

Poradnia Medycyny Paliatywnej i Leczenia Wspomagającego – innowacyjne spojrzenie na specjalistyczną ambulatoryjną opiekę paliatywną. Standardy Organizacyjne Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej

Palliative Medicine and Supportive Treatment Clinic – an innovative approach to specialist outpatient palliative care. Organizational Standards of the Polish Society of Palliative Medicine

Aleksandra Ciałkowska-Rysz^{1,2*}, Michał Graczyk^{3,4*}, Dorota Kazimierczak⁵

¹Klinika Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny, Łódź

²Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej, Centralny Szpital Weteranów, Łódź

³Katedra Opieki Paliatywnej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁴Ośrodek Hospicjum Domowe Zgromadzenia Księża Marianów, Warszawa

⁵Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PALIUM, Zielona Góra

*Autorzy równorzędni.

Streszczenie

W ramach prac nad standardami organizacyjnymi w opiece paliatywnej Zespół ds. standardów Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej proponuje innowacyjny model ambulatoryjnej opieki paliatywnej pod postacią Poradni Medycyny Paliatywnej i Leczenia Wspomagającego. Taki model organizacyjny jest odpowiedzią na zwiększające się zapotrzebowanie na świadczenia w zakresie opieki paliatywnej zarówno wśród pacjentów z nowotworami włączonych do opieki paliatywnej na wcześniejszych etapach choroby i pozostających równolegle pod opieką onkologiczną, jak i pacjentów z innymi postępującymi zagrażającymi życiu chorobami nie spełniających obecnie kryteriów do objęcia opieką paliatywną według Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w dziedzinie opieki paliatywnej i hospicyjnej. W dokumencie przedstawiono schemat organizacyjny poradni, wymogi dotyczące kwalifikacji personelu, zakresu udzielanych świadczeń, procedury wykonywane w poradni, warunki udzielania wizyt domowych.

Słowa kluczowe: standardy organizacyjne, specjalistyczna ambulatoryjna opieka paliatywna, Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej

Abstract

Palliative Medicine and Supportive Treatment Clinic – an innovative approach to specialist outpatient palliative care. Organizational Standards of the Polish Society of Palliative Medicine

As part of the work concerning organizational standards in palliative medicine care, the Team for the Polish Society of Palliative Medicine Standards offers an innovative model of outpatient palliative care in the form of the Palliative Medicine Clinic and Supportive Treatment. Such an organizational model can be seen as a response to the increasing demand for palliative care services among patients suffering from cancer, who have been included in palliative care in the earlier stages of the disease and in parallel oncological care, and among patients with other progressive life-threatening diseases that do not currently meet the criteria for their palliative care coverage, according to the Regulation of the Minister of Health on guaranteed services in the area of palliative and hospice care. The document presents the organizational chart of the clinic, the requirements for staff qualifications, the scope of services provided, the procedures performed at the clinic, and home visit conditions.

Key words: organizational standards, specialist outpatient palliative care, Polish Society of Palliative Medicine

Adres do korespondencji:

prof. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej, Centralny Szpital Weteranów, pl. Hallera 1, 91-647 Łódź, e-mail: olarysz@rmed.pl

WSTĘP

Medycyna paliatywna to odrębna dziedzina medycyny, która w systemie opieki zdrowotnej wypełnia lukę pomiędzy leczeniem skoncentrowanym na

chorobie, a podejściem nakierowanym na pacjenta. Integracja opieki paliatywnej z systemem opieki zdrowotnej daje niewymierne korzyści dla systemu w postaci poprawy jakości opieki nad pacjentami z postępującymi ograniczającymi życie chorobami.

Z perspektywy pacjentów i ich opiekunów kluczowym elementem jest poprawa jakości życia. Dobrze zorganizowany system opieki zdrowotnej powinien zapewnić dostęp do różnych form opieki paliatywnej w celu optymalizacji zaspokojenia potrzeb pacjenta zmieniających się na różnych etapach postępującej choroby. Według Hui i wsp. odpowiedzią na zmieniające się potrzeby pacjentów jest spersonalizowana opieka paliatywna, która powinna być zorganizowana tak, aby określonemu pacjentowi zapewnić właściwy poziom interwencji w odpowiednich warunkach oraz czasie [1].

Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej (PTMP) w ramach prac nad Standardami Organizacyjnymi w Opiece Paliatywnej zaproponowało współczesną definicję opieki paliatywnej: *opieka paliatywna to opieka nad osobą z chorobą zagrażającą życiu lub w znacznym stopniu ograniczającą życie, wymagającą leczenia objawów fizycznych i psychicznych będących następstwem tej choroby lub jej leczenia, zapewniająca wsparcie w obszarze potrzeb społecznych i duchowych, kultury i seksualności, mająca na celu uśmierzenie cierpienia i optymalizację jakości życia tej osoby oraz jej najbliższych, prowadzona niezależnie od aktywności choroby oraz leczenia modyfikującego jej przebieg na wczesnych jej etapach, w fazie schyłkowej, w czasie umierania, a także po śmierci chorego w odniesieniu do osób najbliższych* [2].

Światowa Organizacja Zdrowia oraz wiele międzynarodowych towarzystw naukowych, w tym American Society of Clinical Oncology i European Society of Medical Oncology, promują wczesne włączenie opieki paliatywnej dla pacjentów chorych na nowotwory. U pacjentów z nowotworami opieka paliatywna może być stosowana na każdym etapie choroby i może być prowadzona równoległe z terapią modyfikującą przebieg choroby [3–5].

Istnieją dowody, że w przypadku pacjentów onkologicznych wcześniejsze skierowanie do placówki ambulatoryjnej opieki paliatywnej daje możliwość lepszej kontroli fizycznych i emocjonalnych objawów choroby. Autorzy randomizowanego badania klinicznego dotyczącego integracji opieki onkologicznej i paliatywnej wskazali na korzyści zdrowotne: dłuższe przeżycie, lepszą kontrolę objawów, mniejszy lęk i depresję, rzadsze stosowanie daremnych terapii onkologicznych u kresu życia, poprawę satysfakcji i jakości życia rodziny oraz lepiej wykorzystane zasoby opiekuńcze [6].

Przedstawiona strategia daje też możliwość poprawy wyników dotyczących jakości opieki, w tym hospitalizacji u schyłku życia, korzystania z oddziałów ratunkowych, korzystania z pobytów na oddziale intensywnej terapii [7]. Taki model znalazł uzasadnienie nie tylko kliniczne, lecz również ekonomiczne. W ostatnim czasie pojawiły się publikacje dowodzące, że opieka paliatywna może znacznie zmniejszyć wydatki na opiekę zdrowotną wśród pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworo-

wą. Redukcja kosztów zależy od czasu włączenia konsultacji z opieki paliatywnej [8, 9]. Udokumentowanym wynikiem wczesnej opieki paliatywnej jest również zmniejszenie stresu u opiekunów [10].

Optymalnym miejscem dla zaspokajania potrzeb w zakresie opieki paliatywnej dla pacjentów na wczesnych etapach choroby może być poradnia medycyny paliatywnej. Opieka ambulatoryjna zapewnia adekwatne warunki kontroli objawów choroby oraz daje możliwość budowania opartych na zaufaniu relacji z pacjentem i jego opiekunami. W poradniach możliwe jest prowadzenie długotrwałych interwencji farmakologicznych, psychologicznych, porad, edukacji, monitorowania i planowania opieki. Taki sposób opieki może zapobiegać też sytuacjom kryzysowym dla pacjenta, takim jak wizyty na oddziałach ratunkowych lub przyjęcia na oddział intensywnej terapii.

Poradnie medycyny paliatywnej oferujące konsultacje pacjentom, którzy są w stanie przybyć do poradni, mogą stanowić ważny element kompleksowego programu opieki paliatywnej. Zazwyczaj są związane z innymi specjalistycznymi jednostkami opieki paliatywnej.

W 2009 r. Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej (EAPC) w swoich standardach zalecało, aby ambulatoryjne jednostki opieki paliatywnej były zintegrowane z innymi formami opieki paliatywnej ze względu na postępujący charakter schorzeń pacjentów objętych opieką. Pacjenci z postępującą chorobą i obniżonym stanem sprawności w pewnym momencie nie będą już mogli korzystać z poradni, dlatego poradnie należy zintegrować z jednostkami stacjonarnej lub domowej opieki paliatywnej [11].

Poradnie medycyny paliatywnej mogą być połączone z jednostkami opieki paliatywnej lub być elementem ośrodków onkologicznych jako poradnie przyszpitalne. Model poradni medycyny paliatywnej działającej razem z poradnią onkologiczną może zapewnić wygodną formę kontaktu dla pacjenta w trakcie leczenia onkologicznego, pozwala też na promocję modelu opieki paliatywnej w zespole onkologicznym [12]. Jednak nie jest to optymalne rozwiązanie dla większych ośrodków, w których świadczenia z zakresu opieki paliatywnej są zorganizowane kompleksowo [1].

