

XXIV Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych 16–18 stycznia 2020 roku, Częstochowa

ORGANIZATOR GŁÓWNY



WSPÓŁORGANIZATORZY



Polskie Towarzystwo
Pielęgniarstwa
Opieki Paliatywnej



Zakład Medycyny i Opieki
Paliatywnej
Wydziału Nauk o Zdrowiu
w Katowicach
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

PATRONAT HONOROWY



Ministerstwo Zdrowia
Patronat Honorowy Ministra Zdrowia



WOJEWODA ŚLĄSKI



Patronat Honorowy
Marszałek Województwa Śląskiego



Starostwo Powiatowe
w Częstochowie



PATRONAT
PREZYDENTA MIASTA CZĘSTOCHOWY
KRZYSZTOFA MATYJASZCZYKA



ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
W KATOWICACH



NACZELNA
IZBA LEKARSKA



NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



POLSKIE
TOWARZYSTWO
OPIEKI PALIATYWNEJ



PATRONAT MERYTORYCZNY

*Palliative
Medicine
in Practice*

KOMITET NAUKOWY:

Przewodnicząca:

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

Vice Przewodniczący:

mgr Izabela Kaptacz

prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert

Sekretarz:

mgr Katarzyna Mucha

Członkowie:

dr n. med. Marcin Janecki

mgr Anna Kaptacz

dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik, prof. UMK

Senator RP dr Ryszard Majer

prof. dr hab. Jacek Męcina

dr n. o zdr. Agata Panas

dr n. med. Jadwiga Pyszkowska

dr inż. Iwona Rutkowska

dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz

dr n. med. Jolanta Warzycha

KOMITET ORGANIZACYJNY:

Przewodniczący:

mgr Artur Kaptacz

Vice Przewodnicząca:

mgr Anna Kaptacz

Sekretarz:

mgr Marta Kachel

Członkowie:

Bartosz Bednarek

mgr Aneta Długosz

mgr inż. Dagmara Jarosik

mgr Izabela Kaptacz

Ewa Kluska

Monika Kołodziejczyk

mgr Beata Kozak

mgr Katarzyna Mucha

mgr Magdalena Nemsz

mgr inż. Rafał Nemsz

mgr Agata Olszewska

mgr Krzysztof Petryków

lek. Jacek Rogalski

dr inż. Iwona Rutkowska

Joanna Wolna

WYKŁADOWCY

Dr n. med. Zbigniew Bohdan

Lekarz, pediatra z ponad 40-letnim stażem, nauczyciel akademicki, emerytowany Docent Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci). Wykładowca Uniwersytetu Gdańskiego i Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (Pomoc socjalna, Psychoonkologia, Psychologia Kliniczna, Arteterapia). Trener psychoonkologii, wychowawca i nauczyciel zawodu, współtwórca tanatopedagogiki, od ponad 20 lat animator i uczestnik rozwoju opieki paliatywnej dziecięcej, wykładowca. Od wielu lat związany z Hospicjum im. Ks. Eugeniusza Dutkiewicza w Gdańsku (lekarz i kierownik medyczny oddziału dziecięcego). Honorowy Członek Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Gdańsk

Mgr Maciej Buś

Manager ochrony zdrowia, konsultant, trener, wieloletni auditor wiodący ISO/IEC 27001. Współzałożyciel marki ISO-PROFIT, ekspert w zakresie cyberbezpieczeństwa, pasjonat systemów zarządzania i norm ISO z powodzeniem potrafiący zarażać swoją pasją innych, Łódź

Dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz

Kierownik Zakładu Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Kierownik Oddziału Medycyny Paliatywnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM w Łodzi, redaktor naczelny czasopisma *Palliative Medicine*, Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, Łódź

Prof. zw. dr hab. n. med. Jadwigi Jośko-Ochojska

Specjalista w dziedzinie medycznych aspektów stresu, neurofizjolog, lekarz chorób wewnętrznych, specjalista zdrowia publicznego, Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej w Śląskim Uniwersytecie Medycznym, Zabrze

Mgr Anna Kaptacz

Pielęgniarka, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, pedagog, manager ochrony zdrowia, organizator opieki paliatywnej w północnej części województwa śląskiego, założycielka i prezes Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej, Częstochowa

Mgr Izabela Kaptacz

Pielęgniarka, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, wykładowca w Zakładzie Medycyny i Opieki Paliatywnej Katedry Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach; dyrektor ds. pielęgniarstwa i opieki paliatywnej w Stowarzyszeniu Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, Częstochowa

Dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik, prof. UMK

Lekarz, specjalista chorób wewnętrznych i medycyny paliatywnej w Zakładzie Medycyny Paliatywnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, prof. UMK, Kierownik Katedry i Zakładu Opieki Paliatywnej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (CM UMK), psychoonkolog i superwizor psychoonkologii, współprzewodnicząca i współzałożycielka Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia, pełnomocnik CM UMK w Centrum Komunikacji Klinicznej, Prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie, zastępca redaktora naczelnego kwartalnika *Palliative Medicine in Practice*, Bydgoszcz

Mgr Małgorzata Kulas

Magister pielęgniarstwa, specjalista pielęgniarstwa onkologicznego, Pielęgniarka Oddziałowa — Oddział Onkologiczny z Pododdziałem Diennej Chemioterapii Szpital Wojewódzki im. Św. Ojca Pio w Przemyślu, Asystent — Instytut Nauk Społecznych i Ochrony Zdrowia w Państwowej Wyższej Szkole Wschodnioeuropejskiej w Przemyślu, Pielęgniarka — Hospicjum Domowe — Niepubliczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy i Opieki Paliatywnej „Santa Rita” w Przemyślu, Członek Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej w województwie podkarpackim (2014–2019), Przemyśl

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert

Lekarz, specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej i onkologii klinicznej, profesor nadzwyczajny w Pracowni Badania Jakości Życia Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, redaktor naczelny czasopisma *Palliative Medicine in Practice*, prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej im. Aleksandra Lewińskiego i Antoniny Mazur, członek polskich i międzynarodowych towarzystw naukowych, Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej, Poznań

Lek. Olaf Lubas

Lekarz, specjalista medycyny paliatywnej i chorób wewnętrznych, wykładowca akademicki Zakładu Medycyny i Opieki Paliatywnej, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ordynator Oddziału Medycyny Paliatywnej w Podmiocie Lecznym Ojców Kamilianów, Tarnowskie Góry

Senator RP dr Ryszard Majer

Senator, nauczyciel akademicki w Akademii Jana Długosza w Częstochowie, urzędnik i samorządowiec, Zastępca przewodniczącego Komisji Spraw Zagranicznych i Unii Europejskiej, Członek Komisji Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej, Przewodniczący Senackiego Zespołu ds. Ochrony Konsumentów, Członek Parlamentarnego Zespołu na rzecz Polityki i Kultury Prorodzinnej, autor licznych publikacji naukowych i artykułów, Częstochowa

Prof. dr hab. Jacek Męcina

Prawnik, polityk społeczny, ekspert z zakresu prawa pracy i stosunków pracy oraz polityki zatrudnienia, polityki rynku pracy i dialogu społecznego. Dyrektor Instytutu Polityki Społecznej Wydział Nauk Politycznych i Studiów Międzynarodowych Uniwersytet Warszawski, obecnie Kierownik Katedry Ustroju Pracy i Rynku Pracy. Wcześniej wicedyrektor Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych (1997–2000). Członek Trójstronnej Komisji ds. Społeczno-Gospodarczych (od 2004), wiceminister gospodarki i pracy odpowiedzialny za problemy prawa pracy, wynagrodzeń, dialogu społecznego i rynku pracy (2005), a od 2012 roku Sekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej. Jeden z najwybitniejszych ekspertów z zakresu prawa pracy i problemów zatrudnienia. Jego zainteresowania badawcze koncentrują się na polityce zatrudnienia i rynku pracy, prawie pracy i zbiorowych stosunków pracy oraz warunkach funkcjonowania dialogu społecznego w Polsce i w krajach UE, Warszawa

Lek. Artur Pakosz

Lekarz, specjalista chorób wewnętrznych i medycyny paliatywnej, Kierownik Szpitala przy E. Plater 17 Beskidzkiego Centrum Onkologii — Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Bielsku Białej, wykładowca Zakładu Medycyny i Opieki Paliatywnej Katedry Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej w Województwie Śląskim, Katowice, Gliwice

Dr n. o zdr. Agata Panas

Dr nauk o zdrowiu, mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej i pielęgniarstwa pediatrycznego, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku, członek Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, członek Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej oraz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa, Białystok

Dr n. med. Jadwiga Pyszkowska

Lekarz, specjalista anestezjologii i medycyny paliatywnej, Kierownik Poradni Medycyny Paliatywnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. Prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Katowice

Mgr Augustyn Patyk

Psycholog, filozof, farmaceuta, student trzeciego roku ratownictwa medycznego, psycholog w Stowarzyszeniu Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, wykładowca w Wyższej Szkole Zarządzania, Częstochowa

Lek. Jacek Rogalski

Lekarz, specjalista chorób zakaźnych, medycyny ratunkowej i medycyny paliatywnej, członek Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej i Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, dyrektor ds. medycznych Hosp-Med. Sp. z o.o.; lekarz w Stowarzyszeniu Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, Częstochowa

Dr n. med. Monika Rucińska

Lekarz, specjalista w dziedzinie radioterapii onkologicznej, onkologii klinicznej i medycyny paliatywnej, certyfikowany psychoonkolog. Adiunkt Pracowni Medycyny Paliatywnej i Psychoonkologii Katedry Onkologii *Collegium Medicum* Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Lekarz Zakładu Radioterapii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. Lekarz Hospicjum Centrum Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Olsztynie. Członek Zarządu Olsztyńskiego Stowarzyszenia Hospicyjnego „Palium”, Olsztyn

Dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz

Specjalista psycholog kliniczny, adiunkt w Klinice Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej UM w Lublinie, Kierownik Katedry Psychologii i Zakładu Psychologii Stosowanej UM w Lublinie, konsultant Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w zakresie psychologii klinicznej dziecka chorego somatycznie, przewodnicząca Polskiej Pediatrycznej Grupy Psychoonkologów Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Prezes Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego, Lublin

Dr n. prawnych Piotr Sierakowski

Prawnik, sędzia. Przewodniczący III Wydziału Rodzinnego i Nieletnich Sądu Rejonowego w Grodzisku Mazowieckim, pracownik Sądu Okręgowego w Warszawie VI Wydział Cywilny Rodzinny Odwoławczy. Absolwent studiów magisterskich filozoficzno-teologicznych w Wydziale Teologicznym Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa

Dr n. med. Anna Szczypka

Magister pielęgniarstwa, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, pracownik naukowo-dydaktyczny Krakowskiej Akademii im. A. Frycza Modrzewskiego w Krakowie. Pielęgniarka epidemiologiczna w Szpitalu Zakonu Bonifratrów Św. Jana Grzegorzego w Krakowie. Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, Kraków

Mgr Aneta Trzcńska

Magister pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego, Wykładowca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Brand Ambassador EDTNA/ERCA w Polsce, Członek Zarządu Klubu Dostępu Naczyniowego, Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Nefrologicznych, Sekretarz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego o/Katowice, Katowice

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

Lekarz, specjalista z zakresu psychiatrii i medycyny paliatywnej, psychoonkologii, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego, Kierownik Katedry Psychiatrii Wydziału Lekarskiego na Uniwersytecie Warmińsko Mazurskim w Olsztynie, Gdańsk.

Mgr farm. Małgorzata Wagner

Medical Advisor w firmie Spectrum Therapeutics; założycielka pierwszego w Polsce punktu konsultacyjnego w zakresie leczenia konopiami medycznymi w Koninie.

Dr n. med. Jolanta Warzycha

Lekarz specjalista pediatrii, neonatologii i alergologii, ordynator oddziału neonatologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP, Prezes Śląskiego Oddziału Regionalnego Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, autorka publikacji z zakresu neonatologii, pediatrii, edukacji zdrowotnej, przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego listopadowych neonatologicznych konferencji teatralnych, inicjatorka i organizatorka cyklicznych spotkań pod hasłem „Wiedza i Praktyka w Neonatologii”; Członek komisji problemowych OIL w Częstochowie: Etycznej, Bioetycznej, ds. Kultury, Częstochowa

Mgr Paweł Witt

Magister pielęgniarstwa, doktorant Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, psychoonkolog, specjalista pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej, prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezyjologicznych i Intensywnej Opieki, pielęgniarz oddziałowy Oddziału Klinicznego Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Opieki Pooperacyjnej Samodzielny Publiczny

Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie, pielęgniarz Ośrodka Hospicjum Domowego NZOZ Zgromadzenia Księży Marianów w Warszawie, biegły sądowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego, opieki paliatywnej i psychoonkologii, Warszawa

Norbert Arnold

Prawnik, od 16 lat Dyrektor naczelny Działu Socjalnego Communio in Christo, Mechernich, Niemcy

PROGRAM*

Czwartek, 16.01.2020 roku	
11.00–15.00	Rejestracja Uczestników Konferencji
12.00	Walne Zebranie Członków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej
15.00–16.30	I SESJA WARSZTATOWA Radzenie sobie ze stresem w pracy z pacjentem <i>mgr psycholog Augustyn Patyk (Częstochowa)</i> Jak realizowane są zadania interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej w leczeniu bólu przewlekłego <i>lek med. Jacek Rogalski, mgr Izabela Kaptacz (Częstochowa)</i> Bezpieczne techniki podnoszenia, przemieszczania i higieny pacjenta w opiece paliatywnej i hospicyjnej <i>mgr fizjoterapii Kamil Kulawik, mgr Grzegorz Róg</i> Leczenie ran przewlekłych z elementami terapii podciśnieniowej
16.30–16.45	Przerwa
16.45–18.15	II SESJA WARSZTATOWA Radzenie sobie ze stresem w pracy z pacjentem <i>mgr psycholog Augustyn Patyk (Częstochowa)</i> Jak realizowane są zadania interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej w leczeniu bólu przewlekłego <i>lek med. Jacek Rogalski, mgr Izabela Kaptacz (Częstochowa)</i> Bezpieczne techniki podnoszenia, przemieszczania i higieny pacjenta w opiece paliatywnej i hospicyjnej <i>mgr fizjoterapii Kamil Kulawik, mgr Grzegorz Róg</i> Leczenie ran przewlekłych z elementami terapii podciśnieniowej
18.30–19.00	Kolacja
19.30–20.30	Msza Święta Inauguracyjna na Jasnej Górze w intencji śp. prof. dr hab. Jacka Łuczaka
21.00–21.20	Apel Jasnogórski
Piątek, 17.01.2020 roku	
8.00–10.00	Rejestracja Uczestników Konferencji
10.00–10.30	Uroczyste otwarcie Konferencji, wystąpienie zaproszonych gości
10.30–11.45	SESJA INAUGURACYJNA Lękajcie się kłamstwa <i>prof. dr hab. n. med. Jadwiga Joško-Ochojska (Zabrze)</i> Realizacja opieki paliatywnej i hospicyjnej na Ziemi Częstochowskiej — wspomnienia i wyzwania <i>mgr Anna Kaptacz (Częstochowa)</i> Organizacja opieki paliatywnej w Niemczech <i>Norbert Arnold, Mechernich (Niemcy)</i>
11.45–12.00	Przerwa kawowa
12.00–13.30	II SESJA PLENARNA — PRAWA I POTRZEBY NIEULECZALNIE CHORYCH Moderatorzy: dr n. med. Jadwiga Pyszkowska, mgr Izabela Kaptacz Prawda — gwarancją podmiotowości chorego i jego rodziny w specjalistycznej opiece paliatywnej <i>dr n. med. Jadwiga Pyszkowska (Katowice)</i> Prawo pacjenta do informacji w aspekcie etyczno-prawnym — punkt widzenia pielęgniarki opieki paliatywnej <i>dr n. med. Agata Panas (Białystok)</i> Prawo pacjenta do wyboru formy opieki paliatywnej <i>mgr Izabela Kaptacz (Częstochowa, Katowice)</i> Zgoda na leczenie pacjenta w hospicjum w aktach prawa międzynarodowego i krajowego <i>dr n. prawnych Piotr Sierakowski (Warszawa)</i>
13.30–14.30	Przerwa na lunch

14.30–16.00	III SESJA PLENARNA — MEDYCZNE ASPEKTY OPIEKI PALIATYWNEJ Moderatorzy: dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, mgr Małgorzata Kulas Leczenie objawowe pacjenta w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej <i>lek. Olaf Lubas (Katowice, Tarnowskie Góry)</i> Leczenie bólu u chorych na nowotwory według Światowej Organizacji Zdrowia — co przyniósł rok 2019? <i>dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz (Łódź)</i> Powikłania leczenia onkologicznego u pacjentów objętych opieką paliatywną <i>dr n. med. Monika Rucińska (Olsztyn)</i> Pielęgniarka onkologiczna w zespole opieki paliatywnej <i>mgr Małgorzata Kulas (Przemyśl)</i>
16.00–16.15	Przerwa kawowa
16.15–18.00	IV SESJA PLENARNA — WYZWANIA DLA ZESPOŁÓW OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ Moderatorzy: prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert, mgr Izabela Kaptacz Problemy stosowania przepisów prawa pracy w hospicjach i ośrodkach opieki paliatywnej <i>dr hab. Jacek Męcina prof. UW (Warszawa)</i> Wczesna opieka paliatywna (wspierająca) — korzyści dla pacjentów, opiekunów i systemu opieki zdrowotnej <i>prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert (Poznań)</i> Neto- i fonoholizm — mit czy rzeczywistość? <i>dr n. med. Jolanta Warzycha (Częstochowa)</i> Krajowy system cyberbezpieczeństwa – wymagania prawne w sektorze ochrony zdrowia <i>mgr Maciej Buś (Łódź)</i>
18.00–19.00	Kolacja
19.30	SESJA WIECZORNA
Sobota, 18.01.2020 roku	
7.30–8.30	Msza Święta na Jasnej Górze/Pielgrzymka Hospicjów Polskich
10.00–12.00	WYKŁAD PROGRAMOWY Jak poinformować chorego, że umiera? <i>prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Galuszko (Gdańsk, Olsztyn)</i> V SESJA PLENARNA — WYZWANIA DLA ZESPOŁÓW OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ Moderatorzy: dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik, mgr Anna Kaptacz Godne warunki starzenia się i umierania na wsi <i>dr Ryszard Majer Senator RP, mgr Anna Kaptacz (Częstochowa)</i> Ból totalny według Cicely Saunders, czyli gdy wszystko jest bólem <i>dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik (Bydgoszcz)</i> Ścieżki rozwoju psychoonkologa w świetle nowych norm prawnych i wytycznych <i>dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz (Lublin)</i> Zastosowanie konopi medycznych w terapii bólu oraz opiece paliatywnej <i>mgr farm. Małgorzata Wagner (Konin)</i>
12.00–12.15	Przerwa na kawę
12.15–14.15	VI SESJA PLENARNA — MEDYCZNE ASPEKTY OPIEKI PALIATYWNEJ Moderatorzy: lek. Artur Pakosz, mgr Katarzyna Mucha Opieka paliatywna w intensywnej terapii <i>mgr Paweł Witt (Warszawa)</i> Żywnienie i leczenie chorych z wyniszczeniem nowotworowym w praktyce <i>lek. Artur Pakosz, Katowice (Bielsko Biała)</i> Czy Ignaz Semmelweis by nas pochwalił <i>dr n. med. Anna Szczypta (Kraków)</i> Postępowanie przy pobieraniu materiału do badań — błędy i dobre praktyki <i>mgr Aneta Trzcńska (Katowice)</i> Podsumowanie Konferencji — Samotność w chorobie <i>dr n. med. Zbigniew Bohdan (Gdańsk)</i>
14.15–15.15	Lunch

*Organizatorzy zastrzegają możliwość wprowadzenia niewielkich zmian w programie

Streszczenia

Radzenie sobie ze stresem w pracy z pacjentem

Mgr Augustyn Patyk

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej

Zajęcia warsztatowe podczas, których zostaną poruszone tematy stresu w miejscu pracy, kontaktu z „trudnym”, niewspółpracującym chorym, z pacjentami agresywnymi, roszczeniowymi i z rodzinami pacjentów. Ponadto, omówione będą zagadnienia: jak radzić sobie ze stresem w pracy, style poznawcze, analiza mechanizmów obronnych ego, rodzaje relacji interpersonalnych. Ponadto dyskusja dotycząca rozpoznawania emocji i identyfikacji introspektywnej stanów emocjonalnych. Dodatkowo prezentacja treningu relaksacji.

