



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 87/2024 z dnia 9 grudnia 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i wносить 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.

Należy zauważyć, że podobny program był oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał opinię warunkowo pozytywną (347/2017). Uwagi zgłoszone wówczas do projektu programu zostały uwzględnione w obecnie ocenianym projekcie.

Do Agencji wpłynął raport końcowy z realizacji ww. programu, przedstawiono w nim główne wyniki dotyczące oceny efektywności. Zgodnie z treścią raportu końcowego w latach 2018-2023 objęto programem 257 osób starszych i niesamodzielnych, w szczególności po 65 r.ż., u których poziom niesamodzielności nie uległ pogorszeniu (wskazano liczbę uczestników w każdym roku realizacji programu). Przedstawiono także dane dotyczące średniego wzrostu wyniku w skali Barthel po wypisie względem początkowego pomiaru w każdym roku realizacji programu. Jednak nie odniesiono się w sposób szczegółowy do analizy innych założonych działań, m.in. oceny zwiększenia dostępności do dziennej opieki medycznej, tworzenia miejsc opieki czy zwiększenia efektywności systemu opieki medycznej. Tym samym dane w zakresie oceny realizowanego PPZ nie są pełne, co należy wziąć pod uwagę przy opracowaniu kolejnego raportu końcowego.

Obecnie opiniowany projekt zawiera uchybienia, które uniemożliwiają jego realizację z zachowaniem wysokiej jakości. W związku z tym należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności uwagi dotyczące:

- konieczności przeformułowania jednego z przedstawionych celów szczegółowych tak, aby odnosił się do efektu zdrowotnego oraz skorygowania i uzupełnienia mierników efektywności tak, aby odpowiadały wszystkim celom programu i umożliwiły ocenę efektywności,
- dokładnego oszacowania liczebności populacji kwalifikującej się do udziału w PPZ,
- uzupełnienia informacji nt. planowanych działań edukacyjnych, które zostały przedstawione w sposób zdawkowy,

- przedstawienia katalogu świadczeń, które dostępne będą w ramach indywidualnego planu wsparcia,
- odniesienia się do sposobu wyboru realizatora,
- skorygowania sposobu oceny jakości świadczeń realizowanych w ramach programu,
- uzupełnienia budżetu programu o koszty monitorowania, ewaluacji oraz koszty przeprowadzenia kampanii promocyjnej.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zakładający prowadzenie dziennego domu opieki medycznej dla osób niesamodzielnych, w szczególności osób po 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką POZ i AOS, a jednocześnie nie wymagających całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym. Całkowity koszt oszacowano na 6 034 175 zł, a okres realizacji to lata 2025-2028.

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

W opisie problemu zdrowotnego wskazano, że u pacjentów w zaawansowanym wieku występuje zjawisko wielochorobowości, wynikające zarówno z zachodzących w organizmie procesów starzenia się, jak i z postępu nauk medycznych. Wymieniono najczęściej występujące choroby przewlekłe wśród seniorów oraz wskazano na współwystępowanie chorób somatycznych i psychicznych, w tym łagodne i przewlekłe zespoły depresyjne i zespoły otępienne. Ponadto, w projekcie zwrócono uwagę na występowanie tzw. wielkich zespołów geriatrycznych, czyli przewlekłych zaburzeń prowadzących do niepełnosprawności funkcjonalnych oraz wpływających negatywnie na jakość życia osób starszych.

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

Odniesiono się do ogólnopolskich, regionalnych oraz lokalnych danych epidemiologicznych. Powołując się na dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wskazano, że w Polsce obserwowany jest narastający proces starzenia się społeczeństwa i zwiększenie udziału osób starszych w populacji. Przedstawiono wyniki badania PolSenior2, zgodnie z którymi „wraz z wiekiem stale zmniejsza się odsetek osób w pełni samodzielnych w zakresie czynności dnia codziennego, a szczególnie zauważalny jest on w zakresie czynności złożonych o po 75 r.ż.”. Zaznaczono, że „badanie wskazało na potrzebę zintensyfikowania działań medycznych i rehabilitacyjnych zmierzających do poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego, a także zapewnienia potrzebnego wsparcia i funkcjonowania w społeczeństwie”.

Odnosząc się do danych regionalnych, szczegółowo opisano dane demograficzne dla województwa małopolskiego oraz Krakowa. Wskazano m.in., że „obserwowana w ciągu ostatnich lat tendencja wzrostu mediany wieku, wskaźników starości i wsparcia międzypokoleniowego potwierdziła proces starzenia się społeczeństwa. Mediana wieku mieszkańców Małopolski w 2022 r. wyniosła 40,7 lat wobec 40,3 lat w 2021 r. Wskaźnik starości w 2022 r. wyniósł 110 osób w wieku 65 lat i więcej na 100 dzieci w wieku 0-14 lat tj. o 4 osoby więcej niż w 2021 r. Wskaźnik wsparcia międzypokoleniowego pozwalający na określenie potrzeb związanych z opieką społeczną i ochroną zdrowia w 2022 r. w Małopolsce wyniósł 12 osób tj. nie uległ zmianie w stosunku do 2021 r. Oznacza to, że 12 osób w wieku 85+ przypadło na 100 osób w wieku 50-64”. W projekcie przedstawiono także dane demograficzne dla Krakowa, wskazując m.in., że „wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi wyniósł 29,7 wobec 29,3 osób w 2022 r. (dla województwa wskaźnik ten wyniósł 27,9 w 2023

r. wobec 27,1 w 2022 r.)” oraz że „prognozy GUS wskazują, że do 2050 r. liczba mieszkańców Krakowa w grupie wiekowej 65+ zwiększy się do 195 553 osób a w 2060 r. do 240 407”.

