

Opieka paliatywna w Polsce — od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego)

STRESZCZENIE

Opieka paliatywna jest zespołową, wielodyscyplinarną i dynamiczną opieką, w centrum której znajdują się pacjent i jego rodzina. Oczywistym celem szeroko pojętej opieki nad przewlekle chorym, wobec niemożności jego wyleczenia, jest poprawa funkcjonowania i przedłużenie życia przez zastosowanie nowoczesnych technik i sposobów terapii. We współczesnym „społeczeństwie życia” często jednak zapomina się o drugim aspekcie postępowania z człowiekiem chorym, czyli o uldze w cierpieniu, zapewnieniu dobrej jakości życia oraz właściwej opieki w okresie umierania.

W niniejszym opracowaniu przedstawiono formy opieki paliatywnej dostępnej w Polsce oraz praktyczne aspekty związane z jej funkcjonowaniem dotyczące bezpośrednio lekarza rodzinnego i jego podopiecznych.

Forum Medycyny Rodzinnej 2008, tom, nr 3, 277–285

słowa kluczowe: opieka paliatywna, hospicjum, zadania opieki paliatywno-hospicyjnej

WSTĘP

W społeczeństwach cywilizowanych, w tym w Polsce, choroby przewlekłe są główną przyczyną zgonów chorych. Oczywistym celem szeroko pojętej opieki nad przewlekle chorym, wobec niemożności jego wyleczenia, jest poprawa funkcjonowania i przedłużenie życia przez zastosowanie nowoczesnych technik i sposobów terapii. We współczesnym „społeczeństwie życia” często jednak zapomina się o drugim, jakże istotnym, celu postępowania z człowiekiem chorym — ulżeniu cierpieniu, zapewnieniu dobrej jakości życia, właściwej opieki w okresie umierania [1]. Świa-

towa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) w 2002 roku bardzo szeroko zdefiniowała pojęcie opieki paliatywnej, stawiając jej za cel poprawę jakości życia chorego przewlekle i jego rodziny przez ulżenie cierpieniu fizycznemu, psychosocjalnemu i duchowemu. Mimo tak sformułowanej definicji opieka paliatywna jest na ogół utożsamiana tylko z opieką nad chorymi w schyłkowym stadium choroby nowotworowej, u których nie stosuje się aktywnych metod terapii — u kresu życia. Wynika to zapewne z historii i tradycji opieki paliatywno-hospicyjnej oraz z obecnego sposobu finansowania tego

Tomasz Buss,
Monika Lichodziejewska-
-Niemierko

Zakład Medycyny Paliatywnej
Katedry Medycyny Rodzinnej
Akademii Medycznej w Gdańsku

Adres do korespondencji:
dr med. Tomasz Buss
Zakład Medycyny Paliatywnej
ul. Dębinki 2, 80–211 Gdańsk
tel.: (0 58) 349–15–73
faks: (0 58) 349–15–76
e-mail: tomaszbuss@amg.gda.pl

Copyright © 2008 Via Medica
ISSN 1897–3590



**Opieka paliatywno-
-hospicyjna w Polsce
jest dla pacjenta
bezpłatna**

typu opieki przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) [2]. Wobec takiego postrzegania opieki paliatywnej, wielu autorów sugeruje używanie terminu **opieka wspierająca** obejmującego holistyczny rodzaj opieki nad przewlekłe chorym, o którym stanowi definicja opieki paliatywnej. Termin **opieka paliatywna** lub **paliatywno-hospicyjna** określa wówczas postępowanie obejmujące chorego i jego rodzinę w okresie umierania i żałoby. Z całą pewnością problemy nomenklaturowe nie powinny przesłonić idei opieki paliatywnej, której osią jest jakość życia chorych z zaawansowaną chorobą, a taki rodzaj opieki powinno się oferować chorym łącznie z każdym innym postępowaniem medycznym, na każdym etapie choroby przewlekłej. W wielu krajach podstawowe zasady opieki paliatywnej wchodzi w skład różnych specjalności medycznych, zaś specjalistyczna opieka paliatywna zapewnia wsparcie interdyscyplinarne zespołu w łagodzeniu cierpienia w zaawansowanej fazie choroby.

**STRUKTURA OPIEKI PALIATYWNO-
-HOSPICYJNEJ W POLSCE**

Dostępne w Polsce formy opieki paliatywno-hospicyjnej oraz inne pośrednio z nią związane przedstawiono w tabeli 1.

W naszym kraju najlepiej rozwinięta jest hospicyjna opieka domowa dla dorosłych. W 2007 roku zarejestrowano około 284 zespoły opieki domowej dla dorosłych i 42 dla dzieci. Ponadto działają 154 poradnie medycyny paliatywnej, 70 oddziałów medycyny paliatywnej oraz 62 hospicja stacjonarne [3]. Szacunkowe badania oceniające stan rozwoju i dostępności opieki paliatywnej przeprowadzone przez prof. Krystynę de Walden-Gałuszkę ujawniły niepokojącą obecność tzw. białych plam, czyli powiatów, w których nie ma żadnych form opieki paliatywno-hospicyjnej. Pocięszający jest fakt, że liczba takich powiatów ulega stopniowemu zmniejszeniu. Na rycinie 1 przedstawiono graficznie szacunkową dostępność w poszczególnych powiatach do: opieki hospicyjnej domowej — kolor jasnozielony, do jednostek opieki domowej i stacjonarnej — kolor ciemnozielony, oraz tzw. białe plamy, czyli brak opieki paliatywno-hospicyjnej.

