

Uchwała Nr 967/2024
Zarządu Województwa Wielkopolskiego
z dnia 27 listopada 2024 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych”.

Na podstawie art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2024 r. poz. 566) oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146

z późn. zm.), Zarząd Województwa Wielkopolskiego uchwala co następuje:

§ 1

Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych” w latach 2025-2029, który stanowi załącznik do niniejszej Uchwały.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Uzasadnienie do Uchwały Nr 967/2024
Zarządu Województwa Wielkopolskiego
z dnia 27 listopada 2024 r.**

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych”.

Samorząd Województwa realizuje zadania z zakresu promocji i ochrony zdrowia zgodnie z ustawą z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

Program polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych” przewidywany do realizacji w latach 2025-2029 został opracowany zgodnie z obowiązującymi regulacjami i uzyskał pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 79/2024 z dnia 8 listopada 2024 r.

W związku z powyższym przyjęcie niniejszej uchwały jest zasadne.



WIELKOPOLSKA



URZĄD
MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

Załącznik do Uchwały
Zarządu Województwa Wielkopolskiego
Nr 967/2024 z 27 listopada 2024 r.

**Program wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu
występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do
powstawania chorób neurodegeneracyjnych**

Okres realizacji Programu: 2025-2029

Autorzy programu:

Samorząd Województwa Wielkopolskiego

Poznań, 2024 r.

SPIS TREŚCI

<u>I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej</u>	4
1. <u>Opis problemu zdrowotnego</u>	4
2. <u>Dane epidemiologiczne</u>	10
3. <u>Opis obecnego postępowania</u>	12
4. <u>Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu polityki zdrowotnej</u>	15
<u>II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji</u>	23
1. <u>Cel główny</u>	23
2. <u>Cele szczegółowe</u>	23
3. <u>Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej</u>	23
<u>III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej</u>	25
1. <u>Populacja docelowa</u>	25
2. <u>Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej</u>	25
3. <u>Planowane interwencje</u>	26
4. <u>Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej</u>	35
5. <u>Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej</u>	36
<u>IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej</u>	36
1. <u>Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów</u>	36
2. <u>Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych</u>	37
<u>V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej</u>	38
1. <u>Monitorowanie</u>	38
2. <u>Ewaluacja</u>	38
<u>VI. Budżet programu polityki zdrowotnej</u>	40
1. <u>Koszty jednostkowe</u>	41
2. <u>Koszty całkowite</u>	41
3. <u>Źródło finansowania</u>	42
<u>Bibliografia</u>	43
<u>Spis tabel</u>	45
<u>Załączniki</u>	46

Wykaz skrótów

AOTMiT - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

CZP - Centrum Zdrowia Psychicznego

DALY – Disability Adjusted Life Years (lata życia skorygowane niepełnosprawnością)

GUS - Główny Urząd Statystyczny

ICD-10 -International Classification of Diseases (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób)

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NICE - The National Institute for Health and Care Excellence

NIZP-PZH – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

NPZ - Narodowy Program Zdrowia

PROGRAM - Program wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych

WHO – World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

1.1 Problemy zdrowotne osób po 65 roku życia

Za osoby starsze uznaje się osoby po 65 roku życia. Są to osoby w wieku poprodukcyjnym, pozostające na emeryturze bądź rencie. W związku ze stałym wydłużaniem średniego czasu życia w krajach uprzemysłowionych (w Polsce średnia długość życia kobiet wynosi 81,1 lat, a mężczyzn 73,4 lata) osoby starsze stanowią coraz większy odsetek społeczeństwa. Obecnie osoby 65 plus stanowią około 25 % społeczeństwa (to prawie 10 milionów osób). Prognozy demograficzne GUS zakładają, że odsetek ten będzie wzrastał i może osiągnąć w 2060 roku nawet 38 % ogółu populacji¹. 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. Wiadomym jest, że z wiekiem obniża się potencjał biologiczny człowieka, pojawiają się choroby przewlekłe związane z wiekiem, co pogarsza jakość życia. Wraz z wiekiem starzeje się nie tylko ciało, ale i mózg. Seniorzy często skarżą się, że ich zdolność koncentracji, spostrzegawczość i pamięć zaczynają słabnąć. Jest to zupełnie naturalny proces. Jeśli jednak senior codziennie poświęci chociaż kwadrans na ćwiczenie swojego umysłu, będzie mieć mniejsze problemy z zapamiętywaniem i dłużej zachowa samodzielność².

Wiek jest też najistotniejszym czynnikiem wpływającym na pojawienie się chorób neurodegeneracyjnych między innymi takich jak choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, stwardnienie zanikowe boczne, chorób które w grupie seniorów generują najwięcej problemów zdrowotno-społecznych. Najcięższą konsekwencją otępienia jest utrata samodzielności i niemożność realizowania podstawowych potrzeb życiowych bez wsparcia i opieki innych osób. 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.

¹ Rocznik statystyczny – Główny Urząd statystyczny

² Centrum geriatryczne Zdrowy Nestor

Opieka senioralna 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 choroby³.

Taki rodzaj opieki ma przyczynić się do pomyślnego starzenia się. To pojęcie zaproponowane przez Rowe'a i Kahna zakłada istotność trzech komponentów uporządkowanych hierarchicznie:

- małe prawdopodobieństwo choroby,
- wysoki poziom funkcjonowania fizycznego i poznawczego,
- aktywne zaangażowania w życie.⁴

1.2 Demencja

Z raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynika, że ponad 55 milionów ludzi na całym świecie cierpi na demencję, która kosztuje świat 1,3 biliona dolarów rocznie. Demencja jest siódmą najczęstszą przyczyną zgonów na świecie. Postępująca utrata pamięci może być spowodowana udarem mózgu, innymi jego uszkodzeniami lub chorobą Alzheimera. Z raportu WHO wynika, że wraz ze starzeniem się populacji liczba chorych wzrośnie do 78 milionów do 2030 roku i 139 milionów do 2050 roku. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podaje również dane dla Europy w której demencja jest trzecią najczęstszą przyczyną zgonów, a jej koszty społeczne w Europie w 2019 r. oszacowano na 392 miliardy euro. Do 2025 roku 9,1 mln ludzi będzie żyć z chorobami otępiennymi w Unii Europejskiej i liczba ta wzrośnie do 14,3 mln w 2050 r.⁵ Według danych *Institute for Health Metrics and Evaluation* w 2019 roku na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne chorowało w Polsce 585 tys. osób, co stanowiło 1,5% populacji.⁶ Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia w 2022 roku było 357 tysięcy osób chorych i było to o 5% więcej niż w 2014 roku.⁷ „Demencja stanowi globalny problem zdrowia publicznego i to nie tylko w krajach o wysokim

³ Choroby neurozwyrodnieniowe i diagnostyka vs możliwości leczenia prof. dr hab. n. med. Tomasz Gabrylewicz

⁴ Model pomyślnego starzenia się wg J. W. Rowe i R. L. Kahn (1987; 1997; 1998)

⁵ Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) 2021

⁶ Institute for Health Metrics and Evaluation 2019

⁷ Narodowy Fundusz Zdrowia 2022

dochodzie. Ponad 60 procent pacjentów mieszka w krajach o niskim i średnim dochodzie”⁸ – skomentowała Katrin Seeher, ekspert w wydziale zdrowia psychicznego WHO.

Co istotne, demencja może również dotyczyć osób w wieku poniżej 65 lat, przy czym tak zwana demencja o młodym początku stanowi około 10 procent wszystkich rozpoznawanych przypadków tej choroby. Pocieszeniem jest to, że rozwój demencji nie jest nieunikniony, a niektóre czynniki ryzyka można zmniejszyć, kontrolując nadciśnienie, cukrzycę, dietę, stan zdrowia psychicznego.

„Demencja okrada miliony ludzi z ich wspomnień, niezależności i godności, ale także okrada tych, którzy nie chorują – z ich bliskich i znajomych.” – powiedział Tedros Adhanom Ghebreyesus, dyrektor generalny WHO⁹.

1.2.1. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób

W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 omawiane jednostki chorobowe zawarte są w kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania¹⁰.

Wykaz jednostek chorobowych zawarto poniżej:

(F00-F09) Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi

F00 Otępienie w chorobie Alzheimera (G30.-+)

- F00.0 Otępienie w chorobie Alzheimera z wczesnym początkiem (G30.0+)
- F00.1 Otępienie w chorobie Alzheimera z późnym początkiem (G30.1+)
- F00.2 Otępienie atypowe lub mieszane w chorobie Alzheimera (G30.8+)
- F00.9 Otępienie w chorobie Alzheimera, nieokreślone (G30.9+)

F01 Otępienie naczyniowe

- F01.0 Otępienie naczyniowe z ostrym początkiem
- F01.1 Otępienie wielozawałowe
- F01.2 Otępienie naczyniowe podkorowe
- F01.3 Otępienie naczyniowe mieszane korowe i podkorowe
- F01.8 Inne rodzaje otępienia naczyniowego
- F01.9 Otępienie naczyniowe, nie określone

F02 Otępienie w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej

- F02.0 Otępienie w chorobie Picka (G31.0+)
- F02.1 Otępienie w chorobie Creutzfeldta-Jakoba (A81.0+)
- F02.2 Otępienie w chorobie Huntingtona (G10+)

⁸ Komentarz Katrin Seeher, ekspert w wydziale zdrowia psychicznego WHO

⁹ Tedros Adhanom Ghebreyesus, dyrektor generalny WHO.

¹⁰ Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10

- F02.3 Ołębienie w chorobie Parkinsona (G20+)
 - F02.4 Ołębienie w chorobie nabytego upośledzenia odporności [HIV] (B22.0+)
 - F02.8 Ołębienie w innych chorobach, klasyfikowanych gdzie indziej
- F03 Ołębienie bliżej nieokreślone
- F06 Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną
- F06.3 Organiczne zaburzenia nastroju [afektywne]
 - F06.4 Organiczne zaburzenia lękowe
 - F06.6 Organiczna chwiejność afektywna [asteniczna]
 - F06.7 Łagodne zaburzenia procesów poznawczych
 - F06.8 Inne określone zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem i dysfunkcją mózgu lub chorobą somatyczną
 - F06.9 Nieokreślone zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem i dysfunkcją mózgu lub chorobą somatyczną.

1.2.2. Do chorób ołępiennych lub wywołujących ołębienie zalicza się:

- chorobę Alzheimerera – choroba neurodegeneracyjna występująca zazwyczaj u osób po 65 roku życia. Wyróżnia się jej 7 stadiów: brak objawów choroby, bardzo łagodne zaburzenia funkcji poznawczych, łagodne zaburzenia poznawcze, umiarkowane zaburzenia poznawcze (łagodne stadium choroby), średniozaawansowane zaburzenia funkcji poznawczych, zaawansowane zaburzenia funkcji poznawczych, ciężkie zaburzenia funkcji poznawczych;
- ołębienie czołowo-skroniowe – choroba spowodowana zanikami w okolicach płatów czołowych i skroniowych, dotyka osoby po 65 roku życia;
- ołębienie naczyniopochodne – powstaje na skutek incydentów mózgowych, takich jak udary, wylewy, nowotwory;
- ołębienie z ciałami Lewy’ego – choroba trudna do zdiagnozowania, często mylona z innymi chorobami ołępiennymi, powstaje na skutek uszkodzeń układu nerwowego, co prowadzi do ołębienia. Ciałami Lewy’ego określa się nieprawidłowe białka w neuronach okolic limbicznych i korowych;
- chorobę Parkinsona – dochodzi do uszkodzenia układu pozapiramidowego, dzięki któremu sami decydujemy o swoich ruchach;
- choroba Picka – rodzaj ołębienia czołowo-skroniowego, związanego z zaburzeniami mikrotubul białka tau; najczęściej spowodowana jest niewłaściwą dietą i brakiem leczenia cukrzycy i nadciśnienia;
- płasawicę Huntingtona – choroba związana z mutacjami genetycznymi, objawiająca się niekontrolowanymi ruchami ciała, która doprowadza do ołębienia;
- chorobę Creutzfeldta-Jakoba – pod wpływem tej choroby mózg pacjenta zaczyna przypominać gąbkę, a to wszystko spowodowane jest niszczeniem istoty szarej mózgu i pojawianiem się pęcherzyków wypełnionych białkiem; choroba ta powodowana jest białkiem chorobowym – prionem.

1.2.3. Choroby otępienne – przyczyny

Choroby otępienne są spowodowane uszkodzeniem tkanki mózgowej, co również ma swoje przyczyny, których należy doszukiwać się w diagnozowanej chorobie. W chorobie Alzheimera zostaje uszkodzony mózg, ponieważ odkładają się w nim nieprawidłowe białka niszczące komórki nerwowe. W przypadku otępień naczyniopochodnych uszkodzenie mózgu ma związek z niedostatecznym odżywianiem i dotlenieniem tkanek, co skutkuje, podobnie jak w przypadku choroby Alzheimera, obumieraniem komórek nerwowych. Każda z wyżej wymienionych chorób powoduje nieuchronną demencję pacjenta.

1.2.4. Choroby otępienne – objawy

- w chorobie Alzheimera: zaburzenia mowy, pamięci, trudności w wykonywaniu codziennych czynności takich jak ubieranie się, zrobienie śniadania; zaburzenia widzenia, trudności w czytaniu i pisaniu,
- w otępieniu czołowo-skroniowym: zaburzenia zachowania i mowy, zmiany osobowości, zaburzenia emocjonalne, złe funkcjonowanie społeczne, zachowanie nieadekwatne do sytuacji,
- w otępieniu naczyniopochodnym: objawy są mocno zróżnicowane i zależą od miejsca i rozległości uszkodzenia, zazwyczaj objawom towarzyszą inne zaburzenia neurologiczne wynikające z incydentu mózgowego, np. porażenie czy niedowład,
- w otępieniu z ciałami Lewy'ego: zaburzone funkcje poznawcze, zaburzenia uwagi i koncentracji, zaburzenia pamięci,
- w chorobie Parkinsona: apatia, depresja, osłabienie węchu, zaburzenia snu, zaburzenia pamięci,
- w chorobie Picka: objawy jasno wskazujące na uszkodzenie płatów czołowych, tj. zaburzenia zachowania, euforia, apatia, niedostosowanie społeczne, niepokój;
- w płąsawicy Huntingtona: zaburzenia osobowości, nieadekwatne zachowanie, zmienność nastroju,
- w chorobie Creutzfeldta-Jakoba: zaburzenia zachowania, czucia, dezorientacja.