Zgodnie z informacjami zawartymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026, „w populacji mieszkańców Małopolski w wieku 50-69 lat ranking problemów zdrowotnych wg wskaźnika DALY w 2019 r. wskazywał jako najistotniejsze problemy zdrowotne: choroba niedokrwienna serca, nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc, ból dolnego odcinka kręgosłupa, udar, cukrzyca i upadki. W grupie wiekowej 70+ jako najważniejsze problemy zdrowotne wskazywano: choroba niedokrwienna serca, udar, choroba Alzheimera i inne choroby otępienne, nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc, cukrzyca i przewlekła obturacyjna choroba płuc”.

Należy zaznaczyć, że w MPZ na lata 2022-2026 wśród wyzwań systemu opieki zdrowotnej dla województwa małopolskiego w zakresie demografii wskazano na fakt, że „dane potwierdzają postępujący proces starzenia się społeczeństwa, który wynika z wydłużania się oczekiwanej długości życia, niskiej dzietności oraz obecnej struktury wieku ludności”. Ponadto, w ramach wyzwań w zakresie epidemiologii wskazano, że „przy utrzymującym się trendzie wzrostowym wartości wskaźników DALY, zapadalności i chorobowości można założyć, że nastąpi wzrost zapotrzebowania na świadczenia w zakresie choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych”. Natomiast w ramach rekomendowanych kierunków działań dla opieki długoterminowej wskazano m.in. na „dostosowanie infrastruktury opieki długoterminowej do rosnących potrzeb związanych z pogłębiającą się niekorzystną sytuacją demograficzną oraz epidemiologiczną w regionie”.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zachowanie lub zwiększenie sprawności psychofizycznej i samodzielności u co najmniej 50% osób niesamodzielnych, zwłaszcza po 65 r.ż., biorących udział w programie w okresie jego realizacji tj. w latach 2025-2028, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej i ambulatoryjnej opieki, a jednocześnie nie wymagających opieki całodobowej”. 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. Cel główny wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie interwencjami. W projekcie przewidziano również przeprowadzenie oceny sprawności fizycznej, psychicznej oraz samodzielności uczestników, z wykorzystaniem wystandaryzowanych testów/skal, które pozwolą na porównanie stanu uczestników przed przyjęciem do DDOM (Dzienny Dom Opieki Medycznej), a stanem po ich pobycie w placówce, co umożliwi weryfikację efektów przeprowadzonych działań.

W projekcie zaproponowano 4 cele szczegółowe:

- 1) „zachowanie lub zwiększenie sprawności fizycznej u co najmniej 50% liczby osób biorących udział w programie w okresie realizacji Programu”,
- 2) „zachowanie lub zwiększenie sprawności psychicznej u co najmniej 50% liczby osób biorących udział w programie w okresie realizacji Programu”,
- 3) „zachowanie lub zwiększenie samodzielności u co najmniej 50% liczby u co najmniej 50% liczby osób biorących udział w programie w okresie realizacji Programu”,
- 4) „zwiększenie skuteczności i jakości sprawowanej opieki w środowisku domowym u co najmniej 80% opiekunów poprzez możliwość wypożyczenia sprzętu medycznego w okresie realizacji programu”.

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 nr 1, 2 oraz 3 odnoszą się do zachowania lub utrzymania kolejno sprawności fizycznej, psychicznej oraz samodzielności u uczestników PPZ i wydają się możliwe do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami. Ocena stopnia osiągnięcia ww. celów na podstawie wystandaryzowanych testów/skal, w tym: w zakresie oceny sprawności fizycznej – przy wykorzystaniu skali Tinetti, w zakresie oceny sprawności psychicznej – przy pomocy skali depresji Hamiltona (u osób poniżej 65 r.ż.) lub – Mini mental state examination (MMSE) i Geriatric Depression Scale (u osób powyżej 65 r.ż.) oraz w zakresie oceny samodzielności – poprzez wykorzystanie skali Barthel została zaplanowana prawidłowo. Cel szczegółowy nr 4 dotyczy zwiększenia skuteczności i jakości sprawowanej opieki w środowisku domowym poprzez możliwość wypożyczenia w ramach programu sprzętu medycznego. Należy zauważyć, że cel ten nie został sformułowany prawidłowo, gdyż nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Ponadto, ocena stopnia jego realizacji ma zostać przeprowadzona na podstawie ankiety wypełnianej przez opiekunów osób niesamodzielnych, a więc będzie miała charakter wyłącznie deklaracyjny. Mając na uwadze powyższe, cel ten wymaga korekty.

W projekcie przedstawiono uzasadnienie dla przyjętych wartości docelowych. Zaznaczono, że cele programu przygotowano w oparciu o wyniki badania ewaluacyjnego: „Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia dziennych domów opieki medycznej (DDOM)”.

W projekcie zaplanowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „odsetek osób niesamodzielnych, u których odnotowano zachowanie lub zwiększenie sprawności psychofizycznej i samodzielności w wyniku udziału w programie z wykorzystaniem standaryzowanych skal wykonywanych po przyjęciu i przed wypisem: co najmniej 50%”,
- (2) „liczba osób biorących udział w programie, które zachowały lub zwiększyły sprawność fizyczną w wyniku udziału w programie (mierzone przy pomocy skali Tinetti): co najmniej 166 osób”,
- (3) „liczba osób biorących udział w programie, które zachowały lub zwiększyły sprawność psychiczną w wyniku udziału w programie (mierzone przy pomocy skal: skali depresji Hamiltona u osób poniżej 65 r.ż. lub MMSE – mini mental state examination i GDS – Geriatric Depression Scale u osób powyżej 65 r.ż.): co najmniej 166 osób”,
- (4) „liczba osób biorących udział w programie, u których poziom samodzielności (mierzone skalą Barthel) nie uległ pogorszeniu lub zwiększył się: co najmniej 166 osób” oraz
- (5) „liczba opiekunów osób niesamodzielnych, u których doszło do zwiększenia skuteczności i jakości sprawowanej opieki w środowisku domowym (mierzone przy pomocy kwestionariusza ankiety): co najmniej 266 osób”.

