

Urszula Kościuczuk<sup>1,2</sup>, Piotr Jakubów<sup>1,2,3</sup>, Andrzej Siemiątkowski<sup>1</sup>, Agnieszka Mijalska<sup>4</sup>,  
Dominik Andrzej Panasiuk<sup>4</sup>, Grzegorz Juszczyk<sup>1,3</sup>, Tomasz Hirnle<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Polska

<sup>2</sup>Poradnia Leczenia Bólu, NZOZ Vitamed, Białystok, Polska

<sup>3</sup>Klinika Kardiochirurgii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Polska

<sup>4</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Polska

# Hospitalizacja pacjentów ze schorzeniami nienowotworowymi w hospicjum stacjonarnym — doświadczenia ośrodka w Białymstoku

## Hospitalization of palliative non-cancer patients in a stationary hospice — observational center study in Białystok

### Streszczenie

**Wstęp.** Aktualne dane epidemiologiczne wskazują na wzrastającą potrzebę wprowadzenia zasad opieki paliatywnej u pacjentów ze schorzeniami innymi niż nowotwory, w tym zaawansowaną niewydolnością serca. Jedną z form prowadzenia opieki paliatywnej stanowią świadczenia realizowane w ramach hospicjum stacjonarnego. Celem pracy było przedstawienie charakterystyki pacjentów hospitalizowanych w hospicjum stacjonarnym, ze szczególnym określeniem udziału pacjentów ze schorzeniami nienowotworowymi.

**Pacjenci i metody.** Badanie polegało na analizie dokumentacji medycznej pacjentów hospitalizowanych w hospicjum stacjonarnym w okresie jednego roku i odnotowaniu informacji dotyczących skierowań, rozpoznania warunkujących przyjęcie do hospicjum oraz czasu hospitalizacji. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej testami nieparametrycznymi, przyjmując wartość  $p < 0,05$  za poziom istotności statystycznej.

**Wyniki.** W badanym okresie w Hospicjum stacjonarnym „Dom Opatrzności Bożej” hospitalizowano 708 chorych, znamienne częściej pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej (74%),  $p < 0,05$ . Chorzy z rozpoznaniem niewydolności krążenia na tle kardiomiopatii stanowili 12% grupy pacjentów nienowotworowych i 2,5% wszystkich hospitalizowanych pacjentów. Niewydolność krążenia jako rozpoznanie współistniejące stwierdzono u 34% pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej i u 28% chorych z przewlekłą niewydolnością oddechową. Wiek chorych i czas hospitalizacji nie różniły się znamienne pomiędzy pacjentami ze schorzeniami nowotworowymi i nienowotworowymi.

**Wnioski.** Dominującą grupą korzystającą z opieki paliatywnej w hospicjum stacjonarnym są nadal chorzy na nowotwory złośliwe. Niewydolność serca jest rozpoznaniem głównym kwalifikującym do prowadzenia opieki paliatywnej i rozpoznaniem towarzyszącym u chorych na nowotwory złośliwe i z przewlekłą niewydolnością oddechową.

*Palliat Med Pract 2018; 12, 1: 1–7*

**Słowa kluczowe:** medycyna paliatywna, zaawansowana niewydolność serca, schorzenia nienowotworowe

**Adres do korespondencji:** Urszula Kościuczuk

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 24A, 15–276 Białystok

tel.: 85 7468302, faks: (85) 7468632

e-mail: [urszula.kosciuczuk@umb.edu.pl](mailto:urszula.kosciuczuk@umb.edu.pl)



Palliative Medicine in Practice 2018; 12, 1, 1–7

Copyright © Via Medica, ISSN 2545–0425

## Abstract

**Background.** Current epidemiological observations indicate an increasing need for palliative care for patients with non-cancer diseases, including end-stage heart failure. One of the forms of palliative care are medical services provided in stationary hospice. The aim of the study was to present the characteristics of patients hospitalized in hospice stationary care, and in particular to determine the proportion of non-cancer patients.

**Patients and methods.** The study consisted in analyzing the annual medical records of patients hospitalized in the stationary hospice and recording information on referrals, diagnoses determining admission to the hospice and time of hospitalization. The obtained data was analyzed with non-parametric tests, assuming  $p < 0.05$  as the level of statistical significance.

**Results.** During the study period, 708 patients were hospitalized in the stationary hospice, significantly more often patients with a diagnosis of a cancer (74%),  $p < 0.05$ . Patients diagnosed with cardiology accounted for 12% of the group of non-cancer patients and 2.5% of all hospitalized patients. In the group of cancer patients end-stage heart failure was noticed in 34% cases. In the diagnosis of chronic respiratory failure, 28% of patients had a potential end-stage heart failure cause as a co-morbid diagnosis. The age of patients and their hospitalization time in the stationary hospice did not differ significantly between patients with cancer and non-cancer diseases.