1.2.5. Zaburzenia mowy w zespołach otępiennych

Zaburzenia mowy i komunikacji są zazwyczaj jednym z wielu objawów towarzyszących zespołom otępiennym. W zależności od rozpoznanej choroby mogą się od siebie różnić. Wśród zaburzeń mowy najczęściej znajdują się:

- trudność w doborze słów,
- zaburzenia płynności mowy,
- chaotyczne wypowiedzi,
- ubóstwo słowne (chory dużo mówi, ale niewiele przekazuje przy tym informacji),
- zmniejszająca się liczba używanych pojęć,
- urywane wypowiedzi,
- gubienie wątku podczas mowy,

- zapominanie słów i otrzymanych informacji,
- echolalia (powtarzanie bez zrozumienia słów i zwrotów wypowiedzianych przez rozmówcę),
- trudności w konstruowaniu wypowiedzi,
- neologizmy,
- mowa bełkotliwa, niewyraźna.

1.2.6. Choroba Alzheimera.

Najczęściej występującym typem otępienia jest choroba Alzheimera. Powoduje ona niszczenie komórek mózgowych i prowadzi do zakłócenia przepływu informacji w mózgu, w szczególności tych, które są odpowiedzialne za zapamiętywanie i przechowywanie informacji. Osoba traci funkcje poznawcze stopniowo i trwale.

Przyczyny występowania choroby Alzheimera nie są w pełni znane. Ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem i dlatego notujemy więcej zachorowań bo coraz dłużej żyjemy. Ryzyko zachorowania jest wyższe w przypadku kobiet, których średnia długość życia jest dłuższa niż w wypadku mężczyzn. Zwiększone ryzyko zachorowania występuje u osób chorujących na nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemię, chorobę niedokrwienną serca czy cukrzycę typu 2. Dodatkowo, czynnikiem ryzyka jest również pierwszy stopień pokrewieństwa z osobą, u której stwierdzono chorobę Alzheimera, jednak nie warunkuje on rozwoju choroby.

1.2.7. Otępienie naczyniopochodne

Otępienie naczyniopochodne to kolejna z najczęściej diagnozowanych chorób otępiennych. Ten typ otępienia może być konsekwencją zaburzonej dostawy tlenu do mózgu. Objawy mogą pojawić się nagle w konsekwencji udaru, jak również ujawniać się w dłuższym okresie na skutek serii mikroudarów (skokowo). Symptomy utrzymują się w tym przypadku zazwyczaj w stanie niezmiennym przez pewien czas, po czym gwałtownie się pogłębiają.

1.2.8. Pozostałe typy otępień

Pozostałe typy otępień to na przykład: otępienie z ciałami Lewy'ego, otępienie czołowo-skroniowe, choroba Huntingtona, otępienie w chorobie Creutzfeldta-Jakoba, otępienie w chorobie Parkinsona i inne. Czasami może współwystępować kilka chorób otępiennych, a ich zdiagnozowanie bywa procesem długim i trudnym.¹¹

1.2.9. Informacja o współczynniku chorobowości i liczbie chorych z podziałem wg płci

¹¹ Medical University (Polska) Wsparcie osoby z chorobą otępienną-rodzaje otępień

Współczynnik chorobowości choroby Alzheimera i chorób pokrewnych najwyższy jest dla województwa podkarpackiego, a najniższy dla województwa pomorskiego. Szczegółowy wykaz przedstawia tabela nr 1. Natomiast odsetek osób chorych na chorobę Alzheimera i chorób pokrewnych najwyższy jest wśród kobiet powyżej 85 roku życia. Szczegółowy wykaz zawarty jest w tabeli nr 2.

Tabela nr 1. Surowy współczynnik chorobowości choroby Alzheimera oraz chorób pokrewnych wg województwa zamieszkania pacjenta (2022 r.)

Województwo	Współczynnik chorobowości
Dolnośląskie	29,67
Kujawsko-pomorskie	26,61
Lubelskie	30,95
Lubuskie	28,63
Łódzkie	33,95
Małopolskie	34,76
Mazowieckie	31,86
Opolskie	27,75
Podkarpackie	35,36
Podlaskie	24,47
Pomorskie	24,46
Śląskie	28,11
Świętokrzyskie	35,33
Warmińsko-mazurskie	25,40
Wielkopolskie	28,13
Zachodniopomorskie	25,94

źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, GUS

Tabela nr 2. Liczba i odsetek ludności chorej na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne wg płci i grup wiekowych (2022 r.)

Płeć	Grupa wiekowa	Liczba chorych	Liczba ludności ogółem
Mężczyźni	65-74	27 253	1 973 875
Kobiety	65-74	38 004	2 547 189
Mężczyźni	75-84	37 893	713 490
Kobiety	75-84	94 401	1 227 985
Mężczyźni	85+	26 512	219 067
Kobiety	85+	115 213	573 398

źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, GUS

2. Dane epidemiologiczne

2.1. Dane demograficzne

W Polsce w 2022 r. najliczniejszą grupę seniorów stanowiły osoby w wieku 65–69 lata. Ich udział w ogólnej liczbie osób starszych wyniósł 25,7%. Jest to zmiana, gdyż do 2021 roku w strukturze seniorów dominowała ich najmłodsza grupa, tj. osoby w wieku 60–64 lata. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 80–84 lata oraz 85 lat i więcej. W obu

przypadkach udział osób z tej grupy wieku w populacji osób starszych ukształtował się w 2022 r. na poziomie 8,2%.

Zmiana struktury wieku ludności Polski, czyli proces starzenia się ludności przejawia się znaczącym przyrostem osób w starszym wieku – z 5,9 miliona osób w wieku 65 lat i więcej w 2014 roku (15,5% ogółu ludności) oraz nieco ponad 6,9 mln w 2019 roku (18,1%) do 8,6 mln w 2030 roku (23,2%) oraz 11 mln w roku 2050 (32,7%). Ponadto w grupie osób starszych wzrasta liczba osób sędziwych, definiowanych jako osoby w wieku 80 lat i więcej lub 85 lat i więcej. Grupa osób w wieku 80 lat i więcej wzrasta z ponad 1,5 mln osób w 2014 roku oraz 1,7 mln w 2019 roku do ponad 3,5 mln w 2050 roku, zaś osób w wieku 85 lat i więcej z 664,8 tys. w 2014 roku do 812,1 tys. osób w 2018 roku oraz blisko 2,1 mln w 2050 roku. Znacząco wzrośnie zatem nie tylko populacja osób starszych, ale w ramach tej grupy ludności zwiększy się liczba i udział osób sędziwych (niezależnie od definiowania tej grupy wieku). Będziemy mieć zatem do czynienia z procesem podwójnego starzenia się ludności.

W 2022 r. wśród kobiet zamieszkujących Polskę 29,2% było w wieku senioralnym (wzrost w stosunku do roku poprzedniego o 0,3 p. proc.), podczas gdy wśród mężczyzn udział seniorów ukształtował się na poziomie 22,5% (22,2% w roku poprzednim).

Najwyższy współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi (w wieku 65 lat i więcej) zanotowano w województwie łódzkim (34,1), podczas gdy w województwie małopolskim był on najniższy i ukształtował się na poziomie 27,1.

Najwyższym współczynnikiem feminizacji populacji osób w wieku 60 lat i więcej charakteryzowało się województwo łódzkie, w którym wskaźnik ten ukształtował się na poziomie 148, natomiast najniższym województwo pomorskie i podkarpackie ze wskaźnikiem na poziomie 134.

W ujęciu wojewódzkim, najwyższy poziom współczynnika zgonów wśród osób starszych obserwowany był w województwie łódzkim. W 2022 r. wyniósł on 42,6. Najniższym natężeniem zgonów osób w wieku 60 lat i więcej charakteryzowało się natomiast województwo podkarpackie ze wskaźnikiem na poziomie 37,1.

W 2022 r. liczba zgonów osób w wieku 60 lat i więcej przypadająca na 1000 ludności wyniosła 39,8, co oznacza spadek w stosunku do roku poprzedniego o 6,6. Umieralność wśród mężczyzn jest zdecydowanie wyższa niż wśród kobiet i proces ten nasila się wraz z wiekiem. Współczynnik zgonów wśród mężczyzn w wieku senioralnym w 2022 r. wyniósł 45,5, a wśród kobiet ukształtował się na poziomie 35,7. Obserwuje się również wyższą

umieralność wśród seniorów zamieszkałych na wsi niż w mieście. Współczynnik zgonów osób starszych na wsi wyniósł 41,5, podczas gdy w mieście ukształtował się na poziomie 38,8. Wyniki prognozy ludności na lata 2023–2060 wskazują na pogłębianie się procesu starzenia społeczeństwa. Mimo przewidywanego ubytku ludności o ponad 7 mln do 2060 r. spodziewany jest postępujący proces starzenia się ludności Polski, co oznacza wzrost odsetka osób w wieku 65 lat i więcej. Populacja osób w tym wieku wzrośnie w końcu horyzontu prognozy do 11,6 miliona i będzie stanowiła prawie 40% ogółu ludności.¹²

2.2. Demografia województwa wielkopolskiego

W województwie wielkopolskim obecnie żyje 839 900 seniorów, natomiast w samym Poznaniu żyje 129 559 osób wieku poprodukcyjnym, z tego 86 703 osoby to kobiety, a 42 855 osób to mężczyźni. Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi (w wieku 65 lat i więcej) w Poznaniu wynosi 25,4 % wobec 27,7% dla województwa wielkopolskiego.

W województwie wielkopolskim, podobnie jak na całym świecie, obserwujemy wzrost udziału seniorów w ogólnej populacji. W samym Poznaniu w porównaniu do roku 2015 przybyło 7000 seniorów.

Współczynnik feminizacji populacji osób w wieku 60 lat i więcej dla województwa wielkopolskiego w 2022 r. wyniósł 137.

Województwo wielkopolskie charakteryzowało się najwyższym wskaźnikiem oczekiwanego dalszego trwania w zdrowiu zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn w wieku 60 lat, w przypadku którego wskaźnik ten dla mężczyzn był wyższy od średniej dla kraju o 0,9, a dla kobiet o 1,1. Współczynnik zgonów osób w wieku 60 lat i więcej w województwie wielkopolskim wyniósł 38,7.¹³

3. Opis obecnego postępowania

Wśród świadczeń gwarantowanych nie ma produktów wyłącznie dla osób z zaburzeniami procesów poznawczych oraz z otępieniem, dlatego te osoby korzystają ze świadczeń w zależności od potrzeb zdrowotnych na zasadach ogólnych. Pacjenci mogą skorzystać m.in. ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, psychiatrycznych, psychogeriatrycznych, neurologicznych, rehabilitacji psychiatrycznej czy opiekuńczo-leczniczych.

¹² Sytuacja osób starszych w Polsce w 2022 r. Główny Urząd Statystyczny Warszawa Białystok 2023

¹³ Rocznik statystyczny Poznania 2023 województwa wielkopolskiego 2021, 2022

Ministerstwo Zdrowia analizuje możliwości wprowadzenia w ramach świadczeń gwarantowanych rozwiązań, które usprawnią diagnostykę na poziomie POZ. Ministerstwo planuje też powstanie Planu wobec Demencji.

Realizowana polityka zdrowotna państwa dotycząca postępowania w zakresie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania uwarunkowana jest przez czynniki prawne, standardy postępowania. Świadczenia gwarantowane w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Osobom dotkniętym zaburzeniami psychicznymi przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w ramach finansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia..

Świadczenia realizowane są w warunkach ambulatoryjnych, dziennych i stacjonarnych. W ramach świadczeń ambulatoryjnych pacjenci mają zagwarantowane świadczenia terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne oraz leki niezbędne w stanach nagłych. Ponadto w ramach tego zakresu świadczeń gwarantuje się także działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin pacjentów. W zakresie świadczeń realizowanych w warunkach dziennych pacjent ma dostęp również do świadczeń terapeutycznych, niezbędnych badań diagnostycznych, programów terapeutycznych, leków oraz wyżywienia. Członkowie rodziny pacjenta także w tym przypadku mogą korzystać z działań edukacyjno-konsultacyjnych. Pacjenci korzystający z usług w warunkach stacjonarnych mają dostęp do wszystkich ww. świadczeń, a także dodatkowo do wyrobów medycznych oraz konsultacji specjalistycznych

Pacjenci mogą korzystać ze świadczeń realizowanych przez oddziały dziennego pobytu przeznaczone dla osób sprawnych fizycznie, w początkowych fazach choroby Alzheimera. Zapewniają opiekę na kilka godzin w ciągu dnia, od poniedziałku do piątku. Opieka polega najczęściej na:

- grupowej terapii zajęciowej,
- treningach pamięci,
- usprawniających ćwiczeniach ogólnorozwojowych.

Ponadto pacjenci w stanach zaawansowanej choroby, których stan zdrowia uniemożliwia funkcjonowanie w domu mogą korzystać ze świadczeń realizowanych przez Zakłady

opiekuńczo-lecznicze. Często są to osoby w ostatnim stadium choroby Alzheimera. Zakłady świadczą usługi w zakresie:

- całodobowej opieki stacjonarnej;
- opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i rehabilitacyjnej;
- opieki psychologicznej i psychiatrycznej;
- konsultacji specjalistów;
- zaopatrzenia w leki;
- zaopatrzenia w żywnie pozajelitowe i dojelitowe;
- zaopatrzenia w wyroby medyczne¹⁴.

