

## Analiza przyczyn przyjęcia oraz przebiegu hospitalizacji w jednostce stacjonarnej opieki paliatywnej na podstawie hospitalizacji na Oddziale Medycyny Paliatywnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM w Łodzi w latach 2012–2013

*The analysis of reasons for admission and course of hospitalization in the stationary unit of palliative care using the example of Palliative Medicine Department in the University Clinical Hospital Military Memorial Medical Academy, Lodz in years 2012–2013*

Anna Zasowska-Nowak, Aleksandra Ciałkowska-Rysz

Pracownia Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

### Streszczenie

**Wstęp:** Oddział medycyny paliatywnej zapewnia pacjentom świadczenia medyczne wynikające z choroby podstawowej, a także związane z chorobami współistniejącymi. Częstość występowania chorób przewlekłych i nowotworowych wzrasta wraz z wiekiem, a ich współistnienie może być przyczyną przedłużających się hospitalizacji oraz zwiększania ich kosztów.

**Cel pracy:** Analiza rodzaju i częstości występowania chorób nowotworowych i schorzeń współistniejących, wskazań do hospitalizacji i jej przebiegu, określenie potrzeb w zakresie konsultacji specjalistycznych oraz struktury wiekowej pacjentów jednostki stacjonarnej opieki paliatywnej.

**Materiał i metody:** Retrospektywną analizą objęto dane uzyskane z dokumentacji medycznej wszystkich chorych ( $n = 348$ ) hospitalizowanych na Oddziale Medycyny Paliatywnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM w Łodzi w latach 2012–2013.

**Wyniki:** U 99,4% pacjentów wskazaniem do hospitalizacji była choroba nowotworowa, najczęściej przewodu pokarmowego (30,5%) oraz układu oddechowego (17,0%). Dwieście czterdzieści osób (69%) miało więcej niż 65 lat. Pacjenci zgłaszali 1–10 schorzeń współistniejących (średnio  $2 \pm 2$ ), wśród których dominowało nadciśnienie tętnicze (35,9%), choroba niedokrwienna serca (23,9%) i cukrzyca typu 2 (18,7%). Liczba chorób przewlekłych korelowała pozytywnie z wiekiem ( $r = 0,4, p < 0,001$ ). Średni czas hospitalizacji wynosił  $16,7 \pm 16,6$  dnia. Nowotwór złośliwy mózgu, płeć żeńska oraz wiek  $\geq 65$ . roku życia były czynnikami ryzyka hospitalizacji dłuższej niż 28 dni ( $p < 0,05$ ).

**Wnioski:** Wśród pacjentów hospitalizowanych na oddziale medycyny paliatywnej przeważały osoby w wieku powyżej 65 lat, u których częściej występowały choroby przewlekłe, a ich liczba była wyższa niż w młodszej grupie wiekowej. Podeszły wiek jest czynnikiem ryzyka przedłużającej się hospitalizacji. Wycena kosztów leczenia w opiece paliatywnej powinna uwzględniać konieczność leczenia schorzeń współistniejących, przeprowadzenia specjalistycznych konsultacji i wykonywanie badań dodatkowych.

**Słowa kluczowe:** opieka paliatywna, choroby współistniejące, podeszły wiek.

### Abstract

**Introduction:** Palliative medicine department provides patients with medical care referred to main and concomitant diseases. The frequency of chronic and cancer diseases increases with patients' age. Their coexistence can result in prolonged hospitalization and its high cost.

**Aim of the study:** The age structure, types and frequency of concomitant diseases, reasons for admission and a course of hospitalization of patients admitted to the stationary unit of palliative care were analyzed.

**Material and methods:** Retrospective analysis covered data obtained from all ( $n = 348$ ) patients hospitalized in Palliative Medicine Department in University Clinical Hospital Military Memorial Medical Academy in Lodz in years 2012–2013.

**Results:** Ninety-nine coma four percent of patients were admitted with a diagnosis of cancer disease, mainly of digestive (30.5%) and respiratory (17.0%) tracts. Two hundred forty patients (69%) were  $\geq 65$  years old. Patients suffered from 1 to 10 concomitant diseases (mean  $2 \pm 2$ ). The most common were: hypertension (35.9%), ischemic heart disease (23.9%) and type 2 diabetes mellitus (18.7%). Its number correlated positively with the age ( $r = 0.4, p < 0.001$ ). The mean duration of hospitalization was  $16.7 \pm 16.6$  days. Brain cancer, female sex and the age  $\geq 65$  years old were the risk factors for hospitalization  $> 28$  days ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** Concomitant diseases occurred more frequently in elderly than in younger patients. The age  $\geq 65$  years is the risk factor for prolonged hospitalization. The treatment's cost evaluation in the palliative medicine unit should take into consideration the necessity of concomitant diseases' treatment, specialistic consultations arranged and additional diagnostic conducted.

**Key words:** palliative care, concomitant diseases, elderly.

Adres do korespondencji

Anna Zasowska-Nowak, Pracownia Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Ciołkowskiego 2, 93-510 Łódź, e-mail: anna.zasowska-nowak@umed.lodz.pl

## WSTĘP

Opieka paliatywna jest formą opieki sprawowanej nad pacjentem z zagrażającą życiu, nieuleczalną chorobą, mającą na celu poprawę jakości życia pacjenta oraz jego rodziny. Powyższy cel osiągnięty jest poprzez zapobieganie cierpieniu oraz jego wczesną identyfikację, dzięki ocenie i leczeniu bólu, a także innych zgłaszanych przez pacjenta i jego rodzinę problemów somatycznych, socjalnych, psychologicznych i duchowych [1]. Oddział medycyny paliatywnej stanowi formę stacjonarnej opieki paliatywnej. Zlokalizowany najczęściej w wysokospecjalistycznym szpitalu zapewnia pacjentowi wszechstronną opiekę, umożliwiając kontrolę objawów choroby trudnych do opanowania w warunkach domowych oraz przeprowadzenie zabiegów wymagających warunków szpitalnych [2]. W wielu przypadkach oddział medycyny paliatywnej jest miejscem, które zapewnia godne warunki życia i umierania chorym niemającym odpowiednich warunków w domu [2]. Warunkiem przyjęcia na oddział medycyny paliatywnej jest występowanie u pacjenta choroby nowotworowej lub choroby wywołanej przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV), stanów będących następstwem chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego, układowych zaników pierwotnych zajmujących ośrodkowy układ nerwowy oraz kardiomiopatii, niewydolności oddechowej oraz owrzodzeń odleżynowych [3]. Tak duże zróżnicowanie chorób będących wskazaniem do objęcia opieką paliatywną warunkuje szerokie spektrum pogarszających jakość życia objawów zgłaszanych przez pacjentów. Spośród wskazań do hospitalizacji na oddziale medycyny paliatywnej najczęściej wymienia się objawy somatyczne o nasileniu niemożliwym do opanowania w warunkach pozaszpitalnych, terminalną fazę choroby podstawowej oraz niewydolność opiekunów w zakresie sprawowania ciągłej opieki medycznej nad

