

Analiza Zintegrowanego Systemu Opieki nad osobami umierającymi na oddziale opieki paliatywnej – wszechstronna ocena potrzeb pacjentów w okresie terminalnym choroby nowotworowej

Integrated Care Pathway of the dying on the palliative care unit – comprehensive evaluation of the patients' needs in terminal phase of cancer disease

Ilona Lutostańska¹, Ewa Mrówczyńska¹, Bogna Mazurkiewicz¹, Andrzej Stachowiak²

¹Dom Sue Ryder w Bydgoszczy

²Centrum Naukowo-Edukacyjne Stowarzyszenia im. Sue Ryder

Streszczenie

Opieka paliatywna nad osobami umierającymi z uwagi na złożoność potrzeb pacjentów i ich opiekunów jest wielkim wyzwaniem terapeutycznym i organizacyjnym.

Celem pracy była analiza wyników uzyskanych w czasie stosowania Zintegrowanego Systemu Opieki (ZSO) dla pacjentów umierających na oddziale opieki paliatywnej (OOP) z powodu choroby nowotworowej. Dokumentacja ZSO składa się z 3 części. Pierwsza zawiera listę potrzeb pacjenta oraz wymaganych czynności związanych z poprawą jego komfortu; druga dotyczy bieżącej opieki i monitorowania komfortu co 4 i 12 godz.; trzecia – oceny realizacji celów związanych z poprawą jakości opieki, zawiera też formularz przeznaczony do notowania niezgodności.

Przeprowadzono analizę dokumentacji medycznej 36 pacjentów spośród 64, którzy zostali objęci ZSO od stycznia do maja 2010 r. Jednym z kryteriów włączenia do badania była hospitalizacja przez minimum 2 doby i kompletność zapisów w dokumentacji ZSO przez co najmniej 12 godz. Do najczęściej występujących objawów należały osłabienie (94,4%), zaburzenia świadomości (80,5%), splątanie (69,4%), zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych (50%), duszność (44,4%) i ból (47,2%). Kontrola takich objawów, jak ból, splątanie i rżęcenia, wykazała, że 2 pierwsze były opanowane u prawie wszystkich pacjentów na 12 i 4 godz. przed śmiercią. Wyniki obserwacji co 4 godz. wykazały jednak, że u 16 pacjentów (44,4%) objawy z układu oddechowego nie były w pełni kontrolowane. U 4 pacjentów nieskuteczna była kontrola podwyższonej temperatury ciała. Pozostałe objawy były opanowane u większości pacjentów. Zapewnienie komfortu psychicznego i duchowego w przygotowaniu do zbliżającej się śmierci nie zostało osiągnięte u 5 osób (13,8%). W ocenie personelu medycznego pacjenci objęci ZSO umierali w spokoju – bez bólu i pobudzenia.

Słowa kluczowe: kontrola objawów, Zintegrowany System Opieki, okres terminalny.

Abstract

Palliative care of the dying is a big organisational and therapeutic challenge due to the complexity of the patients' and their caregivers' needs. The aim of the research was to analyse the results achieved during Integrated Care Pathway implementation in cancer patients in the Palliative Care Ward. The ICP documentation consists of 3 parts. The first part includes a list of the patients' needs and the required activities aiming at improving the patients' comfort; the second one deals with current care and monitoring patients' comfort every 4 and 12 hours; the third one concerns evaluation of the aims implementation and improvement of the quality of care and also comprises a form for noting discrepancies. The analysis of medical documentation of 36 out of 64 patients in ICP was carried out from January to May 2010. One of the inclusion criteria was hospitalisation lasting at least 48 hours and completing records in ICP documentation for at least 12 hours. The most common symptoms included weakness (94.4%), consciousness disorder (80.5%), amnesia (69.4%), respiratory tract secretion (50%), dyspnea (44.4%) and pain (47.2%). The control of such symptoms as pain, amnesia and death rattle showed that the first two ones were mastered in almost all the patients 12 and 24 hours before death. The results of the observation carried out every 4 hours demonstrated that in 16 patients (44.4%) symptoms from the respiratory tract were

not totally controlled. In 4 patients the control of high body temperature was not effective. The remaining symptoms were mastered in the majority of patients. Ensuring mental and spiritual comfort in preparation for the coming death was not achieved in 5 individuals (13.8%). According to the medical staff's evaluation, all the patients provided with Integrated Care Pathway were dying peacefully – with no pain or agitation.

