



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 120/2016 z dnia 4 lipca 2016 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Kropla zdrowia dla
seniora - aktywizacja osób w wieku 60+ na lata 2016-2018”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Kropla zdrowia dla seniora - aktywizacja osób w wieku 60+ na lata 2016-2018” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada aktywizację społeczną i fizyczną osób po 60 r.ż.

W projekcie wskazano cele, jednak powinny one być przygotowane zgodnie z regułą SMART. Należy także określić mierniki efektywności odpowiadające celom.

Opis populacji docelowej budzi wątpliwości. Z projektu nie wynika, czy program skierowany będzie do całej populacji powyżej 60 r. ż, czy tylko do osób posiadających status emeryta, kombatanta lub też inwalidy wojennego. Kwestie tą należy doprecyzować, mając na uwadze określenie odpowiednich kryteriów kwalifikacji do programu.

Zaproponowane interwencje pozostają w zgodzie z rekomendacjami. Ważne jest jednak zaplanowanie działań edukacyjnych skierowanych do całej populacji, nie tylko do uczestników programu. Ponadto należy określić realizatorów poszczególnych interwencji oraz harmonogram działań.

Monitorowanie i ewaluacja programu wymagają poprawy. Nie określono odpowiednich wskaźników, które umożliwią odpowiednie przeprowadzenie tych procesów.

Przedstawiony budżet nie budzi zastrzeżeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący aktywizacji osób po 60 r.ż. Budżet programu został oszacowany na 20 000 zł, zaś okres jego realizacji to lata 2016-2018.

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 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

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 dot. chorób zwyrodnieniowych 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

Celem głównym programu jest aktywizacja ruchowa i społeczna seniorów poprzez promowanie zdrowego stylu życia i zajęcia ruchowe. Dodatkowo wskazano 5 celów szczegółowych. Proszę zwrócić uwagę, aby przy tworzeniu celów posługiwać się metodą SMART, wg której cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, ważny i określony w czasie.

Oczekiwane efekty pozostają w zgodzie z głównym celem programu. Brakuje jednak odniesienia do uwzględnionych w treści projektu badań słuchu osób starszych.

W ramach mierników efektywności planuje się przeprowadzenie ankiety ewaluacyjnej. Proszę zwrócić uwagę, że zadaniem mierników jest określenie stopnia realizacji celów programowych, zatem zasadne jest określenie takich wskaźników, które to umożliwią. Mierniki powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym miejscu/ otoczeniu/ programie wyrażone w odpowiednich jednostkach miary.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy Radomia powyżej 60 r.ż. W projekcie pojawia się niespójność, czy program skierowany jest do całej populacji osób w określonym wieku, czy tylko do osób, posiadających status emeryta, kombatanta lub też inwalidy wojennego. Do programu planuje się zaprosić 80 osób rocznie. Nie wskazano jednak uzasadnienia dla tak przyjętej liczebności uczestników, ani wyboru grupy docelowej.

W związku z niespójnością dotycząca profilu uczestnika utrudnione jest określenie odsetka populacji, która zostanie włączona do programu oraz określenie, czy liczba uczestników wpłynie na uzyskanie widocznego efektu populacyjnego.

W ramach kryteriów kwalifikacji wskazano wiek i miejsce zamieszkania. W przypadku, gdy grupę docelową stanowią emeryci, kombatanci lub też inwalidzi wojenni status ten powinien stanowić jedno z kryteriów włączenia do programu.

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 ocenianym projekcie zaplanowano przeprowadzenie: cyklu zajęć ruchowych nadzorowanych przez fizjoterapeutę (tj. dokładny wywiad zdrowotny i ustalenie indywidualnego harmonogramu ćwiczeń dla potencjalnego uczestnika programu), terapii zajęciowej (z wykorzystaniem ćwiczeń manualnych), sezonowych zajęć ruchowych na powietrzu tj. nordic walking (oraz zakup stosownego sprzętu do ww. dyscypliny sportowej), edukacji zdrowotnej oraz badań słuchu dla wszystkich uczestników programu.

Zaplanowane działania pozostają zgodne z zaleceniami przedstawionymi w wytycznych, które podkreślają zasadność prowadzenia kompleksowych działań mających na celu utrzymanie niezależności w codziennych czynnościach życiowych, dobrego stanu fizycznego, psychicznego oraz odpowiednich warunków socjalno-bytowych.

