

Palliative Medicine in Practice

YEAR 2022
VOLUME 16
SUPPL. 2



**XV Międzynarodowa Konferencja
Czasopisma
„Palliative Medicine in Practice”
Gdańsk, 3-4 czerwca 2022 roku**



VIA MEDICA



dla lekarzy



dla pacjentów



dla studentów

Ogromna oferta wydawnicza obejmująca pozycje skierowane do lekarzy i pacjentów, książki autorów polskich i zagranicznych z dziedziny medycyny jest dostępna w jednym miejscu — księgarni internetowej IKAMED!



książki



czasopisma



e-booki



**rabaty dla
stałych klientów**



sprzęt medyczny



**książki sprowadzane
na zamówienie**

**Zapraszamy do zapoznania się
z ofertą IKAMED już teraz!**

www.ikamed.pl

Palliative Medicine in Practice

Editor-in-Chief:

prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert (Zielona Góra)

Associate Editors:

dr hab. n. med. Tomasz Grądalski, prof. KAAFM (Kraków)

dr hab. n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek (Poznań)

prof. Sebastiano Mercadante (Palermo, Italy)

prof. David Oliver (Kent, United Kingdom)

dr n. hum. Agata Rudnik (Gdańsk)

dr hab. n. med. Zbigniew Żylicz, prof. UR (Rzeszów)

Editorial Advisory Board:

prof. Sam Ahmedzai (Sheffield, United Kingdom)

prof. Michael Bennett (Leeds, United Kingdom)

dr Louise Brereton (Nottingham, United Kingdom)

prof. David Currow (Adelaide, Australia)

dr n. med. Iwona Katarzyna Damps-Konstańska (Gdańsk)

prof. Andrew Davies (Guildford, United Kingdom)

prof. dr hab. n. med. Rafał Dziadziuszko (Gdańsk)

prof. Yvonne Engels (Nijmegen, The Netherlands)

dr hab. Leszek Gottwald, prof. UM (Łódź)

prof. Katalin Hegedus (Budapest, Hungary)

dr hab. med. Marcin Jabłoński, prof. UJK (Kielce)

dr n. med. Justyna Janiszewska (Gdańsk)

prof. dr hab. n. med. Ewa Jassem (Gdańsk)

dr n. zdr. Izabela Kaptacz (Katowice)

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik (Bydgoszcz)

ks. dr hab. Piotr Krakowiak, prof. UMK (Toruń)

prof. Philip Larkin (Lausanne, Switzerland)

prof. dr hab. n. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko (Gdańsk)

dr n. med. Aleksandra Modlińska (Gdańsk)

dr n. med. Krzysztof Nosek (Olsztyn)

prof. Tony O'Brien (Dublin, Ireland)

dr Ilona Obara (Newcastle, United Kingdom)

dr hab. Katarzyna Ochałek, prof. AWF (Kraków)

dr n. med. Leszek Pawłowski (Gdańsk)

dr n. hum. Matra Porębiak (Warszawa)

dr n. hum. Anna Ratajska (Zielona Góra)

prof. Carla Ripamonti (Milano, Italy)

dr hab. n. med. Monika Rucińska, prof. UWM (Olsztyn)

dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz, prof. UML (Lublin)

dr n. farm. Sofiya Shunkina (Lviv, Ukraine)

dr n. med. Piotr Sobański (Schwyz, Switzerland)

dr Vilma Adriana Tripodoro (Buenos Aires, Argentina)

prof. Kris Vissers (Nijmegen, The Netherlands)

dr hab. n. med. Jarosław Woron (Kraków)

dr n. med. Izabela Małgorzata Łasińska (Zielona Góra)

Honorary Editorial Board:

prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gałuszko (Olsztyn)

prof. dr hab. n. med. Jan Dobrogowski (Kraków)

prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem (Gdańsk)

prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski (Warszawa)

prof. dr hab. n. med. Mikołaj Majkiewicz (Słupsk)

prof. dr hab. n. med. Jerzy Wordliczek (Kraków)

Secretary Editor:

dr Grzegorz Lorocho (Zielona Góra)

Managing Editor:

Milena Nehrebecka (Gdańsk)

Opinions presented in manuscripts do not necessarily represent those of Editors.

Palliative Medicine in Practice (ISSN 2545-0425, e-ISSN 2545-1359) is published by VM Media sp. z o.o. VM Group sp.k., Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk, Poland, phone: +48 58 320 94 94, fax: 58 320 94 60, e-mail: redakcja@viamedica.pl, marketing@viamedica.pl www.viamedica.pl

Editorial office address:

Department of Palliative Medicine, Department of Family Medicine, Medical University of Gdańsk
ul. Dębinki 2, 80-211 Gdańsk, Poland, phone/fax: +48 58 349 15 73, e-mail: wojciechleppert@wp.pl

Electronic orders should be directed at: www.journals.viamedica.pl/palliative_medicine_in_practice

Advertisements: please contact Publisher Via Medica at phone: +48 58 320 94 94; dsk@viamedica.pl

Editorial office is not responsible for the content of advertisements.

All rights reserved including translations to foreign languages. No part of this journal, both text and graphics, can be used in any form. It is particularly forbidden to reproduce or transferring to mechanical and/or electronic language and also fixing in any form, keeping in any form of recall and transmitting via electronic, mechanical devices or using photocopying, microfilm, recordings, scan or in any way, without former written permission of the Publisher. The Publisher rights are protected by national author law and international conventions and their abuse is persecuted by criminal law.

Editorial policies and author guidelines are published on journal website: https://journals.viamedica.pl/palliative_medicine_in_practice/about
Legal note: https://journals.viamedica.pl/palliative_medicine_in_practice/about/editorialPolicies#custom-7

Index Copernicus — 120.62 points; Polish Ministry of Education and Science — 70 points; CiteScore — 0.4





XV Międzynarodowa Konferencja Czasopisma „Palliative Medicine in Practice” Gdańsk, 3–4 czerwca 2022 roku

PROGRAM

Piątek, 3 czerwca 2022

- 09:00–09:20 **Otwarcie Konferencji**
*Jej Magnificencja dr hab. n. med. Agnieszka Zimmermann, Profesor Uczelni
— Prorektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego ds. jakości kształcenia
dr n. med. Aleksandra Modlińska — Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej
w województwie pomorskim
dr n. o zdr. Izabela Kaptacz — Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej
Prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert — Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej*
- 09:20–09:50 **Wykład inauguracyjny (Inaugural Lecture)**
Sedacja paliatywna (Palliative sedation)
*Prof. Jeroen Hasselaar — Radboud University, Nijmegen
Wiceprezes Zarządu Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej — EAPC
Vice President of the Board of Directors of the European Association for Palliative Care — EAPC*
- 09:50–10:00 **Dyskusja**
- 10:00–11:30 **Sesja 1. Opieka paliatywna w chorobach układu oddechowego**
Przewodniczące: prof. dr hab. n. med. Ewa Jassem, prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik
- 10:00–10:20 Leczenie duszności w przewlekłych chorobach płuc — wyniki międzynarodowego badania ankietowego
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik
- 10:20–10:40 Leczenie objawowe duszności według aktualnych zaleceń
prof. dr hab. n. med. Ewa Jassem

- 10:40–11:00 Opioidy podawane drogą wziewną w leczeniu duszności
dr n. med. Piotr Janowiak
- 11:00–11:20 Fizjoterapia oddechowa chorych z dusznością w przebiegu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
dr n. o zdr. Anna Pyszora
- 11:20–11:30 **Dyskusja**
- 11:30–12:00 **Przerwa**
- 12:00–13:20 **Sesja 2. Standardy organizacyjne opieki paliatywnej**
Przewodniczący: dr n. o zdr. Izabela Kaptacz, dr n. med. Leszek Pawłowski
- 12:00–12:15 Ogólne założenia standardów organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej dla pacjentów dorosłych, nauka i edukacja
prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert
- 12:15–12:30 Normy zatrudnienia personelu
dr n. o zdr. Izabela Kaptacz
- 12:30–12:45 Aspekty prawne standardów
dr n. med. Leszek Pawłowski
- 12:45–13:00 **Dyskusja**
- 13:00–13:20 Wykład sponsorowany firmy Molteni
Wpływ leczenia naldemedyną na jakość życia chorych z zaparciem stolca wywołanym opioidami
prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert
- 13:20–14:00 **Lunch**
- 14:00–15:20 **Sesja 3. Pacjenci z chorobami neurologicznymi w opiece paliatywnej**
Przewodniczący: dr hab. n. med. Zbigniew Żylicz, prof. UR, lek. Anna Adamczyk
- 14:00–14:20 Opieka paliatywna dla pacjentów z chorobą Parkinsona
dr hab. n. med. Zbigniew Żylicz, prof. UR
- 14:20–14:40 Opieka paliatywna w chorobie Huntingtona i chorobie Creutzfeldta-Jakoba
lek. Anna Adamczyk
- 14:40–15:00 Neuropatia po chemioterapii
dr n. med. Joanna Drat-Gzubicka
- 15:00–15:20 **Dyskusja**
- 15:20–15:40 **Rola kannabinoidów w leczeniu chorych objętych opieką paliatywną**
prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert
- 15:40–17:00 **Sesja 4. Problemy etyczne i edukacja w opiece paliatywnej**
Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko, prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert
- 15:40–16:00 Wspólne podejmowanie decyzji w opiece paliatywnej
prof. dr hab. n. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko
- 16:00–16:20 Postawy studentów kierunku lekarskiego wobec problemów etycznych opieki paliatywnej
dr n. med. Anna Wyszadko
- 16:20–16:40 Rola symulacji medycznej w procesie kształcenia studentów medycyny
lek. Grzegorz Lorocho
- 16:40–17:00 **Dyskusja**

