

Tomasz Grądalski, Krystyna Kochan, Anna Białoń-Janusz

TPCH Hospicjum im. św. Łazarza, Kraków, Polska

Skierowanie, jako narzędzie oceny wskazań do pilnego przyjęcia do opieki paliatywnej i hospicyjnej

— prospektywne badanie obserwacyjne

Palliative Care Referral Form: An urgent indications triage tool for palliative and hospice care

— prospective observational study

Streszczenie

Wstęp. Kwalifikowanie pacjentów do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną nabiera szczególnego znaczenia, kiedy zapotrzebowanie na nią przewyższa możliwości ośrodków oph. Powstaje wtedy konieczność selekcji kierowanych chorych tak, by w pierwszej kolejności udzielać świadczeń zdrowotnych tym, których potrzeby (np. trudne do opanowania objawy) nie mogą być zabezpieczone w innych warunkach. W tym celu opracowano druk skierowania rozszerzony o dodatkowe informacje (w tym etap choroby, stopień sprawności, objawy cierpienia, terapia i problemy społeczne), którego przydatność poddano prospektywnej analizie.

Materiał i metody. Celem pracy była ocena trafności kwalifikacji chorych do pilnego przyjęcia do stacjonarnej oph na podstawie informacji zawartych na badanym skierowaniu. Badaniem objęto 41 osób. W pierwszej kolejności dokonano oceny wskazań do pilnego przyjęcia wyłącznie na podstawie skierowań. Następnie, w drugiej dobie po przyjęciu chorego, przeprowadzono ustrukturyzowane wywiady z lekarzami przyjmującymi pacjentów, gromadząc dane podobnie, jak na skierowaniu. Zebrane pary danych zestawiono ze sobą i poddano analizie.

Wyniki. U wszystkich badanych osób potwierdzono przy przyjęciu wskazania do objęcia oph. Na 26 chorych zakwalifikowanych do przyjęcia ze wskazań pilnych potwierdzono ten stan u 19. W grupie 15 zakwalifikowanych jako „stabilni”, po przyjęciu podobną kwalifikację uzyskało 13. Przy przyjęciu zwykle potwierdzano także zarówno etap choroby, jak i stopień sprawności pacjenta. Stwierdzono wysoką zdolność do przewidywania potrzeby pilnego przyjęcia na podstawie badanego druku skierowania (dodatnia wartość predykcyjna 73,1% przy czułości 90,5%).

Wnioski. Opracowany druk umożliwia zgodne z przepisami zebranie informacji niezbędnych do wstępnej kwalifikacji do oph, trafnego określenia wskazań pilnych oraz znacząco upraszcza i przyspiesza proces kwalifikowania pacjentów, obniżając jego koszty. Proponuje się szersze wykorzystanie druku w hospicyjnej praktyce klinicznej.

Palliat Med Pract 2018; 12, 2: 67–75

Słowa kluczowe: skierowanie, opieka paliatywna, opieka hospicyjna

Adres do korespondencji: Tomasz Grądalski

TPCH Hospicjum im. św. Łazarza

ul. Fatimska 17, 31–831 Kraków, Polska

e-mail: tomgr@mp.pl



Palliative Medicine in Practice 2018; 12, 2, 67–75

Copyright © Via Medica, ISSN 2545–0425

Abstract

Background. Qualification to palliative care is more demanding when the number of referred patients exceeds the admission capabilities of an institution. In such cases the selection of urgent admission needs (when management aside from hospice care is problematic) may be essential. For this purpose the palliative care referral form containing additional information on disease stage, patient's performance, symptoms of suffering, previously applied therapies and social concerns was developed and prospectively analyzed.

Material and methods. The aim of the study was to assess the qualification to palliative care accuracy in a group of 41 patients based on the PCRf. At first the qualification was based solely on the PCRf data, then (on the second day after admission) a structured interview with an attending physician was conducted. Pairs of these data were compared and analyzed.

Results. All palliative referrals were legitimized on admission. Among 26 patients triaged as „urgent”, 19 were such on admission, within 15 staged as „stable” 13 were confirmed later. Also, the disease stage and patients' performance were usually confirmed on admission. The high PCRf ability to predict the need of urgent implementation of palliative care was observed (positive predictive value of 73.1%, sensitivity 90.5%).

Conclusions: The PCRf which is legitimate, provides the essential information for preliminary qualification to palliative care and accurate assessment of its urgent indications. It may simplify and accelerate the process thus lowering costs. Wider practical application of the PCRf in the hospice care is proposed.

Palliat Med Pract 2018; 12, 2: 67–75

Key words: referral, palliative care, hospice care

Wstęp

Włączenie do opieki paliatywnej i hospicyjnej (oph) w ostatnim okresie choroby przynosi korzyści wielu pacjentom. Dzięki jej integracji z głównym nurtem medycyny, znaczna część chorych ze względu na rozpoznanie została włączona do wykazu nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych powszechnego systemu opieki zdrowotnej [1]. Jednak możliwości jednostek oph często nie są wystarczające w stosunku do rosnącej liczby zgłaszających się i oczekiwanie na przyjęcie nierzadko przedłuża się tak, że w konsekwencji część chorych nie dożywa momentu rozpoczęcia opieki. Potrzebne jest zwiększenie liczby kontraktowanych świadczeń i dalsze urealnianie ich wyceny [2, 3]. Istnieje także potrzeba usprawnienia sposobu kierowania i odpowiedniej selekcji (*triage*) kierowanych pacjentów tak, by w pierwszej kolejności udzielać świadczeń zdrowotnych tym chorym, których potrzeby nie mogą być zabezpieczone w innych warunkach [4]. Podstawą kwalifikacji pacjenta do oph jest skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Powinno ono zawierać, obok oznaczeń pacjenta i podmiotu kierującego, także informacje niezbędne do rozpoczęcia leczenia i opieki [5]. Na tej podstawie świadczeniodawca zobowiązany jest do dokonania kwalifikacji i umieszczenia pacjenta na liście oczekujących do przyjęcia w trybie pilnym lub stabilnym [4, 6]. Zgodnie z rekomendacjami zespołu ds. oph, w celu właściwej kwalifikacji chorego do objęcia opieką i oszacowania potrzeby pilności przyjęcia, istotne jest zwrócenie uwagi nie tylko na

