

**Ogłoszenie otwartego konkursu ofert na wybór realizatorów programów polityki zdrowotnej: Program polityki zdrowotnej pn. „Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Gminy Miejskiej Legionowo w wieku 70+”**

**Prezydent Miasta Legionowo**

działając na podstawie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.)

**ogłasza**

z dniem 16 lipca 2018 r. IV otwarty konkurs ofert na wybór realizatorów programów polityki zdrowotnej: Program polityki zdrowotnej pn. „Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Gminy Miejskiej Legionowo w wieku 70+” przyjętego uchwałą Nr XLIII/599/2018 r. Rady Miasta Legionowo z dnia 30 maja 2018 r.

**I.**

**Przedmiotem konkursu jest wybór realizatorów programów polityki zdrowotnej, które Gmina Miejska Legionowo zamierza realizować dla mieszkańców Gminy Miejskiej Legionowo**

<b>NAZWA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ do realizacji w latach 2018-2020</b>		<b>KOSZT PROGRAMU na lata 2018-2020</b>
1.	Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Gminy Miejskiej Legionowo w wieku 70+.	<b>2018 - 92.250 zł 2019 - 92.250 zł 2020 - 92.250 zł</b>

## **II.**

### **Informacje dotyczące warunków realizacji programów**

#### **1. ZDROWY SENIOR – OPIEKA GERIATRYCZNA DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIEJSKIEJ LEGIONOWO W WIEKU 70 +**

Założeniem programu jest zwiększenie dostępności do opieki geriatrycznej. Na niewystarczające działania w zakresie opieki nad osobami w wieku podeszłym, a w szczególności bardzo ograniczony dostęp do świadczeń opieki geriatrycznej, zwraca uwagę Najwyższa Izba Kontroli (NIK). Ustalenia tej instytucji wskazują, iż brakuje powszechnych, kompleksowych i wystandaryzowanych procedur postępowania w opiece medycznej nad osobami w podeszłym wieku.

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

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

świadczenia geriatryczne będą realizowane indywidualnie. Wzór zaświadczenia o udziale w programie (karta uczestnika programu) określono w załączniku 2.

### **Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników**

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

- wiek 70 lat i więcej;
- obciążenie co najmniej 3 chorobami przewlekłymi;
- ocena sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności życia codziennego na poziomie 85 punktów lub mniej w skali Barthel (stan pacjenta „średnio ciężki” w przypadku 21-85 pkt. lub bardzo ciężki w przypadku 0-20 pkt.);
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Miejskiej Legionowo;
- oświadczenie o braku stałej opieki w poradni geriatrycznej.

### **Kwalifikacja pacjentów do programu prowadzona będzie przez pielęgniarkę u wyłonięgo w konkursie ofert realizatora:**

- ocena wielochorobowości na podstawie dostarczonej przez pacjenta kserokopii dokumentacji medycznej z poradni POZ,
- ocena sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności życia codziennego przy użyciu Skali Barthel (załącznik 1)
- wypełnienie karty kwalifikacji do uczestnictwa w programie (załącznik 2);

### **Świadczenia realizowane będą przez:**

- świadczenia geriatryczne realizowane przez lekarza,
- świadczenia geriatryczne realizowane przez pielęgniarkę,
- świadczenia psychologiczne realizowane przez psychologa,
- świadczenia fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjne realizowane przez fizjoterapeutę.

### **ETAP I - Świadczenia opieki geriatrycznej:**

1) świadczenie lekarza geriatry – porada lekarska obejmująca:

- wywiad geriatryczny,
- badanie internistyczne,
- identyfikacja pacjenta geriatrycznego (Skala VES-13 – załącznik 4),
- ocenę stanu emocjonalnego w stopniu podstawowym za pomocą Geriatrycznej Skali Oceny Depresji według Yesavage’a (GDS Geriatric Depression Scale – załącznik 5),
- ocenę funkcji poznawczych, w tym także badanie przesiewowe w kierunku otępienia za pomocą Skróconego Testu Sprawności Umysłowej (AMTS, Abbreviated Mental Test Score – załącznik 6),