Sobota, 4 czerwca 2022

- 09:00–10:15 **Sesja 5. Psychoonkologia: seksualność u chorych na nowotwory**
Przewodniczący: dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz, prof. UML
dr hab. n. med. Marcin Jabłoński, prof. UJK
- 09:00–09:20 Zaburzenia płodności, jako następstwa choroby nowotworowej przebytej w dzieciństwie
dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz, prof. UML
- 09:20–09:40 Konsultacje seksuologiczne dla kobiet po mastektomii
dr hab. n. med. Marcin Jabłoński, prof. UJK
- 09:40–10:00 Seksualność u pacjentów w zaawansowanej fazie choroby
dr n. med. Mariola Kosowicz
- 10:00–10:15 **Dyskusja**
- 10:15–10:45 **Przerwa**
- 10:45–12:00 **Sesja 6. Ocena jakości życia chorych i rodzin w opiece paliatywnej**
Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Galuszko,
prof. dr hab. n. med. Mikołaj Majkiewicz
- 10:45–11:15 Wsparcie psychiczne chorych możliwością poprawy ich jakości życia w opiece paliatywnej
prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Galuszko
- 11:15–11:45 Podstawy metodologiczne oceny jakości życia
prof. dr hab. n. med. Mikołaj Majkiewicz
- 11:45–12:00 **Dyskusja**
- 12:00–12:25 **Sesja 7. Prace zgłoszone**
Przewodniczący: dr n. med. Anna Orońska, lek. Grzegorz Lorocho
- 12:00–12:05 Ocena wiedzy i postaw lekarzy rodzinnych wobec medycyny paliatywnej
Magdalena Osowicka
- 12:05–12:10 Zasady odwiedzin w jednostkach opieki paliatywnej w czasie pandemii COVID-19
— przegląd literatury
Filip Lebedziński, Leszek Pawłowski
- 12:10–12:15 Przewlekła infekcja COVID-19 u pacjenta onkologicznego — wpływ na jakość procesu terapeutycznego
Martyna Gołębiewska, Olga Piątek, Krzysztof Kuziemski, Tomasz Stefaniak
- 12:15–12:20 Sprzęt medyczny, nowoczesne technologie wspomagające proces rehabilitacji i porozumiewanie się z pacjentem
Katarzyna Jerka
- 12:20–12:25 Rola ćwiczeń oddechowych w rehabilitacji pacjentów objętych opieką paliatywną
Katarzyna Jerka
- 12:25–12:30 **Przerwa**
- 12:30–14:00 **Sesja 8. Rehabilitacja chorych w opiece paliatywnej**
Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Andrzej Szuba,
dr hab. n. med. Katarzyna Ochalek, prof. AWF
- 12:30–13:00 Obrzęk limfatyczny u pacjentów z chorobą nowotworową
prof. dr hab. n. med. Andrzej Szuba
- 13:00–13:20 Kompresjoterapia jako standard postępowania w obrzęku chłonnym u chorych na nowotwory
dr hab. n. kult. fiz. Katarzyna Ochalek, prof. AWF
- 13:20–13:40 Znaczenie aktywności fizycznej pacjentów objętych opieką paliatywną
dr n. med. Katarzyna Żużak-Bączkowska
- 13:40–14:00 **Dyskusja**
- 14:00 **Podsumowanie i zakończenie Konferencji**

WYKŁAD INAUGURACYJNY

(Inaugural Lecture)

prof. Jeroen Hasselaar

Wiceprezes Zarządu Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej — EAPC

Vice President of the Board of Directors of the European Association for Palliative Care — EAPC

Radboud University, Nijmegen, Netherlands

Palliative sedation

Palliative sedation involves the intentional lowering of consciousness in the last phase of life. Following a fictive case the trajectory of patient was pictured and several decision making moments in this trajectory were highlighted. Firstly, the definition and terminology surrounding palliative sedation were discussed based on the EAPC definition. Secondly, the types of palliative sedation (light and deep, intermittent, and continuous) were discussed. Thirdly, important preconditions of palliative sedation came afore like the last phase of life and the presence of refractory symptoms. Also the possible involvement of family in decision making came afore. The second part of the presentation focused on the European project PALSED that is currently ongoing in several European countries. The outlines of the research protocol were discussed and some instruments for the monitoring of palliative sedation were highlighted. The presentation concluded that palliative sedation can be considered as a part of regular palliative care. But also that there are important differences across Europe, like patient communication, that need to be taken into account. The EAPC framework is a useful common ground, but that timely awareness of possible ethical and cultural aspects remains important.

SESJA 1. OPIEKA
PALIATYWNA
W CHOROBYCH UKŁADU
ODDECHOWEGO

Przewodniczące: prof. dr hab. n. med. Ewa Jassem,
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik

Małgorzata Krajnik

Katedra Opieki Paliatywnej *Collegium Medicum* w Bydgoszczy

Leczenie duszności w przewlekłych chorobach płuc — wyniki międzynarodowego badania ankietowego

Duszność należy do najczęstszych objawów towarzyszących przewlekłym chorobom płuc, niewydolności serca i chorobom nowotworowym. Zwykle obserwuje się narastanie jej intensywności wraz z progresją choroby.

Duszność przewlekłą definiuje się jako duszność, która nie ustępuje, pomimo optymalnego leczenia przyczyny, i prowadzi do niepełnosprawności/utruty sprawności. Takie rozumienie przewlekłej duszności pociąga za sobą wdrożenie podejścia diagnostycznego i terapeutycznego ukierunkowanego na całościowym postępowaniu objawowym, niezależnie czy schorzeniem podstawowym jest, czy też nie jest choroba nowotworowa. Wyniki międzynarodowego badania Better B (w ramach Horyzont 2020) przeprowadzonego wśród pneumonologów oraz lekarzy opieki paliatywnej wskazują na wielorakie i istotne różnice w podejściu do leczenia duszności w zależności od podstawowego schorzenia, któremu towarzyszy ten objaw, jak i charakterystyki samych lekarzy, zwłaszcza ich specjalizacji. Ponadto wskazano na istotny związek znajomości przez lekarza wytycznych dotyczących opieki paliatywnej nad chorymi na nienowotworowe choroby płuc, a jego praktyką kliniczną. Przemawia to za koniecznością wypracowania i rozpowszechniania spójnych międzydiscyplinarnych zaleceń dotyczących postępowania w duszności przewlekłej.

Leczenie objawowe duszności według aktualnych zaleceń

Duszność definiuje się jako dokuczliwe odczucie trudności w oddychaniu. W zaawansowanej POChP i w średnio- i cięższych chorobach zwiókniających duszność i poczucie ograniczenia zdolności do wysiłku występuje w niemal każdym przypadku. Wiąże się to z istotnym pogorszeniem jakości życia, utrudnieniem codziennej aktywności i izolacją społeczną, zawodową i rodzinną, a także z częstym korzystaniem z dodatkowych „ratunkowych” wizyt w placówkach ochrony zdrowia i z gorszym rokowaniem. Przed przystąpieniem do leczenia przewlekłej duszności, powinno się określić natężenie tego objawu. W codziennej praktyce najlepiej posługiwać się najprostszymi skalami — na przykład skalą Likerta lub wizualno-numeryczną. Ten etap jest konieczny do monitorowania skuteczności leczenia.

Jakiś czas temu powstała koncepcja „drabiny” leczenia duszności. Pierwszy krok to wyżej wymieniona ocena nasilenia duszności i rozpoznanie innych modyfikowalnych przyczyn duszności. Kolejny to upewnienie się, że chory otrzymuje optymalne leczenie farmakologiczne podstawowej choroby płuc i odpowiednią rehabilitację, a w przypadku przewlekłej niewydolności oddychania — domowe leczenie tlenem. Następnym etapem jest optymalizacja leczenia niefarmakologicznego, a w przypadkach, kiedy to nie wystarcza — zastosowanie opioidów.

SESJA 2. STANDARDY ORGANIZACYJNE OPIEKI PALIATYWNEJ

Przewodniczący: dr n. o zdr. Izabela Kaptacz,
dr n. med. Leszek Pawłowski

Ogólne założenia standardów organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej dla pacjentów dorosłych, nauka i edukacja

Wyróżniono dwa rodzaje (poziomy) opieki paliatywnej: elementy opieki paliatywnej i specjalistyczną opiekę paliatywną. W zakresie specjalistycznej opieki paliatywnej wyróżniono opiekę domową, stacjonarną i ambulatoryjną, włączając ich wszystkie komórki organizacyjne do świadczeń gwarantowanych. Opisano wymogi i procedury dla wszystkich komórek organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej. Wprowadzono podział na trzy poziomy referencyjne opieki stacjonarnej, uwzględniając kompleksowość świadczeń udzielanych chorym, edukację przed- i podyplomową. Przedstawiono zasady kwalifikacji chorych do opieki paliatywnej.