Key words: symptom control, Integrated Care Pathway, terminal phase.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Andrzej Stachowiak, Dom Sue Ryder w Bydgoszczy, ul. Roentgena 3,
85-796 Bydgoszcz, e-mail: a.stachowiak@domsueryder.org.pl

WPROWADZENIE

Celem opieki paliatywnej jest zapobieganie i leczenie objawów towarzyszących chorobom przewlekłym i nieuleczalnym oraz podnoszenie jakości życia pacjentów. W okresie terminalnym choroby, jak również po jej zakończeniu, szczególnego znaczenia nabiera właściwe rozpoznanie i rozwiązywanie problemów psychosocjalnych opiekunów [1]. Opracowanie wspólnego planu opieki polegającego na aktywnym rozpoznawaniu potrzeb pacjentów i ich opiekunów oraz monitorowaniu bieżącej kontroli objawów somatycznych, psychosocjalnych i duchowych pomogłoby sprostać tym zadaniom. Powszechnie uważa się, że optymalną metodą służącą rozwijaniu dobrej praktyki klinicznej i poprawie jakości opieki medycznej może być wdrożenie lokalnego standardu opieki i stosowanie audytu klinicznego w formie zintegrowanego planu opieki [24]. W wielu krajach w ostatnich latach takie zintegrowane plany opieki nad umierającymi zostały wdrożone nie tylko w jednostkach opieki paliatywnej, ale także w szpitalach, domach opieki społecznej i w opiece środowiskowej [2–6].

W Stanach Zjednoczonych obliczono, iż statystycznie na opiekę w ostatnim roku życia pacjenta wydatkuje się blisko 27% wszystkich środków przeznaczonych na leczenie w ochronie zdrowia. Liczne środowiska społeczne i medyczne są jednak zaniepokojone niską jakością opieki dla pacjentów umierających z powodu nieuleczalnej choroby [7–9].

W Walii i Szkocji, podobnie jak w Anglii, wiele szpitali i hospicjów wdrożyło program zintegrowanej opieki nad pacjentem umierającym, którego podstawą była liverpoolska ścieżka opieki (*Liverpool Care Pathway*, LCP) [10]. Wyniki dotychczasowych badań wykazały, że zastosowanie LCP powoduje wzrost jakości opieki nad osobami umierającymi oraz umożliwia prowadzenie ciągłego audytu klinicznego w danej jednostce i benchmarkingu między różnymi świadczeniodawcami [11].

W 2007 r. wdrożono pilotażowo Zintegrowany System Opieki (ZSO) nad umierającymi na oddziale

opieki paliatywnej (OOP). Przy konstruowaniu dokumentacji systemowej również wzorowano się na doświadczeniach z implementacji LCP zebranych w dostępnej literaturze [12]. Następnie, w 2009 r. włączono standard opieki jako dokument systemowy zgodnie z procedurami ISO 9001:2010, jako integralną część dokumentacji medycznej na OOP [13].

Celem pracy była jakościowa i ilościowa analiza wyników uzyskanych w czasie stosowania ZSO nad pacjentami umierającymi z powodu choroby nowotworowej na oddziale opieki paliatywnej.

MATERIAŁ I METODY

Od stycznia do maja 2010 r. przeprowadzono prospektywną analizę wyników obserwacji pacjentów umierających na OOP z powodu choroby nowotworowej, u których zastosowano ZSO. Analizowano dokumentację 36 pacjentów, którzy przebywali na oddziale przez co najmniej 2 doby, a zapisy w dokumentacji ZSO prowadzono przez co najmniej 12 godz.

