



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 83/2013 z dnia 8 kwietnia 2013 r.
o projekcie programu „Projekt programu profilaktyki chodu
w wieku 55+ na lata 2012 - 2014” gminy Suszec

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję pozytywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Projekt programu profilaktyki chodu w wieku 55+ na lata 2012 - 2014” gminy Suszec.

Uzasadnienie

Opiniowany projekt program dotyczy istotnego i narastającego problemu zdrowotnego. Autorzy projektu określili cel główny i cele szczegółowe realizacji programu, wskazali mierniki efektywności, metody ewaluacji oraz podali informację o budżecie. Program poszerzyć ma dostęp beneficjentów do oferowanych świadczeń.

W zaplanowanym programie mają być wykorzystywane interwencje o udowodnionej skuteczności i zalecane w wytycznych.

Jednocześnie, w ocenie Agencji, w projekcie opiniowanego programu niewłaściwie (biorąc pod uwagę m in. szacunki GUS) określono liczebność populacji docelowej i nie określono szczegółowych kryteriów włączenia do programu. Brak jest w nim również informacji na temat powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem niniejszej opinii jest projekt programu zdrowotnego, dotyczącego rehabilitacji osób starszych. Populację programu stanowią osoby w wieku 55-80 lat, zamieszkałe na terenie gminy Suszec (ok. 2000). Głównym celem programu jest poprawa stanu zdrowia i jakości życia osób z zaburzeniami chodu. Jako cele szczegółowe wskazano: zwiększenie sprawności fizycznej osób objętych programem, zmniejszenie ryzyka rozwoju i częstości występowania chorób, w których powstaniu istotną rolę odgrywają zaburzenia chodzenia, poprawę jakości chodu, zwiększenie zakresu ruchu stawów obręczy kończyn dolnych, zwiększenie propriocepcji (czucia głębokiego) ciała, jako kluczowych w profilaktyce chodu.

Planowane działania obejmują: akcję informacyjną, kwalifikację do programu (decyzja lekarza) oraz realizację cyklu zabiegowego, w ramach którego przewidziane są następujące świadczenia rehabilitacyjne: ćwiczenia stabilizacyjne metodą Neurac'a, stretching medyczny metodą Evjenth'a, ćwiczenia neurologiczne metodą PNF, komputerowy test zaburzeń równowagi, propriocepcji i jakości chodu na bieżni, badanie reakcji stopy na podłoże (sposób obciążenia w czasie stania i chodzenia), ćwiczenia dobrane do dysfunkcji oraz instruktaż obejmujący zasady radzenia sobie w wykonywaniu codziennych czynności. Okres realizacji programu przypada na lata 2012-2014. Program ma być finansowany ze środków gminy Suszec. Budżet na realizację programu wynosić ma nie więcej niż 20 000 zł rocznie.



Problem zdrowotny

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, przyczyniają się do stałego wzrostu liczby osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO i Komisji Europejskiej. Według ostatnich szacunków, około 15% ludności świata żyje z jakąś formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu. Mając na uwadze ulegający wydłużeniu średni czas życia, problem ten staje się niezwykle istotny, gdyż dłuższe życie nieuchronnie wiąże się z pogorszeniem sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Problem nie dotyczy tylko osób starszych. Może wystąpić także wśród osób bardzo młodych, a nawet małych dzieci wskutek wad wrodzonych, chorób przewlekłych, wypadków czy urazów. **Alternatywne świadczenia**

Osobom niepełnosprawnym przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczenia opieki społecznej (w tym rehabilitacja społeczna i zawodowa) finansowane ze środków wydzielonych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego

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 samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Działania podejmowane w programach ukierunkowanych na zapobieganie niepełnosprawności oraz kompleksową terapię i rehabilitację osób niepełnosprawnych oraz zagrożonych niepełnosprawnością, jak również na aktywizację i integrację społeczną osób niepełnosprawnych wynikają z zadań jednostek samorządów terytorialnych określonych m. in. w ustawach: o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2010 nr 214 poz. 1407 z późn. zm.), o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535 z późn. zm.), o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008 Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) Głównym celem podejmowanych działań jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym pełnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz tworzenie warunków do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz do korzystania na zasadzie równości z praw ustanowionych dla ogółu obywateli. Programy te mają również pomóc osobom niepełnosprawnym w efektywnym korzystaniu z usług świadczonych na terenie jednostek samorządu terytorialnego.

