



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 79/2024 z dnia 8 listopada 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu
występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących
do powstawania chorób neurodegeneracyjnych”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i wnosić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Zarówno populacja docelowa programu, jak i zaplanowane interwencje mieszczą się w zakresie wytycznych, co wzięto pod uwagę przy wydaniu poniższej opinii.

Opiniowany projekt zawiera uchybienia, których skorygowanie jest niezbędne dla realizacji programu z zachowaniem wysokiej jakości. Uwagi Prezesa Agencji dotyczą przede wszystkim: doprecyzowania celu głównego, szczególnie w odniesieniu do oceny sprawności społecznej; przeformułowania celów szczegółowych, które w większości składają się z dwóch odrębnych założeń, co może utrudnić ocenę stopnia ich realizacji; określenie mierników efektywności w sposób pozwalający ocenić stopień realizacji każdego z celów programu; uzupełnienie zapisów dotyczących interwencji w zakresie indywidualnych konsultacji psychologicznych oraz kontrolnych konsultacji zaplanowanych na koniec udziału pacjenta w programie z uwagi na ich zdawkowy opis w projekcie.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu zaburzeń procesów poznawczych u osób po 65 r.ż. zaplanowany do realizacji przez województwo wielkopolskie. W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie konsultacji lekarskiej, konsultacji psychologicznej, kompleksowej rehabilitacji uczestników programu zgodnie z indywidualnym programem terapeutycznym wraz z psychoedukacją, a także warsztatów dla rodzin i opiekunów uczestników programu, warsztatów dla osób po 65 r.ż. oraz szkoleń dla personelu medycznego i opiekunów pacjentów geriatrycznych. Całkowity koszt oszacowano na 3 053 600 zł, a okres realizacji to lata 2025-2029.

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. 2024 poz. 146 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

Przedstawiono problem zdrowotny, jakim są zaburzenia procesów poznawczych u osób po 65 r.ż. Zaznaczono, że najistotniejszym czynnikiem wpływającym na pojawienie się chorób neurodegeneracyjnych jest wiek pacjenta. Opisane zostały jednostki chorobowe zawarte są w kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, a także przyczyny otępienia oraz kluczowe objawy. Podkreślono, że najczęściej występującym typem otępienia jest choroba Alzheimera.

Projekt programu posiada referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

Odniesiono się do światowych, ogólnopolskich oraz regionalnych danych epidemiologicznych. Powołując się na dane WHO wskazano, że „ponad 55 milionów ludzi na całym świecie cierpi na demencję, która kosztuje świat 1,3 biliona dolarów rocznie. Demencja jest siódmą najczęstszą przyczyną zgonów na świecie. Postępująca utrata pamięci może być spowodowana udarem mózgu, innymi jego uszkodzeniami lub chorobą Alzheimera”. Podkreślono, że w Polsce w 2022 r. najliczniejszą grupę seniorów stanowiły osoby w wieku 65-69 lata. Ich udział w ogólnej liczbie osób starszych wyniósł 25,7%.

Odnosząc się do danych regionalnych wskazano, że „województwo wielkopolskie charakteryzowało się najwyższym wskaźnikiem oczekiwanego dalszego trwania w zdrowiu zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn w wieku 60 lat, w przypadku którego wskaźnik ten dla mężczyzn był wyższy od średniej dla kraju o 0,9, a dla kobiet o 1,1. Współczynnik zgonów osób w wieku 60 lat i więcej w województwie wielkopolskim wyniósł 38,7”.

Zgodnie z informacjami zawartymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 w przypadku województwa wielkopolskiego „główną formą opieki nad pacjentem były świadczenia ambulatoryjne udzielane w poradniach psychiatrycznych/psychologicznych dla dorosłych oraz poradniach leczenia uzależnień. Korzystało z nich łącznie 131 tysięcy osób (czyli 4 658 na 100 tys. ludności dorosłej). Zauważalny jest niewielki udział (2,2%) pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń udzielanych przez zespoły leczenia środowiskowego. Na terenie województwa świadczenia z zakresu ZLS zakontraktowano tylko w 9 powiatach”.

W części dotyczącej uzasadnienia potrzeby wdrożenia programu odniesiono się do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2018 poz. 469), które zgodnie z informacjami zamieszczonymi na stronie internetowej ISAP, zostało uznane za uchylone.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „przywrócenie u 70% uczestników programu maksymalnie możliwej sprawności psychicznej i społecznej”. 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 potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. W projekcie podkreślono, że „cel ten ma być osiągnięty przez propagowanie zdrowego stylu życia, aktywizację ruchową i stymulację poznawczą. Dodatkowo przez psychoedukację i wsparcie psychologiczne seniorów w zakresie problemów wynikających w wieku (samotność, kryzys żałoby, utrata zdrowia i sprawności)”. Cel główny wydaje się możliwy do realizacji za pomocą zaplanowanych w projekcie działań. W treści projektu wskazano, że poprawa w zakresie funkcji poznawczych zostanie oceniona na podstawie testu ACE-III (*Addenbrooke's Cognitive Examination-III*), który ocenia m.in. ocenę uwagę i orientację, pamięć, fluencję słowną, funkcje językowe i wzrokowo-przestrzenne. W ramach testu oceniana będzie różnica pomiędzy wartością ustaloną podczas kwalifikacji, a wartością uzyskaną na zakończenie programu. Należy jednak zaznaczyć, że nie doprecyzowano jak rozumiana oraz oceniana będzie sprawność społeczna, co wymaga uzupełnienia.

