

Interwencyjna dyspozycyjność lekarza dla chorych objętych hospicyjną opieką domową – doniesienie wstępne

“After-hours” emergencies in patients under homecare – preliminary report

Janusz Wojtacki, Katarzyna Lammek, Elżbieta Skowrońska

Fundacja Hospicyjna i Hospicjum im. ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC w Gdańsku

Streszczenie

Wstęp: Przedmiotem pracy jest wstępna analiza częstości i przyczyn interwencji lekarskich u chorych objętych hospicyjną opieką domową.

Cel pracy: Uzyskanie charakterystyki demograficznej, klinicznej i socjalnej badanej grupy.

Materiał i metody: Retrospektywnie analizowano dokumentację chorych hospicjum domowego od 1 stycznia 2018 r. do 31 grudnia 2018 r.

Wyniki: Przeprowadzono 167 interwencji lekarskich (telefoniczne: 31, osobiste: 136) u 77 z 339 (19,3%) chorych objętych opieką w analizowanym okresie (rak płuc: 20,8%, gruczolakorak jelita grubego: 13,0%, rak piersi: 9,1%, nowotwory złośliwe mózgowia: 7,8%, rak trzustki: 6,5%), w wieku 34–99 lat (mediana: 73 lata; kobiety: 54,5%). W 46 (33,8%) przypadkach powodem interwencji osobistych było stwierdzenie zgonu, w pozostałych 90 (66,2%) – co najmniej 2 współistniejące problemy kliniczne (mediana: 3, zakres: 2–6), najczęściej: ból przebijający (14,0%), duszność (10,3%), gorączka (8,1%). Podczas interwencji telefonicznych głównie modyfikowano dotychczasowe leczenie (90,3%). Najwyższy wskaźnik liczby interwencji lekarskich wobec czasu trwania opieki domowej dotyczył chorych na raka płuc, jelita grubego i pierwotne nowotwory złośliwe mózgowia, nie miał związku z płcią i wiekiem chorych. Żaden chory nie został skierowany do szpitala, 57 (74,0%) zmarło w domu, 9 (11,7%) skierowano do hospicjum stacjonarnego, u pozostałych 11 (14,3%) chorych opieka domowa była kontynuowana.

Wnioski: Interwencje lekarskie stanowią istotny element całodobowej opieki hospicjum domowego. Przyczyny osobistych interwencji lekarskich obejmują zwykle kilka problemów klinicznych u jednego chorego, w analizowanym materiale najczęściej: ból przebijający, duszność i gorączka. Głównym celem interwencji telefonicznych była modyfikacja dotychczas prowadzonego leczenia. Uzyskane dane mają charakter wstępny, analiza będzie kontynuowana celem udoskonalenia edukacji opiekunów chorych hospicyjnych pod kątem najczęstszych przyczyn interwencji.

Słowa kluczowe: hospicjum, opieka domowa, interwencje lekarskie.

Abstract

Introduction: The subject of this work is a preliminary analysis of the frequency and causes of medical interventions in patients under homecare.

Aim of the study: Obtaining demographic, clinical and social characteristics of the examined group.

Material and methods: Medical records of patients under hospice homecare between January 1, 2018 and December 31, 2018 were retrospectively reviewed.

Results: 167 emergency calls were made (31 managed by phone and 136 personally) in 77/339 (19.3%) patients followed (lungs 20.8%, colon: 13.0%, breast: 9.1%, others); aged 34–99 years (median: 73), women: 54.5%. In 46 (33.8%) cases the reason for personal consultation was death report, in 90 (66.2%) at least two co-existing problems, mostly: breakthrough pain (14.0%), dyspnea (10.3%), fever (8.1%); 90.3%, phone managed emergencies were aimed at modification of the pre-existing problem. The highest ratio of the number of emergencies to the duration of home hospice care in days was reported for lung, colon and central nervous system malignancies; no significant relation to age and gender. No hospital admissions were reported, 57 (74.0%) patients died at home, 9 (11.7%) were referred to hospital-based hospice and 11 (14.3%) continued homecare.

Conclusions: “After-hours” emergencies are a significant part of whole-day home hospice care. Reasons for emergencies are multifactorial with breakthrough pain, dyspnea and fever being the most frequently reported. “After-hours” emergencies managed by phone were mostly aimed at modification of the therapy for previous entities. Data we obtained are preliminary. The study will continue to improve education of caregivers for the most frequently encountered emergencies.

Key words: hospice, home care, doctor’s interventions.

Adres do korespondencji

dr med. Janusz Wojtacki, Fundacja Hospicyjna i Hospicjum im. ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC w Gdańsku, e-mail: janusz_wojtacki@hotmail.com

WSTĘP

Obowiązujący w Polsce (i wielu innych krajach) model opieki paliatywnej i hospicyjnej obejmuje opiekę stacjonarną (oddziały medycyny paliatywnej, hospicja stacjonarne) oraz opiekę ambulatoryjną, sprawowaną przez poradnie medycyny paliatywnej i hospicja domowe [1, 2]. Przeprowadzone analizy wskazują, że opieka hospicjum domowego niesie ze sobą wiele korzyści w zakresie aspektów medycznych (w tym uniknięcie zbędnych pobytów szpitalnych), pozwala na wprowadzenie nowych jakości psychologicznych (możliwość przebywania chorego we własnym otoczeniu, sprawowanie opieki przez bliskich) i jednocześnie jest najmniej obciążająca ekonomicznie dla systemów opieki zdrowotnej [1–5].