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 1-4 zostały zaplanowane w sposób prawidłowy. Natomiast miernik nr 5 ze względu na nieprawidłowo sformułowany cel szczegółowy nr 4, może zostać wykorzystany w ramach oceny zgłaszalności do programu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią osoby niesamodzielne, w szczególności osoby po 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką POZ i AOS, a jednocześnie nie wymagające całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym.

Liczebność populacji kwalifikującej się do udziału w programie oszacowano na 49 905 osób. Zwrócono jednak uwagę na trudności w oszacowaniu populacji osób niesamodzielnych wynikające z braku całościowych statystyk publicznych w zakresie stanu zdrowia i potrzeb. W ramach przeprowadzonych szacunków przyjęto poniższe założenia. Jednym z możliwych kryteriów przyjęcia do udziału w programie jest przebycie hospitalizacji, na podstawie MPZ ustalono, że liczba hospitalizowanych osób na terenie Krakowa w grupie wiekowej ≥ 65 r.ż. wynosiła 53 310 osób. Dalej wskazano, że „zakłada się, że u ok. 50% ww. osób po zakończonej hospitalizacji wystąpią ograniczenia w zakresie zdolności do wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego lub złożonych czynności codziennych”, w związku z czym w szacunkach w zakresie liczebności osób kwalifikujących się do udziału w PPZ uwzględniono 26 655 osób ≥ 65 r.ż. hospitalizowanych na terenie Krakowa. Następnie, na podstawie dostępnych danych statystycznych Ministerstwa Zdrowia, oszacowano liczbę mieszkańców Krakowa ≥ 65 r.ż., którzy w 2022 r. chorowali na: Alzheimera i inne choroby otępienne (ok. 3 242 osoby), chorobę Parkinsona i inne zaburzenia ruchowe (7 338 osób), udar niedokrwienny mózgu (1 049 osób), chorobę niedokrwienną serca (43 962 osoby), niewydolność serca (11 780 osób) oraz zaburzenia rytmu serca (25 643 osoby). Łącznie zachorowalność na ww. choroby wśród mieszkańców Krakowa w wieku ≥ 65 r.ż. oszacowano na ok. 93 000 osób. Do populacji kwalifikującej się do udziału w PPZ wliczono 25% liczby mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków po 65 r.ż. z ww. schorzeniami, tj. ok. 23 250 osób. W projekcie nie wskazano jednak dlaczego przyjęto, że jedynie 25% ww. populacji spełniłoby kryteria włączenia do programu. Warto mieć również na uwadze, że w ww. szacunkach uwzględniono jedynie osoby ≥ 65 r.ż., podczas gdy w programie będą mogły wziąć udział również osoby młodsze (pełnoletnie).

Sposób oszacowania liczebności populacji kwalifikującej się do udziału w PPZ nie jest do końca jasny. Ponadto planuje się interwencje w szczególności dla populacji $+65$ r.ż. jednak do programu mogą być włączone pełnoletnie osoby niesamodzielne. Mając na uwadze powyższe, kwestia populacji wymaga uzupełnienia i korekty.

Liczebność populacji docelowej, która będzie mogła skorzystać z działań w ramach programu w trakcie 4 lat jego trwania oszacowano na 332 osoby (co stanowi ok. 0,7% oszacowanej liczebności populacji kwalifikującej się do udziału w PPZ). Jak wskazano, szacunki te wynikają z liczby utworzonych miejsc opieki (zgodnie z treścią projektu, w DDOM jednocześnie będzie mogło przebywać 20 pacjentów) oraz założeń dotyczących średniego czasu pobytu w DDOM (średnio 60 dni roboczych – od 30 do 90 dni roboczych). Zgodnie z treścią projektu, w okresie jednego roku (średnio 250 dni roboczych) wsparciem objęte zostaną 83 osoby.

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

Interwencja

Program zakłada prowadzenie dziennego domu opieki medycznej (DDOM) dla osób niesamodzielnych spełniających kryteria włączenia. W ramach pobytu w DDOM (od 30 do 90 dni roboczych, nie częściej niż raz w roku) uczestnikom zapewniona zostanie opieka medyczna (w tym konsultacje specjalistyczne i ocena sprawności funkcjonalnej, a w przypadku osób ≥ 65 r.ż. całościowa ocena geriatryczna) połączona z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych (na podstawie indywidualnego planu wsparcia przygotowanego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny). W projekcie zaplanowano udzielanie świadczeń zdrowotnych (w tym: opieki pielęgniarskiej, doradztwa w doborze odpowiednich wyrobów medycznych, usprawniania ruchowego, stymulacji procesów poznawczych, terapii zajęciowej oraz edukacji rodziny i opiekunów pacjenta w zakresie przygotowania do kontynuacji opieki), a także świadczeń dodatkowych w postaci wyżywienia, zajęć dodatkowych (w czasie wolnym) oraz w razie potrzeby, transportu z i do miejsca zamieszkania i na wizyty lekarskie. Ponadto, w ramach PPZ zaplanowano możliwość bezpłatnego wypożyczenia sprzętu medycznego.

Czas pobytu w DDOM

W projekcie wskazano, że czas trwania pobytu w DDOM ustalany będzie indywidualnie przez zespół terapeutyczny i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 90 dni roboczych. Zaznaczono

również, że w przypadku pacjentów chorujących przewlekle, u których utrzymują się deficyty zdrowotne, możliwe będzie ponowne przyjęcie do placówki, jednak nie częściej niż raz w roku.

Ocena sprawności funkcjonalnej

Zgodnie z treścią projektu, ocena sprawności funkcjonalnej przeprowadzana będzie przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny najpóźniej w trzecim dniu pobytu uczestnika w DDOM. Ocena obejmować ma podstawowe i złożone czynności życiowe, sprawność procesów poznawczych, stan emocjonalny, a także (w zależności od potrzeb uczestnika) inne obszary, np. stopień niewydolności zwieraczy pęcherza i odbytu, występowanie niewydolności krążenia czy ryzyko upadków. W przypadku osób powyżej 65 r.ż. wykonywana będzie tzw. całościowa ocena geriatryczna (COG), obejmująca ocenę stanu czynnościowego i fizycznego, a także funkcji umysłowych, a także ocenę socjalno-środowiskową, poprzedzoną wykonaniem oceny wg skali VES-13.