**Conclusions.** The dominant group in palliative care in the stationary hospice are still oncological patients. End-stage heart failure is the primary indication in palliative care and associated diagnosis in patients with cancer and chronic respiratory failure.

*Palliat Med Pract 2018; 12, 1: 1–7*

**Key words:** palliative medicine, end-stage heart failure, non-cancer disorders

## Wstęp

Zagadnienia medycyny paliatywnej ukierunkowane są na wielopłaszczyznową pomoc pacjentom z nieuleczalną chorobą, wobec których nie ma możliwości prowadzenia leczenia przyczynowego. Definicja wskazuje, że opieka paliatywna oznacza działania medyczne, społeczne, socjalne oraz duchowe ukierunkowane na pomoc nie tylko choremu, ale także i rodzinie w obliczu choroby zagrażającej życiu. W ostatnich latach obserwujemy, zarówno w Polsce, jak i na świecie, dynamiczny wzrost zapotrzebowania na świadczenia z zakresu medycyny paliatywnej [1–3].

Rozwój opieki paliatywnej i hospicyjnej jako nowej dziedziny medycyny następował stopniowo. Uważa się, że rok 1967 jest datą założenia pierwszego na świecie współczesnego stacjonarnego ośrodka, czyli Hospicjum Świętego Krzysztofa w Londynie przez Cicely Saunders dla chorych onkologicznych. W Montrealu w 1973 roku powstał pierwszy oddział opieki paliatywnej założony przez chirurga-onkologa Belfora Mounta, który wprowadził do medycyny nazwę opieka paliatywna [4].

Z badań epidemiologicznych ostatnich lat wynika, że obecnie największą chorobowością oraz potencjalnym niepomyślnym przebiegiem charakteryzują się pacjenci z chorobami układu krążenia. Zgony z powodu chorób układu krążenia, w tym niewydolności serca, są obecnie na pierwszym miejscu wszystkich przyczyn zgonów, czyli nawet przed nowotworami. Jednocześnie uważa się, że ta grupa chorych jest wyjątkowo

narażona na cierpienie i nasilone objawy w ostatnich dniach życia. Również postuluje się, iż pacjenci nienowotworowi nie mają zapewnionej należytej opieki ze względu na brak powszechnej wiedzy i szczegółowych uregulowań wykonawczych [5–7].

Powszechna świadomość konieczności opieki paliatywnej i hospicyjnej jest ukierunkowana szczególnie na chorych na nowotwory zgodnie z założeniami pierwszych hospicjów. Jednak zgodnie z obecnymi zaleceniami zaawansowana choroba zagrażająca życiu w wyniku schorzenia nieonkologicznego, podobnie jak choroba nowotworowa, powinna być leczona w jednostkach medycyny paliatywnej, w tym także w hospicjach [1, 7].

W warunkach polskich podstawą prawną zasad organizacji i udzielania świadczeń medycznych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej stanowi Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 roku, zgodnie z którym w Polsce istnieje ścisły wykaz jednostek chorobowych, których rozpoznanie umożliwia objęcie opieką paliatywną. Lista chorób nowotworowych jest liczna, a chorób nienowotworowych jest wyraźnie mniej, w tym niewydolność oddechowa, kardiomiopatia, odleżyny i wybrane choroby demielinizacyjne układu nerwowego [8]. Jedną z form realizacji świadczeń opieki paliatywnej w Polsce stanowią hospicja stacjonarne.

Hospicjum stacjonarne „Dom Opatrzności Bożej” jest najstarszą w regionie placówką zajmującą się opieką paliatywną, działającą od 1 maja 1991 roku. Hospicjum powstało z inicjatywy Towarzystwa Przyja-

ciół Chorych, którego prezesem była pani dr n. med. Helena Kuleszo-Kopystecka. Ośrodek, który powstał przy ulicy Świętojańskiej w Białymstoku, był najstarszym hospicjum stacjonarnym w Polsce, posiada pięć łóżek przeznaczonych dla chorych na nowotwory. Obecnie w nowej lokalizacji i po rozbudowie możliwa jest hospitalizacja 70 chorych. Hospicjum „Dom Opatrzności Bożej” pod wieloletnim kierownictwem pana dr n. med. Tadeusza Beszta-Borowskiego jest obecnie jedyną placówką stacjonarnej opieki paliatywnej w Białymstoku [9]. Celem pracy było dokonanie analizy hospitalizacji w Hospicjum w Białymstoku w 2016 roku, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów ze schorzeniami nienowotworowymi.