Program warsztatu:

- 1) Pojęcie stresu w biologii i psychologii;
- 2) Relacja pacjent–pielęgniarka, pielęgniarka–lekarz;
- 3) Pacjent „trudny”, niewspółpracujący, roszczeniowy, agresywny;
- 4) Analiza stanów emocjonalnych, mechanizmów obrony ego;
- 5) Trening relaksacji.

Jak realizowane są zadania interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej w leczeniu bólu przewlekłego

Mgr Izabela Kaptacz¹, Lek. Jacek Rogalski²

¹Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, Hosp-Med sp. z o.o. w Częstochowie

Opieka paliatywna opiera się na pracy interdyscyplinarnego zespołu współpracującego z chorym, jego rodziną i innymi specjalistami oraz podstawową opieką zdrowotną. Nie sprowadza się jedynie do opieki zinstytucjonalizowanej, lecz stanowi filozofię postępowania, która wymaga harmonijnej i skoordynowanej współpracy wszystkich członków zespołu terapeutycznego. W funkcjonowaniu interdyscyplinarnego zespołu uwzględniane są aspekty „złotego” standardu w zakresie leczenia objawów, całodobowej dostępności do profesjonalnej opieki i wsparcia w okresie umierania i osierocenia. Wymaga to wspólnego planowania opieki, koordynacji działań, regularnych spotkań i właściwej komunikacji w zespole.

Szczególnym zadaniem wobec nieuleczalnie chorych, zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek, jest współpraca w zakresie leczenia i monitorowania bólu przewlekłego podstawowego i przebijającego. Znajomość zasad postępowania objawowego, systematyczna ocena skuteczności leczenia i wystąpienia objawów ubocznych, połączona ze znajomością kompetencji i roli członków zespołu oraz uwarunkowań prawnych, dają szansę na podejmowanie optymalnych decyzji. Skuteczność w działaniu można osiągnąć, jeśli w zespole nastawionym na poprawę jakości życia pacjenta i jego rodziny określone są jasne zasady działania, wypracowane procedury postępowania, sprecyzowane role, sprawna komunikacja i ciągłe dążenie do rozwoju. Podczas warsztatów omówione zostaną konkretne sytuacje kliniczne pacjentów i wypracowane modele postępowania zespołu opieki paliatywnej.

Lękajcie się kłamstwa

Prof. dr hab. n. med. Jadwiga Joško-Ochojska

Katedra i Zakład Medycyny i Epidemiologii

Środowiskowej Śląski Uniwersytet Medyczny, Zabrze

Od wieków starano się czytać myśli ludzkie i wykrywać kłamstwo. Od czasu wydarzeń 11 września 2011 r. i początku wojny z terroryzmem, coraz więcej badaczy wykorzystuje nowoczesne metody neuroobazowania mózgu do badania kłamstwa, z których wynika m.in., iż kłamstwo wymaga większego zaangażowania zasobów poznawczych niż mówienie prawdy, a tym samym intensywniejszej pracy mózgu. Wiemy także, które struktury mózgu są zaangażowane w różne rodzaje kłamstwa. Ale...wytrenowany kłamca może sprytnie zafałszować wynik badania. Do tego dochodzi jeszcze wiele innych nierozstrzygniętych problemów medycznych, prawnych i etycznych. Pomimo coraz nowocześniejszych urządzeń do wykrywania kłamstwa, należy z pewnym dystansem odnosić się do ich wyników i zawsze pamiętać o tym, że stany umysłowe w żadnym wypadku nie mogą być bezpośrednio odczytywane z badań obrazowych mózgu, jak to bywa sugerowane lub oczekiwane. Słowa Świętego Jana Pawła II „Nie lękajcie się prawdy” inspirują by odpowiedzieć: „Lękajcie się kłamstwa”. Z medycznego punktu widzenia, kłamstwo to czynnik jednoznacznie szkodliwy dla organizmu człowieka. Już od wczesnego dzieciństwa powtarzane tzw. „zabawne kłamstewka” wypowiedane przez nasze dzieci, nie pozostają bez znaczenia. Powodują powiększanie się jąder migda-

łowatych, czego konsekwencją jest lęk i agresywne zachowanie. Święty Augustyn mówił o tym wprost: „Czy to jest owa dziecięca niewinność? Nie, Panie! Zmiłuj się, Panie! To nie jest niewinność. Zamiast pedagogów i nauczycieli będą prefekci i królowie, zamiast orzechów, piłek i wróble — złoto, majątki, służba, a istota rzeczy pozostaje, przenika do lat dorosłych.”

A później, w wieku dorosłym, przyzwyczajenie się do częstego okłamywania ludzi powoduje także przyzwyczajenie się naszego organizmu do tych negatywnych emocji, co powoduje bardzo poważne konsekwencje. Wielkie kłamstwa bolą mniej i stają się sposobem na życie. W wielu strukturach mózgu następuje wzrost aktywacji neuronów, który z czasem powoduje przygłuszenie wyrzutów sumienia, ciało migdałowe przestaje reagować, toleruje się zło. W ten sposób traci się swoją szlachetność i naturalną dobroć. Zło zaś jest początkiem zmiany osobowości, ale również może prowadzić do wielu chorób. Jak mówi profesor Leon Drobnik: „Niezależnie od motywów, które do kłamstwa prowadzą, zło jest jego kotwicą”.

Realizacja opieki paliatywnej i hospicyjnej na Ziemi Częstochowskiej — wspomnienia i wyzwania

Mgr Anna Kaptacz

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej

Opieka paliatywna na Ziemi Częstochowskiej mogła rozwinąć się dzięki pomocy i wsparciu Świętej Pamięci prof. dr hab. med. Jacka Łuczaka. Pierwsze spotkanie z Profesorem odbyło się w marcu 1993 r. w Oddziale Klinicznym Opieki Paliatywnej Akademii Medycznej w Poznaniu. Trzy osoby z Częstochowy zostały zakwalifikowane na tygodniowy kurs opieki paliatywnej. Program kształcenia podzielony był na część teoretyczną i praktyczną. Rano odbywały się zajęcia teoretyczne, a w godzinach popołudniowych szkolenie praktyczne w Oddziale Stacjonarnym Opieki Paliatywnej i w Hospicjum Domowym. Profesor zapoznał nas również z działalnością Oddziału Dniennego i wolontariatu. Zdobyta wówczas wiedza została przełożona na rozwój Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej. Profesor nie zostawił nas ze zdobytą wiedzą. Odwiedzał Częstochowę kilka razy, celem propagowania idei hospicyjnej u władarzy samorządowych i wojewódzkich. Rekomendował nas jako osoby przygotowane do tworzenia opieki paliatywnej w Województwie Częstochowskim. Z takim Promotorem było nam łatwiej rozwijać nową wówczas na Ziemi Częstochowskiej opiekę nad pacjentami w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej. Ważnym wydarzeniem była I Konferencja Opieki Pali-

tywnej zorganizowana przez Stowarzyszenie wspólnie z Wojewódzkim Ośrodkiem Doskonalenia Kadr Medycznych w Częstochowie w 1995 r. Wzięło w niej udział 150 uczestników z różnych placówek służby zdrowia Województwa Częstochowskiego. Profesor nie zapomniał o nas nigdy i kiedy tylko była okazja do promowania naszej działalności — zawsze to czynił. I tak w 1996 r. znaleźliśmy się na szlaku hospicjów polskich w czasie wizyty delegacji hospicjów angielskich i amerykańskich zainteresowanych rozwojem opieki paliatywnej w naszym kraju. Wizyta rozpoczęła się w Gdańsku, następnie w Warszawie, Częstochowie, Krakowie i zakończyła w Poznaniu. Przyjęliśmy wówczas w naszej pierwszej siedzibie cały autokar gości. Kolejnym ważnym wydarzeniem był przyjazd do Polski Państwa Hunter, małżeństwa angielskiego wspierającego polskie hospicja i wtedy również Pan Profesor nie pominął Hospicjum Częstochowskiego. W 1997 r. zorganizowaliśmy Konferencję Naukowo-Szkoleniową na Jasnej Górze i od tamtego czasu stała się ona cykliczna i coroczna. Pan Profesor przez wiele kolejnych lat był ich Kierownikiem Naukowym. Tegoroczna Konferencja to kontynuacja po raz dwudziesty czwarty tego wydarzenia edukacyjnego. Środowisko pielęgniarów opieki paliatywnej zawdzięcza Panu Profesorowi utworzenie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej.

Nasze ostateczne spotkanie, podczas Jubileuszowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej z okazji 30 lat Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej — akademicka opieka paliatywna i wspierająca w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, która odbyła się w dniu 14 września 2019 r. pozostanie w naszej pamięci. Pan Profesor Jacek Łuczak był naszym kreatorem, mentorem i prawdziwym przyjacielem. Ostatnie pożegnanie podczas Pogrzebu Świętej Pamięci Pana Profesora Jacka Łuczaka w dniu 31 października 2019 r. było podziękowaniem za wszystkie czyny i charyzmę w krzewieniu opieki paliatywnej w Polsce i potwierdzeniem kontynuacji dzieła bezinteresownej pomocy ciężko chorym Pacjentom i Ich Rodzinom.