Zalecono, aby na każdej uczelni akademickiej (uniwersytecie) kształcącej studentów kierunku lekarskiego, pielęgniarstwa i fizjoterapii, utworzono akademicką jednostkę medycyny paliatywnej lub opieki paliatywnej, która, w zakresie edukacji studentów kierunku lekarskiego, pielęgniarstwa i fizjoterapii, współpracuje ze specjalistyczną jednostką opieki paliatywnej w szpitalu klinicznym danej uczelni akademickiej lub, na podstawie umowy zawartej z uczelnią akademicką, ze specjalistyczną jednostką opieki paliatywnej funkcjonującą poza szpitalem klinicznym.

Rekomendowane jest, aby specjalistyczne jednostki opieki paliatywnej w szpitalach klinicznych lub w innych podmiotach leczniczych, posiadające umowę zawartą z uczelnią akademicką, prowadziły edukację lekarzy w zakresie medycyny paliatywnej, pielęgniarzek w zakresie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, fizjoterapeutów, psychologów, pracowników socjalnych i duchownych w zakresie opieki paliatywnej.

Zalecono, aby programy nauczania studentów kierunku lekarskiego zawierały odrębny przedmiot: medycyna paliatywna, programy nauczania studentów kierunku pielęgniarstwo zawierały odrębny przedmiot: pielęgniarstwo opieki paliatywnej, programy nauczania studentów kierunków fizjoterapia, psychologia, socjologia i seminariów duchownych zawierały odrębny przedmiot: opieka paliatywna; programy kształcenia podyplomowego lekarzy zawierały podstawy medycyny paliatywnej i specjalizację w dziedzinie medycyny paliatywnej, programy kształcenia podyplomowego pielęgniarzek, fizjoterapeutów, psychologów, pracowników socjalnych i duchownych zawierały podstawy opieki paliatywnej i specjalizację dla pielęgniarzek w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej.

Wskazane jest powołanie instytutu badawczego medycyny paliatywnej i instytutu badawczego pielęgniarstwa opieki paliatywnej, które mogą współpracować z jednostkami klinicznymi specjalistycznej opieki paliatywnej.

Izabela Kaptacz^{1, 2}¹Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej, Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny²Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej

Normy zatrudnienia personelu

Zasoby kadrowe jako istotny element systemu ochrony zdrowia wpływają na jakość świadczonej opieki, dostępność i bezpieczeństwo pacjentów. Poziom wykształcenia, w tym wiedza, umiejętności, kompetencje społeczne oraz liczba osób świadczących opiekę nad pacjentami, ich zaangażowanie i motywacja wpływają na efektywność i jakość opieki oraz życia pacjentów. Postępujący proces starzenia się populacji oraz wzrost liczby zachorowań na choroby przewlekłe, w tym choroby nowotworowe są wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia, aby zapewnić właściwy dostęp pacjentom i ich rodzinom do opieki paliatywnej. Inwestycja w zasoby kadrowe oraz prowadzenie ustawicznego specjalistycznego kształcenia oraz badań naukowych skutkuje rozwojem dziedzin medycznych jakimi są medycyna paliatywna i pielęgniarstwo opieki paliatywnej, a przede wszystkim wpływają na zmniejszenie i zapobieganie cierpieniu ciężko i nieuleczalnie chorych pacjentów i ich rodzin.

W opublikowanym raporcie Głównego Urzędu Statystycznego za 2020 rok na podstawie danych z izby lekarskiej i izby pielęgniarzek i położnych wskazano, że w porównaniu z rokiem poprzednim, we wszystkich zawodach medycznych odnotowany został wzrost liczby uprawnionych do wykonywania zawodu. W wartościach bezwzględnych w stosunku do roku poprzedniego najbardziej wzrosła liczba pielęgniarzek (o 3,6 tys.) i lekarzy (o 2,6 tys.). Utrzymały się niepokojące tendencje w strukturze wieku lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu, nadal najliczniejszą grupę stanowią osoby najstarsze, w wieku 65 lat i więcej, co stanowi 25,3% na łączną liczbę 153,5 tys. lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu. W strukturze wiekowej pielęgniarzek nadal obserwowany jest wzrost liczby pielęgniarzek w wieku 65 lat i więcej oraz spadek odsetka i liczby pielęgniarzek w wieku 35–44 lat. Najwięcej pielęgniarzek uprawnionych do wykonywania zawodu oscyluje w wieku od 45 do 54 lat, co stanowi 99 600 na łączną liczbę 303 211 osób posiadających prawo wykonywania zawodu pielęgniarzki.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej wskazano przeliczniki etatowe w zakresie domowej i stacjonarnej opieki paliatywnej. W stacjonarnej opiece wskazano przeliczniki dla grup zawodowych: lekarzy, psychologów i fizjoterapeutów, natomiast brak przelicznika etatowego dla pielęgniarzek i opiekunów medycznych. Kompetencje, zakres świadczeń i odpowiedzialność opiekuna medycznego nie są tożsame z kompetencjami pielęgniarzki. W sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarzek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarzek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Do ustalania minimalnej normy nie wlicza się zatrudnionej w podmiocie kadry kierowniczej pielęgniarzkiej lub położniczej, z wyłączeniem pielęgniarzek lub położnych oddziałowych i ich zastępców oraz pielęgniarzek lub położnych koordynujących pracę innych pielęgniarzek i położnych oraz ich zastępców. Normy ustala się co najmniej raz na trzy lata. Ustalanie norm odbywa się na podstawie danych z roku, przy czym nie musi on pokrywać się z rokiem kalendarzowym. Część podmiotów prowadzących działalność leczniczą realizujących świadczenia w ramach stacjonarnej opieki paliatywnej nie stosuje ww. rozporządzenia, co powoduje ograniczanie zatrudnienia pielęgniarzek lub zastępowanie opiekunem medycznym. Kompetencje, zakres świadczeń i odpowiedzialność opiekuna medycznego nie są tożsame z kompetencjami pielęgniarzki. Pielęgniarka, wykonując zawód samodzielnie, odpowiada za realizację świadczeń zdrowotnych realizowanych całodobowo, m.in. rozpoznając potrzeby i problemy pacjenta, planując i sprawując opiekę, samodzielnie udziela w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.

Problemy finansowe i kadrowe jednostek opieki paliatywnej w Polsce, a także trudna sytuacja wielu chorych, którzy zmagają się z cierpieniem i odchodzą, oczekując na przyjęcie do specjalistycznej opieki paliatywnej, wymagają pilnych zmian w zakresie wyceny świadczeń opieki paliatywnej oraz konieczności wprowadzenia

zmian organizacyjnych, w tym poprawy warunków zatrudnienia personelu i uwzględnienia specjalistycznego wykształcenia, które od lat są postulowane przez środowisko opieki paliatywnej oraz inne instytucje.

Artykuł „Standardy organizacyjne specjalistycznej opieki paliatywnej dla pacjentów dorosłych — zalecenia Grupy Ekspertów konsultantów krajowych w dziedzinie medycyny paliatywnej i pielęgniarstwa opieki paliatywnej” jest opracowaniem, w którym, po konsultacjach w procedurze delfickiej, uzgodniono propozycję zmian w organizacji specjalistycznej opieki paliatywnej, w tym w zatrudnienia personelu medycznego oraz wymagań w zakresie specjalistycznego kształcenia i rozwoju naukowego. W dokumencie uszczegółowiono między innymi całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń lekarza i pielęgniarki w domowej opiece paliatywnej jako dostępność pod telefonem i gotowość do realizacji wizyty domowej interwencyjnej. Wprowadzono zapisy precyzujące odpowiedzialność zawodową za kierowanie procesem leczenia i koordynację pracy zespołu opieki paliatywnej oraz wymagania i normy zatrudnienia personelu w zespole domowej opieki paliatywnej, specjalistycznej stacjonarnej opiece paliatywnej, szpitalnym zespole opieki paliatywnej, poradni medycyny paliatywnej i dziennym ośrodku opieki paliatywnej. Uaktualnione rekomendacje dotyczące standardów i norm opieki paliatywnej w Europie zostały również opracowane przez Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (EAPC) z zastosowaniem podobnej metodologii (Delphi) przeprowadzonej wśród ekspertów z różnych krajów Europejskich.

Niedostateczna liczba kadry medycznej oraz rosnące zapotrzebowanie pacjentów na opiekę paliatywną są wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia oraz podmiotów leczniczych, aby racjonalnie planować rozwój kadr medycznych, wspierać w rozwoju zawodowym, wykorzystywać potencjał i doświadczenie oraz zachęcać do podejmowania kształcenia na kierunkach medycznych.