## Pacjenci i metody

Badanie polegało na analizie dokumentacji medycznej pacjentów hospitalizowanych w Hospicjum Stacjonarnym w Białymstoku w okresie od 1 stycznia 2016 do 31 grudnia 2016. Analizy dokonywano na podstawie skierowań do hospicjum oraz na podstawie rozpoznań wpisywanych do dokumentacji choroby. Ze względów proceduralnych posługiwano się kodami klasyfikacji ICD-10 (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych; *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). Z dokumentacji medycznej odnotowano dane, takie jak wiek i płeć pacjentów, data przyjęcia i skierowanie do hospicjum, czas hospitalizacji, rozpoznanie główne i współistniejące.

Ze względu na brak prawidłowości rozkładów w analizowanych zmiennych ilościowych potwierdzony testem Shapiro-Wilka, w analizie statystycznej zastosowano testy nieparametryczne. Wartości zmiennych przedstawiono w postaci mediany oraz wartości minimalnych i maksymalnych. Do porównania dwóch grup niezależnych użyto test U Manna-

-Whitneya. W testach przyjęto poziom istotności jako  $p < 0,05$ . Analizę statystyczną przeprowadzono, wykorzystując pakiet Statistica 12.5 (StatSoft Inc. Tulsa, Stany Zjednoczone).

## Wyniki

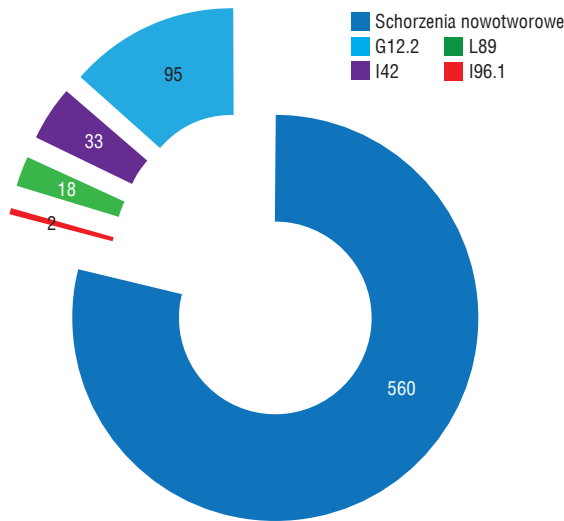
W badanym okresie w hospicjum „Dom Opatrzności Bożej” w Białymstoku hospitalizowano 708 pacjentów, z czego 52% stanowiły kobiety. Najliczniejszą grupę stanowili chorzy przyjęci na podstawie skierowania z oddziału szpitalnego innego niż onkologiczny i z podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Porównywalnie często przyjęcie do hospicjum odbywało się ze skierowaniem z ośrodków onkologicznych i hospicjum domowego. Charakterystykę grupy badanej przedstawiono w tabeli 1.

Przeprowadzona analiza wykazała, że znamiennej częściej hospitalizacja w hospicjum dotyczyła pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej (74%). Najczęstszym nienowotworowym rozpoznaniem głównym była przewlekła niewydolność oddechowa (J96.1) i owrzodzenia odleżynowe (L89), które łącznie stanowiły 18% hospitalizacji w 2016 roku, a 86% hospitalizacji w grupie pacjentów ze schorzeniami nienowotworowymi. Liczebność poszczególnych grup pacjentów w odniesieniu do rozpoznania głównego według klasyfikacji ICD-10 przedstawiono na rycinie 1.

Wykazano, że wśród pacjentów hospicjum z rozpoznaniem nienowotworowym przyjęcie nastąpiło najczęściej na podstawie skierowania z oddziałów szpitalnych innych niż onkologiczne. Na podstawie skierowania z POZ hospitalizacja dotyczyła najczęściej pacjentów z owrzodzeniami odleżynowymi. Chorzy z rozpoznaniem głównym kardiomiopatii (142) w dominującej liczbie przypadków byli hospitalizowani w Hospicjum na podstawie skierowania z oddziału szpitalnego innego niż onkologiczny i POZ. Zasady

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Kobiety	n = 370
Mężczyźni	n = 338
Wiek (lata) (mediana, min.–maks.)	75 (27–98)
Czas hospitalizacji (osobodni) (mediana, min.–maks.)	13 (1–347)
Skierowanie z podstawowej opieki zdrowotnej (liczebność, udział %)	156 (22,03%)
Skierowanie z oddziału onkologicznego (liczebność, udział %)	96 (13,55%)
Skierowanie z hospicjum domowego (liczebność, udział %)	118 (16,66%)
Skierowanie z innego oddziału szpitalnego (liczebność, udział %)	338 (47,74%)
Zgon (liczebność, udział %)	674 (95,19%)
Wypis (liczebność, udział %)	34 (4,8%)



**Rycina 1.** Liczebność poszczególnych grup pacjentów w odniesieniu do rozpoznania głównego (wg klasyfikacji ICD-10)

hospitalizacji w najczęstszych rozpoznaniach nowotworowych i nienowotworowych przedstawiono w tabeli 2.

