



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 141/2015 z dnia 2 września 2015 r.
o projekcie programu „Aktywność fizyczna czyli poprawa jakości
życia dla osób 60+ w ramach zajęć: Akademia – zdrowy kręgosłup
dla seniora, Senior fitness, Aktywność pokoleniowa”
realizowany przez miasto Kraków**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Aktywność fizyczna czyli poprawa jakości życia dla osób 60+ w ramach zajęć: Akademia – zdrowy kręgosłup dla seniora, Senior fitness, Aktywność pokoleniowa realizowany przez miasto Kraków pod warunkiem uwzględnienia przedstawionych poniżej uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej odnosi się do istotnej kwestii, jaką jest utrzymanie aktywności fizycznej u osób po 60 r. ż.

Pomimo faktu, że zaplanowane w projekcie interwencje, ze względu na niską liczebność populacji włączonej do programu, mogą nie przyczynić się do poprawy jakości życia, która będzie obserwowana w całej populacji, ale niewątpliwie mogą mieć znaczenie dla poprawy jakości życia osób, które będą uczestniczyć w programie. W tym przypadku istotny jest aspekt aktywizacji osób w wieku podeszłym. W wielu publikacjach podkreśla się korzystny wpływ wykonywania regularnych ćwiczeń zarówno na zdrowie fizyczne jak i psychiczne. Warty podkreślenia jest również aspekt społeczny prowadzonych działań. Aktywizacja osób po 60 r. ż. może przyczyniać się do większego ich udziału w życiu społecznym, a tym samym zmniejszać poczucie wyizolowania i osamotnienia.

Warto również zwrócić uwagę na planowane włączenie do programu osób młodszych, co stanowi wyjątkowy przykład programu skierowanego zarówno dla osób starszych jak i młodych. Takie działanie może przyczynić się do zwrócenia uwagi na aspekty zdrowotne i społeczne towarzyszące starości.

W projekcie przewidziano również prowadzenie działań edukacyjnych. Należy pamiętać, że powinny one być zaplanowane w taki sposób, aby zachęcały osoby starsze do utrzymywania aktywności fizycznej również po zakończeniu programu. Działania te powinny skupiać się nie tylko na poszukiwaniu motywacji do ćwiczeń, ale również powinny przedstawiać sposoby na bezpieczne ich wykonywanie.





W programie zaplanowano kwalifikacyjną wizytę u lekarza specjalisty. Jednak warto byłoby zastanowić się nad kwalifikowaniem uczestników do programu przez lekarza POZ, co ułatwi podjęcie udziału w programie przy jednoczesnym nieobciążaniu budżetu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący zwiększania aktywności fizycznej wśród osób po 60 r. ż. w Krakowie. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 273 000 zł rocznie, zaś czas realizacji to lata 2016-2018.



Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy poprawy sprawności fizycznej i poprawy jakości życia osób po 60 r. ż.

Problem zdrowotny przedstawiony w projekcie skupia się na zapewnieniu warunków zdrowego starzenia się społeczeństwa oraz łagodzeniu konsekwencji związanych z wiekiem podeszłym, w tym głównie choroby zwyrodnieniowe i problemów z poruszaniem się. W projekcie przedstawiono krajowe dane epidemiologiczne. Warto byłoby w tym miejscu przedstawić również dane lokalne, które pozwoliłyby oszacować stopień rozpowszechnienia skali zjawiska w regionie, jeśli odbiega on od wyników ogólnokrajowych.

Jak podkreśla się w wielu publikacjach (m.in. badanie PolSenior) aktywność fizyczna ma korzystny wpływ na zdrowie i jakość życia osób w wieku podeszłym. Jednak jak podają dane GUS z 2008r. ok. 79% populacji po 60 r. ż nie podejmuje aktywności fizycznej. Jak wynika z badania PolSenior brak podejmowania aktywności fizycznej związany był głównie z odczuwalnym złym stanem zdrowia oraz braku potrzeby uczestnictwa w aktywności fizycznej.

Cele i efekty programu

W projekcie wskazano cele główne, którymi są poprawa jakości życia i komfortu starzenia, zwiększenie aktywności środowiskowej osób 60+, zwiększenia wydolności organizmu, w tym zakresu ruchomości kręgosłupa i stawów obwodowych oraz wydolności oddechowej u osób 60+, integracja międzypokoleniowa, pokazanie różnych form aktywności ruchowej. Dodatkowo wskazano 5 celów szczegółowych. Należy zwrócić uwagę, że zarówno ostatni cel główny jak i cele szczegółowe przedstawiają interwencje możliwe do realizacji i powinny zostać przeformułowane.

