



Opinia

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 264/2014 z dnia 24 listopada 2014 r.

o projekcie programu „Opieka geriatryczna skierowana na poprawę sprawności osób starszych przewlekle chorych” gminy Jaworzna

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu „Opieka geriatryczna skierowana na poprawę sprawności osób starszych przewlekle chorych” gminy Jaworzna, pod warunkiem uwzględnienia wypunktowanych w uzasadnieniu zmian.

Uzasadnienie

Program odnosi się do ważnego i dobrze zdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego jakim jest rehabilitacja dysfunkcji ruchowej. w projekcie Programu odniesiono się do skuteczności klinicznej planowanych interwencji medycznych. Podano planowane koszty całkowite realizacji programu oraz koszty jednostkowe. Projekt zakłada monitorowanie i ewaluację. Określono cel główny i cele szczegółowe. Niniejszy projekt wydaje się być dopracowaną i ulepszoną wersją poprzedniej edycji programu.

W programie jednak należy:

1. Bardziej szczegółowo przedstawić zabiegi kinezyterapii, fizykoterapii udzielane uczestnikom programu.
2. Zawrzeć w programie akcje o charakterze informacyjno-promocyjnym.
3. Warto byłoby również rozważyć kwestie ewentualnego transportu pacjentów, którzy nie są w stanie sami dostać się do ośrodka na rehabilitację. Przyczyniłoby się to do sprawniejszej obsługi programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny Gminy Miasta Jaworzna z zakresu rehabilitacji osób starszych. Celem głównym programu jest poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem utrzymania samowystarczalności osób starszych. Program jest adresowany do mieszkańców Gminy Miasta Jaworzna w wieku powyżej 64 lat, którzy w skali oceny pacjenta Barthel uzyskali ≤ 40 punktów. Szacunkowa populacja, która możliwa jest do włączenia do programu to ok. 1 500 osób. Planowane interwencje to zabiegi kinezyterapii, fizykoterapii oraz zabiegi dotyczące poprawy stanu funkcjonalnego (samowystarczalności) pacjenta. Program ma być realizowany od 01.01.2015 r. do 31.12.2015 r. Planowane koszty całkowite realizacji programu wynoszą 330 000 zł.



Problem zdrowotny

Niepełnosprawność jest jednym z poważniejszych zjawisk i problemów współczesnej cywilizacji. Znaczenie tego problemu wynika z rozmiarów i powszechności jego występowania w populacji, a także z konsekwencji jakie wywołuje w sensie indywidualnym i społecznym.

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoświatowym, 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.

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 jest przyczyną stałego wzrostu liczby osób niepełnosprawnych w społeczeństwie.

Kinezyterapia to składowa rehabilitacji w której środkiem leczniczym jest ruch, stosowany w formie ćwiczeń. W chorobach reumatycznych celem kinezyterapii jest: zapobieganie przykurczom i zniekształceniom stawów oraz ich leczenie; utrzymanie lub zwiększenie siły mięśni; wyrobienie prawidłowej kompensacji; poprawa lub utrzymanie wydolności oddechowej; zapobieganie ograniczeniu ruchomości kręgosłupa u chorych na spondyloartropatie; poprawa sprawności ogólnej (ruchomości, wytrzymałości), w takim stopniu, aby chory był zdolny do wykonywania lekkiej pracy fizycznej – zawodowej czy domowej.

Fizykoterapia to stosowanie w celach leczniczych różnego rodzaju energii wytwarzanej za pomocą aparatury (elektroterapia, ultradźwięki, magnetoterapia, laseroterapia, światłolecznictwo, ciepłolecznictwo, krioterapia) Należy zaznaczyć, że pełni ona w leczeniu usprawniającym rolę pomocniczą i rzadko stosuje się ją jako zabieg podstawowy. Wspomaga ona niejako ćwiczenia ruchowe, ma działanie łagodzące ból i tzw. bodźcowe.

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 PFRON.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego:

Niepełnosprawność jest jednym z poważniejszych zjawisk i problemów współczesnej cywilizacji. Znaczenie tego problemu wynika z rozmiarów i powszechności jego występowania w populacji, a także z konsekwencji jakie wywołuje w sensie indywidualnym i społecznym.

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoświatowym, 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.

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 jest przyczyną stałego wzrostu liczby osób niepełnosprawnych w społeczeństwie.

Niezależnie od jednostki chorobowej; wytyczne podkreślają, że skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość.

W wytycznych podkreśla się konieczność zapewnienia powszechności; kompleksowości; wczesności; ciągłości.

