



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 53/2020 z dnia 13 sierpnia 2020 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
dla osób trzeciego i czwartego wieku 2021-2027”
realizowany przez Miasto Katowice

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki dla osób trzeciego i czwartego wieku 2021-2027”, pod warunkiem uwzględnienia wszystkich poniższych uwag.

Uzasadnienie

Opiniowany projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy istotnego problemu zdrowotnego i społecznego, jakim jest proces starzenia oraz zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń dla starszych mieszkańców miasta Katowice.

W programie zaplanowano szereg interwencji o charakterze diagnostycznym i laboratoryjnym oraz interwencje rehabilitacyjne i działania edukacyjne. Jednak większość zaproponowanych interwencji nie jest w pełni zgodna z aktualnymi rekomendacjami i wymaga weryfikacji. Ponadto, wykonywanie wszystkich interwencji z części podstawowej u każdego uczestnika programu, bez względu na jego aktualne wyniki badań czy ogólny stan zdrowia, wydaje się niezasadne.

Odnosząc się do populacji włączonej do programu należy stwierdzić, że zgodnie z wytycznymi, większość działań jest zalecana do prowadzenia w populacji objawowej, z grup ryzyka (skryning oportunistyczny), a nie w populacji bezobjawowej, na co wskazują zapisy projektu. Reasumując, powyższe kwestie stanowią najważniejsze zastrzeżenia do projektu programu i wymagają weryfikacji oraz uzupełnienia zgodnie ze szczegółowymi uwagami przedstawionymi w dalszej części opinii. Ponadto poniżej przedstawiono główne uwagi dotyczące głównych elementów programu.

- Cele oraz mierniki efektywności wymagają przeformułowania dla zachowania spójności między nimi. Sugestie zmian zawarto w dalszej części opinii.
- Monitorowanie i ewaluacja wymagają uzupełnienia. Te procesy są istotne dla właściwej oceny realizacji programu i wydatkowania zaplanowanych środków oraz dla oceny efektywności podjętych działań. Wskazówki co do zmian przedstawiono w dalszej części opinii.
- Budżet wymaga uzupełnienia, w szczególności w zakresie kosztów monitorowania i ewaluacji.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób o podłożu geriatrycznym. Budżet przeznaczony na realizację programu został oszacowany na 2 418 920 zł, zaś okres realizacji to lata 2021-2027.

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

Problem zdrowotny opisano w sposób zdawkowy. Opiniowany projekt programu realizuje następujące priorytety: „*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*” oraz „*zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi*”, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. z 2018 r., poz. 469).

W treści projektu przedstawiono dane epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do liczebności osób chorych na osteoporozę, otępienie, choroby przewlekłe, w tym cukrzycę, choroby neurodegeneracyjne i zespół słabości. Natomiast nie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) w zakresie chorób wymienionych w projekcie.

Na podstawie MPZ w okresie 2013-2015 w województwie śląskim stwierdzono:

- 36 896 zgonów z powodu chorób kardiologicznych, z których 78,4% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszych.
- 3 960 zgonów z powodu cukrzycy, z których 80,7% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszych.
- 2 018 zgonów z powodu chorób układu oddechowego (przewlekłych), z których 79,6% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszych.
- 1 151 zgonów z powodu zaburzeń psychicznych, z których 37,2% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszych, 67,4% zmarłych stanowili mężczyźni.
- 191 zgonów z powodu chorób układu kostno-mięśniowego, z których 56,5% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszych, 31,9% zmarłych stanowili mężczyźni; liczba chorych na osteoporozę wynosiła 76,81 tys., przy czym teoretyczna liczba chorych to 270,41 tys.
- 35 151 zgonów z powodu chorób onkologicznych, z których 64,1% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszych, 54,6% zmarłych stanowili mężczyźni.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „*zmniejszenie szkodliwych wpływów chorób przewlekłych na jakość życia jego uczestników, we wszystkich etapach starości przez eliminację niezdiagnozowanych czynników ryzyka tych chorób, zmniejszenie częstości ich powikłań ostrych oraz przeciwdziałanie ich późnym konsekwencjom. Założono, że profilaktyka chorób przewlekłych prowadzących do powstania nieodwracalnej niesprawności dzięki programowi zmniejszy się o 2% rocznie w trakcie jego realizacji i ograniczy konsekwencje nieleczonej wielochorobowości starszych mieszkańców Katowic*”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. W przypadku ww. celu głównego nie wskazano uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej, co należy uzupełnić.

W treści projektu programu zaproponowano 9 celów szczegółowych:

- (1) „zwiększenie wykrywalności utajonych problemów zdrowotnych występujących u osób starszych wpływających na jakość życia we wszystkich etapach starości”,
- (2) „zwiększenie aktywności fizycznej uczestników programu i mieszkańców miasta w grupach wiekowych powyżej 60 roku życia”,
- (3) „tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych i osób starszych niepełnosprawnych w oparciu o promocję uzyskanych w programie efektów na większą populację”,
- (4) „poprawa akceptacji społecznej dla starości jako etapu życia i zwiększenie możliwości rozwoju osób starszych w mieście Katowice”,
- (5) „wyłonienie osób z nierozpoznanymi wcześniej utajonymi stanami chorobowymi, wobec których dzięki pogłębionej diagnozie opartej o metody stosowane w programie, zostanie zainicjowane leczenie dostosowane do faktycznych potrzeb zdrowotnych”,
- (6) „przekazanie wyłonionych w programie przesiewowym chorych do dalszej diagnostyki i leczenia, w oparciu o finansowanie ze środków NFZ, w poradniach specjalistycznych oraz w oddziałach szpitalnych”,
- (7) „poprawa sprawności ruchowej osób zagrożonych upadkiem, zespołami hipokinezji, sarkopenią, zespołami słabości w trakcie korzystania z dwumiesięcznego programu aktywizacji ruchowej”,
- (8) „poprawa wskaźników jakości życia z chorobą, dzięki podjęciu leczenia dostosowanego do potrzeb i poszerzonej interwencji (całościowa ocena geriatryczna i rehabilitacja) na wczesnych etapach rozwoju przewlekłych chorób wieku podeszłego”,
- (9) „zmniejszenie wydatków na leczenie osób z zespołami geriatrycznymi przez ich wczesną identyfikację”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Należy zaznaczyć, że w przypadku wszystkich założeń szczegółowych nie przyjęto wartości docelowej do jakiej należy dążyć, co wymaga korekty. Cel nr 3 został sformułowany w sposób nieprawidłowy, w postaci działania i wymaga przeformułowania, zaś cel nr 9 nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Natomiast pozostałe cele szczegółowe są możliwe do zrealizowania ze względu na zaplanowane działania.

