

# VI Konferencja

## OPIEKA PALIATYWNA W POLSCE 2017

Warszawa, 10–11 marca 2017 r.

Nadane streszczenia

### STRESZCZENIA WYKŁADÓW

#### Miejsce opieki paliatywnej w systemie opieki zdrowotnej w Holandii, Wielkiej Brytanii i Szwajcarii

Zbigniew Żylicz

Specjalista medycyny paliatywnej, Palliativzentrum Hildegard, 4002 Basel, Szwajcaria

Przez ostatnie 23 lata pracowałem jako specjalista medycyny paliatywnej w Holandii (12 lat), Wielkiej Brytanii (6 lat) i Szwajcarii (5 lat). We wszystkich tych krajach zajmowałem się organizacją „od nowa” medycyny paliatywnej. W tych krajach byłem pewnego rodzaju pionierem. We wszystkich tych krajach chodziło o stworzenie oprócz hospicjów także oddziałów medycyny paliatywnej, które zajmowałyby się wspieraniem oddziałów szpitalnych, m.in. onkologicznych. Oddziały te powinny stosunkowo szybko przyjmować chorych, głównie ze szpitali (np. pomiędzy kursami chemioterapii), ale także szybko ich rewalidować (przystosowywać do nowej sytuacji) i wypisywać do domu. Stosunek wypisów w stosunku do „opieki do końca” idealnie powinien wynosić 1 : 1. Przyjęcia powinny być dobrze zaplanowane i krótkie (średnio 2–3 tygodnie). Od początku należało wesprzeć rodzinę, aby w odpowiednim momencie mogła przejąć opiekę nad chorym w domu. Dlatego oddziały musiały dobrze współpracować, a nawet współorganizować opiekę domową, głównie pielęgniarstwa. Chory wypisywany do domu mógł bez problemów i biurokracji być z powrotem przyjęty na oddział paliatywny, nawet w środku nocy. Gwarancja takiego przyjęcia stwarzała chorym możliwość pozostania dłużej w domu. Na oddziałach opieki paliatywnej zatrudniano specjalistów, najczęściej razem z generalistami. Proces tej transformacji w każdym kraju przebiegał inaczej. Nowoczesna onkologia jednak pochłaniała coraz więcej środków i coraz bardziej ograniczała środki na opiekę paliatywną. Dlatego system angielski, w przypadku którego duża część środków miała pochodzenie charytatywne, najlepiej potrafił odprzeć ten trend.

Aby rozporządzać dobrym systemem opieki paliatywnej konieczne jest zgranie opieki odgórnej (rządowej, opłacanej ze składek ubezpieczeniowych), opieki oddolnej, wolontaryjnej, napędzanej przez instytucje charytatywne, jak i świadomości społeczeństwa, że część kosztów muszą ponieść sami chorzy, najlepiej proporcjonalnie do ich możliwości. Potrzebne są zarówno hospicja zajmujące się

opieką terminalną, blisko domu chorego, oddziały opieki paliatywnej, jak i opieka domowa. Te wszystkie muszą współpracować z oddziałami szpitalnymi. Przepływ chorych pomiędzy częściami tego systemu powinien być nieskrępowany, bez ograniczeń stawianych przez np. ubezpieczycieli.

#### Finansowanie i poziom nadwykonań w opiece paliatywnej w latach 2014–2015

Maria Krajewska, Andrzej Stachowiak

NZOZ Dom Sue Ryder, Bydgoszcz, Polska

**Wstęp:** Opieka zdrowotna, której częścią jest opieka paliatywna, stanowi niezwykle istotny, a zarazem bardzo trudny element polityki państwa. W wielu krajach finansowanie opieki zdrowotnej jest poważną bolączką oraz podstawowym problemem ekonomiczno-społecznym. Kłopoty zauważalne w opiece paliatywnej dotyczą przede wszystkim dostępności usług, zasobów kadrowych i rzeczowych, a u ich podłoża leży model finansowania tego elementu opieki zdrowotnej.

**Cel pracy:** Ocena stopnia finansowania i poziomu nadwykonań w opiece paliatywnej w latach 2014–2015 z perspektywy płatnika kontraktującego świadczenia medyczne w opiece paliatywnej.

