



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 11/2019 z dnia 15 stycznia 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki
Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019-2021 w przedmiocie
opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program Polityki Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019-2021 w przedmiocie opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki” 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. Działania zaplanowane w ramach programu są zgodne z wytycznymi w przedmiotowym zakresie, a niektóre z nich mogą stanowić wartość dodaną do świadczeń z przedmiotowego zakresu. Aczkolwiek w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości proszę uwzględnić poniższe uwagi.

Cele programowe należy przeformułować tak, aby były zgodne z zasadą SMART. Mierniki efektywności także wymagają doprecyzowania.

Populację docelową programu określono w sposób prawidłowy, jednakże nie oszacowano jej liczebności, co wymaga uzupełnienia.

W projekcie wskazano szczegółowy zakres interwencji, które mają być prowadzone w warunkach stacjonarnych i znajdują odzwierciedlenie w aktualnych wytycznych dotyczących opieki paliatywno-hospicyjnej. W ramach projektu przewidziano także działania edukacyjne i wsparcie psychologiczne. Zatem można uznać, że program zawiera kompleksowy i spójny zakres możliwych do podjęcia działań. Przy czym należy wskazać osobę odpowiedzialną za prowadzenie edukacji zdrowotnej.

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. Nie wskazuje się, że działania te powinny być finansowane w ramach programu polityki zdrowotnej.

Monitorowanie i ewaluacja programu wymagają doprecyzowania. Należy 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 ewaluacji i monitorowania programu.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej. Całkowity budżet programu oszacowano na 720 tys. zł, zaś okres realizacji programu obejmuje lata 2019-2021.

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

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 prawidłowy. W treści projektu programu odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej korespondującej z wybranym problemem zdrowotnym w skali globalnej, ogólnopolskiej i regionalnej. Na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie 30 grup chorób można stwierdzić, że rozkład pobytów 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). Również zróżnicowany był rozkład liczby pacjentów korzystających z pobytów 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

Celem głównym programu jest „poprawa jakości życia chorych cierpiących na choroby przewlekłe lub znajdujących się w stanie terminalnym i zmniejszenie o co najmniej 1 punkt odczuwalnego dyskomfortu bólowego w skali bólu NRS (Numerical Rating Scale)”. Zdefiniowano także 6 celów szczegółowych:

- „poprawa dostępności do fachowego wsparcia dla rodzin osób objętych opieką paliatywną, zarówno w okresie choroby, jak i osierocenia”,
- „redukcja bólu i innych objawów somatycznych oraz ich uśmierzenie w trakcie opieki paliatywnej”,
- „zmniejszenie do poziomu akceptowalnego przez pacjenta dolegliwości takich, jak: nudności, wymioty, zaparcia, występowanie odleżyn w trakcie realizacji usług opiekuńczych”,
- „zwiększenie skuteczności opieki poprzez złagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych w ramach programu”,
- „zwiększenie o 10% dostępności do bezpłatnych świadczeń opiekuńczych dla pacjentów objętych opieką paliatywną w latach 2019-2021”,
- „wzrost świadomości 30% pacjentów paliatywnych na temat leczenia objawowego, w tym leczenia bólu, poprzez działania edukacyjne w ramach programu”.

Przedstawione założenia programu nie są w pełni zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Drugi z celów szczegółowych stanowi powielenie celu głównego. Warto przy tym zaznaczyć, że cel główny jest rozbudowany i stanowi połączenie dwóch celów (poprawę jakości życia, zmniejszenie odczuwanego bólu). Zatem cele programowe wymagają doprecyzowania.

W programie przedstawiono 10 mierników efektywności:

- „skrócenie czasu oczekiwania na realizację usług opiekuńczych”,
- „skrócenie czasu oczekiwania na wizytę u psychologa/psychoonkologa dla rodzin pacjentów”,
- „liczba osób korzystających ze wsparcia psychologicznego”,
- „liczba pacjentów, u których uzyskano zmniejszenie bólu o co najmniej 1 punkt w skali NRS”,
- „liczba pacjentów, u których zmniejszyła się częstość dolegliwości, takich jak: nudności, wymioty, zaparcia, wyleżenie odleżyn”,
- „liczba osób z rodzin uczestników programu, rodziców/opiekunów dzieci, którzy uczestniczyli w zajęciach edukacyjnych”,
- „liczba osób z rodzin uczestników programu, rodziców/opiekunów dzieci, u których uzyskano wzrost wiedzy po zajęciach edukacyjnych”,
- „liczba łóżek dostępnych dla pacjentów w stanie terminalnym w latach 2019, 2020 i 2021”,
- „liczba pacjentów, u których uzyskano usprawnienie fizyczne podczas trwania programu”,
- „liczba uczestników programu, u których nastąpiła poprawa stanu psychicznego”.

