

# Jubileuszowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „30 lat Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej — akademicka opieka paliatywna i wspierająca w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu”

Poznań, 14 września 2019 roku

## Organizatorzy

Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej — Zarząd Główny, Oddziały w Poznaniu, Włocławku i Wałbrzychu  
Profile Public Relations Poznań

## Patronat

Prof. dr hab. n. med. Łukasz Szumowski — Minister Zdrowia  
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Tykarski — Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Wielkopolska Izba Lekarska  
Mgr Jacek Jaškowiak — Prezydent Miasta Poznania  
Dr Wiesława Pokropska — Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej  
Mgr Izabela Kaptacz — Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej  
Czasopismo „Palliative Medicine in Practice” — Wydawnictwo Via Medica

## Komitet Naukowy Konferencji

### Honorowy Przewodniczący:

Prof. dr hab. n. med., dr honoris causa Jacek Łuczak FRCP

### Przewodniczący:

Dr hab. n. med. Wojciech Leppert, prof. UMP

### Wiceprzewodniczący:

Dr hab. n. med. Szczepan Cofta

Mgr Marek Karolczak

Dr Ewa Kaczmarek

### Członkowie:

Dr hab. n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek

Dr hab. n. med. Maciej Sopata

Dr n. med. Grzegorz Kowalski

Dr n. med. Wiesława Piotrowska

Dr n. med. Justyna Bieda

Dr n. med. Halina Bogusz

Dr n. med. Iwona Zaporowska-Stachowiak

Dr Ewa Bączyk

Dr Maciej Kluziak

Mgr Janina Nogalska

Mgr Anna Głowacka

Mgr Barbara Mocek

Mgr Elżbieta Tomaszewska

Mgr Grażyna Jaroszyk

Mgr Lidia Pęczak

Mgr Barbara Grochal

Mgr Aleksandra Skotarska

Mgr Monika Pyszczorska

Mgr Dominika Kamińska

Mgr Katarzyna Stachnik

Mgr Maria Naglak-Bilewska

Mgr Marta Drąg

Mgr Karina Antonowicz

**Miejsce obrad:** Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego  
w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 37, 60-356 Poznań

# PROGRAM

9.00–9.15	<b>OTWARCIE KONFERENCJI</b> Prof. dr hab. n. med., dr h.c. Jacek Łuczak FRCP — Honorowy Przewodniczący Komitetu Naukowego Prof. dr hab. n. med. Andrzej Tykarski — Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Dr hab. n. med. Szczepan Cofta — Dyrektor Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, Wiceprzewodniczący Komitetu Naukowego Mgr Jędrzej Solarski — Zastępca Prezydenta Miasta Poznania Mgr Damian Marciniak — Dyrektor Wydziału Zdrowia Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu
9.15–10.50	<b>SESJA 1. HISTORIA OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ</b> Przewodniczący: Prof. dr hab. n. med. Jacek Łuczak, Dr hab. n. med. Szczepan Cofta
9.15–9.30	<b>Rozwój opieki paliatywnej w Poznaniu</b> <i>Prof. dr hab. n. med. Jacek Łuczak</i>
9.30–9.40	<b>O książce „Moje Palium”</b> <i>Dr n. med. Halina Bogusz</i>
9.40–9.50	<b>Moja droga do opieki paliatywnej</b> <i>Dr n. med. Anna Jakrzewska-Sawińska</i>
9.50–10.05	<b>Historia ruchu hospicyjnego w Polsce</b> <i>Dr Jolanta Stokłosa</i>
10.05–10.20	<b>30 lat opieki paliatywnej w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu</b> <i>Dr hab. n. med. Szczepan Cofta</i>
10.20–10.50	<b>Historia Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej — Zarządu Głównego, Oddziałów w Poznaniu, Włocławku i Wałbrzychu</b> <i>Prof. dr hab. n. med. Jacek Łuczak, Dr Zbigniew Kaczmarek, Mgr Marek Karolczak</i>
10.50–11.15	Przerwa
11.15–12.15	<b>SESJA 2. INTERDYSCYPLINARNY ZESPÓŁ OPIEKI PALIATYWNEJ</b> Przewodniczący: Dr n. med. Wiesława Piotrowska, Mgr Anna Głowacka
11.15–11.25	<b>Rola pielęgniarek w opiece paliatywnej</b> <i>Mgr Anna Głowacka</i>
11.25–11.35	<b>Dzienna opieka paliatywna</b> <i>Mgr Izabela Kaptacz</i>
11.35–11.45	<b>Wsparcie psychologiczne i socjalne</b> <i>Mgr Katarzyna Stachnik</i>
11.45–11.55	<b>Wolontariat Hospicjum Palium w Poznaniu</b> <i>Mgr Barbara Grochal</i>
11.55–12.05	<b>Rola kapelana w opiece paliatywnej</b> <i>Ks. Prałat Andrzej Rygielski</i>
12.05–12.15	Dyskusja
12.15–13.45	<b>SESJA 3. PANEL DYSKUSYJNY: STAN OBECNY I PERSPEKTYWY ROZWOJU OPIEKI PALIATYWNEJ I WSPIERAJĄCEJ W POLSCE</b>
12.15–12.30	<b>Działania podejmowane dla poprawy dostępności do opieki paliatywnej</b> <i>Przedstawiciel Ministra Zdrowia</i>
12.30–12.40	<b>Stan opieki paliatywnej w Polsce w 2019 r.</b> <i>Dr Wiesława Pokropska</i>
12.40–12.50	<b>Kontraktowanie świadczeń opieki paliatywnej w województwie wielkopolskim</b> <i>Dr Hanna Philips</i>
12.50–13.00	<b>Sytuacja opieki paliatywnej w województwie wielkopolskim w 2019 r.</b> <i>Dr hab. n. med. Wojciech Leppert, prof. UMP</i>

13.00–13.40	Dyskusja Moderatorzy: Dr hab. n. med. Wojciech Leppert, prof. UMP, Dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz
13.00–13.10	<b>Problemy jednostek opieki paliatywnej bez kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia</b> <i>Dr Jolanta Stokłosa</i>
13.10–13.20	<b>Wsparcie Szpitali Klinicznych dla opieki paliatywnej</b> <i>Dr hab. n. med. Szczepan Cofta</i>
13.20–13.30	<b>Sytuacja pielęgniarek w opiece paliatywnej</b> <i>Mgr Izabela Kaptacz</i>
13.30–13.40	<b>Zastosowanie nowoczesnych technologii dla poprawy jakości opieki paliatywnej</b> Dr n. med. Andrzej Stachowiak
13.40–13.45	<b>Podsumowanie dyskusji. Propozycja powołania Zespołu przy Ministrze Zdrowia dla opracowania Programu Rozwoju Opieki Paliatywnej i Wspierającej w Polsce</b> Prof. dr hab. n. med., dr h. c. Jacek Łuczak FRCP
13.45–14.30	Obiad
14.30–15.45	<b>SESJA 4. OCENA JAKOŚCI ŻYCIA I JAKOŚCI OPIEKI PALIATYWNEJ</b> Przewodniczący: Dr n. biol. Małgorzata Stańczyk, Dr n. med. Tomasz Grądalski
14.30–14.50	<b>Ocena jakości życia chorych w opiece paliatywnej i wspierającej</b> <i>Dr hab. n. med. Wojciech Leppert, prof. UMP</i>
14.50–15.10	<b>Kliniczne zastosowanie Palliative Outcome Scale do oceny jakości opieki paliatywnej</b> <i>Dr n. med. Tomasz Grądalski</i>
15.10–15.30	<b>Wpływ muzykoterapii na jakość życia chorych w opiece paliatywnej</b> <i>Dr n. biol. Małgorzata Stańczyk</i>
15.30–15.45	Dyskusja
15.45–16.00	Przerwa
16.00–18.00	<b>SESJA 5. POSTĘPY W LECZENIU BÓLU I INNYCH OBJAWÓW</b> Przewodniczący: Dr hab. n. med. Maciej Sopata, Dr hab. n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek
16.00–16.20	<b>Postępy w leczeniu farmakologicznym bólu u chorych na nowotwory</b> <i>Dr hab. n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek</i>
16.20–16.40	<b>Zapobieganie bólowi proceduralnemu w praktyce pielęgniarskiej</b> <i>Dr n. med. Wiesława Piotrowska</i>
16.40–17.00	<b>Zastosowanie technik interwencyjnych leczenia bólu u chorych w opiece paliatywnej</b> <i>Dr n. med. Grzegorz Kowalski</i>
17.00–17.20	<b>Nowe wyzwania i możliwości: leczenie owrzodzeń i ran przewlekłych</b> <i>Dr hab. n. med. Maciej Sopata</i>
17.20–17.40	<b>Leczenie obrzęku chłonnego</b> <i>Mgr Maria Naglak-Bilewska</i>
17.40–18.00	<b>Opieka paliatywna dla chorych ze stwardnieniem zanikowym bocznym</b> <i>Dr n. med. Iwona Zaporowska-Stachowiak</i>
18.00	<b>DYSKUSJA. PODSUMOWANIE I ZAKOŃCZENIE KONFERENCJI</b>

# Streszczenia

## Rozwój opieki paliatywnej w Poznaniu

**Prof. dr hab. n. med. dr h.c. Jacek Łuczak, FRCP**  
*Lekarz Kierujący Oddziałem Medycyny Paliatywnej  
Hospicjum Palium  
Szpital Kliniczny Przemienia Pańskiego w Poznaniu*

Do zajęcia się opieką paliatywną przekonała Docecenta Jacka Łuczaka Antonina Mazur, chora na nowotwór w opiece domowej na probostwie Świętej Pamięci Księdza Zbigniewa Pawlaka w Kicinie koło Poznania, w latach 1983–1985. W 1985 r. utworzono w Poznaniu Hospicjum im. Św. Jana Kantego.

Początki formalnej działalności sięgają 1987 r., kiedy Poradnia Walki z Bólem z Zespołem Wyjazdowym została wpisana do Statutu Szpitala Klinicznego Nr 1 im. Pawłowa w Poznaniu, a Docent Jacek Łuczak z Marią Karalus i Eleonorą Szymańską — pielęgniarkami anesteziologicznymi, wolontaryjnie opiekowali się chorymi na nowotwory z bólem. Początkowo wielu pacjentom zakładano cewniki do przestrzeni zewnątrzoponowej na bloku operacyjnym, a w domu kontynuowano podawanie tą drogą morfiny i bupiwakainy. W latach 1987–1988 zapewniono opiekę kilkudziesięciu chorym, w tym młodocianym Maciejowi i Robertowi, umierającym w domach wśród bliskich, uczących nas czym jest ból duchowy.

Leczenie bólu było nośnym hasłem dla cierpiących chorych zgłaszanych przez rodziny bez skierowania. Po powrocie w 1988 r. Docenta Jacka Łuczaka z Dr med. Grażyną Zengteler ze stażu w mediolańskim ośrodku WHO domowej opieki paliatywnej i leczenia bólu Profesora Vittorio Ventafriddy, zespół wyjazdowy został poszerzony o interdyscyplinarność. Wolontaryjnie dołączyli anesteziolodzy Dr Dariusz Adamski, Dr Jerzy Furmanowski, Dr Krzysztof Kusza i studentki Wydziału Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu: Wiesława Piotrowska i Danuta Pacześny, Ksiądz Zbigniew Pawlak, Dr Małgorzata Okupny i pracownicy socjalni: Mgr Iwona Wesołowska i Mgr Małgorzata Makowska. Dzięki kontaktom polskiego lekarza Zbigniewa Żylicza mieszkającego w Holandii z Profesorem Robertem Twycross z Oksfordzkiego ośrodka opieki paliatywnej WHO, na I Kongresie EAPC w Mediolanie w 1988 r. i spotkaniu z Państwem Gillian Petrie Hunter i Muir Hunter z Polish Hospices Fund, możliwy stał się rozwój opieki paliatywnej w skali lokalnej i krajowej. W I Sympozjum Opieki Paliatywnej w Poznaniu, które odbyło się w listopadzie 1988 r. z udziałem Profesora Roberta Twycross, 300 uczestnikom z całej Polski

przekazano m. in. zasady podawania morfiny drogą doustną. Kurs z opieki paliatywnej dla pielęgniarek w Poznaniu w 1991 r., z wykładowczyniami pielęgniarkami z Oksfordu, zgromadził 300 pielęgniarek z całej Polski.

W 1990 r., dzięki życzliwości Świętej Pamięci Profesora Cezarego Ramlau ówczesnego kierownika Kliniki Onkologii i Oddziału Chemioterapii i zaangażowaniu Profesora Jana Bręborowicza Kierownika Katedry Onkologii i Mgr inż. Józefa Zielezińskiego — Dyrektora Technicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. Pawłowa w Poznaniu, przy Klinice Onkologii wymienionego wyżej Szpitala, w budynku przy ul. Łąkowej, Pani Krystyna Minister Zdrowia Krystyna Sienkiewicz, otworzyła 7-łóżkowy Oddział Opieki Paliatywnej. Zatrudniono pielęgniarki — absolwentki szkół pielęgniarskich, pielęgniarkę oddziałową — doświadczoną pielęgniarkę onkologiczną Annę Głowacką. W 1991 r. Profesor Antoni Pruszewicz, J. M. Rektor Akademii Medycznej w Poznaniu powołał Klinikę Opieki Paliatywnej, Anesteziologii i Intensywnej Terapii Onkologicznej. Jednocześnie wprowadzono opiekę paliatywną do obowiązkowego programu nauczania studentów. Były to pionierskie osiągnięcia w Polsce i Europie. Zbudowanie zespołu z udziałem lekarzy Ewy Bączky, Aleksandry Kotlińskiej-Lemieszek, Wojciecha Lepperta, Macieja Sopaty i Lidii Gorzelińskiej umożliwiło przekazywanie podstaw opieki paliatywnej na kilkudniowych kursach interdyscyplinarnych organizowanych we wszystkich województwach, a współpraca Kliniki Opieki Paliatywnej z oksfordzkim ośrodkiem WHO, prowadzenie anglojęzycznych kursów w kraju. Zespół pod kierownictwem architekta inżyniera Zbigniewa Pydy, dzięki wsparciu Fundacji Inicjatyw Szpitalnych Dr med. Leszka Sikorskiego, wspólnie z Profesorem Jackiem Łuczakiem opracował Projekt Hospicjum Palium, adaptacji budynku przekazanego Akademii Medycznej w Poznaniu przez Wojewodę Poznańskiego, konsultowany także w Wielkiej Brytanii, po długich dyskusjach przyjęty do realizacji środkami Ministerstwa Zdrowia — 28 mld złotych. Na spotkaniu w 1994 r. z 500 mieszkańcami udało się przekonać oponentów i uzyskano zgodę Rady Osiedla Rusa na lokalizację Hospicjum.

