



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 285/2017 z dnia 10 października 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program
zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-
pomorskim”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Zaproponowany projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń dla starszych mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego. Opiniowany projekt wpisuje się w jeden z celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 tj. „Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się”. Narodowy program zakłada realizację „profilaktyki upadków u osób starszych” oraz „edukacji zdrowotnej w profilaktyce urazów i w promocji bezpieczeństwa”. Zatem działania zaproponowane w ocenianym programie są spójne z programem ogólnopolskim i mogą wpłynąć na poprawę jakości życia wybranej populacji docelowej.

Cele programowe wymagają przekonstruowania zgodnie z zasadą SMART. Należy odnieść się do oczekiwanych efektów programu oraz dopracować mierniki efektywności.

Populacja docelowa została przedstawiona poprawnie. Zaproponowane w projekcie interwencje są zgodne z rekomendacjami, jednak w niektórych przypadkach wymagają uszczegółowienia. Ponadto należy zwrócić uwagę, że w większości stanowią działania, które są już finansowane ze środków publicznych. Zatem konieczne jest określenie takich kryteriów włączenia do programu, które pozwolą na uniknięcie podwójnego finansowania wybranych świadczeń.

Monitorowanie i ewaluację programu należy doprecyzować.

Budżet warto zweryfikować pod kątem oszacowania i ujęcia w kosztorysie wszystkich kosztów jednostkowych zaplanowanych działań.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu aktywności fizycznej oraz rehabilitacji osób starszych. Budżet programu nie został oszacowany, zaś okres realizacji to miesiące marzec-grudzień 2018 r.

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

Opiniowany projekt wpisuje się w następujące priorytety: „zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego” oraz „poprawa jakości i skutecznej opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym” należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126). Problem zdrowotny przedstawiono w sposób prawidłowy.

W ramach opisu sytuacji epidemiologicznej dotyczącej problemu zdrowotnego przedstawiono m.in. wyniki badania PolSenior przeprowadzonego w latach 2008-2011 przez Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej w Warszawie. Badanie zrealizowane zostało wśród 5 695 osób zamieszkujących 221 gmin z terenu całej Polski. Oceniano sytuację zdrowotną, społeczną i ekonomiczną populacji polskiej w wieku 65 lat i więcej w porównaniu z grupą u progu starości, tj. w wieku 55-59 lat. Wykazano, że w ciągu roku, upadku doświadcza co czwarta osoba w wieku podeszłym, a wśród 80-latków problem dotyka jedną na trzy osoby.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego, w województwie kujawsko-pomorskim, w 2014 r., w populacji osób powyżej 65 r.ż. odnotowano ok. 1 589 hospitalizacji z powodu ww. chorób na 100 tys. ludności, co stanowiło 3. najniższą wartość wśród województw w Polsce.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie liczby upadków i urazów wśród osób po 60 r.ż. uczestniczących w programie”. Założenie główne wydaje się być istotne i mierzalne. Aczkolwiek należy zaznaczyć, że cel główny powinien być precyzyjnie zdefiniowany i zaplanowany w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Dodatkowo wskazano 3 cele szczegółowe. Jedno z założeń szczegółowych tj. „przygotowanie trenerów do pracy z osobami powyżej 60 r.ż.” wymaga przekonstruowania. Zostało przedstawione w formie działania, a nie rezultatu, jaki zamierza się osiągnąć w wyniku jego realizacji. Należy pamiętać, aby definiować cele zgodnie z regułą SMART, według której cel programowy powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

W projekcie nie określono oczekiwanych efektów. Należy zaznaczyć, że powinny one korespondować z celami programowymi i odnosić się do stanu, jaki zamierza się osiągnąć dzięki realizacji programu.

Mierniki efektywności wymagają dopracowania, ponieważ w obecnej postaci wydają się niewystarczające do dokonania obiektywnej i precyzyjnej oceny stopnia realizacji założonych celów. Miernik w postaci „% mieszkańców województwa uczestniczących w programie, u których wystąpił uraz spowodowany upadkiem w stosunku do populacji ogólnej” zastosować można do pomiaru stopnia realizacji celu głównego. W treści projektu podano, że wskaźnik ten będzie określany bezpośrednio po zakończeniu programu i po upływie 1 roku od jego zakończenia. Do celu w zakresie poprawy sprawności fizycznej odnieść można mierniki „liczba osób aktywnie uczestniczących w programie” oraz „wyniki dotyczące sprawności fizycznej uczestników programu”. Miernik w postaci „liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych” można po części odnieść do celu w zakresie zwiększenia wiedzy uczestników. Jednak wskaźnik ten będzie bardziej przydatny w ocenie zgłaszalności do programu. Zasadne jest, aby ocena wpływu działań edukacyjnych na poziom wiedzy uczestników prowadzona była poprzez porównanie wyników ankiety w zakresie omawianej tematyki, wypełnianej przed i po realizacji edukacji. W przypadku celu w zakresie przygotowania trenerów do pracy z osobami powyżej 60 r.ż. wskazano jedynie miernik w postaci „liczby przeszkolonych trenerów”. Należy zaznaczyć, że wartości wszystkich wskaźników powinny być określane przed i po realizacji programu.

