



## Opinia

### Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych

nr 57/2014 z dnia 22 kwietnia 2014 r.

### o projekcie programu „Program zdrowotny – CENTRUM GERIATRYCZNE „Zdrowy Nestor”” miasto Gdańsk

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję pozytywną opinię na temat projektu programu zdrowotnego „Program zdrowotny – CENTRUM GERIATRYCZNE „Zdrowy Nestor”” miasta Gdańsk, pod warunkiem doprecyzowania kosztorysu i ograniczenia się do świadczeń o udowodnionej skuteczności .

#### Uzasadnienie

Oceniany projekt programu został przygotowany zgodnie ze schematem projektu programu zdrowotnego zaproponowanym przez Agencję. Program odnosi się do ważnego i dobrze zdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego to jest poprawy opieki nad osobami starszymi, ponadto realizuje priorytety Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015. W programie określono cel główny jakim jest pomyślne starzenie się i utrzymanie wysokiej jakości życia. Wskazano oczekiwane efekty wprowadzenia programu oraz szczegółowo je opisano. Określono mierniki efektywności odpowiadające celom programu. Projekt zakłada przeprowadzenie kampanii informacyjnej, co stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności do świadczeń. Program uzupełnia świadczenia realizowane w ramach świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Za wskazaniem Rady nie akceptuję interwencji o nieudowodnionej skuteczności (tóżko CERAGEM).

Należy doprecyzować kosztorys. Określono jedynie koszt jednostkowy na 200 PLN jednak nie doprecyzowano jakie koszty składają się na tę kwotę. Nie można stwierdzić czy środki przeznaczone na realizację programu zostaną wykorzystane optymalnie. Należałoby doprecyzować z jaką częstością oraz jak długo będą trwały zajęcia ruchowe dla uczestników programu zakwalifikowanych do tej formy interwencji. Wątpliwość budzi również fakt, że program obejmie tylko 1.31 % całej populacji tj. osób po 65 roku życia zamieszkałych na terenie Gminy Miasta Gdańsk. Program jest wieloletni na lata 2014 - 2016 zatem należy uwzględnić objętą w latach trwania programu populację.

#### Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny miasta Gdańsk z zakresu poprawy opieki nad osobami starszymi i rehabilitacji osób starszych. Celem głównym programu jest o pomyślne starzenie się, utrzymanie wysokiej jakości życia, a także jej poprawa u mieszkańców Miasta Gdańska po 65-tym roku życia. Program jest skierowany do kobiet i mężczyzn po 65 roku życia zamieszkałych na terenie Gminy Miasta Gdańsk, dbających o dobre zdrowie oraz tych, u których pojawiają się lub nasilają problemy somatyczne i/lub psychiczne pogarszające codzienne funkcjonowanie, a tym samym obniżające jakość życia. Program ma być realizowany w latach 2014–2016. Planowane koszty całkowite realizacji programu wynoszą 200 000 zł rocznie.



## **Problem zdrowotny**

Konsekwencją wyraźnego procesu starzenia się społeczeństwa polskiego, widocznego już od wielu lat, jest duża liczebność (5,7 mln) grupy osób w wieku poprodukcyjnym ( $\geq 65$  lat). Jednocześnie wydłuża się średnia długość życia mężczyzn i kobiet. Wydaje się więc, że najważniejszym zadaniem polityki społecznej powinna być nie tylko troska o dalsze wydłużanie życia, ale również podejmowanie takich działań, które będą sprzyjać pomyślnemu starzeniu się. Gryglewska definiuje pomyślne starzenie się, jako osiągnięcie wieku starości z małym ryzykiem chorób i niedożywienia, z wysoką sprawnością umysłową i fizyczną oraz utrzymaną aktywnością życiową, natomiast Wizner dodatkowo zwraca uwagę na zachowanie aktywności w sferze kontaktów społecznych i towarzyskich. W procesie starzenia się istotne znaczenie ma sfera oddziaływań zewnętrznych, do których Bień zalicza styl życia, sposób odżywiania, środowisko życia i czynniki psychospołeczne.