W projekcie zaproponowano 7 celów szczegółowych:

- 1) „poprawa funkcji poznawczych u co najmniej 70% uczestników programu”,
- 2) „poprawa i utrzymanie jakości życia w obszarze życia codziennego u co najmniej 70% uczestników programu”,
- 3) „poprawa i utrzymanie jakości życia w obszarze psychologicznym u co najmniej 70% uczestników programu”,
- 4) „wypracowanie u 70% uczestników programu nawyku codziennej aktywności umysłowej i fizycznej”,
- 5) „zwiększenie poziomu wiedzy i umiejętności z obszaru zachowań zdrowotnych u co najmniej 70% uczestników programu”,
- 6) „zwiększenie poziomu wiedzy i umiejętności z obszaru zachowań zdrowotnych u co najmniej 90% członków rodzin i opiekunów uczestników programu i osób zmagających się z problemem objętym programem w rodzinie”,
- 7) „zwiększenie poziomu wiedzy i umiejętności z obszaru zachowań zdrowotnych u co najmniej 90% personelu medycznego”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, a ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym jego osiągnięcie. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cele szczegółowe wydają się możliwe do realizacji za pomocą zaplanowanych w projekcie interwencji oraz zaproponowanego narzędzia pomiarowego. Przy czym cele szczegółowe nr 2,3,4,5,6 oraz 7 składają się z dwóch odrębnych założeń. W celu szczegółowym nr 2 założenie pierwsze odnosi się do poprawy jakości życia w obszarze życia codziennego, a założenie drugie odnosi się do utrzymania jakości życia w obszarze życia codziennego. W celu szczegółowym nr 3 założenie pierwsze odnosi się do poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym, a założenie drugie odnosi się do utrzymania jakości życia w obszarze psychologicznym. Należy zaznaczyć, że nie oszacowano poziomu zdawalności pre-testu, który w porównaniu z post-testem świadczyłby o utrzymaniu jakości życia na danym poziomie. Należy także podkreślić, że do projektu nie załączono przykładowego testu do oceny jakości życia. Załączono natomiast wzór „ankiety ewaluacyjnej”, w której wskazano na deklaracyjny pomiar jakości życia, co jest działaniem nieprawidłowym. W celu szczegółowym nr 4 założenie pierwsze odnosi się do wypracowania nawyku codziennej aktywności umysłowej, a założenie drugie zaś odnosi się do wypracowania nawyku codziennej aktywności fizycznej. Cele szczegółowe nr 5, 6, 7 również składają się z dwóch założeń. Założenie pierwsze odnosi się do wzrostu poziomu wiedzy uczestników PPZ (cel szczegółowy nr 5), członków rodzin/opiekunów (cel szczegółowy nr 6) oraz personelu medycznego (cel szczegółowy nr 7) i wydają się możliwe do zrealizowania za pomocą zaplanowanych w projekcie działań edukacyjnych. Należy zaznaczyć, że zaplanowano w projekcie przeprowadzenie pre- i post-testu wiedzy, co jest działaniem prawidłowym. Oszacowano także poziom zdawalności testu, wskazujący jaki jego wynik będzie uznawany za istotną poprawę poziomu wiedzy uczestnika programu tj. „liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi)”. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%). Drugie założenie odnosi się natomiast do wzrostu „umiejętności z obszaru zachowań zdrowotnych”. Należy zaznaczyć, że nie doprecyzowano ww. zapisu, co wymaga korekty.

W projekcie zaznaczono, że „wartości wszystkich celów oszacowano na podstawie dotychczasowych doświadczeń w realizacji podobnych programów polityki zdrowotnej w latach 2014-2023”. W projekcie nie przytoczono natomiast większej ilości szczegółów na temat ww. doświadczeń.

W projekcie zaplanowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach szkoleń dla kadry medycznej. Wartość docelowa co najmniej 90%”,
- (2) „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych dla osób uczestniczących w programie. Wartość docelowa co najmniej 70% uczestników”,
- (3) „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach działań edukacyjnych dla rodzin i opiekunów pacjentów włączonych do programu oraz osób zmagających się z problemem objętym programem w rodzinie. Wartość docelowa co najmniej 90%”,
- (4) „odsetek osób, u których doszło do poprawy w zakresie funkcji poznawczych, w związku z otrzymanymi w programie interwencjami. Wartość docelowa co najmniej 70% uczestników”,
- (5) „odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze psychologicznym, w związku z otrzymanymi w programie interwencjami. Wartość docelowa co najmniej 70% uczestników”,
- (6) „odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w obszarze czynności życia codziennego, w związku z otrzymanymi w programie interwencjami. Wartość docelowa co najmniej 70% uczestników”,
- (7) „odsetek osób deklarujących utrzymanie aktywności umysłowej i fizycznej, w związku z nabytymi umiejętnościami podczas udziału w programie. Wartość docelowa co najmniej 70% uczestników”.

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. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności.

