

Jolanta Masian

Psychosocial Oncology Association, Litwa; Hospicjum Wileńskie im. bł. ks. Michała Sopoćko, Litwa

Organizacja i zasady funkcjonowania opieki paliatywnej na Litwie

Organization and functioning of the palliative care in Lithuania

Streszczenie

Artykuł stanowi przegląd sytuacji opieki paliatywnej na Litwie. W niniejszym opracowaniu podano krótki zarys historii powstania opieki paliatywnej, jako odrębnej dziedziny medycyny. Przedstawiono regulacje prawne dotyczące opieki paliatywnej na Litwie, jej formy, organizację i zasady funkcjonowania oraz zakres usług świadczonych na oddziałach opieki paliatywnej. Podano informacje o sposobach finansowania szpitali świadczących opiekę paliatywną. Przedstawiono zasady kwalifikacji do objęcia opieką paliatywną i wymagania dotyczące personelu. Przedstawiono kierunki ewentualnych zmian, które mogą nastąpić, jeżeli zostanie zmieniona ustawa o opiece paliatywnej.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2017; 11, 4: 147–152

Słowa kluczowe: medycyna paliatywna, opieka paliatywna, pacjenci

Abstract

The article is an overview of the situation of palliative care in Lithuania. This study gives a brief outline of the history of the emergence of palliative care as a separate field. Legal regulations regarding palliative care in Lithuania, its forms, organization and rules of functioning as well as the scope of services provided in palliative care units are presented. Information on how to finance hospitals providing palliative care is presented. Principles of qualification for palliative care are discussed, as well as requirements for staff. Directions for possible changes were marked, which may occur if the Law on Palliative Care is changed.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2017; 11, 4: 147–152

Key words: palliative medicine, palliative care, patients

Wstęp

Na Litwie opieka paliatywna, jako odrębna dziedzina opieki medycznej pojawiła się niedawno. Pierwsze regulacje prawne dotyczące opieki paliatywnej zostały przyjęte przez Litewskie Ministerstwo Ochrony Zdrowia w 2007 roku [1], a rozporządzenie o finansowaniu opieki paliatywnej w 2008 roku [2]. Litewskie Stowarzyszenie Medycyny Paliatywnej powołano

w 1995 roku. Dzięki staraniom członków Stowarzyszenia medycyna paliatywna została na Litwie ustawowo uznana, jako odrębna dziedzina opieki medycznej [3].

Konieczność wyodrębnienia opieki paliatywnej, jako odrębnej dziedziny medycyny zaczęto na Litwie rozważać w 1993 roku, po wspólnej norwesko-litewskiej konferencji poświęconej opiece paliatywnej, która odbyła się w Kownie. W tym czasie z inicjatywy Caritas na Litwie i przy wsparciu Samorządu Kowieńskiego

Adres do korespondencji: Jolanta Masian
Psychosocial Oncology Association, Litwa
Hospicjum Wileńskie im. bł. ks. Michała Sopoćko, Litwa
e-mail: joomas13@gmail.com



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2017; 11, 4, 147–152
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

został otwarty szpital opieki paliatywnej i długoterminowej, w którym początkowo było 9 łóżek. W 1995 roku przy szpitalu zaczęto organizować opiekę domową i planowano przekształcić nowopowstały szpital w hospicjum, które miało utrzymywać się z datków osób prywatnych i fundacji. Niestety, po wycofaniu finansowania przez głównych fundatorów i braku odpowiednich regulacji prawnych w ustawodawstwie litewskim, inicjatywa wkrótce upadła i szpital został przekształcony w szpital leczenia podtrzymującego i opieki długoterminowej wchodzący w ogólną sieć szpitali litewskich finansowanych przez Kasy Chorych [3, 4].

Ostatnia zmiana ustawodawstwa dotycząca opieki paliatywnej przyjęta na Litwie w 2015 roku [5] określa zakres usług świadczonych w placówkach opieki paliatywnej, zasady kwalifikacji pacjentów do opieki paliatywnej, wymogi wobec placówek medycznych w zakresie personelu i wyposażenia szpitala. Obecnie obowiązujące wskaźniki wyceny usług świadczonych w opiece paliatywnej ustalono w drugiej połowie 2017 roku [6]. Zmiany w taryfach, w porównaniu z poprzednimi latami, są nieznaczne, rzędu kilku procent [6–8], nie zapewniły one istotnej poprawy finansowania opieki paliatywnej i jakości opieki oraz wyposażenia szpitali, nie przyczyniły się także do powstania nowych specjalistycznych oddziałów opieki paliatywnej.

