



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 163/2017 z dnia 21 lipca 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Aktywni seniorzy
w wieku 60+”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Aktywni seniorzy w wieku 60+” realizowany przez gminę Kowalewo Pomorskie.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie aktywności ruchowej i społecznej wśród mieszkańców gminy w wieku senioralnym. Należy jednak wskazać, że programem planuje się objąć tylko niewielką grupę osób oraz, że działania przewidziane w ramach programu mają charakter jednorazowy, co nie zapewni poprawy stanu zdrowia i jakości życia wskazanej grupy wiekowej. Należy podkreślić, że dla osiągnięcia trwałych efektów zasadnym jest wdrażanie interwencji długofalowych. W projekcie nie wspomniano o ewentualnej kontynuacji działań w kolejnych latach. Warto zaznaczyć, że zmiana zachowań zdrowotnych, jaką poniekąd przewiduje program, wymaga zachowania ciągłości. Zatem epizodyczny i krótkotrwały charakter uwzględnionych w projekcie działań nie wpłynie znacząco na trwałość prozdrowotnych zachowań uczestników programu. Projekt programu nie został odpowiednio dopracowany, a większość jego punktów wymaga uzupełnienia i uszczegółowienia. Zastrzeżenia te nie pozwalają na wydanie pozytywnej Opinii Prezesa Agencji.

W odniesieniu do poszczególnych części programu:

- Cele programowe zostały określone w sposób niepoprawny. Należy je przeformułować zgodnie z zasadą SMART. Uzupełnienia wymagają także mierniki efektywności, aby w pełni odpowiadały celom programu.
- Zaplanowana populacja jest zgodna z wytycznymi, jednak jej wybór nie został uzasadniony. Ponadto stanowi ona tylko niewielką część populacji kwalifikującej się do programu.
- Przewidziane w projekcie interwencje wymagają doprecyzowania w zakresie czasu i miejsca ich trwania. Zaplanowanie działania mają charakter jednorazowy, co nie jest zgodne z wytycznymi dotyczącymi profilaktyki geriatrycznej. Działania edukacyjne i zajęcia ruchowe powinny być prowadzone kompleksowo i zapewnić trwałość prozdrowotnych zachowań uczestników programu.
- Monitorowanie i ewaluacja zostały uwzględnione w projekcie, jednak warto je uzupełnić tak, aby umożliwiły rzetelne przeprowadzenie tych procesów.
- Przedstawiony budżet nie budzi większych zastrzeżeń.

Przedmiot opinii



Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu geriatry i promocji zdrowia. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 8 300 zł, zaś okres realizacji to rok 2018.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Opis problemu zdrowotnego został przygotowany w sposób ogólny i nieprecyzyjny. W treści programu nie odniesiono się do konkretnych problemów związanych ze starzeniem się populacji, jak np. choroby układu sercowo-naczyniowego, nerwowego, układu kostno-stawowego czy wielkie zespoły geriatryczne. Nie przedstawiono również obecnego postępowania w zakresie profilaktyki geriatrycznej.

Projekt nie zawiera opisu sytuacji epidemiologicznej. Jednak należy podkreślić, że proces starzenia się populacji nie stanowi dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego, dlatego też prawidłowe określenie epidemiologii jest kwestią problematyczną.

Proces starzenia się istotnie wpływa na specyfikę chorobowości wśród osób w wieku geriatrycznym, tj. powyżej 60 r.ż. Pacjentów we wspomnianej grupie wiekowej charakteryzuje zarówno wielochorobowość i wielolekowość, jak również brak specyficzności objawów klinicznych występujących problemów zdrowotnych. Jak podkreśla się w wielu publikacjach (m.in. badanie PolSenior) aktywność fizyczna ma korzystny wpływ na zdrowie i jakość życia osób w wieku podeszłym. Jednak według danych GUS z 2008r. ok. 79% populacji po 60 r.ż. nie podejmuje aktywności fizycznej. Wyniki badania PolSenior wskazują, że brak podejmowania aktywności fizycznej związany był głównie z odczuwalnym złym stanem zdrowia oraz brakiem potrzeby uczestnictwa w aktywności fizycznej.