Wskaźniki nr 1-6 zostały sformułowane poprawnie, jednak nie odnoszą się bezpośrednio do celów programu (ze względu na nieprawidłowo sformułowane cele pod kątem ich złożoności, co utrudnia pomiar stopnia ich realizacji). Zaproponowane wskaźniki mogą zostać natomiast wykorzystane w ramach ewaluacji lub można je będzie wykorzystać dostosowując je do odpowiednio poprawionych celów programu. Wskaźnik nr 7 został zaprojektowany nieprawidłowo – pomiar „utrzymania aktywności umysłowej i fizycznej” ma charakter wyłącznie deklaracyjny, co jest działaniem nieprawidłowym.

W związku z powyższym element programu dotyczący celów i mierników efektywności wymaga korekty.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy województwa wielkopolskiego, którzy ukończyli 65 lat i u których stwierdzono zaburzenia funkcji poznawczych. Wskazano, że w województwie wielkopolskim obecnie żyje 839 900 seniorów, natomiast w samym Poznaniu 129 559 osób wieku poprodukcyjnym. W treści projektu podkreślono, że do programu przewiduje się włączenie 560 pacjentów. Zaznaczono także, że liczbę osób włączonych będzie uzależniono od ilości dostępnych środków. Należy również zaznaczyć, że w zapisach dotyczących populacji nie wskazano dokładnej liczby uczestników w zakresie działań edukacyjno-szkoleniowych. Niemniej w opisie interwencji określono liczebność personelu medycznego oraz opiekunów pacjentów geriatrycznych biorących udział w szkoleniach. Powyższe zapisy powinny być spójne.

W projekcie przedstawiono kryteria włączenia i wyłączenia, które określono w sposób prawidłowy.

Interwencja

W ramach realizacji programu zaplanowano przeprowadzenie konsultacji lekarskiej, konsultacji psychologicznej, kompleksowej rehabilitacji uczestników programu zgodnie z indywidualnym programem terapeutycznym wraz z psychoedukacją, a także warsztatów dla rodzin i opiekunów uczestników programu, warsztatów dla osób po 65 r.ż. oraz szkoleń dla personelu medycznego i opiekunów pacjentów geriatrycznych.

Konsultacja lekarska

Uczestnictwo pacjenta w programie rozpocznie się od pierwszej konsultacji lekarskiej, która obejmie działania takie jak: badanie podmiotowe (wywiad lekarski) oraz przedmiotowe; przeanalizowanie dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta, w tym weryfikację rozpoznania: zaburzenia procesów poznawczych, zespołów otępiennych; analizę dokumentacji medycznej potwierdzającej zakończenie leczenia właściwego zaburzenia, lub dotychczasowego leczenia; stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie (tj. m.in. ciężka depresja, psychoza alkoholowa, zaostrzenie objawów wymagających hospitalizacji pacjenta); uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń i zgody na udział w programie. Następnie zaplanowano wydanie zaleceń lekarskich na piśmie; wydanie na piśmie informacji o stanie zdrowia pacjenta z zaleceniem przekazania lekarzowi POZ i/lub lekarzowi specjalście w dziedzinie psychiatrii, neurologii, geriatry z którego świadczeń korzysta pacjent; a także ewentualne zalecenie konsultacji specjalistycznej wraz ze wskazaniem podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym pacjent może uzyskać świadczenie.

Pierwsza konsultacja lekarska realizowana będzie przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii.

Konsultacja psychologiczna

Kolejnym działaniem realizowanym w ramach programu będzie wstępna konsultacja psychologiczna obejmująca: wywiad psychologiczny (uwzględniający stan zdrowia, aktywność fizyczną i społeczną pacjenta); zapoznanie się z dokumentacją medyczną dostarczoną przez pacjenta oraz stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie. Następnie wskazano, że dokona się oceny funkcjonowania „na podstawie testu, o naukowo udowodnionej skuteczności, niebędącego uciążliwym dla osób zagrożonych lub będących w depresji, rekomendowanego przez U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), wybranego przez realizatora, wraz z odnotowaniem wyników”.

Podkreślono, że sugeruje się przeprowadzenie oceny funkcjonowania poznawczego testem ACE-III (Addenbrooke's Cognitive Examination-III), który jest poszerzonym narzędziem przesiewowej oceny funkcji poznawczych, użytecznym we wczesnym wykrywaniu zaburzeń poznawczych, wstępnej diagnostyce różnicowej zespołów otępiennych oraz monitorowaniu postępu choroby. Zaznaczono, że ACE-III ocenia uwagę i orientację, pamięć, fluencję słowną, funkcje językowe i wzrokowo-przestrzenne. Podkreślono także, że skala może być używana zarówno jako narzędzie przesiewowe, jak i jako wstęp do kompleksowej oceny neuropsychologicznej. Wskazano również, że ACE-III zawiera MMSE i TRZ jak również krótsze narzędzie, Mini-ACE, które w razie potrzeby może być stosowane niezależnie.

W treści PPZ wskazano jednocześnie, że dodatkowo w ramach konsultacji psychologicznej ma zostać przeprowadzona ocena stanu emocjonalnego w stopniu podstawowym za pomocą Geriatrycznej Skali Oceny Depresji według Yesavage'a (GDS, Geriatric Depression Scale).

Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu zgodnie z indywidualnym programem terapeutycznym oraz psychoedukacja

Osoby objęte programem będą uczestniczyły w zajęciach odbywających się trzy do czterech razy w tygodniu, po 3 godziny. Planowane jest utworzenie dwóch równoległe działających grup 12 osobowych. Podział grup będzie dokonany ze względu na poziom funkcjonowania poznawczego seniorów. Dla każdej grupy przewiduje się cykl 50 spotkań w danym roku. Do projektu programu załączono wzór dokumentu dot. realizacji indywidualnego planu terapeutycznego, który nie budzi zastrzeżeń.

