



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 127/2019 z dnia 28 sierpnia 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Bilans 70- i 80- latka” realizowany przez
Miasto Stołeczne Warszawa**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Bilans 70- i 80- latka”.

Uzasadnienie

Oceniany projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy kompleksowej oceny stanu zdrowia populacji osób w wieku 70 i 80 lat. Niemniej jednak wątpliwości budzi zaproponowana w programie populacja docelowa. Mimo nawiązania w celu głównym programu do osób z wielochorobowością, fakt ten nie znajduje odzwierciedlenia w kryteriach kwalifikacji do programu. Przytoczone w projekcie rekomendacje dotyczące poszerzenia zakresu większości działań profilaktycznych wskazują na to, iż „działania te powinny być skierowane do osób z grup poszczególnego ryzyka”. Tymczasem, w ramach zaproponowanego programu, nie różnicuje się dostępu do proponowanych interwencji, na podstawie stanu zdrowia poszczególnych osób. Potencjalnie, powyższe działania mogą wręcz skutkować nad wykrywalnością poszczególnych jednostek chorobowych, co może przyczyniać się do pogłębienia trudności w dostępie do świadczeń NFZ (zwiększenie kolejek do specjalistów) oraz negatywnie wpływać na pacjenta, powodując niepokój i dyskomfort związany z fałszywie pozytywnym wynikiem badań. Dodatkowo należy zaznaczyć, że program w żaden sposób nie odnosi się do osób, które już mają postawione rozpoznanie i pozostają pod opieką specjalisty. Brakuje powiązanie programu ze świadczeniami obecnie finansowanymi w ramach NFZ.

Projekt w obecnym kształcie nie znajduje uzasadnienia zarówno klinicznego, jak i ekonomicznego.

Poniżej przedstawiono najważniejsze uwagi dotyczące poszczególnych elementów programu:

- Cel główny i jeden z celów szczegółowych zostały sformułowane w postaci działań i nie odnoszą się do efektu zdrowotnego. Nie określono mierników odnoszących się do wszystkich interwencji prowadzonych w ramach programu.
- Do populacji docelowej włączona jest również populacja bezobjawowa, u której nie zaleca się włączania większości działań zawartych w programie. W ramach kwalifikacji do programu nie zawarto kryteriów odnoszących się do wielochorobowości.
- W ramach programu zakłada się objęcie całością zaplanowanych interwencji wszystkich uczestników, bez uwzględnienia objawów lub czynników predysponujących do konkretnych świadczeń.
- Etapy programu i podejmowane w ich ramach działania opisane zostały pobieżnie. Nie wskazano osób odpowiedzialnych za większość interwencji.



- Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co nie zostało uwzględnione w niektórych wskaźnikach ewaluacyjnych.
- Błędnie oszacowano koszt na rok 2019, przy założeniu że program obejmie w tym roku 30% populacji docelowej. Koszty jednostkowe zostały prawdopodobnie niedoszacowane, zgodnie z uwagami w dalszej części opinii.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt PPZ zaplanowany do realizacji przez miasto stołeczne Warszawa w zakresie profilaktyki i wczesnego rozpoznawania chorób w populacji osób w wieku 70 i 80 lat. Program zakłada przeprowadzenie porad pielęgniarskich, dietetycznych, psychologicznych, fizjoterapeutycznych oraz lekarskich, a także badań diagnostyczno-laboratoryjnych. Program ma być realizowany w latach 2019-2020. Planowane koszty całkowite programu ujęte w budżecie zostały określone na 2 575 100 zł w 2019 r. oraz 5 538 000 zł w 2020 r.

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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.) 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

Opiniowany projekt programu realizuje następujący priorytet: „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu, nowotworów złośliwych, przewlekłych chorób układu oddechowego, cukrzycy, zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. z 2018 r., poz. 469). Tematyka opiniowanego programu wpisuje się również w jeden z celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia – „Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się”.

W treści projektu przedstawiono opis problemu zdrowotnego jakim jest wejście osoby w wiek podeszły (60-75 lat), starczy (75-90 lat) oraz sędziwy (powyżej 90 lat). Starzenie się społeczeństwa to jeden z najważniejszych obecnie problemów społecznych. Jest to proces nieodwracalny i ma charakter globalny. Niesie za sobą wiele negatywnych skutków, które powodują konieczność podjęcia działań zmierzających do poprawy sytuacji poprzez rozwiązania w polityce zdrowotnej i społecznej. Dodatkowo zaznacza się, że polityka senioralna będzie stawać się z upływem czasu coraz bardziej priorytetowa. Dane demograficzne zaczerpnięte z GUS 2018 dotyczące m.st. Warszawy za lata 2015-2017 r. wskazują na stale rosnącą liczbę osób w wieku poprodukcyjnym (60 lat i więcej dla kobiet oraz 65 lat i więcej dla mężczyzn). W 2017 r. osób w wieku poprodukcyjnym było w Warszawie 424 236, tj. 24% ogółu mieszkańców. Zmniejszanie się udziału roczników młodszych i zwiększanie się udziału roczników starszych odzwierciedla proces starzenia się społeczeństwa.

W treści projektu przedstawiono dane epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do przyczyn zgonów w populacji osób powyżej 65 lat z podziałem na choroby układu krążenia, cukrzycę, choroby układu oddechowego, choroby otępienne, oraz zaburzenia mineralizacji kości. Nie zawarto danych dotyczących chorób nowotworowych, które zgodnie z danymi PZH 2018 powodują ponad 23% zgonów w populacji osób powyżej 65 r.ż.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „ocena stanu zdrowia około 30% mieszkańców m.st. Warszawy rocznie w wieku 70. i 80. lat ukierunkowana na zwiększenie wykrywania problemów geriatrycznych u osób z wielochorobowością”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić

potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Cel główny został sformułowany w postaci działania i nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Warto również zaznaczyć, że w projekcie nie zawarto definicji wielochorobowości, wskazano jedynie zakres chorób, z którymi się wiąże. Poza celem głównym do pojęcia tego nie odniesiono się do tej kwestii w żadnym miejscu programu.

W treści projektu wskazano również 3 cele szczegółowe tj.: (1) „zwiększenie wykrywania lub nieprawidłowego leczenia problemów zdrowotnych (chorób układu krążenia, osteoporozy, POChP, zaburzeń lipidowych, cukrzycy, chorób tarczycy), występujących u osób starszych”, (2) „zwiększenie wykrywania zaburzeń funkcjonalnych, poznawczych, nastroju, odżywiania wśród osób starszych”, (3) „tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych w oparciu o promocję zdrowia”. Cele nr 1 i 2 prawidłowo uzupełniają cel główny. Trzeci cel szczegółowy został sformułowany nieprawidłowo, gdyż jest działaniem. Ma jednocześnie ogólny charakter odnosząc się do promocji zdrowia. Należy wskazać, że dobrze sformułowany cel powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. W związku z powyższymi uwagami cele wskazane w projekcie nie są w pełni zgodne z tą koncepcją.

W projekcie programu zaproponowano szereg mierników w tym: 4 mierniki odnoszące się do zgłaszalności oraz 7 związanych z efektywnością programu.

Należy zaznaczyć, że określone w projekcie mierniki nie odpowiadają w pełni określonym celom. Te związane z efektywnością nie odnoszą się do POChP, zaburzeń lipidowych oraz osteoporozy wymienionych w celu szczegółowym nr 1. Również dla celu nr 3 nie zaproponowano miernika. Ponadto należy stwierdzić, że zaplanowano działania oraz mierniki, natomiast nie określono celów szczegółowych powiązanych z oceną sprawności ruchowej (miernik nr 5), a także deficytów wzroku i słuchu (miernik nr 6).

Populacja docelowa

Działania realizowane w ramach programu skierowane są do mieszkańców miasta stołecznego Warszawa w wieku 70 oraz 80 lat. W treści projektu przedstawiono zestawienie liczby osób spełniających określone kryterium wiekowe (ok. 30 tys. osób) określone na podstawie danych GUS z 2018 roku. W projekcie programu oszacowano, że w projekcie weźmie udział rocznie ok. 10 tys. osób czyli 30% populacji docelowej.