Organizacja opieki paliatywnej

Opieka paliatywna na Litwie opiera się na tak zwanym „systemie łóżkowym”: szpitale, najczęściej szpitale **leczenia podtrzymującego i opieki długoterminowej**, otrzymują przydziały na łóżka opieki paliatywnej, proporcjonalnie do ogólnej ilości miejsc w szpitalu. Szczegółowe kryteria przyznawania szpitalom łóżek opieki paliatywnej nie zostały sprecyzowane. O tym, który szpital otrzyma przydział łóżek opieki paliatywnej i ile tych łóżek będzie mógł obsługiwać decydują Litewskie Kasy Chorych, którym dany szpital podlega.

Odrębne specjalistyczne oddziały lub pododdziały opieki paliatywnej są tylko w dużych szpitalach centralnych. Mniejszy szpital może mieć prawo tylko do jednego lub kilku łóżek dla pacjentów zakwalifikowanych do opieki paliatywnej. Często się zdarza, że w szpitalach brak jest oddzielnej sali dla chorych objętych opieką paliatywną. Wyższe taryfy za leczenie pacjentów paliatywnych często nie zapewniają odpowiedniej jakości ich opieki. Niejednokrotnie szpitale domagają się lepszego finansowania opieki paliatywnej, ale nie podejmują działań pozwalających na poprawę jakości świadczonych usług. Większość szpitali mających przydziały na leczenie pacjentów

paliatywnych nie posiada możliwości finansowych i kadrowych, żeby zapewnić chorym wymagany poziom opieki. W praktyce często się zdarza, że różnica w opiece pacjentów paliatywnych i długoterminowych jest tylko w długości hospitalizacji, a nie w jakości i zakresie świadczeń.

Według danych Litewskiego Ministerstwa Ochrony Zdrowia [9] opieka paliatywna na Litwie jest świadczona w 79 zakładach opieki zdrowotnej. Liczba szpitali zapewniających świadczenia w zakresie opieki paliatywnej w warunkach stacjonarnych wynosi 60, usługi ambulatoryjne i opiekę domową zapewniają 33 placówki, opiekę na oddziałach dziennych — 6 zakładów opieki zdrowotnej. Łączna liczba łóżek szpitalnych przeznaczonych dla chorych w opiece paliatywnej w całym kraju wynosi 279.

Ministerstwo Ochrony Zdrowia w 2016 roku zatwierdziło nowe kryteria opieki paliatywnej, według których na 100 tysięcy mieszkańców powinno przypadać 9, zamiast dotychczasowych 6 łóżek opieki paliatywnej [10].

Rocznie około 1900 pacjentów w szpitalach litewskich zostaje zakwalifikowanych do opieki paliatywnej. Większość objętych opieką paliatywną stanowią pacjenci w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej. W 2010 roku pacjent wymagający opieki paliatywnej spędzał w szpitalu średnio 29 dni, w 2016 roku średnio 52 dni [11].

Zadania z zakresu opieki nad osobami nieuleczalnie chorymi na Litwie realizują dwa ministerstwa: Ministerstwo Ochrony Zdrowia i Ministerstwo Opieki Socjalnej. W praktyce prowadzi to niekiedy do niejasności w czyjej kompetencji jest opieka nad osobą nieuleczalnie chorą, do którego urzędu należy wystąpić z wnioskiem o rozwiązanie konkretnego problemu.

Finansowanie opieki paliatywnej

Szpitaly na Litwie zabiegają o przydział łóżek opieki paliatywnej, ponieważ jest to bardziej opłacalne, w porównaniu z opieką długoterminową i leczeniem podtrzymującym. Dla porównania w przypadku długoterminowego leczenia podtrzymującego kasy chorych płać szpitalowi 27,30 euro za jeden dzień pobytu pacjenta w szpitalu, za opiekę nad osobą z chorobą nowotworową 37,40 euro, za opiekę nad chorym na nowotwór wymagającym leczenia przeciwbólowego 45,04 euro za dzień, a w przypadku leczenia paliatywnego szpital otrzymuje 46,53 euro za dzień. W przypadku dzieci podlegających opiece paliatywnej taryfa wynosi 84,81 euro za dzień pobytu na oddziale opieki paliatywnej [6].