Przez wszystkie kadencje Profesor Jacek Łuczak przewodniczył Krajowej Radzie Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej przy Ministrze Zdrowia, która z Ekspertami Ministerstwa Zdrowia wprowadziła specja-

lizację z medycyny paliatywnej dla lekarzy i opieki paliatywnej dla pielęgniarek, dostępność analgetyków opioidowych oraz dzięki Świętej Pamięci Księdzu Eugeniuszowi Dutkiewiczowi nowelizację do ustawy umożliwiającą opłacanie opieki paliatywnej i hospicyjnej ze środków publicznych w 1998 r. Dzięki współpracy Profesora Jacka Łuczaka z Dr Kathleen Foley ze Sloan Memorial Kattering Cancer Centre w Nowym Jorku ze środków George'a Sorosa przekazywanych Fundacji Stefana Batorego kilkunastu lekarzy skorzystało ze szkolenia w ośrodkach opieki paliatywnej w Wielkiej Brytanii na miejscach przygotowanych przez *Polish Hospices Fund*.

W 2001 r. Klinikę przekształcono w Katedrę i Klinikę Medycyny Paliatywnej. Z opieki paliatywnej wywodzą się nowe dziedziny — leczenie ran przewlekłych, którymi zajmuje się Docent Maciej Sopata, leczenie obrzęku limfatycznego rozwinięte przez Dr med. Justynę Bieda i Mgr Marię Naglak-Bilewską. Od wielu lat działa Poradnia Leczenia Bólu kierowana przez Dr med. Grzegorza Kowalskiego. W szkoleniu personelu medycznego w opiece paliatywnej z kilkunastu krajów pomocą służyło Stowarzyszenie Rozwijania Opieki Paliatywnej w Europie Środkowo-Wschodniej (*Central Eastern Palliative Care Task Force – ECEPT*). Liczba łóżek na Oddziale Medycyny Paliatywnej Hospicjum Palium uległa zwiększeniu do 42 w 2014 r., dzięki środkom uzyskanym z Ministerstwa Zdrowia i Funduszu Obywatelskiego, w czym pomocą służył Motyli Wolontariat. Ośrodek poznański jest nadal zaangażowany w rozwój opieki paliatywnej lokalnie i w Polsce.

### Moja droga do opieki paliatywnej

**Dr n. med. Anna Jakrzewska-Sawińska**  
*Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe”*

Od każdego z nas zależy, aby w czasie choroby, niedołęstwa, starości i śmierci, możliwie nikt nie czuł się samotny, nie był pozbawiony troskliwej opieki, aby mógł liczyć na pomoc i wsparcie drugiego człowieka

Moja droga do osobistego i zawodowego zaangażowania w opiekę paliatywną prowadziła przez Kalkutę (Hospicjum Matki Teresy) i Puri nad Zatoką Bengalską (Leprozorium Ojca Mariana Żelazka) do spotkania z Profesorem Jackiem Łuczakiem, u którego byłam wolontariuszką. Dzięki udziałowi w organizowanych przezeń dorocznym kursach, zdobyłam wiedzę z zakresu medycyny paliatywnej. Zwieńczeniem tej nauki i gromadzenia doświadczeń był egzamin specjalizacyjny.

W 1998 r., wspierana przez kilka osób, powołałam do życia Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej (WSWOP) „Hospicjum Domowe”.

W 1999 r. otworzyliśmy Hospicjum Domowe dla Dorosłych, a w kolejnym — pierwsze w Wielkopolsce — Hospicjum Domowe dla Dzieci. Na specjalistycznych zajęciach w Warszawie, organizowanych dla nas przez Docenta Tomasza Dangla, uczyliśmy się, jak pomagać najmłodszym podopiecznym.

Obydwa hospicja początkowo mieściły się w pomieszczeniach wynajmowanych od Urzędu Miasta Poznania. W 2009 r. zostały przeniesione do wyremontowanego przez nas budynku przy ul. Bednarskiej, który otrzymaliśmy w darze od Rodziny Państwa Pater.

WSWOP „Hospicjum Domowe”, które mam zaszczyt prowadzić nieprzerwanie od 1998 r., jest specjalistyczną jednostką domowej opieki hospicyjnej sprawowanej nad chorymi na nowotwory, a także, dzięki finansowaniu przez Urząd Miasta Poznania, z chorobami nienowotworowymi. Ta druga grupa podopiecznych to głównie osoby starsze, które mają utrudniony dostęp do opieki paliatywnej.

W 2015 r. przystąpiliśmy do budowy, bardzo potrzebnego, stacjonarnego Hospicjum dla Dzieci i Dorosłych. Bardzo liczymy na to, że powiedzie się sfinalizować ją z końcem 2019 r.

W naszej działalności na co dzień staramy się propagować ideę hospicyjną, jej podstawowe przesłania z należnym miejscem podmiotowego traktowania każdego chorego. Nie zapominamy o tym, że w istocie od każdego z nas zależy, jak wyglądać będzie nasza starość, nasze umieranie...

### Historia opieki paliatywnej i hospicyjnej

**Dr Jolanta Stokłosa**

*Prezes Forum Hospicjów Polskich, Hospicjum Św. Łazarza w Krakowie*

Ruch hospicyjny w Polsce zrodził się na początku lat 80. z potrzeby odrębnego traktowania człowieka umierającego na chorobę nowotworową. Był to ruch społeczny, jednoczący ludzi różnych zawodów pragnących pomóc ciężko chorym i ich rodzinom, który rozwijał się bardzo dynamicznie i spowodował, że Polska w 1998 r. znalazła się na drugim miejscu w Europie, po Wielkiej Brytanii, pod względem ilości placówek i stopnia zaawansowania organizacji opieki hospicyjnej.

Na powstanie i szybki rozwój opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce w latach 1981–2000 miały wpływ: znajomość działalności Dame Cicely Saunders — twórczyni pierwszego nowoczesnego Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie i Jej wizyta w 1978 r. w Polsce, utworzone i prowadzone przez Hannę Chrzanoską struktury parafialnego pielęgniarstwa w diecezji krakowskiej i w innych miastach, prace Synodu Krakowskiego powołanego w 1972 r. przez Księdza Kardynała Karola Wojtyłę, liczne artykuły publikowa-

ne w Tygodniku Powszechnym i ZNAK-u od 1957 r., a także publikacje książkowe na temat umierania i powstanie ruchu Solidarności w 1980 r.

Pierwsze Hospicja w Polsce powstawały przy Kościołach i zgromadzeniach zakonnych w duchu bezinteresownej służby i jako stowarzyszenia hospicyjne. Do końca 1989 r. 15 zespołów hospicyjnych posługiwało ciężko chorym w Polsce. Większość z nich powstało z inicjatywy Ś. P. Księdza Eugeniusza Dutkiewicza SAC, który w 1988 r. przez Komisję Episkopatu Polski został powołany na Krajowego Duszpasterza Hospicjum.

W 1988 r. powstała w Polsce pierwsza akademicka jednostka opieki paliatywnej — Klinika Opieki Paliatywnej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii Onkologicznej przy Katedrze Onkologii Akademii Medycznej w Poznaniu, prowadzona przez Prof. dr hab. med. Jacka Łuczaka. W 1989 r. zostaje powołane w Poznaniu Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej im. Aleksandra Lewińskiego i Antoniny Mazur.

W latach 1992–1995 powstają w każdym większym mieście w Polsce publiczne Poradnie Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej. Równocześnie wzrasta liczba pozarządowych hospicjów świeckich i kościelnych, rejestrujących niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. W 2000 r. opiekę paliatywną i hospicyjną zapewniały 94 publiczne zespoły opieki paliatywnej i 80 pozarządowych hospicjów. Równocześnie w latach 90. zaczynają działać pierwsze pozarządowe wolnostojące hospicja stacjonarne, a pod koniec 1999 r. w szpitalach wojewódzkich i powiatowych utworzonych zostaje 19 stacjonarnych oddziałów opieki paliatywnej. W 1991 r. pozarządowe hospicja powołują stowarzyszenie Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego, które w 2007 r. zostaje przekształcone w związek stowarzyszeń hospicyjnych Forum Hospicjów Polskich.

W 1993 r. zostaje powołana Krajowa Rada Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej. W 1994 r. Minister Zdrowia powołuje Prof. dr hab. med. Jacka Łuczaka na Specjalistę Krajowego w zakresie medycyny paliatywnej. W 1998 r. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej wydaje opracowany przez Krajową Radę Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, Program Rozwoju Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej w Polsce. W 2002 r. powstaje Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej. Od 2006 r. działa Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej. Pierwsi lekarze uzyskali tytuł specjalisty z medycyny paliatywnej w 2003 r., a pielęgniarki tytuł specjalistki opieki paliatywnej w 2006 r.

W 1999 r. rozpoczyna się finansowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej ze środków publicznych przez Kasy Chorych. Od 2006 r. opieka paliatywna i hospicyjna jest prowadzona również przez prywatne spółki i gabinety, których liczba po wejściu w życie ustawy

o działalności leczniczej (2012 r.) zdecydowanie wzrosła do 258 w 2014 r. Zakłady prywatne kontraktują głównie domową opiekę paliatywną i hospicyjną. W latach 2006–2014 następuje wzrost liczby domowych hospicjów dziecięcych. W 2011 r. zarządzeniem Ministra Zdrowia został powołany Zespół ds. opieki paliatywnej i hospicyjnej, który pracował do 30 czerwca 2012 r. Jego zadaniem było opracowanie propozycji zmian w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce, w szczególności rozwiązań dotyczących struktury i organizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz poprawy jej jakości i zasobów. Zwiększenie wyceny poszczególnych świadczeń z opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2014 r. nie spowodowało powołania nowych zespołów podejmujących zadania w realizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej, po 2014 r. nie jest notowany dalszy rozwój.

#### Historia Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej im. Aleksandra Lewińskiego i Antoniny Mazur — Zarządu Głównego i Oddziału w Poznaniu

**Prof. dr hab. n. med. dr h.c. Jacek Łuczak, FRCP**  
Lekarz Kierujący Oddziałem Medycyny Paliatywnej Hospicjum Palium  
Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego w Poznaniu

Po powrocie w 1988 r. ze szkolenia w mediolańskim ośrodku prof. Vittorio Ventafriddy starałem się wykorzystać dobre wzory. Jednym z nich była działalność Fundatio Floriani, organizacji o zasięgu krajowym i międzynarodowym, ukierunkowanej na wspieranie rozwoju opieki paliatywnej, zwłaszcza szeroko pojętej edukacji w tym zakresie. Już podczas spotkań z wykładowcami i uczestnikami I Ogólnopolskiego Sympozjum Opieki Paliatywnej w listopadzie 1988 r. w Poznaniu, dojrzewała myśl o utworzeniu stowarzyszenia o wymiarze ogólnopolskim stanowiącego płaszc, wsparcie dla z trudem budowanych ośrodków opieki paliatywnej i pomoc w zakresie edukacji.

Miało to być pomocne we wspólnym dążeniu do łagodzenia cierpienia chorych na nowotwory, co znalazło wyraz w nazwie utworzonego w marcu 1989 r. w Poznaniu, stowarzyszenia — Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej im. Aleksandra Lewińskiego i Antoniny Mazur (PTOP). Stowarzyszenie obrało sobie jako patronów ważne postacie: Prof. Aleksander Lewiński, ceniony lekarz anestezjolog z Akademii Medycznej w Gdańsku, wiele uwagi poświęcił leczeniu bólu u chorych na nowotwory, a gdy sam zachorował na szybko postępujący nowotwór, Jego Uczniowie z Kliniki skutecznie leczyli Jego ból. Antonina Mazur to pacjentka wówczas Docenta Jacka Łuczaka, u której ból w przebiegu nowotworu był skutecznie leczony w jednym z pierwszych ośrodków w Poznaniu, morfiną podawaną drogą doustną. Pacjentka przekonała

Prof. Jacka Łuczaka do zajęcia się opieką paliatywną. W Kicinie, w probostwie Św. Pamięci Księdza Zbigniewa Pawlaka, przyszłego Kapelana naszego zespołu w latach 1994–1995, wspólnie uczyli się trudnej sztuki zrozumienia bólu duchowego.

W rozpisanych konkursie na logo organizacji pierwsze miejsce uzyskał rysunek przedstawiający dwie postacie ludzkie symbolizujące przekazywanie i odbieranie wsparcia. Powstałe w Poznaniu PTOP było drugim, po utworzonym znacznie wcześniej (w 1981 r.) krakowskim Towarzystwie Przyjaciół Chorych, stanowiącym wzorzec dla innych tego typu organizacji, ukierunkowanych na przygotowanie wolontariuszy do opieki nad chorymi i pozyskiwanie środków na budowę hospicjum stacjonarnego.

Nowocześnie przygotowany Statut PTOP przy współudziale prawników: Członka Zarządu, Sędziego Skobejko i doradztwo prawnika Sądu Apelacyjnego Waldemara Śledzika, uwzględniał szereg aspektów działalności, zapewniał także autonomię dla powstałych w pierwszych latach 18 Oddziałów PTOP, tworzonych na wzór stowarzyszenia „matki”, co umożliwiło im pozyskiwanie środków wspomagających działalność lokalnych ośrodków opieki paliatywniej i tworzenia nowych jednostek, np. w Wałbrzychu i Wrocławiu. Stało się to szczególnie przydatne przy wpisywaniu na listę Krajowego Rejestru Sądowego i pozyskiwaniu środków także z 1% od podatku.

Podobnie, jak w przypadku Krakowa, głównym celem poznańskiego stowarzyszenia było pozyskiwanie środków na budowę Hospicjum Palium. Drugi cel, również bardzo ważny, to zdobycie środków na lokalną i zakrojoną na całą Polskę edukację, opartą o kilkudniowe podstawowe kursy wyjazdowe poznańskiego interdyscyplinarnego zespołu. Działalność ta była pomocna w tworzeniu i rozwijaniu struktur opieki paliatywniej w Polsce. W edukacji społecznej, propagowaniu zasad opieki paliatywniej w różnych niemedyceńskich środowiskach, służyli członkowie zarządu o wysokiej pozycji społecznej: Rektor Akademii Sztuk Pięknych Prof. Witold Gyurkovich i znany historyk i publicysta Prof. Waldemar Łazuga.