Kryterium włączenia pacjentów do ZSO było stwierdzenie przez wielospecjalistyczny zespół medyczny fazy terminalnej choroby, której towarzyszyły następujące objawy zbliżającej się śmierci:

- znaczne osłabienie unieruchamiające pacjenta w łóżku,
- przedłużona senność,
- zaburzona orientacja w czasie,
- przyjmowanie niewielkiej ilości płynów drogą doustną,
- trudności w polykaniu tabletek [3].

Wyżej wymienione kryteria są odpowiednio punktowane. Pacjent zostaje objęty standardem, jeśli uzyskał 6 i więcej punktów, a potencjalny związek przyczyn odwracalnych z obserwowanymi objawami nie został potwierdzony.

Wszelkie objawy i podejmowane działania wielospecjalistycznego zespołu terapeutycznego były dokumentowane w ZSO. W pierwszej części tej

dokumentacji identyfikowano potrzeby pacjenta w zakresie występowania objawów i podjętych środków medycznych zwiększających komfort chorego. Szczególną uwagę poświęcono odstawieniu leków, procedur diagnostycznych, rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych, które uznano za zbędne w tej fazie opieki, a pozostawieniu środków istotnych w łagodzeniu objawów. Oceniono też stan uświadomienia pacjenta i jego opiekunów o zbliżającej się śmierci oraz potrzeby psychologiczne i duchowe pacjenta. Odnotowywano fakt uzyskania zgody od pacjenta lub jego opiekuna na zaproponowany nowy plan opieki. Druga część dokumentacji ZSO obejmuje monitorowanie komfortu pacjenta co 4 godz. pod kątem utrzymania właściwej higieny i wilgotności śluzówek jamy ustnej, oddawania moczu, kontroli objawów, w tym szczególnie bólu, pobudzenia, zalegania wydzieliny w drogach oddechowych. Z kolei co 12 godz. monitorowano ogólne poczucie komfortu pacjenta i zgodność świadomości pacjenta i opiekunów z rzeczywistą sytuacją. Oceniano stopień zaspokojenia potrzeb duchowych. Systematycznie sprawdzano także opinię opiekunów o realizowanym planie opieki. W zapisie wyników obserwacji co 12 godz. stosowano oznaczenia odpowiednich pól literami T lub N, które oznaczały odpowiednio osiągnięcie lub nieosiągnięcie celu, jakim była właściwa kontrola objawu. Jeśli dany cel został osiągnięty, np. jama ustna jest czysta i wilgotna, w odpowiednie pole formularza wpisywano literę T (= tak, osiągnięto cel). Jeśli natomiast cel nie osiągnięto, np. pacjent ma trudności w oddawaniu moczu, w odpowiednie pole wpisywano literę N (= nie osiągnięto celu). Wpisanie w pole litery N nie tylko oznaczało brak np. kontroli objawu, ale również zmienność, której przyczyną i podejmowane sposoby postępowania zapisywano w Formularzu Zmienności, wykorzystywanym przez kierownika ds. pielęgniarstwa do prowadze-

nia ciągłego audytu opieki nad umierającymi. W trzeciej części dokumentacji zapisywano dane dotyczące momentu zgonu pacjenta i jego wyrejestrowania z oddziału. Zebrano tu także informacje dotyczące procedur szpitalnych stosowanych po śmierci pacjenta oraz możliwości uzyskania odpowiedniej opieki w Poradni dla Osób Osieroconych. Opracowano również poradnik dla opiekunów poruszający tematykę terminalnej fazy choroby i przeżywania żałoby [25].

Dane dotyczące wieku, płci, rozpoznania choroby podstawowej oraz czasu hospitalizacji uzyskano z obowiązującej dokumentacji medycznej.