Zgodnie z zasadą kompleksowości rehabilitacja rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i 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 są zgodne, że rehabilitacja nie może być uważana za osobną formę albo etap terapii lecz musi być zintegrowana ze świadczeniami profilaktyki wtórnej, gdyż stanowi jeden z jej aspektów. Rehabilitacja medyczna daje szansę nauczenia i zachęcenia pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz zwiększenia stosowania się do zalecanej farmakoterapii.

Wytyczne podkreślają, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

Wytyczne podkreślają, że skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość.

Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ (y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych.

Wnioski z oceny projektu programu gminy Miasta Jaworzno:

Dot. problemu zdrowotnego:

Projekt programu zawiera dobrze zdefiniowany problem zdrowotny jakim jest rehabilitacja osób dorosłych z dysfunkcją ruchu. Program wpisuje się w założenia Karty Praw Osób Niepełnosprawnych, która określa szczególne prawa osób niepełnosprawnych, m.in. do dostępu do leczenia i opieki medycznej, wczesnej diagnostyki, rehabilitacji i edukacji leczniczej, a także do świadczeń zdrowotnych uwzględniających rodzaj i stopień niepełnosprawności, w tym do zaopatrzenia w przedmioty medyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny.

Warto zaznaczyć, że autorzy projektu tworząc obecną edycję programu zaktualizowali dane epidemiologiczne przedstawione w projekcie.

Ponadto projekt uzupełniono częściowo o analizę świadczeń finansowanych przez NFZ (ich liczbę, rodzaj, częstość korzystania przez pacjentów ze świadczeń), na której brak zwrócono uwagę w Opinii Prezesa nr 58/2013 o projekcie programu „Opieka geriatryczna skierowana na poprawę sprawności osób starszych przewlekle chorych” (poprzednia edycja programu). Niniejszy projekt wydaje się być dopracowaną i ulepszoną wersją poprzedniej edycji programu.

Celem głównym programu jest poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem utrzymania samowystarczalności osób starszych.

Dot. populacji:

Program jest adresowany do mieszkańców Gminy Miasta Jaworzna w wieku powyżej 64 lat, którzy w skali oceny pacjenta Barthel uzyskali ≤ 40 punktów. Szacunkowa populacja, która możliwa jest do włączenia do programu to ok. 1 500 osób.

Dot. interwencji:

Planowane interwencje (kinezyterapia, fizykoterapia) są zalecane i rekomendowane w ramach rehabilitacji osób dorosłych z dysfunkcją ruchową.

Wytyczne podkreślają konieczność zapewnienia powszechności, kompleksowości, wczesności i ciągłości rehabilitacji (patrz Aneks [1]). Zgodnie z zasadą kompleksowości rehabilitacji rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji. Autorzy programu zaznaczyli, że warunkiem niezbędnym do realizacji programu jest udział specjalistycznej kadry medycznej – lekarzy o specjalności geriatrycznej i rehabilitacyjnej, terapeutów zajęciowych, pielęgniarek, fizjoterapeutów posiadających udokumentowane kwalifikacje, kompetencje i doświadczenie w pracy z osobami starszymi przewlekle chorymi.

Zgodnie z wytycznymi Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej w sprawie organizacji i postępowania w rehabilitacji medycznej z dnia 26 kwietnia 2010 roku, proces rehabilitacji powinien być prowadzony przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej z możliwym współudziałem innych specjalistów w zależności od profilu procedur rehabilitacyjnych. Zgodnie z projektem programu kwalifikowanie do programu ma odbywać się na podstawie badania i opinii lekarza specjalisty z dziedziny rehabilitacji medycznej, który uczestniczy również we wszystkich etapach programu.

Wytyczne wskazują również na konieczność zindywidualizowania terapii i prowadzenia jej w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych. Przedmiotowy program zakłada dobranie przez lekarza na podstawie przeprowadzonego badania odpowiedniego programu rehabilitacji geriatrycznej. Zasady jakie powinien spełniać taki program przedstawione przez autorów to: systematyczna i regularna kontrola stanu zdrowia i samopoczucia pacjenta, uświadomienie pacjenta o celowości i konieczności prowadzonej terapii, mobilizacja pacjenta do systematycznej i czynnej pracy nad sobą, przyzwyczajenie pacjenta do utrwalania i doskonalenia ruchu poprzez jego powtarzanie, przestrzeganie zasady stopniowych obciążeń, prowadzona rehabilitacja powinna być, w miarę możliwości urozmaicona, prowadzona terapia powinna przebiegać spokojnie i systematycznie w życzliwej atmosferze.