chorym (opieka wyręczająca). Skierowanie na oddział wystawione może być przez każdego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Kwalifikacja do przyjęcia na oddział medycyny paliatywnej dokonywana jest przez lekarza zatrudnionego w tej jednostce. Podczas hospitalizacji na oddziale medycyny paliatywnej pacjent ma zapewnioną nie tylko opiekę lekarską i pielęgniarską, leczenie farmakologiczne bólu i innych objawów wynikających z choroby podstawowej, lecz także zapoznanie w niezbędne wyroby medyczne oraz wykonanie koniecznych badań laboratoryjnych i obrazowych [3]. W związku z tym, że częstość występowania chorób nowotworowych rośnie z wiekiem, podobnie jak częstość występowania przewlekłych schorzeń internistycznych i neurologicznych, do jednostek stacjonarnej opieki paliatywnej trafiają pacjenci obciążeni wieloma problemami zdrowotnymi [4]. Zwrócenie uwagi na współistnienie dodatkowych schorzeń jest szczególnie istotne, gdyż nakłady finansowe na opiekę paliatywną są niewystarczające, zwłaszcza w zakresie opieki stacjonarnej, w której zgodnie z obowiązującymi przepisami pacjentowi należy zapewnić niezbędne leki [4]. W wielu przypadkach konieczne jest wykonanie dodatkowych badań diagnostycznych oraz konsultacji specjalistycznych, które wynika nie tylko z choroby podstawowej, lecz także ze schorzeń współistniejących.

## CELE PRACY

1. Określenie struktury wiekowej pacjentów oddziału medycyny paliatywnej wraz z identyfikacją schorzeń będących wskazaniem do hospitalizacji oraz współistniejących chorób przewlekłych, ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku podeszłym.
2. Analiza wskazań do hospitalizacji, czasu jej trwania oraz określenie potrzeb pacjentów oddziału

medycyny paliatywnej w zakresie przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych.

## MATERIAŁ I METODY

### Pacjenci

W przeprowadzonym badaniu dokonano retrospektywnej analizy danych pochodzących z dokumentacji medycznej wszystkich pacjentów przyjętych na Oddział Medycyny Paliatywnej USK im. WAM w Łodzi od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2013 r. Kryterium włączenia do badania stanowiło przyjęcie pacjenta, który ukończył 18. rok życia, na Oddział w powyższym przedziale czasowym. Ostatecznej analizie poddano przyczyny hospitalizacji, współwystępowanie chorób przewlekłych, liczbę i powody przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych a także czas trwania oraz zakończenie hospitalizacji. Uzyskane dane poddano analizie i przedstawiono z zastosowaniem statystyki opisowej.

### Analiza statystyczna

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej przy użyciu programu komputerowego STATISTICA 10.0. (StatSoft Polska). Wyniki przedstawiono w postaci średniej i odchylenia standardowego (średnia  $\pm$  SD) oraz mediany (Me). Do oceny istotności statystycznej różnic pomiędzy badanymi grupami zastosowano test zgodności  $\chi^2$  oraz test *U* Manna-Whitneya. Analizę związku korelacyjnego pomiędzy poszczególnymi zmiennymi przeprowadzono za pomocą analizy korelacji Spearmana. Dla wszystkich badanych zmiennych poziom istotności konieczny do odrzucenia hipotezy zerowej przyjęto dla  $p < 0,05$ .

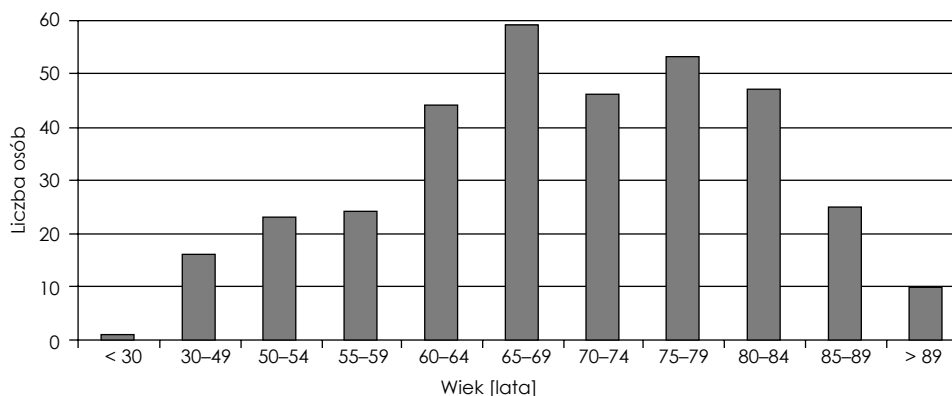
## WYNIKI

Grupę badaną stanowiło 348 osób. Średni wiek grupy badanej wynosił  $70,0 \pm 12,1$  roku, przedział

27–97 lat (Me = 70). Kobiety ( $n = 182$ , średni wiek  $70,0 \pm 13,2$  roku, Me = 71) stanowiły 52,3% grupy badanej, natomiast mężczyźni ( $n = 166$ , średni wiek  $70,0 \pm 10,7$  roku, Me = 69,5) – 47,7% grupy badanej. Aż 69% osób z grupy badanej ukończyło 65. rok życia (114 mężczyzn i 126 kobiet). Strukturę wiekową grupy badanej przedstawiono na rycinie 1.

