

Opieka Paliatywna w Polsce 2016

Warszawa, 8–9 kwietnia 2016 r.

Nadesłane streszczenia

Wstępna analiza wykonanych świadczeń w opiece paliatywnej w 2015 roku na podstawie danych statystycznych i ekonomicznych pochodzących z OW NFZ

Maria Krajewska, Andrzej Stachowiak

Pallmed Sp. z o.o. w Bydgoszczy

Wstęp: Świadczenia opieki paliatywnej z uwagi na rosnące potrzeby medyczne, pielęgnacyjne, psychologiczne i fizjoterapeutyczne pacjentów ciężko chorych stały się ważnym elementem systemu opieki zdrowotnej. Istnieje potrzeba stałego monitorowania wykonywanych świadczeń, aby odpowiednio zwiększyć ich dostępność dla pacjentów.

Cel pracy: Ocena dostępu do różnych form opieki paliatywnej oraz stopnia finansowania opieki paliatywnej z perspektywy płatnika kontraktującego świadczenia medyczne w opiece paliatywnej.

Materiał i metody: Dane statystyczne z wykonanych świadczeń i poniesione wydatki pozyskane zostały z informatora o zawartych umowach Narodowego Funduszu Zdrowia. Analizie zostały poddane liczba zakontraktowanych pacjentów, liczba świadczeniodawców oraz wycena świadczeń w poszczególnych województwach w 2015 r. w poradni medycyny paliatywnej, hospicjum domowym, hospicjum domowym dla dzieci oraz hospicjum stacjonarnym.

Wyniki: Po dokonaniu analizy uzyskanych danych zaobserwowano, że najlepiej rozwiniętą formą opieki paliatywnej w Polsce zarówno pod względem liczby zakontraktowanych pacjentów, jak i liczby świadczeniodawców jest hospicyjna opieka domowa dla dorosłych (najwięcej odpowiednio w woj. śląskim – 5910 pacjentów, i mazowieckim – 54 świadczeniodawców, najmniej w woj. podlaskim – 976 pacjentów, i opolskim – 9 świadczeniodawców). Wycena wszystkich świadczeń opieki paliatywnej w poszczególnych województwach jest bardzo zróżnicowana (poradnia medycyny paliatywnej: 27,90–40 zł, hospicjum stacjonarne: 189–244 zł, hospicjum domowe: 34–47,70 zł, hospicjum domowe dla dzieci: 62,60–87 zł).

Wnioski: W celu wyrównania różnic pomiędzy poszczególnymi województwami w dostępności opieki paliatywnej konieczne jest stałe podwyższanie nakładów finansowych wydawanych na tę formę opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna w 2015 r., finansowanie opieki paliatywnej, dostępność opieki paliatywnej.

Optymizm a zmęczenie i jakość życia pacjentek z zaawansowanym nowotworem ginekologicznym otrzymujących chemioterapię lub radioterapię paliatywną

Agnieszka Pietrzyk¹, Magdalena Franc², Sebastian Lizińczyk³

¹psychoonkolog Katowickiego Centrum Onkologii w Katowicach

²doktorantka – pielęgniarka Instytutu Onkologii w Gliwicach

³psycholog/psychoterapeuta, Uniwersytet SWPS Wydział Zamiejscowy w Katowicach

Cel pracy: Określenie siły i kierunku wpływu optymizmu na zmaganie się ze zmęczeniem i na jakość życia pacjentek otrzymujących paliatywną chemioterapię lub paliatywną radioterapię.

Materiał i metody: Do badania zakwalifikowano 150 pacjentek z zaawansowanym rakiem narządu płciowego (50 z rakiem piersi, 50 z rakiem trzonu macicy, 50 z rakiem szyjki macicy). Jako narzędzia badawcze zastosowano: Test Orientacji Życiowej (LOT-R), Krótki Inwentarz Zmęczenia (BFI), Kwestionariusz Jakości Życia (QLQ-30). Do analizy różnic badanych zmiennych w grupach pacjentek użyto testu *U* Manna-Whitneya; do oszacowania zależności między zmiennymi wykorzystano korelację rang Spearmana, a do oszacowania wielkości siły wpływu optymizmu na zmienne zależne zastosowano analizę regresji krokowej postępującej.

