



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Oceny Technologii Medycznych

**Zmiana technologii medycznej w zakresie definicji
opieki paliatywnej i hospicyjnej
oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji
do opieki paliatywnej i hospicyjnej**

Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej

Nr: WS.431.3.2018

Data ukończenia: 13.03.2019

KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone **kolorem czerwonym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

Zakres wyłączenia jawności: dane osobowe.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust.1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016, poz. 1764 z późn. zm. w zw. z art. 1 ust. 1 oraz art. 23 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016. poz. 922 z późn. zm.).

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: osoba fizyczna.

Wykaz wybranych skrótów

ADEM	(ang. <i>Acute disseminated encephalomyelitis</i>), Ostre rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia
Agencja / AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
AIDS	(ang. <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>), zespół nabytego niedoboru odporności
AIHW	ang. <i>Australian Government Department of Health</i>
AKI	(ang. <i>acute kidney injury</i>), ostre uszkodzenie nerek
ALI	(ang. <i>acute lung injury</i>), ostre uszkodzenie płuc
ALS	(ang. <i>amyotrophic lateral sclerosis</i>), stwardnienie zanikowe boczne
Ankieta BEACH	ang. <i>Bettering the Evaluation and Care of Health</i>
APD	Analiza problemu decyzyjnego
ARDS	(ang. <i>acute respiratory distress syndrome</i>), zespół ostrej niewydolności oddychania
BiPAP	(ang. <i>bilevel positive airway pressure</i>), wentylacja dwufazowym ciśnieniem dodatnim
BMI	(ang. <i>body mass index</i>), wskaźnik masy ciała
CANH	(ang. <i>clinically assisted nutrition and hydration</i>), klinicznie wspomagane odżywianie i nawadnianie
CPAP	(ang. <i>continuous positive airway pressure</i>), wentylacja ze stałe dodatnim ciśnieniem w drogach oddechowych
CRT	(ang. <i>capillary refill time</i>), czas powrotu włośniczkowego
DIC	(ang. <i>disseminated intravascular coagulation</i>), zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego
DLT	Domowe leczenie tlenem
DOPP	Dolny odcinek przewodu pokarmowego
DPS	Dom Pomocy Społecznej
DRG	ang. <i>diagnosis-related groups</i>
DVT	(ang. <i>deep vein thrombosis</i>), zakrzepica żył głębokich,
EAPC	(ang. <i>European Association for Palliative Care</i>), Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej
ECLA	ang. <i>extracorporeal lung assist</i>
ECMO	ang. (<i>extracorporeal membrane oxygenation</i>), pozaustrojowe wspomaganie oddychania
ECOG	ang. <i>Eastern Cooperative Oncology Group</i>
ERS	(ang. <i>European Respiratory Society</i>), Europejskie Towarzystwo Oddechowe
ESPEN	(ang. <i>European Society for Clinical Nutrition and Metabolism</i>), Europejskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego i Metabolizmu
EW	Encefalopatia wątrobowa
FFS	(ang. <i>fee-for-service</i>), opłata za usługę
GFR	(ang. <i>glomerular filtration rate</i>), wskaźnik przesączania kłębuszkowego
GOPP	Górny odcinek przewodu pokarmowego
GPs	(ang. <i>general practitioner</i>), lekarz ogólny, podstawowej opieki zdrowotnej
GUS	Główny Urząd Statystyczny
Hb	Hemoglobina
HF	(ang. <i>heart failure</i>), niewydolność serca
HFmrEF	(ang. <i>heart failure with midrange ejection fraction</i>), niewydolność serca z pośrednią frakcją wyrzutową
HF-PEF	(ang. <i>heart failure with preserved ejection fraction</i>), niewydolność serca z zachowaną frakcją wyrzutową
HF-REF	(ang. <i>heart failure with reduced ejection fraction</i>), niewydolność serca ze zmniejszoną frakcją wyrzutową

HIV	(ang. <i>human immunodeficiency virus</i>), ludzki wirus niedoboru odporności
HITH	ang. <i>hospital-in-the-home</i>
HLY	(ang. <i>health life years</i>), lata przeżyte w zdrowiu
HPS	(ang. <i>hepatopulmonary syndrome</i>), zespół wątrobowo-płucny
HRS	(ang. <i>hepatorenal syndrome</i>), zespół wątrobowo-nerkowy
IAHPC	(ang. <i>International Association for Hospice and Palliative Care</i>), Międzynarodowe Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej
ICD-10	(ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision</i>), Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
IDSA	(ang. <i>Infectious Diseases Society of America</i>), Amerykańskie Towarzystwo Chorób Zakaźnych
IWM	Inwazyjna wentylacja mechaniczna
KKGz	Koncentrat krwinek czerwonych
KKP	Koncentrat krwinek płytkowych
KPZ	Karta Problemu Zdrowotnego
LVEF	(ang. <i>left ventricular ejection fraction</i>), frakcja wyrzutowa serca
MBS	ang. <i>Medicare Benefits Schedule</i>
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NHPCO	ang. <i>National Hospice and Palliative Care Organization</i>
NHS	(ang. <i>National Health Service</i>), Narodowa Służba Zdrowia w Wielkiej Brytanii
NICE	ang. <i>The National Institute for Health and Care Excellence</i>
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
NIPPV	(ang. <i>non-invasive positive pressure ventilation</i>), nieinwazyjna wentylacja mechaniczna dodatnim ciśnieniem
NIV	(ang. <i>non-invasive ventilation</i>), nieinwazyjna wentylacja mechaniczna
NLPZ	Niesteroidowe leki przeciwzapalne
NMO	(ang. <i>neuromyelitis optica</i>), choroba Devica
NSA	Naczelny Sąd Administracyjny
NSAP	ang. <i>The National Standards Assessment Program</i>
NWM	Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna
NYHA	(ang. <i>New York Heart Association</i>), Nowojorskie Towarzystwo Kardiologiczne
mc.	Masa ciała
OECD	(ang. <i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>), Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
ONS	Ostra niewydolność serca
OOP	ang. <i>out-of-pocket</i>
OPH	Opieka paliatywna i hospicyjna
OUN	Ośrodkowy układ nerwowy
OZT	Ostre zapalenie trzustki
OZW	Ostry zespół wieńcowy
PaCO₂	Ciśnienie parcjalne dwutlenku węgla
PaO₂	Ciśnienie parcjalne tlenu
PBC	(ang. <i>primary biliary cholangitis</i>), pierwotne zapalenie dróg żółciowych
PCA	ang. <i>Palliative Care Australia</i>

PCOC	ang. <i>The Australian Palliative Care Outcomes Collaboration</i>
PCT	ang. <i>NHS Primary care trusts</i>
PEPA	ang. <i>The Program of Experience in the Palliative Approach</i>
PKB	(ang. <i>gross domestic product</i>), produkt krajowy brutto
PNS	Przewlekła niewydolność serca
POChP	Przewlekła obturacyjna choroba płuc
POS	(ang. <i>Palliative Outcome Scale</i>), Skala Rezultatów w Opiece Paliatywnej
POZ	Podstawowa opieka zdrowotna
PZT	Przewlekłe zapalenie trzustki
SBP	(ang. <i>spontaneous bacterial peritonitis</i>), samoistne bakteryjne zapalenie otrzewnej
SGA	(ang. <i>Subjective Global Assessment</i>), Subiektywna Globalna Ocena Stanu Odżywienia
Skala CBO	Skala <i>Dutch Consensus Prevention of Bedsores</i>
Skala GDS	(ang. <i>Global Deterioration State</i>), skala Oceny Stanu Ogólnego Pogorszenia
Skala mMRC	(ang. <i>modified Medical Research Council</i>), zmodyfikowana skala nasilenia duszności
Skala NRS	(ang. <i>Nutritional Risk Score</i>), skala numeryczna
Skala POS	ang. <i>The Palliative care Outcome Scale</i>
Skala VAS	(ang. <i>Visual Analogue Scale</i>), skala wzrokowo-analogowa
Skala VRS	(ang. <i>Verbal Rating Scale</i>), skala słowna
SLA	(łac. <i>sclerosis lateralis amyotrophica</i>), stwardnienie zanikowe boczne
SM	(łac. <i>sclerosis multiplex</i>), stwardnienie rozsiane
SMA	(ang. <i>spinal muscle atrophy</i>), rdzeniowy zanik mięśni
STAS	ang. <i>Support Team Assessment Schedule</i>
SZW	Szpitalny zespół wspierający
RZS	reumatoidalne zapalenie stawów
Technologia	technologia medyczna w rozumieniu art. 5 pkt 42 b ustawy o świadczeniach lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny w rozumieniu art. 2 pkt 21 i 28 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 z późn. zm.)
UE	Unia Europejska
UKKCz	Ubogoleukocytarny koncentrat krwinek czerwonych
Ustawa o świadczeniach	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.)
VTE	(ang. <i>venous thromboembolism</i>), żylna choroba zakrzepowo-zatorowa
WHO	(ang. <i>World Health Organization</i>), Światowa Organizacja Zdrowia
WZW	(łac. <i>hepatitis viralis</i>), wirusowe zapalenie wątroby
ZOL	Zakład opiekuńczo-leczniczy
ZPO	Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy
ZURK	Zespół ucisku rdzenia kręgowego
ZŻGG	Zespół żyły głównej górnej
ŻD	Żywienie dojelitowe
ŻP	Żywienie pozajelitowe

Spis treści

Wykaz wybranych skrótów	3
Spis treści	6
1. Podstawowe informacje o zleceniu	9
2. Podsumowanie	10
3. Przedmiot i historia zlecenia	13
4. Analiza problemu decyzyjnego	15
4.1. Definicja świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.....	15
4.1.1. Liczba pacjentów w opiece paliatywnej i hospicyjnej	19
4.2. Przegląd objawów i zespołów chorobowych wraz z metodami terapeutycznymi	21
4.2.1. Choroby układu oddechowego	21
4.2.1.1. Duszność (ICD-10: R06.0).....	21
4.2.1.2. Niewydolność oddechowa (ICD-10: J96).....	22
4.2.1.3. Kaszel (ICD-10: R05).....	26
4.2.2. Choroby układu krążenia	27
4.2.2.1. Niewydolność serca (ICD-10: I50)	27
4.2.2.2. Zaburzenia zakrzepowo-zatorowe (ICD-10: I80.2).....	30
4.2.3. Choroby nerek	31
4.2.3.1. Niewydolność nerek (ICD-10: N17–N19).....	31
4.2.3.2. Nefropatia zaporowa.....	33
4.2.3.3. Nietrzymanie moczu (ICD-10: R32).....	34
4.2.4. Choroby wątroby i trzustki	34
4.2.4.1. Ostra niewydolność wątroby (ICD-10: K72.0)	34
4.2.4.2. Przewlekła niewydolność wątroby (ICD-10: K72.1).....	35
4.2.4.3. Przewlekłe zapalenie trzustki (ICD-10: K86.0, K86.1).....	38
4.2.5. Choroby układu pokarmowego	39
4.2.5.1. Niedożywienie (ICD-10: E40–E46)	39
4.2.5.2. Kacheksja (ICD-10: R64).....	39
4.2.5.3. Krwawienia z przewodu pokarmowego(ICD-10: K92.0–K92.2)	41
4.2.5.4. Zaburzenia połykania.....	43
4.2.5.5. Niedrożność przewodu pokarmowego.....	43
4.2.5.6. Nudności i wymioty (ICD-10: R11).....	46
4.2.5.7. Czkawka (ICD-10: R06.6).....	47
4.2.5.8. Zaparcia (ICD-10: K59.0).....	48
4.2.5.9. Biegunka (ICD-10: A09).....	49
4.2.5.10. Nietrzymanie stolca (ICD-10: R15).....	50
4.2.6. Zaburzenia wodno-elektrolitowe	50
4.2.6.1. Przewodnienie (ICD-10: E87.7)	50
4.2.6.2. Odwodnienie i zaburzenia gospodarki elektrolitowej (ICD-10: E86)	51

4.2.6.3.	Grożne dla życia zaburzenia metaboliczne lub wodno-elektrolitowe (ICD-10: E87-E88)	52
4.2.7.	Zaburzenia krwi.....	53
4.2.7.1.	Niedokrwistość (ICD-10: D50–D64).....	53
4.2.7.2.	Neutropenia (ICD-10: D70)	56
4.2.7.3.	Małopłytkowość (ICD-10: D69.6)	57
4.2.8.	Zaburzenia psychiatryczne	58
4.2.8.1.	Zaburzenia lękowo-depresyjne (ICD-10: F41, F32, F33)	58
4.2.8.2.	Hiperaktywny stan majaczeniowy (ICD-10: F05).....	60
4.2.9.	Zaburzenia neurologiczne	60
4.2.9.1.	Zaburzenia czucia (ICD-10: R20)	60
4.2.9.2.	Zaburzenia funkcji poznawczych	61
4.2.9.3.	Otępienie (ICD-10: F00–F03)	62
4.2.9.4.	Otępienie mieszane i naczyniopochodne	63
4.2.9.5.	Przykłady zespołów typowych dla wybranych chorób neurologicznych	63
4.2.9.6.	Śpiączka (ICD-10: R40.2)	65
4.2.9.7.	Świad (ICD-10: L29)	65
4.2.9.8.	Ból (ICD-10: R52)	66
4.2.9.9.	Stan drgawkowy (ICD-10: G40).....	68
4.2.9.10.	Zespół ucisku rdzenia kręgowego (ICD-10: M47.1)	69
4.2.9.11.	Zespół wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego	69
4.2.10.	Zaburzenia układu mięśniowo-ruchowego	70
4.2.10.1.	Niedowład	70
4.2.10.2.	Spastyczność.....	70
4.2.10.3.	Unieruchomienia	71
4.2.10.4.	Złamania patologiczne kości (ICD-10: M84.4).....	71
4.2.10.5.	Dystrofia mięśniowa Duchenne’a (ICD-10: G71.0).....	72
4.2.10.6.	Rdzeniowy zanik mięśni (ICD-10: G12.9).....	72
4.2.10.7.	Zespół Guillaina-Barrego (ICD-10: G61.0)	72
4.2.10.8.	Choroby reumatyczne.....	72
4.2.11.	Inne problemy	72
4.2.11.1.	Działania uboczne leków stosowanych w celu łagodzenia objawów	72
4.2.11.2.	Zespół żyły głównej górnej (ICD-10: I87.1).....	75
4.2.11.3.	Odleżyny (ICD-10: L89)	75
4.2.11.4.	Owrzodzenia nowotworowe	77
4.2.11.5.	Płyn w jamach ciała	77
4.2.11.6.	Obrzęki uogólnione (ICD-10: R22, R60).....	78
4.2.11.7.	Obrzęk limfatyczny (ICD-10: I89.0).....	78
4.2.11.8.	Zespół niewydolności wielonarządowej	78
4.2.11.9.	Sedacja paliatywna	78

4.3.	Uwagi analityków.....	79
4.4.	Karta kwalifikacji.....	79
4.4.1.	Analiza innych rozwiązań	80
4.4.2.	Uwagi analityków	88
4.5.	Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia.....	89
4.5.1.	Uwagi analityków	89
5.	Aktualna sytuacja w Polsce	90
5.1.	Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.....	90
5.2.	Świadczenia gwarantowane spoza zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej	91
5.3.	Inne formy opieki	95
5.4.	Uwagi analityków.....	105
6.	Przykłady rozwiązań organizacyjnych w innych krajach	106
6.1.	Australia	106
6.2.	Zjednoczone Królestwo	109
6.2.1.	Anglia	110
6.3.	Szwecja	111
6.4.	Kanada	112
6.5.	Nowa Zelandia	113
6.6.	Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej	116
6.7.	Podsumowanie	117
7.	Opinie ekspertów.....	118
7.1.	Inne problemy.....	125
8.	Uwagi analityków.....	137
8.1.	Możliwości zmian organizacyjnych	139
9.	Piśmiennictwo	144
10.	Załączniki.....	150

1. Podstawowe informacje o zleceniu

Data wpłynięcia zlecenia do AOTMiT (DD-MM-RRRR) i znak pisma zlecającego:

08.05.2018, MZ-ASG.4085.22.2018.IJ

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego):

Ocena zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Typ zlecenia:

- zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31 c ustawy o świadczeniach)
- usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31 e-f ustawy o świadczeniach)
- zmiany technologii medycznej (art. 31 e-h ustawy o świadczeniach)
- realizacja innych zadań zleconych przez Ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31 n pkt 5 ustawy o świadczeniach)

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu:

- podstawowej opieki zdrowotnej
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- leczenia szpitalnego
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- rehabilitacji leczniczej
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- leczenia stomatologicznego
- lecznictwa uzdrowiskowego
- ratownictwa medycznego
- opieki paliatywnej i hospicyjnej
- świadczeń wysokospecjalistycznych
- programów zdrowotnych

Wnioskodawca (pierwotny):

Minister Zdrowia

Producent / podmiot odpowiedzialny dla ocenianego świadczenia:

Nie dotyczy

2. Podsumowanie

Na podstawie art. 31 e-h ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.) dnia 08 maja 2018 r. pismem znak: MZ-ASG.4085.22.2018.IJ Minister Zdrowia przekazał AOTMiT zlecenie przygotowania oceny w sprawie zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

W tym celu przeprowadzono rewizję definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz możliwości kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej na podstawie zaproponowanego wykazu jednostek chorobowych oraz *Karty kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej* (Załącznik nr 1).

Przyjęta w Polsce definicja określa opiekę paliatywną i hospicyjną jako wszechstronną, całościową opiekę, obejmującą leczenie objawowe pacjentów chorujących na nieuleczalne, postępujące, niepoddające się leczeniu przyczynowemu i zagrażające życiu choroby. Wg WHO opieka ta jest podejściem poprawiającym jakość życia pacjentów, cierpiących na chorobę zagrażającą życiu i ich rodzin, poprzez łagodzenie cierpienia, leczenie bólu i ograniczanie innych problemów fizycznych, psychospołecznych lub duchowych. Opieka paliatywna powinna być wdrożona w chwili zdiagnozowania choroby zagrażającej życiu i zwiększana w miarę potrzeb, jeszcze w trakcie leczenia przyczynowego. Podobnie ujęcie zawarte jest w Rekomendacjach Rady Europy Rec (2003) zalecających zapewnienie opieki paliatywnej bezzwłocznie każdej osobie wymagającej takiej opieki. IAHPIC i EAPC wskazują, że opieką paliatywną powinni być objęci pacjenci, których choroba nie reaguje na leczenie, cierpiących na przewlekłe i postępujące schorzenia, prowadzące do obniżenia jakości życia.

Definicje obecnie stosowane są niezgodne z definicjami przyjętymi przez WHO, zatem zasadne jest ich zaktualizowanie, szczególnie z uwagi na sprzeczność obowiązujących zapisów z jednej strony gwarantujących świadczenia pacjentom z odleżynami niebędącymi chorobą nieuleczalną, a z drugiej strony umożliwiających realizację świadczeń dla pacjentów z chorobami onkologicznymi, będących jeszcze w trakcie leczenia przyczynowego.

Równocześnie możliwe jest rozgraniczenie terminów opieka paliatywna i hospicyjna - celem opieki paliatywnej jest leczenie objawowe (zwalczanie bólu, duszności, itp.), a opieki hospicyjnej zapewnienie całościowej opieki i wsparcie. Opiekę paliatywną można objąć pacjentów niezależnie od rokowania i prowadzenia leczenia przyczynowego, a opieką hospicyjną pacjentów po jego zakończeniu.

Zaproponowany sposób kwalifikacji pacjentów do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w oparciu o wybrane jednostki chorobowe stoi w sprzeczności z międzynarodowymi rekomendacjami. Listy schorzeń kwalifikujących mogą mieć charakter orientacyjny, a podstawowym kryterium przyjęcia do opieki są zaburzenia i cierpienia somatyczne, psychosocjalne i duchowe, będące konsekwencją różnych jednostek chorobowych. Kwalifikacja do świadczeń w oparciu o poszczególne jednostki chorobowe wg klasyfikacji ICD-10 nie znajduje uzasadnienia merytorycznego. Klasyfikacja ICD-10 została stworzona do celów statystycznych i nie opisuje stanu klinicznego pacjenta, który w różnych jednostkach chorobowych może być identyczny. Stąd też w kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej wskazana jest ocena stanu klinicznego pacjenta uwzględniająca wydolność narządów i układów oraz dominujących objawów klinicznych.

Nasilenie problemów klinicznych wraz z dostępnością metod terapeutycznych i poziomem ich skomplikowania określają zapotrzebowanie na działania medyczne. W przypadku opieki paliatywnej i hospicyjnej istotne są także potrzeby związane nie tylko z opieką medyczną, ale także z sytuacją socjalno-bytową. Czynniki takie mogą determinować miejsce udzielania świadczeń i powinny stanowić kluczowy element oceny wskazań do opieki hospicyjnej. Do świadczeń stacjonarnych powinni być kwalifikowani pacjenci, którzy ze względu na brak możliwości sprawowania opieki przez bliskich oraz nieodpowiednie warunki socjalnych nie mogą uzyskać właściwej opieki w warunkach ambulatoryjnych, czy domowych.

Opieka paliatywna i hospicyjna nad pacjentem w pierwszej kolejności powinna obejmować świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych, następnie domowych aż do świadczeń stacjonarnych. Zaletą opieki sprawowanej w domu pacjenta jest większy komfort i spokój pacjenta wynikający z przebywania w znajomym otoczeniu, z rodziną oraz niższy koszt opieki. Właściwe wsparcie opieki ambulatoryjnej i domowej może zmniejszyć zapotrzebowanie na świadczenia udzielane w warunkach stacjonarnych. Świadczenia te powinny być realizowane, kiedy nie ma odpowiednich warunków do

sprawowania opieki w domu (złe warunki socjalne, niewydolność opiekunów), w celu zapewnienia opieki wyręczającej dla rodziny lub opiekunów, a także w przypadkach gdy w warunkach ambulatoryjnych i domowych nie można ustalić skutecznego leczenia objawowego.

Jednocześnie w opiece stacjonarnej z racji ograniczonej liczby miejsc przyjęcia będą zawsze limitowane, a dostęp do świadczeń ograniczony. Świadczenia w opiece stacjonarnej powinny być adresowane do osób, które nie mogą funkcjonować i otrzymać opieki w warunkach domowych, co w oczywisty sposób wyklucza możliwość ich długiego oczekiwania w kolejce. Z drugiej strony możliwość oczekiwania na świadczenie w kolejce wyklucza prawidłowość kwalifikacji danego pacjenta. Powinna istnieć zatem możliwość kwalifikacji osób najbardziej potrzebujących opieki stacjonarnej uwzględniając jednocześnie niezasadność tworzenia systemu kolejkowego.

Ograniczenia formalne, zbyt wygórowane wymagania (personel kwalifikowany), ograniczenia finansowania (limity, brak zapłaty za nadwykonania) stoi w sprzeczności z deklaracjami międzynarodowymi, których sygnatariuszem jest Polska, jak i nie jest akceptowane zarówno przez środowiska pacjentów i ich rodzin, jak lekarzy i pielęgniarki, świadczeniodawców.

Karta kwalifikacji w zaproponowanej formie budzi wiele wątpliwości i uwag. Podczas konsultacji zgłaszane były postulaty dotyczące zmian w zapisach poszczególnych jej punktów, wprowadzenia dodatkowych zapisów (m.in. dotyczących wprowadzenia dodatkowych stanów nagłych, istotnych objawów, modyfikacji poszczególnych), co wskazuje, że poddanie jej szerszym konsultacjom zaowocuje kolejnymi uwagami i osiągnięcie konsensusu nie będzie możliwe. Doświadczenia międzynarodowe wskazują na zasadność odstąpienia od kwalifikacji na podstawie jednostek chorobowych będących przyczyną dolegliwości, a w zamian należy uwzględnić stan pacjenta i jego potrzeby.

Karta kwalifikacji nie uwzględnia szeroko pojętych potrzeb pacjenta, np. wymagane do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną uzyskanie 10 pkt. może być osiągnięte przy stosunkowo niewielkich dolegliwościach, które nie powinny być powodem do kwalifikacji do świadczenia.

Przegląd skierowań do opieki paliatywnej i hospicyjnej z innych krajów, wskazuje, że oprócz podstawowych danych zawarte są w nich informacje dotyczące choroby podstawowej, historii leczenia, a także przyczyn skierowania (somatyczne, psychologiczne, socjalne, duchowe) i rodzaju wnioskowanego świadczenia. Ocena stanu pacjenta określana jest na podstawie skali ECOG (skala sprawności według *Eastern Cooperative Oncology Group*, skala Zubroda), a także fazy choroby lub dynamiki jej zmian. Analizowane wzory nie określają trwania bądź zakończenia leczenia przyczynowego, stanów nagłych związanych z chorobą podstawową i jej leczeniem oraz kryteriów kwalifikacji wraz z przyporządkowaną im skalą punktową.

Nie można stosować zamkniętego katalogu wybranych stanów chorobowych, różnorodność sytuacji i stanów pacjentów jest bardzo duża, zatem warto pozostawić swobodę i możliwość opisu.

Uwagi analityków do innych zidentyfikowanych problemów:

Postęp medycyny wraz ze zmianami demograficznymi wymagają wprowadzenia zmian w systemie opieki zdrowotnej. W celu sprawowania efektywnej i jak najlepszej opieki nad osobami cierpiącymi na choroby przewlekłe konieczne jest koordynowanie opieki zdrowotnej, paliatywnej i hospicyjnej oraz długoterminowej, ze świadczeniami pomocy społecznej. W tym celu właściwe jest wzmocnienie zaangażowania władz samorządowych zobligowanych do realizacji zadań w zakresie pomocy społecznej i ochrony zdrowia jako koordynatorów działań w danej lokalizacji. Na potrzebę takich zmian wskazała m.in. NIK po przeprowadzeniu kontroli: Świadczenie osobom starszym przez gminy i powiaty przedstawionej w 2016 roku.

Istotnym jest fakt, że pacjenci wymagający długoterminowej opieki stacjonarnej, z uwagi na niedostateczną liczbę miejsc w odpowiednich jednostkach są hospitalizowani m.in. w oddziałach internistycznych. Na oddziałach tych, w konsekwencji braków kadrowych, ograniczana jest liczba łóżek. Umożliwienie szpitalom przekształcania łóżek internistycznych w łóżka opieki długoterminowej pozwoliłoby na odpowiednie do lokalnych potrzeb zorganizowanie opieki przewlekłej. Równocześnie szpitale mogą być odpowiedzialne za organizację i koordynację opieki paliatywno-hospicyjnej na danym terenie.

Dodatkowe, kluczowe dla funkcjonowania opieki paliatywnej i hospicyjnej problemy, zdiagnozowane w trakcie prac nad niniejszym raportem dotyczyły:

1. Zrezygnowanie z limitowania świadczeń, w szczególności w przypadku wprowadzenia zmian w wykazie jednostek chorobowych kwalifikujących do opieki paliatywnej i hospicyjnej i/lub KK, aby uniknąć powstawania kolejek oczekujących.
2. Wprowadzenia płatności za pierwszy i ostatni dzień udzielania świadczenia;
3. Możliwości kwalifikacji do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego, obecnie dokonywanej przez nieliczne poradnie żywieniowe, przez jednostki OPH.
4. Wprowadzenie dodatkowego produktu rozliczeniowego „Wizyta kwalifikacyjna zakończona stwierdzeniem braku wskazań do objęcia opieką w hospicjum domowym lub stacjonarnym”, wycenionego analogicznie do porady w poradni medycyny paliatywnej.
5. Umożliwienia przetaczania krwi i jej składników dla pacjentów OPH w warunkach domowych bądź w hospicjach stacjonarnych.
6. Uprawnienie lekarzy medycyny paliatywnej do wypisywania recept na bezpłatne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dla pacjentów, którzy ukończyli 75 lat.
7. Wprowadzenie Szpitalnego Zespołu Wspierającego (SZW);
8. Przy planowaniu zmian warto wykorzystać narzędzia franczyzowe, które pozwalają na wykorzystanie know-how w celu podnoszenia jakości w tym poprawie efektywności, bezpieczeństwa. Działania centralne w ramach pakietu franczyzowego powinny dotyczyć w pierwszej kolejności:
 - 8.1. Wspólnego systemu IT dla świadczeniodawców umożliwiającą wymianę informacji. Jest to kluczowy element poprawiający jakość, m.in. przez bezstratny przepływ informacji pomiędzy multidyscyplinarnym zespołem sprawującym opiekę, system nadzoru jakością, zarządzanie zasobami, monitorowanie kosztów i zarządzanie rentownością.
 - 8.2. Wspólnej platformy dla pacjentów i ich rodzin (cele informacyjne, komunikacyjne).
 - 8.3. Stosowania benchmarkingu i pilotażu jako podstawowego narzędzia wprowadzania zmian.
 - 8.4. Ustalenia optymalnej wielkości jednostek organizacyjnych i ustalenie relacji pomiędzy nimi.
 - 8.5. Ustalenia obowiązujących standardów i systemu zarządzania jakością związanego z systemem motywacyjnym.
 - 8.6. Opracowania procedur operacyjnych i wytyczne.
 - 8.7. Kompetencji jednostki centralnej posiadającej realny wpływ na stosowane modele finansowania i późniejszą ich taryfikację. Działania te powinny być realizowane w obrębie ustalonego budżetu, co usprawni wykorzystywanie zasobów pozostających do dyspozycji (środków finansowych, zasobów ludzkich i materialnych).
 - 8.8. Zarządzania na poziomie lokalnym, które powinno dotyczyć utworzenia lokalnych centrów obejmujących wszystkie typy jednostek uczestniczących w systemie pomocy i odpowiedzialne za organizację i zarządzanie. Wydaje się, że poziom wojewódzki (jednostka samorządu terytorialnego) i powiatowy (szpital powiatowy, jednostka samorządu terytorialnego, Centrum Pomocy Rodzinie) umożliwiłyby wykorzystanie optymalne zarządzanie w tym organizację opieki na danym terenie, nadzór merytoryczny, wsparcie organizatorskie, w tym wdrażanie narzędzi franczyzowych.

3. Przedmiot i historia zlecenia

Problem decyzyjny

Na podstawie art. 31 e-h ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.) dnia 08 maja 2018 r. pismem znak: MZ-ASG.4085.22.2018.IJ Minister Zdrowia przekazał AOTMiT zlecenie przygotowania oceny Prezesa Agencji dotyczącej zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wraz ze zleceniem Ministra Zdrowia przekazano Kartę Problemu Zdrowotnego (KPZ). Jednocześnie wskazano termin realizacji zlecenia: 07 maja 2020 r.

Tryb zlecenia

Zlecenie MZ z art. 31 e-h ustawy o świadczeniach.

Źródło: Zlecenie MZ

Korespondencja z MZ

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 08 maja 2018 r., znak: MZ-ASG.4085.22.2018.IJ w związku z art. 31e-h ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dnia 21.02.2019 r. do siedziby Agencji wpłynęło pismo od Ministra Zdrowia, znak: ASG.4085.22.2018.KM, które dotyczyło przesunięcia terminu przygotowania przedmiotowej oceny w terminie do 20.03.2019 r.

Korespondencja z NFZ

Dnia 21.02.2019 r. zostało wysłane pismo znak: WS.431.3.2018.KSW do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczące przedstawienia opinii dot. skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia w przypadku zmiany technologii medycznej w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Do momentu ukończenia prac analitycznych związanych z realizacją przedmiotowego zlecenia AOTMiT nie otrzymała opinii Prezesa NFZ

Korespondencja z ekspertami

Agencja wystosowała 15 pism z prośbą o opinie wraz z formularzami stanowisk eksperckich w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej wraz z Deklaracją o Konflikcie Interesów. Otrzymano 2 odpowiedzi (w tym 2 odpowiedzi od Konsultantów Krajowych/Wojewódzkich), 0 odmów (w tym 0 od Konsultantów Krajowych/Wojewódzkich). Na 13 pism nie otrzymano odpowiedzi.

Korespondencja z przedstawicielami organizacji reprezentujących pacjentów

Dnia 06.03.2019 r. Agencja wystosowała 2 pisma z prośbą o opinię w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej do organizacji reprezentujących pacjentów otrzymując 0 odpowiedzi.

Historia spotkań z interesariuszami

Data	Uczestnicy spotkania	Przedmiot spotkania
27.09.2018	[REDACTED]	Omówienie przedmiotu zlecenia MZ. Identyfikacja problemów, oczekiwań i możliwości poprawy w ramach sprawowania opieki paliatywnej i hospicyjnej.
		Omówienie najważniejszych problemów dotyczących funkcjonowania opieki paliatywnej i hospicyjnej w obszarze kompleksowej opieki nad ciężko chorymi pacjentami:
24.01.2019	[REDACTED]	w warunkach ambulatoryjnych.
15.02.2019	[REDACTED]	w obszarze działalności pomocy społecznej.
22.02.2019	[REDACTED]	w warunkach stacjonarnych.
01.03.2019	dr n. med. Anna Orońska [REDACTED]	w warunkach domowych i stacjonarnych.

4. Analiza problemu decyzyjnego

Zmiana technologii medycznej sprowadza się do:

- 1) zdefiniowania opieki paliatywnej i hospicyjnej jako wszechstronnej, całościowej opieki, obejmującej leczenie objawowe pacjentów chorujących na postępujące, ograniczające życie choroby, która jest wprowadzana jeszcze w trakcie leczenia przyczynowego, w celu jego uzupełnienia;
- 2) określenia stanu zdrowia pacjenta będącego podstawą jego kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej na podstawie rozszerzonego wykazu jednostek chorobowych, a także stanu funkcjonalnego pacjenta lub stopnia zaawansowania choroby (Tabela 1.);

Tabela 1. Propozycja jednostek chorobowych kwalifikujących do leczenia w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Kod ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia
B20-B24	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)
C00-C97	Nowotwory
D32-D33	
D37-D48	
G09	
G10-G13	Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego, Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy, Choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego
G35-G37	
I50	Schyłkowa niewydolność serca w przypadku udokumentowanego zakończenia leczenia przyczynowego
J96.1	Przewlekła niewydolność oddechowa w przypadku udokumentowanego zakończenia leczenia przyczynowego
R52.1	Silny i bardzo silny ból przewlekły (>5 w skali NRS 0-10) w przebiegu chorób przewlekłych postępujących
R52.2	
K74	Marskość wątroby
J44	POChP i inne przewlekłe choroby zaporowe płuc
J99	Zaburzenia oddechu w przebiegu chorób układowych tkanki łącznej oraz reumatoidalnym zapaleniu stawów i zeszywniającym zapaleniu stawów kręgosłupa
J96.9	Usunąć – zamiast J96.9 – wprowadzić J96.1
L89	Owrzodzenie odleżynowe dodać – 3-5 stopnia w skali Torrance'a
N18	Schyłkowa niewydolność nerek

Źródło: Karta Problemu Zdrowotnego do Zlecenia MZ-ASG.4085.22.2018.IJ

- 3) możliwości wykorzystanie przy kwalifikacji do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej narzędzia – *Karty kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej* (Załącznik 1.).

4.1. Definicja świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej

Problem zdrowotny – obecnie definicja świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej zakłada całościową opiekę oraz leczenie objawowe chorujących na nieuleczalne, postępujące i ograniczające życie choroby, które nie poddają się leczeniu przyczynowemu. Opieka paliatywna i hospicyjna jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie oraz uśmierzenie cierpień fizycznych, m.in. bólu, a także socjalnych, psychicznych, duchowych. Pacjenci objęci tą opieką, dzięki współpracy lekarzy różnych dziedzin mogą mieć możliwość powrotu do zdrowia, w związku z czym definicja opieki paliatywnej i hospicyjnej powinna zostać zaktualizowana, tak aby uwzględniała pomoc pacjentom jeszcze na etapie leczenia przyczynowego. Dzięki temu efekty leczenia mogą przynosić większe korzyści.

Wyzwaniem stojącym przed wszystkimi systemami ochrony zdrowia, w tym także w Polsce, jest zapewnienie pacjentom profesjonalnej i odpowiedniej pomocy medycznej, kiedy nie ma możliwości wyleczenia choroby. Wzrost zapotrzebowania na opiekę z jednej strony wynika ze zjawiska starzenia się społeczeństwa oraz większej zachorowalności i umieralności z powodu chorób przewlekłych, a z drugiej strony z coraz większymi oczekiwaniami oraz możliwościami leczenia.¹

Zapotrzebowanie na opiekę paliatywną i hospicyjną wzrasta w związku z procesem starzenia się ludności, który jest efektem wydłużania trwania życia. Starzenie się populacji jest skorelowane z wielochorobowością. WHO wskazuje, że osoby starsze umierają często w wyniku poważnych chorób przewlekłych i w końcowych latach życia są bardziej narażone na problemy związane z niewydolnością

¹ Dobrogowski J., Worliczek J. (red.), *Medycyna bólu* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 355-356

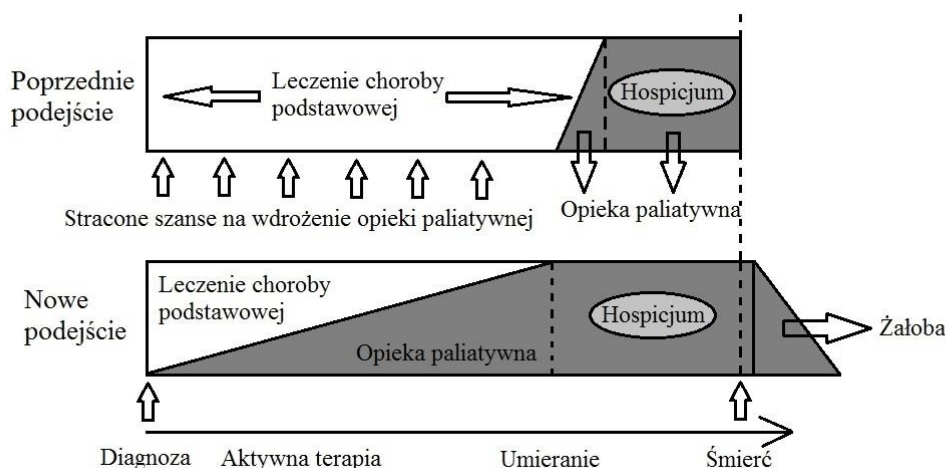
narządów tj. niewydolność serca, układu oddechowego, choroby naczyniowo-mózgowe, tym samym coraz więcej osób będzie wymagało pomocy pod koniec życia. Równocześnie zmiany struktury społecznej powodują spadek liczby opiekunów nieformalnych, co wraz ze zmianą modelu rodziny (zmniejszenie liczby rodzin wielopokoleniowych, rozproszenie) powoduje, że przed systemami opieki zdrowotnej stoją wyzwania związane z zapewnieniem opieki nad większością ludzi pod koniec ich życia.²

WHO (*World Health Organisation*, Światowa Organizacja Zdrowia) uznaje terminy opieka paliatywna i opieka hospicyjna za synonimy określające ten sam rodzaj opieki. Od 2002 r. definiuje opiekę paliatywną jako podejście, które poprawia jakość życia pacjentów (dorosłych i dzieci) i ich rodzin, które borykają się z problemami związanymi z chorobą zagrażającą życiu. Zapobiega i łagodzi cierpienie poprzez wczesną identyfikację, prawidłową ocenę (oszacowanie) i leczenie bólu i innych problemów, fizycznych, psychospołecznych lub duchowych.³

Opieka paliatywna:

- zapewnia ulgę w bólu i eliminuje inne niepokojące objawy;
- nie przyspiesza ani nie opóźnia śmierci;
- integruje psychologiczne i duchowe aspekty opieki nad pacjentem;
- oferuje system wsparcia, aby pomóc pacjentowi żyć tak aktywnie, jak to możliwe, aż do śmierci;
- oferuje system wsparcia, aby pomóc rodzinie poradzić sobie z chorobą i żałobą;
- stosuje podejście zespołowe w celu zaspokajania potrzeb pacjentów i ich rodzin;
- poprawia jakość życia, a także może pozytywnie wpłynąć na przebieg choroby;
- ma zastosowanie we wczesnym stadium choroby, w połączeniu z innymi terapiami, które mają na celu przedłużenie życia, takimi jak chemioterapia lub radioterapia, i obejmuje badania niezbędne do lepszego zrozumienia niepokojących powikłań klinicznych i radzenia sobie z nimi.⁴

Na podstawie poszerzonej definicji WHO opracowano nową koncepcję opieki paliatywnej, która powinna być prowadzona od momentu zdiagnozowania choroby zagrażającej życiu, a nie od momentu wyczerpania się możliwości leczenia. Opieka paliatywna powinna być stopniowo poszerzana w trakcie leczenia przyczynowego (Rysunek 1.). Leczenie i opieka paliatywna nie wykluczają się wzajemnie, ale uzupełniają. Opieka paliatywna jest holistyczna, interdyscyplinarna i obejmuje wszechstronne działania.^{5,6}



Rysunek 1. Nowe podejście do opieki paliatywnej vs poprzednie podejście do opieki paliatywnej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie E. Davies, I. J. Higginson, Better Palliative Care for Older, World Health Organisation - Europe, 2004.