WYNIKI

Na oddziale opieki paliatywnej od 1 stycznia do 10 maja hospitalizowano 129 pacjentów i zanotowano w tym czasie 71 (55%) zgonów. Wśród tych pacjentów 64 (90,1%) było objętych standardem opieki nad pacjentem umierającym dokumentowanym przez ZSO. Przyjęte kryteria badania spełniło 36 pacjentów. W badanej grupie było 19 kobiet, co stanowiło 52,7%, oraz 17 mężczyzn (47,2%). Średnia wieku pacjentów wyniosła 64,4 roku (tab. 1.).

Wszyscy pacjenci mieli rozpoznaną chorobę nowotworową. Największy odsetek stanowił nowotwór płuc (27,7%) i przewodu pokarmowego (16,6%).

Średni czas hospitalizacji wszystkich pacjentów na OOP wynosił 11,8 dnia, a dla pacjentów objętych badaniem 16,2 dnia. Badani pacjenci byli objęci standardem średnio przez 1,7 dnia, przy czym minimalny czas opieki wynosił 1 dzień, a maksymalny 7 dni (tab. 1.).

Najczęstszymi objawami przy włączeniu pacjentów do ZSO były: osłabienie (94,4%), zaburzenia świadomości (80,5%) i splątanie (69,4%), zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych (rzężenia)

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna pacjentów objętych Zintegrowanym Systemem Opieki (ZSO) nad pacjentem umierającym ($n = 36$)

Charakterystyka demograficzna ($n = 36$)			
średni wiek \pm SD [lata]	64,4 \pm 13		
przedział wiekowy [lata]	34–85		
płeć:			
kobiety (n , %)	19, 52,7		
mężczyźni (n , %)	17, 47,2		
Pacjenci hospitalizowani na oddziale opieki paliatywnej w okresie od 1 stycznia do 10 maja 2010 r. ($n = 64$)			
wszyscy pacjenci		pacjenci objęci ZSO	
liczba pacjentów hospitalizowanych (n)	129	liczba pacjentów objętych ZSO (n , %)	36, 56,2
liczba zgonów	71,5	średni czas hospitalizacji \pm SE [doby]	16,2 \pm 3,1
średni czas hospitalizacji [doby]	11,8	średni czas objęcia ZSO \pm SD [doby]	1,7 \pm 1,5
przedział czasu hospitalizacji [doby]	1–130	przedział czasu objęcia ZSO [doby]	1–7

(50%), ból (47,2%). Ponadto u 11,1% pacjentów stwierdzano podwyższoną temperaturę ciała powyżej 38°C (tab. 2.).

Monitorowanie komfortu pacjentów co 4 godz. wykazało, iż u większości pacjentów takie objawy, jak wilgotność jamy ustnej, brak trudności w oddawaniu moczu, brak pobudzenia, nudności i wymioty były właściwie kontrolowane. Z kolei objawy z układu oddechowego (rzężenia i duszność) występowały u 16 (44,4%) pacjentów, co wykazały 52 pomiary (16,2%). Ból również nie był odpowiednio kontrolowany. Spośród 320 pomiarów notowanych co 4 godz. 17 (5,3%) wskazywało na nieosiągnięcie tego celu u 8 pacjentów (tab. 3.).

Szczegółowa analiza objawów przeprowadzona na 4, 12 i 24 godz. przed śmiercią w badanej grupie pacjentów wykazała, iż największe trudności dotyczyły kontrolowania zalegania wydzieliny w drogach oddechowych. Na 4 godz. przed śmiercią objawy te miało 16 pacjentów (44,4%), na 12 godz. przed śmiercią 12 pacjentów (33,3%), na 24 godz. przed śmiercią – 8 pacjentów (22,2%) (tab. 5.). Obserwacje przeprowadzone w ostatnich 24 godz. życia wykazały, iż w miarę zbliżenia się do śmierci zwiększało się występowanie rzężeń i narastały trudności w ich kontrolowaniu. Obserwacja bólu i pobudzenia w ostatniej dobie życia u badanych pacjentów wykazała dobrą kontrolę tych objawów. Na 24 godz. przed śmiercią ból i pobudzenie wystąpiły u 13 pacjentów i były kontrolowane niemal u wszystkich (tab. 4.).