Wyniki: Rodzaj leczenia przeciwnowotworowego w celach paliatywnych nie różnicował badanych pacjentek pod względem badanych zmiennych – optymizmu, zmęczenia, oceny jakości życia. Natomiast podział badanych kobiet z uwzględnieniem grupy z wysokim *vs* niskim poziomem optymizmu ujawnił, że wysoki poziom optymizmu pozwala kobietom z zaawansowanym rakiem ginekologicznym na lepsze funkcjonowanie psychospołeczne. Z kolei niski poziom ich optymizmu powoduje silniejsze doznawanie negatywnych objawów somatycznych i zmęczenia, ponieważ nie odgrywa on obronnej roli dla biologicznego funkcjonowania badanych pacjentek. Analiza regresji pokazała, że poziom optymizmu pacjentek otrzymujących paliatywną chemioterapię jest predyktorem ich oceny jakości życia i doświadczanego zmęczenia. W grupie pacjentek paliatywnie napromieniowanych nie odnotowano istotnego wpływu optymizmu na zmienne zależne, a niski poziom skorygowanego R² wskazuje na potencjalną obecność innych predyktorów, mogących mieć większą siłę wpływu na badane zmienne.

Wnioski: Otrzymane rezultaty pokazały, że w leczeniu paliatywnym zaawansowanego raka narządu płciowego kobiet to nie metoda samego leczenia jest dla kobiet najważniejsza, ale ich zasoby psychiczne i społeczne. Fakt ten posłużył autorom badania do opracowania modelu opieki paliatywnej skupionej na osobie, który to model zostanie poddany pod dyskusję w trakcie obrad konferencji „Opieka Paliatywna w Polsce 2016”.

Propozycja organizacji opieki nad pacjentem otępiąłym

Robert Kucharski, Katarzyna Łachut

Pallmed Sp. z o.o., NZOZ Dom Sue Ryder, Centrum Psychoneurologii Wieku Podeszłego w Bydgoszczy

Autorzy przedstawią w skrócie obecny stan wiedzy dotyczącej otępień, ich wczesnego rozpoznawania oraz prowadzenia pacjenta z otępieniem wg obecnych standardów z zaangażowaniem w proces najbliższego otoczenia pacjenta.

Obecna wiedza dotycząca otępień, a szczególnie metody wczesnego rozpoznawania, powoduje przesunięcie akcentów w opiece specjalistycznej na pacjentów skąpoobjawowych. Okres pełnoobjawowego otępienia staje się okresem zaawansowanej choroby. Szczególny nacisk autorzy położą na kwestię psychoedukacji otoczenia pacjenta oraz metod radzenia sobie z objawami poszczególnych etapów schorzenia przebiegającego z otępieniem.

W kolejnej części wystąpienia autorzy nakreślą obraz kliniczny pełnoobjawowego, czyli zaawansowanego, otępienia oraz pacjenta w fazie częściowego i całkowitego uzależnienia od otoczenia.

Opisane zostaną kryteria rozpoznawania schorzeń otępiennych w warunkach standardowej opieki medycznej w Polsce. Autorzy nakreślą rolę stałej psychoedukacji otoczenia pacjenta w akceptacji zmieniającej się, dynamicznej choroby. Opiszą problemy psychiatryczne, neurologiczne i opiekuńcze związane z fazą terminalną otępienia.

Na zakończenie autorzy przedstawią wizję opieki nad pacjentem otępiąłym z udziałem ośrodka specjalistycznego, lekarza rodzinnego, opieki paliatywnej z zaangażowaniem opiekunów pacjenta.

Omówione zostaną kwestia dostępności konsultacji specjalistycznej oraz potencjalna rola telemedycyny w każdej z faz opieki nad pacjentem otępiąłym.

Słowa kluczowe: zaawansowane otępienie, opieka paliatywna.

Jakość życia z nowotworem krwi u schyłku życia

Eleonora Mess

Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Pielęgniarskiej Opieki Paliatywnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp: Szpiczak mnogi jest złośliwym nowotworem układu krwiotwórczego. Ryzyko zachorowania na szpiczaka charakterystyczne jest dla wieku. Diagnozuje się go w ostatniej dekadzie życia od 60. roku życia. Szpiczak mnogi jest nowotworem hematologicznym i stanowi 1–2% wszystkich nowotworów układu krwiotwórczego. Liczba zachorowań rocznie w Polsce wynosi 1500. Są to jedynie dane szacunkowe, bo objawy szpiczaka mnogiego często są mylone z chorobami wieku starczego. Terapia szpicza-

ka jest złożona i w leczeniu wymaga współpracy lekarzy wielu specjalności. Celem podjęcia terapii jest chęć zahamowania rozwoju choroby i wpływu na poprawę jakości życia chorych. Wybór leczenia ma zminimalizować wystąpienie powikłań. Wiek chorego w trakcie leczenia wymaga interdyscyplinarnego leczenia w celu rozpoznania objawów fizycznych, psychicznych, duchowych. Rozpoznanie problemów zdrowotnych i ich leczenie pozwoli na poprawę jakości życia w trudnym etapie życia.

