



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 347/2017 z dnia 19 grudnia 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Dzienny Dom Opieki
Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Opiniowany projekt programu polityki zdrowotnej zakłada prowadzenie dziennego domu opieki medycznej dla osób niesamodzielnych i starszych, w ramach którego uczestnikom zapewnione zostaną świadczenia mające na celu poprawę jakości życia i stanu ich zdrowia. Należy podkreślić, że działanie takie stanowi uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych i jest rekomendowane przez zagraniczne wytyczne. Biorąc pod uwagę treść nadesłanego projektu, warto uwzględnić poniższe sugestie, tak aby zapewnić możliwie najwyższą jakość udzielanych świadczeń.

W zakresie celów programowych należy je skorygować, tak aby były mierzalne i osiągalne. Cele programu nie powinny stanowić działań, które planuje się podjąć a ich oczekiwany rezultat. W przypadku modyfikacji celów, należy również zaktualizować mierniki efektywności.

Dobór populacji docelowej nie budzi zastrzeżeń. Warto jednak mieć na uwadze, aby przy kwalifikacji do programu nie kierować się w głównej mierze wiekiem kandydatów, a stanem ich zdrowia.

Zaplanowane interwencje odzwierciedlają działania realizowane za granicą m.in. w Wielkiej Brytanii czy Kanadzie. Realizacja świadczeń ma mieć charakter indywidualny, co również podkreśla się w wytycznych.

Monitorowanie i ewaluacja zostały opisane poprawnie.

Budżet nie budzi zastrzeżeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej, który zakłada utworzenie w Krakowie Dziennego Domu Opieki Medycznej. Program realizowany ma być w latach 2018-2023, zaś jego budżet został oszacowany na 3,76 mln PLN.

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

Projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy problemu osób niesamodzielnych. Zgodnie z definicją przedstawioną w projekcie, osoba niesamodzielna to osoba, która z powodu długotrwałego lub trwałego upośledzenia funkcji organizmu (niepełnosprawności) w następstwie choroby, urazu lub wieku, dla zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych wymaga pomocy osoby drugiej. W projekcie programu podkreśla się, że wsparcia w szczególności wymagają osoby niesamodzielne powyżej 65 r.ż, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką POZ i AOS, a jednocześnie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego w trybie stacjonarnym.

Oceniany projekt programu wpisuje się w następujące priorytety: „rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności” oraz „poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym”, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

Na podstawie danych pozyskanych z GUS oraz w oparciu o opracowanie Biura ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa pn. „Opieka zdrowotna nad osobą starszą i osobą przewlekle chorą na terenie miasta Krakowa” w projekcie opisano problem starzenia się społeczeństwa polskiego, strukturę zgonów osób starszych (powyżej 60 r.ż.) oraz zwiększoną intensywność korzystania z usług opieki zdrowotnej przez te osoby. Informacje odnoszą się zarówno do sytuacji w skali kraju jak i na poziomie lokalnym i nie budzą one zastrzeżeń.

Zaznaczono, że udział osób w wieku > 60 lat w strukturze wieku ludności Polski wzrósł z 14,7% w 1989 r. do 22,9% w 2015 r. Populację osób powyżej 60 r.ż. w 2016 r. W Krakowie wynosiła 292 981 osób (tj. ok. 38% ogółu mieszkańców).

W projekcie programu przedstawiono także stan dostępności świadczeń w Krakowie, w obszarach istotnych ze względu na grupę docelową. Obecnie (stan na dzień 07.12.2017 r.) średni czas oczekiwania (przypadki stabilne) na świadczenia z zakresu endokrynologii wynosi 207 dni, z zakresu kardiologii – 97 dni, a z zakresu onkologii – 47 dni. Średni czas oczekiwania do poradni urologicznej – 108 dni, poradni gastroenterologicznej – 192 dni, poradni proktologicznej – 48 dni, poradni geriatrycznej – 29 dni oraz poradni chirurgii ogólnej i poradni rehabilitacyjnej – 24 dni. Z projektu nie wynika jednak wprost czy ww. konsultacje będą się odbywały w ramach programu w związku z czym nie wiadomo czy faktycznie skrócony zostanie czas oczekiwania.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem projektu programu jest: „wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi na terenie Miasta Krakowa, poprzez stworzenie i wdrożenie rozwiązań zapewniających w okresie realizacji programu opiekę min. 250 osobom niesamodzielnym, zwłaszcza po 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej i ambulatoryjnej opieki, a jednocześnie nie wymaga opieki całodobowej”. Cel główny programu został przedstawiony w formie działania i nie będzie stanowił potwierdzenia skuteczności zaplanowanych i podejmowanych w ramach programu interwencji.