² Davies E., Higginson I. J., *Palliative care. The solid facts*, World Health Organisation, Europe, 2004

³ WHO, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [data dostępu: 13.12.2018]

⁴ WHO, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, Worldwide Palliative Care Alliance, 2014

⁵ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), *Pielęgniarstwo opieki paliatywnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, s. 2-4

⁶ Murray S.A., W jaki sposób unknąć uporczywej terapii w opiece paliatywnej?, *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2010; 4, 2: 86-91

Zgodnie z Rekomendacjami Rady Europy Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczącymi organizacji opieki paliatywnej, przyjętymi przez Komitet Ministrów 12 listopada 2003 opieka paliatywna jest istotną i integralną częścią opieki zdrowotnej. Każda osoba wymagająca opieki paliatywnej, powinna mieć zagwarantowany dostęp do takiej opieki, w zależności od potrzeb, a bez względu na rodzaj choroby, czy status socjoekonomiczny. Opieka powinna być zapewniona bezzwłocznie. Opieka paliatywna w celu zapewnienia jak najwyższej jakości życia chorych uwzględnia wszelkie aspekty wynikające z zaawansowanej choroby - fizyczne, psychospołeczne i duchowe, w związku z czym wymaga koordynacji działań wykwalifikowanego i interdyscyplinarnego zespołu pracowników profesjonalnych.⁷

Raport EAPC (*European Association for Palliative Care*, Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej) dotyczący standardów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej w Europie wskazuje, że opieka paliatywna jest aktywną, pełną opieką nad chorym, którego choroba nie reaguje na leczenie. Nadrzędne są w niej kontrola bólu i innych objawów oraz problemów socjalnych, psychologicznych i duchowych, w celu zapewnienia jak najlepszej, możliwej jakości życia do śmierci. Umieranie jest normalnym zjawiskiem, śmierci nie należy przyspieszać ani opóźniać. Opieka paliatywna jest interdyscyplinarna, swoim zakresem obejmuje chorego, jego rodzinę i społeczność, a w zależności od potrzeb może odbywać się w domu lub w szpitalu. W większości krajów europejskich terminy opieka paliatywna i opieka hospicyjna są stosowane zamiennie. W części różni się je na podstawie miejsca, przyczyny czy rodzaju świadczonej opieki. Wg EAPC termin opieka paliatywna stosuje zarówno do opieki paliatywnej, jak i hospicyjnej. Nie powinna być zarezerwowana wyłącznie dla chorych ze zdiagnozowanymi określonymi jednostkami chorobowymi, ale powinna obejmować wszystkich pacjentów ze schorzeniami zagrażającymi życiu, a także ich rodziny, bliskich. We wszystkich krajach europejskich opieką paliatywną objęci są głównie pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową. Osoby ze schorzeniami neurologicznymi, HIV/AIDS, niewydolnością serca, oddechową czy nerkową, mogą także wymagać opieki paliatywnej, jednak jej otrzymanie dla grupy pacjentów z chorobami nienowotworowymi jest trudniejsze. Występowanie niekorzystnych objawów psychosomatycznych, a także socjalnych i duchowych pojawia się z podobną częstością u chorych na nowotwory i cierpiących na inne schorzenia. Z uwagi na to, że u wielu pacjentów z chorobami nienowotworowymi nasilenie i złożoność objawów oraz problemów jest duża, zapewnienie im dostępu do opieki paliatywnej na odpowiednim poziomie powinno być priorytetem dla systemów zdrowotnych. Wg Raportu ponad 95% pacjentów specjalistycznych placówek opieki paliatywnej stanowią pacjenci onkologiczni. Zakłada się, że przy tej samej możliwości dostępu do opieki paliatywnej dla osób z chorobami nienowotworowymi, stanowiliby oni 40% pacjentów ośrodków opieki paliatywnej, a chorzy onkologiczni 60%. Równocześnie zapewnienie opieki paliatywnej osobom z chorobami nieonkologicznymi wymaga dodatkowych nakładów finansowych.^{8,9}

Wg zaleceń IAHP (*International Association for Hospice and Palliative Care*, Międzynarodowe Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej) do ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej należy przyjmować chorych ze schorzeniami ograniczającymi życie, cierpiących z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej lub innych przewlekłych postępujących schorzeń, prowadzących w ostateczności do obniżenia jakości życia. Kryterium przyjęcia do ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej stanowią cierpienia somatyczne, psychosocjalne i duchowe, w tym narastające zaburzenia czynności fizycznej związane z postępem przewlekłej choroby. O zakwalifikowaniu do objęcia specjalistyczną opieką paliatywną chorego decyduje lekarz ośrodka opieki paliatywnej lub hospicyjnej, stąd sporządzenie listy schorzeń kwalifikujących ma jedynie znaczenie orientacyjne.¹⁰

Wg danych WHO w skali światowej w grupie pacjentów wymagających opieki paliatywnej najczęstszą przyczyną objęcia tą opieką są choroby sercowo-naczyniowe (Rysunek 2.). Stąd, należy zwrócić szczególną uwagę na stany kliniczne, które wymagają opieki paliatywnej i hospicyjnej, a które są konsekwencją różnych jednostek chorobowych.¹¹

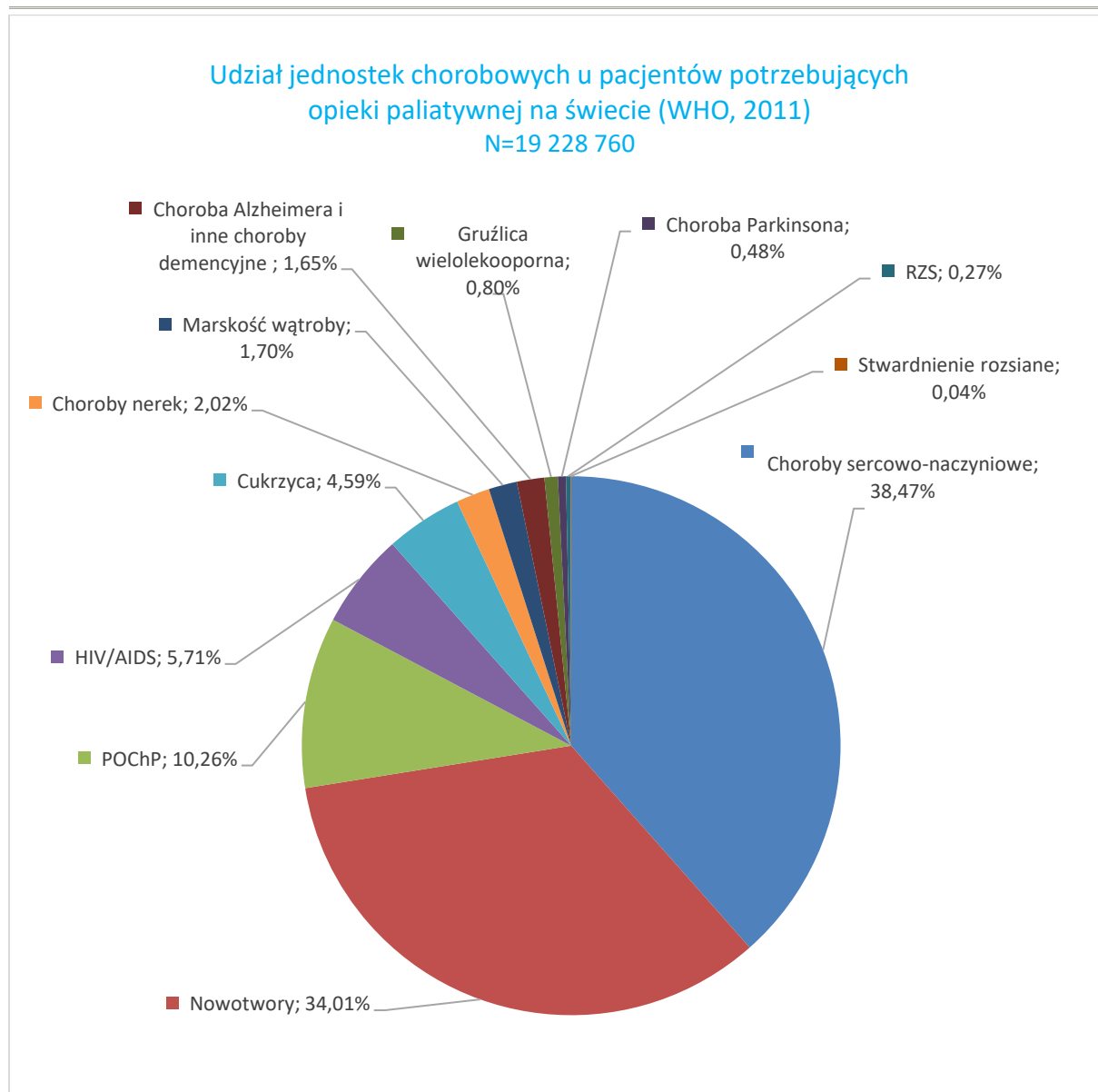
⁷ Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej przyjęte przez Komitet Ministrów 12 listopada 2003 na 860 Konferencji Zastępców Ministrów, Rada Europy 2003

⁸ EAPC. Raport dotyczący standardów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej w Europie: część 1. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2010, 4, 2, 41-53

⁹ EAPC. Raport dotyczący standardów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej w Europie: część 2. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2010, 4, 2, 54-65

¹⁰ Łuczak J., *Opieka Paliatywna. Medycyna Paliatywna – medycyna bez bólu*, <https://hospicjum-palium.pl/nowy/public/wydarzenia10/czytelnia2.pdf> [data dostępu: 08.01.2019]

¹¹ Kościuczuk U. i wsp., Hospitalizacja pacjentów ze schorzeniami nienowotworowymi w hospicjum stacjonarnym - doświadczenia ośrodka w Białymstoku, *Palliat Med Pract* 2018; 12, 1: 1–7



Rysunek 2. Przyczyny zapotrzebowania na opiekę paliatywną wg danych WHO.

Źródło: WHO, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, Worldwide Palliative Care Alliance, 2014

National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) wskazuje, że w 2016r. najbardziej przyczyniającymi się do ostatecznego rokowania pacjenta były nowotwory – 27,2%, choroby sercowo-naczyniowe – 18,7%, zespoły otępienne – 18%, choroby układu oddechowego – 11% oraz udar mózgu – 9,5%.¹²

Ministerstwo Zdrowia definiuje opiekę paliatywną i hospicyjną jako wszechstronną, całościową opiekę, obejmującą leczenie objawowe pacjentów chorujących na nieuleczalne, postępujące, niepoddające się leczeniu przyczynowemu i ograniczające życie choroby. Celem opieki jest poprawa jakości życia, zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Obecnie jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej dla osób dorosłych obejmują głównie jednostki związane z chorobami nowotworowymi, schorzeń o charakterze nienowotworowym jest mniej (Tabela 2.).¹³

¹² *Hospice Care in America, Facts and figures*, National Hospice and Palliative Care Organization, 2017, https://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics_Research/2017_Facts_Figures.pdf [data dostępu: 19.02.2019].

¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, Dz.U. 2018, Poz. 1185

Tabela 2. Wykaz nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób.

Kod ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia
B20-B24	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)
C00-D48	Nowotwory
G09	Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego
G10-G13	Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy
G35	Stwardnienie rozsiane
I42-I43	Kardiomiopatia
J96	Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej
L89	Owrzodzenie odleżynowe

Zródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 12 czerwca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, Dz.U. 2018, poz. 1185

Uwzględnienie w powyższym wykazie części nieuleczalnych, postępujących oraz ograniczających życie chorób powoduje, że pacjenci zmagający się z innymi schorzeniami, którym towarzyszy występowanie podobnych objawów nie mają dostępu do opieki paliatywnej i zwalczania towarzyszących chorobie dolegliwości. Zmodyfikowanie sposobu kwalifikacji umożliwi objęcie opieką pacjentów, których stan i stopień zaawansowania schorzenia, a nie tylko podstawowa jednostka chorobowa, wymagają włączenia do takiej opieki.

Jednostki chorobowe uwzględnione w propozycji (Tabela 1.), a niewystępujące w obecnie obowiązującym wykazie zestawiono w Załączniku 2.

Wprowadzenie narzędzia uwzględniającego natężenie objawów i dysfunkcji organizmu, wykorzystywanego w trakcie kwalifikacji, tzw. *Karty kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej* pozwoli na uwzględnienie stopnia zaawansowania choroby i stanu funkcjonalnego pacjenta.

4.1.1. Liczba pacjentów w opiece paliatywnej i hospicyjnej

W latach 2006–2015 przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce zwiększyło się o 2,65 roku w przypadku mężczyzn i 1,95 roku w przypadku kobiet. Przeciętna długość życia w zdrowiu (HLY – *health life years*) w latach 2006–2015 wzrosła natomiast o 1,7 roku dla mężczyzn i o 0,3 roku dla kobiet, co wskazuje, że dłuższe życie nie jest równoznaczne z dłuższym życiem w zdrowiu.¹⁴

Starzenie się społeczeństwa powoduje, że wzrasta liczba osób wymagających wsparcia i opieki, u których występują różne i liczne objawy związane z chorobami przewlekłymi lub długotrwałymi problemami zdrowotnymi. Dane z 2009 r. wskazują, że ok. 90% osób powyżej 65 r.ż. deklaruje występowanie takich problemów.¹⁵

W 2016 r. liczba osób powyżej 65 r.ż. wynosiła 6 303 405. Prognozy wskazują, że w 2025 r. osób takich będzie 8 097 134, a w 2030 r. 8 527 193.¹⁶

Wg danych dotyczących 2016 r. opublikowanych w Ogólnopolskiej Mapie Potrzeb Zdrowotnych z opieki paliatywnej i hospicyjnej w trybie stacjonarnym i niestacjonarnym korzystało łącznie 90 520 pacjentów, z czego ponad 70% stanowili pacjenci powyżej 65 r.ż. U ponad 50% chorych rozpoznaniem w momencie przyjęcia była choroba nowotworowa (Tabela 3.).¹⁷

Tabela 3. Liczba pacjentów oraz struktura wieku pacjentów i rozpoznań w opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2016 r.

	Tryb stacjonarny		Tryb niestacjonarny	
	Liczba pacjentów [tys.]	% pacjentów	Liczba pacjentów [tys.]	% pacjentów
Polska	33,7		56,82	
Struktura pacjentów wg wieku				
średnia wieku pacjenta	71,38		69,1	

¹⁴ Sytuacja demograficzna Polski, Raport 2016-2017, Rządowa Rada Ludnościowa, Główny Urząd Statystyczny, 2017, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc> [data dostępu: 14.12.2018]

¹⁵ Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050, Główny Urząd Statystyczny, 2014, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc> [data dostępu: 14.12.2018]

¹⁶ Prognoza ludności gmin 2017-2030, Główny Urząd Statystyczny, 2017, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc> [data dostępu: 14.12.2018]

¹⁷ Analiza w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej dla Polski, <http://www.mpz.mz.gov.pl/analiza-w-zakresie-opieki-paliatywnej-i-hospicyjnej/> [data dostępu: 08.01.2019]

	Tryb stacjonarny		Tryb niestacjonarny	
	Liczba pacjentów [tys.]	% pacjentów	Liczba pacjentów [tys.]	% pacjentów
% pacjentów do 18 r.ż.		0,48		2,75
% pacjentów w wieku od 18 do 65 lat		28,12		28,21
% pacjentów w wieku od 65 do 80 lat		41,06		42,64
% pacjentów powyżej 80 r.ż.		30,34		26,4
Struktura pacjentów wg rozpoznań				
Nowotwór złośliwy płuca		17,2		19,5
Nowotwór złośliwy dolnego odcinka układu pokarmowego		9,1		12,1
Nowotwór złośliwy górnego odcinka układu pokarmowego		8,8		11,0
Pozostałe nowotwory złośliwe		8,0		7,5
Oparzenia, odmrożenia, odleżyny, owrzodzenia		8,0		7,4
Nowotwór złośliwy piersi		5,9		6,0
Pozostałe grupy rozpoznań		43,0		36,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Analiza w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej dla Polski, www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl [data dostępu: 14.12.2018]

Dane sprawozdawcze NFZ za okres od 01.01.2015 do 30.06.2018, dla wybranych produktów kontraktowych, wskazują, że świadczeniami w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej objętych było 253 845 pacjentów, z czego 111 355 korzystało ze świadczeń w ramach oddziału medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnego, 160 179 było objętych opieką hospicjum domowego, a 40 612 korzystało ze świadczeń udzielanych w ramach poradni medycyny paliatywnej (Tabela 4.). W łącznej liczbie pacjentów 72% stanowiły osoby w wieku od 65 r.ż.

Liczba zgonów we wskazanym okresie w jednostkach opieki stacjonarnej wyniosła 96 778, co w przeliczeniu daje 27 650 zgonów rocznie. Łączna liczba zgonów w Polsce w 2016 roku wyniosła 388 009¹⁸

Tabela 4. Liczba pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną od 01.01.2015 do 30.06.2018.

Rok	Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym		Świadczenia w hospicjum domowym	Świadczenia w poradni medycyny paliatywnej
	Liczba pacjentów (unikalne PESEL)	Pobyty zakończone zgonem	Liczba pacjentów (unikalne PESEL)	Liczba pacjentów (unikalne PESEL)
2015	33 468	27 391	54 563	13 970
2016	33 663	26 817	55 008	14 309
2017	34 548	28 394	56 984	14 651
I połowa 2018	19 383	14 176	37 051	9 363
Liczba pacjentów (unikalne PESEL)				
2015 - I połowa 2018	111 355	96 778	160 179	40 612
łączna liczba pacjentów (unikalne PESEL)	253 845			

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Dane NFZ za okres 01.01.2015 do 30.06.2018 dla wskazanych produktów kontraktowych

Rozpoznania nowotworowe stanowiły 92,4% wszystkich sprawozdanych jednostek chorobowych. Największy odsetek rozpoznań stanowił nowotwór złośliwy oskrzela i płuca (19,1%), rak piersi (6,8%) i jelita grubego (6,2%). Rozpoznania nienowotworowe stanowiły 7,6% (Tabela 5.).

Tabela 5. Liczba i odsetek pacjentów z rozpoznaniem o charakterze nowotworowym i nienowotworowym objętych opieką paliatywną i hospicyjną w okresie od 01.01.2015 do 30.06.2018.

Kod ICD10 (3-znakowy)	Nazwa	odsetek pacjentów
	Nowotwory	92,4%
C34	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	19,1%
C50	Nowotwór złośliwy piersi	6,8%
C18	Nowotwór złośliwy jelita grubego	6,2%
C61	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	5,1%
C16	Nowotwór złośliwy żołądka	4,1%
C25	Nowotwór złośliwy trzustki	3,8%
C20	Nowotwór złośliwy odbytnicy	3,6%
C67	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego	3,0%
C80	Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia	2,8%
C71	Nowotwór złośliwy mózgu	2,8%

¹⁸ Zgony według przyczyn określanych jako "garbage codes" według wieku zmarłych w 2016 roku, <https://stat.gov.pl/>, [data dostępu 26.02.2019]

Kod ICD10 (3-znakowy)	Nazwa	odsetek pacjentów
	Inne nowotwory	35,0%
	choroby nienowotworowe	7,6%
L89	Owrzodzenie odleżynowe	4,1%
J96	Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej	1,4%
I42	Kardiomiopatia	1,2%
G12	Rdzeniowy zanik mięśni i zespoły pokrewne	0,2%
I43	Kardiomiopatia w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	0,1%
	Inne choroby nienowotworowe	0,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Dane NFZ za okres 01.01.2015 do 30.06.2018 dla wskazanych produktów kontraktowych

Tabela 6. Liczba i odsetek pacjentów z poszczególnymi kategoriami rozpoznań w podziale na świadczenia w hospicjum stacjonarnym, domowym oraz poradni medycyny paliatywnej w okresie od 01.01.2015 do 30.06.2018.

Rozpoznanie	hospicjum stacjonarne/oddział medycyny paliatywnej		hospicjum domowe		poradnia	
	pacjenci		pacjenci		pacjenci	
	liczba	odsetek	liczba	odsetek	liczba	odsetek
Nowotwory	96 531	85,30%	159 604	96,19%	41 135	96,06%
Odleżyny	8 820	7,79%	3 768	2,27%	593	1,38%
Choroby układu krążenia	3 686	3,26%	643	0,39%	161	0,38%
Choroby układu oddechowego	3 183	2,81%	1 322	0,80%	227	0,53%
Choroby neurologiczne	632	0,56%	525	0,32%	284	0,66%
inne	312	0,28%	72	0,04%	423	0,99%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Dane NFZ za okres 01.01.2015 do 30.06.2018 dla wskazanych produktów kontraktowych

4.2. Przegląd objawów i zespołów chorobowych wraz z metodami terapeutycznymi

4.2.1. Choroby układu oddechowego

4.2.1.1. Duszność (ICD-10: R06.0)

Duszność jest subiektywnym odczuciem braku powietrza, trudności w oddychaniu lub zadyszki, zależnym od czynników fizjologicznych, środowiskowych, psychologicznych i społecznych. U osób chorych występuje już przy niewielkim wysiłku lub w spoczynku i często towarzyszy jej lęk, poczucie zagrożenia oraz pogorszenie jakości życia. Duszność może mieć charakter ostry (np. wskutek aspiracji ciała obcego) lub przewlekły w przebiegu:

- przewlekłych chorób płuc (np. POChP, rak płuca, przerzuty nowotworowe);
- ostro przebiegających chorób układu oddechowego (np. zaostrzenia przewlekłych chorób układu oddechowego, odma opłucnej);
- schorzeń pozapłucnych (np. niewydolność sercowo-naczyniowa, kardiomiopatia po chemioterapii, choroby neurologiczno-mięśniowe);
- stany współistniejące z przewlekłymi chorobami układu oddechowego (np. masywne nacieki, wysięk w opłucnej lub w worku osierdziowym, wyniszczenie, niedokrwistość);
- chorób układowych tkanki łącznej tj. reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), Zespół Sjörgena, toczeń rumieniowaty układowy, ziarniniakowatość Wegenera, twardzina układowa.

Przed włączeniem leczenia zaleca się ocenę nasilenia duszności za pomocą skali oceny duszności (np. zmodyfikowana skala nasilenia duszności mMRC (*modified Medical Research Council*), Tabela 7., skala Borga).

W paliatywnym leczeniu duszności należy uwzględnić, że u jej podłoża może leżeć kilka przyczyn. Leczenie obejmuje:

- Metody farmakologiczne:
 - Leki rozszerzające oskrzela (leki pobudzające receptory b2 mięśni gładkich oskrzeli, leki blokujące receptory muskarynowe i pochodne teofiliny);
 - Systemowe glikokortykosteroidy (sGKS) należy rozważyć w przypadku zaostrzeń zaawansowanych chorób obturacyjnych i śródmiąższowych, w zaawansowanym raku płuca w przypadku popromiennego (lub po chemioterapii) zapalenia mięszu płuc, nowotworowego naciekania limfatycznego zrzębu płuc, zespołu żyły głównej górnej;

- Benzodwuzepiny - w objawowym leczeniu duszności u chorych na nowotwory oraz w schyłkowym okresie innych chorób, szczególnie z towarzyszącym lękiem (ze względu na brak wystarczających dowodów na ich skuteczność rozważa się je jako leki drugiego lub trzeciego wyboru, jeśli duszności nie opanowano morfiną i metodami nefarmakologicznymi);
- Opioidy podawane doustnie lub parenteralnie - opioidem z wyboru w leczeniu duszności jest morfina, przy mniejszym nasileniu także kodeina lub dihydrokodeina, u pacjentów z niewydolnością nerek zaleca się hydromorfon lub oksykodon;
- Leczenie chirurgiczne:
 - Usunięcie pęcherzy rozedmowych lub chirurgiczne zmniejszenie objętości płuc w przypadku rozedmy lub POChP;
 - Przeszczepienie płuc – włóknienie płuc, mukowiscydoza, POChP;
 - Torakocenteza, drenaż opłucnej, pleurodeza – przewlekły wysięk opłucnowy u pacjentów z zaawansowanym rakiem płuca, międzybłoniakiem, przerzutami do opłucnej;
 - Zabiegi wewnątrzoskrzelowe (np. brachyterapia) – wewnątrzoskrzelowe nacieki w zaawansowanym raku płuca;
 - Stenty wewnątrzoskrzelowe – zwężenie oskrzeli lub tchawicy.

U chorych w terminalnej fazie choroby ze stałą spoczynkową dusznością ulgę mogą przynosić pielęgnacyjne zabiegi, np. nawiew powietrza z ręcznego wentylatora, zapewnienie wygodnej pozycji, uspokojenie chorego, udzielenie wsparcia przez pielęgniarkę.¹⁹

Tabela 7. Zmodyfikowana skala nasilenia duszności mMRC (*modified Medical Research Council*).

Zmodyfikowana skala nasilenia duszności mMRC	
0	duszność występuje jedynie podczas dużego wysiłku fizycznego
1	duszność występuje podczas szybkiego marszu po płaskim terenie lub wchodzenia na niewielkie wzniesienie
2	z powodu duszności chory chodzi wolniej niż rówieśnicy lub idąc we własnym tempie po płaskim terenie, musi się zatrzymać dla nabrania tchu
3	po przejściu ~100 m lub po kilku minutach marszu po płaskim terenie chory musi się zatrzymać dla nabrania tchu
4	duszność uniemożliwia choremu opuszczenie domu lub występuje przy ubieraniu się lub rozbieraniu

Źródło: <https://www.mp.pl/interna/table/B16.1.11-1> [data dostępu, 11.02.2019]

4.2.1.2. Niewydolność oddechowa (ICD-10: J96)

Niewydolność oddechowa to stan, w którym zaburzenia czynności jednego lub kilku elementów układu oddechowego upośledzają wymianę gazową w płucach, co prowadzi do:

- Hipoksemii - obniżenia ciśnienia parcjalnego tlenu w krwi tętniczej - $[PaO_2] < 60 \text{ mm Hg}$ $[8,0 \text{ kPa}]$,
- Hiperkapni - podwyższenia ciśnienia parcjalnego dwutlenku węgla w krwi tętniczej - $[PaCO_2] \geq 45 \text{ mm Hg}$ $[6,0 \text{ kPa}]$

Do objawów podmiotowych zalicza się:

- duszność wysiłkową lub spoczynkową i zmniejszoną tolerancję wysiłku;
- w przypadku hiperkapni senność i ból głowy;
- objawy choroby podstawowej.

Objawy przedmiotowe obejmują:

- konsekwencje hipoksemii tj. sinica, tachykardia, oddech przyśpieszony, palce pałeczkowate, objawy niewydolności prawej komory serca;
- przy hiperkapni poszerzenie naczyń krwionośnych – zaczerwienienie spojówek i skóry;
- objawy zwiększenia wysiłku mięśni oddechowych – przerost tych mięśni, wdechowe ustawienie klatki piersiowej;
- objawy choroby podstawowej.

Niewydolność oddychania klasyfikowana jest według:

- czasu - szybkości, z jaką pojawiają się zaburzenia w składzie gazów krwi tętniczej:

¹⁹ Jassem E. i wsp., Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące opieki paliatywnej w przewlekłych chorobach płuc, *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2012; 80, 1: 41–64

- **ostra** (np. zespół ostrej niewydolności oddychania (ARDS - *acute respiratory distress syndrome*), ostre uszkodzenie płuc (ALI - *acute lung injury*)).
- **przewlekła** – POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc), mukowiscydoza, przewlekłe choroby śródmiąższowe płuc, nowotwory układu oddechowego pierwotne i przerzutowe, ciężka kifoskolioza, skrajna otyłość, choroby układu nerwowego i mięśni (np. stwardnienie boczne zanikowe, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, dystrofie mięśniowe), choroby układu sercowo-naczyniowego – przewlekła zatorowość płucna, siniczne wady serca i dużych naczyń, przewlekła niewydolność serca.
- patofizjologii:
 - hipoksemiczna (bez hiperkapnii – częściowa; typ 1):
 - niewydolność serca:
 - kardiomiopatia,
 - zator tętnicy płucnej,
 - stenozą mitralną,
 - niewydolność wątroby z hipoalbuminemią,
 - zespół nerczycowy,
 - ARDS spowodowany:
 - infekcjami bakteryjnymi lub wirusowymi,
 - inhalacją czynników drażniących (aspiracja treści żołądkowej, wdychanie substancji toksycznych),
 - endo- i egzogennymi substancjami transportowanymi przez krew (histamina, endotoksyny bakteryjne, jad węża),
 - zewnątrzpochodnymi czynnikami fizycznymi (uraz głowy lub klatki piersiowej, popromienne zapalenie płuc),
 - chorobami krwi (zespół wykrzepiania śródnaczyniowego - DIC - *disseminated intravascular coagulation*),
 - reakcje immunologiczne,
 - ostre krwotoczne zapalenie trzustki;
 - niewydolność układu limfatycznego płuc (np. po przeszczepie płuc, w przebiegu *lymphangitis carcinomatosa*).
 - hipoksemiczno-hiperkapniczną (całkowita; typ 2).

W przebiegu POChP wyróżnia się dwie grupy pacjentów różniące się nasileniem duszności. Są to:

1. „blue bloater”, czyli „sini dmuchacze”, u których duszność jest mało nasiloną i chorzy mają mały napęd oddechowy. Pacjenci są otyli, ale tolerancja wysiłku fizycznego jest dobra. Występuje hipoksemia, która powoduje sinicę, przez co chorzy mają siny (niebieskawy) kolor skóry. Dochodzi do niedostatecznej wentylacji płuc, co wywołuje hiperkapnię inicjującą przewlekłą niewydolność prawokomorową. Wtedy przyczyną śmierci zazwyczaj jest niewydolność serca.
2. „pink puffer”, czyli „różowi sapacze”, którzy mają stałe uczucie duszności, duży napęd oddechowy, złą tolerancję wysiłku fizycznego. U chorych występuje hiperwentylacja, na skutek czego skład gazów we krwi jest prawidłowy. W tej grupie pacjenci są chudzi. Występuje kacheksja. Czasami w wyniku zaostrzenia choroby, dochodzi do niewydolności oddechowej, co może skutkować śmiercią.^{20,21}

Niewydolność ostra z hipoksemią i prawidłowym/obniżonym PaCO₂:

- zwiększone ciśnienie w kapilarach płucnych:
 - kardiogeny obrzęk płuc (niewydolność lewej komory serca, stenozą mitralną);
 - przeciążenie płynami;
 - choroby żył płucnych.
- zwiększona przepuszczalność kapilar płucnych:
 - infekcje: wstrząs septyczny, wirusowe zapalenie płuc, bakteryjne zapalenie płuc, gruźlica, infekcja grzybicza;
 - pourazowa niewydolność płuc;
 - aspiracja treści żołądkowej, tonięcie, zapalenie trzustki;
 - zator tłuszczowy, inhalacja dymu, inhalacja chemikaliów;
 - przedawkowanie leków, reakcja po transfuzji.
- przyczyny prawdopodobne:

²⁰ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika, Medycyna Praktyczna, Kraków 2018, s. 691-694.

²¹ <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.3.6>. [data dostępu: 15.01.2019]

- neurogeny obrzęk płuc;
- obrzęk płuc w przebiegu ostrej choroby wysokogórskiej;
- zator tętnicy płucnej.

Zaostrzenia przewlekłej lub ostrej niewydolności oddechowej z hipoksemią i hiperkapnią:

- upośledzona czynność dróg oddechowych:
 - infekcje: ostre lub przewlekłe zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc, rozstrzenie oskrzeli;
 - podrażnienie oskrzeli: astma, wziewne czynniki drażniące.
- upośledzenie czynności ośrodkowego układu nerwowego:
 - sedacja, udar mózgu, nowotwór mózgu, infekcja;
 - zaburzenia oddychania w czasie snu.
- nieprawidłowa neurotransmisja nerwowomięśniowa:
 - zespół Guillaina-Barrégo, myastenia,
 - stwardnienie zanikowe boczne;
 - uraz rdzenia kręgowego,
 - zatrucie fosforem organicznym,
 - tężec, botulizm, dystrofie mięśniowe, poliomielitis,
 - hipofosfatemia, hipokaliemia, ostra napadowa porfiria.

W leczeniu ostrej niewydolności oddechowej stosuje się leczenie:

- nefarmakologiczne:
 - tlenoterapię w celu zwalczania hipoksemii;
 - wentylację mechaniczną płuc: inwazyjną lub nieinwazyjną;
- farmakologiczne, zależne od przyczyny np. leczenie przeciwdrobnoustrojowe;
- inwazyjne:
 - udrożnienie dróg oddechowych (intubacja, konikotomia, tracheotomia);
 - przyczynowe, np. odbarczenie odmy opłucnowej, usunięcie płynu z jamy opłucnej;
 - pozaustrojowe wspomaganie oddychania (ECLA - *extracorporeal lung assist*, ECMO - *extracorporeal membrane oxygenation*).^{22,23}

Tlenoterapia (leczenie tlenem) jest stosowane w przewlekłej i ostrej niewydolności oddechowej. Wskazaniem w stanach ostrych jest saturacja <90%.

Przewlekłe leczenie tlenem (domowe leczenie tlenem – DLT, tlenoterapia domowa) stosuje się w zaawansowanej przewlekłej niewydolności oddechowej (spowodowanej najczęściej POChP, rzadziej rozstrzeniami oskrzeli, samoistnym włóknieniem płuc lub mukowiscydozą); czasem także u chorych z przewlekłą niewydolnością serca lub zaawansowaną chorobą nowotworową. Podczas stosowania DLT należy dążyć do uzyskania PaO₂ >60 mm Hg, przyjmowania tlenu ≥15 h/d, a najlepiej przez całą dobę. Przepływ tlenu powinien być dostosowany indywidualnie, na podstawie wyników badania gazometrycznego (powinien mieścić się w przedziale 0,5–3,0 l/min), podczas snu i w trakcie wysiłku fizycznego przepływ tlenu powinien być zwiększony o 1 l/min.

Sprzęt do tlenoterapii:

- źródło tlenu:
 - w warunkach szpitalnych: źródła czystego tlenu (tlen ciekły lub gazowy, sprężony w butlach o różnej pojemności), dostarczany do pacjenta przez centralną instalację tlenową lub z przenośnej butli;
 - w tlenoterapii domowej: koncentratory – zwiększają stężenie tlenu pobieranego z otaczającego powietrza (do 85–95%) i dostarczają go w sposób ciągły choremu; rzadziej stosuje tlen gazowy sprężony lub ciekły w butlach.
- przepływomierz z możliwością regulacji – podłączony do gniazda centralnej instalacji tlenowej, butli lub koncentratora, pozwala uzyskać pożądaną zawartość tlenu w mieszaninie wdychanych gazów;
- maski i cewniki tlenowe:
 - standardowy cewnik donosowy (tzw. wąsy tlenowe) umieszczany w obydwu nozdrzach przednich;
 - maski proste (zwykłe);
 - maski z dyszami (zastawkami) Venturiego;

²² <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.3.1>. [data dostępu: 15.12.2018]

²³ <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.IV.24.20>. [data dostępu: 19.12.2018]

- o maski częściowo zwrotne (z workiem rezerwuarowym bez zastawki uniemożliwiającej mieszanie się powietrza z czystym tlenem);
- o maski bezzwrotne (z workiem rezerwuarowym i zastawką uniemożliwiającą mieszanie się powietrza z czystym tlenem);
- o worki samorozprężalne z maską twarzą – służą zwykle do ręcznego wspomaganie wentylacji i wentylacji zastępczej;
- o cewnik donosowy z dużym przepływem gazów;
- dreny łączące – w przypadku stacjonarnych koncentratorów w domu dopuszcza się długość do 12 m;
- urządzenia do nawilżania i ogrzewania gazów oddechowych – korzystne przy oddychaniu mieszaniną o dużej zawartości tlenu przez maskę; należy zachować właściwy poziom higieny podczas nawilżania z uwagi na ryzyko zakażeń układu oddechowego.

Powikłania tlenoterapii obejmują:

- działania niepożądane tlenu – tj. toksyczne działanie tlenu na tkanki przy stężeniu >50, które może powodować zespoły objawów tj.:
 - o zapalenie tchawicy i oskrzeli (zmiany zapalne z nadmierną suchością błony śluzowej i upośledzeniem oczyszczania śluzowo-rzęskowego),
 - o niedodma absorpcyjna (podczas oddychania 100% tlenem dochodzi do wypłukiwania azotu, który zapobiega m.in. zapadaniu się pęcherzyków płucnych, a tlen zastępujący azot ulega szybkiej absorpcji),
 - o ostre uszkodzenie płuc (niemożliwe do wyróżnienia wobec zmian patologicznych, które zmuszają do leczniczego stosowania tlenu w dużym stężeniu), dysplazja oskrzelowo-płucna (u noworodków).
- następstwa oddychania suchą i zimną mieszaniną gazów tj. wysychanie i owrzodzenia błon śluzowych, upośledzenie transportu śluzowo-rzęskowego, zaleganie wydzieliny i zwiększenie jej gęstości, skurcz oskrzeli, zakażenia.^{24,25}

Przewlekła wentylacja mechaniczna (najlepiej w domu) – w wybranych przypadkach (głównie choroby nerwowo-mięśniowe i POChP), w miarę możliwości nieinwazyjna. Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna (NWM, NIV – *non-invasive ventilation*) polega na wspomaganie oddechów pacjenta przez respirator podłączony przez maskę twarzą, nosową, ustną lub nosowo-ustną. Do NWM wykorzystywane są respiratory wytwarzające dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych (nieinwazyjna wentylacja mechaniczna dodatnim ciśnieniem (NIPPV - *non-invasive positive pressure ventilation*)):

- wentylacja ze stałym dodatnim ciśnieniem w drogach oddechowych (*continuous positive airway pressure* - CPAP), gdzie respirator utrzymuje dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe – pomaga zwalczyć hipoksemię i zmniejsza wysiłek oddechowy;
- wentylacja dwufazowym ciśnieniem dodatnim (*bilevel positive airway pressure* – BiPAP), gdzie respirator utrzymuje podczas wdechu dodatnie ciśnienie wyższe niż dodatnie ciśnienie wydechowe.^{26,27}

Wskazaniem do zastosowania NWM są:

- hiperkapniczna niewydolność oddychania (z przyczyn płucnych (POChP) lub pozapłucnych, zdekompensowany zespół bezdechu we śnie);
- hipoksemiczna niewydolność oddechowa.