W treści projektu programu zaproponowano 6 mierników efektywności:

- (1) „liczba osób objętych I etapem programu – etap podstawowy”,
- (2) „liczba osób objętych II etapem programu – etap rehabilitacyjny”,
- (3) „wyniki ankiet oceniających kondycję psychofizyczną, jakie realizatorzy wypełnią w trakcie realizacji programu co miesiąc i za cały okres badania”,
- (4) „osoby, które zostały skierowane na dalszą terapię do ośrodków specjalistycznych”,
- (5) „ocena parametrami sprawności wyniku prędkości chodu w m/sek i wyniku punktowego testu POMA”,
- (6) „ilość wykonanych operacji złamań szyjki kości udowej jakie wykonują zlokalizowane na terenie miasta Katowice trzy oddziały ortopedyczne dla mieszkańców Katowic w przedziale powyżej 60 r.ż., względem ilości wykonywanych operacji przed rozpoczęciem programu pomniejszone o roczny procentowy wskaźnik starzenia populacji mieszkańców powyżej 60 r.ż.”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu

przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Przetworzone wskaźniki odnoszą się do poszczególnych celów szczegółowych. Jedynie wskaźnik nr 6 nie odnosi się do celów programu. Należy jednak podkreślić, że wskaźniki 1, 2 nie spełniają funkcji miernika efektywności, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas procesu monitorowania. Nie zaproponowano prawidłowo sformułowanych wskaźników dla czterech celów szczegółowych (nr 1, 2, 5, 8) oraz założenia głównego. Powyższe kwestie wymagają uzupełnienia.

Reasumując, element programu dotyczący celów i mierników efektywności wymaga korekty zgodnie z przedstawionymi uwagami.

Populacja docelowa

Populację docelową będą stanowić mieszkańcy miasta Katowice w wieku 60-64 lata, 75-79 lat i powyżej 85 r.ż. W treści projektu zaznaczono, że na terenie Katowic populacja osób w przedziale 60-64 lat wynosi 22 537 osób, 75-79 lat – 11 327 osób, natomiast powyżej 85 r.ż. – 5 582 osób. Przedstawione dane są zbliżone do informacji GUS w przedmiotowym zakresie. Oszacowano, że w projekcie weźmie udział rocznie ok. 2100 (po 700 osób z każdego z przedziałów wiekowych), a w ciągu całego okresu trwania 7-letniego programu – 14 700 osób.

Kryteria włączenia do programu nie zostały przedstawione, co wymaga uzupełnienia. Można przypuszczać, że w programie wezmą udział zarówno objawowe, jak i bezobjawowe osoby. Kryteria wyłączenia ujęte w projekcie PPZ stanowią: korzystanie z programu w ciągu ostatnich 36 miesięcy, niespełnienie warunku wieku uczestnika oraz niesprawność funkcjonalna ograniczająca rozumienie zasad uczestnictwa, bądź choroby z zachowaniami aspołecznymi.

Należy podkreślić, że rekomendacje kliniczne w zakresie zasadności prowadzenia skryningu w poszczególnych grupach pacjentów są zróżnicowane. BGS 2011a zaleca skryning w zakresie ogólnych zaburzeń związanych z podeszłym wiekiem w grupach ryzyka (tzw. skryning oportunistyczny). NICE 2015 zaleca wdrożenie ćwiczeń w populacji objawowej (wysokie ryzyko upadku). RACGP 2012 zaleca skryning w zakresie upadków w grupie średniego i umiarkowanego wysokiego ryzyka (po 65 r.ż.). Skryning w populacji bezobjawowej, w tym powyżej 65 r.ż., w zakresie chorób otępiennych nie jest zalecany (BCG 2014, SMoH 2010, IGERO 2006-2012, UK NSC 2015) lub brak jest jednoznacznej oceny w tym zakresie z uwagi na brak dowodów (USPSTF 2014a, RACGP 2012). Natomiast RACGP 2016 zaleca skryning dotyczący chorób otępiennych w populacji z umiarkowanym ryzykiem wystąpienia otępienia (dodatni wywiad rodzinny). Skryning w kierunku zaburzeń funkcji poznawczych również nie jest zalecany w populacji bezobjawowej (SMoH 2010, NGC 2012d, CTFPHC 2016, BCG 2016, RACGP 2016), w tym po 65 r.ż. lub brak jest jednoznacznej oceny w tym zakresie z uwagi na brak dowodów (USPSTF 2014). RACGP 2012 zaleca prowadzenie skryningu w zakresie zaburzeń słuchu w populacji objawowej/skryning oportunistyczny oraz nie zaleca w populacji bezobjawowej. MQIC 2013 i NICE 2017 zalecają skryning w kierunku osteoporozy w populacji bezobjawowej/objawowej (kobiety ≥ 65 r.ż. oraz mężczyźni ≥ 75 r.ż.). Z kolei USPSTF 2016, ACOG 2012 zalecają skryning dotyczący osteoporozy w grupach ryzyka u kobiet w wieku ≥ 65 r.ż., natomiast USPSTF 2016 wskazuje na brak jednoznacznej oceny (ze względu na brak dowodów) co do skryningu w zakresie osteoporozy wśród mężczyzn. MQIC 2013 zaleca skryning w kierunku cukrzycy typu II (ciśnienie krwi powyżej 135/80mmHg) w populacji bezobjawowej.

