

Opinia

Prezesa Agencji oceny Technologii Medycznych nr 19/2013 z dnia 18 lutego 2013 r.

o projekcie programu „Opieka długoterminowa oraz paliatywno-hospicyjna nad pacjentem przewlekle i nieuleczalnie chorym realizowana w środowisku domowym i w przychodni” gminy Polkowice

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję pozytywną opinię o projekcie programu „Opieka długoterminowa oraz paliatywno-hospicyjna nad pacjentem przewlekle i nieuleczalnie chorym realizowana w środowisku domowym i w przychodni” gminy Polkowice.

Uzasadnienie

Głównym celem programu jest poprawa jakości życia chorych cierpiących na choroby przewlekle lub znajdujących się w stanie terminalnym. Program ma również objąć swym zakresem rodziny i najbliższe choremu osoby. Biorąc pod uwagę dynamiczny rozwój metod nowoczesnej terapii oraz postępujące procesy starzenia się społeczeństwa, należy oczekiwać znaczącego wzrostu liczby chorych kwalifikujących się do opieki paliatywno-hospicyjnej. Program gminy Polkowice adresowany jest do wszystkich przewlekle i nieuleczalnie chorych lub znajdujących się w stadium terminalnym mieszkańców gminy. Gmina zobowiązuje się przygotować i sfinansować infrastrukturę, gwarantującą właściwą dystrybucję opieki oraz zapewnić wystarczającą liczbę wykwalifikowanych specjalistów z zakresu opieki paliatywnej i opieki hospicyjnej, dzięki którym będzie możliwa kompetentna i rzetelna realizacja programu. Program będzie monitorowany oraz zostanie całościowo oceniony po jego zrealizowaniu. Istotnym i cennym aspektem programu jest zawarty w nim element edukacyjny, adresowany zarówno do jego realizatorów, jak również osób objętych opieką.

Podano informację o kosztach realizacji programu na okres jednego roku (biorąc pod uwagę rosnące koszty opieki paliatywno-hospicyjnej, nie jest oczywiste czy będzie on wystarczający i czy gmina zapewni środki na kolejne lata realizacji programu).

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego gminy Polkowice w zakresie opieki długoterminowej oraz paliatywno-hospicyjnej, którym mają zostać objęci obłożnie, przewlekle i terminalnie chorzy mieszkańcy gminy Polkowice. Program ma być realizowany w latach 2012-2015. Autorzy przedstawili informacje o budżecie na realizację programu. Podano także planowany roczny koszt całkowity (320 000 zł) oraz koszt jednostkowy przypadający na jednego uczestnika programu (200 zł).

Problem zdrowotny

Opieka długoterminowa to osobista opieka nad chorymi wymagającymi pomocy przy wykonywaniu codziennych czynności życiowych lub też nadzoru ze względu na znaczny stopień upośledzenia funkcji poznawczych i ruchowych.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje opiekę paliatywną jako ogół działań, które w sytuacji śmiertelnego zagrożenia chorobą poprawiają jakość życia chorego i jego rodziny. Są to takie działania, dzięki którym możliwe jest zapobieganie i łagodzenie cierpienia poprzez wczesne rozpoznanie i wiarygodną ocenę przyczyn i natury bólu, podjęcie jego leczenia a także rozwiązywanie innych problemów natury somatycznej, psychospołecznej i duchowej.

Z opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce w ok. 500 ośrodkach (większość stanowią hospicja domowe) korzysta ok. 90 000 chorych, przede wszystkim z zaawansowaną chorobą nowotworową. Szacuje się, że opieki paliatywno-hospicyjnej (OPH) wymaga ok. 200.000 chorych rocznie, wśród nich jest 2300 dzieci. Tylko 30% dzieci korzysta z OPH.