Kryteria włączenia do programu stanowi miejsce zamieszkiwania oraz wiek. Zgodnie z przyjętymi kryteriami włączenia można przypuszczać, że w programie wezmą udział zarówno osoby z objawami chorób jak i osoby bezobjawowe. W kryteriach nie ma odniesienia do wielochorobowości. Rekomendacje w zakresie zasadności prowadzenia skryningu w poszczególnych grupach pacjentów są zróżnicowane. Zgodnie z wytycznymi, większość interwencji zawartych w projekcie programu nie jest zalecanych w populacji bezobjawowej. Ponadto wytyczne odnosząc się do konkretnych problemów zdrowotnych wskazują w każdym zakresie populację docelową, m.in.: konkretne grupy ryzyka, populację objawową, płeć – w zależności od jednostki chorobowej.

Interwencja

Zaproponowane interwencje mają na celu wprowadzenie elementów całościowej oceny geriatrycznej (COG). Części składowe tej oceny to: poradnictwo psychologiczne, fizjoterapeutyczne, lekarskie, dietetyczne, pielęgniarstwo, a także prowadzenie szeregu badań diagnostyczno-laboratoryjnych.

Szczegółowe interwencje, które planuje się wdrożyć w ramach programu wymieniono poniżej:

- Wykonanie badań diagnostycznych i laboratoryjnych [morfologia krwi z rozmazem, sód, potas, kreatynina, glukoza we krwi na czczo, hemoglobina glikowana, cholesterol całkowity oraz frakcje HDL i LDL, trójglicerydy, TSH, kalkulator FRAX (ewentualnie densytometria w przypadkach potwierdzających zasadność wykonania badania na podstawie wyniku skali FRAX), spirometria, EKG, pomiar ciśnienia tętniczego, pomiary antropometryczne: wzrost, masa ciała, obwód brzucha, obwód bioder];
- Porada pielęgniarstwa: zebranie wywiadu ocena sytuacji środowiskowej i zakresu otrzymywanego wsparcia od opiekuna przez pacjenta geriatrycznego, polecane metody

pielęgnacji, udzielanie wskazówek na temat ułatwień i wsparcia w czynnościach życia codziennego (skala ADL i IADL), nauka korzystania ze sprzętu medycznego i wyrobów medycznych, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, ocena antropometryczna pacjenta.

- Porada psychologiczna: diagnoza psychologiczna, ocena sprawności funkcji poznawczych, w tym badania przesiewowe w kierunku otępienia, wsparcie psychologiczne, ocena stanu emocjonalnego w stopniu podstawowym za pomocą Geriatrycznej Skali Oceny Depresji według Yesavage'a (GDS, *Geriatric Depression Scale*), ocena funkcji poznawczych, w tym także badanie przesiewowe w kierunku otępienia: test *Mini Mental State Examination* (MMSE) wg Folsteina, test rysowania zegara, edukacja na temat uświadomienia problemu wysokiego poziomu stresu u osób starszych; możliwościach uzyskania pomocy psychologicznej dla osób przeżywających kryzys lub wymagających wsparcia w związku z zakończeniem aktywności zawodowej, procesem starzenia się i zmianami ról w rodzinie i w społeczeństwie; uwzględnienie w edukacji prozdrowotnej zagadnień zdrowia psychicznego, rozumienia procesów zachodzących w psychice osoby starzejącej się; udzielanie wsparcia psychologicznego.
- Porada dietetyczna: wywiad żywieniowy, określenie wskaźnika BMI, pomiar obwodu łydki i ramienia, ocena danych antropometrycznych, ocena wyników badania poziomu glukozy we krwi oraz lipidogramu, ocena stanu odżywienia za pomocą testów MNA (*Mini Nutritional Assessment*), edukacja zdrowotna na temat racjonalnego odżywiania się, prawidłowego nawadniania organizmu; przekazanie zaleceń dietetycznych, upowszechnienie wiedzy o czynnikach ryzyka cukrzycy oraz samej cukrzycy, ocena ryzyka nadwagi i otyłości, bądź niedożywienia; edukacja dotycząca metod zmiany niekorzystnych nawyków żywieniowych.
- Porada fizjoterapeutyczna: ocena stanu funkcjonalnego, zagrożenia upadkiem, deficytów ruchowych, informacja na temat aktywności fizycznej - zasad i form zalecanej aktywności, zależnej od wydolności funkcjonalnej i stanu zdrowia, korzyści płynących ze zwiększenia aktywności fizycznej; profilaktyki upadków, organizacji bezpiecznego środowiska zamieszkania; ocenę chodu i równowagi przy użyciu testu „Wstań i Idź” (TUG, *Time Up&Go*) wykonanego na czas, prędkości chodu w m/sek., ocena siły kończyn górnych za pomocą dynamometru, liczba powtórzeń wstawania z krzesła bez pomocy.
- Porada lekarska: ocena przeprowadzonego wywiadu w oparciu o standard internistyczno-geriatryczny (analiza wyników wykonanych badań laboratoryjnych diagnostycznych, stosowanego leczenia, ustalenie lub modyfikację leczenia, a w przypadku konieczności skierowanie uczestnika programu na dalsze badania lub do poradni specjalistycznych w ramach NFZ), dotychczasowego leczenia chorób, odczuwanych dolegliwości, leczenia w poradniach specjalistycznych. Badanie internistyczne będzie poszerzone o orientacyjną ocenę wzroku i słuchu (test pośredni czytania z oceną bliży, test Amslera, ocena orientacyjna słuchu - test szeptu); ocenę hipotonii ortostatycznej.

Wskazane powyżej badania oraz testy w większości stanowią standard postępowania i/lub są rekomendowane przez wytyczne kliniczne, jako narzędzia możliwe do wykorzystania w ramach diagnostyki. Niemniej jednak interwencje te mają zostać wykonane u wszystkich uczestników programu bez względu na występowanie wskazań medycznych (np. objawów lub czynników ryzyka), co nie znajduje uzasadnienia, m.in. w zakresie demencji i zaburzeń poznawczych oraz zaburzeń wzroku i zaburzeń słuchu. W dalszej części opinii przytoczono najważniejsze informacje z wytycznych klinicznych dot. prowadzenia ww. interwencji.

Należy również zaznaczyć, że w projekcie nie odniesiono się do faktu, czy dane osoby mają już postawione jakieś rozpoznanie, pozostają pod opieką poradni specjalistycznej, czy też w ostatnim czasie korzystały z określonych wyżej świadczeń. W związku z tym oceniany projekt w dużym stopniu może stanowić powielenie już udzielonych świadczeń (np. może powielać przeprowadzony już proces diagnostyczny) co nie znajduje uzasadnienia klinicznego ani ekonomicznego.

Warto także zwrócić uwagę na fakt, że projekt ma charakter jedynie diagnostyczny. Nie wskazano ścieżek dalszego postępowania z pacjentem po przeprowadzeniu badań, co jest postępowaniem

niewłaściwym, gdyż nie przyczyni się do przyspieszenia wdrożenia potrzebnego leczenia, a jedynie pozostawi pacjenta z wynikiem badań i koniecznością oczekiwania na poradę specjalisty w ramach NFZ.

W projekcie brak jest również szczegółowych informacji dot. poszczególnych elementów m.in.:

- W projekcie programu wskazano, że za „pomiar ciśnienia tętniczego krwi, ocenę antropometryczną pacjenta” będzie odpowiedzialna pielęgniarka. Nie wskazano natomiast kto będzie odpowiedzialny za pozostałe działania związane z badaniami.
- W ramach porady pielęgniarskiej zaplanowano przeprowadzenie wywiadu i „wypełnienie ankiety”. Nie określono jakie elementy zostaną poruszone podczas wywiadu jak i nie sprecyzowano zakresu ankiety. Nie dołączono jej do programu.
- W programie nie wskazano czy w ramach konsultacji fizjoterapeutycznej będzie prowadzony wywiad z pacjentem

W projekcie programu w większości przypadków nie odniesiono się do określenia osób odpowiedzialnych za prowadzenie uczestników przez szereg proponowanych interwencji. Jedynie w przypadku zarządzania programem stwierdzono, że będzie to „koordynator/pielęgniarka”. Wskazano również, że konsultacje lekarską będzie prowadzić lekarz internista, co jest zgodne z wytycznymi.