Wyniki obserwacji komfortu pacjenta co 12 godz. wykazały, że u wszystkich pacjentów osiągnięto cel, jakim było zapewnienie komfortu fizycznego. W przypadku zapewnienia komfortu psychicznego związanego z przygotowaniem opiekunów na zbliżającą się śmierć bliskiej osoby i udzielenia właściwego wsparcia duchowego pacjentom i opiekunom celu nie osiągnięto odpowiednio w 16,6 i 13,8%. Zanotowano, że 15 pacjentom umierającym towarzyszyli spokrewnieni opiekunowie. Wyniki oceny umierania dokonanej przez personel medyczny wykazały, że wszyscy objęci badaniem pacjenci umierali w spokoju.

OMÓWIENIE

Spośród 71 pacjentów zmarłych na OOP w badanym okresie 64 (90,1%) zostało objętych ZSO, co może świadczyć o przyjęciu właściwych kryteriów włączenia do ZSO i odpowiednim doświadczeniu zespołu terapeutycznego oddziału w rozpoznawaniu fazy terminalnej choroby. Tylko jeden pacjent został wycofany z ZSO po kilku dniach, gdy okazało się, że po wdrożeniu tego standardu nastąpiła poprawa kliniczna. Zespół terapeutyczny oddziału

Tabela 2. Lokalizacja ogniska pierwotnego nowotworu i występowanie objawów w okresie umierania u pacjentów objętych ZSO (n = 36)

Lokalizacja ogniska pierwotnego nowotworu		
	n	[%]
płuca	10	27,7
przewód pokarmowy	6	16,6
mózg	4	11,1
piersi	3	8,3
narządy płciowe kobiece	3	8,3
ognisko pierwotne nieznanne (FPI)	5	13,8
inne	5	13,8
Objawy		
	Liczba pacjentów n	[%]
osłabienie	34	94,4
zaburzenia świadomości	29	80,5
spłątanie	25	69,4
zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych	18	50
duszność	16	44,4
ból	17	47,2
trudności z połykaniem	10	27,7
nudności i wymioty	7	19,4
inne objawy:		
podwyższona temp. ciała (> 38°C)	4	11,1

bardzo dobrze poradził sobie zatem z właściwym użyciem nowego narzędzia – ZSO, które nie miało żadnych negatywnych skutków dla pacjenta. Z raportu 2. rundy audytu Narodowego Programu Opieki dla umierających przeprowadzonego w szpitalach w Anglii wynika, że tylko 21% zmarłych tam pacjentów było objętych Zintegrowaną Ścieżką Opieki (*Integrated Care Pathway – ICP*), podczas gdy w hospicjum stacjonarnym Ellershaw i wsp. wykazali, że 53% pacjentów umierających było objętych ICP. Badacze ci sugerują, że wskaźnik objęcia zintegrowaną opieką terminalną powinien wynosić ok. 60–70% wszystkich umierających. Gdyż jak wiadomo, część zgonów w opiece paliatywnej poprzedzona jest krótkim okresem pogorszenia stanu ogólnego pacjentów lub ma charakter nagły [19]. Chociaż minimalna i maksymalna długość objęcia opieką terminalną była podobna jak w badaniu Ellershaw i wsp., to średni czas objęcia ZSO pacjentów umierających był krótszy i wynosił 1,7 dnia, podczas gdy we wspomnianym badaniu wynosił 2 dni [19]. Być może wynikało to z ostrożności zespołu kwalifikującego do opieki terminalnej, który posługiwał się tylko oceną kliniczną i bardzo rozważnie stosował badania dodatkowe.