Reasumując, kryteria kwalifikacji do programu i prowadzenie skryningu w wybranych populacjach należy dostosować do aktualnych wytycznych klinicznych, mając na uwadze, że zgodnie z wytycznymi większość działań jest zalecana do prowadzenia w populacji objawowej, z grup ryzyka (skryning oportunistyczny).

Interwencja

W programie zaplanowano szereg interwencji z zakresu badań diagnostycznych i laboratoryjnych w części podstawowej oraz interwencje z zakresu rehabilitacji w części rehabilitacyjnej. Poniżej przedstawiono uwagi do planowanych interwencji, które należy uwzględnić w programie.

W projekcie odniesiono się do określenia osób odpowiedzialnych za prowadzenie proponowanych interwencji. Na etapie podstawowym, badania profilaktyczne będą prowadzone na poziomie praktyk

lekarzy rodzinnych, natomiast część rehabilitacyjna przez lekarza specjalistę rehabilitacji lub rehabilitanta. Dodatkowo w części edukacyjnej i promocyjnej programu będą brać udział pielęgniarki. Konsultacje lekarską będzie prowadzić lekarz rodzinny, 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 konsultacje powinien prowadzić lekarz geriatra, co wskazuje na brak jednoznaczności wytycznych w tym zakresie.

Część podstawowa

Pomiar ciśnienia tętniczego krwi i analiza skuteczności leczenia ewentualnego ujawnionego nadciśnienia

Zgodnie z rekomendacjami MQIC, co 1-3 lata w zależności od grupy ryzyka i stanu zdrowia osób dorosłych (50-65+ r.ż.), powinien być przeprowadzany tzw. bilans zdrowotny (z ang. health maintenance exam), zawierający m.in. informacje nt. pomiaru wzrostu, masy ciała, BMI, oceny ryzyka i poradnictwa w zakresie występowania nadwagi/otyłości, stosowania tytoniu, spożywania alkoholu etc. Dodatkowo rokroczny pomiar ciśnienia krwi powinien być wykonywany w grupie osób z ciśnieniem 120-139/80-89mmHg, lub częściej wśród osób u których jest to uzasadnione. Ponadto badania przesiewowe w kierunku cukrzycy typu 2 powinny być wykonywane co 3 lata, w populacji bezobjawowej z utrzymującym się ciśnieniem krwi powyżej 135/80mmHg. W populacji z ciśnieniem tętniczym poniżej 135/80 mmHg, skryning w kierunku cukrzycy typu 2 powinien być rozważany indywidualnie.

Oznaczenie poziomu glukozy na czczo oraz po posiłku wraz z oceną przemiany węglowodanowej oraz badanie poziomu hemoglobiny glikowanej HbA1C

Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami PTD 2019 nie jest zalecane stosowanie oznaczenia hemoglobiny glikowanej (HbA1c) do rozpoznawania cukrzycy. Według Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, badanie przesiewowe należy przeprowadzać za pomocą oznaczania glikemii na czczo (FPG, fasting plasma glucose) lub testu tolerancji (OGTT) z użyciem 75 g glukozy. Istnieje możliwość wykorzystania oznaczenia odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c) do badań przesiewowych w kierunku zaburzeń tolerancji węglowodanów, jednak ta metoda charakteryzuje się małą czułością w odniesieniu do nieprawidłowej glikemii na czczo (IFG).

Rekomendacja USPSTF 2015 dopuszcza możliwość stosowania badania HbA1c w ramach badania przesiewowego. Ze względu na brak konieczności wykonywania testu na czczo, ww. badanie może być wygodniejsze dla pacjenta niż badanie FPG czy OGTT. Jednocześnie podkreśla się, że diagnoza nieprawidłowej glikemii na czczo, nieprawidłowej tolerancji glukozy lub cukrzycy 2 typu, powinna być potwierdzona powtórным badaniem (ten sam test wykonany innego dnia), w związku z tym wykonywanie obu badań, tj. oznaczenie poziomu glukozy na czczo i hemoglobiny glikowanej wydaje się niezasadne.

Badanie sprawności pamięci oraz ocena kondycji psychofizycznej uczestników metodą ankietową

W programie zaplanowano wykonanie testu Mini Cog. U osób w wieku podeszłym zdolności poznawcze powinny być badane przy pomocy Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (MMSE), testu Mini-Cog, testu AMTS, testu Rysowania Zegara (TRZ), a zaburzenia nastroju za pomocą Geriatrycznej Skali Oceny Depresji.

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 (NICE 2016, RNAO 2016, CREDOS 2011, NICE 2018).

Badanie poziomu lipidów: HDL, LDL, cholesterol całkowity

Polskie Forum Profilaktyki podkreśla, że badanie przesiewowe stężenia cholesterolu całkowitego u zdrowych, dorosłych osób należy wykonywać co 5 lat. U pacjentów z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym należy przeprowadzić pełną ocenę zaburzeń lipidowych. Rekomendacja NICE 2008

podkreśla, że dla osiągnięcia najlepszego oszacowania ryzyka powinno się wykonać oznaczenie cholesterolu całkowitego oraz HDL-C. Jeden z ekspertów klinicznych stwierdził za zasadne wykonanie tego badania.