Należy zaznaczyć, że wszystkie zaproponowane działania w ramach programu (badania diagnostyczne/laboratoryjne oraz konsultacje) znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2015 poz. 1658) - świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach stacjonarnych oraz domowych. Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych są realizowane w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych. Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych obejmują: świadczenia udzielane przez lekarza, świadczenia udzielane przez pielęgniarkę, rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego, świadczenia psychologa, terapię zajęciową, leczenie farmakologiczne, leczenie dietetyczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne, edukację zdrowotną.

Wykonanie badań diagnostycznych i laboratoryjnych

Badania laboratoryjne mają być prowadzone na czczo. Zaplanowano wykonanie u wszystkich włączonych osób szeregu badań diagnostycznych i laboratoryjnych: „morfologia krwi z rozmazem, sód, potas, kreatynina, glukoza we krwi na czczo, hemoglobina glikowana, cholesterol całkowity oraz frakcje HDL i LDL, trójglicerydy, TSH, skala FRAX (ewentualnie densytometria w przypadkach potwierdzających zasadność wykonania badania na podstawie wyniku skali FRAX), spirometria, EKG, pomiar ciśnienia tętniczego, pomiary antropometryczne: wzrost, masa ciała, obwód brzucha, obwód bioder”. Warto zaznaczyć, że wskazany zakres badań pokrywa się z wytycznymi. W zakresie oznaczania glukozy i cholesterolu jeden z ekspertów klinicznych również stwierdził za zasadne wykonanie tych badań.

Porada pielęgniarska

Po wykonaniu badań uczestnik programu zostanie skierowany na poradę pielęgniarską. Należy zaznaczyć że wytyczne wskazują na zasadność prowadzenia porad pielęgniarskich w ramach opieki nad pacjentem geriatrycznym. W wytycznych PTG 2013 dodatkowo wskazuje się na celowość współpracy personelu pielęgniarskiego z pozostałymi członkami multidyscyplinarnego zespołu.

Porada psychologiczna

W ramach porady psychologicznej zaplanowano przeprowadzenie diagnozy psychologicznej oraz oceny sprawności funkcji poznawczych w tym badania przesiewowego w kierunku otępienia. Warto zaznaczyć, że zasadność prowadzenia tego typu działań potwierdzają informacje z wytycznych PTG 2013, NGC 2012a. Natomiast wytyczne SMOH 2010, RACGP 2012 nie zalecają skryningu w populacji

bezobjawowej w kierunku choroby otępiennej w bezobjawowej (stopień dowodu C, poziom 2). Wytyczne UK NSC 2015 wskazują, że na każde 100 osób w wieku powyżej 65 lat, ok. 7 cierpi na demencję. Jeśli wskazana grupa osób zostałaby poddana badaniom przesiewowym, wykonywanym przy użyciu obecnie dostępnych testów ok. 18 osób uzyskałoby wynik pozytywny, ale: tylko 6 z ww. osób miałoby demencję; 12 osób uzyskałoby wynik fałszywie dodatni; 1 osoba, u której faktycznie występuje demencja nie zostałaby wykryta (wynik fałszywie negatywny).

W programie zaplanowano przeprowadzenie: „oceny funkcji poznawczych, w tym także badanie przesiewowe w kierunku otępienia: test Mini Mental State Examination (MMSE) wg Folsteina, test rysowania zegara”. Zaleca się przeprowadzenie: Skróconego Testu Sprawności Umysłowej (AMTS, Abbreviated Mental Test Score) (PTG 2013) lub testu Blessed (PTG 2013), MiniCog (PTG 2013, NGC 2012d, NGC 2012c, SNLG-Regions 2015, NICE 2018). Autorzy przeglądu Seitz 2018 stwierdzili, że na podstawie jednego badania o wysokiej jakości (Holsinger 2012) wykazano, że dokładność testu Mini-Cog ma czułość na poziomie 76% i swoistość o wartości 73%. Stwierdzono, że nie jest możliwe rekomendowanie tego testu jako metody przesiewowej z uwagi na niewystarczająco wysoką czułość oraz ograniczenia w postaci liczby wysokiej jakości dowodów. Kolejnym zalecanym testem jest Mini Mental State Examination (MMSE) wg Folsteina. Należy przy tym zaznaczyć, że wytyczne wskazują, że pozytywny wynik badań przesiewowych (w przypadku testu MMSE ≤ 26 pkt) nie wystarcza, aby dokonać rozpoznania otępienia, które wymaga oceny różnych aspektów stanu pacjenta.

Poza wskazanymi testami, w ramach porady psychologicznej zaplanowano również przeprowadzenie testu zegara. Czułość testu rysowania zegara w zależności od przyjętej skali oceny osiągała wartość w zakresie od 57% do 82%, a swoistość – od 75,7% do 87,9%.

Diagnoza otępienia powinna zostać postawiona tylko po wszechstronnej ocenie, składającej się z: omówienia historii pacjenta, badania funkcji poznawczych, badania fizykalnego, przeglądu stosowanych przez pacjenta leków oraz innych stosowanych badań.

Dodatkowo w ramach porady psychologicznej ma zostać przeprowadzona ocena stanu emocjonalnego w stopniu podstawowym za pomocą Geriatrycznej Skali Oceny Depresji według Yesavage'a (GDS, Geriatric Depression Scale). Wytyczne NGC 2012, SNLG-Regions 2015 podkreślają zasadność wykorzystywania Geriatrycznej Skali Depresji oraz istotę weryfikowania czynników ryzyka zaburzeń depresyjnych w populacji osób starszych. Podobnie SMOH 2010 zaleca organizowanie badań przesiewowych osób starszych w kierunku depresji z zastosowaniem 15 stopniowej Geriatrycznej Skali Depresji (GDS-15). Autorzy wytycznych NGC 2012f sugerują natomiast wykorzystanie skróconej Geriatrycznej Skali Depresji (GDS-SF). W ramach poradnictwa psychologicznego ma być również prowadzona edukacja na temat uświadomienia problemu wysokiego poziomu stresu u osób starszych, możliwościach uzyskania pomocy psychologicznej dla osób przeżywających kryzys lub wymagających wsparcia w związku z zakończeniem aktywności zawodowej, procesem starzenia się i zmianami ról w rodzinie i w społeczeństwie. Dodatkowo zaplanowano omówienie zagadnień zdrowia psychicznego, rozumienia procesów zachodzących w psychice osoby starzejącej się, a także udzielanie wsparcia psychologicznego. Zakres tematyczny jest zgodny z wytycznymi AOTA 2014 oraz PTG 2013. Warto jednak przy tym zaznaczyć, że rodzina/opiekunowie pacjentów powinni odgrywać dużą rolę w całym procesie terapeutycznym (PTG 2013, RNAO 2016, RACGP 2016). Nie wskazano czy również ta grupa będą mogła brać udział w programie.

Porada dietetyczna

W ramach porady zostaną przeanalizowane wyniki części badań diagnostycznych (ocena danych antropometrycznych, ocena wyników badania poziomu glukozy we krwi oraz lipidogramu) wykonywanych na początku uczestnictwa w programie. Dodatkowo zaplanowano również wykonanie wywiadu żywieniowego, określenie wskaźnika BMI, pomiaru obwodu łydki i ramienia, ocena stanu odżywienia za pomocą testów MNA (Mini Nutritional Assessment). W badaniach NHANES (National Health and Nutrition Examination Study) przeprowadzonych w latach 1988-94 otyłość (BMI ≥ 30) stwierdzono u 22,2% osób w wieku ≥ 60 lat, w kolejnym badaniu NHANES w latach 2005-06 już u 30,5%. Wykonanie wywiadu jak i określenie wskaźnika BMI jest zgodne z wytycznymi. Należy

zaznaczyć, że ryzyko niedożywienia pojawia się wtedy, gdy BMI <23 kg/m², obwód ramienia <22 cm a obwód łydki mniejszy niż 31 cm. Wyniki obwodu łydki/ramienia bezpośrednio przekładają się na test MNA, który jest rekomendowany przez AND 2012, NGC 2012, PTD 2013. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że PTD dodatkowo wskazuje alternatywę w postaci testu SCALES (Sadness-Cholesterol-Albumin-Loss of Weight-Eating Problems-Shopping).