W badanym okresie rozpoznanie główne zaawansowanej niewydolności krążenia na tle kardiomiopatii stanowiło 2,5% wszystkich hospitalizacji, natomiast

niewydolność krążenia jako rozpoznanie współistniejące w hospitalizacjach z powodu nowotworu wystąpiła u 34% pacjentów i u 28% chorych z powodu przewlekłej niewydolności oddechowej.

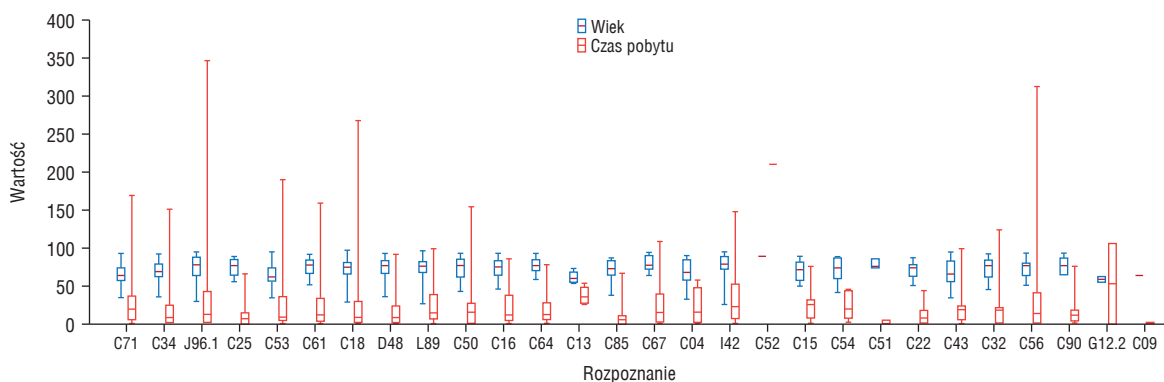
Przeprowadzona analiza nie wykazała różnic w wieku pacjentów i czasie trwania hospitalizacji, w zależności od rozpoznania głównego. Wśród chorych na nowotwory najdłuższy czas hospitalizacji w Hospicjum odnotowano w rozpoznaniu głównym C56 (nowotwór złośliwy jajnika) i C18 (nowotwór złośliwy jelita grubego), a wśród schorzeń nienowotworowych J96.1 (przewlekła niewydolność oddechowa). Maksymalny czas hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem głównym kardiomiopatii był porównywalny z czasem hospitalizacji chorych na nowotwory — rozpoznanie C50, C61, C34, C71. Czas hospitalizacji i wiek pacjentów w poszczególnych schorzeniach nowotworowych i nienowotworowych przedstawiono na rycinie 2.

Podsumowanie uzyskanych wyników przedstawiono poniżej.

1. W badanym okresie w Hospicjum znacząco częściej hospitalizacja dotyczyła chorych na nowotwory.
2. Wśród schorzeń nienowotworowych najczęściej przyczyną hospitalizacji była przewlekła niewydolność oddechowa w przebiegu schorzeń cywilizacyjnych.

**Tabela 2.** Zasady przyjęcia do hospicjum stacjonarnego pacjentów ze schorzeniami nienowotworowymi. Przedstawiono dane dotyczące najczęstszych schorzeń nienowotworowych (wg klasyfikacji ICD-10). Przedstawiono liczebność oraz udział %

Rozpoznanie	Przyjęcie na podstawie skierowania			
	Hospicjum domowe	Oddział onkologiczny	Podstawowa opieka zdrowotna	Inne oddziały szpitalne
J96.1	6/6%	1/1%	14/14%	74/77%
L89	3/9%	–	11/33%	19/57%
I42	1/6%	–	4/22%	13/72%



**Rycina 2.** Wiek pacjentów oraz czas hospitalizacji w poszczególnych schorzeniach nowotworowych i nienowotworowych. Przedstawiono wartości mediany, 25. i 75. percentyla oraz wartości minimalne i maksymalne. Brak istotności statystycznej pomiędzy grupami

3. Niewydolność krążenia u większości chorych występowała jako rozpoznanie towarzyszące przewlekłej niewydolności oddechowej i chorobie nowotworowej.
4. Pacjenci ze schyłkową niewydolnością krążenia byli hospitalizowani w hospicjum stacjonarnym na podstawie skierowania z nieonkologicznych oddziałów szpitalnych i z podstawowej opieki zdrowotnej.
5. Czas hospitalizacji pacjentów na etapie opieki paliatywnej realizowanej w hospicjum stacjonarnym nie zależał od rozpoznania głównego.