- ocenę chodu i równowagi przy użyciu testu Tinetti (załącznik 7), testu „wstań i idź” (załącznik 8) wykonanego na czas, prędkości chodu w m/sek.;
- ocenę stanu odżywienia za pomocą testu MNA (Mini Nutritional Assessment – załącznik 9)
- ocenę sytuacji środowiskowej i zakresu otrzymywanego wsparcia od opiekuna przez pacjenta geriatrycznego — za pomocą kwestionariusza i indeksu COPE (załącznik 10);
- analizę wyników badań dodatkowych oraz konsultacji specjalistycznych na podstawie dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta;
- ustalanie rozpoznań;
- ustalenie, modyfikację lub redukcję farmakoterapii;
- edukacja zdrowotna - omówienie z pacjentem i członkiem rodziny lub opiekunem istoty choroby i sposobu jej leczenia oraz przekazanie ww. osobom porad w formie ustnej oraz zaleceń w formie pisemnej (m.in. z zakresu profilaktyki, promocji zdrowia, wczesnego wykrywania schorzeń oraz zapobiegania ich powikłaniom, sposobu żywienia);
- przekazanie drogą pocztową lekarzowi POZ informacji i zaleceń wynikających z udzielonego świadczenia geriatrycznego (załącznik 15);
- zakwalifikowanie pacjenta do kolejnego etapu programu:
  - cyklu 10 spotkań w ramach terapii psychologicznej lub
  - cyklu 10 spotkań w ramach terapii fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjnej lub
  - cyklu 5 spotkań w ramach terapii psychologicznej oraz 5 spotkań w ramach terapii fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjnej
- wypełnienie karty uczestnictwa pacjenta w programie – część III: porada lekarska (załącznik 3)

## 2) świadczenie pielęgniarstwa – porada obejmująca:

- wywiad pielęgniarstwa;
- samoocena stanu zdrowia dokonana przez pacjenta (odnotowania w karcie uczestnictwa – załącznik 3);
- wykonanie pomiarów antropometrycznych, w tym określenie BMI;
- ocenę sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności życia codziennego przy użyciu Skali Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego wg Katza (ADL, Activities of Daily Living – załącznik 11), Skali Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego wg Lawtona (IADL, Instrumental Activities of Daily Living – załącznik 12);
- edukacja zdrowotna - udzielenie wskazówek na temat ułatwień i wsparcia w czynnościach życia codziennego, przekazanie pacjentowi oraz członkowi rodziny/opiekunowi porad w formie ustnej oraz zaleceń w formie pisemnej (m.in. z zakresu profilaktyki, promocji zdrowia, wczesnego wykrywania schorzeń oraz zapobiegania ich powikłaniom, sposobu żywienia);
- wypełnienie karty uczestnictwa pacjenta w programie – część III: porada pielęgniarstwa (załącznik 3)

## **ETAP II - Świadczenia opieki geriatrycznej** (do wyboru w zależności od kwalifikacji lekarskiej):

### 1) świadczenia fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjne (cykl 10 spotkań 60-minutowych), w tym:

- fizjoterapeutyczna ocena stanu funkcjonalnego;
- wdrożenie dostosowanego do danych jednostek chorobowych oraz zaburzeń czynnościowych postępowania fizjoterapeutycznego, obejmującego kinezyterapię;
- wydanie pacjentom i członkom rodziny/opiekunom zaleceń w zakresie odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych w celu zwiększenia sprawności funkcjonalnej pacjenta i poprawy wyników podejmowanej fizjoterapii;
- wydanie pacjentom i członkom rodziny/opiekunom zaleceń dotyczących postępowania po zakończeniu cyklu spotkań w celu podtrzymania i utrwalenia efektów podjętych działań oraz zapobiegania niepełnosprawności;
- edukacja zdrowotna (zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta) - nauka korzystania ze sprzętu medycznego i wyrobów medycznych; instruktaż obsługi sprzętu rehabilitacyjnego;
- ocenę chodu i równowagi przy użyciu testu Tinetti (załącznik 7), przeprowadzoną na ostatnim spotkaniu
- samoocena stanu zdrowia przez pacjenta na ostatnim spotkaniu
- wypełnienie karty uczestnictwa pacjenta w programie – część IV (załącznik 3),

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

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

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

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

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

Realizatorem programu będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, udzielający świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna lub podstawowa opieka zdrowotna, spełniający wymagania dla realizacji określonego rodzaju świadczeń.

