



VI ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYNY PALIATYWNEJ

BIAŁYSTOK | 2–4 WRZEŚNIA 2021

STRESZCZENIA

Sesja HISTORIA MEDYCYNY PALIATYWNEJ

Historia Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej

Jadwiga Pyszkowska

Wyższa Szkoła Nauk Stosowanych, Ruda Śląska, Polska

Początek Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej to nie dzień rejestracji w Sądzie Administracyjnym. Wszystko zaczęło się od ruchu hospicyjnego w Polsce (przełom lat 80/90 XX wieku), który otworzył drogę do rozwoju specjalistycznej opieki paliatywnej. W latach 90. XX wieku powstaje społeczne towarzystwo pod nazwą Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (1996 r.), którego współzałożycielem był prof. dr hab. n. med. Jacek Łuczak z Poznania. Aktywność, projekty i programy członków Krajowej Rady ds. Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej przy Ministrze Zdrowia w latach 90., a szczególnie doc. dr hab. n. med. Janiny Kujawskiej-Tenner z Krakowa i prof. dr hab. n. med. Krystyny de Walden-Gałuszko z Gdańska, uitorowały drogę do powołania specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej. To zainspirowało grupę założycieli, polskich lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej (30 osób), do złożenia wniosku o rejestrację w Krajowym Rejestrze Sądowym towarzystwa naukowo-lekarskiego pod nazwą Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej – PTMP (2002 r.). Aktualnie PTMP liczy około 300 aktywnych członków.

Celem Towarzystwa jest inicjowanie i popieranie badań naukowych dotyczących problemów medycyny paliatywnej, integracja działań lekarzy w zakresie badań, inicjowanie i popieranie programów zdrowotnych dotyczących specjalistycznej opieki paliatywnej oraz propagowania wypracowanych standardów postępowania w tej opiece. Swoje cele Towarzystwo realizuje poprzez: udział w organizowaniu szkoleń dla lekarzy, pielęgniarek oraz innych pracowników medycznych w zakresie medycyny paliatywnej, a także współudział w procesie specjalizacji lekarzy w zakresie medycyny paliatywnej; wydawanie czasopisma *Medycyna Paliatywna*, biuletynów oraz innych materiałów dotyczących medycyny paliatywnej; organizowanie sympozjów, konferencji i spotkań naukowych, jak również współpraca z towarzystwami oraz organizacjami naukowymi w kraju i za granicą zajmującymi się tematyką pokrewną. Zasięgiem swego działania obejmuje teren Rzeczypospolitej Polskiej.

Na Pierwszym Walnym Zebraniu Towarzystwa 20 czerwca 2002 r. wybrano Zarząd Towarzystwa. Pierwszym prezesem została wybrana prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gałuszko (Gdańsk, kadencja 2002–2008 r.), następnie prezesem została wybrana dr n. med. Jadwiga Pyszkowska (Katowice, kadencja 2008–2014) i aktualnym prezesem jest dr hab. n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz (Łódź, od 2014 r.). Członkami zwyczajnymi PTMP jest kilkunastu samodzielnych pracowników naukowych, 30 doktorów nauk medycznych i ponad 200 specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej. Towarzystwo zorganizowało sześć zjazdów: w Gdańsku (2004 r.), w Wiśle (2008 r.), w Łodzi (2011 r.), we Wrocławiu (2014 r.), w Elblągu (2017 r.) i w Białymstoku (2021 r.). Historia PTMP toczy się nadal dzięki zainteresowaniu rozwojem medycyny paliatywnej i specjalistycznej opieki paliatywnej, lekarzy wielu innych dziedzin klinicznych.

Wspomnienie o prof. Janinie Kujawskiej-Tenner

Jolanta Stokłosa

 Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum
im. św. Łazarza”, Kraków

dr hab. med. Janina Kujawska-Tenner
ur. 20 czerwca 1928 r., zm. 31 stycznia 2020 r.

Wielki przyjaciel chorych, radioterapeuta i specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej, wieloletni pracownik Instytutu Onkologii w Krakowie, współzałożyciel i pierwszy prezes Towarzystwa Przyjaciół Chorych Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie, Więzień Koncentracyjnego Obozu Ravensbruck.

Dr hab. med. Janina Kujawska-Tenner należała do grona założycieli pierwszego w Polsce stowarzyszenia hospicyjnego – Towarzystwa Przyjaciół Chorych Hospicjum. Powołane 2 marca 1981 r. Towarzystwo wybrało Ją na pierwszego prezesa. Przez wiele lat, będąc członkiem Zarządu, starała się rozwijać nie tylko profesjonalną opiekę paliatywną ale również krzewić ideę hospicyjną. Dzięki Jej zapalowi oraz wielkiemu zaangażowaniu od pierwszych lat działalności Towarzystwo obejmowało swoją opieką chorych potrzebujących medycznej i pielęgnacyjnej opieki, ale również ofiarowania choremu obecności i przyjacielskiego towarzyszenia.

Współinicjatorka powołania w 1991 r. Fundacji Pomoc Krakowskiemu Hospicjum i długoletnia przewodnicząca Rady. Z Jej inicjatywy zostały wydane na początku lat 90. XX wieku dwa sprawozdania Komisji Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia z 1986 i 1990 r. dotyczące leczenia bólu w chorobach nowotworowych i opiece paliatywnej.

Aktywny członek Rady Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej przy Ministrze Zdrowia w latach 1993–2002. Współautorka wydanej przez Ministerstwo Zdrowia w 1994 r. broszury *Zwalczanie bólów nowotworowych*. Przyjaciółka dr Cicely-Saunders. W latach 80. i 90. utrzymywała stały kontakt listowny z dr Cicely-Saunders, przekazując informacje o polskim ruchu hospicyjnym oraz o budowie Hospicjum św. Łazarza w Krakowie. W latach 90. była na stażu naukowym w Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie.

W latach 90. wykladała na Uniwersytecie Jagiellońskim *Collegium Medium* w Krakowie, przekazując wiedzę z medycyny paliatywnej studentom wydziału lekarskiego.

Była inicjatorką wprowadzenia odpowiednich metod leczenia bólu i innych objawów u chorych będących u kresu życia, objętych opieką w powołanej przez Zarząd Poradni Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej Towarzystwa. W latach 90. wprowadziła w Polsce nowe metody leczenia obrzęku limfatycznego, organizując w 1995 r. pierwsze szkolenie na temat metod odpowiedniego bandażowania, które odbyło się w Zakładzie Fizjologii i Biochemii Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie.

W jednym ze swoich artykułów z początku lat 90. pisała: *Nieuleczalnie chorzy ludzie w ostatnim okresie życia byli zaniechani nie tylko przez służbę zdrowia, ale często również przez przestraszoną i bezradną rodzinę. Ostatni okres życia stawał się koszmarem złożonych cierpień fizycznych i emocjonalnych, a wyzwoleniem była dopiero śmierć, często samotna, w szpitalu wśród obojętnego personelu. Opieka hospicyjna i paliatywna, obejmująca chorego wraz z jego najbliższymi, chroniąca przed cierpieniami fizycznymi, łagodząca bóle psychiczne i duchowe może znacznie poprawić ostatni okres życia, a nawet zmienić go w czas pełen nowych wartości i spokoju.*

Odszedł z ruchu hospicyjnego prawy człowiek, czyniący wiele dla zapewnienia godnego życia do naturalnej śmierci chorym objętym opieką hospicyjną.

wotworów regionu głowy i szyi wiąże się z poważnymi wczesnymi i późnymi skutkami ubocznymi ze strony błony śluzowej jamy ustnej. Problemy z błoną śluzową jamy ustnej mogą też dotyczyć pacjentów uprzednio leczonych systemowo z powodu nowotworów o innej lokalizacji. Najczęstszym powikłaniem leczenia onkologicznego w regionie jamy ustnej jest zapalenie błony śluzowej (ang. *mucositis, mucosal barrier injury* – MBI) oraz kserostomia związana z dysfunkcją ślinianek. Błona śluzowa jamy ustnej wymaga odpowiedniego nawilżenia, a brak śliny prowadzi do powstawania otarć, owrzodzeń, infekcji grzybiczych i bakteryjnych. Zmiany w błonie śluzowej jamy ustnej powodują znaczny dyskomfort i dolegliwości, przede wszystkim ból oraz zaburzenia smaku i utratę łaknienia. Problemy z błoną śluzową jamy ustnej skutkują zaburzeniami, a czasami wręcz uniemożliwieniem przyjmowania pokarmów i płynów, co może prowadzić do niedożywienia i konieczności karmienia inną drogą. W stanie zapalnym śluzówki jamy ustnej tracą swoją obronną funkcję, przyspieszają martwicę tkanki mięśniowej, torują drogi dla infekcji ogólnoustrojowych. Zmiany w jamie ustnej utrudniają ponadto mówienie, upośledzają intymność chorego, wywołują uczucie wstydu i prowadzą do pogorszenia interakcji społecznych.

Konieczna jest wnikliwa ocena ryzyka wystąpienia problemów z błoną śluzową jamy ustnej u pacjenta przyjmowanego do opieki paliatywnej. Na wystąpienie zapalenia błony śluzowej jamy ustnej z wszelkimi tego konsekwencjami są narażeni szczególnie pacjenci po leczeniu onkologicznym, wyniszczeni, z zaburzeniami odżywiania, odporności humoralnej i komórkowej. Dodatkowe czynniki zwiększające ryzyko problemów z błoną śluzową jamy ustnej podczas opieki paliatywnej to zły stan higieny jamy ustnej, palenie tytoniu, alkoholizm w wywiadzie, niewydolność nerek i podeszły wiek pacjenta. Utrzymanie właściwej higieny jamy ustnej, aktywne zapobieganie zakażeniom i właściwe odżywianie stanowią podstawowe działania zapobiegające powstawaniu problemów z błoną śluzową jamy ustnej. Leczenie zapalenia błony śluzowej jamy ustnej u pacjentów w opiece paliatywnej wymaga skojarzonej farmakoterapii miejscowej i ogólnoustrojowej, w tym odpowiedniego leczenia bólu.

Sesja OBJAWY

Problemy z błoną śluzową jamy ustnej u osób pozostających w opiece paliatywnej

Monika Rucińska

Katedra Onkologii *Collegium Medicum* Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn, Polska

Właściwa pielęgnacja jamy ustnej odgrywa ważną rolę u pacjentów w opiece paliatywnej, szczególnie wcześniej poddanych terapiom onkologicznym. Zarówno leczenie chirurgiczne, jak i radioterapia czy chemioterapia no-

Obrzęk limfatyczny w chorobie nowotworowej, patomechanizm powstawania oraz możliwości postępowania terapeutycznego

Beata Stypuła-Ciuba

Klinika Diagnostyki Onkologicznej, Kardiologii i Medycyny Paliatywnej, Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa, Polska

Wstęp: Obrzęk limfatyczny to jeden z objawów zastoinowej niewydolności naczyń chłonnych. Jego przyczyną może być patologia budowy i funkcji naczyń chłonnych lub urazy. Wśród najczęstszych przyczyn jest przewlekła niewydolność żylna oraz choroba nowotworowa.

W chorobie nowotworowej obrzęk limfatyczny ma wtórny charakter. Przyczyną tego typu obrzęku może być spowodowany przez rozrost guza, który powoduje mechaniczną zastoinową niewydolność naczyń chłonnych, leczenie onkologiczne, amputacje w przebiegu choroby nowotworowej. Patomechanizm obrzęku polega na nadmiernym gromadzeniu się płynu bogatobiałkowego w przestrzeniach międzykomórkowych, co przyczynia się do przewlekłych stanów zapalnych i zwłóknień. Według licznych doniesień klinicznych obrzęk chłonny współwystępuje nawet w 15% wszystkich nowotworów.

Materiał i metody: W opiece nad pacjentem bardzo istotne jest wnikliwe badanie chorego i ocena stopnia zaawansowania obrzęku limfatycznego.

Obraz kliniczny klasyfikowany jest na 4 stadia ze względu na nasilenie patologii: 0 stadium – utajone, charakteryzuje się obniżoną objętością transportową limfy ale nie dającą objawów klinicznych co często sprawia, że pacjent nie zauważa tego problemu u siebie, I stadium – obrzęk przemijający, czasowo odwracalny po zastosowaniu np. zmiany pozycji złożeniowej, II stadium – obrzęk elastyczny, charakteryzuje się dalszym gromadzeniem płynu, widoczny w badaniu przedmiotowym, twardy, ucisk palca nie powoduje wgłębienia, nie ustępuje po uniesieniu kończyny, III stadium – słoniowaczna, objawia się bardzo zaawansowanym i masywnym obrzękiem prowadzącym do stanu zapalnego, zmian troficznych oraz dużych deformacji kończyny objętej obrzękiem.

W opiece nad pacjentem onkologicznym ważna jest profilaktyka na wczesnym etapie choroby nowotworowej (np. w okresie pooperacyjnym). Do działań profilaktycznych zaliczamy: higiena skóry, prewencja urazów przygodnych (uraz paznokcia, skaleczenia, obtarcia niedopasowanym obuwiem), aktywność fizyczna i usprawnianie pacjenta, rehabilitacja np. ręczny drenaż limfatyczny, elewacja kończyny po stronie amputacji (np. węzłów chłonnych, piersi), unikanie obciążania kończyny zagrożonej obrzękiem.

Leczenie obrzęku zależne jest od diagnozy stopnia obrzęku limfatycznego. W obrzęku limfatycznym przemijającym zaleca się kontynuację profilaktyki oraz wdrożenie zaawansowanych technik fizjoterapii: bandażowanie, noszenie rękawa lub nogawki uciskowej, kinesjotaping, monitorowanie obwodów kończyn. W bardziej zaawansowanych stadiach obrzęku chłonnego dotyczącego kończyn wskazana jest kompleksowa fizjoterapia, która ma na celu usprawnienie i zmniejszenie obrzęku chorej kończyny. W przypadku obrzęku szyi i/lub tułowia stosuje się ręczny drenaż limfatyczny, monitoring obwodów.

Wyniki: Przeanalizowano przypadki pacjentów z obrzękiem limfatycznym, którzy byli objęci opieką Poradni Leczenia Bólu i Oddziału Medycyny Paliatywnej NIO-PiB w Warszawie.

Wnioski: Obrzęk limfatyczny stanowi poważny problem kliniczny u pacjentów z zaawansowaną chorobą onkologiczną. Pacjenci z obrzękiem chłonnym często mają problemy z samoobsługą i poruszaniem się co powoduje, że są mniej aktywni społecznie i zawodowo a to w konsekwencji powoduje obniżenie jakości życia oraz wystąpienie zaburzeń emocjonalnych subdepresyjnych. Pacjenci często

nie mają świadomości, że zaniechanie działań profilaktycznych może prowadzić do tak przykrych konsekwencji.

Słowa kluczowe: obrzęk limfatyczny, choroba nowotworowa, medycyna paliatywna.

Sesja FARMAKOTERAPIA BÓLU

Farmakoterapia bólu neuropatycznego – zalecenia 2021

Magdalena Kocot-Kępska

Zakład Badania i Leczenia Bólu, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska

Ból neuropatyczny (BN) u ludzi spowodowany jest uszkodzeniem lub chorobą somatosensorycznej części układu nerwowego. Ból neuropatyczny jest to rodzaj bólu patologicznego, ma charakter przewlekły i jest oporny na proste analgetyki nieopiodowe (NLPZ, paracetamol, metamizol). Ból neuropatyczny występuje średnio u około 7–10% populacji, częściej u osób starszych i u kobiet. Komponent neuropatyczny może także występować u chorych z innymi zespołami bólowymi, np. ból krzyża, ból kostny u chorych na nowotwory, osteoartroza czy fibromialgia.