Znaczny wpływ na pozytywną opinię promującą działalność hospicyjną zapewnia rozwijany od ponad 10 lat Motyli wolontariat, prowadzony przez zdobywczynię Orderu Uśmiechu — Barbarę Grochal. Dzięki powyższej zajęciu I miejsca Funduszu Obywatelskiego, zaangażowania Rektora Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu Profesora Jacka Wysockiego w pozyskaniu środków z Ministerstwa Zdrowia, utworzono 13 dodatkowych łóżek w Hospicjum Palium. Zarząd Główny PTOP, Oddziały PTOP w Poznaniu, Wałbrzychu i Włocławku, odgrywają ważną rolę we wspieraniu i rozwoju opieki paliatywniej w Polsce.

## Historia Polskiego towarzystwa Opieki Paliatywnej Oddział we Włocławku

**Dr Zbigniew Kaczmarek, dr Ewa Kaczmarek**  
*Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej — Zespół Opieki Domowej we Włocławku*

Pierwsza grupa hospicjum (grupa nieformalna) powstała w grudniu 1989 r. i w jej skład wchodziło kilku pielęgniarek, wolontariuszy i jeden lekarz. Był to okres dojrzewania do podjęcia misji utworzenia od podstaw struktury opieki paliatywnej i hospicyjnej we Włocławku. Grupa działała nieformalnie przez okres 3 lat, zapewniając opiekę paliatywną w domach chorych, w oparciu o pracę wolontariuszy medycznych i niemedyceńskich.

W 1992 r. określono potrzeby miasta Włocławka w zakresie opieki paliatywnej. W utworzonym przez Doktora Zbigniewa Kaczmarka Programie Rozwoju Opieki Paliatywnej nakreślono kierunek rozwoju opieki paliatywnej we Włocławku. Program skierowano do ówczesnych władz miasta Włocławka — Prezydenta Miasta i Wojewody Województwa Włocławskiego i Profesora Jacka Łuczaka — Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej, a także Ministerstwa Zdrowia i różnych środowisk opiniotwórczych uzyskując aprobatę Programu.

W 1993 r. decyzją Wojewody — organu założycielskiego dla Wojewódzkiego Szpitala we Włocławku, dokonano rejestracji w Statucie Wojewódzkiego Szpitala — Oddziału Opieki Paliatywnej i Poradni Walki z Bólem, a decyzją Ministerstwa Zdrowia, Wojewódzki Szpital we Włocławku otrzymał dotację celową w wysokości 1,9 mld złotych na potrzeby powstającego Oddziału i Poradni. Nowopowstały Oddział Opieki Paliatywnej (statutowo 7 łóżek, w rzeczywistości 10 łóżek w 4 salach chorych wraz z gabinetem zabiegowym i poczekalnią) mieścił się na parterze dawnego Oddziału Ginekologii Septycznej Szpitala przy ul. Wienieckiej 48 we Włocławku.

Ze środków dotacji wykonano remont pomieszczeń i podjazd z niezależnym wejściem do Oddziału i Poradni. Zespół medyczny Oddziału Opieki Paliatywnej został utworzony w ramach własnych zasobów Szpitala z personelu różnych oddziałów specjalistycznych — osób, które dobrowolnie przeszły do nowoutworzonej komórki organizacyjnej. Zespół ten, powiększony o dodatkowy 1 etat lekarski, pracował do czasu tzw. restrukturyzacji Oddziału w 2000 r. Pierwszym Ordynatorem Oddziału Opieki Paliatywnej został Doktor Zbigniew Kaczmarek, który przeszedł na to stanowisko z dniem 1 października 1993 r. z Oddziału Kardiologii.

W kwietniu 1994 r. Doktor Zbigniew Kaczmarek otrzymał z rąk Profesora Jacka Żochowskiego, ówczesnego Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, nagrodę

Ministra Zdrowia za zorganizowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej w Województwie Włocławskim. Był to trzeci Oddział Opieki Paliatywnej w strukturach publicznej służby zdrowia w Polsce.

W 1995 r. powstało Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (PTOP) Oddział we Włocławku z siedzibą (za zgodą Władz Szpitala) przy Oddziale Opieki Paliatywnej Wojewódzkiego Szpitala we Włocławku. PTOPOddział we Włocławku od początku działalności wspierało materialnie i kadrowo Oddział Opieki Paliatywnej w Szpitalu przekazując na rzecz chorych leczonych w Oddziale i Poradni Walki z Bólem sprzęt medyczny. Psychologowie zatrudniani przez Towarzystwo, a nie Szpital, wspierali chorych leczonych w całym Szpitalu. PTOPOddział we Włocławku utrzymywało także nieformalne Hospicjum Domowe dla Dorosłych i Dzieci zapewniając pomoc chorym w domach. Członkami Towarzystwa byli wolontariusze Zespołu Hospicjum Domowego, nazwanego później Zespołem Opieki Domowej PTOPO.

W 1997 r. Zarząd PTOPOddział we Włocławku dokonał rejestracji Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (NZOZ) — Zespołu Opieki Domowej, który mógł formalnie występować o leki lecznictwa zamkniętego dla chorych w domu i wchodzić w porozumienia z różnymi podmiotami realizującymi zadania opiekuńcze i lecznicze, w ramach działalności poza Szpitalem we Włocławku. Pierwszym Kierownikiem Medycznym NZOZ został Doktor Zbigniew Kaczmarek.

Od 1999 r. do chwili obecnej NZOZ Zespół Opieki Domowej PTOPOddział we Włocławku jest jedynym zespołem niepublicznym działającym na terenie dawnego Województwa Włocławskiego, który uzyskał kontrakt na świadczenia opieki paliatywnej w Kasie Chorych, a następnie Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ), co umożliwiło zabezpieczenie pomocy medycznej dla chorych w domach we Włocławku i w Powiecie Włocławskim (niekiedy również poza terenem Powiatu Włocławskiego).

Od listopada 1996 r. PTOPOddział we Włocławku prowadzi Grupę Wsparcia dla Osób w Żałobie i konsultacje psychologiczne dla pedagogów szkolnych szkół podstawowych i ponadpodstawowych. Grupa Wsparcia dla Osób w Żałobie jest otwarta na potrzeby wszystkich osób, także w okresie żałoby po stracie pacjentów z innymi chorobami niż nowotwory, a spotkania dla Uczestników są darmowe. Koszty prowadzenia grupy są pokrywane przez Towarzystwo. Systematycznie, z roku na rok, wzrasta liczba chorych i ich rodzin obejmowanych opieką paliatywną realizowaną w domach. Dotyczy to zarówno świadczeń udzielanych pacjentom zamieszkałym we Włocławku, jak i na terenie Powiatu Włocławskiego. Zespół Opieki Domowej PTOPO zapewnia także opiekę chorym z te-

renu Powiatów Aleksandrowskiego, Lipnowskiego i Radziejowskiego, we współpracy z lekarzami rodzinnymi w miejscu zamieszkania chorych, m. in. w celu racjonalizacji kosztów opieki.

W 2000 r. Zarząd PTOPOddział we Włocławku zdecydował o zakupie nieruchomości przy ul. Wolność 44 we Włocławku — nowej siedziby Towarzystwa, przeniesionej z dotychczasowej w Wojewódzkim Szpitalu przy ul. Wienieckiej 48. Od tego czasu działalność jest prowadzona dwutorowo: NZOZ Zespół Opieki Domowej Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej Oddziału we Włocławku — Hospicjum Domowe dla Dorosłych i Dzieci zapewnia chorym opiekę domową, natomiast Oddział Medycyny Paliatywnej Szpitala we Włocławku, który utworzono w wyniku restrukturyzacji poprzedniego Oddziału Opieki Paliatywnej, zapewnia pacjentom całodobową opiekę stacjonarną.

Zakres pomocy udzielanej przez Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej Oddział we Włocławku ulega ciągłemu zwiększeniu. Od 1999 r. NZOZ Zespół Opieki Domowej PTOPOddział we Włocławku realizuje bezpośrednią pomoc chorym w domu i obejmuje opieką wszystkich zgłaszanych chorych. W praktyce nie istnieje kolejka oczekujących na pomoc. Z analiz własnych wynika, że nasz Zespół obejmuje opieką paliatywną ok. 70% pacjentów umierających z powodu choroby nowotworowej we Włocławku. W ramach Towarzystwa organizowane są coroczne imprezy dla dzieci osieroconych i rodzin chorych na nowotwory, np. z okazji Dnia Dziecka i Mikołajek. Organizowane są koncerty w ramach ogólnopolskiej kampanii „Hospicjum to też Życie”. Rozwijany jest wolontariat.

W ramach NZOZ PTOPOddziału we Włocławku działa Poradnia Medycyny Paliatywnej, która zapewnia opiekę zgłaszającym się po poradę chorym na nowotwory, którzy nie wymagają opieki domowej.

W latach 2009–2011 NZOZ dokonał przebudowy zajmowanego budynku przy ul. Wolność 44 powiększając powierzchnię użytkową ze 120 m<sup>2</sup> do 470 m<sup>2</sup>. W nowej siedzibie znajdują się pomieszczenia dla lekarzy, pielęgniarek, pracowników administracyjnych, sprzętu, opatrunków i sala wykorzystywana do zebrań personelu, spotkań okolicznościowych i koncertów charytatywnych, (np. wspólne spotkania wigilijne dla pacjentów i personelu, koncerty w ramach akcji „Hospicjum to też Życie”) i wykładów organizowanych dla lekarzy np. o zasadach leczenia bólu.

Nasza praca przynosi wsparcie chorym na nowotwory i ich rodzinom, a zespół lekarzy, pielęgniarek i wolontariuszy uczy się, jak niosąc ulgę w cierpieniu można codziennie poszerzać wiedzę dotyczącą trudnej sztuki pomagania chorym i opiekunom.



## Historia Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej Oddział w Wałbrzychu

**Mgr Marek Karolczak**

*Hospicjum Stacjonarne w Wałbrzychu*

W 1992 r. dwoje pielęgniarzy — Lila Łukasik i Marek Karolczak, zatroskanych losem chorych wymagających opieki paliatywnej, podjęło się trudnego zadania zorganizowania w Wałbrzychu jednostki pomocy tej grupie chorych. Przełomowym momentem było spotkanie pomysłodawców z posłem Janem Lityńskim. Otrzymali Jego wsparcie i zapewnienie wszelkiej pomocy. Złożono wniosek do Ministerstwa Zdrowia i Lekarza Wojewódzkiego o zaplanowanie środków w budżecie na funkcjonowanie placówki. W 1993 r. 4 przyszłych pracowników Hospicjum wyjechało na szkolenie do Kliniki Opieki Paliatywnej w Poznaniu, prowadzonej przez Profesora Jacka Łuczaka.

Bardzo ważnym momentem w historii wałbrzyskiej opieki paliatywnej było powołanie Lilii Łukasik na stanowisko Pełnomocnika Wojewódzkiego ds. opieki paliatywnej. W grudniu 1993 r. Ministerstwo Zdrowia przekazało środki finansowe na działalność placówki. Na wniosek Lekarza Wojewódzkiego, za zgodą Dyrekcji Szpitala im. Doktora Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, uzyskano pomieszczenie na prowadzenie działalności domowej opieki paliatywnej na terenie miasta Wałbrzycha i z dniem 01.01.1994 r. rozpoczęto działalność.

W maju 1994 r. założyciele uznali, iż istotnym elementem dalszego rozwoju opieki paliatywnej Ziemi Wałbrzyskiej będzie utworzenie Stowarzyszenia, którego głównym celem będzie wspieranie opieki paliatywnej. Zwróciliśmy się do Profesora Jacka Łuczaka z prośbą o pomoc, który udostępnił Statut wzorcowy Oddziału, na podstawie którego złożono wniosek w Sądzie o rejestrację Oddziału Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej w Wałbrzychu, decyzja o rejestracji zapadła w październiku 1994 r.

Widząc ogromne potrzeby utworzenia Oddziału Stacjonarnego Towarzystwo rozpoczęło poszukiwania odpowiedniego obiektu. Zwrócono się do Pana Profesora Jacka Łuczaka z prośbą o wsparcie w rozmowach z Władzami Wałbrzycha, który osobiście brał udział w spotkaniach z Prezydentem Miasta Wałbrzycha. W efekcie, w 1997 r. Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej Oddział w Wałbrzychu kupiło od Miasta Wałbrzych za przysłówiową złotówkę, budynek po zlikwidowanym przedszkolu, w którym prowadzona jest działalność do chwili obecnej Poradni Medycyny Paliatywnej, Hospicjum Domowego i Hospicjum Stacjonarnego, zapewniając kompleksową pomoc pacjentom z zaawansowanymi chorobami.

## Współpraca ze środowiskiem lokalnym.

Stowarzyszenie aktywnie uczestniczy w życiu społecznym miasta i regionu. Dla dobra mieszkańców współpracuje z Samorządem, organizacjami pozarządowymi i Kościołem. Realizuje liczne zadania zlecane przez Miasto Wałbrzych, Powiat Wałbrzyski i Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w ramach Rządowego Programu — Fundusz Inicjatyw Obywatelskich, ponadto współpracuje ze szkołami i szkolnymi klubami wolontariusza. Działa na rzecz promowania opieki hospicyjnej zarówno wśród dorosłych, jak i młodzieży szkolnej, pomaga chorym i ich rodzinom, zaspokajając potrzeby socjalne i psychologiczne. Wspiera dzieci osierocone, oferując wyjazdy integracyjne, pomoc materialną dla najuboższych rodzin. Organizuje grupy wsparcia w żałobie i wiele innych form pomocy.

## Wyróżnienia

Za zasługi dla mieszkańców Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej Oddział w Wałbrzychu otrzymał tytuł „Zasłużony dla Miasta Wałbrzych”.

Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej Oddział w Wałbrzychu

Data powstania: 1994 r.

Założyciele: Lila Łukasik, Marek Karolczak, Teresa Nowak, Jolanta Mnich.

Formy opieki: Hospicjum Domowe, Hospicjum Stacjonarne, Poradnia Medycyny Paliatywnej.