CEL PRACY

W hospicjum domowym opiekę nad chorym sprawuje zespół wielodyscyplinarny, a jednym z obowiązujących standardów jest zapewnienie stałego, 24-godzinnego dostępu do konsultacji lekarskich, obejmujących m.in. planowane wizyty lekarza prowadzącego w domu chorego, a w sytuacjach nagłych również interwencje lekarskie (lekarz prowadzący lub – po godzinach jego pracy – lekarz dyżurny) [3].

W pracy przeprowadzono analizę częstości i przyczyn interwencji lekarskich w ciągu roku pracy hospicjum domowego. Ponadto oceniono podstawowe dane demograficzne, kliniczne, socjalno-opiekuńcze oraz przebieg opieki nad chorymi, u których przeprowadzono interwencje lekarskie „po godzinach”. Główną przesłanką przeprowadzonego badania była edukacja personelu medycznego, jak również opiekunów nieformalnych (w tym rodzinnych) pod kątem najczęstszych przyczyn interwencji lekarskich, a także wypracowania w przyszłości procedur postępowania w takich przypadkach.

MATERIAŁ I METODY

W celu zrealizowania celu pracy retrospektywnej analizie poddano wpisy do księgi raportów lekarskich oraz historii chorób podopiecznych hospicjum domowego dokonane w okresie od 1 stycznia 2018 r. do 31 grudnia 2018 r. Oceniono liczbę oraz przyczyny interwencji lekarskich w tym okresie, wyróżniając interwencje telefoniczne i osobiste. Ponadto z dokumentacji medycznej pozyskano dane: demograficzne (płeć, wiek), dotyczące schorzenia stanowiącego podstawę objęcia opieką hospicyjną (pierwotna lokalizacja, stopień zaawansowania klinicznego, przebieg leczenia, lokalizacja przerzutów), schorzeń współistniejących oraz opisujące przebieg opieki hospicyjnej. Jako ból przebijający kwalifikowano sytuacje, w których dochodziło do przejściowego zaostrzenia bólu do wartości 5 i więcej w jedenastostopniowej skali wizualno-analogowej pod wpływem przewidywalnych lub nieprzewidywalnych czynników przy założeniu dobrej kontroli bólu podstawowego z zastosowaniem silnych opioidów.

Uzyskane wyniki porównywano, wykorzystując test *t*-Studenta oraz test χ^2 i χ^2 z poprawką na ciągłość Yatesa. Za znamienne statystycznie uznano wartości $p < 0,05$.

WYNIKI

Grupa badana – cechy demograficzne i dane kliniczne

W analizowanym przedziale czasowym konsultacji interwencyjnej udzielono 77 chorym w wieku od 34 do 99 lat (średnia: 72,2 roku; mediana: 73 lata), w zbliżonej proporcji kobietom (54,5%) i mężczyznom (45,5%). Przyczyną objęcia opieką hospicjum domowego u wszystkich chorych były nowotwory złośliwe, w tym najczęściej: rak płuc ($n = 16$; 20,8%), gruczolakorak dolnego odcinka przewodu pokarmowego ($n = 10$; 13,0%), rak gruczołu piersiowego

Tabela 1. Podstawowe dane demograficzne i kliniczne populacji objętej badaniem

Oceniana zmienna	Liczba (%) chorych
Płeć:	
kobiety	42 (54,5)
mężczyźni	35 (45,5)
Wiek [lata]:	
średnia	72,2
zakres	34–99
mediana	73
Pierwotna lokalizacja nowotworu:	
płuco i opłucna	17 (22,1)
jeliło grube	10 (13,0)
układ moczowo-płciowy	9 (11,7)
gruczoł piersiowy	7 (9,1)
mózgowie	6 (7,8)
trzustka	5 (6,5)
głowa i szyja	4 (5,2)
nieznana	4 (5,2)
drogi żółciowe	3 (3,9)
narząd rodny	2 (2,6)
układ chłonny	2 (2,6)
żołądek	2 (2,6)
inna	6 (7,7)
Zaawansowanie kliniczne nowotworu:	
przerzuty odległe	55 (71,4)
lokoregionalne	20 (26,0)
brak danych	2 (2,6)
Główna lokalizacja przerzutów odległych	
narządy trzewne	28 (34,6)
układ kostny	18 (23,4)
węzły chłonne odległe	14 (18,2)
ośrodkowy układ nerwowy	11 (14,3)
inna	6 (9,5)
Zastosowane leczenie przeciwnowotworowe	
tak	62 (80,5)
nie	15 (19,5)

($n = 7$; 9,1%), pierwotny nowotwór złośliwy mózgowia ($n = 6$; 7,8%; głównie glejak wielopostaciowy: $n = 5$), rak trzustki ($n = 5$; 6,5%). Przerzuty odległe rozpoznano u 55 (71,4%), a zaawansowanie miejscowe i regionalne nowotworu u 20 chorych (26,0%); brak danych o rozległości procesu nowotworowego u pozostałych 2 chorych (2,6%). Większość chorych ($n = 62$; 80,5%) przebyła leczenie przeciwnowotworowe, w tym chirurgiczne (radioterapia radykalna: 4, paliatywna: 23) lub z wykorzystaniem terapii syste-

mowych (chemioterapia: 39, leki ukierunkowane na cele molekularne: 7, hormonoterapia: 4). Bardziej szczegółowe dane dotyczące pierwotnych i wtórnych lokalizacji nowotworu oraz przebiegu leczenia choroby podstawowej w analizowanej populacji przedstawiono w tabeli 1.