Za wizytę zespołu opieki paliatywnej: lekarza, pielęgniarki i pracownika socjalnego w domu pacjenta

kasy chorych płacą 16,90 euro za nie mniej niż dwugodzinną wizytę u osób dorosłych i 17,75 euro w przypadku wizyty w domu chorych dzieci. Taryfy za wizytę zespołu opieki paliatywnej w domu pacjenta i za usługi otrzymywane przez pacjenta w placówce opieki ambulatoryjnej nie różnią się [6, 12]. Ustawowo jest przewidziane, że w razie konieczności członek zespołu może jechać do pacjenta kilka razy na dobę [5, 6].

W 2017 roku Litewskie Kasy Chorych na opiekę paliatywną przeznaczyły 5198,5 tysięcy euro. W porównaniu z rokiem 2010 środki przeznaczone na opiekę paliatywną wzrosły prawie czterokrotnie, nie pokrywa to jednak całej sumy, która jest niezbędna do zapewnienia opieki wszystkim potrzebującym. Co roku szpitale mające przydziały „łóżek paliatywnych” przekraczają wyznaczone im limity środków, które mogą wykorzystać na opiekę paliatywną [11].

Świadczenia w zakresie opieki paliatywnej

W zakresie opieki paliatywnej dla wszystkich pacjentów zapewniane są następujące świadczenia: ocena i monitorowanie stanu zdrowia pacjenta, wykonywanie podstawowych badań, podawanie zleczonych przez lekarza leków, ustalenie potrzeb pielęgnacyjnych i zapewnienie ich realizacji, pomoc psychologiczna pacjentowi i/lub jego rodzinie (opiekunom), ocena i obserwacja potrzeb socjalnych pacjenta, edukacja pacjenta i opiekunów. W razie konieczności szpital powinien zapewnić pacjentowi: sztuczną wentylację płuc, terapię tlenową, leczenie antywirusowe i chemioterapeutyczne, żywienie dojelitowe i/lub pozajelitowe, oczyszczanie jelit, interwencyjne techniki leczenia bólu, usuwanie płynu z jam ciała (jamy otrzewnowej, opłucnej, osierdzia), odsysanie płynu z układu oddechowego, pielęgnację stomii, zakładanie zgłębnika do żołądka i dwunastnicy, cewnikowanie pęcherza moczowego, stosowanie alternatywnych nielekowych sposobów leczenia, takich jak: masaż, fizykoterapia, terapia zajęciowa, fizjoterapia, pielęgnacja i leczenie odleżyn, owrzodzeń i ran. Jeżeli pacjent i rodzina wyrażą życzenie, zapewniane jest wsparcie duchowe. Według Ministerstwa Ochrony Zdrowia członkowie zespołu opieki paliatywnej mogą również skorzystać ze wsparcia duchowego [5]. Szpitale, w których zapewniana jest opieka paliatywna nie zajmują się wsparciem osób osieroconych w okresie żałoby. Brak również specjalnych ośrodków czy instytucji, gdzie taką pomoc można uzyskać. Hospicjum Wileńskie jest jedyną jednostką, w której osierocone rodziny mogą otrzymać pomoc psychologiczną w przeżywaniu żałoby [13].

Zasady kwalifikacji chorych do opieki paliatywnej

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia opieka paliatywna jest zapewniana chorym w przypadku ograniczającej czas przeżycia, nieuleczalnej, postępującej choroby, co powinno być pisemnie stwierdzone w dokumentacji medycznej przez konsylium lekarskie albo Lekarską Komisję Konsultacyjną. Opieka paliatywna może być świadczona w placówce stacjonarnej lub w domu pacjenta. W przypadku zakwalifikowania do opieki długoterminowej pacjent ma prawo przebywać w specjalistycznym zakładzie do 120 dni, po tym czasie musi opuścić szpital albo skorzystać z możliwości odpłatnego pobytu w szpitalu. Jeżeli chory zostaje zakwalifikowany do opieki paliatywnej, ma prawo przebywać w szpitalu bezterminowo [5]. W przypadku kolejek pierwszeństwo przyjęcia do szpitala w celu zapewnienia opieki paliatywnej posiadają chorzy kierowani bezpośrednio ze szpitala, w którym byli dotychczas leczeni. Do zakładu zapewniającego opiekę paliatywną może również kierować lekarz prowadzący lub rodzinny na podstawie dokumentacji przebiegu choroby i opinii wydanej przez szpital, w którym pacjent się leczył.