Jednakże dwa pierwsze mierniki nie zostały sformułowane w sposób prawidłowy, gdyż stanowią bardziej działanie niż narzędzie służące do jego pomiaru. W przypadku ww. mierników poprawny będzie wskaźnik ilościowy sformułowany jako czas oczekiwania na ww. świadczenia. Ponadto należy pamiętać, że mierniki powinny odpowiadać wszystkim celom programu. Należy zaznaczyć, że zgodnie z definicją mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mając na uwadze powyższe element programu dotyczący mierników efektywności należy uszczegółwić.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy Gminy Miasta Marki posiadający dokumentację medyczną stwierdzającą nieuleczalną, postępującą, ograniczającą życie chorobę nowotworową i nienowotworową, zgodnie z wykazem do Rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej lub dodatni wyniki badania diagnostycznego przeprowadzonego podczas wizyty kwalifikacyjnej do programu.

Natomiast w projekcie nie oszacowano liczebności populacji docelowej programu, co 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 obejmują: zamieszkiwanie na terenie Gminy Miasta, posiadanie skierowania od lekarza potwierdzającego występowanie u pacjenta wskazań do objęcia opieką paliatywną i/lub hospicyjną lub też dodatni wynik badania diagnostycznego wykonywanego podczas wizyty kwalifikacyjnej oraz zgoda na udział w programie.

Należy zaznaczyć, że w załącznikach do ww. 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. Populacja docelowa

programu jest zatem zgodna z wytycznymi American Society of Clinical Oncology (ASCO 2016) oraz Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI 2013), które stwierdzają, że pacjenci onkologiczni z zaawansowaną formą nowotworu powinni otrzymywać świadczenia specjalistyczne w zakresie opieki paliatywnej. Zalecenia European Association for Palliative Care (EAPC 2010) wskazują, że 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).

Biorąc pod uwagę treść projektu, populację docelową programu i kryteria kwalifikacji do programu zostały określone poprawnie. Jednakże należy oszacować liczbę adresatów programu.

Interwencja

W projekcie zaplanowano realizację szeregu interwencji zarówno w warunkach stacjonarnych, jak i domowych.

Należy podkreślić, że zakres zaplanowanych interwencji w zdecydowanej większości jest tożsamy ze świadczeniami gwarantowanymi ze środków publicznych.

Biorąc pod uwagę zapisy odnoszące się do planowanych interwencji można stwierdzić, że program ma na celu zwiększenie dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, co potwierdzają także opinie ekspertów klinicznych w przedmiotowym zakresie. Należy jednak wskazać, że projekt programu powinien ograniczać możliwość uczestnictwa w programie osób, które mają udzielane omawiane świadczenia w ramach NFZ, co należy uwzględnić np. w kryteriach kwalifikacji do programu.

Wytyczne Rec 2003 wskazują, że świadczenia z zakresu opieki paliatywnej powinny proponować szeroki zakres usług, takich jak opieka domowa, hospitalizacje na oddziałach specjalistycznych i ogólnych, oddziały pobytu dziennego, korzystanie z opieki ambulatoryjnej w poradniach, pomoc w wypadkach nagłych oraz opiekę wyręczającą. Ponadto rekomendacje kliniczne 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. Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej powinny być kompletne i odpowiednie do systemu opieki zdrowotnej i kultury narodowej oraz uwzględniać zmieniające się potrzeby i preferencje chorego. W projekcie wskazano, że leczenie bólu będzie odbywać się zgonie z obecnymi wytycznymi.

Podsumowując, działania zaplanowane w ramach programu w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej są zgodne z aktualnymi rekomendacjami klinicznymi w przedmiotowym zakresie.