Złożony i nie do końca wyjaśniony patomechanizm BN wpływa na skuteczność farmakoterapii. Pomimo znacznego postępu, jaki dokonał się w farmakoterapii chorych z BN, to nadal zadawalający efekt leczenia uzyskujemy u maksymalnie 35–50% chorych. Stosunkowo niska skuteczność farmakoterapii to nie tylko efekt złożonego patomechanizmu powstawania BN, ale także czynników związanych z aspektem klinicznym:

- brak prawidłowego rozpoznania BN,
- w leczeniu nie są stosowane leki o udowodnionej skuteczności,
- dawki leków są zbyt niskie, by uzyskać efekt terapeutyczny.

Jeden z najbardziej aktualnych algorytmów farmakoterapii chorych z BN został opracowany przez ekspertów NeuPSIG IASP w 2015 r. (Neuropathic Pain Special Interest Group International Association for the Study of Pain), a w 2020 r. ukazały się zalecenia ekspertów francuskich.

Udowodnioną skuteczność u chorych z BN mają leki przeciwpadaczkowe (ligandy podjednostki α -2- δ kanałów wapniowych), przeciwdepresyjne (trójpierścieniowe TLPD, inhibitory wychwyty zwrotnego noradrenaliny i serotoniny SNRI), tramadol, opioidy i leki topikalne (5% lidokaina, 8% kapsaicyna, toksyna botulinowa).

W razie braku skuteczności ww. leków I i II wyboru można rekomendować farmakoterapię skojarzoną:

- pregabalina lub gabapentyna + TLPD lub SNRI,
- TLPD lub SNRI + opioidy,
- pregabalina lub gabapentyna + opioidy,
- lub zastosować inne metody farmakologiczne o mniej udowodnionej skuteczności, jak np. kannabinoidy czy dożylnie wlewy lidokainy.

Jedną ze strategii mającą na celu poprawę skuteczności farmakoterapii BN jest ilościowa ocena zaburzeń czucia u pacjentów z różnymi zespołami obwodowego BN i dostosowanie farmakoterapii do profilu tych zaburzeń. Przy użyciu metod QST (ang. *quantitative sensory testing*) udało się zidentyfikować trzy podstawowe profile zaburzeń czucia w zależności od rozpoznania obwodowego BN:

- osłabienie czucia,
- hiperalgezia termiczna,
- hiperalgezia mechaniczna.

Efektywność indywidualizacji farmakoterapii na podstawie profilu zaburzeń czucia nie została w pełni potwierdzona i udokumentowana w dużych randomizowanych badaniach klinicznych, jakkolwiek pojedyncze badania obserwacyjne są pozytywne. W jednym z badań okskarbazepina była bardziej skuteczna u pacjentów z obwodowym BN, u których stwierdzono nadwrażliwość na bodźce termiczne, mechaniczne, a jednocześnie zachowane było czucie ciepła i zimna. U pacjentów z osłabionym czuciem i bez nadwrażliwości na bodźce efekt analgetyczny był znacznie gorszy.

Skuteczność leków rekomendowanych u chorych z BN zgodnie ze wskaźnikami NNT nie jest w pełni zadowalająca, ale pamiętać należy, że w przypadku tych pacjentów nie zawsze udaje się zmniejszyć nasilenie bólu mierzone w skali NRS. Pomimo braku znamiennej ulgi w bólu u wielu pacjentów optymalnie dobrana farmakoterapia pozwala na lepsze funkcjonowanie, poprawia jakość życia, zmniejsza nasilenie innych objawów neuropatii (np. alodynia) i zmniejsza negatywny wpływ bólu.

Zastosowanie miejscowe analgetyków opioidowych na bolesne owrzodzenia nowotworowe

Aleksandra Ciałkowska-Rysz^{1,2}

¹Zakład Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny, Łódź, Polska

²Oddział Medycyny Paliatywnej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej, Łódź, Polska

W medycynie wiele substancji aktywnych jest stosowanych w postaci kremów, maści, żeli, roztworów stosowanych drogą miejscowej aplikacji. Ten sposób podania analgetyków opioidowych jest nadal niedoceniany, chociaż jest wiele dowodów świadczących o jego skuteczności i bezpieczeństwie w leczeniu bólu ostrego i przewlekłego. Miejscowe podanie opioidów rzadko powoduje działania niepożądane, co jest związane z niewielką biodostępnością.

Początki badań nad zastosowaniem miejscowym analgetyków opioidowych sięgają lat 90. XX wieku, kiedy opublikowano pierwsze wyniki badań potwierdzających skuteczność tej drogi podania opioidów w leczeniu bólu zapalnego. Dobre efekty uzyskiwano także w leczeniu bólu spowodowanym owrzodzeniami nowotworowymi. Nie wykazano natomiast skuteczności miejscowego podania opioidów w bólu neuropatycznym oraz bólu wywołanym oparzeniami, mniejszą skuteczność obserwowano

także w leczeniu bólu związanego z owrzodzeniami tętniczymi i żylnymi.

W okresie ostatnich dwudziestu lat ukazało się niewiele publikacji dotyczących opioidów aplikowanych miejscowo. Najczęściej stosowanym opioidem była morfina, jednak dostępne są także doniesienia dotyczące miejscowego zastosowania diamorfiny, oksykodonu i metadonu. Większość danych dotyczących miejscowego stosowania opioidów pochodzi z prac kazuistycznych. Dostępne są też pojedyncze przeglądy systematyczne oraz wytyczne w tym zakresie. Miejscowo podawane są opioidy przenikające przez skórę i bezpośrednio oddziałujące na receptory opioidowe niepodlegające procesom metabolizmu systemowego. Nie jest więc zalecane stosowanie miejscowo proleków (tramadol, kodeina, hydrokodon) i fentanyl. Stężenie opioidu w preparacie do podania miejscowego jest niewielkie, w przypadku morfiny wynosi one 0,2–0,5%, a częstość aplikacji to 1–3 razy na dobę.

Korzyści tej drogi podania opioidów obejmują zapewnienie analgezji w obrębie uszkodzonych tkanek i w miejscu aplikacji, korzystny profil bezpieczeństwa i rzadkie działania niepożądane. Ponadto możliwe jest zmniejszenie dawek opioidów podawanych systemowo (drogą doustną lub pozajelitową). Metabolizm wątrobowy ma mniejsze znaczenie, co jest ważne dla chorych z zaburzeniami czynności wątroby i genetycznie uwarunkowanymi zaburzeniami aktywności enzymów. Terapia jest tania, jednak wyższe koszty mogą wygenerować mieszaniny zawierają liczne składniki lub droższe podłoża.

Celem badania prowadzonego w naszym ośrodku była ocena skuteczności i bezpieczeństwa morfiny stosowanej miejscowo w leczeniu bólu wywołanego uszkodzeniami błony śluzowej lub skóry u chorych na nowotwory. Badanie miało charakter randomizowanej, naprzemiennej próby klinicznej z kontrolą placebo (14 dni), a następnie fazą otwartą (28 dni). Do badania zakwalifikowano pacjentów dorosłych ze zlokalizowanym bólem związanym z nowotworem, leczonych opioidami podawanymi systemowo. Pacjenci samodzielnie nakładali hydrożel zawierający 0,2% morfinę na zmiany śluzówkowe lub maść zawierającą 0,2% morfinę na zmiany skórne. Do badania włączono 35 pacjentów, wszyscy chorzy ukończyli okres 14 dni obserwacji. Wyniki potwierdziły zadowalającą skuteczność analgetyczną i bezpieczeństwo morfiny podawanej miejscowo.

Sesja

PIELĘGNIARSTWO OPIEKI PALIATYWNEJ

Postawy wobec śmierci, poczucie sensu życia oraz stosunek pielęgniarek oraz innych pracowników niezwiązanych zawodowo z opieką zdrowotną do eutanazji

Teresa Kocbach

Wstęp: Na przestrzeni ostatnich dekad widać wyraźny zwrot w kierunku gloryfikowania młodości, wykre-

owanego przez media piękna oraz negocjowania tego, co związane jest z przemijaniem, śmiertelnością i końcem ludzkiego życia. Najmłodsze pokolenia pozbawiane są możliwości towarzyszenia odchodzącym seniorom. Ludzie częściej odchodzą w szpitalach, niejednokrotnie bez bliskich, wyrwani ze swojego bezpiecznego otoczenia. Umyka szansa rozumienia przemijalności życia oraz oswojenia lęku przed śmiercią zarówno własną, jak i swoich bliskich. Znaczenie w jakości towarzyszenia umierającym – zarówno w wymiarze zawodowym, ale i prywatnym, rodzinnym, ma postawa, jaką każdy człowiek prezentuje w odniesieniu do postrzegania śmierci. Osiągnięciem współczesnej medycyny jest między innymi wydłużenie życia osób nieuleczalnie chorych. Stan ten wywołuje często dyskusje na temat zapewnienia spokojnej, godnej śmierci umierającym. Godna śmierć natomiast bywa kojarzona z możliwością samodecydowania o życiu i śmierci.

Cel pracy: Analiza postaw życiowych oraz stanowiska pielęgniarek (pracujących w hospicjum, na oddziałach onkologicznych oraz innych miejscach opieki zdrowotnej) a także pracowników zawodowo niezwiązanych z opieką zdrowotną wobec śmierci oraz określenie związku pomiędzy płcią, wiekiem, wykształceniem, miejscem pracy, stażem pracy, statusem związku, stosunkiem do eutanazji, a postawami życiowymi i postawami wobec śmierci osób badanych.

Materiał i metody: Badanie zostało przeprowadzone w 2020 r. wśród 120 dorosłych osób z województwa warmińsko-mazurskiego, w tym: 30 pielęgniarek pracujących w hospicjum, 30 pielęgniarek z oddziałów onkologicznych, 30 pielęgniarek zatrudnionych w innych niż wymienione do tej pory miejscach opieki zdrowotnej (oddział reumatologii, dermatologii, okulistyki oraz podstawowej opieki zdrowotnej), 30 pracowników zawodowo niezwiązanych z opieką zdrowotną (pracownicy miejskiego przedsiębiorstwa energetyki ciepłej, informatycy). Projekt badawczy uzyskał akceptację Komisji Bioetycznej (przy Wydziale Lekarskim UWM w Olsztynie, nr 38/2020). Użyto metryczki własnego autorstwa oraz dwóch narzędzi badawczych: *Kwestionariusza postaw życiowych (KPŻ)* R. Klamuta (Polska adaptacja Life Attitude Profile – Revised (LAP-R) G. T. Reker) oraz *Kwestionariusza Profilu Postawy Wobec Śmierci – wersja zrewidowana (DAP-R-PL)*, P. T. P. Wong, G. T. Reker, G. Gesser, tł. i adaptacja P. Brudek, M. Sękowski, S. Steuden.

Wyniki i wnioski: Zdaniem 30,8% badanych lekarze powinni spełniać wolę cierpiących chorych nieuleczalnie, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć. Przeciwną opinię wyraziło 31,7% badanych. W kwestii prawnej regulacji eutanazji 42,5% respondentów uznało, że w przypadku nieuleczalnie chorego, którego cierpieniem nie można ulżyć, prawo powinno zezwalać, aby na prośbę jego i jego rodziny lekarz mógł skrócić życie pacjenta za pomocą bezbolesnych środków. Przeciwne zdania było 26,7% respondentów. 43,3% badanych niemedyków opowiedziało się za tym, że lekarze powinni spełniać wolę cierpiących, nieuleczalnie chorych, którzy domagają się środków powodujących śmierć. Przeciwne zdania było 38,9% badanych pielęgniarek. Ponad połowa badanych niemedyków (53,3%) uznała, że w określonych

sytuacjach prawo powinno zezwalać, aby na prośbę pacjenta i jego rodziny lekarz mógł skrócić życie pacjenta za pomocą bezbolesnych środków. Tego samego zdania było 38,9% badanych pielęgniarek. 34,3% pielęgniarek uważało, że prawo nie powinno tego dopuszczać. Pielęgniarki związane zawodowo z onkologią częściej opowiadały się za możliwością dopuszczenia eutanazji. Natomiast ponad połowa badanych pielęgniarek hospicjum nie dopuszczała możliwości stosowania eutanazji (56,7%). Ponadto wykorzystując współczynnik korelacji r Pearsona, przy poziomie istotności $p < 0,05$ ujawniono liczne związki dodatnie oraz ujemne między analizowanymi zmiennymi.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, postawa wobec śmierci, poczucie sensu życia, eutanazja.

Ocena jakości życia chorych ze szpiczakiem mnogim

Eleonora Mess

Zakład Onkologii i Opieki Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław, Polska

Wstęp: Szpiczak plazmocytowy/mnogi (MM) stanowi około 10% nowotworów hematologicznych na świecie. Częstość w Europie jest obliczana na 5 przypadków na 100 000 na rok. Zachorowania występują zwykle po 50 roku życia i ich ryzyko wzrasta z wiekiem.

Szpiczak plazmocytowy to nowotwór wywodzący się z plazmocytów. W warunkach fizjologicznych plazmocyty pełnią istotną funkcję w pracy układu odpornościowego. Produkują bowiem przeciwciała (immunoglobuliny) biorące udział w tak zwanej odpowiedzi humoralnej. Po zlokalizowaniu antygenów obcych dla organizmu przeciwciała łączą się, pomagając rozpoznać je innym komórkom układu odpornościowego. W szpiczaku mamy do czynienia z proliferacją zmutowanych klonów plazmocytów. W miejsce prawidłowych przeciwciał produkują one monoklonalne (niefunkcjonujące) immunoglobuliny, które zwiększają lepkość krwi, co upośledza może krążenie w drobnych naczyniach. Białko monoklonalne może się odkładać w nerkach, doprowadzając do ich uszkodzenia. Ponieważ klonalne plazmocyty wypierają te prawidłowe, spada produkcja immunoglobulin i znacząco zmniejsza się odporność na zakażenia.

Ból kości to najczęściej obserwowany objaw w szpiczaku, zgodnie z danymi literaturowymi pojawia się u około 70% pacjentów. Kości są intensywnie unerwione przez włókna czuciowe, zniszczenie ich struktury wiąże się więc z bólem. Obecność nowotworu w tkance kostnej wywołuje dodatkowo zwiększenie stężenia jonów H^+ , które są mediatorami w procesie powstawania bólu. W toku choroby pojawiają się zmiany osteolityczne, a w konsekwencji tego może dochodzić do złamań patologicznych. Wiąże się to z nasileniem bólu. W przypadku lokalizacji w kręgosłupie ucisk uszkodzonych kręgów na rdzeń kręgowy wywołuje dodatkowe dolegliwości. Ból ogranicza znacznie aktywność chorych oraz nasila zaburzenia nastroju.

Zwykle w toku terapii przeciwnowotworowej nasilenie bólu kostnego zmniejsza się. Ustąpienie zmian w kościach, a w konsekwencji bólu przyspiesza podawanie bisfosfonianów. Często konieczne jest też stosowanie leków przeciwbólowych, a w niektórych sytuacjach przeprowadza się zabiegi chirurgiczne lub paliatywną radioterapię (PGSZ).