Adres do korespondencji: ul. Krasińskiego 8, 58–309 Wałbrzych [www.phpal.pl](http://www.phpal.pl)

## Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej

**Mgr Anna Głowacka**

*Pielęgniarka Naczelna, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego w Poznaniu*

Fundamenty pielęgniarstwa w opiece paliatywnej w Polsce zrodziły się z niezwykłego zaangażowania Hanny Chrzanowskiej opartego na wrażliwości na cierpienie człowieka. Ta beatyfikowana w 2017 r. Pielęgniarka w latach 60–tych XX wieku przyczyniła się do powstania i rozwoju „pielęgniarstwa parafialnego” na terenie Krakowa. Idea pielęgniarstwa parafialnego zakładała objęcie opieką i pielęgnacją w warunkach domowych nieuleczalnie chorych, cierpiących i samotnych. Tacy Chorzy najczęściej nie mieli szansy uzyskania pomocy ze strony państwowej służby zdrowia, wielu nie wyrażało zgody na opuszczenie domu rodzinnego.

Błogosławiona Hanna Chrzanowska organizowała kursy dla pielęgniarek, sióstr zakonnych i personelu pomocniczego przygotowujące do holistycznej opieki nad chorymi u kresu życia. Kolejne etapy rozwoju opieki paliatywnej, w tym pielęgniarstwa, to wiele kluczowych wydarzeń, które wpłynęły na nadanie tej dziedzinie wysokiej rangi, wyposażały personel

medyczny w narzędzia umożliwiające leczenie dokuczliwych objawów. Zmieniały w społeczeństwie i w środowisku medycznym status chorego cierpiącego i jego rodziny.

Z uwagi na specyfikę potrzeb chorego z zaawansowaną, postępującą i nie poddającą się leczeniu chorobą, pielęgniarka pełni kluczową funkcję w interdyscyplinarnym zespole opieki paliatywnej. Priorytetową jest rola pielęgnacyjna podyktowana pogarszającym się stanem chorego i utratą możliwości samoobsługi. Nierozłączną w pielęgnowaniu jest funkcja psychologiczno-duchowa. Relacje z chorymi i bliskimi w obliczu nieuchronności postępu choroby i zbliżającej się śmierci dalece wybiegają poza działania instrumentalne i w sposób naturalny łączą się z nimi.

Opieka paliatywna najczęściej realizowana jest w formie opieki domowej, gdzie jej trud spoczywa głównie na rodzinie (opiekunie) chorego. Obowiązkiem pielęgniarki jest przygotowanie rodziny pacjenta do radzenia sobie w nieznanym dotąd i często trudnych sytuacjach. Za sprawą skutecznie realizowanej funkcji edukacyjnej chory może, jeśli taka jest jego wola, pozostać w swoim domu do końca życia. Pielęgniarka w opiece nad chorymi u kresu życia jest zobowiązana do szczególnej odpowiedzialności za chorego i rodzinę. Powinna stanowić wsparcie w zaspokajaniu ważnych dla chorego potrzeb — być przewodnikiem w tej niezwykle trudnej drodze.

### **Dzienna opieka paliatywna**

**Mgr Izabela Kaptacz**

*Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej*

*Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej*

*Katedra Pielęgniarstwa, Śląski Uniwersytet*

*Medyczny w Katowicach*

Opieka paliatywna i hospicyjna w Polsce finansowana jest ze środków publicznych w zakresie opieki ambulatoryjnej (Poradnia Medycyny Paliatywnej), domowej (Hospicjum Domowe), stacjonarnej (Oddział Medycyny Paliatywnej i Hospicjum Stacjonarne) i odrębnie dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia oraz w ramach opieki perinatalnej. Dzienna opieka paliatywna realizowana w innych krajach (np. w Wielkiej Brytanii) nie jest formą powszechnie dostępną i nie jest finansowana ze środków publicznych (Narodowy Fundusz Zdrowia — NFZ) dla chorych wymagających opieki paliatywnej w Polsce.

Dzienna opieka paliatywna może być realizowana przez różne formy organizacyjne w miejscu przygotowanym i dostosowanym do potrzeb chorych wymagających opieki paliatywnej. Zalecane jest prowadzenie Ośrodka Diennej Opieki Paliatywnej przy Hospicjum Stacjonarnym lub Oddziale Medycyny Paliatywnej

z dostępem chorych do pokoju wypoczynku, pokoju do terapii zajęciowej, rekreacji, pomieszczeniem dla personelu i zapleczem kuchennym. Warunki realizowanej opieki powinny zapewniać domową atmosferę, być wygodne i dostosowane dla osób niepełnosprawnych. Oprócz prowadzonych różnych form terapii zajęciowej i relaksacyjnej, chorzy powinni mieć zapewnione leczenie objawów, wsparcie psychosocjalne i duchowe.

W Dziennym Ośrodku Opieki Paliatywnej chorzy mogą spędzać część każdego dnia lub zgłaszać się rzedziej (np. 1–2 razy w tygodniu), w zależności od preferencji pacjentów i rodzin. Głównym celem realizowanej opieki jest wsparcie w zakresie terapii zajęciowej, socjalne i odciążenie bliskich i opiekunów pacjenta. Zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (EAPC) na 150 tys. mieszkańców powinien przypadać jeden Dzienny Ośrodek Opieki Paliatywnej, w którym powinni być zatrudnieni pracownicy zespołu interdyscyplinarnego, wspierani przez wolontariuszy. EAPC zaleca stałą obecność pielęgniarki i co najmniej jedną pielęgniarkę posiadającą specjalizację w zakresie opieki paliatywnej na 7 chorych, dostępność lekarza, fizjoterapeuty, pracownika socjalnego i opiekuna duchowego.

W Polsce pierwsze Oddziały Medycyny Paliatywnej powstały w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych. Obecnie nieliczne podmioty lecznicze prowadzą dzienną opiekę paliatywną. Głównym powodem braku rozwoju tej formy opieki paliatywnej jest brak finansowania NFZ. Z powodu wzrastającej liczby chorych z przewlekłymi, postępującymi i niepoddającymi się leczeniu chorobami wymagającymi opieki paliatywnej, opieka dzienna może przy niskich nakładach finansowych, poprawiać jakość życia chorych, którzy mogą opuszczać na kilka godzin środowisko domowe, odciążając przy tym rodzinę i opiekunów. W prezentacji omówiona zostanie m. in. działalność Dziennego Ośrodka Opieki Paliatywnej przez Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej w Częstochowie.

### **Ocena opieki paliatywnej w Polsce w 2018 roku**

**Dr Wiesława Pokropska**

*Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej Hospicjum im. Dr Aleksandry Gabrysiak w Elblągu*

W 2018 r. w 812 komórkach były realizowane świadczenia w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Były to świadczenia w zakresie Hospicjum Stacjonarnego lub Oddziału Medycyny Paliatywnej, Hospicjum Domowego, Hospicjum Domowego dla Dzieci, Hospicjum Perinatalnego i Poradni Medycyny Paliatywnej.

Spśród 812 komórek, 393 stanowiły Hospicja Domowe, 185 to opieka stacjonarna (w tym 107 Ho-

spicjów Stacjonarnych i 78 Oddziałów Medycyny Paliatywnej), 5 Hospicjów prowadziło opiekę stacjonarną dla dzieci, 66 Hospicjów Domowych dla Dzieci, 10 Hospicjów Perinatalnych, 153 Poradnie Medycyny Paliatywnej.

Oceniając nakłady na opiekę paliatywną w 2018 r., na 1 ubezpieczonego, jak i ilość świadczeń, przedstawia się to różnie w województwach w poszczególnych rodzajach świadczeń. Najwyższe kwoty przeznaczone na 1 ubezpieczonego były w Województwie Opolskim (24,40 PLN) i Świętokrzyskim (24,59), najniższe nakłady w Województwie Zachodniopomorskim (10,79 PLN), Łódzkim (14,02), Lubelskim (14,64), przy średniej kwocie ogólnokrajowej 17,68 PLN.

W porównaniu do 2016 r. zauważalny jest wzrost nakładów o ok. 50%, a do 2017 r. o ok. 8%. Ten wzrost nakładów nastąpił w związku z wprowadzeniem taryfy świadczeń zalecanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Jednak nie we wszystkich województwach w kontraktach z NFZ została uwzględniona pełna rekomendowana taryfa świadczeń lub, jeśli została uwzględniona, zmniejszono ilość świadczeń.

### Hospicja Stacjonarne i Oddziały Medycyny Paliatywnej

W 2018 r. NFZ zakontraktował 2821 łóżka w Hospicjach Stacjonarnych i Oddziałach Medycyny Paliatywnej, co stanowi 83 łóżek/1 mln ubezpieczonych. Obserwuje się wzrost zakontraktowanej liczby łóżek w porównaniu z 2017 r. (70 łóżek/1 mln). Zgodnie z zaleceniem EAPC, aby dobrze zabezpieczyć świadczenia opieki stacjonarnej, powinno być ok. 100 łóżek/1 mln mieszkańców, czyli docelowa liczba w Polsce to ok. 3500 łóżek. Niestety, łóżka opieki stacjonarnej nie są równomiernie rozmieszczone. Najlepsze zabezpieczenie opieki stacjonarnej jest w Województwach Świętokrzyskim (150/ 1mln), Podkarpackim (130), małopolskim (114). Najgorsza sytuacja występuje w Województwach Zachodniopomorskim (39), Łódzkim (45), Mazowieckim (58). Poniżej średniej znajdują się Województwa Warmińsko-Mazurskie (60), Lubuskie (66), Lubelskie (70) i Kujawsko-Pomorskie (72).

Powyższe ogranicza dostępność do świadczeń stacjonarnych, spowodowane nie tylko ograniczoną liczbą łóżek, ale również zmniejszeniem ilości kontraktowanych świadczeń, dlatego niejednokrotnie występują kilkutygodniowe kolejki pacjentów oczekujących na przyjęcie. Nie można ustalić konkretnej liczby pacjentów oczekujących w kolejkach, ponieważ brak obowiązku raportowania kolejek w opiece paliatywnej — dane pochodzą od pojedynczych Świadczeniodawców z poszczególnych województw. Dużym problemem są braki w bazie łóżkowej w dużych miastach takich, jak Warszawa, Poznań, Łódź, czy Wrocław.

W 2018 r. było 5 podmiotów prowadzących opiekę stacjonarną dla dzieci. Łączna liczba dzieci przebywająca w tych podmiotach w 2018 r. wynosiła 158. Łóżka te wykazane zostały jako łóżka stacjonarne dla dorosłych – nie było odrębnego świadczenia Hospicja Stacjonarne dla Dzieci.

### Hospicja domowe

Jest to najbardziej pożądana forma opieki paliatywnej i najlepiej akceptowana przez pacjentów i bliskich, w sytuacji kiedy ich posiada. W Polsce domowa opieka paliatywna jest dobrze rozwinięta. Na koniec 2018 r. wykazane w świadczeniach NFZ były 393 komórki Hospicjum Domowego. Nie zmieniła się sytuacja, jeżeli chodzi o dostępność do świadczeń w porównaniu z 2017 r. Nadal obserwowane są kolejki, co spowodowane jest limitami kontraktowania. Największe nakłady na 1 ubezpieczonego w Hospicjum Domowym były w Woj. Opolskim (14,11 PLN), Kujawsko-Pomorskim (12,56), Lubuskim (11,76), Dolnośląskim (8,83), Mazowieckim (7,27). Najniższe w Woj. Małopolskim (4,05), Zachodniopomorskim (5,05) i Lubelskim (5,02). W porównaniu do 2017 r. kwoty powyższe w niektórych województwach uległy zwiększeniu, co było związane z wprowadzeniem taryfy AOTMiT. Jednak tak, jak w opiece stacjonarnej, stawki były znacznie zróżnicowane, od 56,19 PLN za punkt w Województwie Kujawsko-Pomorskim, Podlaskim, Warmińsko-Mazurskim, do 47,0 PLN za punkt w Województwie Zachodniopomorskim i Opolskim.

### Poradnie Medycyny Paliatywnej

Obserwuje się niewielki rozwój tej formy opieki, na koniec 2018 r. było 153 Poradni Medycyny Paliatywnej. W Poradniach Medycyny Paliatywnej zrealizowano 63 379 porad lub wizyt domowych. Duża liczba Poradni Medycyny Paliatywnej powstała w Województwie Mazowieckim i Łódzkim. Sytuacja niezbyt dobrego rozwoju Poradni Medycyny Paliatywnej spowodowana jest brakiem specjalistów medycyny paliatywnej i niską wyceną wizyty domowej.

### Sytuacja opieki paliatywnej w Województwie Wielkopolskim

**Dr hab. n. med. Wojciech Leppert, prof. UMP**  
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej w Województwie Wielkopolskim

*Pracownia Badania Jakości Życia, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

### Wykonanie świadczeń z zakresu opieki paliatywnej w 2018 r.

W 9 Poradniach Medycyny Paliatywnej wykonano 3692 porad za 199 034zł. Najwięcej Porad wyko-

nane w Poradni Medycyny Paliatywnej w Szpitalu w Puszczykowie — 1606, następnie w Przychodni Specjalistycznej Eskulap w Słupcy — 485 i w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego w Poznaniu — 430 porad.

W 43 Hospicjach Domowych objęto opieką 26 917 pacjentów, wykonano 445 328 osobodni na kwotę 24 107 271 zł.

W 9 Hospicjach Domowych dla Dzieci objęto opieką 1291 pacjentów, wykonano 36 764 osobodni na kwotę 3 200 027 zł. Najwięcej dzieci objętych opieką w Gnieźnie — 349.

W 18 jednostkach opieki stacjonarnej, w tym 12 Oddziałach Medycyny Paliatywnej i w 6 Hospicjach Stacjonarnych, objęto opieką 3773 pacjentów, 104 961 osobodni na kwotę 36 138 285 zł. Najwięcej pacjentów hospitalizowano w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego — 641, wykonano 12 796 osobodni, kwota refundacji 4 487 379 zł i w Szpitalu w Puszczykowie — 470 pacjentów, wykonano 14 271 osobodni, kwota refundacji wyniosła 4 892 376 zł.