Zakres problemu zdrowotnego wpisuje się w piąty cel operacyjny Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, którym jest „Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się”. Oceniany projekt programu wpisuje się w aktualne priorytety zdrowotne Ministra Zdrowia, jakimi są: „zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego” oraz „poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym”.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest aktywizacja ruchowa oraz społeczna seniorów poprzez zajęcia ruchowe, spotkania z fizjoterapeutą i edukację zdrowotną. W projekcie przedstawiono także 4 cele szczegółowe. Należy wskazać, że cele programowe stanowią bardziej działania możliwe do realizacji aniżeli oczekiwany stan, do którego doprowadzić ma realizacja programu. Zasadne zatem wydaje się ich przeformułowanie. Określając cele należy zwrócić uwagę, by były one zgodne z zasadą SMART, według której cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i określony w czasie.

W treści projektu przedstawiono również jego oczekiwane efekty, które zostały sformułowane poprawnie. Jednak wskazane mierniki efektywności wymagają uzupełnienia. Mierniki te zgodnie z definicją, powinny być odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym miejscu/otoczeniu/programie w odpowiednich jednostkach miary. Wartości wskaźników powinny być określone przed i po realizacji programu. Istotnym jest również, aby mierniki efektywności odpowiadały wszystkim celom programu.

W projekcie przedstawiono raczej wskaźniki niezbędne do oceny zgłaszalności czy też monitorowania świadczonych usług w programie. Przykładowo liczba osób, które wzięły udział w pogadankach na tematy prozdrowotne nie warunkuje pomiaru wpływu tego właśnie działania na zwiększenie

świadomości w zakresie znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia. Zasadnym byłoby więc porównanie poziomu wiedzy sprzed edukacji zdrowotnej uwzględnionej w projekcie i np. po jej wdrożeniu, celem zweryfikowania ewentualnego wzrostu ww. świadomości populacji docelowej programu.

Populacja docelowa

Populacją docelową projektu programu stanowią mieszkańcy gminy po 60 r.ż. Przewiduje się udział około 60 (+/- 5) osób, przy czym nie przedstawiono uzasadnienia wyboru takiej liczby uczestników programu. Zgodnie z danymi GUS gminę Kowalewo Pomorskie w 2016 r. zamieszkiwały 2424 osoby po 60 r.ż. Zatem planowana liczba uczestników stanowi jedynie 2,5% populacji kwalifikującej się do udziału w programie. Należy wskazać, że efekty zdrowotne działań podejmowanych w tak niewielkiej grupie seniorów nie przełożą się na widoczną poprawę zdrowia całej populacji.

Zgodnie z opinią eksperta Klinicznego Centrum Medycznego Seniora w Łodzi grupę docelową programów profilaktyki geriatrycznej (promujących aktywność fizyczną i odpowiedni styl żywienia) powinny stanowić osoby od 60 r.ż. (mimo iż są jeszcze czynne zawodowo), co pozostaje w zgodzie z założeniami niniejszego projektu. Jako drugą grupę wskazuje osoby powyżej 70 r.ż. (aktywną społecznie lecz niezawodowo). Z kolei Prezes Polskiego Towarzystwa Dietetyki podkreśla, że programy w zakresie profilaktyki geriatrycznej powinny dotyczyć wszystkich osób po 65 r.ż.

Interwencja

Wśród interwencji zaplanowanych w ramach programu wymienia się prowadzenie grupowych zajęć gimnastycznych, aqua aerobiku, zajęć tanecznych, indywidualnych spotkań uczestników z fizjoterapeutą oraz otwartych pogadarek na tematy prozdrowotne.

Wytyczne podkreślają znaczenie kształtowania prozdrowotnych postaw i zachowań, promowania zdrowego stylu życia, prewencji i wczesnego wykrywania chorób, zwiększenia aktywności fizycznej, więzi rodzinnych i aktywności społecznej, oraz współpracy międzypokoleniowej. Program przewiduje wdrożenie trzech spotkań w formie „otwartych” pogadarek o tematyce prozdrowotnej. Nie jest jednak jasne, jak interpretować „otwarte” pogadanki tzn. czy będą one ogólnodostępne, czy będą świadczone tylko dla potencjalnych uczestników programu, czy też nazwano je tak ze względu na formę działań edukacyjnych i jej zakres tematyczny. Ponadto warto wziąć pod uwagę wytyczne Centers for Disease Control and Prevention (CDC 20104), które sugerują, iż krótkotrwała edukacja zdrowotna, czy jednokrotne działanie może nie być wystarczające do osiągnięcia trwałego i wymiernego efektu w utrzymaniu zdrowych zachowań populacji poddanej edukacji. Oceniany program zakłada jednorazowe uczestnictwo populacji docelowej w pogadankach prozdrowotnych. Biorąc powyższe pod uwagę, zasadnym byłoby wprowadzenie cyklicznych działań edukacyjnych celem utrwalania nabytej wiedzy i umiejętności.

