

Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 82/2020 z dnia 17 listopada 2020 r.
**o projekcie programu polityki zdrowotnej „Działania wspierająco-
pielęgnacyjne dla osób objętych opieką paliatywną w latach 2021-2025”**
(miasto Nysa)

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Działania wspierająco-pielęgnacyjne dla osób objętych opieką paliatywną w latach 2021-2025” (miasto Nysa) pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia pacjentów i poprawy standardu opieki. Działania zaplanowane w ramach programu są zgodne z wytycznymi w przedmiotowym zakresie, a niektóre z nich będą stanowić wartość dodaną do świadczeń z przedmiotowego zakresu.

Aczkolwiek w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości warto uwzględnić poniższe uwagi:

- Cel główny i założenia szczegółowe wymagają przeformułowania. Mierniki efektywności należy zdefiniować tak, aby odpowiadały celom programu i umożliwiły jego ewaluację.
- Populacja docelowa programu i kryteria kwalifikacji do programu wymagają doprecyzowania w zakresie wskazania jednostek chorobowych kwalifikujących do udziału w programie zgodnie z uwagami w dalszej części opinii. Ponadto należy oszacować liczbę uczestników programu oraz zdefiniować kryteria wyłączenia.
- Odnosząc się do planowanych interwencji należy wskazać, że są one zgodne z wytycznymi. Niemniej ich opis wymaga uszczegółowienia.
- Monitorowanie i ewaluacja programu wymagają uzupełnienia zgodnie z uwagami przedstawionymi w dalszej części opinii, gdyż w zaproponowanej formie nie umożliwią kompleksowej oceny programu. Należy także zaznaczyć, że wyniki monitorowania i ewaluacji będą stanowić istotną część raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zatem zasadnym jest prawidłowe opracowanie tych elementów programu.
- Budżet programu należy uszczegółowić w zakresie wskazania kwoty przeznaczonej na pokrycie kosztów monitorowania i ewaluacji programu oraz kosztów jednostkowych planowanych interwencji.

Ponadto należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych w ramach NFZ u danego pacjenta. Warto podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi zapisami ustawowymi jednostki samorządu terytorialnego w celu zaspokajania

wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej. Całkowity budżet programu oszacowano na 250 tys. zł, zaś okres realizacji programu obejmuje lata 2021-2025.

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 2020 r., poz. 1398) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Opiniowany program realizuje następujące priorytety: „*zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi*”, „*poprawa jakości leczenia bólu oraz monitorowania skuteczności tego leczenia*”, „*rehabilitację*” należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

Opis problemu zdrowotnego przedstawiono w sposób zdawkowy. Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej korespondującej z wybranym problemem zdrowotnym w skali regionalnej. Nie odwołano się do map potrzeb zdrowotnych.

Na podstawie podsumowania map potrzeb zdrowotnych z 2017 r. w zakresie 30 grup chorób można stwierdzić, że rozkład pobyków paliatywno-hospicyjnych w warunkach domowych na 100 tys. ludności względem miejsca zamieszkania pacjenta nie był równomierny względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa kujawsko-pomorskie (232,0), lubuskie (202,8), warmińsko-mazurskie (184,7), najmniejszą województwa lubelskie (90,2), podkarpackie (89,3) oraz małopolskie (86,6). Zróżnicowany był także rozkład liczby pacjentów korzystających z pobyków paliatywno-hospicyjnych w warunkach stacjonarnych. Największą wartością wskaźnika liczby pacjentów na 100 tys. ludności charakteryzowały się województwa małopolskie (107,8), świętokrzyskie (107,4), podkarpackie (104,1), najmniejszą województwa łódzkie (68,8), mazowieckie (61,9) oraz zachodniopomorskie (46,4).