### Ocena dostępności świadczeń zdrowotnych w dziedzinie opieki paliatywnej w poszczególnych regionach Województwa Wielkopolskiego

Niedostateczna jest liczba łóżek w większości powiatów, oprócz powiatu konińskiego, gdzie znajdują się dwa Hospicja Stacjonarne w Koninie i w Licheniu oraz pilskiego (po dwie jednostki opieki stacjonarnej w Pile i w Złotowie). Brak Oddziałów Medycyny Paliatywnej i Hospicjów Stacjonarnych w większości powiatów, zwłaszcza w części południowo — zachodniej Województwa Wielkopolskiego: szamotulskim, obornickim (Oddział Medycyny Paliatywnej utworzono pod koniec 2018 r., jednak Narodowy Fundusz Zdrowia do tej pory nie zawarł kontraktu i Oddział do chwili obecnej nie funkcjonuje), grodziskim, wolsztyńskim, czarnkowsko-trzcianeckim, międzychodzkiem, rawickim, gostyńskim, śremskim, średzkim, jarocińskim, tureckim, kolskim, ostrzeszowskim, kępińskim, a zwłaszcza leszczyńskim.

Trudna sytuacja jest w zakresie opieki paliatywnej w Lesznie: brak jednostki opieki stacjonarnej i Poradni Medycyny Paliatywnej, ograniczony dostęp pacjentów do opieki domowej — jedno Hospicjum Domowe z ograniczonym kontraktem.

Należy stwierdzić, iż wystarczająca jest geograficzna dostępność do opieki domowej (Hospicja Domowe), oprócz miasta Leszna i powiatu leszczyńskiego, jednak nadal barierę stanowią zbyt niskie kontrakty (liczba osobodni) z NFZ, co powoduje, iż często chorzy oczekują w kolejkach do przyjęcia do Hospicjum Domowego, pomimo, iż wiele jednostek przekracza kontrakty.

Obawy budzi ograniczona kadra lekarska: 50 specjalistów medycyny paliatywnej w Województwie Wielkopolskim, wolne miejsca specjalizacyjne od 2 lat (obecnie wolnych 9 na 27 dostępnych przed sesją jesienną) i pielęgnarska.

### Problemy jednostek opieki paliatywnej bez kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia

**Dr Jolanta Stokłosa**

*Prezes Forum Hospicjów Polskich, Hospicjum Św. Łazarza w Krakowie*

Obecnie w Polsce opieka paliatywna i hospicyjna jest prowadzona przez publiczne, prywatne i pozarządowe podmioty lecznicze. Liczba hospicjów i zakładów opieki paliatywnej w 2018 r. wynosiła 488, w tym: sektor publiczny 90, sektor prywatny 266, organizacje pozarządowe 132. Część pozarządowych zespołów opieki paliatywnej i hospicyjnej, posiadających zarejestrowane podmioty lecznicze działa jeszcze na zasadach wolontariatu (4). Są również stowarzyszenia z zarejestrowanymi podmiotami leczniczymi, które nie kontraktują opieki w NFZ (12). Opieka paliatywna i hospicyjna jest wspierana przez pozarządowe stowarzyszenia hospicyjne (6) i parafialne grupy charytatywne opiekujące się chorymi (4), które nie posiadają zarejestrowanych podmiotów leczniczych u wojewody. Zespoły te ofiarowują chorym obecność i dar towarzyszenia, wspierają rodziny chorych, prowadzą wypożyczalnie sprzętu medycznego. Członkowie zespołów posiadający zawody medyczne (lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci i psychologowie) uczą chorych i rodziny jak radzić sobie w trudnej sytuacji nieuleczalnej choroby.

### Problemy jednostek opieki paliatywnej i hospicyjnej bez kontraktu z NFZ

1. Prowadzenie opieki paliatywnej i hospicyjnej wymaga utworzenia zespołu składającego się z osób o zawodach medycznych, w tym lekarza i osób nie posiadających wykształcenia medycznego. Lekarz, który zajmuje się chorymi musi mieć możliwość wypisania recept, czy skierowań na badania. Celem możliwości wypisywania recept stowarzyszenia hospicyjne występują do regionalnych oddziałów NFZ z wnioskiem o wyrażenie zgody, która jest im udzielana. W przypadku uzyskania zgody stowarzyszenie musi stosować wymogi odnośnie rodzaju chorób wg załącznika nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych opieki paliatywnej i hospicyjnej, zgłosić lekarzy prowadzących chorych do NFZ i prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z wymogami NFZ, oraz poddawać się kontroli.

2. Brak umowy z NFZ wymaga od stowarzyszenia hospicyjnego pokrywania ze środków własnych zlecanym chorym przez lekarzy hospicyjnych badań, czy przewozu. Nie pozwala również na wypisywanie skierowań do innych zakładów opieki zdrowotnej.
3. Prowadzenie opieki hospicyjnej w danym terenie, którego granice określa sobie stowarzyszenie, powoduje niekiedy problemy w zaleceniu chorym odbycia wizyt u innych specjalistów. Problemem są również kłopoty z postrzeganiem stowarzyszenia hospicyjnego, jako konkurenta, który stara się jak najlepiej przyjść z pomocą choremu i rodzinie.
4. W niektórych obszarach problemem jest współpraca zespołu hospicyjnego z lekarzem pierwszego kontaktu, do którego należy chory.
5. Prowadzenie opieki paliatywnej i hospicyjnej wymaga dużych nakładów finansowych. Opieka stacjonarna jest tak kosztowna, iż jedynie bardzo małe domy hospicyjne o niewielkiej liczbie łóżek (do 5) są w stanie prowadzić ją bez pomocy środków z NFZ. Zespoły, które nie kontraktują opieki w NFZ przeważnie działają na zasadach wolontariatu i prowadzą opiekę domową. Koszty opieki hospicyjnej: dojazdy do pacjentów, wynajem pomieszczeń, ubezpieczenia, materiały biurowe, sprzęt komputerowy, sprzęt do wypożyczalni itp. są finansowane ze środków własnych, czyli pozyskiwanych przez stowarzyszenia, w tym posiadające status OPP. Są to zbiórki publiczne, 1% odpisu z podatku dochodowego, składki członków, czy dary osób fizycznych, bądź prawnych. Czasem hospicja otrzymują dotację z miasta lub gminy. Jeżeli hospicja zatrudniają lekarzy, czy pielęgniarki problem pozyskiwania odpowiednich środków na prowadzoną opiekę jest bardzo istotny i wymaga wzmoczonego wysiłku i organizowania różnych form pozyskiwania środków finansowych.

### Podsumowanie

Powyższe uwagi odnosiły się do stowarzyszeń pozarządowych, które nie posiadają kontraktów z NFZ. Na brak kontraktu mogą również decydować się spółki, które uważają, że będą prowadzić opiekę paliatywną i hospicyjną w ramach działalności gospodarczej, pobierając za wizyty członków zespołu kwoty ustalone w cenniku. Zachodzi pytanie, czy należy promować działalność pozarządowych stowarzyszeń posiadających zarejestrowane podmioty lecznicze i nie posiadających podpisanych kontraktów na opiekę z NFZ? W sytuacji, gdy nowe zespoły nie powstają może warto przedstawiać model stowarzyszeń posiadających zarejestrowane podmioty lecznicze, działających na zasadzie wolontariatu lub zatrudniających lekarzy i pielęgniarki w obszarach, gdzie chory nie posiada

dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej lub dostęp ten jest utrudniony.

### Sytuacja pielęgniarek opieki paliatywnej

**Mgr Izabela Kaptacz**

*Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej*

*Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej*

*Katedra Pielęgniarstwa, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach*

Opieka paliatywna jest sprawowana przez interdyscyplinarny zespół pielęgniarek, lekarzy, psychologów, fizjoterapeutów, pracowników socjalnych, duszpastry i wolontariuszy. Pielęgniarka uczestniczy we wszystkich formach sprawowanej opieki paliatywnej (opieka domowa, stacjonarna i ambulatoryjna) zapewniając pacjentom całodobową opiekę, towarzyszenie i wsparcie. Pielęgniarka, jako partner wielodyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej, rozpoznaje warunki, potrzeby zdrowotne i problemy pielęgnacyjne pacjenta, planuje i sprawuje opiekę nad pacjentem i rodziną, samodzielnie udziela w określonym zakresie świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne i wykonuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Pielęgniarka posiada umiejętności integracji wiedzy z różnych dziedzin medycyny i pielęgniarstwa (m.in. onkologii, chorób wewnętrznych, neurologii, psychiatrii, geriatry, chirurgii) z zagadnieniami filozoficznymi, psychospołecznymi i duchowymi.

Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (*European Association for Palliative Care* — EAPC) opieka paliatywna powinna być zapewniana na co najmniej na dwóch poziomach, jako podejście (ang. *palliative care approach*) i jako specjalistyczna opieka paliatywna (ang. *specialist palliative care*). Pierwszy dotyczy środowiska, w którym na co dzień rzadko leczy się chorych wymagających opieki paliatywnej. Podstawowe założenia opieki paliatywnej powinny być znane lekarzom i pielęgniarkom w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ), szpitalach i wśród pracowników domów opieki, dlatego opieka paliatywna powinna być elementem podstawowego programu nauczania. Specjalistyczna opieka paliatywna obejmuje chorych na postępujące, nieuleczalne choroby ze złożonymi potrzebami, które nie mogą być zaspokojone przez inne jednostki i jest prowadzona przez zorganizowane i profesjonalnie przygotowane zespoły opieki paliatywnej. Chorzy w specjalistycznej opiece paliatywnej wymagają licznych działań terapeutycznych i intensywnego leczenia objawów. Członkowie zespołu interdyscyplinarnego, w tym pielęgniarki, powinni wiedzieć, jak postępować w przypadku klinicznych

problemów z zakresu różnych dziedzin, w celu zaspokojenia złożonych potrzeb chorych. Ich praca odzwierciedla zaangażowanie w opiekę nad osobami z zagrażającymi życiu lub przewlekłymi chorobami i ich rodzinami.

W kształceniu przed dyplomowym na kierunku pielęgniarstwo na studiach licencjackich wykładany jest przedmiot opieka paliatywna i na studiach II<sup>o</sup> (magister pielęgniarstwa) specjalistyczna opieka paliatywna. W kształceniu podyplomowym pielęgniarzek w innych dziedzinach (m.in. pielęgniarstwo geriatryczne, rodzinne, onkologiczne, opieki długoterminowej) programy zawierają moduł z zakresu podstawowej opieki paliatywnej. Kształcenie pielęgniarzek z podstaw opieki paliatywnej jest warunkiem rozumienia i realizacji pierwszego poziomu opieki paliatywnej, zgodnie z wytycznymi EAPC.

Pielęgniarstwo opieki paliatywnej, jako odrębna dziedzina praktyczna i naukowa rozwija się dynamicznie stanowiąc istotny element opieki nad pacjentami w zaawansowanej fazie niepoddającej się leczeniu choroby. Kształcenie pielęgniarzek w ramach specjalizacji zostało wprowadzone Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w 1998 r. Pierwsze 40 osób zdało egzamin państwowy w 2006 r. Na podstawie art. 74 ust. 2 Ustawy o Zawodach Pielęgniarki i Położnej, 12 grudnia 2013 r., uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu kształcenia podyplomowego i przydatność poszczególnych rodzajów w zakresie zapewnienia realizacji opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia podpisał Rozporządzenie w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa i dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, pozostawiając w wykazie specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej.

Według danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie na koniec 2018 r. kurs specjalistyczny: Podstawy opieki paliatywnej ukończyło 6802 pielęgniarzek, kurs specjalistyczny: Pediatria domowa opieka paliatywna 113 pielęgniarzek, kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej 5033 pielęgniarzek. Po sesji wiosennej w 2019 r., w której egzamin państwowy zdało 266 pielęgniarzek, specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej posiada 1777 pielęgniarzek. W sesji jesiennej do egzaminu państwowego przystąpi 365 osób.

Kształcenie wszystkich członków zespołu opieki paliatywnej, w tym również pielęgniarzek, to konieczność wpływająca na dobrą realizację opieki paliatywnej. Zgodnie z aktualnymi wymaganiami zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń

gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, 25 % zatrudnionych pielęgniarzek (w przeliczeniu na etaty) powinno posiadać ukończone szkolenie specjalistyczne w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub kurs kwalifikacyjny w tej dziedzinie lub kurs specjalistyczny w zakresie podstaw opieki paliatywnej lub być w trakcie wyżej wymienionych form kształcenia. Wykaz kompetencji obowiązujący pielęgniarzkę po ukończeniu kształcenia podyplomowego (kurs, specjalizacja) stanowi Załącznik do programów szczegółowych zatwierdzanych przez Ministra Zdrowia, dostępnych na stronie CKPPIP. Ponadto, wykaz uprawnień pielęgniarki został częściowo określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarzkę, albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. 2017 poz. 497).

Większość badanych specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej podkreśla przydatność szkolenia specjalistycznego, szczególnie w aspekcie poprawy jakości własnej pracy, fachowości, biegłości i wysokiej sprawności w działaniu. Najczęściej pielęgniarki samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego wykonują tlenoterapię, dobór sposobów opatrywania ran i odleżyn, ocenę i monitorowanie natężenia bólu i innych objawów u przewlekle chorego, ocenę wydolności fizycznej chorego, doraźną modyfikację dawki leczniczej leku przeciwbólowego i leków stosowanych w celu leczenia innych dokuczliwych objawów.

Przygotowywana przez Ministerstwo Zdrowia *Polityka wieloletnia państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce* wskazuje na pięć priorytetowych obszarów: kształcenie przed- i podyplomowe, rolę i kompetencje w systemie ochrony zdrowia, normy zatrudnienia — określenie liczby i kwalifikacji w poszczególnych zakresach, warunki pracy, wynagrodzenia i prestiż zawodów oraz nowy zawód medyczny, jako zawód pomocniczy. W Polityce zawarto propozycję zmniejszenia liczby specjalizacji z 17 do 10. Obecnie trwają szczegółowe ustalenia. Wyzwaniem dla pielęgniarstwa opieki paliatywnej będzie utrzymanie odrębnej specjalizacji (poziom kształcenia z najwyższym zakresem samodzielnymi uprawnieniami wobec chorych objętych opieką paliatywną) i wprowadzenie przelicznika norm zatrudnienia. Zespół Konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej zaproponował, dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów, wprowadzenie przelicznika etatowego zatrudnienia pielęgniarzek w Oddziale Medycyny Paliatywnej i Hospicjum Stacjonarnym minimalnie 0,8 etatu przeliczeniowego na 1 łóżko.