**Materiał i metody:** Dane statystyczne dotyczące finansowania oraz poziomu nadwykonań zostały pozyskane z Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informatora Narodowego Funduszu Zdrowia o zawartych umowach. Analizie poddano wycenę świadczeń każdej formy opieki paliatywnej, kwoty kontraktów oraz poziom nadwykonań (wysokość kwot oraz procent nadwykonań w odniesieniu do pierwotnie zawartego kontraktu).

**Wyniki:** Po dokonaniu analizy pozyskanych danych zaobserwowano, że wartość kontraktu zawartego na wykonywanie świadczeń związanych z Poradnią Medycyny Paliatywnej w 2015 r. w porównaniu z 2014 r. się obniżyła. W przypadku kontraktu na świadczenia realizowane w Hospicjum Domowym dla dorosłych i Hospicjum Stacjonarnym zauważono, że jego wartość wzrastała. Analizując wycenę wszystkich form świadczeń opieki paliatywnej

nej oraz poziom nadwykonań odnotowano istotne różnice pomiędzy województwami. Ponadto wartość nadwykonań w 2015 r. uległa obniżeniu w porównaniu z 2014 r.

**Wnioski:** Następuje stała, ale powolna poprawa finansowania części świadczeń w ramach opieki paliatywnej. Najlepiej finansowaną formą opieki paliatywnej były hospicja domowe.

## Leczenie objawowe u pacjentów chorych na nowotwór z niewydolnością nerek – czy może być bezpieczne? Których leków należy unikać

Aleksandra Kotlińska-Lemieszek

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego, Hospicjum Palium, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, Polska

Pacjenci z niewydolnością nerek stanowią dużą grupę chorych w opiece paliatywnej. W badaniu przeprowadzonym na oddziale medycyny paliatywnej w Poznaniu aż u 45% pacjentów stwierdzono eGFR < 60 ml/min, u 10% < 30 ml/min (oszacowany wg wzoru Cockrofta-Gaulta). Uśmierzenie objawów wymaga z reguły zastosowania od kilku do kilkunastu leków. W przypadku chorych z nieprawidłową czynnością nerek, z uwagi na upośledzoną eliminację leków z organizmu i ryzyko kumulacji, szereg z nich wymaga modyfikacji dawkowania lub zamiany na leki alternatywne, których farmakokinetyka nie podlega istotnym zmianom w warunkach zaburzonego klirensu nerkowego. Konieczność redukcji dawki lub zamiany dotyczy szczególnie: 1) leków, które w niewielkim stopniu podlegają metabolizmowi i są wydalane w postaci aktywnej drogą nerek (jak np. gabapentyna i pregabalina) oraz 2) leków metabolizowanych do aktywnych pochodnych, eliminowanych drogą nerek (jak np. morfina, wenlafaksyna i diazepam). W trakcie prezentacji zostaną kolejno przedstawione leki stosowane w postępowaniu objawowym wg przydatności u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek zgodnie z następującym podziałem:

- A) niewymagające zmiany dawkowania (i zalecane w tej grupie chorych),
- B) wymagające ostrożnego stosowania, z koniecznością redukcji dawki,
- C) przeciwwskazane.

Dodatkowo zostaną przedstawione zalecenia dotyczące wyboru leków u chorych dializowanych.

Prezentację przygotowano na podstawie przeglądu literatury i bazy danych (American Hospital Formulary Service Drug Information, Martindale: The Complete Drug Reference, Oxford Specialist Handbook: Kidney disease from advanced disease to bereavement, Package Inserts, USA; Renal Drug Database, Summary of Product Characteristics, UK).

## Politerapia w opiece paliatywnej

Artur Pakosz

Prezes Zarządu Stowarzyszenia Przyjaciół Chorych „Hospicjum” w Gliwicach  
Dyrektor Hospicjum Miłosierdzia Bożego w Gliwicach

Opieka paliatywna to całościowa, zespołowa opieka nad chorym cierpiącym na nieuleczalne, postępujące i ograniczające życie schorzenia. Towarzyszą im nierzadko inne przewlekłe choroby poprzedzające lub współistniejące. Występują powikłania wczesne i późne leczenia przyczynowego.

