

Wstęp i cele

Nawet 90% opieki nad pacjentami w ostatnich 12 miesiącach ich życia odbywa się w warunkach domowych. Definicja opieki paliatywnej zakłada możliwość realizacji interwencji w zakresie medycyny paliatywnej przez zespoły podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Lekarze POZ dysponują szeroką wiedzą o pacjentach, ich rodzinach, warunkach życiowych, oczekiwaniach co do efektów leczenia. Łącząc ją z wiedzą i umiejętnościami w obszarze interwencji z zakresu medycyny paliatywnej są w stanie zapewnić wysoką jakość życia u pacjentów wymagających opieki paliatywnej. Celem pracy było zbadanie kluczowych elementów interwencji w zakresie medycyny paliatywnej realizowanych w warunkach POZ. Praca poddała analizie stosowanie leków opioidowych, komunikację z pacjentem, stosowanie kryteriów kierowania pacjentów do opieki paliatywnej w POZ. Analizie poddano współpracę lekarzy POZ i lekarzy opieki paliatywnej. Celem pracy było ustalenie potrzeby edukacyjnych lekarzy POZ i uzupełnienie dyskusji o podnoszeniu kompetencji lekarzy POZ oraz rozwoju współpracy między POZ, a opieką paliatywną.

Metodologia

Badanie oparto o autorskie, anonimowe ankiety online przeprowadzone w metodologii Computer-Assisted Web Interview (CAWI), skierowane do lekarzy POZ oraz lekarzy pracujących w opiece paliatywnej. Badanie przeprowadzono zgodnie z protokołem CHERRIES (Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys). Dystrybucja odbyła się w okresie od 10 czerwca 2020 roku do 10 czerwca 2023 roku. Ankiety były otwarte, ich wypełnienie nie było obowiązkowe i nie oferowano żadnych korzyści za ich wypełnienie. Badanie przeprowadzono zgodnie z Deklaracją Helsińską, za zgodą Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Wyniki

W badaniu udział wzięło 744 lekarzy POZ oraz 336 lekarzy opieki paliatywnej. W zakresie niekorzystnego rokowania 63% badanych lekarzy POZ zadeklarowało, że samodzielnie podejmuje się udzielenia takich informacji pacjentowi. 15-procentowa grupa lekarzy POZ informuje rodzinę pacjenta o stanie jego zdrowia i rokowaniu pod nieobecność chorego i bez jego zgody. 40% badanych przekazuje informacje rodzinie za „dorożumianą zgodą” pacjenta. Wykazano, że wraz ze wzrostem stażu pracy samodzielność w zakresie komunikacji negatywnego rokowania początkowo wzrasta (do 5 lat pracy), a następnie systematycznie maleje ($p=0,005$). Ocena dostępności do świadczeń opieki paliatywnej znacząco różni się między lekarzami POZ i opieki paliatywnej. 70% z lekarzy POZ negatywnie ocenia dostęp do opieki paliatywnej. Natomiast ponad 60% lekarzy opieki paliatywnej wysoko ocenia dostęp do świadczeń opieki paliatywnej. Lekarze POZ nie są

zgodni co do etapu choroby pacjenta, na którym należy obejmować go opieką paliatywną (46% - niezależne od stopnia zaawansowania choroby, a kolejne 45% - gdy choroba nie daje nadziei na wyleczenie). 66% badanych lekarzy POZ stwierdziło, że kieruje swoich pacjentów do opieki paliatywnej zawsze, gdy widzi taką potrzebę. Jednak jedynie co piąty potrafi prawidłowo wskazać jednostki chorobowe umożliwiające to skierowanie. Niecałe 35% skierowań od lekarzy POZ do opieki paliatywnej cechuje wysoka (ponad 80-procentowa) trafność. POZ jest dopiero trzecim co do częstości źródłem ruchu pacjentów w opiece paliatywnej. W zakresie deklaracji lekarze POZ podali, iż dobierają leki przeciwbólowe zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic między podgrupami lekarzy. Deklaratywna wiedza nie wytrzymuje jednak próby obiektywizacji. Ponad 40% badanych lekarzy POZ nie podejmuje próby przeliczenia dawki leku opioidowego (rotacji), a ponad 30% wykonuje to przeliczenie błędnie. Niecałe 10% lekarzy stosujących w swojej praktyce dwa najczęściej wskazywane opioidy (tramadol, buprenorfinę) poprawnie przelicza dawki opioidów. Prawie 73% lekarzy nie podjęło próby dostosowania dawki morfiny celem zapewnienia adekwatnego leczenia pomimo jasno opisanych ku temu wskazań klinicznych. Tylko 3,7% respondentów stosuje terapię doustną morfiną. Najlepiej wypada wiedza z zastosowania leków z grupy koanalgetyków.