Aktywizacja fizyczna

Wskazano, że aktywizacja fizyczna będzie stanowić działania takie jak gimnastyka, joga na krześle, spacer nordic walking, które będą dostosowane do możliwości i sprawności uczestników. Zaznaczono jednocześnie, że zajęcia z aktywizacji fizycznej będą trwały 60 minut oraz będą realizowane od trzech do czterech razy w tygodniu

Trening funkcji poznawczych, stymulacja poznawcza

Trening funkcji poznawczych, stymulacja poznawcza realizowane będą w postaci ćwiczeń indywidualnych, grupowych, gier i materiałów multimedialnych. Zajęcia z tego zakresu będą trwały po 60 minut oraz realizowane będą od trzech do czterech razy w tygodniu.

Wskazano, że trening poznawczy (CT) polega na wielokrotnym wykonywaniu znormalizowanego zadania, ukierunkowanego na stymulację wybranej funkcji poznawczej: uwagi, funkcji językowych czy wykonawczych. Cechuje się wysokim poziomem kontroli przebiegu sesji, wykorzystywaniem zadań standaryzowanych oraz angażowaniem uczestników w zaplanowaną, celową i ustrukturyzowaną aktywność. Podkreślono także, że trening poznawczy może mieć charakter indywidualny lub grupowy.

Wskazano także, że stymulacja poznawcza (CS) jest pojęciem najogólniejszym i oznacza szereg interwencji społecznych i poznawczych wykorzystywanych w celu aktywizacji wielu obszarów kognitywnych, a w rezultacie poprawy całościowej sprawności poznawczej. Zaznaczono, że w CS wykorzystuje się następujące techniki: terapię reminiscencyjną (reminiscence therapy), trening orientacji w rzeczywistości (reality orientation training), aktywizację społeczną i ćwiczenia fizyczne.

Terapia zajęciowa

Terapia zajęciowa będzie trwała po 60 minut oraz realizowana będzie od trzech do czterech razy w tygodniu. Jej celem będzie wyrabianie nawyków codziennej aktywności, pomaganie pacjentom w rozwijaniu własnych możliwości, dostarczanie okazji do kierowania aktywnością i pokonywanie bierności i zależności od otoczenia. Uczestnicy terapii pod kierunkiem terapeuty wykonywać będą zadania zmierzające do poprawy sprawności życiowej koniecznej do samodzielnego funkcjonowania społecznego. Zajęcia prowadzone będą zgodnie z indywidualnym programem przygotowanym dla każdego uczestnika.

Psychoedukacja

W ramach kompleksowych świadczeń przeprowadzona będzie również psychoedukacja, która stanowi podstawową interwencję terapeutyczną w nowoczesnym leczeniu wszystkich zaburzeń. Zaznaczono, że w programie przewiduje się organizację 6 warsztatów psychoedukacyjnych dla 2 grup 12-osobowych trwających 90 minut każda. Obejmować będą następującą tematykę: zdrowy styl życia; zagrożenia wynikające z nadużywania alkoholu; zagrożenia wynikające z nadużywania leków; zaburzenia depresyjne osób w wieku senioralnym; zaburzenia snu w wieku senioralnym oraz potrzeby seksualne seniorów.

Warsztaty poprzedzone zostaną badaniem poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, składającego się z min. 10 pytań zamkniętych. Nie załączono jednak wzoru testu wiedzy, zatem nie była możliwa jego weryfikacja. Zaznaczono jednak, że test wiedzy zostanie opracowany przez realizatora.

Konsultacje indywidualne z psychologiem

W treści programu zaznaczono, że dla każdego uczestnika programu przewiduje się 3 konsultacje indywidualne z psychologiem, jednak nie przedstawiono większej ilości szczegółów dotyczących zakresu planowanych konsultacji, co wymaga uzupełnienia.

Konsultacje na zakończenie

Program zakończy kontrolna konsultacja lekarska i psychologiczna podczas której psycholog przeprowadzi kontrolne badanie psychologiczne pacjenta, a lekarz ustali dalszy plan prowadzenia pacjenta. W treści projektu brak jest większej ilości szczegółów dot. ww. konsultacji, co należy skorygować.

Warsztaty dla rodzin i opiekunów uczestników programu

W programie przewiduje się zorganizowanie 2 warsztatów dla każdego cyklu trwających 90 minut. Zaznaczono, że każdy warsztat realizowany będzie dla 24 członków rodzin i opiekunów osób uczestniczących w programie oraz osób zmagających się z problemem objętym programem. Zaznaczono, że planuje się przeprowadzenie 3 cykli w ciągu roku.

Warsztaty poprzedzone zostaną badaniem poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, składającego się z min. 10 pytań zamkniętych. Należy zaznaczyć, że nie załączono do projektu wzoru testu wiedzy, zatem nie była możliwa jego weryfikacja. Zaznaczono natomiast, że test wiedzy zostanie opracowany przez realizatora, analogicznie jak w przypadku psychoedukacji.