### **Kwalifikacje wymagane od realizatorów:**

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

1) lekarza o specjalizacji w dziedzinie geriatrii,

2) pielęgniarki spełniającej którekolwiek z następujących wymagań:

- z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego,
- z tytułem specjalisty w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego, psychiatrycznego, neurologicznego, paliatywnego i opieki długoterminowej albo w trakcie odbywania tych specjalizacji,
- po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego lub opieki długoterminowej,

3) fizjoterapeuty spełniającego którekolwiek z następujących wymagań:

- ma tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub rehabilitacji ruchowej,
- rozpoczął po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach, i uzyskał tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku,
- rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskał tytuł magistra na tym kierunku,
- rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskał tytuł magistra oraz ukończył specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej,
- rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskał tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończy w ramach studiów dwuletnie studia specjalizacyjne z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej,
- rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskał tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończył trzymiesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji,
- ukończył szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskał tytuł zawodowy technik fizjoterapii,

4) psychologa, posiadającego co najmniej roczne doświadczenie w pracy z osobami w wieku podeszłym.

**Program będzie realizowany na terenie Gminy Miejskiej Legionowo w miejscu wskazanym przez realizatora.**

**Maksymalna wysokość środków finansowych zarezerwowana na program w każdym roku: 92.250 zł (program na lata 2018-2020)**

Formularz ofertowy:

Lp.	<b>ZDROWY SENIOR – OPIEKA GERIATRYCZNA DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIEJSKIEJ LEGIONOWO W WIEKU 70 + (program na lata 2018-2020)</b>	
1.	Nazwa i adres oferenta, w tym dane kontaktowe oferenta	
2.	Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub KRS	
3.	Numer NIP	
4.	Numer Regon	
5.	Osoba odpowiedzialna za koordynację programu	
6.	Adresaci programu polityki zdrowotnej	Program kierowany jest do mieszkańców z terenu Gminy Miejskiej Legionowo w wieku 70+
7.	Przewidywane terminy realizacji programu polityki zdrowotnej	
8.	Miejsce realizacji programu	Teren Gminy Miejskiej Legionowo. Adres:
9.	Liczba osób realizujących program, z wyszczególnieniem specjalistów (lekarz geriatra, pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta). Wymagane kwalifikacje podane w otwartym konkursie ofert.	
10.	Liczba przeprowadzonych postępowań kwalifikujących w każdym roku	
11.	Liczba osób niezakwalifikowanych (50% z poz. 10) w każdym roku	
12.	Koszt cząstkowy za interwencje u osób niezakwalifikowanych	
13.	Liczba osób zakwalifikowanych (50% z poz. 10) w każdym roku	
14.	Koszt cząstkowy za interwencje u osób zakwalifikowanych	
15.	Koszt całkowity (poz.12 + poz.14) Koszt całkowity dotyczy każdego roku z osobna, tj. zarówno realizacji w roku 2018, 2019 i 2020.	
16.	Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych i kadrowych zapewniających realizację zadania	Zasoby kadrowe:
		Zasoby rzeczowe:



Załącznik 1

do Programu nr 1: **ZDROWY SENIOR – OPIEKA GERIATRYCZNA**

**DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIEJSKIEJ LEGIONOWO W WIEKU 70 +**

**INDEKS OCENY PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI W ŻYCIU CODZIENNYM WG BARTHEL**

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

Wynik końcowy ...../100 pkt.

Interpretacja: Im mniej punktów tym gorsza sprawność

Załącznik 2

do Programu nr 1: **ZDROWY SENIOR – OPIEKA GERIATRYCZNA**

**DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIEJSKIEJ LEGIONOWO W WIEKU 70 +**

**Karta kwalifikacyjna udziału pacjenta w programie „Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Gminy Miejskiej Legionowo w wieku 70+”**

Niniejszym zaświadczam, że:

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

w .....

nr PESEL\* .....

☐ występują następujące choroby przewlekłe:

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

☐ stwierdzono ..... punktów w skali Barthel

Na podstawie przeprowadzonej procedury kwalifikuję/nie kwalifikuję\*\* pacjenta do udziału w programie „Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Gminy Miejskiej Legionowo w wieku 70+”.

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczęć i podpis pielęgniarke)

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

\*\* niewłaściwe skreślić

Załącznik 3

do Programu nr 1: **ZDROWY SENIOR – OPIEKA GERIATRYCZNA  
DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIEJSKIEJ LEGIONOWO W WIEKU 70 +**

**Karta uczestnika programu „Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Gminy  
Miejskiej Legionowo w wieku 70+”**

I. Dane uczestnika

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

II. Zgoda na udział w programie

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

.....  
(data i podpis pacjenta)

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

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

☐ wyrażam zgodę na obecność osoby bliskiej/opiekuna w trakcie udzielania świadczeń

(imię i nazwisko osoby towarzyszącej .....)