rodzaj i stopień zaawansowania schorzenia, ale także na obecność tak zwanych stanów nagłych [7].

W hospicjum stacjonarnym, prowadzonym przez stowarzyszenie, zespół złożony z lekarza, pielęgniarki i pracownika socjalnego wprowadził w 1998 r. druk skierowania do oph (PCRf, *Palliative Care Referral Form*; dalej druk), wzbogacony o dodatkowe informacje o chorym; druk w ciągu ostatnich 20 lat podlegał modyfikacjom. Zmiany wprowadzono w związku z pojawianiem się w literaturze wskaźników oceny zaawansowania choroby, monitorowania objawów i określania prognozy przeżycia (od kilku lat jego aktualna wersja dostępna jest także na stronie internetowej). O ile informacje zawarte na druku ułatwiają podjęcie decyzji o przyjęciu lub niezakwalifikowaniu, nie zbadano dotychczas, czy opierając się na tych danych można dokonać trafnej selekcji pacjentów pod względem pilnych potrzeb objęcia opieką. Celem pracy była prospektywna ocena trafności kwalifikacji chorych do stacjonarnej oph oraz pilnych wskazań do objęcia opieką wyłącznie na podstawie informacji z formularza.

Materiał i metody

W pierwszym etapie prospektywnego badania obserwacyjnego dokonano (Tomasz Grądalski) oceny wskazań do pilnego przyjęcia do wolno stojącego hospicjum stacjonarnego w Krakowie posiadającego 42 łóżka, na podstawie skierowań (ryc. 1) otrzymanych pomiędzy 13 września a 30 listopada 2017 r.

Skierowanie do opieki paliatywnej i hospicyjnej: (zaznacz X)

do Poradni Medycyny Paliatywnej do Hospicjum / Oddziału Opieki Paliatywnej
 do Hospicjum Domowego* * dla mieszkających w następujących miejscowościach ...

pieczęć instytucji kierującej

tel. do lekarza kierującego _____

Chory _____ Pesel | | | | | | | | | | | | | | | |

zam. _____ obecnie przebywa _____ tel. _____

osoba do kontaktu _____ pokrewieństwo _____ tel. _____

PORADNIA MEDYCZYNY PALIATYWNEJ - specjalistyczne konsultacje chorych dot. leczenia objawów związanych z zaawansowaną chorobą
HOSPICJUM DOMOWE - opieka hospicyjna: całościowa, interdyscyplinarna opieka medyczna (leczenie objawów) gł. u kresu życia w domu chorego
HOSPICJUM STACJONARNE - opieka hospicyjna na oddziale Hospicjum dla chorych głównie u kresu życia, niemogących przebywać w domu
UWAGA! Wystawienie/rejestracja skierowania nie są jednoznaczne z objęciem opieką - o przyjęciu decyduje lekarz przyjmujący po zbadaniu pacjenta.

Wyrażam zgodę na objęcie opieką paliatywną i hospicyjną:

UŚWIADOMIONA ZGODA CHOREGO

Rozpoznanie najbardziej ograniczające prognozę chorego _____ **Liczba hospitalizacji z tego powodu w ostatnich 6 mies** _____
 ICD-10 _____

W przypadku rozp. nowotworu - lokalizacja przerzutów: _____ **Gdzie się podejrzewa rozsiew npl?** _____
 Chory zakwalifikowany do leczenia onkologicznego data kolejnej kons. onkol.: _____
 leczenie onkol. niemożliwe, wskazane objawowe

Pozostałe istotne rozpoznania _____

Przebieg w ostatnim miesiącu

Obecne patogeny alarmowe - gdzie i jakie?

Na jakim etapie choroby jest pacjent obecnie?

dosyć stabilnym, z prognozą przeżycia w latach systematycznie pogarszającym się, z prognozą przeżycia w tygodniach
 niestabilnym, z prognozą liczoną miesiącami w ostatnich dniach życia

Aktualne leczenie - nazwy, dawki; dla steroidu/antybiotyku od kiedy? _____

Wymień objawy i dolegliwości, które POMIMO ZASTOSOWANEGO LECZENIA aktualnie w dalszym ciągu się utrzymują:

niedrożność p pok silny niepokój ruchowy z omamami i dezorientacją nasiloną duszność ciężka biegunka
 nasilone wymioty z naciśn śródczaszk. z żyły głównej górnej ucisk rdzenia kręg silny (>5/10) ból

Stopień wydolności fizycznej (wg Palliative Performance Scale) wybierz jedną opcję: 30% całkowicie zależny ?odżywiania
 80% zwykle czynności z wysiłkiem 50% część. zależny, siedzący-leżący 20% zdolny wypić niewielkie ilości
 60% sporadyczna pomoc w obsłudze 40% zależny w dużym st., leżący 10% możliwe jedynie zwilżanie ust