Przeprowadzone badanie zapewniło też wgląd w jakość kontroli objawów w ostatnich godzinach i dniach życia pacjentów. Najczęstszymi objawami były osłabienie (94,4%) i zaburzenia świadomości

Tabela 3. Monitorowanie kontroli wybranych objawów: bólu, splątania i zalegania wydzielin w drogach oddechowych w 24., 12., 4. godz. przed śmiercią u pacjentów objętych ZSO (n = 36)

Monitorowanie komfortu pacjenta co 4 godz.				
Cel	Liczba pacjentów (n)	[%]	Liczba pomiarów	(n) [%]
jama ustna wilgotna i czysta:				
osiągnięto	36	100	317	99
nie osiągnięto	1	2,7	3	0,9
pacjent nie ma trudności w oddawaniu moczu:				
osiągnięto	36	100	319	99,7
nie osiągnięto	1	2,7	1	0,3
brak bólu:				
osiągnięto	34	94,4	303	94,7
nie osiągnięto	8	22,2	17	5,3
brak cech pobudzenia lub splątania:				
osiągnięto	36	100	320	100
nie osiągnięto	0	0	0	0
oddychanie nie jest utrudnione:				
osiągnięto	28	77,7	268	87,7
nie osiągnięto	16	44,4	52	16,2
brak nudności i wymiotów:				
osiągnięto	33	91,6	265	98,9
nie osiągnięto	1	2,7	3	1,1
Monitorowanie komfortu pacjenta i opiekunów co 12 godz.				
poczucie komfortu fizycznego pacjenta:				
osiągnięto	36	100	116	100
nie osiągnięto	0	0	0	0
właściwe przygotowanie opiekunów na zbliżającą się śmierć bliskiej osoby:				
osiągnięto	35	97,2	108	93,1
nie osiągnięto	6	16,6	8	6,9
właściwe wsparcie duchowe pacjenta i opiekunów:				
osiągnięto	34	94,4	102	94,4
nie osiągnięto	5	13,8	6	5,5

(80,5%). Podobne wyniki uzyskano w innych badaniach [15–17].

Splątanie występowało u 69,4% badanych. Conill i wsp. zanotowali podobny wskaźnik u 68% pacjentów w ostatnim tygodniu życia, w pozostałych badaniach wskaźnik procentowy występowania splątania był niższy i wynosił 42–52% [15, 18–20]. Różnice te mogą być spowodowane nie tylko różnym okresem obserwacji pacjentów, ale też zastosowaniem różnych kryteriów diagnostycznych.

W badaniu Ellershaw i wsp. ból występował u 54% pacjentów, w obecnym badaniu natomiast u 47,2% [19]. Podobne rezultaty uzyskali Lichter i Hunt [18]. Wyniki innych badań wskazują na znaczną rozpiętość występowania bólu (30–99%) w ostatnich dniach życia [15, 21]. Ta rozbieżność wyników może wska-

zywać na złożoność problemu pomiaru bólu u pacjentów umierających, którzy jak wynika z naszych badań, mają zaburzenia świadomości.

Rzężenia występowały u 50% pacjentów umierających i wynik ten był zgodny z wynikami uzyskanymi przez innych badaczy [18, 19, 22].

Analiza wyników oceny osiągnięcia właściwej kontroli bólu, splątania i rzężeń u osób umierających w ostatnich 24 godz. życia wykazała, iż w odniesieniu do dwóch pierwszych objawów osiągnięto cel u większości badanych w 12. i 4. godz. przed śmiercią. Z kolei w badanej grupie pacjentów w odniesieniu do rzężeń nie zauważono podobnego zjawiska – wręcz przeciwnie, w ostatniej dobie u wielu pacjentów objaw ten nie był kontrolowany. Badania Ellershaw i wsp. przeprowadzone w więk-

Tabela 4. Monitorowanie kontroli wybranych objawów: bólu, splątania i zalegania wydzieliny w drogach oddechowych, w 24., 12., 4. godz. przed śmiercią u pacjentów objętych ZSO