.....  
(data i podpis pacjenta)

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

☐ wyrażam zgodę na przekazanie dokumentacji medycznej mojemu lekarzowi POZ

(imię i nazwisko lekarza POZ, adres poradni .....  
.....)

☐ nie wyrażam zgody na przekazanie dokumentacji medycznej mojemu lekarzowi POZ

.....

(data i podpis pacjenta)

### III. Potwierdzenie uczestnictwa w I etapie programu

#### 1. Porada lekarska

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

#### 2. Porada pielęgniarska

Data	Samoocena stanu zdrowia*	Podpis pacjenta	Podpis i pieczęć pielęgniarki

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

### IV. Potwierdzenie uczestnictwa w II etapie programu

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

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

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

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

\*\* w przypadku pacjentów korzystających ze świadczeń psychologicznych

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

Załącznik 4

do Programu nr 1: **ZDROWY SENIOR – OPIEKA GERIATRYCZNA  
DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIEJSKIEJ LEGIONOWO W WIEKU 70 +**

Identyfikacja pacjenta geriatrycznego - Skala VES-13

OCENIANE OBSZARY			ocena
1	Wiek badanego	70-74	0
		75-84	1
		85+	3
2	Samooocena Stanu Zdrowia	Wspaniałe lub dobre	Tak= 0
		Przeciętne lub złe	Tak = 1
3	Czy ma Pan/i znaczne trudności z wykonaniem poniższych czynności lub ich wykonanie jest niemożliwe :		
	Pochylenie, kucanie, klękanie		Tak/ Nie
	Podnoszenie, dźwiganie przedmiotów o wadze około 4,5kg		Tak/ Nie
	Sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barku		Tak/ Nie
	Pisanie lub utrzymywanie drobnych przedmiotów		Tak/ Nie
	Przejsie około 400 metrów		Tak/ Nie
	Ciężka praca domowa jak mycie podłóg lub okien		Tak/ Nie
	Jeśli dwie (lub więcej) z odpowiedzi są pozytywne - należy przyznać maksimum 2 punkty, a jeśli jedna to 1 punkt		..... pkt (0 - 2 pkt)
4	Czy z powodu złego stanu zdrowia lub ograniczeń w sprawności ma Pan/i trudności z wykonywaniem następujących czynności lub ich nie wykonuje:		
	Zakupy produktów na potrzeby własne np. produkty toaletowe, leki		Tak/ Nie
	Rozporządzanie własnymi pieniędzmi : śledzenie wydatków, opłacanie rachunków		Tak/ Nie
	Przejsie przez pokój (również przy pomocy kuli, laski, lub balkonika)		Tak/ Nie
	Wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie naczyń, ścieranie		Tak/ Nie

	kurzu)	
	Kąpiel w wannie lub pod prysznicem	Tak/ Nie
	Jeśli <u>choć jedna</u> z odpowiedzi jest pozytywna to należy przyznać 4 punkty (maksimum)	..... pkt (0 lub 4 pkt)
	Razem	..... maksimum =10

#### Interpretacja:

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

Załącznik 5

do Programu nr 1: **ZDROWY SENIOR – OPIEKA GERIATRYCZNA  
DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIEJSKIEJ LEGIONOWO W WIEKU 70 +**

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

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

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

Za każdą odpowiedź „wytłuszczoną” 1 punkt.

Liczba punktów..... /15

Interpretacja:

0-5 bez depresji

6-10 depresja umiarkowana

11-15 depresja ciężka



Załącznik 6

do Programu nr 1: **ZDROWY SENIOR – OPIEKA GERIATRYCZNA**

**DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIEJSKIEJ LEGIONOWO W WIEKU 70 +**

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

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

Interpretacja:

>6 stan prawidłowy

4-6 umiarkowane upośledzenie sprawności umysłowej

0-3 poważne upośledzenie sprawności umysłowej

## Załącznik 7

do Programu nr 1: **ZDROWY SENIOR – OPIEKA GERIATRYCZNA  
DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIEJSKIEJ LEGIONOWO W WIEKU 70 +****TEST TINETTI POMA (PERFORMANCE ORIENTED MOBILITY ASSESSMENT)**