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „*poprawa jakości życia mieszkańców Gminy Nysa chorych, w chorobie wyniszczającej w fazie terminalnej, opieka i wsparcie dla ich rodzin*”. Należy podkreślić, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie określony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Zaproponowany cel główny składa się z dwóch odrębnych założeń. Cel dotyczący poprawy jakości życia jest sformułowany w sposób zbyt ogólny, co utrudnia prawidłowy dobór mierników efektywności. Natomiast cel dotyczący opieki i wsparcia dla ich rodzin został zdefiniowany w sposób nieprawidłowy, w postaci działania, a nie rezultatu jaki zamierza się osiągnąć w wyniku realizacji zaplanowanych działań. Zatem założenie główne programu wymaga przeformułowania.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- 1) „*zwalczanie bólu i innych uciążliwych objawów chorobowych*”,
- 2) „*łagodzenie bólu i cierpienia*”,

- 3) „pielęgnacja”,
- 4) „rehabilitacja ruchowa”,
- 5) „łagodzenie cierpień psychicznych i duchowych przez rehabilitację”,
- 6) „wspieranie oraz wspomaganie rodzin w czasie trwania choroby jak i w okresie osierocenia i żałoby”,
- 7) „łatwy i natychmiastowy dostęp dla każdej osoby, która wymaga opieki paliatywnej”,
- 8) „uczynienie godnym ostatniego okresu życia chorego”.

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. Wszystkie zaproponowane cele zostały sformułowane w sposób nieprawidłowy. Cele nr 1-6 i 8 stanowią działania, natomiast cel nr 7 nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Brak jest również wskazania wartości docelowych. Tym samym założenia szczegółowe programu wymagają korekty.

W projekcie programu określono następujące mierniki efektywności:

- 1) „zmniejszenie lub znaczne złagodzenie bólu co najmniej o 50% w 10-stopniowej skali bólu NRS”,
- 2) „zmniejszenie do akceptowanego poziomu przez pacjenta takich dolegliwości jak nudności, wymioty, zaparcia”,
- 3) „wyleczenie odleżyn”,
- 4) „osiągnięcie odpowiedniego poziomu edukacji przez rodziny uczestników programu”,
- 5) „usprawnienie fizyczne i psychiczne uczestników programu”.

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 a ich wartości powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej oraz po zakończeniu realizacji. Zaproponowane wskaźniki nie spełniają funkcji mierników efektywności, a swoją konstrukcją bardziej przypominają cele programu. Należy więc skorygować i uzupełnić ten element programu.

Reasumując, zarówno cel główny, cele szczegółowe, jak i mierniki efektywności wymagają przeformułowania zgodnie z powyższymi uwagami.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią chorzy mieszkańcy Gminy Nysa, którzy przebyli ostrą fazę leczenia szpitalnego i mają ukończony proces diagnozowania leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego oraz opiekunowie/rodzina chorych. W projekcie nie oszacowano wielkości populacji docelowej i informacja ta wymaga uzupełnienia. Należy zwrócić uwagę, że programy polityki zdrowotnej powinny mieć charakter działań populacyjnych, czyli umożliwiających objęcie działaniami znaczną część populacji docelowej. Brak wskazania chociażby zakresu możliwej do objęcia działaniami liczby uczestników stanowi znaczne ograniczenie projektu, szczególnie w kontekście zaspokajania potrzeb i uzupełniania świadczeń gwarantowanych, jak i oszacowania budżetu.

Kryteria włączenia do programu mają stanowić: zamieszkiwanie na terenie Gminy Nysa, posiadanie skierowania od lekarza rodzinnego lub posiadanie statusu pacjenta z oddziałów szpitalnych.

W Rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. 2013 poz. 1347 z późn. zm.) znajduje się wykaz jednostek chorobowych kwalifikujących do leczenia wraz z międzynarodową klasyfikacją ICD-10. Należy rozważyć pierwszeństwo włączenia do programu osób zmagających się z tymi schorzeniami. Warto zaznaczyć, że w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej znajduje się szereg schorzeń m.in. nowotwory, odleżyny, kardiomiopatie, zaburzenia układu nerwowego oraz HIV.