Pacjenci z chorobą nowotworową ( $n = 346$ ) stanowili 99,4% hospitalizowanych osób. Osoby z innymi rozpoznaniem ( $n = 2$ ) stanowiły 0,6% grupy badanej (stwardnienie zanikowe boczne, owrzodzenie odleżynowe). Wśród nowotworów złośliwych u pacjentów oddziału medycyny paliatywnej dominowały nowotwory złośliwe oskrzela lub płuca (16,7%) oraz jelita grubego i odbytnicy (14,1%). Nowotwory złośliwe o nieokreślonym umiejscowieniu stanowiły 10,1% rozpoznania. W grupie mężczyzn najczęstsze lokalizacje nowotworu to drogi oddechowe (22,3%), gruczoł krokowy (12,7%), a następnie jelito grube i odbytnica (11,5%). W grupie kobiet dominowały nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy (16,5%), żeńskich narządów płciowych (14,8%) oraz sutka (12,1%). Nowotwory złośliwe o nieokreślonym umiejscowieniu stanowiły 12,1% rozpoznania w grupie mężczyzn oraz 8,2% w grupie kobiet. Szczegółowe dane dotyczące częstości występowania poszczególnych chorób nowotworowych i nienowotworowych w grupie badanej przedstawiono w tabeli 1.

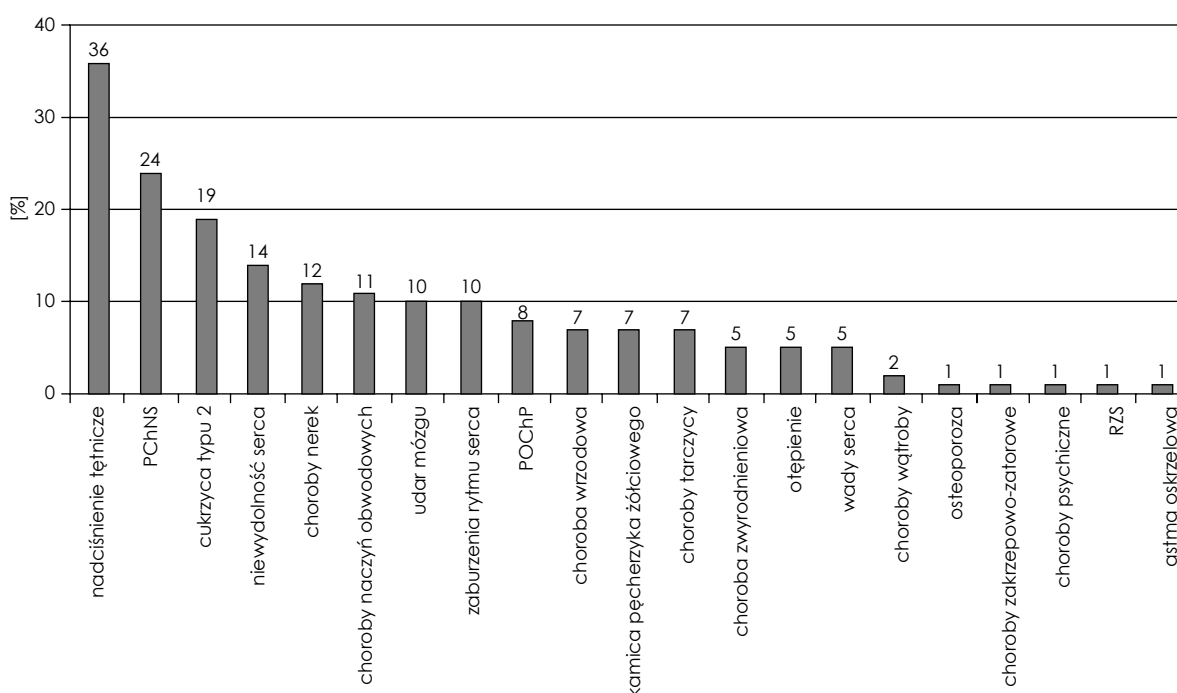
U 231 hospitalizowanych pacjentów (66,4%) stwierdzono występowanie chorób przewlekłych, wśród których dominowały: nadciśnienie tętnicze, przewlekła choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typu 2, niewydolność serca, choroby nerek i naczyń obwodowych (ryc. 2.). Stwierdzono częstsze występowanie chorób współistniejących z nowotworami w grupie osób w wieku  $\geq 65$ . roku życia ( $p = 0,001$ ; ryc. 3.). Liczba chorób współistniejących korelowała pozytywnie z wiekiem pacjentów ( $r = 0,4$ ,  $p < 0,001$ ; ryc. 4.). Wykazano częstsze występowanie nadciśnienia tętniczego ( $p = 0,001$ ), przewlekłej choroby niedokrwiennej serca ( $p = 0,001$ ), cukrzycy typu 2 ( $p = 0,001$ ), niewydolności serca ( $p = 0,005$ ), cho-



Ryc. 1. Struktura wiekowa grupy badanej

**Tabela 1.** Wskazania do hospitalizacji na oddziale medycyny paliatywnej

Rozpoznanie (wg ICD 10)	Razem	%	M	%	K	%
Choroby nowotworowe	346	99,4	166	100	180	98,9
oskrzele i płuco (C34)	59	16,7	37	22,3	21	11,5
jelito grube i odbytnica (C18-20)	49	14,1	19	11,5	30	16,5
przełyk i żołądek (C15-16)	28	8,0	15	9,0	13	7,1
trzustka, wątroba, drogi żółciowe (C22-25)	28	8,0	12	7,2	16	8,8
żeńskie narządy płciowe (C51-57)	27	7,8	–	–	27	14,8
głowa i szyja (C01-14 oraz C32)	27	7,8	14	8,4	13	7,1
układ moczowy (C64-67)	26	7,5	15	9,0	11	6,1
sutek (C50)	22	6,3	–	–	22	12,1
gruczoł krokowy (C61)	21	6,0	21	12,7	–	–
ośrodkowy układ nerwowy (C71)	9	2,6	5	3,0	4	2,2
układ krwiotwórczy (C81-92)	5	1,4	4	2,4	1	0,6
nieokreślona lokalizacja	35	10,1	20	12,1	15	8,2
inne umiejscowienie	10	3,1	4	2,4	7	3,9
Choroby nienowotworowe	2	0,6	0	0	2	1,1
Razem	348	100	166	100	182	100