Oprócz edukacji zdrowotnej, w projekcie przewidziano również realizację ćwiczeń ruchowych, tj. gimnastyka, aqua aerobik, taniec. Zajęcia te mają charakter grupowy, jednak podobnie jak w przypadku pogadarek prozdrowotnych, każda z ww. aktywności będzie świadczona jednorazowo dla potencjalnego uczestnika programu. Wytyczne wskazują, że zwiększona (dodatkowa) aktywność fizyczna powinna stać się codziennym nawykiem osób starszych przy uwzględnieniu ich indywidualnych możliwości i bieżącego stanu zdrowia. Biorąc pod uwagę jednorazowy charakter zajęć w projekcie i krótki okres realizacji programu, sugerowana w projekcie „poprawa sprawności fizycznej u adresatów programu” nie będzie możliwa. Brytyjskie zalecenia National Institute for Health and Care Excellence (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 British Geriatrics Society (BGS 2011) zaleca przynajmniej 30 minutowy wysiłek fizyczny o umiarkowanej intensywności przez 5 dni w tygodniu. Wnioskodawca nie określa również czasu trwania wdrażanych aktywności w ramach programu (nie jest jasne ile będą trwały poszczególne zajęcia ruchowe).

Jednakże, zgodnie ze stanowiskiem NICE 2014, zaleca się prowadzenie lokalnych programów aktywności fizycznej wśród osób starszych, uwzględniających przede wszystkim: szeroki zakres

ćwiczeń o umiarkowanej intensywności (wymienia się m.in. taniec, spacer, gimnastykę), 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.

W projekcie oprócz zajęć tanecznych i ogólnych zajęć ruchowych, zaplanowano też ćwiczenia w wodzie, tj. aqua aerobik dla osób starszych. Interwencja ta zgodnie z odnalezionymi dowodami naukowymi może w umiarkowany sposób wpływać na sprawność fizyczną seniorów (Waller 2016). W przeglądzie Bartels 2016 wskazuje się jednak, że ćwiczenia realizowane w wodzie, m.in. aqua aerobik mogą mieć niewielki wpływ na redukcję bólu, niesprawności oraz jakość życia osób starszych ale w perspektywie krótkoterminowej (do 12 tygodni ćwiczeń). W projekcie nie odniesiono się do czasu trwania aqua aerobiku. Warto dodać, że zgodnie z wytycznymi Aquatic Exercise Association (AEA 2014), udział w ćwiczeniach wodnych powinien być poprzedzony stosowaną zgodą lekarza, o czym wspomina wnioskodawca. AEA zaznacza jednak, że zarówno temperatura wody, jak i rodzaj wykorzystywanej muzyki podczas zajęć aqua aerobiku powinny być dostosowane do wieku uczestników i intensywności realizowanych ćwiczeń (dla osób starszych temp. wody przy intensywnym wysiłku - ok. 28,3 do 30°C, przy niskim wysiłku 30,31,1°C; tempo muzyki od 120 do 145 uderzeń/ minutę).

Oceniany projekt zakłada także realizację indywidualnych spotkań uczestników z fizjoterapeutą, celem przeprowadzenia wywiadu zdrowotnego oraz dopasowania ćwiczeń fizycznych do jednostki. BGS 2011 podkreśla ważny wkład opieki fizjoterapeutycznej w funkcjonowanie osoby starszej wraz z ustaleniem indywidualnej diety. Nie jest jasne, czy w ramach ww. konsultacji fizjoterapeutycznej każdy z uczestników otrzyma indywidualnie dopasowany plan/zestaw ćwiczeń fizycznych wykonywanych w warunkach domowych, czy jest to konsultacja celem dopasowania ćwiczeń realizowanych w ramach programu. Należy podkreślić, że zgodnie z treścią Rozporządzenia MZ z dn. 9 maja 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych obejmują m.in. wizytę fizjoterapeutyczną oraz zabieg fizjoterapeutyczny, zgodnie z odpowiednim skierowaniem lekarskim.