Obecnie nie ma pojedynczego badania, które pozwoliłoby na rozpoznanie choroby otępiennej w tym choroby Alzheimera. Można jednak postawić diagnozę kliniczną z dokładnością nawet do 90%. W tym celu przeprowadza się następujące badania u kolejnych specjalistów:

- Wizyta u neuropsychologa, psychologa klinicznego w poradni zdrowia psychicznego, który oceni ogólny poziom sprawności intelektualnej oraz przebieg poszczególnych procesów poznawczych.
- Wizyta u neurologa, który rozpozna przyczynę narastających zaburzeń procesów poznawczych. W razie podejrzenia choroby Alzheimera, wykluczy inne przyczyny otępienia. Neurolog będzie sprawował opiekę medyczną nad chorym w poradni chorób neurodegeneracyjnych, zaburzeń pamięci (nazwy poradni mogą się różnić).
- Wizyta u psychiatry, który na wczesnym etapie choroby oceni sprawność chorego na podstawie wywiadu, oceny opiekuna i obserwacji w czasie badania. Psychiatra zajmuje się oceną i leczeniem zaburzeń zachowania, wskazując na mechanizmy ich powstawania. Psychiatra będzie udzielał odpowiedzi na pytania o choroby opiekuna i wspomagał go w zorganizowaniu spraw formalnych, związanych z opieką (zaświadczenia lekarskie, skierowania na konsultacje i do szpitala, recepty i informacje do pomocy społecznej).
- Wykonanie badania neuroobrazowego ośrodkowego układu nerwowego, poprzez komputerowe badanie tomograficzne lub badanie rezonansem magnetycznym. Celem badania jest wykluczenie konkretnych przyczyn zaburzeń funkcji

¹⁴.Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. 2019 poz. 1285].

poznawczych (np. guz), ale także określenie anatomicznej lokalizacji nieprawidłowych zmian.

Warto podkreślić, że już na poziomie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej niezbędne jest zwiększenie czujności na wczesne objawy i skierowanie pacjenta do poradni specjalistycznej w celu weryfikacji rozpoznania. Standardem powinno być m.in. przeprowadzenie badania stanu funkcji poznawczych pacjenta w wieku senioralnym, w tym testu zegara oraz skali oceny stanu psychicznego.¹⁵

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu polityki zdrowotnej

4.1. Rekomendacje

Proponowany program wpisuje się w:

- Rekomendacje kliniczne nt. profilaktyki geriatrycznej towarzystw/organizacji naukowych, które wskazują na wysokie znaczenie działań profilaktycznych w populacji osób w wieku geriatrycznym w poszczególnych kategoriach:
 - profilaktyka ogólna starzenia się populacji,
 - choroby otępienne
 - zaburzenia poznawcze,
 - depresja.

Rekomendacje pochodzą m. in. z następujących instytucji:

- World Health Organization – WHO
- National Institute for Health and Care Excellence - NICE
- National Guideline Clearinghouse - NGC
- American Association of Clinical Endocrinologists – AACE/ACE
- Polskie Towarzystwo Geriatryczne – PTG
- British Geriatric Society – BGS.¹⁶

Rekomendacje strategiczne dla rządu i samorządów przygotowane w ramach realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego dot. punktu 4.2 Celu Operacyjnego nr 5, pn. PolSenior2 – Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem, sfinansowanego w ramach Narodowego Programu Zdrowia na

¹⁵ Opracowanie jest efektem współpracy Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera z Narodowym Funduszem Zdrowia w ramach Forum Organizacji Pacjentów. Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera ul. Emilii Plater 47 00-118 Warszawa tel.: (22) 622 11 22 www.alzheimer-waw.pl Departament Obsługi Klientów Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia ul. Rakowiecka 26/30 02-528 Warszawa www.nfz.gov.pl Ministerstwo Zdrowia www.pacjent.gov.pl

¹⁶ Opinie Prezesa Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 164/2017 z dnia 31 lipca 2017 r. oraz nr 127/2019 z dnia 28 sierpnia 2019 r.

lata 2016–2020 ze środków otrzymanych od Ministerstwa Zdrowia. W rekomendacjach zwrócono uwagę na następujące kwestie:

- Najczęściej deficyt poznawczy występował u najstarszych, najmniej wykształconych seniorów, którzy równocześnie w codziennej praktyce klinicznej, stanowią populację szczególnie narażoną na opóźnioną diagnozę i leczenie otępienia.
- Częstość występowania i zaawansowanie deficytu poznawczego rośnie z wiekiem.
- Przesiewowa ocena stanu funkcji poznawczych powinna stanowić nieodzowny element oceny osób po 60 r. życia w Polsce.
- Prowadzenie badań przesiewowych w kierunku otępienia wśród osób po 60 r. życia pozwoliłoby w wielu przypadkach na rozpoznanie otępienia we wczesnej fazie, co zwiększa skuteczność leczenia prokognitywnego.
- Szczególna czujność i regularny nadzór powinny dotyczyć licznej grupy osób starszych (niemal co piątej osoby w populacji polskiej), u których w przesiewowej ocenie stanu funkcji poznawczych postawiono podejrzenie łagodnych zaburzeń poznawczych. W związku z tym bardzo istotna jest poprawa dostępności do opieki w poradniach specjalistycznych zajmujących się problematyką zaburzeń pamięci (geriatrycznych, neurologicznych i poradniach zdrowia psychicznego).
- Wobec rosnącej populacji osób starszych w Polsce, a co za tym idzie zwiększającej się liczby osób z otępieniem, konieczne jest tworzenie i rozwój modeli wsparcia we własnym środowisku dla osób z mniej nasilonym otępieniem z zachowaną w pewnym stopniu samodzielnością samoobsługową (np. poprzez budowanie sieci domów pobytu dziennego, wsparcie pracowników ośrodków pomocy społecznej, mieszkania wspomagane).
- W przypadku pacjentów z zaawansowanym otępieniem niezbędne jest rozbudowywanie systemu wsparcia opiekunów rodzinnych, np. poprzez szkolenia i warsztaty, intensyfikację opieki instytucjonalnej w domu chorego (programy opieki wytchnieniowej).
- Wyniki wskazują także na istotę promowania aktywności fizycznej wśród seniorów i stworzenie odpowiedniego systemu wczesnej rehabilitacji zapobiegającej powstawaniu/pogłębianiu się niepełnosprawności. NGC (2012) dodaje, że prócz edukacji zdrowotnej w kierunku zwiększenia aktywności fizycznej ważne jest

konsekwentne wyznaczanie prozdrowotnych celów przez osoby starsze. W przypadku osób pozostających pod stałą opieką medyczną ważna jest redukcja trybu siedzącego/leżącego do minimum na korzyść dodatkowej aktywności fizycznej odpowiednio dostosowanej do możliwości osoby w wieku geriatrycznym.

- Zasadne jest kształtowanie systemów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej przyjaznych seniorom oraz efektywnych w prewencji negatywnych skutków starzenia się populacji.
- Ważne jest kształcenie w danym kierunku personelu medycznego i innych grup zawodowych związanych bezpośrednio z opieką geriatryczną. Ponadto, wielokrotnie podkreślane jest znaczenie działań w zakresie prewencji pierwotnej oraz wczesnego wykrywania i leczenia niesprawności/zaburzeń poznawczych, w tym otępienia (m.in. przygotowanie społeczeństwa do starości, polegające np. na pogłębianiu wiedzy na temat zmian biologicznych, zdrowotnych i społecznych zachodzących wraz z wiekiem).¹⁷

Rekomendacje naukowe dotyczące prowadzenia profilaktyki w związku ze starzeniem się populacji, które podkreślają istotę wprowadzenia zdrowych zmian w stylu życia populacji, zwracając szczególną uwagę na utrzymanie dobrze zbilansowanej diety żywnościowej, właściwego poziomu aktywności fizycznej oraz poddawaniu się zalecanym badaniom kontrolnym (tzw. bilans zdrowotny wg MQIC 2013).

Nie ma jednak prostego rozwiązania w przypadku postępującego procesu starzenia się populacji. Dlatego też, w ślad za stanowiskiem WHO (2020), jednostki rządowe, organizacje pozarządowe i społeczeństwo powinni realizować ściśle określone postulaty dot. promowania zdrowego starzenia się populacji. Zaznaczyć należy, że oprócz wymiaru zdrowotnego, ogromną rolę wśród seniorów odgrywa również wsparcie społeczne i utrzymanie relacji/kontaktów międzyludzkich. Wytyczne kanadyjskie, jak również Rady UE czy National Guideline Clearinghouse podkreślają, że ważne jest odpowiednie dostosowanie otoczenia/środowiska osoby starszej do jej wymagań, tak aby ułatwić jej jak najdłuższe utrzymanie niezależności. Zwiększona (dodatkowa) aktywność fizyczna powinna stać się codziennym nawykiem osób starszych przy uwzględnieniu ich indywidualnych możliwości

¹⁷ Rekomendacje strategiczne dla rządu i samorządów przygotowane w ramach realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego dot. punktu 4.2 Celu Operacyjnego nr 5, promocja zdrowego i aktywnego starzenia się pn. PolSenior2 Celu Operacyjnego nr 5, pn. PolSenior2 – Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem, sfinansowanego w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 ze środków otrzymanych od Ministerstwa Zdrowia.

i bieżącego stanu zdrowia. Zgodnie ze stanowiskiem NICE (2014), zaleca się prowadzenie lokalnych programów aktywności fizycznej wśród osób starszych, uwzględniających przede wszystkim: szeroki zakres ćwiczeń o umiarkowanej intensywności.¹⁸

Reasumując według badań lepsze efekty osiągamy wtedy, gdy działamy w grupie. Mamy większą motywację do działania, rzadziej rezygnujemy i mniej przekładamy "na jutro". Ważne są też wątki integracyjne, wspólnotowe tak ważne w świecie gdzie samotność wysuwa się na pierwszą linię problemów społecznych. Wystarczy po prostu drugi człowiek. Rozmowa, wspólna aktywność z drugim człowiekiem to jest ważny wątek w profilaktyce funkcji poznawczych.

Warto tu postawić na pokazanie praktycznych wymiarów. Trenowanie umysłu np. skraca czas uczenia czy czas przypominania sobie czegoś, wspomaga podejmowanie decyzji czy myślenie twórcze. Warto też pamiętać, że nasz umysł bardzo lubi nowości, które go świetnie stymulują i angażują. Współczesnemu człowiekowi dużo łatwiej w tym aspekcie aktywizować szare komórki. Mając dostęp do internetu można poczytać o fizyce kwantowej, poznać nowe przepisy kulinarne czy uczyć się języka chińskiego. Warto też podkreślić, że dbałość o swój stan psychiczny jest dbałością o stan umysłu. Różne kryzysy natury psychicznej (choćby coraz częściej diagnozowana depresja) nadużywanie środków psychoaktywnych, alkoholu mają duży wpływ na pogorszenie funkcjonowania poznawczego. Tolerancja na alkohol może dramatycznie spadać po 60 roku życia. Odczują to również osoby ogólnie zdrowe, które są w stanie uprawiać sporty, pływać czy jeździć na nartach. Dzieje się tak, ponieważ z wiekiem organizm wydziela coraz mniej enzymu odpowiedzialnego za rozkładanie alkoholu — dehydrogenazy alkoholowej.

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

¹⁸ Rekomendacje naukowe WHO (2020); NICE (2014); Rady UE; National Guideline Clearinghouse

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.

Wspomniani wcześniej amerykańscy naukowcy J.W.Rowe i R.L. Kahn w prowadzonym przez trzy lata badaniu wykazali, że osoby po 70 roku życia, które pozostają aktywne fizycznie i towarzysko są bardziej sprawne i zdrowsze niż osoby nie dbające o aktywność fizyczną, kontakty towarzyskie i społeczne. Nie można przecenić aktywności fizycznej, wpływa ona korzystnie na nasz dobrostan fizyczny i psychiczny w każdym wieku, ale w wieku senioralnym, prawidłowo dobrana aktywność fizyczna, poprawia nie tylko zdrowie, ale również zapewnia samodzielność i daje możliwość zachowania jej dłużej.¹⁹ Ponadto zasada „w zdrowym ciele zdrowy duch”²⁰ sprawdza się tu bardzo. Osoby aktywne fizycznie częściej zachowują i podtrzymują relacje towarzyskie, co skutkuje większą satysfakcją z życia i większą siecią społecznego wsparcia w sytuacji problemowej.

Osoby starsze, z przyczyn naturalnych, mają coraz mniejszy krąg relacji społecznych – po przejściu na emeryturę zmniejsza się ilość codziennych relacji wynikających z pracy z innymi, dzieci i wnuki mają mniej czasu na codzienne kontakty, część znajomych i przyjaciół zmienia miejsce zamieszkania, by być bliżej rodzin, część umiera. W uwagi na dłuższy, średni czas życia kobiet, to kobiety częściej pozostają osamotnione. Z uwagi na to, bardzo ważne jest tworzenie miejsc, gdzie seniorzy mogą się spotykać, poznawać, wspierać bez konieczności ponoszenia kosztów finansowych. Finanse seniorów często stanowią dodatkowy problem, wykluczający ich z aktywnego życia społecznego.

Miejsce gdzie seniorzy mogliby wspólnie, bez ponoszenia kosztów finansowych korzystać z aktywizacji, wsparcia i psychoedukacji wydaje się niezbędne. Taki rodzaj zaopiekowania senioralnego może mieć realne przełożenie na ewentualne koszty społeczne wynikające z opieki nad osobami starszymi, które tracą samodzielność stosunkowo szybko i wymagają stałej opieki.

