

# Nowe wyzwania dla opieki paliatywnej w Polsce

Pojęcie opieki paliatywnej funkcjonuje w polskiej praktyce medycznej od ponad 30 lat i jest z reguły związane z działalnością hospicjów oraz całościowym wsparciem pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową u kresu ich życia. Taki sposób jej postrzegania wynika zarówno z uwarunkowań historycznych, jak i z zasad organizacji oraz finansowania przyjętych w polskim systemie ochrony zdrowia. Opieka paliatywna ukształtowała się w odpowiedzi na potrzeby osób u kresu życia, zmagających się z bólem i innymi uciążliwymi objawami, których problemy znalazły się poza zakresem zainteresowania większości dziedzin medycyny XX w. W Wielkiej Brytanii zainteresowała się nimi Cicely Saunders, której udało się opracować założenia i cele nowego sposobu postępowania wobec tej grupy pacjentów. Utworzone przez nią w 1967 r. Hospicjum im. św. Krzysztofa w Londynie stało się modelową placówką zapewniającą chorym u kresu życia wszechstronne wsparcie polegające na łagodzeniu objawów somatycznych i psychicznych, przy wykorzystaniu najnowszych osiągnięć nauk medycznych, psychologii i pracy socjalnej. W Polsce już w latach 80. ubiegłego stulecia wolontariusze związani ze środowiskiem medycznym i kościołem katolickim zainspirowani ideami opieki paliatywnej utworzyli pierwsze hospicja w Krakowie, Gdańsku i Poznaniu, które początkowo w formie wizyt domowych, a z biegiem lat również w formie placówek stacjonarnych zapewniały wsparcie coraz większej liczbie chorych u kresu życia. W latach 90. hospicja zostały włączone do systemu ochrony zdrowia, a realizowane przez nie świadczenia opieki paliatywno-hospicyjnej uzyskały finansowanie z kas chorych.

Obecnie w Polsce funkcjonuje około 450 placówek działających w tej dziedzinie medycyny, a świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, które są

finansowane w ramach kontraktów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia, realizują hospicja stacjonarne lub oddziały medycyny paliatywnej, hospicja domowe oraz poradnie medycyny paliatywnej<sup>1</sup>. Wymienione jednostki angażują wielu specjalistów, w tym: lekarzy, pielęgniarki, psychologów i fizjoterapeutów, a także współpracują z osobami duchownymi, pracownikami socjalnymi, farmaceutami, opiekunami medycznymi, terapeutami o różnych specjalnościach oraz wolontariuszami. W świetle zasad realizacji świadczeń opieki paliatywnej funkcjonują odrębne jednostki dla dorosłych i dla dzieci poniżej 18 roku życia.

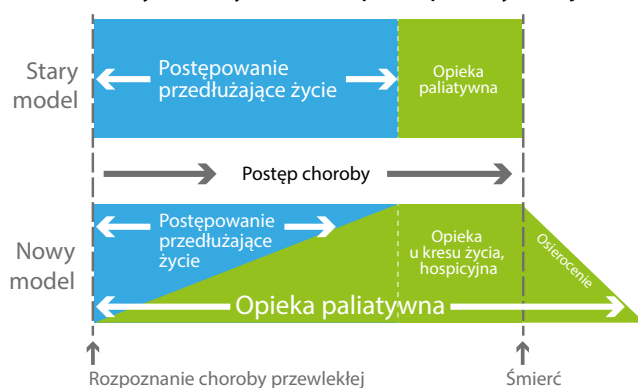
Medycyna paliatywna została włączona do standardów kształcenia dla różnych kierunków studiów medycznych oraz stanowi specjalizację lekarską, a opieka paliatywna jedną ze specjalizacji pielęgniarstwa.

Chociaż katalog jednostek chorobowych kwalifikujących dorosłych pacjentów do opieki paliatywnej i hospicyjnej obejmuje aż 7 pozycji, to w praktyce zdecydowaną większość podopiecznych hospicjów stanowią osoby z zaawansowaną chorobą nowotworową. Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej zostały zdefiniowane w polskich przepisach prawnych jako wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe osób chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące i ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych<sup>2</sup>.