Opieka paliatywno-hospicyjna w Polsce jest dla pacjenta bezpłatna. Kwalifikują się do niej chorzy, których stan zdrowia ulega stałemu pogorszeniu i wymagają większego nadzoru lekarskiego oraz intensywnego leczenia objawowego ze względu na dynamikę narastających objawów. Do 31 lipca 2008,

Tabela 1

Formy opieki paliatywno-hospicyjnej oraz związane z nią formy opieki możliwe do zarejestrowania w NFZ w Polsce [6]

Formy opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce

- hospicja domowe dla dorosłych i dzieci
- hospicja stacjonarne dla dorosłych i dzieci
- oddziały medycyny paliatywnej (oddziały szpitalne)
- dzienny ośrodek opieki paliatywnej lub hospicyjnej*
- poradnie medycyny paliatywnej

Formy opieki związane z opieką paliatywno-hospicyjną w Polsce

- poradnie leczenia bólu
- poradnie leczenia obrzęku limfatycznego
- poradnie leczenia ran
- poradnie leczenia żywieniowego (dojelitowego)

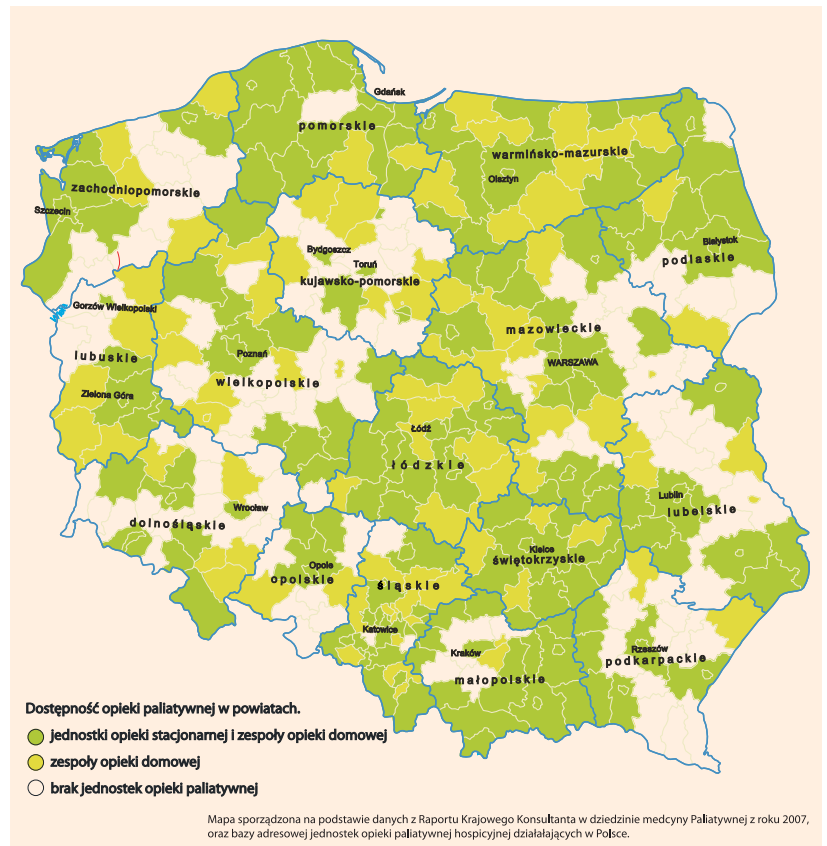
* forma opieki dotychczas praktycznie niedostępna w Polsce

zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ w 80% byli to pacjenci w daleko zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, a w pozostałych 20% chorzy w końcowej fazie innych chorób przewlekłych. Obecnie obowiązuje nowe zarządzenie z dnia 6 sierpnia 2008 [5], które jedynie wylicza jednostki chorobowe kwalifikujące do objęcia opieką hospicyjną dla dorosłych (tab. 2) i dla dzieci. Nie rozgranicza ono procentowego udziału pacjentów z danymi jednostkami chorobowymi.

W Polsce często błędnie utożsamia się opiekę długoterminową z opieką hospicyjną. W naszym kraju w ramach opieki długoterminowej, zdefiniowanej przez Prezesa NFZ wyróżnia się: 1) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz 2) opiekę paliatywno-hospicyjną [5]. Jak widać, te dwie formy opieki, różniące się wymaganiami dotyczącymi personelu, sposobem kierowania oraz kryteriami kwalifikacji pacjentów ogólnie nazwano opieką długoterminową. Podstawowe różnice między opieką paliatywno-hospicyjną i pielęgnacyjno-opiekuńczą przedstawiono w tabelach 2 i 3.