W treści projektu nie określono w sposób szczegółowy wykazu schorzeń, na podstawie których pacjenci będą kwalifikowani do udziału w programie. Zatem populacja docelowa programu tylko częściowo koresponduje z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi. Zgodnie z zaleceniami European Association for Palliative Care (EAPC 2010) opieka paliatywna powinna być dostępna dla wszystkich osób ze schorzeniami zagrażającymi życiu (niezależnie od rokowania, wieku, w dowolnym momencie choroby, gdy oczekiwania i/lub potrzeby takich chorych nie zostały spełnione i są gotowi przyjąć tego typu opiekę). Rekomendacje American Society of Clinical Oncology (ASCO 2016) oraz Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI 2013 wskazują, że pacjenci onkologiczni z zaawansowaną formą nowotworu powinni otrzymywać świadczenia specjalistyczne w zakresie opieki paliatywnej.

Kryteria wyłączenia z programu nie zostały określone, co należy uzupełnić.

Reasumując, populacja docelowa programu i kryteria kwalifikacji do programu wymagają uzupełnienia. Sugeruje się doprecyzowanie treści projektu w zakresie wskazania jednostek chorobowych kwalifikujących do udziału w programie zgodnie z powyższymi uwagami. Należy także oszacować liczbę uczestników programu oraz zdefiniować kryteria wyłączenia.

Interwencja

Zgodnie z treścią projektu interwencje zaplanowane w programie obejmują: świadczenia opieki paliatywno-hospicyjnej (leczenie farmakologiczne i dietetyczne, leczenie objawów somatycznych i bólu, leczenie tlenem, opieka psychologiczna, rehabilitacja, bezpłatne wypożyczanie wyrobów medycznych i środków pomocniczych), konsultację psychologiczną dla opiekunów i rodzin chorych oraz akcję informacyjną.

Wskazane interwencje opisano w sposób ogólny. Zgodnie z zapisami projektu świadczenia opieki paliatywno-hospicyjnej będą realizowane na oddziale stacjonarnym we współpracy z lekarzami medycyny paliatywnej, pielęgniarkami, fizjoterapeutą, psychologiem, duszpasterzem lub pracownikiem socjalnym. Świadczenia będą obejmować: leczenie farmakologiczne i dietetyczne, leczenie objawów somatycznych i bólu, leczenie tlenem, opiekę psychologiczną nad pacjentem i jego rodziną, rehabilitację oraz bezpłatne wypożyczanie wyrobów medycznych i środków pomocniczych.

Opis planowanych działań wymaga uszczegółowienia. Warto określić m.in.: miejsce świadczenia, personel odpowiedzialny za przeprowadzenie każdej przewidzianej interwencji.

Warto także podkreślić, że większość zaplanowanych działań znajduje się w zakresie świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych: świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy i pielęgniarki, leczenie farmakologiczne, leczenie bólu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, za pomocą leków dostępnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, leczenie innych objawów somatycznych, opieka psychologiczna nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, rehabilitacja oraz bezpłatne wypożyczanie przez hospicja domowe wyrobów medycznych. Zatem należy zwrócić

uwagę na ryzyko podwójnego finansowania świadczeń zdrowotnych i przedstawić w projekcie informację o tym jakie zabezpieczenia zostaną podjęte, aby nie doszło do tego typu sytuacji.

Ponadto warto zaznaczyć, iż zgodnie z ustawą o świadczeniach, na podstawie art. 9a i 9b, jednostki samorządu terytorialnego w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia (uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa), mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane.

Poza interwencjami zwiększającymi dostęp pacjenta do świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej w programie zaplanowano także objęcie wsparciem psychologicznym rodziny pacjentów oraz osoby, które utraciły swoich najbliższych. Warto zaznaczyć, że opinie ekspertów klinicznych oraz wnioski z przeglądów systematycznych (Hall 2011, José-Ramón 2012) wskazują na pozytywny wpływ prowadzenia wszelkich form wsparcia psychologicznego w poprawie jakości życia pacjentów i ich rodzin. W przypadku interwencji związanych ze wsparciem duszpasterskim należy podkreślić, że jest to zalecana forma dodatkowej opieki nad pacjentem w hospicjach.