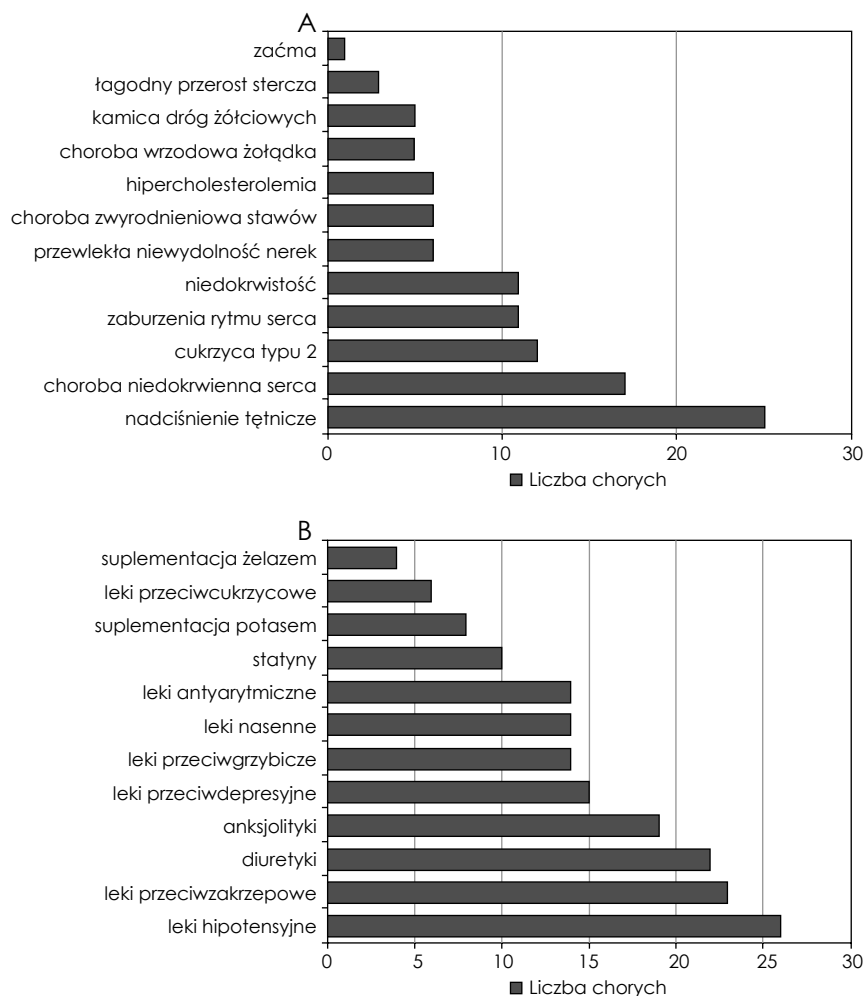
U większości chorych ($n = 56$; 27,3%) odnotowano w dokumentacji rozpoznanie przewlekłych chorób współistniejących, głównie dotyczących układu krążenia i pokarmowego. Rycina 1. zestawia najczęściej rozpoznane choroby współistniejące (część A) i leki wykorzystane do ich leczenia (część B). Do najczęściej zgłaszanych objawów chorobowych we wstępnym wywiadzie lekarskim w grupie objętej analizą należały: bóle ($n = 41$), zaparcia ($n = 30$), odleżyny ($n = 29$), zaburzenia apetytu ($n = 28$) i bóle przebijające ($n = 28$). Rycina 2. podsumowuje najczęściej obserwowane we wstępnym wywiadzie objawy chorobowe i grupy leków wykorzystywanych do kontroli objawów związanych z chorobą podstawową.

Przebieg opieki hospicyjnej

W większości przypadków do opieki hospicjum domowego kierowali chorych lekarze podstawowej opieki zdrowotnej ($n = 21$; 27,3%), specjaliści zaangażowani w leczenie przeciwnowotworowe (onkolog, chirurg onkolog; $n = 14$; 18,2%), lekarze klinik uniwersyteckich ($n = 13$; 16,9%) lub szpitali specjalistycznych ($n = 13$; 16,9%). Czas trwania domowej opieki hospicyjnej, którą objęto chorych, zawierał się w przedziale 1–883 dni (mediana: 41 dni; średnia: 98,7 dnia). W 74,0% opieka hospicjum domowego zakończyła się zgonem chorych w domu ($n = 57$), u 11,7% ($n = 9$) skierowaniem do hospicjum stacjonarnego, u pozostałych 11 (14,3%) była kontynuowana. Żadnego z chorych nie hospitalizowano. Zestawienie danych dotyczących przebiegu opieki domowej oraz sytuacji socjalnej i opiekuńczej chorych, którym udzielono konsultacji interwencyjnych, zawarto w tabeli 2.

Analiza interwencji lekarskich

W objętym oceną okresie przeprowadzono 167 interwencji lekarskich „po godzinach”, w tym 136 (81,4%) osobistych i 31 (18,6%) telefonicznie. Liczba interwencji u poszczególnych chorych mieściła się w zakresie od 1 do 8 (mediana: 2). Interwencje dotyczyły 77 chorych spośród 399 (19,3%) objętych domową opieką hospicyjną w 2018 r. U większości podopiecznych wskazano w dokumentacji więcej niż jedną przyczynę interwencji lekarskich (mediana: 3, zakres: 2–6). W odniesieniu do interwencji osobistych były to głównie: stwierdzenie zgonu ($n = 46$; 33,8%), ból przebijający ($n = 19$; 14,0%), duszność ($n = 14$; 10,3%), gorączka ($n = 11$; 8,1%),