¹⁹ Badania amerykańscy naukowcy J.W.Rowe i R.L. Kahn

²⁰ Autor rzymski poeta Juwenalis

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

Jedynie u co piątej osoby po 75 r. życia można w oparciu o TRZ wykluczyć wysokie ryzyko zaburzeń poznawczych. W tej grupie wieku 4 na 5 osób wymaga dalszej diagnozy funkcjonowania poznawczego. Wskazuje to na konieczność monitorowania stanu poznawczego osób w tym wieku w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Wysoka częstość występowania trudności w wykonaniu TRZ sugeruje, że ponad połowa osób po 60 r. życia wymaga dalszej diagnostyki w kierunku zaburzeń poznawczych. Dotyczy to zwłaszcza osób z niskim poziomem wykształcenia, u których znamienne częściej takie trudności są stwierdzane.

W ramach przesiewowej oceny funkcji poznawczych wystarczająca jest zero-jedynkowa ocena Testu Rysowania Zegara (TRZ) jako wykonanie prawidłowe/nieprawidłowe. Bardziej szczegółowe systemy oceny są przydatne w badaniach naukowych oraz przy monitorowaniu stanu pacjenta przez lekarza specjalistę bądź psychologa.

Przesiewowa ocena funkcji poznawczych wykonywana w ramach podstawowej opieki zdrowotnej powinna być proponowana osobom po 60 r. życia:

- 1) które same skarżą się na trudności z pamięcią lub
- 2) których bliscy zgłaszają występowanie problemów w tym zakresie lub
- 3) które mieszkają samotnie i otrzymują od lekarza nowe zalecenia odnośnie do schematu przyjmowania kilku leków czy np. pomiarów poziomu glukozy we krwi.

W przypadku osób samotnych po 60 r. życia, które nie zgłaszają się do lekarza rodzinnego, a wcześniej postawiono u nich rozpoznanie choroby przewlekłej, wskazane jest zaproponowanie przesiewowej oceny funkcji poznawczych w warunkach domowych, przeprowadzanej przez pielęgniarkę środowiskową.

Wysoka częstość zaburzeń poznawczych w populacji osób w wieku 60 i więcej lat wskazuje na to, że w ramach praktyki ambulatoryjnej lekarz specjalista geriatra oraz neurolog powinni mieć możliwość bezpośredniego skierowania pacjenta na konsultację do specjalisty psychologii klinicznej w zakresie neuropsychologii.

W warunkach poradni zdrowia psychicznego, poradni geriatrycznych i neurologicznych powinny być dostępne programy opieki skoordynowanej dla pacjentów z rozpoznaniem choroby otępiennej i ich rodzin.²¹

4.2. Komplementarność RPZ z działaniami podejmowanymi na poziomie krajowym

Zaplanowany Program wpisuje się w krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia - jego zakres jest zgodny z:

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych²² – priorytet 5: zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych; priorytet 10: zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi.
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025²³: cel operacyjny 3. Promocja zdrowia psychicznego. Celem strategicznym NPZ na lata 2021-2025 jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu.
- Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030²⁴: cel główny 1: w zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb:
- Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 została przyjęta przez Radę Ministrów w drodze uchwały w dniu 27 grudnia 2021 r. Stanowi kontynuację „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne”, obejmując jednak cały system, a nie jedynie środki europejskie.²⁵

²¹ Polsenior 2

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469]

²³ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2011–2025 [Dz.U. 2021.642 z dnia 2021.04.08].

²⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030 [Dz.U. 2023 poz. 2480]

²⁵ Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 została przyjęta przez Radę Ministrów w drodze uchwały w dniu 27 grudnia 2021 r.

Dokument jest realizacją wizji przyjaznego, nowoczesnego i efektywnego systemu ochrony zdrowia przyczyniającego się do poprawy dobrostanu społeczeństwa. Celem przedstawionych w nim działań jest zapewnienie obywatelom równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny i efektywny system.

Oczekiwanym efektem implementacji zmian wskazanych w Zdrowej Przyszłości jest wydłużenie trwania życia w zdrowiu i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa.

Dokument jest nakierowany na działania mające na celu poprawę sytuacji w polskim systemie ochrony zdrowia, które ujęto w cztery główne obszary: pacjent, procesy, rozwój i finanse, definiując dla każdego z nich cele, które z kolei przekładają się na określone kierunki interwencji.

Zdrowa Przyszłość to także dokładnie określona strategia na rzecz deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej. Składa się ona z dwóch części – w postaci dwóch załączników do „Zdrowej Przyszłości” - obejmujących dwie grupy: osoby starsze oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Celem głównym obu strategii deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej jest poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów w środowisku lokalnym oraz poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym populacji oraz zapewnienie odpowiednich warunków opieki w ramach systemu ochrony zdrowia psychicznego.²⁶

- Dokument pn. Polityka społeczna wobec osób starszych do 2030. BEZPIECZEŃSTWO–UCZESTNICTWO–SOLIDARNOŚĆ, przyjęty przez rząd w dniu 26 października 2018 r. Zadania Ministerstwa Zdrowia ujęte w tym dokumencie obejmują promocję zdrowia, profilaktykę chorób, poprawę dostępu do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji oraz dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgniacyjnych dostosowanych do potrzeb starszych osób niesamodzielnych.²⁷

4.3 Komplementarność Programu z działaniami podejmowanymi na poziomie województwa wielkopolskiego.

Zaplanowany Program wpisuje się w regionalne dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia - jego zakres jest zgodny z:

²⁶ Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 została przyjęta przez Radę Ministrów w drodze uchwały w dniu 27 grudnia 2021 r.

²⁷ Polityka społeczna wobec osób starszych do 2030. BEZPIECZEŃSTWO–UCZESTNICTWO–SOLIDARNOŚĆ, przyjęty przez rząd w dniu 26 października 2018 r.

- Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie wielkopolskim²⁸ – priorytet 2: Optymalizacja organizacji ochrony zdrowia w zakresie kompleksowej opieki medycznej w województwie wielkopolskim.
Podejmowanie współpracy różnych środowisk specjalistów w celu zapewnienia różnych zdeinstytucjonalizowanych form opieki i pomocy pacjentom z zaburzeniami psychicznymi.
- Strategią Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do 2030 roku²⁹ – cel operacyjny 2.2. Przeciwdziałanie marginalizacji i wykluczeniom. Działania zawarte w strategii uwzględniają realizację programów dotyczących profilaktyki zdrowotnej.
- Polityką zdrowotną Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021-2030³⁰ - Cel strategiczny „Poprawa stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców województwa wielkopolskiego oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu”, cel operacyjny 2. Wczesne wykrywanie i ograniczanie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel programu

1.1. Cel główny

Poprawa funkcjonowania społecznego u 70 % uczestników Programu w trakcie ich udziału w Programie.

Cel ten ma być osiągnięty przez propagowanie zdrowego stylu życia, aktywizację ruchową i stymulację poznawczą. Dodatkowo przez psychoedukację i wsparcie psychologiczne seniorów w zakresie problemów wynikających z wieku (samotność, kryzys żałoby, utrata zdrowia i sprawności).

1.2. Cele szczegółowe

- poprawa funkcji poznawczych u co najmniej 70 % uczestników Programu,
- poprawa jakości życia w obszarze życia codziennego u co najmniej 70 % uczestników Programu,
- poprawa jakości życia w obszarze psychologicznym u co najmniej 70 % uczestników Programu,

²⁸ Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie wielkopolskim – Wielkopolski Urząd Wojewódzki

²⁹ Strategia Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do 2030 roku

³⁰ Polityka zdrowotna Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021-2030

- zwiększenie o 30 % poziomu wiedzy z obszaru zachowań zdrowotnych u co najmniej 70% uczestników Programu,
- zwiększenie o 30 % poziomu wiedzy z obszaru zachowań zdrowotnych u co najmniej 90% członków rodzin i opiekunów uczestników Programu i osób zmagających się z problemem objętym Programem w rodzinie,
- zwiększenie o 70 % poziomu wiedzy z obszaru zachowań zdrowotnych u co najmniej 90% personelu medycznego.

Wartości celów, biorąc pod uwagę ich relatywną trudność do osiągnięcia, wynikającą ze specyfiki choroby i deficytów przez nią wywoływanych oszacowano na podstawie skuteczności interwencji zdrowotnych jako czynnika mającego wpływ na poprawę funkcjonowania społecznego.

1.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tabela nr 3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Miernik efektywności	Wartość docelowa	Sposób pomiaru
Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach szkoleń dla kadry medycznej	co najmniej 90% uczestników	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów przeprowadzanych po szkoleniu w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed szkoleniem. Zakłada się wzrost wiedzy na poziomie 70 %.
Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych dla osób uczestniczących w Programie	co najmniej 70% uczestników	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów przeprowadzanych po prelekcji w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed prelekcją. Zakłada się wzrost wiedzy na poziomie 30 %.
Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych dla rodzin i opiekunów pacjentów włączonych do Programu oraz osób zmagających się z problemem objętym Programem w rodzinie	co najmniej 90% uczestników	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów przeprowadzanych po działaniach edukacyjnych w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed działaniami edukacyjnymi. Zakłada się wzrost wiedzy na poziomie 30 %.
Odsetek osób, u których doszło do poprawy w zakresie funkcji poznawczych, w związku z otrzymanymi w Programie	co najmniej 70% uczestników	Wyniki w zakresie funkcjonowania psychologicznego na podstawie pozwalającego na ocenę tego testu, o naukowo udowodnionej skuteczności, niebędącego uciążliwym dla osób zagrożonych) – ACE - IIIAddenbrooke's Cognitive

interwencjami		Examination-III do wyboru przez realizatora, (różnica pomiędzy wartością ustaloną podczas kwalifikacji psychologicznej, a wartością uzyskaną na zakończenie Programu)
Odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym, w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami	co najmniej 70% uczestników	Wyniki w zakresie funkcjonowania psychologicznego na podstawie pozwalającego na ocenę tego testu, o naukowo udowodnionej skuteczności, niebędącego uciążliwym dla osób zagrożonych lub będących w depresji, rekomendowanego przez U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) – do wyboru przez realizatora, różnica pomiędzy wartością deklarowaną przez pacjenta podczas kwalifikacji, a wartością uzyskaną na zakończenie Programu) oraz na podstawie porównania wyników wypełnionej ankiety przed rozpoczęciem udziału w Programie oraz po jego zakończeniu.
Odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze czynności życia codziennego, w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami	co najmniej 70% uczestników	Wyniki w zakresie niezależności na podstawie pozwalającego na ocenę tego testu, o naukowo udowodnionej skuteczności, niebędącego uciążliwym dla osób zagrożonych – rekomendowanego przez U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) – do wyboru przez realizatora, (różnica pomiędzy wartością deklarowaną przez pacjenta podczas kwalifikacji a wartością uzyskaną na zakończenie Programu) oraz na podstawie porównania wyników wypełnionej ankiety przez pacjenta przed rozpoczęciem udziału w Programie oraz po jego zakończeniu.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

1. Populacja docelowa

W Programie będą uczestniczyli mieszkańcy województwa wielkopolskiego osoby, które ukończyły 65 rok życia i u których stwierdzono zaburzenia funkcji poznawczych. Do Programu będą włączane z własnej inicjatywy także osoby, które nie są zainteresowane świadczeniami oferowanymi w ramach innych form pomocy tzn. oddziałów dziennych, leczenia stacjonarnego. Przewiduje się włączenie 560 pacjentów do Programu. Ilość osób włączonych będzie uzależniona od ilości dostępnych środków.

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

2.1 Kryteria włączenia:

- Do Programu będą przyjmowane osoby, które ukończyły 65 rok życia u których stwierdzono zaburzenia funkcji poznawczych, które wymagają stałej rehabilitacji psychiatrycznej i aktywizacji celem opóźnienia procesów chorobowych związanych z neurodegeneracją (wzór Formularze kwalifikacji uczestników do Programu stanowią załączniki nr 1 i 2),
- Podstawą kwalifikacji do Programu będzie stwierdzenie wskazań do udziału oraz zgoda pacjenta do wzięcia udziału w Programie, w tym zgoda na przetwarzanie danych osobowych (wzór zgody pacjenta stanowi załącznik nr 3).

2.2 Kryteria wyłączenia:

- przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji psychiatrycznej, np. ciężka depresja, psychoza alkoholowa, zaostrzenie objawów wymagających hospitalizacji pacjenta;
- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji psychiatrycznej i neurologicznej finansowanych przez NFZ, ZUS lub PFRON z powodu zaburzeń funkcji poznawczych (ma to na celu wyeliminowanie podwójnego finansowania świadczeń u danego uczestnika Programu - na podstawie oświadczenia pacjenta).