W treści projektu programu wymieniono także 6 celów szczegółowych, które odnoszą się m.in. do: zwiększenia dostępności do dziennej opieki medycznej, tworzenia miejsc opieki oraz zwiększenia efektywności systemu opieki medycznej. Część zaproponowanych celów szczegółowych stanowi działania, a nie dążenia do uzyskania konkretnie zdefiniowanej zmiany i wymagają przeformułowania.

Zgodnie z regułą SMART, cele powinny być sprecyzowane, mierzalne, osiągalne, istotne i zaplanowane w czasie.

W projekcie przypisano również mierniki efektywności (wraz z wartościami docelowymi) do wszystkich przytoczonych celów. Należy zaznaczyć, że zaproponowane wskaźniki w większości mają charakter ilościowy, więc niemożliwe będzie dokonanie obiektywnej i precyzyjnej oceny stopnia realizacji powyższych celów. Jedynie miernik dot. liczby pacjentów DDOM, u których poziom

samodzielności nie uległ pogorszeniu można uznać za miernik odnoszący się do stanu zdrowotnego. Ponadto miernik „liczba osób korzystających z dziennych domów opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa” oraz „liczba osób pow. 65 r. ż. korzystających z dziennych domów opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa”, odnoszą się do frekwencji i mogą mieć zastosowanie w ocenie zgłaszalności. Warto zatem uzupełnić mierniki, również o wskaźniki jakościowe uwzględniające zmianę stanu zdrowotnego uczestników.

Populacja docelowa

Populację programu stanowią osoby niesamodzielne, w szczególności osoby, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym.

W kryteriach włączenia do programu wskazano 2 podstawowe warunki jakie będzie musiał spełnić ewentualny uczestnik programu, tj.:

- „pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielne”
- „pacjenci, którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne”.

Zarówno w jednym jak i w drugim przypadku dodatkowym warunkiem jaki będzie musiał spełnić ewentualny uczestnik programu będzie uzyskanie w skali poziomu samodzielności (skala Barthel) wyniku wynoszącego 40-65 punktów.

O ile interpretacja czy dany kandydat spełnia warunki określone w pierwszym kryterium może być utrudnione, o tyle należy wskazać, że Skala Barthel to międzynarodowa skala powszechnie stosowana w ocenie sprawności chorego i jego określania zapotrzebowania na opiekę medyczną oraz społeczną. Zastosowanie Skali Barthel w kontekście dodatkowego kryterium kwalifikacji można uznać za działanie prawidłowe.

Podstawą przyjęcia pacjenta do DDOM będzie uzyskanie skierowania (wystawia lekarz POZ/lekarz ubezpieczenia zdrowotnego) oraz karty oceny świadczeniobiorcy (wystawia lekarz/pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego, z zastosowaniem skali poziomu samodzielności Barthel (uzyskanie wyniku 40-65 pkt.).

W projekcie wskazano również kryteria wykluczenia z programu, które nie budzą zastrzeżeń.

Populację osób kwalifikujących się do włączenia do programu określono na 130 tys. mieszkańców Miasta Kraków, co stanowi 46% (odsetek osób niepełnosprawnych) populacji powyżej 60 r. Z tej grupy ma być włączonych łącznie ok. 250 osób w ciągu 6 lat trwania. Większość czyli ok. 188 mają stanowić osoby w wieku powyżej 65 lat.

Odnalezione wytyczne w zakresie standardów domów opieki nie są ze sobą zgodne w kwestii wieku populacji, co może wynikać z różnej charakterystyki w poszczególnych krajach gdzie dane standardy obowiązują. Na podstawie wytycznych NICE 2015 stwierdza się, że w domach opieki poza osobami w wieku podeszłym (po 60 r.ż.) mogą również przebywać osoby młodsze, które ze względu na stan zdrowia kwalifikują się do świadczeń oferowanych w ramach takich jednostek. Natomiast wytyczne SMOH 2016 oraz MHC 2016 odnoszą się jedynie do pacjentów geriatrycznych.