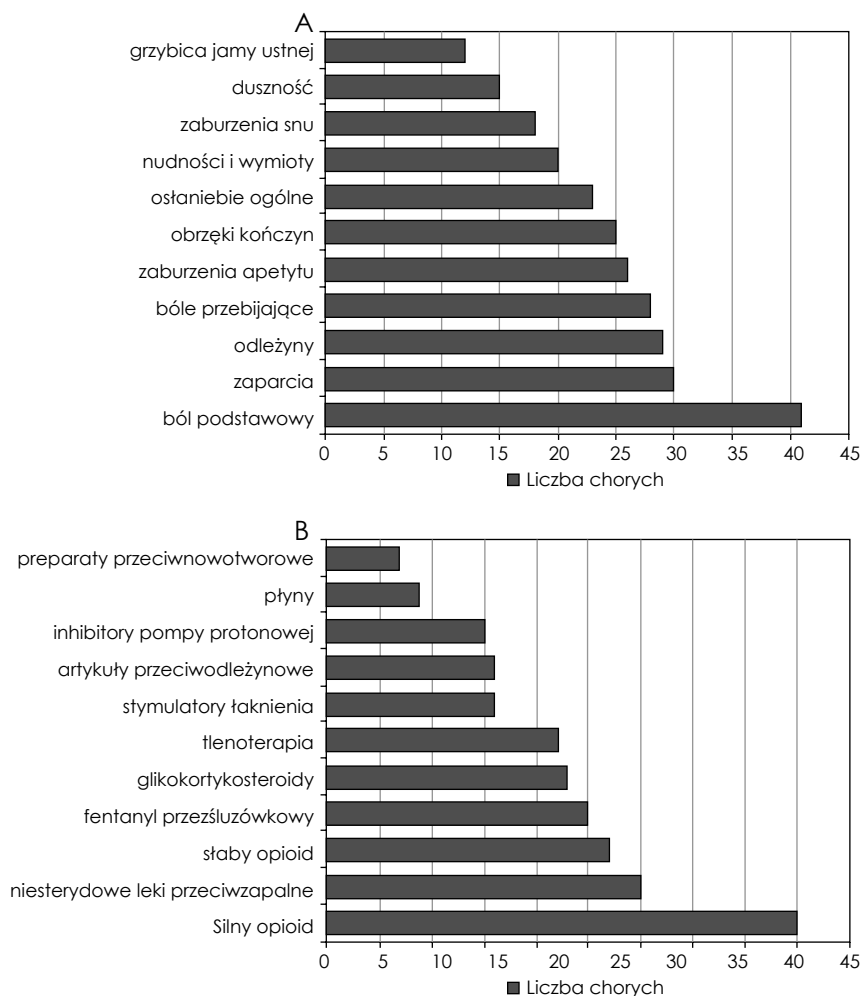
Ryc. 1. A. Przewlekłe choroby współistniejące. B. Leczenie chorób współistniejących

zaburzenia świadomości ($n = 10$; 7,4%). Celem interwencji telefonicznych była modyfikacja dotychczasowego leczenia w związku z istniejącym już problemem klinicznym ($n = 28$; 90,3%) lub interpretacja wyników badań laboratoryjnych ($n = 3$; 9,7%). Modyfikacja postępowania terapeutycznego na drodze interwencji telefonicznej przeprowadzona została w następujących sytuacjach klinicznych: ból przebijający (32,2%), gorączka (12,9%), pogorszenie stanu ogólnego (12,8%), nudności i wymioty (9,7%), zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych (9,7%). Szczegółowe dane dotyczące interwencji lekarskich w analizowanej grupie chorych przedstawiono w tabeli 3. Oceniono również zależność liczby interwencji lekarskich wobec czasu trwania opieki hospicjum domowego w odniesieniu do płci, wieku i pierwotnej lokalizacji nowotworowej. Wyróżniono trzy kategorie „intensywności” konsultacji interwencyjnych (liczba interwencji lekarskich na liczbę dni opieki hospicyjnej): poniżej 0,03, w zakresie 0,03 do 0,1 i powyżej 0,1 (z oceny wyłączono chorych, u których podczas pierwszej interwencji stwierdzono zgon). Nie wykazano statystycznie istotnej zależności między liczbą

interwencji lekarskich w czasie opieki hospicyjnej a płcią ($p = 0,17$) i wiekiem chorych ($p = 0,89$). Najwyższy wskaźnik liczby interwencji lekarskich wobec czasu trwania opieki domowej dotyczył chorych na raka płuc, jelita grubego i pierwotne nowotwory złośliwe mózgowia (tabela 4.).

DYSKUSJA

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje opiekę domową jako świadczenie usług zdrowotnych przez opiekunów w domu chorego w celu promowania, przywracania i podtrzymywania maksymalnego poziomu komfortu, funkcjonowania oraz zdrowia chorych, w tym zapewnianie właściwej jakości życia u jego schyłku [6]. Opieka domowa obejmuje postępowanie zapobiegawcze, promocyjne, lecznicze, rehabilitacyjne, paliatywne oraz wsparcie długoterminowe, w tym również w procesie żałoby [6]. Od wielu lat wskazuje się wszechstronne zalety domowej opieki paliatywnej nad chorymi na nowotwory w zaawansowanych stadiach, za główne uznając



Ryc. 2. A. Objawy kliniczne. B. Stosowane grupy leków i środków terapeutycznych

„zachowanie prywatności i godności chorego oraz jego rodziny poprzez okazywanie wielowymiarowego wsparcia psychologicznego, socjalnego i duchowego” [5–9]. Nie bez znaczenia pozostają również aspekty ekonomiczne – uniknięcie niepotrzebnych pobyków szpitalnych i ponownych hospitalizacji [6]. Podkreśla się, że szczególne wartościowe dla odbiorców opieki paliatywnej i hospicyjnej jest zapewnienie całodobowego dostępu do opieki medycznej [5, 7, 8]. Jak wspomniano powyżej, za standard opieki nad chorymi onkologicznymi w domu uznano 24-godzinny dostęp do opieki lekarskiej, realizowany m.in. dzięki możliwości korzystania z konsultacji interwencyjnych [3].