Okres realizacji programu zaplanowano w miesiącach marzec-grudzień 2018 r. Wskazany przedział czasowy wydaje się zbyt krótki dla uzyskania trwałych efektów zdrowotnych. Należy zwrócić uwagę, iż dla osiągnięcia trwałych efektów zasadnym jest wdrażanie interwencji długofalowych, co przekłada się na trwałość prozdrowotnych zachowań uczestników programu.

Populacja docelowa

Populację docelową projektu stanowią osoby powyżej 60 r.ż. zameldowane na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Liczebność populacji ogólnej oszacowano na 2 086 210 osób, w tym 467 178 osób w wieku adresatów programu. Dane liczbowe przedstawione w projekcie nieznacznie różnią się od danych GUS. Liczebność populacji docelowej programu określono na 2 000 osób, co stanowi ok. 0,4% populacji kwalifikującej się do udziału w programie. W projekcie nie uargumentowano, na jakiej podstawie przyjęto wskazaną zgłaszalność do programu. Zaznaczono jedynie, że „liczba osób uzależniona jest od liczby zaangażowanych w program jednostek samorządu terytorialnego”. Kwestia ta wymaga wyjaśnienia.

W ramach programu założono również edukację trenerów, jednak nie wskazano liczby osób, jakie mają zostać przeszkolone, co powinno zostać uzupełnione.

Interwencja

W programie planuje się przeprowadzenie następujących działań: edukacji uczestników programu, badań kwalifikacyjnych i badań kontrolnych tj. testy sprawnościowe, testy psychologiczne, skład ciała, EKG, a także zajęć aktywności fizycznej (3-5 razy w tygodniu tj. ćwiczenia aerobowe, ćwiczenia oporowe, ćwiczenia gibkości (stretching), ćwiczenia równowagi) oraz szkolenia dla trenerów w zakresie aktywności fizycznej seniorów.

Edukacja uczestników programu będzie prowadzona na dwóch poziomach – bezpośrednio poprzez rozmowę z lekarzem, fizjologiem, trenerem, a także w sposób pośredni za pomocą ulotek, filmów edukacyjnych, strony internetowej oraz spotów edukacyjnych w telewizji. Nie przedstawiono dokładnego zakresu treści informacyjnych kierowanych do populacji docelowej. W rekomendacjach National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014) zwracano uwagę, że w ramach prowadzonych akcji informacyjno-edukacyjnych należy uwzględnić następujące obszary tematyczne: utrzymywanie zdrowia, odżywianie, higiena osobista, aktywność fizyczna oraz zwiększanie dziennej mobilności, bezpieczeństwo w miejscu zamieszkania, korzystanie z transportu miejskiego. Dodatkowo od uczestników należy pozyskiwać opinie o prowadzonych przez organizatorów działaniach m.in. w celu oceny poziomu motywacji uczestników. Zalecenia National Guideline Clearinghouse (NGC 2012) wskazują na istotę edukowania i zapewnienia dostatecznej informacji opiekunom/rodzinom osób starszych nt. ewentualnych przyczyn regresji funkcji życiowych pacjenta (osoby starszej) powiązanych z ostrymi i przewlekłymi schorzeniami. NGC sugeruje podjęcie wątku prewencji upadków i związanych z nimi urazów oraz ewentualnych powikłań. Zaznacza się istotny wkład opieki fizjoterapeutycznej oraz diety bogatej w odpowiednią ilość białka i kalorii. W projekcie podano informacje, że programem mają być także objęci opiekunowie osób starszych, jednak kwestia ta nie została rozwinięta w projekcie programu i nie jest do końca jasne, jaki zakres interwencji zostanie skierowany do opiekunów. Zasadnym jest aby w ramach edukacji uwzględnić powyższe rekomendacje i poruszyć tematykę prawidłowego odżywiania, higieny osobistej, aktywności fizycznej, a także bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania.