Inną odmianą bólu jest ten o charakterze neuropatycznym. Powstaje na podłożu uszkodzenia komórek nerwowych zarówno przez samą chorobę, jak i w przebiegu terapii. W chwili rozpoznania objawy polineuropatii stwierdza się u co najmniej 13% pacjentów. Niektóre leki, jak talidomid lub bortezomib, mogą przejściowo lub na stałe niszczyć włókna nerwowe. Prawdopodobnie w procesie tym rolę odgrywają zmiany środowiska cytokinowego oraz zahamowanie angiogenezy wywołane przez wyżej wymienione substancje. Wśród środków stosowanych do łagodzenia polineuropatii poza typowymi lekami przeciwbólowymi znajdują się leki przeciwdepresyjne oraz przeciwpadaczkowe.

Pomimo postępu w medycynie, wciąż uważany jest za chorobę nieuleczalną. Po kolejnych nawrotach choroby, mimo przejściowego braku aktywności szpiczaka pozostają często objawy uszkodzenia układu nerwowego oraz kostnego wynikające z samej choroby oraz leczenia. Negatywne następstwa szpiczaka, ale też terapie prowadzą stopniowo do spersonalizowanej oceny każdego chorego.

Cel pracy: Ocena jakości życia chorych z rozpoznaniem szpiczakiem mnogim.

Materiały i metody: Badaniem objęto 100 chorych z rozpoznaniem MM leczonych w klinice hematologii i transfuzjologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Do badań zastosowano kwestionariusze standaryzowane QL30, MMS, Krótki Inwentarz Bólu (ang. *brief pain inventory – short form*), który uwzględnia również wpływ bólu na aktywność chorych. Ponieważ analizowane zmienne ilościowe nie miały rozkładu normalnego, korelacje między nimi analizowano za pomocą współczynnika korelacji rangowej Spearmana. Siłę zależności interpretowano według następującego schematu:

- $|r| \geq 0,9$ – zależność bardzo silna,
- $0,7 \leq |r| < 0,9$ – zależność silna,
- $0,5 \leq |r| < 0,7$ – zależność średnio silna,
- $0,3 \leq |r| < 0,5$ – zależność słaba,
- $|r| < 0,3$ – zależność bardzo słaba (pomijalna).

Normalność rozkładu zmiennych badano za pomocą testu Shapiro-Wilka.

W analizie przyjęto poziom istotności 0,05 – wszystkie wartości p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach.

Analizę wykonano w programie R, wersja 3.4.4. Na stronie programu jest prośba o cytowanie go w następujący sposób:

R Core Team (2017). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.

Wyniki: Nasilenie bólu wpływa istotnie na 11 spośród 15 skal QLQ-C30 ($p < 0,05$).

Zależności z ogólną jakością życia, funkcjonowaniem fizycznym w codziennych czynnościach, emocjonalnym i umysłowym są ujemne, czyli im większe nasilenie bólu, tym gorsza jakość życia w tych obszarach.

Zależności ze zmęczeniem, bólem, dusznościami, bezsennością, zaparciami i problemami finansowymi są dodatnie, czyli im większe nasilenie bólu tym, częściej one występują.

Nasilenie bólu wpływa istotnie na jakość życia w 3 z 4 skal ($p < 0,05$).

Zależności ze skalami symptomów (objawy choroby, skutki uboczne terapii) są dodatnie, co oznacza że im większe dolegliwości bólowe, tym większe nasilenie tych symptomów.

Zależność z obrazem własnego ciała jest ujemna, czyli im większe dolegliwości bólowe, tym gorsza jakość życia w tej skali.

Słowa kluczowe: szpiczak mnogi, jakość życia, hematologia.

Sesja INTERWENCYJNE LECZENIE BÓLU

Podpajęczynówkowe podawanie analgetyków w leczeniu bólu – nowe aspekty, stare kontrowersje

Jan J. Rykowski^{1,2}

¹University Hospital Orebro, Orebro, Szwecja

²Stołeczne Centrum Rehabilitacji/Neurotraumatologii STOCER, Konstancin-Jeziorna, Polska

Z roku na rok wzrasta popularność podpajęczynówkowego podawania analgetyków (ang. *spinal analgesic drug delivery – SADD*), techniki stosowanej w uciążliwych bólach zarówno pochodzenia nowotworowego, jak i nienowotworowego. O wzrastającym zainteresowaniu tą tematyką świadczą wiele odbywających się o roku światowych sympozjów połączonych z warsztatami. Ciągłe podawanie analgetyków podpajęczynówkowo znacznie zwiększa skuteczność ich działania i jednocześnie ogranicza występowanie uciążliwych dla chorego objawów niepożądanych. Obydwa te czynniki wpływają zasadniczo na polepszenie standardu i jakości życia chorych z uciążliwymi bólami. Skuteczność terapii uzależniona jest od takich czynników, jak właściwy dobór leków i dawek oraz stosowania podstawowych zasad dotyczących farmakokinetyki działania podawanych środków i zasad ich rozprzestrzeniania się w płynie mózgowo-rdzeniowym. Grupa międzynarodowych ekspertów z wieloletnim doświadczeniem opracowuje od wielu lat rekomendacje i procedury stosowania tej techniki, które są regularnie aktualizowane według bieżącego doświadczenia klinicznego i postępów naukowych. Rekomendacje te obejmują zarówno opis wskazań, procedur, możliwych powikłań i objawów niepożądanych, jak również optymalnych możliwości wykorzystania tej techniki. Niestety, technika ta pomimo wyjątkowej skuteczności i popularności stosowania w wielu krajach u chorych z uciążliwymi bólami nie znajduje większego zastosowania w naszych warunkach krajowych.

Zabiegi interwencyjne w leczeniu neuropatii spowodowanej chorobą nowotworową

Michał But

Członek towarzystw w Polsce

1. Zarządu Sekcji Interwencyjnej Polskiego Towarzystwa Badania Bólu
2. Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Członek towarzystw międzynarodowych

1. Europejskiego Towarzystwa Anestezjologii Regionalnej i Terapii Bólu (European Society of Regional Anaesthesia & Pain Therapy)
2. Międzynarodowego Towarzystwa Neuromodulacji (International Neuromodulation Society)
3. Światowego Instytutu Bólu (World Institute of Pain)
4. Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (International Association for the Study of Pain)

Neuropatia to pojęcie opisujące zaburzenie funkcjonowania nerwu obwodowego. W zależności od rodzaju uszkodzonego nerwu oraz mechanizmu uszkodzenia objawia się ona w różny sposób – zaburzeniami czucia w obrębie unerwionego dermatomu (dysestezja, allodynia, hiperalgezia), zaburzeniami funkcji motorycznej unerwionych mięśni oraz bólem neuropatycznym, który jest głównym objawem wpływającym negatywnie na jakość życia. W populacji ogólnej ból neuropatyczny dotyka 7–8% ludzi dorosłych, w przypadku pacjentów onkologicznych ponad 30% chorych zgłasza takie dolegliwości. Ten wysoki odsetek wynika z faktu, że w chorobie nowotworowej może dojść do uszkodzenia nerwu na wiele sposobów. Pierwotny ból neuropatyczny wynikający z samej choroby nowotworowej najczęściej jest spowodowany rozrostem guza w pobliżu nerwu obwodowego, jednak należy pamiętać o licznej grupie pacjentów onkologicznych, u których neuropatia jest spowodowana leczeniem choroby podstawowej. Do uszkodzenia nerwów może dojść na skutek leczenia farmakologicznego (chemioterapia), radioterapii, jak i leczenia operacyjnego (przetrawały ból pooperacyjny). W obu przypadkach leczenie dolegliwości bólowych z komponentą neuropatyczną jest ogromnym wyzwaniem dla lekarza. Farmakoterapia jest często nieskuteczna a towarzyszące jej działania niepożądane mogą w znacznym stopniu pogarszać jakość życia. Skuteczną metodą walki z bólem neuropatycznym są zabiegi interwencyjne na nerwach obwodowych, splotach, korzeniach, zwojach nerwowych czy drogach transmisji bodźców w obrębie rdzenia kręgowego (droga rdzeniowo-wzgórzowa). Dzięki modulacji przewodzenia bodźców bólowych (neuromodulacja pulsacyjna falami radiowymi – PRF) czy fizycznemu przerwaniu transmisji sygnałów z uszkodzonego nerwu na skutek działania zimna (krioablacja), ciepła (termoablacja) czy czynnika neurolytycznego (neurolyza) można skutecznie zmniejszyć dolegliwości bólowe na okres wielu miesięcy. Jednym z czynników decydujących o skuteczności zabiegu interwencyjnego w bólu neuropatycznym jest czas trwania dolegliwości bólowych. Związane jest to z sensytyzacją

ośrodkową, która rozwija się w przypadku długotrwałego, źle kontrolowanego bólu. Dlatego ważne jest, by w przypadku złej kontroli farmakologicznej jak najwcześniej zastosować zabiegi neurodestrukcyjne, które powinny być poprzedzone blokadą diagnostyczną.

Sesja POSTĘPOWANIE W SCHYŁKOWYM OKRESIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Opieka nad pacjentem z nowotworem w ostatnich tygodniach życia – zalecenia kliniczne ESMO 2021

Tomasz Dzierżanowski

Pracownia Medycyny Paliatywnej, Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

Europejskie Towarzystwo Onkologii Medycznej (ESMO) opublikowało w sierpniu 2021 r. Zalecenia Praktyki Klinicznej opieki nad dorosłymi pacjentami z nowotworem w ostatnich tygodniach-miesiącach przed śmiercią jako naturalnym skutkiem choroby (*end of life cancer care* – EoLCC). Celem opieki w tym okresie jest komfort, optymalna jakość życia (QoL) oraz dopasowane indywidualnie postępowanie w obliczu zbliżającej się śmierci pacjenta. Zatem kluczowa jest wczesna integracja opieki podtrzymującej i paliatywnej z onkologiczną, jako holistyczna i skoncentrowana na osobie, a nie na chorobie, skupiająca się na aspektach fizycznych, psychospołecznych i duchowych. Takie podejście gwarantuje zaprzestanie leczenia modyfikującego chorobę nowotworową oraz interwencji nieproporcjonalnych, skupiając się na łagodzeniu objawów, „całej osobie” oraz „opiece całościowej”. Komunikacja z pacjentem i jego rodziną staje się priorytetem w ustaleniu dostępnych opcji terapeutycznych. Onkolodzy mają obowiązek zapewnić płynne przejście pacjenta i jego rodziny od leczenia przedłużającego życie do łagodzącego cierpienie w okresie umierania. Niniejsze zalecenia wprowadzają wiele nowych, opartych na dowodach, sposobów postępowania, między innymi rutynowego stosowania narzędzi prognozowania śmierci. Racjonalizacja terapii onkologicznej polega na unikaniu stosowania chemioterapii w ostatnich tygodniach życia pacjenta. Radioterapia może przynieść korzyści w opanowaniu bólu czy krwawienia, ale nie powinna być stosowana w ostatnich dniach życia. W przypadku braku centralnego dostępu żylnego, preferowaną drogą podania leków i płynów jest wlew stały s.c., lecz w ostatnich dniach życia kaniula powinna być założona na tułowiu lub brzuchu, nie zaś na kończynach. Inwazyjne interwencje żywieniowe powinny być wycofywane w ostatnich tygodniach życia na rzecz suplementacji doustnej. Sztuczne nawodnienie nie poprawia odczucia pragnienia. Profilaktyczne leczenie przeciwzakrzepowe nie powinno być stosowane, a przetoczenia krwinek czerwonych czy płytek krwi przynosi mierne korzyści w ostatnich dniach życia. W zaleceniach przedstawiono syntezę

postępowania wobec najczęstszych objawów somatycznych oraz wsparcia psychologicznego. Dystres duchowy powinien być częścią rutynowej opieki onkologicznej. Klinicyści powinni przeprowadzać wstępny rozpoznanie dystresu psychosocjalnego u opiekunów, członków rodziny jeszcze przed śmiercią pacjenta i zapewnić odpowiednie interwencje przed oraz po śmierci chorego. Omawiane zalecenia kliniczne są pierwszymi tego typu rekomendacjami onkologicznymi na świecie i mogą być przyczynkiem do wczesnej integracji opieki paliatywnej z onkologiczną.

Sesja PEDIATRYCZNA OPIEKA PALIATYWNA

Decyzje medyczne i etyczne dotyczące ograniczania terapii u dzieci

Dariusz Kuć^{1,2}

¹Zakład Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny, Białystok, Polska

²Białostockie Hospicjum dla Dzieci, Białystok, Polska

Postęp medycyny i coraz większe oczekiwania skutecznego leczenia zarówno ze strony lekarzy, jak i pacjentów oraz ich rodzin sprawiły, że problem uporczywej terapii staje się coraz bardziej skomplikowany. Określenie, czy terapia jest uporczywa jest szczególnie trudne u dzieci, bo to nie one odpowiadają na pytanie, czy leczenie nie stało się zbyt obciążające, agresywne a nawet rozpaczliwe. To nie one decydują, czy warto podejmować kolejne trudy hospitalizacji, dokładać kolejnych cierpień jatrogennych, czy godzić się na dalsze wyrzeczenia. O tym muszą zdecydować ich rodzice, ponieważ do nich należą decyzje, czy zgodzić się, czy nie na proponowane działania terapeutyczne. Do lekarzy natomiast należy oszacowanie, czy leczenie nie staje się obiektywnie daremne, nieskuteczne, uporczywe oraz podjęcie stosownej decyzji o jego zaprzestaniu. Idealnie byłoby, gdyby obie decyzje były takie same i podjęte w tym samym czasie. Głośne przykłady medialne (na razie zagraniczne) pokazują, że nie zawsze tak się dzieje.

W przypadku pacjentów chorych na nowotwór, u których zakończono nieskuteczne leczenie zasadniczo można uważać, że od tego momentu zaczyna się faza, w której terapia powinna zostać ograniczona i polegać na opiece paliatywnej. Problem jest bardziej skomplikowany w przypadku pacjentów z wadami letalnymi, ciężkimi chorobami wrodzonymi i innymi, które określamy jako prowadzące do przedwczesnej śmierci lub ograniczające życie. Z takimi pacjentami mamy przede wszystkim do czynienia w hospicjach dziecięcych; cierpią oni z powodu chorób, w przypadku których nie ma i od chwili rozpoznania nie było leczenia przyczynowego (wrodzone choroby genetyczne, metaboliczne, uszkodzenia neurologiczne, wady mózgu, niewydolność płuc czy wielu narządów). Czy i w którym momencie można u nich ograniczyć terapię? Czy należy to zrobić w momencie rozpoznania choroby, czy dopiero

po jakimś czasie? Czy o uporczywej terapii możemy mówić dopiero w agonii, czy w fazie terminalnej, a może już w chwili rozpoznania stanu terminalnego?

Obowiązująca w Polsce definicja uporczywej terapii nie obejmuje dzieci objętych opieką paliatywną, ponieważ jej treść odnosi się do osób umierających („stosowanie procedur medycznych, w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie...”), a nie będących w stanie terminalnym, który może trwać dużo dłużej – kilka, a nawet kilkanaście lat.

