



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 147/2011 z dnia [REDACTED]
o projekcie programu zdrowotnego
„Dbamy o zdrowie naszych seniorów” w ramach „Miejskiego
Programu Promocji Zdrowia na rok 2011”
realizowanym przez miasto [REDACTED]

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej uważam, że projekt programu zdrowotnego „Dbamy o zdrowie naszych seniorów” realizowanego w ramach „Miejskiego Programu Promocji Zdrowia na rok 2011” dotyczy bardzo istotnego problemu zdrowotnego i społecznego, jednakże nie może być pozytywnie zaopiniowany, gdyż opisany jest w sposób zbyt ogólnikowy, skorzysta z niego także 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 tylko na problemach medycznych. Ponadto, program jedynie uzupełnia świadczenia finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

Zarówno w Polsce, jak i w innych krajach stale wzrasta populacja osób starszych. Wynika to między innymi z postępujących zmian społecznoekonomicznych, wzrostu stopy życiowej oraz rozwoju medycyny, które przyczyniają się do wydłużenia życia ludzkiego. Konsekwencją widocznego od wielu lat procesu starzenia się społeczeństwa polskiego jest coraz większa liczebność (5,7 mln) grupy osób w wieku poprodukcyjnym (≥ 65 lat). 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, w późniejszym okresie życia (75-89 lat) częściej potrzeby opiekuńcze i bytowe. Do zadań polityki społecznej zalicza się zatem zarówno działania związane z dążeniem do dalszego wydłużania życia, jak i podejmowaniem takich działań, które sprzyjają pomyślnemu starzeniu się, definiowanemu jako osiągnięcie wieku starości z małym ryzykiem chorób i niepełności, z wysoką sprawnością umysłową i fizyczną oraz utrzymaną aktywnością życiową. 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 psychofizycznej.

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, jak i aktywności ruchowej. Bierny tryb życia osób starszych przyczynia się do pogorszenia sprawności i pogłębienia objawów istniejących już schorzeń. Najczęstsze powikłania to: odleżyny, zakrzepica żył głębokich oraz zakażenia. Aktywny styl życia to jeden z czynników istotnie



korzystnie wpływających na zdrowie osób starszych, ich sprawność umysłową i dobre samopoczucie. Głównym zadaniem rehabilitacji geriatrycznej jest zatem uzyskanie samowystarczalności i utrzymanie jak najlepszego stanu zdrowia poprzez poprawę sprawności fizycznej i psychicznej osób starszych, ich wydolności krążeniowo-oddechowej, obniżenia masy ciała, a przez to zmniejszenia przeciążeń stawów i kręgosłupa oraz zabezpieczenie ich przed upadkami i ich skutkami.

Oprócz problemów zdrowotnych, starsi ludzie zmagają się ze spadkiem ich pozycji społecznej, co wiąże się z wycofywaniem z życia zawodowego, zmniejszaniem przychodów, co prowadzić może do poczucia izolacji i osamotnienia. Istotne jest zatem okazywanie im zainteresowania, umożliwianie rozwijania zainteresowań i pasji, dostęp do instytucji kulturalnych oraz ich 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 uzupełnianie i aktualizację wiedzy w różnych dziedzinach nauki, ale także pobudzają osoby starsze do twórczej i fizycznej aktywności.

Reasumując, 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 geriatrycznej. W Polsce opieka geriatryczna jest wciąż suboptymalna. W naszym kraju działa jedynie 120 specjalistów geriatrów.

W Polsce zasady działania opieki długoterminowej opierają się na rozporządzeniu 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 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:

- 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 przynajmniej w ciągu 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 zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej osobom starszym z terenu miasta [REDAKTOWANE], poprzez zapewnienie szybszego dostępu do wybranych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych (tj. konsultacji kardiologicznych wraz z badaniem EKG, konsultacji geriatrycznych i konsultacji ortopedycznych wraz z rehabilitacją). Gmina [REDAKTOWANE] promować będzie realizację programów zdrowotnych poprzez rozpowszechnianie informacji wśród mieszkańców miasta w formie plakatów informacyjnych, billboardów, standów umieszczanych w zakładach opieki zdrowotnej, ulotek, zamieszczanych informacji na stronie internetowej urzędu miasta [REDAKTOWANE] oraz przekazywanych informacji do lokalnych mediów. Z informacji zamieszczonej na stronie internetowej „Oficjalny serwis informacyjny – Miasto [REDAKTOWANE]” wynika, że program zdrowotny realizowany jest w NZOZ Przychodnia [REDAKTOWANE] i jest przeznaczony dla 336 osób starszych z terenu miasta [REDAKTOWANE] oraz zrzeszonych w organizacjach pozarządowych.

Program obejmuje:

- konsultacje kardiologiczne z badaniem EKG (112 osób),
- konsultacje okulistyczne z podstawową diagnostyką (112 osób) – niewymienione w projekcie programu,
- konsultacje ortopedyczne z trzykrotną rehabilitacją (112 osób).

Dodatkowo Stowarzyszenie Pomocy Potrzebującym „Nadzieja” zapewni konsultacje ortopedyczne z 10-krotną rehabilitacją – nie jest jasne, czy to działanie prowadzone w ramach programu, czy niezależnie. Początek realizacji zaplanowano na wrzesień 2011r. Na realizację programu zdrowotnego „Dbamy o zdrowie naszych seniorów” zostało przeznaczone [REDAKTOWANE] zł, które zostało przyznane dla NZOZ Przychodnia [REDAKTOWANE]. Podsumowując, program odnosi się do ważnego i dobrze zdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego, ponadto realizuje priorytety Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007 – 2015.

W projekcie programu brak dokładnego opisu populacji docelowej (informacja dostępna na stronie internetowej miasta [REDAKTOWANE]), celów szczegółowych, planowanych efektów wdrożenia programu, trybu włączenia do programu oraz sposobu realizacji zadań oraz wskaźników monitorowania oczekiwanych efektów oraz realizacji programu. W programie nie podjęto próby oszacowania kosztów realizacji programu. Biorąc pod uwagę bardzo krótki opis programu trudno go przeanalizować i poddać ocenie (większość informacji zawartych w raporcie Agencji pochodzi ze strony internetowej [REDAKTOWANE]).

Wskazane w projekcie zwiększenie dostępu do świadczeń specjalistycznych należy do ustawowych zadań świadczeniodawców opieki zdrowotnej, także podlegających jednostkom samorządowym, w tym placówek, dla których samorząd miasta [REDAKTOWANE] jest organem założycielskim. Autorzy programu nie podali informacji na temat sposobu wyłonienia wykonawcy programu.

Interwencje mające na celu poprawę opieki geriatrycznej należą do najbardziej pożądaných i zasadnych programów zdrowotnych realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Projekt programu budzi jednak liczne wątpliwości, gdyż ogranicza interwencje do ściśle medycznych, pomijając działania środowiskowe. Program został ponadto zbyt ogólnie opisany. Z tych powodów, za wskazaniem Rady, nie mogę wydać pozytywnej opinii o przedmiotowym projekcie.