Leszek Pawłowski

Zakład Medycyny Paliatywnej Gdański Uniwersytet Medyczny

Aspekty prawne standardów

Standardy medyczne w Polsce nie zostały dotychczas zdefiniowane w przepisach prawa, jednak akty prawne do nich odsyłają, a w ograniczonym zakresie je regulują. W orzecnictwie Sądu Najwyższego standardy medyczne są określane jako wytyczne, wskazówki, zalecenia lub schematy postępowania. Z kolei analiza treści aktów prawnych pozwala na wskazanie różnych rodzajów standardów, w zależności od trybu ich ustalania i podmiotów do tego uprawnionych, a także zakresu ich stosowania. W szczególności prawo rozróżnia standardy organizacyjne w poszczególnych dziedzinach medycyny i wytyczne towarzystw naukowych. Pierwsze mogą być ustanowione przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia, wydanego na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Z kolei wytyczne towarzystw naukowych zostały wymienione w kilku artykułach ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (14d ust. 2a, 16pe ust. 8, 16rc ust. 9), jako jedno ze źródeł, na podstawie których układane są pytania na potrzeby państwowych egzaminów lekarskich (LEK, PES i PEM), chociaż faktycznie zakres ich zastosowania jest znacznie szerszy. Ponadto można wyróżnić warunki udzielania świadczeń gwarantowanych, których przykładem jest rozporządzenie z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Sesja 3. Pacjenci z chorobami neurologicznymi w opiece paliatywnej

Przewodniczący:
dr hab. n. med. Zbigniew Żylicz, prof. UR,
lek. Anna Adamczyk

Zbigniew Żylicz

Collegium Medicum, Uniwersytet Rzeszowski

Opieka paliatywna dla pacjentów z chorobą Parkinsona

Choroba Parkinsona jest najczęstszą chorobą neurodegeneracyjną i chociaż pacjenci mogą żyć wiele lat, rokowanie jest niekorzystne. Umieranie z chorobą Parkinsona lub na chorobę Parkinsona może być problematyczne z powodu szybko zmieniającej się sytuacji klinicznej i skomplikowanej farmakoterapii obejmującej stosowane leki w chorobie Parkinsona. Ponadto stosuje się często wiele leków, w różnych postaciach, jednak często brak postaci przeznaczonych do podania drogą parenteralną u pacjentów, którzy nie mogą przyjmować leków drogą doustną z powodu zaburzeń połykania.

Najczęściej lekarz ma do czynienia z dwoma rodzajami objawów, motorycznymi i niemotorycznymi. Niedobór leków dopaminergicznych powoduje nasilenie sztywności mięśni i bólu, nadmiar tej grupy leków może prowadzić do wystąpienia zaburzeń świadomości i psychozy. Tak więc w okresie umierania, kiedy sytuacja kliniczna chorych zmienia się bardzo szybko (w okresie godzin), należy cały czas wyważać, ile dopaminergików podać, nawet kosztem sztywności mięśni, aby nie pogorszyć delirium i psychozy. Celowe wydaje się wówczas przeprowadzenie konsultacji telefonicznej z lekarzem — specjalistą neurologiem.

Opieka paliatywna w chorobie Huntingtona i chorobie Creutzfeldta–Jakoba

Choroba Huntingtona jest genetycznie uwarunkowaną neurodegeneracją. Dziedziczy się autosomalnie dominująco, powoduje zanik neuronów w zwojach podstawy.

Mutacja dotyczy genu odpowiedzialnego za kodowanie białka huntingtyny; w genie tym dochodzi do multiplikacji CAG (cytozyna, adenina, guanina), a wadliwe białko, które powstaje w wyniku mutacji, ma strukturę przestrzenną podobną do amyloidu. Odkładając się w neuronach doprowadza do ich śmierci. Zanik komórek nerwowych dotyczy gałki bladej, skorupy, VI kory mózgowej, wzgórza, istoty czarnej siatkowatej, górnej oliwki, jąder głębokich mózdzku i jądra ogoniastego.

Głównym objawem klinicznym dla choroby Huntingtona jest występowanie niezależnych od woli ruchów pląsawicznych całego ciała oraz narastanie otępienia, co doprowadza do całkowitej niesprawności i niesamodzielności. Średni czas przeżycia od momentu wystąpienia pierwszych objawów do śmierci to 15–20 lat.

Choroba Creutzfeldta–Jakoba (CJD) jest rzadką, zakaźną chorobą układu nerwowego wywoływaną przez priony. Wyróżnia się kilka przyczyn CJD, najczęstsza to sporadyczna mutacja genu kodującego białko PrP^c (sCJD), wyróżnia się też postać rodzinna (fCJD), wariant CJD (vCJD) oraz jatrogenne CJD (iCJD).

Cechą charakterystyczną choroby jest szybko postępujące otępienie poprzedzone zaburzeniami psychicznymi, z towarzyszącymi zaburzeniami ruchowymi o różnej morfologii. W przypadku sCJD średni czas przeżycia chorego od chwili wystąpienia pierwszych objawów to 4–15 miesięcy.

W Poradni Medycyny Paliatywnej i na Oddziale Medycyny Paliatywnej opiekowaliśmy się dwiema pacjentkami z chorobą Huntingtona, które trafiły tu w zaawansowanej fazie choroby oraz czterema chorymi z CJD.

W wystąpieniu przedstawiono historię ich chorowania oraz specyficzne aspekty dotyczące leczenia objawowego, opieki i problemów ich rodzin.

Joanna Drat-Gzubicka

Szpital Specjalistyczny im J.K. Łukowicza w Chojnicach

Neuropatia po chemioterapii

Neuropatia po chemioterapii (CIPN, *chemotherapy-induced peripheral neuropathy*) jest najczęstszym (19–85%) działaniem niepożądanym ograniczającym maksymalne dawki cytostatyków. Problem narasta ze względu na wydłużenie czasu przeżycia chorych na nowotwory.

Klasyczna CIPN to aksonalna, czuciowa, polineuropatia zależna od długości włókien i obejmująca, w różnych proporcjach, zarówno włókna cienkie, jak i grube. Obwodowy ból neuropatyczny stanowi jeden z objawów polineuropatii, któremu towarzyszą zaburzenia czucia dotyku, czucia głębokiego, niekiedy również objawy związane z uszkodzeniem włókien ruchowych i autonomicznych. Do diagnostyki CIPN służy wywiad, badanie kliniczne (w tym ilościowe badanie czucia) oraz badania neurofizjologiczne. Objawy CIPN są niejednokrotnie lekceważone przez lekarzy i ukrywane przez pacjentów. U chorych na nowotwory jakość życia najbardziej pogarszają kurcze mięśni stóp oraz kłujące i piekące bóle stóp. Do leków neurotoksycznych należą taksany, pochodne platyny, alkaloidy barwinka, bortezomib, talidomid i jego analogi. Schematy wielolekowe pogarszają uszkodzenie nerwów. Ze względu na różny mechanizm uszkodzenia nerwu przez różne leki CIPN nie można traktować, jako jednej jednostki chorobowej. Ryzyko wystąpienia CIPN jest większe u osób palących, starszych, z obniżonym klirensiem kreatyniny i u których neuropatia występowała przed rozpoczęciem chemioterapii. Pewną rolę odgrywają również czynniki genetyczne.

Do chwili obecnej nie wypracowano skutecznych metod prewencji CIPN. Ponieważ nerwy regenerują się samoistnie, zwykle objawy CIPN zmniejszają się z czasem (zazwyczaj w okresie 2–3 lat), ale u niektórych chorych utrzymują się do końca życia. Leczenie CIPN jest trudne, mało skuteczne i często odroczone. Randomizowane badania kliniczne wykazały jedynie skuteczność duloksetyny i 6-tygodniowego cyklu ćwiczeń w leczeniu CIPN. Wypracowanie skutecznych metod leczenia i profilaktyki CIPN wymaga przeprowadzenia dalszych badań eksperymentalnych i klinicznych.

Sesja 4. Problemy etyczne i edukacja w opiece paliatywnej

Przewodniczący:

prof. dr hab. n. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko,
prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert

Monika Lichodziejewska-Niemierko^{1, 2}

¹Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Klinika Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Wspólne podejmowanie decyzji w opiece paliatywnej

Wspólne podejmowanie decyzji (SDM, *shared decision making*) jest procesem, w przebiegu którego będzie możliwe podjęcie właściwej dla indywidualnego pacjenta decyzji dotyczącej sposobu leczenia i opieki. W procesie tym bierze udział lekarz, bądź inny przedstawiciel zespołu leczącego, i pacjent, często razem z członkami rodziny. Pacjent, którego dotyczy decyzja jest partnerem w dyskusji i jej aktywnym członkiem, a proces SDM i podjęcie decyzji opiera się na aktualnych rekomendacjach i dowodach klinicznych oraz na celach, priorytetach i wartościach indywidualnych dla każdego chorego. W następstwie tego procesu pacjent rozumie ryzyko i korzyści oraz konsekwencje różnych możliwości leczenia i opieki, a decyzja jest uzgodniona, a nie narzucana przez zespół leczący.

Wspólne podejmowanie decyzji wpływa pozytywnie na jakość życia i jest bezpośrednio związane z aktualnym spojrzeniem na sposób leczenia i opieki, nazywanym opieką/medycyną zorientowaną na pacjenta (*patient-centered care, patient-oriented medicine*). W piśmiennictwie ostatnich lat zastępuje się słowo „pacjent”, które kojarzy się z jednostką chorobową i bierną postawą przyjmującego usługi medyczne, słowem „osoba”, aby jeszcze bardziej podkreślić aktywną i ważną rolę chorego w procesie leczenia (*person-centered care*).

Wspólne podejmowanie decyzji w opiece paliatywnej, to decyzje dotyczące sposobu leczenia i opieki u kresu życia, ale również, wobec szerokiego spojrzenia na opiekę paliatywną, jako opiekę objawową na każdym etapie choroby przewlekłej, decyzje na wcześniejszych etapach choroby, dotyczące między innymi inwazyjnych sposobów postępowania proponowanych przez specjalistyczne zespoły leczące.

