



Wstępna ocena modelu wzmocnionej domowej opieki paliatywnej w warunkach polskich przez Grupę Ekspertów Międzynarodowego Projektu Zintegrowanej Oceny Technologii Zdrowotnych (INTEGRATE-HTA)*

Wojciech Leppert, Andrzej Stachowiak, Magdalena Krzyżak–Jankowicz,
Robert Jankowicz, Łukasz Przysło, Marcin Janecki, Jolanta Gałęza

Konferencja „Opieka Paliatywna 2016”

Warszawa, 7 kwietnia 2016

<DISCLAIMER: The sole responsibility for the content of this presentation lies with the authors. It does not necessarily reflect the opinion of the European Union. The European Commission is not responsible for any use that may be made of the information contained therein.>



* This project is co-funded by the European Union under the Seventh Framework Programme (Grant Agreement No. 306141)



Wstęp

- Projekt INTEGRATE-HTA:
 - Cel = adaptacja i rozwój koncepcji i metod HTA (ocena technologii medycznych), aby umożliwić zintegrowaną ocenę zagadnień kompleksowych technologii związanych z opieką paliatywną
 - Ocena HTA
 - Efektywności, ekonomicznych, socjo-kulturowych, etycznych i prawnych zagadnień opieki paliatywnej
 - Preferencje chorych
 - Kontekst, miejsce opieki, implementacja modelu

Cel oceny zastosowania modelu

- Zdobyć wiedzę na temat stopnia do jakiego dana interwencja może być implementowana w danym kraju i czy byłaby także efektywna
 - Poprzez ocenę czynników kontekstu, które mogą wpłynąć na implementację
 - Pragmatyczne podejście, kiedy np. brak czasu na przeprowadzenie własnego HTA w danym kraju
 - Potrzeba uzyskania szybkiej odpowiedzi

Badanie pilotażowe oceny zastosowania modelu HTA

- Testowany obszar: wzmocniona domowa opieka paliatywna Polsce (r)-HBPC
- Testowanie konsultacji ekspertów dla zastosowania HTA
 - Przeprowadzono poprzez wywiad telefoniczny (z 2 ekspertami: praktykiem i nauczycielem akademickim) w Niemczech i Wielkiej Brytanii
 - W Polsce: panel eksperów (dyskusja): spotkanie 9 ekspertów – 6 lekarzy, 2 pielęgniarki i 1 pracownik socjalny

Badanie pilotażowe oceny zastosowania modelu HTA

- Testowany obszar: wzmocniona domowa opieka paliatywna Polsce (r)-HBPC w oparciu o ramy CICI (kontekst i implementacja kompleksowych interwencji):
 - Pozwala na identyfikację czynników, które wpływają na implementację (wdrożenie) interwencji negatywnie lub pozytywnie:
 - 8 domen kontekstu: geograficzne, lokalizacyjne, epidemiologiczne, socjo-kulturowe, socjo-ekonomiczne, etyczne, prawne i polityczne
 - 4 domeny implementacji: dotyczące personelu, organizacja/struktura, finanse i polityka

Program panelu ekspertów

- Wstęp, przedstawienie celu spotkania
- Ocena możliwości wdrożenia modelu (r)HBPC: pytanie ogólne i szczegółowe grupy czynników wpływu
- Ocena ekspertów dotycząca przydatności spotkania i dyskusji

Model wzmocnionej domowej opieki paliatywnej

Reinforced home-based palliative care (r)HBPC

- Definicja:
 - “Opieka paliatywna zapewniana w domach chorych, która obejmuje wsparcie psychosocjalne opiekunom pacjentów (najczęściej osobie z rodziny, która opiekuje się chorym). “(INTEGRATE-HTA)
- Czy w Polsce istnieje taki rodzaj opieki paliatywnej?
- Jak wygląda sytuacja w Polsce?