W projekcie wskazano również szczegóły w zakresie sposobów oceny poszczególnych obszarów w ramach oceny funkcjonalnej, w zależności od wieku uczestników. Zastosowanie określonych narzędzi do oceny stanu zdrowia powinno być zindywidualizowane i dostosowane do stanu zdrowia każdego z uczestników. Wszystkie zaplanowane skale do oceny sprawności funkcjonalnej również wykorzystywane są w ramach COG i mają odzwierciedlenie w wytycznych.

Indywidualny plan wsparcia

Na podstawie przeprowadzonej oceny całościowej, zespół terapeutyczny przygotowywać będzie dla każdego z uczestników indywidualny plan wsparcia, w ramach którego określone zostaną: liczba i rodzaj planowanych świadczeń oraz czas trwania terapii. Należy wskazać, że w treści projektu nie przedstawiono katalogu świadczeń jakie dostępne będą w ramach indywidualnego planu wsparcia czy też „procesu usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych”, które zostały przewidziane w programie. W odniesieniu do kategorii świadczeń, które będą realizowane w ramach DDOM wymieniono jedynie m.in. „usprawnianie ruchowe”, „stymulację procesów poznawczych” oraz „terapię zajęciową”. Powyższą kwestię należy uszczegółowić.

W projekcie wskazano również, że na koniec każdego miesiąca zespół terapeutyczny dokonywać będzie oceny rezultatów podjętych działań. W sytuacji, gdy u uczestnika stwierdzone zostaną postępy w samodzielnym wykonywaniu czynności dnia codziennego, plan wsparcia może zostać zmodyfikowany. Natomiast w przypadku braku postępów w wyniku stosowanej terapii, rehabilitacji, pielęgnacji oraz edukacji, zespół podejmować będzie decyzję o wypisaniu uczestnika z programu, informując go jednocześnie o możliwościach skorzystania z innych świadczeń zdrowotnych lub świadczeń pomocy społecznej. Zaznaczono również, że przed wypisem, konieczne będzie dokonanie ponownej oceny stanu zdrowia uczestnika. Zasadne wydaje się, aby w przypadku uczestników, u których nie występują oczekiwane postępy, również rozważyć modyfikację zastosowanego planu terapeutycznego.

Konsultacje specjalistyczne

Zgodnie z treścią projektu, w DDOM świadczeń udzielać będzie następujący personel: lekarz specjalista geriatra i lekarz specjalista rehabilitacji medycznej (realizujący konsultacje po przyjęciu i przed wypisaniem uczestnika oraz w razie potrzeby), pielęgniarka pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego sprawującego opiekę nad pacjentem, współpracująca z pozostałymi członkami zespołu (udzielająca świadczeń w zależności od potrzeb uczestnika, nie mniej niż 2 godziny dziennie), fizjoterapeuta (udzielający świadczeń w zależności od potrzeb uczestnika, nie mniej niż 4 godziny dziennie), opiekun medyczny (udzielający świadczeń w zależności od potrzeb uczestników), terapeuta zajęciowy (udzielający świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, nie mniej niż 10 godzin tygodniowo), psycholog (udzielający świadczeń w zależności od potrzeb uczestnika, nie mniej niż 10 godzin tygodniowo) oraz logopeda (udzielający świadczeń w zależności od potrzeb uczestników).

Wypożyczanie sprzętu medycznego

W projekcie zaplanowano zapewnienie wsparcia w postaci usług bezpłatnego wypożyczenia sprzętu medycznego, dowozu sprzętu do pacjenta oraz doradztwa w zakresie doboru i obsługi sprzętu.

Wskazano, że działanie to pozwoli na zwiększenie skuteczności i jakości sprawowanej opieki oraz zapewni uczestnikom możliwie najdłuższe przebywanie w swoim środowisku domowym, zapobiegając i niwelując ryzyko wykluczenia społecznego. Zgodnie z treścią projektu asortyment wypożyczalni stanowić będą minimum: łóżka medyczne, materace przeciwoleżynowe zmiennociśnieniowe, balkoniki, wózki inwalidzkie.

Działania edukacyjne

Zgodnie z informacjami przedstawionymi w projekcie w ramach opieki pielęgniarstwa przewidziano przeprowadzenie edukacji pacjenta w zakresie samoopieki i samopielęgnacji. Ponadto zaplanowano również działania edukacyjne skierowane do rodzin i opiekunów uczestników mające na celu przygotowanie do kontynuacji opieki. Należy jednak zaznaczyć, że w treści projektu nie przedstawiono większej ilości szczegółów nt. ww. działań, co wymaga uzupełnienia (np. zakres tematyczny, liczba godzin, itp.).

Dodatkowe działania realizowane w ramach DDOM

W DDOM zaplanowano zapewnienie uczestnikom usług dodatkowych w postaci: dostosowanego do stanu zdrowia wyżywienia (śniadanie, napoje i dwudaniowy obiad) oraz prowadzenia zajęć dodatkowych (w czasie wolnym, pomiędzy świadczeniami zdrowotnymi). Dodatkowo, w razie potrzeby, uczestnikom zapewniony zostanie bezpłatny transport z i do miejsca zamieszkania oraz na wizyty lekarskie (w godzinach funkcjonowania DDOM).

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, na podstawie rejestru pacjentów. Przedstawiono następujące wskaźniki mające zastosowanie w procesie monitorowania: „liczba osób, które zgłosiły się do programu”, „liczba osób, które nie zostały objęte programem”, „liczba utworzonych miejsc opieki w Dziennym Domu Opieki Medycznej”, „liczba osób, które skorzystały ze świadczeń w Dziennym Domu Opieki Medycznej” oraz „liczba opiekunów, którzy skorzystali z wypożyczalni sprzętu medycznego”. Należy podkreślić, że przedstawione wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo. Dodatkowo w projekcie zaznaczono, że każdorazowo wskazywane będą powody, dla których świadczenia u niektórych osób nie zostały zrealizowane.