W praktyce NWM jest stosowana najczęściej u chorych na POChP w okresie hiperkapnicznej niewydolności oddechowej. Korzyści ze stosowania NWM odnoszą także chorzy z kardiogennym obrzękiem płuc, z zapaleniem płuc, z upośledzeniem układu odpornościowego, pooperacyjną niewydolnością oddechową, po urazach klatki piersiowej, a także pacjenci opieki paliatywnej, u których zastosowanie NWM zmniejsza duszność.²⁸

Stosowanie NWM powinno być wprowadzane u pacjentów:

- z POChP gdy pH <7,35 i pCO₂ > 50 mmHg oraz częstości oddechów powyżej 23/min;

²⁴ <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.3.1.>, [data dostępu: 15.12.2018]

²⁵ <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.IV.24.20.>, [data dostępu: 19.12.2018]

²⁶ Szczekiel K.A. (red.), *Interna Szczekiel ka...* op.cit., s. 855-872.

²⁷ Szyszka L.A., *Domowe leczenie tlenem w przewlekłej niewydolności oddychania*, *Forum Medycyny Rodzinnej* 2013, tom 7, nr 1, 23–28

²⁸ Rochweg B. i wsp., *Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure*, *Eur Respir J* 2017; 50: 1602426; DOI: 10.1183/13993003.02426-2016

- z chorobami nerwowo-mięśniowymi przy zaostrzeniach, np. przy infekcji dróg oddechowych z towarzyszącym przyspieszeniem oddechów $>20/\text{minutę}$, gdy pojemność życiowa płuc wynosi < 1 litra lub $\text{pH} < 7,35$ i $\text{pCO}_2 > 50$ mmHg;
- przy narastającej niewydolności oddechowej w zaostrzeniach astmy lub zapaleniu płuc pacjent powinien zostać skierowany do oddziału intensywnej terapii w celu oceny konieczności zastosowania wentylacji inwazyjnej.²⁹

NWM z dodatnim ciśnieniem w drogach oddechowych może być wsparciem dla DLT i alternatywą dla inwazyjnej wentylacji mechanicznej. Zastosowanie NWM w leczeniu paliatywnym może stosunkowo szybko zmniejszać uczucie duszności u chorych z hiperkapniczną niewydolnością oddychania i w schyłkowej fazie choroby nowotworowej.³⁰

Inwazyjna wentylacja mechaniczna (IWM) wymaga intubacji dotchawiczej lub tracheostomii i powinna być prowadzona na oddziałach intensywnej terapii. Wskazaniem do IWM jest nieopanowana innymi metodami niewydolność oddechowa, której przyczyny są potencjalnie odwracalne. W przypadku pacjentów ze skrajną niewydolnością oddechową, brakiem możliwości wyleczenia i w sytuacji, gdy śmierć jest nieuchronna, a mechaniczna wentylacja płuc nie przynosi efektu i równocześnie naraża chorego na cierpienie, zastosowanie IWM może stać się terapią uporczywą, przedłużającą proces umierania. Z uwagi na trudność odróżnienia zaostrzenia choroby od jej postępu do krańcowego stadium, decyzja o podjęciu leczenia inwazyjnego albo odstąpieniu od niego powinna być podejmowana przez konsylium lekarzy znających przebieg choroby i skuteczność wcześniejszego leczenia w porozumieniu z chorym i jego bliskimi. Badanie przeprowadzone w Europie wskazuje, że decyzję o niestosowaniu IWM lekarze podejmują głównie w sytuacji małego prawdopodobieństwa przeżycia chorego oraz w przypadku znikomej szansy na poprawę jego złego stanu ogólnego. Równocześnie rozmowy z chorymi na terminalne stadia chorób płuc i ich bliskimi na temat stosowania lub rezygnacji z IWM są przeprowadzane zbyt rzadko.^{31,32}

Rehabilitacja dostosowuje się do przyczyny niewydolności oddechowej, może obejmować: fizjoterapię oddechową (m.in. drenaż ułożeniowy), postępowanie ogólnousprawniające (rehabilitacja ruchowa, trening fizyczny) i edukację chorego oraz jego bliskich.

Leczenie choroby podstawowej.^{33,34,35}

4.2.1.3. Kaszel (ICD-10: R05)

Kaszel jest odruchem złożonym polegającym na usunięciu zalegających w płucach i oskrzelach substancji wraz z prądem wydychanego powietrza. Jest to natężony wyrzut powietrza objawiający się swoistym odgłosem. Według Europejskiego Towarzystwa Oddechowego (ERS) przewlekły kaszel jest definiowany jako objaw trwający dłużej niż 8 tygodni. Jego nasilenie może być różne: od pojedynczych pokasływań do długotrwałych, męczących napadów, które nawet mogą spowodować utratę przytomności i inne groźne powikłania takie jak: odruchy wymiotne, tzw. złamanie kaszlowe żeber, odma opłucnej, nasilenie duszności, krwawienie płucne, nietrzymanie moczu. Kaszel może występować u nawet 60% pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego. Może on nasilać ból w klatce piersiowej zwłaszcza, u których rozpoznano nowotwór płuca.

Przyczyny: rak płuca, POChP i inne. Kaszel powstaje w wyniku bodźców przekazywanych z błony śluzowej górnych dróg oddechowych, oskrzeli, mięszu płucnego, ściany klatki piersiowej. Są tam umiejscowione receptory wrażliwe na różnego rodzaju bodźce, np. czynniki chemiczne, drobnoustroje, zbyt zimne/ciepłe powietrze itp. Pobudzenie receptorów skutkuje wydzielaniem neuropeptydów podtrzymujących zapalenie neurogenne. Bodźce prowadzą do zmiany wzorca oddychania co klinicznie objawia się kaszlem.

²⁹ Davidson C. i wsp., BTS/ICS Guidelines for the Ventilatory Management of Acute Hypercapnic Respiratory Failure in Adults, Thorax 2016; 71:ii1–ii35

³⁰ Jassem E. i wsp., Zalecenia Polskiego Towarzystwa... op.cit.

³¹ <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.3.1>. [data dostępu: 15.12.2018]

³² Jassem E. i wsp., Zalecenia Polskiego Towarzystwa... op.cit.

³³ <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.3.1>. [data dostępu: 15.12.2018]

³⁴ <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.IV.24.20>. [data dostępu: 19.12.2018]

³⁵ Przewlekła niewydolność oddechowa, 2011, Stanowisko Komisji Chorób Układu Oddechowego Komitetu Patofizjologii Klinicznej Polskiej Akademii Nauk

Leczenie przyczynowe powinno zostać podjęte w każdym przypadku przewlekłego kaszlu. Na leczenie paliatywne składa się radioterapia i/lub leczenie farmakologiczne, do którego zaliczamy:

- leki nieopiodowe,
- opioidy: najczęściej kodeina, morfina, dekstrometorfan – łagodzą kaszel,
- glikokortykosteroidy systemowe i wziewne,
- niestandardowe – stosowane w przypadkach opornych na terapię standardową.

Oprócz tego powinna być wdrożona rehabilitacja oddechowa, która nauczy chorego skutecznego odkrztuszania. Nie powinno się oklepywać płuc, aby nie pogorszyć czynności płuc.^{36,37}

4.2.2. Choroby układ krążenia

4.2.2.1. Niewydolność serca (ICD-10: I50)

Niewydolność serca (*heart failure* – HF) – zespół typowych objawów podmiotowych (tj. duszność, obrzęki kończyn dolnych, obniżenie tolerancji wysiłku) będący końcowym etapem większości chorób sercowo-naczyniowych. W wyniku zaburzenia czynności serca dochodzi do zmniejszenia pojemności minutowej serca w stosunku do zapotrzebowania metabolicznego tkanek ustroju, bądź właściwa pojemność minutowa jest utrzymywana dzięki podwyższeniu ciśnienia napełniania, co powoduje objawy kliniczne. Klasyfikacja ciężkości objawów w niewydolności serca jest oceniana wg skali NYHA (Tabela 8.)

Przewlekła niewydolność serca (PNS) w zależności od przebiegu może być stabilna (bez istotnych zmian nasilenia objawów w okresie ok. 1 miesiąca), pogarszająca się lub niewyrównana.

Przyczyną są choroby serca zaburzające napełnianie lub wyrzut krwi z komory (lub komór).

Podstawowe mechanizmy prowadzące do PNS:

- pierwotne upośledzenie kurczliwości spowodowane chorobą niedokrwinną serca lub kardiomiopatią rozstrzeniową o różnej etiologii, uszkodzeniem lub utratą kardiomiocytów (np. zawał, zakażenia, zaburzeniami odżywiania);
- przeciążenie ciśnieniowe lub objętościowe komór – skutek nadciśnienia tętniczego lub wad serca;
- upośledzenie rozkurczu – skutek chorób osierdzia, przerostu mięśnia sercowego, kardiomiopatii restrykcyjnej lub przerostowej;
- tachyarytmie (najczęściej migotanie przedsionków) lub bradyarytmie.

Etiologia HF jest zróżnicowana, nie istnieje jeden spójny system klasyfikacji przyczyn HF, częściowo się ona pokrywają, a u licznych chorych występuje wiele różnych nieprawidłowości. Przyczyny HF:

1. Choroby mięśnia sercowego:
 - choroba niedokrwinną serca (blizna po zawale, mięsień ogłuszony/hibernowany, choroby dużych naczyń, zaburzenia mikrokrążenia wieńcowego, dysfunkcja śródbłonna);
 - uszkodzenia toksyczne (nadużywanie substancji psychoaktywnych, leki, metale ciężkie, napromienianie)
 - uszkodzenie związane z zapaleniem i reakcją immunologiczną (infekcje bakteryjne, wirusowe, grzybicze, zakażenia pierwotniakami lub niezwiązane z infekcją, np. choroby autoimmunologiczne, reakcje nadwrażliwości);
 - choroby naciekowe związane z nowotworem złośliwym lub niezwiązane z nowotworem złośliwym (amyloidoza, sarkoidoza);
 - zaburzenia metaboliczne (choroby tarczycy, cukrzyca, zespół metaboliczny, niedobory pokarmowe);
 - zaburzenia genetyczne.
2. Zaburzenia obciążenia wstępnego i następczego:
 - nadciśnienie tętnicze;
 - choroby zastawek i strukturalne nieprawidłowości mięśnia sercowego (nabyte lub wrodzone);
 - choroby osierdzia i wsierdzia;
 - przewodnienie (np. niewydolność nerek);
3. Zaburzenia rytmu serca – tachyarytmie, bradyarytmie.

³⁶ de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), *Medycyna Paliatywna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, s. 131-134

³⁷ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), *Pielęgniarstwo opieki...* op.cit., s. 50-52

Klasyfikacja oparta na pomiarach frakcji wyrzutowej lewej komory (LVEF):

HF ze zmniejszoną frakcją wyrzutową, LVEF <40%, (*heart failure with reduced ejection fraction – HF-REF*) jest najczęściej konsekwencją choroby wieńcowej (2/3 pacjentów). Do wystąpienia HF-REF predysponują także:

- źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze,
- wady zastawkowe,
- kardiomiopatie,
- przebyte infekcje wirusowe,
- nadużywanie alkoholu,
- chemioterapia.

HF z zachowaną frakcją wyrzutową, LVEF ≥50%, (*heart failure with preserved ejection fraction – HF-PEF*) u której podłoża leży głównie nadciśnienie tętnicze. Pacjenci z HF-PEF są starsi (częściej kobiety), występują u nich choroby współistniejące (cukrzyca, zespół metaboliczny, dysfunkcja nerek, otyłość, choroby płuc, nadciśnienie płucne, bezdech senny), częściej stwierdza się migotanie przedsionków, rzadziej przeżyty zawał serca.

HF z pośrednią frakcją wyrzutową, LVEF 40–49% (*heart failure with midrange ejection fraction - HFmrEF*) o profilu etiologicznym przypominającym HF-PEF. W zależności od występowania objawów HF określa się jako:

- lewokomorową (zastój w krążeniu małym):
 - objawy podmiotowe: duszność po położeniu się, duszność nocna, kaszel, duszność podczas schylania się,
 - objawy przedmiotowe: trzeszczenia, rżżenia, świsty w czasie osłuchiwania płuc;
- prawokomorową (zastój w krążeniu dużym):
 - objawy podmiotowe: obrzęki stóp, w okolicy kostek lub w okolicy kości krzyżowej u osób leżących, powiększenie wątroby z uczuciem rozpierania i bólem, nocne oddawanie moczu, brak apetytu, nudności, zastoje żyłne narządach jamy brzusznej prowadzące do zaparć, zespołu upośledzonego wchłaniania, niedożywienia, a w zaawansowanej HF do kacheksji sercowej ;
 - objawy przedmiotowe: obecność płynu w jamach ciała, powiększenie i tkiwość wątroby lub jej stwardnienie w wieloletniej HF, niewielkie zażółcenie skóry, nadmierne wypełnienie żył szyjnych, refluks wątrobowo-szyjny.
- obukomorową.

Tabela 8. Klasyfikacja niewydolności serca wg New York Heart Association (NYHA).

Klasa	Wydolność wysiłkowa
I	bez ograniczeń – zwykły wysiłek fizyczny nie powoduje większego zmęczenia, duszności ani kołatania serca
II	niewielkie ograniczenie aktywności fizycznej – bez dolegliwości w spoczynku, ale zwykła aktywność powoduje zmęczenie, kołatanie serca lub duszność
III	znaczne ograniczenie aktywności fizycznej – bez dolegliwości w spoczynku, ale aktywność mniejsza niż zwykła powoduje wystąpienie objawów
IV	każda aktywność fizyczna wywołuje dolegliwości; objawy podmiotowe niewydolności serca występują nawet w spoczynku, a jakkolwiek aktywność nasila dolegliwości

Źródło: <https://www.mp.pl/interna/table/B16.2.19-1>. [data dostępu: 11.02.2019]

HF ze zwiększoną pojemnością minutową serca jest konsekwencją stanu krążenia hiperkinetycznego – cięża, ciężka niedokrwistość (stężenie hemoglobiny <8 g/dl), nadczynność tarczycy, duże wrodzone lub nabyte przetoki tętniczo-żyłne w krążeniu dużym, zaawansowana marskość wątroby, pierwotna lub wtórna czerwienica, choroba Pageta, choroba beri-beri, zespół rakowiaka. Na ogół PNS rozwija się, gdy krążenie hiperkinetyczne nakłada się na chorobę serca.

Przyczyny zaostrzeń HF: OZW (ostry zespół wieńcowy), zła kontrola ciśnienia tętniczego, tachyarytmie (najczęściej migotanie przedsionków) lub bradyarytmie, zatorowość płucna, zapalenie wsierdza i mięśnia sercowego, stany krążenia hiperkinetycznego, zakażenia (zwłaszcza zapalenie płuc), pogorszenie wydolności nerek, nieprzestrzeganie ograniczeń podaży sodu i płynów oraz zaleceń dotyczących rodzaju i dawek stosowanych leków, jatrogenne – nadmierna podaż sodu i płynów, stosowanie niektórych, zaburzenia czynności tarczycy (np. wywołane przez amiodaron);

Leczenie farmakologiczne HF-REF (zgodnie z wytycznymi) z wykorzystaniem:

- inhibitory konwertazy angiotensyny;

- antagoniści receptora dla angiotensyny;
- β -bloker;
- antagoniści receptora mineralokortykoidowego;
- leki moczopędne;
- antagoniści receptora dla angiotensyny i inhibitory neprilizyny;
- iwabradyna,
- glikozydy naparstnicy,
- wielonienasycone kwasy tłuszczowe ω -3

Leczenie inwazyjne - urządzenia wszczepialne w przypadku HF-REF:

- implantowane kardiowertery-defibrylatory;
- stymulator resynchronizujący;
- modulacja kurczliwości serca.

HF z zachowaną lub umiarkowanie zmniejszoną LVEF:

- kontrola, leczenie lub eliminacja czynników ryzyka i/lub chorób współistniejących;
- terapia nadciśnienia tętniczego;
- u cukrzyków uzyskanie stężenia hemoglobiny glikolowanej $<6,5\%$;
- leczenie chorób płuc;
- kontrola rytmu serca;
- leczenie migotania przedsionków;
- leczenie przewodnienia lub zastoju płucnego^{38,39,40}

Ostra niewydolność serca (ONS)

Przyczyny ONS:

- 1) powodujące szybkie narastanie objawów: np. OZW, przełom nadciśnieniowy, zaburzenia rytmu serca i przewodzenia, zatorowość płucna, tamponada serca, rozwarstwienie aorty, kardiomiopatia połogowa, kardiomiopatia wywołana stresem (takotsubo), powikłania zabiegów operacyjnych, prężna odma opłucnowa
- 2) powodujące wolniejsze narastanie objawów: zakażenia (w tym zapalenie mięśnia sercowego i infekcyjne zapalenie wsierdzia), zaburzenia metaboliczne i hormonalne (np. zaburzenia czynności tarczycy, guz chromochłonny, kwasica ketonowa w cukrzycy), przewodnienie, zespół dużego rzutu serca (ciężkie zakażenie, zwłaszcza sepsa, przełom tyreotoksyczny, niedokrwistość, przetoki tętniczo-żylne, choroba Pageta), nadciśnienie płucne, zaostrzenie PNS.⁴¹

Opieka paliatywna w HF zgodnie z aktualną koncepcją powinna być wdrożona na wczesnym etapie choroby, a następnie wzmocniana w miarę postępu choroby. Decyzje o przeniesieniu punktu ciężkości z leczenia przyczynowego na paliatywne powinny być podejmowane wspólnie przez pacjenta (ewentualnie jego rodzinę), kardiologa prowadzącego, pielęgniarkę i lekarza rodzinnego. Postępowanie paliatywne powinno być włączane w przypadku:

- postępującego spadku sprawności i braku samodzielności w zakresie większości aktywności życia codziennego;
- ciężkich objawów niewydolności serca i towarzyszącej temu niskiej jakości życia mimo stosowania właściwej farmakoterapii i innych metod leczenia;
- częstych hospitalizacji lub innych poważnych epizodów dekomensacji mimo optymalnego leczenia;
- wykluczenia możliwości przeszczepienia serca i mechanicznego wspomaganie krążenia;
- kacheksji sercowej;
- bliskiego końca życia w ocenie klinicznej.

Opieka paliatywna w HF ma na celu:

- poprawienie lub zachowanie jakości życia pacjenta i jego rodziny na najwyższym możliwym poziomie;

³⁸ <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.2.19>. [data dostępu: 15.12.2018]

³⁹ Wytyczne ESC dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca w 2016 roku, Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca, Kardiologia Polska 2016; 74, 10: 1037–1147

⁴⁰ Zasady postępowania w niewydolności serca, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Sekcji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Lekarz Rodzinny - Wydanie Specjalne, 2/2017

⁴¹ <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.2.19>. [data dostępu: 16.12.2018]

- ocenę objawów (z uwzględnieniem duszności i bólu) spowodowanych HF i chorobami współistniejącymi oraz zmniejszanie dolegliwości;
- zapewnienie opieki psychologicznej i duchowej, wsparcie emocjonalne dla pacjenta i jego rodziny zgodnie z potrzebami;
- planowanie zaawansowanej terapii z uwzględnieniem preferencji pacjenta co do miejsca zgonu i resuscytacji – np. uwzględnienie inaktywacji funkcji kardiowersji-defibrylacji urządzeń wszczepialnych, tj. implantowane kardiowertery-defibrylatory, przeprogramowanie ich w tryb stymulacji na żądanie bez możliwości wyładowań, co pozwala na uniknięcie dodatkowych cierpień, przy równoczesnym zapewnieniu pacjenta, że wyłączenie niektórych funkcji urządzenia nie spowoduje natychmiastowej śmierci.^{42,43}

Interwencje i terapie wpływające na zmniejszenie nasilenia objawów i poprawiające jakość życia:

- morfina - zmniejszenie duszności, opanowanie bólu i lęku;
- stosowanie leków moczopędnych w celu zmniejszenia przewodnienia i zastoiny, przy równoczesnej kontroli stanu nawodnienia, masy ciała, diurezy oraz gospodarki wodno-elektrolitowej;
- redukcja dawek leków stosowanych w HF obniżających ciśnienie tętnicze w celu utrzymania odpowiedniego natlenowania i obniżenia ryzyka upadków.
- racjonalizacja leczenia farmakologicznego w celu uniknięcia polipragmazji – pacjenci z HF w miarę postępu choroby przyjmują coraz większą ilość leków nie tylko kardiologicznych, ale także stosowanych w terapii chorób współistniejących, które wchodząc w interakcje zwiększają ryzyko występowania działań niepożądanych oraz hospitalizacji⁴⁴;
- optymalne jest prowadzenie leczenia paliatywnego w domu chorego i zapewnienie wsparcia dla całej rodziny.^{45,46}

4.2.2.2. Zaburzenia zakrzepowo-zatorowe (ICD-10: I80.2)

Zaburzenia zakrzepowo-zatorowe

U 50% pacjentów opieki paliatywnej występuje ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych. Nowotwory są częstą przyczyną żylną choroby zakrzepowo-zatorowej, VTE (*venous thromboembolizm*).

W przypadku chorób nowotworowych najczęstsze postaci zaburzeń zakrzepowo-zatorowych stanowią:

- zakrzepica żył głębokich;
- zatorowość płucna – zamknięcie/zwężenie tętnicy płucnej przez materiał zatorowy
- wędrujące zapalenie żył powierzchownych.⁴⁷

Trzy podstawowe przyczyny prowadzące do powstania zakrzepicy nazywa się Triadą Virchowa. Składają się na nie:

- 1) zaburzenia w przepływie krwi: unieruchomienie w łóżku, niedowład lub porażenie kończyn, zastój żylny na skutek ucisku przez guza, zastoinowa niewydolność krążenia,
- 2) uszkodzenie śródbłonna naczyniowego: naciek nowotworowy ściany naczynia z zewnątrz, wpływa chemio- lub radioterapii,
- 3) nieprawidłowości w składzie krwi: prokoagulanty i cytokiny produkowane przez komórki nowotworowe, zwiększona lepkość krwi, odwodnienie, niedotlenienie, niedokrwistość, zatory z komórek nowotworowych.

Zakrzepica żył głębokich, DVT (*deep vein thrombosis*) to powstanie zakrzepu w układzie żył głębokich (pod powięzią głęboką) kończyn dolnych, rzadziej górnych. Jest powikłaniem u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową.

Przebieg jest często bezobjawowy. Objawy zależą od stopnia zaawansowania i jej umiejscowienia. Może wystąpić:

- ból,
- obrzęk kończyny,

⁴² Sobański P. i wsp., Niewydolność serca jako cel dla medycyny paliatywnej, *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2010; 4, 4: 168–172

⁴³ Johnson M. J., Booth S., Opieka paliatywna nad pacjentami z przewlekłą niewydolnością serca i przewlekłą chorobą płuc, *Medycyna po Dyplomie*, Vol. 20/nr 1/styczeń 2011, 42-48

⁴⁴ Kowalczyk B. i wsp., Niewydolność serca - definicja, klasyfikacja, epidemiologia, objawy i leczenie, *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(11):352-367

⁴⁵ Wytyczne ESC dotyczące diagnostyki... op.cit.

⁴⁶ Zasady postępowania w niewydolności serca... op.cit.

⁴⁷ Ibidem

- tkliwość/bolesność uciskowa,
- ocieplenie kończyny,
- sinoczerwone zapalenie skóry,
- poszerzenie żył powierzchownych,
- czasem podwyższona temperatura ciała.

Czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych:

- cechy osobnicze:
 - wzrost ryzyka wraz z wiekiem, zwłaszcza >40 r.ż.,
 - otyłość, BMI (*body mass index*) >30 kg/m²,
 - żylna choroba zakrzepowo-zatorowa w wywiadzie rodzinnym,
 - płeć męska;
- stany kliniczne:
 - choroby nowotworowe: ryzyko wzrasta wraz z zaawansowaniem choroby oraz jest wyższe w przypadku glejaków, chłoniaków, nowotworów trzustki, jajnika, żołądka, wątroby, płuc,
 - długotrwałe unieruchomienie,
 - złamanie kości miednicy, udowej, podudzia,
 - przebyta żylna choroba zakrzepowo-zatorowa,
 - niewydolność oddechowa,
 - niewydolność serca,
 - sepsa, choroby infekcyjne,
 - żylaki kończyn dolnych;
- stosowane leczenie:
 - leczenie chirurgiczne,
 - chemio- i radioterapia,
 - hormonoterapia,
 - cewniki centralne.

DVT może prowadzić do powikłań takich jak zespół pozakrzepowy czy zator tętnicy płucnej (zamknięcie lub zwężenie tętnicy płucnej przez materiał zatorowy), poprzedzane przez objawy, np.: duszność, nagły ból w klatce piersiowej, kaszel, tachykardia, lęk, omdlenie.

Postępowanie:

Jeżeli przewidywany okres przeżycia jest krótki, skupia się na poprawie jakości życia, ale nie jego przedłużaniu. Leczenie farmakologiczne ustala się indywidualnie. Najczęściej stosuje się heparynę drobnocząsteczkową podawaną podskórnie, rzadziej – doustne antykoagulanty. Z metod niefarmakologicznych stosuje się ucisk.

Profilaktyka u osób z żylakami kończyn dolnych:

- pończochy uciskowe – zapobiegają obrzękom i zaleganiu krwi w naczyniach żylnych,
- ćwiczenia bierne i czynno-bierne – stymulują obwodową pompę mięśniową,
- uniesienie obwodowe kończyn dolnych (specjalne poduszki lub zrolowany koc) – wymuszają drenaż grawitacyjny żylny i limfatyczny; płaskie ułożenie kończyn sprzyja rozwojowi zakrzepicy.^{48,49}
-

4.2.3. Choroby nerek

4.2.3.1. Niewydolność nerek (ICD-10: N17–N19)

Niewydolność nerek

Niewydolność nerek dzieli się na:

- ostrą (ostre uszkodzenie nerek, AKI - *acute kidney injury*)
- przewlekłą (kod ICD10: N18)

Ostra niewydolność następuje niespodziewanie, oznaczając nagłe i często nieodwracalne osłabienie czynności nerek lub jej utratę, któremu towarzyszy zmniejszenie objętości wydalanego moczu poniżej 500 ml na dobę.⁵⁰

Przyczyny ostrej niewydolności nerek:

⁴⁸ de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), Medycyna... op.cit., s. 359-360

⁴⁹ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 209-213

⁵⁰ <https://www.mp.pl/pacjent/nefrologia/choroby/chorobyudoroslych/51918,ostra-niewydolnosc-nerek> [data dostępu: 02.01.2019]

- zmniejszenie przepływu krwi przez nerki, w wyniku jej utraty (krwotok) lub odwodnienia (biegunki, wymioty, oparzenia) lub ciężkiej niewydolności serca lub wstrząsu,
- uszkodzenie miąższu nerek,
- utrudnienie odpływu moczu z nerek poprzez niedrożność dróg moczowych w wyniku ich zablokowania przez kamień moczowy lub skrzep krwi albo w następstwie ucisku lub nacieku na drogi moczowe (nowotwory macicy, gruczołu krokowego, pęcherza moczowego).

Objawy ostrej niewydolności nerek:

Najbardziej charakterystycznym objawem ostrej niewydolności nerek jest zmniejszenie objętości oddawanego moczu (skąpomocz tj. dobową objętość moczu <500 ml), a nawet zupełny brak moczu (bezmocz tj. dobową objętość moczu <100 ml).

Pozostałe objawy ostrej niewydolności nerek zależą od przyczyny niewydolności nerek i należą do nich:

- wymioty,
- biegunka,
- odwodnienie,
- niewydolność serca,
- wstrząs,
- krwotoki,
- oparzenia,
- ciężkie zakażenia.

Leczenie ostrej niewydolności nerek:

Polega na leczeniu przyczyny, która doprowadziła do ostrej niewydolności nerek, tj.:

- zwiększenia przepływu krwi przez nerki poprzez podanie płynów odwodnionym chorym, leczenie wstrząsu, przetoczenie krwi,
- udrożnienie dróg moczowych poprzez założenie cewnika do pęcherza lub nerki, usunięcie kamienia moczowego,
- usunięcie czynnika, który działa toksycznie na nerki poprzez odstawienie leków, usunięcie glikolu etylowego lub alkoholu metylowego za pomocą hemodializy.

Przewlekłą niewydolnością nerek jest każde uszkodzenie nerek, które utrzymuje się dłużej niż 3 miesiące.

O uszkodzeniu nerek świadczy obecność nieprawidłowości:

- w badaniu moczu (białkomocz lub krwiomocz),
- w badaniach obrazowych nerek (np. torbiele),
- upośledzenie czynności nerek, na które wskazuje zmniejszenie przesączania kłębuszkowego (GFR) poniżej 60 mililitrów na minutę na 1,73 m² powierzchni ciała.

W zależności od wielkości GFR wyróżnia się 5 stadiów przewlekłej choroby nerek, gdzie każde wyższe stadium oznacza większe upośledzenie czynności nerek, poważniejsze zaburzenia oraz powikłania związane z ich niewydolnością. Ostatnie, piąte stadium, nazywane jest schyłkową niewydolnością nerek (tzw. mocznica). W tym przypadku konieczne jest leczenie nerkozastępcze.

Najczęstsze przyczyny przewlekłej niewydolności nerek:

- cukrzycowa choroba nerek (nefropatia cukrzycowa),
- kłębuszkowe zapalenie nerek,
- uszkodzenie nerek w wyniku nadciśnienia tętniczego (nefropatia nadciśnieniowa) i miażdżycy,
- cewkowośródmiaższowe choroby nerek,
- wielotorbielowate zwyrodnienie nerek,
- nefropatia niedokrwienna,
- nefropatia zaporowa,
- układowe choroby tkanki łącznej,
- sarkoidoza,
- amyloidoza,
- szpiczak plazmocytowy,
- zespół hemolitycznomocznicy,
- zespół Alporta,
- nefropatia HIV.

Rzadsze przyczyny przewlekłej niewydolności nerek:

- śródmiaższowe choroby nerek (np. odmiedniczkowe zapalenie nerek),

- kamica i uszkodzenie nerek wywołane innymi przeszkodami w odpływie moczu,
- wielotorbielowate zwyrodnienie nerek.

Bez względu na przyczynę, z czasem dochodzi do zmniejszenia liczby prawidłowo pracujących nefronów oraz zwłóknienia nerek. Przewlekła choroba nerek zwykle ma charakter postępujący, co oznacza, że w sposób nieunikniony prowadzi do pogarszania się czynności nerek.

Objawy:

Objawy zależą od przyczyny, która doprowadziła do uszkodzenia nerek oraz od nasilenia samej przewlekłej choroby nerek, tj. od jej stadium (Tabela 9).

Tabela 9. Objawy niewydolności nerek.

Objawy niewydolności nerek	
Ogólne	osłabienie, znużenie, szybkie męczenie się, drażliwość, utrata masy ciała, niedożywienie, u dzieci upośledzenie wzrastania
Skóra	sucha, blada lub szaro-brunatna, świąd, siniaki, obrzęki
Układ krążenia	nadciśnienie, zaburzenia akcji serca, duszność, zapalenie osierdzia
Układ pokarmowy	brak apetytu, zaburzenia smaku (metaliczny smak w ustach), nudności i wymioty, uporczywa czkawka, ból brzucha, krwawienie z przewodu pokarmowego, zaparcia, biegunka
Układ krwionośny	niedokrwistość, skaza krwotoczna (krwawienia z nosa)
Układ moczowy	częste oddawanie moczu (zwłaszcza w nocy), zmniejszenie ilości moczu, bezmocz, ból w okolicy nerek, białkomocz, krwiomocz
Układ kostny	bóle kości i stawów, częste złamania, zerwanie ścięgna
Układ nerwowy	zaburzenia koncentracji, pamięci, snu, drżenia, drętwienia lub mrowienia kończyn, zespół niespokojnych nóg
Gruczoły dokrewne	zaburzenia miesiączkowania, niepłodność

Źródło: <https://www.mp.pl/pacjent/nefrologia/choroby/chorobyudoroslych/51919,przewlekla-niewydolnosc-nerek> [data dostępu: 17.12.2018]

Sposoby leczenia:

Leczeniem zajmują się nefrolodzy, a podstawową metodą leczenia zaawansowanej niewydolności nerek jest dializoterapia i ewentualny przeszczep nerki. W przypadku zaawansowanych dolegliwości pacjenci wymagają leczenia paliatywnego. W przypadku odstąpienia od dializoterapii pacjenci są kwalifikowani do opieki hospicyjnej.

4.2.3.2. Nefropatia zaporowa

Nefropatia zaporowa – zmiany morfologiczne i czynnościowe układu moczowego związane z utrudnieniem odpływu moczu wskutek częściowej lub całkowitej niedrożności dróg moczowych (najczęściej moczowodów – niedrożność górnych dróg moczowych lub cewki moczowej – niedrożność dolnych dróg moczowych) spowodowanej m.in.:

- mechanicznymi przyczynami zewnętrznymi tj. rozrost i rak prostaty, nowotwory macicy, jajnika, okrężnicy, guzy pozaotrzewnowe, powiększone węzły chłonne;
- mechanicznymi przyczynami wewnętrznymi tj. nowotwory dróg moczowych, kamica nerkowa;
- przyczynami czynnościowymi tj. stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona.

Objawy nefropatii są zróżnicowane w zależności od lokalizacji przeszkody i obejmują ból oraz zaburzenia oddawania moczu. W konsekwencji utrudnionego odpływu moczu z nerki dochodzi do rozwoju wodonercza, tj. poszerzenia miedniczki i kielichów nerkowych.

Leczenie zależy od umiejscowienia przeszkody oraz przyczyny i stopnia upośledzenia czynności nerek. Interwencje mają na celu usunięcie lub ominięcie przeszkody utrudniającej odpływ moczu:

- operacje urologiczne;
- drenaż przezskórny lub cewnikowanie pęcherza moczowego;
- usuwanie złożeń.⁵¹

W przypadku utrudnionego odpływu moczu, nowotworów złośliwych układu moczowego, a także zmian po radioterapii u pacjentów wytwarzane są stomie (przetoki moczowo-skórne) poprzez połączenie nerki, moczowodu lub pęcherza moczowego ze skórą, często z wykorzystaniem wstawki jelitowej. Stomie mogą mieć charakter czasowy (wytwarzane zazwyczaj metodą nakłucia) u pacjentów z zastojem moczu w drogach moczowych lub definitywny, wykonywane chirurgicznie, w przypadku konieczności usunięcia pęcherza moczowego.⁵²

Stomie zakładane chirurgicznie w układzie moczowym:

⁵¹ <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.14.7>. [data dostępu: 18.12.2018]

⁵² Pikor K., Ławiński J., Urostomia - przetoka moczowo-skórna, Przegląd Urologiczny, 2007/6 (46)

- **Nefrostomia** – przetoka nerkowa wytworzona operacyjnie lub drogą przezskórną. Drogą przezskórną zakłada się dren, wprowadzając go do miedniczki nerkowej i przyszywając do skóry. Celem jej wykonania jest czasowe lub stałe odprowadzenie moczu z nerki, z której naturalny odpływ moczu jest niemożliwy wskutek zwężenia moczowodu (guz moczowodu, kamień), rozrostu nowotworu pęcherza moczowego, szyjki macicy lub stercza.
- **Cystostomia** – przetoka pęcherzowa, polegająca na nadłonowym odprowadzeniu moczu z pęcherza moczowego na skutek niedrożności, zwężenia cewki moczowej oraz niemożliwości założenia cewnika.
- **Urostomia** – przetoka moczowo-skórna polegająca na chirurgicznym połączeniu układu moczowego ze skórą, wykonywana w celu umożliwienia odpływu moczu z dróg moczowych w sytuacji, gdy oddawanie moczu drogą fizjologiczną nie jest możliwe z powodu przeszkody spowodowanej procesem chorobotwórczym w miednicy mniejszej (głównie nowotwory).
- **Ureterokutaneostomia** – polega na operacyjnym założeniu drenów do moczowodów z powodu przeszkody w odpływie moczu umiejscowionej poniżej.⁵³

Zaburzenia w odpływie moczu wymagają pilnych interwencji, w przypadku niemożności wykonania skutecznego zabiegu, rokowanie jest niepomyślne i zgon następuje w stosunkowo krótkim czasie.

4.2.3.3. Nietrzymanie moczu (ICD-10: R32)

Nietrzymanie moczu to niezamierzone, częściowe lub całkowite opróżnianie pęcherza moczowego. Może mieć charakter przejściowy lub trwały. Przyczyny przejściowego nietrzymania moczu:

- zaburzenia psychiczne: depresja, majaczenie,
- choroby układu nerwowego: napady padaczkowe,
- zapalenia cewki moczowej i błony śluzowej pochwy,
- wielomocz wskutek polidypsji, hiperkalcemii, moczówki prostej, hipokaliemii,
- leki moczopędne, przeciwdepresyjne, stosowane w chorobie Parkinsona.

Przyczyny trwałego nietrzymania moczu:

- długo utrzymujące się przejściowe nietrzymanie moczu,
- zmiany chorobowe w mięśni wypierającym pęcherz,
- częściowa niedrożność cewki moczowej,
- porażenie zwieracza cewki moczowej.⁵⁴

4.2.4. Choroby wątroby i trzustki

4.2.4.1. Ostra niewydolność wątroby (ICD-10: K72.0)

Ostra niewydolność wątroby

Nagle i szybko postępujące pogorszenie czynności wątroby u chorych, u których nie stwierdzano uprzednio przewlekłej choroby wątroby spowodowane przez m.in.:

- wirusy (WZW typu A, B, D, E), opryszczki pospolitej, cytomegalii, Epsteina-Barr, gorączek krwotocznych, paramyksowirusy;
- leki - hepatotoksyny właściwe (uszkodzające wątrobę w zależności od dawki - lub niezależne od dawki (idiosynkrazja)).
- toksyny – α -amanityna (muchomor sromotnikowy; najczęstsza przyczyna toksyczna), czterochlorek węgla i in.
- inne – wstrząs, niedokrwienie wątroby, choroba Wilsona, autoimmunologiczne zapalenie wątroby, zespół Reye'a, sepsa, zespół Budda i Chiarięgo, zakrzepica żyły wrotnej, ostre stłuszczenie wątroby u ciężarnych i zespół HELLP.

Objawy: początkowo na ogół niecharakterystyczne, np. utrata łaknienia, biegunka, gorączka, osutka. Kluczowym objawem jest encefalopatia o różnym nasileniu, a także żółtaczka, objawy skazy krwotocznej, niestabilność hemodynamiczna, niewydolność nerek (zespół wątrobowo-nerkowy), wodobrzusze i niekiedy napady padaczkowe.⁵⁵

⁵³ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 99-113

⁵⁴ Szczekiel k A. (red.), Interna Szczekiel ka... op.cit., s. 1511

⁵⁵ Habior A., Ostra niewydolność wątroby, Postępy Nauk Medycznych 1/2014, s. 24-30

4.2.4.2. Przewlekła niewydolność wątroby (ICD-10: K72.1)

Do częstych przyczyn prowadzących do niewydolności wątroby jest marskość wątroby i choroba nowotworowa. Obraz kliniczny jest podobny i wielu autorów opisując niewydolność wątroby posługuje się modelem marskości.

Marskość wątroby – jest chorobą postępującą, w której na skutek uszkodzenia miększu wątroby dochodzi do zwłóknienia, powstania nieprawidłowości strukturalnych i zmniejszenia się ilości czynnego miększu. W efekcie dochodzi do zaburzenia czynności wątroby oraz struktury układu naczyniowego i rozwoju nadciśnienia wrotnego (wzrost ciśnienia w żyłę wrotną >12 mm Hg; prawidłowo ≤10 mm Hg). Nadciśnienie wrotne prowadzi do rozwoju krążenia obocznego wrotno-układowego (w obrębie przetyku, odbytu i powłok brzucha), powiększenia śledziony i hipersplenizmu, wodobrzusza oraz gastropatii wrotnej. Marskość stanowi końcowe stadium wielu przewlekłych chorób wątroby.