Badanie poziomu TSH oraz badanie palpacyjne tarczycy

Zaplanowane badania są zgodne z wytycznymi..

Ocena sprawności fizycznej z wyłonieniem osób zagrożonych niesprawnością ruchową, wymagających kwalifikacji do rehabilitacji ruchowej na poziomie poradni geriatrycznej

W ramach interwencji zaplanowano przeprowadzić wywiad dot. upadków – powyżej 2/12 miesięcy – wymaga dalszej diagnostyki w poradni geriatrycznej, a także testu „wstań i idź” – Time Up & Go (TUG) o czasie > 12 sek. (i > 14 sek. dla osób w wieku 85+). Najprostszym sposobem oceny ryzyka upadków jest pytanie o upadki w przeszłości i okoliczności im towarzyszące. W praktyce codziennej stosuje się test tzw. „wstań i idź”, który polega na weryfikacji niestabilności pacjenta poprzez wstanie z krzesła (bez użycia rąk) i przejście 3 metrów w jedną i w drugą stronę. Jednak jego użyteczność w ocenie ryzyka upadku została również zakwestionowana, w związku z tym przeprowadzenie testu wydaje się niezasadne.

Badanie wzroku i słuchu

W programie zaplanowano przeprowadzenie testu pośredniego czytania z oceną bliży, testu Amslera, ocenę orientacyjną słuchu, a w przypadku wykrycia nieprawidłowości kierowanie do dalszej diagnostyki i leczenia w poradniach specjalistycznych (okulistycznej, foniatrycznej), co należy uznać za zasadne.

Badanie palpacyjne sutków

W programie nie wskazano osoby odpowiedzialnej za przeprowadzenie takiego badania. Wytyczne EUSOMA 2012 wskazują, że u kobiet z podejrzeniem raka piersi, diagnostyka powinna się opierać na tzw. badaniu potrójnym, tj.: badaniu fizykalnym, badaniu obrazowym oraz histopatologicznym. W przypadku, gdy u pacjentki wyczuwa się zmiany palpacyjne należy wykonać dodatkowo ultrasonografię oraz biopsję. W związku z tym, przeprowadzenie badania palpacyjnego sutków u każdej osoby uczestniczącej w programie wydaje się niezasadne.

Badanie w kierunku występowania szmeru naczyniowego nad tętnicą szyjną u osoby z przebyłym udarem lub TIA

W programie nie wskazano szczegółów dotyczących sposobu przeprowadzenia badania. Rekomendacja NCG 2012b wskazuje, że dokonuje się oceny kardiologicznej poprzez wykonanie elektrokardiogramu (EKG); pomiarów tętna, rytmu serca, szmerów, tonów serca, wykonuje się badanie palpacyjne tętnicy szyjnej oraz symetryczności pulsu. Wytyczne nie odnoszą się do badania w kierunku występowania szmeru naczyniowego nad tętnicą szyjną.

Ocena ryzyka 10-letniego złamania kości szyjki udowej w oparciu o wskaźnik FRAX

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). Przy czym, 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), co należy mieć na uwadze.

Część rehabilitacyjna

W ramach tej części zaplanowano wykonanie testów sprawności fizycznej na początku i na końcu cyklu ćwiczeń: ocena prędkości chodu m/sek. oraz test POMA, a także rehabilitację ruchową obejmującą 16 godzin zajęć rehabilitacyjnych usprawniających dla każdego uczestnika programu. Zakres ćwiczeń będzie dostosowany do stanu zdrowia osób uczestniczących w programie przez lekarza o specjalności rehabilitacja ruchowa w porozumieniu z rehabilitantem.

Odnalezione rekomendacje (NSF 2017 , VHA-DoD 2010) zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RACGP 2018, NICE 2014). Warto dodać, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji, co zostało uwzględnione w projekcie.

W części podstawowej programu zostaną również udzielone informacje o zasadach prozdrowotnego stylu życia wszystkim osobom badanym w programie. W programie wskazano jedynie, że współudział w części edukacyjnej i promocyjnej programu będą brać udział pielęgniarki. Nie przedstawiono szczegółów dotyczących działań edukacyjnych, co należy uzupełnić.

Reasumując, większość zaproponowanych interwencji nie jest w pełni zgodna z aktualnymi rekomendacjami i wymaga weryfikacji. Ponadto, wykonywanie wszystkich interwencji z części podstawowej u każdego uczestnika programu, bez względu na jego aktualne wyniki badań czy ogólny stan zdrowia, wydaje się niezasadne.

Dodatkowo, niektóre zaproponowane działania w ramach programu (badania diagnostyczne/laboratoryjne oraz konsultacje) znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zatem należy zwrócić uwagę, że istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń. Zjawisko podwójnego finansowania jest zjawiskiem negatywnym i należy wprowadzać rozwiązania zabezpieczające przed jego występowaniem. Wszelkie podjęte przez JST działania należy ująć w opisie projektu PPZ.

Monitorowanie i ewaluacja

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 jego przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu nie została uwzględniona w części projektu dotyczącej monitorowania, jednak w punkcie odnoszącym się do mierników efektywności przedstawiono wskaźniki mające zastosowanie podczas tego procesu, tj. „liczba osób objętych I etapem programu – etap podstawowy” oraz „liczba osób objętych II etapem programu – etap rehabilitacyjny”. Przy czym zaproponowano niewielką liczbę wskaźników w stosunku do liczby zaplanowanych interwencji. Należy zaznaczyć, że w ramach zgłaszalności do programu monitorowanie powinno obejmować co najmniej liczbę osób biorących udział w programie, liczby osób zakwalifikowanych, liczby osób niezakwalifikowanych do programu oraz liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji ze wskazaniem przyczyny. Zatem ocena zgłaszalności do programu wymaga weryfikacji i uzupełnienia.

