



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 164/2017 z dnia 31 lipca 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Zdrowy senior -
opieka geriatryczna dla mieszkańców Gminy Miejskiej Legionowo w
wieku 70+”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Zdrowy senior - opieka geriatryczna dla mieszkańców Gminy Miejskiej Legionowo w wieku 70+”

Uzasadnienie

Zaproponowany projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń dla starszych mieszkańców gminy Legionowo. Swoimi założeniami wpisuje się on w założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020 i może wpłynąć na poprawę jakości życia wybranej populacji docelowej.

Cele programowe wymagają przeformułowania, gdyż w obecnym kształcie są trudne do osiągnięcia i zmierzenia. Mierniki efektywności natomiast nie budzą zastrzeżeń.

Populacja docelowa została przedstawiona poprawnie. Zaproponowane w projekcie interwencje są zgodne z rekomendacjami. Należy jednak podkreślić, że stanowią one działania już finansowane, zatem program ma na celu zwiększenie dostępności. Konieczne jest zatem określenie takich kryteriów włączenia do programu, które pozwolą na uniknięcie podwójnego finansowania danych świadczeń.

Monitorowanie i ewaluację zaplanowano poprawnie.

Budżet nie budzi zastrzeżeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu zdrowego starzenia się. Budżet programu został oszacowany na 276 750 PLN, zaś okres realizacji to lata 2018-2020.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Poddany ocenie projekt programu wpisuje się w aktualne priorytety zdrowotne MZ, jakimi są: „zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego” oraz „poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad



pacjentem w wieku podeszłym”. W sposób precyzyjny przedstawiono problematykę starzenia się społeczeństwa i występowanie najczęstszych jednostek chorobowych związanych z okresem starości.

W projekcie dokładnie przedstawiono informacje nt. najczęściej występujących schorzeń wieku senioralnego. Projekt zawiera również odniesienie do obecnej sytuacji w Legionowie w zakresie profilaktyki/ opieki geriatrycznej wskazując tym samym, że na terenie danego miasta nie są realizowane żadne programy dot. ww. tematyki.

Warto podkreślić, że zgodnie z informacjami, zamieszczonymi w „Raporcie na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 16/1/04/2017” Fundacji Watch Health Care (WHC, stan na luty/marzec 2017 r.), czas oczekiwania na świadczenia w geriatryi wydłużył się o blisko 2 miesiące w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego (tj. październik/listopad 2016). Obecnie kolejka w tej dziedzinie wynosi 7,1 miesiąca i jest to drugi najdłuższy czas oczekiwania w Polsce (zaraz po świadczeniach w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu – ponad 11 miesięcy).

Ponadto, wyniki raportu kontroli NIK 2015 wskazują, że w Polsce nie ma dobrze wypracowanego systemu geriatrycznej opieki medycznej nad osobami starszymi. Dostępność usług geriatrycznych jest niewystarczająca i jednocześnie brakuje powszechnych, wystandaryzowanych i kompleksowych procedur postępowania w opiece medycznej nad osobami w wieku podeszłym. Tym samym nie realizuje się podstawowych Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej (Uchwała nr 238 z dn. 24.12.2013 r.) oraz obserwuje się deficyt lekarzy geriatrów (liczba poradni/oddziałów geriatrycznych również została zredukowana).

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „poprawa jakości życia mieszkańców w wieku 70 lat i więcej poprzez zwiększenie dostępu do świadczeń z zakresu opieki geriatrycznej”. Należy mieć na uwadze, że sama jakość życia jest pojęciem względnym i złożonym, który odnosi się do wielu aspektów życia człowieka, zatem może być to cel trudny do zmierzenia. Projekt programu został uzupełniony o pięć celów szczegółowych, które ściśle korespondują z głównym założeniem i zaplanowanymi w ramach programu działaniami.

Mierniki efektywności są adekwatne do postawionych celów i nie budzą zastrzeżeń. Należy zaznaczyć, że wartości wskaźników powinny być określane przed i po realizacji programu, o czym też wspominają autorzy ocenianego projektu. Dodatkowo w ramach wskaźników, warto ustosunkować się również do liczby/odsetka osób starszych wśród których zastosowane interwencje terapeutyczne w ramach programu nie przyniosły żadnych efektów, bądź też spowodowały/ujawniły dodatkowe deficyty w stanie zdrowia/sprawności fizycznej i psychicznej wspomnianej populacji. Wydaje się to zasadne celem modyfikacji konkretnych działań terapeutycznych w przyszłości.

