

## MEDYCyna PALIATYWNA

# Jest nieźle, ale musi być lepiej w opiece paliatywnej

– W ostatnich latach powstało wiele nowych jednostek opieki paliatywnej, w tym pediatrycznej i perinatalnej. Problemem jest nierówne rozłożenie placówek na terenie kraju – mówi prof. dr hab. n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, kierownik Kliniki Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej.

**| Opieka paliatywna przez wiele lat borykała się z problemem niedostatecznej liczby miejsc. Jak ocenia pani obecną sytuację?**

Na przestrzeni lat liczba jednostek realizujących świadczenia z zakresu opieki paliatywnej stopniowo się zwiększała. W ostatnim dziesięcioleciu wzrost dotyczył głównie świadczeń domowych. W ostatnim „Europejskim atlasie opieki paliatywnej” z 2019 r. znaleźliśmy się na pierwszym miejscu na świecie pod względem rozwoju opieki domowej. W ogólnym rankingu natomiast byliśmy na miejscu siódmym, czyli zupełnie nieźle. Przez lata istniejące jednostki stacjonarne, czyli hospicja stacjonarne oraz oddziały medycyny paliatywnej, nie zaspokajały potrzeb, a rocznie pojawiały się 1–2 nowe placówki. Sytuacja zmieniała się w ostatnim czasie. W latach 2019–2023 obserwujemy duży wzrost liczby placówek. W 2019 r. mieliśmy 191 jednostek, a pod koniec 2022 r. według danych Narodowego Funduszu Zdrowia już 224 ośrodki miały podpisany kontrakt na stacjonarną opiekę paliatywną.

**| Czy to zaspokaja potrzeby pacjentów?**

Istnieje pewna grupa pacjentów, którzy mają niezaspokojone potrzeby w zakresie medycyny paliatywnej. Optymalnie byłoby, aby w każdym województwie był jednakowy dostęp do wszystkich form opieki paliatywnej. Taką sytuację prawie osiągnęliśmy jedynie w zakresie opieki domowej. W przypadku opieki stacjonarnej problem polega na tym, że terytorialnie jednostki nie są rozłożone równo – są województwa, gdzie mamy niedobór wszystkich jednostek stacjonarnych, są takie, w których powstało dużo więcej hospicjów stacjonarnych, i są też takie, gdzie właściwie istnieją prawie same oddziały medycyny paliatywnej. Tak więc w zależności od województwa, w którym mieszka pacjent, dostęp do opieki paliatywnej będzie różny – od praktycznie natychmiastowego po zgłoszenie po oczekiwanie w kolejce 2–3 miesiące. Najwięcej łóżek opieki paliatywnej w przeliczeniu na mieszkańca jest w województwie świętokrzyskim, najmniej w lubuskim. W 4 województwach nie osiągnięto wskaźnika 100 łóżek na milion mieszkańców (2011 r., Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej). Średnia w Polsce to 100 łóżek na milion mieszkańców, ale wynika to z faktu, że w 3 czy 4 województwach



Fot. Archiwum Termedia

jest ona prawie 1,5 raza powyżej tego wskaźnika. Dążymy do tego, aby dostęp do wszystkich form opieki paliatywnej odpowiadał potrzebom konkretnego pacjenta. Jeżeli pacjent wymaga wielu procedur medycznych i zabiegów, zdecydowanie lepszym miejscem pobytu będzie oddział medycyny paliatywnej w szpitalu wielospecjalistycznym. Jeżeli natomiast pacjent jest w stanie w miarę stabilnym, ma dobrze zdiagnozowane objawy i ustalone leczenie, to lepszą formą opieki będzie hospicjum stacjonarne. Hospicja stacjonarne najczęściej są zlokalizowane w miejscach, gdzie jest przestrzeń zielona przeznaczona dla pacjentów. Większość z nich jest prowadzona przez organizacje pozarządowe, gdzie pracują wolontariusze, którzy starają się zapewnić pacjentom dodatkowe atrakcje: występy, koncerty i różne formy terapii zajęciowej.