Ambulatoryjne serwisy opieki paliatywnej mogą być dostosowywane do różnych modeli. W badaniu duńskim dotyczącym porównania wzorów ambulatoryjnej opieki paliatywnej przedstawiono model, w którym podstawowa interwencja realizowana przez lekarza i pielęgniarkę sprowadza się do konsultacji lub kontroli w poradni medycyny paliatywnej zlokalizowanej w szpitalu. Zakres konsultacji obejmował ocenę objawów, dystresu psychicznego i potrzeb wsparcia w zakresie socjalnym. Czas pierwszej konsultacji zaplanowano na około 1 godzinę, konsultacje kontrolne na 30 minut. Wizyty

kontrolne planowane były co 3 tygodnie lub w miarę potrzeb w formie konsultacji z lekarzem opieki paliatywnej i pielęgniarką albo z samą pielęgniarką. Dodatkowo oferowany był regularny kontakt telefoniczny realizowany przez pielęgniarkę z poradni. Jeśli samopoczucie lub stan ogólny uniemożliwiały przybycie pacjenta na kontrolę, możliwa była także wizyta domowa. Infolinia telefoniczna w sprawach pilnych była dostępna 2 godziny dziennie. W tym modelu pacjent w zależności od potrzeb miał także dostęp do interdyscyplinarnego zespołu, w skład którego oprócz lekarzy i pielęgniarek opieki paliatywnej wchodził fizjoterapeuta, dietetyk, pracownik socjalny, psycholog i osoba duchowna [13].

W Polsce opieka paliatywna jest zintegrowana z systemem opieki zdrowotnej, a ambulatoryjna opieka paliatywna należy do świadczeń gwarantowanych. Obecnie dokumentem określającym standard tej opieki jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z 2013 r., zgodnie z którym opieka paliatywna świadczona w poradni medycyny paliatywnej jest świadczeniem finansowanym ze środków publicznych [14].

AMBULATORYJNA OPIEKA PALIATYWNA W POLSCE – STAN OBECNY

Dostęp do świadczeń z opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce jest zróżnicowany. Dysproporcje pomiędzy województwami dotyczą liczby jednostek, nakładów na jednego mieszkańca oraz dostępności do poszczególnych zakresów świadczeń. Najlepszy jest dostęp do świadczeń domowych, najmniejszy do świadczeń stacjonarnych i ambulatoryjnych [15, 16].

W 2016 r. działało w naszym kraju jedynie 147 poradni medycyny paliatywnej, do 2018 r. liczba ta wzrosła zaledwie do 154. W tym czasie można było zaobserwować znacznie większy wzrost liczby jednostek z pozostałych form organizacyjnych opieki paliatywnej.

Poradnie medycyny paliatywnej nie zabezpieczają rzeczywistych potrzeb w zakresie opieki ambulatoryjnej. W Polsce niskie finansowanie oraz brak zróżnicowania w finansowaniu pomiędzy poradą w poradni a wizytą w domu chorego w ramach poradni są barierami w rozwoju tej formy opieki. Wartością oczekiwaną byłaby jedna poradnia medycyny paliatywnej w powiecie oraz odpowiednio większa liczba w dużych miastach [15, 16].

Dodatkową barierą w rozwoju opieki ambulatoryjnej jest stereotyp społeczny ograniczający opiekę paliatywną do opieki końca życia oraz niewystarczająca wiedza w środowisku onkologicznym dotycząca wczesnego kierowania do opieki paliatywnej równoległe z leczeniem onkologicznym. Obecnie

większość pacjentów do opieki paliatywnej kierowanych jest po zakończonym leczeniu onkologicznym na etapie znacznego zaawansowania choroby, w stanie, który nie pozwala już na swobodne przemieszczanie. Przeważająca grupa pacjentów kierowanych do opieki paliatywnej wymaga więc opieki domowej lub stacjonarnej.

Ambulatoryjna opieka paliatywna w Polsce wymaga zmian organizacyjnych oraz zmian sposobu finansowania. Zespół ds. standardów Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej proponuje przekształcenie poradni medycyny paliatywnej w Poradnię Medycyny Paliatywnej i Leczenia Wspomagającego (PMP). Taki model organizacyjny został zaproponowany przez Zespół Ministerstwa Zdrowia ds. medycyny paliatywnej w 2012 r. Nie podjęto jednak wówczas działań dotyczących zmian organizacyjnych [17].