Ocena jakości świadczeń w programie ma zostać zmierzona przy pomocy ankiety satysfakcji. Do projektu nie załączono wzoru ankiety satysfakcji. Wskazano jednak kwestię, które były przedmiotem oceny. Ocena jakości świadczeń obejmować będzie: „wyniki anonimowej ankiety satysfakcji wśród uczestników programu”, „wynik oceny zachowania lub zwiększenia sprawności fizycznej pacjentów”, „wynik oceny zachowania lub zwiększenia sprawności psychicznej pacjentów”, „wynik oceny zachowania lub zwiększenia samodzielności pacjentów” oraz „wynik oceny zwiększenia skuteczności i jakości sprawowanej opieki w środowisku domowym przez opiekunów osób niesamodzielnych”. Warto zaznaczyć, że jedynie przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród uczestników oraz ankiety badającej jakość sprawowanej opieki przez opiekunów osób niesamodzielnych można odnieść do oceny jakości programu. Analiza pozostałych aspektów (sprawności fizycznej i psychicznej oraz samodzielności pacjentów) powinna odbywać się raczej w ramach ewaluacji. W odniesieniu do ankiety satysfakcji wskazano jedynie, że jej elementem będzie „badanie efektów pobytu w dziennym domu opieki medycznej”. Dodatkowo, w projekcie zaznaczono, że „program na bieżąco oceniany będzie przez osoby kontrolujące jakość przeprowadzanych procedur w ramach programu” oraz że „zapewniony zostanie system kontroli wewnętrznej (poprzez

odpowiednio ustalony system podległości służbowej oraz nadzór kierowniczy), jak i kontroli zewnętrznej (przez podmiot finansujący program) na podstawie okresowych sprawozdań z realizacji programu”.

Ewaluacja programu ma być prowadzona po jego zakończeniu z wykorzystaniem zaplanowanych 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.

Warunki realizacji

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

Zaplanowano prowadzenie akcji informacyjnej. Wskazano, że w celu zapewnienia wysokiej frekwencji przeprowadzone zostaną działania informacyjne za pośrednictwem prasy lokalnej i branżowej, ulotek, plakatów, informacji na stronie realizatora i w mediach społecznościowych, a także poprzez informacje przekazywane do innych jednostek ochrony zdrowia i pomocy społecznej (np. w przychodniach POZ, poradniach rehabilitacyjnych, geriatrycznych, DPS, MOPS i innych).

W projekcie nie odniesiono się do sposobu wyboru realizatora programu. Należy zaznaczyć, że zgodnie z art. 48b ustawy, w przypadku programów polityki zdrowotnej wyboru realizatora dokonuje się w drodze konkursu ofert. Powyższa kwestia wymaga korekty.

W projekcie nie odniesiono się do kosztów akcji promocyjnej, ani do kosztów monitorowania i ewaluacji, co należy uzupełnić.

Całkowity koszt realizacji w latach 2025-2028 oszacowano na 6 034 175 zł. Program będzie finansowany ze środków własnych Miasta Krakowa oraz ze środków NFZ.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Definicja „starości” i jej początku jest trudna do określenia ze względu na jej wydłużenie i nieporównywalność poszczególnych jej etapów. W danych Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) dotyczących starzenia się populacji, przedstawia się dane w zakresie osób w wieku ≥ 65 r.ż. Natomiast w danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przyjmuje się, że „osobą starszą” jest każda osoba w wieku ≥ 60 r.ż. Również w Polsce zgodnie z Ustawą z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych, osobę starszą definiuje się jako osobę, która ukończyła 60 r.ż.

Całościowa ocena geriatryczna (COG)

Całościowa ocena geriatryczna (COG) to podstawowe narzędzie diagnostyczne zalecane w procesie świadczenia usług medycznych dla pacjentów w starszym wieku. W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) całościowa ocena geriatryczna to proces kompleksowej, wielopłaszczyznowej i – jeśli to możliwe – interdyscyplinarnej oceny potrzeb zdrowotnych (diagnostyczno-terapeutycznych), rehabilitacyjnych, społecznych, socjalnych i ekonomicznych starszego pacjenta pozostającego we własnym środowisku domowym.

Celami COG w gabinecie lekarza POZ powinny być: ocena problemów zdrowotnych (określanie wzorców wielochorobowości i współchorobowości, które mogą determinować trudności w prowadzeniu efektywnej terapii lub ograniczać potencjalne korzyści osiągnęte z prowadzenia leczenia); badanie przesiewowe w kierunku tzw. dużych problemów geriatrycznych; ocena potrzeb pielęgnacyjnych i opiekuńczych wraz z określeniem dostępnych dla pacjenta systemów wsparcia i systemów zaradczych; ocena potrzeb rehabilitacyjnych i określenie indywidualnego zapotrzebowania na zaopatrzenie ortopedyczne i środki pomocnicze; ocena bezpieczeństwa środowiska domowego i możliwości ekonomicznych pacjenta.

COG powinna każdorazowo inicjować długoterminowy proces diagnostyczno-terapeutyczny nakierowany na: wyłonienie indywidualnych potrzeb zdrowotnych i deficytów pacjenta, określanie

celów i możliwości terapeutycznych oraz efektywny system nadzoru i ewentualnej modyfikacji postępowania.

Przesiewową identyfikację pacjentów wymagających COG w warunkach leczenia zamkniętego ułatwia, wymagany przez NFZ do rozliczeń finansowych, kwestionariusz VES-13 (Vulnerable Elders Survey-13).

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2024 poz. 253), świadczenia gwarantowane z tego zakresu realizowane są w warunkach stacjonarnych i domowych i obejmują: świadczenia udzielane przez lekarza; świadczenia udzielane przez pielęgniarkę; rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego; świadczenia psychologa; terapię zajęciową; leczenie farmakologiczne; leczenie dietetyczne; zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w zakładzie opiekuńczym; edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Wyżej wymienione świadczenia gwarantowane są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności (skalą Barthel), otrzymał 40 punktów lub mniej.