Do określenia uporczywości terapeutycznej należy wziąć pod uwagę trzy czynniki: koszt, efekt i szansę na utrzymanie życia. Wobec wyżej wymienionych pacjentów nie powinno się prowadzić terapii nieproporcjonalnej, czyli takiej, której efekty nie przewyższają kosztów wynikających z jej zastosowania. Do kosztów (obiektywnych i subiektywnych) zaliczymy zarówno sprzęt, leki, czas poświęcony terapii, szkodliwe skutki uboczne, ale także cierpienie, ból, lęk, osamotnienie w sali szpitalnej, niemożliwość prowadzenia normalnego życia, wyczerpanie sił rodziny opiekującej się chorym, zastosowanie przymusu lub przemocy wobec pacjenta, a nawet ultrasubiektywny koszt utraty życia wiecznego w przekonaniu świadków Jehowy w przypadku leczenia krwią.

Im więcej szans na życie ma pacjent, tym bardziej terapia powinna być kosztowna, licząc się z uzyskaniem małego efektu. Im mniej szans na życie ma pacjent, tym bardziej spodziewany efekt musi być wyższy od poniesionych kosztów. Żadne pojedyncze kryterium, a więc koszt (np. terapia nadzwyczajna), efekt (terapia daremna) czy możliwość utrzymania życia lub bliskość śmierci nie może opisać pojęcia terapii uporczywej.

Pediatryczna opieka paliatywna – co dalej? Spojrzenie z boku

Marek W. Karwacki

Katedra i Klinika Onkologii, Hematologii Dziecięcej, Transplantologii Klinicznej i Pediatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

Autor doniesienia od początku ponad trzydziestoletniej kariery medycznej jest onkologiem i hematologiem dziecięcym oraz praktykującym genetykiem (doktorat w tej dziedzinie), od 1996 r. związany jest z pediatryczną opieką paliatywną (POP) na stałe, ale z różnym zaangażowaniem. Obserwując rozwój POP w Polsce niemal od zarania, a obecnie nie będąc zaangażowanym bezpośrednio w codzienną walkę hospicjów o przetrwanie w biurokratyzowanym systemie ochrony zdrowia (OZ), mogę w niezależny i wolny od nacisków sposób spojrzeć z boku na organizację i wyzwania stojące przed POP w trzeciej dekadzie XXI wieku.

Początek ruchu hospicyjnego łączy się z powstaniem w Londynie St. Christopher's Hospice (1967 r.), a w Polsce z początkiem działalności gdańskiego Hospitium Palatinum (1984 r). Z czasem woluntarystyczna opieka nad umierającymi pacjentami z nowotworami przybrała formę

zorganizowaną. W 1999 r. jako profesjonalna opieka paliatywna (OP) stała się pełnoprawną specjalnością medyczną w Polsce. Od samego początku odmienny od OP nad osobami dorosłymi pierwszy w Polsce projekt POP wprowadzony przez zakład naukowy Instytutu Matki i Dziecka oraz Warszawskie Hospicjum dla Dzieci (1994 r.) przybrał postać sformalizowaną i ustandaryzowaną. Wykorzystując uniwersalne metody działania OP i opierając się na humanitarnych przesłankach etycznych oraz prawnych leczenia u kresu życia, POP od zarania różnił się znacząco od działań podejmowanych wobec osób dorosłych w zakresie doboru chorych kwalifikowanych do opieki, skali i możliwości prawnych oraz realnych stosowania określonych procedur OP oraz co najważniejsze uwarunkowań złożonej opieki nad zmieniającym się i rozwijającym w czasie dzieckiem.

Z tych powodów nasze środowisko od lat postuluje wyłączenie POP spod jurysdykcji OP dorosłych i wyodrębnienie jej jako podspecjalności pediatrycznej. Punktów stykających pomiędzy tymi dwoma programami opieki paliatywnej jest coraz mniej. Różni je w szczególności:

- sposób organizacji i działania hospicjów dziecięcych,
- odrębne wymagania wobec lekarzy, pielęgniarek, psychologów i innych członków zespołu terapeutycznego,
- odmienne uwarunkowania opieki specjalistycznej z akcentami położonymi nie na leczenie bólu i dolegliwości schyłkowego okresu choroby nowotworowej (ale i te różnią się pomiędzy dziećmi i dorosłymi), a na dominujące objawy niedomagania neurologicznego (choroby nerwowo-mięśniowe, szeroko rozumiane neurodegeneracyjne i metaboliczne oraz następstwa ciężkich złożonych wad i niepełnosprawności złożonej).

Ujawniające się wraz z rozwojem każdej dziedziny wiedzy nowe fakty warunkujące postęp i weryfikujące dotychczasową wiedzę i praktykę medyczną prowadzą z czasem i „dojrzałością” danej specjalności lekarskiej do zmiany ustanowionych wcześniej standardów. Są one także często weryfikowane rutyną życia codziennego. W zakresie OP w całości, ale POP w szczególności, tzw. stary model opieki separatystycznej, kiedy leczeniem u schyłku życia obejmowano pacjentów wyłącznie po zaprzestaniu u nich terapii aktywnej lub nieskutecznej już terapii przyczynowej, nigdy nie sprawdził się ostatecznie. W ogniu krytyki, ale przede wszystkim wobec oczywistego nieprzystawania wymogów tego modelu do praktyki codziennej, doszło do diametralnej zmiany standardu POP wprowadzonej najpierw paradygmatem Amerykańskiej Akademii Pediatrii z 2000 r., potwierdzonej także w europejskich dokumentach: IMPaCCT z 2007 r. i EAPC z 2010 r. oraz wpisanej do wielu ważnych dokumentów Rady Europy i Komisji Europejskiej ustanawiającej nowoczesny model paliatywnej opieki zintegrowanej. Zakłada on integrację OP z leczeniem specjalistycznym i płynnym przechodzeniem oraz przenikaniem się opieki aktywnej z wyłącznie objawową.

I właśnie taki wyidealizowany model, choć w części zrealizowany przez autora, z krytycznym opisem zalet i niedociągnięć oraz jego ograniczeń spowodowanych specyficznymi warunkami działania systemu OZ w Polsce będzie stanowił istotę i zostanie przedstawiony w obecnym wystąpieniu.

Sesja ASPEKTY PRAWNE W OPIECE PALIATYWNEJ

Podejmowanie decyzji medycznych wobec pacjentów paliatywnych

Agata Wnukiewicz-Kozłowska

Interdyscyplinarna Pracownia Prawa Medycznego i Bioetyki, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław, Polska

Pacjenci paliatywni stanowią bardzo szczególną grupę chorych, których stan zdrowia oraz okoliczności życia rodzinnego i społecznego powodują trudności w poszanowaniu ich autonomii. Prawo do podejmowania decyzji dotyczących własnego zdrowia jest jednym z podstawowych przywilejów każdego pacjenta. Ta konstatacja nie budzi wątpliwości. Realizacja tego prawa w praktyce nie jest jednak łatwa w związku z takimi sytuacjami, jak brak przytomności pacjenta, brak rozeznania co do swojej sytuacji, brak zdolności do czynności prawnych, światopogląd chorego i członków jego rodziny (często niejednolity).

Celem wystąpienia jest próba nakreślenia wyżej wspomnianej problematyki wraz z przedstawieniem narzędzi prawnych, jakie pozostają do dyspozycji pacjenta, jego bliskich oraz osób wykonujących zawody medyczne. Jest to o tyle istotne, że polskie prawo nie przewiduje specjalnych rozwiązań stworzonych na potrzeby opieki paliatywnej. Trzeba je rekonstruować na podstawie przepisów ogólnych oraz rekomendacji stosowanych organizacji międzynarodowych i towarzystw naukowych.

Karnoprawna ochrona godności osobistej i intymności pacjentów paliatywnych

Rafał Kubiak^{1,2}

¹Katedra Prawa Karnego, Uniwersytet Łódzki, Łódź, Polska

²Zakład Prawa Medycznego, Uniwersytet Medyczny, Łódź, Polska

We współczesnych demokratycznych państwach silnie akcentuje się wartości humanistyczne. Nakazuje się podmiotowo traktować człowieka i szanować jego indywidualizm. Za cenne dobra uznaje się zatem godność osobistą człowieka i jego prywatność (a w tym intymność). Uzasadnienia ich poszanowania można poszukiwać zarówno w koncepcjach psychologicznych, jak i społecznych. Wartości te są więc też silnie chronione na gruncie prawnym. Na ich doniosłą wagę wskazuje choćby fakt, że zostały one podniesione do rangi konstytucyjnej oraz są przedmiotem ochrony zarówno przepisów cywilnych, jak i karnych. Dużo miejsca tej tematyce poświęca się także w prawie medycznym. Podczas udzielenia świadczeń zdrowotnych może bowiem często dochodzić do pogwałcenia tych wartości. Zagrożenia te są szczególnie poważne w przypadku pacjentów paliatywnych, którzy ze względu na swój stan

mogą mieć trudności w samodzielnym zabezpieczeniu tych swych dóbr. Toteż na personelu medycznym ciąży wówczas wzmożony obowiązek troski o ich poszanowanie. Ochronie tych wartości służą liczne przepisy, a niekiedy postępowanie takie może prowadzić nawet do odpowiedzialności karnej.

Poszanowanie godności osobistej polega na podmiotowym traktowaniu chorego, jako równorzędnego człowieka. Stąd też prawo do poszanowania godności zostało wskazane w przepisach medyczno-prawnych i stanowi podstawę dla innych uprawnień pacjenta, w tym prawa do informacji medycznej, wyrażenia zgody, a także łagodzenia bólu i opieki duszpasterskiej, a w przypadku zgonu do poszanowania zwłok. Wydaje się, że problematyka ta jest szczególnie doniosła w przypadku pacjentów cierpiących na poważne choroby, obłożnie lub śmiertelnie chorych, czyli pacjentów paliatywnych.

Z kolei w sytuacji intymności może dojść do jej pogwałcenia w sensie fizycznym (np. skutek obnażenia ciała), jak i w ujęciu intelektualnym (poprzez ujawnienie danych intymnych np. o wykonanych procedurach medycznych).

Niektóre zachowania naruszające omawiane dobra mogą wyczerpywać znamiona czynów zabronionych, przede wszystkim przeciwko wolności (wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta), czci (znieważenie) i nietykalności cielesnej, a także prowadzić do odpowiedzialności karnej za ujawnienie tajemnicy medycznej. Ponadto możliwa jest odpowiedzialność za tzw. znieważenie zwłok.

Przedmiotem wystąpienia będzie ukazanie teoretycznych podwalin prawa do intymności i godności pacjenta, źródeł regulacji prawnej i etyczno-deontologicznej, dotyczącej tej materii oraz przedstawienie przykładowych przypadków naruszenia omawianych dóbr. Zostaną następnie omówione typy rodzajowe czynów zabronionych, których znamiona mogą być wyczerpane wskutek naruszenia tych wartości. Będą też przedstawione kary i środki karne oraz kompensacyjne, które mogą być orzeczone wobec sprawców takich czynów.

Sesja JAKOŚĆ ŻYCIA I JAKOŚĆ OPIEKI PALIATYWNEJ

Metodologiczne podstawy oceny jakości życia

Mikołaj Majkowicz

Instytut Nauk o Zdrowiu, Akademia Pomorska, Słupsk,
Polska

Badania nad jakością życia w ostatnich dziesięcioleciach zyskały na popularności. Świadczy o tym systematyczny wzrost publikacji ze słowami kluczowymi „jakość życia”. Ta dynamika rozwoju ocen jakości życia w szczególności odnosi się do obszaru medycyny. Jednym z ważnych czynników rozwoju badań w tym obszarze okazał się bowiem klimat sprzyjający procesom humanizacyjnym w medycynie. Innymi słowy, potrzeba badań nad jakością życia

wyrasta z upodmiotowienia pacjenta. Pacjent bowiem jest podmiotem i jego zdanie dotyczące sposobu postępowania wobec niego, w tym leczenia, powinno być brane pod uwagę. Ta podmiotowość człowieka cierpiącego jest bardzo ważna w leczeniu chorób przewlekłych, a zwłaszcza w sytuacjach tzw. granicznych. W tej sytuacji ocena jakości życia jest szczególnie ważna w medycynie paliatywnej. Na wagę dokonywania ocen jakości życia pacjentów wskazuje między innymi wprowadzenie zmiennej „jakość życia” jako drugiego obok czasu przeżycia wymiaru do oceny efektywności oceny opieki i leczenia.

Jednak pojęcie jakości życia jest pojęciem niezbyt precyzyjnym, stąd też bardzo ważną sprawą jest refleksja nad metodologią badań nad jakością życia. Metodologia badawcza jest podstawą wiarygodności uzyskanych wyników badań. Stąd też zostaną przedstawione wybrane, ważne, zagadnienia metodologiczne badań nad ocenami jakości życia.

Ocena jakości życia dotyczy sytuacji, w jakiej znajduje się człowiek często u kresu życia i jest to rzeczywistość zasadniczo subiektywna, ale możliwa do pewnej obiektywizacji. W metodologii czasem uwzględnia się dwa ogólne podejścia do rzeczywistości badawczej.

Jedno podejście nazywane jest czasem podejściem idiograficznym. Podejście to opiera się na indywidualnej analizie każdego z pacjentów w kontekście różnych czynników. To podejście znane w medycynie pod pojęciem – studium przypadku, inaczej *case study*.

Drugie podejście – tzw. podejście nomotetyczne, opiera się na badaniu grup osób posługując takimi wskaźnikami, jak średnia, odchylenie standardowe, przeprowadzanie wnioskowania statystycznego itp.

W badaniach nad jakością życia wyodrębnia się trzy teorie. Pierwsza jest oparta na teorii potrzeb, gdzie zdrowie jest jednym z wielu czynników kształtujących jakość życia. Drugim podejściem jest indywidualistyczna koncepcja jakości życia. Podejście to w proponowanej metodologii preferuje studium przypadku. I na końcu koncepcja, która proponuje uwarunkowanie jakości życia od stanu zdrowia (ang. *the health related quality of life – HRQL*). Ta teoria jest zasadniczą podstawą badań nad jakością życia w medycynie.

Sposób oceny jakości życia najczęściej jest dokonywany za pomocą standaryzowanych kwestionariuszy spełniających warunki psychometryczne. Zestaw kilkudziesięciu kwestionariuszy adaptowanych do różnych języków opracował zespół badaczy oceny jakości życia powstały przy Europejskiej Organizacji do Badania i Leczenia Raka (European Organization for Research and Treatment of Cancer – EORTC). Pod kierunkiem tej organizacji zostały opracowane, również polskojęzyczne, narzędzia oceny jakości życia pacjentów pozostających pod opieką paliatywną.