W ramach oceny jakości świadczeń zaplanowano analizę ankiet satysfakcji uczestników programu, co jest rozwiązaniem zasadnym.

W ramach oceny efektywności programu zaplanowano odnotowanie w miesięcznym i rocznym raporcie informacji o stwierdzonych nieprawidłowościach, rozpoczętym i wdrożonym przez lekarza rodzinnego leczeniu, wydanych skierowaniach do poradni od poradni i oddziałów, zwrotnej dostarczonej przez skierowanego uczestnika programu informacji o raporcie rocznym, o potwierdzonych dzięki programowi diagnozach i stałym leczeniu pod nadzorem poradni oraz o poprawie stany psychoruchowego u osób z Mini Cog > 4 pkt. Ponadto, w punkcie dot. mierników efektywności wnioskodawca przedstawia wskaźniki mające zastosowanie podczas procesu ewaluacji, tj. „wyniki ankiet oceniających kondycję psychofizyczną, jakie realizatorzy wypełnią w trakcie realizacji programu co miesiąc i za cały okres badania”, „osoby, które zostały skierowane na dalszą terapię do ośrodków specjalistycznych” , oraz „ilość wykonanych operacji złamań szyjki kości udowej jakie wykonują zlokalizowane na terenie miasta Katowice trzy oddziały ortopedyczne dla mieszkańców

Katowic w przedziale powyżej 60 r.ż., względem ilości wykonywanych operacji przed rozpoczęciem programu pomniejszone o roczny procentowy wskaźnik starzenia populacji mieszkańców powyżej 60 r.ż.". Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie programu. W związku z uwagami dotyczącymi celów i mierników efektywności, ewaluacja także wymaga uzupełnienia o odniesienie do wszystkich zdefiniowanych mierników efektywności odpowiadających celom programu, w tym szczególnie wskaźnika dla celu głównego.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów realizacji oraz działań podejmowanych w ramach poszczególnych etapów. Odniesiono się także do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych oraz sposobu zakończenia udziału w programie.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

Całkowity koszt zaplanowanych interwencji został oszacowany 2 418 920 zł. Koszt jednostkowy udziału w I etapie programu (część podstawowa) oszacowano na 124,60 zł/osobę, w II etapie (część rehabilitacyjna) na 260 zł/osobę, natomiast koszt akcji informacyjno-edukacyjnej w skali roku to 2 000 zł. Wskazano, że w I części programu weźmie udział 2100 osób rocznie, natomiast w II części 315 osób rocznie, co stanowi 15% z I etapu. W projekcie nie wskazano jednak cen poszczególnych interwencji, a jedynie oszacowano koszty całkowite obu etapów. Ze względu na brak wyszczególnienia w programie kosztów poszczególnych interwencji nie jest możliwe precyzyjne porównanie kosztów zaproponowanych do cen rynkowych. Ponadto, w projekcie nie odniesiono się do kosztów monitorowania i ewaluacji, co należy uzupełnić.

Program ma być sfinansowany ze środków miasta Katowice.

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.

W treści projektu odwołano się do publikacji EUROSTAT-u z 2019 r. pokazującej dane europejskie z ostatnich lat, które porównują zdrowie polskich seniorów z wskaźnikami stanu zdrowia w wieku 65+ na tle 28 krajów wspólnoty. Polska znajduje się na 24 pozycji (na 5-tym miejscu od końca) pod względem odsetka seniorów pozytywnie określających stan swego zdrowia. Polscy seniorzy, niezależnie od grupy wiekowej, znacznie częściej niż w innych krajach UE zgłaszają obecność choroby lub chorób przewlekłych, co wyjaśnia ich gorszą samoocenę zdrowia. Częściej niż w innych krajach deklarują występowanie depresji, chociaż dane na ten temat zazwyczaj są niedoszacowane ze względu na niski dostęp do opieki geriatrycznej i psychiatrycznej.

Alternatywne świadczenia

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.

Zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz.U. 2016 poz. 1492) realizowany jest Narodowy Program Zdrowia, którego celem operacyjnym nr 5 jest „Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się”. W wykazie zadań służących realizacji celu operacyjnego 5 znajduje się „profilaktyka upadków u osób starszych”, „edukacja zdrowotna w profilaktyce urazów i w promocji bezpieczeństwa”, „zbudowanie instrumentów promujących zachowania prozdrowotne w wieku przedemerytalnym w zakładach pracy, opracowanie instrumentów sprzyjających kształtowaniu profilaktyki chorób oraz niesprawności wieku okołodemerytalnego”, „przygotowanie systemu opieki zdrowotnej do udzielania świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem charakterystycznej w tej grupie wiekowej wielochorobowości i niepełnosprawności, w tym opracowanie i wdrożenie zasad koordynacji opieki nad osobami starszymi we współpracy z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej”, „dostarczanie i udoskonalanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierających komponenty edukacyjne, w szczególności dotyczące poradnictwa żywieniowo-dietetycznego”, „zapewnianie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej ukierunkowanych na wczesne wykrywanie schorzeń występujących powszechnie u osób starszych i zapobieganie im (zapobieganie powstawaniu tzw. wielkich zespołów geriatrycznych);”, „popularyzacja wiedzy w zakresie specyficznych potrzeb i uwarunkowań dietetycznych w grupie seniorów”.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

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 żywieniowej, właściwego poziomu aktywności fizycznej oraz poddawaniu się zalecanym badaniom kontrolnym (tzw. bilans zdrowotny wg MQIC 2013).
- 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 (WHO 2012).
- Wytyczne HC 2014, 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. Zalecenia NICE 2013 wskazują na poprawę koordynacji ruchowej i równowagi osób starszych przy treningu fizycznym co najmniej 2 dni w tygodniu. Australijskie wytyczne sugerują zasadność co najmniej 150-minutowego treningu o umiarkowanej intensywności. Z kolei brytyjski BGS 2011 zaleca przynajmniej 30 minutowy wysiłek fizyczny o umiarkowanej intensywności przez 5 dni w tygodniu. Podkreśla 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.