W projekcie wskazano oczekiwane efekty, które pozostają spójne z postawionymi celami głównymi.

W odniesieniu do postawionych celów wskazano również mierniki efektywności którymi są: ankiety mierzące poziom satysfakcji i samooceny wykonanych w ramach obowiązków realizatora programu, porównanie badań spirometrycznych wykonanych przed i po cyklach zajęć, wykonanie testów sprawdzających zakres ruchomości stawów obwodowych, kręgosłupa i głowy wykonanych przed i po cyklach zajęć. Należy mieć na uwadze, że ankiety i testy nie są same w sobie miernikami, lecz dopiero analiza danych z nich uzyskanych pozwala na określenie stopnia realizacji danego celu. W kontekście omawianego zagadnienia najlepszym i najprostszym miernikiem efektywności zaplanowanych działań będzie sprawdzenie odsetka osób pozostających aktywnych fizycznie przed i po przeprowadzeniu programu w odniesieniu do całej populacji.

Populacja docelowa

Populację docelową w programie stanowią mieszkańcy Krakowa, którzy ukończyli 60 r. ż. Dodatkowo w ramach jednego z 3 rodzajów zajęć zaproponowanych w projekcie wziąć udział mają wnuczki uczestników w wieku 6-13 lat. W projekcie programu wskazano, że zaplanowanymi działaniami obejmie się ok 700 osób rocznie. Nie wskazano natomiast liczebności grupy dzieci, która zostanie zaproszona do udziału.

Obecnie miasto Kraków zamieszkiwane jest przez 182 751 osób w wieku powyżej 60 r. ż. Na tej podstawie można stwierdzić, że do programu planuje się zaprosić 0,38% możliwej do włączenia populacji w każdym roku. Liczebność populacji została oszacowana na podstawie

przeprowadzonego badania pilotażowego, m.in. po uwzględnieniu zróżnicowania zainteresowania osób starszych, a także dotychczasowego korzystanie przez nich z ośrodków sportowych.

Proszę zwrócić uwagę, że niska liczba osób włączonych do programu może nie pozwolić na zrealizowanie wszystkich celów postawionych w programie. Również wnioskowanie o skuteczności przeprowadzonej interwencji będzie obarczone dużą niepewnością.

Interwencja

W ramach programu planowane jest przeprowadzenie wizyty lekarskiej, badania spirometrycznego przed i po przeprowadzeniu cyklu zajęć, akcji informacyjno-edukacyjnej oraz cyklu zajęć fizycznych.

Badanie spirometryczne ma odbyć się na początku programu. Jego celem jest zakwalifikowanie uczestnika do programu. W projekcie nie wskazano jednak jakie konkretnie są kryteria kwalifikacji (np. zakres wyniku spirometrii), co powinno zostać uzupełnione. Dodatkowo warto również zaplanować postępowanie w przypadku uzyskania niepokojącego wyniku badania diagnostycznego.

Należy zwrócić uwagę, że spirometria, jako badanie pozwalające na obiektywną ocenę czynności płuc, wykonywana jest przede wszystkim w celu diagnozowania i kontrolowania leczenia chorób obturacyjnych, które powodują zwężenie dróg oddechowych i utrudniają oddychanie. Zastosowanie tego typu badania diagnostycznego w kontekście poprawy sprawności fizycznej może być obciążone dużą niepewnością i może nie pozwolić na obiektywne określenie możliwości do podjęcia aktywności fizycznej.

Należy zaznaczyć, że konsultacja lekarza rehabilitacji odbywać się będzie w ramach świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W celu odbycia niezbędnej konsultacji, uczestnik w pierwszej kolejności musi zgłosić się do lekarza POZ po odpowiednie skierowanie. Takie działania może powodować ograniczenie w dostępie do proponowanych interwencji. W projekcie nie wspomniano, że zajęcia mają mieć charakter rehabilitacyjny w związku z czym wydaje się niezasadne kwalifikowanie osób do projektu przez 2 lekarzy. Jak wynika z zamieszczonych informacji zajęcia fizyczne mają zapobiegać chorobom zwyrodnieniowym oraz utrzymywać osoby po 60 r. ż w dobrej kondycji ruchowej. W związku z tym warty rozważenia byłoby wykonanie wizyty wstępnej w ramach programu, która skupiałaby się na dobraniu odpowiednich zestawów ćwiczeń dla uczestnika, bądź też uzyskanie kwalifikacji do programu od lekarza POZ, który również może wykluczyć ewentualne przeciwwskazania do podjęcia aktywności.