Ocena jakości życia i jakości opieki paliatywnej w praktyce klinicznej

Wojciech Leppert^{1,2}

¹Katedra Medycyny Paliatywnej, Collegium Medicum Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra, Polska

²Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, Polska

Jakość życia (JŻ, ang. *quality of life* – QoL) jest pojęciem subiektywnym i wielowymiarowym, które odnosi się do sytuacji chorych i najczęściej oceniana jest przez samych pacjentów. Pomimo braku uniwersalnej definicji, pojęcie JŻ wprowadzono do medycyny. Jakość życia stanowi cenne uzupełnienie informacji dotyczących stanu klinicznego chorych uzyskanych na podstawie obiektywnych kryteriów takich, jak dane z wywiadu, badania przedmiotowe i badań dodatkowych, które są podstawą wyboru właściwego sposobu leczenia. Postępowanie terapeutyczne powinno uwzględniać zdanie chorych i rodzin (opiekunów), zwłaszcza w zakresie możliwych negatywnych skutków terapii. Oprócz wyleczenia i wydłużenia czasu przeżycia, w opiece medycznej istotnym celem postępowania terapeutycznego pozostaje poprawa JŻ chorych i opiekunów, zwłaszcza pacjentów w zaawansowanej fazie choroby, kiedy całkowite wyleczenie, a często również znaczne wydłużenie czasu przeżycia pacjentów nie jest możliwe.

Negatywny wpływ chorób przewlekłych na JŻ pacjentów wynika z zaburzenia wszystkich wymiarów: fizycznego (objawy wywołane rozwojem choroby i działaniami niepożądanymi leczenia, często znaczne ograniczenie aktywności i niezależności chorych), psychologicznego (stres związany z postępem choroby i niekorzystnym rokowaniem), funkcjonowania socjalnego i problemów duchowych. Poprawa JŻ może zostać osiągnięta dzięki wszechstronnej pomocy udzielanej pacjentom i opiekunom, która obejmuje właściwe leczenie przyczynowe i objawowe, wsparcie psychologiczne, społeczne i duchowe, zapewnianej przez zespoły wieloprofesjonalne opieki paliatywnej. Do osiągnięcia istotnej poprawy JŻ niezbędna jest dokładna ocena kliniczna, która uwzględnia indywidualne potrzeby chorych i opiekunów we wszystkich wymiarach życia.

Ocena JŻ przyczynia się do poprawy skuteczności leczenia i ograniczenia działań niepożądanych poprzez poszukiwanie skuteczniejszych i mniej obciążających metod terapii. Przykładem może być wprowadzenie do terapii bólu przewlekłego produktów opioidów o przedłużonym uwalnianiu podawanych drogą doustną (tramadol, dihydrokodeina, morfina, oksykodon) i przezskórną (fentanyl, buprenorfina). Lek złożony o przedłużonym uwalnianiu zawierający oksykodon i nalokson w proporcji 2:1 zmniejsza negatywny wpływ oksykodonu na czynność przewodu pokarmowego, zwłaszcza zaparcia stolca. Mniejsze nasilenie popooidowych zaburzeń jelitowych w porównaniu z innymi analgetykami opioidowymi występuje podczas leczenia bólu przewlekłego tapentadolem dzięki podwójnemu (opioidowemu i noradrenergicznemu) mechanizmo-

wi działania leku i tzw. efektowi oszczędzającemu (mniejsze powinowactwo do) receptorów opioidowych μ .

Dążenie do stałej poprawy jakości opieki stanowi jeden z głównych celów opieki medycznej, w tym również opieki paliatywnej. Warto podkreślić, iż oprócz bezpośredniej oceny jakości opieki paliatywnej istotną rolę może odgrywać ocena JŻ pacjentów, która stanowi pośrednio miernik jakości opieki paliatywnej. Najczęstszą metodą oceny jakości opieki stanowi audyt kliniczny polegający na stałym monitorowaniu jakości opieki i wdrażaniu oraz weryfikowaniu wprowadzonych zmian w opiece klinicznej zapewnianej chorym i opiekunom. Jest to ciągły proces, którego celem jest stałe podnoszenie jakości opieki zapewnianej pacjentom i opiekunom.

Jakość życia i oczekiwania chorych objętych domową opieką paliatywną

Izabela Kaptacz^{1,2}

¹Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, Polska

²Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, Częstochowa, Polska

W sprawowaniu opieki paliatywnej zespół koncentruje się na trosce o dobrą jakość życia i subiektywny komfort pacjenta osadzony w terażniejszości, akceptacji różnych postaw chorego wobec choroby, umocnieniu więzy z bliskimi oraz realizacji potrzeb etycznych i religijnych. Realizacja opieki paliatywnej wymaga właściwej organizacji, sprawnej komunikacji oraz wrażliwości na zmieniające się potrzeby i oczekiwania pacjenta. Konieczne jest pochylenie się nad tajemnicą cierpienia, akceptacja nieuchronności śmierci, aktywne słuchanie, empatia, obecność i towarzyszenie oraz wsparcie rodziny podczas choroby i w okresie osierocenia.

W Polsce opieka paliatywna i hospicyjna jako świadczenie gwarantowane jest realizowana w warunkach stacjonarnych, domowych i ambulatoryjnych. Domowa opieka paliatywna (realizowana w hospicjum domowym i zespole domowej opieki paliatywnej) realizowana w ponad 400 jednostkach jest jedną z najbardziej rozwiniętych form opieki paliatywnej. Jednak w niektórych powiatach dostęp do opieki paliatywnej, również domowej, jest ograniczony i wymaga dalszego rozwoju i zwiększania nakładów finansowych.

Głównym celem prowadzonej opieki paliatywnej są działania mające na celu poprawę jakości życia chorych w aspekcie funkcjonowania psycho-fizycznego, duchowego i społecznego.

Podczas prezentacji zostaną przedstawione wyniki badań prowadzonych w zakresie oceny jakości życia oraz oczekiwań pacjentów w 15 placówkach realizujących świadczenia w ramach domowej opieki paliatywnej w Polsce. W badaniu wykorzystano standaryzowane narzędzia badawcze do oceny jakości życia: EuroQol-5 Dimension EQ-5D-3L, EORTC QLQ-C30 oraz autorski kwestionariusz ankiety dla pacjenta.

Pacjenci objęci domową opieką paliatywną oceniają jakość życia na poziomie umiarkowanym. Z wiekiem pogarsza się jakość życia w zakresie funkcjonowania fizycznego, pełnienia ról społecznych, poruszania się, samoobsługi oraz wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego. Głównym źródłem wsparcia dla chorych jest rodzina. Bardzo wysoko ocenione przez pacjentów relacje z członkami zespołu opieki paliatywnej oraz poprawa aktualnej sytuacji życiowej w porównaniu z okresem przed objęciem opieką paliatywną, wskazują na znaczenie realizowanej domowej opieki paliatywnej. Ponieważ pacjenci przebywający w warunkach domowych pozostają pod opieką rodziny, opiekunowie powinni otrzymywać systematyczne i kompleksowe wsparcie, a ta forma opieki powinna być promowana i rozwijana. Wielowymiarowe poznanie potrzeb i oczekiwań chorych obejmowanych opieką paliatywną oraz uwzględnienie w ramach prowadzonej opieki biologicznych, psychicznych, duchowych i społecznych uwarunkowań może prowadzić do poprawy prowadzonych form opieki. Postuluje się, aby mimo trudności w prowadzeniu badań u pacjentów obejmowanych opieką paliatywną podejmować je, celem prowadzenia zarówno oceny jakości życia chorych, jakości opieki jak i wdrażania innowacji do opieki w oparciu o badania naukowe oraz jej dalszego rozwoju.

Sesja PSYCHOONKOLOGIA W OPIECE PALIATYWNEJ

Obciążenie emocjonalne, a jakość życia partnerów pacjentek leczonych onkologicznie

Marcin J. Jabłoński

Katedra Psychopatologii i Psychoprofilaktyki, Instytut Psychologii Akademii Ignatianum, Kraków

Wstęp: W trakcie wykładu zaprezentowane zostaną wyniki badania obserwacyjnego przeprowadzonego w grupie 122 osób, obejmującej 61 par (pacjentka onkologiczna – partner), w okresie pierwszych 6 miesięcy leczenia onkologicznego.

Cel pracy: Obserwacja prospektywna (dwa pomiary: t1 - pierwszy miesiąc, t2 - 6 miesięcy leczenia) obserwacja jakości życia partnerów kobiet leczonych onkologicznie, w kontekście aktualnych obciążeń emocjonalnych.

Materiał i metody: W badaniu zastosowano następujące narzędzia badawcze: kwestionariusze: SF-36, Zarit Burden Interview (ZBI), Caregiver Burden Scale (CBS), Distress Thermometer i HADS. Pary były badane przez psychologa w trakcie wizyty w ośrodku lub w przypadku drugiej wizyty kwestionariusze były wysyłane pocztą po wizycie zdalnej.

Wyniki: Obliczenia statystyczne wykonano w programie Statistica v.13.1 (StatSoft Polska). Dla zmiennych w t1 wykorzystano korelację Spearmana, a w analizie prospektywnej (t1–t2) test par Wilcoxon. Za istotne statystycznie uznano korelację, gdzie $r > 3$ i $p < 0,05$.

Choroba jako próba wiary

Dariusz Henryk Pater

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa, Polska

Niemal każdy z nas doświadczył choroby. Pogarsza się kondycja fizyczna, człowiek czuje się przygnębiony i smutny. W kolejnym etapie pojawia się nadzieja i wiara w możliwości medycyny. Często chory sięga po niekonwencjonalne metody leczenia. W końcu przychodzi faza rezygnacji, chory zaczyna wątpić nawet w Boga, czy nawet go odrzuca, tracąc wiarę w Jego zbawczą moc. Zaczyna targować się z Nim o życie. Pojawia się wtedy u niego bunt przeciwko Bogu lub szukanie ukojenia w miłości do Boga, będącego źródłem nadziei. Cierpienie fizyczne, mimo że dotyka człowieka w całej jego złożoności, wpływając nie tylko na jego ciało, ale także na ducha, może być przeżywane w sposób twórczy, a w konsekwencji prowadzić do zjednoczenia z Bogiem. Ludzkie cierpienie niejedno ma imię i podejście do niego zależy głównie od patrzenia na samego siebie i relacji również z Bogiem. Wystąpienie zostało przygotowane na podstawie wywiadów z medykami na temat *Osobiste doświadczenie dotyczące przeżyć człowieka w obliczu bólu i cierpienia*.

Wnioski: Wykazano istotne obniżenie następujących wymiarów jakości życia partnerów kobiet leczonych onkologicznie: witalności, zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego. Elementami obciążenia emocjonalnego mającymi istotny wpływ na jakość życia partnerów były: poczucie utraty kontroli nad życiem, obciążenie emocjonalne, społeczne i rodzinne oraz izolacja i frustracja. Obniżenie jakości życia partnerów korelowało z utratą zdolności do przeżywania przyjemności (anhedonią) oraz z poziomem dystresu i nasileniem depresji kobiet leczonych onkologicznie. Ponadto u partnerów kobiet leczonych onkologicznie prognozowano istotnie wyższe ryzyko ujawnienia się klinicznych objawów depresji. Wykazano też istotną korelację liczby potomstwa, zwłaszcza małoletniego (< 10 lat) z obniżeniem wskaźników funkcjonowania i witalności partnerów leczonych kobiet.

Powyższe obserwacje przemawiają za celowością podejmowania planowych interwencji diagnostycznych, terapeutycznych i w zakresie wsparcia społecznego w grupie partnerów pacjentek onkologicznych.

Sesja KANNABINOIDY

Perspektywy zastosowania kannabinoidów w praktyce klinicznej

Michał Graczyk

Katedra Opieki Paliatywnej, Collegium Medicum Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń, Polska

Konopie znane są i wykorzystywane przez ludzi od dawna. W ostatnich latach zainteresowanie rośliną i zawartymi w niej substancjami znacząco wzrosło. Można to

tłumaczyć potrzebą dalszych poszukiwań i badań w zakresie naturalnych i unikalnych właściwości kannabinoidów. Klinicyści coraz częściej dostrzegają miejsce dla tej grupy substancji w leczeniu wielu schorzeń oraz łagodzenia objawów. Nie są lekami pierwszego wyboru i mogą być dodawane do podstawowej farmakoterapii, co zazwyczaj poprawia skuteczność terapii. Dodatkowo podkreśla się ich działanie przeciwwzapalne oraz antyoksydacyjne.

Obecność receptorów kanabinoidowych CB1 i CB2 w wielu obszarach ciała umożliwia wykorzystanie kannabinoidów do leczenia różnych dolegliwości i pozwala osiągać korzystny wpływ na przebieg wielu chorób przewlekłych.

Najczęściej w opiece paliatywnej wykorzystuje się kannabinoidy do leczenia bólu, nudności/wymiotów, utraty apetytu, napięcia mięśni, lęku i depresji.

Duże nadzieje wiąże się z wykorzystaniem kannabinoidów w chorobach takich jak: choroba Crohna, wrzodząca zapalenie jelita grubego, cukrzyca, osteoporoza i inne choroby układu kostno-stawowego, choroba Alzheimera, padaczka, migrena, jaskra. Kannabinoidy mają też działanie przeciwnowotworowe i przeciwwzapalne.

Pod względem chemicznym przeciwwzapalne właściwości kannabinoidów mogą być związane ze wzrostem produkcji hormonów o typie glikokortykoidów, które są wykorzystywane w terapii przeciwwzapalnej, obniżeniem syntezy prostaglandyn, której rola w stanach zapalnych jest powszechnie znana. W ciągu ostatnich lat opublikowano badania na temat działania przeciwwzapalnego wszystkich klas kannabinoidów, w tym fitokannabinoidów, takich jak tetrahydrokannabinol (THC) i kannabidiol (CBD), kannabigerol (CBG).

Coraz więcej dowodów wskazuje na ważną rolę układu endokannabinoidowego (ECS) w regulacji chociażby stresu, nastroju i zaburzeń psychiatrycznych. Wydaje się, że przewlekły stres zmniejsza zdolność ECS do skutecznego buforowania stresu i może przyczynić się do wywołania psychopatologii, w tym lęku i depresji. Reakcje na zastosowane kannabinoidy – szczególnie z zawartością THC – zależą od aktywności ECS u pacjenta, proporcji fitokannabinoidów, składu terpenoidów, jak również od zastosowanej dawki. Zachowanie równowagi pomiędzy efektami pozytywnymi jak i negatywnymi jest istotą postępowania w codziennej praktyce klinicznej.

Wielu pacjentów, którzy nie uzyskali dobrej odpowiedzi na standardowe leczenie farmakologiczne depresji uzyskują korzystne efekty po zastosowaniu konopi medycznych. Ograniczone dowody z niewielkiej liczby badań klinicznych dotyczących konopi zawierających THC sugerują, że pacjenci używający kannabinoidów w leczeniu np. raka, SM, choroby Crohna, przewlekłego bólu neuropatycznego zgłaszają złagodzenie objawów lęku i/lub depresji. Pacjenci przyjmujący konopie medyczne mogą doświadczać różnych efektów w zależności od aktualnego nastroju, oczekiwań względem terapii, zestawu leków i ich dawek.

Ból przewlekły jest jedną z głównych przyczyn stosowania kannabinoidów, zwłaszcza po wyczerpaniu innych możliwości leczenia farmakologicznego. Kannabinoidy mogą wspomagać leczenie bólu i umożliwiają zmniejszenie

dawek opioidów, przywracają ich skuteczność, opóźniają rozwój tolerancji na działanie przeciwbólowe, zmniejszają objawy związane z redukcją dawki, rotacją lub odstawieniem opioidu.

Rośnie zainteresowanie używaniem konopi indyjskich jako substytutu alkoholu, opioidów i narkotyków, zarówno pod względem zmniejszania objawów odstawienia narkotyków związanych z abstynencją, ale także w kontekście zagrożeń związanych ze stosowaniem opioidów (np. śmiertelność). Badania przedkliniczne sugerują, że niektóre kannabinoidy (np. THC) mogą złagodzić objawy odstawienia opioidów.