Interwencja

Projekt ma na celu stworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej (DDOM), który dostosowany będzie do prowadzenia dziennej kompleksowej opieki nad pacjentem. W utworzonym ośrodku będzie mogło funkcjonować jednocześnie ok. 12 pacjentów.

W ramach przeprowadzonego wyszukiwania odnaleziono wytyczne odnoszące się do tworzenia zbliżonych placówek (SMoH 2016, MHC 2016) w których szczegółowo opisano zasady ich

funkcjonowania. Odnalezione rekomendacje NICE 2015 wskazywały na potrzebę tworzenia domów opieki, natomiast nie określały czy mają to być placówki funkcjonujące jedynie w trybie dziennym. Pamiętać jednak należy, że przytoczone wytyczne odnoszą się do warunków singapurskich, kanadyjskich oraz angielskich.

W ramach projektu zaplanowano utworzenie multidyscyplinarnego zespołu złożonego z pielęgniarki, lekarza specjalisty chorób wewnętrznych, fizjoterapeuty, opiekuna medycznego, terapeuty zajęciowego, psychologa, dietetyka oraz logopedy/afazjologa. To właśnie wskazane wyżej osoby będą odpowiedzialne za przygotowanie indywidualnego planu postępowania z pacjentem w placówce. Odnalezione wytyczne SMOH 2016, MHC 2016, NICE 2015 oraz PTG 2013 potwierdzają zasadność tworzenia multidyscyplinarnych zespołów. W projekcie określono również rolę zespołu i zadania jakie ma realizować.

Uczestnik przyjmowany do DDOM zostanie poddany badaniom mającym na celu ocenę czynnościową, fizyczną oraz umysłową. W ramach oceny czynnościowej przewidziano wykorzystanie szeregu powszechnie stosowanych kwestionariuszy, które mają być przeprowadzone zarówno w momencie przyjęcia pacjenta jak i jego wypisu w celu określenia skuteczności prowadzonej terapii.

W kolejnym etapie uczestnikowi zaproponowany indywidualizowany plan interwencji dopasowany do jego potrzeb. W projekcie interwencji podzielono na następujące grupy:

- opieka pielęgniarska,
- doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych,
- usprawnianie ruchowe,
- stymulacja procesów poznawczych, t
- terapia zajęciowa
- przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).

W razie potrzeby pacjentowi mogą zostać również udzielone dodatkowe świadczenia w postaci konsultacji lekarskich i badań diagnostycznych. Wymienione grupy interwencji są zgodne z wytycznymi w zakresie dziennych domów opieki dla pacjentów geriatrycznych/dorosłych (SMOH 2016, NICE 2016, MHC 2016).

W projekcie programu określono czas trwania pobytu w dziennym domu opieki medycznej. Należy jednak zwrócić uwagę, że odnalezione wytyczne nie określają czasu pobytu pacjenta w DDOM oraz nie definiują okresu w jakim ma nastąpić ocena sprawności funkcjonalnej.

W projekcie zaplanowano również comiesięczną indywidualną ocenę rezultatów podjętych działań przeprowadzaną przez zespół terapeutyczny. W przypadku stwierdzenia postępów w zakresie wykonywania czynności życia codziennego, może nastąpić dalsza modyfikacja planu działania i podjęcie decyzji o dalszym uczestniczeniu w programie. Natomiast jeśli u pacjenta przybywającego w DDOM nie odnotuje się pozytywnych zmian w zakresie oferowanych interwencji, zespół może podjąć decyzję o jego wypisaniu, informując równocześnie o możliwościach korzystania z innego rodzaju świadczeń zdrowotnych lub świadczeń realizowanych w ramach pomocy społecznej.

Należy wskazać, że wytyczne SMOH 2016 w inny sposób definiują monitorowanie stanu pacjenta. Określają, że okres oceny postępów pacjenta powinien być indywidualnie dopasowywany do jego stanu.

