



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 220/2018 z dnia 13 listopada 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program w zakresie
działań psychoedukacyjnych, profilaktyki i wczesnego wykrywania
chorób otępiennych wśród mieszkańców Powiatu Lubińskiego po 55
roku życia” realizowanego przez Powiat Lubiński**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program w zakresie działań psychoedukacyjnych, profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób otępiennych wśród mieszkańców Powiatu Lubińskiego po 55 roku życia” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Program może stanowić uzupełnienie świadczeń gwarantowanych w zakresie profilaktyki i wykrywania chorób otępiennych. Niemniej jednak w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości proszę rozważyć uwzględnienie poniższych uwag.

Zaproponowane cele programowe wymagają przeformułowania, tak aby były zgodne z koncepcją SMART. Mierniki efektywności należy zmodyfikować, aby odpowiadały celom programu.

Populację docelową określono w sposób poprawny i zgodnie z wytycznymi. Zaplanowane interwencje korespondują z wytycznymi klinicznymi, jednakże wymagają doprecyzowania. Należy także zwrócić uwagę, że istnieje ryzyko powielania świadczeń gwarantowanych. Ponadto zasadnym wydaje się włączenie w proces kwalifikacji do programu także lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy mogliby kierować pacjentów do udziału w programie.

Warto także zaznaczyć, że program polityki zdrowotnej powinien uzupełniać świadczenia gwarantowane i wspierać działania już realizowane. W tym celu możliwe jest prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, co zostało uwzględnione w projekcie. Istotne jest także, aby w ramach programu polityki zdrowotnej uwzględniać koordynację i organizację danych świadczeń realizowanych w regionie (np. poprzez stworzenie punktów informacyjnych, nadzór nad niepowielaniem tych samych świadczeń). Ponadto projekt powinien zapewniać ciągłość opieki w sytuacji konieczności kontynuacji leczenia. W takim kształcie projekt stanowić będzie wartość dodaną obowiązującego koszyka świadczeń gwarantowanych i może przyczynić się do zwiększenia ich optymalnego wykorzystania.

Monitorowanie i ewaluację programu należy uzupełnić zgodnie uwagami w niniejszej opinii.

Przedstawiony budżet wymaga weryfikacji i uzupełnienia w odniesieniu do poszczególnych kosztów jednostkowych planowanych interwencji. Ponadto w kosztorysie należałoby uwzględnić koszty monitorowania i ewaluacji programu.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program polityki zdrowotnej z zakresu neuropsychiatrii. Budżet zaplanowany na realizację programu oszacowano na 521 890 zł. Okres realizacji to lata 2018-2021.

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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), 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

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w priorytet zdrowotny „zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi” zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2018 poz. 469).

Opis problemu zdrowotnego został przedstawiony w sposób poprawny. W projekcie odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w przedmiotowym zakresie, przy nie przedstawiono danych na podstawie map potrzeb zdrowotnych (MPZ).

Zgodnie z danymi pochodzącymi z MPZ w zakresie chorób neurologicznych wieku podeszłego w Polsce w 2014 r. współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności w przypadku choroby Alzheimera i innych otępień wyniósł 125,8, a chorobowości rejestrowanej – 754,4. Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności w chorobie Parkinsona i innych zaburzeń ruchowych wynosił 100,0, a współczynnik chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności – 676,6. W przypadku województwa lubuskiego współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności w przypadku choroby Alzheimera i innych otępień wyniósł 114,20, a chorobowości rejestrowanej – 690,32.