Warto pamiętać, że interwencje stosowane wobec osób starszych powinny być realizowane kompleksowo z uwagi na złożoność ich potrzeb, rozpowszechnione zjawisko wielochorobowości i wielolekowości. Podejmowane działania muszą zmierzać ku optymalizowaniu sprawności funkcjonalnej, tj. utrzymaniu niezależności w codziennych czynnościach życiowych, dobrego stanu fizycznego, psychicznego oraz odpowiednich warunków socjalno-bytowych.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie uwzględniono monitorowanie i ewaluację programu. W ramach oceny efektywności programu przedstawiono wskaźniki niezbędne do oceny zgłaszalności i jakości świadczonych usług. Zasadnym wydaje się uwzględnienie analizy porównawczej sytuacji sprzed realizacji programu oraz po jego wdrożeniu, np. w zakresie efektywności działań edukacyjnych.

Ponadto warto zaznaczyć, że jedno z pytań w ankiecie satysfakcji pacjenta dotyczy systematyczności w zakresie zajęć ruchowych. Pytanie to wydaje się niezasadne w kontekście możliwości jednorazowego udziału potencjalnego uczestnika w każdym z rodzajów ćwiczeń fizycznych w programie.

Warunki realizacji

Wybór realizatora programu zostanie dokonany na zasadach konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Jednak w projekcie nie przedstawiono wymagań wobec realizatora programu, co wymaga uzupełnienia. Należy także wskazać za jakie działania będą odpowiedzialne wszystkie osoby zaangażowane w realizację programu.

Głównym kryterium kwalifikacji do udziału w programie jest wiek potencjalnego uczestnika oraz posiadanie zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do realizacji ćwiczeń ruchowych uwzględnionych w projekcie, wydane przez lekarza POZ poza programem. Jednocześnie podkreślono, że o udziale w programie decydować będzie kolejność zgłoszeń, co też może powodować swego rodzaju ograniczenie w dostępie do świadczeń.

W projekcie nie uwzględniono sposobu powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych. Brakuje także precyzyjnych informacji na temat zakończenia udziału w programie lub też możliwości rezygnacji na każdym z jego etapów. Ponadto warto wskazać gdzie będą realizowane poszczególne zajęcia ruchowe. Wszystkie powyższe kwestie wymagają doprecyzowania.

Okres realizacji programu to 2018 r. W projekcie wskazano, że zajęcia i pogadanki będą wdrażane w III i IV kwartale ww. roku. Należy podkreślić, że dla osiągnięcia trwałych efektów zasadnym jest wdrażanie interwencji długofalowych. W projekcie nie wspomniano nic o ewentualnej kontynuacji działań w kolejnych latach. Modyfikacja zachowań zdrowotnych, jaką poniekąd przewiduje program, wymaga zachowania ciągłości, dlatego też epizodyczny, krótkotrwały charakter uwzględnionych w projekcie działań nie wpływa znacząco na trwałość prozdrowotnych zachowań uczestnika programu.

Budżet całkowity przeznaczony na realizację programu wynosi 8 300 zł. W projekcie oszacowano koszty poszczególnych interwencji zaplanowanych w ramach programu, tj. zajęć gimnastycznych – 400 zł, aqua aerobiku – 350 zł, zajęć tanecznych – 400 zł, konsultacji fizjoterapeutycznych – 50 zł oraz spotkania edukacyjnego – 500 zł. Należy zwrócić uwagę, że oprócz kosztów spotkań z fizjoterapeutą nie przedstawiono kosztów przypadających na jednego pacjenta, co warto uszczegółowić.

Ponadto z treści projektu programu wynika, że zakłada się jego częściowe finansowanie ze środków NFZ w wysokości maksymalnie 40%, co pozostaje zgodne z obowiązującymi przepisami.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Starzenie się człowieka jest procesem złożonym i nieuchronnym, przebiegającym na wielu wzajemnie na siebie oddziałujących płaszczyznach. Aktywny styl życia to jeden z czynników istotnie wpływających na zdrowie osób starszych. Wiadomo, że niedobór ruchu może prowadzić do przyspieszenia procesów starzenia się oraz niedożywienia, a nawet w niektórych przypadkach – do inwalidztwa fizycznego. Regularne ćwiczenia fizyczne są nie tylko potencjalnym czynnikiem zapobiegającym starzeniu się, ale także pozytywnie wpływają na sprawność umysłową osób w podeszłym wieku. Regularne wykonywanie ćwiczeń fizycznych może zapobiegać występowaniu wielu chorób w późniejszym wieku (np. choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca typu 2, choroba zwyrodnieniowa stawów).