Prawda — gwarancją podmiotowości chorego i jego rodziny w specjalistycznej opiece paliatywnej

Dr n. med. Jadwiga Pyszkowska

Poradnia Medycyny Paliatywnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. Prof. K. Gibińskiego Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

W opiece paliatywnej porozumiewanie się z chorymi i rodzinami, oparte na prawdzie, jest bardzo i istotnie potrzebne do rozpoznania ich potrzeb so-

matycznych, psychicznych, duchowych, społecznych i socjalnych. Każdy człowiek, szczególnie ten, który niesie brzemień cierpienia nieuleczalnej choroby, ma prawo do ostatnich chwil swego życia do prawdy. Niejednokrotnie, bez szczególnych tendencji, ingerujemy w osobę naszego podopiecznego, co pomniejsza i odbiera jego wolność i odpowiedzialność — przez naszą i chorego ucieczkę od mówienia prawdy. Możliwość taka istnieje w każdym spotkaniu człowieka z człowiekiem. Uświadomienie sobie tego problemu już jest pierwszym krokiem do uniknięcia naruszenia podmiotowości chorego. Brak takiej świadomości, a tym bardziej tendencyjność postępowania, powoduje uderzenie w podmiotowość chorego i w konsekwencji pogorszenie jakości jego życia. Podmiotowość oznacza również stanowienie o swoim decydowaniu w prawdzie, wymaga przyjęcia postawy służebnej wobec osobowości człowieka, z którym się spotykamy, jakakolwiek by ta osobowość nie była. Służebność polega na służeniu poprzez dawanie dobra i prawdy. I tak budujemy podmiotowość chorego, jego rodziny i własną, bez zafałszowania i ingerencji. Mówienie prawdy sprzyja temu, gdyż nieprawda niszczy podmiotowość drugiego człowieka i mamy wówczas do czynienia z odpodmiotowaniem. Przekazywana prawda musi być pełna, a nie aspektowa i nie może niszczyć nadziei. Świadomość odpowiedzialnego umierania w prawdzie może być dla naszego podopiecznego ostatnią, przed definitywnym odejściem, wyprawą w „siebie”, ostatnią możliwością dokonania odpowiedzialnego i pozytywnego bilansu życia.

Prawo pacjenta do informacji w aspekcie etyczno-prawnym: punkt widzenia pielęgniarki opieki paliatywnej

Dr n. o zdr. Agata Panas

Zakład Opieki Zdrowotnej Hospicjum Domowe w Białymstoku

„Gdybym był ciężko i beznadziejnie chory, nie pytałbym mojego lekarza o wiedzę, lecz o serce. Wolałbym, by mi zamknięto powieki z nadzieją na ustach, niż by mi podano moją prawdziwą diagnozę: wyrok śmierci”.

Władysław Biegański

Prawo do uzyskania informacji o własnym stanie zdrowia jest jednym z podstawowych praw pacjenta i podstawą postępowania zespołu terapeutycznego. Przepisy prawa określają jasno zakres udzielanych pacjentowi informacji przez lekarza czy pielęgniarkę: ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2011 r. nr 277, poz. 1634 ze zm.); Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2009 r. nr 151, poz.

1217 ze zm.). Zgodnie z Ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta chory ma prawo do prawdy, ale, o czym może czasami zapominać, pacjent nie musi jej znać. (...) „Pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji (...)” (Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; Dz. U. z 2009 r. nr 52, poz. 417 ze zm.). Każdy pracownik służby zdrowia zgodnie z prawem ma „przypisany” zakres informacji udzielanych pacjentowi. Ale czy to znaczy, że ma też ograniczony zakres rozmów z pacjentem? Jak często pacjent po zakończeniu rozmowy z lekarzem ma potrzebę ją kontynuować z pielęgniarką? Może chory w rozmowie z pielęgniarką ma mniej obaw? A może prawda w zaawansowanym okresie choroby, to nie tylko słowa, ale towarzyszenie chorym w ostatnim etapie ich życia?

Prawo pacjenta do wyboru formy opieki paliatywnej

Mgr Izabela Kaptacz

*Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach*

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta gwarantuje każdemu pacjentowi liczne prawa, w tym prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Ponadto, pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorzady zawodów medycznych. Pacjent ma również prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Opieka paliatywna powinna być wprowadzana dla chorych jej potrzebujących w momencie, kiedy występują objawy choroby i pacjent zgłasza potrzeby wynikające z jej postępu. Wiąże się to z koniecznością posiadania podstawowej wiedzy z zakresu dostępnych form opieki paliatywnej, jej zadań i możliwości. Często w polskich warunkach pacjenci i rodziny obawiają się wczesnego kierowania do opieki paliatywnej traktując ją, jako opiekę końca życia, co przesuwa w czasie moment rejestracji. Wybór formy opieki paliatywnej (realizowanej w warunkach ambulatoryjnych, domowych i stacjonarnych) powinien być uzależniony od potrzeb pacjentów, ich oczekiwań i preferencji. W wyborze miejsca opieki na-

leży uwzględnić aspekt zaangażowania i wydolności opiekuńczej rodziny i opiekunów chorych.

Zgoda na leczenie pacjenta w hospicjum w aktach prawa międzynarodowego i krajowego Dr n. prawnych Piotr Sierakowski

III Wydział Rodzinny i Nieletnich Sądu Rejonowego w Grodzisku Mazowieckim,
VI Wydział Cywilny Rodzinny Odwoławczy Sąd Okręgowy w Warszawie

Proponowany temat wykładu stanowi niezwykle istotne zagadnienie, które jest nadal przedmiotem żywego zainteresowania przedstawicieli doktryny prawa, ale także reprezentantów zawodów medycznych. Problematyka jest bardzo szeroka i z tego względu chciałbym zwrócić uwagę jedynie na kilka kwestii. Wydaje się, że z punktu widzenia pacjenta hospicjum, cenne może stać się postawienie pytania, co stanowi o istocie pacjenta, jako człowieka. Czy prymat należy przyznać jego wolności osobistej, czy też raczej ekspozować ontologiczne dobro, którym jest sam pacjent. Odnosząc to do rozważań na temat zgody na leczenie zauważmy, że pierwsza koncepcja podkreślać będzie zgodę pacjenta, jako warunek podjęcia leczenia i jednocześnie kategorycznie zabraniać jakichkolwiek interwencji medycznych bez uzyskania takiej zgody. Druga z nich natomiast skłaniać będzie do podejmowania leczenia, pomimo pewnych mankamentów zgody pacjenta lub też nawet wobec jej braku w sytuacji, gdy wiedza medyczna podpowiada, że takie działanie uzasadnione jest jego dobrem.

We współczesnej filozofii praw pacjenta nastąpił w ostatnich dziesięcioleciach w tym zakresie istotny zwrot. W przysługującym bowiem każdemu człowiekowi prawu do samostanowienia, będącym elementem jego wolności osobistej, dostrzeżono i doceniono prawo do odmowy poddania się zabiegom leczniczym. Koresponduje z tym szczególnie obowiązek personelu medycznego, a w szczególności lekarza, do niepodejmowania takich działań w sytuacji, gdy pacjent im się sprzeciwia. Takie założenie obwarowane jest poważną sankcją. Każdy lekarz, który wykona zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega nie tylko odpowiedzialności odszkodowawczej, ale również odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 192 kodeksu karnego. Jednocześnie jednak zarówno w aktach prawa międzynarodowego, jak i krajowego dopuszczono szereg instytucji stanowiących mniejsze lub większe odstępstwo od tej zasady.

Celem wykładu jest podjęcie próby uchwycenia istoty zagadnienia w odniesieniu do pacjenta hospicjum. Jako przedmiot analizy proponuję wybrane akty prawa międzynarodowego: Europejską Konwencję o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolno-

ści oraz Kartę Praw Podstawowych Unii Europejskiej, a także Model Deklaracji Praw Pacjenta przyjęty przez WHO w 1994 r., Kartę Praw Pacjenta Szpitalnego z 1979 r. i Konwencję o Prawach Człowieka i Biomedycynie podpisaną 4 kwietnia 1997 r. w Oviedo. W porządku prawa krajowego podstawowe znaczenie dla omawianych zagadnień posiada ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

Leczenie objawowe pacjenta w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej w praktyce

Lek. Olaf Lubas

Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Zaawansowana choroba nowotworowa jest przyczyną wystąpienia licznych objawów, które obejmują wszystkie sfery życia pacjenta, w tym somatyczną, psychiczną, duchową i socjalną. W każdym z wymienionych obszarów należy dążyć do uzyskania możliwie najskuteczniejszego leczenia objawów i problemów, które obniżają jakość życia pacjentów. Do najczęściej zgłaszanych objawów należą: ból, duszność, nudności i wymioty, osłabienie, zaburzenia świadomości. Na wybranych przykładach pacjentów omówiona zostanie etiologia, obraz kliniczny, rola badań dodatkowych, podejmowane interwencje personelu i możliwości terapeutyczne. Podkreślony zostanie wielowymiarowy charakter leczenia objawowego i współpraca lekarza z innymi członkami zespołu terapeutycznego.

Leczenie bólu u chorych na nowotwory według Światowej Organizacji Zdrowia — co przyniósł rok 2019?

Dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz

Zakład Medycyny Paliatywnej Katedra Onkologii
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM w Łodzi

W 2019 r. Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała Wytyczne dotyczące farmakologicznego i radioterapeutycznego leczenia bólu nowotworowego u dorosłych i młodzieży. Poprzednie wytyczne WHO dotyczące leczenia bólu nowotworowego zostały wydane w 1996 r.

Zalecenia podzielono na trzy główne obszary:

Analgezja bólu u chorych na nowotwory: Dotyczy wyboru leku przeciwbólowego podczas rozpoczynania leczenia bólu i wyboru opioidu w celu kontynuacji leczenia bólu, w tym optymalizacji leku ratunkowego, drogi podania oraz rotacji i zaprzestania przyjmowania opioidów.