Obserwacje przed śmiercią [godz].	n	Ból				Splątanie				Zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych (rzężenie)			
		niekontrolowane		kontrolowane		niekontrolowane		kontrolowane		niekontrolowane		kontrolowane	
		n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
24	13	0	0,0	13	100	0	0,0	13	100	3	23	10	76,9
12	27	3	11,1	24	88,8	0	0,0	27	100	9	33,3	18	66,6
4	27	1	3,7	26	96,3	0	0,0	27	100	6	22,2	21	77,7

szej grupie pacjentów w ostatnich 48 godz. życia wykazały podobne tendencje [19].

Analiza zmienności w kontroli objawów, takich jak ból, splątanie, nudności i wymioty, brak komfortu jamy ustnej oraz trudności w oddawaniu moczu, wykazała wysoki stopień realizacji założonych celów jakościowych. U 16 osób umierających cel, jakim było zapewnienie łagodzenia trudności w oddychaniu, nie został jednak osiągnięty pomimo aktywnego postępowania objawowego. Również u 4 pacjentów kontrola podwyższonej temperatury ciała nie była skuteczna. Efektywność postępowania leczniczego u pacjentów umierających będzie osobnym przedmiotem dalszych badań.

Wyniki obserwacji komfortu pacjenta co 12 godz. wykazały, że komfort fizyczny zapewniono wszystkim pacjentom. W przypadku zapewnienia komfortu psychicznego związanego z przygotowaniem opiekunów na zbliżającą się śmierć bliskiej osoby i udzielenia właściwego wsparcia duchowego pacjentom i opiekunom celu nie osiągnięto odpowiednio w 16,6% i 13,8%. Zanotowano, że spokrewnieni opiekunowie byli obecni przy śmierci bliskiej osoby w 15 przypadkach. Globalna ocena umierania wykazała, że wszyscy objęci badaniem pacjenci umierali w spokoju.

Głównym powodem nieosiągnięcia założonych celów było szybkie pogarszanie się stanu ogólnego pacjenta i trudności w skontaktowaniu się z opiekunami oraz brak opiekunów w przypadku pacjentów samotnych. Przy 15 pacjentach (41,6%) w chwili śmierci były obecne głównie osoby spokrewnione. Znaczna część opiekunów pożegnała się z bliską osobą, zanim nastąpił zgon. Wyniki oceny komfortu fizycznego monitorowane co 12 godz. wykazały, że u większości pacjentów cel ten osiągnięto. W końcowej ocenie personelu medycznego wszyscy pacjenci umierający na oddziale i objęci ZSO umierali w spokoju. Oznaczało to w praktyce brak bólu i pobudzenia ruchowego. Inni badacze wykazali, że 73% pacjentów umierało w spokoju [23].

Tabela 5. Analiza wyników kontroli zalegania wydzieliny w drogach oddechowych na 4, 12 i 24 godz. przed śmiercią

Godziny przed śmiercią	Liczba pacjentów	Odsetek pacjentów
4	16	44,4
12	12	33,3
24	8	22,2

Podsumowując, należy podkreślić, iż wdrożenie do stałej praktyki narzędzia w postaci ZSO nad pacjentem umierającym ułatwia personelowi medycznemu zapewnienie optymalnego i wszechstronnego komfortu pacjentom i ich opiekunom w fazie terminalnej choroby. Co więcej, umożliwiła również badanie efektów postępowania i rejestrowanie odchyłeń od przyjętego standardu w Formularzu Zmienności, który jest podstawą do prowadzenia ciągłego audytu klinicznego i benchmarkingu między różnymi świadczeniodawcami.