Przyczyny:

- alkoholowa choroba wątroby,
- WZW typu B, D lub C,
- autoimmunologiczne zapalenie wątroby,
- choroby metaboliczne,
- choroby dróg żółciowych,
- utrudnienie odpływu żylnego (choroba zarostowa żył wątrobowych, zespół Budda i Chiarięgo, prawokomorowa niewydolność serca),
- leki (metotreksat, metylodopa, amiodaron),
- toksyny,
- jelitowe zespolenie omijające (w leczeniu otyłości),
- marskość kryptogenna (przyczyna nieznana).

W Tabeli 10. przedstawiono klasyfikację Childa niewydolności wątroby. Marskość wątroby jest stanem przednowotworowym, z którego może rozwinąć się rak wątrobowokomórkowy.⁵⁶

Tabela 10. Klasyfikacja Childa (zmodyfikowana przez Pugh'a) niewydolności wątroby.

Oceniany parametr	Punkty wg stopnia nieprawidłowości		
	1	2	3
encefalopatia	nie ma	stopień 1–2	stopień 3–4
wodobrzusze	nie ma	umiarkowane	napięte
bilirubina (mg/dl [μ mol/l]) w PBC (pierwotne zapalenie dróg żółciowych (primary biliary cholangitis)	<2 (<35) <4 (<70)	2–3 (35–50) 4–10 (70–170)	>3 (>50) >10 (>170)
albumina (g/dl)	>3,5	2,8–3,5	<2,8
czas protrombinowy (w s ponad normę)	1–4	5–10	>10
punktacja ogółem	5–6	7–9	10–15
wynik w skali Childa	A	B	C
	marskość wątroby wyrównana, nie ma wskazań do przeszczepienia	marskość wątroby niewyrównana, wskazania do przeszczepienia	

Zródło: <https://www.mp.pl/interna/table/B16.7.12-1>. [data dostępu: 11.02.2019]

Leczenie:

- Bezwzględna abstynencja alkoholowa, niepalenie tytoniu oraz zrównoważona dieta o zawartości białka ok. 1 g/kg mc./d. Zaleca się spożywanie późnego lekkiego posiłku złożonego z węglowodanów co zapobiega niedożywieniu. W przypadku wystąpienia niedożywienia zaleca się dożywanie suplementami płynnymi lub zastosowanie przez 3 tyg. całkowitego żywienia dojelitowego.
- Leczenie przyczynowe w zależności od etiologii marskości.

Powikłania marskości wątroby:

1. **Wodobrzusze:** najczęstsze i jedno z najwcześniejszych powikłań marskości wątroby, w którym dochodzi do nadmiernego gromadzenia się płynu w jamie otrzewnowej. Patomechanizm jest złożony; za główne czynniki uznaje się zatrzymywanie sodu i wody przez nerki, nadciśnienie wrotne i hipoalbuminemię, a także mechanizmy związane z chorobą nowotworową: nadprodukcję płynu i mechaniczne utrudnienie odpływu. Marskość wątroby jest przyczyną 81% przypadków wodobrzusza, w 10% rozwija się w przebiegu nowotworu. W rozpoznaniu

⁵⁶ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 1165

wodobrzusza wykorzystuje się badania obrazowe i nakłucie diagnostyczne z analizą płynu puchlinowego. W leczeniu postaci łagodnej i umiarkowanej stosuje się dietę z ograniczeniem sodu, a przy braku efektu włączane są leki moczopędne. W przypadku braku reakcji po 4-5 dniach zwiększa się dawki diuretyków. Skuteczność leczenia należy kontrolować codziennie ważąc chorego i oceniając wydalanie sodu z moczem. W przypadku masywnego wodobrzusza zaleca się nakłucie lecznicze z równoczesnym przetoczeniem albumin. Można rozważyć także wykonanie drenażu otrzewnowego lub przetoki otrzewnowo-żylnej⁵⁷.

2. **Samoistne bakteryjne zapalenie otrzewnej** (SBP - *spontaneous bacterial peritonitis*): występuje u 10–30% chorych z wodobrzuszem i jest spowodowane zakażeniem płynu puchlinowego bez widocznego źródła infekcji w obrębie jamy brzusznej, prawdopodobnie wskutek przenikania bakterii ze światła przewodu pokarmowego, upośledzonej aktywności fagocytarnej układu siateczkowo-śródbłonkowego i upośledzonej aktywności przeciwbakteryjnej płynu puchlinowego. Najczęściej (w 70%) izolowane są bakterie z przewodu pokarmowego: *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Enterobacter*, *Serratia*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas*. Leczenie obejmuje antybiotykoterapię z wykorzystaniem leku aktywnego wobec bakterii Gram-ujemnych. U chorych ze znacznym ryzykiem wystąpienia SBP można stosować dekontaminację przewodu pokarmowego⁵⁸.
3. **Krwawienie z żyłaków przełyku** jest najbardziej prawdopodobnym krwawieniem z przewodu pokarmowego u chorych z marskością wątroby (ok. 10% wszystkich przyczyn krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego – podrozdział 4.2.6.3), będących skutkiem krążenia obocznego w nadciśnieniu wrotnym. W ok. 10% miejscem krwawienia nie są żyłaki przełyku, lecz żyły żołądkowe (żyłaki podwustowe trudne do rozpoznania i leczenia). Diagnostyka żyłaków przełyku opiera się na badaniu endoskopowym. Leczenie krwotoków z żyłaków przełyku obejmuje wyrównanie zaburzeń hemodynamicznych, jednocześnie unikając zbyt intensywnej płynoterapii ze względu na możliwość nadmiernego wzrostu ciśnienia w układzie żyły wrotnej i nasilenia krwotoku. Leczenie farmakologiczne obejmuje stosowanie leków wazoaktywnych zmniejszających ciśnienie wrotne i umożliwiających zatrzymanie krwawienia. U 30-40% chorych krwawieniom towarzyszy infekcja bakteryjna manifestująca się m.in. SBP (50%), w związku z czym stosuje się antybiotykoterapię. Podstawą leczenia są zabiegi hemostatyczne zabiegi endoskopowe obejmujące metody iniekcyjne (z wykorzystaniem substancji sklerotyzujących i klejów tkankowych) oraz metody mechaniczne (opaski gumowe lub pętle odłączane)⁵⁹.
4. **Encefalopatia wątrobowa** (EW): zespół zaburzeń czynności OUN w przebiegu ciężkich ostrych lub przewlekłych chorób wątroby, prawdopodobnie w wyniku działania endogennych neurotoksyn (amoniak, merkaptany, krótko- i średniołańcuchowe kwasy tłuszczowe, fenole), obecności fałszywych neuroprzebieżników lub nadmiernej aktywacji układu GABA-ergicznego. U 60-70% pacjentów z marskością wątroby EW ma charakter utajony (EW minimalna), w której nieprawidłowości mogą być wykryte testami psychometrycznymi. W leczeniu postaci jawnej, występującej u 10–14% chorych dąży się do zmniejszenia wytwarzania i wchłaniania toksyn i związków azotowych poprzez ograniczenie białka w diecie, modyfikacji ośrodkowego neuroprzewodnictwa oraz metabolizmu amoniaku. Jawna EW może mieć charakter:
 - epizodyczny (ostry, odwracalny), w konsekwencji krwawienia z przewodu pokarmowego, przedawkowania leków moczopędnych, infekcji, niewydolności nerek, zaparcia, leczenie której obejmuje:
 - w miarę możliwości usunięcie czynnika wyzwalającego,
 - wstrzymanie żywienia doustnego i zastąpienie go dojelitowym,
 - stosowanie środków przeczyszczających (laktuloza) lub wlewów doodbytniczych,
 - podanie antybiotyków (rifaksymina lub neomecyna z laktulozą lub bez);
 - podanie flumazenilu w przypadku zażycia przez pacjenta benzodiazepin,
 - podanie asparagianu ornityny u pacjentów ze zwiększonym stężeniem amoniaku w osoczu,
 - utrzymanie drożności dróg oddechowych;
 - utrwalony (przewlekły) z nawracającymi lub utrzymującymi się objawami, w leczeniu której stosuje się:

⁵⁷ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 908-911

⁵⁸ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 1204-1205

⁵⁹ Durko Ł., Małecka-Panas E., Krwawienia z przewodu pokarmowego, *Pediatr Med Rodz* 2011, 7 (1), p. 17-29

- dietę o zawartości 1–1,5 g białka na kg mc./d (pochodzenia roślinnego i nabiałowego) lub dietę przemysłową zawierającą aminokwasy rozgałęzione,
- laktulozę,
- antybiotyki (rifaksymina, neomycyna lub metronidazol),
- asparaginian ornityny.

W zapobieganiu EW istotne jest dbanie o regularne wypróżnienia, zapobieganie krwawieniom z przewodu pokarmowego, unikanie dużych dawek leków moczopędnych, stosowanie leków działających depresyjnie na OUN tylko w razie konieczności.⁶⁰ W Tabeli 11. przedstawiono klasyfikację zaawansowania EW.

Tabela 11. Czterostopniowa klasyfikacja zaawansowania encefalopatii wątrobowej.

Stopień	Stan świadomości	Intelekt i zachowanie	Badanie neurologiczne
0	Prawidłowy	Nieobecne lub minimalne zaburzenia pamięci, koncentracji uwagi, funkcji intelektualnych i koordynacji ruchowej	Brak odchyień (<i>asterixis</i> nieobecny)
1	Zaburzenia rytmu snu i czuwania – nadmierna senność i/lub bezsenność	Słaba koncentracja uwagi, zmniejszone zdolności intelektualne – błędy w prostych działaniach matematycznych, zapominanie, drażliwość, naprzemiennie euforia i depresja	Dyskretny <i>asterixis</i> , zmiana charakteru pisma
2	Dezorientacja, ospałość i apatia	Zamazana mowa, znacznie upośledzone zdolności intelektualne, zmiany osobowości, zachowania niewłaściwe do sytuacji	Wyraźne <i>asterixis</i> i drżenie rąk, dyzartria, osłabienie odruchów ścięgniastych
3	Splątanie i senność (pacjenta można wybudzić)	Niezdolność wykonywania zadań intelektualnych, całkowita dezorientacja odnośnie czasu i miejsca, niepamięć wsteczna, okresowe napady szału, urojenia, mowa niezrozumiała	Wygórowane odruchy ścięgniaste, objaw Babińskiego, oczopląs, objawy pozapiramidowe
4	Śpiączka z reakcją lub bez reakcji na bodźce bólowe	Niemożliwe do oceny (śpiączka)	Sztynność odmóżdzeniowa, szerokie źrenice bez reakcji na światło

Źródło: M. Hartleb, Encefalopatia wątrobowa u chorych z marskością wątroby, Via Medica, 2013

5. **Zaburzenia krzepnięcia** (koagulopatie) związane z upośledzoną syntezą czynników krzepnięcia w związku z nieprawidłową funkcją metaboliczną wątroby, fibrynolizą, rozszanym krzepnięciem wewnątrznaczyniowym i małopłytkowością. Niewielkie koagulopatie nie dają objawów, przy jawnej skazie krwotocznej pojawiają się krwawienia z nosa i dziąseł, wybroczyny na skórze, wylewy do błon śluzowych.⁶¹
6. **Zespół wątrobowo-nerkowy** (HRS – *hepatorenal syndrome*): niewydolność nerek u chorego z ciężką, ostrą lub przewlekłą chorobą wątroby i wodobrzuszem, bez innych przyczyn upośledzenia czynności nerek. Występuje u ok. 15% chorych przyjmowanych do szpitala z powodu napiętego wodobrzusza. Jest wynikiem zmniejszenia przesączania kłębuszkowego wskutek zmian hemodynamicznych powodujących upośledzenie perfuzji nerek. Typy HRS:
 - typ 1 – szybko (w ciągu kilku dni) narastająca niewydolność nerek (jest szczególną postacią AKI); zwykle towarzyszy ostrej niewydolności wątroby, alkoholowemu zapaleniu wątroby albo ostrej dekompensacji marskości wątroby, najczęściej w następstwie SBP lub krwawienia z przewodu pokarmowego
 - typ 2 – wolno (tygodnie lub miesiące) narastająca niewydolność nerek; najczęściej u chorych z opornym wodobrzuszem; u chorych z HRS typu 2 może też wystąpić HRS typu 1 (samoistnie albo np. wskutek SBP).⁶²
7. **Zespół wątrobowo-płucny** (HPS – *hepatopulmonary syndrome*): jest wynikiem wewnątrzpłucnego przecieku tętniczo-żylnego o niejasnej patogenezie. Objawia się nasileniem duszności i hipoksemii w pozycji siedzącej lub stojącej (z poprawą w pozycji leżącej); mogą się rozwinąć palce pałeczkowate. Jedyną skuteczną metodą zapobiegania i leczenia HPS jest przeszczepienie wątroby, które nie znajduje zastosowania w leczeniu paliatywnym.⁶³

⁶⁰ Szczekł k A. (red.), Interna Szczekł ka... op.cit., s. 1206-1207

⁶¹ Szczekł k A. (red.), Interna Szczekł ka... op.cit., s. 1211

⁶² Szczekł k A. (red.), Interna Szczekł ka... op.cit., s. 1207-1208

⁶³ <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.7.12>. [data dostępu: 17.12.2018]

4.2.4.3. Przewlekłe zapalenie trzustki (ICD-10: K86.0, K86.1)

Przewlekłe zapalenie trzustki (PZT) jest chorobą, w której nawracające epizody zapalenia prowadzą do zastąpienia miększu narządu przez tkankę łączną włóknistą, co powoduje postępującą niewydolność zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczą.

Przyczyny:

- toksyczno-metaboliczne – alkohol, palenie tytoniu, hiperkalcemia, hipertriglicydemia, przewlekła niewydolność nerek, leki, toksyny,
- idiopatyczne,
- genetyczne – mutacje genów,
- autoimmunologiczne,
- nawracające i ciężkie ostre zapalenie trzustki (OZT) – przebycie martwiczego, ciężkiego OZT, nawracające OZT, choroby naczyń lub niedokrwienie, popromienne,
- zaporowe – trzustka dwudzielna, niedrożność przewodu trzustkowego, uszkodzenia pourazowe przewodu trzustkowego, dystrofia torbielowata ściany dwunastnicy.

Na podstawie cech klinicznych, charakterystyki morfologicznej i odpowiedzi na leczenie wyróżniono 4 postacie PZT:

- wapniejące,
- zaporowe,
- autoimmunologiczne
- zapalenie okolicy bruzdy.

Objawy:

W zależności od etiologii PZT ma różny przebieg kliniczny i powikłania odległe. W początkowym stadium choroby zwykle występują nawracające epizody OZT. Po upływie różnego czasu pojawiają się objawy zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki:

- ból: w związku z nasileniem dolegliwości bólowych po spożytym posiłku, chorzy często ograniczają spożywanie pokarmów, co wraz ze współistniejącymi zaburzeniami trawienia (i wtórnie wchłaniania) oraz utratą łaknienia, przyczynia się do niedożywienia (w zaawansowanych przypadkach do wyniszczenia),
- objawy zewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki: wzdęcie i objawy dyspeptyczne, biegunka tłuszczowa, objawy niedoboru witamin rozpuszczalnych w tłuszczach,
- objawy wewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki: nieprawidłowa tolerancja glukozy lub cukrzyca w zaawansowanym PZT; w cukrzycy skłonność do hipoglikemii; unikanie posiłków ze względu na ból, zaburzenia wchłaniania,
- objawy przedmiotowe: bolesność palpacyjna w nadbrzuszu, żółtaczka.

Leczenie:

- przyczynowe: kortykoterapia i leki immunomodulujące (możliwe tylko w autoimmunologicznym zapaleniu trzustki)
- objawowe: zwalczanie bólu, uzupełnianie niedoborów enzymów trzustkowych, wyrównywanie zaburzeń metabolizmu węglowodanów, zapobieganie niedożywieniu, leczenie powikłań.
- zaostrzeń: często konieczne jest postępowanie jak w ostrym zapaleniu trzustki.
- zachowawcze:
 - ogólne: zakaz picia alkoholu, zaprzestanie palenia tytoniu, dieta,
 - przeciwbólowe,
 - dla zewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki: terapia substytucyjna enzymami trzustkowymi i uzupełnianie niedoboru witamin rozpuszczalnych w tłuszczach,
 - dla wewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki: zdrowy tryb życia, ograniczenie spożywania pokarmów z wysokim indeksem glikemicznym, aktywność fizyczna, abstynencja alkoholowa, zaprzestanie palenia tytoniu, doustna suplementacja enzymów trzustkowych;
- Inwazyjne:
 - leczenie endoskopowe,
 - leczenie operacyjne.⁶⁴

⁶⁴ <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.5.2>. [data dostępu: 17.12.2018]

4.2.5. Choroby układu pokarmowego

4.2.5.1. Niedożywienie (ICD-10: E40–E46)

Niedożywienie – stan wynikający z braku wchłaniania lub braku spożywania substancji odżywczych, prowadzący do zmiany składu organizmu, a w konsekwencji do upośledzenia jego fizycznej i mentalnej funkcji, wpływający również niekorzystnie na wynik leczenia choroby podstawowej. Niedożywienie można podzielić na niedożywienie niewielkiego stopnia lub niedożywienie ciężkie, czyli wyniszczenie (kacheksja).

4.2.5.2. Kacheksja (ICD-10: R64)

Kacheksja – zespół wyniszczenia nowotworowego, szczególny rodzaj niedożywienia, spotykany u większości chorych na nowotwory złośliwe, szczególnie w zaawansowanej fazie choroby, charakteryzujący się postępującą utratą wagi ciała i zmianami w wyglądzie zewnętrznym spowodowanymi zanikiem tkanki tłuszczowej i mięśni.

Rozpoznanie u dorosłych stawia się w razie spełnienia przynajmniej jednego z poniższych kryteriów:

- ubytek masy ciała prowadzący do zmniejszenia BMI $\leq 18,5 \text{ kg/m}^2$ (u osób w wieku 18–65 lat) lub $\leq 20 \text{ kg/m}^2$ (u osób w wieku >65 lat),
- ubytek masy ciała (szczególnie niezamierzony) $>10\%$ w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub $>5\%$ w ciągu ostatnich 3 miesięcy,
- nieprzyjmowanie pożywienia przez 7 dni lub zmniejszone ($<60\%$ zapotrzebowania należnego) przyjmowanie pożywienia przez okres >10 dni, jeżeli wyjściowy stan odżywienia był przynajmniej prawidłowy,
- stopień B lub C według SGA (*Subjective Global Assessment* - Subiektywna Globalna Ocena Stanu Odżywienia) lub wynik ≥ 3 punkty w skali NRS 2002 (*Nutritional Risk Score*).

Przyczyny:

- przyjmowanie składników odżywczych w ilości mniejszej niż wynosi zapotrzebowanie w wyniku np.: pogorszenia funkcji poznawczych, depresji, uwarunkowań socjoekonomicznych, niesprawności fizycznej, trudności w jedzeniu związanych m.in. z zaburzeniami żucia lub połykania (zwężenie lub niedrożność przełyku, choroby neurologiczne), objawów wynikających z chorób współistniejących (duszność, nudności, ślinienie),
- procesy kataboliczne wywoływane przez czynniki humoralne (hormony kataboliczne) lub immunologiczne (aktywacja reakcji zapalnej), zwiększające zapotrzebowanie kaloryczne oraz powodujące wtórne zaburzenia łaknienia,
- zaburzenia trawienia i wchłaniania (przewlekła biegunka, przetoki pokarmowe, zaburzenia wchłaniania jelitowego),
- straty substancji odżywczych (zespół nerczycowy, dializoterapia).

Objawy:

1. Pierwotne:

- zmniejszenie masy ciała,
- zmniejszenie stężenia białek: osłabienie siły mięśniowej, upośledzenie odporności,
- zanik mięśni oddechowych, pogorszenie sprawności wentylacyjnej (niedodma, hipoksja, zapalenia płuc),
- zanik kosmków, osłabienie perystaltyki jelit – zaburzenia trawienia i wchłaniania,
- zaburzenia gospodarki wodnoelektrolitowej,
- niedokrwistość, zaburzenia krzepnięcia,
- bradykardia, spadek kurczliwości,
- zrzesotnienie kości.

2. Wtórne:

- upośledzenie odporności, zwiększenie częstości zakażeń,
- zaburzenie gojenia ran (utrudnione gojenie ran i owrzodzeń, zwiększone ryzyko powstania odleżyn oraz wystąpienia powikłań po leczeniu operacyjnym),
- obrzęki,
- zmniejszenie sprawności psychomotorycznej, postępująca apatia.

Leczenie:

Według Europejskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego i Metabolizmu (*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* – ESPEN) wskazania do leczenia żywieniowego obejmują:

- spodziewany brak możliwości zastosowania diety doustnej przez ponad 7 dni,

- obecne lub zagrażające niedożywienie,
- brak możliwości utrzymania dziennego spożycia pokarmów >60% zalecanej normy przez ponad 10 dni.

Leczenie polega na podawaniu drogą pozajelitową lub dojelitową (lub obydwoma jednocześnie) substratów energetycznych i azotu w ilościach pokrywających aktualne potrzeby chorych, którzy nie mogą odżywiać się normalnie lub odżywiają się w sposób niedostateczny. Prawidłowy proces leczniczy powinien składać się z następujących etapów:

- 1) ocena stanu odżywienia i rodzaju zaburzeń (niedożywienie proste/stresowe),
- 2) ocena wskazań do leczenia i zapotrzebowania na składniki odżywcze,
- 3) wybór drogi interwencji (drogą przewodu pokarmowego, czyli dojelitowo, dożylnie lub w sposób mieszany),
- 4) przygotowanie programu żywienia,
- 5) podawanie składników odżywczych,
- 6) monitorowanie przebiegu leczenia i jego wyników.^{65,66}

Żywnienie dojelitowe (ŻD) – jest podażą węglowodanów, białek, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody pod postacią diety przemysłowej bezpośrednio do przewodu pokarmowego.

Wskazaniem do ŻD jest niemożność podawania pokarmu doustnie lub niewystarczająca ilość przyjmowanego tą drogą pokarmu przy jednocześnie sprawnym przewodzie pokarmowym chorego. Wskazaniem do ŻD w warunkach domowych są zaburzenia połykania oraz niedrożność górnego odcinka przewodu pokarmowego. Przeciwwskazaniem do ŻD jest mechaniczna lub porażenna niedrożność przewodu pokarmowego, ciężka biegunka lub uporczywe wymioty, wstrząs i poważne zaburzenia wchłaniania jelitowego.

ŻD może być prowadzone:

- drogą doustną poprzez:
 - wzbogacanie pokarmu przemysłowymi dietami cząstkowymi zawierającymi jeden składnik odżywczy
 - stosowanie dietetycznych środków spożywczych specjalnego przeznaczenia medycznego (diety przemysłowych) do popijania między posiłkami jako wspomaganie żywieniowe lub jako jedyne źródło pożywienia
- przez zgłębnik wprowadzony przez nos do żołądka, dwunastnicy lub początkowego odcinka jelita cienkiego
- przez przetokę odżywczą w przypadku długotrwałego (>4tyg.) ŻD.

Płynne diety przemysłowe mają stały, określony skład i wszystkie niezbędne składniki pokarmowe wobec czego nie wymagają przygotowania. Większość chorych wymaga diet o podobnym składzie do standardowego pokarmu. W przypadku wskazań stosuje się diety o składzie dobranym do choroby np. cukrzycowe, wątrobowe, nerkowe, wzmagające odporność. Innymi wskazaniami do diet specjalnych są:

- zaburzenia trawienia i wchłaniania tłuszczu
- zaburzenia wchłaniania białka
- nietolerancje pokarmowe
- przetoki przewodu pokarmowego i choroby zapalne jelit.⁶⁷

Żywnienie pozajelitowe (ŻP) – jest podażą węglowodanów, tłuszczów, białek, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody drogą dożylną w ilościach dostosowanych do zapotrzebowania i stanu metabolicznego pacjenta.

Wskazaniem do ŻP jest brak możliwości wykorzystania przewodu pokarmowego lub podaż substancji tą drogą jest niewystarczająca. Wskazaniem do ŻP w domu są zespół krótkiego jelita, czasowy lub definitywny brak możliwości leczenia operacyjnego oraz zespoły upośledzonego wchłaniania.

Przeciwwskazaniem do ŻP jest niestabilność hemodynamiczna, nietolerancja jednego ze składników mieszaniny odżywczej oraz ciężkie zaburzenia metaboliczne do czasu ich wyrównania.

Płyny odżywcze podaje się przez żyły centralne lub obwodowe.

Wspólnym powikłaniem żywienia dojelitowego i pozajelitowego jest zespół ponownego odżywienia tzw. szok pokarmowy czyli zespół zaburzeń hormonalno-metabolicznych spowodowany nieodpowiednią podażą substancji odżywczych, których ustrojowe rezerwy uległy zmniejszeniu lub wyczerpaniu w czasie częściowego lub całkowitego głodzenia, rozwijający się po ponownym rozpoczęciu żywienia. Inne powikłania żywienia dojelitowego:

⁶⁵ <https://www.mp.pl/medycynarodzinnapraktyka-kliniczna/120760,niedozywienie-rozpoznanie-i-postepowanie-w-ramach-praktyki-lekarza-rodzinnego> [data dostępu: 17.12.2018]

⁶⁶ de Walden-Gałuszko K. (red.), Podstawy opieki paliatywnej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 113

⁶⁷ Szczekli k A. (red.), Interna Szczekli ka... op.cit., s. 2660

- techniczne: wypadnięcie, zatkanie lub przemieszczenie zgłębnika,
- pokarmowe: biegunka, zaparcie, wzdęcia, nudności i wymioty, martwica jelita,
- metaboliczne: hiperkaliemia, hipofosfatemia, hiperglikemia, hipomagnezemia, hipokalcemia,
- septyczne: zakażenie diety, kolonizacja przewodu pokarmowego.

Inne powikłania żywienia pozajelitowego:

- mechaniczne: pęknięcie, złamanie, skręcenie, przemieszczenie lub zatkanie cewnika, przedziurawienie naczyń lub serca, zakrzepica żylna,
- septyczne: zakażenie ogólne lub miejscowe
- metaboliczne: nadmierna podaż prowadząca do hiperglikemii, hiperlipidemii, stłuszczenia wątroby, uszkodzenia nerek, osłabienia odporności, złe dawkowanie i zwiększone straty jako konsekwencja niedoborów elektrolitów, pierwiastków śladowych i witamin.⁶⁸

Kwalifikacja pacjenta objętego opieką paliatywną i hospicyjną do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego odbywa się zgodnie z zapisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:

- kwalifikacja pacjenta do żywienia pozajelitowego następuje w warunkach szpitalnych;
- kwalifikacja pacjenta do żywienia dojelitowego następuje w warunkach szpitalnych lub w poradni prowadzącej leczenie żywieniowe.

4.2.5.3. Krwawienia z przewodu pokarmowego (ICD-10: K92.0–K92.2)

Krwawienia z przewodu pokarmowego - w zależności od aktywności krwawienia dzieli się na:

- nagłe, z jednorazową utratą powyżej 500 ml krwi, będące przyczyną wymiotów fusowatych lub krwistych, stolców smolistych lub zmieszanych z krwią.
- przewlekłe z utratą około 50 ml krwi dziennie, gdzie obecność krwi można wykazać badaniem stolca na krew utajoną.⁶⁹

Krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego (GOPP, powyżej więzadła Treitza) stanowią przyczynę ok. 80% hospitalizacji z powodu krwawienia do przewodu pokarmowego. Najczęstsze przyczyny krwawień to wrzód dwunastnicy lub żołądka (50-75% GOPP), ostra gastropatia krwotoczna (10-20%), wyżej wspomniane żylaki przełyku i wpustu, zespół Mallory'ego i Weissa, owrzodzenia przełyku w przebiegu choroby refluksowej, rzadkie – zapalenia błony śluzowej przełyku lub dwunastnicy, rak przełyku lub żołądka i malformacje naczyniowe.

Skutki krwawienia zależą od czasu trwania, ilości utraconej krwi, szybkości wynaczyniania oraz nawrotów, a także schorzeń współistniejących. W zależności od objętości utraconej krwi wyróżniamy stopnie niedokrwistości pokrwotocznej:

- <250 ml/d – najczęściej brak objawów klinicznych, nieznaczne zmniejszenie stężenia hemoglobiny;
- <1000 ml/d – bladość powłok, osłabienie, zawroty głowy, obniżenie ciśnienia tętniczego i ośrodkowego żylnego, przyspieszenie tętna;
- >1000 ml/d – objawy wstrząsu, stężenie hemoglobiny poniżej 5,6 mmol/l.

Postępowanie w przypadku krwawienia z GOPP jest zależne od źródła i nasilenia krwawienia ocenionego np. wg skali Rockalla (Tabela 12.).⁷⁰

Tabela 12. Skala Rockalla wraz z interpretacją przed- i poednoskopową.

Liczba punktów		1	1	2	3
Wiek		≤60	60–79	≥80	–
Wstrząs	Tętno	≤100	>100	>100	–
	Ciśnienie skurczowe	≥100	≥100	<100	
Choroby towarzyszące		bez istotnych		–	niewydolność serca przewlekła choroba nerek
				–	choroba niedokrwienności serca niewydolność wątroby
				–	inne istotne np.:
				–	cukrzyca
				–	astma oskrzelowa POCHP
				–	rozсіяny nowotwór

⁶⁸ Szczekliak A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 2660-2663

⁶⁹ Konturek S. (red.), Gastroenterologia i hepatologia kliniczna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2006

⁷⁰ Szczekliak A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 904-906

Endoskopia	bez zmian	wszystkie inne	nowotwór złośliwy	–
	zespół Mallory'ego-Weissa			
Znamiona krwawienia	brak	–	widoczna krew	–
	płaska plama na dnie wrzodu		aktywne krwawienie	
			widoczne naczynie krwionośne	
			skrzep	
Wstępna interpretacja wyniku - przed endoskopią				
Liczba punktów	Hospitalizacja	Gastroskopia	Rokowanie	
0–2	oddział chorób wewnętrznych	do 24 godzin	ryzyko zgonu – 0,1%	
≥3	decyzja po wykonaniu gastroskopii	pilnie	poważne	
7			ryzyko zgonu – 50%	
Interpretacja wyniku - po endoskopii				
liczba punktów	ryzyko nawrotu krwawienia [%]	ryzyko zgonu [%]		
0	5	0		
1	3	0		
2	5	0		
3	11	3		
4	14	5		
5	24	11		
6	33	17		
7	44	27		
8+	42	42		

Źródło: <https://www.mp.pl/gastrologia/skale/show.html?id=205769> [data dostępu: 11.02.2019]

Początkowa faza leczenia polega na uzupełnianiu płynów i wyrównaniu zaburzeń hemodynamicznych (utrzymanie prawidłowej wartości tętna i ciśnienia tętniczego). Zabieg endoskopowy przeprowadza się po ustabilizowaniu parametrów hemodynamicznych, wyjątkowo u chorych we wstrząsie jako zabieg ratujący życie. Stosuje się analgosedację lub znieczulenie ogólne dożylnie w celu jak najbardziej precyzyjnego i skutecznego przeprowadzenia zabiegów hemostatycznych. Obraz endoskopowy źródła krwawienia pozwala na określenie dalszego postępowania i dokonanie oceny ryzyka nawrotu krwawienia poprzez określenie obecności tzw. znamion krwawienia wg klasyfikacji Forresta:

- Ia – czynne krwawienie tętnicze,
- Ib – krwotok żylny/włośniczkowy,
- IIa – widoczne niekrwawiące naczynie,
- IIb – skrzep w dnie owrzodzenia,
- IIc – przebarwione dno owrzodzenia,
- III – białe dno owrzodzenia.

Pacjenci z oceną IIc i III nie wymagają endoskopowych zabiegów hemostatycznych. Zabiegi hemostatyczne obejmują metody:

- iniekcyjne, np. ostrykiwanie miejsca krwawienia roztworem adrenaliny w soli fizjologicznej;
- koagulacji kontaktowej (koagulacja jednobiegunowa, dwubiegunowa lub termokoagulacja);
- koagulacji bezkontaktowej (plazmowa koagulacja argonowa)
- koagulacja mechaniczna (klipsy hemostatyczne, opaski gumowe, pętle z tworzywa sztucznego).

Leczenie farmakologiczne obejmuje podawanie leków z grupy inhibitorów pompy protonowej, które powodując wzrost pH przyczyniają się do stabilizacji skrzepu i agregacji płytek krwi, zapobiegają nawrotom krwawienia z GOPP, zmniejszają konieczność leczenia operacyjnego, przetaczania krwi i skracają czas hospitalizacji.⁷¹

Krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego (DOPP, poniżej więzadła Treitza) stanowią ok. 20% krwawień do przewodu pokarmowego. Główną przyczyną krwawień są guzki krwawnicze (żyłaki odbytu), niesteroidowe leki przeciwzapalne lub preparaty potasu, infekcyjne zapalenia jelit, polipy jelita cienkiego lub grubego, u osób powyżej 50 r.ż. uchyłki okrężnicy, niedokrwienie lub niedokrwienne zapalenie jelit, rak jelita grubego, a u osób pomiędzy 40-50 r.ż. także nieswoiste zapalenia jelit, szczeliny odbytu, owrzodzenie odbytnicy. Najczęstszym objawem krwawienia z DOPP jest stolec z domieszką krwi.^{72,73}

Śmiertelność z powodu krwawienia z DOPP wynosi <5%. Źródło krwawienia ustala się metodą endoskopową (kolonoskopia, enteroskopia, endoskopia kapsułkowa) lub za pomocą angiografii lub

⁷¹ Durko Ł., Małecka-Panas E., Krwawienia z przewodu pokarmowego, *Pediatr Med Rodz* 2011, 7 (1), p. 17-29

⁷² <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.4.25.4>. [data dostępu: 17.12.2018]

⁷³ Szczekiel K A. (red.), *Interna Szczekiel ka...* op.cit., s. 1246-1247

metod radioizotopowych. W przypadku masywnego krwotoku przeprowadzana jest angiografia, w czasie której można dokonać embolizacji krwawiących naczyń. Leczenie większości krwawień z DOPP polega na endoskopowych metodach koagulacji kontaktowej i bezkontaktowej lub embolizacji naczyń pod kontrolą radiologiczną. W przypadku niemożności uzyskania hemostazy tymi metodami stosuje się leczenie chirurgiczne. U pacjentów, u których przyczyną krwawienia jest infekcja bakteryjna stosuje się celowaną antybiotykoterapię.⁷⁴

Krwawienia o przewlekłym charakterze, utajone lub o nieokreślonej lokalizacji, są często przyczyną niedokrwistości z niedoboru żelaza. Leczenie polega na suplementacji niedoborów żelaza i/lub wyrównaniu zaburzeń krzepnięcia. Pacjentom zaleca się przyjmowanie preparatów żelaza w dawce 325 mg/dobę, na czczo, z ograniczeniem produktów mlecznych i zbożowych w diecie. Suplementacja parenteralna może być stosowana u pacjentów z zaburzeniami wchłaniania, źle tolerujących formy doustne, niewspółpracujących lub u dializowanych leczonych erytropoetyną. Niepożądanym efektem terapii preparatami żelaza są zaparcia, biegunki, zgaga i nudności, a w przypadku suplementacji pozajelitowej także odczyny nadwrażliwości lub zakrzepicy żyłnej. Znaczna utrata krwi z objawami klinicznymi anemii wymaga przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych i świeżo mrożonego osocza.⁷⁵

4.2.5.4. Zaburzenia połykania

Do zaburzeń połykania zaliczamy dysfagię i odynofagię. Dysfagia wiąże się z problemem przełykania, ale bez występowania bólu. W odynofagii problem połykania wiąże się z odczuciem bólu w trakcie połykania i przesuwania treści do żołądka. Oba stany mogą pojawiać się jednocześnie. Problem ten występuje u ok. 20% pacjentów objętych opieką paliatywną, a u pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi – nawet do 60% przypadków.

1. Dysfagia (ICD-10: R13)

Przyczyny: nowotwory dna jamy ustnej, języka, gardła, przełyku, uszkodzenia nerwów czaszkowych, ucisk z zewnątrz, kacheksja, zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, gardła, przełyku, polekowe, zaburzenia neurologiczne.

Objawy:

- dysfagia górna (ustno-gardłowa): zaleganie pokarmu w jamie ustnej, przyklejenie do tylnej ściany gardła, ślinotok, krztuszenie się treścią pokarmową, przejście treści do nosowej części gardła, wylewanie pokarmu przez nos, kichanie, kaszel lub
- dysfagia dolna (przełykowa): wrażenie rozpierania, zalegania pokarmu za mostkiem, uczucie dławienia, kaszel, krztuszenie się.

2. Odynofagia

Przyczyny: Jest efektem drażnienia mechanicznego zapalnie zmienionych lub nacieczonych przez nowotwór czuciowych zakończeń nerwowych w błonie śluzowej jamy ustnej, gardła, przełyku. Czynniki odpowiedzialne za dolegliwości: infekcje bakteryjne, grzybicze, wirusowe, leki.

Leczenie w obu przypadkach: usunięcie odwracalnych przyczyn dolegliwości, odpowiednia dieta (posiłki często, małe kęsy, postać półpłynna/papkowata itp.). Postępowanie zależy od stanu ogólnego i przewidywanego czasu przeżycia:

- w ciężkim stanie podaje się deksametazon,
- jeżeli prognozowany czas przeżycia jest dłuższy należy rozważyć endoskopowe poszerzenie przełyku i założenie samorozprężalnego stentu,
- w niektórych przypadkach można wykonać przezprzełykową brachyterapię, laserową resekcję zmiany lub zastosować chemioterapię,
- jeżeli występują zaburzenia czynnościowe można podać prokinetyki i leki zmniejszające napięcie zwieracza wpustu żołądka (trójcykliczne leki przeciwdepresyjne, miorelaksanty).

W przypadku odynofagii należy dążyć do poprawy higieny jamy ustnej i leczenia stanu zapalnego.⁷⁶

4.2.5.5. Niedrożność przewodu pokarmowego

Niedrożność przewodu pokarmowego polega na zatrzymaniu prawidłowego przepływu treści pokarmowej przez światło poszczególnych narządów w konsekwencji zmian, które występują w jego

⁷⁴ Durko Ł., Małecka-Panas E., Krwawienia... op.cit.

⁷⁵ Durko Ł., Małecka-Panas E., Krwawienia... op.cit.

⁷⁶ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 76-79

światło lub ścianie, lub zmian poza narządem, które zamykają jego światło. Niedrożność różnicuje się w zależności od anatomicznego położenia, stopnia zamknięcia światła przewodu pokarmowego (częściowa lub całkowita) oraz upośledzenia przepływu krwi przez narząd.⁷⁷

Niedrożność GOPP (ICD-10: K22.2) może być spowodowana zwężeniem odźwiernika (pylorostenozą) lub jego całkowitym zamknięciem, a także nowotworem przełyku. Zwężenie odźwiernika jest powikłaniem choroby wrzodowej żołądka i/lub dwunastnicy, w przebiegu którego nie dochodzi do przepuszczenia treści pokarmowej z żołądka do jelit, czego efektem są nudności, wymioty, u części pacjentów także hipokaliemia i zasadowica. W przypadku raka przełyku w zaawansowanych stadiach choroby zwężenie przewodu pokarmowego utrudnia połykanie pokarmów stałych, a następnie płynnych, co jest przyczyną dysfagii, zmniejszenia masy ciała, niedoborów pokarmowych.⁷⁸

Niedrożność jelita (ICD-10: K56.0, K56.7, K31.5, K56.2, K56.3, K56.4, K56.5, K56.6) jest spowodowana zamknięciem światła jelita lub zanikiem jego czynności skurczowej. Niedrożność może mieć charakter:

1. porażenny (rzadziej) w konsekwencji m.in. zapalenia otrzewnej (np. ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, perforacja wrzodu trawiennego), niedokrwienie jelita, leki np. opioidy;
2. mechaniczny:
 - a. niedrożność z zadzierzgnięcia spowodowana uwięzieniem przepukliny w jej wrotach lub przez zrosty otrzewnej;
 - b. niedrożność z zatkania najczęściej spowodowana przez nowotwór jelita grubego, rzadziej przez kamień żółciowy, pasożyty, guzy jelita cienkiego, masy kałowe.