Należy jednak podkreślić, że nadal potrzeba dobrze zaplanowanych badań klinicznych w celu sformułowania jednoznacznych wniosków, określenia zarówno wskazań, jak i możliwości indywidualnego dawkowania oraz wykorzystania preparatów z tej grupy leków.

Sesja WYBRANE PRACE ZGŁOSZONE

Opieka nad pacjentem wymagającym specjalistycznej opieki paliatywnej na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

Anna Ingielewicz

Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańska, Polska

Wstęp: Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) jest miejscem, gdzie przyjmowani są chorzy w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia. Główną rolą SOR jest udzielanie pomocy w stanach nagłych. Wśród badaczy dominuje przekonanie o nieadekwatności organizacji SOR i kompetencji personelu szpitalnych oddziałów ratunkowych w opiece nad pacjentem w stanie terminalnym i braku dobrej jakości leczenia. Według dostępnych danych znaczną część wśród wszystkich zgłoszeń na SOR stanowią chorzy w trakcie opieki paliatywnej lub takowej potrzebujący. Pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową powszechnie przyjmowani są na SOR w ciągu ostatnich 3 miesięcy życia. Z przeglądu dostępnych publikacji wynika, że około 80% pacjentów z nowotworem ma epizod pobytu na SOR w trakcie ostatnich 6 miesięcy swojego życia, a 2/3 z tej grupy więcej niż jeden pobyt.

Główną przyczyną zgłoszeń pacjentów onkologicznych na SOR jest: ból, duszność, problemy żołądkowojelitowe, osłabienie i zaburzenia świadomości. Często nie potrafią do końca sprecyzować przyczyny poszukiwania pomocy medycznej, rodziny określają problem jako brak możliwości poradzenia sobie z chorym w domu. Ponadto większość zgłoszeń na SOR pacjentów paliatywnych przypada po południu i w nocy, a także weekendy, czyli wtedy, gdy nie jest dostępna pomoc medyczna pracująca w standardowych godzinach dnia pracy. Znaczący wpływ na decyzję dotyczącą wezwania karetki Zespołu Ratownictwa Medycznego (ZRM) i przybycia na SOR ma wysoki poziom lęku samych pacjentów, jak również ich bliskich. Pacjenci

obawiają się nagłego pogorszenia stanu, zaostrzenia dolegliwości, braku możliwości uzyskania pomocy, zbliżającej się śmierci. Rodziny chorych potrzebują pewności, że zrobiły wszystko co było możliwe, aby pomóc ukochanej osobie. SOR z założenia przystosowany jest do pomocy pacjentom w ostrych schorzeniach, zwykle nie ma możliwości przestrzennych i organizacyjnych dostosowanych do potrzeb pacjenta paliatywnego. Kompetencje personelu pracującego na SOR również różnią się od tych pożądanych w opiece nad pacjentem będącym u schyłku życia. Dominujący na SOR pośpiech, szybkość podejmowanych decyzji, wszechobecny hałas, brak prywatności i udogodnień sanitarnych dokłada stresu i cierpienia pacjentowi znajdującemu się na krańcu życia. Przeciążenie pracą, brak dostatecznej ilości czasu i odpowiedniego miejsca, ale też umiejętności przekazywania złych informacji i rozmowy o spodziewanej śmierci skutkuje narastającą niechęcią personelu do chorych. Udowodniono, że opieka paliatywna zapoczątkowana podczas wizyty na SOR poprawia jakość życia chorych. Istnieją narzędzia przeznaczone do oceny potrzeby wsparcia paliatywnego u pacjenta. Przykładem może być krótki formularz o nazwie 5-SPEED lub RPCA. Niestety żaden nie jest zwalidowany w języku polskim.

W licznych badaniach udowodniono, że wczesne włączenie opieki paliatywnej u pacjentów z chorobą nowotworową, nawet w trakcie leczenia onkologicznego, poprawia jakość życia zarówno pacjentów, jak i ich rodzin, zmniejsza koszty opieki medycznej i wydatki szpitalne związane z obsługą tych chorych, a nawet wydłuża życie. Pomimo to dostęp do świadczeń ambulatoryjnej opieki paliatywnej jest w Polsce podobnie jak w Stanach Zjednoczonych znacznie utrudniony głównie ze względu na brak personelu, ale również limitowania świadczeń przez narodowego ubezpieczyciela i niskiej wyceny tych usług. W Polsce istnieje instytucja Hospicjum Domowego (HD) z możliwością całodobowej konsultacji i wizyty lekarskiej.

Szczególnie dobrze rozwiniętą sieć HD obserwuje się wokół dużych miast i metropolii, co zmniejsza obciążenie SOR w tych okolicach. Należy jednak zwrócić uwagę na to, że nie cały kraj jest równomiernie pokryty instytucjami świadczącymi usługi HD. Wydaje się, że pacjenci objęci opieką HD rzadziej wzywają ZRM i z mniejszą częstotliwością korzystają z pomocy SOR w ostatnim okresie życia, jednak nie znaleziono dostępnych publikacji na ten temat dotyczących Polski.

Porty naczyniowe (dożylny) – obsługa i pielęgnacja

Beata Mianowska

Białostockie Centrum Onkologii, Białystok, Polska

Wstęp: Pierwsza część prezentacji jest odpowiedzią na następujące pytania:

- Co to jest port naczyniowy (dożylny)?
- Na czym polega implantacja poru i gdzie najczęściej jest zlokalizowana?
- Jak jest jego zastosowanie?

- Z jakich części oraz materiałów jest zbudowany port?
- Jak wyglądają i do czego służą igły Hubera?
- Jakie ogólne zasady należy poznać, aby właściwie stosować procedurę postępowania z portem oraz na czym ona polega?
- Co to jest refluks krwi i jak należy postępować przy jego braku?
- Jakie preparaty stosować do płukania portu?

Druga część prezentacji wyjaśnia następujące kwestie:

- Jak pobrać krew do badań laboratoryjnych z portu?
- Na czym polega podawanie przez port preparatów krwiopochodnych?
- Jak, drogą dostępu centralnego, prowadzić żywienie pozajelitowe?
- W jaki sposób i dlaczego można z wykorzystaniem portu zmierzyć OCZ?
- Jakie są powikłania wczesne i jakie późne związane z użytkowaniem portu?
- Jakie są ogólne zalecenia kierowane do personelu pielęgniarskiego i pacjentów przy użytkowaniu i obsłudze portu?

Cel pracy: Poszerzenie własnej wiedzy i propagowanie jej w środowisku zawodowym.

Materiał i metody: Analiza dostępnej literatury.

Wyniki i wnioski: Porty dożylny w Polsce stosowane są od ponad 20 lat, głównie u pacjentów oddziałów onkologicznych. Coraz częściej jednak porty implantowane są również w przypadku innych chorób przewlekłych: mukowiscydozy, hemofilii, porfirii, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), zespołu nabytego upośledzenia odporności – AIDS, tężyczki. Porty wykorzystywane są także w opiece paliatywnej i w leczeniu bólu przewlekłego.

Przez port można podawać leki i płyny (np. antybiotyki lub cytostatyki, szczególnie w przypadku wielogodzinnych wlewów lub podawania silnie drażniących substancji), prowadzić żywienie pozajelitowe, przetaczać preparaty krwiopochodne, pobierać krew do badań, dokonywać pomiaru ośrodkowego ciśnienia żylnego. Port może, a nawet powinien być używany jako dostęp dożylny podczas zabiegów operacyjnych oraz w opiece okołoperacyjnej, dializoterapii i przy plazmaferezie.

Porty dożylny są cenioną przez pacjentów drogą dostępu żylnego i najwygodniejszym sposobem prowadzenia długotrwałej i intensywnej terapii dożylny. W badaniach przeprowadzonych wśród pacjentów Centrum Onkologii w Warszawie ponad 90% chorych wysoko oceniło jakość terapii dożylny prowadzonej przez port, a 75% umożliwiło leczenie. Ten system naczyniowy może być z powodzeniem używany przez kilka lat, ale konieczne jest dokładne przestrzeganie procedur i dbałość o aseptykę na każdym etapie użytkowania portu.

Większość powikłań powodowanych jest przez niewielkie zaniedbania, często związane z rutyną i pośpiechem, dlatego bardzo ważne jest stałe szkolenie personelu obsługującego porty oraz pacjentów i ich rodzin.

Jakość życia chorych z nowotworem gruczołu krokowego po zabiegu brachyterapii

Eleonora Mess, Aneta Tworzydło

Zakład Onkologii i Opieki Paliatywnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im Piastów Śląskich, Wrocław, Polska

Wstęp: Nowotwór gruczołu krokowego jest jednym z najczęściej występującym problemów zdrowotnych u mężczyzn. Stosowane metody leczenia kompleksowego dotyczą brachyterapii. Rozpoznany nowotwór na różnym stadium zaawansowania jest wysokim czynnikiem stresującym. Możliwości leczenia są obciążające dla zdrowia fizycznego i psychicznego chorych mężczyzn. Jakość życia (QoL) w dwóch podstawowych wymiarach – fizycznym i psychicznym, wpływa na funkcjonowanie w życiu codziennym.

Cel pracy: Ocena QoL chorych z nowotworem gruczołu krokowego podanych brachyterapii.

Określenie korelacji między wykonaniem zabiegu brachyterapii a zaburzeniami seksualnymi u chorych na raka gruczołu krokowego.

Określenie zależności pomiędzy stopniem zaawansowania choroby a QoL.

Analiza korelacji pomiędzy wykonywaniem podstawowych czynności dnia codziennego a QoL.

Określenie związku pomiędzy czasem trwania choroby a QoL.

Określenie związku pomiędzy wiekiem a QoL pacjenta.

Określenie ryzyka wystąpienia depresji u pacjentów, a stopień zaburzeń seksualnych.

Ustalenie korelacji pomiędzy strategią radzenia sobie ze stresem a poziomem QoL.

Określenie zależności pomiędzy funkcjonowaniem społecznym pacjentów a poziomem QoL.

Ustalenie związku pomiędzy otrzymywaniem wsparcia ze strony rodziny a QoL.

Ocena związku pomiędzy statusem ekonomicznym pacjentów a QoL.

Ocena zależności pomiędzy podejmowaniem aktywności fizycznej przez chorych a QoL.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono u 100 chorych objętych leczeniem w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu na oddziale radioterapii. W świetle powyższych informacji celem prowadzonych badań będzie ocena wpływu wybranych zmiennych na QoL oraz zaburzenia seksualne u pacjentów po zabiegu brachyterapii. Kryteria włączenia do badania: rozpoznanie nowotworu gruczołu krokowego, pacjenci zakwalifikowani do zabiegu brachyterapii, skala Katza, zgoda pacjenta na udział w badaniu. Z badania zostaną wyłączone osoby, które nie wyraziły zgody na badanie oraz osoby, które nie są w stanie samodzielnie wypełnić ankiet. Do badań wykorzystalam ankietę własną dotyczącą danych socjodemograficznych oraz Kwestionariusz EORTC QLQ-C 30 – do oceny QL chorych na nowotwory złośliwe, Kwestionariusz QLQ-PR 25 – do oceny QoL chorych na raka stercza.

Wyniki i wnioski: Jakość życia leczonych mężczyzn w aspekcie psychofizycznym była obniżona.

Głównym czynnikiem obniżającym QoL była zaburzona sfera seksualna. Obniżony nastrój korelował z pogorszeniem QoL. Analiza korelacji wykazała istotnie statystyczny wpływ wyższego poziomu jakości życia po zabiegu brachyterapii.

Ocena nawyków żywieniowych chorych poddawanych chemioterapii w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej

Eleonora Mess, Dominika Dziubińska

Zakład Onkologii i Opieki Paliatywnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im Piastów Śląskich, Wrocław, Polska

Wstęp: Nowotwory złośliwe stanowią drugą po chorobach układu krążenia przyczynę zgonów na świecie. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów zachorowalność na nowotwory wzrasta z każdym kolejnym rokiem oraz coraz częściej dotyczy osób młodych – poniżej 65. roku życia. Szacuje się, że nawet 40–60% nowotworów związanych jest z nieprawidłowym odżywianiem. Jedną z metod leczenia nowotworów jest chemioterapia, której towarzyszy wiele efektów ubocznych. Prawidłowe odżywianie prowadzone na każdym etapie choroby wspomaga leczenie farmakologiczne oraz zapobiega wystąpieniu niedożywienia związanego z chorobą nowotworową.

Cel pracy: Zbadanie nawyków żywieniowych pacjentów poddanych chemioterapii w aspekcie występowania powikłań pochemioterapeutycznych. Szczegółowym uwagę poświęcono ocenie stanu wiedzy pacjentów na temat prawidłowego odżywiania podczas leczenia cytostatycznego.

Materiał i metody: Badaniem zostało objętych 101 pacjentów Oddziału Onkologii Klinicznej (Chemioterapii) Dolnośląskiego Centrum Onkologii. Badanie było przeprowadzone od stycznia do maja 2019 r. za pomocą metody ankietowej przez ankiera. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety oraz kwestionariusz częstotliwości spożycia żywności FFQ6. Wyniki opracowano za pomocą programu Statistica 13 oraz Microsoft Office Excel 2010.

Wyniki i wnioski: Wśród pacjentów największy odsetek deklarował występowanie nudności (60,4%), zaburzeń w odczuwaniu smaku (54,5%) oraz występowanie suchości w jamie ustnej (52,5%). Zdecydowana większość ankietowanych spożywa 4–5 posiłków w ciągu dnia (57,4%). Ponad połowa respondentów (53,4%) deklarowała wypijanie 1,5–2 l płynów dziennie. Najczęściej wybieraną obróbką termiczną było gotowanie (43,5% respondentów). Zdecydowana większość ankietowanych oceniła swój sposób żywienia jako dobry – 44,6% badanych kobiet i 46,7% mężczyzn, natomiast 50% kobiet i 44,4% mężczyzn ocenia swoją wiedzę żywieniową na poziomie dobrym. Zdecydowanie większa liczba mężczyzn (62,2%) niż kobiet (39,3%) wybiera wołowinę jako źródło żelaza w swojej diecie. Główny produktem dostarczającym witaminy B12, zarówno wśród kobiet,

jak i mężczyzn, są jaja oraz sery żółte. Osoby, u których wystąpiło zapalenie jamy ustnej po chemioterapii lepiej znają zalecenia żywieniowe dotyczące tej dolegliwości niż osoby, u których tego zapalenia nie stwierdzono. Analiza statystyczna wykazała, że osoby, u których wystąpił ból brzucha mimo wszystko częściej sięgają po słodkie napoje, natomiast pacjenci, u których wystąpiły wymioty po chemioterapii częściej sięgają po produkty bogate w potas.

Wnioski: Pacjentom objętym chemioterapią towarzyszy wiele efektów ubocznych leczenia cytostatycznego. Nawyki żywieniowe pacjentów onkologicznych różnią się w zależności od płci. Największe zmiany zaobserwowano w spożyciu mięsa i wyrobów mięsnych, alkoholu, produktów bogatych w witaminę C oraz wybieranych metod obróbki kulinarnej.