W ramach DDOM zapewnione zostanie całodzienne wyżywienie. Na konieczność zapewnienia wyżywienia pacjentom dziennych domów opieki dla osób w wieku podeszłym/dorosłych zwracają uwagę wytyczne SMOH 2016, NICE 2016, MHC 2016.

Warto także nadmienić, że w ramach uczestnictwa w programie będzie możliwość uzyskania zwrotu kosztów transportu. Na takie działania wskazują także wytyczne.

Wartym odnotowania jest fakt, że kategorie świadczeń zdrowotnych wskazane w projekcie (m.in. opieka pielęgniarska, poradnictwo, rehabilitacja) są zbieżne ze świadczeniami określonymi

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2015 poz. 1658 z późn. zm.). Należy jednak zauważyć że, zgodnie z zapisami projektu, adresatami planowanych działań są osoby, które uzyskały wynik 40-65 pkt w skali samodzielności (skala Barthel). Natomiast rozporządzenie odnosi się do osób, które zgodnie z ww. skalą otrzymały 40 punktów lub mniej.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie programu zaplanowano uwzględniając zarówno ocenę zgłaszalności jak i jakości udzielanych świadczeń.

W ramach oceny zgłaszalności do programu wskazano, że ma być ona przeprowadzana na podstawie rejestru pacjentów DDOM, zawierającego dane o liczbie osób zarówno zgłaszających się do programu jak i tych, które program ukończyły. Ponadto ocena zawierać będzie analizę osób objętych programem w zestawieniu z ogólną populacją, która kwalifikowałaby się do programu. Wskazywane będą również powody, dla których świadczenia u niektórych osób nie zostały zrealizowane. W zakresie monitorowania zgłaszalności można się również odnieść do liczby osób, która nie została objęta programem z powodów zdrowotnych lub innych powodów.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w ramach programu przeprowadzana będzie w oparciu o ankiety satysfakcji wypełniane przez uczestników programu (na zakończenie pobytu w DDOM) W projekcie podkreślono również, że zapewniony zostanie system kontroli wewnętrznej (poprzez podległość służbową, nadzór kierowniczy) i zewnętrznej (przez podmiot finansujący program), opierający się na okresowych sprawozdaniach z realizacji programu.

W projekcie programu zamieszczono także informację, że analiza danych dotyczących zgłaszalności do programu i jakości świadczeń będzie odbywać się raz na kwartał i zakończona będzie raportem okresowym. Ponadto raporty z monitorowania i ewaluacji będą rozpowszechnione, tak aby możliwe było ich wykorzystanie przy planowaniu innych programów. Kanałem dystrybucji w szczególności będzie strona internetowa podmiotu realizującego program.

Ewaluacja programu rozpocznie się po zakończeniu realizacji programu i przeprowadzana będzie w dłuższej perspektywie czasowej. Obejmować ma w szczególności analizę danych dotyczących efektywności programu. Zaproponowany wskaźnik do oceny efektywności programu to: „liczba pacjentów DDOM na terenie Miasta Krakowa, u których poziom samodzielności (mierzony skalą Barthel) nie uległ pogorszeniu”. Ocena samodzielności uczestników programu będzie się opierała na porównaniu ich stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu. Ewaluacja zakończona będzie raportem końcowym, który uwzględniac będzie m.in. „skrócony opis prowadzonych działań”, „oceniane wskaźniki”, „sposób zbieranych danych”, „sposób analizy”, „osoby odpowiedzialne za proces, analizowany okres”.

Warunki realizacji

Projekt programu zawiera opis zaplanowanych działań oraz sposób ich realizacji. Wskazano także sposób zapraszania do udziału w programie. Należy podkreślić, że zarówno sposób zapraszania do programu, jak i przewidziane działania informacyjne powinny być dostosowane do specyfiki populacji docelowej. Uczestnicy programu, po spełnieniu wszystkich wymogów formalnych, będą kwalifikowani na podstawie kolejności zgłoszeń w miarę dostępności miejsc.

W projekcie nie odniesiono się do sposobu powiązania działań programu z świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych.

W projekcie określono sposób wyboru realizatora programu, który nastąpi w drodze konkursu. Precyzyjnie opisano warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i wymogów lokalowych.