ZASADY KIEROWANIA I PRZEWOŻENIA DO JEDNOSTEK OPIEKI PALIATYWNO-HOSPICYJNEJ

Podstawą do korzystania z opieki paliatywno-hospicyjnej jest skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie wskazań medycznych, które określa sam lekarz kierujący [5]. W przypadku potrzeby korzystania z więcej niż jednej formy opieki należy wystawić odpowiednią liczbę skierowań (do każdej jednostki oddzielnie), pamiętając o dokładnym jej scharakteryzowaniu na przykład: hospicjum stacjonarne, hospicjum domowe czy poradnia medycyny paliatywnej. Przed wydaniem takiego skierowania należy poinformować o tym, że **każdy chory musi podpisać świadomą zgodę na objęcie opieką hospicyjną**. Jest to bezwzględny warunek przyjęcia do opieki paliatywno-hospicyjnej. W przypadku braku



Rycina 1. Dostępność różnych form opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce [4]

możliwości złożenia podpisu przez chorego może to uczynić jego opiekun prawny lub rodzina. Dzieci powyżej 16 roku życia również muszą wyrazić swoją pisemną zgodę na objęcie opieką paliatywno-hospicyjną. Chory musi/powinien być świadomy, do jakiej jednostki jest kierowany, w szczególności gdy chodzi o hospicjum stacjonarne. Okłamywanie go, że jedzie do sanatorium lub do innego szpitala, jest niedopuszczalne. Nie ma takiego zwyczaju ani możliwości, aby ukryć przed chorym informację, że znajduje się w hospicjum.

Transport do hospicjum stacjonarnego zapewnia jednostka/lekarz kierujący. **Skierowanie na przewóz pacjenta powinno być wydane dopiero po ocenie stanu fizycznego chorego w dniu wystawienia skierowania i stwierdzeniu, że stan chorego pozwala na jego transport.** Chory powinien trafić do hospicjum **w godzinach przedpołudniowych,**

„
Podstawą do korzystania z opieki paliatywno-hospicyjnej jest skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

„
Każdy chory musi podpisać świadomą zgodę na objęcie opieką hospicyjną

Tabela 2

Kryteria kwalifikacji, czas pobytu i forma kierowania do zakładów opieki długoterminowej w Polsce [5]

Opieka paliatywno-hospicyjna	Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL)
<p>Do 31 lipca 2008 r.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Nie mniej niż 80% chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową w stadium terminalnym ■ Do 20% chorych z innymi schorzeniami nierokującymi nadziei na wyleczenie w schyłkowym stadium <p>Od 1 sierpnia 2008 r. z następującymi jednostkami chorobowymi [6]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ nowotwory ■ zakażenia OUN wywołane wirusami powolnymi ■ choroby wywołane przez wirus HIV ■ układowe zaniki pierwotne zajmujące OUN, np. SLA ■ kardiomiopatie — w okresie schyłkowym ■ niewydolność oddechowa — zaawansowana ■ owrzodzenia odleżynowe ■ niewydolność nerek — w okresie schyłkowym 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pacjent wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych z rozpoznaniem choroby przewlekłej, który według zmodyfikowanej skali Barthel uzyskał 0–40 punktów ■ Stan chorego nie wymaga hospitalizacji ■ Do opieki nie może być przyjęty pacjent: <ul style="list-style-type: none"> — w ostrej fazie choroby psychicznej — uzależniony — w schyłkowym stadium choroby nowotworowej ■ W przypadku choroby psychicznej wymagane jest zaświadczenie od lekarza psychiatry o braku przeciwwskazań do opieki w ZOL
<ul style="list-style-type: none"> ■ Czas pobytu obecnie nie jest ograniczony 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pobyt czasowy do 6 miesięcy (przedłużenie czasu pobytu wymaga zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ) ■ Pobyt na czas nieokreślony — ocena samoobsługi według skali Barthel co 30 dni, w przypadku liczby punktów powyżej 40 NFZ nie finansuje dalszej opieki
<ul style="list-style-type: none"> ■ Skierowanie lekarza opieki zdrowotnej (każdego) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proces kwalifikacji obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> — wniosek do NFZ o skierowanie do ZOL — zaświadczenie lekarskie — wywiad pielęgniarzki (struktura rodziny, sytuacja mieszkaniowa, ocena wydolności opiekuńczej rodziny, problemy pielęgnacyjne, ocena samoobsługi pacjenta) — aktualne wyniki badań — skierowanie od lekarza opieki zdrowotnej — dokument stwierdzający wysokość dochodów

Tabela 3

Wymagania dotyczące personelu pracującego w jednostkach opieki długoterminowej w Polsce [5]