Populacja docelowa

Populację docelową projektu stanowią mieszkańcy Legionowa powyżej 70 roku życia, którzy spełniają podstawowe kryteria włączenia do udziału w programie. W projekcie wskazano, że działaniami informacyjnymi i wstępną kwalifikacją zostanie objętych ok. 300 osób, natomiast do dalszych etapów programu zostanie zakwalifikowanych 150 mieszkańców. Ograniczenia te zostały wprowadzone ze względu na możliwości finansowe gminy miejskiej.

Warto podkreślić, że jeden z ekspertów Klinicznego Centrum Medycznego Seniora w Łodzi wskazuje, iż grupę docelową programów profilaktyki geriatrycznej powinny stanowić zarówno osoby od 60 r.ż. (mimo iż są jeszcze czynne zawodowo), jak i osoby powyżej 70 r.ż. (aktywni społecznie, niezawodowo), co pozostaje w zgodzie z założeniami danego projektu.

Osobą odpowiedzialną za kwalifikację do udziału w programie będzie pielęgniarka (w placówce realizatora), która na podstawie dokumentacji medycznej pacjenta z poradni POZ oraz skali Barthel oceni sprawność funkcjonalną pacjenta oraz kwestię wielochorobowości. Wszystkie informacje zostaną uzupełnione w karcie uczestnictwa w programie, której wzór został załączony do projektu. Oprócz kwalifikacji przeprowadzanej przez pielęgniarkę, założono też podstawowe kryteria umożliwiające udział w programie, tj. miejsce zamieszkania – miasto Legionowo, wiek ≥ 70 lat,

obciążenie co najmniej 3 chorobami przewlekłymi oraz ocena w skali Barthel poniżej 85 punktów (na 100 możliwych). Nie jest jasne, dlaczego potencjalny uczestnik musi posiadać co najmniej trzy schorzenia przewlekłe.

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano dwuetapową realizację świadczeń z zakresu opieki geriatrycznej. Pierwszy etap stanowić będą konsultacje geriatryczne i pielęgniarские w ramach których, zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego 2013, wdrożone będą standardy postępowania i procedury medyczne w opiece geriatrycznej.

Podczas konsultacji lekarza geriatry, uczestnik programu zostanie poddany:

- ogólnemu badaniu i wywiadowi lekarskiemu,
- ocenie na podstawie skali Vulnerable Elders Survey 13 (VES-13) celem identyfikacji pacjenta geriatrycznego,
- zbadaniu stanu emocjonalnego poprzez Geriatryczną Skalę Oceny Depresji,
- ocenie funkcji poznawczych (test Abbreviated Mental Test Score),
- ocenie chodu i równowagi (test Tinetti oraz „wstań i idź”),
- ocenie stanu odżywienia (Mini Nutritional Assessment),
- ocenie sytuacji środowiskowej i zakresu otrzymywanego wsparcia od opiekuna przez pacjenta geriatrycznego (COPE).

Geriatra będzie zobowiązany do przeanalizowania wyników ww. narzędzi oraz dotychczasowego leczenia pacjenta celem ustalenia rozpoznania, modyfikacji lub redukcji farmakoterapii. Ww. wnioski zostaną przesłane do lekarza rodzinnego/lekarza POZ potencjalnego pacjenta, aby zachować ciągłość postępowania terapeutycznego.

W wyniku wyżej opisanej konsultacji geriatrycznej zgodnie ze wskazaniami lekarskimi potencjalny uczestnik zostanie zakwalifikowany do drugiego etapu programu. W ramach porady pielęgniarskiej, autorzy projektu przewidują realizację:

- ogólnego wywiadu z pacjentem, pomiarów antropometrycznych (np. BMI),
- umożliwienie dokonania samooceny stanu zdrowia przez pacjenta,
- oceny sprawności funkcjonalnej przy pomocy skal: Activities of Daily Living oraz Instrumental Activities of Daily Living.