Zgodnie z raportem Alzheimer Europe 2014, ekstrapoluje się, że w Polsce blisko 501 092 osoby posiadają chorobę otępienną, z czego 310 tys. stanowią chorzy na chorobę Alzheimera. Rozpowszechnienie otępień w Polsce, w populacji powyżej 65. r.ż. oscyluje więc w granicach 5,7% do 10%.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „podniesienie poziomu wiedzy, w okresie 3 lat trwania Programu, wśród 60% uczestników spotkań psychoedukacyjnych, osób 55+, mieszkańców Powiatu Lubińskiego, w zakresie możliwości profilaktyki i przeciwdziałania zachorowania na choroby otępienne oraz umożliwienie osobom wykazującym deficyty funkcji poznawczych wczesną diagnozę choroby i wprowadzenie procesu terapeutycznego”. Dodatkowo sformułowano 3 cele szczegółowe: „zwiększenie dostępności do wiedzy w zakresie możliwości przeciwdziałania wystąpienia chorób otępiennych wśród osób 55+, mieszkańców Powiatu Lubińskiego w okresie 3 lat trwania Programu, „poprawa dostępu do świadczeń medycznych z zakresu opieki psychologicznej dla osób z zaburzeniami funkcji poznawczych w Powiecie Lubińskim w okresie 3 lat trwania Programu”, „poprawa funkcjonowania zdrowotnego oraz społecznego osób z chorobami otępiennymi w Powiecie Lubińskim w okresie 3 lat trwania Programu”. Główne założenie programu oraz pierwszy z celów szczegółowych zostało zdefiniowane w sposób poprawny. Natomiast dwa pozostałe założenia szczegółowe sformułowano w sposób zbyt ogólny. Nie zdefiniowano pojęć związanych ze „świadczeniami z zakresu opieki psychologicznej” oraz „funkcjonowania zdrowotnego oraz społecznego”. Tym samym zaproponowane założenia programowe nie są w pełni zgodne z zasadą SMART, według której cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy. Ponadto w celach programu nie znalazła odniesienia interwencja w zakresie wczesnego wykrywania

chorób otępiennych przy pomocy testów MMSE oraz testu rysowania zegara. Zatem zasadne wydaje się przeformułowanie celów programowych zgodnie z powyższymi uwagami.

W projekcie wskazano 9 mierników efektywności, głównie o charakterze ilościowym, przy czym nie określono ich wartości docelowych. W projekcie nie wskazano mierników jakościowych związanych z celami dotyczącymi „zwiększenia dostępu do świadczeń” czy też „poprawy funkcjonowania zdrowotnego i społecznego”. Jeden z mierników odnoszący się do „wzrostu poziomu wiedzy w zakresie możliwości profilaktyki i przeciwdziałania zachorowania na choroby otępienne” został sformułowany niewłaściwie i swoją konstrukcją bardziej przypomina cel programu. W programie należałoby także uwzględnić mierniki odnoszące się ww. brakującego celu związanego z wykrywaniem chorób otępiennych (metodami MMSE oraz testem rysowania zegara). Jak wynika z opinii ekspertów klinicznych w programie należałoby także wykorzystać miernik dotyczący odsetka osób zdiagnozowanych w kierunku demencji (przy pomocy interwencji zawartych w programie), w stosunku do ogółu badanych osób.

Zgodnie z definicją mierniki efektywności powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary, adekwatnych do postawionych celów. Należy pamiętać, że mierniki efektywności powinny odnosić się do sytuacji sprzed i po wprowadzeniu programu. Zestawienie poszczególnych wyników pozwoli na zaobserwowanie zmian związanych z efektywnością programu.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią osoby w wieku powyżej 55 lat z obniżeniem funkcji poznawczych, mogących wskazywać na występowanie choroby otępiennej, mające stany/epizody depresyjne, labilność emocjonalną oraz poszukują wiedzy na temat możliwości wspomagania funkcji poznawczych, zamieszkałe na terenie powiatu.

Liczbę adresatów programu oszacowano na 34 986 osób, co pozostaje w zgodzie z danymi GUS za 2017 r. Działaniami edukacyjnymi ma zostać objęte 60% populacji docelowej (20 991 osób), a badaniami diagnostycznymi 40% populacji docelowej (13 994 osób). Jednakże nie uargumentowano, na jakiej podstawie przyjęto powyższe odsetki.