W opiece paliatywnej niedrożność jelit występuje najczęściej u chorych z:

- nowotworami złośliwymi przewodu pokarmowego (jelita grubego, żołądka, trzustki),
- rakiem jajnika.

Jest konsekwencją wyniszczenia, radioterapii, chemioterapii, stosowania niektórych leków.

Objawy podmiotowe niedrożności:

- ból w jamie brzusznej (początkowo nasilający się i słabnący falowo, stały z upływem czasu),
- nudności i wymioty,
- wzdęcie brzucha,
- zatrzymanie wiatrów i stolca.

Objawy przedmiotowe: słyszalne wysokie tony perystaltyczne o podźwięku metalicznym, zwłaszcza w okresie nasilania się bólu, w późnym okresie choroby, na skutek zmęczenia jelit, przerwy między okresami wzmożonej perystaltyki mogą być dłuższe. Utrudnienie pasażu jelitowego zwiększa wydzielanie płynu do światła jelita, dochodzi do zahamowania wchłaniania zwrotnego, co doprowadza do odwodnienia i hipowolemii. Szybko pogarszający się stan ogólny może świadczyć o martwicy jelita. Niedrożność najczęściej wymaga leczenia chirurgicznego, jednak w przypadku pacjentów objętych opieką paliatywną nie w każdym przypadku istnieje możliwość wykonania zabiegu. Przeciwwskazania bezwzględne do zabiegu obejmują zły stan ogólny, wyniszczenie, rozsiany nowotwór w jamie brzusznej, wodobrzusze z szybkim gromadzeniem się płynu po paracentezie, przebyta radioterapia jamy brzusznej, wielopoziomowa niedrożność jelita cienkiego.^{79,80,81}

Rokowanie pogarsza podeszły wiek, odległe przerzuty, obniżenie poziomu albumin i liczby leukocytów.

W leczeniu objawowym podawane są leki łagodzące ból i kolkę, nudności i wymioty, ewentualnie zaparcia. Paliatywne zabiegi obejmują zabiegi usunięcia guza, wykonanie zespożeń omijających lub wyłonienie stomii jelitowej. Możliwe jest także zgłębnikowanie żołądka (często źle tolerowane), leczenie deksametazonem i metoklopramidem w przypadku nieoperacyjnej niedrożności przewodu pokarmowego, ewentualnie: nawadnianie pozajelitowe, ewentualnie: żywienie pozajelitowe w warunkach domowych; przy czym przeciwwskazaniem będą wymioty trudne do opanowania u chorych niekwalifikujących się do operacji.

Stomia - przetoka jelitowa, sztuczny odbył, brzuszny odbył – celowo wytworzone połączenie światła narządu wewnętrznego ze skórą. (W przypadku połączeń między narządami powstałych wskutek patologii lub powikłań używa się określenia przetoka.)

Pod pojęciem „stomia” najczęściej rozumie się chirurgicznie wytworzone połączenie między przewodem pokarmowym (jelitem cienkim albo grubym), umożliwiające wydalanie kału w przypadkach, gdy

⁷⁷ Garden J.O. i wsp., Davidson Chirurgia, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009

⁷⁸ Szczekli k A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 1233-1250

⁷⁹ de Walden-Gałuszko K. (red.), Podstawy opieki... op.cit., s. 93-99

⁸⁰ de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), Medycyna... op.cit., s. 148-157

⁸¹ <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.4.25>. [data dostępu: 19.12.2018]

z różnych przyczyn (choroby nowotworowe i nienowotworowe, wady wrodzone, urazy) wydalanie drogą naturalną zostało uniemożliwione lub utrudnione. W przypadku konieczności doprowadzenia substancji odżywczych do światła przewodu pokarmowego wytwarzana jest gastrostomia (odżywcza przetoka żołądkowa) lub jejunostomia (przetoka jelitowa). Stomie jelitowe wykonuje się również dla odbarwienia chorej części jelita – wtedy wykonuje się stomię czasową, a po wyleczeniu przywraca się ciągłość przewodu pokarmowego.

Stomia może być pojedyncza (jednolufowa), gdy na powłoki wyprowadzony jest przekrój światła jednego odcinka jelita lub podwójna (dwulufowa, pętlowa), gdy wyprowadzeniu ulega fałd utworzony z pętli jelita, a na zewnątrz widoczne są dwa otwory.

- **Kolostomia** - połączenie światła jelita grubego ze skórą jamy brzusznej (znajduje się najczęściej po lewej stronie):
 - **kolostomia definitywna** - powstaje na skutek usunięcia odbytnicy z powodu nowotworu (bez możliwości ponownego odtworzenia odbytu),
 - **kolostomia czasowa** - wykonywana podczas operacji Hartmanna, kiedy to dystalny odcinek jelita grubego nie zostaje odjęty, tylko zamknięty, a jego górna część jest połączona z powierzchnią skóry brzucha.
- **Ileostomia** - połączenie światła jelita cienkiego ze skórą (najczęściej znajduje się po prawej stronie):
 - **ileostomia definitywna** - wykonywana w czasie operacji całkowitego wycięcia jelita grubego,
 - **ileostomia czasowa** - wykonywana podczas resekcji okrężnicy, czyli wycięcia części jelita grubego.

Wytworzenie stomii jest częstym zabiegiem, wykonywanym m.in. u pacjentów ze złośliwymi nowotworami jelit lub przewlekłymi stanami zapalnymi jelit. Z uwagi na utratę kontroli wypróżnień po zabiegu i liczne problemy związane z pielęgnacją stomii pacjenci i/lub ich bliscy powinni być przygotowywani do właściwego postępowania jeszcze przed operacją lub po zabiegu, przed opuszczeniem szpitala. Pacjent i/lub jego opiekun powinni zostać przeszkoleni przez wykwalifikowaną pielęgniarkę stomijną w zakresie pielęgnacji stomii, odpowiedniego żywienia, organizacji opieki poszpitalnej (wizyty kontrolne w poradni stomijnej, możliwość skorzystania z pomocy konsultantów stomijnych), refundacji sprzętu stomijnego. W miarę możliwości pacjent powinien być motywowany do samodzielnej wymiany stomii.

W prawidłowym postępowaniu ze stomią należy uwzględnić m.in.:

- właściwą wymianę i częstość wymiany worka stomijnego:
 - worki należy zmieniać powoli i dokładnie, aby nowy worek został założony szczelnie. Trzeba uważać na drażniącą treść jelitową,
 - wymianę należy zacząć od dokładnego umycia skóry wokół za pomocą ciepłej wody; utrzymanie czystości skóry wokół stomii jest bardzo ważne, aby uniknąć infekcji,
 - przed przyklejeniem nowego sprzętu skóra powinna być dokładnie osuszona; nie wolno używać preparatów drażniących, np. spirytusu; nie należy smarować skóry preparatami pielęgnacyjnymi, ponieważ będą zmniejszać przyczepność sprzętu,
 - pacjentowi należy zapewnić poczucie komfortu i bezpieczeństwa.
- konieczność obserwacji i oceny skóry wokół stomii i błony śluzowej stomii,
- ocenę zmian w świetle stomii (zwężenia, wypadnięcia i krwawienia),
- obserwację ilości wydzieliny kałowej/moczu, jej konsystencji i barwy,
- obserwację reakcji na potrawy stosowane w odżywianiu.

Częstość zmian worka zależy od rodzaju stomii oraz od diety.^{82,83,84}

Powikłania stomii:

- ogólnoustrojowe:
 - psychosocjalne, związane z obecnością stomii i blizny – obniżenie poczucia własnej wartości, negatywne postawy otoczenia, poczucie okaleczenia;
 - seksualne;
 - metaboliczne, wynikające z niedoborów płynów ustrojowych, elektrolitów, witaminy B12;
- miejscowe

⁸² <https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/how-cancer-treated/surgery/colostomy> [data dostępu: 10.01.2019]

⁸³ <https://www.mp.pl/pacjent/gastrologia/diagnostyka/132730,stomia> [data dostępu: 10.01.2019]

⁸⁴ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 99-100

- chirurgiczne wczesne (obrzęk, niedokrwienie, martwica, wyciągnięcie, krwawienie, zakażenie rany stomijnej, przetoka okołostomijna);
- chirurgiczne późne (przepuklina okołostomijna, wypadanie, zwężenie, wyciągnięcie, wszczepy śluzówkowe, przewlekła przetoka okołostomijna, skręcenie jelita w pobliżu stomii);
- dermatologiczne miejscowe (zapalenie skóry spowodowane treścią jelitową, bakteriami, grzybami lub uczuleniem na część przylepną sprzętu stomijnego).⁸⁵

4.2.5.6. Nudności i wymioty (ICD-10: R11)

Nudności i wymioty powstają w odpowiedzi na bodźce fizjologiczne lub patologiczne i najczęściej są ze sobą powiązane. Nudnościom często towarzyszą objawy wegetatywne wynikające z pobudzenia układu przywspółczulnego tj. błądźliwość powłok, ślinotok, obniżenie ciśnienia tętniczego i bradykardia.

Przyczyny:

- leki (cytostatyki, np. cisplatyna, dakarbazyna, a także opioidy, antybiotyki, leki hormonalne i toksyny (m.in. alkohol, grzyby),
- choroby OUN – migrena, nowotwory i inne guzy OUN, guz rzekomy mózgu, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu, incydenty naczyniomózgowe, krwawienie wewnątrzczaszkowe,
- choroby psychiczne – depresja, jądłowstręt psychiczny, bulimia, wymioty psychogenne,
- choroby błędnika – nowotwory, zapalenia, choroba Ménière’a, choroba lokomocyjna,
- choroby przewodu pokarmowego i otrzewnej – infekcyjny niezżyt żołądkowo-jelitowy o ostrym przebiegu, zatrucie pokarmowe, nadwrażliwość pokarmowa, niedrożność jelita cienkiego, zespół tętnicy krezkowej górnej, atonia żołądka (gastropareza), zespół jelita drażliwego, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, zapalenie wyrostka robaczkowego, nieswoiste zapalenia jelit, ostre rozdęcie okrężnicy, zapalenie otrzewnej,
- choroby dróg żółciowych – zapalenie pęcherzyka żółciowego, kolka żółciowa,
- choroby wątroby – zapalenie, marskość i niewydolność wątroby,
- choroby trzustki – ostre zapalenie, nowotwory,
- choroby gruczołów wewnątrzwydzielniczych – cukrzycowa kwasica ketonowa, przełom nadnerczowy, przełom tarczycowy, nadczynność i niedoczynność przytarczyc,
- choroby układu moczowego – mocznica, kolka nerkowa, odmiedniczkowe zapalenie nerek,
- inne choroby – zawał serca, niewydolność serca, hipotensja, zespół żyły głównej górnej, hiperwitaminoza A lub D, przewlekłe głodzenie, ostra porfiria przerywana, nudności i wymioty pooperacyjne, radioterapia,
- przyczyny fizjologiczne – ciąża, pewne bodźce zapachowe, smakowe i wzrokowe.

Konsekwencją wymiotów może być odwodnienie, zaburzenia gospodarki elektrolitowej (hipokaliemia, hipochloremia), zasadowica metaboliczna, zachłyśnięcie i zachłystowe zapalenie płuc, pęknięcie ściany przełyku (zespół Boerhaavego), linijne pęknięcia błony śluzowej w rejonie połączenia żołądkowo-przełykowego (zespół Mallory’ego i Weissa), niedożywienie.

Leczenie obejmuje:

- wyrównanie ewentualnych zaburzeń wodno-elektrolitowych
- leczenie przyczynowe np. leczenie drożdżycy jamy ustnej, gardła i przełyku, wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, zwalczanie zaparć, nasilonego kaszlu, lęku i bólu;
- leczenie farmakologiczne:
 - leki przeciwhistaminowe I generacji tj. dimenhydrinat, prometazyna;
 - pochodne fenotiazyny o najszerszym spektrum działania przeciwwymiotnego (działanie analgetyczne, antypsychotyczne, neuroleptyczne) - chlorpromazyna, tietylperazyna, lewomepromazyna, prochlorperazyna;
 - haloperydol – najskuteczniejszy w wymiotach spowodowanych zaburzeniami metabolicznymi i polekowymi (w tym po opioidach);
 - leki prokinetyczne tj. metoklopramid stosowany w profilaktyce i leczeniu nudności i wymiotów wywołanych przez opioidy oraz związanych z chemio- i radioterapią, itopryd stosowany w zaburzeniach czynnościowych, także w opiece paliatywnej, inne leki prokinetyczne, czasem stosowane w opiece paliatywnej, np. erytromycyna – leki te są

⁸⁵ Pachocka L., Urbanik A., Stomia jelitowa – epidemiologia, rys historyczny, zasady wyłaniania i rodzaje stomii jelitowych, Probl Hig Epidemiol 2014, 95(3): 586-590

- przeciwwskazane w niedrożności i krwawieniach z przewodu pokarmowego, przetokach;
- o antagoniści receptora serotoninowego 5-HT₃ wykorzystywane w profilaktyce i leczeniu ostrych i opóźnionych nudności/wymiotów związanych z chemio- lub radioterapią, rzadziej u chorych z przewlekłymi nudnościami i wymiotami w opiece paliatywnej, do najczęstszych działań niepożądanych należą zaparcie stolca i bóle głowy, rzadziej biegunka i osłabienie:
 - I generacji: ondansetron,
 - II generacji palonosetron,
 - preparat złożony zawierający palonosetron i netupitant;
- o glikokortykosteroidy np. deksametazon - w przypadku zwiększonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego lub w celu zmniejszenia obrzęku guza powodującego niedrożność jelit, lub jako dodatkowy lek przeciwwymiotny w razie nieskuteczności innych leków oraz w profilaktyce i leczeniu nudności/wymiotów związanych z chemio- lub radioterapią, zwiększa ryzyko krwawienia z przewodu pokarmowego, hipokaliemii i zakrzepicy;
- o antagoniści receptora NK1 zmniejszają natężenie ostrych i opóźnionych nudności i wymiotów u pacjentów poddanych chemioterapii, do działań niepożądanych należą bóle głowy, anoreksja, zmęczenie, biegunka, czkawka, podwyższenie poziomu aminotransferaz:
 - aprepitant,
 - netupitant (składnik preparatu złożonego);
- o pochodne hioscyny (butylobromek hisocyny) zmniejszające napięcie mięśni gładkich, wydzielanie śliny i soku żołądkowego, osłabiające perystaltykę jelit;
- postępowanie niefarmakologiczne:
 - o opróżnianie żołądka przez zgłębnik,
 - o w przypadku niedrożności przewodu pokarmowego przezskórna gastrostomia lub jejunostomia, lub chirurgiczne leczenie niedrożności, lub endoskopowe protezowanie przełyku bądź dwunastnicy;
 - o w przypadku napiętego wodobrzusza – paracenteza.^{86, 87, 88}
 - o

4.2.5.7. Czkawka (ICD-10: R06.6)

Czkawka jest patologicznym, krótkotrwałym i mimowolnym skurczem przepony oraz mięśni międzyżebrowych, któremu towarzyszy wstrząs klatki piersiowej związany z nagłym zamknięciem głośni po rozpoczęciu wdechu. Ośrodek czkawki znajduje się w pniu mózgu, w podwzgórzu i w rdzeniu kręgowym.

Czkawka zazwyczaj występuje krótkotrwale, ale może przybrać postać przewlekłą, jeżeli ataki nawracają i trwają >48 h. Taki rodzaj powoduje zmęczenie, nasilenie bólu, bezsenność, depresję i utratę masy ciała.

Przyczynami czkawki mogą być:

- choroby ośrodkowego układu nerwowego: nowotwory, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, wzrost ciśnienia śródczaszkowego, stwardnienie rozsiane,
- zaburzenia metaboliczne: niewydolność nerek, cukrzyca, niedobór sodu, wapnia lub obniżenie ciśnienia parcjalnego dwutlenku węgla,
- toksyczne: alkohol, nikotyna, leki,
- zmiany w obrębie szyi i klatki piersiowej: nowotwory, przepuklina, refluks żołądkowy,
- zmiany w obrębie jamy brzusznej: nowotwory, choroba wrzodowa, krwawienie z przewodu pokarmowego, powiększenie wątroby/śledziony,
- przyczyny psychogenne.

W miarę możliwości leczy się przyczyny czkawki. W przypadku czkawki przewlekłej stosuje się leczenie farmakologiczne:

- w pierwszej kolejności (w przypadku rozdęcia żołądka, refluksu żołądkowo-przełykowego): metoklopramid lub inhibitory pompy protonowej;

⁸⁶ Leppert W., Woron J., Nudności i wymioty u chorych na nowotwory — zalecenia postępowania terapeutycznego, *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2016; 10, 3: 98–111

⁸⁷ <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.I.1.22>. [data dostępu: 17.12.2018]

⁸⁸ de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), *Medycyna...* op.cit., s. 158-163

- leki hamujące ośrodkowy odruch czkawki: haloperydol, chlorpromazyne, baklofen, walproinian sodu, gabapentynę, pregabalinę, nifedypinę, metylofenidat;
- nebulizacja soli fizjologicznej w przypadku podejrzenia drażnienia zakończeń nerwowych w oskrzelach;
- stymulacja tylnej ściany gardła: szybkie ruchy do przodu i do tyłu cewnikiem wprowadzonym przez nos na głębokość 8–12 cm.

W przypadku czkawki opornej na leczenie stosuje się lidokainę lub midazolam, lub jednostronną blokadę nerwu przeponowego.^{89,90}

4.2.5.8. Zaparcia (ICD-10: K59.0)

Częsty objaw u pacjentów objętych opieką paliatywną oraz u pacjentów w podeszłym wieku w opiece długoterminowej. Zaparcia to zespół objawów, dla którego charakterystyczna jest zbyt mała częstotliwość wypróżnień (≤ 2 -3/tydz.) lub stolce twarde, oddawane z wysiłkiem, często z towarzyszącym uczuciem niepełnego wypróżnienia.

Przyczyny obejmują m.in.:

- zaparcie idiopatyczne (nie występuje choroba organiczna),
- choroby jelita grubego: uchyłkowatość, rak i inne nowotwory, zwężenia w przebiegu różnych zapaleń (choroba Leśniowskiego i Crohna, zapalenie niedokrwienne, gruźlica), przepuklina, skręt,
- choroby odbytu i odbytnicy: zwężenie odbytu, rak, guzki krwawnicze, szczelina odbytu, wypadanie odbytnicy, uchyłek odbytnicy,
- leki, np. przeciwbólowe (opioidy, niesteroidowe leki przeciwzapalne), przeciwdepresyjne (np. amitryptylina), przeciwparkinsonowskie (o działaniu dopaminergicznym), preparaty żelaza, przeciwnadciśnieniowe (β -blokery, blokery kanału wapniowego, diuretyki),
- choroby miednicy mniejszej: guzy jajnika i macicy,
- choroby obwodowego układu nerwowego: choroba Hirschsprunga, choroba Chagasa, neuropatia autonomiczna (np. cukrzycowa), rzekoma niedrożność jelit,
- choroby OUN: choroby naczyń mózgu, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, uszkodzenia pourazowe mózgu lub rdzenia kręgowego, guzy rdzenia kręgowego,
- choroby gruczołów wewnątrzwydzielniczych i metaboliczne: cukrzyca, niedoczynność tarczycy, niedoczynność przysadki, guz chromochłonny, porfiria, mocznica, nadczynność przytarczyc, hiperkalcemia, hipokaliemia,
- choroby psychiczne: depresja, jadłowstręt psychiczny,
- choroby tkanki łącznej: twardzina układowa, zapalenie skórno-mięśniowe.

W zwalczaniu zaparcia istotne jest zapewnienie pacjentowi intymności, dostępności opiekunów, a w miarę możliwości uruchomienie chorego. U osób w dobrym stanie klinicznym możliwe jest uregulowanie rytmu wypróżnień poprzez zwiększenie ilości błonnika pokarmowego w diecie, przy czym należy pamiętać, że u osób wyniszczonych lub nie przyjmujących dostatecznej ilości płynów duże ilości błonnika mogą utrudniać wypróżnianie. W diecie wskazane są suszone owoce, nasiona lnu. Chory powinien wypijać do 3l wody.

Leczenie farmakologiczne jest wdrażane w przypadku braku skuteczności metod nefarmakologicznych:

- środki zwieszające objętość stolca, zatrzymujące wodę w świetle jelita – babka płesznik;
- środki zmiękczające stolec – dokuzan sodowy, parafina ciekła;
- środki drażniące/pobudzające poprawiające pasaż i motorykę jelit antranoidy (glikozydy antrachinonowe pochodzenia roślinnego – senes, kora kruszyny, aloes), bisakodyl, glicerol;
- środki osmotyczne – wlewki fosforanów, laktuloza, makrogle, alkohole cukrowe (mannitol, sorbitol).

W przypadku zaparcí wywołanych przez opioidy zaleca się leki pobudzające i osmotyczne, a w przypadkach opornych podczas leczenia morfiną wskazana jest zmiana na opioid wywołujący zaparcia w mniejszym stopniu (tramadol, fentanyl, metadon, buprenorfina, a także połączenie oksykodonu z naloksonem). Powtarzane fosforanowe wlewki doodbytnicze są stosowane

⁸⁹ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 65-66

⁹⁰ de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), Medycyna... op.cit., s. 164-165

w długotrwałych zaparciach, opornych na farmakoterapię lub w nietolerancji doustnych środków przeczyszczających.^{91,92}

4.2.5.9. Biegunka (ICD-10: A09)

Biegunka to stan, w którym pacjent oddaje stolce o zbyt luźnej konsystencji (płynne lub półpłynne), z większą częstotliwością (powyżej 3/d). Mechanizm obejmuje:

1. upośledzenie wchłaniania w jelicie cienkim lub jelicie grubym spowodowane:
 - zmniejszeniem powierzchni absorpcyjnej lub uszkodzeniem mechanizmu transportowego w nabłonku,
 - obecnością w świetle jelita niewchłanialnych substancji osmotycznie aktywnych (biegunka osmotyczna),
 - przyspieszonym pasażem (przyspieszoną motoryką),
2. zwiększenie wydzielania elektrolitów i wody w jelicie cienkim lub jelicie grubym (biegunka sekrecyjna) spowodowane aktywacją mechanizmów transportowych w nabłonku lub włókien jelitowego układu nerwowego przez enterotoksyny, mediatory reakcji zapalnej lub enterohormony.

Podział:

- ostra (do 14 dni) spowodowana zakażeniami przewodu pokarmowego lub spożyciem toksyn (bakteryjnych, grzybów, etanolu), działaniami niepożądanymi leków (m.in. antybiotyki o szerokim spektrum działania, leki antyarytmiczne, cytostatyki), nadwrażliwością pokarmową, zmianami zapalnymi w okrężnicy;
- biegunka przewlekła (>4 tyg.) w 90% przypadków przyczyną są nieswoiste zapalenia jelit, rak okrężnicy lub zespół jelita drażliwego:
 - sekrecyjna – powodowana m.in. przez leki, toksyny, nowotwory czynne hormonalnie,
 - osmotyczna – w zespole krótkiego jelita, przy przetokach jelitowych,
 - tłuszczowa – w zaburzeniach trawienia (niewydolność trzustki, mukowiscydoza), zaburzenia wchłaniania (np.: celiakia, niedokrwienie jelita),
 - zapalna – m.in. nieswoiste zapalenia jelit, nowotwory jelit (np. rak okrężnicy), leki (np. cytostatyki), pasożyty jelitowe,
 - przyspieszony pasaż - zespół jelita drażliwego, nadczynność tarczycy, leki.

Przyczyny biegunki u chorych na nowotwory złośliwe w opiece paliatywnej:

- zbyt intensywne leczenie lekami przeczyszczającymi (często u chorych z zaniedbanym zaparciem);
- zakażenia przewodu pokarmowego;
- cytostatyki (najczęściej fluorouracyl, irynotekan, mitomycyna), napromienianie jamy brzusznej lub miednicy;
- żywienie enteralne;
- niedostateczne wydzielanie soku trzustkowego (biegunka tłuszczowa) w guzach głowy trzustki;
- zaburzenia wchłaniania kwasów żółciowych i cukrów (niedobór disacharydaz) po resekcji jelita krętego – biegunka jest wywołana wzmożonym napływem wody i elektrolitów do światła jelita grubego;
- niedostateczne wchłanianie wody w jelicie cienkim po resekcji całkowitej lub częściowej jelita grubego (sztuczny odbył wytworzony na jelicie krętym).

Leczenie przyczynowe obejmuje:

- eliminację pokarmów nasilających biegunkę;
- modyfikację leczenia przeczyszczającego;
- leczenie przeciwbakteryjne z wykorzystaniem ryfaksyminy, amoksycyliny z klawulanianem potasu, chinolonów, a w przypadku biegunki poantybiotykowej i podejrzenia infekcji *Clostridium difficile* leczenie zgodnie z aktualnymi wytycznymi – wankomycyna, fidaksomycyna lub w przypadku łagodnych zakażeń metronidazol.

Leczenie objawowe:

- suplementacja wody i elektrolitów (w zależności od ciężkości odwodnienia doustna lub dożylna);
- suplementacja enzymów trzustkowych w biegunce tłuszczowej;
- leki przeciwbiegunkowe (loperamid, disomektyl, oktreetyd).

⁹¹ <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.I.1.39>. [data dostępu: 19.12.2018]

⁹² de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), Medycyna... op.cit., s. 148-157

Konsekwencją biegunki jest odwodnienie, zaburzenia elektrolitowe i kwasica metaboliczna, a w przypadku biegunki przewlekłej niedożywienie, niedobory witamin i pierwiastków śladowych.

Wskazania do hospitalizacji:

- ciężkie odwodnienie (ubytek >9% mc. lub objawy wstrząsu hipowolemicznego);
- objawy odwodnienia u chorego w podeszłym wieku – chorzy często nie odczuwają pragnienia i przyjmują zbyt małą ilość płynów;
- ciężki stan ogólny chorego;
- stany uniemożliwiające nawadnianie doustne – uporczywe wymioty, porażenna niedrożność jelit;
- niepowodzenie nawadniania doustnego (nasilenie objawów odwodnienia pomimo przyjmowania odpowiedniej ilości doustnego płynu nawadniającego lub trudności w wypiciu wymaganej ilości płynu).^{93,94,95,96}

4.2.5.10. Nietrzymanie stolca (ICD-10: R15)

Nietrzymanie stolca to stan, kiedy wbrew woli pacjenta stolec wydostaje się z odbytu. Może mieć związek z zaburzoną czynnością albo z ograniczonym uszkodzeniem zwieracza odbytu np. podczas zabiegu chirurgicznego, zaburzeniami czucia i podatności odbytnicy w czasie przebiegu chorób neurologicznych np. SM.⁹⁷

4.2.6. Zaburzenia wodno-elektrolitowe

4.2.6.1. Przewodnienie (ICD-10: E87.7)

Zespół objawów wywołany nadmiernym zatrzymaniem wody w organizmie. Wyróżnia się:

1. Przewodnienie izotoniczne

Przyczyny: przyjęcie dużej ilości wody i zwiększonej ilości sodu we krwi, co powoduje obrzęki umiejscowione. Może być to wywołane niewydolnością: nerek, serca, wątroby.

Leczenie wiąże się z wyrównaniem funkcji danego narządu, ograniczeniem podaży płynów i sodu, podawanie diuretyków i antagonistów receptora wazopresyny.

2. Przewodnienie hipertoniczne

Dochodzi do gromadzenia nadmiaru wody i substancji izotonicznych, w tym sodu. Hipertoniczny płyn pozakomórkowy przechodzi do płynu wewnątrzkomórkowego, co powoduje odwodnienie komórki i powstanie obrzęków pozakomórkowo.

Przyczyny: upośledzone funkcjonowanie nerek, upośledzone wchłanianie, zaburzenia hormonalne nadnerczy.

Objawy: obrzęki obwodowe, obrzęk płuc, duszność, niewydolność krążenia, hipernatremia, wzrost ciśnienia tętniczego, senność, zaburzenia świadomości.

Leczenie: diuretyki usuwające nadmiar sodu, dieta bez soli, wlewy dożylnie z 5-procentowym roztworem glukozy, ewentualnie dializy.

3. Przewodnienie hipotoniczne

Jest nadmiernym gromadzeniem wody w organizmie związanym ze zmniejszoną ilością sou we krwi. Przyczyny: hipoproteinemia, niedoczynność tarczycy, niedoczynność kory nadnerczy, choroby nerek, zespół Schwartz-Barttera, leczenie winkrystyną.

Objawy: nudności, wymioty, drgawki, skurcze mięśni, splątanie, nierówność źrenic, śpiączka, zwolnienie akcji serca, wzrost ciśnienia tętniczego, przesięki do jam ciała, w zaawansowanym stadium – obrzęk mózgu. Nielezione prowadzi do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego i kwasicy.

Leczenie: ograniczenie podaży wody, uzupełnienia niedoboru sodu, leczenie obrzęku mózgu, ewentualnie: dializa otrzewnowa i hemodializa.⁹⁸

⁹³ Martirosian G. i wsp., Zakażenia *Clostridioides (Clostridium) difficile*: epidemiologia, diagnostyka, terapia, profilaktyka, Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2016-2020, Narodowy Instytut Leków, Warszawa, 2018

⁹⁴ <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.I.1.2>. [data dostępu: 19.12.2018]

⁹⁵ de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), Medycyna... op.cit., s. 165-168

⁹⁶ Szczekliki A. (red.), Interna Szczekliki... op.cit., s. 900-903

⁹⁷ Szczekliki A. (red.), Interna Szczekliki... op.cit., s. 1057-1058

⁹⁸ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 96-97

4.2.6.2. Odwodnienie i zaburzenia gospodarki elektrolitowej (ICD-10: E86)

Odwodnienie i zaburzenia gospodarki elektrolitowej są konsekwencją nudności i wymiotów (ok. 80% przypadków), biegunki, kacheksji, niechęci do przyjmowania płynów, a także chorób jamy ustnej, zaparc, dysfagii, zaburzeń nastroju i psychicznych. Leczenie odwodnienia obejmuje leczenie przyczyny odwodnienia oraz uzupełnianie płynów i elektrolitów w zależności od stopnia odwodnienia i nasilenia zaburzeń elektrolitowych.

Stopień odwodnienia określa się:

- porównując aktualną masę ciała (mc.) chorego z ostatnim jej pomiarem, gdzie odsetek zmniejszenia masy ciała wskazuje objętość płynu, którą należy podać;
- na podstawie objawów klinicznych:
 - brak cech odwodnienia (ubytek <3% mc.) – bez objawów podmiotowych i przedmiotowych odwodnienia;
 - łagodne (ubytek 3–5% mc.) – wzmożone pragnienie, podsychanie błony śluzowej jamy ustnej – u osób w podeszłym wieku często występuje upośledzenie odczuwania pragnienia;
 - umiarkowane, średniego stopnia (ubytek 5–9% mc.) – wyraźnie wzmożone pragnienie, sucha błona śluzowa jamy ustnej, podkrążone oczy, skąpomocz, hipotensja ortostatyczna, wydłużony (>1,5–2 s) czas powrotu włóscinkowego (*capillary refill time* - CRT) w łożysku paznokcia (po uciśnięciu płytki paznokciowej do zblednięcia skóry różowy kolor powinien się powrócić w czasie do 1,5 s), w badaniu powłok brzucha wolne rozprostowywanie się fałdu skórniego;
 - ciężkie (≥9% mc.) – objawy odwodnienia średniego stopnia i dodatkowo objawy wstrząsu hipowolemicznego.⁹⁹

Kliniczny podział odwodnienia uwzględniający zaburzenia gospodarki wodnej i sodowej wyróżnia odwodnienie:

- izotoniczne, w którym stężenie sodu wynosi 135-145 mmol/l, spowodowane m.in.:
 - nadmierną utratą płynów ustrojowych przez przewód pokarmowy (wymioty, biegunka, utrata soków trawiennych przez przetoki);
 - krwotokiem;
 - nadmiernym wydalaniem sodu przez nerki;
 - ucieczką płynów ustrojowych do światła przewodu pokarmowego (niedrożność jelit, w przebiegu zapalenia otrzewnej);
 - nadmiernym poceniem się;w którym objawy obejmują:
 - zmniejszenie napięcia i elastyczności tkanek;
 - suchość błon śluzowych i skóry;
 - oligowolemie przyczyniającą się do zaburzeń czynności układu krążenia, częstoskurczu, spadku ciśnienia tętniczego, zapaści, a w konsekwencji niedokrwienia nerek i ich ostrej niewydolności;
 - objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego (OUN) tj. osłabienie, apatia, zwolnieniem reakcji śpiączka;
- hipotoniczne (stężenie sodu < 135 mmol/l), będące konsekwencją:
 - utraty sodu przez nerki (przewlekłe choroby nerek), przewód pokarmowy i skórę;
 - uzupełnieniem niedoboru lub strat wody płynami pozbawionymi elektrolitów;w którym dominują objawy krążeniowe: hipotonia ortostatyczna, skłonność do zapaści, zawroty głowy, tachykardia, słabe wypełnienie żył szyjnych, a dodatkowo występują objawy ze strony OUN: bóle głowy, nudności, wymioty, zaburzenia świadomości i drgawki, a także kurcze mięśni, zmniejszenie napięcia gałek ocznych i elastyczności skóry, stany gorączkowe,
- hipertoniczne (stężenie sodu >145 mmol/l), mogące być wynikiem:
 - zmniejszenia spożycia wody, osłabienia lub braku uczucia pragnienia, np. u chorych karmionych roztworami hipertonicznymi przez zgłębnik,
 - utratą wody przez płuca u osób hiperwentylowanych;
 - utratą hipotonicznego płynu elektrolitowego np. u osób gorączkujących, z nadmiernym poceniem, wodnistymi biegunkami, wielomoczem w niewydolności nerek;

⁹⁹ Szczekli k A. (red.), Interna Szczekli ka... op.cit., s. 2496-2497

w którym objawy są głównie konsekwencją odwodnienia komórek OUN i zależą od stopnia nasilenia hipowolemii tj.: uczucie pragnienia, osłabienie, utrata koncentracji, omamy, stany niepokoju i splątania, drgawki, śpiączka, gorączka pochodzenia mózgowego.¹⁰⁰

Leczenie polega na:

- w przypadku odwodnienia izotonicznego – podawaniu płynów izotonicznych, w zależności od przyczyny przetaczaniu osocza lub krwi;
- w przypadku odwodnienia hipotonicznego – uzupełnianiu płynów 0,9% i 3% roztworem NaCl do uzyskania stężenia sodu 130 mmol/l;
- w przypadku odwodnienia hipertonicznego – doustne podawanie płynów bez glukozy do wyrównania hipotonii, następnie dożylnie podawania 0,9% roztworu NaCl do uzyskania prawidłowego ciśnienia tętniczego, a następnie mieszanki 0,45% roztworu NaCl i 5% roztworu glukozy w stosunku 1:1.

Nawadnianie wchodzi w zakres podstawowej opieki nad pacjentem w opiece paliatywnej i przynosi korzyści pacjentom np. z niedrożnością jelit czy przetyku, objawami splątania. W przypadku pacjentów umierających pozajelitowe podawanie płynów może powodować niepotrzebne cierpienia związane m.in. z nasileniem duszności, obrzęków, unieruchomieniem kończyn, powstawaniem odczynów w miejscu wkłucia.¹⁰¹

U pacjentów u kresu życia, umierających z powodu chorób ograniczającej życie lub ogólnego osłabienia związanego z podeszłym wiekiem i upośledzenia funkcjonowania wszystkich układów, spada chęć jedzenia i picia, co jest częścią procesu umierania. Pacjent nie umiera z powodu braku pokarmu i picia, ale sam proces umierania powoduje, że nie je i nie pije. Stąd bardzo ważne jest odróżnienie pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą ograniczającą życie, ale u których można spodziewać, że będą żyli jeszcze tygodnie lub miesiące, od pacjentów których śmierć jest oczekiwana w ciągu dni lub godzin. U tych pacjentów, jeśli postawiono diagnozę i wykluczono możliwość leczenia przyczyn takiego stanu, klinicznie wspomagane odżywianie i nawadnianie (CANH - *clinically assisted nutrition and hydration*) najprawdopodobniej nie przyniesie istotnych korzyści, a niepodjęcie lub zaprzestanie CANH może być dopuszczalne, a czasem nawet wskazane. CANH może przynosić jednak korzyści niektórym pacjentom, stąd konieczna jest właściwa ocena kliniczna, diagnoza i regularna, indywidualna ocena każdego przypadku. Z uwagi na ryzyko postawienia błędnej diagnozy oraz brak jednomyślnych i oczywistych dowodów klinicznych nie można przyjąć żadnych ogólnych i jednoznacznych zasad wskazujących na stosowanie lub brak stosowania CANH. W przypadku wątpliwości należy rozważyć wprowadzenie CANH na okres próbny, w celu oceny czy przynosi korzyści dla pacjenta, czy nie. Decyzje o wprowadzeniu lub rezygnacji z CANH należy podejmować razem chorym i jego bliskimi, uwzględniając ich obawy, wątpliwości i życzenia oraz wyjaśniając korzyści i ryzyko związane z CANH.¹⁰²

4.2.6.3. Groźne dla życia zaburzenia metaboliczne lub wodno-elektrolitowe (ICD-10: E87-E88)

1. Hiperkalcemia (ICD-10: E83.5) – podwyższone stężenie wapnia we krwi.

Przyczyny: osteoliza spowodowana przerzutami nowotworowymi do kości, wydzielanie peptydów o aktywności parathormonu lub witaminy D. Największe ryzyko występuje w przypadku raka piersi, szpiczaka mnogiego, raka płuca, raka nerki.

Objawy: nudności, wzmożone pragnienie, wielomocz, zmęczenie, osłabienie mięśni, senność, zaburzenia świadomości, śpiączka.

Leczenie: zastosowanie wymuszonej diurezy – podawanie dożylnie soli fizjologicznej (5l/dobę) i diuretyków (furosemid) i bisfosfonianów dożylnych.

2. Hiponatremia (ICD-10: E87.1) – obniżone stężenie sodu we krwi.

Przyczyny: nowotwory złośliwe, zespół nieadekwatnego wydzielania wazopresyny powodujące zwiększoną resorpcję wody w nerkach. Może przebiegać z odwodnieniem, przewodnieniem lub przy prawidłowym nawodnieniu.

Objawy: obrzęk mózgu, który powoduje osłabienie, ból głowy, nudności, wymioty, drgawki, zaburzenia świadomości.

¹⁰⁰ Idasiak-Piechocka I., Odwodnienie — patofizjologia i klinika, Forum Nefrologiczne 2012, tom 5, nr 1, 73–78

¹⁰¹ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 95-96

¹⁰² Nowarska A., Karmić czy nie karmić? Kliniczne aspekty niepodjęcia lub zaprzestania podawania pokarmów i płynów u kresu życia, Medycyna Paliatywna w Praktyce 2011; 5, 2: 33–39

Leczenie: podawanie roztworu soli fizjologicznej o stężeniu dostosowanym do stanu nawodnienia pacjenta.