Warsztaty dla osób po 65 roku życia

W programie przewiduje się zorganizowanie 8 warsztatów skierowanych do osób powyżej 65 r. ż. Czas trwania warsztatów będzie wynosił 90 minut, a ilość uczestników będzie wynosiła min. 15 – maks. 20 osób. Jako miejsce realizacji warsztatów wskazano teren placówki. Zaplanowano po dwa następujące warsztaty: „Zdrowy styl życia”, „Alkohol i inne substancje psychoaktywne, fakty i mity”, „Spędzanie czasu wolnego” oraz „Radzenie sobie ze stresem i kryzysem psychicznym”.

Podkreślono, że celami programu będą kolejno: zachęcenie uczestników do prowadzenia zdrowego stylu życia; unikanie bądź ograniczanie stosowania substancji psychoaktywnych przez uczestników; rozwój umiejętności zarządzania wolnym czasem i rozwijania zainteresowań; rozwój adaptacyjnych sposobów radzenia sobie i odreagowania w sytuacjach trudnych.

W treści projektu zaznaczono także, że warsztaty przeprowadzane będą przez personel medyczny, lekarzy psychiatrów, psychologów klinicznych, psychologów, psychoterapeutów oraz osoby w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty.

Szkolenia personelu medycznego oraz opiekunów pacjentów geriatrycznych

W programie przewiduje się zorganizowanie 3 szkoleń personelu medycznego i osób zajmujących się opieką nad pacjentami geriatrycznymi z zakresu problematyki geriatrycznej. Szkolenia mają się odbyć dla 25 osób, a każde z nich ma trwać co najmniej 360 minut. Podkreślono, że szkolenia będą uwzględniały m. in. zagadnienia takie jak: ocena procesów poznawczych oraz sposobów podejścia do osób z problemami w tym zakresie, zagadnienia związane z demencją i otępieniami; leczenie depresji u osób starszych; uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych u osób starszych; a także podejście psychoterapeutyczne do osób starszych.

Warsztaty poprzedzone zostaną badaniem poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, składającego się z min. 10 pytań zamkniętych. Nie załączono do projektu wzoru testu wiedzy, zatem nie była możliwa jego weryfikacja. Zaznaczono natomiast, że test wiedzy zostanie opracowany przez realizatora.

Przy realizacji programu zaleca się, aby mieć na uwadze także wytyczne i inne dowody naukowe wskazane w rozdziale „Ocena technologii medycznej” niniejszej opinii.

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.

Ocena zgłaszalności do programu będzie prowadzona na bieżąco oraz na jego zakończenie. Monitorowanie obejmie „liczbę pacjentów korzystających z programu”, „liczbę pacjentów korzystających z poszczególnych procedur realizowanych w ramach programu”, „liczbę osób, uczestników programu, które skorzystały z warsztatów psychoedukacyjnych”, „liczbę opiekunów i członków rodziny oraz osób zmagających się z problemem objętym programem w rodzinie, które

skorzystały z warsztatów”, „liczbę osób, które skończyły 65 lat i skorzystały z warsztatów”, „liczbę osób personelu medycznego i opiekunów zajmujących się udzielaniem świadczeń na rzecz pacjentów geriatrycznych, które skorzystały ze szkoleń”, „liczbę osób, które zrezygnowały z udziału w programie”, „liczba osób, które powróciły do programu”. Należy także zaznaczyć, że załączonym do projektu wzorze sprawozdania okresowego wskazano dodatkowe wskaźniki mające zastosowanie przy ocenie zgłaszalności m.in.: „osoby uczestniczące w programie”, „liczba osób zakwalifikowanych do programu przez lekarza psychiatrę”, „liczba osób zakwalifikowanych do programu przez psychologa”. Należy zaznaczyć, że przedstawione powyżej wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo.

Ocena jakości świadczeń w programie ma zostać zmierzona przy pomocy ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ankiety satysfakcji, która w większości odnosi się do jakości udzielanych w programie świadczeń. Ankieta zawiera natomiast jedno pytanie dotyczące oceny wzrostu wiedzy, a także dwa pytania odnoszące się do jakości życia. Należy zaznaczyć, że przedstawione pytania mają charakter deklaracyjny. Do projektu programu załączono także drugą ankietę satysfakcji, która ma zostać wykorzystana przed rozpoczęciem udziału w programie. Ankieta ta zawiera pytania odnoszące się do oceny ogólnego stanu zdrowia i zadowolenia z życia oraz oczekiwań co do udziału w programie i zakresu działań edukacyjnych. Do projektu załączono również „ankietę ewaluacyjną” dla personelu medycznego dot. udziału w szkoleniach edukacyjnych i możliwości wykorzystania uzyskanej podczas szkoleń wiedzy. Przedstawione w ankiecie pytania odnoszą się do satysfakcji uczestników z udziału w szkoleniach (oceny jakości organizacji szkoleń, prowadzącego, metod i materiałów szkoleniowych). W ramach ww. ankiety zaplanowano także możliwość zgłaszania pisemnych uwag. Należy także podkreślić, że w ramach oceny jakości zaplanowano „wizytowanie realizatorów programu przez organizatora”, a także wskazał na składanie sprawozdań okresowych oraz końcowego przez realizatorów.