W przedstawionym materiale oceniono liczbę interwencji lekarskich w ciągu roku pracy hospicjum domowego – objęły one bez mała jedną piątą chorych i zwykle dotyczyły więcej niż jednego problemu klinicznego (mediana: 3, zakres: 2–6). W większości były to wizyty lekarskie w domu chorych, znacznie rzadziej udzielano porad telefonicznych. U około jednej trzeciej chorych podczas wizyt domowych stwierdzono zgon, w pozostałych przy-

padkach podjęto postępowanie w związku z wystąpieniem bólu przebijającego, dusznością i gorączką.

Literatura oceniająca przebieg nieplanowanych konsultacji lekarskich u chorych będących pod opieką hospicjum domowego nie jest zbyt obszerna. W 2002 r. opublikowano wyniki retrospektywnego opracowania dotyczącego dwóch lat pracy hospicjum domowego w Singapurze (lipiec 1997 r. – czerwiec 1999 r.). W tym czasie odbyło się 28 929 domowych wizyt lekarskich, przy czym 2051 (7,1%) z nich to nieplanowane konsultacje po godzinach pracy lekarzy prowadzących [10]. Podobnie jak w naszym materiale (tabela 3.), większość wezwań (50,3%) dotyczyła stwierdzenia zgonu. U 49,0% chorych wskazaniem było wystąpienie bądź nasilenie objawów chorobowych. Ich struktura była bardzo zbliżona do przedstawionej w niniejszej pracy i były to kolejno: duszność (20,0%), zaburzenia żołądkowo-jelitowe (13,4%) oraz bóle (12,2%; nie określono szczegółowo ich natury). W dni powszednie lekarze byli najczęściej wzywani między godziną 18.00 i 23.00.

The Home Care Italy Group opublikowała w 2012 r. wyniki bardzo interesującej prospektywnej, wielo-

Tabela 2. Dane oceniające przebieg opieki hospicjum domowego i sytuację socjalno-opiekuńczą chorych objętych badaniem

Oceniana zmienna	Liczba (%) chorych
Jednostka kierująca do hospicjum	
podstawowa opieka zdrowotna	21 (27,3)
ośrodek onkologiczny	14 (18,2)
klinika uniwersytecka	13 (16,9)
szpital specjalistyczny	13 (16,9)
poradnia medycyny paliatywnej	8 (10,4)
praktyka lekarska	5 (6,5)
inne	3 (3,8)
Czas trwania opieki hospicjum domowego [dni]	
średnia	98,7
zakres	1–883
mediana	41
Zakończenie opieki	
zgon w domu	57 (74,0)
przeniesienie do hospicjum stacjonarnego	9 (11,7)
kontynuacja opieki w szpitalu	5 (6,5)
kontynuacja opieki przez poradnię medycyny paliatywnej	1 (1,3)
inne	5 (6,5)
Osoba głównie sprawująca opiekę	
współmałżonek	36 (46,8)
dzieci	23 (29,9)
rodzice	8 (10,4)
inne	6 (7,8)
brak danych	4 (5,1)
Wstępna ocena jakości opieki dokonana przez lekarza prowadzącego	
wystarczająca	49 (63,6)
niewystarczająca	9 (11,7)
trudno powiedzieć	1 (1,3)
brak danych	18 (23,4)

ośrodkowej analizy oceniającej częstość, przyczyny i przebieg interwencji medycznych u chorych na zaawansowane nowotwory złośliwe objętych hospicyjną opieką domową w ciągu całej doby [11]. W okresie siedmiu miesięcy (w publikacji nie wskazano roku badania) do oceny włączono 689 chorych, u 145 z nich odnotowano co najmniej jeden kontakt interwencyjny. Stu dwudziestu dwóch chorych konsultowano osobiście, 23 udzielono porady telefonicznej. Przyczynami wezwań były najczęściej: duszność ($n = 20$), ból ($n = 15$), delirium ($n = 13$), utrata przytomności ($n = 10$), krwotoki ($n = 9$). Na podstawie bardziej szczegółowego wglądu do dokumentacji

Tabela 3. Przyczyny interwencji lekarskich (osobistych i telefonicznych) w grupie objętej badaniem

Główna przyczyna interwencji lekarskich	Liczba (%) chorych
Interwencje osobiste	
stwierdzenie zgonu	46 (33,8)
ból przebijający	19 (14,0)
duszność	14 (10,3)
gorączka	11 (8,1)
zaburzenia świadomości	10 (7,4)
napad padaczkowy	8 (5,9)
lęk	5 (3,7)
trudności z obsługą sprzętu medycznego (wkłucie podskórne, cewnik dopęcherzowy, koncentrator tlenu)	5 (3,7)
pogorszenie stanu ogólnego	4 (2,9)
krwawienie (przewód pokarmowy, pęcherz moczowy)	3 (2,2)
biegunka	3 (2,2)
infekcja (drogi moczowe, górne drogi oddechowe)	3 (2,2)
zaleganie w górnych drogach oddechowych	2 (1,5)
niedowład połowiczny	1 (0,7)
złamanie patologiczne kości	1 (0,7)
zakrzepica naczyń żylnych	1 (0,7)
Interwencje telefoniczne	
ból przebijający	10 (32,2)
pogorszenie stanu ogólnego	4 (12,8)
nudności, wymioty	3 (9,7)
zaleganie w górnych drogach oddechowych	3 (9,7)
interpretacja wyników badań laboratoryjnych	3 (9,7)
krwawienie (przewód pokarmowy, pęcherz moczowy)	2 (6,5)
zaburzenia świadomości	2 (6,5)
gorączka	2 (6,5)
zaparcia	1 (3,2)
lęk	1 (3,2)