3. Zespół ostrej lizy guza (ICD-10: E88.3)

Jest zespołem zaburzeń metabolicznych wywołany przez nagły, masywny rozpad komórek nowotworowych. Uwolnienie metabolity z komórek nowotworowych może powodować niewydolność nerek, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia neurologiczne, niewydolność wielonarządową i docelowo zgon.

Przyczyny: chemio – i/lub radioterapia nowotworów o dużej aktywności proliferacyjnej; martwica (niedotlenienie) komórek nowotworowych.

Objawy: brak apetytu, ból brzucha, nudności, wymioty, biegunka, niedrożność, obrzęk. Następnie dochodzi do skąpomoczu, bezmoczu, krwiomoczu, zastoinowej niewydolności krążenia, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia neurologiczne, zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego.

Leczenie: w ramach intensywnej opieki medycznej: nawodnienie, utrzymanie odpowiedniej diurezy, ewentualnie dializoterapia.

Jeżeli występuje:

- hiperurykemia, podaje się leki hamujące powstawanie kwasu moczowego i przyspieszające jego katabolizm,
- hiperfosfatemia: leki wiążące fosforany, ewentualnie hemodializa,
- hiperkaliemia: zmniejszenie podaży potasu, odstawienie leków powodujących jego wzrost we krwi,
- hipokalcemia: uzupełnianie niedoboru wapnia drogą doustną lub dożylną.¹⁰³

4.2.7. Zaburzenia krwi

4.2.7.1. Niedokrwistość (ICD-10: D50–D64)

Niedokrwistość to zmniejszenie stężenia hemoglobiny, hematokrytu i liczby erytrocytów we krwi o >2 odchylenia standardowe od wartości prawidłowych. Występuje u >50% chorych objętych opieką paliatywną.¹⁰⁴

Przedziały referencyjne:¹⁰⁵

- stężenie hemoglobiny:
 - mężczyźni: 14-18 g/dl,
 - kobiety: 12-16 g/dl (niebędące w ciąży),
- liczba erytrocytów:
 - mężczyźni: 4,2-5,4 mln/ μ l,
 - kobiety: 3,5-5,2 mln/ μ l,
- wartość hematokrytu:
 - mężczyźni: 40-54%,
 - kobiety: 37-47%.

Rodzaje niedokrwistości w zależności od stężenia hemoglobiny:

- łagodna: 9,5-10,9 g/dl,
- umiarkowana: 8,0-9,4 g/dl,
- ciężka: 6,5-7,9 g/dl,
- zagrażająca życiu: <6,5 g/dl.¹⁰⁶

Obraz kliniczny zależy od:

- przyczyny niedokrwistości,
- rodzaju schorzenia podstawowego i stopnia jego zaawansowania,
- czasu trwania,
- sposobów leczenia,
- chorób współistniejących i powikłań.

Objawy kliniczne:

- osłabienie i łatwość męczenia się,

¹⁰³ de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), Medycyna... op.cit., s. 250-251

¹⁰⁴ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 200

¹⁰⁵ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 1682

¹⁰⁶ <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.15.1>. [data dostępu: 18.12.2018]

- upośledzenie koncentracji i uwagi,
- ból i zawroty głowy,
- tachykardia,
- bladość skóry i błon śluzowych.

Objawy niedokrwistości często uniemożliwiają choremu codzienną aktywność, ograniczają samodzielność oraz uzależniają od innych. Prowadzi to do obniżenia jakości życia.

U chorych na nowotwory niedokrwistość jest negatywnym czynnikiem rokowniczym. Będzie utrudnieniem i/lub opóźnieniem dla rozpoczęcia chemo- lub radioterapii. Również może nasilić oporność guza na radioterapię.

Przyczyny niedokrwistości u pacjentów objętych opieką paliatywną:

- nacieczenie szpiku kostnego komórkami nowotworowymi (najczęściej w przypadku nowotworów dających przerzuty do kości),
- wydzielanie cytokin przez komórki nowotworowe,
- niedobory żywieniowe takie jak niedobór żelaza, witaminy B₁₂, kwasu foliowego,
- utrata krwi z powodu krwawienia,
- uszkodzenie szpiku kostnego spowodowane leczeniem onkologicznym (chemioterapia, radioterapia),
- choroby przewlekłe, infekcje i towarzyszące im stany zapalne powodujące pobudzenie odporności komórkowej wraz ze zwiększoną produkcją cytokin prozapalnych obniżających liczbę erytrocytów, retikulocytów, stężenia żelaza, transferyny,
- przewlekła niewydolność nerek prowadząca do spadku produkcji erytropoetyny będącej regulatorem układu czerwokrwinkowego,
- hipersplenizm (powiększenie śledziony),
- hemoliza wywołana produkcją autoprzeciwciał przeciwko erytrocytom,
- pierwotne choroby krwi towarzyszące zaawansowanej chorobie nowotworowej.

Niedokrwistość występująca przewlekłe np. w przypadku niewydolności nerek lub nowotworu, inicjuje w organizmie mechanizmy adaptacyjne zapewniające odpowiednie utlenowanie tkanek, ale mimo tego, w niektórych chorobach przewlekła niedokrwistość może nasilać objawy tych chorób.

Postępowanie terapeutyczne zależy od nasilenia objawów i przewidywanego czasu przeżycia. U chorego umierającego z innej przyczyny niż zaburzenia hematologiczne, zwykle stosuje się leczenie objawowe, nie przyczynowe. Jeżeli szacowany czas przeżycia wynosi kilka tygodni czy miesięcy podejmuje się działania, aby skorygować zaburzenia hematologiczne. U chorych na nowotwór jakość życia jest uzależniona od stężenia hemoglobiny i jest ważnym czynnikiem podczas podejmowania decyzji o leczeniu.

U pacjentów opieki paliatywnej z niedokrwistością należy:

- stosować dietę uzupełniającą niedobory żywieniowe,
- minimalizować sytuacje skutkujące osłabieniem i zawrotami głowy,
- obserwować w kierunku wystąpienia objawów krwawienia/krwotoku,
- monitorować podstawowe funkcje życiowe: tętno, ciśnienie tętnicze, częstość oddechów, stan świadomości oraz pod kątem wystąpienia działań niepożądanych po leczeniu farmakologicznym.

Jedną z metod leczenia w zależności od stężenia hemoglobiny (Hb) jest przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych (KKCz). Jeżeli stężenie hemoglobiny zawiera się w przedziale:¹⁰⁷

- 9-12 g/dl – nie ma potrzeby wdrażać leczenia;
- 6-9 g/dl oraz występowania złego samopoczucia u chorego – należy rozważyć przetaczenie KKCz;
- <6 g/dl (lub <6,5 g/dl) – kwalifikuje do przetoczenia KKCz.

Wskazania według Wojskowego Instytutu Medycznego:¹⁰⁸

- stężenie Hb >7 g/dl i występowaniu normowolemii – przetaczanie KKCz nie jest konieczne,
- u chorych na nowotwory ze stężeniem Hb <10 g/dl, u których występują objawy kliniczne niedokrwistości – powinno przetaczać się krew.

¹⁰⁷ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 202

¹⁰⁸ Wytoczne w zakresie leczenia krwią i jej składnikami oraz produktami krwiopochodnymi w podmiotach leczniczych, wydanie II, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa 2014

Decyzję o przetoczeniu krwi należy podejmować razem z chorym biorąc pod uwagę wyniki wskaźników hematologicznych, stan kliniczny, występowanie chorób współistniejących oraz obecność objawów towarzyszących obniżających jakość życia. Przetaczanie krwi może poprawić samopoczucie i jakość życia, ale może powodować powikłania. Dlatego decyzję podejmuje się jeżeli nie ma innych możliwości leczenia, a korzyści będą wyższe niż ryzyko. Podczas przetoczenia podaje się nie mniej niż 2 jednostki KKCz. Pielęgniarka sprawująca opiekę nad pacjentem powinna znać objawy powikłań poprzetoczeniowych i obserwować pacjenta.

Alternatywą dla przetaczania KKCz jest podawanie erytropoetyny. U osób chorych na nowotwory i/lub poddawanych chemioterapii ta metoda może ograniczyć ilość przetoczeń. Erytropoetynę podaje się podskórnie przez kilka tygodni osobom z niskim stężeniem tego hormonu i z rezerwą szpiku kostnego. Jednakże, na efekt czeka się kilka tygodni. Z tego względu jest to rzadka interwencja. U chorych z przerzutami nowotworowymi erytropoetyna może dawać negatywne skutki, więc powinna być podawana osobom zakwalifikowanym do chemioterapii. Czasem jest stosowana u osób niezgadających się na przetaczanie krwi, np. u świadków Jehowy.

U chorych na nowotwory, u których przewiduje się wielokrotne przetaczanie krwi, zaleca się przetaczać ubogoleukocytarne koncentraty krwinek czerwonych (UKKCz) ze względu na ryzyko pojawienia się niepożądanych reakcji poprzetoczeniowych spowodowanych obecnością leukocytów w koncentratkach.^{109,110,111}

W przypadku niedokrwistości przewlekłych wg. NICE (ang. *The National Institute for Health and Care Excellence*) należy indywidualnie podejmować decyzje o przetaczaniu KKCz.¹¹²

Według wytycznych *National Blood Authority* (2012), która jest australijską organizacją podlegającą pod Rząd Australii, brak jest konkretnych dowodów dotyczących skutków transfuzji KKCz u pacjentów z nowotworem. Każda decyzja dotycząca transfuzji powinna być oparta na konieczności złagodzenia klinicznych objawów niedokrwistości. Podczas leczenia pacjentów z chorobą nowotworową należy odnieść się do wytycznych ogólnych.

Wytyczne ogólne:¹¹³

1. Decyzja o przetoczeniu KKCz powinna zostać podjęta zarówno na podstawie stężenia hemoglobiny, jak i obrazu klinicznego pacjenta.
2. Tam gdzie jest to wskazane, właściwe jest przetoczenie jednej jednostki KKCz, a następnie ponowna ocena kliniczna w celu określenia potrzeby dalszej transfuzji.
3. Zalecenia dla ogólnej populacji:
 - Hb <7 g/dl – transfuzja może być związana ze zmniejszoną śmiertelnością i prawdopodobnie będzie odpowiednia. Jednak transfuzja może nie być wymagana u dobrze skompensowanych pacjentów lub w przypadku innych specyficznych terapii.
 - Hb 7-10 g/dl – transfuzja nie będzie związana ze zmniejszoną śmiertelnością. Decyzja o transfuzji pacjentów (z pojedynczą jednostką, a następnie ponowną oceną) powinna być oparta na konieczności złagodzenia klinicznych objawów niedokrwistości i reakcji pacjenta na poprzednie transfuzje. Nie znaleziono dowodów uzasadniających inne podejście w przypadku pacjentów w podeszłym wieku lub cierpiących na choroby układu oddechowego lub mózgowo-naczyniowego.
 - Hb >10 g/dl – transfuzja prawdopodobnie nie będzie konieczna i zwykle jest niewłaściwa. Transfuzja wiązała się ze zwiększoną śmiertelnością u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym.
4. U pacjentów z niedokrwistością z niedoboru żelaza wymagane jest leczenie żelazem w celu uzupełnienia zapasów żelaza niezależnie od tego, czy wskazana jest transfuzja.

Wg Ustawy o publicznej służbie krwi¹¹⁴ przetoczenie krwi lub jej składników może być dokonywane wyłącznie w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (przez lekarza lub wykwalifikowaną pielęgniarkę). Wg

¹⁰⁹ de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), *Medycyna...* op.cit., s. 138-147

¹¹⁰ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), *Pielęgniarstwo opieki...* op.cit., s. 200-205

¹¹¹ Wytyczne w zakresie leczenia krwią i jej składnikami... op.cit.

¹¹² *Blood transfusion, NICE guideline*, 2015, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng24/resources/blood-transfusion-pdf-1837331897029> [data dostępu: 18.12.2018]

¹¹³ *Patient Blood Management Guidelines: Module 3, Medical, National Blood Authority*, 2012, <https://www.blood.gov.au/system/files/documents/20180424-PBM-Module3.pdf> [data dostępu: 07.01.2019]

¹¹⁴ Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. 1997 Nr 106 poz. 681)

Rozporządzenia w sprawie leczenia krwią i jej składnikami¹¹⁵ przed przetoczeniem krwi pracownia serologiczna wykonuje próbę zgodności z próbki krwi biorcy pobranej odrębnie w tym celu. Wynik takiej próby jest ważny 48h i w tym czasie trzeba dokonać przetoczenia. Przetoczenie należy rozpocząć do 30 minut od wydania składników krwi z banku krwi. „Jeżeli przewiduje się, że czas do rozpoczęcia przetoczenia KKCz lub KPK będzie dłuższy niż 30 minut od wydania z banku krwi, należy je przechowywać w chłodziarce przeznaczonej wyłącznie do tego celu, w której proces przechowywania został poddany walidacji, w temperaturze od 2°C do 6°C, przy czym temperaturę w chłodziarce należy sprawdzać i zapisywać co najmniej 3 razy w ciągu doby(co 8 godzin)”.¹¹⁶

Podczas przetaczania oraz przez 12h po przetoczeniu, pacjent musi być pod obserwacją lekarza lub pielęgniarki pod kątem pojawienia się powikłań poprzetoczeniowych. Ze względu na tak restrykcyjne regulacje, w hospicjach stacjonarnych lub oddziałach opieki paliatywnej nie zawsze można przetoczyć krew, przez co chory może zostać skierowany do szpitala. Taka sytuacja wywołuje u pacjenta stres, dyskomfort i stwarza ryzyko.

4.2.7.2. Neutropenia (ICD-10: D70)

Neutropenią nazywamy obniżenie bezwzględnej liczby neutrofilów we krwi obwodowej poniżej przedziału referencyjnego, który wynosi 1800-8000/ μ l (1,8-8 tys./ μ l).¹¹⁷

Neutropenia występuje u 60-80% chorych leczonych chemio- lub radioterapią. Jest najczęstszym powikłaniem leczenia w chorobach nowotworowych i najczęstszym czynnikiem predysponującym do rozwoju zakażeń. Ryzyko infekcji zależy od nasilenia neutropenii oraz od czasu jej trwania.

Wyróżnia się cztery stopnie neutropenii w zależności od liczby neutrofilów:

- I° gdy liczba neutrofilów jest w przedziale 1,5-1,9 tys./ μ l,
- II° gdy 1,0-1,4 tys./ μ l,
- III° gdy 0,5-0,9 tys./ μ l,
- IV° gdy <0,5 tys./ μ l.

Częstym objawem jest gorączka neutropeniczna, która może prowadzić do posocznicy/wstrząsu septycznego, a nawet zgonu. Rozpoznanie stwierdza się – zgodnie z definicją Amerykańskiego Towarzystwa Chorób Zakaźnych (IDSA, ang. *Infectious Diseases Society of America*) gdy spełnione są oba warunki:

- temperatura w jamie ustnej >38,3°C w pojedynczym pomiarze lub jeżeli temperatura utrzymuje się godzinę lub dłużej na poziomie 38°C,
- liczba neutrofilów <0,5 tys./ μ l.

Do przyczyn neutropenii należą:

- chemioterapia, radioterapia,
- niedokrwistość aplastyczna,
- ostre białaczki,
- zespoły mielodysplastyczne,
- zakażenia wirusowe (grypa, wirus HIV, wirusowe zapalenie wątroby),
- zakażenia bakteryjne,
- leki tyreostatyczne, przeciwpadaczkowe, przeciwdepresyjne.

Postępowanie zależy od nasilenia neutropenii, stanu ogólnego i rokowania.

3. Liczba neutrofilów <1,0 G/l lub nawet <1,5 G/l stanowi duże ryzyko infekcji bakteryjnych, wirusowych i grzybiczych. Należy chronić pacjenta przed dużymi grupami ludzi, osobami z infekcją lub niedawno szczepionymi dziećmi oraz szczególnie dbać o jego higienę i czystość otoczenia.
4. Liczba neutrofilów <0,5 G/l mówi o konieczności izolacji chorego. Personel i osoby odwiedzające muszą nosić odzież ochronną, rękawiczki, maseczki.

¹¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (Dz.U.2017.2051 z dnia 2017.11.06)

¹¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (Dz.U.2017.2051 z dnia 2017.11.06)

¹¹⁷ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 1686

5. Poziom $<0,1$ G/l jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia. Stosowane jest profilaktyczne leczenie empiryczne antybiotykami o szerokim spektrum. Należy dbać o higienę całego ciała ze szczególną uwagą na jamę ustną, stosować płyny dezynfekujące, codziennie zmieniać pościel chorego. Należy stosować zasady aseptyki i antyseptyki. Dieta nie może zawierać surowego mięsa, serów pleśniowych itp. Produkty muszą być świeże, wiadomego pochodzenia.¹¹⁸

4.2.7.3. Małopłytkowość (ICD-10: D69.6)

Małopłytkowość jest to obniżenie bezwzględnej liczby płytek krwi we krwi obwodowej poniżej przedziału referencyjnego, który wynosi 150-400 tys./ μ l.¹¹⁹

Objawy:

- wybroczyny na skórze i na błonie śluzowej jamy ustnej,
- ryzyko krwawienia: krwawienie jawne (skórno-śluzówkowe) lub utajone (do przewodu pokarmowego, oddechowego, moczowo-płciowego).

Przyczyny małopłytkowości u pacjentów objętych opieką paliatywną:

- zmniejszone wytwarzanie płytek krwi w szpiku,
- zwiększone zużycie płytek krwi,
- nadmierne usuwanie płytek krwi z krążenia,
- wychwyt płytek krwi przez śledzionę.

Postępowanie zależy od stanu ogólnego, chorób współistniejących, liczby płytek krwi we krwi oraz rokowania. Jedną z możliwych interwencji jest przetoczenie koncentratu krwinek płytkowych (KKP). Ogólnie, przetaczanie KKP jest stosowane profilaktycznie i leczniczo w przypadku krwawień związanych z małopłytkowością. Korzyści mogą pojawić się gdy pacjent ma niedostateczną liczbę płytek krwi lub gdy płytki mają uszkodzenia prowadzące do ich dysfunkcji. Ostatecznie, wskazania do przetoczenia KKP zależą od liczby i funkcji krwinek, patofizjologii krwawienia, czynników ryzyka krwawienia oraz choroby podstawowej. Przed przetoczeniem koncentratu należy odstawić leki hamujące agregację płytek krwi. W postępowaniu z chorym należy uwzględnić eliminację czynników, które zwiększają ryzyko krwawienia.^{120,121} W Tabeli 13. Przedstawiono klasyfikację krwawienia wg WHO.

Tabela 13. Klasyfikacja krwawienia wg WHO.

Stopień natężenia krwawienia	Objawy kliniczne
1°	krwawkę, wybroczyny skórne, krwawienie z dziąseł
2°	krwawienie niewielkiego stopnia niewymagające przetoczenia KKP
3°	krwawienie wymagające uzupełnienia erytrocytów
4°	krwawienie zagrażające życiu

Źródło: Wytyczne w zakresie leczenia krwaw i jej składnikami oraz produktami krwiopochodnymi w podmiotach leczniczych, wydanie II, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa 2014

Istnieje bardzo duże ryzyko krwotoku jeżeli liczba płytek krwi wynosi <10 tys./ μ l. Wtedy – zależnie od stanu chorego i wskazań – można przetoczyć KKP:¹²²

- przetoczenie rozważa się gdy ilość trombocytów wynosi 10-20 tys./ μ l,
- Przedział 20-50 tys./ μ l kwalifikuje do przetoczenia jeżeli występuje skaza naczyniowa lub osoczowa.

Aby obniżyć ryzyko krwawienia, które może zagrazić życiu, można profilaktycznie przetoczyć KKP. Jeżeli krwawienie ustąpi i nie pojawią się nowe wybroczyny lub wylewy podskórne i śluzówkowe – można uznać przetoczenie za skuteczne. Zaleca się jednorazowe przetoczenie 1 jednostki koncentratu krwinek płytkowych z krwi pełnej na 10 kg masy ciała (zwykle 4–6 jednostek) lub 1 koncentrat krwinek płytkowych z aferezy. Celem przetaczania KKP jest utrzymanie hemostazy u pacjentów z małopłytkowością lub zaburzeniami funkcji płytek krwi. Częstość przetoczeń musi być określana

¹¹⁸ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 205-207

¹¹⁹ Szczeklika A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 1687

¹²⁰ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 207-209

¹²¹ Wytyczne w zakresie leczenia krwaw i jej składnikami... op.cit.

¹²² de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 208

indywidualnie na podstawie obrazu klinicznego, uwzględniając czynniki, które mogą wpłynąć na ich skuteczność terapeutyczną, a nie wyłącznie na podstawie liczby płytek krwi.

Wskazania do przetaczania KKP u pacjentów z chorobami nowotworowymi:¹²³

- 1) Pacjenci z przewlekłą małopłytkowością: Przyczyną przewlekłej małopłytkowości jest niewydolność procesu wytwarzania płytek krwi przez szpik. U chorych z niedokrwistością aplastyczną i towarzyszącą małopłytkowością nie obserwowano powikłań w postaci poważnych krwawień, jeżeli decyzję o przetoczeniu koncentratu krwinek płytkowych podejmowano w następujących sytuacjach:

- przetoczenie profilaktyczne przy liczbie płytek krwi <10 tys./ μ l;
- liczba płytek krwi <10 tys./ μ l, ale w wywiadzie niedawne krwawienie lub temperatura ciała >38°C;
- liczba krwinek płytkowych >10 tys./ μ l, dodatkowo duże krwawienie (3° wg WHO) lub planowany zabieg chirurgiczny.

Nie ma dowodów naukowych o jakichkolwiek korzyściach wynikających z przetaczania KKP w celu zapobiegania krwawieniom, jeśli liczba płytek krwi przekracza 10 tys./ μ l.

- 2) Pacjenci z przyspieszonym niszczeniem trombocytów: U podstaw stanu klinicznego leży immunologiczne lub nieimmunologiczne niszczenie płytek krwi. U chorych z małopłytkowością o podłożu immunologicznym przetaczanie płytek krwi zalecane jest tylko w krwawieniach zagrażających życiu (4° wg WHO), a skuteczność terapeutyczną można uzyskać po podaniu wysokich dawek. Bardzo ważne jest również równoległe leczenie glikokortykosteroidami lub immunoglobulinami dożylnymi.
- 3) Pacjenci z upośledzonym wytwarzaniem płytek krwi w następstwie choroby nowotworowej, stosowanej chemioterapii i/lub radioterapii. Podstawą jest upośledzona megakariocytopoeza spowodowana chorobą lub jej leczeniem, bez dodatkowych czynników ryzyka krwawienia. Wartością progową, przy której należy podjąć decyzję o profilaktycznym przetoczeniu KKP jest liczba trombocytów \leq 10 tys./ μ l. Jeżeli u chorych z guzami nowotworowymi i małopłytkowością, u których stosowano radio- lub chemioterapię wystąpią powikłania w postaci krwawień 3° lub 4° wg WHO, wartość progowa liczby płytek krwi, przy której konieczne będzie przetoczenie KKP, wynosi >50 tys./ μ l.
- 4) Pacjenci z upośledzonym wytwarzaniem płytek krwi i ryzykiem krwawienia: Podstawę stanowi wytwarzanie nieprawidłowych płytek krwi oraz występowanie dodatkowych czynników ryzyka wystąpienia krwawienia. Istnieją pewne czynniki ryzyka wystąpienia powikłań w postaci ciężkiego krwawienia u chorych z chorobami hematologicznymi oraz u chorych z guzami nowotworowymi i małopłytkowością po leczeniu farmakologicznym:
 - zakażenia bakteryjne lub wirusowe,
 - powikłania choroby lub stosowanego leczenia,
 - temperatura ciała powyżej 38°C,
 - zwiększona liczba krwinek białych,
 - osoczowa skaza krwotoczna,
 - gwałtowny spadek liczby krwinek płytkowych,
 - zmiany tkanek o charakterze martwicznym,
 - leki upośledzające płytki krwi (pochodne kwasu acetylosalicylowego, leki przeciwdepresyjne, antagoniści receptora ADP, blokery receptorów GP II/IIIa),
 - leki przeciwzakrzepowe.

U chorych tej grupy decyzję o profilaktycznym przetoczeniu koncentratu krwinek płytkowych należy podejmować przy liczbie płytek krwi 20 tys./ μ l. Przetaczanie KKP jest problematyczne ze względu na codzienne lub co dwudniowe przetaczanie, ponieważ czas przeżycia płytek krwi jest krótki oraz ze względu na 10-krotnie wyższą cenę niż KKCz.

4.2.8. Zaburzenia psychiatryczne

4.2.8.1. Zaburzenia lękowo-depresyjne (ICD-10: F41, F32, F33)

Zaburzenia lękowo-depresyjne należą do zaburzeń dezadaptacyjnych w których występuje poczucie zmęczenia, znużenia, duże trudności podjęcia jakiegokolwiek wysiłku, lęk, napięcie irytacja, nadpobudliwość, drażliwość i wybuchowość.

¹²³ Wytyczne w zakresie leczenia krwi i jej składnikami... op.cit.

Zespół lękowy jest reakcją nerwicową na poczucie zagrożenia utraty ważnych dla człowieka wartości (sprawności, zdrowia, życia). Przyczyny zespołu lękowego są bardzo różne. Oprócz podłoża psychologicznego, wywodzącego się z zaburzeń adaptacji do choroby, lęk może współwystępować wraz z depresją, a także w ostrych zaburzeniach psychicznych. Lęk, jest sygnałem ostrzegawczym w obszarze psychiki, że dzieje się coś złego. Lęk można podzielić na:

- **uogólniony** jako stan napięcia i oczekiwania, że wydarzy się coś złego. Zazwyczaj utrzymuje się przez większą część dnia. Towarzyszą mu trudności z koncentracją, zaburzenia pamięci, zawroty głowy, nadmierne pocenie się, przyspieszone tętno, wzmożone napięcie mięśni oraz zaburzenia snu.
- **napadowy** jako forma napadu wielkiego niepokoju, któremu współtowarzyszy znaczne pobudzenie ruchowe, przyspieszone tętno i wzrost ciśnienia oraz wrażenie duszności i zaciskania w klatce piersiowej. Taki stan nie trwa zazwyczaj długo i szybko mija, pozostawiając pacjenta wówczas bardzo wyczerpanego.
- **fobijny**, który występuje w konkretnej sytuacji lub dotyczy określonego przedmiotu.

Leczenie zespołów lękowych odbywa się na drodze:

- Farmakologicznej:
 - w przypadku leku uogólnionego i przewlekłego podanie benzodiazepin;
 - w przypadku leku napadowego podanie benzodiazepin oraz profilaktycznie leków przeciwdepresyjnych;
 - w przypadku lęku fobijnego doraźne podanie benzodiazepin krótko przed lękotwórczym zdarzeniem.
- Niefarmakologicznej:
 - psychoedukacja, relaksacja, ćwiczenia ruchowe i oddechowe, masaż zmniejszający napięcie mięśni.¹²⁴

Zespół depresyjny charakteryzuje się długotrwałym utrzymywaniem się obniżonego nastroju, przeżywaniem negatywnych myśli, poczuciem bezradności i beznadziejności, utratą zdolności cieszenia się, brakiem zainteresowań, izolacją od otoczenia i ludzi, problemami ze skupianiem uwagi i pamięcią, dezorientacją i zaburzeniami snu.

Leczenie zespołu depresyjnego może odbywać się na drodze:

- Farmakologicznej:
 - podanie leków przeciwdepresyjnych, benzodiazepin
- Niefarmakologicznej:
 - psychoterapia, wysiłek fizyczny.¹²⁵

Zaburzenia snu (ICD-10: F51, G47) – grupy zaburzeń snu, które mogą dotyczyć jego długości bądź jakości (dyssomnie) lub gdy w jego trakcie występują niepożądane zachowania (parasomnie). Niektóre z zaburzeń snu bywają na tyle poważne, że mogą zakłócać normalne funkcjonowanie: fizyczne, umysłowe i emocjonalne.

Do dyssomni zalicza się:

- bezsenność, oznaczającą trudności w zasypianiu, częste budzenie się w nocy lub zbyt krótki sen. W ciągu dnia chory nie czuje się dobrze i jest senny. Zaburzenie to może być sporadyczne lub przewlekłe.
 - nadmierna senność, objawiającą się poczuciem senności pomimo przespanej nocy, przedłużanie się snu lub występowanie jego epizodów w czasie przeznaczonym na normalną aktywność. Może być pierwotna (narkolepsja, bezdech senny) bądź objawowa, spowodowana zwiększonym ciśnieniem wewnątrzczaszkowym, zaburzeniami rytmu snu i czuwania, pourazowa lub w przebiegu otępienia.
- Do parasomni czy zaburzeń przysennych zalicza się: somnambulizm, lęki nocne, porażenie przysenne, koszmary senne.

Zaburzenia snu można leczyć na drodze niefarmakologicznej, która odbywa się na zastosowaniu relaksacji, psychoterapii, aromaterapii, właściwej higieny snu tzn. unikanie kofeiny, stresu, światła i hałasu w sypialni, dobre przewietrzenie sypialni.^{126,127}

¹²⁴ de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), Medycyna... op.cit., s. 181-184

¹²⁵ de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), Medycyna... op.cit., s. 184-189

¹²⁶ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 2200

¹²⁷ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 122-123

4.2.8.2. Hiperaktywny stan majaczeniowy (ICD-10: F05)

Majaczenie jest zespołem zaburzeń świadomości spowodowanym trwałym lub okresowym zaburzeniem funkcjonowania OUN. Częstość występowania u chorych u schyłku życia wynosi 40-85%.

Przyczyny:

- zaburzenia przemiany tlenowej w komórkach OUN: niedostateczna podaż tlenu (np. niewydolność oddechowa, niewydolność serca, niedokrwistość), wzrost zużycia tlenu (np. ostre zakażenie),
- zaburzenia czynności narządów (przede wszystkim wątroby i nerek) co prowadzi do intoksykacji ogólnoustrojowej wraz z uszkodzeniem neuronów,
- uszkodzenie neuronów spowodowane wzmożonym ciśnieniem wewnątrzczaszkowym,
- zaburzenia hormonalne,
- niedożywienie, odwodnienie, zaburzenia gospodarki elektrolitowej,
- leki: przeciwbólowe (morfina, tramadol), psychotropowe; grupą szczególnie narażoną są osoby z niewydolnością wątroby lub nerek ze zmianą w OUN.

Ryzyko wystąpienie można określić na podstawie czterech cech klinicznych:

1. Znaczne zaawansowanie choroby.
2. Zaburzenia poznawcze.
3. Zaburzenia widzenia.
4. Odwodnienie.

Tym stanom przypisuje się po 1 punkcie. Ryzyko średnie wystąpienia majaczenia jest przy 2 punktach, natomiast duże przy min. 3.

Zespół majaczeniowy hiperaktywny jest ciężką formą majaczenia. Dzieli się na parę faz:

- Faza wczesna prodromalna: obniżenie nastroju, stany lękowe, odwrócony rytm snu i czuwania;
- Faza późna prodromalna: omamy wzrokowe, mylna interpretacja sytuacji;
- Faza ostra: całkowita dezorientacja sytuacji, brak kontaktu, halucynacje, lęk, złość, nawet agresja;
- Faza zejściowa: słabnięcie i ustępowanie omamów wzrokowych, ponowny kontakt, niepamięć okresu psychotycznego, zmienne nastroje, ale ogólnie powrót chorego do równowagi.

Występuje często w przebiegu leczenia lekami antycholinergicznymi i w zespołach odstawienia.¹²⁸

4.2.9. Zaburzenia neurologiczne

Zaburzenia neurologiczne mogą dotyczyć głównie funkcji motorycznych, czuciowych lub poznawczych. Mogą występować zespoły związane z współwystępowaniem dysfunkcji.

Cechą wspólną jest możliwość wykorzystania plastyczności układu nerwowego i częściowej kompensacji przez większy rozwój sprawnych części. Z tego powodu szczególne znaczenie ma rehabilitacja.

4.2.9.1. Zaburzenia czucia (ICD-10: R20)

Mogą występować jako:

- Niedoczulica (hipestezja, objawy ubytkowe) czyli osłabienie lub zniesienie czucia (R20.1), może być częściowa lub całkowita;
- Przeczulica (hiperestezja, objawy nadmiarowe) objawiająca się jako parestezja (mrowienie, drętwienie, cierpięcie, uczucie przechodzenia prądu, ciepła lub zimna) (R20.2) lub nadwrażliwość na bodźce czuciowe (ból, przeczulica) (R20.3).

Przyczyną zaburzeń czucia są procesy chorobowe uszkodzające receptory obwodowe w różnych tkankach i narządach, włókna czuciowe w nerwach obwodowych, drogi wstępujące w rdzeniu kręgowym i pniu mózgu, wzgórze oraz ośrodki korowe w płacie ciemieniowym. Zaburzenia czucia przybierają różne formy, w zależności od poziomu, na którym dochodzi do uszkodzenia (Tabela 14.).

¹²⁸ de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), Medycyna... op.cit., s. 189-191

Tabela 14. Przyczyny i rodzaje zaburzeń czucia w zależności od miejsca uszkodzenia.

Miejsce uszkodzenia	Rodzaj zaburzeń	Przyczyny
nerw obwodowy	ból i parestezje w obszarze zaopatrywanym przez dany nerw, później ubytki wszystkich rodzajów czucia	mononeuropatie (uraz)
korzeń nerwowy	ból nasilający się wraz ze wzrostem ciśnienia wewnątrzczaszkowego (np. podczas kaszlu, defekacji), parestezje w zakresie unerwienia korzeniowego, później ubytki wszystkich rodzajów czucia	rwa kulszowa lub ramienna (przepuklina krążka międzykręgowego), nowotwory, ostra zapalna poliradikuloneuropatia demielinizacyjna, nasilone zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa
poprzeczne uszkodzenie rdzenia kręgowego	obustronne zniesienie wszystkich rodzajów czucia poniżej miejsca uszkodzenia	uraz, guz, zapalenie lub niedokrwienie rdzenia kręgowego albo krwotok do rdzenia
połowicze uszkodzenie rdzenia kręgowego	zaburzenia czucia poniżej miejsca uszkodzenia: czucia głębokiego i dotyku po tej samej stronie, czucia bólu i temperatury po przeciwnej stronie	guz zewnątrzrdzeniowy, uraz, stwardnienie rozsiane
uszkodzenie śródrzeniowe	rozszczepienne zaburzenia czucia: zniesienie czucia bólu i temperatury przy zachowanym czuciu głębokim i częściowo zachowanym czuciu dotyku	guz śródrzeniowy, jamistość rdzenia, pourazowy krwotok śródrzeniowy, zakrzep tętnicy przedniej rdzenia
sznury tylne rdzenia kręgowego	zniesienie czucia głębokiego, ataksja tylnosnurowa, zmniejszenie napięcia mięśni i zniesienie odruchów głębokich	zwyrodnienie sznurowe (w niedoborze witaminy B12), wiał rdzenia (kiła układu nerwowego), niekiedy w cukrzycy
wzgórze	bardzo przykre, silne, napadowe lub stałe bóle połowy ciała, nieustępujące pod wpływem leków, połowicze zaburzenia czucia, zwłaszcza czucia ułożenia	udar mózgu niedokrwienny lub krwotoczny, nowotwory, uraz
kora płatów ciemieniowych	niemożność oceny siły i miejsca działania bodźca, upośledzenie dermatoleksji (zdolności rozpoznania znaków pisanych na skórze), brak zdolności dyskryminacji (rozróżniania dwóch jednocześnie działających bodźców), zjawisko ekstynkcji (czyli wygaszania bodźca – niemożność odbierania jednego z wrażeń czuciowych przy jednoczesnym dotykaniu dwóch punktów położonych w tych samych miejscach po obu stronach ciała), astereognozja (niemożność rozpoznania bez pomocy wzroku przedmiotów trzymanyh w ręce)	udar mózgu niedokrwienny lub krwotoczny, nowotwory

Źródło: Szczeklika A. (red.), Interna Szczeklika, Medycyna Praktyczna, Kraków, 2018, s. 2200

Parestezje krótkotrwałe i przemijające nie wskazują na uszkodzenie układu nerwowego, natomiast nieustępujące i o określonej lokalizacji mogą wskazywać na zmiany w ośrodkowym lub obwodowym układzie nerwowym. Przyczyny parestezji w zależności od umiejscowienia:

- połowa twarzy - skurcz naczyń podczas aury w migrenie, napad padaczkowy częściowy prosty, napad przemijającego niedokrwienia mózgu (często również niedowład połowiczny);
- cała twarz - tężyczka, hiperwentylacja
- jedna kończyna górna - parestezje w obrębie palców mogą być objawem uszkodzenia nerwu pośrodkowego (np. zespół cieśni nadgarstka), łokciowego lub promieniowego; napad padaczkowy, niedokrwienie półkuli mózgu
- obie kończyny górne - neuropatia, stwardnienie rozsiane, jamistość rdzenia kręgowego
- tułów - charakterystyczny dla stwardnienia rozsianego objaw Lhermitte'a – samoistny lub wywołany szybkim pochyleniem głowy (uczucie prądu przechodzącego wzdłuż kręgosłupa)
- kończyny dolne - najczęściej początkowy objaw polineuropatii, także zwyrodnienie sznurów tylnych rdzenia kręgowego, stwardnienie rozsiane, zespół niespokojnych nóg
- połowicze (kończyny górna i dolna po tej samej stronie) - udar mózgu, napad padaczkowy częściowy prosty.¹²⁹
-

4.2.9.2. Zaburzenia funkcji poznawczych

Podstawowe funkcje poznawcze obejmują percepcję, uwagę i pamięć, natomiast do złożonych zalicza się myślenie czy wyobraźnię. Zaburzenia funkcji poznawczych oznaczają nieprawidłowości w zakresie myślenia, pamięci, zdolności do przyswajania nowych informacji, mowy, czytania ze zrozumieniem, komunikacji. Zaburzeniom funkcji poznawczych towarzyszą zaburzenia emocjonalne, zachowania

¹²⁹ Szczeklika A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 2200-2201

i motywacji. Dysfunkcje poznawcze pogarszające funkcjonowanie chorego mogą wynikać ze starzenia się, urazów, a także chorób.

Łagodne zaburzenia poznawcze (*mild cognitive impairment* – MCI, ICD10 - F06.7) są grupą objawów poznawczych o różnej etiologii i przebiegu, charakteryzującymi się upośledzeniem pamięci, trudnościami w uczeniu się, pogorszeniem koncentracji. Objawy te najczęściej występują u osób w starszym wieku, niespełniających kryteriów otępienia, mogą być także objawem postępującego schorzenia.

Zaburzenia poznawcze są najczęściej są wynikiem choroby Alzheimera (F00, G30) lub innych chorób otępiennych tj. otępienie z ciałkami Lewy'ego (G31.83), skroniowo-czołowe (G31) oraz otępienie naczyniopochodne (F01) związane np. ze zmianami w dużych naczyniach lub poudarowe i otępienie mieszane (F01.3). W przypadku choroby Alzheimera głównym deficytem jest pogorszenie pamięci, myślenia i rozumienia pojęć, a początek choroby jest trudny do zauważenia. W chorobach naczyniowych problemy poznawcze pojawiają się nagle, deficyty zależą od lokalizacji uszkodzenia, a postęp choroby jest skokowy. Zaburzenia poznawcze występują także w przebiegu innych chorób m.in. Parkinsona (F02.3, G20), Huntingtona (F02.2, G10), guzów mózgu.¹³⁰

4.2.9.3. Otępienie (ICD-10: F00–F03)

Choroby otępienne

Otępienie – wg WHO – jest przewlekłym/postępującym klinicznym zespołem wywołanym chorobą mózgu charakteryzującym się zaburzeniami czynności poznawczych, bez zaburzeń świadomości.

