

MEDYCYNĄ PALIATYWNĄ

Bez opieki paliatywnej

Rozmawiała Marta Koblańska

Rozmowa z dr hab. n. med. Aleksandrą Ciałkowską-Rysz, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, kierownik Zakładu Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

| Polska medycyna paliatywna została wysoko oceniona w „Atlasie opieki paliatywnej w Europie”. Czym jest ten dokument?

To publikacja przygotowywana przez Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej cyklicznie od 2007 r., w której przedstawiane są wyniki oceny sytuacji opieki paliatywnej w poszczególnych krajach. W pierwszym dokumencie z 2007 r. Polska znalazła się na 5. miejscu w Europie pod względem rozwoju opieki paliatywnej, jednak ówczesny ranking oparty był jedynie na analizie ilościowej, w której brano pod uwagę liczbę ośrodków medycyny paliatywnej w danym kraju. Dokument opublikowany w 2019 r. przedstawia zestaw 51 raportów krajowych, w których dokonano analizy ilościowej danych dotyczących liczby jednostek opieki paliatywnej, edukacji z zakresu medycyny paliatywnej, dostępu do leków przeciwbólowych, oraz polityk krajowych i integracji



”

Sposób zorganizowania domowej opieki paliatywnej należy traktować jako innowację, którą polska opieka paliatywna wniosła do ogólnego rozwoju nie tylko tej dziedziny medycyny, ale także systemów opieki nad pacjentami z ciężkimi schorzeniami przebywającymi w domach

Fot. Marcin Stepien/Agencja Gazeta

opieki paliatywnej z systemem opieki zdrowotnej danego kraju. W tej wieloparametrowej analizie Polska znalazła się na 7. miejscu w Europie. Warto dodać, że pod względem dostępu do domowej opieki paliatywnej znaleźliśmy się na miejscu pierwszym.

| Co oznacza miejsce w rankingu?

Chodzi o stopień zaawansowania rozwoju tej dziedziny w danym kraju, czyli o to, jak szeroka jest oferta opieki paliatywnej dla ogółu społeczeństwa oraz jaki jest dostęp do specjalistów i leków. Według tego ostatniego parametru Polska

Ludzie umierają w bólu

znalazła się daleko, ale ranking nie w pełni odaje sytuację. Dlaczego? Oceniano w nim zużycie leków opioidowych, jednak brano pod uwagę tylko wybrane leki, na przykład w zestawieniu uwzględniono zużycie kodeiny, która w Polsce wykorzystywana jest głównie jako lek przeciwkaszlowy, oraz hydromorfonu, leku u nas niedostępnego, nie uwzględniono natomiast tramadolu i buprenorfiny, które są bardzo popularne w naszym kraju. Dlatego nie można powiedzieć, że raport w pełni odzwierciedla sytuację w danym kraju pod względem dostępności leków i efektywności leczenia bólu.

| Z jakiego powodu tak się stało?

Wydaje się, że brano pod uwagę dostępność najbardziej popularnych na świecie leków opioidowych, takich jak morfina, oksykodon, hydromorfon czy fentanyl. Ta część raportu obejmuje cały świat, a wiadomo, że w różnych rejonach korzysta się z różnych leków. To może tłumaczyć, dlaczego Polska znalazła się tak daleko w rankingu – mamy swoją specyfikę dotyczącą stosowanych preparatów. Choć wiadomo także, że w kwestii efektywności leczenia bólu mamy jeszcze wiele do zrobienia.

| Jak wypada ocena pod względem ilości zużytych leków?

Pod tym względem sytuacja jest zróżnicowana. Są miejsca, gdzie zużycie jest nadmierne, w USA mówi się o epidemii nadużywania opioidów. Na drugim krańcu są kraje, w których nadal nie ma dostępu do jakichkolwiek leków opioidowych. Nawiązując do sytuacji Polski, chciałabym zwrócić uwagę, że opioidy nie tylko są wykorzystywane w medycynie paliatywnej, ale mają też szerokie zastosowanie w innych rodzajach bólu niż nowotworowy. W naszym kraju w zakresie dostępności opioidów nie ma barier prawnych. Dostęp chorych na raka do szerokiego panelu nowoczesnych leków opioidowych w różnych postaciach jest bardzo dobry. Niestety w Polsce refundacja większości leków opioidowych obejmuje jedynie chorych na raka, a pacjenci ze stwardnieniem zanikowym bocznym, stwardnieniem rozsianym

i wieloma innymi chorobami za większość nowoczesnych leków opioidowych muszą płacić z własnej kieszeni.

| Czym różni się opieka paliatywna w Polsce od opieki w innych krajach?