Ewaluacja programu ma być prowadzona po jego zakończeniu z wykorzystaniem zaplanowanych mierników efektywności. Należy zaznaczyć, że wskazano sześć prawidłowo sformułowanych mierników efektywności. Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Ponadto zaznaczono, że utrzymanie trwałości uzyskanych w programie efektów zdrowotnych w populacji województwa wielkopolskiego zaplanowano poprzez nadanie programowi docelowo charakteru wieloletniego. Zaznaczono także, że dalsza realizacja programu uzależniona będzie od dostępności środków finansowych oraz pozytywnej oceny efektywności programu.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis planowanych działań i etapów. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

W ramach programu zaplanowano prowadzenie akcji informacyjnej. Wskazano, że informacja na temat prowadzonych działań będzie kierowana do lekarzy POZ, psychiatrów, neurologów i geriatrów. Zaznaczono także, że informacja o programie będzie dostępna dla potencjalnych uczestników poprzez ogłoszenie na stronie internetowej realizatora programu, facebooku, informację umieszczoną na tablicach ogłoszeń w przychodniach, Miejskich Ośrodkach Pomocy Rodzinie, Ośrodkach Pomocy Społecznej, a także w stowarzyszeniach i parafiach.

W projekcie wskazano, że realizator programu wybrany zostanie w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W projekcie odniesiono się do kosztów akcji promocyjnej. Koszty monitorowania i ewaluacji będą zaś stanowić koszty pośrednie poniesione przez realizatorów programu.

Całkowity koszt realizacji w latach 2025-2029 oszacowano na 3 053 600 zł (610 720 zł rocznie). Program będzie finansowany ze środków budżetu Samorządu Województwa Wielkopolskiego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Otępienie jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są różne wyższe funkcje korowe, takie jak: pamięć, myślenie, orientacja, liczenie, zdolność uczenia się, język i krytycyzm. Świadomość nie jest zaburzona. Zaburzeniu funkcji poznawczych towarzyszą zwykle (a niekiedy je wyprzedzają) obniżenie kontroli nad emocjami oraz zaburzenia społecznych zachowań i motywacji.

Pierwszymi objawami postępującego otępienia mogą być okazjonalne zapominanie, zostawianie przedmiotów w innych miejscach niż zwykle oraz trudności w odnajdowaniu słów. Odróżnienie funkcji poznawczych związanego z wiekiem pogorszenia od wczesnego stadium otępienia może okazać się trudne. Aby lepiej zdefiniować upośledzenie zmian poznawczych związanych z wiekiem, na podstawie różnych kryteriów zaproponowano wiele terminów, w tym upośledzenie pamięci związane z wiekiem (age-associated memory impairment – AAMI), zmiany poznawcze związane z wiekiem (age-related cognitive change – ARCD) oraz łagodne zaburzenia poznawcze (mild cognitive impairment – MCI). Mianem MCI określa się fazę przejściową pomiędzy naturalnym starzeniem a chorobą Alzheimera czy innym otępieniem. Kryteria MCI obejmują brak otępienia i skargi na zaburzenia pamięci z zachowaniem prawidłowych funkcji poznawczych i codziennego funkcjonowania. Można przypuszczać, że obserwowane zmiany funkcji poznawczych nie są nieuchronnym zjawiskiem pojawiającym się z wiekiem oraz że jednym z powodów ich wystąpienia jest wczesna faza procesu otępiennego. Aczkolwiek choroby inne niż otępienie również mogą powodować upośledzenie funkcji poznawczych, to zidentyfikowanie ich przyczyny bywa skomplikowane.

Inny problem diagnostyczny stanowi odróżnienie otępienia i depresji. Depresja może być objawem wczesnej fazy choroby Alzheimera. W depresji zaburzenia pamięci nasilają się wraz z obniżeniem nastroju. Początek problemów z pamięcią jest zazwyczaj bardziej nagły niż w przypadku otępienia, na ogół przebieg jest łagodny, z fazą plateau. Wyniki badań neuropsychologicznych nie wskazują na otępienie.

Alternatywne świadczenia

Celem polityki senioralnej w Polsce jest wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych. Takie podejście jest zgodne założeniami programu „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024. Program został zaakceptowany 30 października 2023 r. przez Minister Rodziny i Polityki Społecznej. Program jest realizowany w terminie od dnia 1 stycznia 2024 r. do dnia 31 grudnia 2024 r. i jest adresowany do wszystkich gmin w Polsce, zarówno miejskich, wiejskich, jak i miejsko-wiejskich. Adresatami programu są seniorzy w wieku 60 lat i więcej, mający problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia, prowadzący samodzielne gospodarstwa domowe lub mieszkający z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić im wystarczającego wsparcia. Na realizację programu przeznaczono ogółem kwotę 50 mln zł.

W ramach świadczeń dla dorosłych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych gwarantowane są: porada lekarska diagnostyczna, porada lekarska terapeutyczna, porada lekarska kontrolna, porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii rodzinnej, sesja psychoterapii grupowej, sesja wsparcia psychospołecznego, wizyta, porada domowa lub środowiskowa.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych rekomendacji klinicznych

Ocena pacjenta pod kątem 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 (NICE 2016, RNAO 2016, CREDOS 2011, NICE 2018).

- 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) (SMoH 2013).
- 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).
- Rozpoznanie otępienia jest niezbędnym elementem rozpoznania choroby Alzheimera. Rozpoznając inne rodzaje otępień, w których zaburzenia pamięci mogą nie być objawem wiodącym, np. otępienia naczyniopochodne (wielozawałowe, podkorowe itd.), otępienia czołowo-skroniowe, czy otępienie z ciałami Lewy'ego, należy posługiwać się specyficznymi kryteriami diagnostycznymi tych chorób (PTA/IGERO 2011, NICE 2018).