Alternatywne świadczenia

Wykazy i warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej określają: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U.09.140.1147 z późn. zm.) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2009 nr 139 poz. 1138 z późn. zm.). Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej obejmują w szczególności: świadczenia udzielane przez lekarza, pielęgniarkę, psychologa, rehabilitację, leczenie farmakologiczne i dietetyczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne, edukację zdrowotną, terapię zajęciową, badania diagnostyczne, a w przypadku opieki paliatywno-hospicyjnej dodatkowo: leczenie bólu i innych objawów somatycznych oraz zapobieganie powikłaniom.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego

Ogólne wnioski i zalecenia wynikające z opinii ekspertów, odnalezionych rekomendacji oraz dowodów naukowych, dotyczących skuteczności i efektywności kosztowej programów dotyczących opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej:

- Każda osoba, która wymaga opieki paliatywnej, powinna mieć do niej łatwy i natychmiastowy dostęp, w miejscu najbardziej odpowiednim dla jej potrzeb i preferencji.
- Zapewnienie dostępu do opieki paliatywnej powinno być niezbędnym elementem systemu opieki zdrowotnej.
- Specjalista opieki paliatywnej powinien być dostępny dla wszystkich chorych, którzy tego potrzebują.
- Opieka paliatywna odnosi się do somatycznych, psychologicznych i duchowych aspektów związanych z zaawansowaną chorobą, dlatego też wymaga skoordynowanego działania wysoko wykwalifikowanego i odpowiednio wyposażonego, interdyscyplinarnego zespołu specjalistów .
- Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej oraz polityka programowa powinny objąć szeroki zakres usług, takich jak: opieka domowa, hospitalizacje na oddziałach

specjalistycznych, ogólnych oraz pobytu dziennego, korzystanie z opieki ambulatoryjnej w poradniach, pomoc w wypadkach nagłych oraz opiekę wyręczającą.

- Programy edukacji w opiece paliatywnej powinny być włączone do szkoleń studentów i wszystkich specjalistów ochrony zdrowia, którzy mogą uczestniczyć w tej opiece.
- Wsparcie samorządu w finansowaniu opieki paliatywno-hospicyjnej jest inicjatywą niezwykle cenną, pozwalającą na rozwój i zwiększenie jej dostępności.
- Zapewnienie właściwej opieki w miejscu zamieszkania wydatnie zmniejsza liczbę hospitalizacji chorych i interwencji pogotowia ratunkowego, co stanowi znaczące usprawnienie działania systemu opieki zdrowotnej.
- Opieka paliatywna obejmuje swoim zakresem również opiekunów i rodziny chorych.
- W wielu przypadkach dobrze prowadzona opieka paliatywna nie tylko poprawia jakość życia, ale także powoduje jego wydłużenie.
- Wpływ interwencji stosowanych w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej zależy w szczególności od skutecznego komunikowania się personelu domu opieki i osób odpowiedzialnych za sprawowanie hospicyjnej opieki zdrowotnej.
- Opieka paliatywna ma charakter całościowy – obejmuje zapobieganie i łagodzenie wszelkiego bólu i cierpienia, jakie towarzyszy chorobie terminalnej, bez względu na ich naturę i pochodzenie.
- Interwencje psychoterapeutyczne, psychospołeczne i edukacyjne mogą odgrywać istotną rolę w poprawie jakości życia pacjentów. Promocja strategii radzenia sobie ze stresem może przyczynić się do wzrostu poczucia własnej skuteczności w radzeniu sobie z symptomami choroby oraz polepszenia fizycznego samopoczucia.
- Poznanie strategii radzenia sobie ze stresem może przyczynić się do wzrostu poczucia własnej skuteczności w radzeniu sobie z symptomami choroby oraz polepszenia fizycznego samopoczucia.

Wnioski z oceny programu gminy Polkowice

W projekcie prawidłowo zdefiniowano problem zdrowotny. Celem głównym programu jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin w chorobie przewlekłej i stanie terminalnym. Inicjatywa samorządu jest ważna dla rozwoju i dostępności opieki paliatywnej. Zgodnie z opiniami ekspertów przedłożony do zaopiniowania program pozwoli zwiększyć liczbę pacjentów objętych tą opieką oraz poprawić jej jakość.

Wnioskowane interwencje są zgodne z wytycznymi i dowodami naukowymi oraz opiniami eksperckimi.