3. Planowane interwencje

3.1 W ramach Programu będą realizowane następujące procedury składające się na kompleksową rehabilitację uczestników:

- Uczestnictwo pacjenta w Programie rozpocznie się od pierwszej konsultacji lekarskiej realizowanej przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, która obejmie:
 - badanie podmiotowe (wywiad lekarski) oraz przedmiotowe,
 - przeanalizowanie dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta, w tym weryfikację rozpoznania: zaburzenia procesów poznawczych, zespoły otępienne,
 - analizę dokumentacji medycznej potwierdzającej zakończenie leczenia właściwego ww. zaburzenia, lub dotychczasowego leczenia,

- stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w Programie (m.in. ciężka depresja, psychoza alkoholowa, zaostrzenie objawów wymagających hospitalizacji pacjenta),
- uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń i zgody na udział w Programie,
- wydanie zaleceń lekarskich na piśmie,
- wydanie na piśmie informacji o stanie zdrowia pacjenta z zaleceniem przekazania lekarzowi POZ i/lub lekarzowi specjalście w dziedzinie psychiatrii, neurologii, geriatry z którego świadczeń korzysta pacjent,
- ewentualne zalecenie konsultacji specjalistycznej wraz ze wskazaniem podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym pacjent może uzyskać świadczenie.
- Następnie przeprowadzona zostanie wstępna konsultacja psychologa obejmująca:
 - wywiad psychologiczny (uwzględniający stan zdrowia, aktywność fizyczną i społeczną pacjenta),
 - zapoznanie się z dokumentacją medyczną dostarczoną przez pacjenta,
 - stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w Programie,
 - dokonanie oceny funkcjonowania na podstawie testu, o naukowo udowodnionej skuteczności, niebędącego uciążliwym dla osób zagrożonych lub będących w depresji, rekomendowanego przez U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), wybranego przez realizatora, wraz z odnotowaniem wyników. Sugeruje się przeprowadzenie oceny funkcjonowania poznawczego - testem ACE – III (*Addenbrooke's Cognitive Examination-III*), który jest poszerzonym narzędziem przesiewowej oceny funkcji poznawczych, użytecznym we wczesnym wykrywaniu zaburzeń poznawczych, wstępnej diagnostyce różnicowej zespołów otępiennych oraz monitorowaniu postępu choroby. ACE-III ocenia uwagę i orientację, pamięć, fluencję słowną, funkcje językowe i wzrokowo-przestrzenne. Skala może być używana zarówno jako narzędzie przesiewowe, jak i jako wstęp do kompleksowej oceny neuropsychologicznej. ACE-III zawiera MMSE i TRZ jak również krótsze narzędzie, Mini-ACE, które w razie potrzeby może być stosowane niezależnie.³¹Dodatkowo w ramach konsultacji psychologicznej ma zostać przeprowadzona ocena stanu emocjonalnego w stopniu podstawowym za pomocą Geriatrycznej

³¹ (Rozpoznawanie otępienia i postępowanie z pacjentami – rekomendacje) Aktualn Neurol 2021, 21 (2), p. 65–75

Skali Oceny Depresji według Yesavage'a (GDS, Geriatric Depression Scale). Wytyczne NGC 2012, SNLG-Regions 2015 podkreślają zasadność wykorzystywania Geriatrycznej Skali Depresji oraz istotę weryfikowania czynników ryzyka zaburzeń depresyjnych w populacji osób starszych.³²

W tym miejscu należy zaznaczyć, że liczba osób, u których zostanie wykonane badanie kwalifikujące do Programu, może być zwiększona o 10%, w stosunku do liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej, co pozwoli na poprawę dostępności do działań i objęcie interwencjami zaplanowanej liczby pacjentów. Formularze kwalifikacyjne przygotowane przez lekarza i psychologa stanowią załączniki nr 1 i 2 do Programu.

- Osoby objęte programem będą uczestniczyć w zajęciach odbywających się trzy do czterech razy w tygodniu, po 3 godziny. Planowane jest utworzenie dwóch równoległe działających grup 12 osobowych. Podział grup będzie dokonany ze względu na poziom funkcjonowania poznawczego seniorów. Dla każdej grupy przewiduje się cykl 50 spotkań w danym roku. Na ten cykl świadczeń składać się będą:
 - Aktywizacja fizyczna (gimnastyka, joga na krześle, spacer nordic wiking dostosowane do możliwości i sprawności uczestników); zajęcia z aktywizacji fizycznej będą trwały 60 minut od trzech do czterech razy w tygodniu.

Naukowcy wskazują na biologiczne podłoże wpływu aktywności fizycznej na funkcje poznawcze. Badacze uważają, że odpowiedzialnymi za to mechanizmami mogą być: wzrost przepływu krwi w mózgu, wzrost stężenia neuroprzekaźników i modulacja czynników neurotroficznycy Colcombe i Kramer wykazali w metaanalizie, że ćwiczenia fizyczne są związane z lepszym funkcjonowaniem poznawczym u starszych osób. Ich efekty widać w wielu aspektach funkcjonowania poznawczego – szybkości przetwarzania informacji oraz funkcjach przestrzennych, kontrolnych i wykonawczych. W licznych badaniach stwierdzono, że interwencje ruchowe – zwłaszcza treningi aerobowe lub połączenie treningów aerobowych i siłowych – poprawiają zdolności poznawcze. Wykazano także, że ćwiczenia fizyczne najbardziej usprawniają funkcje wykonawcze. Trening aerobowy największe korzyści przynosi ogólnie funkcjom wykonawczym, podczas gdy trening oporowy – takim aspektem jak hamowanie poznawcze i wzrokowa pamięć robocza. Połączenie dwóch form ćwiczeń (aerobowych i siłowych) powoduje największą poprawę w zakresie

³² Yesavage'a (GDS, Geriatric Depression Scale). Wytyczne NGC 2012, SNLG-Regions 2015

wzrokowej pamięci roboczej. Wykazano także dwukierunkowy związek między ćwiczeniami fizycznymi, a samokontrolą, czyli zdolnością do hamowania impulsów. Zarówno lepsza samokontrola przynosi korzystne efekty w sporcie, jak i długotrwałe uczestnictwo w ćwiczeniach fizycznych zwiększa samokontrolę.³³

- Trening funkcji poznawczych, stymulacja poznawcza (w postaci ćwiczeń indywidualnych, grupowych, gier i materiałów multimedialnych); zajęcia z zakresu funkcji poznawczych będą trwały po 60 minut od trzech do czterech razy w tygodniu.

Trening poznawczy (CT) polega na wielokrotnym wykonywaniu znormalizowanego zadania, ukierunkowanego na stymulację wybranej funkcji poznawczej: uwagi, funkcji językowych czy wykonawczych. CT cechuje się wysokim poziomem kontroli przebiegu sesji, wykorzystywaniem zadań standaryzowanych oraz angażowaniem uczestników w zaplanowaną, celową i ustrukturyzowaną aktywność. CT może mieć charakter indywidualny lub grupowy. Do przeprowadzenia treningu służą klasyczne techniki „papier-ołówek”, zadania poznawcze, jak również programy komputerowe, które poprzez interaktywne ćwiczenia motywują uczestników do wysiłku intelektualnego. Wspomniane programy coraz częściej umożliwiają dostosowywanie trudności zadań do możliwości i postępów osób ćwiczących (funkcja adaptacyjna). U podstaw CT leżą dwa założenia: po pierwsze regularne ćwiczenie określonej funkcji poznawczej może pomóc utrzymać lub podnieść poziom jej sprawności, a po drugie efekty treningów mogą zostać zgeneralizowane i przyczynić się do poprawy ogólnego funkcjonowania chorych (transfer umiejętności). CT często towarzyszą działania psychoedukacyjne, podczas których omawiane są charakterystyki domen poznawczych oraz konkretne metody i techniki pozwalające poprawiać ich sprawność.

Stymulacja poznawcza (CS) jest pojęciem najogólniejszym i oznacza szereg interwencji społecznych i poznawczych wykorzystywanych w celu aktywizacji wielu obszarów kognitywnych, a w rezultacie – poprawy całościowej sprawności poznawczej. Oddziaływania prokognitywne powinny mieć charakter wielotorowy, ponieważ sprawności poznawcze, przykładowo uwaga i pamięć operacyjna czy też

³³ Colcombe S., Kramer A.F.: Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study. *Psychol. Sci.* 2003;14(2):125–130, <https://doi.org/10.1111/1467-9280.t01-1-01430>

myślenie abstrakcyjne, są wzajemnie powiązane. W CS wykorzystuje się następujące techniki: terapię reminiscencyjną (reminiscence therapy), trening orientacji w rzeczywistości (reality orientation training), aktywizację społeczną i ćwiczenia fizyczne.

- Terapia zajęciowa; będzie trwała po 60 minut od trzech do czterech razy w tygodniu.

Celem terapii zajęciowej jest wyrabianie nawyków codziennej aktywności, pomaganie pacjentom w rozwijaniu własnych możliwości, dostarczanie okazji do kierowania aktywnością i pokonywanie bierności i zależności od otoczenia. Uczestnicy terapii pod kierunkiem terapeuty wykonują zadania zmierzające do poprawy sprawności życiowej koniecznej do samodzielnego funkcjonowania społecznego.

Zajęcia prowadzone będą zgodnie z indywidualnym programem przygotowanym dla każdego uczestnika.

- Ponadto w ramach kompleksowych świadczeń przeprowadzona będzie psychoedukacja, która stanowi podstawową interwencję terapeutyczną w nowoczesnym leczeniu wszystkich zaburzeń.

W Programie przewiduje się organizację 6 warsztatów psychoedukacyjnych dla 2 grup 12 osobowych trwających 90 minut każda na temat:

- Zdrowego stylu życia;
- Zagrożeń wynikających z nadużywania alkoholu;
- Zagrożeń wynikających z nadużywania leków;
- Zaburzeń depresyjnych osób w wieku senioralnym;
- Zaburzeń snu w wieku senioralnym;
- Potrzeb seksualnych seniorów.

Psychoedukacja ma na celu:

- Edukację uczestników w zakresie znaczących wyzwań w codziennym życiu.
- Pomaganie uczestnikom w rozwinięciu wsparcia społecznego i zasobów, które pozwolą na poradzenie sobie z tymi wyzwaniami.
- Rozwijanie umiejętności radzenia sobie z tymi wyzwaniami.
- Rozwijanie wsparcia emocjonalnego.
- Zmiana nastawień i przekonań uczestników nt. problemu.

- Identyfikacja i eksploracja uczuć związanych z problemem.
- Rozwijanie umiejętności rozwiązywania problemów.
- Rozwijanie umiejętności interwencji kryzysowej.

Cechy efektywnej psychoedukacji:

- Zapewnia konkretne informacje o problemie.
- Oferuje praktyczne strategie w celu uzyskania zmiany zachowań.
- Podnosi samoocenę poprzez uzyskanie dostępu do zasobów umożliwiających zadbanie o swoje potrzeby.
- Zwiększa odporność na stres poprzez nabycie nowych umiejętności radzenia sobie w rozwiązywaniu problemów.
- Rozwija nowe sieci społeczne.
- Zapoznaje uczestników z nowym (profesjonalnym) językiem, pozwalającym lepiej rozumieć zagadnienia związane z danym problemem.
- Dekonstruuje mity związane z danym zagadnieniem.
- Wytycza bardziej jasne granice pomiędzy uczestnikami, ich bliskimi i profesjonalistami.
- Poprawia umiejętność komunikacji, co sprzyja rozwiązywaniu problemów.
- Redukuje ograniczenia stojące na drodze do indywidualnej zmiany, bądź zmiany w systemie rodzinnym, poprzez uzyskanie świadomości dostępu do zasobów i alternatywnych sposobów myślenia.
- Zmniejsza stygmatyzację i lęk.
- Wzbudza nadzieję w uczestnikach.

Warsztaty poprzedzone zostaną badaniem poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, składającego się z min. 10 pytań zamkniętych.

- Dla każdego uczestnika Programu przewiduje się 3 konsultacje indywidualne z psychologiem prowadzone przez psychologa klinicznego, psychologa, psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty, konsultacje mają na celu dodatkowe wsparcie pacjenta w trakcie uczestnictwa w Programie.
- Program kończą:

- kontrolna konsultacja lekarska będzie prowadzona przez lekarza specjalistę psychiatrii. Lekarz w trakcie wizyty przeprowadzi badanie podmiotowe (wywiad lekarski) i przedmiotowe, uzupełni kartę oceny skuteczności Programu, zawierającej informacje o stanie ich zdrowia (w tym porównanie uzyskanych wyników standaryzowanych kwestionariuszy zastosowanych w Programie z wartościami początkowymi). Ponadto lekarz wyda zalecenia lekarskie na piśmie oraz wystawi informację o stanie zdrowia pacjenta z zaleceniem przekazania lekarzowi POZ i/lub lekarzowi specjalście w dziedzinie psychiatrii bądź neurologowi.
- kontrolna konsultacja psychologiczna będzie prowadzona przez psychologa klinicznego bądź psychologa podczas której przeprowadzi kolejny wywiad psychologiczny (uwzględniający aktualny stan zdrowia, aktywność fizyczną i aktywność społeczną pacjenta po zakończeniu programu). Ponadto psycholog przeprowadzi kontrolne badanie psychologiczne pacjenta dokonując oceny funkcjonowania (psychologicznego i społecznego) na podstawie testu, o naukowo udowodnionej skuteczności, niebędącego uciążliwym dla osób zagrożonych lub będących w depresji, rekomendowanego przez U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Ponadto sprawdzi poziom poprawy stanu pacjenta w zakresie funkcji poznawczych na podstawie również rekomendowanego testu, w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami. Testy zostaną wybrane przez realizatora Programu. Wyniki testów zostaną odnotowane w dokumentacji. Ponadto psycholog wyda na piśmie informację o funkcjonowaniu pacjenta z zaleceniem przekazania go lekarzowi prowadzącemu, jeśli pacjent pozostaje w kontakcie z lekarzem.

3.2 Warsztaty dla rodzin i opiekunów uczestników Programu oraz osób zmagających się z problemem objętym Programem w rodzinie.

W Programie przewiduje się również zorganizowanie 2 warsztatów dla każdego cyklu trwających 90 minut, każdy dla 24 członków rodzin i opiekunów osób uczestniczących w Programie oraz osób zmagających się z problemem objętym Programem (planuje się przeprowadzenie 3 cykli w ciągu roku). Podczas tych warsztatów poruszane będą następujące tematy;

- podstawowe informacje, co się dzieje z ciałem i umysłem w miarę upływu lat,
- jak dbać o osoby w podeszłym wieku w rodzinie,
- jak efektywnie komunikować się z seniorem,

- jakie działania profilaktyczne podejmować u seniorów,
- wskazanie technik treningu umysłu jako formy przedłużenia sprawności intelektualnej w wieku senioralnym.

Warsztaty poprzedzone zostaną badaniem poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, składającego się z min. 10 pytań zamkniętych.

3.3 Warsztaty dla osób po 65 roku życia.

W Programie przewiduje się zorganizowanie 8 warsztatów skierowanych do osób powyżej 65 roku życia w następującej tematyce:

- Program warsztatów „Zdrowy styl życia” – 2 warsztaty.

