



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 280/2013 z dnia 2 grudnia 2013 r.
o projekcie programu „Działania wspierające - pielęgnacyjne dla
osób z terenu Gminy Nysa objętych opieką paliatywną”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję pozytywną opinię o projekcie programu „Działania wspierające - pielęgnacyjne dla osób z terenu Gminy Nysa objętych opieką paliatywną”.

Uzasadnienie

Program odnosi się do dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego, jakim jest pielęgnarska opieka długoterminowa w warunkach domowych. Według ekspertów wsparcie samorządu w finansowaniu opieki paliatywno-hospicyjnej jest inicjatywą pozwalającą na rozwój i dostępność opieki. Na podstawie informacji zawartych w Projekcie można stwierdzić, że działania będą łatwo dostępne dla beneficjentów. Autorzy zakładają przeprowadzenie kampanii informacyjnej, co umożliwi – jak się wydaje – dotarcie do grup potencjalnych odbiorców z informacją o założeniach i możliwościach realizacji Programu.

Projekt zakłada ocenę zgłaszalności i efektywności programu oraz jakości świadczeń w programie. Należy jednak rozważyć włączenie do programu monitorowania stopnia satysfakcji pacjenta i jego rodziny/opiekunów ze sprawowanej opieki (np. za pomocą badania ankietowego).

W projekcie przedstawiono budżet jaki Gmina Nysa zamierza przeznaczyć na ten cel. Projekt uwzględnia partycypację w kosztach przez potencjalnego realizatora.

Przedmiot wniosku

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego Gminy Nysa w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej. Program przeznaczony jest dla mieszkańców miasta i gminy Nysa dotkniętych nieuleczalnymi i wyniszczającymi chorobami, w tym w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Programem zostanie objętych 50 pacjentów. Program ma być realizowany w latach w 2014 roku z możliwością kontynuacji w latach następnych. Polegać ma na zakupie świadczeń z zakresu opieki paliatywnej.

Problem zdrowotny

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

Opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) definicja opieki paliatywnej określa ją jako działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin stojących wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji oraz bardzo starannej ocenie i leczeniu bólu i innych problemów: somatycznych, psychosocjalnych i duchowych.



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

Co roku 1,6 mln chorych w krajach europejskich umiera z powodu choroby nowotworowej, a 5,7 mln z powodu przewlekłej choroby nienowotworowej. W regionie Europy (zdefiniowanym przez WHO) zarejestrowanych jest 881 mln ludzi. Umieralność wystandaryzowana w stosunku do wieku dla tego regionu wynosi 9300 zgonów na każdy milion mieszkańców. Z tego około 1700 zgonów związanych jest z chorobą nowotworową, a 6500 z przewlekłymi chorobami nienowotworowymi. Według Australijskiej Grupy Roboczej populacja, jaka będzie wymagać opieki paliatywnej, wyniesie 50-89% wszystkich umierających chorych. Około 20% chorych na nowotwory i 5% pacjentów z innymi chorobami będzie wymagać specjalistycznej opieki paliatywnej w ostatnim roku swojego życia.

Z opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce ok. 500 ośrodków (większość stanowią hospicja domowe) korzysta ok. 90 000 chorych, przede wszystkim z zaawansowaną chorobą nowotworową. Opieki paliatywno-hospicyjnej (OPH) wymaga ok. 200000 chorych rocznie. Rocznie umiera 2300 dzieci z chorobami ograniczającymi życie wymagającymi OPH, podczas gdy z opieki tej korzysta ok. 30%.

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 dostęp bez jakiegokolwiek niepotrzebnego opóźnienia, w miejscu najbardziej odpowiednim do jej lub jego 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, o każdej porze przez siedem dni w tygodniu i w każdej sytuacji.
- Opieka paliatywna zajmuje się somatycznymi, psychologicznymi i duchowymi aspektami związanymi z zaawansowaną chorobą. Dlatego też wymaga skoordynowanego działania wysoko wykwalifikowanego i odpowiednio wyposażonego, interdyscyplinarnego zespołu fachowców z różnych dziedzin.

Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej oraz polityka programowa powinny proponować szeroki zakres usług, takich jak opieka domowa, hospitalizacje na oddziałach specjalistycznych i ogólnych, oddziale pobytu dziennego, korzystanie z opieki ambulatoryjnej

w poradniach, pomoc w wypadkach nagłych oraz opiekę wyręczającą. Powinny być one kompletne i odpowiednie do systemu opieki zdrowotnej i kultury narodowej oraz uwzględniać zmieniające się potrzeby i preferencje chorego.