Postępowanie to jest zgodne z wytycznymi PTG 2013, jak również wspomniana kompleksowa ocena funkcjonalna osób starszych poprzez zastosowanie m.in. skali ADL i IADL zalecana jest przez National Guideline Clearinghouse.

Jak wskazują rekomendacje PTG, pielęgniarские procedury diagnostyczno-terapeutyczne w zakresie geriatryki powinny polegać na udzielaniu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych przez pielęgniarkę. Nie jest jednak jasne, czy konsultacje geriatryczne i świadczenia pielęgniarские będą realizowane równolegle, czy też jako pierwsze zostaną wdrożone porady pielęgniarские, a następnie świadczenia lekarza geriatry celem kwalifikacji do kolejnego etapu w programie.

Trzeba podkreślić, że zarówno podczas wizyty u lekarza geriatry, jak i świadczeń pielęgniarских, uczestnicy programu będą poddani edukacji zdrowotnej w kierunku profilaktyki zdrowotnej, prewencji chorób, ale i odpowiedniego sposobu żywienia osób starszych. Jak wskazują odnalezione wytyczne, konieczne jest stworzenie pozytywnego obrazu okresu starości, który może nie tylko wpływać na stan zdrowia fizycznego i psychicznego populacji geriatrycznej, ale również na poglądy nt. starzenia się całego społeczeństwa. Bardzo istotne wydają się być działania edukacyjne obejmujące jak największą liczbę osób.

Na drugi etap w ocenianym projekcie składają się świadczenia terapeutyczne, które będą indywidualnie dostosowane do wymagań uczestników programu. Jak wspomniano wcześniej, za dobór odpowiedniego postępowania terapeutycznego odpowiedzialny będzie lekarz geriatra w pierwszym etapie programu. W projekcie przewidziano realizację trzech różnych cykli terapeutycznych w zależności od ww. kwalifikacji.

Pierwszy z nich dotyczyć będzie świadczeń fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjnych (10 godzinnych spotkań), gdzie oprócz oceny funkcjonalnej przeprowadzonej przez fizjoterapeutę przewiduje się także wdrożenie kinezyterapii i wydanie odpowiednich zaleceń, co do zaopatrzenia ortopedycznego/środków pomocniczych oraz dalszego postępowania w warunkach domowych. W ramach danego cyklu terapeutycznego zostanie przeprowadzona edukacja w zakresie obsługi sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego. Natomiast na ostatnim spotkaniu uczestnik zostanie poddany ponownej ocenie chodu i równowagi przy pomocy testu Tinetti i samoocenie stanu zdrowia, celem porównania wyników sprzed terapii.

Drugi cykl terapeutyczny uwzględnia realizację świadczeń psychologicznych, gdzie oprócz rozmów z pacjentem i jego rodziną/opiekunem, zostanie wdrożona indywidualna psychoterapia potencjalnego uczestnika (również 10 spotkań po 60 minut). Zaplanowano przeprowadzenie stosownych testów neuropsychologicznych i oceny potrzeb pacjenta i jego rodziny. Na ostatnim spotkaniu zostanie zweryfikowany ponownie stan emocjonalny uczestnika programu (skala GDS) oraz samoocena jego stanu zdrowia.

Ostatni cykl terapeutyczny jest kombinacją cyklu pierwszego i drugiego, stanowiąc tym samym 5 konsultacji fizjoterapeutycznych i 5 konsultacji psychologicznych.

Trzeba podkreślić, że zarówno konsultacje geriatryczne, jak i świadczenia rehabilitacyjne, tj. kinezyterapia są uwzględnione w wykazie świadczeń gwarantowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jak i rehabilitacji leczniczej, zatem istnieje ryzyko podwójnego finansowania wskazanych świadczeń.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja zostały w projekcie prawidłowo przedstawione. W ramach harmonogramu działań organizacyjnych w programie, będzie on na bieżąco monitorowany. Nie jest jednak jasne, kto będzie odpowiedzialny za ww. funkcję.

Monitorowanie programu zaplanowano poprawnie, uwzględniając zarówno ocenę zgłaszalności do programu jak i jakości udzielanych świadczeń.