Badanie ogólnolekarskie, testy sprawnościowe, testy psychologiczne oraz ocena składu masy ciała mają być elementem kwalifikacji uczestników. W części budżetowej projektu dodatkowo wymieniono także badanie EKG. Należy jednoznacznie określić, jakie interwencje będą wykonywane w ramach kwalifikacji. Nie wyjaśniono zasadności wykonania m.in. testów psychologicznych ani oceny składu masy ciała. Nie wiadomo, na czym miałyby polegać ocena psychologiczna. Nie wskazano specjalizacji osoby/lekarza przeprowadzającej badania kwalifikacyjne. Ze względu na charakter programu, który obejmuje populację osób starszych i związane z tym zjawiska wielochorobowości, najbardziej uzasadnione wydaje się być przeprowadzenie kwalifikacji przez lekarza, co pozwoli na właściwe zakwalifikowanie do poszczególnych działań w programie, czy też wykluczenie z programu np. z powodu przeciwwskazań zdrowotnych do ćwiczeń fizycznych. Wszystkie powyższe kwestie wymagają doprecyzowania. Ponadto podczas zalecania wykonywania ćwiczeń fizycznych należy wziąć pod uwagę wszystkie zdrowotne czynniki ryzyka, które występują u danego pacjenta. W odnalezionych rekomendacjach zaleca się przeprowadzanie oceny ryzyka upadków (Ministry of Health, Health Promotion Board HPB-MOH 2015, NICE 2015, Royal Australian College of General

Practitioners RACGP 2012, Registered Nurses Association of Ontario RNAO 2011, American Geriatrics Society AGS, British Geriatrics Society BGS 2010). RACGP 2012 celem zapobiegania upadkom w danej populacji rekomenduje skrining w grupie średniego ryzyka (wszystkie osoby w wieku 65 lat i starsze) co 12 miesięcy, oraz w grupie umiarkowanie wysokiego ryzyka (osoby starsze z co najmniej jednym upadkiem w historii, które znajdują się w potencjalnej grupie zwiększonego ryzyka upadków) co 6 miesięcy. RACGP 2012 zaleca w tym celu przeprowadzenie analizy m.in.: historii upadków, wielolekowości lub zażywania specyficznych leków (np. narkotyczne leki przeciwbólowe, leki psychotropowe), osłabienia mięśni, zmniejszenia pola widzenia, zaburzeń chodu i równowagi, zaburzeń wzroku (włączając zaćmę), zaburzeń neurologicznych, zagrożeń środowiska domowego, problemów kardiologicznych itd. Istnieje wiele narzędzi oceny ryzyka upadku osoby starszej. Jednak zgodnie z aktualnymi badaniami nie ma jednego idealnego rozwiązania. W praktyce codziennej stosuje się test tzw. „wstań i idź!”, który polega na weryfikacji niestabilności pacjenta poprzez wstanie z krzesła (bez użycia rąk) i przejście 3 metrów w jedną i w drugą stronę. RNAO 2011 wskazuje na dodatkowe narzędzia oceny ryzyka upadków tj. skala upadków Morse’a, narzędzia oceny ryzyka STRATIFY oraz modelu ryzyka upadku Heindrich II. W związku z tym, że programem w zakresie ćwiczeń fizycznych ma być objętych jedynie 2 000 osób z całej możliwej do zakwalifikowania populacji, zasadnym byłoby, aby na podstawie oceny ryzyka upadków wytypować osoby najbardziej narażone na upadki, a następnie w pierwszej kolejności kwalifikować je do ćwiczeń aktywności fizycznej.