Dodatkowo, w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne oraz leki.

Przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest finansowany w 40% ze środków publicznych w przypadku: chorób krwi i narządów krwiotwórczych, chorób nowotworowych, chorób oczu, chorób przemiany materii, chorób psychicznych i zaburzeń zachowania, chorób skóry i tkanki podskórnej, chorób układu krążenia, chorób układu moczowo-płciowego, chorób układu nerwowego, chorób układu oddechowego, chorób układu ruchu, chorób układu trawiennego, chorób układu wydzielania wewnętrznego, chorób zakaźnych i pasożytniczych, urazów i zatruc, wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych – gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach domowych są realizowane przez: zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie; pielęgniarzką opieką długoterminową domową.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych rekomendacji klinicznych

Podsumowanie wytycznych odnoszących się do dziennych domów opieki dla osób wieku podeszłym:

Kryteria włączenia i wykluczenia z pobytu w dziennych domach opieki

- Wśród kryteriów włączenia w ramach dziennych domów opieki wskazuje się pacjentów, którzy:
 - prowadzą siedzący tryb życia (mała aktywność);
 - potrzebują pomocy w ramach oceny podstawowych czynności życia codziennego (ADL) i potrzebach związanych z opieką osobistą;
 - potrzebują pomocy w przygotowywaniu posiłków (w tym przygotowanie specjalnej diety);

- wymagają wsparcia przy przyjmowaniu leków;
- wymagają ćwiczeń w celu utrzymania aktualnego stanu fizycznego lub zapobiegania pogorszeniu (SMoH 2016).
- Do pobytu w dziennych domach opieki nie powinni być włączani pacjenci:
 - z niestabilnymi chorobami, których stan zdrowia powinien być cyklicznie monitorowany;
 - u których wynik ADL (np. w skali Barthel) wyniósł ≤ 49 punktów);
 - z niewyleczonymi infekcjami zakaźnymi, którzy wymagają przebywania w izolowanych pomieszczeniach;
 - którzy mają stwierdzone zaburzenia zdrowia psychicznego związane z brakiem kontroli własnego zachowania (SMoH 2016).

Przyjęcie pacjenta do dziennego domu opieki

- Przyjęcia do dziennego domu opieki powinna dokonywać grupa specjalistów zatrudniona w danym domu opieki, która określa indywidualny schemat postępowania z pacjentem. Zaleca się opracowanie planu z rozpisaniem wszystkich możliwych do przeprowadzenia zajęć. Należy określić cele do jakich powinno dążyć się w ramach opieki nad pacjentem. Wszelkie zaplanowane działania powinny zostać udokumentowane w karcie pacjenta (SMoH 2016).

Określenie potrzeb pacjenta

- Określenie potrzeb pacjenta przez przeszkoloną pielęgniarkę (w razie konieczności) w zakresie m.in. podstawowej diagnozy, dalszych zaleceń w ramach postępowania, wykonania pomiarów ciśnienia krwi, temperatury, tętna oraz poziomu glukozy (w przypadku pacjentów z cukrzycą/lub podejrzeniem cukrzycy), stopnia odżywienia pacjenta (sprawdzenie nawyków żywieniowych), historii przyjmowanych leków oraz zapotrzebowania na leki w przyszłości, oceny podstawowych czynności życia codziennego z wykorzystaniem skali MBI (SMoH 2016).
- Określenie potrzeb pacjenta przez fizjoterapeutę (w razie konieczności) w zakresie m.in. oceny motorycznej pacjenta, treningu mięśniowego, ryzyka upadku oraz ocena chodu pacjenta (SMoH 2016).
- Określenie potrzeb pacjenta przez terapeutę zajęciowego (w razie konieczności) w zakresie: wsparcia terapią kognitywną, wykorzystania innych skal w zakresie oceny czynności życia codziennego np. skala stanu zdrowia (EQ-5D), test „Wstań i Idź” (TUG), skala Funkcjonalnej Oceny Stopnia Zaawansowania Choroby (FAST), krótka skala oceny stanu psychicznego (MMSE) (SMoH 2016).

Indywidualny plan postępowania z pacjentem

- Wyniki uzyskiwane przez pacjenta powinny być weryfikowane co najmniej raz na 6 miesięcy. W razie potrzeby może być to dużo krótszy okres. Okres związany z monitorowaniem planu postępowania z pacjentem jak i uzyskiwane przez niego wyniki powinny być indywidualnie dopasowane do danego pacjenta i jego stanu. Każdy z pacjentów powinien otrzymać rozpisany w sposób jasny plan działania w danej placówce z określeniem dni oraz godzin funkcjonowania w domu opieki (SMoH 2016).

Przygotowywanie posiłków/diet dla pacjentów

- Posiłki powinny być odpowiednio zbilansowane i dopasowane do potrzeb pacjentów. Świadczeniodawca prowadzący dzienny dom opieki powinien zagwarantować pacjentowi posiłki zdrowe, przygotowywane w odpowiednich warunkach sanitarnych oraz przewożone zgodnie z wszystkimi niezbędnymi wymogami (SMoH 2016).