Poza interwencjami zwiększającymi dostęp pacjenta do świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej zaplanowano także działania edukacyjne w zakresie opieki nad pacjentem, wsparcie psychologiczne oraz przygotowanie do odejścia członka rodziny. Spotkania mają trwać 5 godzin i być prowadzone raz na kwartał. Jednakże nie określono kto będzie odpowiedzialny za prowadzenie działań edukacyjnych, co wymaga uzupełnienia.

Warto zaznaczyć, że wytyczne Rec 2003, opinie ekspertów klinicznych, czy też wnioski z przeglądów systematycznych Hall 2011 oraz José-Ramón 2012 wskazują na pozytywny wpływ prowadzenia wszelkich form wsparcia psychologicznego w poprawie jakości życia pacjentów i ich rodzin.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że zgodnie z art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, przy uwzględnieniu regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stanu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane na podstawie umowy ze świadczeniodawcą. Biorąc pod uwagę powyższe, nie ma konieczności przygotowywania w tym zakresie programu polityki zdrowotnej.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

W ramach oceny zgłaszalności poprawnie zaplanowano analizę „liczby zgód na udział w programie, wykonanych poszczególnych świadczeń i liczby uczestników działań edukacyjnych, a także liczby osób które nie wezmą udziału w programie”. W ramach oceny zgłaszalności należy monitorować m.in.: liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być przeprowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji wśród pacjentów oraz rodzin/opiekunów, co stanowi podejście prawidłowe.

Ocena efektywności programu wymaga uzupełnienia zgodnie z uwagami wskazanymi w części niniejszej opinii, dotyczącej celów i mierników efektywności programu. Ponadto należy pamiętać, że ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających wszystkim celom programu polityki zdrowotnej.

Warunki realizacji

Realizatorem programu będzie podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. W projekcie odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych podmiotu realizującego program.

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Zaplanowano przeprowadzenie kampanii informacyjnej dotyczącej realizacji programu.

Całkowity budżet programu oszacowano na 60 000 (20 000 zł rocznie). Wskazano koszty jednostkowe świadczeń (w hospicjum domowym dla dzieci i młodzieży – 89 zł, w hospicjum domowym dla osób dorosłych - 45 zł oraz w hospicjum stacjonarnym dla dzieci i młodzieży/osób dorosłych – 342 zł). Łączny koszt świadczeń w ramach opieki paliatywno-hospicyjnej ma wynosić 17 tys. zł rocznie. Koszt działań informacyjnych i administracyjnych, działań edukacyjnych oraz psychologicznych oszacowano na 1 tys. zł rocznie w odniesieniu do każdej ww. kategorii kosztów. W kosztorysie powinna zostać także określona kwota, przeznaczona na sfinansowanie kosztów ewaluacji i monitorowania programu.

Wskazano, że program zostanie sfinansowany z budżetu Gminy Miasta Marki.

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 stających 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.

Z opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce (ok. 500 ośrodków, większość stanowią hospicja domowe) korzysta ok. 90 tys. chorych, przede wszystkim z zaawansowaną chorobą nowotworową. Opieki paliatywno-hospicyjnej wymaga ok. 200 tys. chorych rocznie. Rocznie umiera 2 300 dzieci z chorobami ograniczającymi życie wymagającymi opieki paliatywno-hospicyjnej, podczas gdy z opieki tej korzysta ok. 30%.

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

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 formą nowotworu 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, dystresu/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 dot. postępowania medycznego, koordynowanie współpracy z innymi świadczeniodawcami oraz kierowanie pacjenta do innych świadczeniodawców, jeśli to wskazane.

Natomiast wytyczne ICSI 2013 wskazują, 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.

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 publikacji stwierdzają, że 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 (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-Gałuszko 2000).

Zgodnie z opiniami eksperckimi 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 ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: OT.441.215.2018 „Program Polityki Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019-2021 w przedmiocie opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki” realizowany przez: Gminę Miasto Marki, Warszawa, styczeń 2019, Aneksu do raportów szczegółowych: „Opieka długoterminowa oraz paliatywno-hospicyjna – wspólne podstawy oceny” z lutego 2013 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 12/2019 z dnia 14 stycznia 2019 roku o projekcie programu „Program Polityki Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019-2021 w przedmiocie opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki”.