Jednostka — wymagania	Hospicjum stacjonarne	Hospicjum domowe	Zakład opiekuńczo-leczniczy
Lekarz — etaty	1 etat na każde 10 łóżek	1 etat na 30 chorych	1 etat na 35 łóżek
Lekarz — wymagania	Specjalista medycyny paliatywnej, rozpoczęta specjalizacja z medycyny paliatywnej lub kurs podstawowy z zakresu medycyny paliatywnej	Specjalista medycyny paliatywnej lub rozpoczęta specjalizacja z medycyny paliatywnej lub przynajmniej kurs podstawowy z zakresu medycyny paliatywnej	Każdy lekarz oraz możliwość konsultacji anestezjologicznej, neurologicznej lub internistycznej
Lekarz — wymagania	Codziennie badanie chorych	Całodobowa dostępność lekarza, częstotliwość wizyt dostosowana do potrzeb chorego (nawet codziennie), przynajmniej 2 × w miesiącu	Badanie chorych przynajmniej 2 razy w tygodniu + wezwania
Pielęgniarka	Ze specjalizacją z opieki paliatywnej lub po kursie podstawowym z opieki paliatywnej	Ze specjalizacją z opieki paliatywnej lub po kursie podstawowym z opieki paliatywnej, wizyty nie mniej niż 2 w tygodniu	Każda pielęgniarka
Inni	Psycholog Pracownik socjalny Fizjoterapeuta	Psycholog Pracownik socjalny Fizjoterapeuta	Psycholog Pracownik socjalny Fizjoterapeuta

w trakcie obecności lekarza na oddziale hospicjum. W godzinach popołudniowych w hospicjach stacjonarnych jest obecny tylko personel pielęgniarski, w niektórych jednostkach także opiekunowie. W sytuacjach szczególnych istnieje możliwość przyjęcia pacjenta również w godzinach późniejszych, lecz po wcześniejszym uzgodnieniu z lekarzem dyżurnym. Powinno się jednak unikać tzw. pilnych przyjęć, czyli przewożenia do hospicjum osób w stanie agonalnym. Transport chorego w ostatnich godzinach życia do jednostki opieki paliatywno-hospicyjnej mija się z celem i filozofią takiej opieki.

CHARAKTERYSTYKA POSZCZEGÓLNYCH FORM OPIEKI PALIATYWNO-HOSPICYJNEJ

Świadczenia opieki paliatywno-hospicyjnej to wszechstronna, całościowa, zespołowa i dynamiczna (uwzględniająca szybkie zmiany stanu ogólnego) opieka nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Podstawowe zadania zespołu opieki paliatywnej przedstawia rycina 2. **Opiekę** tę sprawuje się **nad pacjentem w schyłkowym okresie życia** i ma ona na celu zapobieganie i uśmierzenie bólu oraz innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpienia psychicznego i duchowego oraz problemów społecznych. Świadczenia paliatywno-hospicyjne obejmują także **wspomaganie rodziny chorych zarówno w czasie trwania choroby, jak i w okresie osierocenia**, po śmierci chorego [5].

■ Hospicjum stacjonarne

Do hospicjum przyjmowani są chorzy w stanie terminalnym. Istnieje także możliwość umieszczenia chorego w hospicjum stacjonarnym w celu ustalenia właściwego leczenia objawowego, gdy w warunkach ambulatoryjnych nie jest to możliwe. Można skorzystać również z tzw. opieki wyręczającej, czyli umieszczenia chorego w hospicjum na czas

Zespół opieki paliatywno/hospicyjnej



Lekarz	Pielęgniarka	Farmaceuta	Rehabilitant
<ul style="list-style-type: none"> leczenie bólu łagodzenie innych uciążliwych objawów związanej z chorobą koordynacja pracy zespołu terapeutycznego przekazywanie informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta i postępowania medycznego 	<ul style="list-style-type: none"> pielęgnacja chorego profilaktyka i leczenie objawów edukacja pacjenta i jego rodziny współdziałanie z lekarzem w zakresie leczenia bólu i łagodzenia uciążliwych objawów 	<ul style="list-style-type: none"> zaspaktywanie środków opieki paliatywnej w leki i materiały medyczne prowadzenie gospodarki lekownej udział w rozwiązywaniu problemów lekownych edukacja pacjenta w zakresie sposobów i dróg podawania leków 	<ul style="list-style-type: none"> usprawnianie chorego leczenie splotka limfatycznego włączenie rodziny w rehabilitację prowadzenie terapii zajęciowej
Psycholog	Osoba duchowna	Pracownik socjalny	Wolontariusz
<ul style="list-style-type: none"> udzielanie wsparcia psychicznego choremu i jego rodzinie oraz osobom opiekującym się nim rozpoznawanie potrzeb psychospołecznych chorego i jego bliskich przetwarzanie choroby i rodziny do przyjęcia niepożądanych informacji opieka psychologiczna nad osobami osierocznymi 	<ul style="list-style-type: none"> udzielanie posług liturgicznych tworzenie w modlitwie pomoc w rozwiązywaniu problemów duchowych chorego wspieranie duchowe rodziny pacjenta w okresie choroby i osierocenia 	<ul style="list-style-type: none"> pomoc pacjentowi w rozwiązywaniu problemów społecznych współpraca z rodziną i opiekunami w realizacji celów socjalnych tworzenie w zespołach podstawowych potrzeb społecznych chorego doradztwo w zakresie świadczeń przyłączających w związku z chorobą i niepełnozracznością 	<ul style="list-style-type: none"> tworzenie chorego, rozmowa i wyrażanie go pomoc pacjentowi w wykonywaniu codziennych czynności wypracowanie rodziny chorego w realizacji zadań społecznych udział w działach charytatywnych i innych dolaśnisk mających na celu wsparcie środków opieki paliatywnej

Rycina 2. Zadania członków zespołu opieki paliatywno-hospicyjnej (opracowanie: Zakład Medycyny Paliatywnej AMG)

maksymalnie 10 dni w celu odciążenia rodziny [5].