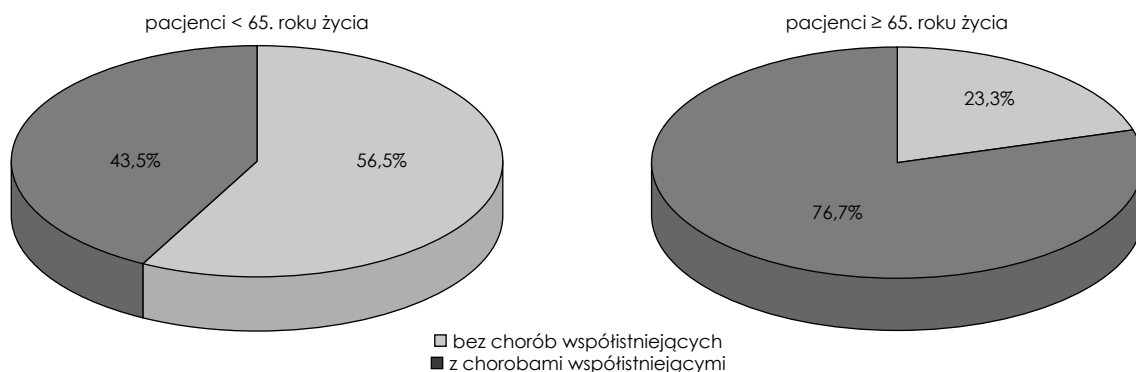


**Ryc. 2.** Częstość występowania poszczególnych chorób przewlekłych w grupie badanej

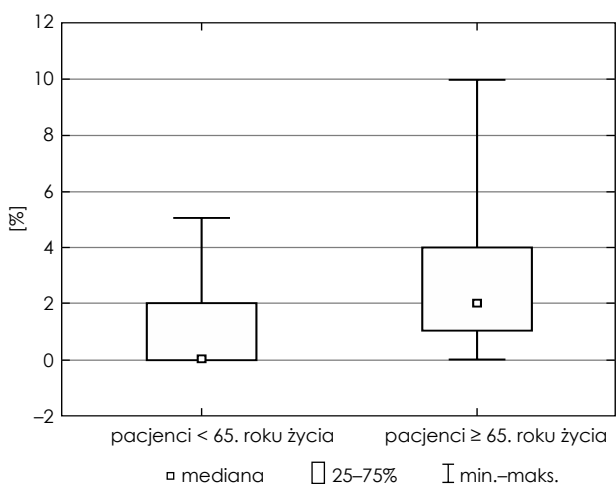
PChNS – przewlekła choroba nerek i serca; POChP – przewlekła obturacyjna choroba płuc; RZS – reumatoidalne zapalenie stawów

rób naczyń obwodowych ( $p = 0,001$ ), zaburzeń rytmu serca ( $p = 0,005$ ), stanów po udarze mózgu ( $p = 0,005$ ) oraz choroby zwyrodnieniowej stawów ( $p = 0,01$ ) u osób w wieku podeszłym względem osób w wieku poniżej 65. roku życia (ryc. 5).

Najczęstszą przyczyną hospitalizacji na oddziale medycyny paliatywnej były nasilone objawy choroby podstawowej (93,4%). Ciężki stan ogólny i niewydolność rodziny w zakresie sprawowania ciągłej opieki nad pacjentem były przyczyną 6,6% hospitali-



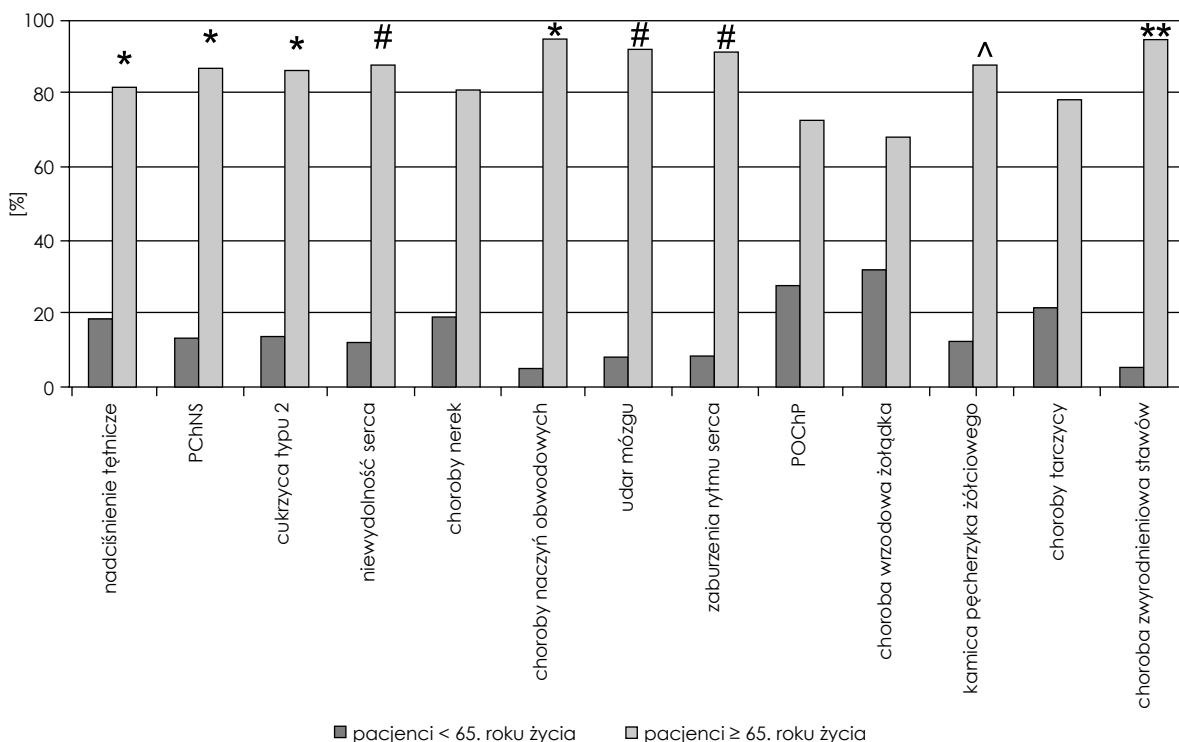
Ryc. 3. Częstość występowania chorób współistniejących w poszczególnych grupach wiekowych



Ryc. 4. Liczba chorób współistniejących u pacjentów w poszczególnych grupach wiekowych ( $p < 0,001$ )