## Ocena jakości życia chorych w opiece paliatywnej i wspierającej

**Dr hab. n. med. Wojciech Leppert, prof. UMP**  
Pracownia Badania Jakości Życia, Katedra i Klinika  
Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Jakość życia (JŻ, ang. *quality of life*) jest pojęciem subiektywnym i wielowymiarowym, które odnosi się do sytuacji chorych, która jest najczęściej oceniana przez samych pacjentów. Pomimo braku uniwersalnej definicji, pojęcie JŻ wprowadzono do medycyny. JŻ stanowi cenne źródło informacji dotyczące sytuacji chorych i uzupełnia obiektywną ocenę stanu klinicznego pacjentów ustalaną na podstawie danych z wywiadu, badania przedmiotowego i badań dodatkowych, co stanowi podstawę wyboru właściwego sposobu leczenia. Jednak postępowanie terapeutyczne powinno również uwzględniać zdanie chorego i rodziny (opiekunów), zwłaszcza w zakresie możliwych negatywnych skutków terapii, stąd istotna rola oceny JŻ. Oprócz wyleczenia, czy wydłużenia czasu przeżycia, ważnym celem postępowania terapeutycznego pozostaje poprawa JŻ chorych i opiekunów. Szczególna rola JŻ dotyczy pacjentów z rozpoznaniem nowotworu i innych chorób przewlekłych, zwłaszcza w zaawansowanej fazie, kiedy uzyskanie całkowitego wyleczenia, a nawet znacznego wydłużenia czasu przeżycia, zwykle nie jest możliwe.

Negatywny wpływ nowotworu i innych chorób przewlekłych na JŻ pacjentów wynika z zaburzenia wszystkich wymiarów: fizycznego (dolegliwości wynikające z rozwoju choroby i działań niepożądanych leczenia, w konsekwencji ograniczenie aktywności chorych), psychologicznego (stres onkologiczny), pogorszenie funkcjonowania społecznego (często izolacja) i problemów duchowych. Wynika stąd wniosek, iż poprawa JŻ może zostać osiągnięta dzięki wszechstronnej pomocy udzielanej pacjentom i rodzinom (opiekunom), która obejmuje właściwe leczenie przyczynowe i objawowe, wsparcie psychologiczne, społeczne i duchowe. Taką kompleksową opiekę mogą zapewnić zespoły interdyscyplinarne ośrodków onkologicznych i opieki paliatywnej. Do osiągnięcia skutecznej pomocy niezbędna jest dokładna ocena kliniczna, która uwzględni indywidualne potrzeby chorych i opiekunów we wszystkich wymiarach życia.

Ocena JŻ stanowi cenne źródło informacji dotyczące głównie subiektywnej sytuacji chorych, dzięki czemu przyczynia się do poprawy skuteczności leczenia i ograniczenia działań niepożądanych poprzez poszukiwanie bardziej efektywnych i mniej obciążających metod terapii. Przykładem może być wprowadzenie do leczenia bólu przewlekłego produktów opioidów o długotrwałym 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, w znacznym stopniu ogranicza negatywny wpływ oksykodonu na czynność przewodu pokarmowego, zmniejsza częstość i nasilenie zaparcia stolca. Lekiem o istotnie mniejszym negatywnym wpływie na czynność przewodu pokarmowego i rzadszych innych objawach niepożądanych, w porównaniu do typowych opioidów, jest tapentadol, który wykazuje podwójny mechanizm działania przeciwbólowego: ograniczony wpływ agonistyczny na receptory opioidowe  $\mu$  i hamowanie wychwytu zwrotnego noradrenaliny w OUN, co zapewnia skuteczną analgezę, zwłaszcza chorym z bólem przewlekłym neuropatycznym. W leczeniu zaparcia stolca wywołanego opioidami coraz większą rolę odgrywają leki z grupy PAMORA (peripherally acting  $\mu$  opioid receptor antagonist — obwodowi antagoniści receptorów opioidowych  $\mu$ ), zwłaszcza naldemedyna i naloksegol podawane drogą doustną.

Warto podkreślić, iż ocena JŻ jest przydatna do oceny, jakości opieki paliatywnej. W ocenie JŻ nie należy pomijać dystresu (cierpienia) opiekunów (rodzin), którzy towarzysząc chorym często doświadczają znacznego obciążenia opieką i współodczuwają cierpienie pacjentów, co zaburza ich funkcjonowanie w sferze fizycznej, psychospołecznej i duchowej.

W prezentacji dokonano przeglądu badań JŻ chorych na nowotwory z uwzględnieniem kryteriów psychometrycznych narzędzi służących do oceny JŻ. Dokonano przeglądu najczęściej stosowanych kwestionariuszy służących do oceny JŻ, z uwzględnieniem modułowego podejścia EORTC (*European Organization for the Research and Treatment of Cancer* — Europejska Organizacja Badań i Leczenia Nowotworów) i kwestionariusza ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*) powszechnie stosowanego do oceny objawów i JŻ chorych w opiece paliatywnej.

## Ocena jakości życia chorych w ostatnich tygodniach życia — *Integrated Palliative Care Outcome Scale*

**Dr n. med. Tomasz Grądalski**  
*Hospicjum Św. Łazarza w Krakowie*

Właściwe rozpoznanie wielowymiarowych problemów, z którymi boryka się chory u kresu życia stanowi niezbędny element warunkujący wdrożenie skutecznej opieki paliatywnej i hospicyjnej. Ocena wyników podejmowanych działań (*outcome*) nie jest możliwa bez systematycznego monitorowania zmian w nasileniu problemów w sferach fizycznej, psychicznej,

społecznej i duchowej pacjenta. Badanie natężenia występujących objawów fizycznych i ogólnej sprawności wydaje się dla klinicystów łatwiejsze, natomiast ocena dystresu psychologicznego, społecznego, duchowego i jakości życia sprawia więcej problemów w praktyce klinicznej.

Pomimo dostępności licznych narzędzi szacujących jakość życia przeznaczonych dla pacjentów na różnych etapach wielu schorzeń, ocena jakości życia chorych w ostatnich tygodniach życia sprawia szczególne trudności. W tym okresie dobre narzędzie do oceny jakości życia powinno nie tylko trafnie i rzetelnie ją oceniać (w kilku wymiarach), ale również w minimalnym stopniu obciążać chorego, oszczędzać czas personelu medycznego, być powtarzalne w ocenie przez pacjenta lub, jeżeli ocena dokonana przez chorych jest niemożliwa, przez opiekunów. Niemniej istotną cechą dobrego narzędzia psychometrycznego jest jego uniwersalizm.

Klinicyści z *King's College London* — *Cicelly Saunders Institute* pod kierunkiem Profesor Irene J. Higginson opracowali pod koniec lat 90. *Palliative Care Outcome Scale* (POS) i uproszczoną modyfikację (*Integrated POS* — IPOS), które łączą powyższe wymagania w ocenie jakości życia i jakości opieki. Aktualnie trwa proces adaptacji i walidacji IPOS w warunkach polskich, aby narzędzie mogło znaleźć szersze zastosowanie. Na wykładzie przedstawione zostaną praktyczne aspekty związane z wykorzystaniem IPOS w opiece paliatywnej.

#### Wpływ muzykoterapii na jakość życia chorych na nowotwory objętych opieką paliatywną

**Dr n. biol. Małgorzata Stańczyk**

*Pracownia Muzykoterapii, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu*

Wstęp. W prezentacji przedstawiono wyniki badań dotyczących wpływu muzykoterapii na jakość życia chorych na nowotwory leczonych w Hospicjum Palium w Poznaniu. Celem badań była ocena wpływu muzykoterapii na jakość życia chorych objętych opieką paliatywną stacjonarną, domową i dziennego ośrodka opieki paliatywnej.

Pacjenci i metody. Badaniem objęto 75 chorych na nowotwory, średnia wieku pacjentów wynosiła 69 lat. Do badania zakwalifikowano pacjentów o różnej lokalizacji pierwotnego ogniska nowotworu. Do oceny wpływu muzykoterapii na jakość życia chorych zastosowano Krótki Kwestionariusz Stanu Poznawczego, skalę aktywności chorych Karnofsky, Kwestionariusz Jakości Życia McGill. Dokonano porównania zmian jakości życia w czasie, jakie zaszły w poszczególnych grupach chorych, przed rozpoczęciem i po zakończeniu muzykoterapii. W badaniu przyjęto założenie, zgodnie z którym zastosowany

program muzykoterapeutyczny może wpływać pozytywnie na stan psychofizyczny pacjenta i poprawiać jakość życia. Zastosowania muzyka była ukierunkowana na dostarczenie pacjentom pozytywnych przeżyć emocjonalnych, wyrównanie nastroju, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i akceptacji. Obok muzyki poważnej wykorzystano utwory muzyki relaksacyjnej. Zastosowano muzykoterapię receptywną i aktywną w formie indywidualnej i grupowej, przez okres 21 dni.

Wyniki. Stwierdzono poprawę ogólnej jakości życia chorych we wszystkich trzech badanych grupach, niezależnie od płci, wieku i pierwotnej lokalizacji procesu nowotworowego. Wykazano istotną statystycznie różnicę wskazującą na korzystny wpływ muzykoterapii na wymiar psychiczny, emocjonalny i aspekt wsparcia emocjonalnego ( $p < 0,05$ ). Muzykoterapia nie wpłynęła istotnie na somatyczny wymiar jakości życia.

**Wnioski.** Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na korzystny wpływ muzykoterapii na jakość życia chorych, która stanowi bezpieczną i nieinwazyjną formę wsparcia psychoonkologicznego chorych na nowotwory objętych opieką paliatywną stacjonarną, domową i dziennego ośrodka opieki paliatywnej.

#### Postępy w leczeniu farmakologicznym bólu u chorych na nowotwory

**Dr hab. n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek**  
*Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

Obecna Konferencja skłania do spojrzenia wstecz. W 1986 r. Grupa Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia opracowała zasady leczenia bólu u chorych na nowotwory.

W 1991 r. z inicjatywy Profesora Jacka Łuczaka utworzono pierwszą Klinikę Opieki Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (pełna nazwa: Klinika Opieki Paliatywnej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii Onkologicznej przy Katedrze Onkologii) z 7-lóżkowym Oddziałem działającym od 1990 r. w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, Poradnią Walki z Bólem i Zespołem Wyjazdowym (działającymi od 1987 r.) oraz programem nauczania studentów Wydziału Lekarskiego (jeden z pierwszych programów w Europie). Kolejne lata to rozwój działalności Kliniki na rzecz pacjentów i rodzin, działalność edukacyjna na wszystkich kierunkach studiów medycznych i liczne badania przy łóżku chorego nad sposobami skutecznego i bezpiecznego stosowania leków przeciwbólowych; wprowadzanych w kolejnych latach produktów opioidów i adjuwantów analgetycznych.

W początkach działalności Kliniki, spośród opioidów dostępne były jedynie kodeina i morfina. Profesor Jacek Łuczak opracował sposoby przygotowania obydwu leków w postaci roztworów wodnych



i morfiny do podawania drogą podskórną przez igłę typu „motylek”. Kolejne lata to okres bardzo licznych szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek w wielu miejscach Polski na temat sposobów przygotowania i podawania morfiny w sposób najbardziej skuteczny, bezpieczny i wygodny dla pacjenta, to także powstanie forów konferencyjnych. Należy wspomnieć coroczne Kursy doskonalące w Puszczkowie z udziałem Profesora Roberta Twycross (ówczesnego Kierownika Hospicjum Sir Michael Sobel House w Oksfordzie, ośrodka współpracującego ze Światową Organizacją Zdrowia, Członka zespołu ekspertów tworzącego zalecenia WHO leczenia bólu u chorych na nowotwory) i innych Wykładowców z wielu czołowych ośrodków na świecie dla pracowników zespołów opieki paliatywnej (działających i powstających) z Polski i Europy Środkowo-wschodniej, dyskusje na temat sposobów wdrażania leczenia przeciwbólowego i sposobów poprawy leczenia w oparciu o doświadczenie kliniczne uczestników Konferencji. Kolejne lata to wprowadzanie kolejnych opioidów i nowych produktów leków opioidowych do stosowania przewlekłego i doraźnego.

W 1985 r. wprowadzono na rynek polski nowy (alternatywny dla kodeiny) lek opioidowy o złożonym mechanizmie działania — tramadolu w postaci kropli i tabletek do podawania drogą doustną i ampułek do podawania drogą podskórną (obecnie stosowany szeroko również w leczeniu bólu nienowotworowego, w tym u osób starszych). W 1998 r. wprowadzono przezskórny fentanyl (pierwszy „plaster” zawierający wolno uwalniany lek opioidowy) do stosowania regularnego w leczeniu bólu przewlekłego. W 1999 r. wprowadzono pierwszy produkt morfiny o zmodyfikowanym uwalnianiu, o 12-godzinny działaniu, do stosowania regularnego drogą doustną. W 2001 r. wprowadzono tabletki morfiny o natychmiastowym uwalnianiu — do podawania regularnego i doraźnego. W 2002 r. wprowadzono produkt przezskórny buprenorfiny, leku cechującego się niskim ryzykiem działań niepożądanych i toksyczności, z uwagi na korzystne właściwości farmakokinetyczne i profil działań niepożądanych, zalecany zwłaszcza do stosowania u osób starszych. W 2008 r. wprowadzono pierwszy produkt oksykodonu o przedłużonym uwalnianiu o 12-godzinny działaniu; alternatywny w stosunku do morfiny, „silny” opioid.

W 2008 r. wprowadzono pierwszy produkt opioidu (fentanylu) do podawania przezśluzówkowego/podpoliczkowego, o szybkim początku działania (ok. 10 minut) i  $\geq 2$  godzinny działaniu. W 2009 r. wprowadzono pierwszy produkt opioidu (fentanylu) do stosowania drogą donosową o najszybszym początku działania (ok. 5 minut) i krótkim działaniu  $\geq 1$ -godzinny. Obydwa powyższe produkty zostały prze-

znaczone do stosowania w leczeniu zaostrzeń bólu, tzw. bólów przebijających.

W 2009 r. wprowadzono pierwszy produkt opioidu (oksykodon) w postaci połączonej w jednej tabletki o przedłużonym uwalnianiu z naloksonem, antagonistą receptorów opioidowych, który pozwala skutecznie leczyć ból u pacjentów z zaparciami po lekach opioidowych.

W 2010 r. wprowadzono tapentadol — lek o podwójnym mechanizmie działania — agonista receptorów opioidowych o właściwościach hamowania wychwytu zwrotnego noradrenaliny, co zapewnia poszerzenie spektrum działania przeciwbólowego leku.