Odnosząc się do zajęć aktywności fizycznej należy zaznaczyć, że ich opis jest ogólny. Nie wynika z niego w sposób jednoznaczny, jakie dokładnie interwencje będą prowadzone w zakresie poszczególnych rodzajów aktywności fizycznej. Należy zaznaczyć, że u osób starszych z grup ryzyka nie zaleca się stosowania programów szybkiego marszu (Sherrington 2011). W metaanalizie Vlaeyen (2015) szczególnie efektywne, w redukcji osób ponownie upadających, okazały się interwencje wieloczynnikowe, w skład których wchodziły działania skupiające się na stosowaniu ćwiczeń, weryfikacji przyjmowanych leków, noszeniu odpowiedniego obuwia, czy przekazywaniu osobom uczestniczącym w programie informacji zwrotnej o podejmowanych przez nich działaniach. Zatem warto uszczegółowić działania w zakresie aktywności fizycznej i dostosować je do aktualnych zaleceń. Umiarkowana aktywność fizyczna dostosowana do indywidualnych potrzeb osób starszych jest powszechnie zalecana (HPB-MOH 2015, NICE 2014, NICE 2013, PolSenior 2012, Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council EPSCO 2012, RACGP 2012, World Health Organization WHO 2012, BGS 2011). Rodzaje ćwiczeń zaproponowanych w projekcie tj. ćwiczenia aerobowe, oporowe, rozciągające oraz równowagi są interwencjami rekomendowanymi w populacji osób starszych. Częstotliwość wykonywania ćwiczeń aerobowych oraz oporowych, zaproponowana przez w projekcie jest spójna z zaleceniami RACGP (2012). W rekomendacjach NICE (2014) wskazano natomiast, że osobom starszym należy zapewnić programy ćwiczeń odzwierciedlające ich preferencje. Zgodnie z tymi zaleceniami osobom starszym oraz opiekunom należy doradzić w jaki sposób bezpiecznie wykonywać ćwiczenia, a także podawać przykłady takich aktywności w życiu codziennym (np. zakupy, prace domowe, praca w ogrodzie, jazda na rowerze). Zatem zasadnym jest, aby aktywnie zaangażować opiekunów osób starszych.

Każdy uczestnik na zakończenie będzie miał wykonane badanie końcowe/kontrolne. Jednak nie określono dokładnie jego zakresu. Najprawdopodobniej będą to te same badania, które mają być przeprowadzane przy kwalifikacji do programu. Powyższa kwestia wymaga uszczegółowienia.

W ramach programu planuje się także szkolenia dla trenerów aktywności fizycznej seniorów. Przedstawiono tematykę i wskazano osoby odpowiedzialne za przeprowadzenie ww. szkoleń, jednak nie podano informacji o liczbie szkoleń. Warto także zaplanować test sprawdzający wiedzę uczestników szkoleń. We wnioskach z badania Międzynarodowego Instytutu Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie wskazano, że istnieje pilna potrzeba szkolenia innych grup zawodowych związanych z opieką zdrowotną, z pomocą społeczną, a szczególnie pielęgniarek fizjoterapeutów, psychologów, pracowników socjalnych i menedżerów opieki zdrowotnej, co powinno poprawić skuteczność ich działania i wpłynąć na obniżenie kosztów leczenia oraz wydatków na opiekę długoterminową (PolSenior 2012).

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja programu wymagają uzupełnienia. Należy pamiętać, że są to istotne elementy programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu jego przebiegu i postępu, ewaluacja natomiast jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

W ramach oceny zgłaszalności do programu nie przedstawiono żadnych wskaźników, które będą służyły ww. ocenie. Zatem należy zebrać dane w zakresie liczby osób chcących wziąć udział w programie oraz liczby osób zakwalifikowanych do poszczególnych jego etapów. Warto również odnieść się do liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie lub nie zostały zakwalifikowane, wraz ze wskazaniem przyczyn takiego stanu rzeczy.

Ocena jakości świadczeń ma zostać przeprowadzona na podstawie anonimowej ankiety, wypełnianej przez uczestników „w trakcie trwania interwencji”, a nie po ich zakończeniu, co wymaga wyjaśnienia. Należy zaznaczyć, że do treści projektu nie dołączono wzoru wspomnianego kwestionariusza, w związku nie była możliwa weryfikacja treści dokumentu.

Ewaluacja programu ma polegać na zbieraniu statystyk dotyczących upadków. Należy mieć na uwadze, że ocena efektywności programu powinna odzwierciedlać zdolność programu do efektywnej realizacji wyznaczonych celów. Jej planowanie powinno się natomiast opierać na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu. Przykładowym wskaźnikiem mogłaby być liczba urazów spowodowanych upadkami, a także stopień i rodzaj doznanego urazu wśród uczestników programu. Zasadne wydaje się, aby odnieść się również do wyników badań przeprowadzanych wśród uczestników podczas kwalifikacji do programu oraz na zakończenie udziału w programie. Warto również porównać uzyskane rezultaty z wynikami badania PolSenior. Jednak w tym przypadku zaobserwowanie wpływu ćwiczeń na ewentualne zmniejszenie się liczby upadków będzie możliwe dopiero w perspektywie wieloletniej. Należy również wspomnieć, że podobny program realizowany był w Bydgoszczy, w związku z czym zasadne wydaje się zestawienie wyników ewaluacji przedmiotowego projektu także z tym programem.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w ramach otwartego konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Jednak należy doprecyzować wymagania wobec realizatora oraz zakres kompetencji osób świadczących usługi w ramach programu.