Funkcjonowaniu hospicjów stacjonarnych w Polsce stawia się wysokie wymagania. Lekarz pracujący tam powinien posiadać specjalizację z medycyny paliatywnej (lub być w jej trakcie) bądź przejść przynajmniej kurs podstawowy z zakresu opieki paliatywnej. Na każde 10 łóżek w hospicjum zatrudnia się jednego lekarza. Jest on zobowiązany do codziennego odwiedzania chorych, najczęściej w godzinach przedpołudniowych w trakcie obchodu. W godzinach popołudniowych i nocnych lekarz pozostaje na tzw.

”
W opiece hospicyjnej stosuje się zasadę akceptacji nieuchronności śmierci



Podstawową zasadą opieki stacjonarnej jest także stworzenie choremu i odwiedzającym przyjaznej, w miarę możliwości domowej atmosfery



W hospicjum stwarza się warunki godnej śmierci, nie wydłuża się ani nie skraca życia chorego

dyżurze „pod telefonem” i może przebywać poza terenem hospicjum. W przypadku nagłej sytuacji zobowiązany jest dojechać do hospicjum w ciągu 30 minut od momentu wezwania.

Personel pielęgniarski obecny jest całą dobę i ma obowiązek przejść szkolenie z zakresu opieki paliatywnej przynajmniej w zakresie podstawowym. W miarę możliwości wskazane jest zatrudnianie pielęgniarek ze specjalizacją z opieki paliatywnej. W niektórych jednostkach w ostatnich latach zatrudnia się także opiekunów.

Ponadto, każde hospicjum powinno mieć swojego psychologa, pracownika socjalnego i fizjoterapeutę [5]. Hospicja korzystają także z pomocy wolontariuszy — mogą nimi zostać jedynie osoby wykazujące właściwą postawę w stosunku do chorych, po przejściu odpowiedniego szkolenia organizowanego przez hospicjum.

W pracy hospicjum stacjonarnego szczególną uwagę przykładają do dobrych warunków bytowych oraz właściwej komunikacji z chorem i jego rodziną.

W opiece hospicyjnej stacjonarnej (hospicjum stacjonarne, oddział medycyny paliatywnej) stosuje się **zasadę akceptacji nieuchronności śmierci**. Nie ordynuje się zatem tzw. uporczywej terapii mającej na celu za wszelką cenę wydłużyć życie pacjenta. W hospicjach nie ma respiratorów, nie stosuje się wlewów z amin presyjnych (dopamina, adrenalina), nie przeprowadza się reanimacji. Hospicja nie prowadzą diagnostyki czy oceny progresji choroby. Leczenie jest typowo objawowe, nastawione na kontrolowanie pojawiających się objawów somatycznych i psychicznych. Ze względu na brak zaplecza w hospicjach nie przetacza się krwi. W przypadku niedokrwistości niereagującej na leczenie przyczynowe pacjentów przesyła się na podanie preparatów krwi do szpitala.

W hospicjum stwarza się warunki godnej śmierci, łagodząc cierpienie fizyczne i psychiczne. **Nie wydłuża się ani nie skraca życia chorego.**

Dużą część pracy zespołu hospicyjnego zajmuje omawianie z chorem lub jego rodziną dostępnych metod ewentualnego poprawienia jakości życia pacjentów oraz wyjaśnianie zaistniałych nieudolności dotyczących stopnia zaawansowania choroby i pozostałych, dostępnych jeszcze możliwości terapeutycznych. Ma to na celu zniwelowanie stresu psychicznego wynikającego z niedoinformowania. Przedstawienie planu działania na najbliższy czas również pozytywnie wpływa na samopoczucie chorych i ich rodzin.

Podstawową zasadą opieki stacjonarnej jest także **stworzenie choremu i odwiedzającym przyjaznej, w miarę możliwości domowej atmosfery**. Hospicja to w większości budynki wolnostojące z możliwością korzystania przez chorych i odwiedzających z ogrodu czy tarasu. Według wytycznych WHO oddziały paliatywne powinny mieć około 5–14 łóżek, tak aby uniknąć tzw. anonimowości pacjenta. Pokoje powinny być maksymalnie 2–3-osobowe. W wielu hospicjach zamiast numerów pokoi używa się innych nazw, na przykład w zależności od koloru farby na ścianach — pokój brzoskwinowy, pistacjowy itp. W innych na drzwiach wejściowych do pokoju znajdują się tabliczki z imieniem „właściciela”, tak aby chory miał poczucie, że jest u siebie. Dla pacjentów chodzących czy jeżdżących na wózkach, a także dla odwiedzających rodziną dostępna jest kuchnia bądź inne pomieszczenie socjalne, gdzie można przygotować coś ciepłego do picia lub podgrzać posiłek. Powinna być także świetlica lub inne miejsce spotkań dla chorych na przykład hol, gdzie można się spotkać, porozmawiać lub przeprowadzić na przykład terapię zajęciową. W takim miejscu można także pozostawić dzieci, jeśli ich opiekunowie nie chcą ich zabrać bezpośrednio do sali chorego.