Zgodnie z zaleceniami Litewskiego Ministerstwa Ochrony Zdrowia z dnia 13 sierpnia 2015 roku wskazania do objęcia stacjonarną opieką paliatywną u chorych dorosłych istnieją w następujących ograniczających życie schorzeniach: choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV), nowotwory złośliwe, łagodne i nieokreślone, schorzenia hematologiczne, choroba Parkinsona, zanik mięśni pochodzenia rdzeniowego i zespoły pokrewne, stwardnienie rozsiane, zanik mięśni i związane z nim choroby demielinizacyjne, miastenie i inne zaburzenia mięśniowo-nerwowe, pierwotne zaburzenia mięśniowe, wodogłowie z niedrożności i inne rodzaje wodogłowia, uszkodzenie mózgu z niedotlenienia niesklasyfikowane, niewydolność serca, przewlekła niewydolność wątroby, przewlekła niewydolność nerek, nieokreślona niewydolność nerek, otępienie w chorobie Alzheimera z wczesnym początkiem, otępienie w chorobie Alzheimera z późnym początkiem, otępienie atypowe lub mieszane w chorobie Alzheimera, otępienie wielozawałowe, mieszane korowe i podkorowe, inne i nieokreślone rodzaje otępienia naczyniowego, otępienie w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej, śpiączka, następstwa urazu rdzenia kręgowego, wstrząśnienie i obrzęk odcinka szyjnego rdzenia kręgowego, inne nieokreślone urazy szyjnego odcinka rdzenia kręgowego, urazy rdzenia kręgowego poziomu nieokreślonego, zapale-

nie mózgu, rdzenia kręgowego oraz zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego, inne choroby rdzenia kręgowego i mielopatia. Domowa i dzienna opieka paliatywna obejmuje również pacjentów na wyżej wymienione schorzenia, z wyjątkiem pacjentów z rozpoznaniem zespołów otępiennych i choroby Alzheimerera [5].

Lista chorób dzieci kwalifikowanych do opieki paliatywnej jest nieco dłuższa, dodatkowo znajdują się na niej niewydolność krążenia u noworodków, wrodzone wady rozwojowe jam i połączeń sercowych, wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby, dziecięce porażenie mózgowe. W przypadku dzieci brak różnic w kwalifikacji do objęcia opieką stacjonarną, dzienną i domową [5]. Po przekroczeniu przez dziecko z porażeniem mózgowym 18 roku życia, opieka paliatywna nie jest przewidziana [5].

Ministerstwo Ochrony Zdrowia bardzo precyzyjnie określa kody wg klasyfikacji ICD-10 dlatego w kwalifikowaniu do opieki paliatywnej często większe znaczenie ma rozpoznanie danej choroby u pacjenta, niż jego stan kliniczny. Przykładowo chorzy po udarze mózgu, jeżeli nie rozpoznano innych schorzeń współistniejących znajdujących się na liście chorób kwalifikujących do opieki paliatywnej, nie mogą być przyjęci do bezterminowej opieki paliatywnej, pomimo że ich funkcjonowanie jest bardzo ograniczone i wymagają leczenia i opieki długoterminowej.

Struktura personelu

Wszyscy specjaliści z różnych dziedzin, którzy zamierzają pracować na oddziałach opieki paliatywnej powinni ukończyć 36-godzinny kurs opieki paliatywnej, którego program jest zatwierdzony przez Litewskie Ministerstwo Ochrony Zdrowia [3, 9]. Program kursu jest taki sam dla wszystkich pracowników opieki paliatywnej: lekarzy, pielęgniarek, pomocy pielęgniarzki, pracowników socjalnych, masażystów, fizjoterapeutów, kinezyterapeutów, psychologów i innych pracowników szpitala. W programie kursu przewidziano zagadnienia związane z opieką pielęgniarzki, wsparciem socjalnym i psychologicznym, a także problemy prawne, natomiast brakuje wielu tematów dotyczących medycyny paliatywnej.