Podsumowując, działania zaplanowane w ramach programu w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej są zgodne z aktualnymi rekomendacjami klinicznymi i opiniami ekspertów klinicznych w przedmiotowym zakresie. Niemniej należy doprecyzować zapisy projektu w odniesieniu do wszystkich zaplanowanych działań.

Monitorowanie i ewaluacja

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

Ocena zgłaszalności do programu ma zostać przeprowadzona na podstawie danych otrzymanych od realizatora programu dotyczących liczby osób objętych opieką paliatywno-hospicyjną. W ramach monitorowania zgłaszalności do programu należy analizować co najmniej: liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji. Powyższa kwestia wymaga uzupełnienia.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie nie została uwzględniona w projekcie, co należy doprecyzować. W tym celu zaleca się przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród pacjentów oraz rodzin/opiekunów poddanych interwencji za pomocą wystandaryzowanego kwestionariusza.

Zgodnie z treścią programu ewaluacja „będzie następować po każdym roku jego realizacji w postaci szczegółowego sprawozdania rzeczowo-finansowego. Sprawozdanie roczne stanowić będzie podstawę do analizy skuteczności oraz wniosku co do dalszego etapu realizacji w zakresie merytorycznym i budżetowym”. Jednakże w projekcie nie określono wskaźników niezbędnych do przeprowadzenia ewaluacji. Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności, odpowiadających wszystkim celom programu polityki zdrowotnej. Punkt ten wymaga uzupełnienia oraz wspomnianej powyżej korekty mierników efektywności zgodnie

z uwagami wskazanymi w niniejszej opinii, w części dotyczącej celów i mierników efektywności programu.

Warunki realizacji

Etapy programu zostały opisane w sposób ogólny. Wskazano jedynie pobieżny opis działań podejmowanych w ramach programu. Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy. Odniesiono się do warunków realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych, jednak punkt ten wymaga uzupełnienia. Należy także opisać sposób zakończenia udziału w programie.

Zaplanowano przeprowadzenie kampanii informacyjnej dotyczącej realizacji programu. W ramach tej akcji mieszkańcy uzyskają informacje na temat programu poprzez media, lokalną prasę, przychodnie i kościoły na terenie Gminy Nysa. Warto uzupełnić szczegóły tej akcji poprzez podanie np. konkretnych mediów, które zostaną wykorzystane, wyznaczenie osób przeprowadzających akcję czy określenie jej ram czasowych.

Całkowity budżet programu oszacowano na 250 000 zł (50 000 zł rocznie). W projekcie nie przedstawiono kosztów jednostkowych. Wskazano jedynie, że będą na nie składać się: zakup leków, materiałów medycznych, wyżywienie pacjentów, usługi pralnicze oraz koszt obsługi zadania publicznego, w tym usług telefonicznych, materiałów biurowych oraz środki czystości. W zaproponowanych kosztach nie wskazano realnego kosztu świadczenia usług i opieki nad pacjentem. Należy nadmienić, że finansowanie podanych powyżej kategorii powinno odbywać się w drodze podstawowego funkcjonowania placówki.

Podsumowując, należy oszacować koszty jednostkowe, a także koszt działań informacyjnych i administracyjnych. Kwota przeznaczona na sfinansowanie kosztów ewaluacji i monitorowania programu również powinna zostać określona.

Program będzie finansowany ze środków miasta Nysa. Zaznaczono, że miasto będzie starało się o dofinansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia. Wobec powyższego należy określić i opisać w programie jakie świadczenia i jakie interwencje będą finansowane ze środków pozostających w dyspozycji JST.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

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.

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 9 300 zgonów na każdy milion mieszkańców. Z tego około 1 700 zgonów związanych jest z chorobą nowotworową, a 6 500 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.

Alternatywne świadczenia

Aktualnie, osobom wymagającym opieki paliatywno-hospicyjnej przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. 2013 poz. 1347 z późn. zm.).

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

W ramach wyszukiwania odnaleziono wytyczne m.in. *American Society of Clinical Oncology* (ASCO 2016), *Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI 2013) oraz *European Association for Palliative Care* (EAPC 2010).