W ramach porady dietetycznej zaplanowano również działania edukacyjne nakierowane na temat racjonalnego odżywiania się, prawidłowego nawadniania organizmu, upowszechniania wiedzy o czynnikach ryzyka cukrzycy oraz samej cukrzycy, oceny ryzyka nadwagi i otyłości, bądź niedożywienia. Podejście jest zgodne z wytycznymi, w których to rekomenduje się prowadzenie poradnictwa dietetycznego dotyczącego suplementacji diety (dostarczanie witaminy D, wapnia oraz innych substancji odżywczych), spożywania warzyw i owoców, odpowiedniego nawadniania. W wynikach przeglądu systematycznego Avenell 2014 wskazano, że wpływ stosowania samej witaminy D na zapobieganie złamaniom jest mało prawdopodobny, jednak suplementacja witaminy D w połączeniu z suplementacją wapnia może zapobiegać m.in. złamaniom bliższego końca kości udowej. W wynikach przeglądu systematycznego Kastner 2017 wskazano, że wdrażanie kompleksowych, wielokomponentowych interwencji z zakresu osteoporozy, znacząco wpływa na przyspieszenie rozpoczęcia leczenia osteoporozy oraz na przyspieszenie rozpoczęcia jej diagnostyki. Nie stwierdzono istotnego statystycznie wpływu żadnej z interwencji na redukcję złamań. Wskazano jednak, że edukacja pacjentów wydaje się być istotnym elementem strategii postępowania w przypadku osteoporozy. Natomiast w przeglądzie systematycznym Morfeld 2017 stwierdzono, że dostępne dowody naukowe nie pozwalają na jednoznaczne stwierdzenie, czy edukacja pacjentów przynosi korzyści oraz czy istotnie wpływa na wyniki leczenia osteoporozy. Dodatkowo należy zaznaczyć, że w profilaktyce osteoporozy zaleca się ograniczenie spożycia alkoholu oraz zaprzestanie palenia papierosów.

Porada fizjoterapeutyczna

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie konsultacji fizjoterapeutycznej, podczas której dojdzie do oceny stanu funkcjonalnego, zagrożenia upadkiem oraz określenia deficytów ruchowych. Część tej oceny (wykorzystanie skal ADL oraz IADL) została opisana w ramach porady pielęgniarstwa. W programie nie wskazano czy w ramach konsultacji fizjoterapeutycznej będzie prowadzony wywiad z pacjentem. Zgodnie z wytycznymi RACGP 2012 należy przeprowadzić krótki wywiad z pacjentem, zadając 3 istotne pytania: Czy w ciągu ostatniego roku upadł więcej niż 2 razy? Czy orientuje się co się z nim dzieje po doznaniu upadku (czy jest świadomy)? Czy ma trudności w chodzeniu lub utrzymaniu równowagi? Jeśli którekolwiek z pytań otrzymało odpowiedź twierdzącą należy dokładnie prześledzić historię medyczną pacjenta, wykonać badanie fizykalne oraz ocenę funkcji poznawczych oraz stanu fizycznego pacjenta. Ponadto należy przeprowadzić wieloczynnikową ocenę ryzyka wystąpienia upadku poprzez analizę m.in.: historii upadków, wielolekowości lub zażywania specyficznych leków (np. narkotyczne leki przeciwbólowe, leki psychotropowe), osłabienie mięśni, zmniejszenie pola widzenia, zaburzenia chodu i równowagi, zaburzenia wzroku (włączając zaćmę), zaburzenia neurologiczne, zagrożenia środowiska domowego, problemy kardiologiczne etc. Osobom starszym, u których zdarzył się upadek więcej niż jeden raz w okresie ostatnich 6 miesięcy, lub osoby z deficytem chodu i równowagi, powinno się zapewnić całościową ocenę ryzyka upadku (HPB-MOH 2015, PTG 2013). Dodatkowo wytyczne PTG 2013 wskazują za zasadne stosowanie testu L-Dopa. Natomiast wytyczne NICE 2012 zalecają wykorzystanie narzędzi takich jak: skala upadków Morsea, model STRATIFY czy model oceny Heindrich II. W programie zaplanowano również przeprowadzenie oceny chodu i równowagi przy użyciu testu „Wstań i Idź” (TUG, Time Up&Go) wykonanego na czas, gdzie prędkość chodu będzie mierzona w metrach na sekundę. Wskazany test jest zalecany przez BGS 2014 oraz PTG 2013. Rozpoznanie zespołu słabości/kruchości może być postawione wówczas, gdy: prędkość chodu jest niższa od 0,8m/s; wynik testu wstań-i-idź jest dłuższy od 10s. W projekcie programu założono, że dopiero od wyniku „12 sekund osoby mogą wymagać diagnostyki w poradni geriatrycznej lub skierowania do poradni rehabilitacyjnej” (str. 14 programu). Dodatkowo w wytycznych PTG 2013 wskazuje się na możliwość wykorzystania testu Tinetti. W rekomendacji RACGP 2012 zaznacza się natomiast, że nie ma jednego idealnego narzędzia od oceny ryzyka upadku. W ramach porady zaproponowano wykorzystanie interwencji związanych z oceną siły kończyn górnych z

wykorzystaniem dynamometru oraz liczba powtórzeń wstawania z krzesła bez pomocy. Zgodnie z publikacjami naukowymi, możliwe jest prowadzenie u osób z zaburzeniami neurologicznymi (w tym u osób starszych) badań w kierunku oceny siły kończyn górnych za pomocą dynamometru. Wytyczne SNLG-Regions 2015 uznają natomiast za zasadne prowadzenie oceny liczby powtórzeń wstawania z krzesła bez pomocy.

Zaplanowano również w ramach spotkań fizjoterapeutycznych działania edukacyjne. Uczestnik programu zostanie poinformowany o zasadach i formach zalecanej aktywności zależnej od wydolności funkcjonalnej i stanu zdrowia, korzyści płynących ze zwiększenia aktywności fizycznej, profilaktyce upadków oraz o organizacji bezpiecznego środowiska zamieszkania. Wszystkie wskazane elementy wpisują się w zakres wskazywany w wytycznych PTG 2013, NGC 2012a, RACGP 2012.

Po przeprowadzonej ocenie uczestnika programu (w przypadku braku przeciwwskazań), zostanie mu przekazana informacja o możliwości skorzystania z programu pn. „Aktywny Senior”, finansowanego ze środków m.st. Warszawy. Poza kryterium zamieszkania do tego programu mogą zostać włączone osoby po 55 r.ż. zatem można stwierdzić, że osoby z obecnie ocenianego programu będą mogły wziąć w nim udział. Program „Aktywny Senior” zakłada możliwość uczestnictwa w ćwiczeniach prowadzonych 2 razy w tygodniu przez 45 minut w grupach od min. 6 osób (cykl 16 spotkań dla jednej grupy: pierwsze spotkanie przeznaczone na wykład oraz 15 kolejnych spotkań przeznaczonych na ćwiczenia). Wnioskodawca zaznacza, że ćwiczenia będą dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości uczestników. Rekomenduje się wykonywanie regularnych ćwiczeń fizycznych, w tym przede wszystkim: obciążeniowych, oporowych, poprawiających równowagę, a także wzmacniających siłę mięśniową, które będą dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta (NOGG 2017, ESSA 2016, AACE/ACE 2016, Delphi 2015, SAOS 2015, NOF 2014, ESCEO 2014, SMS 2013, AMA 2013, BCMA 2012). Zalecenia NICE 2013 wskazują na poprawę koordynacji ruchowej i równowagi osób starszych przy treningu fizycznym co najmniej 2 dni w tygodniu. Zasadność co najmniej 150-minutowego treningu o umiarkowanej intensywności zaleca RACGP 2012. Z kolei na podstawie rekomendacji BGS 2011 zaleca się przynajmniej 30 minutowy wysiłek fizyczny o umiarkowanej intensywności przez 5 dni w tygodniu. Podkreśla się też, że trening osoby starszej powinien sprawiać jej przyjemność, być urozmaicony o ćwiczenia wpływające na wytrzymałość i wzmocnienie mięśni, utrzymanie równowagi, poprawiające elastyczność i budowę kości oraz uwzględniać indywidualne możliwości seniora. Zgodnie ze stanowiskiem NICE 2014, zaleca się prowadzenie lokalnych programów aktywności fizycznej wśród osób starszych, uwzględniających przede wszystkim: szeroki zakres ćwiczeń o umiarkowanej intensywności, ćwiczenia wytrzymałościowe i odpornościowe skierowane głównie na osoby z zespołem słabości/kruchości; ćwiczenia rozciągające i zmniejszające napięcie, jak również spacerowanie (zwykły chód). W wynikach badań PolSenior 2012 wskazuje się także na istotę promowania aktywności fizycznej wśród seniorów i stworzenie odpowiedniego systemu wczesnej rehabilitacji zapobiegającej powstawaniu/pogłębianiu się niepełnosprawności.