Rozpatrując problemy osób w podeszłym wieku, należy pamiętać, że człowiek stary dostrzega u siebie nie tylko przemiany zdrowotne, ale także zmianę swojej sytuacji społecznej. Wycofanie się z życia zawodowego, a także z pełnionych ról społecznych ma znaczny wpływ na życie emocjonalne i osobowość starszego człowieka. Zaprzestanie pracy zawodowej to nie tylko zmniejszenie przychodów, ale także utrata przyjaźni nawiązanych w pracy, co dla ludzi w podeszłym wieku, często osamotnionych, staje się czynnikiem kryzysogennym.

Alternatywne świadczenia

Konsultacje fizjoterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych w ramach rehabilitacji leczniczej oraz opieki długoterminowej.

W odniesieniu do zajęć fizycznych brak jest alternatywnych świadczeń, które byłyby finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych.

Ocena technologii medycznej

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 Michigan Quality Improvement Consortium (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 dotyczące 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.

Wskazuje się (WHO, Global Recommendations on Physical Activity for Health. 65 years and above, 2011r.), że aktywne fizycznie osoby starsze wykazują niższą zachorowalność na chorobę wieńcową, nadciśnienie, udar, cukrzycę, raka piersi oraz okrzężnicy, oraz wyższy poziom sprawności krążeniowo-oddechowej i mięśniowej, korzystniejszą masę ciała, odpowiedni skład kości, wyższe poziomy funkcjonalne zdrowia, mniejsze ryzyko upadku i lepsze zdolności percepcyjne.

Zaleca się (US Department of Health and Human Service, 2008 Physical Activity Guidelines for Americans, 2008) wykonywanie co najmniej 150 minut ćwiczeń aerobowych o umiarkowanej intensywności w ciągu tygodnia lub 75 minut intensywnych ćwiczeń aerobowych w ciągu tygodnia lub w równoważnej ilości połączenie ćwiczeń o umiarkowanej intensywności oraz intensywnych. Natomiast osoby starsze o ograniczonej mobilności, powinny wykonywać ćwiczenia fizyczne mające na celu poprawę równowagi i zapobieganie upadkom trzy lub więcej razy w ciągu tygodnia. Zalecenia National Institute for Health and Care Excellence (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 British Geriatrics Society (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 odniesieniu do osób starszych istotne znacznie ma również zapobieganie upadkom. Jak wskazuje wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego wszystkie osoby starsze powinny być zapytane o to, czy w ostatnim roku zdarzył im się upadek. U osób zgłaszających się do lekarza z w/w przyczyny powinna zostać przeprowadzona wieloczynnikowa ocena ryzyka upadku, która składać się będzie ze szczegółowego wywiadu (w tym historii upadków), badania przedmiotowego, oceny funkcjonalności oraz oceny wpływu środowiska w tym także bezpieczeństwa w domu.

W licznych badaniach z zakresu gerontologii, skupiających się na procesie starzenia, a także na warunkach życia człowieka w podeszłym wieku, sugeruje się, że silne więzi emocjonalne z przyjaciółmi i rodziną mają bardzo pozytywny wpływ na zdrowie i samopoczucie psychiczne ludzi w podeszłym wieku. W badaniach Antonucci i wsp. wskazuje się, aby starsi ludzie starali się podtrzymywać przyjaźnie, ponieważ są one dla nich źródłem dobrego stanu psychicznego. Istnieją także inne badania gerontologiczne, w których sugeruje się, że samotność ludzi w podeszłym wieku może być czynnikiem pobudzającym depresję.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.138.2017 „Aktywni seniorzy w wieku 60+” realizowany przez: gminę Kowalewo Pomorskie, Warszawa, lipiec 2017 r., aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu profilaktyki geriatrycznej - wspólne podstawy oceny”, sierpień 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 190/2017 z dnia 17 lipca 2017 roku o projekcie programu „Aktywni seniorzy w wieku 60+” (gmina Kowalewo Pomorskie)