



Opinia

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 257/2014 z dnia 14 listopada 2014 r.

o projekcie programu „Świadczenie usług pielęgnacyjnych i pielęgniarskich oraz działalność rewalidacyjna i usprawniająca ruchowo w środowisku domowym osób chorych, niepełnosprawnych, samotnych i starszych” gminy Nysa

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu „Świadczenie usług pielęgnacyjnych i pielęgniarskich oraz działalność rewalidacyjna i usprawniająca ruchowo w środowisku domowym osób chorych, niepełnosprawnych, samotnych i starszych” gminy Nysa, pod warunkiem uszczegółowienia, na co przeznaczone miałyby być dodatkowe środki.

Uzasadnienie

Nie jest to typowy projekt programu zdrowotnego i wobec tego nie w pełni standardowych kryteriów zalecanych przez AOTM w ocenie programów zdrowotnych. Projekt ten dotyczy jednak sprawy niezwykle ważnej, potrzebnej i powszechnie niedocenianej – mianowicie zapewnienia opieki osobom samotnym, starszym i umierającym w warunkach domowych. Każda inicjatywa samorządów lokalnych zmierzająca do poprawienia jakości i standardu życia u schyłku życia zasługuje na aprobatę i poparcie.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego Gminy Nysa w zakresie opieki pielęgniarskiej długoterminowej w warunkach domowych. Programem mają zostać objęci wszyscy mieszkańcy miasta i gminy Nysa w pierwszej kolejności program dotyczyć będzie osób samotnych, starszych, przewlekłe i terminalnie chorych oraz tych, którzy mają utrudniony dostęp do placówek służby zdrowia z powodu niepełnosprawności lub ciężkiej sytuacji socjalnej i finansowej – ok. 450 pacjentów. Program ma być realizowany w latach 2015 – 2020. Polegać ma na zakupie świadczeń gwarantowanych realizowanych przez pielęgniarską opiekę długoterminową domową.

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 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 życia⁵.

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. 200.000 chorych rocznie. Rocznie umiera 2300 dzieci z chorobami ograniczającymi życie wymagającymi OPH, podczas gdy z opieki tej korzysta ok. 30%.

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:

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 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%5.

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 pogotowia 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.
- Przeszkolenie personelu medycznego POZ w zakresie opieki paliatywnej może w istotny sposób poprawić jej jakość.

Wnioski z oceny projektu programu Gminy Nysa:

Przesłanego do oceny dokumentu autorstwa Dyrektora Caritas Diecezji Opolskiej Rejon Nysa, ks. Eugeniusza Magierowskiego nie można traktować jako typowego programu zdrowotnego. Nie zawiera on jasno zdefiniowanej populacji, która byłaby prawidłowo oszacowana, oraz w dokumencie nie wskazano interwencji jakie mają być zastosowane wśród uczestników programu. Wydaje się, że przedmiotem oceny jest dofinansowanie działalności Caritasu Diecezji Opolskiej w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Z treści projektu nie wynika jednak co dokładnie i w jakim zakresie ma być sfinansowane. Z kosztorysu wynika jedynie, że finansowanie programu planuje się ze środków finansowych w ramach umowy z opolskim oddziałem NFZ oraz wsparciem finansowym ze strony samorządu Miasta i Gminy Nysa w ramach środków pozyskanych z konkursu ofert na świadczenie usług pielęgniarskich i pielęgniarskich.

Warto zaznaczyć, że według danych z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku w Nysie dwa podmioty miały podpisane kontrakty z NFZ w zakresie świadczeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej: Grupowa Praktyka pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych „Nadzieja” na kwotę 76 445,18 zł oraz Zakład pielęgniarstwa rodzinnego „Ambi-Med.” na kwotę 28 995,38 zł.

W projekcie zdefiniowano problem zdrowotny. Celem głównym programu jest poprawa jakości i skuteczności opieki nad osobami chorymi, niepełnosprawnymi, samotnymi i starszymi oraz wydłużenie do maksimum ich pobytu w domu. 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 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 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.

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.

W treści projektu znajduje się informacja, że finansowanie programu planuje się ze środków finansowych w ramach umowy z opolskim oddziałem NFZ oraz wsparciem finansowym ze strony samorządu Miasta i Gminy Nysa w ramach środków pozyskanych z konkursu ofert na świadczenie usług pielęgnacyjnych i pielęgniarskich. Nie wiadomo jaka kwota ma być pokryta ze środków NFZ, a jaka ze środków Miasta i Gminy Nysa. Nie wiadomo także co dokładnie i w jakim zakresie zaoferowane zostanie beneficjentom w ramach programu. Wydaje się, że przedstawione w tym miejscu informacje dotyczą wszystkich kosztów funkcjonowania danego ośrodka zajmującego się udzielaniem świadczeń pielęgniarskich w warunkach domowych. Do tak przygotowanego kosztorysu nie można się odnieść. Prawdopodobnie

skonstruowany budżet powinien dokładnie zawierać informacje o kosztach ponoszonych jedynie w ramach działań zawartych w programie.

Według danych z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku w Nysie dwa podmioty miały podpisane kontrakty z NFZ w zakresie świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej: Grupowa Praktyka pielęgniarek środowiskowo-rodziny „Nadzieja” na kwotę 76 445,18 zł oraz Zakład pielęgniarstwa rodzinnego „Ambi-Med.” na kwotę 28 995,38 zł.

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 pielęgniarstwo długoterminowe 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 – nie wskazano dokładnie jakie interwencje zawierać będzie program.
- IV. W projekcie przedstawiono budżet jaki potrzebny będzie w latach 2015 – 2020 na realizację opieki pielęgniarstwa w warunkach domowych łącznie ze kontraktami NFZ
- V. Projekt zakłada monitorowanie. Projekt zakłada ocenę zgłaszalności i efektywności programu. 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, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: AOTM-OT-441-194/RR/2014 „Świadczenie usług pielęgnacyjnych i pielęgniarstwa oraz działalność rewalidacyjna i usprawniająca ruchowo w środowisku domowym osób chorych, niepełnosprawnych, samotnych i starszych” realizowany przez: Gminę Nysa, Warszawa, listopad 2014 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Opieka długoterminowa i paliatywno-hospicyjna – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, luty 2013.