Część ogólna

- Swobodne wypowiedzi ekspertów dotyczące modelu (r)HBPC („burza mózgów”)

Część ogólna (I)

- Jaki rodzaj czynników może wpływać na implementację modelu (r)HBPC w Polsce?
 - Eksperci przedstawili szereg czynników, które mogą wpływać na (r)-HBPC
 - Przykłady: brak pracownika socjalnego w wielu zespołach, niedostateczne finansowanie Poradni i Oddziałów, niedostateczna edukacja przed-dyplomowa na Uniwersytetach Medycznych
 - Podjęte środki/rozwiązania
 - Zwiększenie liczby pracowników socjalnych
 - Poprawa finansowania
 - Rozwój akademickiej opieki paliatywnej

Część szczegółowa

- Moderator prowadzący dyskusję przedstawił poszczególne rodzaje czynników, które mogą wpływać na wdrożenie modelu (r)HBPC
- Eksperti wskazywali czynniki, które wydają się istotne i mogą sprzyjać lub utrudniać implementację (r)HBPC i proponują rozwiązania problemów

Ocena zastosowania modelu (II)

- Jakie geograficzne czynniki mogą pozytywnie lub negatywnie wpłynąć na implementację (r)HBPC w Polsce?
 - Różnice w dostępie do opieki w dużych miastach (większe) i na terenach wiejskich (mniejsze)
 -
- Podjęte środki/rozwiązania
- Zachęty finansowe dla personelu do pracy w mniejszych ośrodkach

Ocena zastosowania modelu (II)

- Jakie lokalizacyjne czynniki mogą pozytywnie lub negatywnie wpłynąć na implementację (r)HBPC w Polsce?
 - Różne modele opieki w różnych częściach kraju, np. w Województwie Opolskim liczne ośrodki Caritasu
 - Podjęte środki/rozwiązania
 - Optymalne modele opieki w różnych regionach kraju

Ocena zastosowania (II)

- Jakie epidemiologiczne czynniki mogą pozytywnie lub negatywnie wpłynąć na implementację (r)HBPC iw Polsce?
 - Ograniczony dostęp do opieki chorych ze schorzeniami innymi niż nowotwór, np. pacjenci z niewydolnością nerek
- Podjęte środki/rozwiązania
- Zmiana kryteriów kwalifikacji chorych do opieki, umożliwienie dostępu na podstawie potrzeb chorych, niezależnie od rozpoznania

Ocena zastosowania (II)

- Jakie socjo-kulturalne czynniki mogą pozytywnie lub negatywnie wpłynąć na implementację (r)HBPC w Polsce?
 - Ograniczona wiedza społeczeństwa czym zajmuje się opieka paliatywna
- Podjęte środki/rozwiązania
- Edukacja społeczeństwa za pośrednictwem mediów

Ocena zastosowania (II)

- Jakie socjo-ekonomiczne czynniki mogą pozytywnie lub negatywnie wpłynąć na implementację (r)HBPC w Polsce?
 - **Większe obciążenie opieką kobiet**
- **Podjęte środki/rozwiązania**
- **Większe zaangażowanie mężczyzn w opiekę**

Ocena zastosowania (II)

- Jakie polityczne czynniki mogą pozytywnie lub negatywnie wpłynąć na implementację (r)HBPC w Polsce?
 - Złe funkcjonowanie NFZ
- Podjęte środki/rozwiązania
- Rozwiązanie NFZ?
- Inne źródła finansowania?