Pacjenci kwalifikujący się do tej formy opieki cierpią na choroby nowotworowe, wywołane przez wirusa ludzkiego upośledzenia odporności, owrzodzenia odleżynowe, następstwa chorób zapalnych ośrodkowy układ nerwowy, schyłkową niewydolność serca, oddechową, nerek lub wątroby, w końcu na schorzenia wynikające z układowych zaników, pierwotnie zajmujących ośrodkowy układ nerwowy.

Towarzyszą im często inne choroby przewlekłe charakteryzujące się własną symptomatologią, niejednokrotnie nakładającą się na schorzenie zasadnicze: choroba niedokrwienna serca, przewlekła obturacyjna choroba płuc, cukrzyca, następstwa incydentów mózgowych o charakterze niedokrwiennym lub krwotocznym: niedowład i porażenia, afazje i dysfagje, nadciśnienie tętnicze, niedoczynność tarczycy – często skutek leczenia onkologicznego: radio- lub chemioterapia (inhibitory kinazy tyrozynowej), wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, choroba zwyrodnieniowa stawów kręgosłupa, biodrowych, kolanowych, choroby zapalne na tle autoimmunologicznym: reumatoidalne zapalenie stawów, zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa, inne choroby autoimmunologiczne: toczeń rumieniowaty układowy, nieswoiste zapalenie jelit.

W końcu objawy postępującej choroby mogą mieć tło jatrogenne, będące skutkiem powikłań leczenia onkologicznego:

- wczesnych: supresja szpiku po chemioterapii, leczeniu izotopem strontu rozsiewu do kości, popromienne zapalenie płuc, jelit, błon śluzowych, polineuropatia,
- późnych: zwłóknienie popromienne płuc, tkanki podskórnej napromienianych obszarów, polineuropatia po chemioterapii, mononeuropatie po napromienieniach.

Podopieczni hospicjów domowych i oddziałów medycyny paliatywnej zgłaszają wiele objawów będących powodem dramatycznego często pogorszenia jakości życia. Wśród nich należy wymienić: ból – nowotworowy, jatrogenny, z unieruchomienia, duszność, nudności, wymioty – polekowe, w trakcie napromieniania lub chemioterapii, metaboliczne, wskutek zwiększonego ciśnienia śródczaszkowego, niedrożności jelit, podrażnienia żołądka, zaparcia, następstwa hiperkalcemii – poliuria, polidypsja, zaburzenia świadomości, kardiologiczne, następstwa infekcji – bakteryjne, wirusowe, grzybicze (częstsze wskutek immunosupresji – leczenie onkologiczne, glikokortykoidy, morfina), gorączka, zaburzenia psychiczne o charakterze zespołów dezadaptacyjnych (lekowych, depresyj-

nych), zespołów majaczeniowych, majaczeniowo-zamroczeniowych, zespół anoreksja–kacheksja–astenia, krwawienia: z przewodu pokarmowego, układu oddechowego, moczowego, guzów egzofitycznych, kaszel, świąd, obrzęki limfatyczne, zatrzymanie bądź nietrzymanie moczu, następstwa owrzodzeń i przetok nowotworowych.

Każdy objaw wymaga często leczenia skojarzonego wykorzystującego różne mechanizmy, które pozwala na zmniejszenie dawek poszczególnych leków. Wzrasta niestety liczba polykanych tabletek, co często powoduje niechęć chorego. Rośnie też prawdopodobieństwo działań niepożądanych charakterystycznych dla poszczególnych leków oraz ryzyko nowych skutków ubocznych, wynikających z interakcji lekowych.

Politerapia znajduje zastosowanie w kontrolowaniu większości objawów, a w szczególności ma zastosowanie w leczeniu bólu nowotworowego czy duszności.

W leczeniu bólu nowotworowego stosowanie od początku terapii skojarzonej pozwala na zmniejszenie dawek poszczególnych leków. Przykładem jest połączenie opioidów i niesteroidowych leków przeciwzapalnych w bólu kostnym czy też opioidów i paracetamolu w bólu receptorowym. Zmniejsza się ryzyko hiperalgezji opioidowej dzięki połączeniu opioidów i paracetamolu. Politerapia w bólu neuropatycznym, względnie opornym na klasyczne analgetyki opioidowe, pozwala na dobrą kontrolę bólu przy mniejszej eskalacji dawek analgetyku podstawowego – przykład stanowią opioidy wraz z lekami przeciwpadaczkowymi, przeciwdepresyjnymi i ewentualnie glikokortykoidami.

## Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z wszczepionym portem donaczyniowym

Bożena Łukaszek

Hospicjum im. św. Matki Teresy w Puławach  
Magister pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej. Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej (woj. lubelskie)

Zastosowanie inplantowanych systemów dożylnych u chorych poddawanych leczeniu onkologicznemu stanowi optymalne i najbardziej dogodnie rozwiązanie, pozwalające na wygodne podawanie leków oraz płynów. Znacznie poprawia komfort leczenia, ponieważ chorzy w mniejszym stopniu narażeni są na stres i ból związany z zakładaniem wkłuc do naczyń obwodowych oraz występowaniem powikłań, takich jak np. wynaczynienie leku.

Pielęgniarka sprawująca opiekę nad pacjentem z wszczepionym portem naczyniowym musi być profesjonalnie przygotowana do wykonywania zadań. Musi mieć wiedzę teoretyczną, umiejętności praktyczne oraz doświadczenie. Obowiązkiem pielęgniarki jest również stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych poprzez uczestnictwo w kursach i szkoleniach.

Profesjonalna opieka pielęgniarki zapewni choremu bezpieczeństwo oraz komfort leczenia, co wpływa pozytywnie na jego samopoczucie i jakość życia.

## Bariery w realizacji zadań interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej

Katarzyna Mucha

Pielęgniarka, pedagog, wykładowca, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, Koordynator Hospicjum Domowego w Zespole Opieki Paliatywnej „Palium”, Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, współautorka rozdziałów do podręczników dla pielęgniarek z zakresu opieki paliatywnej, członek Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej, Częstochowa

Zespół interdyscyplinarny to grupa profesjonalistów, przedstawicieli różnych dziedzin medycznych i niemedycznych, którzy chcą i podejmują współpracę w zakresie opieki nad pacjentami z postępującymi, niepoddającymi się leczeniu chorobami. Zespół ten stanowi jedno z podstawowych założeń opieki paliatywnej. Ma on istotny wpływ na jakość życia pacjenta i jego rodziny. Funkcjonowanie zespołu oparte jest na podstawowych standardach. Ważne jest, aby co najmniej pielęgniarki oddziałowe i koordynujące miały specjalizację z pielęgniarstwa opieki paliatywnej. Kierowanie zespołem powierza się osobie mającej największą wiedzę specjalistyczną oraz autorytet. Właściwa relacja w ramach zespołu, oparta na harmonijnym zrozumieniu, wzajemnym zaufaniu i korelacji staje się odzwierciedleniem satysfakcji z osiągniętych celów. Cechą charakterystyczną jest zadowolenie – zaufanie pacjenta i jego rodziny.

Praca zespołu interdyscyplinarnego napotyka różnego rodzaju przeszkody, bariery uniemożliwiające pełną realizację celów, a założenia opieki paliatywnej w rzeczywistości nie zawsze stają się jej odzwierciedleniem. Stopień trudności i rodzaj przeciwności, jakie stawały na drodze sprawowania opieki paliatywnej w ubiegłych latach, też był różny.

Obecnie tę dziedzinę zarówno medycyny, jak i pielęgniarstwa mamy już rozwiniętą, na wysokim poziomie wiedzy i umiejętności – obecnie dążymy do doskonałości w jej realizowaniu. Trudności, jakie napotykają członkowie zespołu interdyscyplinarnego w realizacji celów, są wielopłaszczyznowe. Po przeprowadzeniu badań w środowisku hospicyjnym możemy je w pewien sposób pogrupować i przedstawić. Należą do nich między innymi bariery systemowe, organizacyjne, związane osobowościowo z personelem i codzienną działalnością zespołów. Ograniczenia wynikają również z zasad działania systemu opieki zdrowotnej. Jednak багаż doświadczeń i charakterystyka łącząca członków zespołu interdyscyplinarnego, nowe możliwości rozwoju i potrzeby społeczne w zakresie opieki paliatywnej pozwalają przezwyciężyć przeciwności i dalej rozwijać opiekę paliatywno-hospicyjną.