- Programy edukacji w opiece paliatywnej powinny być włączone do szkolenia studentów i wszystkich specjalistów ochrony zdrowia, którzy mogą uczestniczyć w opiece.

- Wsparcie samorządu w finansowaniu opieki paliatywno-hospicyjnej jest inicjatywą pozwalającą na rozwój i dostępność opieki.

- Zapewnienie właściwej opieki w miejscu zamieszkania wydatnie zmniejsza liczbę hospitalizacji chorych i interwencji pogotowienia ratunkowego, co stanowi znaczące usprawnienie działania systemu opieki zdrowotnej i zmniejszenie kosztów.

- Opieka paliatywna obejmuje swoim zakresem również opiekunów i rodziny, a później osieroconych. Zabezpiecza tym samym prozdrowotność osób zaingerowanych w okres umierania bliskiej osoby.

- W wielu przypadkach dobrze prowadzona opieka nie tylko poprawia jakość życia, ale powoduje jego wydłużenie.

- Wpływ interwencji stosowanych w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej zależy w szczególności od skutecznego komunikowania się personelu domu opieki i dostawców hospicyjnej opieki zdrowotnej.

- Ze względu na holistyczne podejście opieki paliatywnej do pacjenta interwencje powinny obejmować złagodzenie objawów fizycznych, działania psychologiczne, łagodzenie egzystencjonalnych oraz duchowych obaw.

- Interwencje psychoterapeutyczne, psychospołeczne i edukacyjne mogą odgrywać 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.

- Zastosowanie leczenia przeciwbólowego w pacjentów objętych opieką paliatywną znacznie obniża natężenie bólu. Wykazano również przydatność skali Dolophus-2 w ocenie i diagnostyce bólu przewlekłego oraz w monitorowaniu skuteczności leczenia przeciwbólowego.

- Promocja strategii radzenia sobie ze stresem może przyczynić się do wzrostu poczucia własnej skuteczności w radzeniu sobie z symptomami choroby oraz polepszenia fizycznego samopoczucia.

- Refleksologia może zmniejszyć odczuwanie niepokoju i bólu, jednak jest to działanie krótkotrwałe.

- Programy szkoleniowe dotyczące treningu zdolności komunikacyjnych pracowników służby zdrowia pracujących z chorymi na raka wydają się być skuteczne w poprawie niektórych obszarów umiejętności komunikacyjnych personelu medycznego.

medycznego POZ w zakresie opieki paliatywnej może w istotny sposób poprawić jej jakość.

Przeszkolenie

Wnioski z oceny projektu programu miasta Nysa

W projekcie programu zdefiniowano problem zdrowotny. Celem głównym programu jest Poprawa jakości życia chorych i ich rodzin w chorobie nieuleczalnej, wyniszczającej i terminalnej fazie choroby nowotworowej. Inicjatywa samorządu wydaje się być ważna dla rozwoju i dostępności opieki paliatywnej. Zgodnie z opiniami eksperckimi niniejszy program pozwoli zwiększyć liczbę pacjentów objętych ww. opieką oraz poprawić jej jakość.

Projekt programu przewiduje przeprowadzenie kampanii informacyjnej, 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. Należy jednak rozważyć włączenie 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 z wieloletnim doświadczeniem zawodowym i II stopniem specjalizacji, posiadający szkolenia z zakresu walki z bólem. Ponadto opiekę hospicyjną realizować będzie psycholog, kapelan, fizjoterapeuta, pielęgniarki i salowe - zgodnie z dowodami naukowymi opieka paliatywna wymaga skoordynowanego działania wysoko wykwalifikowanego i odpowiednio wyposażonego, interdyscyplinarnego zespołu fachowców z różnych dziedzin.

- Opieka paliatywna powinna obejmować swoim zakresem również opiekunów i rodziny, a później osieroconych – autorzy zakładają również takie interwencje.

Elementy zawarte w projekcie programu zgodne z wytycznymi i wnioskami z dowodów naukowych: Autorzy zakładają udział w realizacji programu pielęgniarek opieki długoterminowej, które posiadają duże doświadczenie w procesie pielęgnowania osób starszych, samotnych, niepełnosprawnych oraz udokumentowane kwalifikacje pielęgniarki i dodatkowe kursy z zakresu opieki środowiskowo - rodzinnej, opieki długoterminowej, paliatywnej, chirurgicznego opatrywania ran, kurs EKG, szczepień przy ścisłej współpracy z lekarzami, rodzinami oraz instytucjami pomocy społecznej, a zgodnie z dowodami naukowymi opieka paliatywna wymaga skoordynowanego działania wysoko wykwalifikowanego i odpowiednio wyposażonego, interdyscyplinarnego zespołu fachowców z różnych dziedzin.