Na oddziale medycyny paliatywnej mogą znaleźć zatrudnienie lekarze wszystkich specjalności po ukończeniu wyżej wymienionego kursu opieki paliatywnej. Przepisy prawa przewidują, że opiekę paliatywną powinni zapewnić: w przypadku opieki ambulatoryjnej — nie więcej niż 1 lekarz i 5 pielęgniarek na 100 000 mieszkańców; w przypadku oddziału opieki dziennej, na którym przebywa nie więcej niż 10 pacjentów — nie więcej niż 1 lekarz i 2 pielęgniarki na 100 000 mieszkańców. Na oddziale opieki paliatywnej

1 lekarz może opiekować się nie więcej niż 10 pacjentami, pielęgniarka nie więcej niż 2 pacjentami [6]. W przypadku pielęgniarek, zgodnie z innymi zaleceniami Ministerstwa Ochrony Zdrowia, liczba pacjentów objętych ich opieką może się zmieniać w zależności od liczby pomocy pielęgniarzki pracujących w tym samym czasie na oddziale [14] i często jest kilkakrotnie wyższa od tej, którą zaleca rozporządzenie Ministra dotyczące organizacji opieki paliatywnej. Niektóre zalecenia Ministerstwa Ochrony Zdrowia są sprzeczne i trudne do realizacji, a w praktyce można spotkać sytuacje, w których 1 pielęgniarka opiekuje się 30 lub więcej pacjentami w zakładzie opieki długoterminowej i leczenia podtrzymującego, w tym kilkoma pacjentami zakwalifikowanymi do opieki paliatywnej. W trakcie nocnego dyżuru liczba pacjentów przypadających na 1 pielęgniarkę może wzrastać dwukrotnie.

Według litewskiego prawa, zespół opieki paliatywnej stacjonarnej i ambulatoryjnej stanowią lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny i psycholog [5]. Do otrzymania przez szpital licencji na opiekę paliatywną potrzebny jest etat psychologa. Rozporządzenie Ministra Ochrony Zdrowia regulujące opiekę paliatywną przewiduje, że w razie potrzeby pacjent lub jego opiekunowie mogą skorzystać z konsultacji psychologa lub psychoterapeuty. Praktycznie jednak w taryfikacji za usługi opieki paliatywnej nie uwzględniono finansowania i wyceny świadczeń psychologa [6]. Brak wyszczególnienia świadczeń psychologa w taryfikacji powoduje, że szpitale, które otrzymały licencję na opiekę paliatywną, nie zatrudniają psychologów, aby nie generować dodatkowych kosztów.

Na Litwie przepisy prawa przewidują zaangażowanie wolontariuszy w opiece nad chorymi w szpitalach świadczących opiekę paliatywną, jednak jest to zjawisko stosunkowo nowe i podlegające rozwojowi, przy czym brak precyzyjnych regulacji prawnych dotyczących funkcjonowania wolontariuszy w szpitalach [5]. Jeszcze kilka lat temu wolontariusze nie mogli udzielać wsparcia chorym w szpitalach. Obecnie każdy szpital przygotowuje wolontariuszy na własne potrzeby, według autorskiego programu i zgodnie z własną wizją współpracy z wolontariuszami.

Stan wiedzy w zakresie opieki paliatywnej

Na Litwie brak rodzimych, teoretycznych naukowych i edukacyjnych zaleceń w zakresie opieki paliatywnej. Większość dostępnych opracowań dotyczy regulacji prawnych, zasad organizowania i funkcjonowania opieki paliatywnej w innych krajach. Dostępnych jest kilka opracowań na temat opieki paliatywnej [15]. Najczęściej są to broszury lub krótkie artykuły pogładowe na

stronach internetowych zawierające analizę organizacji opieki paliatywnej w Europie, Ameryce, bądź artykuły w mediach związane z konkretnym wydarzeniem lub szpitalem świadczącym opiekę paliatywną. Dostępnych jest kilka krótkich opracowań z zaleceniami na temat ogólnej organizacji opieki nad pacjentem paliatywnym, opieki paliatywnej pacjentów z rozpoznaniem zespołów otępiennych i choroby Alzheimera, wsparcia duchowego umierających, przeżywania żałoby przez osoby osierocone [15]. Brak jest konsekwentnej, rzetelnej, wyczerpującej analizy sytuacji opieki paliatywnej w kraju. Każdego roku odbywa się Zjazd Stowarzyszenia Medycyny Paliatywnej, jednak brak prezentacji badań naukowych w tej dziedzinie [3].