Wytyczne nie zalecają wykonywania badań przesiewowych w kierunku chorób otępiennych w przedmiotowym zakresie u osób bezobjawowych w wieku 65 lat i starszych (British Columbia Guidelines BCG 2016, Canadian Task Force on Preventive Health Care CTFPHC 2016, Royal Australian College of General Practitioners RACGP 2016, U.S. Preventive Services Task Force USPSTF 2014, Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie/Interdyscyplinarna Grupa Ekspertów Rozpoznawania i Leczenia Otępień PTA/IGERO 2011, Singapore Ministry of Health SMoH 2010). CTFPHC 2016 zaznacza, że powyższe zalecenie nie odnosi się do kobiet oraz mężczyzn wykazujących objawy, które mogłyby sugerować obecność zaburzeń poznawczych (tj. utrata pamięci, osłabienie zdolności językowych, koncentracji, widzenia, objawy behawioralne lub psychologiczne), bądź w przypadku których lekarze, rodzina lub przyjaciele podejrzewają obecność zaburzeń poznawczych. American Academy of Neurology (AAN 2017) zaleca wykonywanie badań przesiewowych w kierunku łagodnych zaburzeń poznawczych (MCI) wśród osób zgłaszających osobiście lub przez osobę bliską obawy dot. pamięci lub pogorszenia sprawności funkcji poznawczych. Z kolei wytyczne RACGP 2016 zaznaczają, że w przypadku osób w wieku > 65. r.ż., lekarze powinni być czujni na objawy demencji.

Ww. warunki udziału w programie są tożsame z kryteriami włączenia do programu i znajdują odzwierciedlenie w aktualnych wytycznych klinicznych. Zgodnie z rekomendacjami lekarze/opiekunowie powinni zwracać uwagę na osoby, których zachowanie może sugerować obecność zaburzeń poznawczych (tj. utrata pamięci, osłabienie zdolności językowych, koncentracji, widzenia, objawy behawioralne lub psychologiczne) (CTFPHC 2016, RACGP 2016, SMoH 2013).

Odnalezione rekomendacje nie precyzują szczegółowo grupy wiekowej w zakresie wczesnej diagnostyki zaburzeń poznawczych.

Zatem można przyjąć, że populacja docelowa została określona zgodnie z wytycznymi.

Interwencja

Planowane interwencje w ramach programu obejmują:

- działania psychoedukacyjne,
- wywiad z pacjentem (ewentualnie z rodziną),
- działania diagnostyczne (test MMSE, test rysowania zegara).

Działania psychoedukacyjne zaplanowano w formie spotkań z psychologiem. Zakres tematyczny edukacji zdrowotnej jest zgodny z wytycznymi RACGP 2016 i USPSTF 2014, w których zwraca się uwagę na odpowiednią suplementację produktów bogatych w kwasy Ω -3, w witaminę D, a także zwiększenie aktywności fizycznej, zaangażowania społecznego, treningu poznawczego/rehabilitacji, zaprzestania palenia tytoniu oraz ograniczenia czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Jednakże w projekcie nie określono, czy działania edukacyjne będą prowadzone indywidualnie czy grupowo oraz nie wskazano ram czasowych i liczby spotkań, co wymaga uszczegółowienia.

Odnosząc się do planowanego wywiadu z pacjentem, wskazano, że zostanie przeprowadzony przez magistra psychologii. Jednak nie określono zakresu przedmiotowego wywiadu. Wytyczne wskazują na zasadność uwzględnienia takiej wizyty, która poprzedza dalsze działania, ukierunkowane już na skryning w kierunku otępień. Diagnoza otępienia powinna zostać postawiona tylko po wszechstronnej ocenie, składającej się z: omówienia historii pacjenta, badania funkcji poznawczych, badania fizykalnego, przeglądu stosowanych przez pacjenta leków oraz innych stosowanych badań czyli szerszego zakresu niż przewidziano programie (NICE 2016, RNAO 2016, CREDOS 2011, NICE 2018). W procesie weryfikowania stanu pacjenta może brać udział jego rodzina, co także znajduje potwierdzenie w odnalezionych rekomendacjach. W projekcie programu pominięto rolę ewentualnego opiekuna osoby z objawami otępienia. Zarówno wytyczne jak i eksperci zwracają uwagę, że zarówno opiekun jak i rodzina pacjenta może przekazać istotne informacje na temat stanu zdrowia pacjenta. Ponadto późniejszy plan opieki nad pacjentem powinien zostać wdrożony we współpracy z rodziną/opiekunami i zespołem interdyscyplinarnym (RNAO 2016, CTFPHC 2016, RACGP 2016).

Następnie przewidziano badania testowe Krótką Skalą Oceny Stanu Psychicznego (MMSE) oraz Testem Rysowania Zegara.