Ocena efektywności programu została podzielona na krótkoterminową tj. coroczną oraz ocenę końcową. W projekcie wymieniono stosowne mierniki efektywności, które są adekwatne do postawionych wcześniej założeń. Zaznaczono również, że ewaluacja programu opierać się będzie na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w programie i po jego zakończeniu.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono ogólny harmonogram działań organizacyjnych. Zaznaczono, że realizator programu zostanie wybrany w ramach otwartego konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Określono również szczegółowe wymagania wobec ww. realizatora, jak również zakres kompetencji osób świadczących usługi w ramach programu.

Każdy etap działań w projekcie został szczegółowo opisany. Świadczenia będą realizowane w trybie ambulatoryjnym, natomiast uczestnik może zrezygnować z udziału w programie na każdym jego etapie. Sposób zakończenia udziału w programie, jak również sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych został przedstawiony w treści projektu.

W treści projektu przedstawiono dokładne zestawienie jego kosztów jednostkowych i całkowitych, uwzględniając źródła finansowania działań w programie. W projekcie oszacowano, że na wdrożenie wszystkich działań w programie zostanie przeznaczona kwota 276 750 zł, tj. 92 250 zł rocznie. Zgodnie z szacunkami liczbowymi w projekcie, koszt jednostkowy wdrożenia wszystkich

zaplanowanych działań u potencjalnego uczestnika wynosić będzie 600 zł (tj. akcja informacyjna – 5 zł, kwalifikacja do programu – 10 zł, konsultacja geriatryczna – 160 zł, porada pielęgniarki – 25 zł, świadczenia fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjne/psychologiczne – 10 spotkań – 400 zł). W przypadku uczestników, którzy nie zostaną zakwalifikowani do udziału w zaplanowanych interwencjach, tj. prawdopodobnie nie spełnią wszystkich kryteriów włączenia do programu, koszt ten zostanie ograniczony do 15 zł, tj. środków wydanych na akcję informacyjną i postępowanie kwalifikujące do programu. Przedstawiony budżet nie budzi zastrzeżeń.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Proces starzenia się istotnie wpływa na specyfikę chorobowości wśród osób w wieku geriatrycznym (powyżej 60 r.ż.). Pacjentów we wspomnianej grupie wiekowej charakteryzuje wielochorobowość i wielolekowość, jak również brak specyficzności objawów klinicznych występujących problemów zdrowotnych. Dlatego zasadnym jest utrzymanie właściwego poziomu sprawności funkcjonalnej (niezależności, samodzielności) celem zmniejszenia obciążenia systemu opieki zdrowotnej i społecznej wynikających z leczenia niesprawności.

Alternatywne świadczenia

Świadczenia w zakresie opieki geriatrycznej znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opieki długoterminowej, ale i rehabilitacji leczniczej.

Ocena technologii medycznej

Zgodnie z rekomendacjami w sprawie promocji praw osób starszych wydanymi w roku 2014 przez Komitet Ministrów (CM/Rec(2014)2), Państwa członkowskie powinny przedsięwziąć odpowiednie działania (w tym działania prewencyjne), na rzecz promowania, utrzymywania i poprawy stanu zdrowia oraz samopoczucia osób starszych. Osoby te powinny mieć zapewnioną odpowiednią opiekę medyczną, a także dostęp do wyspecjalizowanej opieki długoterminowej. Ponadto usługi opiekuńcze powinny być świadczone po cenach przystępnych dla osób starszych (z uwzględnieniem programów dofinansowujących, jeśli zachodzi taka potrzeba). Istotnym jest, aby opiekunowie osób starszych byli właściwie przeszkoleni oraz otrzymywali odpowiednie wsparcie w celu zapewnienia adekwatnej jakości świadczonych usług. Również opiekunowie nieformalni powinni otrzymać odpowiednie przeszkolenie oraz wsparcie, celem umożliwienia im właściwego świadczenia niezbędnej pomocy.