Aktualnie obecne objawy, wyniki badań biochemicznych oraz obecność i stan odleżyn

wyniszczenie nietrzymanie stolca zaburzenie polykania
 nietrzymanie moczu zaawansowane obrzęki zaawansowane otępienie
 leukocytoza kreatynina albumina sur liczba odleżyn zakażonych
 hemoglobina mocznik sur CRP najbardziej zaawans. w skali EPUAP (I-IV)

Czynniki utrudniające pobyt chorego w domu, uwagi

data _____ odpis i pieczęć lekarza kierującego _____ nr prawa wyk. zawodu _____

Wypełnione skierowanie do ... wraz kopiami dostępnej istotnej dokumentacji medycznej należy **złożyć** w ... wysłać faksem nr ... lub skan mailem (...).
 Tel. informacje o wyniku kwalifikacji należy uzyskać w godz. ... pod tel.: ...

Rycina 1. Badany druk skierowania

Następnie, w drugiej dobie po przyjęciu chorego, przeprowadzono (Anna Białoń-Janusz) ustrukturyzowane wywiady z lekarzami hospicjum przyjmującymi pacjentów, określając wystąpienie pilnych wskazań na podstawie tych samych kryteriów. Cel i metodyka pracy nie był znany ani lekarzom kierującym, ani udzielającym wywiadów. Zebrane pary danych zestawiono ze sobą i poddano analizie. Przyjęto następujące pilne wskazania do objęcia oph: 1) obecność trudnych do opanowania objawów cierpienia o znacznym nasileniu (silny ból jedynie w wypadku nieskutecznego zastosowania silnego opioidu); 2) psychofizyczne wyczerpanie opiekunów w ostatnich dniach życia chorego; 3) lekarska adnotacja „pilne/cito” na składanym skierowaniu.

Do porównania wartości zmiennych ilościowych wykorzystano test Wilcozona dla par powiązanych, natomiast do zmiennych jakościowych wykorzystano testy McNemara lub Bhapkara. Korelację pomiędzy dwiema zmiennymi ilościowymi analizowano, wykorzystując współczynnik Spearmana. Zależność pomiędzy czasem oczekiwania na przyjęcie oraz różnicami w liczbie objawów i sposobie kwalifikacji badano z wykorzystaniem regresji logistycznej lub współczynnika korelacji Spearmana. Prawidłowość rozkładu cech badano testem Shapiro-Wilka. Jako poziom odrzucenia hipotezy zerowej przyjęto $p < 0,05$. Minimalną liczebność grupy badanej ustalono, opierając się na stwierdzonych różnicach w kwalifikacji do pilnego przyjęcia w przeprowadzonym wcześniej niepublikowanym badaniu pilotażowym, które objęło 59 pacjentów skierowanych do hospicjum w okresie od 1 sierpnia do 31 grudnia 2016 r. Określono liczebność grupy badanej na 41 osób, dla założonej, istotnej klinicznie 20-procentowej różnicy pomiędzy oceną ze skierowania i przy przyjęciu do hospicjum oraz 80-procentowej mocy testu i poziomie istotności 5%. W analizie wykorzystano pakiet statystyczny R. Z uwagi na nieeksperymentalny, obserwacyjny charakter badania nie było wymagane uzyskanie zgody Komisji Bioetycznej na jego przeprowadzenie. Przed

zebraniem niezbędnych danych uzyskano zgodę kierownika podmiotu leczniczego na przeprowadzenie badania i publikację w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjentów.