Z definicji opieki paliatywnej wynika, że sprawowana jest także nad rodziną chorego i trwa także po śmierci pacjenta. Rodziny

mogą skorzystać z bezpłatnych porad psychologa w ramach opieki dla osieroconych.

Przedstawione zasady dotyczą także funkcjonowania oddziałów medycyny paliatywnej w szpitalach, wiadomo jednak, że ze względów technicznych niektóre z nich nie mogą być spełnione.

■ Hospicjum domowe

Wymagania dotyczące personelu i dostępności do świadczeń stawiane hospicjom domowym przedstawiono w tabeli 3.

Hospicjum domowe dla dorosłych obejmuje opieką chorych w promieniu 30 km od miejsca swojej siedziby.

Hospicjum domowe dla dzieci działa na obszarze o promieniu 100 km; roztacza się tam opiekę nad dziećmi w schyłkowym stadium życia, u których nie prowadzi się terapii przedłużającej życie (chemioterapia, intensywna terapia itp.).

Podstawą przyjęcia do domowej opieki hospicyjnej jest skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Zgłoszenia do hospicjum przyjmuje się najczęściej pod numerami telefonicznymi bądź w ich siedzibie. Wizyta personelu hospicjum domowego odbywa się po uzgodnieniu terminu z pacjentem lub rodziną w dniu zgłoszenia lub w dniu następnym. Opieka świadczona jest 24 godziny na dobę. Każdego pacjenta informuje się o dyspozycyjności zespołu. Otrzymuje informacje dotyczące kontaktu telefonicznego z lekarzem i pielęgniarką. Liczba wizyt dostosowana jest do potrzeb chorego i rodziny — wizyt lekarskich nie powinno być mniej niż 2 w miesiącu. Pielęgniarka odwiedza chorego nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu lub częściej, gdy zachodzi taka potrzeba. Chorym w hospicjum domowym umożliwia się bezpłatne wypożyczenie sprzętu i aparatury medycznej (zmiennociśnieniowe materace przeciwoleżynowe, koncentratory tlenu, balkoniki itp.).

Bezwzględny warunkiem objęcia opieką jest wyrażenie pisemnej, świadomej

zgody na opiekę hospicyjną domową. Należy pamiętać, że personel pielęgniarski nie świadczy tzw. opieki wyřeczającej. Zawsze służy pomocą w rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjnych bądź identyfikowaniu innych problemów zdrowotnych, wykonuje zlecenia lekarskie. Pielęgniarka hospicjum domowego nie wykonuje czynności związanych z prowadzeniem domu i nie zostaje z chorym podczas nieobecności rodziny. Tymi zadaniami mogą zająć się wolontariusze. W domowym zespole opieki hospicyjnej z chorymi pracują także fizjoterapeuci. Problemy natury psychologicznej chorego czy jego rodziny pomaga rozwiązać psycholog podczas wizyt w domu pacjenta. Problemami dotyczącymi spraw bytowych w miarę potrzeby może zająć się pracownik socjalny.

Chorych powinno się informować o możliwościach opieki hospicyjnej odpowiednio wcześniej, aby dać im czas na zastanowienie. Zwlekanie z decyzją o opiece paliatywnej i kierowanie do hospicjum chorego w agonii jest niewłaściwe. Nie pozwala bowiem na wcześniejsze zapoznanie się zespołu hospicyjnego z pacjentem i jego problemami. Nie pozwala zatem na właściwe rozpoznanie potrzeb podopiecznych oraz skuteczne zwalczanie dokuczliwych objawów.

Do opieki hospicyjnej domowej należy kierować chorych, u których wyczerpano już dostępne metody leczenia przyczynowego, a stopniowo pojawiające się objawy somatyczne pogarszają ich jakość życia. Chorzy ci ze względu na stan zdrowia nie mogą dotrzeć do poradni medycyny paliatywnej i wymagają częstszych niż 2 razy w tygodniu wizyt zespołu terapeutycznego w domu pacjenta. Przed skierowaniem do opieki paliatywno-hospicyjnej nie należy dawać chorym fałszywej nadziei na wyleczenie czy znaczącą poprawę stanu ogólnego. Właściwsze jest poinformowanie, że jest to opieka objawowa, zwalczająca w sposób profesjonalny mogące się ewentualnie pojawić dolegliwości, takie jak na przykład ból czy wymioty. Zredu-



Hospicjum domowe dla dorosłych obejmuje opieką chorych w promieniu 30 km od miejsca swojej siedziby



Poradnia medycyny paliatywnej świadczy usługi lekarskie i psychologiczne na miejscu bądź wizyty lekarskie i pielęgniarskie w domu chorego nie częściej niż 2 razy w tygodniu

kuje to niepokój chorego związany z niepewnością o przyszłość.

