



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 43/2021 z dnia 6 sierpnia 2021 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Poprawa stanu**  
**zdrowia opiekunów osób starszych i niesamodzielnych z terenu**  
**Miasta Słupska na lata 2022-2030”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Poprawa stanu zdrowia opiekunów osób starszych i niesamodzielnych z terenu Miasta Słupska na lata 2022-2030”.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada przeprowadzenie działań edukacyjnych w populacji opiekunów osób starszych i osób niesamodzielnych. Głównym celem programu jest poprawa stanu zdrowia opiekunów. Idea programu odpowiada kwestii, która rzadko w programach polityki zdrowotnej jest adresowana i z pewnością warto odpowiadać tym potrzebom zdrowotnym. Niemniej opiniowany projekt programu polityki zdrowotnej nie uwzględnia szczegółowych informacji o kluczowych elementach programu, przedstawionych w sposób wyczerpujący. W projekcie nie wskazano w jaki sposób wzrost poziomu wiedzy i umiejętności z zakresu sprawowania opieki miałyby przełożyć się na poprawę stanu zdrowia opiekunów. Należy zatem uznać, że przy zaproponowanym brzmieniu programu, planowane interwencje nie prowadzą do osiągnięcia celu głównego.

Pod uwagę wzięto również, że w projekcie nie przedstawiono danych z zakresu potrzeb zdrowotnych w populacji opiekunów osób starszych i osób niesamodzielnych oraz nie wskazano grupy, w której interwencje miałyby być prowadzone i występują niezaspokojone potrzeby zdrowotne.

Opis sugeruje występowanie w projekcie licznych niespójności, które warto zweryfikować. Wśród najważniejszych należy wskazać rozbieżność między kryteriami włączenia a przedstawianą populacją docelową. Kryteria włączenia do programu oparte są o deklarację sprawowania opieki nad „osobą starszą lub niesamodzielną lub niepełnosprawną”. Należy jednak podkreślić, że nie każda osoba starsza czy niepełnosprawna jest osobą wymagającą opieki. Zarazem liczebność populacji docelowej została oszacowana wyłącznie w oparciu o liczbę osób starszych, które objęte są działaniami Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie, co może sugerować znaczne niedoszacowanie rzeczywistych potrzeb w przedmiotowym zakresie.

Opis interwencji edukacyjnej jest niewystarczający, aby wydać pozytywną opinię. Nie przedstawiono zakresu tematycznego, liczby i czasu trwania spotkań ani metod i form



pracy. Wskazano jedynie, że elementy te będą ustalane „w zależności od bieżących potrzeb”, co jest podejściem niepoprawnym. Przygotowanie projektu powinno zostać poprzedzone wstępną diagnozą potrzeb, dla których zaspokojenia zaplanowane zostaną stosowne interwencje.

Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej za pośrednictwem strony internetowej i mediów społecznościowych. Eksperti wskazali, że przyjęcie takiej formy jest niezasadne, a jako właściwe rozwiązanie wskazują bezpośrednie dotarcie do osób potrzebujących wsparcia.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez miasto Słupsk, zakładający przeprowadzenie świadczeń zdrowotnych oraz edukacyjnych w grupie opiekunów osób starszych i niesamodzielnych. Program ma być realizowany w latach 2022-2030. Koszty całkowite oszacowano na 930 976 zł.

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 2021 r. poz. 1285, 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

Projekt programu odnosi się do problemu społecznego – wsparcia opiekunów osób starszych i osób niesamodzielnych. W opisie problemu zdrowotnego przedstawiono wybrane aspekty związane z potrzebami opiekunów osób starszych i niesamodzielnych.

W projekcie przytoczono następującą definicję osoby niesamodzielnej: „osoba, u której z powodu naruszenia sprawności organizmu stwierdzono konieczność stałej albo długotrwałej opieki lub/i pomocy innych osób w zakresie: odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała, higieny osobistej i otoczenia oraz prowadzenia gospodarstwa domowego”. Jednocześnie z treści projektu wynika, że dotyczy on również opiekunów samodzielnych osób starszych, przy czym nie przedstawiono definicji osoby starszej.

Projekt bezpośrednio nie realizuje żadnego z priorytetów zdrowotnych wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 469).

Projekt zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego została opisany problem zdrowotny. Przedstawione pozycje nie budzą zastrzeżeń.

W projekcie nie przedstawiono danych z zakresu potrzeb zdrowotnych dotyczących bezpośrednio populacji docelowej, tj. opiekunów osób starszych i niesamodzielnych.

#### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „poprawa kondycji zdrowotnej opiekunów osób starszych i niesamodzielnych w aspekcie psychicznym i fizycznym”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania określonych potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Cel główny programu został sformułowany w sposób zbyt ogólny, przez dobór mierników efektywności może być utrudniony. W projekcie nie przedstawiono w jaki sposób zostanie wykonany początkowy i końcowy pomiar „kondycji zdrowotnej” oraz jakie są kryteria interpretacji zmiany opisanej jako „poprawa”. Należy dążyć, aby poprawa była nie mniejsza niż minimalna różnica istotna klinicznie. Należy wskazać, że na stan zdrowia grupy docelowej mają potencjalnie wpływ liczne czynniki, które wykraczają poza działania zaplanowane w programie, a tym samym będą one zaburzały

ocenę jego efektywności. Zaproponowane brzmienie celu głównego nie zawiera wartości docelowej, do której uzyskania dąży się w czasie realizacji programu.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „wzrost wiedzy na temat wsparcia i pomocy dla opiekunów oferowanej przez Miasto Słupsk”;
- (2) „wzrost umiejętności opiekunów w zakresie opieki nad osobą starszą lub niesamodzielną”;
- (3) „zwiększenie świadomości znaczenia aktywności fizycznej opiekunów dla zachowania zdrowia”;
- (4) „zwiększenie świadomości znaczenia badań profilaktycznych w celu zachowania zdrowia”;
- (5) „zwiększenie wiedzy w zakresie prozdrowotnego stylu życia”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Cel szczegółowy nr 1 nie odnosi się do poprawy „kondycji zdrowotnej”, a tym samym nie stanowi elementu warunkującego osiągnięcie celu głównego. Cel szczegółowy nr 2 dotyczy wzrostu umiejętności praktycznych, lecz w projekcie nie przedstawiono sposobu potwierdzenia uzyskania wyższych kompetencji uczestnika w tym zakresie. Cele szczegółowe nr 3 i 4 odnoszą się do „zwiększenia świadomości”, co jest wartością trudno mierzalną. Możliwy jest pomiar wzrostu poziomu wiedzy, tak jak podano w celu szczegółowym nr 5. Należy wskazać, że cele szczegółowe nr 3, 4 i 5 odnoszą się do różnych obszarów tematycznych zawartych w jednej interwencji edukacyjnej, a zatem możliwe jest połączenie ich w jeden cel szczegółowy, który odniesie się do ogółu omawianego materiału. W żadnym z celów nie przedstawiono wartości docelowej, która ma być uzyskana po realizacji programu, co jest podejściem nieprawidłowym.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności interwencji:

- (1) „liczba opiekunów, u których stwierdzono poprawę kondycji zdrowotnej w aspekcie psychicznym i fizycznym w stosunku do wszystkich uczestniczących w programie opiekunów”;
- (2) „liczba osób biorąca udział w szkoleniu dotyczącym infrastruktury pomocy społecznej, usług społecznych, programów wspierających aktywność osób starszych na terenie miasta Słupska”;
- (3) „liczba osób, która wzięła udział w spotkaniach ze specjalistami z zakresu pierwszej pomocy oraz opieki nad pacjentem, wsparcia psychicznego, edukacyjnego, nt. funkcjonowania rodziny”;
- (4) „liczba opiekunów, która deklaruje aktywność fizyczną w celu zachowania zdrowia, w stosunku do wszystkich uczestniczących w programie opiekunów”;
- (5) „liczba opiekunów, która deklaruje korzystanie z badań profilaktycznych w celu zachowania zdrowia, w stosunku do wszystkich uczestniczących w programie opiekunów”;
- (6) „liczba osób biorąca udział w spotkaniach prozdrowotnych”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Oba przedstawione wskaźniki nie spełniają funkcji miernika efektywności, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania. Miernik efektywności nr 1 został sformułowany poprawnie, jednak w projekcie nie przedstawiono narzędzia, które ma zostać wykorzystane do obiektywnej oceny „kondycji zdrowotnej”. W projekcie brak także informacji o wielkości zmiany, która będzie interpretowana jako poprawa. Wartość ta powinna być nie mniejsza niż minimalna różnica istotna klinicznie (MCID, ang. *minimal clinically important difference*) dla zastosowanego narzędzia pomiarowego. Mierniki efektywności nr 2, 3 i 6 nie odnoszą się do uzyskanych dzięki interwencjom efektów, a tym samym w istocie stanowią