Aktywny styl życia to jeden z czynników istotnie wpływających na zdrowie osób starszych. Wiadomo, że niedobór ruchu może prowadzić do przyspieszenia procesów starzenia się oraz niedożywienia, a nawet w niektórych przypadkach — do inwalidztwa fizycznego. Regularne ćwiczenia fizyczne są nie tylko potencjalnym czynnikiem zapobiegającym starzeniu się, ale także pozytywnie wpływają na sprawność umysłową osób w podeszłym wieku.

## **Alternatywne świadczenia**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, świadczenia gwarantowane z tego zakresu obejmują m. in. rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego, świadczenia psychologa, terapię zajęciową oraz edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samo opieki i samo pielęgnacji w warunkach domowych. Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych, są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, który w ocenie skalą poziomu zapotrzebowania na opiekę osób trzecich, zwaną dalej „skalą opartą na skali Barthel” otrzymał 40 punktów lub mniej. Do zakładu opiekuńczego nie przyjmuje się świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą opartą na skali Barthel, otrzymał 40 punktów lub mniej, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

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

### **Wnioski z oceny problemu zdrowotnego:**

Postępujące starzenie się społeczeństwa, brak nawyków prozdrowotnych, stresujący tryb życia, degradacja środowiska naturalnego, nasilanie się częstotliwości różnego rodzaju wypadków, wreszcie postęp medycyny ratującej życie, ale nie zawsze umiejącej zapobiec skutkom chorób czy wypadków jest przyczyną stałego wzrostu liczby osób niepełnosprawnych w społeczeństwie.

- Silne dowody wskazują, że w porównaniu do mniej aktywnych kobiet i mężczyzn, starsze osoby które wykazują większą aktywność fizyczną posiadają:
  - niższą zachorowalność na chorobę wieńcową, nadciśnienie, udar, cukrzycę, raka piersi oraz okrężnicy, oraz wyższy poziom sprawności krążeniowo-oddechowej i mięśniowej,
  - korzystniejszą masę ciała, odpowiedni skład kości,
  - wyższe poziomy funkcjonalne zdrowia, mniejsze ryzyko upadku i lepsze zdolności percepcyjne.

- Osoby starsze powinny wykonywać co najmniej 150 minut ćwiczeń aerobowych o umiarkowanej intensywności w ciągu tygodnia lub przynajmniej 75 minut intensywnych ćwiczeń aerobowych w ciągu tygodnia lub w równoważnej ilości połączenie ćwiczeń o umiarkowanej intensywności oraz intensywnych.
- Ćwiczenia aerobowe powinny być wykonywane w seriach co najmniej 10-cio minutowych.
- Aby uzyskać dodatkowe korzyści dla zdrowia, osoby starsze powinny zwiększyć ilość ćwiczeń aerobowych o umiarkowanej intensywności do 300 minut tygodniowo lub angażować się w 150 minut intensywnych ćwiczeń aerobowych w tygodniu lub połączyć równoważne ilości ćwiczeń o umiarkowanej intensywności oraz intensywnych.
- Osoby starsze o ograniczonej mobilności, powinny wykonywać ćwiczenia fizyczne mające na celu poprawę równowagi oraz zapobieganie upadkom w ilości trzech lub więcej dni w tygodniu. Ćwiczenia wzmacniające mięśnie, angażujące główne grupy mięśni, należy wykonywać 2 lub więcej dni w tygodniu. Gdy osoby starsze ze względu na stan zdrowia nie mogą wykonywać ćwiczeń fizycznych w zalecanej ilości, powinny być na tyle aktywne fizycznie na ile pozwala im na to kondycja.
- Osoby nieaktywne zawodowo powinny rozpocząć od małych ilości aktywności fizycznej i stopniowo zwiększać czasu trwania, częstotliwość i intensywność ćwiczeń. Osoby nieaktywne oraz z ograniczeniami spowodowanymi przez choroby osiągną dodatkowe korzyści zdrowotne, gdy staną się bardziej aktywne.
- Lekarze POZ powinni w ramach swojej praktyki prowadzić poradnictwo dotyczące aktywności fizycznej.
- Niezależnie od jednostki chorobowej; wytyczne podkreślają, że skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość.
- W wytycznych podkreśla się konieczność zapewnienia powszechności; kompleksowości; wczesności; ciągłości.
- Zgodnie z zasadą kompleksowości rehabilitacja rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji.
- W szeroko pojmowanym procesie rehabilitacji wyróżnia się rehabilitację medyczną, społeczną i zawodową. Na rehabilitację medyczną (fizjoterapię) składają się: kinezyterapia, fizykoterapia, masaż leczniczy.
- Wytyczne są zgodne, że rehabilitacja nie może być uważana za osobną formę albo etap terapii lecz musi być zintegrowana ze świadczeniami profilaktyki wtórnej, gdyż stanowi jeden z jej aspektów. Rehabilitacja medyczna daje szansę nauczania i zachęcenia pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz zwiększenia stosowania się do zalecanej farmakoterapii.
- Wytyczne podkreślają, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.
- Wytyczne podkreślają, że skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość.
- Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych.