■ **Poradnia medycyny paliatywnej**

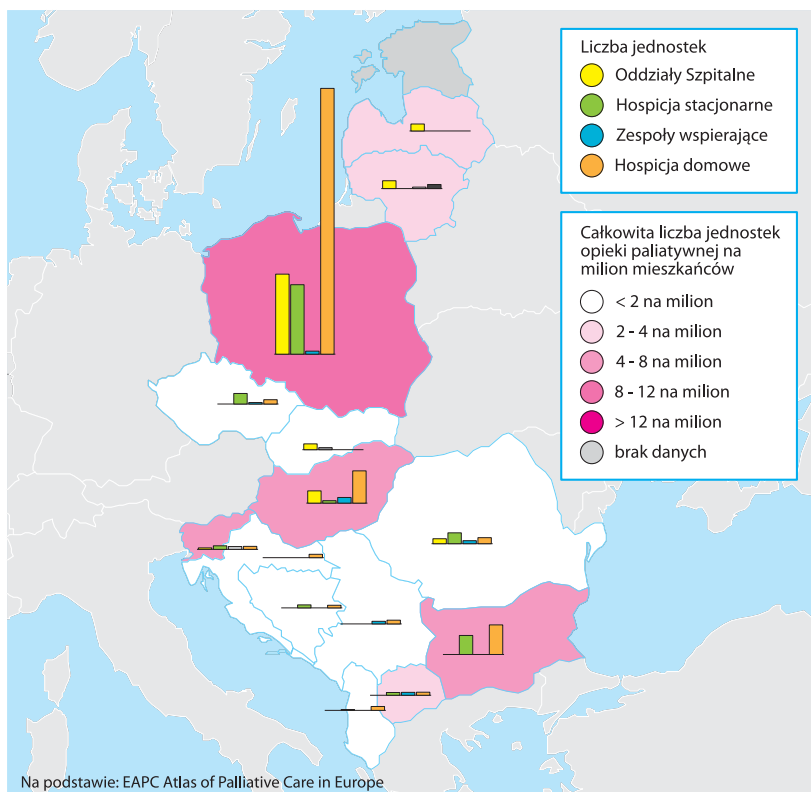
Poradnia medycyny paliatywnej świadczy usługi lekarskie i psychologiczne na miejscu bądź wizyty lekarskie i pielęgniarskie w domu chorego. Zarządzenie Prezesa NFZ nie precyzuje w tym przypadku procentowego stosunku pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową do pacjentów z innymi chorobami przewlekłymi w stadium schyłkowym [5]. Z zasady chory powinien przyjść do poradni osobiście. Porady domowe przeznaczone są dla pacjentów, którzy nie mogą przyjść do poradni ze względu na ograniczoną możliwość poruszania się, a ich stabilny stan ogólny wymaga wizyt domowych. Porady lekarskie czy pielęgniarskie w ramach poradni mogą być udzielane **w domu nie częściej niż 2 razy**

w tygodniu. Chorzy wymagający częstszych wizyt lub ciągłej opieki w miejscu zamieszkania powinni być kierowani do hospicjum domowego [5].

Zadaniem zespołu poradni jest zwalczanie dokuczliwych problemów natury somatycznej i psychologicznej w przebiegu przewlekłej choroby, zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych i ewentualne zabiegi pielęgnacyjne. Poradnia medycyny paliatywnej powinna integralnie wiązać się z hospicjum domowym i/lub stacjonarnym bądź oddziałem medycyny paliatywnej. W Polsce działa około 154 takich poradni.

DOSTĘPNOŚĆ OPIEKI PALIATYWNEJ W POLSCE I W EUROPIE

Stan opieki paliatywnej w Polsce na tle innych krajów Europy Środkowej i Wschodniej prezentuje się imponująco. Przedstawia to rycina 3. Jak wynika z danych zawartych w atlasie *The European Association for Palliative Care (EAPC)*, w naszej części Europy jej dostępność jest najlepsza. Porównując Polskę z krajami Europy Zachodniej, pod względem ogólnej liczby jednostek świadczących pomoc z zakresu opieki paliatywnej, sytuacja jest bardzo dobra, porównywalna z sytuacją w Szwecji, krajach Beneluksu oraz Irlandii (ryc. 4). Porównując strukturę opieki paliatywnej, daje się jednak zauważyć, że w Polsce praktycznie brakuje tzw. szpitalnych zespołów wspierających. Ich zadaniem jest oferowanie konsultacji z zakresu medycyny paliatywnej na prośbę lekarzy prowadzących na oddziałach szpitalnych w celu właściwego zwalczania objawów pojawiających się w zaawansowanym stadium chorób przewlekłych, w tym również choroby nowotworowej. Ułatwianie wypisu ze szpitala do miejsca optymalnego dla pacjenta, edukacja rodzin i personelu medycznego to inne również ważne cele, które powinny być realizowane przez te zespoły [9]. W Polsce nie ma ram organizacyjnych ani finansowych dla tego rodzaju opieki. Narodowy Fundusz