Słowa kluczowe: chemioterapia, nawyki żywieniowe, wiedza żywieniowa, dieta podczas chemioterapii, skutki uboczne.

Uporczywa terapia

Eleonora Mess¹, Patrycja Polańska¹, Tomasz Jurek²

¹Zakład Onkologii i Opieki Paliatywnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im Piastów Śląskich, Wrocław, Polska

²Katedra Medycyny Sądowej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich Wrocław, Wrocław, Polska

Wstęp: Rozwój współczesnej medycyny i technologii przyczynił się do powstania nowych możliwości terapeutycznych umożliwiających leczenie chorób do tej pory nieuleczalnych oraz przedłużanie życia. Śmierć – mimo iż jest niezbywalna i dotyczy każdej istoty ludzkiej – budzi lęk. Możliwości oferowane przez medycynę oraz lęk przed śmiercią przyczyniły się do zjawiska uporczywej terapii. Prawo i etyka wymagają w związku z tym nieustannej nowelizacji i wprowadzania nowych regulacji. Podkreśla się też rolę pomijanego do tej pory zawodu jakim jest pielęgniarstwo.

Cel pracy: Określenie znajomości etyki oraz prawa przez personel pielęgniarstwa w zakresie stosowania wobec pacjentów uporczywej terapii.

Materiał i metody: Czteryście pięć pielęgniarzek i pielęgniarzy zostało przebadanych przy pomocy autorskiego kwestionariusza ankiety, który został uprzednio poddany próbie rzetelności. Materiał został zebrany przy pomocy formularza internetowego. Ze względu na nowatorską tematykę badań nie istnieją standaryzowane narzędzia, które można by wykorzystać w niniejszej pracy.

Wyniki i wnioski: Badani w (85,4%) poprawnie definiuje termin *uporczywa terapia* oraz na przeciętnym poziomie zna pojęcia z nią związane. Blisko 48% respondentów uważa ją za zjawisko nieetyczne, niezgodne z prawem i uwłaczające ludzkiej godności. Przedstawiciele zawodu dostrzegają konieczność nowelizacji i wprowadzenia nowych uregulowań prawnych oraz etycznych w polskim prawie. Ponadto 78,5% pielęgniarzek i pielęgniarzy dekla-

ruje niewystarczające uprawnienia w procesie decyzyjnym w odniesieniu do zaprzestania bądź kontynuacji prowadzenia uporczywej terapii. Zaobserwowano również wpływ niektórych czynników socjodemograficznych na wiedzę i postawy przedstawicieli pielęgniarstwa.

Wnioski: Badani pielęgniarze i pielęgniarzki mają przeciętną wiedzę na temat uporczywości terapeutycznej oraz powiązanych pojęć. Są świadomi konieczności wprowadzenia zmian w prawie polskim i etyce, a także jednoznacznie deklarują brak uprawnień w podejmowaniu decyzji o rezygnacji bądź kontynuacji

terapii o znamionach uporczywości. Wykształcenie, staż pracy, światopogląd oraz miejsce pracy ma wpływ na wiedzę i postawy prezentowane przez personel pielęgniarstwa.

Słowa kluczowe: uporczywa terapia, pielęgniarstwo, prawo, etyka.



Szanowni Państwo,

w imieniu Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej oraz Komitetów Organizacyjnego i Naukowego serdecznie zapraszam na VI Zjazd naszego Towarzystwa, który odbędzie się 2–4 września 2021 roku w Białymstoku.

Pierwotnie spotkanie było planowane na czerwiec 2020 r., jednak z powodu pandemii termin został zmieniony. Mamy nadzieję, że tym razem będzie nam dane spotkać się osobiście w rzeczywistym świecie.

Pomimo ograniczeń wynikających z pandemii udało nam się przygotować bogaty program naukowy. Sesje będą równocześnie w dwóch lub trzech salach, przygotowane zostały także warsztaty. Tematyka sesji dotyczy najważniejszych zagadnień i problemów medycyny paliatywnej.

W czasie Zjazdu odbędzie się Walne Zebranie Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej.

Mamy nadzieję, że program naukowy zaspokoi Państwa oczekiwania, a spotkania towarzyszące pozwolą na dalszą wymianę poglądów oraz integrację naszego środowiska. Będzie to również okazja, by zobaczyć się po dłuższym okresie.

Zjazd Towarzystwa to święto jego członków, świętujemy więc razem.

Bardzo serdecznie zapraszamy

Do zobaczenia w Białymstoku



Aleksandra Ciałkowska-Rysz

prezes

Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej

W czerwcu 2020 r. miał się odbyć Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, ale z powodu pandemii jego termin musiał być odwołany. A teraz z największą przyjemnością zapraszam Państwa w imieniu Zarządu oraz Komitetów Organizacyjnego i Naukowego na VI Zjazd PTMP.

Miejszem spotkania nieprzypadkowo jest Białystok – miasto wielu kultur, stolica Podlasia. To w Białymstoku i okolicznych miejscowościach mieszkali obok siebie Polacy, Żydzi, Białorusini, Niemcy, Tatarzy, Rosjanie, Ukraińcy, a nawet Holendrzy. Tu swój dom znaleźli chrześcijanie, Żydzi i muzułmanie. Społeczeństwo wielu kultur, tradycji, historii, religii. To w Białymstoku urodził się i żył lekarz Ludwik Zamenhof, twórca esperanto – języka komunikacji między narodami. W tym mieście miała miejsce jedna z największych tragedii II wojny światowej: likwidacja getta i bohaterskie powstanie w 1943 r., w którym życie straciła większość z ponad 40 tysięcy uwięzionych Żydów, blisko połowa ówczesnych mieszkańców miasta. Mimo to, a może właśnie dlatego, Białystok jest miejscem szczególnej ludzkiej życzliwości, miłości miłosiernej względem drugiego człowieka, a gościnność Białostoczan jest przysto wiowa. Tutaj bł. Michał Sopoćko żył i szerzył kult Miłosierdzia Bożego. Tutaj, o czym zapewne niewiele wie, powstało pierwsze w Polsce i w tej części Europy hospicjum stacjonarne.



Zjazd jest szczególnym wydarzeniem w życiu Towarzystwa. Jest uroczystością i katedrą najnowszej wiedzy medycznej, ale też czasem spotkań, źródłem więzi i zawodowych przyjaźni, pielęgnacją wspólnoty wszystkich zawodów opieki paliatywnej. Dlatego zawsze, oprócz lekarzy, obecne są pielęgniarki, psychologowie, fizjoterapeuci, kapelani, pracownicy socjalni.

W dobie pandemii podjęliśmy wysiłki, aby zapewnić najwyższe standardy bezpieczeństwa sanitarnego. Będziemy prosić uczestników o przestrzeganie zaleceń epidemicznych w trakcie wydarzenia poprzez zachowywanie wymaganej odległości, noszenie masek oraz odkażanie rąk zgodnie z obowiązującymi zaleceniami. W szczególności jednak przestrzegać będziemy wymogów związanych ze szczepieniami.

Mamy nadzieję, że bogaty program naukowy, wygodne i bezpieczne miejsce zjazdu oraz atmosfera Podlasia dadzą Państwu wiele satysfakcji i zapewnią niezapomniane chwile.

Serdecznie zapraszamy

Tomasz Dzierżanowski

przewodniczący Komitetu Naukowego



KOMITET ORGANIZACYJNY ZJAZDU

ZARZĄD POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYNY PALIATYWNEJ

dr hab. n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, prof. UM – prezes

dr n. med. Tomasz Dzierżanowski – wiceprezes

dr n. med. Iwona Filipczak-Bryniarska – członek zarządu

dr n. med. Michał Graczyk – skarbnik

dr n. med. Marcin Janecki – sekretarz

WSPÓŁORGANIZATOR

ZAKŁAD MEDYCYNY PALIATYWNEJ UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU

dr hab. n. med. Piotr Jakubów – przewodniczący komitetu organizacyjnego

dr n. med. Jolanta Iwanowska

dr n. med. Dariusz Kuć

dr n. med. Aneta Domalewska

KOMITET NAUKOWY ZJAZDU

PRZEWODNICZĄCY

dr n. med. Tomasz Dzierżanowski

CZŁONKOWIE

dr hab. n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, prof. UM

dr n. med. Michał Graczyk

dr n. med. Iwona Filipczak-Bryniarska

dr hab. n. med. Piotr Jakubów

dr n. med. Marcin Janecki

dr n. o zdr. Izabela Kaptacz

dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska

prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kutak

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik

dr n. med. Dariusz Kuć

prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert

prof. dr hab. n. med. Mikołaj Majkovicz

prof. dr hab. n. med. Agnieszka Malarewicz-Jakubów

dr n. med. Eleonora Mess

dr n. med. Aleksandra Modlińska

dr n. med. Anna Orońska

dr n. med. Wiesława Pokropska

dr n. med. Jadwiga Pyszkowska – przewodnicząca zespołu prac zgłoszonych

dr hab. n. med. Monika Rucińska

dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz

prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gałaszko

dr n. med. Agnieszka Wójcik

dr n. med. Katarzyna Żółtak-Bączkowska

PATRONATY HONOROWE



Podlaskie

MARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO



Wojewoda Podlaski

WOJEWODA PODLASKI

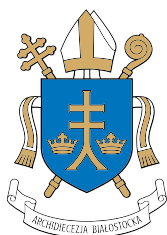


*Honorowy Patronat
Prezydenta
Miasta Białegostoku*

PREZYDENT MIASTA BIAŁEGOSTOKU



UNIWERSYTET MEDYCZNY W BIAŁYMSTOKU



ARCHIDIECEZJA BIAŁOSTOCKA



JEGO EKSCELENCJA
NAJPRZEWIELEBNIJSZY JAKUB,
ARCYBISKUP BIAŁOSTOCKI I GDAŃSKI

PARTNERZY ORAZ SPONSORZY

ZŁOCI PARTNERZY



PARTNERZY



SPONSORZY



PROGRAM

CZWARTEK, 2 WRZEŚNIA 2021 R.

SALA PLENARNA

14:00–15:30

SESJA

HISTORIA MEDYCyny PALIATYWNEJ

Przewodniczące:

dr n. med. Jadwiga Pyszkowska, prof. WSNS

lek. Wiesława Pokropska

14:00–14:20

Historia Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej

dr n. med. Jadwiga Pyszkowska, prof. WSNS

14:20–14:40

Jacek Łuczak – pionier opieki paliatywnej

dr n. med. Halina Bogusz

14:40–15:00

Wspomnienie o prof. Janinie Kujawskiej-Tenner

dr n. med. Jolanta Stokłosa

15:00–15:20

Pierwsze hospicjum stacjonarne w Białymstoku

dr n. med. Tadeusz Borowski-Beszta

15:20–15:30

Dyskusja i podsumowanie sesji

15:30–16:00

PRZERWA

SALA A

14:00–15:30

SESJA

FIZJOTERAPIA W OPIECE PALIATYWNEJ: OD KONTROLI OBJAWÓW DO POPRAWY JAKOŚCI ŻYCIA

Przewodnicząca:

dr n. med. Anna Pyszora

14:00–14:25

Postępowanie fizjoterapeutyczne
w opiece paliatywnej – czy są granice?

dr n. kf. Agnieszka Wójcik

14:25–14:50

Dylematy fizjoterapeutyczne u pacjentów
ze schorzeniami układu krążenia
objętych opieką paliatywną

dr hab. n. med. Edyta Smolis-Bąk, prof. nadzw.

14:50–15:15

Techniki oczyszczania dróg oddechowych
u chorych ze stwardnieniem zanikowym bocznym (SLA)

dr n. med. Anna Pyszora

15:15–15:30

Dyskusja i podsumowanie sesji

SALA PLENARNA

16:00–18:00

CEREMONIA OTWARCIA

Przewodniczący:

dr hab. n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, prof. UM

dr n. med. Tomasz Dzierżanowski

dr hab. n. med. Piotr Jakubów

Uroczyste otwarcie Zjazdu

Wspomnienie o tych, którzy odeszli

Wręczenie nagród Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej

Wykład plenarny:

„Pain 2.0”

prof. Sebastiano Mercadante

Wykład plenarny:

„Opieka paliatywna – wyzwanie XXI wieku”

prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gałuszko

PROGRAM

PIĄTEK, 3 WRZEŚNIA 2021 R.

SALA PLENARNA

9:00–10:35

SESJA OBJAWY

Przewodnicząca:

dr hab. n. med. Monika Rucińska

9:00–9:25

Problemy z błoną śluzową jamy ustnej u osób pozostających w opiece paliatywnej

dr hab. n. med. Monika Rucińska

9:25–9:50

Obrzęk limfatyczny w chorobie nowotworowej –
patomechanizm powstawania oraz możliwości postępowania terapeutycznego

lek. Beata Stypuła-Ciuba

9:50–10:15

Nowoczesna radioterapia – obalanie dogmatów czy fałszywa wiara?

lek. Wojciech Rolski

10:15–10:35

Dyskusja i podsumowanie sesji

10:35–11:00

PRZERWA

11:00–12:35

STANDARDY OPIEKI PALIATYWNEJ

Przewodnicząca:

dr hab. n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, prof. UM

11.00–11.10

Nowe standardy organizacyjne opieki paliatywnej – czy mamy wizję?

dr hab. n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, prof. UM

11.10–11.20

Przegląd definicji opieki paliatywnej

dr n. med. Tomasz Dzierżanowski

11.20–11.40

Przegląd standardów organizacyjnych opieki paliatywnej z innych krajów

dr n. med. Elwira Góraj

dr n. med. Marcin Janecki

11.40–11.55

Ambulatoryjna i domowa opieka paliatywna – propozycje zmian

lek. Dorota Kazimierczak

dr n. med. Michał Graczyk

11.55–12.10

Stacjonarne formy opieki paliatywnej – kierunki zmian, minimalne warunki lokalowe

dr n. med. Iwona Filipczak-Bryniarska

lek. Artur Pakosz

12.10–12.35

Dyskusja i podsumowanie sesji

12:35–13:00

PRZERWA

PROGRAM

PIĄTEK, 3 WRZEŚNIA 2021 R.