Podział etiologiczny otępienia:

- choroba Alzheimera (45-50% przypadków),
- otępienie z ciałkami Lewy'ego (10-20%),
- otępienie naczyniopochodne (10-20%),
- otępienie czołowo-skroniowe (8-10%),
- otępienie mieszane (25-40%) – współwystępowanie w mózgu zmian naczyniopochodnych i zwyrodnienia o charakterze alzheimerowskim.

Objawy:

- osłabienie zdolności przyswajania nowych informacji, myślenia, oceny orientacji i funkcji językowych,
- apatia, utrata zainteresowań,
- pogorszenie codziennego funkcjonowania (ubieranie się, mycie, gotowanie),
- utrata kontroli emocjonalnej: łatwe zniechęcanie się, drażliwość, płaczliwość.¹³¹

Kryteria rozpoznania otępienia według *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems 10th Revision* (ICD-10):¹³²

Do rozpoznania otępienia konieczne są:

- obecność:
 - zaburzeń pamięci,
 - zaburzeń innych funkcji poznawczych, które uległy pogorszeniu;
- W obu przypadkach w stopniu powodującym zaburzenia funkcjonowania w życiu codziennym; istnienie tych zaburzeń udokumentowano w rzetelnym wywiadzie od osób z najbliższego otoczenia chorego i, w miarę możliwości, w wynikach badania neuropsychologicznego lub „ilościowymi metodami oceny procesów poznawczych”;
- zachowana „świadomość otoczenia”, przynajmniej przez czas niezbędny do stwierdzenia zaburzeń funkcji poznawczych;
- zmniejszenie emocjonalnej kontroli nad motywacją albo zmiana zachowań społecznych przejawiająca się co najmniej jednym z następujących objawów:
 - chwiejność emocjonalna,
 - drażliwość,
 - apatia,
 - prymitywizacja zachowań społecznych,
- występowanie zaburzeń pamięci oraz innych funkcji poznawczych od co najmniej 6 miesięcy

Dodatkowo rozpoznanie wzmacnia występowanie zaburzeń innych wyższych czynności korowych w postaci afazji, agnozji, apraksji.

¹³⁰ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 2203-2205

¹³¹ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 2237

¹³² Motyl R., Otępienie – kryteria diagnostyczne, Polski Przegląd Neurologiczny 2007, tom 3, 2, 43–60

4.2.9.4. Otępienie mieszane i naczyniopochodne

Otępienie mieszane i naczyniopochodne

Choroba ma nagły początek i powoduje:

- osłabienie,
- spowolnienie,
- dyzartrię (zaburzenia mowy),
- dysfagię (zaburzenia połykania) i inne.¹³³

4.2.9.5. Przykłady zespołów typowych dla wybranych chorób neurologicznych

Choroba Alzheimera (ICD-10: G30)

Choroba Alzheimera jest chorobą zwyrodnieniową mózgu, charakteryzującą się postępującymi zaburzeniami pamięci oraz zachowania. Objawy są różne w zależności od zaawansowania choroby. Opis przebiegu choroby i objawów klinicznych opisuje Skala Oceny Stanu Ogólnego Pogorszenia (GDS - *Global Deterioration State*). Służy do określania stopnia zaawansowania choroby.^{134,135,136}

Skala GDS:¹³⁷

1. Bez zaburzeń poznawczych.
2. Bardzo łagodne zaburzenia poznawcze (zapominanie).
3. Łagodne zaburzenia poznawcze (wczesny stan dezorientacji) — najwcześniejsze stadium, kiedy ubytki czynności poznawczych stają się wyraźnie widoczne.
4. Umiarkowane zaburzenia poznawcze (późny stan dezorientacji).
5. Średnio głębokie zaburzenia poznawcze (wczesna faza otępienia).
6. Głębokie zaburzenia poznawcze (pośrednia faza otępienia).
7. Bardzo głębokie zaburzenia poznawcze (późna faza otępienia).

Stwardnienie zanikowe boczne (ICD-10: G12.2), ALS (*amyotrophic lateral sclerosis*) lub SLA (*sclerosis lateralis amyotrophica*) jest chorobą zwyrodnieniową układu nerwowego.

Objawy:

- kurcze mięśni powodują zanik mięśni prowadzący do niedowładu,
- zaburzenia mowy, a nawet niedowład języka i niemożność połykania pokarmów (co może prowadzić do niedożywienia chorego),
- zaburzenia poznawcze.^{138,139}

Stwardnienie rozsiane (ICD-10: G35), SM (*sclerosis multiplex*) to przewlekła, demienilizacyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego o nieznanym przyczynach.

Objawy mogą wystąpić z różnym nasileniem i w różnym połączeniu:

- zaburzenia widzenia,
- objawy piramidowe wskutek dróg piramidowych: niedowład kończyny, napięcie mięśni,
- objawy mózdkowe: zaburzenie chodu, drżenie głowy, zawroty głowy, oczopląs,
- zaburzenia czucia,
- ból,
- zaburzenia funkcji poznawczych: pogorszenie zdolności skupienia uwagi, zapamiętywania,
- zaburzenia psychiczne^{140,141,142,143}

Wyróżnia się agresywne (złośliwe) formy SM, które w krótkim czasie prowadzą do niepełnosprawności lub śmierci, tj.:

¹³³ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 252-253

¹³⁴ Szczekli k A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 2238-2241

¹³⁵ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 249-252

¹³⁶ Szczekli k A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 2238-2241

¹³⁷ Hausz-Piskorz B., Buczkowski K., Diagnostyka i leczenie choroby Alzheimera w warunkach praktyki lekarza rodzinnego, Forum Medycyny Rodzinnej 2013, tom 7, nr 4, 198–207

¹³⁸ Szczekli k A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit.

¹³⁹ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 243-244

¹⁴⁰ Szczekli k A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit.

¹⁴¹ K de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 244-247

¹⁴² McAdam L.C. i wsp., *Pediatric tumefactive demyelination: case series and review of the literature*, *Pediatr. Neurol.* 2002; 26: 18-25

¹⁴³ Kamińska J. i wsp., Stwardnienie rozsiane – etiopatogeneza i możliwości diagnostyczne *Postepy Hig Med Dosw* 2017; 71: 551-563

- ostre SM - wariant Marburga,
- stwardnienie koncentryczne Baló,
- chorobę Schildera (stwardnienie rozlane),
- zmiany demielinizacyjne imitujące guz mózgu.^{144,145}

Choroba Parkinsona (ICD-10: G20) jest zwyrodnieniem struktur mózgu o nieznanym przyczynie.

Objawy:

- upośledzenie pierwotnych automatyzmów ruchowych,
- drżenie spoczynkowe,
- wzmożone napięcie mięśni,
- niewyraźna mowa,
- zaburzenia węchu, połykania, wegetatywne,
- bóle kończyn,
- zaburzenia psychiczne,
- nadmierna senność.^{146,147,148}

Choroba Huntingtona (ICD-10: G10) jest chorobą układu nerwowego o podłożu genetycznym powodująca zmiany patologiczne jądra ogoniastego, skorupy i kory mózgowej.

Objawy:

- postępujące osłabienie,
- ruchy płasawicze,
- zmiany osobowości,
- zaburzenia funkcjonowania, psychiczne,
- obniżone napięcie mięśniowe.^{149,150}

Inne choroby demielinizacyjne

Choroba Devica (*neuromyelitis optica* - NMO) manifestująca się ubytkami w polu widzenia, zmniejszeniem ostrości widzenia, ograniczeniem pola widzenia, przy braku leczenia prowadząca do trwałej utraty wzroku, a także niedowładem kończyn dolnych lub czterokończynowym, bólami korzeniowymi, zaburzeniami funkcji zwieraczy i zaburzeniami funkcji poznawczych.¹⁵¹

Ostre rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia (*acute disseminated encephalomyelitis* – ADEM, przyzakaźne lub poszczepienne zapalenie mózgu i rdzenia, hiperergiczne rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia, ostre okołozylne zapalenie mózgu i rdzenia), w której objawy obejmują bóle głowy, wymioty, senność, śpiączkę, drgawki, niedowłady, zaburzenia mowy.¹⁵²

Centralna mielinoliza mostu (*central pontine myelinolysis* CPM), której obraz kliniczny jest różny, od przypadków bezobjawowych, do śpiączki.¹⁵³

Środkowa demielinizacja ciała modzełowego – zespół Marchiafava-Bignamiego objawia się apraksją ideomotoryczną i mimiczną twarzy oraz ataksją tułowia, zaburzeniami poznawczymi, w niektórych prowadzi do śpiączki i śmierci.¹⁵⁴

Ostre poprzeczne zapalenie rdzenia (ATM, *acute transverse myelitis*) - objawy zależą od lokalizacji zmian, obejmują gorączkę; bóle tułowia i kończyn; początkowe zatrzymanie moczu i kału, a następnie nietrzymanie, parestezje lub porażenie kończyn, porażenie wiotkie, przechodzące w kurczowe.¹⁵⁵

¹⁴⁴ McAdam L.C. i wsp., *Pediatric tumefactive demyelination: case series and review of the literature*, *Pediatr. Neurol.* 2002; 26: 18-25

¹⁴⁵ Kamińska J. i wsp., Stwardnienie rozsiane – etiopatogeneza i możliwości diagnostyczne *Postępy Hig Med Dosw* 2017; 71: 551-563

¹⁴⁶ <https://www.mp.pl/pacjent/neurologia/choroby/151060,choroba-parkinsona> [data dostępu, 19.12.2018]

¹⁴⁷ Szczeklik A. (red.), *Interna Szczeklika*... op.cit.

¹⁴⁸ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), *Pielęgniarstwo opieki*... op.cit., s. 247-248

¹⁴⁹ <https://www.mp.pl/pacjent/neurologia/choroby/146237,choroba-huntingtona> [data dostępu: 19.12.2018]

¹⁵⁰ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), *Pielęgniarstwo opieki*... op.cit., s. 248-250

¹⁵¹ Gospodarczyk-Szot K., Zapalenie nerwów wzrokowych i rdzenia Devica (NMO) oraz choroby ze spektrum NMO, *Polski Przegląd Neurologiczny* 2016; 12 (4): 196–205

¹⁵² Losy J., Selmaj K. (red.) *Neuroimmunologia kliniczna*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007, ss. 49-64.

¹⁵³ Więckiewicz A. i wsp., Zespół demielinizacji osmotycznej, *Polski Przegląd Neurologiczny* 2015; 11 (4): 183–189

¹⁵⁴ Kozubski W., Kalinowska-Lyszczarz A., Zagadkowe objawy kliniczne: zespół wizji Picka oraz choroba Marchiafava-Bignamiego — opis dwóch przypadków, *Polski Przegląd Neurologiczny* 2012; 8 (2): 84–86

¹⁵⁵ *Transverse Myelitis Consortium Working Group: Proposed diagnostic criteria and nosology of acute transverse myelitis. Neurology* 2002; 59: 499–505

4.2.9.6. Śpiączka (ICD-10: R40.2)

Śpiączka jest to stan głębokiego zaburzenia świadomości, w którym pacjent pozostaje w bezruchu i nie reaguje na bardzo silne bodźce z zewnątrz. Osoba pogrążona w śpiączce wygląda jakby spała, ale nie da się jej obudzić. Uszkodzenie okolicy pnia mózgu i rdzenia kręgowego, w której zlokalizowany jest twór siatkowaty skutkuje pojawieniem się zaburzeń świadomości. Do zaburzeń świadomości, obok śpiączki, należą też majaczenie, senność patologiczna i przymglenie. Różnią się one stopniem nasilenia oraz, w przeciwieństwie do śpiączki, podatnością pacjenta na bodźce zewnętrzne i możliwość wybudzenia.

Przyczyny śpiączki:

- związane z bezpośrednim uszkodzeniem tkanki mózgowej, np.: urazy głowy, udar mózgu, nowotwory układu nerwowego, zapalenia mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych;
- zaburzenia ogólnoustrojowe, mające pośredni wpływ na funkcjonowanie układu nerwowego, np.: cukrzyca, niewydolność wątroby (w tym encefalopatia wątrobowa), niewydolność nerek (w tym mocznica), niedoczynność tarczycy, niedoczynność nadnerczy, hiperkalcemia, zaburzenia rytmu serca, rzadkie choroby metaboliczne i zakaźne, zatrucie substancjami toksycznymi.¹⁵⁶

4.2.9.7. Świąd (ICD-10: L29)

Świąd - nieprzyjemne uczucie wywołujące potrzebę drapania się. Powstaje w powierzchownych warstwach skóry, błon śluzowych, górnego odcinka układu oddechowego i spojówek.

Przyczyny:

- choroby alergiczne skóry,
- przewlekła niewydolność nerek, zwłaszcza schyłkowa,
- choroby wątroby i dróg żółciowych: cholestaza, zapalenia wątroby,
- choroby układu krwiotwórczego – czerwieńca prawdziwa, chłoniak Hodgkina, ziarniniak grzybiasty, mastocytoza, inne nowotwory limfocytyczne, niedobór żelaza,
- zaburzenia endokrynne i metaboliczne – choroby tarczycy, przytarczyc, cukrzyca, zespół rakowiaka, hiperkalcemia,
- świąd neuropatyczny ośrodkowy (guzy i ropnie mózgu, zmiany poudarowe, tętniaki, stwardnienie rozsiane) i obwodowy (półpasiec, cukrzyca, amyloidoza, polekowy [głównie opioidy podawane zewnątrzoponowo lub podpajęczynówkowo, w bliźnie pooperacyjnej]),
- świąd paranowotworowy – guzy łe,te,
- świąd psychogeny.

Leczenie świądu polega na usunięciu jego przyczyny. Ze względu na to, że etiopatogeneza różnych rodzajów świądu nie jest w pełni wyjaśniona, nie istnieją powszechne metody leczenia objawowego. Proponowane jest leczenie objawowe w zależności od przyczyny.

Leczenie nefarmakologiczne:

- unikanie bezczynności, lęku, nadmiernej wilgotności i ciepła,
- pielęgnacja i nawilżanie skóry – ze względu na występowanie suchej skóry prawie u wszystkich chorych w opiece paliatywnej jest to podstawowe postępowanie w większości przypadków,
- nieswoiste metody łagodzące świąd, np.: zimne okłady i kompresy, balsamy z mentolem, fenolem lub kamforą, kąpiele lecznicze,
- fototerapia.

Leczenie farmakologiczne:

- miejscowe leczenie świądu, np.: stosowanie kapsaicyny, leków znieczulających miejscowo, kremy i olejki do kąpieli z polidokanolem,
- leki przeciwhistaminowe,
- leki wpływające na przewodnictwo serotoninergiczne,
- antagoniści receptora opioidowego μ ,
- inne leki, np.: talidomid, cholestyramina, ryfamipacyna, androgeny, niesteroidowe leki przeciwzapalne, trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne i leki przeciwdrgawkowe.^{157,158}

¹⁵⁶ <https://www.mp.pl/pacjent/neurologia/objawy/150085,spiaczka> [data dostępu: 05.02.2019]

¹⁵⁷ <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.l.1.34>. [data dostępu: 19.12.2018]

¹⁵⁸ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 2635-2638

4.2.9.8. Ból (ICD-10: R52)

Ból jest definiowany przez Międzynarodową Organizację Badań na Bólem (IASP, ang. *International Association for Study of Pain*) jako przykre i negatywne odczucie zmysłowe i emocjonalne, które jest związane z istnieniem bodźców uszkadzających lub mogących uszkodzić tkanki. Odbiór bólu nie jest związany ze stopniem uszkodzenia tkanek, a jego odczucie jest u każdego pacjenta inne. Ból dzieli się na:

- nocycyptywny, powstający w wyniku drażnienia zakończeń nerwów obwodowych;
- neuropatyczny, spowodowany nieprawidłowym działaniem układu percepcji bólu w obwodowym lub ośrodkowym układzie nerwowym wskutek urazu, choroby lub uszkodzenia chirurgicznego.

Szlak bólowy jest dynamicznym układem, utrzymujący się w czasie bodziec bólowy może powodować zmiany ośrodkowe, które z kolei prowadzą do nasilenia percepcji bólu w ośrodkach bólowych. Stąd też ważne jest prowadzenie wczesnej terapii bólu, przy uwzględnieniu wpływu czynników socjalnych i psychologicznych na odczuwanie bólu. Ból przewlekły wpływa na psychikę pacjenta, a stres związany z czynnikami psychologicznymi czy społecznymi może zwiększać ból fizyczny.

Zgodnie z art. 20a Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁵⁹, pacjent ma prawo do leczenia bólu, a podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

Leczenie:

Podstawowe warunki skutecznego leczenia bólu:

- staranne rozpoznanie bólu (bólów) i dostosowany wybór metody leczenia,
- ciągle monitorowanie efektów leczenia.

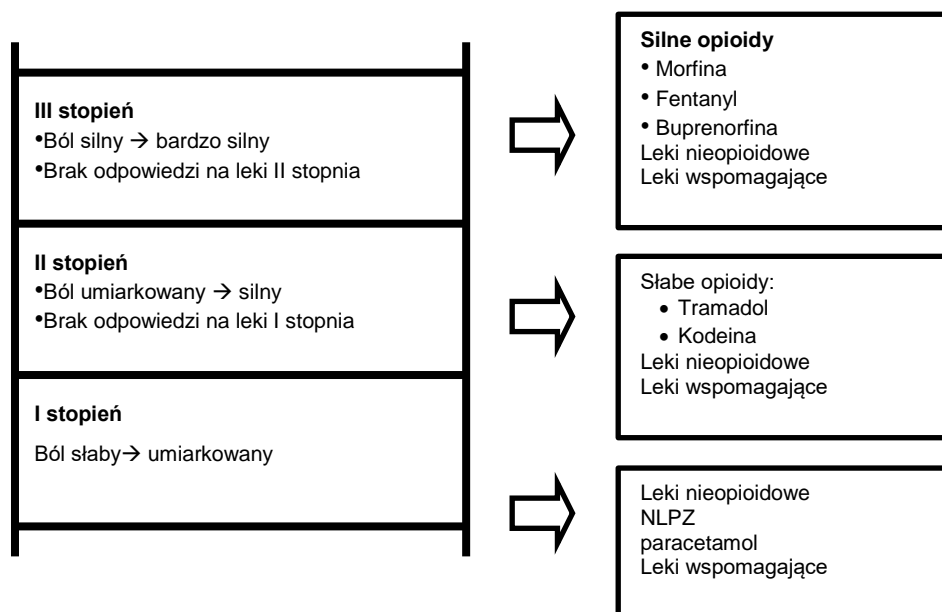
Leczenie farmakologiczne:

Stosuje się analgetyki – typowe leki przeciwbólowe oraz koanalgetyki – leki niebędące analgetykami, ale w pewnych rodzajach bólu wykazujące własną aktywność przeciwbólową lub wspomagające działanie analgetyków.

Zasady stosowania leków w leczeniu bólu zostały opracowane przez WHO i opierają się na:

- podawaniu leków, jeśli to jest tylko możliwe drogą doustną, alternatywnie drogą podskórną;
- podawanie leków o stałych porach, aby zapobiec nawrotom dolegliwości;
- znajomości i umiejętności stosowania drabiny analgetycznej WHO – w przypadku bólu o małym natężeniu rozpoczynać leczenie od leków z I stopnia, a w razie ich niedostatecznej skuteczności przejść na II, a potem na III stopień drabiny analgetycznej (Rysunek 3.).

¹⁵⁹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U.2017.1318 t.j. z dnia 2017.07.04



Rysunek 3. Schemat drabiny analgetycznej.

Źródło: Opracowanie własne.

Leczenie dodatkowe

Oprócz leków przeciwbólowych przedstawionych w drabini analgetycznej uwzględnia się stosowanie leków uzupełniających, które powinny być podawane w leczeniu niektórych rodzajów bólów jako leki wzmagające działanie analgetyków bądź wykazujących własne działanie przeciwbólowe. Można zaliczyć do nich neuroleptyki oraz medyczną marihuanę.^{160, 161}

W postępowaniu mającym na celu minimalizację i likwidację dolegliwości bólowych, jako uzupełnienie prowadzonej farmakoterapii, wprowadza się np.: chemioterapie, hormonoterapie, radioizotopy, fizjoterapie, blokady, neurolizy, neuromodulacja, masaże, akupunktury, akupresury, autohipnozy.

Nieleczony ból może powodować supresję układu immunologicznego wiele nieprawidłowości np.: przyspieszony wzrost choroby podstawowej, infekcje, zaburzenia snu, niepokój, depresję.

Bólowi często towarzyszą objawy kliniczne np.: zaburzenia rytmu serca, ciśnienia tętniczego, częstości oddechów, pocenie się, wymioty, bladeść, nagłe zaczerwienienie twarzy, zwężenie źrenic. Rzetelna ocena bólu powinna być dokonywana przed leczeniem i w trakcie leczenia przeciwbólowego oraz uwzględniać nie tylko stopień natężenia bólu, ale także jego charakter, umiejscowienie, występowanie czynników nasilających oraz ocenę skuteczności zastosowanych u chorego metod leczenia.

Ocena bólu:

Prowadząc całościową ocenę bólu u pacjenta, należy przeprowadzić systematyczny i uporządkowany wywiad oraz badanie podmiotowe. Należy dowiedzieć się od pacjenta o historii bólu, doświadczenia pacjenta związane z odczuwaniem bólu w przeszłości i w chwili obecnej. Ocena powinna również dotyczyć potrzeb rodziny w zakresie dostarczanej wiedzy na temat leczenia bólu, stosowanych leków oraz sposobów radzenia sobie z bólem u chorego.

Ocena bólu powinna uwzględniać:

- wiarę w skargi chorego,
- ocenę nasilenia objawów,
- ocenę stanu psychicznego chorego,
- poznanie przebiegu dolegliwości,
- wybór różnych metod leczenia przeciwbólowego,
- ocenę skuteczności stosowanych leków.

Do badania i oceny intensywności bólu służą skale i kwestionariusze. Najczęściej wykorzystywanymi metodami do oceny stopnia natężenia bólu są skale:

- **Skala słowna VRS** (ang. *Verbal Rating Scale*) - metoda umożliwiająca opisową ocenę bólu. Choremu przedstawia się szereg kolejno ustawionych cyfr z przypisanymi do nich określeniami

¹⁶⁰ Jantos M., Dlaczego w Polsce rak boli? (niewykorzystane możliwości leczniczej marihuany), Medyczne aspekty cierpienia

¹⁶¹ Woron J., i wsp., Leki złożone w farmakoterapii bólu. Paracetamol i tramadol, Geriatria 2011; 5:30-33

natężenia bólu. Jej największą wadą jest niejednoznaczność określeń nasilenia bólu, które poszczególni chorzy mogą różnie rozumieć. Pacjenci zgłaszają czasem trudność z przyporządkowaniem gotowych określeń do swojej percepcji bólu.

- **Skala wzrokowo-analogowa VAS** (ang. *Visual Analogue Scale*) - analogowa, wizualna skala oceny bólu jest wiarygodnym narzędziem umożliwiającym określenie nasilenia bólu. Cyklicznie powtarzane pomiary intensywności bólu za pomocą skali VAS umożliwiają ocenę skuteczności leczenia przeciwbólowego. Skala ma postać linijki o długości 10 cm. Pacjent wskazuje palcem lub suwakiem nasilenie bólu od 0 - zupełny brak bólu do 10 - najsilniejszy wyobraźalny ból. Stosuje się również zmodyfikowane skale zawierające na skrajnych biegunach rysunki twarzy - uśmiechniętej (brak bólu) i wykrzywionej grymasem bólu (najsilniejszy ból) lub opatrzone dodatkowo słownymi określeniami bólu pod osią graficzną (graficzna skala opisowa).
- **Skala numeryczna NRS** (ang. *Numerical Rating Scale*) - poleca się stosowanie skali zawierającej 11 stopni nasilenia bólu - od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 najgorszy wyobraźalny ból. Skala ta cechuje się znaczną powtarzalnością wyników. Ze względu na jej zrozumiałość dla pacjentów i łatwość stosowania jest obecnie polecana w praktyce klinicznej zarówno do oceny bólu ostrego, jak i przewlekłego.

Człowiek nieuleczalnie chory, zwłaszcza gdy wkracza w schyłkowy okres życia i zbliża się ku śmierci, nie tylko cierpi fizycznie i pogrąża się w smutnych emocjach, ale doznaje też cierpień duchowych tzw. bólu egzystencjalnego. Zjawisko jest trudne do opisanie, ponieważ człowiek jako osoba jest niepowtarzalna, a w sytuacji krańcowej jaką jest poważna choroba czy umieranie, pogłębia się ta niepowtarzalność. Ból egzystencjalny może nasilać ból fizyczny.

Wyszczególniono trzy rodzaje doznań pojawiających się w bólu egzystencjalnym:

- doznanie osamotnienia w sferze metafizycznej, kiedy wkracza w proces śmierci tj. nieznaną przestrzeń
- natręctwo myśli egzystencjalnych objawiające się pytaniami o sens ludzkiego istnienia i sens cierpienia
- niespokojne sumienie jako poczucie odpowiedzialności za przeżyte życie.

Opieka duchowa w opiece paliatywnej to pełna miłości obecność przy umierającym człowieku, która pobudza ufność i nadzieję w chorym oraz pojednuje go ze śmiercią. Jej celem jest pomoc w odzyskaniu duchowej pogody i spokoju, aby to, co wydawało się pozbawione znaczenia, nabrało sensu i wartości. Istotnie, wszelkiego rodzaju samotność nakręca spiralę rozpacz, a jedynym lekarstwem na nią jest życzliwa obecność i rozmowa drugiego człowieka oraz poszanowanie godności i intymności.

Pacjent, w ramach Praw Pacjenta¹⁶², ma zagwarantowane prawo do opieki duszpasterskiej, a w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia, podmiot sprawujący opiekę nad pacjentem umożliwia kontakt z duchowym jego wyznania.^{163,164,165,166}

4.2.9.9. Stan drgawkowy (ICD-10: G40)

Stan padaczkowy jest definiowany jest jako nawracające napady padaczkowe, pomiędzy którymi nie ma całkowitej normalizacji funkcji komórek nerwowych i powrotu fizjologicznej homeostazy w mózgu. Istotą stanu padaczkowego jest zaburzenie mechanizmu samoistnie kończącego pojedynczy napad padaczkowy i utrzymującego okres, w którym nie może dojść do wystąpienia następnego napadu. Dla celów klinicznych pod nazwą stan padaczkowy rozumiemy napad trwający dłużej niż 30 min lub kilka napadów, pomiędzy którymi chory nie odzyskuje świadomości. Stan padaczkowy prowadzi do poważnych zaburzeń oddechowo-krażeniowych i w konsekwencji do niedotlenienia mózgu. Przedłużająca się aktywność elektryczna w ośrodkowym układzie nerwowym może prowadzić do nieodwracalnego uszkodzenia neuronów. Celem postępowania w stanie padaczkowym jest jak najszybsze zatrzymanie wyładowań padaczkowych oraz ochrona neuronów przed uszkodzeniem wynikającym ze stanu padaczkowego.

¹⁶² Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U.2017.1318 t.j. z dnia 2017.07.04

¹⁶³ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 2197-2198,2608-2623

¹⁶⁴ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U.2017.1318 t.j. z dnia 2017.07.04

¹⁶⁵ de Walden-Gałuszek K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 29-49

¹⁶⁶ <https://www.mp.pl/bol/bol/ostry/72858,skale-oceny-bolu> [data dostępu: 18.12.2018]

Przyczyny: Drgawki występują bardzo często w przebiegu różnych chorób uszkodzających mózgowie. U chorych na nowotwory najczęstszym mechanizmem powstawania drgawek są pierwotne i przerzutowe guzy mózgu.

Leczenie. Terapia podstawowa: benzodwuzepiny (diazepam, midazolam) – działanie usypiające. Ewentualnie: barbiturany. Poza leczeniem farmakologicznym ważne jest udrożnienie dróg oddechowych, podanie tlenu.

Należy różnicować drgawki od uogólnionych gwałtownych i nagłych skurczów poszczególnych grup mięśni spowodowanych gromadzeniem się metabolitów leków w organizmie (towarzyszące często np. dołączeniu nowego leku wchodzącego w interakcje) — w takim wypadku zwiększenie dawki leku przeciwpadaczkowego może nasilić objaw. Skuteczne może być nawodnienie pacjenta w celu eliminacji produktów metabolizmu leków i rozważenie zmniejszenia dawki leku przeciwpadaczkowego do możliwie najniższej skutecznej.^{167,168}

4.2.9.10. Zespół ucisku rdzenia kręgowego (ICD-10: M47.1)

Zespół ucisku rdzenia kręgowego (ZURK)

Występuje u 3-5% chorych na zaawansowany nowotwór złośliwy. U ok. 20% przypadków jest pierwszym objawem świadczącym o nowotworze złośliwym.

Przyczyny: najczęściej jest to ucisk rdzenia przez guz przerzutowy w obrębie trzonu kręgu. Rzadszymi czynnikami etiologicznymi są przerzuty nowotworu w tkankach przykręgosłupowych, oponach mózgowo-rdzeniowych lub guz rdzenia kręgowego.

Objawy: ból okolicy przykręgosłupowej o charakterze korzeniowym uciskający lub promieniujący do kończyn. Charakterystyczny jest gwałtowny ból wzdłuż kończyn i tułowia podczas zginania szyi lub kaszlu. Ból może nasilać się w pozycji leżącej, a ulgę może przynieść pozycja siedząca.

Objawami świadczącymi o stanie poważnym są osłabienie mięśni kończyn i zaburzenia czucia. O bardzo zaawansowanym ucisku są zaburzenia układu vegetatywnego (nieświadome oddawanie lub zatrzymanie moczu i kału).

Zmiany umiejscowione w odcinku lędźwiowo-krzyżowym objawiają się:

- zespołem stożka rdzeniowego: zaburzenia mikcji i defekacji, zaburzenia czucia odcinki krzyżowym, bez zaburzeń ruchowych, lub,
- zespołem ogona końskiego: ból korzeniowy, porażenie wiotkie kończyn z zaburzeniami czucia, niemożność oddania moczu.

Leczenie doraźne polega na zmniejszeniu bólu za pomocą opioidów i glikokortykosteroidów, w tym deksametazonu i metyloprednizolonu. Wiąże się to ryzykiem działań niepożądanych, więc stosuje się to tylko z przypadku znacznego niedowładu poprzecznego.

Leczenie przyczynowe:

- napromienianie kręgosłupa, które stosuje się natychmiast po rozpoznaniu ZURK w celu uniknięcia powikłań neurologicznych,
- w niektórych przypadkach leczenie zabiegowe.¹⁶⁹

4.2.9.11. Zespół wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego

Zespół wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego

Przyczyny:

- Zwiększenie objętości mózgu lub pojawienie się nieprawidłowej struktury wewnątrz czaszki, m.in. nowotwór, krwiał, zawał, obrzęk mózgu.
- Niedrożne drogi odpowiadające za odpływ płynu mózgowo-rdzeniowego: krwotok podpajęczynówkowy, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, nowotwór.
- Wzrost ciśnienia żylnego w wyniku zwiększenia objętości krwi w żyłach opony miękkiej i zatokach opony twardej.

Często jest powikłaniem nowotworów pierwotnych lub przerzutowych. Przyczynia się to tego masa guza, naczyniopochodny obrzęk tkanki mózgowej otaczającej guz, który powstaje w wyniku uszkodzenia bariery krew-mózg. Na te czynniki składają się patologiczne unaczynienie guza

¹⁶⁷ <https://www.termedia.pl/Objawy-kliniczne-i-postepowanie-w-stanie-padaczkowym,8,1413,0,0.html> [data dostępu: 01.03.2019]

¹⁶⁸ Bętkowska I. A., Zylisz Z.: Stany nagłe w opiece paliatywnej — praktyka kliniczna poparta faktami, Medycyna Paliatywna w Praktyce 2017; 11, 4, 153–165.

¹⁶⁹ de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), Medycyna... op.cit., s. 246-247

pozbawione ścisłych połączeń pomiędzy komórkami śródbłonka oraz lokalne wytwarzanie czynników zwiększających przepuszczalność naczyń.

Objawy: zwiększone ciśnienie wewnątrztkankowe i obrzęk, który temu towarzyszy powodują ból głowy, nudności, wymioty, zaburzenia świadomości, węchu, widzenia, ataksję, napady padaczkowe, objawy ubytkowe. Nielezione mogą prowadzić do wgłobienia mózgu i zgonu.

Leczenie: jeżeli jest to możliwe należy wdrożyć leczenie przyczynowe. Leczenie objawowe:

- deksametazon – dawkowanie w zależności od stanu klinicznego,
- leki moczopędne,
- mannitol – jeżeli występuje oporność na leczenie.¹⁷⁰

4.2.10. Zaburzenia układu mięśniowo-ruchowego

4.2.10.1. Niedowład

Niedowład jest ograniczeniem zakresu ruchów lub zmniejszeniem siły mięśni. Niedowład powoduje, że ruchy stają się nieprecyzyjne i niezgrabne, stanowi więc stan pośredni pomiędzy porażeniem, a prawidłową czynnością ruchową. Może być objawem uszkodzenia zarówno ośrodkowego, jak i obwodowego neuronu ruchowego.

Niedowłady dzieli się na:

- **spastyczny** spowodowany uszkodzeniem górnego neuronu ruchowego. Przyczyny: napad przemijającego niedokrwienia mózgu, udar, guz, ropień, zapalenie infekcyjne i nieinfekcyjne, stwardnienie rozsiane, przemijający niedowład po napadzie padaczkowym (porażenie Todda). Ostre uszkodzenie górnego neuronu ruchowego (np. udar mózgu, uraz rdzenia kręgowego) może się początkowo objawiać jako niedowład wiotki.
- **wiotki** spowodowany uszkodzeniem dolnego neuronu ruchowego. Przyczyny: choroba Guillaina i Barrégo, zatrucie metalami ciężkimi, działanie niepożądane leków, neuropatia w przebiegu chorób autoimmunologicznych, ostra porfiria przerywana, uszkodzenie złącza nerwowo-mięśniowego (miastenia, zatrucie jadem kiełbasianym, działanie leków zwiotczających) lub mięśnia (miopatie zapalne, porażenie okresowe).
- **współistniejący spastyczny i wiotki**. Przyczyny: stwardnienie boczne zanikowe, poprzeczne zapalenie i inne choroby rdzenia kręgowego (niedowład spastyczny poniżej miejsca uszkodzenia spowodowany przerwaniem drogi korowo-rdzeniowej oraz niedowład wiotki na poziomie uszkodzenia wskutek zniszczenia komórek ruchowych rogów przednich rdzenia).^{171,172}
-

4.2.10.2. Spastyczność

Spastyczność jest objawem deficytów ruchowych w uszkodzeniach górnego neuronu ruchowego objawiające się mimowolną, przerywaną lub stałą aktywacją mięśni. Może objawiać się:

- dystonią spastyczną tj. ciągłą aktywnością mięśniową dającą efekt nieprawidłowej postawy ciała,
- gwałtownymi skurczami tj. przemijającą lecz nawracającą mimowolną aktywacją mięśni występująca przypadkowo,
- wzmożonymi odruchami tj. zwiększonymi amplitudami odruchów ścięgniastych,
- zwiększonymi oporami podczas wykonywania biernego.

W celu zmniejszenia bądź likwidacji spastyczności stosuje się leczenie:

- fizjoterapeutyczne czynnikami termicznymi i elektrycznymi,
- farmakologiczne:
 - lekami doustnymi np.: benzenodiazepiny, baklofen,
 - leki dokanałowe np.: baklofen w pompie
 - leki podawane miejscowo do mięśnia np.: toksyna botulinowa
- chirurgiczne.¹⁷³

¹⁷⁰ de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), Medycyna... op.cit., s. 247

¹⁷¹ <https://www.mp.pl/pacjent/udar/udar-mozgu/135797,porazenie-i-niedowlad> [data dostępu: 11.03.2019]

¹⁷² <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.l.1.21>. [data dostępu: 11.03.2019]

¹⁷³ Olchowik B., i wsp., Aspekty kliniczne zwalczania spastyczności, praca poglądowa, Neurologia dziecięca, 2009, Vol. 18/2 009, nr 36

4.2.10.3. Unieruchomienia

Unieruchomienia

Niedobór ruchu lub jego brak wpływa niekorzystnie na cały organizm. Osłabienie zdolności przemieszczania i poruszania się, spowodowane chorobą lub unieruchomieniem, może być przyczyną licznych ogólnoustrojowych następstw i powikłań, a w połączeniu z innymi negatywnymi czynnikami np.: niewłaściwym odżywianiem i stresem może przyczynić się do rozwoju chorób cywilizacyjnych takich jak: nadwaga, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa.

Przy braku ruchu szybko dochodzi do zaburzeń ukrwienia i odżywiania mięśni, przez co zmniejsza się ich masa oraz obwód, a w konsekwencji obniża się ich napięcie i siła oraz zwiększa ich męczliwość. Unieruchomienie osłabia siłę mięśni kończyn dolnych, a także wszystkich innych mięśni, w tym również mięśni oddechowych, prowadząc do zaburzeń oddychania i ciężkich zapaleń płuc.

Celem opieki nad unieruchomionym pacjentem jest niedopuszczenie do powstania powikłań wynikających ze zmniejszenia aktywności ruchowej. Działania, które mają na to wpływ to m.in.: prowadzenie profilaktyki przeciwoleżynowej (odpowiednie ułożenie ciała, materace, wałki i poduszki przeciwoleżynowe) i przeciwoleżynowej (pneumatyczny i ręczny drenaż chłonny, elastyczne rękawy i pończochy). Dodatkowo stosuje się ćwiczenia wzmacniające mięśnie oddechowe.^{174,175}

4.2.10.4. Złamanie patologiczne kości (ICD-10: M84.4)

Złamanie patologiczne – złamanie, do którego dochodzi w tkance kostnej zmienionej procesem chorobowym, przy czym może być to proces lokalny lub uogólniony. Złamanie takie występuje zwykle w wyniku stosunkowo niewielkiego urazu, często także bez uchwytnego przyczyny. Stąd pojęcie patologii – do takiego złamania nie doszłoby w warunkach fizjologicznych w zdrowej tkance kostnej.

Przyczyny:

Proces zachodzi zwykle w tkance zmienionej na skutek osteoporozy, ale może być też efektem takich chorób jak: nowotwory, infekcje, wrodzone wady układu kostno-stawowego.

Guz nowotworowy może doprowadzić do lokalnej przebudowy tkanki kostnej. Część kości, w której znajduje się guz, traci swoje właściwości biomechaniczne i jest podatna na wystąpienie w tym miejscu złamań. Ponieważ do złamania dochodzi w uszkodzonej już kości, jest to złamanie patologiczne.

Złamaniu patologicznemu może ulegać każda kość, najgroźniejsze są jednak złamanie szyjki kości udowej i ramiennej oraz mnogie złamanie kompresyjne kręgow.

W przebiegu licznych złamań kompresyjnych dochodzi do postępującej utraty wzrostu, niekiedy do tego stopnia, że łuki żebrowe opierają się na talerzach kości biodrowej. Prowadzi to do niewydolności oddechowej, niewydolności krążenia i zaburzeń funkcjonowania przewodu pokarmowego, rzadkie są uszkodzenia rdzenia kręgowego i wynikające stąd porażenia poprzeczne.