PIŚMIENNICTWO

- Higginson I., Finlay I., Goodwin D. i wsp. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manage* 2003; 25: 150-168.
- Fowell A., Finlay I., Johnstone R., Minto L. End of Life Care Strategy: Promoting high quality care for all adults at the end of life. UK Department of Health 2008.
- The Welsh Collaborative Care Pathway Project: implementing an integrated care pathway for the dying patient in Wales. *Journal of Integrated Care Pathways* 2002; 6: 59-62.
- Living and Dying Well: A national action plan for palliative and end of life care in Scotland. Scottish Government 2008.
- Travis S., Loving G., McClanahan L., Bernard M. Hospitalization patterns and palliation in the last year of life among residents in long-term care. *Gerontologist* 2001; 41: 153-160.
- Mirando S., Davies P., Lipp A. Introducing an integrated care pathway for the last days of life. *Palliat Med* 2005; 19: 33-39.
- Hoover D.R., Crystal S., Kumar R. i wsp. Medical Expenditures during the Last Year of Life: Findings from the 1992-1996 Medicare Current Beneficiary Survey. *Health Serv Res* 2002; 37: 1625-1642.

8. Smith R. A good death. *BMJ* 2000; 320: 129-130.
9. Hardy J., Vora R. A good death down under. *Intern Med J* 2004; 34: 450-452.
10. NHS Beacons Learning Handbook: spreading good practice across the NHS, NHS Beacon Programme. National Institute for Health and Clinical Excellence 2004; 4: 2001/2002. 2001: 128.
11. Fowell A., Finlay I., Johnstone R., Minto L. An integrated care pathway for the last two days of life: Wales-wide benchmarking in palliative care. *Int J Palliat Nurs* 2002; 8: 566-573.
12. Ellershaw J., Wilkinson S. Care of the dying. A pathway to excellence. Murphy D. Education strategy to implement the Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LPC). Oxford University Press 2003
13. Mierzejewska E. Wdrożenie standardu zintegrowanej ścieżki opieki dla pacjentów umierających z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej na oddziale opieki paliatywnej Domu Sue Ryder w Bydgoszczy. Praca licencjacka 2007.
14. Gambles M., Mc Glinchey T., Murphy D., Ellershaw J. National Care of Dying Audit Hospital – England (NCDHA): Rusing the Liverpool Care Pathway for Dying Patient (LCP) – The impact of an LCP Facilitator. Poster presented to the 11th Congress of the EAPC, Wiena 2009.
15. Conill C., Verger E., Henriquez I. i wsp. Symptom prevalence in the last week of life. *J Pain Symptom Manage* 1997; 14: 328-331.
16. Miaskowski C., Portenoy R.K. Update on the assessment and management of cancer-related fatigue. *Principles and Practice of Supportive Oncology Updates* 1998; 1: 1-10.
17. Simon A.M., Zittoun R. Fatigue in cancer patients. *Curr Opin Oncol* 1999; 11: 244-249.
18. Lichter I., Hunt E. The last 48 hours of life. *J Palliat Care* 1990; 6: 7-15.
19. Ellershaw J., Smith C., Overill S. i wsp. Care of the dying: setting standards for symptom control in the last 48 hours of life. *J Pain Symptom Manage* 2001; 21: 12-17.
20. Lawlor P., Gagnon B. Occurrence, causes, and outcomes of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med* 2000; 160: 786-794.
21. Fainsinger R., Miller M.J., Bruera E. i wsp. Symptom control during the last week of life on a palliative care unit. *J Palliat Care* 1991; 7: 5-11.
22. Nauck F., Klachik E., Ostgathe C. Symptom control during the last three days of life. *Eur J Palliat Care* 2001; 10: 81-84.
23. Georges J.J., Onwuteake-Phillipsen B.D., van der Heine A. Symptoms, treatment and "dying peacefully" in terminally ill cancer patients: a prospective study. *Support Care Cancer* 2005; 13: 160-168.
24. Campbell H., Hotchkiss R., Bradshaw N., Porteous M. Integrator care pathways. *BMJ* 1998; 316: 133-137.
25. Retman W. Poradnik postępowania w sytuacji utraty osoby bliskiej w Domu Sue Ryder w Bydgoszczy. Dom Sue Ryder 2008.