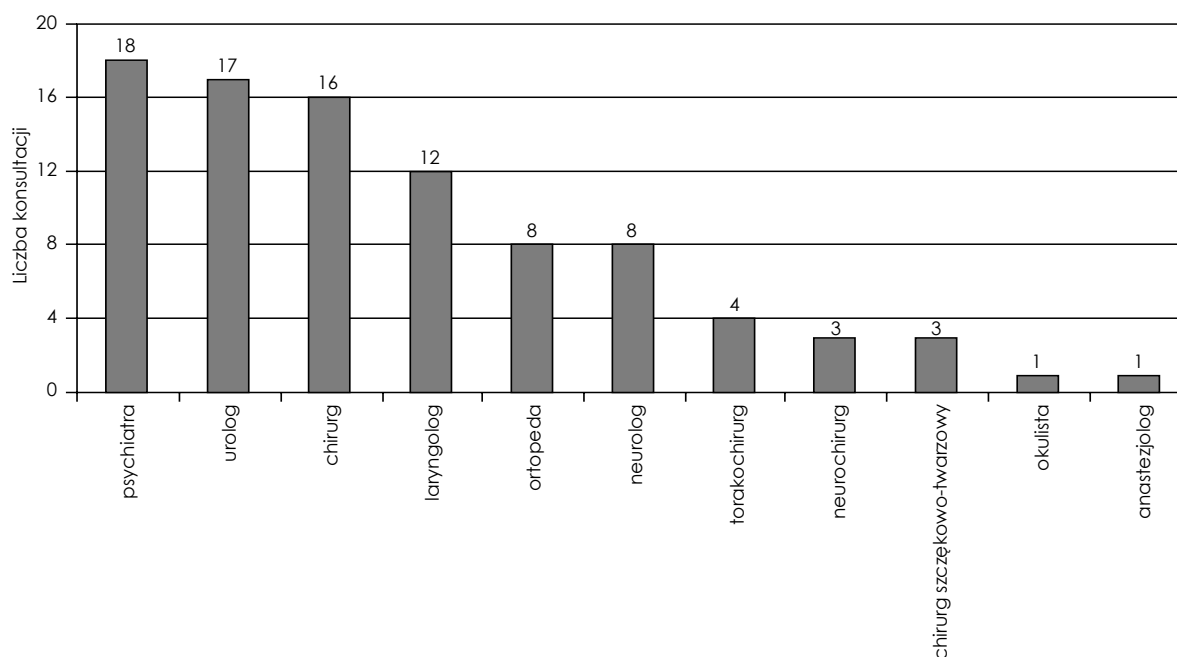
zacji. Rozległe owrzodzenia odleżynowe oraz zaburzenia połykania stanowiły wskazanie do hospitalizacji u pacjentów z chorobami nienowotworowymi (0,6%).

Do oddziału medycyny paliatywnej pacjenci kierowani byli przez lekarza z hospicjum domowego (29,6%), lekarza rodzinnego (15,8%) lub po zakończonym leczeniu na oddziale o profilu internistycznym (30,5%), zabiegowym (10,3%) lub innym (3,7% – neurologiczny, dermatologiczny). Szesnastu pacjentów (4,6%) skierowanych zostało na oddział przez onkologa w związku z zakończonym leczeniem przyczynowym (chemioterapia lub radioterapia). Skierowania z poradni specjalistycznych, w tym z poradni medycyny paliatywnej ( $n = 3$ ), stanowiły 2,3% skierowań na oddział. Pozostali pacjen-



Ryc. 5. Struktura wieku pacjentów z najczęściej stwierdzanymi chorobami współistniejącymi. Na rycinie zaznaczono istotne statystycznie różnice w częstości występowania poszczególnych chorób przewlekłych pomiędzy pacjentami w wieku  $\geq 65$ . roku życia a młodszą grupą wiekową ( $< 65$ . roku życia): \* $p < 0,001$ ; # $p < 0,005$ ; \*\* $p < 0,01$ ; ^ $p = 0,05$

PChNS – przewlekła choroba nerek i serca; POChP – przewlekła obturacyjna choroba płuc



Ryc. 6. Liczba poszczególnych konsultacji specjalistycznych w grupie badanej

ci ze względu na bardzo ciężki stan ogólny zostali skierowani na oddział bezpośrednio z izby przyjęć z oddziałem pomocy doraźnej (3,2%).

Średni czas trwania hospitalizacji na oddziale medycyny paliatywnej wyniósł 1–89 dni, średnio  $16,7 \pm 16,6$  dnia (Me = 12, IQR 5–23). Sześćdziesięciu sześciu pacjentów (19,0%) przebywało na oddziale przez okres dłuższy niż 28 dni, natomiast 45 (12,9%) zmarło przed upływem 48 godzin hospitalizacji. Nowotwór złośliwy mózgu, płeć żeńska oraz wiek  $\geq 65$ . roku życia były czynnikami ryzyka hospitalizacji dłuższej niż 28 dni ( $p < 0,05$ ). Wykazano ponadto słabą korelację na granicy istotności statystycznej pomiędzy wiekiem pacjentów a długością hospitalizacji ( $r = 0,1$ ,  $p = 0,05$ ), natomiast liczba chorób współistniejących nie miała wpływu na czas trwania hospitalizacji ( $r = -0,04$ ,  $p > 0,05$ ).

Podczas hospitalizacji u 83 pacjentów (23,9%) przeprowadzono konsultacje specjalistyczne (1–3). Liczbę poszczególnych konsultacji przedstawiono na rycinie 6. Nie wykazano korelacji pomiędzy wiekiem pacjentów a liczbą przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych ( $p = 0,7$ ,  $r = -0,04$ ).

U 25 osób stwierdzono wskazania do hospitalizacji na innym oddziale (o profilu internistycznym, chirurgicznym, neurochirurgicznym oraz urologicznym), takie jak: konieczność przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych (KKCz – 10), wykonanie przezskórnej gastrostomii metodą endoskopową (PEG – 5) lub chirurgiczną (2), operacyjne leczenie niedrożności przewodu pokarmowego (3) oraz zespołu ucisku rdzenia (1), założenie przezskórnej nefrostomii (1), jak również zakończenie diagnostyki choroby nowotworowej (3). We wszystkich powyższych przypadkach po zakończonym leczeniu przyczynowym

pacjenci ponownie byli przyjmowani na oddział medycyny paliatywnej celem kontynuacji leczenia objawowego. Hospitalizacja została zakończona zgonem pacjenta w 71,8% przypadków, natomiast 88 pacjentów (25,3%) wypisano do domu z zaleceniem dalszej opieki hospicjum domowego. Po zakończeniu hospitalizacji na oddziale 3 osoby skierowano do ośrodka prowadzącego żywienie pozajelitowe, kolejne 4 osoby w stabilnym stanie ogólnym ze względów społecznych zostały skierowane do opieki długoterminowej. Dwie osoby skierowano do Ośrodka Onkologicznego celem zastosowania odpowiednio chemioterapii i radioterapii paliatywnej. Jedną osobę skierowano do leczenia na oddziale chirurgicznym celem wykonania paliatywnego zabiegu chirurgicznego.