Leki wspomagające w leczeniu bólu u chorych na nowotwory: Obejmuje stosowanie kortykosteroidów, leków przeciwdepresyjnych i przeciwdrgawkowych, jako adjuwantów analgetycznych (ko-analgetyków).

Postępowanie w przypadku bólu związanego z przerzutami do kości: Obejmuje stosowanie bisfosfonianów i radioterapii w leczeniu przerzutów do kości.

Rozpoczęcie leczenia: U dorosłych (w tym u osób starszych) i u młodzieży z bólem związanym z nowotworem: na etapie rozpoczęcia leczenia bólu należy stosować niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), paracetamol i opioidy, oddzielnie lub w połączeniu, w zależności od oceny klinicznej i natężenia bólu. Cel: osiągnięcie szybkiej, skutecznej i bezpiecznej kontroli bólu (zalecenie silne, dowody naukowe niskiej jakości).

Kontynuacja leczenia: U dorosłych (w tym osób starszych) i u młodzieży z bólem związanym z nowotworem, dla utrzymania efektu przeciwbólowego można rozważyć każdy opioid (samodzielnie lub w połączeniu z NLPZ i/lub paracetamolem), w zależności od oceny klinicznej i natężenia bólu. Cel: osiągnięcie długotrwałej, skutecznej i bezpiecznej kontroli bólu (zalecenie silne, dowody naukowe niskiej jakości).

Podstawowy lek i sposób leczenia: Regularne podawanie drogą doustną morfiny o natychmiastowym uwalnianiu lub regularne podawanie morfiny o wolnym uwalnianiu w celu zapewnienia skutecznej i bezpiecznej ulgi w bólu należy stosować zawsze, kiedy możliwe jest podawanie leku drogą doustną. Dowolna postać morfiny o natychmiastowym uwalnianiu, powinna być stosowana, jako lek ratunkowy (zalecenie silne, dowody naukowe umiarkowanej jakości).

Leczenie wspomagające: Kortykosteroidy mogą być podawane uzupełniająco w celu uzyskania kontroli bólu, gdy jest to wskazane (zalecenie silne, dowody naukowe umiarkowanej jakości).

Należy stosować bisfosfoniany, aby zapobiegać i leczyć ból kostny (zalecenie silne, dowody naukowe umiarkowanej jakości).

W bólu związanym z przerzutami do kości należy stosować radioterapię pojedynczą dawką, gdy radioterapia jest wskazana i dostępna (zalecenie silne, dowody naukowe wysokiej jakości).

Istnieją inne ustalone praktyki leczenia bólu u chorych na nowotwory, ale dowody skuteczności są ograniczone. W odniesieniu do takich praktyk klinicyści może rozważyć indywidualne sprawdzenie skuteczności terapii i przerwać stosowanie leku, jeśli nie nastąpi poprawa.

W czerwcu 2019 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wydała poniższe oświadczenie, dostępne na stronie: https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/:

WHO pozostaje w pełni zaangażowana w zapewnieniu osobom cierpiącym na silny ból dostępu do skutecznych leków przeciwbólowych, w tym opioidów. WHO obawia się, że dostęp do leków stosowanych w leczeniu umiarkowanego i silnego bólu jest bardzo niewielki, zwłaszcza w krajach o niskim i średnim dochodzie.

WHO uznaje również, że potrzeba dostępu do leków przeciwbólowych musi być zrównoważona obawami dotyczącymi szkód wynikających z niewłaściwego stosowania leków przepisywanych w leczeniu bólu, w tym opioidów. Dowody naukowe wskazują, że istnieje ryzyko związane ze stosowaniem tych leków takie, jak rozwój uzależnienia, przedawkowanie i przypadkowa śmierć. Nawet jeśli są przepisywane zgodnie z ustalonymi wytycznymi klinicznymi i potrzebami pacjentów i stosowane zgodnie z zaleceniami, niektóre czynniki mogą zwiększać to ryzyko.

Powikłania leczenia onkologicznego u pacjentów objętych opieką paliatywną

Dr n. med. Monika Rucińska

*Pracownia Medycyny Paliatywnej i Psychoonkologii
Katedry Onkologii Collegium Medicum
Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie*

Leczenie onkologiczne obarczone jest wieloma powikłaniami i objawami ubocznymi, które stanowią nieodłączny element leczenia, zarówno miejscowego (chirurgicznego i radioterapii) oraz systemowego. Podejmując decyzję o wdrożeniu określonej terapii onkologicznej wiadomo, iż może spowodować niekorzystne dla chorych skutki uboczne, które mogą być trwałe (np. amputacja) lub przemijające (np. nudności po chemioterapii). W przypadku radioterapii i leczenia systemowego wśród objawów ubocznych wyróżniono powikłania wczesne i późne. Powikłania wczesne są często bardzo uciążliwe dla pacjentów, ale zazwyczaj ustępują samoistnie lub poddają się prostemu leczeniu (np. zmiany błon śluzowych). Natomiast powikłania późne najczęściej są trudne, a niekiedy całkowicie odporne na leczenie (np. zwłóknienie płuc).

U chorych w opiece paliatywnej mogą występować zarówno powikłania ostre, jeżeli pacjent poddawany jest aktualnie leczeniu onkologicznemu z założeniem paliatywnym, jak również powikłania późne będące skutkiem wcześniejszego przebytego leczenia. W opiece paliatywnej istotna jest świadomość możliwości występowania powikłań leczenia onkologicznego i podejmowanie odpowiednio szybko skutecznego leczenia. Dodatkowo, należy zwrócić uwagę na aspekt psychologiczny powikłań. Skutki leczenia onkologicznego mogą znacznie utrudniać pacjentom funkcjonowanie rodzinne (np. gastrostomia i brak możliwości spożywania normalnych posiłków z rodziną) i społecz-

ne (np. tracheotomia i brak możliwości mówienia), ponadto niekorzystnie wpływają na obraz własnej osoby (np. usunięcie narządu rodowego u kobiet lub brak wzwodu u mężczyzn). Objawy uboczne leczenia onkologicznego mogą znacznie pogarszać jakość życia chorych w wielu wymiarach.

Pielęgniarka onkologiczna w zespole opieki paliatywnej

Mgr Małgorzata Kulas

Institut Nauk Społecznych i Ochrony Zdrowia w Państwowej Wyższej Szkole Wschodnioeuropejskiej w Przemyślu, Oddział Onkologiczny z Pododdziałem Diennej Chemioterapii Szpital Wojewódzki im. Św. Ojca Pio w Przemyślu

Współczesna opieka onkologiczna traktuje chorych na nowotwory w sposób holistyczny. Pielęgniarka onkologiczna w swojej pracy łączy działania instrumentalne z zaspokajaniem potrzeb biopsychospołecznych chorego, dbając także o potrzeby jego najbliższych. By móc w pełni sprostać temu trudnemu wyzwaniu istnieje potrzeba integrowania onkologii z opieką paliatywną, co zapewnia pacjentom ciągłość leczenia na każdym etapie choroby. Ponad 80% pacjentów w opiece paliatywnej stanowią chorzy na nowotwory, którzy przeszli trudną drogę diagnostyki, a później leczenia przeciwnowotworowego. Znajomość metod leczenia, jak i możliwych powikłań, pozwala lepiej zaplanować opiekę nad pacjentem. Zagadnienia onkologii łączą się i uzupełniają z opieką paliatywną, dzięki czemu pacjent w najtrudniejszym okresie życia otrzymuje wszechstronną pomoc w zakresie zapobiegania i leczenia dolegliwości somatycznych oraz wszechstronnego wsparcia pozamedycznego, co pozwala na osiągnięcie najlepszej jakości życia chorego i rodziny, niezależnie od stopnia zaawansowania choroby i rodzaju prowadzonego leczenia przyczynowego. Uzupełnieniem opieki w leczeniu szpitalnym może być tworzenie i wprowadzenie do oddziałów szpitalnych zespołów wspierających opiekę paliatywną. Konsultacje z zespołem wielodyscyplinarnym pozwoliłyby rozwiązać wiele problemów takich, jak leczenie uporczywych objawów, rezygnacja z uciążliwych zabiegów, zorganizowanie odpowiedniej opieki, przygotowanie chorych do wypisu ze szpitala i zapewnienie dobrej domowej lub stacjonarnej opieki paliatywnej.

Problemy stosowania przepisów prawa pracy w hospicjach i ośrodkach opieki paliatywnej

Dr hab. Jacek Męcina, prof. UW

Dyrektor Instytutu Polityki Społecznej Wydział Nauk Politycznych i Studiów Międzynarodowych Uniwersytet Warszawski

1. Prawo stosunku pracy, a problemy zatrudnienia w hospicjum – prawo pracy kluczowe regulacje i zmiany.

2. Przepisy szczególne regulujące zatrudnienie w zakładach opieki zdrowotnej.
3. Zatrudnienie niepracownicze, a uprawnienia zatrudnionych.
4. Świadczenie pracy na zasadach wolontariatu.
5. Szczególne problemy w stosowaniu prawa pracy w jednostkach opieki paliatywnej.

Wczesna opieka paliatywna (wspierająca)

— korzyści dla pacjentów, opiekunów i systemu opieki zdrowotnej

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert

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

Według koncepcji wczesnej opieki paliatywnej i wspierającej (*early palliative/supportive care*) zalecane jest jak najwcześniejsze konsultowanie chorych przez specjalistów medycyny paliatywnej i możliwość zapewnienia pacjentom dostępu do opieki paliatywnej (wspierającej) podczas prowadzonego leczenia przyczynowego (przeciwnowotworowego). Po raz pierwszy takie podejście opisali autorzy amerykańscy (Jennifer Temel i wsp.) w 2010 r. w prestiżowym czasopiśmie *New England Journal of Medicine* u chorych z rozpoznaniem rozlanego raka niedrobnokomórkowego płuca (IV stopień zaawansowania klinicznego). Okazało się, iż chorzy, którzy otrzymywali standardową opiekę onkologiczną i dodatkowo wsparcie zespołu opieki paliatywnej, mieli lepszą jakość życia, w porównaniu do grupy chorych, którzy otrzymywali jedynie standardową opiekę onkologiczną. Najbardziej spektakularną obserwacją badania był jednak wydłużony czas przeżycia pacjentów otrzymujących obydwa rodzaje opieki.