medycznej autorzy badania ocenili, że w większości interwencje związane były z problemami klinicznymi ($n = 92$) lub farmakologicznymi ($n = 11$, głównie działania uboczne leków) oraz miały związek z trudnościami natury socjalnej ($n = 3$). Lekarze ocenili, że większość (109 na 120) interwencji była uzasadniona. Subpopulacja chorych, u których doszło do interwencji lekarskiej, nie różniła się pod względem wieku, pierwotnego rozpoznania, czasu trwania opieki oraz długości czasu przeżycia wobec grupy, u której nieplanowane wizyty lekarskie nie były konieczne.

W ocenionej przez nas grupie interwencje telefoniczne stanowiły ok. 20% i dotyczyły przede wszyst-

Tabela 4. Wybrane cechy kliniczne chorych objętych badaniem wobec liczby lekarskich wizyt interwencyjnych w czasie opieki hospicjum domowego

Liczba interwencji lekarskich na dni opieki	Liczba (%) chorych*	Płeć: mężczyźni vs kobiety, liczba (%) chorych	Wiek: mediana/średnia, zakres [lata]	Najczęstsze rozpoznania kliniczne (liczba)
poniżej 0,03	24 (42,9)	10 : 14 (41,7)	73,5/73,3 (55–99)	rak jelita grubego: 5 rak piersi: 5 rak płuc: 4
0,03–0,1	14 (25,0)	8 : 6 (57,1)	73,0/71,4 (37–93)	rak płuc: 6 rak dróg żółciowych: 2 pierwotny nowotwór złośliwy mózgowia: 2
powyżej 0,1	18 (32,1)	9 : 9 (50,0)	74,0/72,9 (34–96)	rak płuc: 5 rak jelita grubego: 4 pierwotny nowotwór złośliwy mózgowia: 3

*Z analizy wyłączono chorych, u których podczas pierwszej interwencji stwierdzono zgon

kim (90,3%) modyfikacji dotychczasowego leczenia w związku z istniejącymi wcześniej problemami klinicznymi (ból przebijający: 32,2%, gorączka: 12,9%, pogorszenie stanu klinicznego: 12,8%, nudności i/lub wymioty: 9,7%, zaleganie wydzieliny w górnych drogach oddechowych: 9,7%) – podobny profil interwencji telefonicznych przedstawiają inni autorzy [12–15].

Zastosowanie telemedycyny w opiece paliatywnej i hospicyjnej – jakkolwiek już stanowi jej integralną część – nie zostało do końca ocenione w losowych próbach klinicznych [16]. Wydaje się, że obecny kryzys związany z pandemią COVID-19 może nadać telemedycynie nowe znaczenie już w najbliższych latach [17].

W ocenianym materiale, podobnie jak w przytoczonych już publikacjach [10, 11], nie wykazano zależności między płcią i wiekiem chorych a wskaźnikiem liczby konsultacji interwencyjnych wobec czasu trwania opieki. Uwagę zwraca natomiast to, że 3 z 6 chorych z rozpoznaniem pierwotnego nowotworu złośliwego mózgowia należy do grupy o najwyższym ilorazie udzielonych konsultacji interwencyjnych w czasie. W prezentowanym materiale u 5 na 6 chorych rozpoznano glejaka wielopostaciowego (tabela 4.). Mimo znacznego postępu technologicznego w zakresie diagnostyki obrazującej oraz prób wprowadzenia różnych metod leczenia glejaki wielopostaciowe wciąż należą do nowotworów o złym rokowaniu. Ograniczone możliwości leczenia przyczynowego rodzą potrzebę zapewnienia najbardziej optymalnej opieki objawowej. Chorzy na pierwotne nowotwory złośliwe mózgu wymagają opieki, która różni się od świadzonej u tych z innymi lokalizacjami zmian nowotworowych – uzasadnia się to m.in.: złożonością potrzeb chorych i ich opiekunów, bardzo krótkim okresem przeżycia, obecnością postępujących objawów neurologicznych, czasem względnie młodym wiekiem

