



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 146/2011 z dnia [REDACTED]
o projekcie programu zdrowotnego
„Poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej ze szczególnym
uwzględnieniem utrzymania samowystarczalności osób starszych”
realizowanym przez miasto [REDACTED]

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej uważam, że projekt programu zdrowotnego „Poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem utrzymania samowystarczalności osób starszych” dotyczy bardzo istotnego problemu zdrowotnego i społecznego, jednakże nie może być pozytywnie zaopiniowany, gdyż skorzysta z niego niewielki odsetek populacji osób starszych w jednostce samorządu. Ponadto program nie uwzględnia szerokiej aktywizacji fizycznej i psychospołecznej w postaci np. uniwersytetu trzeciego wieku, koncentrując się jedynie na problemach medycznych. Program częściowo pokrywa się ze świadczeniami finansowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

Zarówno w Polsce, jak i w innych krajach stale wzrasta populacja osób starszych, w wyniku m. in. postępujących zmian społecznoekonomicznych, wzrostu stopy życiowej oraz rozwoju medycyny, przyczyniających się do wydłużenia życia ludzkiego. Konsekwencją widocznego już od wielu lat procesu starzenia się społeczeństwa polskiego jest coraz większa liczebność (5,7 mln) grupy osób w wieku poprodukcyjnym (≥ 65 lat)³. Z powodu wzrostu oczekiwanej długości życia (dla kobiet 80, a dla mężczyzn 72 lata), Polska stoi w obliczu kryzysu demograficznego wynikającego z dynamicznego wzrostu populacji w wieku podeszłym. Obecnie ponad 16% ludności kraju to ludzie starsi, a w 2020 roku według prognozy Głównego Urzędu Statystycznego wskaźnik ten wyniesie 22,4%. Zwiększy to obciążenia dla zakładów opieki zdrowotnej, zakładów opiekuńczych, lecz przede wszystkim dla rodzin. Z tego powodu w ostatnich latach wzrasta zainteresowanie tym okresem życia, nie tylko w ujęciu biomedycznym, ale także na płaszczyźnie psychologicznej i społecznej. W okresie wczesnej starości (65-74 lata) przeważają bowiem problemy zdrowotne i psychologiczne, natomiast w starości (75-89 lat) częściej potrzeby opiekuńcze i bytowe. Do zadań polityki społecznej zalicza się zatem zarówno działania związane z dalszym wydłużaniem życia, jak i podejmowaniem takich działań, które sprzyjają pomyślnemu starzeniu się, definiowanemu jako osiągnięcie wieku starości z małym ryzykiem chorób i niedożywienia, z wysoką sprawnością umysłową i fizyczną oraz utrzymaną aktywnością życiową^{1,3}. O istotności problemu może świadczyć fakt, że Narodowy Plan Zdrowotny na lata 2004–2013 przewiduje wprowadzenie zmian w systemie opieki zdrowotnej w celu zapewnienia właściwej opieki medycznej osobom w podeszłym wieku i wydłużenia okresu ich sprawności psychofizycznej³.

Wraz z wiekiem może dojść do wielu zmian w układzie ruchu: zmniejszenie siły mięśni, spadek masy kostnej (osteoporoza), powstanie zmian zwyrodnieniowo-zniekształcających, podwyższenie progu odczuwania bólu, a także zmiany w układzie odpornościowym. Z wiekiem ludzie zaprzestają leczenia w formie farmakologicznej i ograniczają aktywność ruchową. Bierny tryb życia osób starszych przyczynia się do pogorszenia sprawności i pogłębienia objawów istniejących już schorzeń. Najczęstsze powikłania to: odleżyny, zakrzepica żył głębokich oraz zakażenia⁵. Aktywny styl życia to jeden z czynników istotnie wpływających na zdrowie osób starszych, ich sprawnością umysłową



i dobre samopoczucie. Głównym zadaniem rehabilitacji geriatrycznej jest zatem uzyskanie samowystarczalności i utrzymanie jak najlepszego stanu zdrowia poprzez poprawę sprawności fizycznej i psychicznej, wydolności krążeniowo-oddechowej, obniżenie masy ciała, a przez to zmniejszenie przeciążeń stawów i kręgosłupa oraz zabezpieczenie przed upadkami i ich skutkami⁵.

Oprócz problemów zdrowotnych, starsi ludzie zmagają się ze spadkiem ich pozycji społecznej, i wycofywaniem się z życia zawodowego, co prowadzi do poczucia izolacji i osamotnienia. Istotne jest zatem okazywanie im zainteresowania, umożliwianie rozwijania zainteresowań i pasji, ułatwianie dostępu do instytucji kulturalnych oraz aktywizacja w życiu społecznym¹. Równie ważnym czynnikiem wpływającym na pomyślne starzenie się jest zachowanie sprawności intelektualnej, co decyduje o jakości życia nie mniej niż stan zdrowia, sprawność fizyczna, warunki życia czy wsparcie społeczne. Stąd też coraz większą popularnością cieszą się tzw. uniwersytety trzeciego wieku, które umożliwiają nie tylko uzupełnienie i aktualizację wiedzy w różnych dziedzinach nauki, ale także pobudzają osoby starsze do twórczej i fizycznej aktywności¹.