Ocena zastosowania (II)

- Jakie prawne czynniki mogą pozytywnie lub negatywnie wpłynąć na implementację (r)HBPC w Polsce?
 - Krótki czas zwolnienia z pracy przeznaczony na opiekę nad chorym, brak wsparcia finansowego rodzin/opiekunów
- Podjęte środki/Rozwiązania?
- Wydłużenie czasu opieki, wsparcie finansowe rodzin i opiekunów przy długotrwałej opiece uniemożliwiającej podjęcie pracy zawodowej

Ocena zastosowania (II)

- Jakie etyczne czynniki mogą pozytywnie lub negatywnie wpłynąć na implementację (r)HBPC w Polsce?
 - DNR – brak regulacji prawnych, niedostateczna świadomość chorych w tym zakresie
 - Znaczna rola sedacji w trudnych objawach i bolesnych procedurach higienicznych – bywa mylona z „powolną eutanazją”
- Podjęte środki/rozwiązania
- Edukacja w zakresie DNR i sedacji

Ocena zastosowania (II)

- Jakie czynniki ze strony personelu mogą pozytywnie lub negatywnie wpłynąć na implementację (r)HBPC w Polsce?
 - Niedostateczna edukacja podyplomowa (wystarczy ukończony jeden kurs dla lekarzy)
- Podjęte środki/rozwiązania
- Zwiększenie wymagań dotyczących pracy w opiece paliatywnej, poprawa edukacji

Ocena zastosowania (II)

- Jakie organizacyjne czynniki mogą pozytywnie lub negatywnie wpłynąć na implementację (r)HBPC w Polsce?
 - Znaczna liczba jednostek opieki domowej
 - Ograniczona liczba specjalistów
 - Ograniczenia w refundacji części leków np. opioidów w bólu nienowotworowym
- Podjęte środki/rozwiązania
- Optymalizacja sposobu kształcenia specjalistów, zmiany w refundacji leków

Ocena zastosowania (II)

- Jakie finansowe czynniki mogą pozytywnie lub negatywnie wpłynąć na implementację (r)HBPC w Polsce?
 - Sposób finansowania jednakowy dla wszystkich chorych
 - Brak stopni referencji jednostek
- Podjęte środki/Rozwiązania?
- Zmiana sposobu finansowania, wdrożenie opracowania dla AOTMiT, wprowadzenie stopnia referencji jednostek

Ocena zastosowania (II)

- Jakie polityczne (policy) czynniki mogą pozytywnie lub negatywnie wpłynąć na implementację (r)HBPC w Polsce?
 - Brak priorytetu, jakim powinna być opieka paliatywna w programach ochrony zdrowia
- Podjęte środki/rozwiązania
- Współpraca z parlamentarzystami

Ograniczenia ustaleń Panelu Ekspertów

- Uczestnicy panelu mogli być niereprezentatywni
- Jedno, kilkugodzinne spotkanie
- Ograniczenia metodologiczne („burza mózgów”)
- Brak opinii chorych i opiekunów, jednak poprzednie spotkanie było z udziałem rodzin pacjentów
- Ograniczona wiedza w zakresie HTA uczestników panelu

Podsumowanie (1)

- Uczestnicy panelu ekspertów wypowiedzieli się pozytywnie na temat jego potrzeby i przydatności
- Model (r)HBPC możliwy do wprowadzenia po uwzględnieniu proponowanych zmian, zwłaszcza w zakresie organizacji i finansowania opieki

Podsumowanie (2)

- Celowe opracowanie optymalnego modelu opieki paliatywnej w Polsce, który powinna cechować:
 1. Skuteczność: uwzględnienie preferencji, zaspokojenie potrzeb chorych i rodzin.
 2. Wykonalność: możliwości organizacyjne i ekonomiczne.
 3. Przykłady: rozwój podstawowej opieki paliatywnej w ramach POZ i konsultacje specjalistów medycyny paliatywnej w szpitalach

Podziękowania dla dra Andrzeja Stachowiaka i
mgr Jolanty Gałęza z Domu Sue Ryder w
Bydgoszczy za pomoc w organizacji Panelu i
wszystkim Ekspertom za poświęcony czas i udział
w spotkaniu



Radboudumc



UiO : **University of Oslo**

UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

www.integrate-hta.eu

INTEGRATE-HTA

This project is co-funded by the European Union under the Seventh Framework Programme (Grant Agreement No. 306141)



Dziękuję Państwu za uwagę!