W 2012 r. wprowadzono pierwszy preparat złożony, zawierającego dwa leki analgetyczne, o odmiennych mechanizmach działania: tramadol i paracetamol, który znalazł szerokie zastosowanie w leczeniu bólu przewlekłego nienowotworowego, szczególnie u osób starszych.

Obok opioidów na przestrzeni ostatnich lat wprowadzano również nowe adjuwanty analgetyczne. Warto wspomnieć o lekach stosowanych obecnie powszechnie w leczeniu bólu neuropatycznego: pregabalina i gabapentynie oraz duloksetynie (zalecane u chorych z bólem neuropatycznym), a także o ketamini stosowanej wraz z opioidami w leczeniu opornego na inne leki bólu neuropatycznego. Obok produktów, które znalazły trwałe miejsce w leczeniu bólu były też środki, które po krótkim okresie stosowania zostały wycofane z uwagi na niekorzystny profil skuteczności i bezpieczeństwa. Nie udowodniono również jednoznacznie skuteczności kanabinoidów w leczeniu bólu, które jednak są coraz szerzej stosowane z uwagi na potencjalny efekt łagodzenia objawów innych niż ból.

Wprowadzenie do leczenia bólu przewlekłego wielu opioidów i nowych leków ko-analgetycznych przyniosło poprawę skuteczności leczenia. Było to możliwe m.in. dzięki poznaniu właściwości poszczególnych opioidów i poszukiwaniu najskuteczniejszych metod ich zastosowania u chorych, polegających na:

- wyborze właściwego opioidu do stosowania regularnego – pod względem profilu działania, drogi podania, właściwości farmakokinetycznych, potencjalnych działań niepożądanych i interakcji lekowych, szczególnie u chorych starszych, z niewydolnością narządową i chorobami współistniejącymi;
- ostrożnym miareczkowaniu — określeniu optymalnych dawek początkowych opioidu, stopniowo zwiększanych pod kontrolą efektu analgetycznego i działań niepożądanych;
- właściwym doborze leku (z reguły opioidu) do stosowania doraźnego w leczeniu bólu przebijającego;

- kojarzeniu opioidu z adjuwantami analgetycznymi zależnie od rodzaju bólu;
- zamianie lub łączeniu opioidów w celu poprawy analgezji i profilu działań niepożądanych, kiedy efekt leczenia danym opioidem jest niezadowalający;
- ścisłym monitorowaniu efektów leczenia;
- stosowaniu terapii opioidowej w ramach opieki holistycznej nad chorym.

Ważną rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa leczenia bólu odegrały również badania nad polifarmakoterapią i interakcjami lekowymi u pacjentów w opiece paliatywnej.

W 2019 r. Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała uaktualnione zalecenia dotyczące leczenia bólu u chorych na nowotwory, poszerzone o określenie roli radioterapii w leczeniu bólu „WHO Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents”. W trakcie prezentacji zostaną przedstawione obowiązujące aktualnie zasady leczenia bólu u chorych na nowotwory, pozwalające na skuteczne i bezpieczne postępowanie w ramach holistycznego programu opieki nad chorym.

#### Zapobieganie bólowi proceduralnemu w praktyce pielęgniarstwa

**Dr n. med. Wiesława Piotrowska**

*Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu*

Ból stanowi jeden z najczęściej występujących objawów u chorych na nowotwory, który istotnie obniża jakość życia pacjentów i opiekunów przyczyniając się do większego cierpienia chorych i ich rodzin. Ból podczas zabiegów diagnostycznych, leczniczych i wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych można zaliczyć do podtypu bólu przebijającego nazywanego najczęściej bólem proceduralnym. Ból przebijający charakteryzuje:

- nagły początek,
- szybki wzrost natężenia, zwykle po 3–5 minutach ból osiąga maksymalne natężenie,
- silne natężenie — w skali NRS najczęściej powyżej 5,
- krótki czas trwania — zazwyczaj ok. 30 minut,
- w 95% może mieć to samo umiejscowienie, co ból podstawowy
- różny patomechanizm: somatyczny (45%), trzewny (30%), neuropatyczny (10%), mieszany (15%)
- występowanie zwykle kilka razy na dobę,
- częstsze współwystępowanie lęku i depresji,
- ograniczenie aktywności i istotne pogorszenie jakości życia chorych i opiekunów,
- zwiększenie kosztów leczenia.

#### Leczenie bólu proceduralnego

Wystąpieniu tego rodzaju bólu można zapobiec poprzez wcześniejsze podanie analgetyku (najczęściej

opioidowego o natychmiastowym uwalnianiu) drogą doustną, podskórną, bądź w warunkach Oddziału lub Poradni dożylną, w dawce dobranej indywidualnie, która wymaga miareczkowania i najczęściej jest równa ok. 10–20% dawki dobowej opioidu, stosowanego w leczeniu bólu podstawowego.

Ogólne zalecenia to podanie przed bolesnymi czynnościami pielęgniarstwu:

- morfiny o szybkim uwalnianiu drogą doustną w postaci tabletek lub roztworu wodnego — początek analgezji po ok. 20–30 minutach od podania leku;
- morfiny drogą dożylną — efekt analgetyczny po ok. 2–5 minutach od podania leku;
- produktów fentanylu podawanych przezśluzówkowo (podpoliczkowo, podjęzykowo, donosowo) — efekt analgetyczny po ok. 5–10 minutach od podania leku.

Przy wyborze najbardziej odpowiedniej drogi podawania opioidów należy uwzględnić: biodostępność produktu, łatwość użycia, szybkość działania, preferencje pacjenta, choroby współistniejące takie, jak zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, zapalenie błony śluzowej nosa i gardła. Wg Charakterystyki Produktu Leczniczego wszystkie produkty fentanylu o szybkim początku działania przeciwbólowego można stosować u chorych leczonych opioidami z powodu bólu podstawowego, co oznacza stosowanie przez okres co najmniej 7 dni, jednego z wymienionych opioidów drogą doustną w następujących dawkach dobowych:

- przynajmniej 60 mg morfiny,
- co najmniej 30 mg oksykodonu,
- przynajmniej 8 mg hydromorfonu,
- lub dawki równoważne wymienionych opioidów stosowane innymi drogami.

Dla opioidów podawanych drogą transdermalną dawki wynoszą co najmniej:

- co najmniej 25  $\mu\text{g}/\text{godz.}$  fentanylu,
- przynajmniej 35  $\mu\text{g}/\text{godz.}$  buprenorfiny.
- Wybór pomiędzy różnymi produktami fentanylu stosowanego w leczeniu bólu proceduralnego powinien być dokonywany indywidualnie, na podstawie oceny klinicznej pacjenta i praktycznych możliwości prowadzenia terapii.

We własnym badaniu porównano efekty analgetyczne, działania niepożądane i jakość życia chorych na nowotwory podczas leczenia opioidami stosowanymi w leczeniu bólu proceduralnego o silnym natężeniu wywołanym czynnościami pielęgnacyjnymi: morfinę podawaną drogą dożylną, fentanyl podawany w postaci aerozolu wodnego drogą donosową i fentanyl podawany w postaci tabletek drogą podpoliczkową.

Na podstawie uzyskanych wyników przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:

1. U chorych na nowotwory morfina podawana drogą dożylną, fentanyl stosowany drogą donosową i drogą podpoliczkową wykazują podobną, zadalającą skuteczność analgetyczną w leczeniu bólu proceduralnego o silnym natężeniu wywołanego czynnościami pielęgnacyjnymi.
2. W porównaniu do leczenia morfiną stosowaną drogą dożylną, podczas terapii fentanyłem podawanym drogą donosową i podpoliczkową obserwowany jest mniejszy negatywny wpływ bólu na ogólną aktywność chorych, zdolność chodzenia i normalną pracę.
3. Morfina podawana drogą dożylną, fentanyl stosowany drogą donosową i podpoliczkową wykazują podobny profil i najczęściej niewielkie natężenie działań niepożądanych.
4. Badane opioidy poprawiają jakość życia chorych, przy czym w porównaniu do leczenia morfiną stosowaną drogą dożylną, podczas terapii fentanyłem podawanym drogą donosową i podpoliczkową, obserwowany jest wyższy poziom funkcjonowania fizycznego chorych.
5. W celu zmniejszenia ryzyka działań niepożądanych niezbędne jest miareczkowanie dawek badanych opioidów, w szczególności produktów fentanylu o szybkim początku działania, podawanych drogą donosową i podpoliczkową przed czynnościami pielęgnacyjnymi wywołującymi ból o silnym natężeniu i stosowanie tego rodzaju terapii u chorych leczonych opioidami z powodu bólu podstawowego i przebijającego spontanicznego.
6. Produkty fentanylu podawane drogą donosową i podpoliczkową cechuje wysoka skuteczność przeciwbólowa, nieinwazyjny sposób podania i szybki początek analgezji, co sugeruje możliwość stosowania w warunkach domowych przed czynnościami pielęgnacyjnymi wywołującymi ból o silnym natężeniu.

#### Techniki interwencyjne leczenia bólu w opiece paliatywnej

**Dr n. med. Grzegorz Kowalski**

*Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu*

*Poradnia Leczenia Bólu, Szpital Kliniczny*

*Przemienienia Pańskiego w Poznaniu*

*Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Miejski im. Józefa Strusia w Poznaniu*

Techniki interwencyjne/inwazyjne mogą znaleźć zastosowanie w leczeniu bólu u pacjentów znajdujących się pod opieką jednostek opieki paliatywnej (Poradni Medycyny Paliatywnej, Hospicjum Domo-

wego, Oddziału Medycyny Paliatywnej/Hospicjum Stacjonarnego) nie różnią się w zasadniczy sposób od innych grup chorych. W przypadku braku zadowalających efektów postępowania zachowawczego należy rozważyć i dobrać technikę jak najmniej inwazyjną i najbardziej skuteczną. Do dyspozycji pozostaje próba oddziaływania bezpośredniego lub pośredniego na ośrodkowy układ nerwowy, spłoty i nerwy obwodowe, autonomiczny układ nerwowy, głównie część współczulną. Stosowane techniki stanowią blokady, działania neuromodulacyjne i neurodestrukcyjne.

Blokady są czasowym zablokowaniem przepływu informacji we włóknach nerwowych po podaniu najczęściej leków miejscowo znieczulających, często w połączeniu ze sterydami i/lub innymi lekami blokującymi receptory „bólów”. Są wykonywane w celach diagnostycznych i terapeutycznych najczęściej, jako blokady ciągłe. Najczęściej wykonywane są:

- blokady centralne: zewnątrzoponowe, bardzo rzadko podpajęczynówkowe;
- blokady spłotów i nerwów obwodowych: spłotu ramiennego, przykręgowego, nerwu kulszowego, nerwu udowego;
- blokady miejsc spustowych (*Trigger Point*) — blokada nasiękowa.
- Działania neuromodulacyjne stanowią wykorzystanie czynników fizycznych stabilizujących funkcjonowanie włókien nerwowych. Stymulacja prądem o odpowiednio dobranej częstotliwości (Hz) i natężeniu (mA) centralna:
- stymulacja rdzenia kręgowego — elektrody najczęściej 2 symetrycznie założone do przestrzeni zewnątrzoponowej;
- stymulacja mózgu poprzez założenie elektrod mózgowych obwodowa;
- stymulacja nerwów obwodowych — wszczępienie elektrod w bezpośrednie pobliże przebiegu nerwu. Wpływ pola elektromagnetycznego — termolezja pulsacyjna.

Wpływ zimna – krioterapia, kriolezja — oddziaływanie na stawy, nerwy obwodowe.

Zabiegi neurodestrukcyjne (przerwanie ciągłości dróg/włókien nerwowych, centralne i obwodowe):

- chirurgiczne, np.: rizotomie, chordotomie, sympatektomie;
- chemiczne — z zastosowaniem 50–96% alkoholu, fenolu, glicerolu.

Najczęściej stosowane są sympatektomie piersiowe na poziomie Th2, spłotu podbrzusznego górnego, dolnego — zwoju Waltera, spłotu trzewnego i sympatektomie w odcinku lędźwiowym.

## Nowe wyzwania i możliwości: leczenie odleżyń i ran przewlekłych

**Dr hab. n. med. Maciej Sopata**

*Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu*

*Poradnia Chirurgii Ogólnej, Hospicjum Paliatum w Poznaniu*

Kompleksowy program postępowania z odleżynami polega na wczesnej ocenie czynników ryzyka, wdrożeniu odpowiedniej profilaktyki i w przypadku jej niepowodzenia, leczeniu powstałej rany. Najważniejszym elementem kompleksowego postępowania z odleżynami jest profilaktyka, czyli wiele czynności, działań i stosowanie specjalistycznego sprzętu, który zapobiega lub zmniejsza ryzyko powstania odleżyń. Zmienneociśnieniowe, dynamiczne materace przeciwoodleżynowe stanowią „złoty” standard, ale zmienia się ich budowa i funkcje. Popularność zyskują materace z przechyłem bocznym.

W patogeniezie powstawania odleżyń istotnym czynnikiem są siły ścinające. Obecnie w kilku krajach Europy i USA zarejestrowane i refundowane są nieznacznie zmodyfikowane opatrunki poliuretanowe, np. AquacelFoam Pro, które są stosowane profilaktycznie. Ich działanie polega na znaczącym zmniejszeniu sił ścinających, a ich użycie zostało naukowo udokumentowane (obecnie niedostępne w Polsce).

W leczeniu odleżyń obowiązuje koncepcja TIME: T — niepełnowartościowa tkanka (*Tissue nonviable or deficient*), I — kontrola infekcji i kolonizacji (*Infection and inflammation control*), M — odpowiednia równowaga wilgoci (*Moisture balance*), E — brzegi rany, naskórkowanie (*Epidermal edges*). Zgodnie ze aktualnym stanem wiedzy na temat kluczowej negatywnej roli obecnej w ranie tkanki martwiczej, koncepcja została uaktualniona na DIME, gdzie D oznacza oczyszczanie.

W kompleksowym leczeniu odleżyń można również stosować tzw. Kolorowy Model Klasyfikacji Ran. Odleżyna może znajdować się w jednej z faz gojenia i można ją opisać przy pomocy jednego z 4 kolorów. Rana „czarna/brązowa”, jako kolor martwicy, rana „żółta”, jako kolor rozpułwnej martwicy tkanki podskórnej, rana „czerwona”, jako kolor tkanki ziarninującej i rana „różowa”, jako naskórkująca.