Podsumowując, starzenie się społeczeństw uzasadnia potrzebę rozwoju bazy geriatrycznej, szkolenia i zatrudniania coraz większej liczby lekarzy i pielęgniarek, będących specjalistami w tej dziedzinie. Tymczasem rozwój geriatry w Europie, pomimo unifikacji wielu dziedzin życia, napotyka na różnego rodzaju trudności, czego wynikiem jest nierównomierny dostęp do świadczeń opieki geriatrycznej⁴. W Polsce opieka geriatryczna jest wciąż suboptymalna. W naszym kraju działa jedynie 120 specjalistów geriatrów⁴.

W Polsce zasady działania opieki długoterminowej opierają się na rozporządzeniu Ministra Zdrowia⁸ 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 samoopieki i samopielęgnacji 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, o ile podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką nie jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

Kluczowe wnioski wynikające z odnalezionych wytycznych^{6,7}:

- Silne dowody wskazują, że w porównaniu do mniej aktywnych kobiet i mężczyzn, starsze osoby, które wykazują większą aktywność fizyczną, cechują się:
 - niższą zachorowalnością na chorobę wieńcową, nadciśnienie, udar, cukrzycę, raka piersi oraz okrężnicy,
 - wyższym poziomem sprawności krążeniowo-oddechowej i mięśniowej,
 - korzystniejszą masą ciała, odpowiednim składem kości,
 - wyższym poziomem zdrowia funkcjonalnego, mniejszym ryzykiem upadków i lepszymi zdolnościami percepcyjnymi;
- Osoby starsze powinny wykonywać przez co najmniej 150 minut ćwiczenia aerobowe o umiarkowanej intensywności w ciągu tygodnia lub w ciągu przynajmniej 75 minut intensywne ćwiczenia aerobowe w ciągu tygodnia lub w równoważnej ilości połączenie ćwiczeń o umiarkowanej intensywności oraz intensywnych; ćwiczenia aerobowe powinny być wykonywane w seriach co najmniej 10-minutowych;
- Osoby starsze o ograniczonej mobilności powinny wykonywać ćwiczenia fizyczne mające na celu poprawę równowagi oraz zapobieganie upadkom co najmniej trzy razy 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 czas trwania, częstość i intensywność ćwiczeń;
- Ćwiczenia wzmacniające mięśnie, angażujące główne grupy mięśni, należy wykonywać dwa lub więcej dni w tygodniu;
- Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej powinni w ramach swojej praktyki prowadzić poradnictwo dotyczące aktywności fizycznej.

Głównym celem programu jest poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem utrzymania samowystarczalności mieszkańców miasta [REDAKTOWANE] w wieku powyżej 64 lat, pacjentów SP ZOZ Zakładu Pielęgnacyjno–Opiekuńczego. Do celów szczegółowych zalicza się: utrzymanie bądź poprawę sprawności fizycznej (zdolności samodzielnego i bezpiecznego poruszania się, samoobsługi), utrzymanie bądź poprawę wydolności krążeniowo-oddechowej, a także zmniejszenie przeciążeń stawów i kręgosłupa. Działaniami, którymi będą konsultacje medyczne w dziedzinie rehabilitacji i geriatry, sporządzenie oceny pacjenta - w zmodyfikowanej skali Barthel oraz zabiegi kinezyterapii, fizykoterapii, planuje się objąć 516 osób, co stanowi ok. 4% populacji kwalifikującej się do programu. Program ma za zadanie osiągnięcie minimalnego celu rehabilitacji geriatrycznej, tj. uzyskanie minimum samodzielności przez włączonych uczestników. Realizacja programu przewidziana jest na okres od 01.01.2011–31.12.2011 r. Planowane koszty całkowite wynoszą [REDAKTOWANE] zł i zostaną pokryte z budżetu gminy miasta [REDAKTOWANE].

Program odnosi się do ważnego i dobrze zdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego, ponadto realizuje priorytety Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015.

Autorzy w projekcie programu podają dokładny opis populacji docelowej, cele szczegółowe, planowane efekty wdrożenia programu, tryb włączenia do programu oraz sposób realizacji zadań, realizatorów, wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów oraz realizacji programu. Przedstawiają także oszacowanie budżetu.

Do projektu nie dołączono załączników, do których autorzy odnoszą się w treści Programu.

Działania planowane w programie są powieleniem świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych w ramach opieki długoterminowej. Niemniej autorzy projektu podkreślają, że wdrożenie programu zdrowotnego z zakresu rehabilitacji geriatrycznej wynika z niedofinansowania tych świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Za wskazaniem Rady uważam, że interwencje mające na celu poprawę opieki geriatrycznej należą do najbardziej pożądanym programów zdrowotnych realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Program ten budzi jednak liczne wątpliwości. Wyjaśnienia wymaga ograniczenie populacji docelowej do 516 osób, podczas gdy populacja potencjalnie kwalifikująca się wynosi ok. 15 000 osób. Ponadto należy uzasadnić wybór konkretnego realizatora oraz fakt, że program ogranicza się jedynie do działań medycznych, pomimo deklaracji o dążeniu do „samowystarczalności” pacjentów. Z tego powodu rekomenduję, aby w przypadku kontynuacji programu w latach kolejnych wprowadzić do niego niezbędne zmiany i wyjaśnić kwestie mogące budzić wątpliwości.