Głównym celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia pacjentów chorujących na postępujące, ograniczające życie choroby oraz ich rodzin. Wysoką pozycję w rankingu polska medycyna paliatywna zawdzięcza dobrze rozwiniętej opiece domowej. Organizacja domowej opieki paliatywnej w Polsce jest uważana za modelową. Sposób zorganizowania domowej opieki paliatywnej zarówno dla pacjentów dorosłych, jak i dzieci należy traktować jako innowację, którą polska opieka paliatywna wniosła do ogólnego rozwoju nie tylko tej dziedziny medycyny, ale także systemów opieki nad pacjentami z ciężkimi schorzeniami przebywającymi w domach. Ukształtowała się ona na bazie ruchu społecznego. U jej podstaw leżą inicjatywy lokalne, często podejmowane w małych miejscowościach na zasadzie wolontariatu, choć obecnie prawie wszystkie hospicja domowe mają kontrakty z NFZ. Przez lata taka forma opieki była uważana za najtańszą, ponieważ w jej zakres wchodziły właściwie jedynie koszty osobowe. To się zmieniło, gdyż obecnie koszty osobowe są znacznie wyższe. Dlatego stoimy w obliczu kryzysu w związku z rosnącymi kosztami pracy i niedoborem kadr.

Jednak największym problemem mamy w opiece stacjonarnej. Od lat dostęp do niej był zróżnicowany terytorialnie. Te różnice nadal się pogłębiają. Liczba łóżek opieki paliatywnej powoli rośnie, jednak największe tempo wzrostu obserwujemy w województwach o największej wyjściowej liczbie łóżek. Na przykład w województwie świętokrzyskim w przeliczeniu na jednego mieszkańca jest ich trzy razy więcej niż w zachodniopomorskim.

| Czyli taryfa powinna ulec zmianie?

Zdecydowanie tak. Powinna wzrosnąć, ponieważ coraz bardziej odczuwalny jest brak środków finansowych. Wcześniejsza wycena była przygotowywana w 2015 r., a więc 5 lat temu, i niestety wówczas przyjęto mniej korzystną opcję wyceny. Tak jak wspomniałam, koszty osobowe bardzo wzrosły, a w opiekę nad pacjentem leżącym zaangażowanych jest wiele osób.

| Jak resort zdrowia podchodzi do tych problemów?

Niestety nasze propozycje zmian przez długi czas nie były nawet dyskutowane, tymczasem sprawa jest pilna, więc prace nad nową taryfą powinny

”

W Polsce refundacja większości leków opioidowych obejmuje jedynie chorych na raka, a pacjenci ze stwardnieniem zanikowym bocznym, stwardnieniem rozsianym i wieloma innymi chorobami za większość nowoczesnych leków opioidowych muszą płacić z własnej kieszeni

rozpocząć się natychmiast. My jesteśmy otwarci na każdy rodzaj współpracy.

| Jakiś czas temu NIK kontrolowała oddziały medycyny paliatywnej. Co wykazała ta kontrola?

Jeśli chodzi o kontrolowane hospicja, wyniki są generalnie pozytywne. W wielu hospicjach pacjent otrzymuje więcej niż obowiązkowe minimum, szczególnie w placówkach prowadzonych przez organizacje pozarządowe. Jednakże kontrola NIK wykazała, że system nie zapewnił dostępu do odpowiedniej jakości świadczeń z zakresu opieki paliatywnej wszystkim obywatelom, a ograniczenia mają charakter wielowymiarowy. Dotyczą zawężenia listy chorób kwalifikujących do objęcia opieką, limitowania świadczeń, nierówności w dostępie do opieki w zależności od miejsca zamieszkania. Zwrócono także uwagę, że działania ministra zdrowia na rzecz poprawy jakości i dostępności opieki paliatywnej były nieskoordynowane i fragmentaryczne.

| Co znaczy – na przykładzie innych krajów – brak opieki paliatywnej?

Tam gdzie nie ma opieki paliatywnej, sytuacja wygląda tragicznie. Od kilkunastu lat współpracujemy z wieloma krajami Azji czy byłego Związku Radzieckiego, w których prowadziliśmy szkolenia. Na początku w niektórych z nich w ogóle nie było opieki paliatywnej. W większości dostęp do leków opioidowych nadal jest ograniczony. Nie dość, że nie ma opieki paliatywnej – nie ma też właściwego leczenia bólu, nie ma opieki domowej, więc pacjent w domu ma ograniczony dostęp do leków. W szpitalach zaś dostępna jest jedynie morfina z ograniczeniem dawki dobowej.

| Z czego to wynika? Z braku funduszy czy z podejścia do tej dziedziny?

Nie chodzi tylko o finanse. W niektórych krajach podaż opioidów podlega nie resortowi zdrowia, ale innemu urzędowi. Tak jest w wielu krajach byłego Związku Radzieckiego. Pozytywne zmiany można zaobserwować na przykład na Ukrainie. Kilkanaście lat temu, gdy pojechaliśmy tam po raz pierwszy, z leków opioidowych była jedynie morfina, dostępna w warunkach stacjonarnych. Obecnie pacjenci mogą korzystać również w domu z tabletek morfiny. Zmiany postępują, ale odbywa się to bardzo wolno. Trzeba jednak mieć świadomość, że w wielu krajach dostęp do leków opioidowych jest ograniczony, a termin „opieka paliatywna” jest nieznanym ogółowi społeczeństwa. ■

”

W wielu krajach dostęp do leków opioidowych jest ograniczony, a termin „opieka paliatywna” jest nieznanym ogółowi społeczeństwa