Ocena równowagi, chodu i ryzyka upadków

RÓWNOWAGA - Badany powinien siedzieć na twardym krześle bez poręczy		
1. Równowaga podczas siedzenia	pochyla się lub ześlizguje z krzesła	0
	zachowuje równowagę, zabezpieczony	1
2. Wstawanie z miejsca	niezdolny do samodzielnego wstania	0
	wstaje, ale sam pomaga sobie rękoma	1
	wstaje bez pomocy rąk	2
3. Próby wstawania z miejsca	niezdolny do wstania bez pomocy	0
	wstaje, ale potrzebuje kilku prób	1
	wstaje przy pierwszej próbie	2
4. Równowaga bezpośrednia po	stoi niepewnie (zatacza się, przesuwa stopy, wyraźnie kołysze tułowiem)	0
	stoi pewnie, ale podpira się, używając chodzika, laski lub chwytając inne przedmioty	1
	stoi pewnie bez żadnego podparcia	2
5. Równowaga podczas stania	stoi niepewnie	0
	stoi pewnie, ale na szerokiej podstawie (obie pięty w odległości > 10 cm od siebie ) lub podpierając się laską, chodzikiem itp.	1
	stoi ze stopami złączonymi, bez podparcia	2
6. Próba trącania: (badany stoi ze stopami jak najbliżej siebie, badający lekko popycha go, trzykrotnie trącając dłonią w klatkę piersiową na wysokości mostka)	zaczyna się przewracać	0
	zatacza się, chwytając się przedmiotów, ale samodzielnie utrzymuje pozycję	1
	stoi pewnie	2
7. Próba trącania przy zamkniętych oczach badanego	stoi niepewnie	0
	stoi pewnie	1

8. Obracanie się o 360 °	ruch przerywany	0
	ruch ciągły	1
	niepewne (zataczanie się chwytanie przedmiotów)	0
	pewne	1
9. Siadanie	niepewne ( źle ocenia odległość, opada na krzesło)	0
	pomaga sobie rękoma lub ruch nie jest płynny	1
	pewny, płynny ruch	2
RÓWNOWAGA		
Wynik końcowy		
CHÓD - Badany powinien stać obok badającego; iść wzdłuż korytarza lub przez pokój – najpierw zwykłym krokiem, a z powrotem krokiem szybkim, ale w bezpieczny sposób (podpierając się laską lub używając chodzika, jeśli posługuje się nimi na co dzień)		
10. Zapoczątkowanie chodu (bezpośrednio po wydaniu polecenia, żeby iść)	jakikolwiek niezdecydowanie (wahanie) lub kilkakrotne próby ruszenia z miejsca	0
	start bez wahanía	1
11. Długość i wysokość kroku  A. Zasięg ruchu prawej stopy przy wykroku:	nie przekracza miejsca stania lewej stopy	0
	przekracza położenie lewej stopy	1
	prawa stopa nie odrywa się całkowicie od podłogi	0
	prawa stopa całkowicie unosi się nad podłogą	1
B. Zasięg ruchu lewej stopy przy wykroku:	nie przekracza miejsca stania prawej stopy	0
	przekracza położenie prawej stopy	1
	lewa stopa nie odrywa się całkowicie od podłoża	0
	lewa stopa unosi się całkowicie nad podłogą	1
12. Symetria kroku	długość kroku prawej i lewej stopy nie jest jednakowa	0
	długość kroku obu stóp wydaje się równa	1

13. Ciągłość chodu	zatrzymywanie się między poszczególnymi krokami lub inny brak ciągłości chodu	0
	chód wydaje się ciągły	1
14. Ścieżka chodu (odnotować odchylenie rzędu 30cm na odcinku ok. 3 metrów wytyczonego toru)	wyraźne odchylenie od toru	0
	niewielkie lub średniego stopnia odchylenie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych (laska itp.)	1
	prosta ścieżka bez korzystania z pomocy	2
15. Tułów	wyraźne kołysanie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych (laska itp.)	0
	nie ma kołysania, ale pacjent podczas chodu zgina kolana, plecy lub rozkłada ramiona	1
	pacjent nie kołysze tułowiem, nie zgina kolan, pleców, nie angażuje kończyn górnych ani nie korzysta z przyrządów pomocniczych	2
16. Pozycja podczas chodzenia	pięty rozstawione	0
	pięty prawie stykają się podczas chodzenia	1
CHÓD		
Wynik końcowy		
ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW (Równowaga + Chód)		

Interpretacja:

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

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

Załącznik 8

do Programu nr 1: **ZDROWY SENIOR – OPIEKA GERIATRYCZNA  
DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIEJSKIEJ LEGIONOWO W WIEKU 70 +**

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

Test służy między innymi do oceny chodu i sprawności funkcjonalnej.