Omawiany projekt jest także spójny z założeniami programu „Dzienne domy opieki medycznej”, który był realizowany na poziomie centralnym przez Ministerstwa Zdrowia.

W latach 2018-2023 koszt całkowity programu ma wynosić ok. 3,76 mln zł. W budżecie W projekcie wskazano poszczególne koszty miesięczne związane z wynagrodzeniami (ponad 47 tys. zł), wyżywieniem pacjentów (ponad 4,5 tys. zł), transportem pacjentów (ponad 2 tys. zł) oraz kosztami ogólnymi (ok. 9 tys. zł). Koszt jednostkowy wskazany jako koszt 1 osobodnia został określony na kwotę ok. 250 zł. Zaproponowany kosztorys nie budzi zastrzeżeń.

Program ma być finansowany w całości z budżetu Miasta Kraków

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Programy polityki zdrowotnej skierowane do osób niesamodzielnych nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji. Opiniowany program skupia się na osobach niesamodzielnych, które z powodu długotrwałego lub trwałego upośledzenia funkcji organizmu (niepełnosprawności) w następstwie choroby, urazu lub wieku, dla zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych wymaga pomocy osoby drugiej.

Warto także wskazać, że proces starzenia się istotnie wpływa na specyfikę chorobowości wśród osób w wieku geriatrycznym (powyżej 60 r.ż.). Pacjentów z wymienionej grupy wiekowej charakteryzuje wielochorobowość i wielolekowość, jak również brak specyficzności objawów klinicznych występujących problemów zdrowotnych. Typowym zjawiskiem dla polipatologii jest współwystępowanie chorób somatycznych i psychicznych.

Alternatywne świadczenia

W Polsce opieka długoterminowa świadczona jest przez dwa sektory: socjalny i opieki zdrowotnej. Usługi pielęgnacyjne (wsparcie w wykonywaniu codziennych aktywności) są domeną polityki społecznej, a usługi leczniczo-opiekuńcze – ochrony zdrowia. Realizowane usługi mogą mieć charakter stacjonarny lub domowy.

Opieka stacjonarna nad osobami starszymi z zakresu ochrony zdrowia realizowana jest przez zakłady: opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz rehabilitacji leczniczej.

W zakładach tych świadczenia zdrowotne udzielane są przez lekarza, pielęgniarkę, psychologa oraz rehabilitanta i obejmują terapię zajęciową, leczenie farmakologiczne, leczenie dietetyczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz edukację zdrowotną przygotowującą pacjenta lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w domu.

System opieki zdrowotnej i społecznej nad osobami starszymi w Polsce oferuje zdeintegrowane, rozproszone i niespójne świadczenia. Dodatkowo nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego – powszechności, jakości, dostępności i kompleksowości zaspokajania złożonych potrzeb. Długotrwała opieka nad niedołącznymi i poważnie chorymi osobami starszymi w Polsce spoczywa głównie na rodzinie – niedostatecznie wspomaganą usługami medycznymi i pozamedycznymi systemu opiekuńczego państwa.

Ocena technologii medycznej

Dzienne domy opieki dla osób wieku podeszłym (Singapore Ministry of Health 2016)

Opieką w DDOM powinni zostać objęci pacjenci:

- którzy prowadzą siedzący tryb życia (mała aktywność);
- którzy potrzebują pomocy w ramach oceny podstawowych czynności życia codziennego (ADL) i potrzebach związanych z opieką osobistą;
- którzy potrzebują pomocy w przygotowywaniu posiłków (w tym przygotowanie specjalnej diety);
- którzy wymagają wsparcia przy przyjmowaniu leków;
- którzy wymagają ćwiczeń w celu utrzymania aktualnego stanu fizycznego lub zapobiegania pogorszeniu.

Jako pacjentów, którzy nie powinny być włączane do DDOM wskazuje się osoby:

- z niestabilnymi chorobami, których stan zdrowia powinien być cyklicznie monitorowany.
- u których wynik ADL (np. w skali Barthel (MBI) wyniósł ≤ 49 punktów).
- z niewyleczonymi infekcjami zakaźnymi, którzy wymagają przebywania w izolowanych pomieszczeniach
- którzy mają stwierdzone zaburzenia zdrowia psychicznego związane z brakiem kontroli własnego zachowania

W ramach przyjęcia pacjenta do ośrodka grupa specjalistów określa indywidualny schemat postępowania z pacjentem. Zaleca się opracowanie planu z rozpisaniem wszystkich możliwych do przeprowadzenia zajęć. Należy określić cele do jakich powinno dążyć się w ramach opieki nad pacjentem. Wszelkie zaplanowane działania powinny zostać udokumentowane w karcie pacjenta.

