zabiegu fizjoterapeutycznego, tj. zabiegów kinezyterapii i fizykoterapii – 96,00 zł.

b. Planowane koszty całkowite

Całkowity koszt realizacji programu nie może przekroczyć 340 000 zł.

c. Źródła finansowania

Program zdrowotny pn. "Opieka geriatryczna skierowana na poprawę sprawności osób starszych przewlekle chorych" zostanie sfinansowany z budżetu Gminy Miasta Jaworzna. Koszty programu przewyższające szacunkową kwotę 340 000 zł podmiot leczniczy realizujący program pokryje z własnych środków finansowych.

Rozdział VI - Monitorowanie i ewaluacja

Z analizy danych wynika, iż każdego roku przybywa osób starszych wymagających nie tylko usług pielęgnacyjno-opiekuńczych ale także intensywnej rehabilitacji geriatrycznej, której skuteczność można ocenić na podstawie stopnia uzyskanej sprawności przez seniora oraz jego przygotowania do samoopieki.

W ramach programu prowadzone będą dla każdego uczestnika miesięczne Karty Realizacji Programu, w których będą zawarte następujące dane:

- pieczęć świadczeniodawcy,
- nazwa programu,
- nazwisko i imię,
- pesel,
- adres,
- ocena stanu zdrowia pacjenta poparta diagnozą lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji,

- zalecenia lekarza rehabilitacji medycznej dotyczące zabiegów dla danego beneficjenta,
- ocena dokonana przez lekarza konsultanta w dziedzinie geriatry oraz jego zalecenia
- autoryzowana dokumentacja realizowanych zabiegów.

Wysoką jakość świadczeń realizowanych w programie ma zagwarantować wykwalifikowana kadra, która oprócz stosownych kwalifikacji, kompetencji i doświadczenia niezbędnego w pracy z niepełnosprawnymi seniorami, obdarzona jest takimi cechami osobowymi jak kreatywność, wrażliwość i empatia. Cechy te ułatwiają zrozumienie osoby niepełnosprawnej, borykającej się z wieloma problemami dnia codziennego.

W celu monitorowania jakości świadczeń i efektywności programu będą sporządzane dla każdego uczestnika zmodyfikowane skale oceny pacjenta – Barthel Index.

Powyższe kwestionariusze będą wypełniane w momencie wejścia pacjenta do programu i zakończenia uczestnictwa w programie. Po zakończeniu realizacji programu lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji wraz z fizjoterapeutą dokonają analizy zebranych danych, a uzyskane wyniki i wnioski w formie zbiorczego raportu dołączają do pozostałej dokumentacji programu.

Sukcesem prowadzonego od kilku lat programu zdrowotnego jest liczba osób starszych uczestniczących w programie w latach ubiegłych, które dzięki kompleksowej rehabilitacji mogły utrzymać bądź poprawić swoją sprawność fizyczną, w tym zdolność do samodzielnego i bezpiecznego poruszania się i samoobsługi. Ponadto, stworzenie możliwości korzystania z kompleksowych świadczeń rehabilitacji geriatrycznej, w połączeniu ze świadczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi finansowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia będzie najskuteczniejszym sposobem na poprawę ogólnego stanu zdrowia i jakości życia naszych seniorów.

Rozdział VII - Okres realizacji programu

Program realizowany będzie od 01.01.2016 do 31.12.2016 r.