Badanie MMSE będzie prowadzone przez psychologa. Jednak nie przedstawiono szczegółów dotyczących samego badania. Nie określono skali punktowej, która zostanie użyta podczas badania. Nie wskazano również, czy w programie zostaną wzięte pod uwagę takie czynniki jak wiek, wykształcenie, dotychczasowa aktywność zawodowa i społeczna, stan sprawności zmysłów wzroku i słuchu oraz stan emocjonalny. Zgodnie z odnalezionymi dowodami naukowymi (Creavin 2016), wytycznymi (PTA/IGERO 2011) oraz opiniami eksperckimi, wyniki skali MMSE powinny być skorygowane o powyższe czynniki. Należy podkreślić, że skala MMSE stanowi jedno z najbardziej rozpowszechnionych narzędzi do oceny funkcji poznawczych. Pamiętać jednak należy, że sam wynik testu MMSE lub innej, krótkiej oceny funkcji poznawczych, nie może być podstawą rozpoznania lub wykluczenia otępienia, ale jedynie jego podejrzenia (PTA/IGERO 2011, NICE 2006, NICE 2016, USPSTF 2014, CREDOS 2011). Większość odnalezionych przeglądów i metaanaliz (Lin, USPSTF 2013, Creavin 2016, Tsoi 2017) potwierdza przydatność diagnostyczną testu MMSE szacując czułość na poziomie 71%-88,3% oraz swoistość w przedziale 74%-90%.

Test rysowania zegara, podobnie jak test MMSE, będzie prowadzony przez psychologa. Należy jednak zaznaczyć, że nie określono, w jaki sposób planuje się weryfikować wyniki tego testu. Należy zaznaczyć, że istnieje szereg metod oceny testu (skale Shulmana, Sunderlanda, Watsona). Zgodnie z wynikami metaanalizy Park 2018 stwierdza się, że skala Shulmana była najbardziej czuła i swoista w ocenie wyników testu rysowania zegara, a co za tym idzie uznano ją za najbardziej przydatną w testach poznawczych w kierunku wykrywania otępień. Uznano również, że test rysowania zegara jest prosty i łatwy do wykonania przez pacjenta, zajmuje niewiele czasu, ma prostą metodę oceny i może badać ogólne cechy poznawcze u pacjenta. Jest to dobre narzędzie do wykorzystywania

w ośrodkach POZ czy też domach opieki. Wytyczne PTA/IGERO 2011, USPSTF 2014, RACGP 2016 oraz eksperci kliniczni również rekomendują ww. test do stosowania w celu wykrycia otępień.

W przypadku potrzeby pogłębienia wiedzy na temat funkcjonowania poznawczego u pacjenta mogą dodatkowo zostać wykonane: badanie sprawności pamięci i uczenia się (test uczenia się Rey'a, TPW Bentona), badanie sprawności uwagi dowolnej (Test Łączenia Punktów), badanie funkcji wzrokowo-przestrzennych (Figura Rey'a), badanie funkcji językowych (Test Fluencji Słownej, Bostoński Test Nazywania), badanie myślenia i zdolności rozwiązywania problemów. Jednak nie wskazano, jakie warunki będzie musiał spełnić pacjent, aby zostały u niego przeprowadzone dodatkowe testy. Nie określono również rodzaju podejrzewanych zaburzeń poznawczych, w ramach których planuje się wykorzystywać ww. testy.

Ponadto należy podkreślić, że porada psychologiczna diagnostyczna – udzielana z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi psychologicznych, rozpoczynająca lub weryfikująca proces diagnostyczno-terapeutyczny należy do świadczeń gwarantowanych. W ramach porady psycholog m.in. może dokonać oceny procesów poznawczych. Zatem istnieje ryzyko powielania świadczeń gwarantowanych.