- Zgodnie z przyjętymi standardami diagnoza – w tym przypadku odbywająca się przed przystąpieniem do programu -powinna być opracowana przez zespół specjalistów, kompleksowa i powinny wynikać z niej szczegółowe wskazania i przeciwwskazania, ocenę ryzyka powikłań, które należy uwzględnić podczas konstruowania programów pracy z chorym.
- Zgodnie ze standardami wczesnej interwencji, wyniki kolejnych wizyt konsultacyjnych i wynikające z nich zalecenia powinny być uwzględniane i wykorzystywane podczas modyfikowania indywidualnego programu pracy z chorym oraz oceny jego rezultatów.
- Niezależnie od stosowanej interwencji powinno się zapewnić beneficjentowi dobrej jakości informacje na temat schorzenia oraz jego wpływu na życie, dostępnych opcji terapeutycznych oraz potencjalnych korzyści jak również ryzyka każdej z interwencji, jak również o innych dostępnych formach wsparcia. Przekazywanie informacji powinno odbywać się w przystępnej i przyswajalnej formie.

### Wnioski z oceny programu Gminy Miasta Gdańsk:

Przedmiotowy program dotyczy poprawy opieki nad osobami starszymi. Celem głównym programu jest zadbanie o pomyślne starzenie się, utrzymanie wysokiej jakości życia, a także jej poprawa u mieszkańców Miasta Gdańska po 65-tym roku życia. Program jest adresowany do osób po 65 roku życia zamieszkałych na terenie Gminy Miasta Gdańsk. Autorzy podzielili populację programu na 4 główne grupy i zgodnie z tym podziałem zaproponowali interwencje:

Grupa	Planowane interwencje
Wszyscy po 65 roku życia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wywiad pielęgniarki w zakresie sytuacji zdrowotnej i środowiskowej w zakresie potrzeb kwalifikacji do badania przez lekarza geriatrę,</li> <li>• wywiad geriatryczny lub internistyczny z uwzględnieniem elementów wywiadu środowiskowego,</li> <li>• badanie internistyczne,</li> <li>• weryfikacja leków przyjmowanych przez chorego,</li> <li>• ocena stanu fizycznego, ocena stanu psychicznego, ocena funkcji kognitywnych oraz ocena codziennego funkcjonowania</li> </ul> <p>W zależności od potrzeb osoby biorącej udział w programie zaproponowana będzie (do wyboru):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- konsultacja psychiatryczna</li> <li>- konsultacja psychologiczna</li> <li>- konsultacja rehabilitacyjna.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• omówienie z pacjentem i/lub opiekunem istoty zaburzenia, sposobu leczenia, wydanie zaleceń dotyczących także ewentualnej rehabilitacji i diety</li> </ul>
<b>1. Osoby w pełni zdrowe fizycznie</b>	<u>zajęcia grupowe:</u>