Cel pracy: Zbadanie jakości życia chorych z nowotworem krwi u schyłku życia.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na przełomie 2015 i lutego 2016 r. Grupę badawczą stanowią chorzy z chorobą nowotworową układu krwiotwórczego. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety stworzony na potrzeby pracy przez jej autora oraz zawarta w nim skala wzrokowo-analogowa (*Visual Analogue Scale – VAS*), Zunga.

Wyniki i wnioski: Ból jest jednym z głównych czynników pogarszających jakość życia osób z nowotworem krwi.

Najczęstszą lokalizacją występowania bólów u badanych pacjentów był ból kostny.

Średnie natężenie bólu u badanych pacjentów wynosiło 6,26.

Dolegliwości bólowe narastają wraz z postępowaniem choroby i towarzyszą codziennie.

Ruch sprzyja powstawaniu bólu, natomiast leki powodują zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Słowa kluczowe: jakość życia, skala VAS, Zunga, nowotwór krwi, szpiczak.

Komunikacja z pacjentem u kresu życia w praktyce pielęgniarstwa – przegląd doniesień zagranicznych

Lena Serafin, Bożena Czarkowska-Pączek

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Z racji zakresu wykonywanych obowiązków pielęgniarstwa spośród wszystkich członków zespołu interdyscyplinarnego spędzają z pacjentami najwięcej czasu. Z uwagi na to ich kompetencje, w tym umiejętności interpersonalne, są ważnym czynnikiem warunkującym jakość opieki. W ostatnich latach szczególna rola pielęgniarstwa jest podkreślana przez badaczy w kontekście rozmowy z pacjentami po przekazaniu im wiadomości przez lekarza o niepomyślnym rokowaniu. Ponadto aspekt komunikacji jest również istotny w relacji z osobami bliskimi pacjenta, którzy obok chorego znajdują się w centrum sprawowanej opieki.

Cel pracy: Analiza metod komunikacji, stosowanych w praktyce pielęgniarstwa w opiece paliatywnej oraz oczekiwań pacjentów i ich rodzin w tym zakresie na podstawie przeglądu doniesień zagranicznych.

Materiał i metody: Przeglądu literatury dokonano na podstawie pięciostopniowego schematu wg Coopera.

Analizie poddano artykuły z dwóch baz (PubMed oraz CINAHL), wyszukiwane wg kryteriów: haseł, artykułów anglojęzycznych oraz czasu publikacji (lata 2010–2015). Ostatecznie analizie poddano 18 artykułów.

Omówienie: Analizowane artykuły odnoszą się do opieki świadczonej nie tylko w hospicjach, ale również w innych obszarach opieki zdrowotnej, gdzie pielęgniarki mają kontakt z pacjentami będącymi u kresu życia (intensywna terapia, domy opieki, ostry dyżur czy geriatrya). Świadomość trudności wynikających z opieki nad tą grupą pacjentów zachęca badaczy do analizowania także programów edukacji z zakresu opieki paliatywnej dla studentów pielęgniarstwa oraz ich potrzeb względem kształcenia. Komunikacja w praktyce pielęgniarek jest prezentowana nie tylko w kontekście budowania relacji z pacjentami i ich rodzinami, ale także w kwestii relacji w zespole. Znaczenie umiejętności prawidłowej komunikacji jest podkreślane zarówno przez badane pielęgniarki, jak i przez studentów. Rodziny pacjentów zwracają uwagę na potrzebę doksztalcania pielęgniarek w tym zakresie.

Słowa kluczowe: komunikacja, pielęgniarka, kres życia, opieka paliatywna.

Wybrane aspekty opieki paliatywnej na przykładzie lekarzy, pielęgniarek i psychologów

Anna Wójcik-Krzemień

Zakład Psychologii Zdrowia, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Wstęp: Wystąpienie jest sprawozdaniem z badań prowadzonych przez autorkę, psychologa. Badania dotyczące pracowników opieki paliatywnej są tematem jej pracy doktorskiej. Towarzyszy im pragnienie przyjrzenia się osobom sprawującym opiekę nad chorym terminalnie i jego rodziną. „Czego spodziewa się człowiek, który osiedla się w cieniu śmierci?” (J. Błoński).