## Dyskusja

Zagadnienia medycyny paliatywnej mają interdyscyplinarny charakter. Definicja opieki paliatywnej wskazuje, że są to wielokierunkowe działania poprawiające jakość życia chorych z zagrażającą życiu, postępującą chorobą poprzez zapobieganie i łagodzenie cierpienia, leczenia bólu i towarzyszących problemów somatycznych, psychologicznych, socjalnych i duchowych [10–12]. Wieloletnie obserwacje opieki paliatywnej w Europie wykazały, że nadal nie są zaspokojone potrzeby ludności w tym zakresie i konieczne jest podejmowanie działań w kierunku rozwoju tej dziedziny medycyny, z uwzględnieniem wzrastających potrzeb wynikających z uwarunkowań demograficznych [13].

W Polsce początki opieki paliatywnej i hospicyjnej sięgają 1976 roku, kiedy z inspiracji Haliny Bortnowskiej zebrała się grupa wolontariuszy przy kościele Arka Pana w Bińczycach w Nowej Hucie. W 1981 r. powstało Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum w Krakowie, a w 1984 roku z inicjatywy świętej pamięci księdza Eugeniusza Dutkiewicza — pierwsze hospicjum domowe, to jest Hospicjum Pallotinum w Gdańsku. W 1985 roku otwarto Hospicjum Domowe w Poznaniu założone przez księdza Ryszarda Mikołajczaka przy Kościele Świętego Jana Kantego [14–17]. Opieka paliatywna w Polsce jest zintegrowana z systemem opieki zdrowotnej, a świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej należą do świadczeń gwarantowanych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 października 2013 roku reguluje zasady udzielania świadczeń medycyny paliatywnej. Warunkiem realizacji świadczeń gwarantowanych jest przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Świadczenia gwarantowane przysługują pacjentom z rozpoznaniem, które określa Załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia. Świadczenia gwarantowane udzielane są w warunkach ambulatoryjnych (poradnia medycyny paliatywnej), domowych (hospicjum domowe dla dorosłych i dzieci — do ukończenia 18. roku życia)

oraz stacjonarnych (hospicjum stacjonarne, oddział medycyny paliatywnej) [8, 18, 19].

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w województwie podlaskim w 2015 roku świadczenia medycyny paliatywnej w ramach hospicjum stacjonarnego zapewniały cztery ośrodki, posiadające łącznie 115 łóżek. W okresie obserwacji 2010–2015 nastąpiło stopniowe zwiększenie liczby łóżek hospicyjnych, odpowiednio z 45 w 2010 roku, do 62 w 2013 i 84 w 2014 roku. Ze świadczeń opieki paliatywnej w 2015 roku w województwie podlaskim korzystało 950 pacjentów [19]. Według informacji Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 r. świadczenia z zakresu medycyny paliatywnej udzielane były w województwie podlaskim w sześciu hospicjach stacjonarnych, w 13 hospicjach domowych dla dorosłych i w dwóch hospicjach domowych dla dzieci oraz w jednej poradni medycyny paliatywnej. W Białymstoku świadczeń w zakresie medycyny paliatywnej udziela jedno hospicjum stacjonarne, trzy hospicja domowe dla dorosłych, jedno hospicjum domowe dla dzieci i jedna poradnia medycyny paliatywnej [17]. W Białymstoku opieka domowa nad chorymi świadczona była w sposób nieformalny od 1987 roku przez hospicjum stacjonarne „Dom Opatrzności Bożej”, które powstało w 1991 roku jako pierwszy ośrodek stacjonarny w Polsce. Zakład Opieki Zdrowotnej Hospicjum Domowe w Białymstoku został zarejestrowany 19 maja 1994 roku [9].

Według danych przedstawionych w raporcie Rządowej Rady Ludnościowej 1974–2014 wynika, że w grupie pacjentów dorosłych ponad 90% pozostających w opiece paliatywnej stanowią chorzy na nowotwory. Autorzy przedstawili informacje, iż w 2012 roku najliczniejszą grupę pacjentów korzystających z opieki paliatywnej (ponad 60%) stanowili chorzy po 65., a 30% pomiędzy 50. a 64. rokiem życia. Przedstawiając rozmieszczenie terytorialne jednostek opieki paliatywnej w Polsce w 2013 roku autorzy podkreślili duże zróżnicowanie w dostępności do stacjonarnych, ambulatoryjnych i domowych jednostek opieki paliatywnej [20].