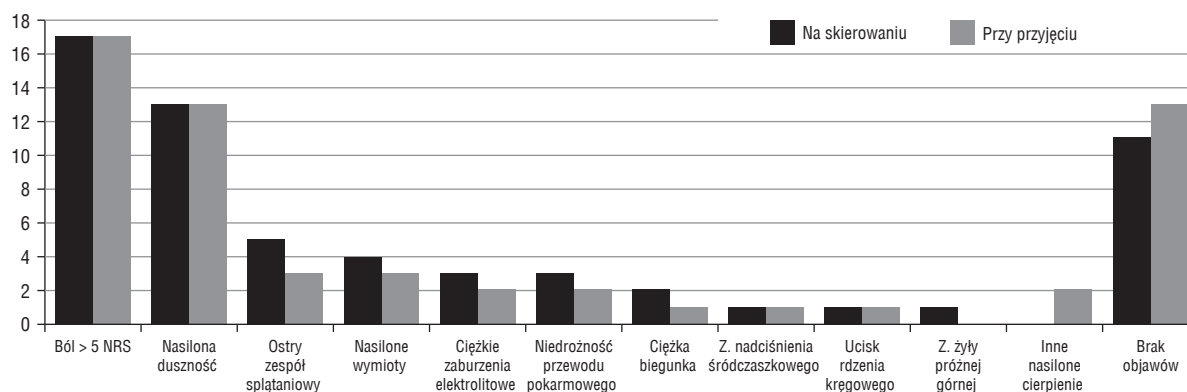
Wyniki

W analizowanym okresie do hospicjum skierowano 175 pacjentów, spośród których 92 otrzymało PCRF. Do przyjęcia nie zakwalifikowano 16 skierowanych z uwagi na: brak rozpoznania zgodnego z rozporządzeniem o świadczeniach gwarantowanych (11), brak dokuczliwych objawów u chorych przewlekle (2), konieczność kontynuacji leczenia szpitalnego (2) i brak zgody chorego na udzielanie świadczeń zdrowotnych (1). Dziesięć osób zrezygnowało z objęcia opieką przed przyjęciem, a 12 chorych zmarło (w tym jedna przed dokonaniem kwalifikacji). Analizą objęto grupę 41 kolejno przyjętych pacjentów (w tym 22 kobiety), średnio w wieku 46,8 lat (odchylenie standardowe — SD 12,1). Badani oczekiwali na przyjęcie (od daty wystawienia skierowania) przeciętnie 5 dni (rozstęp ćwiartkowy — IQR 2–8). Trzydziestu jeden przyjętych pacjentów (75,6%) zmarło w hospicjum, 10 (24,4%) wypisano do opieki domowej. Przeciętny czas przeżycia chorych zmarłych w hospicjum wyniósł 7 dni (IQR 5–18). Charakterystykę chorych i rozpoznania przedstawiono w tabeli 1.

U 30 pacjentów (73,1%) na skierowaniu zaznaczono nieopanowane objawy o znacznym natężeniu: najczęściej silny ból (41,5%) i duszność (31,7%), natomiast u 11 (26,9%) chorych nie wskazano na trudności w opanowywaniu jakichkolwiek dokuczliwych objawów (ryc. 2). Liczba wskazanych na skierowaniu i przy przyjęciu objawów u poszczególnych chorych nie różniły się istotnie (mediana 1; IQR 0–2 vs. 1; IQR 0–2; $p = 0,12$). Nie stwierdzono korelacji pomiędzy zmianą w liczbie objawów chorego a czasem, jaki upłynął od skierowania do przyjęcia ($p = 0,2$).

Tabela 1. Najczęstsze ustalone rozpoznania w badanej grupie pacjentów

Rozpoznanie	N	%
Nowotwory układu pokarmowego	13	31,7
Nowotwory układu oddechowego	7	17,1
Nowotwory układu moczowo-płciowego	5	12,0
Nowotwory układu krwiotwórczego	4	9,8
Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego	4	9,8
Nowotwory w innej lokalizacji	2	4,9
Nowotwory o nieustalonym ognisku pierwotnym	2	4,9
Schorzenia neurologiczne	2	4,9
Owrzodzenia odleżynowe	2	4,9



Rycina 2. Porównanie liczby chorych wykazujących poszczególne objawy na druku i przy przyjęciu

Wśród badanych dominowali pacjenci z nowotworami układu pokarmowego, niestabilni klinicznie w ostatnich tygodniach (stadium C według Gold Standard Framework [GSF]) [8], w znacznym stopniu zależni w podstawowych czynnościach, przeważnie obłożnie leżący (*Palliative Performance Scale* [PPS] 30–40%). Przy przyjęciu zwykle potwierdzano zarówno etap choroby, jak i stopień sprawności pacjenta (tab. 2).

We wszystkich analizowanych przypadkach przy przyjęciu potwierdzono wskazania do objęcia pacjenta oph. Na 26 zakwalifikowanych ze wskazań pilnych, określonych na podstawie druku, u 19 wskazań takie występowały także przy przyjęciu. Ponadto na 15 chorych zakwalifikowanych jako „stabilni” u 13 potwierdzono ten stan, nie stwierdzając przy przyjęciu wskazań do pilnego objęcia opieką (tab. 2). Nie obserwowano istotnych statystycznie zależności pomiędzy czasem oczekiwania na przyjęcie oraz zmianą w ocenie etapu choroby (iloraz szans pojawienia się niezgodności OR 0,95; 95% CI 0,84–1,06; $p = 0,4$) lub zmianą stopnia sprawności (współczynnik korelacji $R = -0,27$; $p = 0,1$). W ocenie etapu choroby największa zgodność pomiędzy danymi na druku a przyjęciem dotyczyła etapu C (65%) według GSF, najmniejsza powtarzalność dotyczyła etapu B (30%).

U jednej z dwóch osób z adnotacją „pilne/cito” na PCRF potwierdzono takie wskazanie przy przyjęciu. Zaobserwowano znikomy wpływ czasu oczekiwania na przyjęcie na wykrywane różnice w istnieniu pilnych wskazań do oph, na druku i przy przyjęciu (OR = 0,99; 95% CI 0,87–1,12; $p = 0,8$). Prawdopodobieństwo trafnego przewidzenia wystąpienia pilnych wskazań do objęcia opieką na podstawie danych zawartych na druku (dodatnia wartość predykcyjna) wyniosło 73,1%, przy czułości 90,5%. Zdolność do przewidzenia braku pilnych wskazań na podstawie badanej dokumentacji (ujemna wartość predykcyjna) wyniosła 86,7%.

Dyskusja

W pracy wykazano wysoką użyteczność badanego druku skierowania w trafnym przewidywaniu wskazań i określaniu pilnych potrzeb objęcia stacjonarną oph niezależnie od czasu oczekiwania na przyjęcie. Udowodniono, że wykorzystanie druku pozwala na właściwą kwalifikację wyłącznie na podstawie badania/opinii lekarza kierującego, co upraszcza proces przyjmowania do oph, zmniejszając jego koszty. Z doświadczenia autorów, przy korzystaniu z druku, doprecyzowanie szczegółów w rozmowie telefonicznej w niektórych sytuacjach może być pomocne, jednak w zdecydowanej większości sytuacji nie jest konieczne.