Rekomendacje kliniczne licznych towarzystw/organizacji naukowych wskazują na istotne znaczenie działań profilaktycznych w populacji osób w wieku geriatrycznym. Należą do nich m.in.: The Royal Australian College of General Practitioners (2016), National Institute for Health and Care Excellence (2015), American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program (2015), American Geriatrics Society (2015), Ministry of Health, Health Promotion Board (2015), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2015), Regional Health Council Tuscany Region (2015), Health Canada (2014), British Geriatrics Society (2014), American Occupational Therapy Association (2014), British Columbia Guidelines (2014), U.S. Preventive Services Task Force (2014), National Pressure Ulcer Advisory Panel; European Pressure Ulcer Advisory Panel; Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014), Michigan Quality Improvement Consortium (2013), Singapore Ministry of Health (2013), New Zealand Ministry of Health (2013).

Wytyczne wskazują, że zaplanowane terapie ruchowe/zajęciowe powinny oferować regularne sesje grupowe i/lub indywidualne, ukierunkowane na zaangażowanie pacjenta w proces wykonywania ćwiczeń mających na celu utrzymanie lub poprawę zdrowia/samopoczucia; sesje te powinny angażować także opiekunów osób starszych. Terapie powinny być prowadzone we właściwie dostosowanym do tego miejsca (dostępnym dla populacji docelowej).

Zajęcia sportowe powinny być prowadzone przez fizjoterapeutów, licencjonowanych (zarejestrowanych) specjalistów, instruktorów fitness, a także innych pracowników ochrony zdrowia, opieki społecznej, wolontariuszy itp. którzy posiadają odpowiednie kwalifikacje, umiejętności oraz doświadczenie w omawianym zakresie. Zaleca się także prowadzenie lokalnych programów aktywności fizycznej wśród osób starszych, uwzględniających przede wszystkim: szeroki zakres

ćwiczeń o umiarkowanej intensywności (np. zajęcia taneczne, spacer, pływanie); ćwiczenia wytrzymałościowe i odpornościowe skierowane głównie na osoby z zespołem słabości/kruchości; ćwiczenia rozciągające oraz zmniejszające napięcie; ćwiczenia te powinny odzwierciedlać preferencje osób starszych.

Osoby starsze powinny wykonywać 30-minutowe ćwiczenia przez 5 dni w tygodniu lub częściej (specjaliści prowadzący zajęcia powinny przekazywać instrukcje ich bezpiecznego wykonywania, a także wskazywać przykłady aktywności z życia codziennego). Zgodnie z zaleceniami osoby starsze powinny podejmować aktywność fizyczną niezależnie od wieku, wagi, problemów zdrowotnych czy też umiejętności.

Interwencje rekomendowane w przypadku pogorszenia funkcjonowania osób starszych: zachęcanie rodziny do udziału w opiece nad osobą starszą; wczesne skierowania na terapię ruchową/terapię zajęciową; konsultacje geriatryczne, przygotowywanie szczegółowych planów dnia osób starszych; wspieranie odpowiedniego stylu odżywiania. Model opieki geriatrycznej powinien uwzględniać: kształcenie pracowników sektora opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej wiedzy geriatrycznej; wyznaczenie czynników ryzyka występowania powikłań związanych z wiekiem; włączenie pacjenta oraz jego rodziny w proces planowania terapii oraz wyznaczania jej celów; wdrażanie interwencji, których skuteczność poparta jest dowodami naukowymi; wdrażanie wielodyscyplinarnego modelu komunikacji; podkreślenie roli opieki koordynowanej.

Wśród kluczowych elementów opieki ukierunkowanej na pacjenta w wieku starszym z chorobami przewlekłymi i/lub ograniczeniami w funkcjonowaniu wymienić należy: stworzenie zindywidualizowanego planu opieki (uwzględniającego zarówno preferencje pacjenta, jak i cele, które chciałby on osiągnąć), aktywną koordynację wszystkich osób odpowiedzialnych za zapewnianie usług zdrowotnych, a także ocenę wyników oraz poprawę jakości z wykorzystaniem informacji zwrotnych od pacjentów i ich opiekunów.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.150.2017 „Zdrowy senior - opieka geriatryczna dla mieszkańców Gminy Miejskiej Legionowo w wieku 70+” realizowany przez: Miasto Legionowo, Warszawa, lipiec 2017 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy z zakresu profilaktyki geriatrycznej - wspólne podstawy oceny” sierpień 2015. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 191/2017 z dnia 17 lipca 2017 roku o projekcie programu „Zdrowy Senior - opieka geriatryczna dla mieszkańców Gminy Miejskiej Legionowo w wieku 70+”