PORADNIA MEDYCYN PALIATYWNEJ I LECZENIA WSPOMAGAJĄCEGO – ORGANIZACJA

Poradnia Medycyny Paliatywnej i Leczenia Wspomagającego powinna zapewniać opiekę paliatywną w warunkach ambulatoryjnych od poniedziałku do piątku w wybranych godzinach przyjęć. Czas pracy poradni powinien być zależny od zapotrzebowania (liczby zakontraktowanych świadczeń), minimum 2 razy w tygodniu. Poradnie w ośrodkach onkologicznych powinny funkcjonować codziennie w dni robocze.

Ta forma opieki specjalistycznej dedykowana jest chorym, którzy mogą przybyć do poradni, a w wybranych sytuacjach pacjentom, którzy pozostają w domach, jednak nie wymagają paliatywnej opieki domowej.

W PMP realizowany powinien być model wczesnej opieki paliatywnej zintegrowanej z innymi dziedzinami medycyny (np. onkologia, pulmonologia, kardiologia czy neurologia). Umożliwiłoby to chorym kontynuację leczenia przyczynowego przy jednoczesnym zapewnieniu specjalistycznego leczenia objawowego.

W uzasadnionych przypadkach wizyta w PMP mogłaby być zrealizowana w warunkach domowych. Jeżeli stan kliniczny chorych objętych opieką PMP wraz z postępem choroby będzie ulegać pogorszeniu, pacjent będzie wymagał kontynuacji leczenia i skierowania do specjalistycznej domowej lub stacjonarnej opieki paliatywnej.

Poradnia powinna udzielać pomocy w zakresie leczenia bólu i innych objawów somatycznych oraz wsparcia psychologicznego osobom chorym, których stan zdrowia pozwala na przybycie na wizytę do poradni, a które nie są objęte opieką domową.

Poradnia obejmowałaby opieką osoby:

- w trakcie leczenia modyfikującego przebieg choroby,
- niezakwalifikowane do leczenia przyczynowego (np. z powodu zaawansowania choroby, podeszłego wieku),
- po zakończonym leczeniu przyczynowym, z niepomyślnym rokowaniem,
- po skutecznym leczeniu przyczynowym, bez aktywnych cech nowotworu, z dolegliwościami będącymi następstwem choroby nowotworowej lub jej leczenia.

ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ

Poradnia Medycyny Paliatywnej i Leczenia Wspomagającego powinna zapewniać:

- porady i konsultacje lekarskie (również w formie teleporad w uzasadnionych przypadkach),
- świadczenia pielęgniarские (również w formie teleporad w uzasadnionych przypadkach),
- porady psychologa (również w formie teleporad/wideoporad w uzasadnionych przypadkach),
- wizyty domowe lekarza,
- wizyty domowe pielęgniarki,
- wizyty domowe psychologa,
- porady lub wizyty interwencyjne poza zaplanowanymi godzinami pracy poradni w przypadku nagłych potrzeb pacjenta, o ile pozwalają na to warunki organizacyjne,
- wykonanie badań diagnostycznych laboratoryjnych oraz obrazowych niezbędnych w procesie leczenia objawowego lub wspomagającego,
- kierowanie do innych podmiotów leczniczych – w tym szpital, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja, specjalistyczna opieka paliatywna domowa lub stacjonarna.

Komentarz

1. Teleporada/wideoporada powinna stanowić narzędzie uzupełniające w codziennej praktyce klinicznej w sytuacjach, które nie wymagają bezpośredniego kontaktu z chorym (np. udzielenie porady, wyjaśnienia zaleceń, wątpliwości czy kontynuacji leczenia/wygenerowania e-recepty, dodatkowego wsparcia psychologicznego).
2. W systemie rozliczeniowym NFZ powinna być możliwość rozliczenia porady lub wizyty interwencyjnej zrealizowanej poza harmonogramem, jeśli wystąpi taka potrzeba a warunki organizacyjne poradni pozwolą na jej realizację.

WARUNKI REALIZACJI WIZYT DOMOWYCH

W uzasadnionych przypadkach wizyta w PMP może być zrealizowana w warunkach domowych.

Wizyty domowe przeznaczone powinny być dla pacjentów, którzy nie mogą przybyć do poradni, jednak nie wymagają opieki domowej. Dotyczy to chorych w stanie stabilnym z ograniczoną możliwością poruszania się, np. chorzy z osłabieniem, ze złamaniami patologicznymi lub inną niepełnosprawnością.