## OMÓWIENIE

W Polsce osoby chore na nowotwory stanowią ponad 90% pacjentów powyżej 18. roku życia objętych opieką paliatywną [5]. Niniejsze badanie pokazało, że wśród pacjentów objętych opieką paliatywną w stacjonarnej jednostce, jaką jest oddział medycyny paliatywnej, choroba nowotworowa stanowi zdecydowaną większość (99,4%) wskazań do hospitalizacji. Częstość rozpoznań będących wskazaniem do hospitalizacji na oddziale medycyny paliatywnej (tab. 1.) była tożsama ze strukturą najczęstszych przyczyn zgonów z powodu choroby nowotworowej w Polsce [6]. Rak płuca, zajmujący w naszym badaniu pierwsze miejsce wśród przyczyn hospitalizacji, jest również najczęstszą przyczyną zgonów z powodu choroby nowotworowej, a także najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym w Polsce [6].

Nasilone, trudne do kontroli w warunkach domowych objawy choroby podstawowej były główną przyczyną pobytu na oddziale. Badania innych autorów pokazują, że silne dolegliwości bólowe mogą być przyczyną nawet 100% hospitalizacji na oddziale medycyny paliatywnej [7]. W niniejszym badaniu niemal jedna trzecia pacjentów została skierowana do oddziału przez lekarza sprawującego opiekę w ramach hospicjum domowego. Jednak największą grupę pacjentów stanowili pacjenci uprzednio hospitalizowani na innych oddziałach szpitalnych (44,5% wszystkich skierowań), spośród których największą grupę stanowią skierowania z oddziałów o profilu internistycznym (73,6%). Co więcej, aż 17% pacjentów przeniesionych na oddział medycyny paliatywnej z innych oddziałów zmarło przed upływem 48 godzin pobytu na oddziale. Według autorów takie postępowanie naraża pacjenta na niepotrzebne cierpienie fizyczne związane z transportem, często z innego szpitala, stres wynikający ze zmiany miejsca hospitalizacji, a niekiedy również stosowanie uporczywej terapii w miejscu poprzedniego pobytu w celu przedłużenia życia o czas niezbędny do wykonania procedury przeniesienia na oddział. Wiadomo, że powyższe działania powinny być minimalizowane w ostatnich godzinach życia pacjenta. Zdaniem autorów niezbędne jest szkolenie personelu oddziałów o innych niż paliatywny profilach dotyczące zasad postępowania z pacjentami, u których rozpoczął się proces umierania.

Polska jest starzejącym się społeczeństwem, w którym udział procentowy osób w podeszłym wieku zwiększa się z każdą dekadą, prowadząc do wzrostu liczby osób chorujących na przewlekłe schorzenia związane z wiekiem [5]. W naszym badaniu wśród chorych na nowotwory złośliwe hospitalizowanych na oddziale medycyny paliatywnej osoby w wieku podeszłym ( $\geq 65$ . roku życia) stanowiły 69,0%, natomiast osoby powyżej 60. roku życia aż 81,6% grupy badanej. W domowej opiece paliatywnej podobny jest odsetek osób, które ukończyły 60. rok życia (78,3–80,8%) [4, 5]. Badania innych autorów przeprowadzone w jednostkach medycyny paliatywnej na terenie Polski wykazały, że średni wiek pacjenta hospitalizowanego na oddziale medycyny paliatywnej wynosi 64–67  $\pm$  9–15 lat [8, 9], z kolei osoby po 65. roku życia stanowią ok. 59% pacjentów [9]. Podeszły wiek jest szczególnym wyzwaniem w procesie opieki nad pacjentem, gdyż wraz z unieruchomieniem i obniżoną aktywnością fizyczną stanowi jeden z trzech zasadniczych czynników ryzyka wystąpienia odleżyn [9]. Co więcej, nawet u 72–78% pacjentów z chorobą nowotworową współistnieje przynajmniej jedna choroba nieonkologiczna [4], wymagająca systematycznego przyjmowania leków. Jest to o tyle ważne, że spośród najczęściej występujących chorób współistniejących dominują choroby

układu krążenia, będące również główną przyczyną zgonów w Polsce [6]. W niniejszym badaniu pacjenci zgłaszali współwystępowanie średnio  $2 \pm 2$  chorób przewlekłych, jednak w skrajnych przypadkach ich liczba sięgała 10. Ich liczba korelowała pozytywnie z wiekiem. Podobne dane uzyskano w badaniu przeprowadzonym w populacji osób objętych opieką hospicjum domowego [5]. Omówione w niniejszej pracy badanie wykazało, że najczęstszym przewlekłym schorzeniem u osób chorych na nowotwory złośliwe jest nadciśnienie tętnicze, którego rozpowszechnienie jest podobne jak w polskiej populacji i wynosi ok. 36% [10]. Stanowi ono jeden z czynników ryzyka rozwoju chorób układu krążenia oraz ich powikłań w postaci udaru mózgu i zawału mięśnia sercowego, których częstość w badanej grupie oceniono na 10,3% oraz 8,3%. Innymi częstymi chorobami przewlekłymi u osób hospitalizowanych na oddziale medycyny paliatywnej była choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typu 2, niewydolność serca oraz choroby naczyń obwodowych i zaburzenia rytmu serca (ryc. 2.). Wszystkie choroby układu krążenia występowały ze zwiększoną częstością u osób w wieku powyżej 65 lat. Jedynie choroby nerek, przewlekła obturacyjna choroba płuc, choroba wrzodowa żołądka oraz choroby tarczycy występowały z podobną częstością w obu grupach wiekowych (ryc. 5.). Badanie wykazało, że częstość występowania cukrzycy w populacji osób z chorobą nowotworową jest ponad trzykrotnie wyższa niż w populacji ogólnej, sięgając blisko 20% (względem 5,6% wg badania NATPOL PLUS) [5, 11]. Tak duże rozpowszechnienie cukrzycy wśród pacjentów może być wynikiem większej liczby osób w podeszłym wieku, ale również stanowić skutek stosowanej steroidoterapii lub pierwotnego umiejscowienia choroby nowotworowej – głównie w obrębie wątroby i trzustki [12]. Według niektórych autorów cukrzyca może być powikłaniem leczenia choroby nowotworowej nawet w 37% przypadków [5]. Objawy chorób współistniejących mogą w istotny sposób pogorszyć jakość życia pacjenta, nakładając się na dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej lub związane z jej leczeniem [4]. Co więcej, pacjenci objęci opieką paliatywną otrzymują jednocześnie średnio 5–7 leków (w skrajnych przypadkach jest to nawet 20 różnych preparatów), które stosowane są zarówno w celu kontroli objawów, jak i leczenia chorób współistniejących [13]. Do jednostek stacjonarnej opieki paliatywnej trafiają zatem pacjenci ze złożonymi problemami [4], które wymagają od lekarza prowadzącego leczenie doświadczenia i odpowiednich umiejętności warunkujących podjęcie właściwej decyzji terapeutycznej. Jest to szczególnie istotne, gdyż nakłady finansowe na opiekę paliatywną są niewystarczające, szczególnie w zakresie opieki stacjonarnej, w której zgodnie z obowiązującymi przepisami pacjento-