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

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

Wynikiem testu jest czas potrzebny do wykonania zadania.

Interpretacja:

< 10 sekund – norma, sprawność funkcjonalna prawidłowa;

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

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

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

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

Załącznik 9

do Programu nr 1: **ZDROWY SENIOR – OPIEKA GERIATRYCZNA**

**DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIEJSKIEJ LEGIONOWO W WIEKU 70 +**

**KWESTIONARIUSZ OCENY STOPNIA ODŻYWIENIA (MNA – BADANIE PRZESIEWOWE)**

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

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

B. Utrata masy ciała w ostatnich trzech miesiącach:

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

C. Mobilność / zdolność do samodzielnego przemieszczania się:

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

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

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

E. Problemy neuropsychologiczne

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

F. Wskaźnik Masy Ciała (BMI body mass inde)

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

WYNIK KOŃCOWY: ...../14 punktów

Interpretacja:

Liczba punktów w badaniu przesiewowym, maksymalnie 14 punktów.

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

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

## OCENA SYTUACJI OPIEKUNA RODZINNEGO PRZY POMOCY KWESTIONARIUSZA COPE

## Dane dotyczące OPIEKUNA

DATA URODZENIA OPIEKUNA: (dzień/miesiąc/rok) .....

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

Bardzo dobre

Dobre

PRZECIĘTNE

Złe

Bardzo złe

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

Współmałżonek/Partner

Rodzeństwo

Dziecko

Synowa lub zięć

Inny członek rodziny

Przyjaciół/Sąsiad

PŁEĆ OPIEKUNA: Mężczyzna

Kobieta

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

Emerytura/renta

Bezrobotny/a Student (studia dzienne)

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

W tym samym mieszkaniu

W innym mieszkaniu, ale w tym samym budynku

W pobliżu (odległość krótkiego spaceru)

Okolo 10minut samochodem/autobusem/pociągiem

Okolo 30 minut samochodem/autobusem/pociągiem

Okolo 1 godziny samochodem/autobusem/pociągiem

Ponad 1 godzinę samochodem/autobusem/pociągiem

## COPE INDEKS

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



Załącznik 11

do Programu nr 1: **ZDROWY SENIOR – OPIEKA GERIATRYCZNA**

**DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIEJSKIEJ LEGIONOWO W WIEKU 70 +**

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

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

Wynik końcowy: ...../6 punktów

Interpretacja:

5-6 punktów – osoba sprawna

3-4 punkty – osoba umiarkowanie niesprawna

<= 2 punkty – osoba poważnie niesprawna

Załącznik 12

do Programu nr 1: **ZDROWY SENIOR – OPIEKA GERIATRYCZNA**

**DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIEJSKIEJ LEGIONOWO W WIEKU 70 +**

SKALA OCENY INSTRUMENTALNYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO

(I-ADL, OD ANG. INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING) WG LAWTONA

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

Wynik: ...../8pkt.

Interpretacja:

Im więcej punktów tym lepsza sprawność instrumentalna

Załącznik 13

do Programu nr 1: **ZDROWY SENIOR – OPIEKA GERIATRYCZNA**

**DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIEJSKIEJ LEGIONOWO W WIEKU 70 +**

**Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu „Zdrowy senior  
– opieka geriatryczna dla mieszkańców Gminy Miejskiej Legionowo w wieku 70+”**

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

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

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby  
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 14

do Programu nr 1: **ZDROWY SENIOR – OPIEKA GERIATRYCZNA**

**DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIEJSKIEJ LEGIONOWO W WIEKU 70 +**

**Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika programu „Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Gminy Miejskiej Legionowo Legionowa w wieku 70+”**

**I. Ocena rejestracji**

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

**II. Ocena wizyty lekarskiej**

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

**III. Ocena porady pielęgniarskiej**

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

**IV. Ocena usług fizjoterapeuty/psychologa**

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość osoby udzielającej świadczeń?					

poszanowanie prywatności podczas udzielania świadczeń?					
staranność i dokładność udzielania świadczeń?					
sposób przekazania informacji dot. dalszych zaleceń?					