Zgodnie z wytycznymi ASCO 2016 pacjenci onkologiczni z zaawansowaną chorobą nowotworową powinni otrzymywać świadczenia specjalistyczne w zakresie opieki paliatywnej. Skierowanie pacjenta do zespołów interdyscyplinarnej opieki paliatywnej jest rozwiązaniem optymalnym, natomiast usługi świadczone w ramach danej opieki mogą stanowić uzupełnienie dotychczasowych programów postępowania medycznego/leczenia. Powyższe zalecenia określają, że zasadniczymi elementami opieki paliatywnej powinny być: budowanie porozumienia i relacji pacjent-opiekun/rodzina; postępowanie w zakresie objawów, stanu funkcjonalnego, niepokoju pacjenta (np. w przypadku bólu, duszności, zmęczenia, zaburzeń snu, zmienności nastroju, nudności itp.); eksplorowanie świadomości i zwiększanie wiedzy nt. choroby nowotworowej i rokowań; sprecyzowanie celów leczniczych; ocena i wsparcie strategii radzenia sobie (np. zapewnienie godnego leczenia), pomoc/wsparcie przy podejmowaniu decyzji dotyczących postępowania medycznego, koordynowanie współpracy z innymi świadczeniodawcami oraz kierowanie pacjenta do innych świadczeniodawców, jeśli to wskazane.

Wytyczne ICSI 2013 wskazują natomiast, że opieka hospicyjna powinna trwać od momentu zdiagnozowania poważnej choroby, w trakcie leczenia, aż do zgonu, a potem również w okresie osierocenia, o czym wspomniano w projekcie. Zwrócono również uwagę, że ocena psychologiczna, socjalna i duchowa powinny stanowić integralną część opieki paliatywnej.

Na podstawie rekomendacji EAPC 2010 stwierdza się, że opieka paliatywna nie może być zarezerwowana wyłącznie dla pacjentów, u których zdiagnozowano określone choroby, natomiast powinna być dostępna dla wszystkich osób ze schorzeniami zagrażającymi życiu (niezależnie od rokowania, wieku, w dowolnym momencie choroby, gdy oczekiwania i/lub potrzeby takich chorych nie zostały spełnione i są gotowi przyjąć tego typu opiekę).

Dodatkowo odnalezione rekomendacje (Rec 2003) wskazują, że 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. 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.

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

Odnalezione dowody naukowe wskazują, że wpływ interwencji stosowanych w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej zależy w szczególności od skutecznego komunikowania się personelu domu opieki i dostawców hospicyjnej opieki zdrowotnej (Hall 2011). Autorzy tej publikacji stwierdzają, że ze względu na holistyczne podejście opieki paliatywnej do pacjenta interwencje powinny obejmować złagodzenie objawów fizycznych, działania psychologiczne, złagodzenie 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. Refleksologia może zmniejszyć odczuwanie niepokoju i bólu, jednak jest to działanie krótkotrwałe (José-Ramón 2012).

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 (Janecki 2009).

Programy szkoleniowe dotyczące treningu zdolności komunikacyjnych pracowników służby zdrowia pracujących z chorymi na raka mogą być skuteczne w poprawie niektórych obszarów umiejętności komunikacyjnych personelu medycznego (Moore 2009).

Przeszkolenie personelu medycznego POZ w zakresie opieki paliatywnej może w istotny sposób poprawić jej jakość (de Walden-Gałaszko 2000).

Podsumowanie opinii ekspertów

Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych zapewnienie dostępu do opieki paliatywnej powinno być niezbędnym elementem systemu opieki zdrowotnej. 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.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r., poz. 1398), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.114.2020 „Działania wspierająco-pielęgnacyjne dla osób objętych opieką paliatywną w latach 2021-2025”, listopad 2020, Aneksu do raportów szczegółowych „Opieka długoterminowa oraz paliatywno-hospicyjna – wspólne podstawy oceny” z lutego 2013 r., raportu AOTMiT nr OT.441.274.2016 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 303/2020 z dnia 9 listopada 2020 roku o projekcie programu „Działania wspierająco-pielęgnacyjne dla osób objętych opieką paliatywną w latach 2021-2025” (miasto Nysa).