W odnalezionych rekomendacjach podkreśla się znaczenie kształtowania prozdrowotnych postaw i zachowań, promowania zdrowego stylu życia, prewencji i wczesnego wykrywania chorób, zwiększenia aktywności fizycznej, więzi rodzinnych i aktywności społecznej, oraz współpracy międzypokoleniowej. W ramach projektu programu zostaną zrealizowane prelekcje specjalisty na tematy prozdrowotne. Określono wstępną zakres tematyczny edukacji. Z informacji zawartych w projekcie nie wynika, jaka część populacji zostanie objęta tymi działaniami. Istotne jest aby edukacja skierowana była do całej populacji docelowej. W przypadku braku wystarczających środków działania te można ograniczyć do przekazywania informacji poprzez prasę, lokalne media i placówki medyczne.

Projekt programu zakłada także wykonanie badań słuchu u wszystkich uczestników, jednak kwestia ta nie została rozwinięta w projekcie. Brakuje informacji jakie konkretnie badanie zostanie przeprowadzone u uczestników. Należy mieć na uwadze, że wytyczne nie są jednoznaczne co do prowadzenia badań przesiewowych w kierunku ubytków słuchu, zaś badanie audiometrii jest obecnie finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych, więc istnieje ryzyko podwójnego finansowania badań.

Projekt programu nie zawiera harmonogramu zaplanowanych działań oraz informacji na temat kwalifikacji osób prowadzących poszczególne interwencje, co wymaga uzupełnienia.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie uwzględniono monitorowanie i ewaluację programu, jednak wymagają one doprecyzowania.

Proszę zwrócić uwagę, że monitorowanie (ocena zgłaszalności i jakości udzielonych świadczeń) powinna odbywać się na każdym etapie realizacji. Rolą monitorowania jest ocena przebiegu programu w ramach którego warto określić m.in liczbę osób biorących udział, liczbę osób, które do programu się zgłosiły, stopień jakości przeprowadzanych interwencji.

W projekcie nie zaplanowano poprawnie procesu ewaluacji (ocena efektywności). Proszę mieć na uwadze, że powinna ona oceniać wpływ podjętych działań na zdrowie i sytuację społeczną uczestników. Zasadne jest zatem określenie, czy uczestnicy po zakończeniu programu są nadal aktywni fizycznie i społecznie oraz czy ich jakość życia wzrosła po uczestnictwie w programie.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wyłoniony w ramach otwartego konkursu ofert. W projekcie nie przedstawiono szczegółowych wymagań względem realizatora.

Projekt programu nie zawiera harmonogramu zaplanowanych działań oraz sposobu zakończenia udziału uczestnika, co wymaga uzupełnienia.

Budżet całkowity przeznaczony na realizację programu wynosi 20 000 w każdym roku. W programie przedstawiono koszty poszczególnych działań z uwzględnieniem kosztów jednostkowych.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

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

Badania słuchu są finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych.

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 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.

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 wieloczynnikowa ocena ryzyka upadku, która składać się będzie ze szczegółowego wywiadu (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.

PolSenior (2012) oraz wytyczne singapurskie (SMoH 2010) zalecają wprowadzenie regularnych programów przesiewowych uwzględniając m.in. wykonanie badań audiologicznych. SMOH zaleca wykorzystanie sprawdzonych metod skriningowych tj. The Single Global Screening Question, The Hearing Handicap Inventory for the Elderly-Screening (HHIE-S), otoskopii i audiometrii tonalnej. Wytyczne australijskie (RACGP 2012) sugerują coroczny skrining po 65 r.ż. (weryfikując czy senior jest w stanie usłyszeć szept z ok. 0,5 m lub dźwięk pocierania palców z ok. 5 cm). Natomiast towarzystwa amerykańskie (AAFP 2016; USPSTF 2012) stwierdzają, że obecne dowody są niewystarczające na potwierdzenie korzyści lub szkód związanych z badaniami przesiewowymi w populacji bezobjawowej po 50 r.ż. W Polsce obecnie nie realizuje się programu badań przesiewowych słuchu u osób po 60 r.ż., jednak Instytutu Patologii i Fizjologii Słuchu podkreśla, że dane epidemiologiczne wskazują iż 3/4

osób w 70 r.ż. ma poważne problemy ze słuchem, które mają negatywny wpływ na ich codzienne funkcjonowanie, a dzięki skriningowi można podjąć wczesną interwencję.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.99.2016.MiS „Kropla zdrowia dla seniora - aktywizacja osób w wieku 60+ na lata 2016-2018” realizowany przez: miasto Radom, Warszawa, czerwiec 2016 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu profilaktyki geriatrycznej – wspólne podstawy oceny”, sierpień 2015. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 186/2016 z dnia 27 czerwca 2016 roku o projekcie programu „Kropla zdrowia dla seniora - aktywizacja osób w wieku 60+ na lata 2016-2018” miasta Radom