Wśród lekarzy rodzinnych i lekarzy w szpitalach rejonowych, kierujących pacjentów do opieki paliatywnej panuje bardzo niski poziom wiedzy na temat opieki paliatywnej, a zwłaszcza odróżnienia opieki paliatywnej od typowej opieki w szpitalu i leczenia długoterminowego. Często chorzy nie otrzymują pomocy odpowiadającej ich potrzebom i nie są kierowani przez lekarzy do opieki paliatywnej, natomiast wysyłani są do domów lub szpitali leczenia długoterminowego, nie posiadających warunków do opieki nad pacjentem paliatywnym. Z reguły chory jest kierowany do opieki paliatywnej dopiero wówczas, kiedy jego stan jest już bardzo ciężki.

Ruch hospicyjny na Litwie

Litwa należy do krajów byłego obozu socjalistycznego, w których najpóźniej ukształtował się ruch hospicyjny. W wielu państwach byłego Kraju Rad hospicja powstawały już w latach 90. ubiegłego stulecia. Na Litwie pierwsze samodzielne hospicjum stacjonarne, Hospicjum Wileńskie, zaczęło przyjmować pacjentów w 2013 roku. Obecnie na Litwie istnieje jedno stacjonarne Hospicjum Wileńskie im. Błogosławionego Księdza Michała Sopoćki. Hospicjum przyjmuje chorych zakwalifikowanych do opieki paliatywnej w ramach limitów ustalonych na podstawie umowy z Litewskimi Kasami Chorych [11, 13]. W Kownie domową opiekę paliatywną świadczy Kowieński Dom Hospicyjny, w Alitusie działa Centrum Pomocy i Opieki Paliatywnej „Teviskies Namai”, świadczące usługi opieki paliatywnej ambulatoryjnej dla chorych na nowotwory [4, 16]. Wyżej wymienione instytucje utrzymują się z datków fundacji i osób prywatnych, ponieważ pomoc państwa jest nieznacząca. Przykładowo w Hospicjum Wileńskim środki otrzymywane z Litewskich Kas Chorych pokrywają jedynie 30% wydatków potrzebnych na opiekę i leczenie pacjentów [12, 13]. Większość darowizn na potrzeby tego hospicjum pochodzi z Polski. Inne, podobne instytucje w większości również utrzymują

się z pomocy zagranicznych ofiarodawców. Na Litwie brakuje realnego, a nie jedynie deklarowanego wsparcia państwa w powoływaniu hospicjów.

Również na poziomie uchwały Państwowej Komisji Języka Litewskiego hospicja są instytucją obcą i słowo „*hospisas*”, „*hospis*” (tak powinno brzmieć po litewsku słowo „hospicjum”) znajduje się na liście wielkich błędów języka litewskiego [17]. Stąd, o ile ktoś chce być politycznie poprawny i nie naruszać ustawy o języku państwowym, zgodnie z zaleceniami Komisji, nazywa hospicjum „domem opieki” albo „nie dużym szpitalem dla nieuleczalnie chorych”. Czasami nazwę hospicjum zamienia się na szpital pomocy paliatywnej, w odróżnieniu od oddziałów lub pododdziałów opieki paliatywnej w szpitalach, czy szpitali opieki i leczenia długoterminowego [15].