elementy monitorowania realizacji programu. Mierniki efektywności nr 4 i 5 opierają się na subiektywnych deklaracjach uczestników, a tym samym nie są istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w programie.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu będą stanowić opiekunowie oraz członkowie rodzin osób starszych i niesamodzielnych zamieszkujących na terenie Słupska. Nie przedstawiono danych bezpośrednio dotyczących liczby osób w populacji docelowej. Jednocześnie podano, że Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku obejmuje swoimi działaniami 848 osoby starsze, na podstawie czego przyjęto liczebność populacji docelowej na 848 osoby rocznie. Projekt nie zawiera uzasadnienia dla przedstawionego toku rozumowania. Należy podkreślić, że zgodnie z zapisami projektu dotyczy on opiekunów nie tylko osób starszych, lecz także osób niesamodzielnych, co nie zostało uwzględnione w przytoczonym powyżej oszacowaniu liczebności populacji docelowej. Szczególną uwagę zwraca pominięcie osób z niepełnosprawnościami, którzy także korzystają z opieki osób trzecich. Warto również wskazać, że nie każda osoba starsza czy niesamodzielna będzie korzystała z pomocy społecznej. Mając na uwadze powyższe, liczebność populacji docelowej zgodnej z kryteriami programu należy uznać za istotnie niedoszacowaną.

Kryteriami włączenia do programu są „zamieszkiwanie na terenie miasta Słupska” oraz „zadeklarowanie posiadania pod opieką osoby starszej lub niesamodzielnej lub niepełnosprawnej”. Należy wskazać, że nie każda osoba niepełnosprawna jest osobą niesamodzielną, a jednocześnie może korzystać we wsparcia opiekuna. Tym samym zapisy projektu są niespójne.

W części projektu poświęconej opisowi interwencji wskazano, że kwalifikacja do programu odbywa się w ramach wizyty u koordynatora. Nie przedstawiono dodatkowych kryteriów, które miałyby być weryfikowane w czasie spotkania.

Zapisy projektu nie precyzują czy istnieje możliwość uczestnictwa w programie przez daną osobę więcej niż jeden raz.

Ankietowani przez Agencję eksperci wskazali, że istotne byłoby wyłonienie z grupy uczestników tych, którzy najbardziej potrzebują wsparcia. Wskazują na możliwość stosowania narzędzi, które pozwolą na obiektywne podjęcie decyzji w oparciu o zidentyfikowany stopień radzenia sobie z opieką, np. kwestionariusz COPE Index.

W przedstawionych w projekcie kryteriach wyłączenia z udziału w programie powielono zagadnienia przedstawione w kryteriach włączenia, co jest podejściem niepoprawnym.

#### Interwencja

W ramach programu zaplanowano szkolenie ogólne, konsultacje indywidualne, zajęcia i warsztaty tematyczne oraz podsumowującą wizytę u koordynatora. W opisie interwencji nie odniesiono się do poprawy stanu zdrowia opiekunów, a zatem należy uznać, że nie prowadzą one do osiągnięcia celu głównego programu.

#### *Szkolenie ogólne*

Podczas szkolenia ogólnego opiekun zostanie poproszony o wypełnienie pre-testu oraz zostanie zapoznany z założeniami programu. Wskazano, że uczestnik „odbędzie kurs podczas którego zapozna się lub utrwali swoją wiedzę z zakresu sprawowania prawidłowej opieki nad osobą zależną, a także otrzyma informacje o możliwości skorzystania z innych form dostępnych w ramach programu”. Nie przedstawiono zakresu tematycznego.

#### *Konsultacje indywidualne oraz zajęcia/warsztaty tematyczne*

Tematyka konsultacji indywidualnych oraz zajęć/warsztatów tematycznych nie została przedstawiona w projekcie i ma być ustalana „w zależności od bieżących potrzeb”. Diagnoza potrzeb powinna zostać przeprowadzona na etapie przygotowania projektu. Pozwoliłoby to pełniej przygotować realizatorów programu do potrzeb uczestników programu.

W opisie interwencji nie określono liczby spotkań ani czasu trwania pojedynczego spotkania. Jedynie na podstawie części projektu poświęconej budżetowi można wnioskować, że przyjęto średnio 6 godzin spotkań edukacyjnych, co pozostaje w sprzeczności z zapisami w innych częściach projektu.