Porada lekarska

W projekcie programu zaznaczono, że „podczas wizyty lekarz dokona analizy danych z porad: pielęgniarstwa, dietetycznej, psychologicznej i fizjoterapeutycznej”. Należy podkreślić, że konsultacje będzie prowadzić lekarz poz, co jest zgodne z wytycznymi BCG 2014, PTA 2012, HPB-MOH 2015, SNLG-Regions 2015. W przypadkach gdy potwierdzi się zaburzenia związane z wiekiem, pacjent powinien zostać skierowany do specjalisty (np. geriatry, kardiologa). Inny pogląd prezentują autorzy wytycznych PTG 2013, AND 2012 wskazując, że osobą prowadzącą pacjenta geriatrycznego powinien być lekarz geriatra. W ramach porady lekarz poz będzie mógł zaplanować/zmodyfikować etap leczenia lub skierować uczestnika programu na dalsze badania lub do poradni specjalistycznych w ramach NFZ. Podczas wizyty pacjent otrzyma informację dotyczącą zasady bezpiecznego zażywania leków jak np. czasu przyjmowania. Warto podkreślić, że zgodnie z wynikami metaanalizy Gillespie 2012 stosowanie przez lekarzy poz zmodyfikowanego programu dot. przepisywania leków przyczyniło się do znacznego obniżenia ryzyka względnego upadku. Wytyczne NGC 2012, PTG 2013 podkreślają, że istotne jest omówienie z pacjentem skutków przyjmowania niektórych leków. Uczestnik otrzyma także kompleksową informację o sposobach zachowania zdrowia, sprawności i samodzielności co jest zgodne z wytycznymi PTG 2013, NGC 2012, BGS 2011. W ramach konsultacji lekarskiej zaplanowano

przeprowadzenie orientacyjnego badania wzroku i słuchu. W przypadku oceny wzroku ma zostać wykorzystany test pośredni czytania z oceną bliży tj. test Amslera. Warto zaznaczyć, że test może być z powodzeniem wykonywany w kierunku wykrywania choroby centralnej części siatkówki (plamki). U pacjentów z wczesnym AMD i/lub dodatnim wywiadem rodzinnym w zakresie tej jednostki chorobowej zaleca się wykonywanie testu Amslera (AAO 2015). Wytyczne RACGP 2012 sugerują brak istotnych przesłanek na wykonywanie badań przesiewowych w kierunku poprawy wzroku wśród seniorów bezobjawowych, a w zapobieganiu utracie słuchu zaleca się coroczny skryning po 65 r.ż. (weryfikując czy senior jest w stanie usłyszeć szept z ok. 0,5 m lub dźwięk pocierania palców z ok. 5 cm). Zaproponowany test szeptu jest zatem zgodny z wytycznymi. W ramach konsultacji lekarskiej zostanie przeprowadzona również ocena hipotonii ortostatycznej. Zasadność tej oceny można odnaleźć w wytycznych PTG 2013. Dodatkowo wytyczne PTG 2013 podkreślają, że podczas oceny internistycznej należy przeprowadzić ogólne badanie neurologiczne, ocenę stanu skóry (NGC 2012, NPUAP 2014, NICE 2014) co nie zostało uwzględnione w programie. Na zakończenie wizyty uczestnicy programu otrzymają kompleksową analizę wyników badań oraz pisemną informację zwrotną dla swojego lekarza po na temat rekomendowanego dalszego postępowania i zaleceń wynikających z przeprowadzonych badań i porad.

Należy zaznaczyć, że wszystkie zaproponowane działania w ramach programu (badania diagnostyczne/laboratoryjne oraz konsultacje) znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2015 poz. 1658) - świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach stacjonarnych oraz domowych. Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych są realizowane w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych. Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych obejmują: świadczenia udzielane przez lekarza, świadczenia udzielane przez pielęgniarkę, rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego, świadczenia psychologa, terapię zajęciową, leczenie farmakologiczne, leczenie dietetyczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne, edukację zdrowotną.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja natomiast jest analizą danych z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu ma być dokonywana na podstawie „odsetka uczestników programu polityki zdrowotnej”, „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie podczas jego trwania, oceny liczby wykrytych zaburzeń (liczba wykrytych zaburzeń poznawczych i otępiennych”, „liczby osób z niedożywieniem, nadwagą, otyłością, liczba osób z zaburzeniami funkcjonalnymi) zawartych w półrocznych raportach”. Nie jest jasne dlaczego w ramach oceny zgłaszalności zaproponowano miernik związany z liczbą wykrytych schorzeń. Miernik ten miałby zastosowanie w ramach ewaluacji.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji. Do projektu nie załączono wzoru ankiety.

W ramach oceny efektywności programu zaplanowano ocenę „liczby chorób noworozpoznanych (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca itp.)”, „liczby osób skierowanych do programu promocji zdrowia „Aktywny senior”, „liczby osób skierowanych do poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej”. Mierniki efektywności wskazane przy celach programu nie zostały w pełni wykorzystane i nie są do końca spójne z tymi wskazanymi w ramach ewaluacji. Brakuje mierników odnoszących się do chorób tarczycy, zaburzeń otępiennych, deficytów wzroku i słuchu oraz osób z nadwagą i otyłością.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co nie zostało zaznaczone w projekcie.

Warunki realizacji

Program zaplanowany został na lata 2019-2020. Nie wskazano czy planuje się jego kontynuację w latach następnych.

Etapy programu przedstawiono w sposób pobieżny. Na początku zaplanowano podpisanie umów na realizację programu. Realizator będzie zobligowany do przeprowadzenia kampanii informacyjnej, kwalifikacji do programu, przeprowadzenia badań, a następnie porad. Kolejne etapy dotyczyć mają prowadzenia monitorowania i ewaluacji.

Opisano sposób zakończeni udziału w programie. Zaplanowano również akcja informacyjną, która nie budzi zastrzeżeń.

W projekcie określono dokładnie warunki dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Zgodnie z komentarzem zamieszczonym na początku części dotyczącej populacji i interwencji należy jednak podkreślić, że w programie w większości nie przypisano poszczególnym osobom roli w prowadzeniu porad czy też badań.

Całkowity koszt zaplanowanych interwencji został oszacowany na 2 575 100 zł w 2019 r. oraz 5 538 000 zł. w 2020 r. Zakładając, że w programie zaplanowano udział 10 tys. osób rocznie to przy założonym koszcie jednostkowym (500 zł) koszt całkowity powinien wynieść ok. 5 mln zł rocznie. Nie jest zatem zrozumiałe w jaki sposób wnioskodawca oszacował koszty programu znacznie odbiegające od tej kwoty w 2019 r.

W projekcie programu przedstawiono koszty jednostkowe, koszty całkowite oraz źródła finansowania. Koszty jednostkowe związane z objęciem 1 osoby badaniami diagnostycznymi i laboratoryjnymi mają wynieść 250 zł. Zgodnie z odnalezionymi informacjami, koszt badań laboratoryjnych (morfologia krwi z rozmazem, sód, potas, kreatynina, glukoza we krwi na czczo, hemoglobina glikowana, cholesterol całkowity oraz frakcje HDL i LDL, trójglicerydy, TSH) i diagnostycznych (densytometria z konsultacją, EKG, spirometria) wynosi ok. 400 zł. Koszt związany z poradami specjalistów został oszacowany również na 250 zł. Wnioskodawca wskazuje, że koszt jednej porady ma wynieść ok. 50 zł. Ceny rynkowe porad (psychologicznej, pielęgniarzkiej, internistycznej, fizjoterapeutycznej, dietetycznej) mieściły się w przedziale 368-1298 zł. W projekcie zaznaczono, że program nie będzie generować kosztów związanych z promocją.