W literaturze zagadnienie doboru (selekcji) pacjentów do oph poruszane jest sporadycznie: w Irlandii przykładowo od 2013 r. dla określenia pilności przyjęcia wykorzystuje się jednolity formularz *National Specialist Palliative Care Referral Form* [9], na którym kierujący określa potrzebę pilnego objęcia opieką wraz z podaniem powodu przyjęcia i stopnia sprawności chorego. W Australii stosuje się inne narzędzie kwalifikujące chorych, to jest *Inpatient Palliative Care Admission Triage Tool* (IPAT), zawierające określenie prognozy, stopnia opanowania objawów, dystres psychospołeczny, stadium choroby według GSF i stopień wsparcia środowiskowego [10]. W literaturze krajowej dotychczas nie opisywano wykorzystania skierowania specyficznego dla potrzeb oph; kierowanie pacjentów w praktyce zwykle odbywa się na ogólnych zasadach, jak w innych specjalnościach medycznych. Na standardowych drukach skierowań lekarz (często nieposiadający specjalistycznej wiedzy i doświadczenia) kieruje do oph, bez podania dodatkowych, ale zdaniem autorów niezbędnych informacji do podjęcia decyzji o przyjęciu, umieszczając niekiedy adnotację „pilne/cito”, również bez podania uzasadnienia.

Z obserwacji autorów niniejszej pracy wynika, że dla kierującego potrzeba pilnego objęcia hospicyjną

Tabela 2. Etap choroby (według GSF), stopień sprawności (według PPS) i rodzaj kwalifikacji — triage („pilny” vs. „stabilny”), zaznaczone na skierowaniu oraz w ocenie lekarza przy przyjęciu

Parametr	Na skierowaniu		Przy przyjęciu		p		
	n	%	n	%			
GSF	A	1	2,4	C	1	0,058 *	
				B	1		
	B	7	17,1	C	5		12,2
				D	1		2,4
	C	23	56,1	C	16		39,0
				D	7		17,1
	D	7	17,1	C	3		7,3
				D	4		9,8
	Brak	3	7,3	C	2		4,9
				D	1		2,4
PPS	60%	1	2,4	40%	1	0,033 **	
	50%	3	7,3	50%	2		4,9
				40%	1		2,4
	40%	12	29,3	50%	3		7,3
				40%	8		19,5
				20%	1		2,4
	30%	11	26,8	50%	1		2,4
				40%	6		14,6
				30%	1		2,4
				20%	3		7,3
	20%	4	9,8	80%	1		2,4
				40%	2		4,9
				20%	1		2,4
	10%	5	12,2	60%	1		2,4
				30%	2		4,9
				10%	2		4,9
brak	5	12,2	50%	1	2,4		
			40%	1	2,4		
			30%	3	7,3		
Triage	„Pilny”	26	63,4	„Pilny”	19	0,18 ***	
				„Stabilny”	7		17,1
	„Stabilny”	15	36,6	„Pilny”	2		4,9
				„Stabilny”	13		31,7

*etapy według GSF: A — dość stabilny, z przewidywanym czasem przeżycia w latach; B — niestabilny, z prognozowanym czasem przeżycia w miesiącach; C — systematyczne pogarszanie stanu ogólnego, z oczekiwanym czasem przeżycia w tygodniach; D — ostatnie dni życia.

* test Bhapkara; ** test Wilcoxon dla par powiązanych; *** test McNemara.

opieką stacjonarną może mieć różne znaczenie lub być różnie rozumiana przez kierujących. W skrajnych sytuacjach może oznaczać na przykład pilną potrzebę wypisu ze szpitala po ustąpieniu wskazań do hospitalizacji lub stwierdzenie niewydolności opiekuńczej

w środowisku. Zbyt długie oczekiwanie na rozpoczęcie opieki długoterminowej potęguje problem. W literaturze zgodność pomiędzy kwalifikacją lekarzy kierujących i przyjmujących do oph nie jest wysoka (w jednej z obserwacji wyniosła 69%) [11], gdyż

kierujący także często nie widzą pilnych wskazań tam, gdzie one w rzeczywistości istnieją. Część ośrodków opieki paliatywnej poza granicami naszego kraju wypracowała więc sposób określania pilności na podstawie dodatkowej rozmowy telefonicznej doświadczonej pielęgniarki oph z kierującym lekarzem, co jednak jest procesem czasochłonnym [12]. W związku z tym dąży się do opracowania przejrzystego systemu ułatwiającego podejmowanie trafnych decyzji dotyczących właściwej selekcji kierowanych chorych w oparciu o obiektywne kryteria [13].

W Polsce w ostatnich latach w praktyce wykształciły się dwa główne sposoby kwalifikowania chorych. Pierwszy opiera się na konsultowaniu chorego przed przyjęciem w jego środowisku (także w szpitalu) przez członka zespołu oph (zwykle lekarz, niekiedy pielęgniarka), także z wykorzystaniem specyficznych narzędzi obiektywizujących (np. karty kwalifikacji do specjalistycznej opieki paliatywnej) [7]. Metoda ta może w praktyce generować dodatkowe koszty dla zwykle niedofinansowanych placówek oph. Drugi kierunek, reprezentowany przez autorów i poddany analizie w niniejszej pracy, zakłada podejmowanie decyzji o kwalifikacji na podstawie wystawionego przez lekarza — niespecjalistę oph — skierowania obejmującego dodatkowe informacje o pacjencie.