Celem programu jest: zachęcenie uczestników do prowadzenia zdrowego stylu życia.

Forma realizacji: zajęcia warsztatowe.

Czas trwania: 90 minut.

Ilość uczestników: minimalnie 15, maksymalnie 20 osób.

Miejsce realizacji: teren placówki

Cele szczegółowe:

- zapoznanie uczestników z holistycznym modelem zdrowia,
 - przedstawienie ćwiczeń wspierających zdrowie fizyczne i psychiczne, każdy uczestnik uzyska bank ćwiczeń do samodzielnej praktyki,
 - zapoznanie uczestników z podstawami zasad zdrowego żywienia, każdy uczestnik będzie umiał ułożyć zdrowy jadłospis,
 - zapoznanie uczestników z praktyką pozytywnego nastawienia do życia,
 - wzmocnienie nawyków i przekonań prozdrowotnych,
 - dostarczenie adaptacyjnych sposobów radzenia sobie i odreagowania w sytuacjach trudnych.
- Program warsztatów „Alkohol i inne substancje psychoaktywne”, fakty i mity – 2 warsztaty.

Celem programu jest: unikanie bądź ograniczanie stosowania substancji psychoaktywnych przez uczestników.

Forma realizacji: zajęcia warsztatowe.

Czas trwania: 90 minut.

Ilość uczestników: minimalnie 15, maksymalnie 20 osób.

Miejsce realizacji: teren placówki

Cele szczegółowe:

- poszerzenie wiedzy na temat skutków używania legalnych substancji psychoaktywnych takich jak: leki, alkohol, papierosy, napoje zawierające kofeinę przez seniorów,
- poszerzenie wiedzy na temat zachowań ryzykownych związanych z niewłaściwym użytkowaniem legalnych substancji psychoaktywnych z wyszczególnieniem negatywnych konsekwencji powstałych z ich jednoczesnego przyjmowania,
- obalenie błędnych stereotypów dotyczących pozytywnego wpływu niektórych substancji na poprawę funkcjonowania zdrowotnego człowieka,
- rozwijanie świadomości na temat zagrożenia wynikającego z niewłaściwego przyjmowania legalnych substancji psychoaktywnych,
- wzbudzenie refleksji na temat skutków wynikających z przyjmowania danych substancji,
- kształtowanie postaw świadomego podejmowania decyzji dotyczących zażywania leków, picia alkoholu, napojów zawierających kofeinę, palenia papierosów,
- dostarczenie adaptacyjnych sposobów radzenia sobie i odreagowania w sytuacjach trudnych.
 - Program warsztatów „Spędzanie czasu wolnego” - 2 warsztaty.

Celem programu jest: rozwój umiejętności zarządzania wolnym czasem i rozwijania zainteresowań.

Forma realizacji: zajęcia warsztatowe.

Czas trwania: 90 minut.

Ilość uczestników: minimalnie 15, maksymalnie 20 osób.

Miejsce realizacji: teren placówki.

Cele szczegółowe:

- poszerzenie wiedzy w zakresie konstruktywnych, dostępnych sposobów spędzania czasu wolnego,
- dostarczenie adaptacyjnych sposobów radzenia sobie i odreagowania w sytuacjach trudnych,

- wzmocnienie umiejętności zarządzania wolnym czasem i rozwijania zainteresowań,
- utrwalenie przekonania na temat pozytywnego wpływu aktywności na samopoczucie.
- Program szkolenia „Radzenie sobie ze stresem i kryzysem psychicznym” – 2 warsztaty.

Celem programu jest: rozwój adaptacyjnych sposobów radzenia sobie i odreagowania w sytuacjach trudnych.

Forma realizacji: zajęcia warsztatowe.

Czas trwania: 90 minut.

Ilość uczestników: minimalnie 15, maksymalnie 20 osób.

Miejsce realizacji: teren placówki.

Cele szczegółowe:

- poszerzenie wiedzy uczestników na temat stresu, kryzysu psychicznego oraz metod radzenia sobie z nimi,
- dostarczenie wiedzy nt. mechanizmu powstawania stresu i kryzysu psychicznego,
- analiza czynników mających wpływ na reakcję stresową,
- wsparcie i rozwój metod proaktywnego radzenia sobie ze stresem i kryzysem psychicznym.

Metody zastosowane przy realizacji Programu to działania aktywizujące uczestników: praca w grupach, praca w parach, dyskusja na forum grupy, praca indywidualna, a ponadto gry i zabawy integracyjne, wykorzystujące i rozwijające kreatywność uczestników. Podczas trwania warsztatów wprowadzane są ćwiczenia ruchowe, których celem jest rozładowanie ewentualnego napięcia związanego z tematem zajęć. Warsztaty poprzedzone zostaną badaniem poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, składającego się z min. 10 pytań zamkniętych.

Warsztaty przeprowadzane będą przez personel medyczny, lekarzy psychiatrów, psychologów klinicznych, psychologów, psychoterapeutów, osoby w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty.

3.4 Szkolenia personelu medycznego oraz opiekunów pacjentów geriatrycznych.

W Programie przewiduje się zorganizowanie 3 szkoleń personelu medycznego i osób zajmujących się opieką nad pacjentami geriatrycznymi z zakresu problematyki geriatrycznej dla 25 osób każde trwające co najmniej 360 minut, uwzględniające między innymi następujące zagadnienia:

- ocena procesów poznawczych oraz sposobów podejścia do osób z problemami w tym zakresie,
- związane z demencją i otępieniami,
- leczenie depresji u osób starszych,
- uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych u osób starszych,
- podejście psychoterapeutyczne do osób starszych.

Szkolenia poprzedzone zostaną badaniem poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, składającego się z min. 10 pytań zamkniętych.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

- Realizatorem Programu powinien być podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych mający doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych, wyłoniony w drodze konkursu.
- Kwalifikacji pacjentów do Programu będą dokonywać osoby wyznaczone przez zespół terapeutyczny (lekarz, psycholog) – czas udzielania świadczenia 45 minut.
- Kontrolnych konsultacji na zakończenie programu dokonywać będą (lekarz, psycholog) – czas udzielania świadczenia 45 minut.
- Procedury będą realizowane w oparciu o indywidualny program terapeutyczny opracowany przez zespół terapeutyczny i zorientowany na indywidualne potrzeby pacjentów (wzór formularza stanowi załącznik nr 4).
- W jednej procedurze grupowej może brać udział min. 6 i max. 12 pacjentów.
- Każda procedura grupowa będzie trwała nie krócej niż 60 minut.
- Każdą procedurę przeprowadzał będzie jeden lekarz/psycholog/psycholog kliniczny/psychoterapeuta/osoba w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty/terapeuta zajęciowy/fizjoterapeuta/rehabilitant/trener /instruktor.
- Każdy pacjent skorzysta z cyklu 50 spotkań (na każde spotkanie składać się będzie aktywizacja fizyczna, trening funkcji poznawczych, terapia zajęciowa). Ponadto

w cyklu pacjent skorzysta z 6 warsztatów psychoedukacji i 3 konsultacji indywidualnych z psychologiem.

- Procedury będą wykonywane tylko przez fachowy personel tj. lekarzy specjalistów w zakresie psychiatrii, psychologów specjalistów psychologii klinicznej, psychologów, psychoterapeutów, osoby w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu z zakresu psychoterapii, terapeutów zajęciowych i fizjoterapeutów, rehabilitantów, trenerów, instruktorów.
- Program realizowany będzie w dni robocze od poniedziałku do piątku. Program może być realizowany również w sobotę po uzgodnieniu konkretnych terminów z pacjentami i osobami udzielającymi świadczeń.
- W Programie zakłada się umożliwienie minimum 70% pacjentom udział we wszystkich procedurach proponowanych w Programie, zgodnie z indywidualnym programem terapeutycznym.

4.1 Tryb zapraszania do Programu

Informacja na temat prowadzonych działań będzie kierowana do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, psychiatrów, neurologów i geriatrów, a także będzie dostępna dla potencjalnych uczestników poprzez ogłoszenie na stronie internetowej realizatora Programu, facebooku, informację na tablicach ogłoszeń w przychodniach, informację w Miejskich Ośrodkach Pomocy Rodzinie, Ośrodkach Pomocy Społecznej, informację w Stowarzyszeniach i parafiach.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Zakończenie udziału pacjenta w Programie następuje w przypadku rezygnacji z Programu lub wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu. Realizator dopuszcza zakończenie udziału pacjenta w Programie na każdym jego etapie, odbywa się to na życzenie samego pacjenta.

- W przypadku zakończenia Programu pacjent:
 - otrzymuje wytyczne co do dalszego postępowania prozdrowotnego,
 - zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych,
 - zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik nr 6), której wyniki będą pomocne w ewaluacji Programu,
 - kończy udział w Programie.

- W przypadku rezygnacji z Programu pacjent:
 - zostaje poinformowany o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w Programie (brak uzyskania pełnej efektywności działań w zakresie poprawy stanu zdrowia i jakości życia),
 - zostaje poinformowany o możliwości powrotu do Programu, pod warunkiem pozytywnego zakwalifikowania,
 - zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych.
- W przypadku czasowego pogorszenia stanu zdrowia niepozwalającego na udział w Programie pacjent:
 - zostaje poinformowany o możliwości powrotu do Programu pod warunkiem dostępności miejsc,
 - zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji psychiatrycznej w warunkach świadczeń gwarantowanych.

IV. Organizacja Programu polityki zdrowotnej

1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

- działania organizacyjne:
 - przygotowanie informacji o realizacji Programu na stronach internetowych Organizatora i Realizatora,
 - opracowanie przez Realizatora materiałów informacyjnych: ulotka, plakat, oraz broszurka pt: „Jak zachować sprawność umysłu w starszym wieku – informacja w pigułce”,
 - przygotowanie i prowadzenie dokumentacji Programu,
 - opracowanie harmonogramu realizacji części terapeutycznej Programu, w oparciu o posiadane zasoby ludzkie i warunki lokalowe (wzór harmonogramu stanowi załącznik nr 8)
 - kwalifikacja uczestników,
 - prowadzenie dokumentacji, w tym sporządzanie sprawozdań okresowych i końcowego na zakończenie Programu
- działania terapeutyczne:

- kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu zgodnie z indywidualnym programem terapeutycznym,
- działania monitorujące:
 - bieżące monitorowanie jakości oraz zgłaszalności,
- działania ewaluacyjne:
 - analiza wartości mierników efektywności.

2. Warunki realizacji Programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

- Osoby realizujące Program:

Program realizować będą pracownicy Realizatora Programu poza godzinami udzielania świadczeń w ramach WOW NFZ tj: lekarze specjaliści w zakresie psychiatrii, psychologodzy, specjaliści psychologii klinicznej, psychoterapeuci, osoby w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu z zakresu psychoterapii, terapeuci zajęciowi oraz fizjoterapeuta/rehabilitant /trener /instruktor.
- Warunki lokalowe i wyposażenie.

Procedury realizowane będą w siedzibie Realizatora Programu w pomieszczeniach przygotowanych do ich przeprowadzenia tj. salach dla co najmniej 12 osób wyposażonych w sprzęt audiowizualny w których przeprowadzone będą zajęcia psychoedukacyjne, terapia zajęciowa, zajęcia aktywizujące oraz sali dla co najmniej 25 osób wyposażonej w sprzęt audiowizualny i gabinetu do konsultacji indywidualnych z psychologiem i lekarzem.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

- Ocena zgłaszalności do Programu
 - prowadzenie komputerowej bazy osób korzystających z Programu,
 - prowadzenie dokumentacji związanej z realizacją Programu.
- Ocena jakości realizacji Programu
 - wizytowanie Realizatorów Programu przez Organizatora,
 - składanie sprawozdań okresowych (załącznik nr 9) i końcowego (załącznik nr 10) przez Realizatorów,
 - ankiety badające oczekiwania i satysfakcję pacjentów oraz oceniająca jakość i poziom wiedzy przed i po zakończeniu programu (załączniki nr 5 i 6).

- Ocena efektywności Programu
 - odsetek osób, u których nastąpiła poprawa funkcji poznawczych, na podstawie badania psychologicznego (rekomendowany test)
 - odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze czynności życia codziennego, (ankieta załączniki nr 5 i 6) oraz badanie psychologiczne sprawdzające wykonane testem psychologicznym,
 - odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym, w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami (ankieta załączniki nr 5 i 6) oraz badanie psychologiczne sprawdzające wykonane testem psychologicznym,
 - odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych dla osób uczestniczących w Programie,
 - odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych dla rodzin i opiekunów pacjentów włączonych do Programu i osób zmagających się z problemem objętym Programem w rodzinie.
 - odsetek osób, które ukończyły 65 lat i u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych podczas warsztatów,
 - odsetek osób personelu medycznego i opiekunów pacjentów geriatrycznych u których nastąpił wzrost wiedzy z zakresu działań zdrowotnych

2. Ewaluacja

Za przeprowadzenie ewaluacji Programu odpowiedzialny będzie Organizator. Ocena efektywności Programu zostanie dokonana na podstawie analizy wartości mierników efektywności, obrazujących zaplanowane efekty korespondujące z celami Programu.