Wizyty domowe może realizować w zależności od potrzeb każdy z członków zespołu zatrudniony w poradni: lekarz, pielęgniarka, psycholog.

Komentarz

1. W opinii Zespołu ta forma świadczenia wymaga niezależnej wyceny uwzględniającej wszystkie składowe ponoszonych w czasie wizyty kosztów. Planując wycenę wizyty domowej, należy uwzględnić: czas wizyty, czas dojazdu, koszt paliwa, koszty eksploatacji samochodu, koszty leków zastosowanych doraźnie, koszty godziny pracy członka zespołu realizującego wizytę (lekarza, pielęgniarki, psychologa).
2. W przypadku PMP funkcjonujących w podmiocie leczniczym posiadającym zespół opieki domowej realizacja wizyt domowych nie powinna stanowić problemu, jednak w poradniach szpitalnych realizacja wizyt domowych może stanowić problem organizacyjny z powodu ograniczonych zasobów osobowych oraz sposobu zatrudniania pracowników. W związku z powyższym wizyty w domu pacjenta powinny być kontraktowane niezależnie od porad lub należy zapewnić elastyczność w zakresie rodzaju realizowanego świadczenia adekwatnie do możliwości podmiotu leczniczego.

SKIEROWANIA DO PORADNI MEDYCYNY PALIATYWNEJ I LECZENIA WSPOMAGAJĄCEGO

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego do poradni może skierować każdego pacjenta, który wymaga leczenia objawowego lub wspomagającego niezależnie od rozpoznania i stopnia zaawansowania. Lekarz poradni w zależności od potrzeb może zakwalifikować pacjenta do specjalistycznej opieki paliatywnej lub udzielić konsultacji i z zaleceniami odesłać pacjenta pod opiekę do lekarza kierującego, lekarza pierwszego kontaktu lub innego specjalisty.

Do PMP pacjent z rozpoznany nowotworem złośliwym może być przyjęty bez skierowania w wyznaczonym terminie po uprzedniej rejestracji, jeśli pacjent odczuwa potrzebę skorzystania z tej formy opieki.

Komentarz

Obecnie konieczne jest skierowanie do poradni medycyny paliatywnej dla wszystkich pacjentów.

PERSONEL PORADNI MEDYCyny PALIATYWNEJ I LECZENIA WSPOMAGAJĄCEGO

W skład zespołu wchodzi członkowie zespołu interdyscyplinarnego: lekarz, pielęgniarka i psycholog. Kierownikiem PMP jest lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej.

W PMP powinien być zatrudniony lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Pielęgniarka zatrudniona w PMP powinna posiadać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo być w trakcie tej specjalizacji, lub ukończyć kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej.

Psycholog powinien być specjalistą psychologii klinicznej, ale zatrudnienie bez specjalizacji też jest dopuszczalne.

System organizacji poradni powinien umożliwić udzielenie świadczenia poza godzinami pracy w dni robocze, a w szczególności wizyty u pacjenta w stanie nagłym (np. silny nieopanowany ból, toksyczne działanie leków), o ile pozwalają na to warunki organizacyjne.

Komentarz

Zespół ds. standardów PTMP uważa, że sztywne określenie czasu trwania wizyty utrudniłoby płynność pracy w poradni. Im sztywniejsze ramy pracy, tym system będzie mniej elastyczny i tym trudniej dostosować go do potrzeb pacjenta w danej chwili, zatem będzie mniej przychylny dla obu stron (pacjent – pracownik ochrony zdrowia/profesjonalista). Obecny system godzinowy jest wystarczający do zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń. Przy większym zapotrzebowaniu można wydłużyć czas pracy poradni (personel zatrudniony jest na części etatu wynikające z czasu pracy poradni) oraz równie elastycznie zwiększyć kontrakt z płatnikiem.

FIZJOTERAPEUTA W PORADNI MEDYCyny PALIATYWNEJ I LECZENIA WSPOMAGAJĄCEGO

W ocenie Zespołu ds. standardów PTMP świadczenia fizjoterapeuty w poradni medycyny paliatywnej nie są niezbędne. Chorzy objęci opieką ambulatoryjną mogą korzystać z zabiegów fizjoterapeutycznych w ramach systemu ochrony zdrowia w podmiotach dedykowanych do tego typu świadczeń, posiadających odpowiedni zespół oraz urządzenia, co daje możliwość dostępu do większej

różnorodności zabiegów. Alternatywnie u pacjentów w gorszym stanie ogólnym lub z ograniczoną mobilnością wymagających zabiegów fizjoterapeutycznych możliwe jest objęcie opieką domową w ramach zespołu domowej opieki paliatywnej.