W ramach działań edukacyjnych planuje się zorganizowanie spotkań z fizjoterapeutą, który przybliży charakter programu oraz poruszy zagadnienia z zakresu aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia. Z przedstawionego budżetu wynika, że planuje się przeprowadzenie 70 spotkań edukacyjnych, z czego każde trwać będzie 1,5h. Proszę zwrócić uwagę, że działania edukacyjne powinny być skonstruowane w taki sposób, aby zachęcić uczestników do kontynuowania aktywności fizycznej również samodzielnie w domu, co z pewnością wzmocni efektywność programu.

Zajęcia fizyczne dedykowane uczestnikom zostały podzielona na 3 grupy. Pierwsza grupa zajęć to tzw. „Akademia – zdrowy kręgosłup, przeznaczona dla osób z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa i oferujący ćwiczenia metodą McKenziego. Druga grupa zajęć to tzw. „Senior – fitness” skupiająca się na wzmacnianiu oraz rozciąganiu mięśni okolic kręgosłupa oraz stawów obwodowych. Trzecia grupa zajęć to tzw. „Aktywność pokoleniowa”, w której uczestniczyć będą także wnuki osób zakwalifikowanych do programu, mająca na celu

prowadzenie gimnastyki korekcyjnej z kształtowaniem świadomości swojego ciała poprzez ćwiczenia sensoryczne, muzykoterapię i relaksację. Wszystkie wymienione programy ćwiczeń będą składały się z cyklu min. 20 warsztatów, w grupach 10-osobowych. Ćwiczenia te zostaną przeprowadzone na terenie placówki będącej realizatorem programu, przez specjalistów w zakresie rehabilitacji lub fizjoterapii co najmniej 1 raz w tygodniu, przez 45 min. Dodatkowo, po zakończeniu cyklu ćwiczeń, uczestnicy otrzymają zalecenia dot. indywidualnego zestawu ćwiczeń domowych.

Jak wynika z informacji zamieszczonych w rekomendacjach WHO (WHO, Global Recommendations on Physical Activity for Health. 65 years and above, 2011r.) 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, w

Należy również podkreślić kwestię społeczną prowadzonych działań. Mimo uwzględnienia niewielkiej liczebności populacji docelowej program może przyczynić się do integracji społecznej w tej grupie osób. Zgodnie z założeniami unijnymi z 2011r. w których podkreśla się istotność aktywnego starzenia, jednym z obszarów, w którym może być ono realizowane jest udział seniorów w życiu społecznym oraz usprawnianie funkcjonowania seniorów.

Monitorowanie i ewaluacja

Ocena zgłaszalności do programu zostanie przeprowadzona poprzez analizę ilości zgłoszeń z poszczególnych środowisk, do których zwrócą się realizatorzy programów. Należy mieć na uwadze, że dane te mogą nie odzwierciedlać faktycznej liczby osób, które zgłosiły się do programu. Bardziej wiarygodnym sposobem przeprowadzenia oceny zgłaszalności będzie prowadzenie list uczestników, którzy zgłosili się do programu z uwzględnieniem tych, którzy zostali zakwalifikowani do kolejnego etapu oraz tych, którzy nie zostali zakwalifikowani, bądź też zrezygnowali z programu w jego trakcie.

Ocena jakości udzielanych świadczeń odbędzie się poprzez przeprowadzenie ankiety satysfakcji uczestnika.

W projekcie zaplanowano również ocenę efektywności programu za pomocą wyników badania spirometrycznego oraz wyników testów sprawnościowych przeprowadzonych przed i po zakończeniu programu. Nie zostało przedstawione jakie konkretnie skale zostaną użyte w tym celu, co uniemożliwia ich ocenę. Dodatkowo w ramach oceny wpływu prowadzonych działań edukacyjnych warto byłoby sprawdzić stan wiedzy uczestników. Najlepszym sposobem na określenie skuteczności edukacji jest określenie zmiany w zachowaniach i postawach uczestników, co jest zadaniem trudnym do realizacji.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wyłoniony w ramach otwartego konkursu ofert. W projekcie przedstawiono również wymagania względem realizatora.

Projekt programu przedstawia harmonogram zaplanowanych działań. Warto jednak w etapach projektu dodać część dotyczącą planowanego zakończenia udziału w programie. Wskazuje również sposób zakończenia uczestnictwa w programie.

W opiniowanym programie nie przedstawiono informacji, czy planuje się przeprowadzenie akcji informacyjnej promującej program.

Budżet całkowity przeznaczony na realizację programu wynosi 273 000 w każdym roku. W programie przedstawiono koszty poszczególnych działań z uwzględnieniem kosztów jednostkowych.