## O podmiotowości chorego u kresu życia

Monika Rucińska

Katedra Onkologii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski,  
Olsztyn, Polska

Człowiek chory i umierający zasługuje stanowczo na bezwarunkowy szacunek należny każdej osobie, a u schyłku życia, gdy jest szczególnie podatny na zranienia, powinien wręcz mieć specjalne przywileje. Podmiotowość chorego u kresu życia jest zagrożona poprzez tzw. kulturę dobrobytu – osoba chora, niepełnosprawna, zależna od innych nie wpasowuje się w schemat kultury gloryfikującej młodość, sprawność, piękno, posiadanie, dobrobyt itp. W kulturze konsumpcjonistycznej trudno jest dostrzec sens życia w sytuacjach choroby, cierpienia i zbliżającej się śmierci. Pacjent jest zawsze człowiekiem i jest też podmiotem aż do śmierci. Chory ma zawsze prawo, a osoby opiekujące się nim obowiązek respektowania prawa do decydowania o sobie, o sposobie, w jaki, gdzie i z kim chce przeżyć ostatni okres życia, o rodzaju leczenia i ewentualnym odstąpieniu od niego. W opiece paliatywnej szczególnie ważna jest jakość życia pacjenta, ale nie może ona stać się celem opieki – celem jest dobro chorego i to sam pacjent decyduje, co jest dla niego dobre i ma prawo domagać się tego od opiekunów. Lekarz ma za zadanie chronić życie pacjenta, ale równocześnie musi akceptować podstawowe prawo człowieka u kresu życia, którym jest prawo do prywatności i umierania w godności na swój własny sposób.

## Ocena bólu w medycynie paliatywnej

Jadwiga Pyszkowska

Poradnia Medycyny Paliatywnej Uniwersyteckiego  
Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego, Śląski  
Uniwersytet Medyczny, Katowice, Polska

Ból przewlekły jest zespołem chorobowym, który wymaga rozpoznania patogenezy, cech ilościowych i jakościowych. Dotyczy to również bólu towarzyszącego pacjentom z chorobą nowotworową w każdym stadium klinicznym. Postępowanie określające rodzaj bólu umożliwia wybór odpowiedniej metody leczenia, a tym samym determinuje jej skuteczność. Metody oceny bólu przewlekłego określa psychometria, posługując się narzędziami pomiarów obiektywizujących subiektywne oceny pacjentów. Mimo że doznania bólowe oceniane są przez samego chorego lub przez osoby badające, można uwolnić je od wady subiektywizmu, ponieważ w badaniach algometrycznych korzysta się z naukowych metod oceny bólu oraz metod pomiaru jakości życia chorych z przewlekłym zespołem bólowym.

Istotne znaczenie w ocenie bólu mają: nocycepcja, percepcja, świadomość cierpienia i zachowania bólowe. Zachowania bólowe mogą przybierać formę werbalnej i niewerbalnej ekspresji, stając się językiem przeżywania bólu i cierpienia, za pomocą którego chory komunikuje

się z otoczeniem. Psychologiczne metody pomiaru bólu, korzystając z samooceny pacjenta oraz przy użyciu pomiarów psychometrycznych, określają zmiany charakteru bólu, monitorują jego natężenie i umiejscowienie, ustalają czynniki wpływające na jego przyczynę i zmienność. Wspomaga to ocenę skuteczności zastosowanych metod leczenia. Ocena bólu jest również istotnym i ważnym czynnikiem oceny jakości życia, zwłaszcza w przypadku chorych z bólem przewlekłym w chorobie nowotworowej. Nawet skuteczna kontrola bólu nie jest w stanie wymazać całkowicie z pamięci wszystkiego, co trzeba było wcześniej wycierpieć. Skutki doznania przewlekłego bólu pozostają w chorym, potęgowane obawą i strachem przed jego nawrotem. I z tego też powodu niedopuszczalne jest pozostawienie chorego z nieujarzmionym cierpieniem „chroby bólowej”.