Tego ostatniego efektu nie udało się potwierdzić w wielu kolejnych badaniach prowadzonych głównie w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, rzadziej w Europie. Logicznym wytłumaczeniem tych obserwacji może być fakt, iż w ostatnich latach onkologdy bardzo poprawili skuteczność w zakresie opieki paliatywnej (wspierającej), stąd efekty w postaci poprawy przeżyć są trudne do udowodnienia. Innym wytłumaczeniem może być fakt niedostatecznej intensywności opieki paliatywnej (wspierającej), a także znaczne różnice w metodologii i heterogenne grupy badanych pacjentów.

Niezaprzeczalnym efektem wdrażania wczesnej opieki paliatywnej jest jednak poprawa jakości życia chorych, a także korzyści wynikające dla opiekunów w postaci głównie poprawy w zakresie funkcjonowania emocjonalnego, ponadto możliwość głębszych i częstszych dyskusji z pacjentami dotyczących planowania dalszego postępowania (planowanie opieki z wyprzedzeniem [*advanced care planning*]). Wyka-

ziano również, iż wczesna opieka paliatywna daje znaczne oszczędności dla systemów opieki zdrowotnej ze względu na ograniczenie konieczności zapewnienia mniej efektywnej opieki w ramach innych niż opieka paliatywna specjalności.

Wczesna opieka paliatywna daje możliwość bardziej skutecznego postępowania, które przekłada się na konkretne korzyści dla chorych i opiekunów, w postaci poprawy jakości życia, a także niejednokrotnie wydłużenia czasu przeżycia pacjentów. Postępowanie oparte jest na integracji opieki paliatywnej (wspierającej) z innymi dziedzinami medycyny, zwłaszcza z onkologią. Wczesna opieka paliatywna (wspierająca) pozwala na lepsze planowanie opieki, zgodne z oczekiwaniami i potrzebami pacjentów i rodzin (opiekunów).

Do tej pory nie ustalono jednoznacznie najbardziej właściwego momentu wdrażania opieki paliatywnej. W niektórych ośrodkach możliwość konsultacji ze specjalistą medycyny paliatywnej ma miejsce w chwili rozpoznania przewlekłej choroby, która związana jest ze znacznym cierpieniem i poważnym rokowaniem.

W polskich warunkach wdrażanie wczesnej opieki paliatywnej (wspierającej) najczęściej ma miejsce w Poradniach Medycyny Paliatywnej, do których trafiają pacjenci poddawani leczeniu przeciwnowotworowemu z zamiarem paliatywnym (głównie łagodzenia dolegliwości) i współistniejącymi objawami, często w połączeniu z problemami natury psychosocjalnej i duchowej. Znaczną wadę systemu opieki paliatywnej w Polsce stanowi brak Zespołów Wspierających w szpitalach, gdzie brak jednostki opieki paliatywnej, bądź przynajmniej możliwości konsultacji specjalisty medycyny paliatywnej dla pacjentów, rodzin i personelu danego oddziału, na którym przebywają pacjenci wymagający opieki paliatywnej. Taki model konsultacji prowadzono w Bydgoszczy, obecnie kontynuowany jest także w Poznaniu, zwłaszcza na oddziałach onkologicznych. Jego dalszy, bardzo pożądaný rozwój, będzie prawdopodobnie uzależniony od możliwości uzyskania finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Netoholizm i fonoholizm — mit czy rzeczywistość?

Dr n. med. Jolanta Warzycha

Oddział Neonatologii Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP w Częstochowie

Wiek XXI został nazwany stuleciem milczenia. Język, którym posługujemy się na, co dzień pełni rolę przekaźnika informacji i poleceń. Ludzie nie rozumieją, co się do nich mówi. Przyczyną tego jest uzależnienie od internetu (netoholizm), czy telefonii komórkowej (fonoholizm). E–uzależnienia dotyczą wielu osób,

niezależnie od wieku i zawodu. Dotyczą również pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. Netoholizm to uzależnienie behawioralne. Przebiega w 4 fazach:

- Faza I — zaangażowanie: zafascynowanie internetem.
- Faza II — zastępowanie: ograniczanie czasu przeznaczonego na inne zajęcia, wędrówki w sieci, nieustanne sprawdzanie skrzynki e-mail.
- Faza III — ucieczka: wzrost poczucia winy spowodowany świadomością wszystkich zaniedbań, uzależniony nie szuka pomocy i przerzuca odpowiedzialność na otoczenie.
- Faza IV — desperacja: gwałtowna próba powrotu do normalności, jako następstwo okoliczności zewnętrznych: odejście bliskich, utrata pracy.

Współczesne telefony komórkowe dzięki dostępowi do internetu pełnią funkcje: komputera, aparatu fotograficznego, kamery cyfrowej, odtwarzacza muzyki. Netoholizm wiąże się więc ściśle z fonoholizmem. Dopóki mogliśmy być online wyłączając się przed komputerem problem z uzależnieniem od sieci nie był tak powszechny. Korzystano z komputera w konkretnym miejscu (tam, gdzie był komputer) i konkretnym czasie (w wolnych chwilach). Obecnie dzięki smartfonom, telefonom jesteśmy online przez cały czas. Sięgamy po telefon nie wtedy, gdy faktycznie zachodzi potrzeba, tylko zawsze, gdy mamy okazję. Fonoholizm może mieć formę uzależnienia od SMS-ów, nowych modeli telefonów. W literaturze o e–uzależnieniach spotyka się określenia:

- SWT — syndrom włączonego telefonu: obawa przed wyłączeniem aparatu choćby na chwilę
- komórkowy ekshibicjonizm: uzależnienie od wyglądu telefonu komórkowego.

Badacze problemu e–uzależnień wprowadzili również termin FOMO (*fearing of missing out*), co oznacza obawę przed utratą ważnych informacji. Manfred Spitzer — neurobiolog i neuropsychiatra określił uzależnienie od internetu mianem „demencji cyfrowej”. „Cyfrowi imigranci” to osoby urodzone przed 1980 r., wychowane bez możliwości korzystania z internetu, które dobrze różnicują świat wirtualny od rzeczywistego. Natomiast osoby urodzone po 1980 r., czyli tzw. „cyfrowi tubylcy”, mają trudności z rozróżnieniem, do którego momentu internet jest narzędziem, a kiedy staje się zabawką. Zmienia się również dzieciństwo. Mass-media tworzą jego nowy wymiar: dzieciństwo telewizyjne, komputerowe, tabletowe, HIGH TECH, czy dzieciństwo sterowane reklamą. Kaskad dźwięków, migający ekran, zmienność obrazów powodują u dzieci i młodzieży trudności z pamięcią, osłabienie uwagi i koncentracji. Charakterystyczne cechy młodych fonoholików, to ciągła gotowość do rozmowy, wymiany maili, czy wiadomości na czacie, przesadna aktywność na forach społecznościowych,

objawy somatyczne. Pięć minut przed telewizorem u dwulatka powoduje podobny efekt, jak godzina w kinie u dorosłego człowieka. Skutkiem korzystania z internetu, telefonii komórkowej jest tendencja do autoizolacji. Osoba uzależniona traci umiejętność komunikowania się z drugim człowiekiem. Relacje podtrzymywane wyłącznie online są słabą podróbką prawdziwych więzi. Warto zastanowić się, czy zespołu FOMO nie zamienić na zespół JOMO (*joy of missing out*). Warto propagować wiedzę o e-uzależnieniach w każdym środowisku i walczyć z e-uzależnieniami, bo stanowią problem społeczny. Fonoholizm i netoholizm to nie mit, to rzeczywistość.

Ustawa o Krajowym Systemie Cyberbezpieczeństwa

Mgr Maciej Buś
ISO-PROFIT, Łódź

Ustawa o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa weszła w życie 28 sierpnia 2018 r. i stanowi pokłosie dyrektywy unijnej NIS — Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/1148 z dnia 6 lipca 2016 r., wprowadzającej szczególnie środki na rzecz zwiększenia poziomu bezpieczeństwa sieci i systemów informatycznych na terytorium całej Unii Europejskiej. Branża medyczna została literalnie wskazana w powyższym akcie prawnym, jako operator usługi kluczowej. Istotnym jest zwiększenie świadomości przedsiębiorców i zaproponowanie konkretnych metod, mających na celu ułatwienie implementowania zasad cyberbezpieczeństwa w codziennej działalności. Zastosowanie tych rozwiązań umożliwi Państwu uniknięcie sankcji finansowych wynikających z przedstawionej regulacji. Biorąc powyższe pod uwagę, pragniemy zaprosić Państwa na warsztaty poruszające najważniejsze kwestie związane z Ustawą o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa.

Plan wystąpienia:

- omówienie definicji ustawowych;
- zapoznanie uczestników z zasadami identyfikacji operatorów kluczowych;
- omówienie obowiązków operatorów usług kluczowych;
- omówienie obowiązków dostawców usług cyfrowych;
- przedstawienie zasad przeprowadzania czynności kontrolnych;
- omówienie zagrożeń oraz sankcji wynikających z ustawy.

Jak poinformować chorego, że umiera

Prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gałaszko
Katedra Psychiatrii Wydziału Lekarskiego,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Problem poinformowania pacjenta o złym rokowaniu należy rozpatrywać możliwie wszechstronnie.

Z punktu widzenia prawa trzeba wziąć pod uwagę z jednej strony fakt, że chory ma prawo do prawdy — z drugiej zaś zastanowić się w jakim czasie, a zwłaszcza w jakiej sytuacji psychofizycznej, chory w danym momencie się znajduje. Z kolei rozpatrując tę sprawę w świetle potrzeb psychicznych chorego musimy pamiętać, że w zaawansowanym stadium choroby zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa jest jedną z najważniejszych, jednak nie zawsze przekłada się na poinformowanie o złej prognozie. Inny, nie mniej ważny aspekt omawianego problemu, stanowi uwzględnienie różnych postaw chorych wobec swojego stanu zdrowia. Pacjenci prezentują bardzo różne postawy w tym obszarze i one często decydują w największym stopniu, kiedy, ile i jak należy przekazać prawdę. Zdając sobie sprawę z trudności zarówno odbioru, jak i przekazania informacji, omówiono poszczególne etapy tego procesu.