Z wyżej opisanych świadczeń może korzystać wyłącznie ściśle określona i ograniczona grupa pacjentów u kresu życia, u których stwierdzono co najmniej jedną z jednostek chorobowych zawartych w wykazie, stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wymienia on: nowotwory, choroby wywołane przez wirus HIV, następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego, układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy, kardiomiopatie, niewydolność oddechową niesklasyfikowaną gdzie indziej i owrzodzenie odleżynowe. Natomiast chorzy, którzy zmagają się z bólem lub innymi objawami chorób przewlekłych, a nie spełniają wyżej opisanych kryteriów, nie są uprawnieni do korzystania ze świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. System ochrony zdrowia oraz standardy postępowania w zakresie poszczególnych dziedzin medycyny z reguły nie oferują tym chorym świadczeń ukierunkowanych na zwalczanie uciążliwych objawów.

Należy podkreślić, że Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje opiekę paliatywną znacznie szerzej, jako postępowanie zmierzające do poprawy jakości życia pacjen-

## Stary i nowy model opieki paliatywnej



Ryc. Porównanie starego i nowego modelu opieki paliatywnej

tów i ich rodzin, zmagających się z problemem zagrażającej życiu choroby, poprzez zapobieganie i łagodzenie cierpienia, dzięki wczesnej identyfikacji, ocenie i leczeniu bólu oraz rozwiązywaniu innych problemów somatycznych, psychosocjalnych i duchowych<sup>3</sup>. Tak rozumiana opieka paliatywna jest adresowana zarówno do pacjentów u kresu życia, jak i do innych osób przewlekle chorych, które mają przed sobą wiele miesięcy, a nawet lat życia.

Również standardy wypracowane przez Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (EAPC) przewidują, że postępowanie z zakresu opieki paliatywnej powinno być realizowane nie tylko w ramach hospicjów, ale także przez lekarzy rodzinnych, personel szpitali oraz placówek opieki długoterminowej<sup>4</sup>. Z kolei, Rada Europy zaleca, aby wszyscy profesjonaliści medyczni zaangażowani w ochronie zdrowia zostali zapoznani z podstawowymi zasadami opieki paliatywnej i potrafili je stosować w praktyce<sup>5</sup>. Wynika to zarówno z potrzeb tej części chorych u kresu życia, którzy korzystają z innych form opieki zdrowotnej niż hospicja, jak i pacjentów zmagających się długoterminowo z uciążliwymi objawami chorób przewlekłych.

Odpowiedzią na powyższe potrzeby jest niewątpliwie integracja opieki paliatywnej z innymi specjalnościami medycznymi, rozumiana jako włączenie metod i sposobów postępowania z zakresu opieki paliatywnej do różnych dziedzin medycyny. Przykłady tego rodzaju rozwiązań systemowych funkcjonują na świecie w zakresie intensywnej terapii, onkologii i psychoonkologii, postępowania w zaawansowanej niewydolności serca, przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc, nefrologii, neurologii oraz opieki nad chorymi z demencją<sup>6</sup>. Integracja zakłada stosowanie w wymienionych obszarach postępowania z zakresu opieki paliatywnej zarówno u pacjentów u kresu życia, jak i u tych, którzy są na wcześniejszych etapach choroby, lecz zmagają się z bólem lub innymi uciążliwymi objawami. W odniesieniu do drugiej grupy chorych ukształtowało się pojęcie postępowania wspierającego (*supportive care*) lub wczesnej opieki paliatywnej, która w świetle istniejących dowodów naukowych, korzystnie wpływa na poprawę jakości życia chorych, powoduje skrócenie pobytu w szpitalu oraz zapobiega stosowaniu uporczywej terapii<sup>7</sup>.

W 2017 r. minie 50 lat od powstania Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie, które było impulsem do rozwoju opieki paliatywnej na świecie. To dobry moment, aby rozważyć potrzebę zmiany sposobu postrzegania tej opieki również w polskim systemie ochrony zdrowia.