chorych. Potrzeba bardziej intensywnej opieki lekarskiej w tej grupie chorych wynika m.in. z konieczności modyfikowania leczenia przeciwobrzękowego w czasie trwania opieki hospicyjnej, prowadzenia profilaktyki przeciwzakrzepowej, leczenia infekcji oportunistycznych oraz profilaktyki i leczenia napadów padaczkowych i ich następstw, wsparcia psychologicznego chorego i jego bliskich, leczenia działań niepożądanych terapii (w tym cukrzycy posterydowej), usprawniania ruchowego [18–20]. Cała ta złożoność problemów somatycznych i emocjonalnych związanych z chorowaniem na pierwotne nowotwory mózgowia może tłumaczyć znaczną „intensywność” dodatkowych wizyt konsultacyjnych raportowanych w materiale własnym. W opublikowanym w 2010 r. badaniu niemieckiej *Hospice and Palliative Care Evaluation Working Group* [19] oceniono odrębności w charakterystyce klinicznej i potrzebach w zakresie opieki w grupie 5864 chorych onkologicznie objętych opieką paliatywną. Wykazano m.in., że w momencie objęcia opieką chorzy na pierwotne nowotwory mózgowia ($n = 151$) częściej prezentują niskie wskaźniki sprawności ogólnej (3. i 4. stopień według ECOG) wobec chorych z przerzutami do mózgowia ($n = 661$) oraz tych, których skierowano do opieki z innych powodów ($n = 4872$); najwyższy odsetek chorych w 3. i 4. stopniu ECOG dotyczył chorych na pierwotne nowotwory złośliwe mózgowia i był istotnie różny ($p < 0,001$) wobec tych reprezentujących dwie pozostałe grupy, odpowiednio: 90,1%, 84,5% oraz 71,7%. Wśród chorych na pierwotne nowotwory mózgu istotnie wyższe było również zapotrzebowanie na intensywną opiekę pielęgniarstwa (co najmniej 5 godzin dziennie) – dotyczyło to 11,9% badanych wobec 3,7% z przerzutami do mózgowia ($p < 0,001$) i 3,5% objętych opieką paliatywną z innych powodów ($p < 0,001$). Badacze kanadyjscy opublikowali wyniki ankiety

oceniającej oczekiwania chorych na pierwotne nowotwory mózgowia (w materiale – w większości z rozpoznaniem glejaka wielopostaciowego) wobec opieki paliatywnej. Stwierdzili, że chorzy oczekują przede wszystkim wsparcia psychologicznego, za preferowane miejsce opieki u schyłku życia uznają dom, wskazują na potrzebę jak najwcześniejszego informowania o możliwości skorzystania z opieki paliatywnej [21]. Opublikowana w 2017 r. retrospektywna ocena 158 chorych na glejaki wielopostaciowe mózgowia wykazała, że główną przyczyną hospitalizacji (69%) lub pobytu w oddziale ratunkowym (31%) były napady padaczkowe (33%), konieczność przeprowadzenia zabiegów neurochirurgicznych (15%), zakażenia (12%), wystąpienie objawów ogniskowych (9%) oraz zakrzepowo-zatorowych (9%) [20]. Szczegółowa analiza dokumentacji medycznej wskazała, że większości interwencyjnych hospitalizacji można uniknąć, kierując chorych do opieki hospicyjnej w domu [20]. Model wielodyscyplinarnej opieki paliatywnej nad chorymi na guzy złośliwe mózgu podobny do proponowanego w polskich hospicjach domowych przedstawił zespół badaczy włoskich [22]. Autorzy w latach 2012–2013 objęli wielodyscyplinarną opieką domową 122 chorych na glejaki wielopostaciowe mózgowia. Zapewnienie wielowymiarowej opieki paliatywnej w domu pozwoliło na poprawę wskaźników jakości życia u 72% oraz poprawę stanu sprawności według skali Dorothy Barthel u 42% chorych. Zaproponowanie opieki w modelu domowym miało korzystny wpływ na opiekunów nieformalnych (97% wyraziło pełne zadowolenie, podkreślając szczególnie wartość dostępu do całodobowej opieki medycznej) oraz zmniejszyło konieczność hospitalizacji w schyłkowej fazie opieki (87,3% chorych zmarło w domu lub hospicjum stacjonarnym) [22].

W analizowanym materiale żaden chory nie został skierowany do szpitala, 57 (74,0%) zmarło w domu, 9 (11,7%) skierowano do hospicjum stacjonarnego, u pozostałych 11 (14,3%) chorych opieka domowa była kontynuowana. Problem ponownych hospitalizacji po zakończeniu leczenia szpitalnego jest przedmiotem badań od kilku lat. Statystyki wskazują, że prawie 20% chorych w wieku podeszłym jest ponownie przyjmowanych do szpitala w okresie 30 dni po poprzednim pobycie, co niekorzystnie wpływa na chorych i ich opiekunów, a ponadto dodatkowo obciąża płatników ubezpieczenia zdrowotnego i system zdrowotny [23, 24]. Większość danych z literatury dotyczy chorych z przewlekłą niewydolnością krążenia i przewlekłą obturacyjną chorobą płuc [23, 24], ale dostępne są również dane opisujące chorych na nowotwory złośliwe. Casarett i Gonzalo [25, 26] wykazali, że objęcie chorych opieką hospicyjną obniża odsetek pobytów szpitalnych o 40–50% w okresie od 30 do 180 dni po poprzednim pobycie szpitalnym.

W kolejnych badaniach ten zespół badawczy potwierdził poprzednio publikowane obserwacje i przedstawił wyniki analizy wieloczynnikowej, według której skierowanie chorego do hospicjum domowego istotnie obniża prawdopodobieństwo przyjęcia do szpitala w ostatnich 30 dniach życia (OR = 0,47, 95% CI: 0,45–0,50) [26]. Podobne wyniki wskazujące na korzyści ekonomiczne związane ze skierowaniem do hospicyjnej opieki domowej publikują inni autorzy [27–29].

WNIOSKI

Przeprowadzona analiza interwencji lekarskich w grupie chorych objętych paliatywną opieką domową w 2018 r. pozwala na sformułowanie poniższych wniosków:

- 1) interwencje lekarskie stanowią istotny element całodobowej opieki hospicjum domowego;
- 2) przyczyny osobistych interwencji lekarskich obejmują zwykle kilka problemów klinicznych u jednego chorego; w analizowanym przedziale czasowym były to najczęściej: ból przebijający, duszność i gorączka;
- 3) głównym celem interwencji telefonicznych była modyfikacja dotychczas prowadzonego leczenia, zwłaszcza w zakresie bólu przebijającego, pogorszenia stanu ogólnego i gorączki.