Działania te wpisują się zarówno w światową, jak i regionalne strategie działań na rzecz osób niepełnosprawnych. Zasadność prowadzenia przez samorządy programów zdrowotnych obejmujących kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych, wydaje się uzasadniona wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Programy zdrowotne poświęcone działaniom zapobiegającym występowaniu oraz pogłębianiu się niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji. Niepełnosprawność jest pojęciem określającym długotrwały stan, w którym występują pewne ograniczenia w prawidłowym funkcjonowaniu człowieka, odnoszącym się do populacji zróżnicowanych pod kątem rodzaju (kategorii) niepełnosprawności, okresu życia, w którym ona wystąpiła, jej przyczyn, czy stopnia, a tym samym populacji o różnych wymaganiach terapeutycznych, jak również edukacyjnych, czy społecznych, do realizacji których możliwe jest zastosowanie różnorodnych interwencji.

Kluczowe wnioski wynikające z wytycznych:

- Niezależnie od jednostki chorobowej, w wytycznych podkreśla się, że o skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość terapii. Zgodnie z zasadą kompleksowości rehabilitacji, rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą, 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 podkreślają, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego. Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów mogą się znacznie różnić, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o plan interwencji, określający cele, typ (γ), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych.
- Niezależnie od stosowanej interwencji powinno się zapewnić choremu dobrej jakości informacje na temat schorzenia oraz jego wpływu na życie, dostępnych opcji terapeutycznych oraz potencjalnych korzyści, jak również ryzyka każdej z interwencji, należy także informować o innych dostępnych formach wsparcia. Przekazywanie informacji powinno odbywać się w przystępnej i przyswajalnej formie.
- Istotnym ograniczeniem w tworzeniu rekomendacji dotyczących rehabilitacji, wskazywanym we wszystkich wytycznych, jest stwierdzone na podstawie przeprowadzonych przeglądów systematycznych, brak lub niedostatek „odpowiednich metodologicznie” badań.
- Jak podkreśla National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR), współczesne standardy dowodów i metody stawiają wiele wyzwań dla dziedziny niepełnosprawności i rehabilitacji. Po pierwsze, w przypadku interwencji i programów z zakresu niepełnosprawności i rehabilitacji, standardy dla dowodów oraz metody wykorzystywane w wielu przeglądach systematycznych i metaanalizach identyfikują niewiele badań z Poziomu 1. Wiele przeglądów systematycznych i metaanaliz uwzględnia wyłącznie badania z randomizacją (RCT), uznawane powszechnie za najbardziej rygorystyczne metody oceny skuteczności interwencji. Z tego powodu niektóre niedawno opublikowane przeglądy wykazywały brak lub bardzo niewiele dostępnych dowodów. Chociaż takie wyniki mogą odzwierciedlać bardziej niedobór dobrze kontrolowanych badań w dziedzinie niepełnosprawności i rehabilitacji, niż brak skuteczności interwencji, wyniki wskazujące na brak dowodów stanowią poważne i nieustające wyzwanie w dziedzinie niepełnosprawności i rehabilitacji.