#### V. Ocena warunków panujących w przychodni

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

#### VI. Dodatkowe uwagi/opinie:

--

Załącznik 15

do Programu nr 1: **ZDROWY SENIOR – OPIEKA GERIATRYCZNA**

**DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIEJSKIEJ LEGIONOWO W WIEKU 70 +**

**Informacja dla lekarza POZ o uczestnictwie pacjenta w programie „Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Gminy Miejskiej Legionowo w wieku 70+”**

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

Ostateczne rozpoznanie/rozpoznania (wg ICD-10):

.....

Opis udzielonego świadczenia

.....

.....

.....

Wskazówki dla lekarza kierującego:

1. w zakresie diagnostyki

.....

.....

.....

.....

2. w zakresie farmakoterapii

.....

.....

.....

.....

3. inne

.....

.....

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza geriatry)

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

### **III. Termin i warunki realizacji zadań**

1. Zadania będzie realizowane w latach 2018 - 2020 r., a jego odbiorcą będą mieszkańcy z terenu Gminy Miejskiej Legionowo.
2. Zadanie powinno być zrealizowane z najwyższą starannością, zgodnie z zawartymi umowami oraz z obowiązującymi standardami i przepisami.
3. Zadanie należy realizować w taki sposób, by działaniami objęta była jak największa liczba uczestników.
4. W trakcie realizacji zadania, w ramach prowadzonego nadzoru merytorycznego, zwracana będzie szczególna uwaga na:
  - ▶ realizowanie zadania merytorycznego, zgodne z przyjętymi programami,
  - ▶ prawidłowe, rzetelne i terminowe sporządzanie rozliczeń finansowych i sprawozdań merytorycznych,
  - ▶ oszczędne i celowe wydatkowanie przyznanych środków publicznych,
  - ▶ informowanie społeczności lokalnej przez podmioty wykonujące świadczenia w zakresie powierzonego do realizacji programu zdrowotnego.



#### IV. Terminy i warunki składania ofert

1. Termin składania ofert: do dnia 03 sierpnia 2018 r. włącznie (decyduje data wpływu do Urzędu Miasta Legionowo).

2. Kompletna oferta powinna zawierać:

1) szczegółowo wypełniony formularz ofertowy według wzoru zawartego w ogłoszeniu

(nie ma obowiązku wypełnienia formularza w formie komputerowej),

2) oferta powinna zawierać następujące dokumenty i oświadczenia (załączniki):

**w przypadku oferentów prowadzących działalność gospodarczą:**

- Kserokopię aktualnego wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub rejestru podmiotów leczniczych, potwierdzoną za zgodność z oryginałem, opatrzoną aktualną datą, pieczęcią oraz podpisem osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu;

- Polisę bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu zdrowotnego;

- Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom. W przypadku spółki cywilnej należy dołączyć dodatkowo umowę spółki oraz dokument określający kto może reprezentować spółkę i zaciągać w jej imieniu zobowiązania finansowe oraz składać oświadczenia woli i jeśli nie wynika to wprost z umowy spółki.

- druk Oświadczenia Oferenta określony w załączniku Nr 1 do ogłoszenia.

**dodatkowo w przypadku oferentów składających ofertę jako organizacja pozarządowa:**

- kserokopię aktualnego Statutu, który zawiera informację, że zadanie na które składana jest oferta jest zbieżne z zadaniami określonymi statucie oraz aktualny wypis z KRS.

3. Ofertę wraz z wymaganymi dokumentami należy dostarczyć w zapieczętowanej kopercie, pocztą lub osobiście do Biura Obsługi Klienta, na adres:

Urząd Miasta Legionowo

ul. marsz. J. Piłsudskiego 41

05-120 Legionowo

***Na kopercie należy umieścić:***

- ▶ pełną nazwę wnioskodawcy i jego adres,
- ▶ pełny tytuł zadania,
- ▶ adnotację „Nie otwierać ofert przed posiedzeniem Komisji Konkursowej”.

4. Formularz ofertowy wraz z pozostałymi materiałami informacyjnymi, oferent może pobrać w formie papierowej w Wydziale Zdrowia Publicznego i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Legionowo lub w formie elektronicznej na stronie internetowej gminy ([www.legionowo.pl](http://www.legionowo.pl)), w zakładce Zdrowie – podzakładka Programy Zdrowotne.

5. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę dotyczącą danego przedmiotu postępowania.

## **V.**

### **Terminy i tryb wyboru ofert**

1. Oceny merytorycznej ofert dokona Komisja Konkursowa powołana przez Prezydenta Miasta Legionowo, która opiniując oferty będzie kierowała się kryteriami podanymi w punkcie V ust. 2. ogłoszenia.

2. Kryteria stosowane przy wyborze oferty:

Kryteria formalne:

- a) terminowość złożenia oferty,
- b) kompletność i prawidłowość złożonej dokumentacji.

Kryteria merytoryczne:

- a) cena realizacji zadania,
- b) wielkość populacji objętej programem,
- c) ocena programu pod względem sposobu prowadzenia zadania, jakości świadczonych usług, dostępność dla mieszkańców gminy do świadczonych usług, innowacyjności.

3. Konkurs rozstrzyga Prezydent Miasta Legionowo, po zapoznaniu się z opinią Komisji Konkursowej.

4. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie zamieszczone na tablicy ogłoszeń w Urzędzie Miasta Legionowo, w Biuletynie Informacji Publicznej ([www.bip.legionowo.pl](http://www.bip.legionowo.pl)), w zakładce „Konkursy, dotacje, oferty” oraz na stronie internetowej gminy ([www.legionowo.pl](http://www.legionowo.pl)), w zakładce Zdrowie – podzakładka Programy Zdrowotne.

5. Ogłaszający zastrzega sobie prawo do unieważnienia konkursu na każdym etapie postępowania bez podania przyczyny.

6. Każdy w terminie 30 dni od dnia ogłoszenia wyników konkursu, może żądać uzasadnienia wyboru lub odrzucenia oferty.

7. Oferent może złożyć w formie pisemnej odwołanie kierowane do Prezydenta Miasta Legionowo w terminie 7 dni roboczych od dnia ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert.

8. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

**9. Spodziewany termin rozpatrywania ofert 07 sierpnia 2018 r. w Urzędzie Miasta Legionowo.**

**VI. Dodatkowych informacji udziela:**

Ewa Milner-Kochańska

Naczelnik Wydziału Zdrowia Publicznego i Spraw Społecznych

tel. (22) 766 40 08 lub 766 40 90

Prezydent Miasta

/-/ mgr Roman Smogorzewski

**Oświadczenie oferenta**

**Oferent oświadcza, że:**

Zapoznał się z treścią Ogłoszenia Prezydenta Miasta Legionowo o otwartym konkursie ofert na realizatora w latach 2018-2020 programu polityki zdrowotnej pn. „Zdrowy senior – opieka geriatryczna dla mieszkańców Gminy Miejskiej w wieku 70+” przyjętego uchwałą Nr XLIII/599/2018 r. Rady Miasta Legionowo z dnia 30 maja 2018 r.

**oraz**

1. Akceptuje zasady realizacji programu polityki zdrowotnej określone przez Zamawiającego w warunkach konkursowych.
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. Osoby realizujące świadczenia w ramach programu polityki zdrowotnej posiadają kwalifikacje wymagane przez Zamawiającego.
4. Przedmiot programu polityki zdrowotnej mieści się w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez niego w świetle obowiązujących przepisów.
5. Przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuje się do:
  - a) zatrudnienia przy realizacji programu polityki zdrowotnej osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,
  - b) zabezpieczenia dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
  - c) udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
  - d) utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych - przez cały okres realizacji programu zdrowotnego oraz niezmnieszenia zakresu ubezpieczenia,
  - e) zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu zdrowotnego na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą oferta (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu i materiałów edukacyjnych, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń),
6. Złożona propozycja programu zdrowotnego nie jest i nie będzie finansowana z innych źródeł.
7.
  - a) zalega/ nie zalega\* z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych,
  - b) zalega/ nie zalega\* z opłacaniem należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne,
  - c) zalega/ nie zalega\* z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań w stosunku do Gminy Miejskiej Legionowo i jej jednostek organizacyjnych.

.....  
(data, miejscowość podpis osoby upoważnionej do składania  
oświadczeń woli w sprawach majątkowych oferenta,  
pieczęć oferenta)