Wyniki naszej analizy wpisują się w ogólnokrajowy trend epidemiologii nowotworów [21–24]. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce w okresie 1980–2010 wśród dorosłych wzrosła ponad dwukrotnie i w 2010 roku wynosiła 156 487, to jest 78 236 mężczyzn i 78 251 kobiet. W populacji mężczyzn najczęściej zarejestrowano nowotwory płuca, gruczołu krokowego, jelita grubego i pęcherza moczowego. W grupie kobiet najwięcej zgłoszeń w KRN dotyczyło raka piersi (ponad 20%), jelita grubego (10%) i płuca (8,8% przypadków). W rozpoznaniach

nowotworów narządu rodowego najczęściej występowały: rak trzonu macicy, jajnika i szyjki macicy [24].

Niewątpliwie choroba nowotworowa jest priorytetem w świadczeniach z zakresu medycyny paliatywnej [8, 23, 24]. Należy podkreślić, że mimo ograniczonych wskazań do objęcia opieką paliatywną pacjentów ze schorzeniami nienowotworowymi, wielu spośród nich będących w zaawansowanym stadium choroby wymaga wdrożenia zasad medycyny paliatywnej. Liczni autorzy wskazują, że dostępność do świadczeń medycyny paliatywnej dla pacjentów z przewlekłymi, zaawansowanymi schorzeniami jest ograniczona. Z analiz epidemiologicznych wynika, że ponad 50% chorych na nowotwory otrzymuje pomoc w ramach opieki paliatywnej, zaś pacjenci ze schyłkową niewydolnością krążenia objęci świadczeniami opieki paliatywnej stanowią znacznie mniejszą grupę, bo około 10–25%. Poszukując przyczyn ograniczonej dostępności pacjentów nienowotworowych do świadczeń z zakresu medycyny paliatywnej, zwraca uwagę niedostrzeżenie potrzeby wdrażania zasad opieki paliatywnej u chorych z innymi schorzeniami niż nowotwory, na różnych etapach opieki medycznej [25–28].

W przedstawionym badaniu interesujące jest wykazanie częstego występowania rozpoznania J96.1 (przewlekła niewydolność oddechowa). Należy zauważyć, że w klasyfikacji ICD-10 rozpoznanie J96.1 obejmuje wiele schorzeń, w których przebiegu występuje niewydolność oddechowa, i część autorów uważa, że kod ten należy traktować w kategorii objawów. Z obserwacji wynika, że J96.1 najczęściej jest konsekwencją powikłań w przebiegu schorzeń cywilizacyjnych, to jest choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy i urazów komunikacyjnych. Rozpoznanie J96.1 jest również przypisywane chorym z głębokim i nieodwracalnym uszkodzeniem neurologicznym o podłożu wieloczynnikowym ze współistniejącą potrzebą wsparcia oddechowego.

Do rozpoznań, które pozwalają na kwalifikację chorych do opieki paliatywnej, zaliczana jest kardiomiopatia I42 i I43. Rozpoznanie I42 dotyczy kardiomiopatii o typie pierwotnym, która występuje rzadko, częściej spotykana jest kardiomiopatia wtórna, oznaczana kodem I43. W przeprowadzonym badaniu u 18 chorych rozpoznano kardiomiopatię, co stanowiło 12% pacjentów z chorobą nienowotworową i 2,5% wszystkich chorych hospitalizowanych w hospicjum w 2016 roku. W Stanach Zjednoczonych ponad 5 milionów ludzi cierpi z powodu niewydolności serca, z czego około 10% stanowią pacjenci ze schyłkową postacią tego przewlekłego schorzenia. Analizy epidemiologiczne przewidują, że liczebność tej grupy chorych zwiększy się do 25% w 2030 roku. W 2013 roku

ACCF (*American College of Cardiology Foundation*) i AHA (*American Heart Association*) stwierdziły, że w obliczu wzrostu zachorowalności na choroby układu krążenia i wzrastającej liczebności populacji chorych ze schyłkowym zaawansowaniem choroby, istnieje potrzeba przygotowania wielopłaszczyznowego zespołu opieki medycznej nad tą grupą pacjentów, ze szczególnym uwzględnieniem konieczności wdrażania zasad medycyny paliatywnej [29].