Po przeprowadzeniu testów psycholog omówi z pacjentem wyniki. W przypadku stwierdzenia deficytów funkcjonowania poznawczego pacjent otrzyma skierowanie do pogłębienia diagnostyki u lekarza neurologa lub/i psychiatry. Jeżeli psycholog uzna, że pacjent posiada niewielkie deficyty lub gdy jego stan funkcjonowania poznawczego będzie prawidłowy, zostaną przedyskutowane z nim możliwości zastosowania metod psychologicznych usprawniających funkcje poznawcze, wdrożenia leczenia farmakologicznego, zastosowania zaawansowanej terapii psychologicznej stymulującej procesy poznawcze lub skojarzonej formy obu tych metod terapeutycznych. Zgodnie z wytycznymi leczenie farmakologiczne powinno stanowić kolejny etap w terapii z pacjentem, już w ramach opieki specjalistycznej (RNAO 2016). Należy zaznaczyć, że ta forma leczenia powinna być określana przez lekarza, a nie przez psychologa jak ma to miejsce w ocenianym programie. Poza tym warto podkreślić, że rozpoznanie otępienia jest wskazaniem do przeprowadzenia dalszych badań zmierzających do ustalenia prawdopodobnej przyczyny otępienia, ale nie jest wystarczającą podstawą do podjęcia leczenia farmakologicznego (PTA/IGERO 2011). Zatem zaplanowany schemat postępowania z pacjentem nie jest do końca zgodny z wytycznymi i wymaga korekty.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie zaplanowano monitorowanie i ewaluację, jednakże wymagają one uzupełnienia.

Ocena zgłaszalności ma się opierać na podstawie zaproponowanych wskaźników efektywności. Ponadto ekspert kliniczny wskazuje na zasadność monitorowania liczby pacjentów zgłaszających problem „z pamięcią”, liczby pacjentów przebadanych wg kryterium wieku 65+ w tym liczba kobiet przebadanych wg kryterium wiekowego oraz liczby osób przebadanych wg kryterium dodatkowych zagrożeń chorobami: cukrzycą, itd.

Ocena jakości świadczeń zostanie przeprowadzona na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji, co jest działaniem prawidłowym. W opinii eksperta klinicznego ocena jakości powinna także uwzględnić opiekunów osób z otępieniami, co nie zostało ujęte w programie.

W ramach ewaluacji programu analizowana będzie „skuteczność założonych celów szczegółowych”. W ramach ewaluacji zostaną również wykorzystane „wskaźniki liczbowe, pozwalające na ocenę ilościową przeprowadzonego programu”, wyznaczone na podstawie sprawozdania końcowego. Należy wskazać, że zapisy projekty dotyczące ewaluacji są niejasne i niedoprecyzowane. W projekcie brakuje bezpośredniego odniesienia do ewaluacji działań psychoedukacyjnych prowadzonych wśród pacjentów. Ekspert kliniczny zwraca także uwagę na zasadność oceny jakości życia pacjentów.

Należy pamiętać, że ewaluacja jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań. Zatem należy zaproponować mierniki efektywności, które pozwolą na pomiar stopnia realizacji poszczególnych celów programowych, zgodnie z wcześniejszymi uwagami.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Odniesiono się do kompetencji i wymagań wobec realizatora programu.

W projekcie przedstawiono etapy realizacji programu. Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej z udziałem instytucji i placówek, które działają na rzecz osób starszych w Lubinie.

Zakończenie udziału w programie ma nastąpić po przeprowadzeniu testów diagnostycznych i omówieniu wyników z pacjentem. Pacjenci z wykrytym otępieniem zostaną poinformowani o konieczności dalszego leczenia i skierowani do odpowiedniej poradni specjalistycznej (neurologiczna i/lub psychiatryczna) w ramach NFZ. Zakończenie udziału w programie powinno być możliwe na każdym jego etapie na życzenie uczestnika. W projekcie przedstawiono niespójne zapisy dotyczące postępowania z pacjentami, u których nie wykryto choroby otępiennej, co wymaga doprecyzowania.

Koszt całkowity realizacji programu oszacowano na 521 890 zł. Określono koszty jednostkowe poszczególnych interwencji: psychoedukacja – 1,43 zł/os., badanie diagnostyczne – 35 zł/os. Koszt promocji programu w skali roku oszacowano na 700 zł. Całkowity koszt prowadzenia psychoedukacji oszacowano na 30 000 zł. Jednak w projekcie nie określono, czy psychoedukacja będzie prowadzona indywidualnie czy grupowo. Cena rynkowa za prowadzenie porady psychoedukacyjnej w przypadku porady indywidualnej oscyluje w granicach 100 zł, a grupowej – 70 zł. W przypadku kosztu badania diagnostycznego nie wskazano, czy w ramach przyjętej kwoty będzie możliwość wykonania interwencji określonych jako dodatkowe (m.in. testu uczenia się Rey'a, Figury Rey'a, TPW Bentona). W kosztorysie nie uwzględniono kosztów planowanego wywiadu z pacjentem/rodziną. Ponadto w budżecie należy uwzględnić koszty ewaluacji i monitorowania programu.