Postawy studentów kierunku lekarckiego wobec problemów etycznych opieki paliatywnej

Studenci medycyny z problemami etycznymi opieki paliatywnej mierzą się nie tylko w trakcie zajęć z medycyny paliatywnej, a w toku całych studiów.

W kwestionariuszowym badaniu poprzecznym badano przekonania studentów I, III i VI roku medycyny dotyczące działań w odniesieniu do nieuleczalnie chorych osób na zaawansowanym etapie choroby. 47% studentów opowiedziało się za legalizacją eutanazji, najwięcej na III roku: 61%. Zdecydowanie mniej osób zadeklarowało gotowość do wykonania eutanazji, gdyby była dopuszczona przez przepisy prawa (31%). Za legalizacją uporczywej terapii opowiedziało się 30% studentów, najwięcej wśród studentów VI roku (46%). 17% studentów opowiedziało się za legalizacją wspomaganego samobójstwa (na VI roku 26%, na I i III odpowiednio 11% i 12%). Uzasadnienia, jakie studenci wybrali dla swoich przekonań, to najczęściej wyznawane zasady moralne, przekonania religijne, lęk przed cierpieniem i śmiercią.

Czynnikami wpływającymi na poparcie poszczególnych działań w odniesieniu do nieuleczalnie chorych osób na zaawansowanym etapie choroby (eutanazja, uporczywa terapia, żadne z powyższych) okazały się być niektóre postawy wobec życia (mierzone przez poszczególne skale kwestionariusza postaw życiowych), uzasadnianie własnych przekonań względami religijnymi, deklarowany lęk przed śmiercią, doświadczenie towarzyszenia bliskiej osobie zbliżającej się do śmierci (związane ujemnie z poparciem uporczywej terapii), deklarowanie doświadczenia trudności natury egzystencjalnej w towarzyszeniu umierającej osobie (związane ujemnie z poparciem eutanazji).

Wyniki badania umożliwiają poznanie perspektywy przyszłych lekarzy oraz mogą być inspiracją dotyczącą sposobów ich kształcenia.

Grzegorz Loroach^{1,2}, Maria Forycka¹

¹Katedra Medycyny Paliatywnej, Instytut Nauk Medycznych *Collegium Medicum*, Uniwersytet Zielonogórski

²Hospicjum Stacjonarne im. Lady Sue Ryder of Warsaw w Zielonej Górze

Rola symulacji medycznej w procesie kształcenia studentów medycyny

Symulacja medyczna to tworzenie kontrolowanego doświadczenia, które naśladuje rzeczywisty proces kliniczny, aby osiągnąć cele edukacyjne. Symulacja jest metodologią, która tworzy lub wzmacnia prawdziwe doświadczenia związane z prowadzonymi czynnościami, które odtwarzają lub naśladują istotne aspekty realnego świata w sposób całkowicie interaktywny. Symulacja medyczna, to metoda używana w edukacji studentów kierunków medycznych od wielu lat.

W ramach zajęć z przedmiotu medycyna paliatywna na kierunkach lekarskich symulacja nie była do tej pory w Polsce wykorzystywana. Katedra Medycyny Paliatywnej Instytutu Nauk Medycznych *Collegium Medicum* Uniwersytetu Zielonogórskiego rozpoczęła w roku akademickim 2021/2022 realizację części zajęć w Centrum Symulacji Medycznej. Ćwiczenia składały się z dwóch bloków scenariuszy. Pierwszy dotyczył komunikacji lekarz–pacjent, drugi leczenia objawów u pacjentów objętych opieką paliatywną. Zajęcia symulacyjne były poprzedzone przygotowaniem teoretycznym w ramach wykładów, seminariów i zajęć klinicznych w hospicjum stacjonarnym. W ramach podsumowania zajęć studenci wypełniali anonimowo ankietę oceniającą zajęcia z zakresu medycyny paliatywnej w Centrum Symulacji Medycznej. W ocenie studentów zajęcia były ciekawe, przydatne i skutecznie weryfikowały zdobytą wiedzę. Podobne zdanie mają pracownicy Katedry Medycyny Paliatywnej. Planowane jest rozszerzenie zajęć w zakresie medycyny paliatywnej z wykorzystaniem różnych form symulacji medycznej.

SESJA 5.
PSYCHOONKOLOGIA:
SEKSUALNOŚĆ U CHORYCH
NA NOWOTWORY

Przewodniczący:

dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz, prof. UML,

dr hab. n. med. Marcin Jabłoński, prof. UJK

Marzena Samardakiewicz^{1, 2}

¹Katedra i Zakład Psychologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Zaburzenia płodności jako następstwa choroby nowotworowej przebytej w dzieciństwie

Leczenie przeciwnowotworowe prowadzone w okresie rozwojowym może prowadzić do wystąpienia szeregu następstw bezpośrednich i późnych, zarówno somatycznych, jak i w obszarze funkcjonowania psychospołecznego. Jednym z możliwych następstw jest wystąpienie zaburzeń płodności, jak np. opóźnienie lub przedwczesne dojrzewanie, przedwczesna menopauza, czy niepłodność wskutek uszkodzenia jajników bądź jąder.

Ryzyko zaburzeń płodności u dzieci i młodzieży leczonych z powodu choroby nowotworowej wzrasta wraz ze stosowaniem określonych procedur medycznych i terapeutycznych. Wysokie prawdopodobieństwo zaburzeń płodności dotyczy osób poddanych procedurom przeszczepowym, szczególnie tym, które w kondycjonowaniu otrzymują napromienianie całego ciała, ale także pacjentów po radioterapii kierowanej na gonady, pęcherz, jak i otrzymujących równolegle radioterapię czaszki z chemioterapią.

Stąd w rekomendacjach wskazuje się na konieczność przeprowadzenia wnikliwej oceny ryzyka wystąpienia zaburzeń płodności w momencie diagnozy, a za tym rozważanie możliwości krioprezewacji komórek rozrodczych. Wielu pacjentów/ich rodziców nie otrzymuje informacji na temat negatywnego wpływu otrzymywanego leczenia przeciwnowotworowego na płodność. Z drugiej strony także wielu pacjentów nie ma świadomości statusu swojej płodności.

W każdej z tych sytuacji wymagana jest umiejętność prowadzenia rozmów z rodzicami i z nastolatkami w sposób dostosowany do możliwości poznawczych i potrzeb. Rekomenduje się także prowadzenie z nastolatkiem indywidualnych rozmów na temat płodności/bankowania spermy bez obecności rodziców.

Konsultacje seksuologiczne dla kobiet po mastektomii

Wstęp

Celem badania było określenie wskazań do konsultacji seksuologicznej kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi.

Pacjentki i metody

42 chore z rozpoznaniem raka piersi, u których 3 miesiące wcześniej wykonano mastektomię z powodu nowotworu. W 3. miesiącu po zabiegu operacyjnym przeprowadzono badanie polską wersją kwestionariusza PL-FSFI dotyczącego różnych obszarów funkcjonowania seksualnego kobiet. Wyniki kwestionariusza PL-FSFI korelowano z danymi demograficznymi i medycznymi, oraz wynikami kwestionariuszy EORTC QLQ-C30 i EORTC QLQ-BR23. Uzyskane wyniki PL-FSFI porównano z grupą kontrolną.

Wyniki

Średni wynik kwestionariusza PL-FSFI w badanej grupie w 3. miesiącu od operacji wyniósł 13,33 (zakres: 2–31,7, mediana 8,3), z istotną statystycznie różnicą w zakresie następujących obszarów: pożądanie, podniecenie, nawilżenie i orgazm, na korzyść grupy kontrolnej. Kobiety po mastektomii uzyskały wynik ogólny PL-FSFI i wyniki w skalach: pożądanie, podniecenie, nawilżenie, istotnie statystycznie niższe, w porównaniu do kobiet po zabiegu oszczędzającym pierś. Wykazano, że kobiety aktywnie seksualne, u których zabieg dotyczył piersi prawej (po stronie kończyny dominującej), uzyskały w skali funkcjonowanie seksualne kwestionariusza EORTC QLQ-BR23 wynik gorszy, w porównaniu do kobiet po operacji piersi lewej, różnica istotna statystycznie ($p = 0,034$). Ujawniono istotne statystycznie zależności pomiędzy stanem sprawności przed operacją ocenianą według skali Zubroda-ECOG, a następującymi skalami kwestionariusza PL-FSFI: pożądanie ($p = 0,012$), nawilżenie ($p = 0,050$) i satysfakcja ($p = 0,015$). Zamieszkanie w małym mieście okazało się istotne statystycznie ($p = 0,0148$) dla prognozowania mniejszego ryzyka zaburzeń funkcjonowania seksualnego w badanej grupie kobiet.

Wnioski

Kobiety leczone operacyjnie z powodu raka piersi charakteryzuje podwyższone ryzyko wystąpienia zaburzeń seksualnych, w porównaniu do populacji ogólnej. Wyższe ryzyko wystąpienia zaburzeń seksualnych dotyczy kobiet po mastektomii, operacji piersi po stronie ręki dominującej, z gorszym ogólnym poziomem funkcjonowania (≥ 1 wg skali Zubroda-ECOG) przed zabiegiem chirurgicznym. U kobiet z mniejszych miast istnieje niższe ryzyko ujawnienia się zaburzeń sfery seksualnej po operacji w obrębie piersi. Opisany powyżej zespół czynników może przemawiać za koniecznością konsultacji seksuologicznej w grupie kobiet z rakiem piersi.