Uzyskane dane mają charakter wstępny, analiza będzie kontynuowana celem prowadzenia edukacji personelu medycznego i opiekunów nieformalnych w aspekcie najczęstszych przyczyn interwencji lekarskich.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Buss T, Lichodziejewska-Niemierko M. Opieka paliatywna w Polsce – od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego). *Forum Med Rodz* 2008; 3: 277-285.
2. Ciałkowska-Rysz A. System organizacji opieki paliatywnej w Polsce. W: *Medycyna paliatywna*. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T (red.). Wydawnictwo Termedia, Poznań 2019: 28-34.
3. Ciałkowska-Rysz A. An appraisal of the situation of palliative care in Poland in 2018. *Palliat Med* 2019; 11: 163-169.
4. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P i wsp. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Ger Soc* 2007; 55: 993-1000.
5. Boutwell A, Hwu S. Effective interventions to reduce rehospitalizations: a survey of the published evidence. Institute for Healthcare Improvement, Cambridge 2009.
6. Genet N, Boerma W, Kroneman M i wsp. Home care across Europe – current structure and future challenges. 27 observational study series. WHO, 2012.
7. Amano K, Morita T, Tataru R i wsp. Association between early palliative care referrals, inpatient hospice utilization, and

- aggressiveness of care at the end of life. *J Palliat Med* 2015; 18: 270-273.
8. Fleming DA, Sheppard VB, Mangan PA i wsp. Caregiving at the end of life: perceptions of health care quality and quality of life among patients and caregivers. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31: 407-420.
 9. Andersen SK, Croxford R, Earle CC i wsp. Days at home in the last 6 months of life: a patient-determined quality indicator for cancer care. *J Oncol Pract* 2019; 15: JOP18.00338. 10.1200/JOP.18.00338.
 10. Tay MH, KooWH, Huang DT i wsp. After-hour home care service provided by a hospice in Singapore. *Med J Malaysia* 2020; 57: 51-55.
 11. Mercadante S, Porzio G, Valle A i wsp. Emergencies in patients with advanced cancer followed at home. *J Pain Sympt Manage* 2012; 44: 295-300.
 12. Slack C. Best practice for after-hours hospice symptom management. A literature review. *Home Healthcare Now* 2015; 33: 482-486.
 13. Jiang Y, Gentry AL. A descriptive, retrospective study of after-hours calls in hospice and palliative care. *J Hosp Palliat Nurs* 2012; 14: 343-350.
 14. Campbell C, Harper A, Elliker M. Introducing 'Palcall': an innovative out-of-hours telephone service led by hospice nurses. *Int J Palliative Nurs* 2005; 11: 586-590.
 15. Shabnam J, Nezamuddin A, Quadri S i wsp. 24/7 palliative care telephone consultation service in Bangladesh: a descriptive mixed method study – they know that we are with them. *Progress in Palliative Care* 2018; 1-7.
 16. Hancock S, Preston N, Jones H i wsp. Telehealth in palliative care is being described but not evaluated: a systemic review. *BMC Palliative Care* 2019, 18: 114-129.
 17. Calton B, Abedini N, Fratkin M. Telemedicine in the time of coronavirus. *J Pain Symptom Manage*. 2020; pii: S0885-3924(20)30170-6.
 18. Sizoo EM, Braam L, Postma TJ i wsp. Symptoms and problems in the end-of-life phase of high-grade glioma patients. *Neuro Oncol* 2010; 11: 1162-1166.
 19. Ostgathe C, Gaertner J, Kotterba M i wsp. Differential palliative care issues in patients with primary and secondary brain tumours. *Support Care Cancer* 2010, 18: 1157-1163.
 20. Wasilewski A, Serventi J, Kamalyan L i wsp. Acute care in glioblastoma: the burden and the consequences. *Neurooncol Pract* 2017; 4: 248-254.
 21. Vierhout M, Daniels M, Mazzotta P i wsp. The views of patients with brain cancer about palliative care: a qualitative study. *Curr Oncol* 2017; 24: 374-382.
 22. Pompili A, Telera S, Villani V i wsp. Home palliative care and end of life issues in glioblastoma multiforme: results and comments from homogenous cohort of patients. *Neurosurg Focus* 2014, 37: 1-4.
 23. Boutwell A, Hwu S. Effective interventions to reduce rehospitalizations: a survey of the published evidence. Institute for Healthcare Improvement, Cambridge 2009.
 24. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med* 2009; 360: 1418-1428.
 25. Casarett D, Karlawish J, Morales K i wsp. Improving the use of hospice services in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 294: 211-217.
 26. Gonzalo PL, Miller SC. Hospice enrollment and evaluation of its causal effect on hospitalization of dying nursing home patients. *Health Serv Res* 2007; 42: 587-610.
 27. Wallace EM, Cooney MC, Walsh J i wsp. Why do palliative care patients present to the emergency department? Avoidable or unavoidable? *Am J Hosp Palliative Care* 2013; 30: 253-256.
 28. Ciais JF, Pradier C, Ciais C, Berthier F, Vallageas M, Raucoules-Aime M. Impact of a hospice home visit team on unwanted hospitalization of terminally-ill patients at home in acute medical emergencies. *Presse Med* 2007; 36: 404-409.
 29. Amano K, Morita T, Tataru R, Katayama H, Uno T, Takagi I. Association between early palliative care referrals, inpatient hospice utilization, and aggressiveness of care at the end of life. *J Palliat Med* 2015; 18: 270-273.