Ewaluacja Programu będzie opierała się na ocenie wartości wszystkich mierników efektywności oraz poniższych wartości:

- liczba pacjentów korzystających z Programu,
- liczba pacjentów korzystających z poszczególnych procedur realizowanych w ramach Programu,
- liczba osób u których nastąpiła poprawa funkcji poznawczych,
- liczba osób u których nastąpiła poprawa jakości życia w obszarze czynności życia codziennego,

- liczba osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym,
- liczba osób, uczestników Programu, które skorzystały z warsztatów psychoedukacyjnych,
- liczba osób uczestników Programu korzystających z warsztatów, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy i umiejętności z zakresu działań zdrowotnych,
- liczba opiekunów i członków rodziny oraz osób zmagających się z problemem objętym Programem w rodzinie, które skorzystały z warsztatów,
- liczba opiekunów i członków rodziny oraz osób zmagających się z problemem objętym Programem w rodzinie, które skorzystały z warsztatów u których nastąpił wzrost wiedzy z zakresu działań zdrowotnych na rzecz członków rodziny,
- liczba osób, które skończyły 65 lat i skorzystały z warsztatów,
- liczba osób, które skończyły 65 lat korzystających z warsztatów, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy i umiejętności z zakresu działań zdrowotnych,
- liczba osób personelu medycznego i opiekunów zajmujących się udzielaniem świadczeń na rzecz pacjentów geriatrycznych, które skorzystały ze szkoleń,
- liczba osób personelu medycznego i opiekunów, u których nastąpił wzrost wiedzy z zakresu działań zdrowotnych na rzecz pacjentów geriatrycznych.
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w Programie,
- liczba osób, które powróciły do Programu,
- liczba osób zadowolonych z udziału w Programie.

Utrzymanie trwałości uzyskanych w Programie efektów zdrowotnych w populacji województwa wielkopolskiego zaplanowano poprzez nadanie Programowi docelowo charakteru wieloletniego. Z kolei jego dalsza realizacja uzależniona będzie od dostępności środków finansowych, jak również pozytywnej oceny efektywności Programu.

Ewaluacja Programu będzie opierała się na porównaniu wartości wskazanych wyżej mierników efektywności i wskaźników przed i po realizacji Programu, a o wadze osiągniętych efektów stanowić będzie zmiana w zakresie tych wartości. Ponadto należy podkreślić, że ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu Programu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Na realizację Programu w latach 2025 r. – 2029 r. zaplanowano **3 053 600 zł**

Ceny jednostkowe, w oparciu o które wyliczono koszty Programu, zostały ustalone na podstawie uśrednionych kosztów podobnych procedur realizowanych przez podmioty lecznicze na terenie województwa wielkopolskiego. Koszty przewidziane w Programie będą ponoszone na warunkach określonych w wytycznych konkursowych. Zaplanowane przez Realizatorów szczegółowe wydatki, zostaną zweryfikowane podczas oceny złożonego formularza ofertowego zgodnie z wytycznymi ustalonymi przez Organizatora. Koszty monitorowania Programu stanowiąc będą koszty pośrednie odpowiedzialnych za to zadanie Realizatorów, natomiast ewaluacja zostanie przeprowadzona zgodnie z wytycznymi.

1. Koszty jednostkowe

- Kwalifikacja do programu psycholog – 180 zł
- Kwalifikacja do programu lekarz – 180 zł
- Indywidualne spotkania z psychologiem – 180 zł
- Zajęcia grupowe - aktywizacja fizyczna – 27 zł
 - trening funkcji poznawczych – 27 zł
 - terapia zajęciowa – 27 zł
- Warsztaty terapeutyczne psychoedukacja – 70 zł
- Kontrolna konsultacja lekarz – 180 zł
- Kontrolna konsultacja psycholog – 180 zł
- Warsztaty skierowane do seniorów powyżej 65 roku życia – 200 zł
- Warsztaty skierowane do członków rodzin, opiekunów seniorów powyżej 65 roku życia i osób zmagających się z problemem objętym Programem w rodzinie – 200 zł
- Szkolenia skierowane do personelu medycznego i opiekunów pacjentów geriatrycznych – 450 zł

2. Koszty całkowite

Koszty bezpośrednie – koszt roczny 555 200 zł

- Kwalifikacja do programu psycholog – 112 osób x 180 zł = **20 160 zł**
- Kwalifikacja do programu lekarz – 112 osób x 180 zł = **20 160 zł**
- Indywidualne spotkania z psychologiem – 306 osoby x 180 zł = **55 080 zł**
- Zajęcia grupowe - aktywizacja fizyczna, trening funkcji poznawczych, terapia zajęciowa

- Ilość procedur wynika z 2 grup x 3 procedury = 6 procedur x 50 dni realizacji programu x 3 Programy w roku (założenie, że każdy pacjent korzysta ze świadczeń w ciągu roku przez 50 dni) = 900 procedur.
- Stawka uzależniona od ilości osób w grupie - 324,00 zł oznacza 12 osób w grupie x 27 zł za procedurę.
- Koszt: 900 procedur x 12 osób = 10 800 procedur x 27 zł = **291 600 zł**
- Warsztaty terapeutyczne – psychoedukacja – 6 grup po 12 osób x 6 warsztatów x 70 zł = **30 240 zł**
- Kontrolna konsultacja lekarz – 102 osób x 180 zł = **18 360 zł**
- Kontrolna konsultacja psycholog - 102 osób x 180 zł = **18 360 zł**

Dodatkowe zajęcia

- Warsztaty skierowane do seniorów powyżej 65 roku życia: 8 warsztatów x 20 osób x 200 zł = **32 000 zł**
- Warsztaty skierowane do członków rodzin, opiekunów seniorów powyżej 65 roku życia i osób zmagających się z problemem objętym Programem w rodzinie: 6 warsztatów x 24 osób x 200 zł = **28 800 zł**
- Szkolenia skierowane do personelu medycznego i opiekunów osób geriatrycznych: 3 szkolenia x 25 osób x 450 zł = **33 750 zł**
- Promocja programu:
 - ulotki 500 szt = **460 zł**
 - plakaty 100 szt = **730 zł**
- Broszurka „Jak zachować sprawność umysłu w starszym wieku – informacja w pigułce” – opracowanie i druk broszurki: 1000 szt. – **5 500 zł**

Koszty pośrednie związane z obsługą Programu 10 % kosztów bezpośrednich

- 55 520 zł

3. Koszt całkowity roczny

- Koszt roczny Programu: **610 720 zł** w tym:
 - koszty bezpośrednie: **555 200 zł**
 - koszty pośrednie (organizacja i obsługa programu, koszty materiałowe do terapii zajęciowej i biurowe, monitorowanie i ewaluacja Programu itp.): 10% kosztów bezpośrednich tj. kwota **55 520 zł**.

- Koszt całkowity Programu w latach 2025-2029: **3 053 600 zł.**

4. Źródła finansowania

Samorząd Województwa Wielkopolskiego

Zakłada się zwiększenie kosztów programu o wskaźnik inflacji za dany rok.

Bibliografia:

1. Autor rzymski poeta Juwenalis
2. Badania amerykańscy naukowcy J.W.Rowe i R.L. Kahn
3. Centrum geriatryczne Zdrowy Nestor
4. Choroby neurozwyrodnieniowe i diagnostyka vs możliwości leczenia prof. dr hab. n. med. Tomasz Gabrylewicz
5. Colcombe S., Kramer A.F.: Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study. Psychol. Sci. 2003;14(2):125–130, <https://doi.org/10.1111/1467-9280.t01-1-01430>
6. H. Förstl, red. T. Zyss, Leczenie zespołów otępiennych, Wrocław: Elsevier Urban&Partner, 2005, J.Leszek, Choroby otępienne, Continuo, Wrocław 2011
7. Institute for Health Metrics and Evaluation 2019
8. Komentarz Katrin Seeher, ekspert w wydziale zdrowia psychicznego WHO
9. Medical University (Polska) Wsparcie osoby z chorobą otępienną-rodzaje otępień
10. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10
11. Model pomyślnego starzenia się wg J. W. Rowe i R. L. Kahn (1987; 1997; 1998)
12. Narodowy Fundusz Zdrowia 2022
13. Opinie Prezesa Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 164/2017 z dnia 31 lipca 2017 r. oraz nr 127/2019 z dnia 28 sierpnia 2019 r.
14. Polityka społeczna wobec osób starszych do 2030. BEZPIECZEŃSTWO–UCZESTNICTWO–SOLIDARNOŚĆ, przyjęty przez rząd w dniu 26.10.2018 r.
15. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie wielkopolskim – Wielkopolski Urząd Wojewódzki
16. Polsenior 2
17. Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) 2021
18. Rekomendacje naukowe WHO (2020); NICE (2014); Rady UE; National Guideline Clearinghouse
19. Rekomendacje strategiczne dla rządu i samorządów przygotowane w ramach realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego dot. punktu 4.2 Celu Operacyjnego nr 5, promocja zdrowego i aktywnego starzenia się pn. PolSenior2 Celu Operacyjnego nr 5, pn. PolSenior2 – Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym

jakości życia związanej ze zdrowiem, sfinansowanego w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 ze środków otrzymanych od Ministerstwa Zdrowia.

20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [Dz.U. 2019 poz. 1285].
21. Rocznik statystyczny Poznania 2023 województwa wielkopolskiego 2021, 2022
22. Rocznik statystyczny – Główny Urząd statystyczny
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469]
24. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2011–2025 [Dz.U. 2021.642 z dnia 2021.04.08].
25. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030 {Dz.U. 2023 poz. 2480}
26. (Rozpoznawanie otępienia i postępowanie z pacjentami – rekomendacje) Aktualn Neurol 2021, 21 (2), p. 65–75
27. Sytuacja osób starszych w Polsce w 2022 r. Główny Urząd Statystyczny Warszawa Białystok 2023
28. Tedros Adhanom Ghebreyesus, dyrektor generalny WHO.
29. Yesavage’a (GDS, Geriatric Depression Scale). Wytyczne NGC 2012, SNLG-Regions 2015
30. Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 została przyjęta przez Radę Ministrów w drodze uchwały w dniu 27 grudnia 2021 r.

Spis tabel:

Tabela nr 1 Surowy współczynnik chorobowości choroby Alzheimera oraz chorób pokrewnych wg województwa zamieszkania pacjenta (2022 r.)

Tabela nr 2 Liczba i odsetek ludności chorej na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne wg płci i grup wiekowych (2022 r.)

Tabela nr 3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Załącznik nr 1

.....
Nazwa realizatora Programu

.....
miejsowość, data

Formularz kwalifikacji uczestników: lekarz psychiatra

Do Programu wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych.

1. Imię i nazwisko uczestnika Programu:

.....

2. Pesel:

.....

3. Adres zamieszkania:

.....

4. Podstawa przyjęcia do Programu:

- Skierowanie
-

5. Rozpoznanie jednostki chorobowej wg ICD 10:

.....

.....

6. Choroby współistniejące:

.....

.....

Program wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych

-
7. **Przeciwwskazania do udziału w Programie: tak* nie***
(uzasadnić przy zaznaczeniu odpowiedzi tak)
-

Podpis osoby kwalifikującej

*niepotrzebne skreślić

.....

Nazwa realizatora Programu

.....

miejsowość, data

Formularz kwalifikacji uczestników - psycholog

Do Programu wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych.

1. Imię i nazwisko uczestnika Programu:

.....

2. Pesel:

.....

3. Adres zamieszkania:

.....

4. Rozpoznanie jednostki chorobowej wg ICD 10:

.....

.....

5. Choroby współistniejące:

.....

.....

.....

**6. Przeciwwskazania do udziału w Programie: tak* nie*
(uzasadnić przy zaznaczeniu odpowiedzi tak)**

.....

7. Wyniki uzyskane w badaniu ACE -III :

- uwaga:/18;

- pamięć:/26;

- fluencja:/14;

- język:/26;
- funkcje wzrokowo-przestrzenne:/16;
- wynik ogólny:/100;
- wynik ogólny M-ACE:/30.

Obszary problemowe

.....

.....

.....

.....

8. Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GDS)

Uzyskany wynik

.....

Podpis osoby kwalifikującej

*niepotrzebne skreślić

Zgoda na udział w Programie wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych.

.....
Imię i Nazwisko:

.....
Pesel:

.....
Adres zamieszkania:

Deklaracja uczestnictwa w projekcie pn. Program wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych.

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w w/w Programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

..... Miejscowość, data złożenia podpisu
Podpis - imię i nazwisko

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie realizacji programu pn. Program wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych. Jednocześnie potwierdzam, że zapoznałem się z informacją nt. przetwarzania danych osobowych obowiązujących w

(nazwa realizatora Programu)

.....
Miejscowość, data złożenia podpisu

.....
Podpis Imię i nazwisko

.....

Nazwa realizatora Programu

.....

miejsowość, data

Indywidualny Program Terapeutyczny:

- Imię i nazwisko pacjenta:

.....

- Pesel:

.....

- Adres zamieszkania:

.....

.....

- Rozpoznanie jednostki chorobowej wg ICD 10:

.....

.....

- Choroby współistniejące:

.....

.....

- Analiza historii dotychczasowego leczenia:

.....

.....

.....

.....

- Szczegółowa analiza problemów i objawów oraz zakresu funkcjonowania pacjenta oraz określenie potrzeb pacjenta w zakresie terapii (przed rozpoczęciem terapii):

.....

.....

.....

- Dobór metod terapeutycznych do określonych dolegliwości, funkcjonalności i potrzeb pacjenta:
 - Aktywizacja fizyczna: tak* nie*
 - Trening funkcji poznawczych: tak* nie*
 - Terapia zajęciowa: tak* nie*
 - Psychoedukacja: tak* nie*
 - Konsultacje indywidualne z psychologiem: tak* nie*
- Modyfikacja planu terapeutycznego: zmiana metod terapeutycznych w dniu:

.....