Wszyscy eksperci, których opinie otrzymano, zwracają uwagę na fakt, że kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) na opiekę paliatywną i hospicyjną jest niewystarczający, w tym również na terenie objętym programem. Ekspertki potwierdzają, że realizacja niniejszego programu jest wysoce zasadna. Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że tego rodzaju programy wydatnie zwiększają dostępność opieki paliatywno-hospicyjnej i długoterminowej; zwraca się również uwagę na fakt, że opieka paliatywna w Polsce jest w trakcie rozwoju, będąc w niektórych regionach jest zupełnie niewystarczającą.

Projekt programu przewiduje przeprowadzenie kampanii informacyjnej (ogłoszenia, plakaty, strona internetowa), co umożliwi dotarcie do grup potencjalnych odbiorców z informacją o założeniach i możliwościach realizacji programu.

W zakresie monitorowania przedstawiono mierniki efektywności odpowiadające poszczególnym celom programu. Sugeruje się rozważenie włączenia do programu monitorowania stopnia satysfakcji pacjenta i jego rodziny/opiekunów ze sprawowanej opieki (np. za pomocą badania ankietowego).

Elementy zawarte w projekcie programu zgodne z wytycznymi i wnioskami z dowodów naukowych:

- Autorzy zakładają udział w realizacji programu lekarzy opieki paliatywnej, lekarzy onkologów, internistów (certyfikat ukończenia kursu medycyny paliatywnej), pediatrów (certyfikat ukończenia kursu medycyny paliatywnej), pielęgniarek hospicjum i opieki długoterminowej, fizjoterapeutów, psychologów, opieki duszpasterskiej, pracowników socjalnych. Opieka paliatywna wymaga skoordynowanego działania wykwalifikowanego i odpowiednio wyposażonego, interdyscyplinarnego zespołu specjalistów .
- Opieka paliatywna powinna obejmować swoim zakresem również opiekunów i rodziny, oraz pozbawione rodziców lub opiekunów dzieci – autorzy zakładają również takie interwencje.
- Autorzy zakładają edukację zdrowotną personelu - przeszkolenie personelu medycznego w zakresie opieki paliatywnej znacząco wpływa na poprawę jej jakości.

Autorzy przedstawili budżet na realizację programu. Podano planowany roczny koszt całkowity (320 000 zł) oraz koszt jednostkowy, przypadający na jednego uczestnika programu (200 zł). Wszystkie zadania w ramach programu zostaną sfinansowane z budżetu gminy Polkowice.

Ekspertki zwracają uwagę na konieczność uszczegółowienia wymagań względem realizatorów programu. Nadzór merytoryczny nad jego realizacją powinien sprawować lekarz specjalista lub w trakcie specjalizacji z medycyny paliatywnej, a jeśli brak jest takiego specjalisty – lekarz po kursie medycyny paliatywnej oraz z co najmniej 3-letnim stażem w opiece paliatywno-hospicyjnej (wymagania zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 stycznia 2011 roku zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej dotyczące hospicjum domowego). Ekspertki zwracają uwagę na konieczność objęcia wsparciem psychologicznym rodzin pacjentów oraz osób, które utraciły swoich najbliższych. Świadczenia te nie są finansowane przez NFZ. Cenną inicjatywą jest zapowiedź uruchomienia 24 godzinnego punktu pomocy doraźnej dla pacjentów wymagających zastosowania kroplówki, gdzie mógłby zgłosić się każdy pacjent odczuwający nieoczekiwany i intensywny ból.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wydaję opinię jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem raportu o programie: „Opieka długoterminowa oraz paliatywno-hospicyjna nad pacjentem przewlekle i nieuleczalnie chorym realizowana w środowisku domowym i w przychodni” realizowanym przez gminę Polkowice, nr: AOTM-OT-441-182/RR/2011, Warszawa, luty 2013 i aneksów: „Opieka długoterminowa oraz paliatywno-hospicyjna – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, luty 2013, oraz „Programy w zakresie rehabilitacji psychofizycznej kobiet po amputacji piersi – wspólne podstawy oceny” Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, luty 2013.