Punktem wyjścia do rozważań dotyczących wyboru kluczowych informacji zamieszczonych na badanym druku były pojawiające się w literaturze próby zdefiniowania wskazań do oph [14, 15]. Powstał druk, w którym na jednej stronie połączono elementy skierowania, zgodne z aktualnymi przepisami o dokumentacji medycznej [5] z zaświadczeniem lekarskim o obecnym stanie klinicznym. Jest tam także miejsce na potwierdzenie wstępnej zgody chorego na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu oph. Mimo że na etapie skierowania taka zgoda nie jest konieczna, to uwzględnienie woli chorego co do rozpoczęcia oph rzutuje na przebieg opieki, jakość życia chorego i satysfakcję z leczenia [16, 17]. Uzyskane w ten sposób, przed przyjęciem, informacje o chorym pozwalają na poznanie etapu zaawansowanej choroby, stopnia sprawności chorego, sygnalizują problemy społeczne, ale przede wszystkim wskazują na obecność lub brak objawów o znacznym nasileniu, w tym stanów nagłych, opisując także stosowane dotychczas sposoby i skuteczność leczenia tych stanów. Dane te ułatwiają osobie kwalifikującej do oph (zwykle pielęgniarkę lub lekarzowi) określenie realnych wskazań do objęcia opieką. Jednocześnie brak punktowej oceny przy kwalifikacji (jak ma to miejsce na przykład przy przyjęciu do zakładów opiekuńczo-leczniczych) pozostawia elastyczność w podejmowaniu decyzji przez kwalifikującego, pozostawiając jednocześnie możliwość

podejmowania konkretnych decyzji, w zależności od specyficznych uwarunkowań konkretnej jednostki oph (np. stopnia dostępności do opieki domowej na danym terenie czy liczby kierowanych chorych). Nie sugeruje się przy tym lekarzowi kierującemu, które informacje będą decydujące dla dokonania kwalifikacji, co zmniejsza możliwość świadomego wprowadzania w błąd przez nierzetelne odzwierciedlenie rzeczywistości na skierowaniu przez kierującego.

Konsultowanie pacjentów na wczesnym etapie ich zaawansowanej choroby nowotworowej (także przez doświadczonych pielęgniarki) poprawia jakość życia, zmniejsza częstość stosowania agresywnego leczenia u kresu oraz poprawia przeżycie [18, 19]. Włączanie do pełnej oph (ciągłej i interdyscyplinarnej) częściej dotyczy pacjentów u kresu życia [20]. Jednak chorzy będący na wcześniejszych etapach choroby także wymagają objawowego leczenia wspomagającego (*supportive*) [21]. Chociaż niemal na każdym etapie zaawansowanej choroby (niezależnie od rozpoznania) udaje się wykazać korzyści z oph [22], jednak wciąż poszukuje się optymalnego modelu jej integracji z pozostałymi specjalnościami medycznymi [23]. Polski system opieki zdrowotnej gwarantuje nieodpłatny dostęp do oph chorym z nieuleczalnymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu, postępującymi, ograniczającymi życie chorobami, a więc jasno wskazuje na ograniczoną prognozę przeżycia. Co istotne, krótka prognoza w naturalny sposób ogranicza także realne możliwości oczekiwania pacjenta na rozpoczęcie opieki.

W zależności od stopnia zaawansowania choroby przewlekłej wyróżnić można kilka etapów: stabilny (bez istotnych zmian klinicznych od jej początku), niestabilny (z pojawiającymi się nowymi problemami wymagającymi częstych zmian w postępowaniu leczniczym), pogarszania się (z narastaniem typowych dla danego schorzenia problemów), i końcowy (z objawami ostatnich dni) [24]. W zależności od poszczególnych etapów obserwuje się różne nasilenie pojawiających się problemów: przykładowo największe natężenie bólu obserwowano na przykład w fazie niestabilnej, a zwiększone oczekiwanie opiekunów wsparcia w fazie niestabilnej i pogarszania się [25]. Natężenie i zmienność objawów z kolei rzutują na potrzebę pacjentów względem oph, na jej formę i ostatecznie koszty. Wśród najczęściej cytowanych parametrów wykorzystywanych w skalach prognozujących, zawartych na badanym druku, wymienia się: niski stopień sprawności, ograniczenie przyjmowania pokarmów/płynów, osłabienie i utratę masy ciała, nasiloną duszność i zespoły majaczeniowe, obecność zaawansowanych obrzęków, odleżyn, a także nieprawidłowe wyniki badań biochemicznych, takich jak leukocytoza, obniżenie poziomów hemoglobiny, albuminy i protrombiny lub podwyższenie poziomów

białka C-reaktywnego, mocznika i kreatyniny [26]. W literaturze zwykle nie ogranicza się wskazań do objęcia oph do wybranych schorzeń, jak to wynika z obecnie obowiązujących w Polsce przepisów, wskazując na potrzebę uwzględnienia raczej stanu klinicznego chorego (postępująca, zagrażająca życiu choroba), potrzebę interdyscyplinarnej, holistycznej opieki nakierowanej na poprawę jakości życia czy też akceptowanie takiej opieki ze strony chorego lub opiekunów [14, 15]. Wśród najczęściej cytowanych przyczyn kierowania do ambulatoryjnej oph wymienia się: dolegliwości fizyczne, obecność choroby nowotworowej, upośledzenie sprawności, dystres psychospołeczny oraz potrzebę planowania opieki końca życia [27].