- 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 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 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).
- 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.
- Należy przy tym zaznaczyć, że wytyczne PTA 2012, NICE 2006, NICE 2016, USPSTF 2014, CREDOS 2011 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.
- Dodatkowo 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).
- Wytyczne PTA 2012 zalecają wykonanie testów MoCA lub STMS celem uzupełnienia badania lub też można zastosować inne testy tj. 6-item Cognitive Impairment Test (6-CIT), General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG) lub 7-Minute Screen (NICE 2006, NICE 2016,

USPSTF 2014, CREDOS 2011). Wytyczne NICE 2018 wskazują na zastosowanie 10-punktowego kognitywnego testu (10-CS), 6-pozycyjnego testu upośledzenia funkcji poznawczych (6CIT), testu upośledzenia pamięci (MIS) oraz testu pamięci (TYM).

- Zaleca się prowadzenie całościowej oceny geriatrycznej (COG) (PTG 2013, NICE 2012, RAO 2011a).
- 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.

Terapia zajęciowa

- Terapie zajęciowe powinny być prowadzone przez odpowiednio wyszkolonych profesjonalistów i organizowane w środowisku zamieszkania pacjentów (NICE 2014). Należy oferować regularne sesje grupowe i/lub indywidualne, mające na celu zaangażowanie pacjenta w proces wykonywania ćwiczeń mających na celu utrzymanie lub poprawę zdrowia/samopoczucia. Terapie powinny uwzględniać obszary: utrzymywania zdrowia, odżywiania, higieny osobistej, aktywności fizycznej oraz zwiększania dziennej mobilności, bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania, korzystania z transportu miejskiego. Równie istotny jest feedback od uczestników dotyczący prowadzonych zajęć.

Choroby otępienne/zaburzenia poznawcze

- 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

- Szczegółowe zalecenia zostały opisane w Aneksie dot. zdrowia psychicznego, jednak 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.
- Większość wytycznych podkreśla wpływ ćwiczeń fizycznych oraz suplementacji witaminy D na zapobieganie upadkom w populacji po 65 r.ż. (np. USPSTF 2012). 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 Morsea, 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, RAO 2011).
- 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)

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

- Kalkulator ryzyka złamania FRAX stanowi 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).
- Kliniczne czynniki ryzyka stosowane w ocenie ryzyka złamania kości narzędziem FRAX to: wiek; płeć; niskie BMI; złamania niskoenergetyczne (szczególnie biodra, nadgarstka oraz kręgow) w przeszłości; złamanie biodra u rodziców; terapia glikokortykoidami (>5mg prednizolonu dziennie lub terapia trwająca przez okres min. 3 miesięcy); palenie papierosów; spożywanie alkoholu (min. 3 jednostki alkoholu dziennie) (ESCEO/IOF 2013).
- 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 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 absorpcjometria 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).
- Metoda DXA wciąż pozostaje rekomendowaną metodą w diagnostyce osteoporozy i monitorowaniu efektów terapii (AACE/ACE 2016, MCG 2016, SAOS 2015, ESCEO/IOF 2013, PTG 2013).
- DXA jest także pierwszym w kolejności wybranym badaniem diagnostycznym wg ACR, za pomocą którego należy przebadać kobiety w wieku > 65 r.ż. oraz mężczyzn > 70 r.ż. w kierunku osteoporozy (ACR 2016, ESC 2012).

- Jego wykonywanie jest wskazane również u kobiet po menopauzie < 65 r.ż., u których występują dodatkowe czynniki ryzyka złamania (ACR 2016), a także u wszystkich mężczyzn w wieku 50-69 lat, u których stwierdzono dodatkowe czynniki ryzyka złamania (ESC 2012).
- 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).

Zaburzenia odżywiania

- AICR 2012 oraz wytyczne 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).
- Wytyczne PTD 2013, BGS 2011, MQIC 2013, WHO 2012b, NOGG 2017, EULAR/EFORT 2016, PTR 2015, BCMA 2012, SOGC 2014, SMS 2013, rekomendują prowadzenie poradnictwa dietetycznego dotyczącego suplementacji diety (dostarczanie witaminy D, wapnia oraz innych substancji odżywczych), spożywania warzyw i owoców, odpowiedniego nawadniania.
- Dodatkowo należy zaznaczyć, że w profilaktyce osteoporozy zaleca się ograniczenie spożycia alkoholu oraz zaprzestanie palenia papierosów (AACE/ACE 2016, EULAR/EFORT 2016, KPN 2015, ESC 2012).

Zaburzenia wzroku/słuchu

- U pacjentów z wczesnym AMD i/lub dodatnim wywiadem rodzinnym w zakresie tej jednostki chorobowej zaleca się wykonywanie testu Amslera (AAO 2015).
- Rekomendacje PolSenior 2012, 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 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).