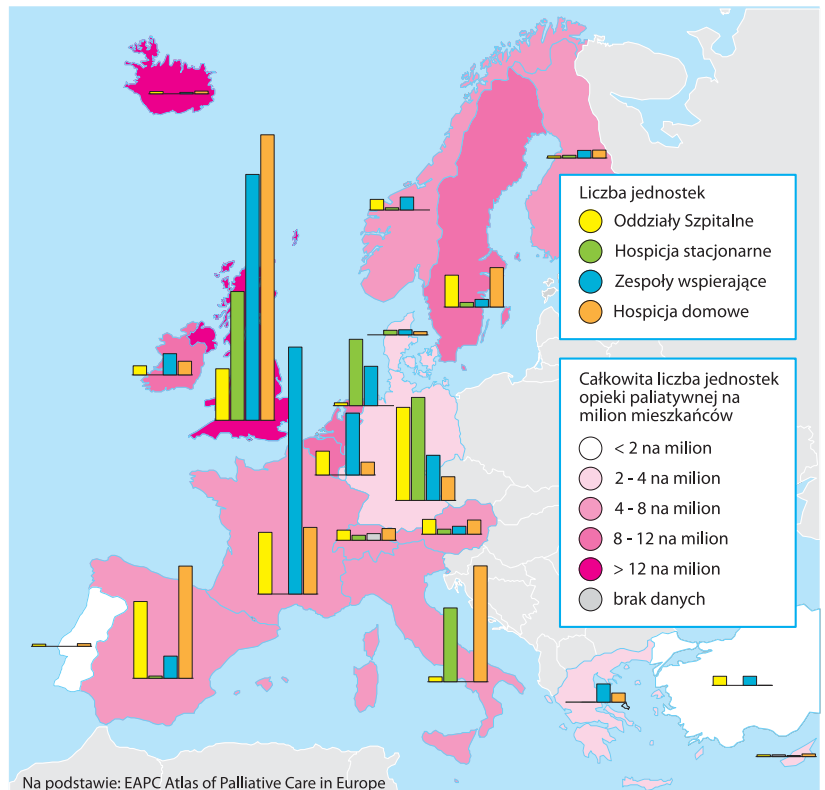


Rycina 3. Dostępność opieki paliatywno-hospicyjnej w Europie Wschodniej i Środkowej (zmodyfikowane na podstawie atlasu EAPC) [7]

Zdrowia nie przewiduje finansowania takiego sposobu świadczenia usług z zakresu opieki paliatywnej.

PODSUMOWANIE

Opieka paliatywna jest zespołową, wielodyscyplinarną i dynamiczną opieką, w centrum której znajdują się pacjent i jego rodzina. Dostępność takiej formy opieki w Polsce jest stosunkowo dobra, mimo istnienia tzw. białych plam opieki paliatywnej. Nie wszyscy pacjenci chcą jednak korzystać z takiej formy pomocy. Jedni z powodu złych skojarzeń z samym słowem hospicjum, inni z powodu przywiązania i zaufania, jakim obdarzają swojego lekarza rodzinnego. Z wyżej wymienionych powodów wydaje się, że niejednokrotnie konieczność opieki nad chorym w stanie terminalnym spoczywa na lekarzu rodzinnym. Warunkiem dobrego sprawowania takiej opieki jest posiadanie podstawowych wiadomości z zakresu medycyny paliatywnej oraz ukształtowanie w sobie właściwej postawy wobec nieuchronności śmierci. Artykuł ten jest pierwszym z całego cyklu opracowań dotyczących podstawowych zagadnień, z którymi ma do czynienia lekarz podczas opieki nad chorym umierającym w domu.



Rycina 4. Dostępność opieki paliatywno-hospicyjnej w Europie Zachodniej (zmodyfikowane na podstawie atlasu EAPC) [8]

PODZIĘKOWANIA

Serdecznie dziękujemy Panu mgr. Piotrowi Mróz za graficzne opracowanie rycin oraz Panu mgr. Leszkowi Pawłowskiemu za konsultację dotyczącą zagadnień prawnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Morrison R.S., Meier D.E. Clinical practice. Palliative care. *N. Engl. J. Med.* 2004; 350 (25): 2582–2590.
2. Ahmedzai S.H., Walsh D. Palliative medicine and modern cancer care. *Semin. Oncol.* 2000; 27 (1): 1–6.
3. Sprawozdanie Konsultanta Krajowego z dziedziny medycyny paliatywnej za rok 2007. <http://www.opiekapaliatywna.org>.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz.U. z 2004 r. Nr 170, poz. 1797 z późn. zm.).
5. Zarządzenie Nr 53/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa.
6. Załącznik 13 do „warunków zawarcia umów” stanowiących załącznik do zarządzenia prezesa NFZ nr 53/2008/DSOZ
7. Centeno C., Clark D., Lynch T. i wsp. Eastern Europe Map 1: Provision of Palliative Care Services (without Day Care Center). W: EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2007; 175.
8. Centeno C., Clark D., Lynch T. i wsp. Western Europe Map 1: Provision of Palliative Care Services (without Day Care Center). W: EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2007; 27.
9. Adamczyk A., Krajnik M. Zespół wspierający opieki paliatywnej działający w „ostrym” szpitalu. *Magazyn Medyczny — Medycyna Paliatywna* 2004; 12: 54–57.