W wytycznych wskazuje się także na konieczność określenia potrzeb pacjenta, które powinno odbywać się w różnych zakresach:

- Określenie potrzeb pacjenta przez przeszkoloną pielęgniarkę (w razie konieczności) w zakresie m.in. podstawowej diagnozy, dalszych zaleceń w ramach postępowania, wykonania pomiarów ciśnienia krwi, temperatury, tętna oraz poziomu glukozy (w przypadku pacjentów z cukrzycą/lub podejrzeniem cukrzycy), stopnia odżywienia pacjenta (sprawdzenie nawyków żywieniowych), historii przyjmowanych leków oraz zapotrzebowania na leki w przyszłości, oceny podstawowych czynności życia codziennego z wykorzystaniem skali MBI
- Określenie potrzeb pacjenta przez fizjoterapeutę (w razie konieczności) w zakresie m.in. oceny motorycznej pacjenta, treningu mięśniowego, ryzyka upadku oraz ocena chodu pacjenta
- Określenie potrzeb pacjenta przez terapeutę zajęciowego (w razie konieczności) w zakresie: wsparcia terapią kognitywną, wykorzystania innych skal w zakresie oceny czynności życia codziennego np. skala stanu zdrowia (EQ-5D), test „Wstań i Idź” (TUG), skala Funkcjonalnej Oceny Stopnia. Zaawansowania Choroby (FAST), krótka skala oceny stanu psychicznego (MMSE).

Plan postępowania z pacjentem powinien być ustalany indywidualnie, zaś wyniki uzyskiwane przez pacjenta powinny być weryfikowane co najmniej raz na 6 miesięcy. W razie potrzeby może być to dużo krótszy okres. Okres związany z monitorowaniem planu postępowania z pacjentem jak i uzyskiwane przez niego wyniki powinny być indywidualnie dopasowane do danego pacjenta i jego stanu. Każdy z pacjentów powinien otrzymać w sposób jasny rozpisany plan działania w danej placówce z określeniem dni oraz godzin funkcjonowania w domu opieki.

Posiłki powinny być odpowiednio zbilansowane i dopasowane do potrzeb pacjentów. Świadczeniodawca prowadzący dzienny dom opieki powinien zagwarantować pacjentowi posiłki zdrowe, przygotowywane w odpowiednich warunkach sanitarnych oraz przewożone zgodnie z wszystkimi niezbędnymi wymogami.

Interwencje udzielane przez świadczeniodawcę w dziennym domu opieki powinny obejmować ćwiczenia fizyczne w celu usprawniania pacjentów, utrzymywania ich lub też zmniejszania tempa spadku sprawności fizycznej oraz funkcjonalnej.

Program ćwiczeń codziennych powinien obejmować działania mające na celu poprawę, utrzymanie lub zmniejszenie szybkości spadku siły, zakresu ruchu i równowagi pacjentów. Program ćwiczeń powinien być tak zaprojektowany, aby pomóc pacjentom poprawić lub utrzymać wydajność wykonywania podstawowych czynności życia codziennego (ADL), zmniejszyć ryzyko upadków i zoptymalizować ich funkcjonalne możliwości, maksymalizując w ten sposób ich funkcjonalną niezależność, zmniejszając wykorzystanie pomocy opiekunów pacjenta. Takie działania powinny przekładać się na poprawę jakości życia.

Zaleca się żeby świadczeniodawca prowadzący dzienny dom opieki przygotował zindywidualizowany plan ćwiczeń usprawniających dopasowany do potrzeb każdego pacjenta.

Program ćwiczeń powinien zawierać ćwiczenia: ruchowe (zarówno zestawy ćwiczeń pasywnych i aktywnych), rozciągające (statyczne i dynamiczne), wzmacniające (izometryczne, koncentryczne i ekscentryczne), wykorzystujące różne formy oporu (na przykład ciężar ciała, elastyczne opaski, pozostały sprzęt do ćwiczeń), trening kardio, ćwiczenia równowagi i koordynacji (statyczne i dynamiczne).