Autorzy zakładają edukację zdrowotną personelu - dowody naukowe sugerują, że przeszkolenie personelu medycznego w zakresie opieki paliatywnej znacząco wpływa na jej jakość.

Zauważyć należy długoterminowa opieka pielęgniarska w domu jest świadczeniem gwarantowanym i obejmuje:

1. świadczenia udzielane przez pielęgniarkę, wizyty – nie mniej niż 4 razy w tygodniu, przy dostępności do świadczeń od poniedziałku do piątku w godz. 8:00-20:00 oraz w soboty, niedziele oraz dniu ustawowo wolne od pracy – w medycznie uzasadnionych przypadkach,
2. przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością,
3. świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania,
4. edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny;
5. pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym,

Ponadto według danych z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2013 roku w Nysie - 1 jednostka z Nysy zawarła umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) na świadczenie usług w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Był to Niepubliczny Zakład opieki zdrowotnej Hospicjum św. Arnolda Janssena stowarzyszenia Auxilium w Nysie. Ta właśnie jednostka ma być realizatorem opiniowanego programu. Z treści programu wynika, że kontrakty podpisane z NFZ pokrywają jedynie ok. 83% rzeczywistych wydatków na opiekę paliatywną w hospicjum stacjonarnym. Wg wnioskodawcy program stanowić będzie uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych w ramach umowy z opolskim oddziałem NFZ.

Wnioskodawca nie wspomina jednak w jakim zakresie będzie to uzupełnienie oraz w jakim zakresie będzie to dublowanie. Z wnioskowanych interwencji wynika, że środki finansowe przeznaczone mają być m. in. na zakup artykułów medycznych i opatrunkowych (m.in. strzykawki, igły, bandaż, wenflony, gazy, plastry, maści przeciwdoleżynowe, środki przeciwbólowe i inne), wyżywienie i usługi socjalne, w tym pralnicze.

Autorzy przedstawili budżet w wysokości 40 000 zł przy założeniu, że potencjalny realizator zapewni wkład własny na poziomie 10%. Przyjąć zatem można, że budżet wynosić będzie 44 000 zł. Wnioskodawca nie podał jakichkolwiek kosztów jednostkowych. Z treści projektu wynika, że program dotyczyć będzie właściwie zakupu świadczeń gwarantowanych w ramach opieki paliatywno-hospicyjnej.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez American Public Health Association) można stwierdzić, że:

I. Program odnosi się do dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego, jakim jest pielęgnarska opieka długoterminowa w warunkach domowych. Według ekspertów wsparcie samorządu w finansowaniu opieki paliatywno-hospicyjnej jest inicjatywą pozwalającą na rozwój i dostępność opieki.

II. Dostępność działań programu dla beneficjentów – na podstawie informacji zawartych w Projekcie można stwierdzić, że działania będą łatwo dostępne dla beneficjentów. Autorzy zakładają przeprowadzenie akcji informacyjnej, co umożliwi dotarcie do grup potencjalnych odbiorców z informacją o założeniach i możliwościach realizacji Programu.

III. Skuteczność działań – Na podstawie wskazanych w projekcie interwencji oraz informacji dotyczących celów jak i oczekiwanych efektów można stwierdzić, że planowane działania będą skuteczne.

IV. W projekcie przedstawiono budżet jaki Gmina Nysa zamierza przeznaczyć na ten cel. Wynosi on 40 000 zł, zakłada się także udział 10% potencjalnego realizatora. Budżet całkowity wyniesie zatem 44 000 zł.

V. Projekt zakłada monitorowanie. Projekt zakłada ocenę zgłaszalności i efektywności programu oraz jakości świadczeń w programie. Należy jednak rozważyć włączenie do programu monitorowania stopnia satysfakcji pacjenta i jego rodziny/opiekunów ze sprawowanej opieki (np. za pomocą badania ankietowego).

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 „Działania wspierające - pielęgnacyjne dla osób z terenu Gminy Nysa objętych opieką paliatywną” realizowany przez: Gminę Nysa, AOTM-OT-441-190/2013, Warszawa, listopad 2013 r. i aneksu: Aneksu do raportów szczegółowych „Opieka długoterminowa i paliatywno-hospicyjna – wspólne podstawy oceny”, luty 2013 r.

Inne wykorzystane źródła danych, oprócz wskazanych w ww. raporcie:

1. Nie dotyczy.