Prowadzenie programu zaplanowano na lata 2016-2018.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Aspekt zdrowotny i społeczny

Starzenie się człowieka jest procesem złożonym i nieuchronnym, przebiegającym na wielu wzajemnie na siebie oddziałujących płaszczyznach. 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. Regularne wykonywanie ćwiczeń fizycznych może zapobiegać występowaniu wielu chorób w późniejszym wieku (np. choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca typu 2, choroba zwyrodnieniowa stawów).

Rozpatrując problemy osób w podeszłym wieku, należy pamiętać, że człowiek stary dostrzega u siebie nie tylko przemiany zdrowotne, ale także zmianę swojej sytuacji społecznej. Wycofanie się z życia zawodowego, a także z pełnionych ról społecznych ma znaczny wpływ na życie emocjonalne i osobowość starszego człowieka. Zaprzestanie pracy zawodowej to nie tylko zmniejszenie przychodów, ale także utrata przyjaźni nawiązanych w pracy, co dla ludzi w podeszłym wieku, często osamotnionych, staje się czynnikiem kryzysogennym.

Alternatywne świadczenia

W ramach świadczeń gwarantowanych pacjentom przysługuje wykonywanie badania spirometrycznego w ramach diagnostyki chorób płuc oraz konsultacje lekarzy specjalistów (w tym lekarza rehabilitacji).

W odniesieniu do zajęć fizycznych brak jest alternatywnych świadczeń, które byłyby finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych.

Ocena technologii medycznej

Wskazuje się (WHO, Global Recommendations on Physical Activity for Health. 65 years and above, 2011r.), że aktywne fizycznie osoby starsze wykazują niższą zachorowalność na chorobę wieńcową, nadciśnienie, udar, cukrzycę, raka piersi oraz okrzężnicy, 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.

Zaleca się (US Department of Health and Human Service, 2008 Physical Activity Guidelines for Americans, 2008) wykonywanie co najmniej 150 minut ćwiczeń aerobowych o umiarkowanej intensywności w ciągu tygodnia lub 75 minut intensywnych ćwiczeń aerobowych w ciągu tygodnia lub w równoważnej ilości połączenie ćwiczeń o umiarkowanej intensywności oraz intensywnych. Natomiast osoby starsze o ograniczonej mobilności, powinny wykonywać ćwiczenia fizyczne mające na celu poprawę równowagi i zapobieganie upadkom trzy lub więcej razy w ciągu tygodnia.

Zgodnie z zaleceniami WHO (WHO, Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit, 2008) dla zakładów opieki zdrowotnej planowanie programów, które skupiać się będą na aktywności fizycznej, powinno być oparte o kilka istotnych elementów. Program taki powinien być bezpieczny, sprawiający przyjemność, realny i ustrukturyzowany. W przypadku pacjentów, którzy niechętnie podejmują aktywność fizyczną należy skupić się na zwiększaniu aktywności poprzez zmianę sposobu wykonywania czynności dnia codziennego (np. korzystanie ze schodów zamiast windy).

W odniesieniu do osób starszych istotne znacznie ma również zapobieganie upadkom. Jak wskazuje wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego wszystkie osoby starsze powinny być zapytane o to, czy w ostatnim roku zdarzył im się upadek. U osób zgłaszających się do lekarza z w/w przyczyny powinna zostać przeprowadzona wielkoczynnikowa ocena ryzyka upadku, która składać się będzie ze szczegółowego wywiady (w tym historii upadków), badania przedmiotowego, oceny funkcjonalności oraz oceny wpływu środowiska w tym także bezpieczeństwa w domu.

W licznych badaniach z zakresu gerontologii, skupiających się na procesie starzenia, a także na warunkach życia człowieka w podeszłym wieku, sugeruje się, że silne więzi emocjonalne z przyjaciółmi i rodziną mają bardzo pozytywny wpływ na zdrowie i samopoczucie psychiczne ludzi w podeszłym wieku. W badaniach Antonucci i wsp wskazuje się, aby starsi ludzie starali się podtrzymywać przyjaźnie, ponieważ są one dla nich źródłem dobrego stanu psychicznego. Istnieją także inne badania gerontologiczne, w których sugeruje się, że samotność ludzi w podeszłym wieku może być czynnikiem pobudzającym depresję.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: AOTMiT-OT-441-151/2015, „Aktywność fizyczna, czyli poprawa jakości życia dla osób 60+ w ramach zajęć: Akademia – zdrowy kręgosłup dla seniora, Senior fitness, Aktywność pokoleniowa” realizowany przez: Miasto Kraków, Warszawa, sierpień 2015 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy w zakresie poprawy opieki nad osobami starszymi – wspólne podstawy oceny”, listopad 2012.