wi należy zapewnić niezbędne leki [4]. Co więcej, leki zalecane pacjentowi w leczeniu objawowym choroby podstawowej mogą wpływać wzajemnie na swój metabolizm i wchodzić w interakcje z lekami stosowanymi z powodu schorzeń przewlekłych [4, 14]. Ma to szczególne znaczenie u osób w wieku podeszłym, gdyż w tej grupie wiekowej ryzyko wystąpienia zmian w farmakokinetyce przyjmowanych leków może być wywołane przez takie czynniki, jak wyniszczenie, niedożywienie i niedobory białkowe, oraz nadużywanie leków z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych [4, 15]. Prawidłowe leczenie farmakologiczne u pacjentów objętych opieką paliatywną obciążonych kilkoma schorzeniami powinno być zatem ustalone na podstawie wnikliwej analizy wszystkich leków niezbędnych w procesie terapeutycznym, z uwzględnieniem potencjalnych interakcji wynikających z terapii wieloma lekami [4], co często może być związane z koniecznością wyboru droższych leków, ale bezpieczniejszych dla tej grupy pacjentów.

Lokalizacja oddziału medycyny paliatywnej w szpitalu wielospecjalistycznym ułatwia opiekę nad pacjentami ze złożonymi problemami [2]. Uzyskane w niniejszym badaniu dane jednoznacznie potwierdzają konieczność sprawowania nad pacjentem całościowej opieki z zaangażowaniem lekarzy różnych specjalności. W naszym badaniu niemal u jednej czwartej pacjentów konieczna była konsultacja specjalistyczna – najczęściej psychiatryczna, urologiczna, chirurgiczna i laryngologiczna. W przeważającej części przypadków konieczność konsultacji wynikała z choroby podstawowej (wypadnięcie lub niedrożność sztucznych dróg wyrowadzających mocz, objawy niedrożności przewodu pokarmowego, konieczność założenia lub wymiany rurki tracheostomijnej, masywne krwawienie ze zmiany nowotworowej). Jednak wskazaniem do konsultacji były również nasilone objawy współistniejącej choroby przewlekłej, najczęściej zaburzenia psychiczne w postaci ciężkich zaburzeń depresyjnych oraz ciężkich zaburzeń świadomości, a także dolegliwości związane z chorobą zwyrodnieniową stawów. Niejednokrotnie z przeprowadzeniem konsultacji specjalistycznej wiąże się konieczność wykonania badań specjalistycznych oraz zastosowanie leków niedostępnych na oddziale medycyny paliatywnej. Uwagę należy zwrócić na przyczyny przenoszenia pacjentów z oddziału medycyny paliatywnej na inne oddziały specjalistyczne. Tylko nieliczni pacjenci wymagali dłuższej hospitalizacji na tych oddziałach (np. zabieg chirurgiczny w leczeniu niedrożności przewodu pokarmowego). Większość pacjentów była przenoszona z powodu niemożności rozliczenia procedur, które mogły być wykonane, lecz nie mogły być rozliczone na oddziale medycyny paliatywnej (np. przetoczenia krwi).

Średni czas trwania hospitalizacji na oddziale medycyny paliatywnej wynosił  $16,7 \pm 16,6$  dnia, a uzyskane przez nas dane są spójne z wynikami innych autorów ( $19 \pm 21$  dni) [9]. Również dane dotyczące wskazań do hospitalizacji nie odbiegają znacząco od uzyskanych w innych placówkach, podkreślając szczególne rozpowszechnienie nowotworów złośliwych układu oddechowego i przewodu pokarmowego w polskiej populacji [5, 9].

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej z 29 października 2013 r. jednoznacznie definiuje opiekę wyręczającą jako „obejmującą przyjmowanie świadczeniobiorców do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej na okres nie dłuższy niż 10 dni” [3]. W naszej obserwacji średni czas hospitalizacji u pacjentów, których objawy mogły być kontrolowane w warunkach opieki domowej, lecz z powodu niewydolności opiekunów przebywali na oddziale wynosił 2–69 dni, średnio  $32 \pm 19$  dni, i był istotnie dłuższy niż w pozostałych przypadkach ( $p < 0,05$ ). Badania pokazują, że problemy z kontynuacją opieki w warunkach domowych z powodu niewydolności opiekunów są przyczyną przedłużających się hospitalizacji nawet 30% przypadków pacjentów [16]. Innymi przyczynami braku decyzji o wypisaniu pacjenta z oddziału po 4 tygodniach pobytu są: pogarszający się stan ogólny, trudna do osiągnięcia kontrola objawów, znalezienie miejsca dalszej opieki oraz potrzeba parenteralnego leczenia [17]. Nasze badanie wykazało, że płeć żeńska oraz starszy wiek są niezależnymi czynnikami ryzyka przedłużającej się hospitalizacji powyżej 28 dni, co może wynikać z braku zapewnienia opieki w warunkach domowych przez opiekunów chorego. Inną, jakże istotną przyczyną (występującą w niektórych województwach) jest problem ograniczonej dostępności opieki paliatywnej w ramach hospicjum domowego, które stanowi najbardziej właściwą formę opieki nad pacjentem z ograniczoną mobilnością. Warto wspomnieć, że pacjenci wypisywani z oddziałów szpitalnych z zaleceniem dalszej niestacjonarnej opieki paliatywnej (m.in. hospicjum domowego) rzadziej wymagają ponownej hospitalizacji [18]. Choć świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej są w Polsce świadczeniami gwarantowanymi, to jednakże ich limitowanie jest przyczyną kolejek osób oczekujących na objęcie opieką zespołu hospicjum domowego, która w niektórych województwach wynosi kilka miesięcy. W wielu przypadkach brak odpowiedniej opieki paliatywnej w warunkach domowych jest przyczyną przedłużającej się hospitalizacji. Niezbędne są dalsze badania oceniające przyczyny długotrwałych pobytów na oddziałach medycyny paliatywnej, gdyż problemem jest także niedostateczna w stosunku do



potrzeb liczba miejsc w stacjonarnych jednostkach opieki paliatywnej.