W projekcie przedstawiono harmonogram działań organizacyjnych. Wątpliwości budzi długość drugiego etapu realizacji. Podano informację, że etap ten ma być wdrażany od 5. do 12. miesiąca, podczas gdy okres realizacji całego programu wynosi tylko 10 miesięcy. Ponadto należy uściślić sformułowania dotyczące ośrodka koordynującego i realizującego, a także zadania koordynatora. Uszczegółowienia wymaga także kwestia współpracy pomiędzy poszczególnymi szczeblami samorządu terytorialnego, które będą realizować program. Zasadnym wydaje się wskazanie, w jaki sposób zostanie przeprowadzony nabór trenerów aktywności fizycznej.

Odnosząc się do kryteriów kwalifikacji do programu należy zwrócić uwagę na sprecyzowanie kompetencji osób, które będą przeprowadzać kwalifikację. W projekcie wskazano, że do programu będą kwalifikowane osoby, które charakteryzują się odpowiednim wiekiem, są zameldowane na terenie odpowiedniej jst oraz posiadają odpowiedni wynik badania kwalifikacyjnego. Nie uściślono jednak, czym są „odpowiednie wyniki badania”, co należy uzupełnić.

Odniesiono się także do sposobu zakończenia udziału w programie, który nie budzi zastrzeżeń.

Koszt całkowity programu nie został oszacowany. Wskazano, że Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego przeznaczy na realizację programu 390 000 zł, zaś w przypadku samorządów niższego szczebla zadeklarowano kwotę 130 000 zł. Mając na uwadze powyższe można oszacować, że budżet programu wyniesie ok. 520 000 zł, jednak nie uwzględnia on wszystkich kosztów, np. kosztu wynajmu sal, które mają zostać pokryte ze środków finansowych samorządów niższego szczebla. Ponadto wątpliwości budzi kwestia zakupu m.in. „sprzętu do defibrylacji” ze środków samorządu

województwa, ponieważ w projekcie nie odniesiono się ani nie uzasadniono zakupu tego rodzaju urządzeń, nie jest jasne, ile sztuk planuje się zakupić oraz gdzie ww. sprzęt miałby być umieszczony. Środki pochodzące z budżetu samorządów niższego szczebla mają obejmować koszty prowadzenia grup ćwiczeniowych oraz jak wspomniano - koszty wynajmu sal. Jednak w przypadku wynajmu sal nie oszacowano wysokości kosztów. Główna interwencja programu tj. ćwiczenia dla osób starszych została opisana w części budżetowej bardzo pobieżnie – przedstawiono jedynie koszt całkowity bez wykazania kosztów pojedynczych planowanych interwencji, a także bez ich liczby. Koszt programu przypadający na 1 uczestnika oszacowano na ok. 260 zł. Należy zauważyć, że założenie to nie jest zasadne, gdyż nie wszyscy uczestnicy poddani zostaną wszystkim interwencjom przewidzianym do realizacji w ramach programu (np. w przypadku szkoleń dla trenerów). Zatem zasadnym wydaje się wyjaśnienie ww. kwestii i zweryfikowanie zaplanowanego kosztorysu.

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

Alternatywą dla interwencji realizowanych w programie mogą być świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 1522) tj. kinezyterapia – indywidualna praca ze świadczeniobiorcą, ćwiczenia wspomagane, ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, wyciągi, inne formy usprawniania (kinezyterapia), ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające. Fizjoterapia ambulatoryjna odbywa się na podstawie zlecenia wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych jednemu świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie.

Oceniany program dodatkowo obejmuje edukację uczestników, a także szkolenia dla trenerów prowadzących zajęcia aktywności fizycznej dla seniorów.

Ocena technologii medycznej

Zgodnie z rekomendacjami w sprawie promocji praw osób starszych wydanymi w 2014 r. 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, spacerowanie, 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 to m.in.: 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 oraz wdrażanie wielodyscyplinarnego modelu komunikacji, a także 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 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: OT.441.280.2017 „Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim” realizowany przez: województwo kujawsko-pomorskie, Warszawa, październik 2017, Aneksu do raportów szczegółowych „Programy z zakresu profilaktyki geriatrycznej - wspólne podstawy oceny” sierpień 2015 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 330/2017 z dnia 9 października 2017 roku o projekcie programu „Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim”.