SALA A

9:00–10:30

SESJA PEDIATRYCZNA OPIEKA PALIATYWNA

Przewodniczący:
dr n. med. Dariusz Kuć

9:00–9:25

Pacjent dorosły w hospicjum dla dzieci,
pacjent dziecko w hospicjum dla dorosłych.
Co lepsze w opiece holistycznej?
dr n. med. Krzysztof Szmyd

9:25–9:50

Decyzje medyczne i etyczne
dotyczące ograniczenia terapii u dzieci
dr n. med. Dariusz Kuć

9:50–10:15

Pediatryczna opieka paliatywna – co dalej?
Spojrzenie z boku
dr n. med. Marek Karwacki

10:15–10:30

Dyskusja i podsumowanie sesji

10.30–11.00

PRZERWA NA KAWĘ

11:00–12:30

SESJA DUCHOWOŚĆ W OPIECE PALIATYWNEJ

Przewodniczące:
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik
dr n. med. Anna Orońska

11:00–11:25

Jak uczyć profesjonalistów medycznych
opieki duchowej?
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik

11:25–11:50

Neuronauka i duchowość
ks. dr n. med. Szymon Gołota

11:50–12:15

Problemy komunikacyjne związane z rozumieniem
i oczekiwaniem na cud wśród nieuleczalnie chorych
dr hab. Jakub Pawlikowski, prof. UML i UKSW

12:15–12:30

Dyskusja i podsumowanie sesji

12:30–13:00

PRZERWA

SALA B

9:00–10:30

SESJA POD PATRONATEM FIRM



KANNABINOIDY

9:00–9:30

Stosowanie kannabinoidów u chorego na nowotwór –
komu, kiedy, który i dlaczego?
dr hab. n. med. Jarosław Woron

9:30–9:55

Perspektywy zastosowania kannabinoidów
w praktyce klinicznej
dr n. med. Michał Graczyk

9:55–10:25

Kannabinoidy w praktyce klinicznej –
prezentacja przypadków
dr n. med. Janusz Wojtacki

10:25–10:30

Dyskusja i podsumowanie sesji

11:00–12:00

SESJA SPONSOROWANA FIRMY



11:00–11:25

Ból przebijający z perspektywy pacjenta
dr n. med. Michał Graczyk

11:25–11:30

Dyskusja

11:30–11:55

Indywidualizacja terapii BTcP jako sposób
na poprawę jakości życia pacjentów
dr n. med. Aleksandra Modlińska

11:55–12:00

Dyskusja

12:00–12:20

Wykład sponsorowany firmy
Aktualne zasady leczenia
zaparcia opioidowego
dr n. med. Tomasz Dzierżanowski



12:20–12:30

Dyskusja

12:30–13:00

PRZERWA

PROGRAM

PIĄTEK, 3 WRZEŚNIA 2021 R.

SALA PLENARNA

13:00–14:30

SESJA FARMAKOTERAPIA BÓLU

Przewodniczący:

dr hab. n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, prof. UM
dr n. med. Marcin Janecki

13:00–13:20

Farmakoterapia bólu neuropatycznego – zalecenia 2021
dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska

13:20–13:40

Zastosowanie miejscowe analgetyków opioidowych na bolesne owrzodzenia nowotworowe
dr hab. n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, prof. UM

13:40–14:00

Ból kostny u chorych z nowotworami – patomechanizm i leczenie
dr n. med. Marcin Janecki

14:00–14:20

Wpływ opioidów na układ odpornościowy
dr n. med. Iwona Filipczak-Bryniarska

14:20–14:30

Dyskusja i podsumowanie sesji

14:30–15:30

LUNCH

15:30–17:30

SESJA PIELĘGNIARSTWO OPIEKI PALIATYWNEJ

Przewodniczące:

dr n. med. Eleonora Mess
dr n. o zdr. Izabela Kaptacz

15:30–15:50

Lęk przed śmiercią – jak pielęgniarka czy lekarz może go przezwyciężyć?
prof. dr hab. Józef Binnebesel

15:50–16:10

Poczucie sensu życia i postawy wobec śmierci a stosunek do eutanazji – raport z badań
mgr Teresa Kocbach

16:10–16:30

Ocena jakości życia pacjentów ze szpiczakiem mnogim
dr n. med. Eleonora Mess

16:30–16:50

Jakość opieki paliatywnej sprawowanej nad pacjentami z nowotworem płuc – raport z badań
mgr Bożena Łukaszek

16:50–17:30

Dyskusja i podsumowanie sesji

PROGRAM

PIĄTEK, 3 WRZEŚNIA 2021 R.

SALA A

13:00–14:30

SESJA

ASPEKTY PRAWNE W OPIECE PALIATYWNEJ

Przewodniczący:

prof. dr hab. n. praw. Agnieszka Malarewicz-Jakubów
dr hab. n. praw. Rafał Kubiak, prof. UŁ

13:00–13:20

Podejmowanie decyzji medycznych wobec pacjentów paliatywnych

dr hab. n. praw. Agata Wnukiewicz-Kozłowska

13:20–13:40

Charakter prawny sztucznego odżywiania i nawadniania na podstawie sprawy pacjenta RS z Wielkiej Brytanii (z uwzględnieniem zaprzestania terapii daremnej)

dr hab. n. praw. Maria Boratyńska

13:40–14:00

Tajemnica lekarska za życia i po śmierci pacjenta

dr hab. n. praw. Małgorzata Świdorska

14:00–14:20

Karnoprawna ochrona godności osobistej i intymności pacjentów paliatywnych

dr hab. n. praw. Rafał Kubiak, prof. UŁ

14:20–14:30

Dyskusja i podsumowanie sesji

14:30–15:30

LUNCH

15:30–17:15

WALNE ZEBRANIE CZŁONKÓW PTMP

SALA B

13:00–13:15

Wykład sponsorowany firmy

accord

Ból trzewny u chorych na nowotwory

dr n. med. Janusz Wojtacki

13:15–13:20

Dyskusja

PROGRAM

SOBOTA, 4 WRZEŚNIA 2021 R.

SALA PLENARNA

9:00–10:30

SESJA

OPIEKA PALIATYWNA NAD PACJENTEM NIEONKOLOGICZNYM

Przewodniczący:

prof. dr hab. n. med. Tomasz Pasierski
dr n. med. Katarzyna Żułtak-Bączkowska

9:00–9:20

Modyfikacja terapii kardiologicznej w opiece paliatywnej

prof. dr hab. n. med. Tomasz Pasierski

9:20–9:40

Insulinoterapia w opiece paliatywnej

dr n. med. Aleksandra Modlińska

9:40–10:00

Wsparcie fizjoterapeutyczne w bólu neuropatycznym

dr n. med. Katarzyna Żułtak-Bączkowska

10:00–10:20

Co u pacjentów chorych na SLA wpływa na decyzję o włączeniu wspomaganego oddychania respiratorem?

lek. Anna Adamczyk

10:20–10:30

Dyskusja i podsumowanie sesji

10:30–11:00

PRZERWA

11:00–12:30

SESJA

INTERWENCYJNE LECZENIE BÓLU

Przewodniczący:

dr hab. n. med. Piotr Jakubów
dr n. med. Elwira Górąj

11:00–11:20

Podpajęczynówkowe podawanie analgetyków w leczeniu bólu: nowe aspekty, stare kontrowersje

dr n. med. Jacek Rykowski

11:20–11:40

Neurolizy splotu trzewnego w bólach spowodowanych nowotworem,
wskazania do inwazyjnego leczenia bólów śródbrzusza

dr n. med. Elwira Górąj

11:40–12:00

Zabiegi interwencyjne w leczeniu neuropatii spowodowanej chorobą nowotworową

lek. Michał But

12:00–12:20

Zastosowanie kriolezji w leczeniu bólów nowotworowych

dr hab. n. med. Piotr Jakubów

12:20–12:30

Dyskusja i podsumowanie sesji

12:30–13:00

PRZERWA

PROGRAM

SOBOTA, 4 WRZEŚNIA 2021 R.

SALA A

9:00–10:30

SESJA JAKOŚĆ ŻYCIA I JAKOŚĆ OPIEKI PALIATYWNEJ

Przewodniczący:
prof. dr hab. n. med. Mikołaj Majkowicz
prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert

9:00–9:25

Metodologiczne podstawy oceny jakości życia
prof. dr hab. n. med. Mikołaj Majkowicz

9:25–9:50

Ocena jakości życia i jakości opieki paliatywnej
w praktyce klinicznej
prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert

9:50–10:15

Jakość życia i oczekiwania chorych objętych
domową opieką paliatywną
dr n. o zdr. Izabela Kaptacz

10:15–10:30

Dyskusja i podsumowanie sesji

10:30–11:00

PRZERWA

11:00–12:30

SESJA PSYCHOONKOLOGIA W OPIECE PALIATYWNEJ

Przewodniczące:
prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gatuszko
dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz

11:00–11:25

Obciążenie emocjonalne a jakość życia partnerów
pacjentek leczonych onkologicznie
dr hab. n. med. Marcin Jabłoński

11:25–11:50

Wypalanie się sił u opiekunów rodzinnych pacjentów
z chorobą nowotworową
dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz

11:50–12:15

Choroba jako próba wiary
ks. dr hab. Dariusz Pater, prof. uczelni

12:15–12:30

Dyskusja i podsumowanie sesji

12:30–13:00

PRZERWA

SALA B

9:00–9:30

Wykład sponsorowany firmy



Stać i pełna kontrola bólu.
Nowa aplikacja „Dzienniczek bólu”
Radostaw Stoczkowski

9:30–10:30

SESJA SPONSOROWANA INTERAKTYWNA FIRMY

GEROT LANNACH

Optymalizacja leczenia bólu przy użyciu oksykodonu
o powolnym i szybkim czasie uwalniania
u chorego na nowotwór – kiedy, komu i dlaczego
dr hab. n. med. Małgorzata Malec-Milewska, prof. CMKP
dr hab. n. med. Jarosław Woróń

11:00–12:30

Grant edukacyjny firmy



STUDIUM MEDYCyny PALIATYWNEJ

11:00–11:30

Przegląd rekomendacji i wytycznych leczenia bólu –
wykład interaktywny
dr n. med. Tomasz Dzierżanowski

11:30–12:00

Rotacja opioidów w leczeniu bólu u chorego
na nowotwór – wykład interaktywny
dr hab. n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, prof. UM

12:00–12:30

Optymalizacja leczenia bólu u chorego na nowotwór –
rola etiologii bólu i miareczkowania analgetyków
dr n. med. Michał Graczyk

PROGRAM

SOBOTA, 4 WRZEŚNIA 2021 R.

SALA PLENARNA

13:00–14:15

SESJA

POSTĘPOWANIE W SCHYŁKOWYM OKRESIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Przewodniczący:

prof. dr hab. n. med. Marek Wojtukiewicz

dr n. med. Tomasz Dzierżanowski

13:00–13:25

Profilaktyka powikłań zakrzepowo-zatorowych w schyłkowym okresie choroby nowotworowej

prof. dr hab. n. med. Marek Wojtukiewicz

13:25–13:35

Dyskusja

13:35–14:00

Opieka nad pacjentem z nowotworem w ostatnich tygodniach życia – zalecenia kliniczne ESMO 2021

dr n. med. Tomasz Dzierżanowski

14:00–14:15

Dyskusja

SALA A

13:00–14:15

SESJA

WYBRANE PRACE ZGŁOSZONE

Przewodnicząca:

dr n. med. Jadwiga Pyszkowska, prof. WSNS

13:00–13:10

Pacjent wymagający specjalistycznej opieki paliatywnej na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

Anna Ingielewicz

13:10–13:15

Dyskusja

13:15–13:25

Porty naczyniowe (dożylnie) – obsługa i pielęgnacja

mgr Beata Mianowska

13:25–13:30

Dyskusja

13:30–13:40

Jakość życia chorych z nowotworem gruczołu krokowego po zabiegu brachyterapii

dr n. med. Eleonora Mess

mgr Aneta Tworzydło

13:40–13:45

Dyskusja

13:45–13:55

Ocena nawyków żywieniowych chorych poddawanych chemioterapii w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej

dr n. med. Eleonora Mess

mgr Dominika Dziubińska

13:55–14:00

Dyskusja

14:00–14:10

Uporczywa terapia

dr n. med. Eleonora Mess

mgr Patrycja Polańska

14:10–14:15

Dyskusja

14:15

ZAKOŃCZENIE ZJAZDU

WARSZTATY

- WYMAGANA WCZEŚNIEJSZA REJESTRACJA I OPŁATA •

PRAKTYCZNE UMIEJĘTNOŚCI OBSŁUGI APARATÓW USG Z GŁOWICĄ CONVEX I LINIOWĄ

TERMIN

czwartek, 2 września, godz. 14:00–16:00

MIEJSCE

Hotel Gołębiowski, ul. Pałacowa 7

SPONSOR



PROWADZĄCY

dr hab. n. med. Piotr Jakubów, dr n. med. Juliusz Kosel
lek. med. Norbert Wasiluk, mgr Dariusz Lachowicz

KINESIOLOGY TAPING W OPIECE PALIATYWNEJ

TERMIN

piątek, 3 września, godz. 9:00–10:30

MIEJSCE

Hotel Gołębiowski, ul. Pałacowa 7

PROWADZĄCA

dr n. med. Katarzyna Żułtak-Bączkowska

WYBRANE PROCEDURY ZABIEGOWE W MEDYCYNIE PALIATYWNEJ

TERMIN

piątek, 3 września, godz. 10:30–12:30

MIEJSCE

Pododdział Leczenia Bólu (parter)
Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku
ul. Ogrodowa 12

PROWADZĄCY

dr n. med. Adam Leoniuk, dr n. med. Dariusz Kożuchowski

Zbiórka w hotelu przed recepcją o godz. 10:15

PRACA Z RODZINĄ W OPIECE PALIATYWNEJ W MODELU TERAPII ŻAŁOBY SKONCENTROWANEJ NA RODZINIE

TERMIN

sobota, 4 września, godz. 9.00–10:30

MIEJSCE

Hotel Gołębiowski, ul. Pałacowa 7

PROWADZĄCA

dr n. med. Marta Porębiak

GŁOSOWANIE W TRAKCIE SESJI INTERAKTYWNYCH

Szanowni Państwo, podczas Zjazdu odbędzie się kilka wykładów interaktywnych.

Głosowanie będzie możliwe za pomocą Państwa telefonów komórkowych w przeglądarce internetowej.

Do głosowania można dołączyć na dwa sposoby:

I WARIANT

W przeglądarce internetowej wpisujemy adres:

slido.com

lub

www.slido.com

Pojawi się pole „enter code here”, w które wpisujemy **TMP21** (wielkość liter nie ma znaczenia). Następnie klikamy w białą strzałkę na zielonym polu.



II WARIANT

Skanujemy kod QR:



INFORMACJE ORGANIZACYJNE



REJESTRACJA

Rejestracja będzie czynna:

- w czwartek, 2 września 2021 r., w godz. 12:00–18:00,
- w piątek, 3 września 2021 r., w godz. 8:00–18:00,
- w sobotę, 4 września 2021 r., w godz. 8:00–14:00.

IDENTYFIKATORY

W rejestracji każdy uczestnik otrzyma identyfikator. Podczas konferencji prosimy mieć go zawsze przy sobie.

Upoważnia on do:

- wejścia do sali wykładowej,
- poczęstunku podczas przerw,
- wejścia na teren wystawy firm medycznych.

Ze względu na bezpieczeństwo uczestników konferencji oraz wystawców organizator jest zobowiązany do konsekwentnego egzekwowania okazywania identyfikatora.

CERTYFIKATY

Certyfikaty w wersji elektronicznej będą dostępne do pobrania po zalogowaniu na stronie konferencji w Teczce uczestnika lub w zakładce Konto po 7 dniach od zakończenia konferencji.



Uprzejmie informujemy, że organizator nie zapewnia miejsc parkingowych.

Szanowni Państwo, w związku z sytuacją epidemiologiczną zobowiązujemy każdą osobę uczestniczącą w konferencji do respektowania wszelkich obowiązujących przepisów prawa, w tym ustaw i rozporządzeń związanych z pandemią COVID-19, w szczególności dotyczących spełniania wymogów sanitarnych, zachowania dystansu społecznego oraz noszenia maseczek. Każdy uczestnik konferencji jest odpowiedzialny za swoje działania i zaniechania wobec organów administracji publicznej oraz organizatora.

Organizator zapewnia, że dołożył wszelkich starań w celu przestrzegania aktualnych wymogów sanitarno-epidemiologicznych