Zmiany te powinny polegać, w szczególności, na przygotowaniu osób wykonujących zawody medyczne do realizacji postępowania z zakresu opieki paliatywnej w ramach opieki nad poszczególnymi grupami osób przewlekle chorych. Edukacja przeddyplomowa powinna obejmować studentów nie tylko wydziałów lekarskich, ale i oddziałów pielęgniarstwa i położnictwa, kierunków fizjoterapia i ratownictwo medyczne. W szkoleniu podyplomowym, w ramach curriculum każdej specjalności medycznej powinien znaleźć się moduł poświęcony aspektom opieki paliatywnej/

wspierającej na każdym etapie choroby przewlekłej, u kresu życia i w okresie żałoby rodziny, obejmujący umiejętność wsparcia w objawach fizycznych, psychicznych, socjalnych i duchowych, właściwą komunikację, również tę o kresie życia i u kresu życia.

Ponadto, niezbędne jest wprowadzenie do powszechnej praktyki szpitalnych zespołów wspierających opieki paliatywnej, których zadaniem byłoby konsultowanie pacjentów wymagających specjalistycznej opinii w zakresie łagodzenia bólu i innych objawów pogarszających jakość życia, rozwiązywanie problemów etycznych oraz pomoc w wyborze optymalnego sposobu postępowania medycznego, zgodnie z wolą i preferencjami chorego.

Kolejnym postulatem dotyczącym organizacji systemu ochrony zdrowia jest rozszerzenie zakresu działania poradni medycyny paliatywnej, które powinny obejmować opieką nie tylko pacjentów u kresu życia, ale również chorych przewlekle zmagających się z bólem i innymi uciążliwymi objawami.

Niezależnie od powyższych propozycji, zasadne wydaje się uwzględnienie w standardach w zakresie leczenia poszczególnych chorób przewlekłych postępowania typowego dla opieki paliatywnej, a także określenie warunków niepoodejmowania lub zaprzestania stosowania metod i środków stanowiących uporczywą terapię.

Postęp medycyny ostatnich lat przedłużył życie chorych z przewlekłymi chorobami, jednak jego jakość, również ta u kresu życia często pozostaje wyzwaniem. Opieka paliatywna XXI w. uczy zasad opieki zorientowanej na pacjenta (*patient-centered care*) w przeciwieństwie do tak powszechnej obecnie opieki skoncentrowanej na chorobie (*disease-centered care*).

dr Leszek Pawłowski,

prof. dr hab. Monika Lichodziejewska-Niemierko,  
Zakład Medycyny Paliatywnej

1. Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowski T., *Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2012 roku*, *Medycyna Paliatywna* 2012; 4: 210-216.

2. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

3. WHO Definition of Palliative Care, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.

4. Radbruch L., Payne S. and the Board of Directors of the EAPC, White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care, *European Journal of Palliative Care*, 2009; 16(6).

5. Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, 2003. [www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)

6. O'Mahony S., McHenry J., Blank A. E., Snow D., Eti Karakas S., Santoro G., Selwyn P., Kvetan V., *Preliminary report of the integration of a palliative care team into an intensive care unit*. *Palliative Medicine* 2010;24(2): 154-65; Hui D., Elsayem A., De la Cruz M., Berger A., Zhukovsky D.S., Palla S., Evans A., Fadul N., Palmer J.L., Bruera E. *Availability and integration of palliative care at US cancer centers*. *JAMA*. 2010; 303(11): 1054-61; Breitbart W. *Psycho-oncology and palliative care: opportunity for integration*. *Palliat Support Care*. 2004 Jun;2(2): 113-4; Hauptman PJ, Havranek EP. *Integrating palliative care into heart failure care*. *Arch Intern Med*. 2005 Feb 28;165(4): 374-8; Lilly EJ, Senderovich H. *Palliative care in chronic obstructive pulmonary disease*. *J Crit Care*. 2016;35: 150-4; Lichodziejewska-Niemierko M., Rutkowski B. *Palliative care in nephrology*. *J Nephrol*. 2008; 21 Suppl 13: 153-7; Foley K.M., Carver A.C. *Palliative care in neurology*, *Neuro Clin*. 2001;19(4): 789-99; Carlson M.D., Lim B., Meier D.E. *Strategies and innovative models for delivering palliative care in nursing homes*. *J Am Med Dir Assoc*. 2011 Feb;12(2): 91-8.

7. Zambrano S.C., Fliedner MC, Eychmüller S., *The impact of early palliative care on the quality of care during the last days of life: what does the evidence say?* *Curr Opin Support Palliat Care*. 2016;10(4): 310-315.