Mariola Kosowicz

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Seksualność u pacjentów w zaawansowanej fazie choroby

Seksualność to najbardziej delikatna sfera ludzkiego rozwoju. I chociaż kryje w sobie wiele tajemnic, jedno jest pewne — człowiek jest istotą seksualną przez całe życie, bez względu na wiek i stan zdrowia. W świadomości wielu osób seksualność dotyczy przede wszystkim ludzi zdrowych i temat seksu w okresie późnej dorosłości, zaawansowanej choroby, stanowi dla wielu społeczeństw temat tabu. Istnieją jednak badania, które wskazują, że możliwość wyrażania siebie przez intymność i aktywność seksualną są dla wielu chorych ludzi, również w okresie zaawansowanej choroby, istotnym wymiarem ich życia. Dla wielu osób chorych możliwość doświadczenia bliskości fizycznej stanowi kluczowy element postrzeganej jakości życia. Utrzymanie seksualności i intymności seksualnej ma wiele pozytywnych implikacji zarówno dla fizycznego jak i psychospołecznego dobrostanu osób chorych. W kontekście zaawansowanej choroby intymność jest opisana jako zdolność osób do wyrażania swoich potrzeb emocjonalnych poprzez fizyczną intymność i do przekazywania sobie uczucia miłości i czułości. Człowiek zbliżający się do końca swojego życia chce mieć możliwość wyboru i razem z partnerem decydować o osobistych potrzebach wyrażania siebie przez seksualność. W zaawansowanej chorobie istnieje jednak wiele barier fizycznych utrudniających kontynuację życia intymnego i wiele osób chorych żyje w przekonaniu, że nie można już niczego w tej kwestii zrobić. Z tego też powodu w wielu badaniach podkreśla się znaczenie otwartości personelu medycznego na podejmowanie rozmów dotyczących seksualności osób chorych bez względu na etap choroby. Nikt nie oczekuje od lekarzy, pielęgniarek, że będą ekspertami w zakresie zdrowia seksualnego, niemniej jednak przy większej świadomości znaczenia tematu seksualności w procesie życia człowieka, w tym w zaawansowanej chorobie, można zapewnić kompleksową opiekę skoncentrowaną na pacjencie, włączając zdrowie seksualne do oceny jakości życia osób chorych. Holistyczne spojrzenie na osobę chorą wymaga dostrzeżenia wszystkich aspektów życia, dzięki którym człowiek zachowuje poczucie swojej podmiotowości i prawa do realizacji swoich najgłębszych potrzeb.

SESJA 6. OCENA JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH I ICH RODZIN W OPIECE PALIATYWNEJ

Przewodniczący:

prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gałaszko,

prof. dr hab. n. med. Mikołaj Majkowicz

Wsparcie psychiczne chorych możliwością poprawy ich jakości życia w opiece paliatywnej

Pojęcie dobrej jakości życia chorych w opiece paliatywnej ewoluowało na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat. Dotyczy to zwłaszcza obszaru psychicznego jakości życia, w którym wskazania obowiązującej przez długi czas psychologii klinicznej zostały zastąpione przez założenia psychologii pozytywnej. Oznacza to także inny sposób definiowania wsparcia psychicznego, które poza przywróceniem równowagi psychicznej zaburzonej przez traumę choroby i leczenia, nastawione jest na umożliwienie wyższego poziomu funkcjonowania psychicznego w stosunku do stanu sprzed choroby.

Dzieje się tak przez zachętę i ułatwienie choremu rozwoju i wzbogaceniu posiadanych przez niego tak zwanych zasobów psychicznych, jakimi są zdolność przebaczenia, wdzięczność, optymizm, dzielność, ciekawość i kreatywność. Uzyskana w ten sposób poprawa jakości życia stwarza możliwości tak zwanego wzrostu pourazowego. Osiągnięciu tego celu sprzyjają wciąż udoskonalane formy pomocy medycznej i psychologicznej w zakresie poprawy jakości życia. Działania oparte początkowo na formie paternalistycznej dochodzą ostatecznie — poprzez działania partnerskie (na zasadzie *compliance*) — do formy docelowej, jaką jest pomoc w uzyskaniu samodzielnego rozwoju chorych przez odpowiednie programy samopomocowe.

Podstawy metodologiczne oceny jakości życia

Badania nad jakością życia w ostatnich dziesięcioleciach zyskały na popularności. Świadczy o tym systematyczny wzrost liczby publikacji na temat jakości życia. Rozwój badań nad jakością życia w szczególności dotyczy medycyny. Badania nad jakością życia pacjentów dynamicznie się rozwijają z powodu trendów humanistycznych w medycynie, a także związane są z poszukiwaniem dodatkowych kryteriów oceny skuteczności leczenia. Ta tendencja wynika też z dążenia do upodmiotowienia pacjenta. Zaś w kontekście podmiotowego traktowania chorego, to właśnie pacjent powinien mieć wpływ na wybór proponowanej metody leczniczej, a ocena skuteczności leczenia oraz ocena wpływu na jego jakość życia w jego subiektywnym odczuciu powinna być brana pod uwagę przez zespół leczniczy. Podmiotowe traktowanie pacjenta jest szczególnie ważne w medycynie paliatywnej, gdzie leczenie przyczynowe nie jest już możliwe, wówczas efekty leczenia oceniane są w głównej mierze przez ocenę jakości życia. Utrzymywanie dobrej jakości życia, tak długo jak to możliwe, jest jednym z głównych celów medycyny paliatywnej, a jednocześnie jest też miarą oceny efektywności opieki paliatywnej. W chorobach przewlekłych „ocena jakości życia” jest też obok zmiennej „czas przeżycia” jednym z ważnych parametrów skuteczności leczenia, czy opieki. Metodologia badawcza jest podstawą wiarygodności uzyskanych wyników badań. Stąd też w wykładzie zostaną przedstawione wybrane ważne zagadnienia metodologiczne badań nad oceną jakości życia. W referacie zostanie przedstawione tło teoretyczne koncepcji jakości życia. Ponadto zostaną przedstawione główne ośrodki zajmujące się rozwojem metodologii i technik badawczych oceny jakości życia. Omówione zostaną też procedury adaptacji narzędzi badania jakości życia z innych obszarów językowych do polskich warunków. Zostaną też przedstawione główne metody oceny jakości życia, oraz konieczne właściwości psychometryczne pozwalające na uznanie danej metody jako wiarygodnego narzędzia badawczego. Omówione też zostaną pewne specyficzne sytuacje badawcze występujące w medycynie paliatywnej odnoszące się zwłaszcza do badań o charakterze badań podłużnych. Chodzi o utratę danych w trakcie obserwacji związanych ze śmiertelnością badanych pacjentów. Ze specyfiką w tej grupie chorych (zwłaszcza pozostających pod opieką hospicyjną) związane jest dostosowanie narzędzi badawczych do stanu psychicznego i somatycznego pacjentów.

SESJA 7. PRACE ZGŁOSZONE

Przewodniczący: dr n. med. Anna Orońska,
lek. Grzegorz Lorocho

Ocena wiedzy i postaw lekarzy rodzinnych wobec medycyny paliatywnej

Wstęp

Pacjenci objęci opieką paliatywną przebywający w domu wymagają zapewnienia opieki lekarskiej przez lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej i lekarzy pierwszego kontaktu poprzez ich efektywną współpracę. Celem pracy była ocena współpracy lekarzy POZ ze specjalistami medycyny paliatywnej, ocena wiedzy i opinii lekarzy POZ na temat ich udziału w opiece paliatywnej zapewnianej chorym przebywającym w domu..

Materiał i metody

Badanie oparto na kwestionariuszu składającym się z ośmiu pytań wielokrotnego wyboru. W anonimowym badaniu udział wzięło 83 lekarzy pierwszego kontaktu z województwa pomorskiego; 58 kobiet i 25 mężczyzn. Analiza statystyczna obejmowała statystykę opisową i analizę regresji.

Wyniki

59 respondentów określiło opiekę paliatywną jako działanie poprawiające jakość życia pacjentów i ich rodzin w obliczu problemów związanych z chorobą zagrażającą życiu. Koordynacja pracy zespołu opieki paliatywnej była najważniejszym zadaniem specjalisty medycyny paliatywnej (58% badanych). Większość stwierdziła, że najważniejszą czynnością było przepisywanie leków przeciwbólowych (86%) a 84% uznało, że najważniejsza jest dostępność w godzinach pracy. Kolejnym ważnym działaniem było przekazywanie niepomysłnych informacji (42% respondentów). Doświadczeni specjaliści, w porównaniu z młodszymi lekarzami, deklarowali mniejszą gotowość do przekazywania złych wiadomości pacjentom w zaawansowanej fazie choroby. Indywidualne planowanie leczenia (98% badanych) i ograniczenie antybiotykoterapii były najważniejszymi aspektami farmakoterapii.

Wnioski

Zdaniem lekarzy rodzinnych do ich obowiązków dotyczących opieki nad pacjentami z zaawansowaną chorobą nowotworową należy leczenie przeciwbólowe, dostępność w godzinach pracy oraz przekazywanie złych wiadomości.