Komentarz

Obecnie płatnik ogranicza liczbę świadczeń dla pacjenta w ramach PMP do dwóch w tygodniu, co wyklucza możliwość regularnego wykonywania zabiegów/świadczeń. Fizjoterapeuta potrzebuje osobne pomieszczenie – gabinet, w którym mógłby wykonywać zabiegi.

PORADNIA MEDYCyny PALIATYWNEJ I LECZENIA WSPOMAGAJĄCEGO A STRUKTURY ORGANIZACYJNE OPIEKI PALIATYWNEJ

Wskazane jest, aby PMP znajdowała się w strukturze jednostki posiadającej specjalistyczną opiekę paliatywną domową lub stacjonarną, szpitala wielospecjalistycznego lub poradni wielospecjalistycznej, szpitala (ośrodka) onkologicznego.

WARUNKI LOKALOWE PORADNI MEDYCyny PALIATYWNEJ

Poradnia Medycyny Paliatywnej i Leczenia Wspomagającego powinna spełniać szczegółowe wymogi podobnie jak inne podmioty wykonujące działalność leczniczą w zakresie świadczeń ambulatoryjnych [18].

Komentarz

W niewielkich podmiotach wystarczy może jeden gabinet lekarski, w którym członkowie zespołu pracującego w poradni będą pracować na przemienne. W podmiotach większych potrzebny jest dodatkowy gabinet dla psychologa oraz gabinet zabiegowy, w którym wykonuje się np. zmiany opatrunków czy wlewy bisfosfonianów.

PROCEDURY WYKONYWANE W RAMACH PORADNI MEDYCyny PALIATYWNEJ I LECZENIA WSPOMAGAJĄCEGO

Procedury wykonywane w ramach PMP można podzielić na diagnostyczne, terapeutyczne oraz procedury wsparcia psychologicznego (tab. 1).

Tabela 1. Procedury wykonywane w poradni medycyny paliatywnej

Procedury diagnostyczne	Procedury terapeutyczne	Wsparcie psychologiczne
<ul style="list-style-type: none"> • Badanie podmiotowe • Badanie przedmiotowe • Pomiar masy ciała, ciepłoty ciała, ciśnienia tętniczego krwi, częstości oddechów, wysycenia hemoglobiny tlenem • Ocena ogólnego stanu pacjenta • Ocena stopnia odżywienia • Ocena natężenia bólu i innych objawów • Ocena jakości życia • Ocena ryzyka rozwoju odleżyn • Pobranie krwi żyłnej lub włośniczkowej do badań laboratoryjnych • Pomiar glikemii za pomocą glukometru • Pobranie wymazu i wydzieliny • Pobranie moczu do badania • Kierowanie na badania laboratoryjne • Kierowanie na badania obrazowe 	<ul style="list-style-type: none"> • Leczenie farmakologiczne bólu • Leczenie innych objawów somatycznych występujących u pacjenta. • Edukacja chorego/opiekunów w zakresie podawanie leków drogą doustną, przeskórną, podjęzykową, donosową, wziewną i doodbytniczą – stosowanych w procesie leczniczym, • Poradnictwo żywieniowe • Przygotowanie i podawanie leków w sytuacji wymagającej nagłej interwencji lub przy stałych zleceniach, np. leki przeciwbólowe, przeciwwymiotne, wlewy bifosfonianów, wlewy nawadniające, uzupełniające niedobory elektrolitów • Obsługa i pielęgnacja portów naczyniowych • Znieczulenie miejscowe skóry przy zastosowaniu kremu • Toaleta i wymiana rurki tracheotomijnej • Zakładanie zgłębnika do żołądka • Pielęgnacja i leczenie zachowawcze zmian przy gastrostomii/jejunostomii, szkolenie chorego/opiekunów w zakresie prawidłowego korzystania z w/w dostępów • Wykonanie wlewu doodbytniczego • Wykonanie ręcznego wydobycia stolca • Cewnikowanie i płukanie pęcherza moczowego • Leczenie odleżyn i owrzodzeń nowotworowych, edukacja chorego/opiekunów w zakresie profilaktyki odleżyn i zmian opatrunków 	<p>Wsparcie psychologiczne – obejmuje opiekę nad pacjentami i ich bliskimi (członkami rodzin opiekunami faktycznymi) w formie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • porad psychologicznych • terapii indywidualnych i grupowych • psychoterapii w zależności od potrzeb chorego i jego rodziny/opiekunów

Komentarz

W ramach Poradni Medycyny Paliatywnej i Leczenia Wspomagającego powinno być możliwe kierowanie na wszystkie badania diagnostyczne laboratoryjne i obrazowe analogicznie do poradni specjalistycznych (co należy uwzględnić w finansowaniu).