<p><b>i psychicznie, które dbając o kondycję chcą jak najdłużej zachować pełną sprawność</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- edukacyjne (wykłady lekarzy, psychologa, innych specjalistów),</li> <li>- edukacja prowadzona przez pielęgniarki środowiskowe (także indywidualna),</li> <li>- zajęcia ruchowe (gimnastyka, nordic walking),</li> <li>- terapia zajęciowa</li> </ul>
<p><b>2. Osoby sprawne intelektualnie bez zaburzeń emocjonalnych ale wymagające rehabilitacji ruchowej</b></p>	<p><u>oprócz zajęć grupowych</u> (zależnie od możliwości osoby zainteresowanej) proponowane będą <u>działania indywidualne</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 zabiegów rehabilitacyjnych (w zależności od zaleceń lekarza: fizjoterapia, kinezyterapia, masaże, „Ceragem”),</li> </ul>
<p><b>3. Osoby bez dolegliwości fizycznych, ale z kłopotami poznawczymi lub emocjonalnymi (spadek nastroju czy wręcz depresja).</b></p>	<p><u>oprócz zajęć grupowych</u> (zależnie od możliwości osoby zainteresowanej) proponowane będą <u>działania indywidualne</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 spotkań z psychologiem (terapia podtrzymująca, albo terapia funkcji poznawczych)</li> </ul>
<p><b>4. Osoby mające zarówno problemy natury ruchowej, jak i psychicznej.</b></p>	<p><u>oprócz zajęć grupowych</u> (zależnie od możliwości osoby zainteresowanej) proponowane będą <u>działania indywidualne</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- w zależności od przeważających problemów: albo zabiegi rehabilitacji ruchowej albo oddziaływania psychologiczne (cykl 10 zabiegów lub sesji).</li> </ul>

Zgodnie z informacjami zamieszczonymi na stronie internetowej GUS powiat m. Gdańsk w 2012 roku zamieszkiwało 75 837 osób powyżej 65 roku życia (włącznie). Autorzy planują objąć programem około 1000 osób rocznie, co stanowiłoby około 1,31% populacji kwalifikującej się do objęcia programem.

Odnosząc planowane interwencje do rekomendacji, wytycznych i wniosków z badań naukowych można stwierdzić, że:

- Silne dowody wskazują, że w porównaniu do mniej aktywnych kobiet i mężczyzn, starsze osoby, które wykazują większą aktywność fizyczną posiadają:
  - niższą zachorowalność na chorobę wieńcową, nadciśnienie, udar, cukrzycę, raka piersi oraz okrężnicy, oraz wyższy poziom sprawności krążeniowo-oddechowej i mięśniowej,
  - korzystniejszą masę ciała, odpowiedni skład kości,
  - wyższe poziomy funkcjonalne zdrowia, mniejsze ryzyko upadku i lepsze zdolności percepcyjne.
- Osoby starsze powinny wykonywać co najmniej 150 minut ćwiczeń aerobowych o umiarkowanej intensywności w ciągu tygodnia lub przynajmniej 75 minut intensywnych ćwiczeń aerobowych w ciągu tygodnia lub w równoważnej ilości połączenie ćwiczeń o umiarkowanej intensywności oraz intensywnych. Ćwiczenia aerobowe powinny być wykonywane w seriach co najmniej 10-cio minutowych. Autorzy nie podali z jaką częstotliwością oraz jak długo będą trwały zajęcia ruchowe.