#### *Wizyta podsumowująca*

W ramach wizyty podsumowującej uczestnik wypełnia post-test oraz ankietę satysfakcji. W programie nie zaplanowano przekazania zaleceń odnośnie dalszego postępowania.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami 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 ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

W ramach monitorowania prowadzona będzie ocena zgłaszalności. Dodatkowo w części poświęconej miernikom efektywności przedstawiono zapisy, które można wykorzystać w ramach monitorowania. W ramach monitorowania nie przewidziano zbierania danych dotyczących wpływu na stan zdrowia populacji docelowej.

Ocena jakości świadczeń prowadzona w oparciu o ankietę satysfakcji. Dodatkowo przewidziano prowadzenie działań kontrolno-monitorujących przez miasto oraz realizatora. Zapisy nie budzą zastrzeżeń.

Ewaluacja została zaplanowana niepoprawnie, gdyż nie odnosi się do efektów uzyskanych w czasie realizacji programu. Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań a stanem po jego zakończeniu, co również nie zostało uwzględnione.

#### Warunki realizacji

Projekt zawiera zdawkowy opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszymi etapami będą działania informacyjne oraz wizyta kwalifikacyjna. Następnie zaplanowano realizację szkoleń oraz konsultacji. Uczestnictwo w programie ma zakończyć się po wypełnieniu post-testu i ankiety satysfakcji na końcowej wizycie u koordynatora. Zaplanowano przeprowadzenie ewaluacji.

W sposób zdawkowy określono warunki dotyczące wyposażenia i warunków lokalowych. Wskazano, że miejscem realizacji będzie specjalnie przeznaczony do tego celu gabinet. Wymagania dotyczące personelu przedstawiono w sposób ogólnikowy.

Akcja informacyjna prowadzona będzie poprzez strony internetowe miasta i realizatora oraz media społecznościowe. Wskazano również na udostępnianie informacji w instytucjach udzielających wsparcia. Nie przedstawiono dalszych szczegółów. Ankietowani przez Agencję eksperci wskazali, że informowanie populacji docelowej poprzez media społecznościowe jest niezasadne, a jako rozwiązanie właściwe wskazują rekrutację nacelowaną na bezpośrednie dotarcie do osób potrzebujących wsparcia.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

W projekcie przedstawiono koszt jednostkowy 139 zł/os., lecz zarazem nie wskazano kosztów w podziale na poszczególne interwencje, co jest podejściem niepoprawnym. W kosztach bezpośrednich wskazano wizytę kwalifikacyjną oraz spotkania edukacyjne (ok. 6 godzin). Na koszty pośrednie składać będzie się m.in. prowadzenie monitorowania i ewaluacji, koszty wynagrodzeń, koszty administracyjne oraz koszty działań informacyjno-promocyjnych.

Całkowity koszt programu oszacowano na 930 976 zł.

Program będzie finansowany ze środków budżetu miasta Słupsk.

Zaznaczono, że „podczas realizacji przewiduje się zaproszenie do udziału w programie osób z innych powiatów, poprzez podpisanie stosownego porozumienia z przedstawicielami poszczególnych samorządów powiatów, po wcześniejszym zabezpieczeniu środków finansowych lub otrzymaniu dofinansowania z budżetu powiatów przystępujących do programu oraz dokonaniu stosownej aktualizacji PPZ (m.in. zmianie kryteriów włączenia i wyłączenia)”. Należy podkreślić, że zmiana kryteriów włączenia/wyłączenia istotnie wpłynie na populację PPZ, co skutkowałoby koniecznością ponownego opiniowania programu przez Agencję.

## **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

### Problem zdrowotny

W Polsce opiekunowie nieformalni nie są nigdzie rejestrowani, wyjątek stanowi bardzo nieliczna grupa osób, pobierających świadczenia wynikające z opieki. Liczbę opiekunów nieformalnych w Polsce w latach 2003-2004 oszacowano na około 2 mln osób (badania EUROFAMCARE ), a większość opiekunów rodzinnych stanowiły kobiety w wieku 50-60 lat, zazwyczaj córki lub synowe.

### Alternatywne świadczenia

Opiekunom osób starszych przysługują na zasadach powszechnie obowiązujących, świadczenia opieki zdrowotnej wymienione w katalogu świadczeń gwarantowanych. Nie ma odrębnej kategorii usług zdrowotnych stworzonych dla opiekunów osób starszych i niesamodzielnych.