Poradnictwo i edukacja mogą być prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę i psychologa.

W poradni mogą odbywać się także konsultacje pacjentów przebywających na różnych oddziałach.

Komentarz

Aby PMP mogła otaczać efektywną opieką pacjentów na różnych etapach choroby, zatrudnieni w niej specjaliści powinni mieć dostęp do pakietu niezbędnych badań diagnostycznych i procedur terapeutycznych. Oznacza to konieczność finansowania ich przez płatnika.

WSPARCIE SOCJALNE I OPIEKA PSYCHOLOGICZNA NAD OSIEROCONYMI

Zgodnie z definicją opieki paliatywnej wsparcie socjalne dla chorych (często też rodzin) jest jednym z elementów składowych opieki paliatywnej. W obecnym systemie ustawodawczym w Polsce występuje rozdzielenie opieki zdrowotnej oraz opieki społecznej, co regulują odpowiednie ustawy [19].

Zgodnie z art. 2 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: *pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie, na zasadzie partnerstwa, z organizacjami*

społecznymi i pozarządowymi, Kościołem Katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi. W przypadku jednostek opieki paliatywnej, których organami założycielskimi są organizacje kościelne lub pozarządowe możliwe jest także zorganizowanie wsparcia socjalnego, jednak wymiar oraz sposób organizacji wsparcia ze strony organizacji nie został wystandaryzowany. W ramach opieki ambulatoryjnej personel medyczny powinien wskazać miejsca czy instytucje, w których pacjent lub jego opiekunowie mogą uzyskać świadczenia socjalne.

W chwili obecnej wsparcie psychologiczne osób osieroconych nie jest przedmiotem umowy z płatnikiem. Powoduje to brak możliwości rozliczenia świadczeń nad osieroconymi (osobami dorosłymi, jak i dziećmi). W naszej ocenie wsparcie psychologiczne dla rodzin i osieroconych do 12 miesięcy od zgonu chorego powinno odbywać się w ramach ambulatoryjnej opieki paliatywnej.

PODSUMOWANIE

Ambulatoryjna opieka paliatywna to forma opieki paliatywnej przeznaczona dla wszystkich grup pacjentów. Największe korzyści z wczesnego włączenia do tej formy opieki paliatywnej mogą czerpać pacjenci z rozpoznaniem nowotworu.

Zespół ds. standardów Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej proponuje innowacyjny model ambulatoryjnej opieki paliatywnej pod postacią PMP. Skuteczne zapewnienie zintegrowanej opieki paliatywnej wymaga włączenia do opieki paliatywnej pacjenta z zaawansowanym nowotworem w czasie, gdy jest on jeszcze pod opieką onkologiczną i jest niezależny funkcjonalnie. Opieka wspomagająca jest postrzegana jako niezbędny element opieki onkologicznej. Wśród onkologów istnieją jednak znaczne różnice w zakresie świadczenia opieki wspomagającej i kierowania do opieki paliatywnej. Coraz większe zróżnicowanie terapeutyczne w onkologii powoduje, że coraz trudniejsze staje się kompleksowe zaspokojenie potrzeb w zakresie opieki wspierającej. Zdaniem Zespołu ds. standardów Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej efektywny zespół opieki paliatywnej powinien odgrywać rolę odrębną, ale jednocześnie uzupełniającą i współpracującą z zespołem onkologicznym w ramach opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową na każdym etapie leczenia. Poziom zaangażowania poszczególnych dziedzin będzie zmieniał się w czasie. U pacjentów z niepomyślnym rokowaniem stopniowo opiekę będą przejmowali specjaliści medycyny paliatywnej. Analogiczny system powinien obowiązywać w zakresie współpracy z innymi specjalistami.

Do opieki ambulatoryjnej powinni być także kierowani pacjenci objęci wcześniej domową opieką paliatywną, jeśli ich stan ulegnie poprawie lub stabilizacji, a zapotrzebowanie ich będzie dotyczyło tylko jednego z członków zespołu interdyscyplinarnego.