Oczyszczanie może być przeprowadzone chirurgicznie, mechanicznie — opatrunkiem Debrisoft®, antyseptykiem, enzymatycznie — Santyl®, biologicznie — larwy *Phaenicia sericata* lub przy pomocy opatrunków utrzymujących wilgotne środowisko i przyspieszających naturalne procesy autolityczne zachodzące w ranie. Bardzo skuteczne jest również oczyszczanie przy pomocy antyseptyku: gaziki nasączone Octenisept® — zmiana 2–3 razy dziennie, Octenilin żel® — zmiana, co 1–2 dni. Istotnym problem w leczeniu

odleżyń stanowi również biofilm bakteryjny. Różnorodna trójwymiarowa struktura zbudowana z bakterii otoczonych zewnątrzkomórkową wielocukrową substancją, m. in. zbudowaną z glikoprotein, glikopeptydów, polisacharydów, bakteryjnego DNA, które hamują penetrację antyseptyków i antybiotyków w jego głąb. Pozwala na istnienie bakterii, jako jeden wielokomórkowy organizm. Biofilm opóźnia gojenie rany, może stanowić źródło jej infekcji i infekcji w odległych regionach ciała pacjenta lub sepsy. Postępowanie polega na oczyszczaniu/płukaniu, które zmniejsza ryzyko infekcji, „agresywnym” oczyszczaniu chirurgicznym, miejscowym stosowaniu antyseptyków penetrujących biofilm — Octenisept® — dichlorowodorek oktenidyny, Aquacel Ag + ekstra — opatrunek przeciwbiofilmowi.

Rany z czarną/brązową wilgotną/suchą martwicą należy oczyścić i usunąć tkankę martwiczą i w zależności od ilości wysięku można zastosować, w przypadku małej ilości lub braku wysięku: oczyszczanie chirurgiczne, antyseptyki, hydrokoloidy — autolityczne lub larwy — biochirurgia, a w przypadku średniej ilości: hydrożele, żel hydrokoloidowy lub antyseptyk z żelem.

Rany z martwicą żółtą należy oczyścić i usunąć tkankę martwiczą i w zależności od ilości wysięku można zastosować, w przypadku średniej ilości wysięku: hydrokoloidy, antyseptyk z żelem, dekstranomery, żel hydrokoloidowy lub opatrunki z miodem Manuka, a przypadku znacznej ilości: antyseptyki w roztworze lub opatrunki hydrofibre® — hydroflokienne z Ag.

W ranach z czerwoną ziarniną ochraniać i pobudzać jest ziarninowanie i, w zależności od ilości wysięku, można zastosować, w przypadku średniej ilości wysięku: hydrokoloidy, antyseptyk z żelem lub opatrunki poliuretanowe, a przypadku jego dużej ilości: opatrunki alginianowe, opatrunki hydrofibre®, opatrunki poliuretanowe lub terapię podciśnieniową (akumulatorową lub mechaniczną, stacjonarną lub przenośną).

W ranach różowych ochraniać jest i stymulować powstający naskórek i możliwe zastosowanie: hydrokoloidy super cienkie, błony półprzepuszczalne lub żel hydrokoloidowy.

W leczeniu odleżyń stosowane są również opatrunki ze srebrem aktywnym. Srebro wykazuje znaczne spektrum przeciwbakteryjne, nie rozwija się na nie oporność, interferuje z transportem elektronów błony komórkowej bakterii, uszkadza replikację bakteryjnego DNA, łączy się z grupami SH, hamując oddychanie bakteryjne i wykazuje niski profil toksyczności. Posiada również bezpośredni wpływ na procesy gojenia: zwiększa hemostazę, zmniejsza zapalenie, zwiększa reepitelizację, zwiększa angiogenezę i posiada bezpośredni hamujący wpływ na metaloproteazy.

W procesie leczenia istotna jest współpraca wielodyscyplinarnego zespołu tak, aby oceniać stan rany, rodzaj tkanki, charakter wysięku i stan otaczającej skóry, dokumentować proces leczenia (fotografie, pomiary wielkości, objętość), oceniać możliwości dostosowania pacjenta do planu leczenia oraz modyfikować plan opieki i terapii.

### Leczenie obrzęku limfatycznego u pacjentów w opiece paliatywnej

**Mgr Maria Naglak-Bilewska**

*Zakład Fizjoterapii, Hospicjum Palium w Poznaniu*

Obrzęk limfatyczny występuje często u chorych objętych opieką paliatywną. Podstawową metodę leczenia obrzęku limfatycznego stanowi kompleksowa terapia udrażniająca, która obejmuje manualny drenaż limfatyczny, kompresjoterapię, ćwiczenia poprawiające odpływ chłonki i pielęgnację skóry. Głównym celem działań fizjoterapeutycznych w leczeniu obrzęku chłonnego jest poprawa jakości życia poprzez zmniejszenie rozmiaru obrzęku, zwiększenie ruchomości w stawach i przywrócenie funkcji kończynom, zmniejszenie uczucia napięcia tkanek i rozpiekania skóry. Poprawa kliniczna korzystnie wpływa na stan psychiczny chorych.

W zaawansowanej fazie choroby nowotworowej przeprowadzenie pełnej terapii obrzęku chłonnego może być zbyt obciążające dla pacjentów, dlatego należy dokonać jej modyfikacji i zrezygnować z niektórych składowych, np. z drenażu limfatycznego, a bandażowanie wykonać w mniejszym zakresie i z mniejszą siłą ucisku. Należy również unikać jednorazowego przemieszczania dużej ilości płynów z obwodu do centrum. Zastosowane metody fizjoterapeutyczne powinny być dobrane indywidualnie, z uwzględnieniem stanu ogólnego i poziomu funkcjonowania chorych, po wyeliminowaniu wszelkich przeciwwskazań.

### Chorzy z rozpoznaniem stwardnienia zanikowego bocznego nowym wyzwaniem dla opieki paliatywnej

**Prof. dr hab. n. med. Jacek Łuczak,  
dr n. med. Iwona Zaporowska-Stachowiak**  
*Hospicjum Palium, Szpital Kliniczny Przemienia Pańskiego w Poznaniu*

Przed objęciem opieką w naszym Hospicjum Pana Wojciecha i zachorowaniem Syna miałem tak, jak i nasz Zespół Hospicjum Palium, niewielką wiedzę o stwardnieniu zanikowym bocznym (SLA, *sclerosis lateralis amyotrophica*) — rzadkiej chorobie na którą w Polsce choruje ok. 2500 pacjentów. Przez ponad 30 lat pracy w charakterze lekarza medycyny paliatywnej proszono mnie na konsultacje do trzech chorych w wieku senioralnym, a dwóch przyjęliśmy z respiratorem na nasz Oddział Medycyny Paliatywnej, co miało

miejsce przed kilkunastu laty, kiedy nie potrafiliśmy się jeszcze z Nimi komunikować. Chorzy zmarli po kilkunastu tygodniach pobytu. Od czasu, kiedy wiadomość o chorobie Syna znalazła się w mediach społecznościowych, wiele rodzin chorych i sami pacjenci nawiązali kontakt ze mną, głównie w celu pozyskania wiedzy, czy jakkolwiek zastosowana terapia u Syna, przynosi chociaż minimalne efekty. Mamy od tego czasu także więcej chorych w opiece. Wszystkich zwracających się do mnie o pomoc staram się jak najrzetelniej informować o terapii Syna, który w 5 roku zachorowania korzysta z opieki Hospicjum Domowego, nie mówi, jest karmiony przez PEG i ma stosowany przez kilka do kilkunastu godzin na dobę respirator wspomagający oddychanie przy użyciu maski.

Moje i personelu doświadczenia z SLA nabywaliśmy podczas poprzedzającej zachorowanie mojego Syna, 5-letniej opieki w naszym Hospicjum sprawowanej nad Panem Wojciechem, który stopniowo coraz bardziej we wszystkich czynnościach stawał się zależny od opiekunów. Ten trzydziestokilkuletni Pacjent, był i nadal jest naszym nauczycielem, a personel Hospicjum, w zależności od wrażliwości, zdolności i intuicji uczył się coraz trudniejszej opieki mającej na celu zaspakajanie wszystkich potrzeb. Coraz bardziej utrudniała tą naukę i opiekę postępująca trudność w mówieniu, przy pogarszaniu możliwości przyjmowania pokarmów, a co za tym idzie, chudnięcie i narastające osłabienie mięśni oddechowych. Dobre komunikowanie z pozbawionym możliwości mówienia chorym jest istotne, personel medyczny i bezpośredni opiekunowie starali się uświadomić, co przeżywa chory konfrontowany z narastającą niesprawnością ciała, przy zachowanej świadomości dalszych zagrożeń związanych z rozwojem choroby.

Zaczeliliśmy również rozumieć, że kilkadziesiąt wezwań nocnych z prośbą o zmianę ułożenia było miarą narastającego lęku i sygnałem walki o bezpieczeństwo, a nie chęci dokuczania dyżurnym pielęgniarkom. W miarę upływu czasu i coraz lepszego rozumienia myśli wypowiedzianych coraz bardziej gestami i wzrokiem z użyciem komputerowego programu, doszło do doskonalenia rozumienia potrzeb pozbawionego już niemal ruchów ciała chorego. Zaspakajanie ich było przedmiotem specjalnej troski i zaangażowania osoby i osób spośród personelu, szczególnie dotyczyło to wolontariuszy i zaprzyjaźnionych z Panem Wojciechem fizjoterapeutów, dla którego ze względu na brak całodobowej opieki we własnym domu, Hospicjum stało się domem. Do podjęcia najtrudniejszych decyzji doszło, kiedy trzeba było, aby chory wyraził zgodę na założenie PEG, tracheostomię i podłączenie respiratora. Wówczas pomocne było to, że Pacjent już opanował alternatywną umiejętność posługiwania

się przy użyciu ruchów gałek ocznych programem komputerowym dla chorych, którzy utracili zdolność mówienia, co pozwalało także na korzystanie z poczty internetowej.

Obecnie, po 4 latach pobytu naszego chorego w Hospicjum nadal pobieramy nauki i chyba również przekazujemy pacjentowi, jak ważny jest dla nas, kiedy Jego wymagania są trudniejsze do zaspakajania, w odróżnieniu od innych ważnych dla naszego Zespołu chorych. Do oceny stanu chorych służy skala oceny funkcjonowania pacjenta ze stwardnieniem zanikowym bocznym (ALSFRS, *Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale*), w której oceniane są: mowa, wydzielanie śliny, przełykanie, pisanie ręką, krojenie i posługiwanie się sztucznymi lub akcesoriami kuchennymi, w tym samodzielne przygotowywanie posiłków lub nie, ubieranie się samodzielnie/z pomocą i higiena osobista — zmiana pozycji ciała na łóżku i poprawianie pościeli samodzielnie/z pomocą, chodzenie — wchodzenie po schodach, oddychanie.

Rozmyślając nad pobytem Pana Wojciecha w naszym Hospicjum często zastanawiam się, czy fakt ten miał stanowiąc przygotowanie mnie i opiekujących się Synem do tej niewyobrażalnie trudnej wypełnionej cierpieniami roli. Syn Michał, 30-latek tak, jak Pan Wojciech oraz Pan Piotr Pajęczkowski, Autor książki „Warto żyć” i wielu innych, zmagają się z tą samą chorobą, co niedawno zmarły słynny astrofizyk i kosmolog Stephen Hawking. SLA, które u Michała postępuje, powodowało stopniowe osłabienie mięśni kończyn górnych i dolnych, aparatu mowy — przestał mówić, potykać, jest całkowicie zależny od swoich doskonałych opiekunów. Pieniądze, niespodziewanie szybko zebrane na leczenie w Pekinie, zostały stracone, ponieważ podawanie embrionalnych komórek macierzystych nie przyniosło efektu. Obecnie choroba poczyniła znaczne postępy u Syna. Zgodził się po długich targach na PEG, ponieważ schudł ponad 30 kg, ale nadal nie zgadza się na tracheostomię, co ułatwiłoby ewakuację pobudzającej do kaszlu wydzieliny w drogach oddechowych. Ciągle ma nadzieję na pokonanie

choroby, a sprawujący opiekę wszystkiego nauczyli się podczas miesięcy i lat opieki nad Synem, utwierdzając Go w przekonaniu, iż Jego życie jest bardzo ważne dla Nich i 7-letniej Córeczki.

Aby sprostać wymogom opieki nad chorymi z rozpoznaniem SLA należy zapewnić możliwość komunikowania przez 24 godziny. Stały kontakt i dostępność bezpośredniego opiekuna, także w nocy, zapewnia system przywoławczy umieszczony przy chorym. Pomocny jest alternatywny system komunikacji, który polega na koncepcji wskazywania przez pacjenta przy pomocy ruchów gałek ocznych liter na specjalnie przygotowanej barwnej tablicy z pleksi, które są odczytywane i układane w wyrazy i zapisywane przez osobę bezpośrednio opiekującą się chorym.

W opiece paliatywnej nad chorym konieczne jest posiadanie wiedzy o niesieniu ulgi w różnorodnych objawach i niedogodnościach, cierpieniach nie tylko w sferze somatycznej, ale także psychicznej, socjalnej i egzystencjalnej (duchowej), nie tylko regularnie, ale i niespodziewanie. Należy sobie także uświadomić jak trudno dobrać lek i sposób postępowania, który będzie pomocny i jak niepowodzenia podejmowanych działań wpłyną na chorego. Odrębne cierpienia zawierają przeżycia osób bliskich i innych bezpośrednio opiekujących się chorym. Do tej pory, pomimo prawie 100 od czasu pierwszego opisu chorego z rozpoznaniem SLA i przeprowadzenia wielu badań, nie udało się ustalić patomechanizmu choroby, a także w odróżnieniu do SM, nie udało się znaleźć skutecznego postępowania, które pozwoliłoby na uzyskanie wyleczenia, bądź spowolnienia choroby. Chorzy i ich bliscy szukają pomocy, kontaktują się poprzez media społecznościowe i internet, śledzą nowe informacje dotyczące prób stosowania leków w USA, Francji, czy Australii w ramach badań klinicznych. Nadzieja na znalezienie, czy możliwość wypróbowania leczenia prowadzonego w tych krajach, stanowi uzupełnienie zmniejszającej cierpienia miłości doświadczanej od osób najbliższych otaczających serdeczną i troskliwą opieką chorych.