Wyniki badań epidemiologicznych w Europie wskazują na wzrost liczby chorych nienowotworowych w opiece paliatywnej i hospicyjnej, co dotyczy zwłaszcza pacjentów z zaawansowaną niewydolnością serca. W przeprowadzonym badaniu brak pełnego odzwierciedlenia tej sytuacji, jednak obserwowano wzrastającą liczbę chorych przyjmowanych do hospicjum z powodów innych niż choroba nowotworowa. Ta grupa pacjentów ze względu na dokuczliwe objawy wymaga opieki paliatywnej i hospicyjnej, zarówno leczenia objawów somatycznych, fizjoterapii, jak i opieki duchowej, psychologicznej, czyli holistycznej opieki paliatywnej, podobnie jak chorzy na nowotwory.

Pomimo braku wytycznych i podstaw prawnych, obserwuje się stopniowy wzrost liczby przyjmowanych do hospicjum pacjentów z chorobami nienowotworowymi, w tym z rozpoznaniami kardiologicznymi. Jednak w odniesieniu do ogromnej liczby chorych, w tym z zaawansowaną niewydolnością serca, hospicja stacjonarne nie pokrywają zapotrzebowania na dorosłych pacjentów z chorobami nienowotworowymi. Takie postępowanie jest zbieżne ze stanowiskiem prezentowanym przez Europejskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej (EAPC, *European Association for Palliative Care*), które wyraził Prezes EAPC Prof. Philip Larkin na I Międzynarodowej Konferencji w Polsce pt. „*Winter Summit in Palliative Medicine, Heart and Spirit in Palliative Care*” w Bydgoszczy w 2017 roku [30].

## Wnioski

1. Dominującą grupę pacjentów hospitalizowanych w Hospicjum stanowią chorzy na nowotwory złośliwe.
2. Opieka paliatywna i hospicyjna sprawowana nad pacjentami z chorobą nienowotworową, w tym ze schyłkową niewydolnością krążenia, nie jest powszechna.
3. Ze względu na regulacje prawne dotyczące opieki paliatywnej dla pacjentów ze schorzeniami nienowotworowymi występuje wyraźne ograniczenie w dostępie do opieki paliatywnej i hospicyjnej wobec tej grupy pacjentów.