Metody stosowane w ramach wczesnego wykrywania otępień

- Ocena funkcji poznawczych powinna zawierać m.in. badanie uwagi i koncentracji, orientacji, pamięci długo- i krótkotrwałej oraz języka. 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 (PTA/IGERO 2011, NICE 2006, NICE 2016, USPSTF 2014, CREDOS 2011).
- W przypadku podejrzenia otępienia innego niż w przebiegu choroby Alzheimera wstępną ocenę uzyskaną za pomocą MMSE powinno się uzupełnić innymi testami ocen, na przykład Testem Rysowania Zegara lub skalami MoCA i STMS (PTA/IGERO 2011) lub też można zastosować inne testy tj. 6-item Cognitive Impairment Test (6-CIT), General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG) lub 7-Minute Screen (NICE 2006, NICE 2016, USPSTF 2014, CREDOS 2011). Wytyczne NICE 2018 wskazują na zastosowanie 10-punktowego kognitywnego testu (10-CS), 6-pozycyjnego testu upośledzenia funkcji poznawczych (6CIT), testu upośledzenia pamięci (MIS), testu Mini-Cog oraz testu pamięci (TYM).
- Interpretując wyniki należy wziąć pod uwagę poziom wykształcenia, wcześniejsze choroby oraz wszelkie inne czynniki mogące wpływać na wynik (NICE 2006, NICE 2016, CREDOS 2011).

Dalsze postępowanie diagnostyczne

- Lekarz POZ może zwrócić się do specjalisty w celu potwierdzenia diagnozy, diagnostyki różnicowej oraz w celu ustalenia dalszego postępowania (RHC 2011, NICE 2018). 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 (RHC 2011, NICE 2018).

Leczenie zaburzeń funkcji poznawczych

- Leczenie upośledzenia funkcji poznawczych może koncentrować się na jednym lub kilku objawach, w tym: na upośledzeniu funkcji poznawczych, jakości życia, nastroju czy zachowania. Rekomendowane interwencje niefarmakologiczne obejmują natomiast: trening poznawczy, rehabilitację poznawczą, interwencje stymulacji poznawczej, ćwiczenia fizyczne, wsparcie rówieśnicze, psychoedukację i zarządzanie opieką (USPSTF 2024).

Organizacja opieki nad chorym z otępieniem

- Bardzo istotna jest rola opiekuna rodzinnego, która wraz z czasem trwania choroby staje się coraz większa. Opiekun rodzinny wymaga wielokierunkowego wsparcia innych członków rodziny oraz instytucji w opiece nad pacjentem z otępieniem (PTA/IGERO 2011, ANN 2017, NICE 2018).

Wsparcie opiekunów (NICE 2018):

- Zaleca się proponowanie opiekunom osób dotkniętych demencją interwencje w zakresie psychoedukacji i szkolenia umiejętności, które obejmują:
 - edukację na temat otępienia, jego objawów i zmian, których można oczekiwać w miarę postępu choroby,
 - opracowywanie spersonalizowanych strategii i budowanie umiejętności opiekuńczych,
 - dostosowanie stylu komunikacji w celu poprawy interakcji z osobą dotkniętą demencją,
 - porady dotyczące tego, jak dbać o zdrowie fizyczne i psychiczne oraz o samopoczucie emocjonalne i duchowe pacjentów,
 - informacje na temat odpowiednich usług (w tym usług wsparcia i terapii psychologicznych dla opiekunów) oraz w jaki sposób uzyskać do nich dostęp.
- Należy przekazać opiekunom informacje na temat ich prawa do np. krótkich przerw i innej opieki zastępczej.
- Warto pamiętać, że opiekunowie osób dotkniętych demencją są bardziej narażeni na depresję.

Edukacja pacjenta/rodziny

- Pacjentom, a także członkom ich rodziny, opiekunom zapewniona powinna zostać edukacja oraz wsparcie (RNAO 2016, RACGP 2016).
- Należy edukować pacjenta pod kątem zwiększenia aktywności fizycznej, zaangażowania społecznego, treningu poznawczego/rehabilitacji, zaprzestania palenia tytoniu, stosowania odpowiedniej diety (produkty bogate w kwasy Ω -3, w witaminę D) oraz ograniczenia czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.

Szkolenie kadry medycznej

- Skale przesiewowe stosowane przy ocenie neuropsychologicznej mogą i powinny być wykonywane przez lekarzy wszystkich specjalności, psychologów, ale także przez pielęgniarki i pracowników socjalnych po przeszkoleniu w zakresie podstawowych zasad oceny oraz czynników mogących modyfikować wynik (PTA/IGERO 2011, NICE 2018).
- Szkolenie powinno obejmować:
 - zrozumienie objawów demencji i zmian, których można oczekiwać w miarę postępu choroby,
 - rozumienie osoby jako jednostki i jej życiowej historii,
 - szanowanie indywidualnej tożsamości, seksualności i kultury danej osoby,
 - zrozumienie potrzeb osoby i członków jej rodziny lub opiekunów (NICE 2018).