- Zgodnie z zasadą kompleksowości rehabilitacja rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji. Projekt zakłada udział w realizacji programu: lekarza geriatry, lekarza rodzinnego, psychologa, pielęgniarki środowiskowej, lekarza rehabilitacji, psychiatry, neurologa oraz terapeuty zajęciowego.  
Według Opinii Ekspertkiej włączenie lekarza geriatry w realizację programu niewątpliwie poprawia jakość opieki nad chorymi.
- Planowane interwencje (kinezyterapia, fizykoterapia, masaż leczniczy) są zalecane i rekomendowane w ramach rehabilitacji osób dorosłych z dysfunkcją ruchową. Autorzy planują dodatkowo przeprowadzić rehabilitację metodą „Ceragem”.
- Zgodnie z przyjętymi standardami diagnoza – w tym przypadku odbywająca się przed przystąpieniem do programu -powinna być opracowana przez zespół specjalistów, kompleksowa i powinny wynikać z niej szczegółowe wskazania i przeciwwskazania, ocenę ryzyka powikłań, które należy uwzględnić podczas konstruowania programów pracy z chorym.
- Niezależnie od stosowanej interwencji powinno się zapewnić beneficjentowi dobrej jakości informacje na temat schorzenia oraz jego wpływu na życie, dostępnych opcji terapeutycznych oraz potencjalnych korzyści jak również ryzyka każdej z interwencji, jak również o innych dostępnych formach wsparcia. Przekazywanie informacji powinno odbywać się w przystępnej i przyswajalnej formie. Projekt zakłada, że po dokonaniu diagnozy (w oparciu o niezbędne badania i konsultacje) przewidywana jest wizyta, w ramach której nastąpi omówienie z pacjentem i/lub opiekunem istoty zaburzenia, sposobu leczenia, wydanie zaleceń dotyczących także ewentualnej rehabilitacji i diety.
- Zalecenia są zgodne, że przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględniać ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty na ocenę i poddani leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi. Projekt zakłada konsultacje psychiatryczne lub psychologiczne w zależności od potrzeb beneficjentów.

Świadczenia realizowane w ramach programu są finansowane ze środków publicznych. Projekt zakłada uzupełnienie świadczeń rehabilitacyjnych dostępnych w ramach NFZ.

Projekt zakłada monitorowanie i ewaluację.

Projekt zakłada przeprowadzenie kampanii informacyjnej, co stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności do świadczeń.

Nie przedstawiono szczegółowego kosztorysu. Podano koszt jednostkowy – 200 zł (jednak niewiadomo jakie koszty składają się na tę kwotę) oraz planowane koszty całkowite realizacji programu wynoszące 200 000 zł rocznie. Nie można jednak stwierdzić czy środki przeznaczone na realizację programu zostaną wykorzystane optymalnie.

W projekcie programu wskazano także, że część świadczeń zostanie pokryta z środków NFZ (w ramach kontraktu), pozostałe świadczenia zostaną sfinansowane z budżetu Gminy Miasta Gdańsk.

Z powyższych informacji wynika, że przy objęciu programem 1000 osób rocznie kwota 200 000 zł zostanie przeznaczona na sfinansowanie planowanych interwencji. Można zatem przypuszczać, że nie zawiera ona kosztu planowanej akcji informacyjnej.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez *American Public Health Association*<sup>1</sup>) można stwierdzić, że:

- I. Program odnosi się do ważnego i dobrze zdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego – poprawy opieki nad osobami starszymi, ponadto realizuje priorytety Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015.
- II. Dostępność działań Programu dla beneficjentów - Projekt zakłada przeprowadzenie kampanii informacyjnej, co stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności do świadczeń.
- III. Skuteczność działań - w projekcie Programu odniesiono się do skuteczności planowanych działań.
- IV. Nie przedstawiono szczegółowego kosztorysu. Podano koszt jednostkowy – 200 zł (jednak niewiadomo, jakie koszty składają się na tę kwotę) oraz planowane koszty całkowite realizacji programu wynoszące 200 000 zł rocznie. Nie można jednak stwierdzić czy środki przeznaczone na realizację programu zostaną wykorzystane optymalnie.
- V. Projekt zakłada monitorowanie i ewaluację.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wydaję opinię jak na wstępie

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr AOTM-OT-441-216/2013 „Program Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Wybranym Chorobom Społecznym dla Gminy Miasta Gdańsk – Centrum Geriatryczne Zdrowy Nestor” realizowany przez gminę miasto Gdańsk, Warszawa, kwiecień 2014 i aneksów: „Programy w zakresie poprawy opieki nad osobami starszymi – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, listopad 2012, „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, sierpień 2011.

---

<sup>1</sup> <http://www.aotm.gov.pl/index.php?id=212>