Dot. organizacji programu:

Seniorzy mają być zapraszani do programu, w trakcie konsultacji przeprowadzanej przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, który przeprowadza badanie pacjenta i dokonuje oceny możliwości pacjenta do uczestniczenia w proponowanym zakresie rehabilitacji geriatrycznej.

Świadczenia realizowane w ramach programu są finansowane ze środków publicznych. Projekt zakłada uzupełnienie świadczeń rehabilitacyjnych dostępnych w ramach NFZ (ze względu na niski kontrakt i trudności w dostępie do świadczeń z zakresu fizjoterapii).

Nie zawarto w projekcie programu żadnej akcji o charakterze informacyjno-promocyjnym. Jedynym źródłem informacyjnym będzie kontakt z lekarzem podczas badań. Warto rozważyć rozwiązaniem byłoby wprowadzenie do opisu programu właśnie takiego działania, które zapewne zwiększyłoby zgłaszalność chętnych osób do wzięcia udziału w programie.

Warto byłoby również rozważyć kwestie ewentualnego transportu pacjentów, którzy nie są w stanie sami dostać się do ośrodka na rehabilitację. Przyczyniłoby się to do sprawniejszej obsługi programu.

Dot. monitorowania i ewaluacji:

W projekcie programu nie zamieszczono wskaźników oceny z podziałem na efektywność, jakość oraz zgłaszalność, natomiast są one zbiorczo przedstawione w części projektu dotyczącej monitoringu i ewaluacji. Wskaźniki zostały prawidłowo dopasowane do sposobu oceny programu.

Dot. kosztów:

Podano planowane koszty całkowite realizacji programu – 330 000 zł. Przedstawiono koszty jednostkowe: koszt konsultacji medycznej w dziedzinie rehabilitacji (49 zł), koszt konsultacji medycznej w dziedzinie geriatricznej (53 zł), koszt sporządzenia skali oceny pacjenta - Barthel Index (30 zł), koszt zabiegu fizjoterapeutycznego, tj. kinezyterapii i fizykoterapii (96 zł).

Autorzy planują objąć programem 1500 osób, koszt jednostkowy na osobę wynosi 228 zł, zatem kwota 330 000 zł wystarczy na sfinansowanie udziału w programie dla około 1 447 osób. Wynika z tego, że koszty przewyższające szacunkową kwotę całkowitą (koszt rehabilitacji 54 osób – 12 084 zł) miałby ponieść zakład leczniczy realizujący program. Niewiadomo jednak, czy każdy pacjent skorzysta z pełnego pakietu konsultacji. Możliwe jest, że osoba chętna do udziału w programie zakończy swój udział na etapie konsultacji lekarskich i nie zostanie zakwalifikowana do etapu zabiegów fizjoterapeutycznych. Autorzy projektu nie przedstawili takiej możliwości.

W kwocie całkowitej programu należałoby jeszcze uwzględnić koszt ewentualnej akcji informacyjnej, jeśli wnioskodawca zdecydowałby się również na taką formę informowania społeczeństwa.

Należałoby również wyszczególnić koszt ewentualnego transportu pacjentów, którzy nie są w stanie same dotrzeć do ośrodka rehabilitacyjnego.

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 i dobrze zdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego jakim jest rehabilitacja dysfunkcji ruchowej.
- II. Dostępność działań Programu dla beneficjentów - Program jest adresowany do mieszkańców Gminy Miasta Jaworzna w wieku powyżej 64 lat, którzy w skali oceny pacjenta Barthel uzyskali ≤ 40 punktów. Szacunkowa populacja, która możliwa jest do włączenia do programu to ok. 1 500 osób.
- III. Skuteczność działań - w projekcie Programu odniesiono się do skuteczności klinicznej planowanych interwencji medycznych.
- IV. Podano planowane koszty całkowite realizacji programu – 330 000 zł. Wyszczególniono jakie elementy składają się na koszt jednostkowy (koszt jednej konsultacji medycznej w dziedzinie rehabilitacji, koszt jednej konsultacji medycznej w dziedzinie geriatry, koszt sporządzenia skali oceny pacjenta - Barthel Index, koszt jednego zabiegu kinezyterapii, fizykoterapii, poprawy stanu funkcjonalnego – samowystarczalności).
- V. Projekt zakłada monitorowanie i ewaluację.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: AOTM-OT-441-209/2014 „Opieka geriatryczna skierowana na poprawę sprawności osób starszych przewlekle chorych” realizowany przez: Gminę Miasto Jaworzno, Warszawa, listopad 2014 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, sierpień 2011.