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

Czynniki predykcyjne wpływające na powstawanie otępień/ choroby Alzheimera

- Wpływ czynników związanych z paleniem tytoniu, spożywaniem alkoholu w terażniejszym czasie, depresją, lękami, niedociśnieniem ortostatycznym, zawałem, cukrzycą, chorobami nerek, może zwiększać częstotliwość występowania otępień ogółem (Ford 2018).
- Do czynników zwiększających ryzyko występowania choroby Alzheimera można zaliczyć: spożywanie alkoholu w czasie terażniejszym, depresję, niedociśnienie ortostatyczne, choroby nerek (Ford 2018).

- Autorzy metaanalizy stwierdzili, że wyniki mogą w przyszłości posłużyć do stworzenia narzędzia wykorzystywanego w POZ do oceny czynników mogących wpływać na zwiększone ryzyko występowania otępień czy też choroby Alzheimera (Ford 2018).

Narzędzia stosowane w ocenie funkcji poznawczych

Test MMSE

- W przeglądzie Lin, USPSTF 2013, stwierdzono, że najlepszym narzędziem w wykrywaniu dysfunkcji poznawczych u osób powyżej 69 r.ż. okazał się test MMSE, charakteryzujący się czułością wynoszącą 88,3% i swoistością na poziomie 86,2%.
- Wyniki badań popierają stosowanie testu MMSE jako części procesu decyzyjnego mającego na celu określenie czy dana osoba ma otępienie, jednak wyniki tego testu powinny być interpretowane w szerszym kontekście w odniesieniu do indywidualnego pacjenta np. uwzględniając jego osobowość, zachowanie oraz sposób radzenia sobie w środowisku domowym i w codziennym życiu (Creavin 2016).
- Czułość testu MMSE wynosiła 71% (95% CI [66%-77%]), natomiast swoistość testu – 74% (95% CI [70%-78%]) (Tsoi 2017).

Test Rysowania Zegara:

- Czułość testu rysowania zegara w zależności od przyjętej skali oceny osiągała wartość w zakresie od 57% do 82%, a swoistość – od 75,7% do 87,9% (Park 2018).
- W innym przeglądzie ten sam test charakteryzował się czułością na poziomie 58% (95% CI [46%-69%]), natomiast swoistość testu wyniosła 73% (95% CI [61%-83%]) (Tsoi 2017).
- Test rysowania zegara jest prosty i łatwy do wykonania przez pacjenta, zajmuje niewiele czasu, ma prostą metodę oceny i może testować/badać ogólne cechy poznawcze u pacjenta. Jest to dobre narzędzie do wykorzystywania w ośrodkach POZ czy też domach opieki (Park 2018).

Opinie ekspertów klinicznych

Eksperci w dziedzinie neurologii uważają, iż diagnostyka otępienia powinna być prowadzona przez Zespół Specjalistów (neurolog, internista/geriatra, psycholog, psychiatra) w ramach procedury diagnostyki kompleksowej na bazie AOS lub diagnostyki 1-dniowej na bazie Oddziału Neurologii.

Eksperci w dziedzinie psychiatrii oraz geriatryki uważają, iż 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.

Eksperci w dziedzinie geriatryki uważają, iż zgodnie ze standardami międzynarodowymi nie ma konieczności wykonywania badań przesiewowych w kierunku zaburzeń poznawczych u osób bezobjawowych, czyli u osób bez zaburzeń pamięci dobrze funkcjonujących. Do oceny sprawności osób w wieku podeszłym służy kompleksowa (całościowa) ocena geriatryczna, która jest podstawowym standardem medycyny geriatrycznej. U osób w wieku podeszłym zdolności poznawcze powinny być badane przy pomocy Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (MMSE), testu Mini-Cog, testu AMTS testu Rysowania Zegara (TRZ), a zaburzenia nastroju za pomocą Geriatrycznej Skali Oceny Depresji. Wyniki tych testów nie pozwalają na postawienie rozpoznania otępienia. Nie ma obecnie jednej skali oceny neuropsychologicznej służącej identyfikacji łagodnych zaburzeń poznawczych. Powinno stosować się następujący podział w ocenie pacjenta: wywiad/badania przy użyciu testów przesiewowych (MMSE, TRZ), badania w kierunku tzw. otępień odwracalnych oraz pogłębiona diagnostyka neuroobrazowa. Należy upowszechniać informacje w społeczeństwie, aby nie traktować objawów otępiennych u starszych członków rodzin, jako konsekwencji procesu starzenia. Wczesne rozpoznanie choroby otępiennej, prawidłowe postępowanie terapeutyczne, pozwala na wydłużenie

samodzielnego funkcjonowania chorego, zmniejsza potrzebę opieki nad nim, a właściwa koordynacja opieki zdrowotnej i społecznej nad pacjentem z bardziej zaawansowanym procesem chorobowym odsuwa konieczność jego instytucjonalizacji. Postępowanie takie redukuje koszty zdrowotne i społeczne.

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

Z upoważnienia Prezesa

ZASTĘPCA PREZESA

Anna Kowalczyk

/dokument podpisany elektronicznie/

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. 2024 poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.69.2024; „Program wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych”; data ukończenia raportu październik 2024; oraz opinii Rady Przejrzystości nr 176/2024 z dnia 4 listopada 2024 roku o projekcie programu „Program wsparcia osób po 65 roku życia w ograniczeniu występowania zaburzeń procesów poznawczych prowadzących do powstawania chorób neurodegeneracyjnych”.