Godne warunki starzenia się i umierania mieszkańców polskiej wsi w perspektywie krajowej i lokalnej polityki społecznej

Dr Ryszard Majer¹, Mgr Anna Kaptacz²

¹Senator Rzeczypospolitej Polskiej

²Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej

Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej

Polityka społeczna wobec zmieniającej się rzeczywistości demograficznej, społecznej i gospodarczej ulega nieustannym zmianom. Zarysowujący się w latach 70–tych kryzys państwa opiekuńczego zaowocował poszukiwaniem alternatywnych rozwiązań w zakresie kwestii społecznych, przed którymi stawały podmioty realizujące politykę społeczną. Nowe koncepcje polityki społecznej — *welfare pluralism* (pluralizm instytucjonalny sfery społecznej) i *welfare mix* (stosowanie form mieszanych oraz *welfare society* (opiekuńczego społeczeństwa), rozpoczęły systematyczny proces ograniczania roli państwa w realizacji działań z zakresu polityki społecznej. M. Grewiński wskazuje na ograniczenie roli państwa w pięciu podstawowych obszarach i procesach. Po pierwsze, jako decentralizację mogącą przyjmować przeważnie postać finansową lub administracyjną. W drugim procesie postrzega demonopolizację publicznych instytucji polityki społecznej i przekazanie części zadań organizacjom pozarządowym, co odróżnia od kolejnego z procesów tj. prywatyzację i komercjalizację polityki społecznej. Jako czwartą formę socjalnego „odchudzenia” państwa, autor wymienia poszukiwanie alternatywnych sposobów prowadzenia gospodarki rynkowej opartej na filozofii ekonomii społecznej. Wreszcie, w piątym obszarze wskazuje na zwiększenie wykorzystania potencjału rodziny, zwłaszcza gospodarstw domowych,

grup nieformalnych, sąsiedzkich, partnerstw lokalnych i Kościoła.

Postępująca także w naszym kraju decentralizacja ma zapewnić sprawniejsze rządzenie i lepszą kontrolę społeczną nad elitami politycznymi i pozostającymi w ich dyspozycji środkami publicznymi. Decentralizacja, wprowadzana pod hasłami samorządności, odbiurokratyzowania, deregulacji, budowania społeczeństwa obywatelskiego, oznacza również zdjęcie z państwa obowiązku troski o sprawy społeczne. Analiza działań decentralizacyjnych wskazuje, że jest ona realizowana na różnych poziomach i różnych etapach

Zastosowanie konopi medycznych w terapii bólu i w opiece paliatywnej

Mgr farm. Małgorzata Wagner
Spectrum Therapeutics w Koninie

Konopie medyczne, a w szczególności zawarte w nich kannabinoidy, są coraz częściej wykorzystywane w leczeniu w wielu wskazaniach. Dwoma najlepiej poznanymi kannabinoidami są tetrahydrokannabinol (THC) i kannabidiol (CBD). Pierwszy wykazuje działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne, przeciwwymiotne i przeciwpsychotyczne. CBD, który w odróżnieniu od THC nie wykazuje właściwości psychoaktywnych, wykazuje głównie działanie przeciwdrgawkowe, przeciwzapalnie i przeciwbólowe. Ponadto, w konopiach występuje ok. 80 innych kannabinoidów (np. kannabigerol, kannabinol, kannabichromen) i ok. 400 innych związków, np. terpenoidów, czy flawonoidów. Nie wykazują one działania psychoaktywnego, ale nie pozostają bez znaczenia dla działania całej rośliny. W wyniku aktywności wszystkich związków (tzw. efekt grupy, albo efekt entourage) możliwe jest uzyskanie lepszego efektu terapeutycznego, w porównaniu do izolatów poszczególnych kannabinoidów.

Do najlepiej udowodnionych w badaniach klinicznych wskazań do stosowania kannabinoidów należą: ból neuropatyczny różnego pochodzenia, ból u chorych na nowotwory, nudności i wymioty indukowane leczeniem systemowym (chemioterapią), stwardnienie rozsiane, choroby degeneracyjne ośrodkowego układu nerwowego, padaczka lekooporna i anoreksja. Leczenie konopiami znajduje również zastosowanie u chorych w opiece paliatywnej, nie tylko jako działanie przeciwbólowe, ale również w leczeniu utraty apetytu, wyniszczenia i bezsenności. Należy podkreślić, że kannabinoidy nie są lekami pierwszej linii – jest to leczenie uzupełniające, kiedy dotychczasowa terapia nie daje satysfakcjonujących efektów lub gdy istnieją ograniczenia dla stosowania innych form leczenia z powodu działań niepożądanych. Leczenie konopiami cechuje wysoki profil bezpieczeństwa, a możliwe działania niepożądane mają najczęściej niewielkie nasilenie i krótki

czas trwania. Ze względu na właściwości preparaty konopi można podzielić na formy z przewagą THC, z przewagą CBD i z podobną zawartością obydwu związków. Dzięki takiemu podziałowi możliwe jest zastosowanie najbardziej optymalnej terapii w danym wskazaniu. Obecnie na polskim rynku dostępny jest na receptę Rpw. preparat w formie suszu (Red No. 2, odmiana lemon skunk) o zawartości THC 19% ± 1% i CBD mniej lub równy 1%.

Opieka paliatywna w intensywnej terapii

Mgr Paweł Witt

*Oddział Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Opieki Pooperacyjnej
Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie
Ośrodek Hospicjum Domowe NZOZ Zgromadzenia Księży Marianów w Warszawie*

Na oddziale intensywnej terapii leczeni są krytycznie chorzy, a stosowana terapia ma na celu wyeliminowanie zagrożenia życia i stanowi pomost, aby po ustabilizowaniu stanu pacjenta, przekazać do leczenia na innym specjalistycznym oddziale. Z założenia na oddział intensywnej terapii powinni trafiać pacjenci, których stan zagrożenia życia jest odwracalny i mają szansę ten oddział opuścić. Niestety, w praktyce bardzo często jest to niewiadoma, kiedy pacjent w dynamicznym stanie trafia do tego oddziału. Natomiast możliwa jest ocena stanu pacjenta na oddziale szpitalnym, u którego dochodzi do pogorszenia, nie zawsze nagłego. Procedura resuscytacji i intensywnej terapii nie powinna służyć przedłużaniu umierania. W Polsce brak protokołów opieki paliatywnej w intensywnej terapii w Polsce pomimo, iż temat ten jest szeroko dyskutowany na świecie od wielu lat. Celem takiego działania u ciężko chorych jest unikanie opieki daremnej i często uporczywej oraz zapewnienie całościowej opieki paliatywnej pacjentom i rodzinom.

Żywnienie i leczenie chorych z wyniszczeniem nowotworowym w praktyce

Lek. Artur Pakosz

*Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach*

Wyniszczenie nowotworowe — kacheksja nowotworowa, zwana także zespołem CAC (*Cancer Anorexia/Cachexia Syndrome*) obejmuje objawy charakteryzujące się poważną, długotrwałą, niezamierzoną i postępującą utratą masy ciała, które w niewielkim stopniu odpowiadają na konwencjonalne leczenie żywieniowe i mogą być związane z anoreksją, astenią i odczuwaniem wczesnej sytości. CAC obejmuje postępującą utratę apetytu, spadek masy ciała z obniżeniem masy mięśniowej i tłuszczowej, zmęczenie, zaburzenia

metaboliczne, endokrynologiczne i dysfunkcję układu autonomicznego. Występuje w fazie zaawansowanej choroby, ale niejednokrotnie także podczas leczenia przeciwnowotworowego, a niekiedy w początkowej fazie rozwoju nowotworu. W wykładzie omówiono definicję kacheksji i prekacheksji nowotworowej, patomechanizm pierwotnego i wtórnego zespołu wyniszczenia nowotworowego, panel badań dodatkowych umożliwiających jego rozpoznanie, objawy zespołu CAC i możliwe metody leczenia. Omówiono także zagadnienia związane z leczeniem żywieniowym i jego cele u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową.

Czy Ignaz Semmelweiss byłby z nas zadowolony?

Dr n. med. Anna Szczypta

*Krakowska Akademia im. A. Frycza-Modrzewskiego
Szpital Zakonu Bonifratrów Św. Jana Grandego
w Krakowie*

Higiena rąk stanowi podstawowy element zapobiegający rozprzestrzenianiu się drobnoustrojów, a tym samym, ograniczający zachorowalność na choroby zakaźne i zakażenia szpitalne. Podwaliny dla dzisiejszej medycyny w zakresie antyseptyki i aseptyki zawdzięczamy m. in. Ignacemu Semmelweiss, który dowiódł, że drobnoustroje chorobotwórcze przenoszone są przez ręce personelu medycznego. Jego badania nie uzyskały zrozumienia i akceptacji przez lekarzy w ówczesnej rzeczywistości. Patrząc na dokonania, I. Semmelweisa można uznać za jednego z prekursorów nowoczesnej medycyny opartej na dowodach. Przede wszystkim był on – obok brytyjskiego chirurga Josepha Listera — twórcą antyseptyki, bez której dalszy rozwój medycyny nie byłby możliwy. Na przestrzeni wieków dokonano ogromnego postępu w zakresie antyseptyki. Obecnie w placówkach świadczących usługi medyczne dostępne są nowoczesne preparaty do dezynfekcji rąk, o udowodnionej skuteczności, które dozowane są różnymi metodami, z nieograniczoną dostępnością. Jednakże nadal higiena rąk pracowników ochrony zdrowia pozostawia wiele do życzenia. Dotyczy to techniki, czasu wykonania procedury, a zwłaszcza wykonania wg wskazań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2005 r. Kluczowe działania zaproponowane przez WHO pozwalają na istotne ograniczenie transmisji drobnoustrojów, w tym wielolekoopornych, z którymi borykają się podmioty lecznicze, jak również zmniejszeniu ogólnej liczby zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Skoro jednak posiadamy tzw. „twarde dowody” na skuteczność dezynfekcji rąk, dlaczego jej wykonywanie w codziennej praktyce przez lekarzy, pielęgniarki i innych pracowników jest nadal na niskim poziomie?