Filip Lebedziński¹, Leszek Pawłowski²

¹Studenckie Towarzystwo Naukowe, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska

²Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska

Zasady odwiedzin w jednostkach opieki paliatywnej w czasie pandemii COVID-19 — przegląd literatury

Wstęp

Pandemia COVID-19 spowodowała wiele zmian organizacyjnych w funkcjonowaniu jednostek opieki paliatywnej i hospicyjnej na całym świecie. Ze względu na istniejące zagrożenie epidemiczne, możliwość bezpośredniego kontaktu pacjentów z rodzinami została istotnie ograniczona, co mogło spowodować szereg negatywnych skutków zarówno dla samych chorych, jak i dla bliskich.

Materiał i metody

Badanie stanowi przegląd piśmiennictwa, do którego wykorzystano bazy: PubMed, SCOPUS i WOS. W celu ustalenia zasad odwiedzin w jednostkach opieki paliatywnej zastosowano wyszukiwanie przy użyciu słów kluczowych: visiting policy AND palliative care AND COVID-19.

Wyniki

W świetle przeanalizowanej literatury, obecność osób bliskich i ich bezpośredni udział w stacjonarnej opiece paliatywnej został znacząco ograniczony lub całkowicie wyłączony. Część jednostek wprowadziła szczegółowe zasady odwiedzin, w których przewidziano środki ostrożności służące ochronie pacjentów, personelu i odwiedzających przed zakażeniem. Polegały one przede wszystkim na wymogu stosowania środków ochrony indywidualnej, zredukowaniu liczby odwiedzających lub czasu odwiedzin oraz umożliwieniu wizyt wyłącznie osobom zaszczepionym przeciw COVID-19. W celu ograniczenia skutków wynikających z ograniczenia odwiedzin, zostały wprowadzone lub rozpowszechnione nowe formy kontaktu zdalnego poprzez wideorozmowy z wykorzystaniem platform telekonferencyjnych.

Wnioski

Analiza rozwiązań służących zapewnieniu kontaktu osób bliskich z pacjentami, wprowadzonych w stacjonarnych jednostkach opieki paliatywnej podczas pandemii COVID-19, może służyć ustaleniu modelowych rozwiązań w zakresie postępowania w podobnych warunkach w przyszłości, w celu zapewnienia możliwie największego kontaktu chorych z ich rodzinami.

Przewlekła infekcja COVID-19 u pacjenta onkologicznego — wpływ na jakość procesu terapeutycznego

Pandemia koronawirusa zmieniła podejście do wielu aspektów leczenia. Ogromna liczba zachorowań, ogólnokrajowa panika, fake newsy, rygorystyczne obostrzenia i strach miały swoje odbicie w już istotnie obciążonym systemie ochrony zdrowia w Polsce, co było szczególnie dotkliwe dla pacjentów. Jedną z najbardziej poszkodowanych populacji pacjentów są chorzy onkologiczni, w przypadku których szybkie wdrożenie leczenia i zachowanie jego ciągłości ma istotny wpływ na rokowania. Poza największym ryzykiem zachorowania na COVID-19, deficyty odporności u pacjentów onkologicznych powodują zwiększenie podatności na przewlekłe infekcje, w tym COVID-19. Kolejne testy na obecność wirusa SARS-CoV-2 mogą być dodatnie, nawet przy braku objawów infekcji.

W opisie przypadku prezentujemy pacjentkę w immunosupresji, obciążoną rozszanym chłoniakiem grudkowym oraz aktywną postacią gruźlicy płucnej, która uzyskała dodatni wynik w 22 kolejnych testach PCR i antygenowych na obecność wirusa SARS-CoV-2. Jej pobyt na oddziale izolacyjnym Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku trwał łącznie 17 tygodni. Na przykładzie tej chorej prezentujemy, w jakim stopniu pandemia koronawirusa i związane z nią problemy organizacyjne wpłynęły na standard opieki onkologicznej.

Katarzyna Jerka^{1, 2}

¹Szkoła Policealna Województwa Łódzkiego w Zgierzu

²Centrum Medyczne Medinea Zgierz/Karszew, Polska

Sprzęt medyczny oraz nowoczesne technologie wspomagające proces rehabilitacji i porozumiewanie się z pacjentem

Wstęp

Problemem osób objętych opieką paliatywną są często trudności w zmianie pozycji chorych leżących, wstawaniu/siadaniu, przesiadaniu się na wózek, chodzeniu. Rolą fizjoterapeuty jest wskazanie i edukacja chorych oraz ich rodzin w dostępności sprzętu medycznego ułatwiającego opiekę nad pacjentem oraz zwiększające jego mobilność.

Celem pracy jest przedstawienie sprzętu medycznego wykorzystywanego do pomocy w rehabilitacji i opiece zapewnianej pacjentom objętym leczeniem paliatywnym oraz wykorzystania technologii informatycznej niezbędnej do komunikowania się z pacjentem oraz ułatwiającej samodzielnej obsłudze urządzeń domowych przez pacjenta.

Metody przeglądu literatury

Przegląd piśmiennictwa dostępnego w bazie PubMed i Cochrane oraz stron internetowych sklepów z zaopatrzeniem medycznym.

Wyniki i wnioski

Ważną rolą fizjoterapeuty jest odpowiednie wdrażanie zaopatrzenia ortopedycznego dostosowanego do potrzeb pacjenta oraz edukacja pacjenta i jego rodziny dotycząca użytkowania sprzętu. Należy podkreślić, iż sprzęty i przybory ułatwiają mobilność pacjenta i często wchodzi w skład ćwiczeń czynności dnia codziennego, do najważniejszych należą: balkoniki, wózki inwalidzkie, łóżka rehabilitacyjne, materace przeciwoślizgowe, podnośniki, pionizatory, chodółazy i ślizgi.

Wykorzystanie najnowszych technologii, takich jak programy do rehabilitacji pacjenta i komunikowania się oraz systemy sterowania urządzeniami wzrokiem, ułatwia zaspokajanie potrzeb pacjenta oraz jego kontakt z opiekunami i personelem medycznym. Wielu pacjentów przy wykorzystaniu metod informatycznych i transformatorów mowy jest w stanie pozostawać w kontakcie słownym z rodziną i innymi osobami. W miarę możliwości pacjenci mogą również pisać, przeglądać Internet, rozmawiać. Rola fizjoterapeuty w zapewnieniu pacjentom i rodzinom całościowej opieki paliatywnej polega nie tylko na wykonywaniu ćwiczeń, ale również na wsparciu psychologicznym, społecznym i duchowym oraz edukacji chorych i opiekunów.

Rola ćwiczeń oddechowych w rehabilitacji pacjentów objętych opieką paliatywną

Celem pracy jest przedstawienie roli oraz technik ćwiczeń oddechowych wykorzystywanych przez fizjoterapeutę w pracy z pacjentem objętym opieką paliatywną.

Objawami niewydolności oddechowej są między innymi: zaburzenia snu, kaszel, koszmary senne, zmniejszona tolerancja wysiłku, przyspieszone tętno, pocenie się, drażliwość, bóle głowy. Celem wykonywania ćwiczeń oddechowych jest nauka poprawnego toru oddychania, ułatwienie wydzielania wydzieliny z dróg oddechowych, zwiększenie ruchomości klatki piersiowej i przepony, zmniejszenie nasilenia duszności, poczucie relaksacji, wzmocnienie mięśni oddechowych, zmniejszenie napięcia w stanach lękowych. Ćwiczenia odgrywają również ważną rolę w terapii zaburzeń mowy. Do technik pracy fizjoterapeuty należy: torowanie ruchów przepony, ćwiczenie prawidłowego oddechu, oklepywanie, nauka efektywnego kaszlu i odkrztuszania wydzieliny, techniki rozluźniające mięśnie klatki piersiowej i obręczy barkowej, a także relaksacja oddechowa. Prowadzenie ćwiczeń oddechowych szczególnie u osób z chorobami nerwowo-mięśniowymi może wpłynąć na opóźnienie włączenia wentylacji nieinwazyjnej, a później również inwazyjnej.

SESJA 7. REHABILITACJA CHORYCH W OPIECE PALIATYWNEJ

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Andrzej Szuba,
dr hab. n. kult. fiz. Katarzyna Ochałek, prof. AWF

Obrzęk limfatyczny u pacjentów z chorobą nowotworową

Obrzęki limfatyczne, zarówno pierwotne, jak i wtórne, są poważnym problemem zarówno dla chorych jak i dla leczących ich lekarzy i są wynikiem zastoju chłonki spowodowanego niewydolnością układu chłonnego. W Polsce i w krajach europejskich najczęstszą przyczyną obrzęków limfatycznych jest uszkodzenie układu limfatycznego w przebiegu leczenia chorób nowotworowych.

Obrzęk limfatyczny kończyny powoduje pogorszenie funkcji zajętej kończyny i może prowadzić do znacznej niepełnosprawności. Jest to spowodowane wtórnymi do obrzęku problemami neurologicznymi (uszkodzenie nerwów obwodowych), kostno-stawowymi (dyskopatie, nasilenie zmian zwyrodnieniowych w stawach), nawracającymi zakażeniami skóry i tkanki podskórnej i wtórnymi nowotworami, co prowadzi do znacznego pogorszenia jakości życia chorych. Ponieważ choroby nowotworowe dotyczą również osób czynnych zawodowo, pojawienie się obrzęku limfatycznego często uniemożliwia kontynuację pracy. Obrzęk limfatyczny może wystąpić w każdym wieku — od urodzenia do późnej starości. Około 70% chorych, u których rozpoznano obrzęk limfatyczny w naszym kraju stanowią kobiety po leczeniu operacyjnym raka piersi i chorzy leczeni z powodu innych nowotworów.