Świadczeniodawca powinien zapewnić transport w jednym lub w obu kierunkach (w zależności od preferencji pacjenta) za pomocą specjalistycznego pojazdu transportowego. Usługa związana z transportem powinna polegać na przetransportowaniu pacjenta w systemie "door-to-door" czyli obejmować również pomoc przy wejściu/zejściu po schodach w budynkach bez wind

Zaleca się żeby kierowcy zostali odpowiednio przeszkoleni w zakresie sytuacji kryzysowych w trakcie przewożenia pacjentów do lub z dziennych domów opieki. Powinni oni zostać poinstruowani przez opiekunów pacjentów o możliwych sytuacjach oraz o postępowaniu na wypadek ich wystąpienia.

Opieka nad pacjentem dorosłym/w podeszłym wieku (w ramach domów opieki lub kompleksowych świadczeń oferowanych w ramach dziennych geriatrycznych oddziałach szpitalnych) (National Institute for Health and Care Excellence 2015, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne 2013, Ministry of Health Canada 2016)

W domach opieki poza osobami w wieku podeszłym (po 60 r.ż.) mogą również przebywać osoby młodsze, które ze względu na stan zdrowia kwalifikują się do świadczeń oferowanych w ramach takich jednostek. Świadczenia dziennych geriatrycznych oddziałów szpitalnych odnoszą się jedynie do populacji osób w wieku podeszłym.

Standardy postępowania w opiece geriatrycznej powinny być stosowane u wszystkich pacjentów geriatrycznych, zwłaszcza u tych, którzy w skali Vulnerable Elders Survey 13 (VES-13) osiągają przynajmniej 3 punkty. Każdy z przyjętych pacjentów powinien mieć odgórnie określony indywidualny plan opracowany przez zespół specjalistów. W momencie przyjęcia pacjenta należy przeprowadzić z nim szereg testów określających jego stan w momencie przyjęcia i kontrolować go przez cały czas pobytu.

Działania podstawowe jakie powinny być dostępne dla pacjenta w ramach opieki prowadzonej w dziennym domu to: interwencje społeczne i rekreacyjne, ćwiczenia relaksacyjne, przekąski oraz obiad/kolacja, opieka pielęgnacyjna, opieka pielęgniarska.

W ramach dziennych domów powinny być oferowane działania dodatkowe, do których zalicza się:

- Usługi rehabilitacyjne,
- Poradnictwo dietetyczne,
- Rozmowy z psychologiem,
- Stosowanie terapii behawioralnych,
- Pomoc przy robieniu zakupów.
- Przygotowywanie posiłków/diet dla pacjentów:

Zaleca się prowadzenie oceny stanu odżywienia za pomocą testów MNA (Mini Nutritional Assessment) lub SCALES (Sadness-Cholesterol-Albumin- Loss of Weight-Eating Problems-Shopping) (PTG 2013).

Zaleca się zwrócenie uwagi na odpowiedni stopień nawodnienia pacjenta oraz przygotowania dla niego optymalnej diety opartej o zalecenia lekarza prowadzącego. Należy zapewnić pacjentom domów opieki posiłki oraz picie, a także różnego typu drobne przekąski w ciągu całego dnia, w tym poza regularnymi porami posiłków.

Koszty związane z transportem pacjenta w celu dostania się do dziennego domu opieki powinny być refundowane. Takie podejście zapewni jego większą chęć uczestniczenia w zajęciach oferowanych w domu opieki.

Świadczenia oferowane w domach opieki powinny być prowadzone przez specjalistów w danych dziedzinach tj. lekarzy pielęgniarce terapeutów zajęciowych, fizjoterapeutów, dietetyków czy też psychologów mających ukończone odpowiednie kursy i szkolenia.

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.441.337.2017 „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków” realizowany przez: Miasto Kraków, Warszawa, grudzień 2017 oraz Aneksu „Programy z zakresu profilaktyki geriatrycznej – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2015. oraz Opinia Rady Przejrzystości nr 412/2017 z dnia 18 grudnia 2017 roku o projekcie programu „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków”