

Ocena wspólnego leczenia pacjentów Oddziału Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku z Ośrodkami Medycyny Paliatywnej w latach 2011–2016

Co-operation of the Intensive Care Unit of the University Hospital in Białystok with Palliative Medicine Centers in the years 2011–2016

Urszula Kościuczuk^{1,2}, Piotr Jakubów^{1,2,3}, Juliusz Kosel^{1,2}, Andrzej Siemiątkowski¹, Paweł Kosierkiewicz¹

¹Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Poradnia Leczenia Bólu NZOZ Vitamed w Białymstoku

³Zakład Farmakologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Streszczenie

Wstęp: Zasady medycyny paliatywnej mają charakter interdyscyplinarny. Na oddziale intensywnej terapii w przypadku chorych z nieodwracalnym procesem chorobowym, z negatywnym rokowaniem co do poprawy stanu zdrowia oraz w sytuacjach terapii daremnej prowadzone są elementy opieki paliatywnej. Konsekwencją działania na oddziałach intensywnej terapii jest dążenie do przekazania pacjenta do ośrodków medycyny paliatywnej. Postanowiono zbadać współpracę dużego klinicznego oddziału intensywnej terapii z ośrodkami hospicyjno-paliatywnymi.

Cel pracy: Analiza pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Intensywnej Terapii (OIT) Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku i przekazywanych do ośrodków medycyny paliatywnej (OMP) w okresie od 1.01.2011 r. do 31.12.2016 r.

Materiał i metody: Retrospektywnej ocenie poddano dane uzyskane z dokumentacji medycznej. W odniesieniu do pacjentów przekazanych do OMP odnotowano informacje: rozpoznanie główne i współistniejące, czas hospitalizacji, przygotowanie do opieki paliatywnej.

Wyniki: Hospitalizowanych na OIT było 2755 pacjentów, z czego 48 chorych (1,74%) zostało przekazanych do OMP. Wykazano znamienne wzrost liczby pacjentów przekazywanych w latach 2014, 2015 i 2016 ($p < 0,005$). Najczęstszym wskazaniem do opieki paliatywnej była przewlekła niewydolność oddechowa i odnotowano istotne zwiększenie liczby pacjentów wymagających opieki paliatywnej z tego powodu w latach 2015 i 2016 ($p < 0,005$).

Wnioski: Zasady medycyny paliatywnej na OIT są realizowane najczęściej wobec pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową. Przeprowadzone badanie wskazało na dużą potrzebę współpracy z OMP w zakresie opieki wobec tej grupy chorych. Opublikowanie aktów prawnych dotyczących wskazań do opieki paliatywnej usprawniło współpracę pomiędzy ośrodkami.

Słowa kluczowe: medycyna paliatywna, intensywna terapia, terapia daremna.

Abstract

Introduction: The principles of palliative medicine are interdisciplinary. In the Intensive Care Unit (ICU), for patients with irreversible disease, with a negative prognosis for improvement in health, in futile therapy, palliative care are provided. The consequence of the treatment in ICU is the desire to refer the patient to the Palliative Medicine Centers (PMC).

Aim of the study was to analyze patients hospitalized in the Intensive Care Unit of the University Hospital in Białystok and transferred to the Centers for Palliative Medicine in the period 01.01.2011 – 31.12.2016.

Material and methods: The data obtained from the medical documentation were evaluated on a retrospective basis. For patients referred to PMC, information was collected on: primary diagnosis, coexisting conditions, hospitalization time, methods of preparing for palliative care.

Results: 2755 patients were hospitalized in ICU, 48 of them – 1.74% were transferred to PMC. Significant increase in number of patients reported over the years 2014, 2015 and 2016 has been demonstrated ($p < 0.005$). The most common indication for palliative care was chronic respiratory

failure and a significant increase in the number of patients requiring palliative care was noted for this reason in 2015 and 2016 ($p < 0.005$).

Conclusions: Palliative medicine in ICU are most often performed in patients with chronic respiratory failure. The study indicated a high need for cooperation with PMC in the care of this group of patients. Publication of palliative care guidelines improved cooperation.

Key words: palliative medicine, intensive therapy, futile therapy.

Adres do korespondencji:

Urszula Kościuczuk, Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 24 A, 15-215 Białystok, e-mail: urszula.kosciuczuk@umb.edu.pl

WPROWADZENIE

Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia, opieka paliatywno-hospicyjna polega na niesieniu ulgi w cierpieniu chorym na przewlekłe, postępujące, ograniczające życie choroby. Głównym celem jest poprawa jakości życia chorego oraz równoległe wsparcie rodziny chorego w sytuacji wywołanej ciężką, postępującą, przewlekłą chorobą. Zgodnie z zaleceniami Rekomendacji Rady Europy 2003 r. dotyczącymi organizacji opieki paliatywnej ważne jest wczesne objęcie chorego opieką paliatywną równocześnie z prowadzonym innym leczeniem oraz zwrócenie uwagi na objawy maskujące skutki nieuleczalnej, postępującej choroby niezależnie od jej rozpoznania. W 2012 r. Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej, Międzynarodowe Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej i Paliatywnej, Światowy Sojusz Opieki Paliatywnej i Obserwatorium ogłosiły na Międzynarodowym Kongresie Medycyny Paliatywnej w Pradze kartę praw pacjenta z postępującą chorobą nieuleczalną – Karta Praska 2012 (*The Prague Charter*). W karcie wyszczególniono, że choroby układu krążenia i nowotwory powodują większość zgonów w krajach rozwiniętych i większość chorych cierpi z powodu bólu, zmęczenia, depresji i innych objawów somatycznych, takich jak duszność, wyniszczenie w przebiegu tychże chorób. Ponadto obserwuje się objawy wymagające leczenia specjalistycznego paliatywnego między innymi w zaawansowanej fazie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP), w niewydolności nerek, w schorzeniach neurologicznych (np. stwardnieniu rozsianym, stwardnieniu zanikowym bocznym rdzenia kręgowego – SLA) w przebiegu zaawansowanego otępienia i innych schyłkowych chorobach, takich jak schyłkowa niewydolność serca. Wszystkie te stany wymagają leczenia paliatywnego, jeżeli dotyczą etapu chorobowego, jakim jest przewlekła, postępująca choroba zagrażająca życiu.

Należy zauważyć, że zgodnie z zaleceniami i wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia, Komisji Rady Europy oraz stanowiskami Towarzystw Pali-

tywnych wszystkie schyłkowe, przewlekłe, wyniszczające choroby są ewidentnie wskazaniem do tej opieki zarówno u dorosłych, jak i u dzieci.

Zgodnie z Rekomendacjami Rady Europy od 2003 r. tworzenie listy chorób nie jest zalecane. O zakwalifikowaniu do objęcia opieką paliatywną chorego powinien decydować lekarz ośrodka opieki paliatywnej lub hospicyjnej, a decyzja o objęciu opieką wg rekomendacji Rady Europy powinna być podjęta po ocenie stanu pacjenta i możliwości jego leczenia. W związku z tym zgodnie z rekomendacjami sporządzenie listy schorzeń kwalifikujących ma jedynie znaczenie orientacyjne. Normy prawne tworzą zasady postępowania i często są odpowiedzią na istniejące zapotrzebowanie. Ponieważ autorzy podobnie jak wielu lekarzy codziennie pracują zarówno w opiece hospicyjnej, jak i na oddziałach intensywnej terapii, pojawiły się pytania: Jaki jest stan faktyczny takiej współpracy w odniesieniu do pacjentów obu oddziałów? Jakie jest określenie zasad postępowania wśród chorych na styku oddziałów intensywnej terapii i oddziałów hospicyjnych? Czy istnieje potrzeba objęcia strukturą opieki paliatywno-hospicyjnej chorych z innymi chorobami, w tym skrajną niewydolnością wielonarządową uprzednio leczoną intensywną terapią? Czy istnieje potrzeba takiego postępowania?

Głównym założeniem intensywnej terapii jest podtrzymywanie funkcji życiowych w odwracalnym procesie chorobowym. Niespełnienie warunku odwracalności schorzenia podstawowego z brakiem pozytywnego rokowania wymusza rozważenie zasadności stosowania zasad intensywnej terapii. Konsekwencją stwierdzenia terapii daremnej jest zmiana postępowania medycznego, co w praktyce oznacza realizację podstawowych zasad medycyny paliatywnej [1].

Opieka paliatywna jest interdyscyplinarnym postępowaniem wobec pacjentów nieuleczalnie chorych, bez konieczności wdrożenia leczenia przyczynowego, w którym celem nadrzędnym jest łagodzenie bólu i dolegliwości somatycznych. Wie-

lokierunkowe działania mają aspekt pielęgnacyjny, medyczny, duchowy i psychologiczny [2].

Zagadnienie terapii daremnej oraz prowadzenie opieki paliatywnej w zakresie oddziału intensywnej terapii (OIT) jest tematem bardzo aktualnym. W sytuacji stwierdzenia nieodwracalnego procesu chorobowego oraz braku pozytywnego rokowania co do poprawy stanu zdrowia i życia na OIT prowadzone są często elementy opieki paliatywnej. Naturalną konsekwencją działania w zakresie OIT jest więc dążenie do przekazania pacjenta do ośrodków medycyny paliatywnej (OMP) [1–4]. Postanowiono zbadać współpracę w tym zakresie dużego Klinicznego Oddziału Intensywnej Terapii z ośrodkami hospicyjno-paliatywnymi.

CEL PRACY

Celem pracy było dokonanie analizy grupy pacjentów hospitalizowanych na OIT Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku i przekazywanych do OMP w latach 2011–2016.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu dokonano retrospektywnej analizy danych z dokumentacji medycznej pacjentów hospitalizowanych w OIT Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2016 r. W odniesieniu do pacjentów wypisanych z OIT i przekazanych do OMP odnotowano informacje dotyczące rozpoznania głównego i współistniejących przy przyjęciu na OIT, czas hospitalizacji, wskazania oraz sposób przygotowania do opieki paliatywnej.

Ze względu na brak normalności rozkładów analizowanych zmiennych ilościowych potwierdzony testem Shapiro-Wilka, w analizie statystycznej stosowa-

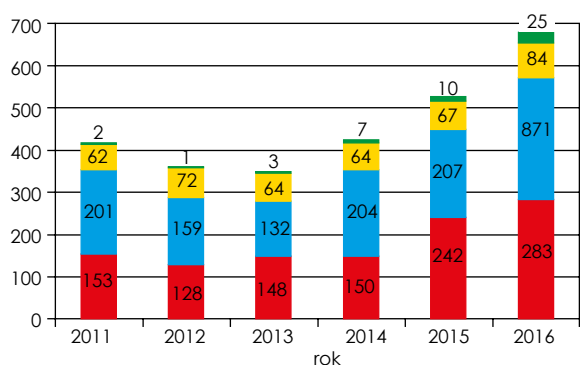
wano testy nieparametryczne. Wartości zmiennych przedstawiono w postaci mediany oraz wartości minimalnych i maksymalnych. Do porównania dwóch grup niezależnych użyto testu *U* Manna-Whitneya. W testach przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Analizę statystyczną przeprowadzono, wykorzystując pakiet Statistica 13.0 (StatSoft Inc. Tulsa, USA).

WYNIKI

Na OIT Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w latach 2011–2016 hospitalizowanych było 2755 pacjentów. W badanym przedziale czasowym 1603 (41,9%) pacjentów zostało przeniesionych na inne oddziały lub wypisanych do innych szpitali z zaleceniami kontynuacji leczenia. W badanym okresie pacjenci przekazani do OMP stanowili 1,74% pacjentów hospitalizowanych na OIT. Szczegółowe dane dotyczące hospitalizacji pacjentów przedstawiono na rycinie 1.

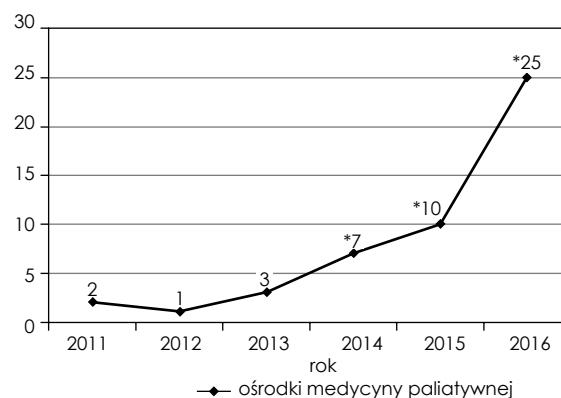
Analiza wykazała, że w latach 2011–2016 do OMP przekazano łącznie 48 pacjentów. W latach 2011–2013 liczba pacjentów wymagających opieki paliatywnej była na porównywalnym poziomie. Wykazano znamienne wzrost liczby pacjentów przekazywanych do OMP w latach 2014, 2015 i 2016 w porównaniu z liczbą pacjentów przekazywanych w 2013 r. ($p < 0,005$). Dane dotyczące liczebności pacjentów w poszczególnych latach przedstawiono na rycinie 2.

U 79% badanych chorych ($n = 38$) wskazaniem do objęcia opieką paliatywną było rozpoznanie przewlekłej niewydolności oddechowej, natomiast u 16% pacjentów choroba nowotworowa, a u 5% owrzodzenia odleżynowe. W grupie pacjentów ze współistniejącą chorobą nowotworową najczęściej występowało rozpoznanie guza mózgu ($n = 3$, 37,5%). Liczebność pacjentów z poszczególnymi rozpoznaniem wg klasyfikacji ICD-10 z uwzględ-



■ zgon ■ przeniesienie ■ wypis ■ ośrodki medycyny paliatywnej

Ryc. 1. Liczba pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w latach 2011–2016

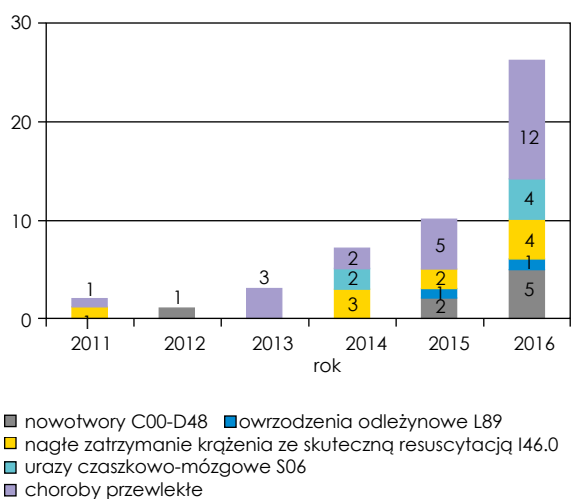


*istotność statystyczna w odniesieniu do danych z 2013 r. $p < 0,005$

Ryc. 2. Liczba pacjentów przekazywanych do ośrodków medycyny paliatywnej z Oddziału Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w latach 2011–2016

Tabela 1. Liczba pacjentów przekazywanych do ośrodków medycyny paliatywnej w latach 2011–2016 wg wskazań z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29.10.2013 r.

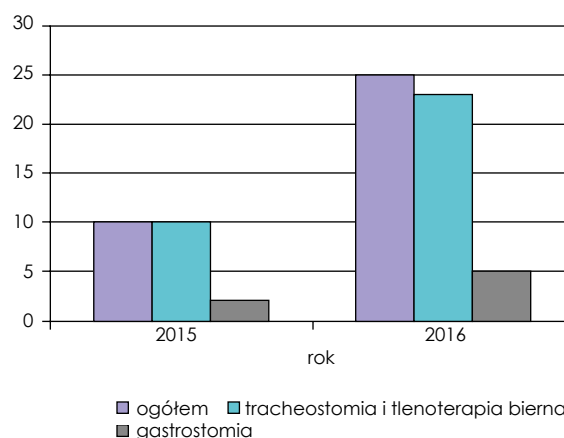
ICD-10	Jednostki chorobowe	Liczba pacjentów 2011–2016
B20-B24	choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)	–
C00-D48	nowotwory	8 D02.2 – ucha środkowego C34 – płuca Z85.0 – przewód pokarmowy D41.4 – drogi moczowe C75, D44, D43 – mózgu D48.6 – sutek
G09	następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego	–
G10-G13	układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy	–
I42-I43	kardiomiopatia	–
J96	niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej	38
L89	owrzodzenie odleżynowe	2



*istotność statystyczna w odniesieniu do danych z 2014 r.

Ryc. 3. Rozpoznania współistniejące pacjentów przekazywanych do ośrodków medycyny paliatywnej z Oddziału Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w latach 2011–2016

nieniem załącznika nr 1 ustawy z 23.10.2013 r. przedstawiono w tabeli 1. Przeprowadzona analiza wykazała, że w grupie pacjentów hospitalizowanych na OIT i przekazywanych do OMP większość stanowili mężczyźni – 64%, łącznie 31 chorych. W populacji ogólnej pacjenci w wieku 60–90 lat stanowili 75%. Wśród badanych chorych w 2016 r. byli również pacjenci po 90. roku życia. W okresie 2011–2016 mediana czasu hospitalizacji badanych chorych wynosiła 32 dni. Charakterystykę badanych przedstawiono w tabeli 2. W badaniu wykazano znamienne zwiększenie liczby pacjentów wymagających opieki paliatywnej w latach 2015 i 2016 w porównaniu z rokiem 2014, z powodu przewlekłej niewydolności oddechowej na tle chorób przewlekłych – powikła-



Ryc. 4. Przygotowanie do opieki paliatywnej pacjentów przekazywanych do ośrodków medycyny paliatywnej z Oddziału Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w latach 2015–2016

nia nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca, choroby obturacyjnej płuc, cukrzycy ($p < 0,005$). Wykazano, że od 2015 r. najczęstszymi rozpoznaniem współistniejącymi u pacjentów wymagających opieki paliatywnej były choroby przewlekłe oraz nowotwory. Liczebność poszczególnych schorzeń współistniejących w poszczególnych przedziałach czasowych przedstawiono na rycinie 3. Aż 94% pacjentów przekazywanych do OMP w latach 2015–2016 wymagało instrumentalnego zabezpieczenia drożności dróg oddechowych i tlenoterapii biernej, a 20% zastosowania długoterminowego żywienia dojelitowego poprzez gastrostomię. Metody przygotowania pacjentów do opieki paliatywnej oraz częstość ich stosowania przedstawiono na rycinie 4.

Tabela 2. Charakterystyka pacjentów przekazywanych do Ośrodków Medycyny Paliatywnej w latach 2011–2016

Parametr	2016	2015	2014	2013	2012	2011	
płeć	kobiety (n)	9	4	3	1	–	–
	mężczyźni (n)	16	6	4	2	1	2
wiek	< 60. roku życia	7	2	–	–	–	1
	60.–75. roku życia	6	5	2	2	1	–
	75.–90. roku życia	10	3	5	1	–	1
	>90. roku życia	2	–	–	–	–	–
wiek [lata] (mediana, min.–maks.)	69 (27–91)	68 (54–80)	80 (62–84)	65 (64–87)	61	69 (54–85)	
czas hospitalizacji (mediana, min.–maks.)	31 (5–111)	31 (10–48)	32 (16–42)	19 (10–123)	54	57 (96–99)	

OMÓWIENIE

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej z 23.10.2013 r. opieka paliatywna rozumiana jest jako wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe chorujących na nieuleczalne, niepoddające się przyczynowemu leczeniu, postępujące i ograniczające życie choroby (nowotworowe i nienowotworowe) [5]. W tych kategoriach mieści się również pacjent OIT, wobec którego zakończono proces diagnostyczno-terapeutyczny, uznając brak odwracalności procesu chorobowego oraz rokowania co do poprawy zdrowia i życia. Jest to grupa pacjentów, którzy po hospitalizacji na OIT wymagają opieki paliatywnej ukierunkowanej na poprawę jakości życia i dotyczącej objawowego łagodzenia dolegliwości somatycznych oraz bólu poprzez działania medyczne, pielęgnacyjne, duchowne i psychologiczne [1, 2].

Według informacji Narodowego Funduszu Zdrowia w województwie podlaskim świadczenia z zakresu stacjonarnej opieki paliatywnej świadczy łącznie 6 placówek [6]. Do tej pory nie podjęto analizy współpracy OIT i OMP. Przedstawiona liczebność pacjentów przekazywanych do OMP nie jest jednak całościową oceną współpracy. Pacjenci przekazywani do innych klinik, oddziałów lub wypisywani do innych szpitali w dalszym etapie również stają się podopiecznymi OMP. Jest to poza dokumentacją OIT. Główną przyczyną niedoszacowania jest ograniczona liczba miejsc stacjonarnej opieki paliatywnej i związany z tym czas oczekiwania na przekazanie pacjenta [7].

W badaniu Zasowskiej-Nowak oraz Ciałkowskiej-Rysz dotyczącym przyczyn przyjęcia i przebiegu hospitalizacji w OMP nie było pacjentów przyjmowanych z OIT, najliczniejszą grupę stanowili chorzy z rozpoznaniem nowotworu w zakresie układu pokarmowego i oddechowego, przyjmowani z oddziałów szpitalnych – 44%, z czego 73% z oddzia-

łu internistycznego [8]. Wyniki analizy są zgodne z wnioskami innych autorów, którzy przedstawili, że średni wiek pacjenta hospitalizowanego w OMP wynosił 64–67 lat, a osoby po 65. roku życia stanowią najliczniejszą grupę pacjentów wymagających opieki paliatywnej [7, 8].

Dokonywanie oceny stanu pacjenta w aspekcie identyfikacji wskazań do wprowadzenia zasad medycyny paliatywnej jest istotnym elementem hospitalizacji na OIT. W badaniu Zalensky i wsp. wykazano, że postępowanie w kierunku określenia potrzeby prowadzenia opieki paliatywnej wśród pacjentów hospitalizowanych na OIT powodowało częstsze przekazywanie pacjentów do OMP oraz częstsze niepodejmowanie reanimacji w przypadku zatrzymania krążenia. Do celów badania autorzy stworzyli kryteria skringingu potrzeby opieki paliatywnej obejmujące pacjentów pozostających pod opieką długoterminową w warunkach domowych, ze schorzeniami neurologicznymi, chorobą nowotworową, przyjęcie na OIT z powodu niewydolności krążeniowo-oddechowej w przebiegu zatrzymania krążenia, zastosowanie długoterminowych rozwiązań medycznych w zakresie utrzymywania drożności dróg oddechowych i żywienia – tracheotomia, gastrostomia [9]. Przedstawione kryteria rozpoznania potrzeby prowadzenia opieki paliatywnej zgodne są również z wynikami prezentowanej w niniejszej pracy analizy, w której wykazano, że pacjenci przekazywani do OMP wymagali instrumentalnego zabezpieczenia drożności dróg oddechowych oraz prowadzenia żywienia długoterminowego przez przezskórną gastrostomię.

Zagadnienie terapii daremnej w odniesieniu do pacjentów OIT oraz prowadzenie następczej opieki paliatywnej w zakresie OIT jest tematem bardzo aktualnym [10, 11]. Jakuci i wsp. wykazali, że w okresie 2012–2014 u 99 (6,3%) pacjentów hospitalizowanych na OIT podjęto temat stwierdzenia terapii daremnej. Najczęstszymi rozpoznaniem była niewydolność oddechowa, urazy komunikacyjne z obrażeniami

w zakresie ośrodkowego układu nerwowego, schorzenia układu krążenia powikłane zawałem serca lub zatrzymaniem krążenia. Pacjenci onkologiczni stanowili ok. 8% badanych chorych [10]. Wyniki prezentowanego w niniejszej pracy badania są zgodne z obserwacjami autorów i wskazują na dominujący udział pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową na tle chorób cywilizacyjnych rozważanych w aspekcie terapii daremnej i konieczności prowadzenia opieki paliatywnej [10, 11].

Analiza wskazała dużą potrzebę współpracy z OMP w zakresie opieki nad pacjentami z przewlekłą niewydolnością oddechową na tle schorzeń cywilizacyjnych. Opublikowanie aktów prawnych dotyczących wskazań do opieki paliatywnej usprawniło współpracę pomiędzy OIT i OMP. Również społeczne i medyczne podjęcie tematu terapii daremnej zwiększa świadomość zespołu medycznego oraz rodziny pacjenta o ograniczonym rokowaniu i akceptację prowadzenia opieki paliatywnej.

Jednocześnie należy zauważyć, że wskazania do objęcia opieką paliatywno-hospicyjną są w Polsce ograniczone i obejmują u dorosłych 7 grup jednostek chorobowych. Dotyczą one chorób onkologicznych w całości, jednak z chorób nieonkologicznych tylko kilka jednostek chorobowych upoważnia do leczenia w ośrodkach paliatywno-hospicyjnych. Przeciwnie u dzieci – schyłkowe, zagrażające życiu choroby mają szerokie wskazania do objęcia refundowaną opieką paliatywno-hospicyjną i nie ma ograniczeń występujących u pacjentów dorosłych. Dlatego nie dziwi, że w Polsce mniej niż 1% pacjentów na oddziałach hospicyjnych dla dorosłych to pacjenci z chorobami niewydolności krążenia i mniej niż

10% dorosłych pacjentów oddziałów hospicyjnych to pacjenci przyjęci z powodu chorób innych niż onkologiczne. W większości systemów zdrowotnych w krajach rozwiniętych cywilizacyjnie ze względu na duże potrzeby i dysproporcje finansowe pomiędzy zorganizowaną i prywatną pozarządową opieką, opieka paliatywno-hospicyjna jest refundowana ze środków ubezpieczenia zdrowotnego lub ze środków publicznych i to niezależnie od ich wewnętrznej struktury. W krajach ubogich i krajach rozwijających się koszty opieki paliatywnej, o ile jest ona zorganizowana, są ponoszone przez organizacje pozarządowe, społeczne organizacje międzynarodowe i fundacje, a na ich rzecz pracują organizacje charytatywne.

W Europie jednym z historycznie najbardziej zaawansowanych, jeśli idzie o medycynę paliatywną, systemem opieki zdrowotnej jest system NHS (*National Health Service*) z Wielkiej Brytanii. Jest to największy i najstarszy system publicznego ubezpieczenia zdrowotnego na świecie. *National Health Service* jako płatnik ubezpieczenia nie limituje zastosowania opieki paliatywnej, dotyczy to również chorych nieonkologicznych.

W dwóch rządowych systemach ubezpieczeniowych w Stanach Zjednoczonych: Medicaid oraz Medicare, opieka paliatywna jest zapewniona dla każdego chorego, u którego rozpoznano poważną, zagrażającą życiu chorobę, w tym: chorobę nowotworową, przewlekłą schyłkową chorobę serca, niewydolność oddechową, niewydolność nerek, chorobę Alzheimera, AIDS, ALS i inne [12]. Medicaid jako amerykański odpowiednik NFZ przedłużył okres objęcia opieką paliatywną i hospicyjną

Tabela 3. Zalecenia *Pikes Peak Hospice Foundation* co do konieczności specjalistycznej konsultacji paliatywnej w chorobach nieonkologicznych

Poniższe kryteria powinny zostać uznane za kryteria inicjowania opieki paliatywnej i zalecenia specjalistycznej konsultacji paliatywnej (wg <i>Pikes Peak Hospice Foundation</i> 2016 w USA, tłumaczenie własne):
• Zadaj sobie pytanie: „Czy byłbym zaskoczony, gdyby ten pacjent umarł w następnym roku?” Jeśli odpowiedź brzmi „tak”, należy rozważyć leczenie paliatywne
• Pacjenci z postępującą demencją, niewydolnością nerek w fazie końcowej, niewydolnością wątroby w fazie końcowej, zastoinową niewydolnością serca, zaawansowaną chorobą płuc, zaawansowaną ALS/MS, mogą wymagać opieki paliatywnej
• Częste wizyty w krótkim okresie w nagłych sytuacjach w związku z tym samym rozpoznaniem mogą być wskazaniem do konsultacji paliatywnej
• Częste hospitalizacje w tej samej diagnozie w ciągu ostatnich 30 dni również
• Długotrwały pobyt w szpitalu na oddziale intensywnej terapii (7–14 dni) bez udokumentowanej poprawy wymaga konsultacji paliatywnej
• Zmniejszenie zdolności do wykonywania czynności codziennego życia wymaga konsultacji paliatywnej
• Trudna kontrola objawów fizycznych lub emocjonalnych wymaga konsultacji paliatywnej
• Jeżeli potrzeby pacjenta cierpiącego (na poważną, zagrażającą życiu, przewlekłą, postępującą chorobę) lub jego rodziny wymagają podjęcia decyzji dotyczących dalszej opieki, wskazana jest specjalistyczna konsultacja paliatywna
• Jeżeli lekarz prowadzący potrzebuje wsparcia przy trudnych rozmowach dotyczących prognozy i leczenia pacjenta, wskazana jest specjalistyczna konsultacja paliatywna

chorych z 6 do 12 miesięcy. Również inne systemy zdrowotne w USA, tzw. PPO (*participating provider organization*), w tym *Federal Employees Health Benefits* (FEHB) dla urzędników federalnych, oraz inne programy, w tym nowe programy prywatne podlegające reformie zdrowotnej, pokrywają koszt leczenia paliatywnego pacjentów nieonkologicznych [12]. W Stanach Zjednoczonych ok. 40% pacjentów hospicjów i ośrodków opieki paliatywnej stanowią chorzy ze schorzeniami nienowotworowymi. Jednocześnie należy wspomnieć, że duża część społeczeństwa amerykańskiego nie ma zagwarantowanego ubezpieczenia zdrowotnego, a ma możliwość opieki paliatywnej [12].

W warunkach polskich świadczenia hospicyjne dla osób mających inne rozpoznanie niż choroba onkologiczna, a szczególnie pacjentów OIT, to wciąż rzadkość i często niechciany stan. Nie ma np. wskazania do leczenia paliatywnego w przypadku wystąpienia schyłkowej choroby po pobycie na OIT, gdy zakończono leczenie przyczynowe. Warto zatem przytoczyć zalecenia jednej z prężniejszych organizacji hospicyjnych w USA *Pikes Peak Hospic Foundation* co do konieczności zasięgnięcia specjalistycznej konsultacji paliatywnej w przypadku wystąpienia nienonkologicznych stanów chorobowych (tab. 3.).

2. Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia. Definicja uporczywej terapii. *Advances in Palliative Medicine* 2008; 7: 77.
3. Campbell ML. Palliative Care consultation in the Intensive Care Unit. *Crit Care Med* 2006; 34: S355-8.
4. Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE. The changing role of Palliative Care in the ICU. *Crit Care Med* 2014; 42: 2418-2428.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn.29.10.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. *Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej*, poz. 1347.
6. www.nfz-bialystok.pl
7. Ciałkowska-Rysz A. Sytuacja i wyzwania opieki paliatywnej w Polsce. *Medycyna Paliatywna* 2009; 1: 22-26.
8. Zasowska-Nowak A, Ciałkowska-Rysz A. 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. *Medycyna Paliatywna* 2015; 7: 58-66.
9. Zalenski R, Jones SS, Courage C i wsp. Impact of Palliative Care Screening and consultation in the ICU: a multihospital quality improvement project. *J Pain Symptom Manag* 2017; 53: 5-15.
10. Jukic M, Saric L, Prkic I, Puljak L. Medical futility treatment in intensive care units. *Acta Medica Academica* 2016; 45: 135-144.
11. Koff G, Vaid U, Len E i wsp. Differences in utilization of life support and end-of-life care for medical ICU patients with versus without cancer. *Crit Care Med* 2017; 45: e379-e383.
12. Morrison RS. Models of palliative care delivery in the United States. *Curr Opin Support Palliat Care* 2013; 7: 201-206.

WNIOSKI

1. Zasady medycyny paliatywnej na OIT są realizowane najczęściej wobec pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową.

2. Przeprowadzone badanie wskazało na dużą potrzebę współpracy z oddziałami medycyny paliatywnej i hospicjami w zakresie opieki nad tą grupą chorych.

3. Opublikowanie aktów prawnych dotyczących wskazań do opieki paliatywnej usprawniło współpracę pomiędzy ośrodkami.

4. Ze względu na dużą i zwiększającą się liczbę chorych wymagających opieki hospicyjnej wśród pacjentów OIT wskazane jest ujednoczenie zasad współpracy i opracowanie dalszych wskazań co do kontynuacji tej opieki.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Kubler A, Siewiera J, Durek G i wsp. Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2014; 4: 229-234.