Odrębnym zagadnieniem jest potrzeba wyszczególnienia w grupie zakwalifikowanych tych osób, które wymagają pilnego włączenia do oph. Z pewnością pierwszeństwo w przyjmowaniu nie powinno dotyczyć chorych z wybranymi schorzeniami wiodącymi (np. z chorobą nowotworową *versus* podobnie cierpiący pacjenci ze schorzeniami innymi niż nowotwory złośliwe) [28]. Pojęcie pilnego wskazania jest też czasem błędnie kojarzone z obecnością stanu nagłego (w rozumieniu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym czy ustawy o działalności leczniczej) jako istnienia zagrożenia życia lub zdrowia, co nie przystaje do sytuacji chorych będących w oph [29].

Trafniejszym dla osób u kresu, zbliżających się do spodziewanej śmierci, wydaje się być określenie z art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, definiujące przypadek niecierpiący zwłoki jako wymagający podjęcia natychmiastowego działania (udzielenia pomocy) przez lekarza. Pamiętać należy jednak, że część takich sytuacji nagłych w opiece paliatywnej wymaga podjęcia pilnej diagnostyki i leczenia szpitalnego przed przyjęciem do oph [30]. Wydaje się naturalne, że dla uzasadnienia pilności przyjęcia do specjalistycznej oph istotne jest także wykazanie nieskuteczności opieki w jej podstawowym zakresie — a więc poza oph [31] (np. zastosowanie silnego opioidu w przypadku bólu przewlekłego o silnym natężeniu) przy uwzględnieniu realnych uwarunkowań środowiskowych pacjenta cierpiącego (np. pacjent hospitalizowany w ośrodku wielospecjalistycznym, z dostępem do wielu specjalistów, w tym także z medycyny paliatywnej *versus* przebywający w domu pod opieką lekarza rodzinnego). Mimo że do oph kwalifikacja winna obejmować przede wszystkim wskazania medyczne [1], holistyczne spojrzenie na pacjenta i jego bliskich, wynikające z definicji oph, bez wątplenia wymaga uwzględnienia także jego problemów społecznych. Środowiskowe możliwości wsparcia (obejmujące na przykład realną możliwość podawania zlecanych leków czy umiejętność prawidłowej pielęgnacji) bez wątplenia mogą

wpływać na decyzję lekarza oph o czasowym przyjęciu w celu odciążenia w opiece, czy edukacji, a skrajne wyczerpanie opiekunów w ostatnich dniach życia chorego może być argumentem za pilną kwalifikacją.

Niewątpliwym atutem poddanego analizie druku jest jego prosta forma, obejmująca jedną stronę formatu A4, możliwość łatwego wypełnienia/odznaczenia, a następnie przesłania dokumentu faksem/mailem, a także zawarcie informacji o sposobie przekazania dokumentu do wybranej jednostki czy formy oph. Z jednej strony może to zachęcać lekarzy do korzystania z tej formy zgłaszania pacjentów, z drugiej zaś minimalizuje obciążenie opiekunów, tradycyjnie zaangażowanych w proces transferu dokumentów. Ograniczenia badania stanowią obserwacja w jednym ośrodku i nieliczna grupa badawcza, odpowiadająca jednak liczebności minimalizującej statystyczny błąd drugiego rodzaju na przyjętym poziomie istotności [32]. Ocena praktycznego wykorzystania dokumentacji medycznej jako jedyne narzędzie pozwalające trafnie zakwalifikować do oph wymaga dalszych, wielośrodkowych analiz.

Wnioski

Opracowany druk skierowania umożliwia, zgodnie z obowiązującymi przepisami, zebranie obiektywnych informacji niezbędnych do wstępnej kwalifikacji pacjenta do oph, a także trafne określenie wskazań do pilnego objęcia opieką chorych.

Badany druk znacząco upraszcza i przyspiesza proces kwalifikowania pacjentów do hospicjum, obniżając jego koszty.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 października 2013 r. (Dz.U. 13.1347) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.
2. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Stan opieki paliatywnej w Polsce w 2014 roku. *Med Paliat.* 2016; 8: 120–127.
3. Grądalski T, Sojka J, Straszak K. Koszty opieki nad chorymi z nowotworem złośliwym u kresu życia na oddziale wewnętrznym szpitala i w hospicjum stacjonarnym. *Med Paliat.* 2017; 9: 89–97.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. *Dz.U.* 2005 nr 200 poz. 1661.
5. § 9 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z dnia 8 grudnia 2015 r. Poz. 2069).
6. Radziwiłł K. Kodeks Etyki Lekarskiej. Odcinek 43: Wydawanie zaświadczeń lekarskich. *Med Prakt.* 2017; 6: 119–120.

7. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T, Łuczak J, et al. Podsumowanie pracy Zespołu do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej (sierpień 2011 r. – czerwiec 2012 r.). *Med Paliat.* 2014; 6: 177–189.
8. <http://www.goldstandardsframework.org.uk/> (02.03.2018 r.).
9. https://www.icgp.ie/go/in_the_practice/information_technology/national_referral_form (02.03.2018 r.).
10. Philip JAM, Le BH, Whittall D, et al. The development and evaluation of an inpatient palliative care admission triage tool. *J Palliat Med.* 2010; 13(8): 965–972, doi: [10.1089/jpm.2009.0374](https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0374), indexed in Pubmed: [20649453](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20649453/).
11. Tracey G, Cunningham J, Adams K. 'Pending Triage' Review of the Accuracy of Triage of Referrals to an Urban Community Palliative Care Team. 15th World Congress of the EAPC, 18–20 May 2017. *Eur J Palliat Care.* 2017: 800.
12. Kavanagh M. Triage Nurse Specialist in Palliative Care. *Eur J Palliat Care.* 2015; 22: 78–79.
13. Russel B, Hennesy-Anderson N, Collins S, et al. Responding to Urgency of Need In Palliative Care: Initial Stages in the Development of a Decision Aid for Palliative Care Triage. *Palliat Med.* 2016; 30(NP42).
14. Bennett M, Adam J, Alison D, et al. Leeds eligibility criteria for specialist palliative care services. *Palliat Med.* 2000; 14(2): 157–158, doi: [10.1191/026921600669491513](https://doi.org/10.1191/026921600669491513), indexed in Pubmed: [10829150](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10829150/).
15. Van Mechelen W, Aertgeerts B, De Ceulaer K, et al. Defining the palliative care patient: a systematic review. *Palliat Med.* 2013; 27(3): 197–208, doi: [10.1177/0269216311435268](https://doi.org/10.1177/0269216311435268), indexed in Pubmed: [22312010](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22312010/).
16. Grądalski T, Wesolek E, Kleja J. Terminal cancer patients' informed consent for palliative care admission and their quality of life. *J Palliat Med.* 2012; 15(8): 847, doi: [10.1089/jpm.2012.0055](https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0055), indexed in Pubmed: [22849597](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22849597/).
17. Grądalski T, Kochan K, Wesolek E, et al. Zgoda chorego na leczenie u kresu życia. *Med Paliat Prakt.* 2010; 4: 119–124.
18. Temel J, Greer J, Muzikansky A, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med.* 2010; 363(8): 733–742, doi: [10.1056/nejmoa1000678](https://doi.org/10.1056/nejmoa1000678).
19. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2018; 19(3): 394–404, doi: [10.1016/S1470-2045\(18\)30060-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30060-3), indexed in Pubmed: [29402701](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29402701/).
20. Holmenlund K, Sjögren P, Nordly M. Specialized palliative care in advanced cancer: What is the efficacy? A systematic review. *Palliat Suppor Care.* 2017; 15(06): 724–740, doi: [10.1017/s1478951517000402](https://doi.org/10.1017/s1478951517000402), indexed in Pubmed: [28606211](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28606211/).
21. Brant JM. Palliative care for adults across the cancer trajectory: from diagnosis to end of life. *Semin Oncol Nurs.* 2010; 26(4): 222–230, doi: [10.1016/j.soncn.2010.08.002](https://doi.org/10.1016/j.soncn.2010.08.002), indexed in Pubmed: [20971403](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20971403/).
22. Brereton L, Clark J, Ingleton C, et al. What do we know about different models of providing palliative care? Findings from a systematic review of reviews. *Palliat Med.* 2017; 31(9): 781–797, doi: [10.1177/0269216317701890](https://doi.org/10.1177/0269216317701890), indexed in Pubmed: [28376681](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28376681/).
23. Hui D, Bruera E, Hui D, et al. Models of integration of oncology and palliative care. *Ann Palliat Med.* 2015; 4(3): 89–98, doi: [10.3978/j.issn.2224-5820.2015.04.01](https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2015.04.01), indexed in Pubmed: [26231806](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26231806/).
24. Masso M, Allingham SF, Banfield M, et al. Palliative Care Phase: inter-rater reliability and acceptability in a national study. *Palliat Med.* 2015; 29(1): 22–30, doi: [10.1177/0269216314551814](https://doi.org/10.1177/0269216314551814), indexed in Pubmed: [25249239](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25249239/).
25. Mather H, Guo P, Firth A, et al. Phase of Illness in palliative care: Cross-sectional analysis of clinical data from community, hospital and hospice patients. *Palliat Med.* 2018; 32(2): 404–412, doi: [10.1177/0269216317727157](https://doi.org/10.1177/0269216317727157), indexed in Pubmed: [28812945](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28812945/).
26. Simmons CPL, McMillan DC, McWilliams K, et al. Prognostic Tools in Patients With Advanced Cancer: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage.* 2017; 53(5): 962–970. e10, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2016.12.330](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.330), indexed in Pubmed: [28062344](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28062344/).
27. Hui D, Meng YC, Bruera S, et al. Referral Criteria for Outpatient Palliative Cancer Care: A Systematic Review. *Oncologist.* 2016; 21(7): 895–901, doi: [10.1634/theoncologist.2016-0006](https://doi.org/10.1634/theoncologist.2016-0006), indexed in Pubmed: [27185614](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27185614/).
28. Addington-Hall J, Fakhoury W, McCarthy M. Specialist palliative care in nonmalignant disease. *Palliat Med.* 1998; 12(6): 417–427, doi: [10.1191/026921698676924076](https://doi.org/10.1191/026921698676924076), indexed in Pubmed: [10621861](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10621861/).
29. Dorman-Okońska P. Jak określić wskazania nagłe do objęcia opieką paliatywną — analiza stanu prawnego. *Med Paliat.* 2012; 4: 41–46.
30. Bętkowska IA, Żylicz Z. Stany nagłe w opiece paliatywnej Praktyka kliniczna poparta faktami. *Med Paliat Prakt.* 2017; 11: 153–165.
31. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care — creating a more sustainable model. *N Engl J Med.* 2013; 368(13): 1173–1175, doi: [10.1056/NEJMp1215620](https://doi.org/10.1056/NEJMp1215620), indexed in Pubmed: [23465068](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23465068/).
32. Smoleń A. Biostatystyka w badaniach medycznych i praktyce klinicznej. *Pol Arch Med Wewn.* 2016; 126(Special Issue 1): 1–24, doi: [10.20452/pamw.3370](https://doi.org/10.20452/pamw.3370).