	Data	Data	Data			
• Aktywizacja fizyczna:	tak*	nie*	tak*	nie*	tak*	nie*
• Trening funkcji poznawczych:						
	tak*	nie*	tak*	nie*	tak*	nie*
• Terapia zajęciowa:	tak*	nie*	tak*	nie*	tak*	nie*
• Psychoedukacja:	tak*	nie*	tak*	nie*	tak*	nie*
• Konsultacje indywidualne z psychologiem:						
	tak*	nie*	tak*	nie*	tak*	nie*

*niepotrzebne skreślić

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA
- PRZED ROZPOCZĘCIEM UDZIAŁU W PROGRAMIE

Proszę o odpowiedź na poniższe pytania poprzez zaznaczenie krzyżykiem:

1. Czy radzisz sobie w obszarze czynności życia codziennego?:

- nie radzę sobie
- radzę w niewielkim stopniu
- radzę sobie

2. Czy występują u Ciebie zaburzenia procesów poznawczych w następujących zakresach?:

- pamięć
- mowa
- koncentracja
- uwaga
- spostrzeganie
- procesy myślowe
- podejmowanie decyzji
- uczenie się nowych rzeczy
- orientacja w terenie

3. Jak wyglądają Twoje relacje z innymi ludźmi?:

- mam problem z nawiązaniem relacji z innymi ludźmi
- nie mam problemu z nawiązywaniem relacji z innymi ludźmi

4. Jaki jest stopień poczucia Twojej wartości?:

- brak poczucia własnej wartości
- niski poziom własnej wartości
- wysoki poziom własnej wartości

5. Czy Jesteś zadowolony z życia?:

- nie jestem zadowolony z życia
- jestem zadowolony z życia

6. Czy aktywnie spędzasz wolny czas?:

- nie, nie spędzam
- tak spędzam

7. Czego oczekujesz z udziału w Programie? (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź):

- łatwiejszego radzenia sobie z problemami zdrowotnymi
- zwiększenia motywacji do działania zmierzającego do poprawy funkcjonowania
- wiary, że mogę coś osiągnąć

- zwiększenia pewności siebie
- poprawy moich kontaktów z ludźmi
- inne (jakie?)
.....

8. Jakie są Twoje oczekiwania w zakresie treści, które mają być przekazane w ramach działań edukacyjnych? (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź):

- rozpoznawanie objawów zaburzeń procesów poznawczych
- wypracowanie akceptacji występowania zaburzeń procesów poznawczych
- czynne opóźnianie występowania zaburzeń procesów poznawczych i radzenie sobie z nimi
- inne, ważne z Twojego punktu widzenia, (jakie?):
 -
 -
 -

**ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA
– PO ZAKOŃCZENIU UDZIAŁU W PROGRAMIE**

Proszę o odpowiedź na poniższe pytania poprzez zaznaczenie krzyżykiem:

1. Jak oceniasz zaangażowanie terapeutów realizujących Program

- bardzo zaangażowani
- wystarczająco zaangażowani
- mało zaangażowani
- zupełnie niezaangażowani

2. W jakim stopniu Program przyczynił się do poprawy jakości Twojego życia w obszarze czynności życia codziennego?

- zdecydowanie poprawił
- częściowo poprawił
- niewiele poprawił
- nie poprawił

3. W jakim stopniu Program przyczynił się do poprawy jakości Twojego życia w obszarze psychologicznym?

- zdecydowanie poprawił
- częściowo poprawił
- niewiele poprawił
- nie poprawił

4. W jakim stopniu udział w Programie przyczynił się do poprawy funkcjonowania procesów poznawczych?

- mowa
 - znacząco poprawił
 - częściowo poprawił
 - niewiele poprawił
 - nie poprawił
- koncentracja
 - znacząco poprawił
 - częściowo poprawił
 - niewiele poprawił
 - nie poprawił
- uwaga
 - znacząco poprawił
 - częściowo poprawił
 - niewiele poprawił
 - nie poprawił
- spostrzeganie
 - znacząco poprawił
 - częściowo poprawił
 - niewiele poprawił
 - nie poprawił
- procesy myślowe

Program wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych

- znacząco poprawił
- częściowo poprawił
- niewiele poprawił
- nie poprawił
- podejmowanie decyzji
 - znacząco poprawił
 - częściowo poprawił
 - niewiele poprawił
 - nie poprawił
- uczenie się nowych rzeczy
 - znacząco poprawił
 - częściowo poprawił
 - niewiele poprawił
 - nie poprawił
- orientacja w terenie
 - znacząco poprawił
 - częściowo poprawił
 - niewiele poprawił
 - nie poprawił

3. Na które z wymienionych elementów składających się na dobre funkcjonowanie Program wpłynął w największym stopniu?

- relacje z ludźmi
- poczucie własnej wartości
- zadowolenie z życia
- aktywne spędzanie wolnego czasu

4. Uczestnictwo w Programie:

- pomogło mi w radzeniu sobie z problemami
- zmotywowało mnie do leczenia
- uwierzyłam/uwierzyłam, że mogę coś osiągnąć
- zwiększyło moją pewność siebie
- poprawiło moje kontakty z ludźmi
- niczego nie zmieniło w moim życiu

5. W jakim stopniu uzyskałeś/aś wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych (np.: w zakresie: rozpoznawanie objawów zaburzeń procesów poznawczych, wypracowanie akceptacji występowania zaburzeń procesów poznawczych, czynne opóźnianie występowania zaburzeń procesów poznawczych i radzenie sobie z nimi)?

- uzyskałem wzrost wiedzy w dużym stopniu
- uzyskałem wzrost wiedzy w niewielkim stopniu
- nie uzyskałem wzrostu wiedzy

6. W jakim stopniu udział w Programie spełnił Twoje oczekiwania?

- w bardzo wysokim stopniu
- spełnił wystarczająco
- spełnił częściowo
- nie spełnił

7. Czy zdobyte umiejętności w zakresie aktywności umysłowej i fizycznej będziesz wykorzystywał w codziennym życiu po zakończeniu Programu?

- tak
- nie

8. W jakim stopniu jesteś zadowolony z udziału w Programie?

- bardzo zadowolony
- zadowolony
- raczej zadowolony
- nie zadowolony

ANKIETA EWALUACYJNA

Szkolenie (nazwa szkolenia) w ramach „Programu wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych”

Przydatność szkolenia i możliwości wykorzystania zdobytej wiedzy w przyszłości

Proszę zaznaczyć właściwą z Pani/Pana punktu widzenia odpowiedź, **gdzie 1 – zupełnie się nie zgadzam, 5 – zgadzam się całkowicie**

Szkolenie było przydatne z punktu widzenia mojej pracy.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Informacje przedstawione podczas szkolenia odpowiadały na moje potrzeby.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Wiedza nabyta podczas szkolenia pomoże mi lepiej wykonywać codzienną pracę.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Przykłady używane w trakcie szkolenia odnosiły się do mojej pracy.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Informacje podawane na szkoleniu były spójne z informacjami, które otrzymuję w miejscu pracy.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Jak planujesz zastosować, to czego się nauczyłeś podczas szkolenia?

.....
.....
.....

I. Metody szkoleniowe

Dyskusje w trakcie zajęć były interesujące i przydatne.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Metody stosowane podczas szkolenia były pomocne w opanowaniu zagadnień/realizacji celów szkolenia

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Liczba wykładów w stosunku do innych metod szkoleniowych była właściwa:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

II. Materiały i pomoce szkoleniowe

Materiały i pomoce szkoleniowe były użyteczne:

Program wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Materiały i pomoce szkoleniowe były łatwe w użyciu:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Informacje przedstawione w materiałach były dostosowane do moich potrzeb:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Pomoce audiowizualne były przydatne:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

III. Ogólna ocena

Szkolenie całościowo oceniam bardzo dobrze:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Co Ci się w szkoleniu najbardziej podobało?

.....
.....
.....

Co było zbędne, co Ci się nie podobało?

.....
.....
.....

Czego zabrakło w szkoleniu?

.....
.....
.....

Poleciłbym to szkolenie innym osobom:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

komu?

.....
.....
.....

IV. Warunki w jakich odbywało się szkolenie

Jak oceniasz warunki, w jakich odbyło się szkolenie:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

V. Organizacja szkolenia

Program wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych

Na każdy blok przeznaczono wystarczającą ilość czasu

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Szkolenie było dobrze zorganizowane:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Szkolenie trwało odpowiednią ilość czasu:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Jak oceniasz liczbę przerw w trakcie szkolenia:

- zbyt mało
- odpowiednia ilość
- zbyt dużo

Jak oceniasz czas trwania przerw:

- zbyt krótkie
- w sam raz
- zbyt długie

VI. Ocena prowadzącego/cych szkolenie

To, co mówił prowadzący było dla mnie jasne i zrozumiałe:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Prowadzący angażował mnie do aktywnego udziału w zajęciach:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Podczas szkolenia prowadzący tworzył miłą atmosferę:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Prowadzący zachowywał właściwe tempo pracy (bez popędzania czy przeciągania zajęć):

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Podczas zajęć prowadzący nawiązywał do specyfiki mojej pracy:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Prowadzący wyczerpująco odpowiadał na wszystkie moje pytania:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Prowadzący trzymał się tematu:

Program wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Prowadzący posiadał wiedzę merytoryczną z zakresu obejmującego szkolenia:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Informacje przekazywane przez prowadzącego były logiczne i wyczerpujące:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

VII. Cele szkolenia

Cele szkolenia były dla mnie jasne:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

.....
Nazwa realizatora

Harmonogram planowanych procedur w miesiącu 202... r.					
Lp.	Nazwisko i imię prowadzącego	Daty planowanej procedury	liczba pacjentów	Rodzaj procedury	Podpis prowadzącego
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

.....
miejsowość i data

.....
podpis osoby odpowiedzialnej

.....
Nazwa realizatora Programu

.....
miejsowość, data

Sprawozdanie okresowe z realizacji „Programu wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych.” za m-c202.. .

lp.	Wskaźniki	Liczba
1.	Osoby uczestniczące w Programie	
2.	Liczba osób zakwalifikowanych do Programu przez lekarza psychiatrę	
3.	Liczba osób zakwalifikowanych do Programu przez psychologa	
4.	Pacjenci korzystający z aktywizacji fizycznej	
5.	Pacjenci korzystający z treningu procesów poznawczych	
6.	Pacjenci korzystający z terapii zajęciowej	
7.	Pacjenci korzystający z psychoedukacji	
8.	Liczba osób korzystających z indywidualnych konsultacji psychologicznych	
9.	Liczba osób korzystających z warsztatów dla pacjentów	
10.	Liczba członków rodzin i opiekunów osób zmagających się z problemem objętym Programem w rodzinie korzystających z warsztatów	
11.	Liczba osób personelu medycznego i opiekunów pacjentów geriatrycznych korzystających ze szkoleń	
12.	Pacjenci rezygnujący z udziału w Programie	
13.	Pacjenci powracający do Programu	
14.	Przeprowadzone sesje aktywności fizycznej	
15.	Przeprowadzone treningi procesów poznawczych	
16.	Przeprowadzone sesje terapii zajęciowej	
17.	Przeprowadzone sesje psychoedukacji	
18.	Przeprowadzone indywidualne konsultacje psychologiczne	
19.	Przeprowadzone warsztaty dla pacjentów	
20.	Przeprowadzone warsztaty dla rodzin i opiekunów pacjentów korzystających z Programu oraz osób zmagających się z problemem objętym Programem w rodzinie	
21.	Przeprowadzona liczba szkoleń personelu medycznego i opiekunów pacjentów geriatrycznych	

.....
podpis osoby odpowiedzialnej

.....
Nazwa realizatora Programu

.....
miejsowość, data

Sprawozdanie końcowe z realizacji „Programu wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych.” za rok

Lp.	Wskaźniki	Liczba
1.	Osoby uczestniczące w Programie	
2.	Liczba osób zakwalifikowanych do Programu przez lekarza psychiatrę	
3.	Liczba osób zakwalifikowanych do Programu przez psychologa	
4.	Pacjenci korzystający z aktywizacji fizycznej	
5.	Pacjenci korzystający z treningu procesów poznawczych	
6.	Pacjenci korzystający z terapii zajęciowej	
7.	Pacjenci korzystający z psychoedukacji	
8.	Liczba osób korzystających z indywidualnych konsultacji psychologicznych	
9.	Liczba osób korzystających z warsztatów dla pacjentów	
10.	Liczba członków rodzin i opiekunów oraz osób zmagających się z problemem objętym Programem w rodzinie korzystających z warsztatów	
11.	Liczba osób personelu medycznego i opiekunów pacjentów geriatrycznych korzystających ze szkoleń	
12.	Pacjenci rezygnujący z udziału w Programie	
13.	Pacjenci powracający do Programu	
14.	Przeprowadzone sesje aktywności fizycznej	
15.	Przeprowadzone treningi procesów poznawczych	
16.	Przeprowadzone sesje terapii zajęciowej	
17.	Przeprowadzone sesje psychoedukacji	
18.	Przeprowadzone indywidualne konsultacje psychologiczne	
19.	Przeprowadzone warsztaty dla pacjentów	
20.	Przeprowadzone warsztaty dla rodzin i opiekunów pacjentów korzystających z Programu i osób zmagających się z problemem objętym Programem w rodzinie	
21.	Przeprowadzona liczba szkoleń personelu medycznego i opiekunów pacjentów geriatrycznych	
22.	Liczba osób, uczestników Programu u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy i umiejętności z zakresu działań zdrowotnych	
23.	Liczba osób, u których uzyskano wzrost poziomu wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych dla rodzin i opiekunów pacjentów włączonych do Programu oraz osób	

Program wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych

	zmagających się z problemem objętym Programem w rodzinie	
24.	Liczba osób personelu medycznego i opiekunów pacjentów geriatrycznych, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy z zakresu działań zdrowotnych na rzecz pacjentów geriatrycznych	
25.	Liczba osób, u których doszło do poprawy funkcji poznawczych	
26.	Liczba osób, deklarujących utrzymanie aktywności umysłowej i fizycznej, w związku z nabytymi umiejętnościami podczas Programu	
27.	Liczba osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze czynności życia codziennego	
28.	Liczba osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym	
29.	Przeprowadzona kontrolna konsultacja lekarska	
30.	Przeprowadzona kontrolna konsultacja psychologiczna	
31.	Liczba pacjentów zadowolonych z udziału w Programie	

.....

podpis osoby odpowiedzialnej