- Niedostatek badań klinicznych w dziedzinie niepełnosprawności i rehabilitacji wynika w większości z natury oraz zakresu tej dziedziny. Zarówno w badaniach jak i praktyce, niepełnosprawność i rehabilitacja stanowią wyjątkowo szeroką, wielodyscyplinarną dziedzinę obejmującą: biologiczne, psychologiczne, społeczne, ekonomiczne, prawne i środowiskowe czynniki związane z niepełnosprawnością.
- Charakter niepełnosprawności i rehabilitacji stanowi poważne wyzwania dla rozwoju wiedzy i identyfikacji dowodów, obejmując m.in.: duży zasięg i złożoność; znaczenie upełnomocniania osób niepełnosprawnych (i włączania ich w podejmowanie decyzji o uczestnictwie), małe liczebności próby (głównie ze względu na niejednorodność i wynikającą z tego konieczność indywidualizowania interwencji do potrzeb osoby), trudności lub niemożliwość przeprowadzenia pełnego zaślepienia badania czy kontrolowania względem placebo (wynika to z konieczności stosowania zindywidualizowanej interwencji), potrzebę stosowania technologii pomocniczych oraz adaptacji środowiska w celu poprawy czynności dnia codziennego lub jakości życia osób niepełnosprawnych, poziomy finansowania odpowiednie dla badań pilotażowych, rozwoju interwencji, czy wczesnego etapu badań jednak niewystarczające dla przeprowadzenia prawdziwie rygorystycznego metodologicznie badania skuteczności; potrzeba rozwiązania kwestii dotyczących obszernych systemów społecznych obejmujących uwzględnienie środowiska społecznego, fizycznego i/lub ekonomicznego.
- Należy podkreślić duże znaczenie zaangażowania w proces rehabilitacji oraz objęcie działaniami edukacyjnymi rodziny i opiekunów rehabilitowanego.
- Pracownicy medyczni powinni uwzględniać szerzej pojęte potrzeby zdrowotne i socjalne, które mogą uwzględniać identyfikację i rozwiązanie kwestii ekonomicznych, socjalnych, mieszkaniowych oraz pomocy społecznej. Lekarze powinni ocenić prawdopodobną skalę tych potrzeb, przy planowaniu, w jaki sposób ich świadczenia zaspakajają potrzeby lokalnej społeczności.
- 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 łącząc ćwiczenia o umiarkowanej intensywności oraz intensywne. Ćwiczenia aerobowe powinny być wykonywane w seriach co najmniej 10-cio minutowych.
- 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. Gdy osoby starsze ze względu na stan zdrowia nie mogą wykonywać ćwiczeń fizycznych w zalecanej ilości, powinny dostosowywać aktywność fizyczną do swojej kondycji.
- Osoby nieaktywne zawodowo powinny rozpocząć od małych ilości aktywności fizycznej, stopniowo zwiększając czas trwania, częstotliwość i intensywność ćwiczeń.
- Poradnictwo dotyczące aktywności fizycznej powinni prowadzić lekarze podstawowej opieki zdrowotnej.

Wnioski z oceny programu gminy Suszec

Przedmiotowy program dotyczy rozległych problemów zdrowotnych- niepełnosprawności i wad postawy w populacji osób starszych (od 55 do 80 r.ż) oraz realizuje następujące priorytety zdrowotne (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych): ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych, zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego, rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem

kompensowania utraconej sprawności, poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym.

Jak wskazują autorzy projektu, profilaktyka zaburzeń chodu w formie zakupu świadczeń zdrowotnych była już realizowana na terenie Gminy Suszec w latach ubiegłych i spotkała się z dużą aprobatą mieszkańców.

Zaplanowano akcję informacyjną na temat programu. Informacje mają pojawić się w lokalnej gazecie, a także na stronie internetowej gminy.

W treści projektu odnaleźć można informację, że lekarze POZ i lekarze specjaliści podejmą na podstawie badania klinicznego pacjenta decyzję o kwalifikacji do programu. Nie wiadomo co zawierać będzie badania kliniczne. Wydaje się jednak, że proponowane w programie świadczenia powielają świadczenia gwarantowane ze środków publicznych 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 są realizowane w warunkach stacjonarnych oraz domowych. Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych są realizowane w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia. Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych obejmują m.in. rehabilitację ogólną, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez American Public Health Association) można stwierdzić, że:

- I. Program odnosi się do ważnego problemu zdrowotnego, którego efekty można skutecznie ograniczać.
- II. Program stwarza dostęp beneficjentów do oferowanych świadczeń, jest dobrze dopasowany do potrzeb grupy docelowej.
- III. Program wykorzystuje interwencje o udowodnionej skuteczności i zalecane w wytycznych.
- IV. W projekcie programu przedstawiono budżet na realizację programu- 20 000 zł. V. Autorzy projektu podają cel główny, cele szczegółowe, mierniki efektywności i metody ewaluacji realizacji programu.

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, z uwzględnieniem „Projekt programu profilaktyki chodu w wieku 55+ na lata 2012 - 2014” realizowany przez gminę Suszec, AOTM-OT-441-108/2012, Warszawa, marzec 2013 i aneksów: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, sierpień 2011 oraz „Programy w zakresie poprawy opieki nad osobami starszymi – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, listopad 2012.