**| W ostatnich latach wzrosły nakłady na opiekę paliatywną. Jak to wpłynęło na tę dziedzinę?**

Niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki paliatywnej istniały od wielu lat. Organizacje pozarządowe te potrzeby identyfikowały, ale nie mając

”

Pacjent, który potrzebuje opieki stacjonarnej, nie może czekać w kolejce – albo skorzysta z innej formy opieki medycznej, albo umrze, nie uzyskując świadczenia

środków na rozwój infrastruktury, tworzyły głównie jednostki domowe, ponieważ nie wymagają one dużych nakładów finansowych. Do stworzenia placówki stacjonarnej potrzebne są olbrzymie środki. Przez wiele lat w systemie ich nie było. Dopiero ostatnio pojawiły się pieniądze unijne, po które mogły sięgnąć także organizacje pozarządowe. Powstało kilka hospicjów stacjonarnych w wyniku z sukcesem przeprowadzonych inwestycji finansowanych z programów Unii Europejskiej. Ostatnie lata przyniosły też rozwój świadomości społecznej. Zauważono, że ośrodki opieki i medycyny paliatywnej są niezwykle potrzebne. Wcześniej całymi latami nie zwracano na to uwagi. Pojawiały się one przypadkowo tam, gdzie znalazł się jakiś lider, który włożył bardzo dużo wysiłku w utworzenie takiej jednostki w jakimś miejscu w szpitalu. Ostatnio nowe oddziały medycyny paliatywnej powstają w odpowiedzi na zapotrzebowanie widziane z perspektywy administracyjnej, na przykład w ramach przekształceń na bazie szpitali powiatowych.

**| Poza środkami unijnymi wzrosły też wyceny procedur w NFZ.**

Po 2022 r. mieliśmy dwie podwyżki wartości punktu w opiece paliatywnej i one zapewniły nam przetrwanie. Okres braku stabilności finansowej, który jest za nami, spowodował jednak, że wiele osób pracujących w opiece paliatywnej odpłynęło tam, gdzie wynagrodzenia były zdecydowanie wyższe. W sytuacji deficytu pielęgniarek i lekarzy zachętą do pracy jest wysokość pensji. Nie jesteśmy w stanie konkurować z takimi dziedzinami medycyny, w których wynagrodzenia są dużo wyższe.

# MEDYCyna PALIATYWNA

## | Pacjenci wciąż czekają w kolejce na miejsce w hospicjum. Jakie są niezaspokojone obszary?

Pacjenci, którzy potrzebują opieki stacjonarnej, nie mogą czekać w kolejce. To są chorzy w stanie niestabilnym, wymagający pomocy od razu. Jeżeli nie trafią do hospicjów czy na oddziały medycyny paliatywnej, będą musieli skorzystać z jakiejś innej formy opieki stacjonarnej. Czyli trafią na oddziały chorób wewnętrznych, geriatry czy zabiegowe, w zależności od potrzeby wykonania określonych procedur. Dlatego nie ma sensu tworzenie kolejek do opieki stacjonarnej, gdyż pacjent albo skorzysta z innej formy opieki medycznej, albo umrze, nie uzyskując świadczenia.

W niektórych regionach są kolejki do opieki domowej, gdyż tu jest więcej pacjentów w stabilnym stanie. W niektórych województwach czas oczekiwania wynosi nawet kilka miesięcy. Najbardziej istotną przyczyną tego stanu nie jest jednak brak środków finansowych, lecz deficyt kadrowy. Przez wiele lat twierdziliśmy, że opieka paliatywna może

”

Przez wiele lat twierdziliśmy, że opieka paliatywna może się rozwijać, gdyż mamy personel i jeżeli tylko będą pieniądze z NFZ, to poszerzymy zakres świadczeń. Dzisiaj to twierdzenie nie jest już aktualne. Mamy lepszą sytuację finansową niż kadrową

się rozwijać, gdyż mamy personel i jeżeli tylko będą pieniądze z NFZ, to poszerzymy zakres świadczeń. Dzisiaj to twierdzenie nie jest już aktualne. Poza tym personel się starzeje. Osoby, które przed laty zaczynały działać w opiece paliatywnej bardziej z poczucia misji niż z powodów finansów, powoli z systemu wypadają. Nie mamy proporcjonalnego przyływu młodej kadry. Niestety niedobór personelu, który dotyczy całego systemu, dotyka również medycynę paliatywną.