Program ma zostać sfinansowany ze środków miasta stołecznego Warszawa.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Proces starzenia się istotnie wpływa na specyfikę chorobowości wśród osób w wieku geriatrycznym (powyżej 60 r.ż.). Pacjentów we wspomnianej grupie wiekowej charakteryzuje wielochorobowość i wielolekowość, jak również brak specyficzności objawów klinicznych występujących problemów zdrowotnych. Dlatego zasadnym jest utrzymanie właściwego poziomu sprawności funkcjonalnej (niezależności, samodzielności) celem zmniejszenia obciążenia systemu opieki zdrowotnej i społecznej wynikających z leczenia niesprawności.

Wśród osób starszych występowanie schorzeń ma charakter kaskad i cykli objawowych/problemowych, których znajomość szczególnie ważna jest w fizjoterapii. Wdrożenie odpowiednich procedur terapeutycznych może przyczynić się do ich przerwania. Częstym zjawiskiem jest u osób starszych jest występowanie tzw. wielkich zespołów geriatrycznych, które określane są jako zaburzenia przewlekłe powodujące niesprawność funkcjonalną i mające negatywny wpływ na jakość życia ww. populacji. Zaburzenia mobilności, wzroku, słuchu, upadki, nietrzymanie moczu/stolca, niedożywienie czy też zaburzenia neurologiczne (otępienia, depresje) należą do wspomnianych zespołów geriatrycznych. Znaczący wpływ na ich rozwój ma sam proces starzenia, ale i ogromne zróżnicowanie innych czynników etiologicznych. Nietrzymanie moczu może wynikać np. z depresji w wyniku zaburzenia procesów motywacyjnych, ale również depresja może być wynikiem

nietrzymania moczu z powodu izolacji i obaw o brak akceptacji otoczenia. Występowanie wielkich zespołów geriatrycznych tworzy błędne koła trudne do przerwania, stanowiąc tym samym istotny problem medyczny (pacjenci i/lub ich opiekunowie nie zgłaszają ich personelowi medycznemu, uważając je za naturalną konsekwencją starzenia się).

Do najczęstszych patologii wieku starczego należy choroba zwyrodnieniowa stawów, którą stwierdza się u blisko 80% osób po 75 r.ż. Problem nadciśnienia tętniczego występuje ok. 60-70% osób w wieku podeszłym, a objawy choroby niedokrwiennej serca u prawie 30% z nich. Powyżej 65 r.ż. istotnym problemem staje się cukrzyca (ok. 20% chorych) jak i nietolerancja glukozy (również 20%). Często diagnozowana jest przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), zaparcia oraz nietrzymanie moczu (szczególnie u starszych kobiet). Częstość występowania tych schorzeń jest zdecydowanie większa wśród pensjonariuszy placówek opieki długoterminowej. Problemy te podkreślają zjawisko polipatologii wśród osób starszych (współwystępowania kilku przewlekłych chorób naraz). Typowym zjawiskiem dla wspomnianej wielochorobowości jest współwystępowanie chorób somatycznych i psychicznych. Częstość łagodnych i przewlekłych zespołów depresyjnych może sięgać nawet 30% populacji osób starszych, a choroby otępienne rozpoznaje się u ok. 10% (po 90 r.ż. nawet u 40% osób).

Ponadto, konsekwencją procesu starzenia się i braku możliwości adaptacyjnych w sytuacjach stresowych jest tzw. efekt domina. Uszkodzenie jednego narządu powoduje reakcję lawinową, zaburzając tym samym funkcję kolejnych (niewydolność wielonarządowa).

Alternatywne świadczenia

W ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016, poz. 357) realizowane są wszystkie elementy interwencji zawarte w projekcie programu.

Ocena technologii medycznej

Wnioski z odnalezionych rekomendacji klinicznych nt. profilaktyki geriatrycznej

Odnalezione rekomendacje kliniczne towarzystw/organizacji naukowych wskazują na wysokie znaczenie działań profilaktycznych w populacji osób w wieku geriatrycznym. Rekomendacje pochodzą m. in. z następujących instytucji:

- World Health Organization – WHO
- National Institute for Health and Care Excellence - NICE
- National Guideline Clearinghouse - NGC
- American Association of Clinical Endocrinologists – AACE/ACE
- Polskie Towarzystwo Geriatryczne – PTG
- British Geriatric Society - BGS

Podsumowanie wniosków z rekomendacji/wytycznych dot. profilaktyki geriatrycznej w poszczególnych kategoriach (profilaktyka ogólna starzenia się populacji, choroby otępienne/zaburzenia poznawcze, depresja, upadki, zespół słabości (tzw. frailty), osteoporoza, zaburzenia odżywiania) przedstawiono poniżej:

Zalecenia ogólne – profilaktyka starzenia się populacji

Rekomendacje naukowe zgodnie podkreślają istotę wprowadzenia zdrowych zmian w stylu życia populacji, zwracając szczególną uwagę na utrzymanie dobrze zbilansowanej diety żywnościowej, właściwego poziomu aktywności fizycznej oraz poddawaniu się zalecanym badaniom kontrolnym (tzw. bilans zdrowotny wg MQIC 2013). Nie ma jednak prostego rozwiązania (tzw. recepty na wszystko) w przypadku postępującego procesu starzenia się populacji (ageing). Dlatego też, w ślad za stanowiskiem WHO (2012), jednostki rządowe, organizacje pozarządowe i społeczeństwo powinni realizować ściśle określone postulaty dot. promowania zdrowego starzenia się populacji. Działania

profilaktyczne powinny być wdrażane znacznie wcześniej niż w wieku geriatrycznym. Zaznaczyć należy, że oprócz wymiaru zdrowotnego, ogromną rolę wśród seniorów odgrywa również wsparcie społeczne i utrzymanie relacji/kontaktów międzyludzkich.

Wytyczne kanadyjskie, jak również Rady UE czy National Guideline Clearinghouse podkreślają, że ważne jest odpowiednie dostosowanie otoczenia/środowiska osoby starszej do jej wymagań, tak aby ułatwić jej jak najdłuższe utrzymanie niezależności (np. poprzez siedzenia pod prysznicem, niższe łóżka, tzw. zdrowe mieszkania dla seniorów itd.).

Zwiększona (dodatkowa) aktywność fizyczna powinna stać się codziennym nawykiem osób starszych przy uwzględnieniu ich indywidualnych możliwości i bieżącego stanu zdrowia.

Zgodnie ze stanowiskiem NICE (2014), zaleca się prowadzenie lokalnych programów aktywności fizycznej wśród osób starszych, uwzględniających przede wszystkim: szeroki zakres ćwiczeń o umiarkowanej intensywności, ćwiczenia wytrzymałościowe i odpornościowe skierowane głównie na osoby z zespołem słabości/kruchości; ćwiczenia rozciągające i zmniejszające napięcie, jak również spacerowanie (zwykły chód). W wynikach badań PolSenior (2012) wskazuje się także na istotę promowania aktywności fizycznej wśród seniorów i stworzenie odpowiedniego systemu wczesnej rehabilitacji zapobiegającej powstawaniu/pogłębianiu się niepełnosprawności. NGC (2012) dodaje, że prócz edukacji zdrowotnej w kierunku zwiększenia aktywności fizycznej ważne jest konsekwentne wyznaczanie prozdrowotnych celów przez osoby starsze. W przypadku osób pozostających pod stałą opieką medyczną ważna jest redukcja trybu siedzącego/leżącego do minimum na korzyść dodatkowej aktywności fizycznej odpowiednio dostosowanej do możliwości osoby w wieku geriatrycznym. Podkreśla się też ważny wkład opieki fizjoterapeutycznej w funkcjonowanie osoby starszej i indywidualnie skonstruowanej diety bogatej w białko oraz odpowiednią ilość kalorii.

BGS zaznacza, że seniorzy powinni spożywać ok. 5 porcji owoców i warzyw oraz wypijać ok. 1,5 litra płynów dziennie, dbać o utrzymanie prawidłowego BMI, suplementować witaminę D, a w razie potrzeby wapń i inne substancje odżywcze, które nie są dostarczane w codziennej diecie seniora.