Zespół ds. standardów Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej uważa, że ambulatoryjna opieka paliatywna może być też odpowiedzią na rosnące zapotrzebowanie w zakresie opieki paliatywnej wśród populacji pacjentów ze schorzeniami nienowotworowymi, którzy obecnie nie spełniają kryteriów kwalifikacji do opieki zgodnie obowiązującym załącznikiem do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Naszym zdaniem z konsultacji w poradni medycyny paliatywnej i leczenia wspomagającego może skorzystać każdy pacjent (niezależnie do rozpoznania), jeśli otrzyma skierowanie od lekarza prowadzącego lub lekarza rodzinnego. Ograniczenie zasobów zarówno osobowych, jak i finansowych skłania nas do tworzenia modeli opieki, w których będzie spersonalizowane podejście do obejmowania stałą opieką pacjentów z wyższymi bieżącymi lub przewidywanymi potrzebami w zakresie opieki paliatywnej. Pacjenci ze schorzeniami z zakresu chorób serca, płuc czy nerek pozostający w trakcie terapii kontrolujących przebieg choroby po uzyskaniu konsultacji w zakresie leczenia objawowego powinni pozostawać pod opieką swoich specjalistów lub lekarzy rodzinnych. W sytuacji zmieniających się potrzeb możliwe będą ponowne konsultacje.

Powyższy dokument nie jest aktem prawnym, jest opracowaniem naukowym, w którym zawarto stanowisko a zarazem propozycję ekspertów Zespołu ds. standardów Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. Kolejnym etapem naszych działań będzie poddanie dokumentu konsultacjom w gronie ekspertów oraz pracowników ambulatoryjnej opieki paliatywnej.

PODZIĘKOWANIE

Autorzy artykułu składają podziękowania pozostałym członkom Zespołu ds. standardów Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej: dr n. med. Iwonię Filipczak-Bryniarskiej, dr. hab. n. med. Tomaszowi Dzierżanowskiemu, dr n. med. Elwirze Góraj, dr. n. med. Marcinowi Janeckiemu, dr. Arturowi Pakoszowi oraz innym osobom, które brały udział w konsultacjach.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, Bruera E. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: team-based, timely, and targeted palliative care. *CA Cancer J Clin* 2018; 680: 356-376.
2. Dzierżanowski T. Definitions of palliative care – narrative review and new proposal. *Med Paliat* 2021; 13: 187-200.
3. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Geneva, Switzerland. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (dostęp: 25.04.2018).
4. Levy MH, Smith T, Alvarez-Perez A i wsp. NCCN clinical practice guidelines in oncology. Palliative Care. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx (dostęp: 19.04.2017).
5. American Cancer Society. A Guide to Palliative or Supportive Care. Atlanta, GA: American Cancer Society. <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/palliative-care/supportive-care-guide.html>.
6. Kaasa Stein Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol* 2018; 1911: e588-E653.
7. Yoong J, Park ER, Greer JA i wsp. Early palliative care in advanced lung cancer: a qualitative study. *JAMA Intern Med* 2013; 173: 283-290.
8. Lebrecht WG, Roeland E, Bruggeman A, Yeung H, Murphy J. Economic impact of palliative care among elderly cancer patients. *J Clin Oncol* 2017; 35: 91.
9. May P, Normand C, Cassel JB i wsp. Economics of palliative care for hospitalized adults with serious illness: a meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2018; 178: 820-829.
10. Finlay E, Rabow MW, Buss MK. Filling the gap: creating an outpatient palliative care program in your institution. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* 2018; 38: 111-121.
11. Radbruch L, Payne S. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 2. *Eur J Palliat Care* 2010; 17: 22-33.
12. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna>.
13. Rosted E, Aabom B, Hølge-Hazelton B i wsp. Comparing two models of outpatient specialised palliative care. *BMC Palliat Care* 2021; 20: 33.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29.10.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Dz.U.2013 poz.1347; tekst jednolity, Dz.U.2022 poz. 262 z dnia 03.02.2022 r.
15. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. An appraisal of the situation of the palliative care in Poland in 2016. *Med Paliat* 2018; 10: 24-29.
16. Ciałkowska-Rysz A. An appraisal of the situation of palliative care in Poland in 2018. *Med Paliat* 2019; 11: 163-169.
17. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T, Łuczak J i wsp. Summary of works of the expert task force on palliative and hospice care (August 2011 – June 2012). *Med Paliat* 2014; 6: 177-189.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (załącznik nr 2 dotyczący ambulatorium).
19. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Dz.U. z 2021 r. poz. 2268, 2270, z 2022 r. poz. 1, 66, 1079.