## Piśmiennictwo

- Xie K, Gelfman L, Horton JR, et al. State of Research on Palliative Care in Heart Failure as Evidenced by Published Literature, Conference Proceedings, and NIH Funding. *J Card Fail.* 2017; 23(2): 197–200, doi: [10.1016/j.cardfail.2016.10.013](https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2016.10.013), indexed in Pubmed: 27989871.
- Meyers DE, Goodlin SJ. End-of-Life Decisions and Palliative Care in Advanced Heart Failure. *Can J Cardiol.* 2016; 32(9): 1148–1156, doi: [10.1016/j.cjca.2016.04.015](https://doi.org/10.1016/j.cjca.2016.04.015), indexed in Pubmed: 27568873.
- Ghashghaei R, Yousefzai R, Adler E. Palliative Care in Heart Failure. *Prog Cardiovasc Dis.* 2016; 58(4): 455–460, doi: [10.1016/j.pcad.2016.01.002](https://doi.org/10.1016/j.pcad.2016.01.002), indexed in Pubmed: 26773596.
- Boulay S, Rankin M. Okno Nadziei. Cicely Saunders – założycielka ruchu hospicyjnego. Znak, Kraków 2009.
- Kavalieratos D, Gelfman LP, Tycon LE, et al. Palliative Care in Heart Failure: Rationale, Evidence, and Future Priorities. *J Am Coll Cardiol.* 2017; 70(15): 1919–1930, doi: [10.1016/j.jacc.2017.08.036](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.08.036), indexed in Pubmed: 28982506.
- Shi R. Current trends in palliative heart care. *Minerva Cardioangiol.* 2016; 64(1): 92–96, indexed in Pubmed: 25926080.
- Siouta N, van Beek K, Preston N, et al. Towards integration of palliative care in patients with chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: a systematic literature review of European guidelines and pathways. *BMC Palliat Care.* 2016; 15: 18, doi: [10.1186/s12904-016-0089-4](https://doi.org/10.1186/s12904-016-0089-4), indexed in Pubmed: 26872741.
- Dz. U. 2013 poz.1347.Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 29.10.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. [www.hospicjum.bialystok.pl](http://www.hospicjum.bialystok.pl) (11.12.2017).
- Łuczak J, Kotlińska-Lemieszek A. Opieka paliatywna, hospicyjna, medycyna paliatywna. *Now Lek.* 2011; 1: 3–15.
- Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia. Definicja uporczywej terapii. *Adv Palliat Med.* 2008; 7: 77.
- Jassem J. Raport dotyczący standardów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej w Europie.cz. 1. *Adv Palliat Med.* 2010; 2: 41–53.
- Bakitas M, Macmartin M, Trzepakowski K, et al. Palliative care consultations for heart failure patients: how many, when, and why? *J Card Fail.* 2013; 19(3): 193–201, doi: [10.1016/j.cardfail.2013.01.011](https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2013.01.011), indexed in Pubmed: 23482081.
- Bylińska H. Niepomocni pomocnicy. O hospicjum Św. Jana Kantego. Hospicjum Św. Jana Kantego, Poznań 2003.
- Bogusz H, Łuczak J. Historia opieki paliatywnej w Wielkopolsce. Cz.1. Dwa nurty poznańskiej opieki paliatywnej. *Med Paliat.* 2012; 2: 95–99.
- Bogusz HM, Kotlińska-Lemieszek A, Łuczak JJ. Historia opieki paliatywnej w Wielkopolsce. Cz. 2. *Med Paliat.* 2013; 3: 129–135.
- [www.nfz-bialystok.pl](http://www.nfz-bialystok.pl) (11.12.2017).
- Kurczewska U, Jasińska M, Orszulak-Michalak D. Orszulak-Michalak D. Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia. Cz. 1. Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej. *Farm Pol.* 2010; 2: 93–100.
- [ww.stat.gov.pl](http://ww.stat.gov.pl) (11.12.2017).
- Potrykowska A, Strzelecki Z, Szymborski J, Witkowski J. Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski - raport 1974 – 2014. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014.
- Bostwick D, Wolf S, Samsa G, et al. Comparing the Palliative Care Needs of Those With Cancer to Those With Common Non-Cancer Serious Illness. *J Pain Symptom Manage.* 2017; 53(6): 1079–1084.e1, doi: [10.1016/j.jpain-symman.2017.02.014](https://doi.org/10.1016/j.jpain-symman.2017.02.014), indexed in Pubmed: 28457746.
- Zasowska-Nowak A, Ciałkowska-Rysz A. Analiza przyczyn przyjęcia oraz przebiegu hospitalizacji w jednostce stacjonarnej opieki paliatywnej na podstawie hospitalizacji na Oddziale yczny ywnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM w Łodzi w latach 2012–2013. *Med Paliat.* 2015; 7: 58–66.
- Ciałkowska-Rysz A. Sytuacja i wyzwania opieki paliatywnej w Polsce. *Med Paliat.* 2009; 1: 22–26.
- [www.onkologia.org.pl](http://www.onkologia.org.pl) (11.12.2017).
- Ward C. The need for palliative care in the management of heart failure. *Heart.* 2002; 87(3): 294–298, doi: [10.1136/heart.87.3.294](https://doi.org/10.1136/heart.87.3.294), indexed in Pubmed: 11847180.
- Chen-Scarabelli C, Saravolatz L, Hirsh B, et al. Dilemmas in end-stage heart failure. *J Geriatr Cardiol.* 2015; 12(1): 57–65, doi: [10.11909/j.issn.1671-5411.2015.01.007](https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2015.01.007), indexed in Pubmed: 25678905.
- Lemond L, Allen LA. Palliative care and hospice in advanced heart failure. *Prog Cardiovasc Dis.* 2011; 54(2): 168–178, doi: [10.1016/j.pcad.2011.03.012](https://doi.org/10.1016/j.pcad.2011.03.012), indexed in Pubmed: 21875515.
- Siouta N, Van Beek K, Payne S, et al. Is the content of guidelines/pathways a barrier for the integration of palliative care in Chronic Heart Failure (CHF) and chronic pulmonary obstructive disease (COPD)? A comparison with the case of cancer in Europe. *BMC Palliat Care.* 2017; 16(1): 62, doi: [10.1186/s12904-017-0243-7](https://doi.org/10.1186/s12904-017-0243-7), indexed in Pubmed: 29179703.
- Fendler TJ, Swetz KM, Allen LA. Team-based Palliative and End-of-life Care for Heart Failure. *Heart Fail Clin.* 2015; 11(3): 479–498, doi: [10.1016/j.hfc.2015.03.010](https://doi.org/10.1016/j.hfc.2015.03.010), indexed in Pubmed: 26142643.
- European Perspectives for Palliative Care for non-cancer patients. Winter Summit in Palliative Medicine, Heart and Spirit in Palliative Care, Bydgoszcz, Poland, [www.eapcnet.eu](http://www.eapcnet.eu) (2017).