PolSenior (2012) wskazuje, że zasadne jest kształtowanie systemów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej przyjaznych seniorom oraz efektywnych w prewencji negatywnych skutków starzenia się populacji. Ważne jest kształcenie w danym kierunku personelu medycznego i innych grup zawodowych związanych bezpośrednio z opieką geriatryczną. Ponadto, wielokrotnie podkreślane jest znaczenie działań w zakresie prewencji pierwotnej oraz wczesnego wykrywania i leczenia niesprawności/zaburzeń poznawczych, w tym otępienia (m.in. przygotowanie społeczeństwa do starości, polegające np. na pogłębianiu wiedzy na temat zmian biologicznych, zdrowotnych i społecznych zachodzących wraz z wiekiem).

Rekomendacje PolSenior oraz wytyczne singapurskie (SMoH 2010) uznają za zasadne prowadzenie regularnych programów badań przesiewowych w zakresie okulistyki i audiologii. Zalecany jest test ostrości widzenia przy pomocy wystandaryzowanego narzędzia (np. wykres Snellena), a w przesiewowych badaniach słuchu - The Single Global Screening Question, The Hearing Handicap Inventory for the Elderly-Screening (HHIE-S) oraz badanie otoskopii i audiometrii tonalnej. Z kolei, wytyczne australijskie (RACGP 2012) sugerują brak istotnych przesłanek na wykonywanie badań przesiewowych w kierunku poprawy wzroku wśród seniorów bezobjawowych, a w zapobieganiu utracie słuchu zaleca się coroczny skrining po 65 r.ż. (weryfikując czy senior jest w stanie usłyszeć szept z ok. 0,5 m lub dźwięk pocierania palców z ok. 5 cm). Szczególną uwagę w zaleceniach ogólnych profilaktyki geriatrycznej zwraca się na zapobieganie chorobom otępiennym i układu ruchu. W populacji bezobjawowej w kierunku choroby otępiennej nie zaleca się badania przesiewowego (RACGP 2012, SMoH 2010). Natomiast w podwyższonych grupach ryzyka otępień wskazuje się zasadność przeprowadzenia szczegółowego wywiadu lekarskiego oraz oceny funkcji poznawczych (skala MMSE, skala GPACog, test „zegara” lub Rowland Universal Dementia Assesment Scale). Skala MMSE jest najczęściej wybieraną, natomiast oceniając stan funkcjonalny pacjenta należy skorzystać również z narzędzia IADL. Wśród działań prewencyjnych otępień, RACGP wymienia zwiększoną aktywność fizyczną, zaangażowanie w życie społeczne, trening umiejętności poznawczych oraz rehabilitację fizyczną i umysłową.

Osteoporoza

Wytyczne NICE 2017 podkreślają, że rekomendowane metody przesiewu złamań osteoporotycznych to: ocena bezwzględnego ryzyka złamania kości, kalkulator FRAX lub QFracture (w zależności od wieku pacjenta). W wyniku oceny ryzyka złamania kalkulatorem FRAX lub QFracture należy rozważyć wykonanie pomiaru gęstości kości (BMD) wraz z absorpcjometrią podwójnej energii promieniowania rentgenowskiego (DXA). Na podstawie wytycznych SIOMMS 2016 uznano, że FRAX było przydatnym narzędziem służącym łatwemu oszacowaniu długoterminowego ryzyka złamania. Natomiast wytyczne ESCEO/IOF 2013 wręcz preferowały stosowanie tego narzędzia do przeprowadzenia właściwej oceny ryzyka złamania. Według NOGG kalkulator FRAX powinien być stosowany do oceny prawdopodobieństwa złamania u kobiet po menopauzie oraz mężczyzn ≥ 50 r.ż., u których występuje ryzyko złamania (NOGG 2017). W opinii SAOS ocenę ryzyka za pomocą narzędzia FRAX należy przeprowadzić także u osób z osteopenią, u których nie stwierdza się złamań w celu podjęcia decyzji o leczeniu (SAOS 2015). Według polskich ekspertów FRAX może być stosowany jako narzędzie pomocnicze w ocenie klinicznej indywidualnego pacjenta. Nie jest to jednak ostateczny i jedyny sposób podejmowania decyzji, szczególnie w kontekście prowadzenia terapii farmakologicznej, gdyż ma wiele ograniczeń naukowych i praktycznych (PTR 2015).

Należy podkreślić, że złotym standardem służącym wykonaniu oceny gęstości mineralnej kości (BMD) jest densytometria czyli absorpcjometria rentgenowska o podwójnej energii (DXA). Metoda DXA wciąż pozostaje rekomendowaną metodą w diagnostyce osteoporozy i monitorowaniu efektów terapii. Zgodnie z opinią polskich ekspertów badania DXA niezależnie od płci i wieku powinny być wykonywane i interpretowane zgodnie z zaleceniami International Society for Clinical Densitometry (ISCD). W opinii polskich ekspertów standardowo zaleca się wykonywanie badania DXA jednocześnie w obu lokalizacjach centralnych: kręgosłup i biodro (PTR 2015). W opinii ESC należy wykonać w pierwszej kolejności DXA lędźwiowego odcinka kręgosłupa oraz bliższego końca kości udowej (ESC 2012).

W odniesieniu do wykorzystania w programie kalkulatora ryzyka złamania FRAX należy stwierdzić, że jest to narzędzie służące ocenie 10-letniego ryzyka złamania kości biodrowej lub innego złamania głównego, w tym złamania kręgosłupa, szyjki kości udowej, przedramienia lub kości ramiennej (MCG 2016).

Badania laboratoryjne

Część wytycznych wskazuje dodatkowe badania, które należałoby wykonać: oznaczanie glukozy 120 minut po obciążeniu 75g glukozy, stężenie leków we krwi, posiewy mikrobiologiczne krwi, moczu, płwociny, wydzieliny z ran (PTG 2013), wapnia, witaminy B12 i kwasu foliowego. Wytyczne AACE/ACE 2016, TOP 2016 wskazują za zasadne wykonanie badania oznaczania poziomu serum 25(OH)D wówczas, gdy istnieją do tego wskazania np. ryzyko niedoboru wit. D u osób chorujących na osteoporozę.

Choroby otępienne/ zaburzenia poznawcze

Nie zaleca się wykonywania przesiewu w kierunku chorób otępiennych u osób bezobjawowych (SMoH 2010, RACGP 2012, IGERO 2006-2012).

Występowanie choroby otępiennej powinno być ocenione w wyniku kompleksowej, pełnej ewaluacji pacjenta. U osób z podejrzeniem zaburzeń poznawczych zasadne jest wdrożenie diagnostyki opartej na kryteriach DSM-IV z rzetelnie prowadzoną historią choroby. Postępowanie to powinno zostać uzupełnione o obiektywną ocenę w postaci testów umiejętności poznawczych i/lub ocenę neuropsychologiczną pacjenta.

Depresja

Wytyczne NGC 2012 podkreślają zasadność wykorzystywania Geriatrycznej Skali Depresji oraz istotę weryfikowania czynników ryzyka zaburzeń depresyjnych w populacji osób starszych. Podobnie SMoH 2010 zaleca organizowanie badań przesiewowych osób starszych w kierunku depresji z zastosowaniem 15 stopniowej Geriatrycznej Skali Depresji (GDS-15).

Upadki

NICE (2015) zaleca wdrożenie ćwiczeń wzmacniających równowagę i koordynację ruchową (2 razy w tyg.) osobom po 65 r.ż., u których istnieje wysokie ryzyko upadku. Przedstawia również zalecane postępowanie po upadku oraz celem prewencji kolejnych, gdzie sugeruje:

- Ocenę skali doznanego urazu,
- Zastosowanie bezpiecznych metody podnoszenia pacjenta,
- Badanie fizykalne oraz wieloczynnikową ocenę ryzyka ponownego upadku,
- Ocenę zagrożenia domowego/ bezpieczeństwa w warunkach domowych.