Postępowanie przy pobieraniu materiału do badań – błędy i dobre praktyki

Mgr Aneta Trzcńska

*Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach Śląski
Uniwersytet Medyczny w Katowicach*

75 procent błędów w badaniach powstaje na etapie przedlaboratoryjnym, a nie podczas ich przeprowadzania. Diagnostyka laboratoryjna, analityka medyczna, medycyna laboratoryjna — dyscyplina medycyny, której zadaniem jest określanie składu i parametrów biologicznych oraz fizykochemicznych krwi lub innych materiałów pobranych od pacjenta. Celem diagnostyki laboratoryjnej jest dostarczenie jak najbardziej wiarygodnych i wyczerpujących informacji, dotyczących pacjenta na określonym etapie postępowania diagnostycznego lub terapeutycznego. Od chwili zlecenia badania do wykonania i wydania wyniku istnieje kilka istotnych etapów, które mogą zmienić ostateczny wynik. Źle pobrany materiał do badań wydłuża czas ustalenia u pacjenta właściwego rozpoznania, zwiększa koszt diagnostyki (powtórne badania, zlecenie kolejnych badań w celu dalszej diagnostyki), a także naraża pacjenta na niepotrzebny stres i nieprzyjemne doznania związane z kolejnymi pobraniami krwi. Błędy w diagnostyce przedlaboratoryjnej mogą również powodować narażenie zdrowia i życia pacjenta w wyniku zastosowania niewłaściwego leczenia opartego na „zafałszowanych” wynikach badań.

Samotność w chorobie

Dr n. med. Zbigniew Bogdan^{1, 2}

*¹Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii
i Żywienia Dzieci, Gdański Uniwersytet Medyczny
²Fundacja Hospicyjna w Gdańsku*

Nie proszę o tę samotność najprostszą pierwszą z brzoza kiedy zostają sam jeden jak palec kiedy nie mam do kogo ust otworzyć nawet strzyżyk cichnie choć mógłby mi ćwierkać przynajmniej jak pól wróbla kiedy żaden pociąg pośpieszny nie śpieszy się do mnie zegar przystanął żeby przy mnie nie chodzić od zachodu słońca cienie coraz dłuższe nie proszę Cię o tę trudniejszą kiedy przeciskam się przez tłum i znowu jestem pojedynczy pośród wszystkich najdalszych bliskich proszę Ciebie o tę prawdziwą kiedy ty mówisz przeze mnie a mnie nie ma

„Samotność”, ks. Jan Twardowski

Dzisiejsze czasy przynoszą wręcz epidemię samotności, ludzie uciekają od niej wpadając w kolejne zażyłości i plagi współczesności. Współczesny człowiek nie lubi siebie, nie akceptuje siebie, ucieka od siebie. W pewnych obszarach ucieka w samotność, jako bezpieczne schronienie przed zależnością od innych. Niektórzy badacze opisują samotność, jako cechę

człowieczeństwa. „Człowiek jest samotny (*alone*), ponieważ jest człowiekiem” (Paul Tillich). „Samotność umożliwia człowiekowi odnalezienie samego siebie” R. Guardini. „Stworzyłeś nas, Panie, dla siebie i niespokojne jest nasze serce, dopóki w Tobie nie spocznie” — powiedział Św. Augustyn. Tęsknota za Bogiem, prapoczątkiem wszystkiego, będzie nam towarzyszyć jako kod umieszczony w wewnętrznych instynktach naszej życiowej wędrówki. Jako istoty stadne jesteśmy złączeni losem z innymi ludźmi, potrzebujemy ich do harmonijnego rozwoju. Jeśli nasze życie oparte jest na odwiecznych prawach opisujących reguły istnienia człowieka w otaczającym go świecie (stosunek do Boga, bliźniego, przyrody) – nie grozi mu samotność. Zagrożenia pojawiają się, kiedy współczesny człowiek próbuje kształtować świat po swojemu, wypierając z niego Boga — emanację akceptacji i miłości, a miejsce po Nim zastępując namiastkami.

Żyjemy dzięki nadziei, niekiedy jednak w nasze życie wkrada się rozpacz i beznadzieja. Nasz los to stałe gubienie sensu i odnajdywanie go. Poszukiwanie Miłości i realizowanie się we wspólnocie. „Miłość do ludzi polega na tym, by wyczuwać ich potrzeby i brać na siebie ich cierpienia”. (Martin Buber). Tą uważność na drugiego, podkreśla Matka Teresa: „Kiedy poznamy ludzi, dowiemy się, jak żyją, kim są, nauczymy się kochać ich — a ta miłość nauczy nas potem jak im służyć”. Ale też chory musi pozwolić się poznać, musi odsłonić się, otworzyć na posługę, na bliskość. Pacjentka Karolina stwierdza: „boję się ludzi, bo nie wiadomo, kto jest prawdziwy, a kto tylko udaje człowieka”. Erich Fromm uważa samotność za najważniejszą sytuację egzystencjalną człowieka, a dążenie do jej przewyciężenia, za najgłębszą specyficzną ludzką potrzebę. W Sztuce miłości mówi: „najgłębszą potrzebą człowieka jest przewyciężanie swego odosobnienia, opuszczenie więzienia samotności”.

„Człowiek jest tęsknotą i poszukiwaniem komunii” — Octavio Paz. Samotność człowieka będzie miała wiele twarzy. Będzie świadomym wyborem drogi życiowej, odrzuceniem rozprożeń i skupieniem na najważniejszym. Samotność może być także przekleństwem odrzucającym wszelkie pomocne rozwiązania, pograżającym człowieka w otchłanie beznadziei. Wybór rodzaju samotności może być zjawiskiem pozytywnym, ale także rujnąjącym relacje, owocującym izolacją i opuszczeniem. Mamy domy dziecka i domy samotnych matek, domy spokojnej starości, dobre i zrujnowane domy rodzinne. Jest samotność z wyboru i samotność z odrzucenia.

Samotność może mieć liczne składowe:

- 1) bycie w odosobnieniu (z wyboru, lub z przymusu);
- 2) brak towarzystwa (świadomy lub niezamierzony);
- 3) brak wspólnoty, przynależności grupowej, zawodowej, zwłaszcza rodziny;

4) brak pomocy w potrzebie (choroba, zdarzenia nagłe, niepowodzenia życiowe).

Zwróćmy uwagę, że tak opisywana samotność dotyczy nie tylko samego chorego, ale także jego bliskich. Bezgraniczna samotność, poczucie opuszczenia i pozostawiania samemu sobie mogą narastać w miarę, jak uświadamiamy sobie ostateczność i nieodwołalność choroby lub pożegnania z bliskim (nigdy więcej nie dotkniemy drogiego nam człowieka, nie będziemy śmiać się, kłócić, dyskutować). Może to być doznanie przytłaczające. Nie chce się żyć, odczuwamy totalny brak energii, skupiamy się na doznawanym w środku, w swoim wnętrzu bólu. Pisze o tym Doris Dorne w wierszu Szare dni: „Wytrzeszczonymi oczami wypatruję w lustrze przeszłości, szare dni bez ciebie wszystko straciło barwę, samotność zapuszcza korzenie w głębinie mego serca”. Czy samotność może czegoś nauczyć?

Pisze pacjentka: „Muszę zacząć budować wszystko od nowa, mądrzej, inaczej, spokojniej, z szacunkiem wobec innych i wobec siebie. Samotność przyniosła mi wyciszenie, czas na refleksję, na uporządkowanie siebie od wewnątrz, czas tylko dla siebie, którego mi zawsze brakowało. Nabrałam dystansu potrzebnego do tego, by zrozumieć, co tak naprawdę się stało, by zrozumieć swoje błędy. Samotność jest dziwna; tyle samo zabiera, co daje. To pewien dar, który czegoś uczy...”

Modlitwa o dobrą starość świętego Tomasza z Akwinu

Panie, Ty wiesz lepiej, aniżeli ja sam, że się starzeje i pewnego dnia będę stary. Zachowaj mnie od zgubnego nawyku mniemania, że muszę coś powiedzieć na każdy temat i przy każdej okazji. Odbierz mi chęć prostowania każdemu jego ścieżek. Uczyni mnie poważnym, lecz nie ponurym; uczynnym, lecz nie narzucającym się. Szkoda mi nie spożytkować wszelkich zasobów mądrości, jakie posiadam, ale Ty Panie wiesz, że chciałbym zachować do końca paru przyjaciół. Wyzwól mój umysł od niekończącego się brnięcia w szczegóły i dodaj mi skrzydeł, bym w lot przechodził do rzeczy. Zamknij mi usta w przedmocie mych niedomagań i cierpień w miarę, jak ich przybywa, a chęć ich wyliczania staje się z upływem lat coraz większa. Nie proszę o łaskę rozkoszowania się opowieściami o cudzych cierpieniach, ale daj mi cierpliwość do wystuchania ich. Nie śmiem Cię prosić o lepszą pamięć, ale proszę o większą pokorę i mniej niezachwianą pewność, gdy moje wspomnienia wydają się sprzeczne z cudzymi. Użycz mi chwalebnych poczucia, że czasem mogę się mylić. Zachowaj mnie miłym dla ludzi, choć z niektórymi z nich doprawdy trudno wytrzymać. Daj mi zdolność dostrzegania dobrych rzeczy w nieoczekiwanych miejscach i niespodziewanych zalet w ludziach. Daj mi, Panie, łaskę mówienia im o tym... Amen