Ćwiczenia fizyczne

- Interwencje udzielane przez świadczeniodawcę w dziennym domu opieki powinny obejmować ćwiczenia fizyczne w celu usprawniania pacjentów, utrzymywania ich lub też zmniejszania tempa spadku sprawności fizycznej oraz funkcjonalnej (SMoH 2016).
- Program ćwiczeń codziennych powinien obejmować działania mające na celu poprawę, utrzymanie lub zmniejszenie szybkości spadku siły, zakresu ruchu i równowagi pacjentów. Program ćwiczeń powinien być tak zaprojektowany, aby pomóc pacjentom poprawić lub utrzymać wydajność wykonywania podstawowych czynności życia codziennego (ADL), zmniejszyć ryzyko upadków i zoptymalizować ich funkcjonalne możliwości, maksymalizując w ten sposób ich funkcjonalną niezależność, zmniejszając wykorzystanie pomocy opiekunów pacjenta. Takie działania powinny przekładać się na poprawę jakości życia (SMoH 2016).
- Zaleca się żeby świadczeniodawca prowadzący dzienny dom opieki przygotował zindywidualizowany plan ćwiczeń usprawniających dopasowany do potrzeb każdego pacjenta (SMoH 2016).
- Zaleca się żeby program ćwiczeń zawierał ćwiczenia:
 - ruchowe (zarówno zestawy ćwiczeń pasywnych i aktywnych);
 - rozciągające (statyczne i dynamiczne);
 - wzmacniające (izometryczne, koncentryczne i ekscentryczne);
 - wykorzystujące różne formy oporu (na przykład ciężar ciała, elastyczne opaski, pozostały sprzęt do ćwiczeń);
 - trening kardio;
 - ćwiczenia równowagi i koordynacji (statyczne i dynamiczne) (SMoH 2016).

Prowadzenie zajęć rekreacyjnych dla osób starszych

- Zaleca się prowadzenie zajęć rekreacyjnych w ramach dziennych domów opieki, w celu osiągnięcia optymalizacji jakości życia i dobrego samopoczucia (SMoH 2016).
- Zajęcia rekreacyjne powinny obejmować działania mające na celu poprawę interakcji społecznych oraz ograniczenie izolacji społecznej, utrzymanie umiejętności poznawczych, a także poprawę nastroju pacjentów. Osoby bezpośrednio zajmujące się danym pacjentem powinny dokumentować jego udział oraz wszelkie zmiany w zachowaniu. Raportowanie powinno odbywać się co najmniej 1 raz w tygodniu (SMoH 2016).
- Zajęcia rekreacyjne powinny obejmować wykorzystanie wielu metod możliwych dostosowania wśród pacjentów w dziennym domu opieki. Zaliczyć do nich można: arteterapię, muzykoterapię, terapie wspomnień, działania społeczne, takie jak rękodzieło, karaoke, czytanie gazet, wycieczki grupowe w celu promowania interakcji społecznych (SMoH 2016).
- Zaleca się prowadzenie monitorowania interwencji przewidzianych w ramach indywidualnych programów zawierających działania rekreacyjne z częstotliwością min. 1 raz na 6 miesięcy (SMoH 2016).

Zapewnienie transportu dla pacjenta

- Świadczeniodawca powinien zapewnić transport w jednym lub w obu kierunkach (w zależności od preferencji pacjenta) za pomocą specjalistycznego pojazdu transportowego. Usługa związana z transportem powinna polegać na przetransportowaniu pacjenta w systemie *door-to-door* czyli obejmować również pomoc przy wejściu/zejściu po schodach w budynkach bez wind (SMoH 2016).
- Zaleca się żeby kierowcy zostali odpowiednio przeszkoleni w zakresie sytuacji kryzysowych w trakcie przewożenia pacjentów do lub z dziennych domów opieki. Powinni oni zostać poinstruowani przez opiekunów pacjentów o możliwych sytuacjach oraz o postępowaniu na wypadek ich wystąpienia (SMoH 2016).

Doświadczenie/wiedza kadry prowadzącej interwencje w ramach dziennych domów opieki

- Świadczeniodawca powinien zapewnić optymalną liczbę personelu (lekarzy, terapeutów, personelu opiekuńczego), aby przez cały okres przebywania pacjenta w domu opieki móc zaspokajać jego potrzeby opiekuńcze na odpowiednim poziomie (SMoH 2016).
- Należy dążyć również do sytuacji, w której wszyscy pracownicy zapewniający opiekę nad pacjentami wykazywali umiejętności na wystarczająco wysokim poziomie. W tym celu powinni przechodzić cykliczne szkolenia w celu podnoszenia kwalifikacji (SMoH 2016).
- Dodatkowo zwraca się uwagę na konieczność informowania wszystkich zatrudnionych pracowników o wizji i celach danego domu opieki. Pracownicy powinni zostać zapoznani z misją jednostki, jej filozofią, polityką dotyczącą praw pacjentów, planów postępowania w sytuacji zagrożenia, postaw etycznych oraz zakresem obowiązków na poszczególnych stanowiskach (SMoH 2016).
- Wszystkie przeprowadzane szkolenia powinny być certyfikowane, a pracownicy powinny nabywać po ich skończeniu praktycznych umiejętności, również takich, które mogą być niezbędne w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia pacjentów (np. szkolenia z resuscytacji krążeniowo-oddechowej) (SMoH 2016).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa

Wpływ ćwiczeń fizycznych na funkcjonowanie osób w wieku podeszłym

- Przeprowadzone dotychczas metaanalizy wykazują, że bycie aktywnym fizycznie zapobiega oraz spowalnia proces niepełnosprawności u osób starszejących się. Jednocześnie można uznać, że aktywność fizyczna stanowi jedną z najbardziej efektywnych strategii w zapobieganiu oraz redukcji niepełnosprawności, a także kosztów społecznych związanych ze starzeniem się społeczeństwa. Ćwiczenia fizyczne przyczyniają się zarówno do utraty masy ciała, jak i ew. utrzymania masy ciała na właściwym poziomie. Należy jednak pamiętać, iż część z przeprowadzonych badań w omawianym zagadnieniu ma swoje ograniczenia, w tym charakteryzuje je duża heterogeniczność porównywanych danych, niejednoznaczna klasyfikacja analizy wpływu ćwiczeń na poszczególne parametry zdrowotne.
- Zaleca się wykonywanie ćwiczeń o umiarkowanej lub wysokiej intensywności, ukierunkowane na równowagę. Ćwiczenia takie powinny być wykonywane przez min. 2 godziny tygodniowo. Ćwiczenia te powinny być skierowane zarówno do ogólnej populacji osób starszych, jak również do grup wysokiego ryzyka upadku. Ćwiczenia mogą być wykonywane w formie grupowej lub indywidualnej w środowisku domowym. Dodatkowo do ćwiczeń na równowagę można dodać wykonywanie ćwiczeń wzmacniających, jak również trening chodu. Niemniej jednak, u osób starszych z grup ryzyka, nie zaleca się stosowania programów szybkiego marszu. Jednocześnie podczas zalecania wykonywania ćwiczeń fizycznych pod uwagę należy wziąć wszystkie zdrowotne czynniki ryzyka, które występują u danego pacjenta.