Wyniki badań dostępnych w piśmiennictwie wykazują, że koszty hospitalizacji pacjentów z nieuleczalnymi chorobami w jednostkach opieki paliatywnej są niższe w porównaniu ze szpitalnymi oddziałami specjalistycznymi, głównie w związku z redukcją kosztów prowadzenia intensywnej terapii oraz badań laboratoryjnych [18]. Stąd zapewne wynika tak duża częstość skierowań z innych oddziałów szpitalnych celem kontynuacji leczenia pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową w warunkach oddziału medycyny paliatywnej, którą wykazano w niniejszym badaniu. Jednakże konieczność prowadzenia konsultacji specjalistycznych oraz leczenia współistniejących chorób przewlekłych jest przyczyną podwyższenia kosztów związanych z hospitalizacją na oddziale medycyny paliatywnej. A zatem wycena kosztów leczenia chorych objętych stacjonarną opieką paliatywną powinna uwzględniać nie tylko konieczność leczenia schorzeń współistniejących [4], lecz także przeprowadzenia specjalistycznych konsultacji oraz związanych z nimi badań diagnostycznych. Warto również podjąć działania w kierunku zwiększenia dostępności oraz redukcji okresu oczekiwania na objęcie opieką zespołu hospicjum domowego, celem skrócenia czasu hospitalizacji pacjentów po zakończeniu procesu leczenia na oddziale medycyny paliatywnej. Zaledwie 30% pacjentów skierowanych do stacjonarnej opieki paliatywnej pochodziła spośród pacjentów objętych opieką domową. Zatem opieka ta, jeśli dociera do pacjenta, wydaje się wydolna w zakresie zadań, które zostały jej wyznaczone.

## PODSUMOWANIE

1. Przeważającą grupę pacjentów oddziału medycyny paliatywnej stanowią osoby w wieku podeszłym.
2. Częstość występowania chorób przewlekłych u osób z chorobą nowotworową jest większa w populacji osób, które ukończyły 65. rok życia (względem osób młodszych), a ich liczba koreluje pozytywnie z wiekiem.
3. Podeszły wiek jest czynnikiem ryzyka przedłużającej się hospitalizacji.
4. Większość pacjentów przyjmowanych do stacjonarnej opieki paliatywnej jest kierowana ze specjalistycznych oddziałów szpitalnych.
5. Wycena leczenia w opiece paliatywnej powinna uwzględniać możliwość leczenia schorzeń współistniejących, konieczność przeprowadzenia specjalistycznych konsultacji oraz wykonywanie badań dodatkowych.

*Autorki deklarują brak konfliktu interesów.*

## PIŚMIENNICTWO

1. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, et al. Palliative Care: The World Health Organizations Global Perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 91-96.
2. Ciałkowska-Rysz A. Sytuacja i wyzwania opieki paliatywnej w Polsce. *Med Paliat* 2009; 1: 22-26.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. *Dz. U.* z 2013 r. poz. 1347.
4. Ciałkowska-Rysz A, Gottwald L, Kaźmierczak-Łukaszewicz S. Choroby współistniejące z chorobą nowotworową u osób objętych domową opieką paliatywną. *Med Paliat* 2010; 3: 162-166.
5. Ciałkowska-Rysz A, Kowalczyk M, Gottwald L, et al. The comparison of common cancer types and the coincidence of concomitant chronic diseases between palliative home care patients in Lodz Voivodeship and the general Polish population. *Arch Med Sci* 2012; 8: 496-503.
6. Wojtyński B, Goryński P, Moskalewicz B. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Źródło: [http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user\\_upload/statystyka/Raport\\_stanu\\_zdrowia\\_2012.pdf](http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/statystyka/Raport_stanu_zdrowia_2012.pdf).
7. Lal M, Raheja S, Kale S, et al. An experience with 156 patients attending a newly organized pain and palliative care clinic in a tertiary hospital. *Indian J Cancer* 2012; 49: 293-297.
8. Mrówczyńska E, Ziółkowski M, Kisicki R i wsp. Badanie satysfakcji pacjentów i opiekunów z opieki na oddziale medycyny paliatywnej jako wskaźnik jakości opieki paliatywnej. *Med Paliat* 2011; 4: 221-230.
9. Groń A, Mrówczyńska E. Analiza czynników ryzyka występowania odleżyn u pacjentów oddziału opieki paliatywnej. *Med Paliat* 2012; 1: 24-32.
10. Tykarski A, Posadzy-Mańczyńska A, Wyrzykowski B i wsp. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego oraz skuteczność jego leczenia u dorosłych mieszkańców naszego kraju. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska* 2005; 63: 6: 1-6.
11. Zdrojewski T, Bandosz P, Szpakowski P i wsp. Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS. *Kardiol Pol* 2004; 61: 1-26.
12. Sutton LM, Demark-Wahnefried W, Clipp EC. Management of terminal cancer in elderly patients. *Lancet Oncol* 2003; 4: 149-57.
13. Kotlińska-Lemieszek A, Zaporowska-Stachowiak I. Terapia wielolekowa u pacjentów hospicjów – stan faktyczny, zagrożenia wynikające z działań niepożądanych i interakcji lekowych oraz implikacje terapeutyczne. *Med Paliat* 2013; 5: 79-87.
14. Pergolizzi J, Böger RH, Budd K, et al. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an international expert panel with fokus on the six clinically most often used World Health Organization step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Practice* 2008; 8: 287-313.
15. Yancik R, Ganz PA, Varricchio CG, et al. Perspectives on comorbidity and cancer in older patients: approaches to expand the knowledge base. *J Clin Oncol* 2001; 19: 1147-1151.
16. Ruangkiengsin D, Phisalprapa P. Causes of prolonged hospitalization among general internal medicine patients of a tertiary care center. *J Med Assoc Thai* 2014; 97: S206-215.
17. Lin MH, Wu PY, Chen TJ, et al. Analysis of long-stay patients in the Hospice Palliative Ward of a Medical Center. *J Chin Med Assoc* 2008; 71: 294-299.
18. Tangeman JC, Rudra CB, Kerr CW, et al. A hospice-hospital partnership: reducing hospitalization costs and 30-day readmissions among seriously ill adults. *J Palliat Med* 2014; 17: 1005-1010.