Cel pracy: Zrozumienie doświadczenia pracowników opieki paliatywnej, a także próba kategoryzacji tego doświadczenia na podstawie treści wywiadów (wyróżnione tematy główne oraz tematy podstawowe).

Materiał i metody: Materiał prezentowanych badań pochodzi z częściowo ustrukturyzowanych wywiadów przeprowadzonych przez autorkę z pracownikami opieki paliatywnej (42 wywiady), zgodnie z metodologią badań jakościowych. Autorka przygotowała własny przewodnik do wywiadu, zawierający pytania o interesujące ją aspekty doświadczenia: źródło satysfakcji i trudności takiej pracy, sposoby radzenia sobie z trudnościami, ewentualny wpływ pracy na życie, dylematy etyczne, ewentualne poczucie wypalenia zawodowego; motyw biograficzny – przyczyny podjęcia takiej pracy. Metoda analizy polega na kategoryzacji tekstu z użyciem programu komputerowego QDA.

Wyniki i wnioski: Prezentowane wyniki badań będą dotyczyły prezentacji osób badanych (wiek, płeć, stopień naukowy, staż pracy w opiece paliatywnej), a także ana-

lizy poszczególnych aspektów doświadczenia w grupach lekarzy i pielęgniarek, np. analiza aspektu trudów pracy w grupie lekarzy pokazuje rolę trudności związanych z kontaktem z rodzinami (temat główny), polegających na nierealności ich oczekiwań, roszczeniowości, zaprzeczaniu nieuleczalności choroby (wybrane tematy podstawowe).

Analiza wątku biograficznego – przyczyn podjęcia takiej pracy u lekarzy i pielęgniarek, pokazuje częstą rolę przypadku, następnie świadomy wybór związany z mechanizmem reparacji. Ujawnione na małej grupie badawczej zależności mogą stanowić wstęp do zaprojektowania badań ilościowych. Temat doświadczeń pracowników wydaje się niezwykle ważny w świetle braków literatury przedmiotu z uwagi na ich możliwy praktyczny aspekt (zaprojektowanie odpowiedniego wsparcia czy szkoleń dla personelu), a także ze względu na szczególnie wymiar „medycznego powołania” (E. Lévinas) osób sprawujących opiekę nad umierającymi i ich rodzinami.

Słowa kluczowe: pracownicy opieki paliatywnej, doświadczenie sprawowania opieki, badania jakościowe, wywiady, analiza QDA.

Prawne aspekty finansowania opieki paliatywnej oraz dochodzenie należności przez podmioty lecznicze w trybach administracyjnym i procesowym

Michał Wierciński

Pallmed Sp. z o.o. w Bydgoszczy

1. Wprowadzenie.
2. Opieka paliatywna – podstawowe regulacje prawne:
 - a) rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej z dnia 29 października 2013 r. – omówienie zasad organizacji udzielania świadczeń;
 - b) Zarządzenie nr 73/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna – jak wyżej.
3. Przepisy ogólne o procedurze finansowania świadczeń i administracyjny tryb dochodzenia należności:
 - a) ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) – omówienie obowiązków świadczeniodawcy i płatnika, administracyjnego trybu dochodzenia należności od Narodowego Funduszu Zdrowia;
 - b) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – zagadnienie wypłat środków za świadczenia ponadlimitowe, w tym niebezpieczeństwa dla świadczeniodawców, związane z procesem przesunięcia środków pomiędzy zakresami świadczeń.
4. Definicja stanu nagłego i ratującego życie pacjenta i związany z tym szczególnie tryb działania oraz szczególnie tryb finansowania tego rodzaju świadczeń:

- a) ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz. U. Nr 277 poz. 1634) – definicja i obowiązki;
 - b) ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz. U. z 2006 r. Nr 191 poz. 1410 ze zm.) – jak wyżej;
 - c) ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 217) – jak wyżej;
 - d) doktryna i orzecznictwo sądowe – konsekwencje uznania przez sąd stanu pacjenta jako nagłego i ratującego życie – rozstrzygnięcia w konkretnych przypadkach.
5. Cywilnoprawny tryb dochodzenia należności:
- a) wykorzystanie wyżej wymienionej wiedzy w praktyce sądowej;
 - b) sposób podejmowania czynności dowodowych w procesie cywilnym, w celu udowodnienia wystąpienia stanu nagłego i ratującego życie pacjenta;
 - c) doktryna i orzecznictwo sądowe – rozstrzygnięcia korzystne dla świadczeniodawców.

Streszczenia opublikowano w formie nadesłanej przez autorów.