Profilaktyka upadków (złamań) w wieku podeszłym

Interwencje złożone

- Wykazano, że prowadzenie programów profilaktycznych z zakresu upadków, przyczynia się do 21% redukcji liczby osób ponownie upadających. Szczególnie efektywne okazały się tu interwencje wieloczynnikowe, w skład których wchodziły działania skupiające się na stosowaniu ćwiczeń, weryfikacji przyjmowanych leków, noszeniu odpowiedniego obuwia, czy przekazywaniu osobom uczestniczącym w programie informacji zwrotnej o podejmowanych przez nich działaniach.
- Zastosowanie złożonych interwencji środowiskowych jest ogólnie korzystne we wspieraniu samodzielności osób starszych poprzez redukcję ich przyjęć do domówi opieki społecznej, bardziej niż przez ograniczenie liczby zgonów. Co więcej w grupie, w której zastosowano złożoną interwencję zauważyć również można redukcję nie tylko w liczbie przyjęć do szpitali, ale również w liczbie upadków. Analiza zbiorcza odnalezionych metaanaliz pozwala wnioskować, że

wieloczynnikowe interwencje zmniejszają liczbę upadków, w tym: zarówno samą liczbę upadków, jak i ryzyko upadku, wśród pacjentów powyżej 60 r.ż., przebywających w ośrodkach opieki długoterminowej.

Wpływ technologii geriatrycznych na funkcjonowanie osób w wieku podeszłym

- Ze względu na różnorodność opisu stosowanych technologii oraz postaw pacjentów w badaniach, niemożliwe jest wyciągnięcie jednoznacznych wniosków. Niemniej jednak, stosowanie w geriatryi technologii, m.in. mających na celu zapobieganie upadkom, powinno się wiązać z jasnym przekazem o korzyściach wynikających z ich stosowania w procesie aktywnego starzenia się. Technologie oferowane pacjentom powinny być proste, niezawodne oraz dostosowane do indywidualnych potrzeb osób starszych.

Profilaktyka chorób otępiennych/zaburzeń poznawczych

Trening poznawczy

- Na podstawie przeprowadzonych analiz można wnioskować, iż trening poznawczy wpływa w sposób korzystny na funkcje poznawcze osób starszych, w porównaniu do osób nie stosujących tego treningu. Trening poznawczy przyczynia się do poprawy obiektywnie postrzeganych funkcji poznawczych, funkcjonowania pamięci, funkcjonowania wykonawczego, szybkości przetwarzania informacji, zdolności skupienia się, inteligencji płynnej, jak również subiektywnych zdolności poznawczych. Utrzymanie się korzystnego wpływu treningu poznawczego na funkcje poznawcze jest zauważalny wówczas, gdy trening jest wykonywany w ramach min. 10 sesji. Pamięć oraz subiektywne funkcjonowanie poznawcze mogą ulec poprawie, jeśli trening wykonywany jest w grupach, w porównaniu do treningu indywidualnego.

Opinie ekspertów klinicznych

Zgodnie z opinią ekspertów klinicznych konieczne jest podejmowanie działań mających na celu zapewnienie odpowiedniej jakości życia osób starszych (zgodnie z tzw. „successful ageing”) oraz utrzymania ich w jak najlepszej kondycji psychicznej i fizycznej. Eksperti podkreślają istotę finansowania przez JST programów dot. profilaktyki geriatrycznej, jednocześnie zaznaczając, że zdecydowanie lepszym rozwiązaniem byłoby stworzenie rządowego programu i systemu opieki geriatrycznej lub warunków współpracy JST z MZ czy też NFZ. Wskazują też, że działania profilaktyki pierwotnej i wtórnej w populacji osób starszych przynoszą duże oszczędności w stosunku do medycyny naprawczej. Sugerują jednak, że koszty programów polityki zdrowotnej dot. profilaktyki geriatrycznej powinny być w pełni uzasadnione i poparte analizą korzyści, jak również powinny uwzględniać wydatki na wynagrodzenia osób zatrudnionych przy jego realizacji (np. geriatrów, fizjoterapeutów, psychologów etc.). Okres realizacji programu powinien wg ww. specjalistów być wymiernym do uzyskania oczekiwanych efektów. Konsultant krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu zaznacza, że osoby w wieku geriatrycznym mają zwiększoną podatność na choroby, złamania, urazy, w związku z czym zasadne jest prowadzenie działalności profilaktycznej i organizacyjnej w zakresie opieki geriatrycznej. Wskazuje on na istotę podejścia do indywidualnych potrzeb i dostosowania warunków mieszkalno-bytowych do wymagań osoby starszej. Podkreśla też wysokie znaczenie działań informacyjno-profilaktycznych nt. chorób i zagrożeń związanych z wiekiem geriatrycznym, jak również utrzymania (jak najdłużej) aktywności społecznej i zawodowej osoby starszej. Eksperti podkreślają też znaczenie monitorowania i ewaluacji programów profilaktyki geriatrycznej sugerując zastosowanie takich mierników efektywności jak liczba wcześniej wykrytych przypadków schorzeń, zaburzeń pamięci (w zależności od obszaru tematycznego programu). Z kolei w perspektywie długoletniej, sugeruje zmniejszenie ilości zgonów w populacji po 60 r.ż. na terenie danej JST.

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.431.76.2024; „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków”; data ukończenia raportu listopad 2024; oraz opinii Rady Przejrzystości nr 190/2024 z dnia 2 grudnia 2024 roku o projekcie programu „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków”.