Podstawowy program postępowania stanowi leczenie zachowawcze rekomendowane przez Międzynarodowe Towarzystwo Limfologiczne, jako kompleksowa terapia limfatyczna lub odbarczająca. W przypadkach, kiedy leczenie zachowawcze jest nieskuteczne, konieczne jest leczenie chirurgiczne (w tym mikrochirurgiczne) lub liposukcja. W każdym przypadku po leczeniu pacjent musi być zaopatrzony w rękaw lub pończochę uciskową o stopniowanym ucisku o odpowiedniej sile (2–4 klasa ucisku).

Leczenie musi być przeprowadzone przez doświadczonego terapeutę (lekarz, rehabilitant, masażysta), który przeszedł odpowiednie szkolenie. Kwalifikacja i nadzór nad leczeniem muszą być prowadzone przez lekarza, posiadającego doświadczenie w leczeniu schorzeń układu chłonnego.

Katarzyna Ochałek

Instytut Rehabilitacji Klinicznej, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

Kompresjoterapia jako standard leczenia obrzęku chłonnego u chorych leczonych na nowotwory złośliwe

Obrzęk chłonny (limfatyczny) rozumiany jako wynik mechanicznej niewydolności układu chłonnego, pozostaje jednym z najcięższych powikłań związanych z chorobą nowotworową i/lub jej leczeniem. Ogranicza sprawność fizyczną i funkcjonowanie w życiu codziennym, a także rodzi problemy natury psychospołecznej, obniżając jakość życia chorych. Ze względu na przewlekły charakter i brak możliwości całkowitego wyleczenia, istotną rolę odgrywa edukacja i profilaktyka.

Zarówno pacjenci w grupie ryzyka jak i z rozwiniętym obrzękiem limfatycznym wymagają indywidualnie dostosowanego postępowania profilaktyczno-leczniczego, którego kluczowym elementem jest wypełnianie zaleceń terapeutycznych w ramach autopostępowania oraz ścisła współpraca z terapeutami do końca życia. Wczesne rozpoznanie choroby oraz szybkie rozpoczęcie fizjoterapii zmniejsza ryzyko wystąpienia bardziej zaawansowanych stadiów klinicznych obrzęku chłonnego i jego powikłań.

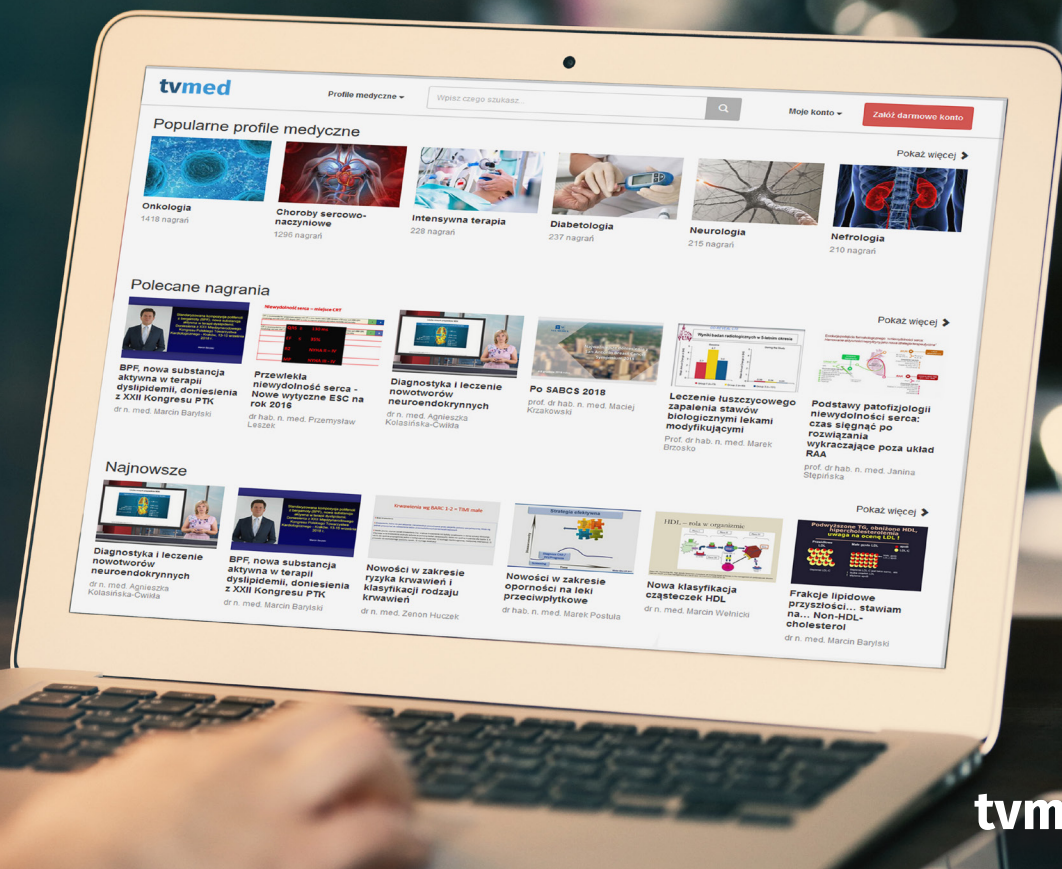
Kompresja/kompresjoterapia wykorzystująca bandażowanie (bandaże o krótkim naciągu), a także stosowanie produktów uciskowych, zarówno okrągło- jak i płaskodziających z różnym ciśnieniem, a także innowacyjne produkty uciskowe na rzepy wraz z ćwiczeniami fizycznymi, pozostają integralną częścią postępowania u osób z grupy ryzyka i na każdym poziomie zaawansowania obrzęku chłonnego, także u pacjentów z aktywną chorobą nowotworową.

Znaczenie aktywności fizycznej pacjentów objętych opieką paliatywną

W powszechnej wyobraźni pacjent objęty opieką paliatywną to chory z towarzyszącym bólem, wyniszczony, całkowicie unieruchomiony i pozostający w łóżku, bez nadziei na poprawę. Medycyna paliatywna pomaga żyć w jak największym komforcie, bez bólu, zachowując możliwie najdłużej sprawność fizyczną i intelektualną. Jakość życia pacjenta (QoL, *quality of life*) jest najważniejszym parametrem dobrze sprawowanej opieki paliatywnej. Dla poprawy jakości życia prowadzone jest leczenie bólu i innych objawów i dbanie o zachowanie sprawności fizycznej oraz unikanie zbędnych czynności medycznych, zwłaszcza uporczywej terapii.

Aktywność fizyczna pacjenta objętego opieką paliatywną jest kluczowa dla zachowania sprawności, dobrego samopoczucia i optymalnej jakości życia. Istnieje wiele dowodów naukowych na poparcie tezy, iż aktywność fizyczna i rehabilitacja odgrywają istotną rolę w procesie leczniczym pacjenta objętego opieką paliatywną. Prawidłowo nadzorowana aktywność i ćwiczenia zmniejszają dolegliwości związane z zespołem zmęczenia w przebiegu nowotworu (CRF, *cancer-related fatigue*), poprawiają funkcjonowanie pacjenta zarówno w aspekcie fizycznym, jak i społecznym, pozytywnie wpływają na nastrój, samopoczucie i jakość życia, często pozwalają na ograniczenie farmakoterapii.

Na podstawie przeglądu piśmiennictwa należy jednoznacznie stwierdzić, iż aktywność fizyczna i rehabilitacja pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową poprawiają wydolność fizyczną (ocena MET, test kroków), siłę mięśniową, zwiększają wydolność fizyczną, korzystnie wpływają na jakość życia, zmniejszają natężenie CRF (oceniane w oparciu o VAS i kwestionariusz EORTC QLQ-C30). Własne wieloletnie doświadczenie w opiece paliatywnej i w zakresie rehabilitacji jest zgodne z piśmiennictwem i wskazuje na istotne znaczenie w podtrzymaniu woli życia chorych, co przekłada się na wydłużenie czasu przeżycia i znacznej poprawie jego jakości, co deklarują zarówno pacjenci, jak i ich bliscy.



tvmed | OGLĄDAJ
TERAZ

MULTIMEDIALNA PLATFORMA WIEDZY MEDYCZNEJ

tvmed

- Ponad 5000 wyemitowanych nagrań
- Ponad 300 transmitowanych konferencji
- Ponad 2000 współpracujących z nami specjalistów
- Ponad 1600 godzin materiałów wideo

Dostęp do najlepszej wiedzy medycznej
w ramach jednej prostej opłaty.
Warto skorzystać już dziś!

www.tvmed.pl

**OD 30 LAT
AKTYWNI UCZESTNICZYMY
W ROZWOJU NAUKI
I EDUKACJI MEDYCZNEJ.**



W ciągu roku wydajemy
ponad 800 publikacji



Publikujemy
blisko 50 czasopism



Organizujemy
ponad 300 konferencji
i webinarów rocznie



Udostępniamy
około 3000 godzin filmów
edukacyjnych



Prowadzimy
księgarnię medyczną
Ikamed



Obsługujemy
40 serwisów internetowych,
oferujemy aplikacje mobilne