W nowo powstającym hospicjum trzeba zatrudnić ok. 50 pielęgniarek i kilku lekarzy. I wtedy często się okazuje, że na danym obszarze nie ma takich kadr. Nawet jeśli są pielęgniarki, to nie mają odpowiednich kwalifikacji. To duże ograniczenie. W tym momencie mamy lepszą sytuację finansową niż kadrową.

## | Najczęściej mówimy o dorosłych pacjentach, którzy wymagają opieki paliatywnej. Jak są realizowane potrzeby w opiece pediatrycznej?

Pacjenci wymagający pediatrycznej opieki paliatywnej stanowią 2 proc., 98 proc. to osoby powyżej 18. roku życia. W Polsce pediatryczna opieka paliatywna jest dobrze zorganizowana. Przez lata była prowadzona głównie przez hospicja domowe. Była taka idea, żeby ciężko chore dziecko ze szpitala mogło trafić w przyjazne warunki domowe. Zespół w tym wypadku jest inaczej zorganizowany niż w opiece paliatywnej dla dorosłych. W pediatrii potrzeba dużo więcej sprzętu, który jest dostarczany do domu pacjenta, częstsze są wizyty personelu, a więc trzeba działać na innych zasadach.

W ostatnim okresie pojawiły się również pediatryczne hospicja stacjonarne, których przez lata nie było. Jeżeli chodzi o zapotrzebowanie i roz-

kład terytorialny, to nie przeprowadzono oceny potrzeb w tym zakresie. Jednostki te stopniowo podejmują swoją działalność i w przyszłości możemy również mieć do czynienia ze znacznymi dysproporcjami w tym zakresie. Potrzebna jest polityka zdrowotna, która narzuci pewien schemat funkcjonowania, szczególnie jeżeli chodzi o pediatryczną opiekę stacjonarną.

## | Hospicja dziecięce borykają się z tymi samymi problemami co hospicja dla dorosłych – niedoborami finansowymi i kadrowymi. Jak uniknąć nierówności w dostępie do świadczeń w zależności od regionu?

W tym przypadku potrzebna jest spójna polityka zdrowotna, ocena zapotrzebowania oraz zarządzanie tym obszarem. Potrzebne jest też spójne finansowanie. Pomiędzy województwami jest dysproporcja również w nakładach na opiekę paliatywną.

## | Pojawia się też potrzeba opieki perinatalnej. Czy jest zaspokojona?

To nowa forma opieki, która funkcjonuje na granicy medycyny paliatywnej, ginekologii i położnictwa. Znalazła się wśród świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej w 2018 r. Zapotrzebowanie na taką pomoc było dostrzegane już dawno i niektóre hospicja dziecięce prowadziły takie poradnie poza systemem, na zasadzie finansowania przez organizacje pozarządowe. Dopiero po wprowadzeniu do koszyka świadczeń gwarantowanych hospicja perinatalne mogły zaistnieć w sposób widoczny w systemie opieki zdrowotnej. Potrzeba trochę czasu, żeby te świadczenia się rozwinęły, a przede wszystkim, aby zaistniały w świadomości społecznej oraz w świadomości lekarzy.

*Rozmawiała Monika Stelmach*

”

W ostatnim „Europejskim atlasie opieki paliatywnej” z 2019 r. znaleźliśmy się na pierwszym miejscu na świecie pod względem rozwoju opieki domowej. W ogólnym rankingu natomiast byliśmy na miejscu siódmym, czyli zupełnie nieźle