Wnioski

Lekarze POZ deklarują wiedzę w obszarze interwencji w zakresie medycyny paliatywnej, jednak nie stosują właściwie rekomendacji w zakresie włączania i stosowania terapii bólu. Nadmiernie pozytywnie oceniają swoją wiedzę i umiejętności w tym obszarze, co wskazuje na potrzebę wsparcia edukacyjnego. Konieczne jest także wsparcie w podejmowaniu decyzji o kierowaniu do opieki paliatywnej i zapewnienie kanałów komunikacji z lekarzami opieki paliatywnej, dla optymalnego kierowania pacjentów. W obszarze przekazywania informacji o złym rokowaniu wraz ze wzrostem stażu pracy maleje samodzielność badanych - wymagają oni wsparcia. Specjalizacja, długość stażu zawodowego, tygodniowy czas pracy i posiadana specjalizacja nie wpływają na wiedzę i umiejętności lekarzy POZ w zakresach: stosowania leków z II i III stopnia drabiny analgetycznej, miareczkowania leków opioidowych, rotacji leków opioidowych oraz zasad kierowania pacjentów do opieki paliatywnej (brak istotności statystycznej). Właściwe byłoby więc jednolite adresowanie programów edukacyjnych w edukacji ustawicznej lekarzy POZ w powyższych obszarach.

Streszczenie w języku angielskim

Introduction and Objectives

Up to 90% of care for patients in the last 12 months of their life takes place at home. The definition of palliative care allows for the implementation of interventions in the field of

palliative medicine by primary health care (PHC) teams. PHC doctors possess extensive knowledge about patients, their families, living conditions, and expectations regarding treatment outcomes. By combining this with knowledge and skills in the field of palliative care interventions, they are able to ensure a high quality of life for patients requiring palliative care. The aim of this study was to examine the key elements of interventions in the field of palliative medicine carried out in PHC conditions. The study analyzed the use of opioid drugs, communication with the patient, and the application of criteria for referring patients to palliative care in PHC. The cooperation between PHC doctors and palliative care doctors was also examined. The aim of the study was to determine the educational needs of PHC doctors and to supplement the discussion on enhancing the competencies of PHC doctors and the development of cooperation between PHC and palliative care.

Methodology

The study was based on proprietary, anonymous online surveys conducted using the Computer-Assisted Web Interview (CAWI) methodology, targeted at PCPs and palliative care physicians. The study was conducted in accordance with the CHERRIES protocol (Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys). The distribution took place from June 10, 2020, to June 10, 2023. The surveys were open, not mandatory, and no benefits were offered for completing them. The study was conducted in accordance with the Helsinki Declaration (approved by the Bioethics Committee of the Medical University of Wrocław).

Results

744 PCPs and 336 palliative care physicians participated in the study. Regarding providing an unfavorable prognosis, 63% of the surveyed primary care physicians declared that they independently undertake to provide such information to the patient. A group of 15% PCPs informs the patient's family about the patient's health status and prognosis in the patient's absence and without their consent. 40% of respondents share information with the family under the "implied consent" of the patient. It was shown that as work experience increases, independence in communicating negative prognosis initially increases (up to 5 years of work), and then systematically decreases ($p=0.005$). The assessment of access to palliative care services significantly varies between PCPs and palliative care doctors. 70% of PCPs negatively assess the access to palliative care, whereas over 60% of palliative care doctors rate the access to palliative care services highly. PCPs do not agree on the stage of the patient's disease at which they should be included in palliative care (46% - regardless of the stage of disease advancement, and another 45% - when the disease offers no hope of cure). 66% of the surveyed PCPs stated that they refer their patients to palliative care whenever they see such a need. However, only every fifth one can correctly indicate the disease

entities allowing for such referral. Less than 35% of referrals from PCPs to palliative care are highly accurate (over 80-percent accuracy). Primary care itself is only the third most frequent source of patient flow in palliative care. In the scope of declarations, PCPs stated that they select analgesic drugs according to current medical knowledge. No statistically significant differences were shown between subgroups of physicians. However, declarative knowledge does not withstand the test of objectification. Over 40% of surveyed PCPs do not attempt to recalculate the dose of opioid medication (rotation), and another over 30% perform this recalculation incorrectly. Less than 10% of physicians using the two most commonly indicated opioids (tramadol, buprenorphine) correctly recalculate opioid doses. Almost 73% of physicians did not attempt to adjust the morphine dose to ensure adequate treatment despite clearly described clinical indications for doing so. Only 3.7% of respondents use oral morphine therapy. The best knowledge is in the use of drugs from the coanalgesic group.

Conclusions

PCPs declare knowledge in the area of palliative medicine interventions in primary care. However, they do not properly follow the recommendations for initiating and managing pain therapy. They overly positively self-assess their knowledge and skills in this area and require educational support. Support is also necessary in making decisions about referring to palliative care and ensuring communication with palliative care physicians, for optimal patient referral. In the area of communicating information about poor prognosis, independence decreases with increasing work experience. PHC doctors require support. Specialization, length of professional tenure, weekly working hours, and holding a specialization do not affect the knowledge and skills of PCPs in the areas of using level II and III analgesic ladder drugs, titrating opioid medications, rotating opioid drugs, and principles of referring patients to palliative care (lack of statistical significance). Therefore, addressing uniform educational programs in continuing education for PCPs in these areas would be appropriate.