Wnioski z przeprowadzonej analizy skuteczności klinicznej profilaktyki geriatrycznej

- Skuteczność prowadzenia działań multikomponentowych potwierdzają wnioski płynące z metaanalizy Godwin 2014. Przeprowadzona analiza badań RCT wykazała, że uzyskano istotną statystycznie redukcję w liczbie osób, które upadały oraz we wskaźniku samych upadków (odpowiednio $RR=0,85$, $95\% CI:0,8-0,91$ i $RR=0,80$, $95\% CI:0,72-0,89$) w grupie osób, u których zastosowano multikomponentową interwencję w porównaniu z grupą kontrolną (brak interwencji, placebo lub podstawowa opieka).
- Zgodnie z wynikami metaanalizy Gillespie 2012 stosowanie przez lekarzy POZ zmodyfikowanego programu dot. przepisywania leków przyczyniło się do znacznego obniżenia ryzyka względnego upadku [$RR=0,61$, $95\% CI (0,41-0,91)$].
- Przeprowadzona metaanaliza wykazała, że bycie aktywnym fizycznie zapobiega oraz spowalnia proces niepełnosprawności u osób starzejących się. Jednocześnie można uznać, że aktywność fizyczna stanowi jedną z najbardziej efektywnych strategii w zapobieganiu oraz redukcji niepełnosprawności a także kosztów społecznych związanych ze starzeniem się społeczeństwa (Tak 2013).
- Wykazano, iż liczba upadków była niższa w grupie, w której zastosowano złożoną interwencję środowiskową: $RR=0,93$ ($95\%CI: 0,90-0,97$) (Beswick 2010).
- Interwencje wieloczynnikowe istotnie statystycznie zmniejszyły liczbę upadków (4 badania, $RR=0,67$, $95\%CI:0,55-0,82$) oraz liczbę osób, które upadły ponownie (4 badania, $RR=0,79$, $95\%CI:0,65-0,97$) (Vlaeyen 2015).
- W grupie pacjentów, którzy zostali poddani interwencji w postaci ćwiczeń wielokomponentowych wykazano obniżony wskaźnik upadków (RaR) oraz ryzyko względne upadku (RaR= $0,78$, $95\% CI:0,71-0,86$; $RR=0,83$, $95\%CI:0,72 -0,97$). Podobne wyniki otrzymano w grupie, w której zastosowano Tai Chi (RaR= $0,63$, $95\%CI:0,52-0,78$; $RR=0,65$, $95\%CI:0,51-0,82$), a także indywidualnie przepisane ćwiczenia wielokomponentowe wykonywane w domu, (RaR= $0,66$, $95\%CI:0,53-0,82$; $RR=0,77$, $95\%CI: 0,61-0,97$) (Gillespie 2012).
- Wielokomponentowe ćwiczenia, które nie były przepisywane indywidualnie przyczyniły się do obniżenia wskaźnika upadków, ale nie do obniżenia ryzyka względnego upadku (RaR= $0,75$, $95\%CI:0,65-0,86$) (Gillespie 2012).
- Stosowanie witaminy D nie przyczyniło się do redukcji upadków (RaR= $0,95$, $95\%CI:0,80-1,14$; $RR=0,96$, $95\%CI 0,92-1,01$). Korzystny efekt stosowania witaminy C nie może jednak zostać wykluczony w przypadku osób o jej niskiej zawartości w organizmie (Gillespie 2012).
- Interwencje w zakresie zabezpieczenia miejsca zamieszkania również nie wykazały wpływu na redukcję upadków (RaR= $0,90$, $95\%CI 0,79-1,03$); $RR=0,89$, $95\%CI 0,80-1,00$), ale okazały się efektywne u osób z ciężkimi zaburzeniami widzenia, a także wśród innych osób o podwyższonym ryzyku upadku (Gillespie 2012).
- 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.
- W przeglądzie Lin, USPSTF 2013, stwierdzono, że najlepszym narzędziem w wykrywaniu funkcji poznawczych u osób powyżej 69 r.ż. okazał się test MMSE, charakteryzujący się czułością wynoszącą 88,3% i swoistością na poziomie 86,2%. Niższe wartości testu stwierdzono w ramach przeglądu Tsoi 2017 (czułość wynosiła 71% ($95\% CI [66\%-77\%]$)), natomiast swoistość testu – 74% ($95\% CI [70\%-78\%]$).
- 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% (Park 2018). W innym przeglądzie ten sam test charakteryzował się czułością na poziomie 58% ($95\% CI [46\%-69\%]$), natomiast swoistość testu wyniosła 73% ($95\% CI [61\%-83\%]$) (Tsoi 2017).

- 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 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.

Wnioski z przeprowadzonej analizy skuteczności kosztowej profilaktyki geriatrycznej

- Za najbardziej efektywne kosztowo interwencje stosowane u osób starszych przebywających w środowisku uważa się: przyspieszoną operację zaćmy, odstawienie leków o działaniu psychotropowym, stosowanie ćwiczeń typu Tai Chi, a także ćwiczeń grupowych (Church 2011).
- Przegląd stosowanych leków dominuje nad brakiem interwencji. Interwencja ta jest uznana za oszczędną oraz korzystną w kontekście zyskanych QALY. Ochroniacze bioder oraz suplementacja witaminą D mają stosunkowo niski koszt, w związku z czym jest to główny powód, dla którego uznać je można za kosztowo efektywne, przy przyjęciu prognozy finansowego w wysokości 50 000 – 60 000 \$ za QALY (Church 2011).
- Należy zauważyć, iż koszt inkrementalny jest związany z dodatkowym kosztem świadczenia interwencji u osób wieku podeszłym, które doznały upadku. Niezastosowanie interwencji wiąże się z maksymalnymi kosztami związanymi z leczeniem upadków. Upadki stanowią istotne obciążenie ekonomiczne dla społeczeństwa. Efektywność kosztowa zapobiegnięcia 1 upadkowi waha się od 386\$ do 1063\$ w przypadku uniknięcia 1 upadku zakończonego urazem oraz 1990\$ w przypadku uniknięcia 1 upadku u pacjenta o wysokim ryzyku tego zdarzenia (Robertson 2001).