System pomocy społecznej regulowany jest ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876, z późn. zm.). Ustawa określa zadania w zakresie pomocy społecznej; rodzaje świadczeń z pomocy społecznej oraz zasady i tryb ich udzielania; organizację pomocy społecznej oraz zasady i tryb postępowania kontrolnego w zakresie pomocy społecznej.

Kwestie zasiłków dla opiekunów reguluje ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. 2020 poz. 111 z późn. zm.) oraz ustawa z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz.U. 2020 poz. 1297). Ustawa określa warunki nabywania oraz zasady ustalania i wypłacania zasiłków dla opiekunów osobom, które utraciły prawo do świadczenia pielęgnacyjnego z dniem 1 lipca 2013 r. w związku z wygaśnięciem z mocy prawa decyzji przyznającej prawo do świadczenia pielęgnacyjnego.

W 2018 roku przyjęto uchwałę Rady Ministrów nr 161 z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ. Jeden z rozdziałów poświęcony jest kwestii opiekunów nieformalnych. Program rządowy zakłada, że system wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielnych osób starszych przez instytucje publiczne realizowany będzie poprzez:

- profesjonalne wsparcie rodzin sprawujących opiekę domową – poradnictwo, konsultacje, treningi umiejętności opiekunów nieformalnych (świadczone przez lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych i pracowników socjalnych) oraz inne działania na rzecz podnoszenia jakości opieki domowej;
- wprowadzenie różnych form okresowego odciążenia członków rodziny sprawujących osobistą opiekę nad niesamodzielną osobą starszą;
- tworzenie systemu szkoleń i nabywania kwalifikacji w celu uzyskania kompetencji umożliwiających opiekę nad niesamodzielnymi osobami starszymi, w tym i tych skierowanych do osób zawodowo zajmujących się świadczeniem usług opiekuńczych;
- wzmacnianie sieci nieformalnych opiekunów niesamodzielnych osób starszych.

Należy jednak podkreślić, że na poziomie ustaw i rozporządzeń nie funkcjonuje pojęcie opieki formalnej i nieformalnej. Termin ten pojawia się z kolei w Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020 w kontekście opiekunów sprawujących opiekę nad osobami starszymi

o ograniczonej samodzielności. Opiekuna nieformalnego definiuje się tam jako osobę niebędącą opiekunem medycznym, opiekującą się osobą o ograniczonej samodzielności, np. członek rodziny. Z kolei w Wytycznych Ministerstwa Rozwoju opiekun nieformalny nazywany jest również faktycznym i jest nim osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny. Wydaje się, że definicja ta jest pełniejsza z uwagi na fakt, iż po pierwsze zawęża krąg opiekunów nieformalnych o wszystkie osoby, które mają przygotowanie i zawodowo zajmują się opieką nad osobami niesamodzielnymi, ale niekoniecznie są opiekunami medycznymi (np. asystenci osób niepełnosprawnych lub opiekunowie środowiskowi). Po drugie, definicja ta nie daje możliwości nazwania opiekunami nieformalnymi osób, które świadczą usługi opiekuńcze prywatnie, tzn. najczęściej w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej, za wynagrodzeniem, czasem bez formalnej umowy. Co istotne, opieka prywatna (komercyjna) świadczona w miejscu zamieszkania osób niesamodzielnych wydaje się być poza zainteresowaniem organów państwa, ponieważ jej zakresu oraz warunków wykonywania nie regulują żadne przepisy prawa. W związku z tym brakuje rzetelnych informacji o rzeczywistej liczbie podmiotów i osób świadczących usługi opiekuńcze komercyjnie oraz liczbie osób niesamodzielnych, objętych tymi usługami.

#### Ocena technologii medycznej

Nie odnaleziono wytycznych klinicznych skupiających się na wpływie prowadzenia działań edukacyjnych na poprawę stanu zdrowia opiekunów wymagających opieki osób dorosłych.