Zmiany w opiece paliatywnej

Na początku 2017 roku z inicjatywy organizacji społecznej POLA (Stowarzyszenie Pomocy Pacjentom Onkologicznym), zrzeszającej organizacje działające w dziedzinie leczenia chorób nowotworowych, powołano Międzyinstytucjonalną Komisję Roboczą przy Ministerstwie Ochrony Zdrowia, której zadaniem jest opracowanie zmian w ustawie o opiece paliatywnej. W skład Komisji wchodzi przedstawiciele instytucji rządowych, szpitali i organizacji społecznych. Komisję powołano w nadziei na uzyskanie korzystnych zmian w sytuacji opieki paliatywnej na Litwie. W trakcie pracy Komisji dał się zauważyć brak zgody odnośnie organizacji i sposobu finansowania opieki paliatywnej, nie tylko pomiędzy Ministerstwem Ochrony Zdrowia, Ministerstwem Opieki Socjalnej i Kasami Chorych, ale również między organizacjami społecznymi i szpitalami świadczącymi opiekę paliatywną. Brak precyzyjnych określeń, do kogo należy finansowanie, kto i za którą dziedzinę opieki nad osobami zakwalifikowanymi do opieki paliatywnej jest odpowiedzialny, kto kształci i opłaca specjalistów pracujących w zespole opieki paliatywnej. Brak również porozumienia dotyczącego potrzeby obecności w zespole opieki paliatywnej psychologów, ponieważ, zdaniem urzędników, ich funkcje, bez straty na jakości opieki paliatywnej, mogą pełnić pracownicy socjalni, którzy już są uwzględnieni w taryfikatorach usług.

Na początku pracy Komisji planowano znaczne zmiany w ustawodawstwie, między innymi utworzenie centrów opieki paliatywnej, w których chorzy i rodziny otrzymywaliby wszechstronną pomoc medyczną, psychologiczną, socjalną, prawną i duchową, nie tylko na oddziale stacjonarnym czy ambulatoryjnie, ale również w domu. Jednak coraz więcej sygnałów w mediach wskazuje, że zmiany mogą być jedynie kosmetyczne

i ustawa oraz zasady finansowania opieki paliatywnej nie ulegną istotnej zmianie. W takiej sytuacji powstanie specjalistycznych centrów opieki paliatywnej i nowa, odpowiadająca współczesnym standardom ustawa o opiece paliatywnej na Litwie mogą pozostać jedynie dążeniem, a nie rzeczywistością.

Piśmiennictwo

1. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas: "Dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo"; 2007 m. Sausio 11 d. Nr. V-14. 2007.
2. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas: „Dėl paliatyviosios pagalbos suaugusiems ir vaikams paslaugų bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“, 2008 m. Gegužės 16 d. Nr. V-470. 2008.
3. <http://www.paliatyvipagalba.lt>. Dostęp: 12.01.2017.
4. <http://kaunoslauga.lt/lt/content/apie-mus-0>. Dostęp: 12.10.2017.
5. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas: "Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. Sausio 11 d. Įsakymo nr. V-14 „Dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“, 2015 m. rugpjūčio 13 d. Nr. V-946. 2015.
6. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas: „Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. Gegužės 16 d. Įsakymo nr. V-470 „Dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų, teikiamų suaugusiems ir vaikams privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“, 2017 m. Birželio 14 d. Nr. V-725. 2017.
7. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas: „Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. Gegužės 16 d. Įsakymo nr. V-470 „Dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų, teikiamų suaugusiems ir vaikams privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“, 2016 m. birželio 14 d. Nr. V-776. 2016.
8. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas: „Dėl paliatyviosios pagalbos suaugusiems ir vaikams paslaugų bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“, 2008 m. gegužės 16 d. Nr. V-470. 2008.
9. <http://sam.lrv.lt/lt/>. Dostęp: 3.10.2017.
10. Lietuvos Respublikos Vyriausybė, nutarimas: „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. Balandžio 23 d. Nutarimo nr. 370 „Dėl apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“, 2015 m. Vasario 18 d. Nr. 185. 2015.
11. <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugos/slaugos-paslaugos>. Dostęp: 1.02.2018.
12. Valstybės lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas ir jų bazinės kainos. <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/sveikatos-draudimas>. Dostęp: 1.02.2018.
13. <https://www.hospisas.lt/>. Dostęp: 1.12.2017.
14. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas: „ Dėl slaugytojų darbo krūvio nustatymo tvarkos aprašo tvirtinimo“, 2012 m. gegužės 9 d. nr. v-400. 2012.
15. <http://www.pola.lt/leidiniai/>. Dostęp: 9.12.2017.
16. <http://www.teviskesnamai.lt/>. Dostęp: 12.10.2017.
17. <http://www.vlkk.lt/vlkk-nutarimai/nutarimai>. Dostęp: 1.12.2017.