Wnioski dotyczące bezpieczeństwa interwencji w zakresie profilaktyki geriatrycznej

- W wyniku przeprowadzonego wyszukiwania nie odnaleziono żadnych dowodów naukowych dotyczących bezpieczeństwa działań podejmowanych w zakresie profilaktyki geriatrycznej. Poszczególne aspekty dotyczące możliwych do wystąpienia działań niepożądanych w interwencjach zastosowanych w odnalezionych badaniach, przedstawiono w ramach opisywania ich skuteczności klinicznej.

Wnioski z nadesłanych opinii eksperckich

- Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych konieczne jest podejmowanie działań mających na celu zapewnienie odpowiedniej jakości życia osób starszych (zgodnie z tzw. „*successful ageing*”) oraz utrzymania ich w jak najlepszej kondycji psychicznej i fizycznej.
- Eksperci podkreślają istotę finansowania przez jst programów dot. profilaktyki geriatrycznej, jednocześnie zaznaczając, że zdecydowanie lepszym rozwiązaniem byłoby stworzenie rządowego programu i systemu opieki geriatrycznej lub warunków współpracy jst z MZ czy też NFZ.
- Wskazują też, że działania profilaktyki pierwotnej i wtórnej w populacji osób starszych przynoszą duże oszczędności w stosunku do medycyny naprawczej. Sugerują jednak, że koszty programów polityki zdrowotnej dot. profilaktyki geriatrycznej powinny być w pełni uzasadnione i poparte analizą korzyści, jak również powinny uwzględniać wydatki na wynagrodzenia osób zatrudnionych przy jego realizacji (np. geriatrów, fizjoterapeutów, psychologów etc.).

- Okres realizacji programu powinien wg ww. specjalistów być wymiernym do uzyskania oczekiwanych efektów.
- Konsultant krajowy w dz. ortopedii i traumatologii narządu ruchu zaznacza, że osoby w wieku geriatrycznym mają zwiększoną podatność na choroby, złamania, urazy, w związku z czym zasadne jest prowadzenie działalności profilaktycznej i organizacyjnej w zakresie opieki geriatrycznej. Wskazuje on na istotę podejścia do indywidualnych potrzeb i dostosowania warunków mieszkalno-bytowych do wymagań osoby starszej.
- Podkreśla też wysokie znaczenie działań informacyjno-profilaktycznych nt. chorób i zagrożeń związanych z wiekiem geriatrycznym, jak również utrzymania (jak najdłużej) aktywności społecznej i zawodowej osoby starszej.
- Z kolei Prezes Polskiego Towarzystwa Dietetyki (PTD) przedstawia, że tylko rzetelnie przygotowane i odpowiednio zaplanowane programy mogą być finansowane z budżetu JST. Podkreśla, że powinny być efektywne, natomiast przewidziane w ich ramach interwencje – wystandaryzowane.
- Sugeruje też, że autorzy projektów programów polityki zdrowotnej powinni dokładnie sprecyzować obszar działań na rzecz seniorów oraz sformułować cele szczegółowe. Bardzo ważne jest stworzenie kompetentnych zespołów terapeutycznych w celu zaplanowania interwencji oraz populacji docelowej.
- Prezes PTD zaznacza także, że programy ukierunkowane na poprawę jakości życia osób starszych powinny uwzględniać ocenę sposobu ich żywienia, zarówno jakościowo i ilościowo. Natomiast ocena efektywności programów powinna uwzględniać zmiany w sposobie żywienia i ich wpływ na subiektywne oraz obiektywne parametry zdrowia populacji w wieku geriatrycznym.
- Zgodnie z opinią Kierownika Klinicznego Centrum Medycznego Seniora w Łodzi, sugeruje się uczestnictwo w geriatrycznych programach profilaktycznych osób po 60 roku życia, celem promowania aktywnego trybu życia, odpowiedniego stylu żywienia oraz poprawy jakości życia i wydłużeniu okresu sprawności psychofizycznej.
- Podkreśla istotę tworzenia tzw. Klubów Seniora oraz Domów Dziennego Pobytu, gdzie będą świadczone usługi fizykoterapeutyczne oraz dzięki którym zwiększy się aktywność społeczna populacji docelowej. Ekspert podkreśla też znaczenie monitorowania i ewaluacji programów profilaktyki geriatrycznej sugerując zastosowanie takich mierników efektywności jak liczba wcześniej wykrytych przypadków schorzeń, zaburzeń pamięci (w zależności od obszaru tematycznego programu).
- Z kolei w perspektywie długoletniej, sugeruje zmniejszenie ilości zgonów w populacji po 60 r.ż. na terenie danej jst.

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

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry

/dokument podpisany elektronicznie/

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 późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.59.2020 „Program profilaktyki dla osób trzeciego i czwartego wieku 2021-2027”, Warszawa, data ukończenia: lipiec 2020 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., „Programy z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy – wspólne podstawy oceny”, kwiecień 2016 r., „Programy z zakresu wykrywania chorób tarczycy – wspólne podstawy oceny”, listopad 2012 r. oraz „Programy z zakresu profilaktyki geriatrycznej - wspólne podstawy oceny”, sierpień 2015 r.”, oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 183/2020 z dnia 20 lipca 2020 roku o projekcie programu „Program profilaktyki dla osób trzeciego i czwartego wieku 2021-2027” (m. Katowice).