#### *Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych*

Do metaanalizy Corry 2019 włączono 21 randomizowanych badań: 19 z nich porównywało interwencje wsparcia telefonicznego i zwykłą opiekę, a w dwóch badaniach porównano interwencje polegające na profesjonalnym i nieprofesjonalnym wsparciu telefonicznym i nietelefonicznym. Większość opiekunów stanowili członkowie rodziny, z wykształceniem średnim lub powyżej poziomu szkoły średniej. Uzyskane wyniki wskazują, że prawdopodobnie istnieje niewielka lub żadna różnica między interwencjami telefonicznymi a zwykłą opieką nad pacjentem w zakresie wpływu na punkt końcowy w postaci jakości życia, ocenianej w obserwacji długoterminowej (SMD -0,02 [95%CI (-0,24; 0,19)], 4 badania, 364 opiekunów, umiarkowana pewność dowodów). Podobny wynik uzyskano dla obciążenia (SMD -0,11 [95%CI -0,30; 0,07]), 9 badań, 788 opiekunów, dane naukowe o niskiej pewności). W jednym badaniu dotyczącym oceny jakości życia (dane uzyskane na podstawie opisu) wykazano, że pod koniec obserwacji wsparcie telefoniczne skutkowało nieco wyższą jakością życia w porównaniu ze zwykłą opieką. W jednym badaniu oceniającym obciążenie w sposób narracyjny wykazano, że interwencja polegająca na wsparciu telefonicznym może zmniejszać obciążenie, natomiast w innym badaniu z tego zakresu nie stwierdzono istotnego wpływu interwencji telefonicznej na obciążenie opiekuna.

Do metaanalizy Shierifali 2018 włączono 11 badań randomizowanych oraz 2 z grupą kontrolną bez randomizacji. Wyniki metaanalizy dotyczyły wpływu jakiegokolwiek interwencji internetowej na parametry zdrowia psychicznego opiekunów. Dowody o niskiej jakości wskazują, że w porównaniu z brakiem interwencji jakakolwiek interwencja edukacyjno-informacyjna oparta na Internecie skutkowała korzystnym średnim spadkiem poziomu stresu u opiekunów (-0,48 pkt. [95%CI (-0,75; -0,22)]) oraz redukcją ich niepokoju (-0,40 pkt. [95% CI (-0,58; -0,22)]). Nie wykazano statystycznie istotnych różnic w zakresie takich parametrów, jak: depresja, radzenie sobie, ogólny stan zdrowia psychicznego, jakość życia i ogólny stan zdrowia.

Do metaanalizy Chien 2011 włączono 73 badania: 19 badań oceniających dobrostan psychiczny, 17 – depresję, 24 – obciążenie i 13 – wyniki społeczne. Wyniki wskazują, że interwencje grup wsparcia znacząco poprawiły stan zdrowia psychicznego opiekunów, zredukowały u nich poziom depresji oraz ogólne obciążenie (ang. *burden*), a także poprawiły ogólne wyniki społeczne. Intensywność sesji grupowych miała znaczący wpływ na wielkość efektu w przypadku dobrostanu psychicznego oraz depresji.

### *Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych*

Wytyczne NICE 2020 określają, że programy szkoleniowe dla opiekunów powinny obejmować przede wszystkim następujące elementy: edukację ogólną dotyczącą stanu zdrowia, niepełnosprawności lub potrzeb osoby, którą się opiekuje; szkolenie umiejętności, które pomoże im zapewnić opiekę, w tym jak rozumieć i reagować na zmiany nastroju i zachowania; zasady samoopieki; szkolenie w zakresie umiejętności komunikacyjnych w celu poprawy interakcji z podopiecznym; informacje o odpowiednich usługach i sposobie uzyskania do nich dostępu; planowanie na przyszłość, w tym przygotowanie do zmian.

W wytycznych WHO 2017 w zakresie odnoszącym się do wsparcia opiekuna wskazano, że interwencje wspierające opiekunów znacząco poprawiły krytyczne i ważne wyniki: obciążenie opiekuna, depresja, samopoczucie, umiejętności/wiedza. W szczególności znaczący wpływ na zmniejszenie wysiłku opiekunów oraz poprawę zdolności i wiedzy wykazała edukacja psychologiczna dla opiekunów osób starszych z zaburzeniami psychicznymi. Pozytywny wpływ na obciążenie opieką mają interwencje wspierające, w tym grupy zawodowe i koleżeńskie w celu wsparcia i dyskusji.

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

### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr OT.431.49.2021 pn. „Poprawa stanu zdrowia opiekunów osób starszych i niesamodzielnych z terenu Miasta Słupska na lata 2022-2030” realizowany przez: miasto Słupsk, Warszawa, lipiec 2021; aneksu do raportów pn. „Programy z zakresu profilaktyki geriatrycznej - wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2015 r. oraz opinii Rady Przejrzystości nr 108/2021 z dnia 2 sierpnia 2021 roku o projekcie programu „Poprawa stanu zdrowia opiekunów osób starszych i niesamodzielnych z terenu Miasta Słupska na lata 2022-2030”.