Nie zaleca się jednak rutynowo wykonywanej wieloczynnikowej oceny ryzyka w kierunku upadków. Rekomenduje się ją jedynie w grupach potencjalnego ryzyka upadku. Wskazuje się na zasadność stosowania narzędzi takich jak: skala upadków Morse'a, model STRATIFY czy model oceny Heindrich II. Wskazuje się też na korzystny wpływ treningu siłowego, zajęć Tai Chi oraz trenowania prawidłowego chodu w populacji osób starszych (AGS_BGS 2010, RNAO 2011).

Wykazano, że prowadzenie programów profilaktycznych z zakresu upadków, przyczynia się do 21% redukcji liczby osób ponownie upadających. Szczególnie efektywne okazały się tu interwencje wieloczynnikowe, w skład których wchodziły działania skupiające się na stosowaniu ćwiczeń, weryfikacji przyjmowanych leków, noszeniu odpowiedniego obuwia, czy przekazywaniu osobom uczestniczącym w programie informacji zwrotnej o podejmowanych przez nich działaniach.

Zastosowanie złożonych interwencji środowiskowych jest ogólnie korzystne we wspieraniu samodzielności osób starszych poprzez redukcję ich przyjęć do domówi opieki społecznej, bardziej niż przez ograniczenie liczby zgonów. Co więcej w grupach, w których stosowano złożoną interwencję zauważyć również można redukcję nie tylko w liczbie przyjęć do szpitali, ale również w liczbie upadków. Analiza zbiorcza odnalezionych metaanaliz pozwala wnioskować, że wieloczynnikowe interwencje zmniejszają liczbę upadków, w tym: zarówno samą liczbę upadków, jak i ryzyko upadku, wśród pacjentów powyżej 60 r.ż., przebywających w ośrodkach opieki długoterminowej.

Jednocześnie można wnioskować, iż stosowanie interwencji, których jednym z komponentów jest wykonywanie przez osoby starsze ćwiczeń fizycznych przyczynia się do poprawy wypełniania przez nich ról życiowych.

Zespół słabości (tzw. frailty)

Osoby powyżej 75 r.ż. są szczególnie postrzegane jako wysoko narażone na rozwój zespołu słabości/kruchości. Zalecenia wskazują na zasadność stosowania Całościowej Oceny Geriatrycznej. W przypadku podejrzenia zespołu frailty rekomenduje się też wykonanie testu SPPB (test wydajności po krótkiej aktywności fizycznej), ocenę utraty masy ciała, redukcji aktywności ruchowej i poziomu zmęczenia. Ww. działania powinny być wykonywane przez odpowiednio wyszkolony personel medyczny (SNLG-Regions 2015, BGS 2014).

Osteoporoza

SIGN 2015 rekomenduje ocenę ryzyka złamania kości (narzędzie QFracture) w populacji osób powyżej 50 r.ż. z grupy ryzyka osteoporozy oraz skanowanie DXA (badanie gęstości mineralizacji kości) w celu ustalenia potrzeby wdrożenia terapii przeciwosteoporozowej. Wytyczne NICE (2012) podkreślają, że nie zaleca się rutynowej oceny ryzyka złamań u osób poniżej 50 roku życia, w populacji bezobjawowej. Natomiast należy rozważyć jej wdrożenie u wszystkich kobiet po 65 r.ż. oraz mężczyzn po 75 r.ż., jak i osób poniżej tego wieku należących do grup podwyższonego ryzyka (np. wcześniej przebyte złamania). Rekomendowane metody to: ocena bezwzględnego ryzyka złamania kości, kalkulator FRAX lub QFracture (w zależności od wieku pacjenta). W wyniku oceny ryzyka złamania metodą FRAX lub QFracture należy rozważyć wykonanie pomiaru gęstości kości (BMD) wraz z absorpcjometrią podwójnej energii promieniowania rentgenowskiego (DXA).

Porada pielęgniarstwa

Warto zaznaczyć, że wytyczne PTG 2013, SMOH 2010 wskazują na wykorzystanie podczas prowadzenia COG skali VES 13 (Vulnerable Elders Survey) lub też Short Physical Performance Battery (SPPB). Są to badania kwestionariuszowe, oparte na samoocenie stanu zdrowia i możliwości wykonywania codziennych czynności. Wynik punktowy zależy od stopnia samodzielności w codziennych czynnościach typowych. Uwagę zwracają wagi przypisane przedziałom wiekowym. Wynika z nich, że osoby po 85. roku życia zawsze powinny być poddane COG, niezależnie od braku innych wskazań. W ramach programu podczas porady ma zostać przeprowadzona ocena sytuacji środowiskowej oraz oceniony zakres otrzymywanego wsparcia od opiekuna przez pacjenta geriatrycznego. Dodatkowo zaproponowane zostaną polecane metody pielęgnacji. Pielęgniarka ma również za zadanie udzielenie wskazówek na temat ułatwień i wsparcia w czynnościach życia codziennego. W tym celu zaproponowano wykorzystanie dwóch skal: Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego wg Katza (ADL, Activities of Daily Living) oraz Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego wg Lawtona (IADL, Instrumental Activities of Daily Living), które są zgodne z wytycznymi. Dodatkowo wytyczne PTG 2013 zalecają wykorzystanie skali Barthel. W ramach porady pielęgniarstwa ma być również prowadzona nauka korzystania ze sprzętu medycznego i wyrobów medycznych. Zaplanowano także pomiar ciśnienia tętniczego krwi ocenę antropometryczną pacjenta. Zasadność prowadzenia kontroli związanej z ciśnieniem tętniczym potwierdzają wyniki badania PolSenior 2012. Wyniki badania wskazują, że nadciśnienie rozpoznawane było na podstawie wywiadu oraz podwyższonej wartości ciśnienia ($\geq 140/90$ mmHg), Taki stan odnotowano u 76% starszych osób. Największą częstość występowania nadciśnienia stwierdzono w przedziale od 70 do 74 r.ż., gdzie nadciśnienie obserwowano u 82% kobiet i 75% mężczyzn. Zasadność prowadzenia pomiarów ciśnienia krwi oraz oceny antropometrycznej zalecają również NGC 2012j, NGC 2012b, MQIC 2013, PTG 2013.

Zaburzenia odżywiania

AICR 2012 oraz wytyczne nowozelandzkie (NZ MoH 2013) zalecają utrzymanie zbilansowanej diety, urozmaiconej w różnego rodzaju składniki odżywcze oraz dużą ilość spożywanych płynów. Podkreślają istotny wpływ aktywności fizycznej (przynajmniej 30 minut dziennie) dla utrzymania prawidłowej równowagi w prawidłowym odżywianiu się osoby starszej. Należy zachęcać do dostosowania swojej codziennej diety do ogólnie przyjętych norm żywnościowych.

Aby zweryfikować występowanie nadwagi/otyłości lub niedowagi należy użyć więcej niż jednego wskaźnika oceny. Sugeruje się stosowanie pomiaru: zmiany masy ciała (oraz porównania jej poprzednich pomiarów); obecnej (jak i w przeszłości) wagi, wzrostu oraz BMI, obwodu talii, składu ciała (AND 2012, NGC 2012). Do oceny ryzyka wystąpienia niedożywienia lub odwrotnie, powinny być wykonywane testy Mini-Nutritional Assessment u osób starszych.

W zaleceniach NGC 2012 wskazuje się na potrzebę stałej kontroli nawodnienia organizmu u osób starszych (stosując np. narzędzie Dehydration Risk Appraisal Checklist. Rekomenduje się tworzenie tzw. kalkulatorów nawodnienia, akcje w stylu „tea time” czy sięganie po dodatkową szklankę wody (rano i wieczorem).

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.97.2019 „Bilans 70- i 80- latka” realizowany przez: Miasto Stołeczne Warszawa, Warszawa, sierpień 2019 oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu profilaktyki geriatrycznej – wspólne podstawy oceny”, sierpień 2015 r., „Programy profilaktyki osteoporozy pierwotnej – wspólne podstawy oceny”, grudzień 2017 r., „Wczesne wykrywanie otępień lub innych zaburzeń funkcji poznawczych – wspólne podstawy oceny”, listopad 2018 r. i Raportu oceny o nr OT.441.280.2017 dot. programu polityki zdrowotnej pn. „Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim” oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 271/2019 z dnia 26 sierpnia 2019 roku o projekcie programu „Bilans 70- i 80-latka” (m. st. Warszawa).