Projekt ma zostać sfinansowany z budżetu powiatu. Przy czym w projekcie przedstawiono zapis o możliwości finansowania programu ze środków zewnętrznych pochodzących z programów dedykowanych dla profilaktyki zdrowotnej dla jednostek samorządu. Jednakże nie odniesiono się do powyższej kwestii w sposób szczegółowy.

Reasumując, budżet programu wymaga weryfikacji i doprecyzowania zgodnie z powyższymi uwagami.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Łagodne zaburzenia poznawcze (w klasyfikacji ICD-10 kod F06.7) charakteryzują się upośledzeniem pamięci, trudnościami w uczeniu się i ograniczoną zdolnością do koncentrowania się na zadaniu przez dłuższy okres czasu. Ponadto chorzy na MCI często odczuwają wyraźne uczucie zmęczenia psychicznego przy próbie wykonania zadań umysłowych, a uczenie się nowych rzeczy wydaje się im trudne (nawet jeśli obiektywnie jest efektywne). Klasyfikacja WHO pozwala na diagnozę MCI tylko w przypadku konkretnej choroby somatycznej, natomiast nie należy jej stawiać w obecności jakichkolwiek zaburzeń psychicznych lub behawioralnych klasyfikowanych jako F10-F99.

Częstość występowania MCI w populacji osób w wieku podeszłym (> 65 roku życia) szacuje się na 15-20 %, przy czym obserwuje się podobną, jak w przypadku otępień, zależność od wieku. Trudności z określeniem jednolitych, czytelnych kryteriów diagnostycznym dla MCI, są zapewne podstawową przyczyną znacznych rozbieżności w wynikach uzyskanych w ocenach epidemiologicznych schorzenia.

Alternatywne świadczenia

Zakres świadczeń gwarantowanych w ramach opieki psychiatrycznej został określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z dnia 6 listopada 2013 r. (Dz.U. 2013 poz. 1386 z późn. zm.).

Ocena technologii medycznej

Odnalezione wytyczne nie zalecają wykonywania badań przesiewowych w kierunku chorób otępiennych u osób bezobjawowych (British Columbia Guidelines BCG 2016, Canadian Task Force on Preventive Health Care CTFPHC 2016, The Royal Australian College of General Practitioners RACGP 2016, U.S. Preventive Services Task Force USPSTF 2014). Wytyczne UK National Screening Committee (UK NSC 2015) wskazują, że na każde 100 osób w wieku powyżej 65 lat, ok. 7 cierpi na demencję.

W przypadku osób w wieku powyżej 65. r.ż., lekarze powinni być czujni na objawy demencji. Diagnoza otępienia powinna zostać postawiona tylko po wszechstronnej ocenie, składającej się z: omówienia historii pacjenta, badania funkcji poznawczych, badania fizykalnego, przeglądu stosowanych przez pacjenta leków oraz innych stosownych badań (National Institute for Health and Clinical Excellence NICE 2016, Registered Nurses' Association of Ontario RNAO 2016, Clinical Research for Dementia of South Korea CREDOS 2011).

Zakres diagnostyki i leczenia musi być dostosowany do stanu chorego, uwzględniać stopień zaawansowania otępienia, możliwość współpracy pacjenta w procesie diagnostyczno-terapeutycznym oraz rehabilitacji (Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie PTA / Interdyscyplinarna Grupa Ekspertów Rozpoznawania i Leczenia Otępień IGERO 2011).

W trakcie tego postępowania powinny zostać wykorzystane standaryzowane narzędzia przede wszystkim test MMSE i skale ocen funkcjonowania. Pamiętać jednak należy, że sam wynik testu MMSE lub innej, krótkiej oceny funkcji poznawczych, nie może być podstawą rozpoznania lub wykluczenia otępienia, ale jedynie jego podejrzenia (NICE 2016).

Osoby, które powinny być przesiewane w kierunku chorób otępiennych to: osoby z postępującymi objawami zaburzeń poznawczych oraz zachowaniem sugerującym demencję; pacjenci, którzy wzbudzili szczególną uwagę swoich opiekunów co do umiejętności poznawczych, pomimo niezgłaszanych dolegliwości przez samych pacjentów. Występowanie choroby otępiennej powinno być ocenione w wyniku kompleksowej, pełnej ewaluacji pacjenta. Podejście to umożliwi wczesne postawienie diagnozy, ocenę ewentualnych komplikacji i ustalenie przyczyny demencji (zalecane przez większość rekomendacji i wytycznych) (Singapore Ministry of Health SMoH 2013).

Lekarz powinien ocenić wszystkie czynniki, które mogły spowodować zaburzenia funkcji poznawczych. Lekarz POZ może zwrócić się do specjalisty w celu potwierdzenia diagnozy, diagnostyki różnicowej oraz w celu ustalenia dalszego postępowania (RHC 2011). Poprawne (wiarygodne) postawienie rozpoznania otępienia wymaga specjalistycznej wiedzy i doświadczenia badającego. Brak takiej wiedzy i doświadczenia powinien skłaniać lekarza lub psychologa do skierowania chorego na odpowiednią konsultację.

Lekarze w przypadku pacjentów, którzy zgłaszają osobiście lub przez osobę bliską obawy dotyczące pamięci lub pogorszenia sprawności funkcji poznawczych, powinni dokonać u nich oceny możliwości występowania MCI. Lekarze nie mogą zakładać, że pogorszenie funkcji poznawczych powiązane jest ze zmianami obserwowanymi w normalnym procesie starzenia się (AAN 2017).

Rozpoznanie otępienia jest niezbędnym elementem rozpoznania choroby Alzheimera. Rozpoznając inne rodzaje otępień, w których zaburzenia pamięci mogą nie być objawem wiodącym należy posługiwać się specyficznymi kryteriami diagnostycznymi tych chorób (IGERO 2011).

Należy opracować zindywidualizowany plan opieki, który dotyczy behawioralnych i psychicznych objawów demencji i/lub potrzeb osobistych pacjenta. Wykorzystane powinny zostać w pierwszej kolejności metody niefarmakologiczne, które wybrane są zgodnie z: preferencjami pacjenta, objawami, stadium demencji, potrzebami pacjenta, konsultacjami z rodziną/opiekunami oraz interdyscyplinarnym zespołem, stałą obserwacją pacjenta. Pacjentom, a także członkom ich rodziny, opiekunom zapewniona powinna zostać edukacja oraz wsparcie (w odniesieniu do potrzeb danej osoby oraz stadium demencji) (RNAO 2016).

Odnalezione dowody naukowe (Lin, USPSTF 2013) wskazują, że najlepszym narzędziem w wykrywaniu funkcji poznawczych u osób powyżej 69 r.ż. okazał się test MMSE, charakteryzujący się czułością wynoszącą 88,3% i swoistością 86,2%. Test rysowania zegara, Mini-Cog, MIS, SPMSQ, AMT,

FCSRT, 7MS, TICS, IQCODE charakteryzowały się także akceptowalnymi rezultatami, jednak mniej dowodów potwierdza stosowanie tych testów, a także mają ograniczoną odtwarzalność wśród populacji podstawowej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych programy wczesnego wykrywania otępień powinny być prowadzone i finansowane przez samorządy, ponieważ prawidłowo przygotowane programy pozwalają na wczesne wykrycie i leczenie przynajmniej części otępień, co przedłuża samodzielne funkcjonowanie chorych na wszystkich polach, zmniejsza potrzebę opieki innych osób, redukuje koszty zdrowotne i społeczne.

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 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: OT.441.188.2017 „Program w zakresie działań psychoedukacyjnych, profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób otępiennych wśród mieszkańców Powiatu Lubieńskiego po 55 roku życia” realizowany przez: Powiat Lubieński, Warszawa, listopad 2018; Aneksu „Wczesne wykrywanie otępień lub innych zaburzeń funkcji poznawczych – wspólne podstawy oceny”, listopad 2018 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 296/2018 z dnia 13 listopada 2018 roku o projekcie programu „Program w zakresie działań psychoedukacyjnych, profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób otępiennych wśród mieszkańców Powiatu Lubieńskiego po 55 roku życia”.