Leczenie:

Leczenie patologicznych złamań jest złożone, gdyż musi obejmować zarówno leczenie procesu chorobowego, jak i leczenie ortopedyczne, a następnie usprawnienie. Obejmuje leczenie nieoperacyjne – unieruchomienie w opatrunku gipsowym, górze lub w stabilizatorze i leczenie operacyjne, czyli zabieg chirurgiczny, z późniejszą radioterapią. Postępowanie usprawniające ma na celu przeciwdziałanie skutkom unieruchomienia i obniżonej aktywności fizycznej, co wpływa na poprawę komfortu i jakości życia. Program usprawniania może obejmować: fizykoterapię, uruchamianie chorego w i poza łóżkiem, ćwiczenia ogólnousprawniające i samoobsługowe, pionizację i naukę poruszania się, ćwiczenia wzmacniające mięśnie oddechowe, ćwiczenia rozluźniająco-uspokajające.^{176,177}

¹⁷⁴ Talarska D., Wieczorowska-Tobis K., Szwałkiewicz E. (red.), Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009

¹⁷⁵ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit.

¹⁷⁶ <https://www.mp.pl/pacjent/ortopedia/choroby-urazy/181542,zlamania-patologiczne> [data dostępu: 19.12.2018]

¹⁷⁷ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit.

4.2.10.5. Dystrofia mięśniowa Duchenne'a (ICD-10: G71.0)

Dystrofia mięśniowa Duchenne'a

Najcięższy i najczęstszy rodzaj choroby z zanikiem mięśni. Jest uwarunkowana genetycznie. Pierwsze objawy pojawiają się pomiędzy 3 a 4 r.ż. Początkowo pojawiają się zaburzenia ruchu. W późniejszym etapie dochodzi do symetrycznego osłabienia mięśni. Upośledzenie umysłowe występuje u 30-50% chorych. Pomiędzy 12-13 r.ż. pacjent staje się unieruchomiony. Z czasem narasta niewydolność oddechowa i dochodzi do ciężkich infekcji układu oddechowego. Śmierć dotyka pacjenta ok. 25 r.ż.¹⁷⁸

4.2.10.6. Rdzeniowy zanik mięśni (ICD-10: G12.9)

Rdzeniowy zanik mięśni, SMA (*spinal muscle atrophy*) jest chorobą genetyczną, w której zachodzi stopniowa utrata neuronów ruchowych rdzenia kręgowego. Konsekwencjami są osłabienie i wiotkość mięśni. Powikłaniem są infekcje układu oddechowego i niewydolność oddechowa.

Objawy:

- symetryczne osłabienie i zanik mięśni tułowia i kończyn,
- zniesienie odruchów głębokich (brak zaburzeń czucia).

Opieka paliatywna w przypadku dystrofii i SMA polega na:

- wspomaganie oddychania i monitorowaniu go (ćwiczenia oddechowe, drenaż ułożeniowy),
- zapobieganiu przykurczom, skrzywieniom kręgosłupa,
- wydłużeniu okresu samodzielnego poruszania się.¹⁷⁹

4.2.10.7. Zespół Guillaina-Barrego (ICD-10: G61.0)

Zespół Guillaina-Barrego jest chorobą nabytą nerwów obwodowych o podstawach autoimmunologicznych. Jej powikłaniami są:

- niewydolność oddechowa wymagająca sztucznej wentylacji,
- prężenie mięśni opuszkowych powodujących niedowład języka i zaburzenia mowy,
- zaburzenia rytmu serca,
- u unieruchomionych – zakrzepica żylna.

U 20% pacjentów dochodzi do trwałego kalectwa. 5-15% umiera z powodu zachyłstowego zapalenia płuc, zatorowości płucnej, zaburzeń układu krążenia.¹⁸⁰

4.2.10.8. Choroby reumatyczne

Choroby reumatyczne dotyczą zmian w wielu układach i narządach, jednak w pierwszej kolejności dotyczą zmian w obrębie układu ruchu. Zauważa się wówczas zaburzenia wzrostu, dysproporcje w budowie ciała, wady budowy i przymusowe ułożenie ciała. Ruchy stają się ograniczone i wywołują ból, który jest najczęściej zgłaszaną dolegliwością. Dodatkowo pojawia się uczucie sztywności, które występuje w przebiegu przewlekłych zapaleń w obrębie układu ruchu, a także może być związane ze zmianami zwyrodnieniowymi w stawach.¹⁸¹

4.2.11. Inne problemy

4.2.11.1. Działania uboczne leków stosowanych w celu łagodzenia objawów

Pacjenci, którzy zostali objęci opieką paliatywną wymagają systematycznego stosowania wielu leków. Mają one na celu kontrolę objawów, leczenie chorób współistniejących, a w przypadku niektórych pacjentów także leczenia przeciwnowotworowego. Do leków najczęściej stosowanych w opiece paliatywnej zaliczają się:

- opioidy (80-85% chorych);
- inhibitory pompy protonowej (60%);
- glikokortykosteroidy (50%);
- leki przeczyszczające (50%);
- leki przeciwwymiotne (40%);

¹⁷⁸ de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), Medycyna... op.cit., s. 264-266

¹⁷⁹ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit.

¹⁸⁰ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 2243-2245

¹⁸¹ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 1941

- leki sercowo-naczyniowe (30-40%);
- paracetamol (30%);
- niesteroidowe leki przeciwzapalne (30%);
- benzodiazepiny (25%);
- antybiotyki (20%);
- leki przeciwdrgawkowe (20%);
- heparyny drobnocząsteczkowe (20%);
- leki przeciwdepresyjne (20%);
- diuretyki (20%).¹⁸²

Skutki uboczne wybranych grup leków:

• **Opioidy:**

- senność – występuje w początkowym etapie leczenia opioidami oraz po znacznym zwiększeniu dawki leku, zazwyczaj ustępuje po kilku dniach. Przy utrzymującej się senności istnieje ryzyko przedawkowania opioidu.
 - nudności i wymioty – najczęściej występują podczas kontynuacji leczenia. Mogą występować jako następstwo zaparcia lub jako wyraz zaburzeń czynności aparatu przedsionkowego.
 - zaparcia – są najczęstszym objawem niepożądanym leczenia opioidami, wobec czego pacjenci wymagają regularnego zapobiegawczego stosowania środków przeczyszczających.
 - inne – rzadkie i sporadyczne – depresja oddechowa, świąd, poty, zatrzymanie moczu, suchość w jamie ustnej, anafilakcja, zaburzenia równowagi, neurotoksyczność.
- Przedawkowanie opioidami charakteryzuje się zwolnieniem oddechów do <10/min; szpilkowatymi, słabo reagującymi na światło źrenicami oraz zaburzeniami świadomości.¹⁸³

• **Inhibitory pompy protonowej:**

- bóle głowy;
- biegunka;
- zaparcia;
- wzdęcia;
- bóle brzucha;
- wysypka.

Przy długotrwałym stosowaniu leków z tej grupy może dochodzić do zmiany składu flory bakteryjnej jelit, które może sprzyjać takim chorobom jak: zespół jelita drażliwego, zespół rozrostu flory bakteryjnej, infekcyjne choroby jelit.¹⁸⁴

• **Glikokortykosteroidy:**

- choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy;
- zaburzenie tolerancji glukozy i cukrzyca posterydowa;
- ostra niewydolność kory nadnerczy (po nagłym odstawieniu leku);
- nadciśnienie tętnicze;
- zmniejszenie stężenia potasu we krwi;
- przyrost masy ciała (początkowo w skutek obrzęków), w dłuższym czasie z powodu gromadzenia się tkanki tłuszczowej (głównie w okolicach twarzy, karku, tułowiu);
- rozstępy na skórze;
- trądzik;
- osłabienie siły mięśni;
- zaburzenia emocjonalne (depresja, chwiejność emocjonalna, upośledzenie czynności poznawczych, zaburzenia snu);
- osłabienie odporności;
- osteoporoza, zwiększenie ryzyka złamań.^{185,186}

• **Leki przeczyszczające:**

- odwodnienie i nadmierna utrata elektrolitów;
- nudności;

¹⁸² de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), Medycyna... op.cit., s. 283-285

¹⁸³ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 2615-2617

¹⁸⁴ <https://www.mp.pl/pacjent/gastrologia/lista/115598,dzialania-niepozadane-inhibitorow-pompy-protonowej-ipp> [data dostępu: 25.02.2019]

¹⁸⁵ de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), Medycyna... op.cit., s. 291

¹⁸⁶ https://www.mp.pl/pacjent/pochp/lekiileczenie/54239,gl_kortykosteroidy-doustne [data dostępu: 25.02.2019]

- wymioty;
- kurczowy ból brzucha;
- wzdęcia;
- wiatry.¹⁸⁷

- **Leki przeciwwymiotne:**

- niepokój;
- senność;
- zmęczenie i znużenie.

- **Paracetamol:**

- osutka i inne objawy nadwrażliwości;
- dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego;
- agranulocytoza, niedokrwistość, małopłytkowość;
- uszkodzenie nerek;
- możliwe zwiększenie ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych.

W sytuacji przedawkowania może wystąpić ciężka niewydolność wątroby i zgon.¹⁸⁸

- **Niesteroidowe leki przeciwzapalne:**

- dolegliwości dyspeptyczne, owrzodzenia błony śluzowej i krwawienia z przewodu pokarmowego;
- powikłania sercowo-naczyniowe;
- uszkodzenie nerek – martwica brodawek nerkowych, śródmiąższowe zapalenie nerek, zespół nerczycowy, niewydolność nerek;
- wzrost ciśnienia tętniczego;
- wzrost aktywności enzymów wątrobowych w surowicy, rzadko ciężkie uszkodzenie wątroby;
- reakcje nadwrażliwości: pokrzywka, astma aspirynowa, wstrząs anafilaktyczny.¹⁸⁹

- **Benzodiazepiny:**

Nasilają działanie depresyjne opioidów na OUN, ryzyko depresji oddechowej oraz zaburzeń świadomości i funkcji poznawczych. Dodatkowo obserwuje się:

- spowolnienie;
- niewyraźną mowę;
- niepewny chód i zaburzenia równowagi;
- senność;
- śpiączkę;
- osłabienie odruchów;
- wąskie źrenice;
- niepamięć następczą.¹⁹⁰

- **Heparyny drobnocząsteczkowe:**

- krwawienia i krwotoki;
- osteopenia i osteoporoza;
- martwica skóry;
- reakcje alergiczne (zwykle pokrzywka);
- hiperkaliemia;
- ból głowy;
- wzrost aktywności aminotransferaz wątrobowych w osoczu;
- łysienie.¹⁹¹

- **Leki przeciwdepresyjne:**

- nasilenie senności;
- suchość w jamie ustnej;
- zaparcia;
- bóle głowy;
- parestezja;
- osłabienie;
- obfite pocenie się.¹⁹²

¹⁸⁷ <https://www.mp.pl/interna/table/B16.1.39-1>. [data dostępu: 25.02.2019]

¹⁸⁸ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 2575-2577

¹⁸⁹ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 2071-2073

¹⁹⁰ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 2563

¹⁹¹ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 562-566

¹⁹² de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), Medycyna... op.cit., s. 292-293

- **Diuretyki:**

Działania niepożądane diuretyków można podzielić na:

- związane z działaniem moczopędnym: hipokaliemia, hiponatremia, hipomagnezemia, zasadowica metaboliczna, hipowolemia, zwiększenie stężenia kreatyniny, zwłaszcza mocznika (w wyniku nadmiernego odwodnienia);
- związane z działaniem metabolicznym: hiperurykemia, nieprawidłowa tolerancja glukozy, zwiększenie stężenia cholesterolu całkowitego oraz triglicerydów;
- reakcje nadwrażliwości: osutka, ostre śródmiąższowe zapalenie nerek;
- rzadkie powikłania hematologiczne: leukopenia, małopłytkowość, niedokrwistość aplastyczna.¹⁹³

4.2.11.2. Zespół żyły głównej górnej (ICD-10: I87.1)

Zespół żyły głównej górnej (ZŻGG) – zespół objawów będący następstwem utrudnionego odpływu krwi z żyły głównej górnej do prawego przedsionka.

Przyczyny:

- najczęściej: zwężenie żyły głównej górnej wywołanym przez ucisk guza nowotworowego, naciek żyły lub czynniki nienowotworowe (tętniak aorty, przewlekłe zapalenie śródpiersia),
- zakrzepica żyły głównej górnej lub współistniejąca ze zwężeniem żyły głównej górnej przez nowotwór,
- guz prawego przedsionka serca.

Przyczyny nienowotworowe odpowiadają za 15-45% przypadków ZŻGG. Może występować jako powikłanie raka płuca lub chłoniaków do 4% przypadków.

Objawy:

1. Zależne od utrudnienia odpływu krwi i wzrostu ciśnienia żylnego powyżej miejsca zwężenia. Ich nasilenie zależy od wydolności obocznego krążenia żylnego:

- obrzęk i rumień lub zasinienie twarzy i szyi, przekrwienie spojówek, obrzęk kończyn górnych,
- ból i zawroty głowy, zaburzenia widzenia, drgawki,
- stałe wypełnienie żył szyjnych,
- poszerzenie żył powierzchniowych na klatce piersiowej – gdy ZŻGG rozwija się powoli i wytwarza się krążenie oboczne.

2. Objawy związane z uciskiem tchawicy i przełyku, obrzękiem krtani oraz uszkodzeniem nerwu krtaniowego wstecznego:

- duszność,
- chrypka,
- trudności w połykaniu,
- stridor – zagrożenie niedrożnością dróg oddechowych.

U ok. 25% chorych występuje również płyn w jamie opłucnej, wskutek niedrożności naczyń chłonnych i wzrostu ciśnienia żylnego.

Jeżeli jest to możliwe należy wdrożyć leczenie przyczynowe: silne napromienianie śródpiersia, chemioterapia. Jeżeli objawy są nasilone w niektórych przypadkach rozważa się wprowadzenia stentu do żyły głównej górnej.

Leczenie objawowe:

- deksametazon,
- opanowanie duszności: morfina, midazolam, ewentualnie tlenoterapia,
- diuretyki pętlowe.¹⁹⁴

4.2.11.3. Odleżyny (ICD-10: L89)

Odleżyna – ognisko martwicy niedokrwiennej przechodzące w owrzodzenie skóry, powstające wskutek działania ucisku, sił ściągających i tarcia. Najczęstszym miejscem występowania są okolice kości krzyżowej, guzów kulszowych, krętarzy, kostek i pięt, ale mogą powstawać też w innych miejscach.

Istnieje szereg zewnętrznych i wewnętrznych czynników predysponujących, które zmniejszają indywidualną tolerancję skóry na działające siły:

- czynniki wewnętrzne (związane z chorym):
 - unieruchomienie i brak aktywności, niedowład,
 - wiek,
 - stan ogólny,

¹⁹³ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 413-415

¹⁹⁴ de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), Medycyna... op.cit., s. 245-246

- budowa ciała np. otyłość, wyniszczenie,
- zaburzenia odżywiania,
- zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej,
- zaburzenia funkcji zwieraczy,
- czynniki neurologiczne - brak czucia bólu, ucisku, rozciągania,
- czynniki naczyniowe, cukrzyca, miażdżyca, niewydolność krążenia, POChP,
- czynniki zewnętrzne (otoczenie chorego):
 - ucisk – siła, czas trwania i wielkość,
 - tarcie i siły ścinające – szczególnie u chorych z wrażliwą skórą,
 - zawilgocenie skóry,
 - urazy,
 - przyjmowane leki,
 - zaniedbania pielęgnacyjne,
 - brak środków i sprzętu do profilaktyki i pielęgnacji pacjentów.

Ocena odleżyn:

Każdy pacjent obejmowany opieką paliatywną powinien być oceniony pod kątem ryzyka rozwoju odleżyn lub ewentualnego stopnia ich zaawansowania. Pozwala to na szybkie wychwycenie osób potencjalnie narażonych i wczesne wprowadzenie profilaktyki przeciwoodleżynowej. Identyfikacja chorego zagrożonego powstaniem odleżyn opiera się na dokładnym i starannym prowadzeniu odpowiednio przygotowanej dokumentacji pielęgniarskiej, w której do oceny ryzyka używa się skali np.: Bradena, Douglasa, Nortona, Waterlow, Dutch Consensus Prevention of Bedsores (CBO). Skale te pozwalają wychwycić pacjentów zagrożonych wystąpieniem odleżyny. Pierwsza ocena powinna być dokonana w ciągu 8 godzin od przyjęcia i powtarzana co 24-28 godzin, ponieważ zmiany mogą postępować dynamicznie i konieczna może być modyfikacja pierwotnego planu leczenia.

Podział kliniczny odleżyn wg Torrance'a¹⁹⁵:

- stopień I – blednące zaczerwienienie tj. reaktywne przekrwienie i zaczerwienienie w odpowiedzi na uraz,
- stopień II – nieblednące zaczerwienienie tj. rumień utrzymujący się po ustaniu ucisku,
- stopień III – owrzodzenie tj. uszkodzenie pełnej grubości skóry (naskórek i skóra właściwa) do granicy z tkanką podskórną,
- stopień IV – uszkodzenie obejmujące również tkankę podskórną do granicy z powięzią,
- stopień V – zaawansowana martwica przekracza powięź i obejmuje mięśnie, niekiedy też ścięgna, stawy, aparat więzadłowy i kości.

Leczenie odleżyn zależy od stopnia zaawansowania klinicznego¹⁹⁶:

- stopień I – odciążenie uciśniętego miejsca, higiena skóry i obserwacja, ewentualnie zastosowanie błon poliuretanowych tj. cienkich, elastycznych opatrunków chroniących skórę narażoną na ucisk przez zmniejszenie siły tarcia,
- stopień II – odciążenie miejsca uszkodzenia i pokrycie go hydrokoloidowym opatrunkiem, który pochłania wysięk,
- stopień III – początkowo stosuje się hydrokoloidy i hydrożele, kiedy to nie pomagają, a zauważalne jest wyraźne odgraniczenie odleżyny od zdrowych tkanek dokonuje się chirurgicznego usunięcia martwicy,
- stopień IV i V – leczenie operacyjne. Leczenie zachowawcze prowadzi się, gdy chory nie kwalifikuje się do zabiegu operacyjnego, a także jako przygotowanie do operacji, do czasu pokrycia dna owrzodzenia ziarniną.

Profilaktyka ma na celu zmniejszyć wpływ szkodliwych czynników i ryzyko powstania odleżyn. Po powstaniu rany dalsze stosowanie metod profilaktyki jest niezbędne do poprawy warunków gojenia.

Postępowanie ogólne obejmuje:

- dbałość o stan ogólny i stan odżywiania, zwłaszcza wyrównanie niedoborów żywieniowych,
- edukację i w miarę możliwości zwiększanie aktywności chorego,
- uruchamianie pacjenta, rehabilitacja przyłóżkowa, ćwiczenia oddechowe, bierne i czynne kończyn,
- u chorych całkowicie niesamodzielnych – regularną zmianę pozycji, stabilizację pozycji chorego za pomocą odpowiednich podpórek i wałków, zapewnienie dostępu powietrza do skóry, ochrona przed nietrzymaniem moczu i stolca,

¹⁹⁵ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklika... op.cit., s. 2638-2642

¹⁹⁶ Ibidem

- stosowanie delikatnej, bawełnianej bielizny i pościeli.

Wskazane jest stosowanie materaców i poduszek przeciwoleżynowych zmiennociśnieniowych. Wpływa to na cykliczne zmniejszenie ucisku, co poprawia ukrwienie obszarów skóry niestykających się aktualnie z materacem.^{197,198}

4.2.11.4. Owrzodzenia nowotworowe

Jest to przypadłość towarzysząca pacjentom objętych opieką paliatywną. Ze względu na współistniejące wraz z nimi objawy – stanowią dość duży problem. Owrzodzeniem nowotworowym nazywamy ubytek tkanek powstający w wyniku rozpadu zmiany pierwotnej lub przerzutowej. Może tworzyć naciekające zmiany pod powierzchnią skóry.

Podział ze względu na miejsce występowania:

- sutek – 49%,
- szyja – 21%,
- inne obszary klatki piersiowej – 18%,
- zewnętrzne narządy płciowe – 17%,
- głowa – 13%,
- inne – 2%.

Przyczyny: Proces nowotworowy powoduje patologiczny, nadmierny rozrost, który następnie ulega rozpadowi. Taki mechanizm skutkuje brakiem gojenia mimo włączenia intensywnego leczenia.

Objawy: obecność rozpadających się tkanek, miejscowy stan zapalny, wysięk, przykry zapach, krwawienie, ból, świąd, problemy psychospołeczne i społeczne.

Leczenie: Ważnym elementem jest uświadomienie pacjentowi i jego bliskim, że postępowanie nie zlikwiduje owrzodzeń, ale ma za zadanie poprawić jakość życia. Ogólnie w stosuje się:

- radioterapię,
- hormonoterapię,
- oczyszczanie chirurgiczne,
- chemioterapię systemową,
- elektrochemioterapię – leczenie paliatywne owrzodzeń polegające na miejscowym wywołaniu efektu elektroporacji błony komórkowej aby lek podany dożylnie (cytostatyki) lub bezpośrednio do guza (bleomycyna, cisplatyna) wniknął do komórek nowotworowych; można ją stosować niezależnie od typu histologicznego nowotworu, a zabiegi można powtarzać,
- fotochemioterapia,
- uzupełnianie niedoborów: białkowych, witaminowych, mikroelementów, płynów.

Postępowanie miejscowe: jest uzależnione od stanu pacjenta i jego dokumentacji medycznej. Obejmuje interwencje służące do ograniczenia tkanki martwiczej, nieprzyjemnego zapachu, bólu, wysięku, świądu, krwawienia.¹⁹⁹

4.2.11.5. Płyn w jamach ciała

Płyn w jamach ciała wymagający odbarczenia lub innego pilnego postępowania

W przebiegu nowotworów może gromadzić się płyn o charakterze wysięku w jamach ciała: w worku osierdziowym, jamie opłucnowej, otrzewnej.

1. Wysięk osierdziowy (ICD-10: I31.3)

Przyczyny: zaawansowany rak płuca, rak piersi, czerniak, białaczki i inne nowotwory, wywołujące stan zapalny osierdzia.

Objawy: Powiększenie śledziony, ściszenie tonów serca, objawy niewydolności serca. Z perspektywy pacjenta: duszność, suchy kaszel, kołatanie serca, sinica powłok skórnych, obrzęk, ból w klatce piersiowej, osłabienie.

Leczenie: w przypadku tamponady serca interwencją jest nakłucie worka osierdziowego i usunięcie płynu.

2. Wysięk opłucnowy

Przyczyny: rak płuca, rak piersi, rak jajnika, nowotwory przewodu pokarmowego, przerzuty nowotworowe w opłucnej lub w węzłach chłonnych, ucisk przez powiększone węzły chłonne.

Objawy: kaszel, ból w klatce piersiowej, duszność, niepokój, przyspieszenie akcji serca.

¹⁹⁷ Ibidem

¹⁹⁸ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 172-184

¹⁹⁹ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 184-191

Leczenie: nakłucie jamy opłucnowej i usunięcie płynu. Nawrót płynu występuje po ok. 30 dniach. Czasem stosuje się przewlekły drenaż opłucnowy. Leki przeciwbólowe i przeciwkaszlowe.

3. Wysiłek otrzewnowy (wodobrzusze) (ICD-10: R18)

Jest złym czynnikiem rokowniczym. Pacjent przeżywa do 3 miesięcy.

Przyczyny: najczęściej nowotwory przewodu pokarmowego i narządu rodnego naciekające otrzewną, również przerzuty.

Objawy: powiększenie obwodu brzucha, ból brzucha, poczucie pełności rozpierania w jamie brzusznej, zgaga, nudności, wymioty, obrzęk kończyn dolnych, problemy z siedzeniem i chodzeniem.

Leczenie: ograniczenie przyjmowania płynów i soli; leki moczopędne; ewentualnie nakłucie jamy otrzewnowej i usunięcie płynu. Nawrót płynu obserwowany jest po paru dniach, a powtarzane zabiegi prowadzą do strat białkowych.²⁰⁰

4.2.11.6. Obrzęki uogólnione (ICD-10: R22, R60)

Obrzęk polega na gromadzeniu się płynu w przestrzeni pozakomórkowej i pozanaczyniowej tkanek i narządów. Podział ze względu na lokalizację:

1. Miejscowe – zapalne, alergiczne (np. obrzęk Quinckego), zaburzenia w odpływie krwi żyłnej (np. zakrzepica żył głębokich), zaburzenia w odpływie chłonki,

2. **Uogólnione**, które mogą być spowodowane:

- niewydolnością serca,
- marskością wątroby,
- zespołem nerczycowym,
- zmianami hormonalnymi, np. niedoczynność tarczycy,
- nieodżywieniem – niedobory białek, potasu, witamin,
- ciążą,
- polekowe.²⁰¹

4.2.11.7. Obrzęk limfatyczny (ICD-10: I89.0)

Jedno z najczęstszych niekorzystnych następstw leczenia onkologicznego. Jest najczęstszym wskazaniem do fizjoterapii.

Przyczyny: Jest skutkiem upośledzenia odpływu chłonki po przebytym leczeniu (limfadenektomii, radioterapii). Leczenie farmakologiczne onkologiczne może powodować retencję wody w organizmie.

Leczenie: głównie z zakresu fizjoterapii: kompleksowa terapia udrażniająca (manualny drenaż limfatyczny, kompresjoterapia, ćwiczenia stymulujące krążenie chłonki, pielęgnacja skóry).

Przeciwwskazaniem do fizjoterapii jest wtórna zakrzepica w naczyniach żylnych obrzękniętej kończyny. Ewentualnie: leki moczopędne, uszczelniające śródbłonki.²⁰²

4.2.11.8. Zespół niewydolności wielonarządowej

Jest to stan, w którym u pacjenta doszło do niewydolności co najmniej dwóch narządów bądź układów: centralnego układu nerwowego, układu krążenia, układu oddechowego, wątroby lub nerek i nie można utrzymać homeostazy ustrojowej bez interwencji leczniczej. Jestem efektem przebiegu ciężkiej sepsy lub wstrząsu septycznego.²⁰³

4.2.11.9. Sedacja paliatywna

Sedacja polega na stosowaniu środków farmakologicznych w celu przytłumienia świadomości lub uspienia chorego cierpiącego z powodu trudnych do opanowania objawów. Sedacja paliatywna – wprowadzanie pacjenta w stan ograniczonej świadomości przy użyciu leków sedatywnych w celu złagodzenia nasilonych objawów towarzyszących umieraniu.

Wskazania do sedacji paliatywnej:

- uśmierzenie objawów opornych na leczenie w okresie umierania (ból, duszność, pobudzenie psychoruchowe, wymioty),
- zapewnienie pacjentowi czasowej ulgi w trudnych do zniesienia objawach,
- przed wykonaniem procedur medycznych i zabiegów pielęgnacyjnych,
- stany nagłe (np. krwotok z dróg oddechowych z silną dusznością i niepokojem, ostry ucisk na tchawicę) – tzw. sedacja ratunkowa,
- cierpienia psychiczne i duchowe.

²⁰⁰ de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), Medycyna... op.cit., s. 248-250

²⁰¹ <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.l.1.23>. [data dostępu: 26.02.2019]

²⁰² de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), Medycyna... op.cit., s. 361-362

²⁰³ Szczekiel k A. (red.), Interna Szczekiel ka... op.cit., s. 2462

Decyzja o wdrożeniu sedacji w terminalnym okresie choroby powinna być poprzedzona wnikliwą oceną kliniczną, uwzględniającą stan biologiczny chorego, analizą możliwości innej terapii oraz odwracalności objawów. Podstawą jej zastosowania w terminalnym okresie choroby jest wcześniejszy brak możliwości zagwarantowania pacjentom skutecznego opanowania objawów „opornych” na terapię, jak również uzyskania poprawy w możliwym do zaakceptowania czasie, bez wywołania ograniczenia świadomości chorych.

Sedacja w medycynie paliatywnej powinna być procedurą w kompetencji specjalisty medycyny paliatywnej lub innego lekarza specjalisty, wykwalifikowanego z zakresu propedeutyki medycyny paliatywnej i doświadczonego w praktyce opieki paliatywnej. Z punktu widzenia prawnego i etycznego obowiązkiem lekarza, często zaniedbywanym (obawa przed oskarżeniem o skrócenie chorego życia, mylenie sedacji z eutanazją, brak umiejętności stosowania sedacji) jest stosowanie sedacji w uzasadnionych sytuacjach, w dobrej intencji niesienia ulgi w cierpieniu, mimo że zgodnie z zasadą podwójnego efektu wywołuje dwa skutki:

- korzystny – uśmierzenie dolegliwości,
- niekorzystny – uśpienie uniemożliwiające kontaktowanie się, przyjmowanie pokarmów i płynów, a być może nawet niezamierzone skrócenie życia.

Jej zastosowanie wymaga głębokiego przemyślenia przez lekarza, chorego i rodzinę. Powyższe postępowanie powinno być stosowane jako ostateczna procedura, a nie jako rutynowe leczenie. Zastosowanie sedacji należy uzgodnić z chorym i jego bliskimi, a stan kliniczny pacjenta powinien być właściwie monitorowany.^{204,205,206}

4.3. Uwagi analityków

Stosowanie określonego, zamkniętego wykazu jednostek chorobowych jako kryterium kwalifikacji jest niezgodne z założeniami opieki paliatywnej i hospicyjnej. Zamknięty katalog dyskryminuje osoby wymagające opieki ze względu na odmienną niż zawarta w wykazie klasyfikację choroby. Różne jednostki chorobowe są w wielu przypadkach przyczyną podobnych dolegliwości. Dodatkowo, niezależnie od pierwotnej przyczyny, niewydolności poszczególnych narządów i układów charakteryzują się progresją. Jej tempo może być różne, rozwojowi zaburzeń mogą towarzyszyć różne dominujące objawy, o odmiennym nasileniu. Na zaawansowanych etapach schorzeń obraz kliniczny jest jednak podobny i analiza pierwotnej przyczyny nie znajduje w związku z tym uzasadnienia.

Wyjściowa jednostka chorobowa może być sprawozdawana i analizowana w opracowaniach statystycznych i epidemiologicznych, ale nie powinna być podstawą do kwalifikacji poszczególnych chorych. Podstawowym kryterium w kwalifikacji powinien być stan kliniczny, któremu towarzyszy cierpienie fizyczne i psychiczne oraz problemy związane z nieuleczalną, śmiertelną chorobą.

Do opisu stanu klinicznego pacjenta wykorzystywana powinna być klasyfikacja dolegliwości i zespołów chorobowych, ponieważ leczenie objawowe w opiece paliatywnej i hospicyjnej ukierunkowane jest na zmniejszanie dolegliwości związanych z konkretnymi symptomami. Klasyfikacja oceniająca stopień niewydolności poszczególnych narządów i układów może być wykorzystana w kwalifikacji, a także podczas sprawowania opieki, w celu monitorowania efektów i wyboru optymalnego postępowania. Dla W wyborze najlepiej dostosowanego postępowania istotne jest także dokonanie oceny sprawności ogólnej, identyfikacja i właściwe zaopatrzenie wiodących objawów.

Skuteczność metod leczniczych jest w przypadku chorób zagrażających życiu ograniczona, stąd decydujący wpływ na jakość życia chorych może mieć wsparcie niemedyce. Z tego powodu kluczowym elementem jest zapewnienie chorym adekwatnej do ich sytuacji opieki socjalno-bytowej. Ocena sytuacji domowej i pomoc w rozwiązywaniu problemów stanowi integralny element świadczeń i musi być brana pod uwagę przy planowaniu holistycznej opieki nad ciężko chorą osobą.

4.4. Karta kwalifikacji

Karta kwalifikacji (Załącznik 1.) jest narzędziem zaproponowanym przez MZ i mającym służyć kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej pacjentów dorosłych. Karta jest podzielona na dwie części.

²⁰⁴ Hartman J., Szabat M. (red.), Problematyka umierania i śmierci w perspektywie medyczno-kulturowej, Wolters Kluwer SA, Warszawa, 2016

²⁰⁵ Szczeklik A. (red.), Interna Szczeklik A... op.cit.

²⁰⁶ de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 144-146

Część pierwszą wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, w tym także lekarz specjalista medycyny paliatywnej. Informacje, które należy podać to dane pacjenta (imię, nazwisko, PESEL, adres) oraz rozpoznanie choroby podstawowej i chorób współistniejących wraz z kodami ICD-10. Dodatkowo lekarz wskazuje aktualny stan leczenia.

Część druga podzielona jest na poszczególne tabele, w których lekarz specjalista medycyny paliatywnej oznacza m. in. stan pacjenta. W Tabeli 2. KK możliwe jest określenie stanów naglących związanych z chorobą podstawową i jej leczeniem. W Tabeli 3. KK precyzuje się stan sprawności chorego i natężenie występujących objawów. Odbywa się to poprzez wybranie natężenia poszczególnych objawów. Objawy uwzględnione w KK to najczęstsze dolegliwości u pacjentów wymagających opieki paliatywnej, takie jak: ból, odleżyny, duszność, wyniszczenie. Dodatkowo oceniany jest stan ogólnej sprawności wg skali ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*, skala Zubroda), (Tabela 15.). Suma punktów przyznanych za nasilenie poszczególnych objawów jest kryterium kwalifikacji, określonym w Tabeli nr 4. KK. Wynik kwalifikacji wraz z rodzajem opieki, do której należy skierować pacjenta jest odnotowany w Tabeli nr 5 KK. W przypadku braku kwalifikacji wskazywany jest kolejny termin oceny.

Tabela 15. Skala sprawności wg Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG).

Stopień sprawności	Definicja
0	prawidłowa sprawność, zdolność wykonywania normalnych czynności bez ograniczeń
1	obecność objawów choroby, możliwość chodzenia i zdolność wykonywania lekkiej pracy
2	zdolność wykonywania czynności osobistych, niezdolność do pracy, konieczność spędzania w łóżku mniej niż połowy dnia
3	ograniczona zdolność wykonywania czynności osobistych, konieczność spędzania w łóżku więcej niż połowy dnia
4	konieczność spędzania w łóżku całego dnia, konieczność stałej opieki z powodu choroby
5	zgon

Zródło: <https://www.mp.pl/medycynarodzinna/skale/119778,skala-ecog> [data dostępu: 19.02.2019]

Zgodnie z KK do objęcia opieką paliatywną kwalifikuje się pacjent, którego choroba ma niekorzystne lub niepewne rokowania dotyczące przeżycia oraz, u którego występuje co najmniej jeden stan naglący lub suma punktów określająca natężenie objawów przekroczyła 10 punktów. Uzyskanie 10 pkt. może być osiągnięte przy stosunkowo niewielkich dolegliwościach, które nie powinny być powodem do kwalifikacji do świadczenia. Konieczność uzyskania co najmniej 10 punktów może być czynnikiem dyskryminującym część pacjentów, ponieważ waga objawów u poszczególnych pacjentów może być różna.

4.4.1. Analiza innych rozwiązań

Przeanalizowano 10 skierowań do opieki paliatywnej i hospicyjnej stosowanych przez polskie jednostki. Często wykorzystywanym skierowaniem jest dokument uwzględniający dane pacjenta wraz z rozpoznaniem bez dodatkowych informacji o chorobach współistniejących, objawach, wydolności fizycznej (Załącznik nr 12), (Tabela 16. - pozycja 10). W pozostałych analizowanych skierowaniach, oprócz podstawowych informacji, uzyskiwano także dane dotyczące chorób współistniejących, a w przypadku nowotworów także lokalizację przerzutów i wynik badania histopatologicznego. Dodatkowo zbierane są też informacje o:

- historii choroby i leczenia,
- planowanym dalszym leczeniu,
- utrzymujących się objawach, dolegliwościach tj. niedrożność przewodu pokarmowego, nasilone wymioty, ból, ciężka biegunka, splątanie, duszność, zaburzenia odżywiania, odleżyny – uwzględniając wyłącznie ich obecność, bez przypisywania wartości punktowych;
- stanu fizycznego pacjenta (leżący, częściowo samodzielny, samodzielny lub wg skali *Palliative Performance Scale*);
- stosowanych lekach wraz z dawkowaniem,
- stosowanych wyrobach medycznych, środkach pomocniczych (zaopatrzenie ortopedyczne, stomia, cewnik, konieczność karmienia zgłębnikiem)
- wynikach badań,
- obecnym miejscu przebywania pacjenta,
- obecności czynników utrudniających pobyt chorego w domu,
- świadomości pacjenta co do rozpoznania i/lub rokowania,
- danych kontaktowych opiekuna/osoby bliskiej.

Przeanalizowano także 10 skierowań do opieki paliatywnej i hospicyjnej do ośrodków funkcjonujących na terenie Anglii, Irlandii i Luksemburga (Tabela 17.). We wszystkich skierowaniach określono:

- podstawowe dane pacjenta (imię, nazwisko, adres, wiek, nr telefonu), ewentualnie aktualne miejsce pobytu;
- dane osobowe przedstawiciela/opiekuna pacjenta;
- dane kontaktowe lekarza pierwszego kontaktu;
- rozpoznanie będące przyczyną skierowania (choroba podstawowa);
- historię choroby i leczenia;
- powód skierowania;
- rodzaj wnioskowanego świadczenia (stacjonarne, ambulatoryjne, domowe).

W skierowaniach pytano także o wyrażenie zgody pacjenta na leczenie lub o świadomości swojego stanu zdrowia. Oprócz danych lekarza pierwszego kontaktu, w niektórych skierowaniach, pytano o dane dotyczące pielęgniarstwa rejonowego pacjenta. Powód skierowania pacjenta do opieki paliatywnej i hospicyjnej obejmował m.in. przyczyny fizyczne, psychologiczne, socjalne i duchowe, a także związane z występującymi objawami. Stan pacjenta określany jest na podstawie skali ECOG, fazy choroby lub dynamiki jej zmian, natomiast ocena sytuacji socjalno-bytowej pacjenta ogranicza się tylko do uzyskania informacji, czy pacjent pozostaje sam w domu, jest zdolny do samoopieki, ewentualnych problemach rodzinnych. Dodatkowe informacje uwzględniają stosowane leki, uczulenia na leki, obecne zakażenia, alergie, występowanie odleżyn. Do każdego skierowania zaleca się dołączenie dokumentacji medycznej pacjenta.

Karta kwalifikacji w porównaniu do skierowań wykorzystywanych w polskich i zagranicznych jednostkach (Tabele 16. i 17.) nie zawiera informacji o:

- danych osobowych przedstawiciela pacjenta;
- historii choroby i leczenia;
- zgody pacjenta na objęcie go proponowanym świadczeniem;
- oceny sytuacji socjalno-bytowej;

Natomiast skierowania, w porównaniu do *Karty kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej pacjentów dorosłych* przedstawionej przez MZ kryteriów kwalifikacji wraz z przyporządkowaną im skalą punktową.

Skala POS (Załącznik 23.)

Skala Rezultatów w Opiece Paliatywnej (POS, ang. *Palliative Outcome Scale*) ocenia wiele istotnych czynników w opiece nad pacjentem. Jest nieodpłatnym narzędziem, wykorzystywanym w działaniach praktycznych, nauczaniu i badaniach w zakresie opieki paliatywnej. Została zwalidowana i zaadaptowana do warunków kulturowych w wielu krajach. Skala POS jest modyfikacją narzędzia STAS (ang. *Support Team Assessment Schedule*). Uzupełnienie formularza POS zajmuje mniej niż 10 minut, może być wypełniony przez pacjenta, opiekuna bądź personel medyczny. Skala identyfikuje niezaspokojone potrzeby pacjentów w różnych aspektach. Może wykrywać zmiany związane z przebiegiem choroby lub interwencją i pozwala zarządzać objawami. Poszczególne elementy są oceniane w skali od 0 (najlepsze) do 4 (najgorsze). Punkty o wartości zero lub jeden wymagają mniejszej uwagi niż te, które uzyskały ocenę trzy lub cztery. Jeżeli pacjent ocenia ból na poziomie czterech punktów, oznacza to, że pacjent ból jest dla niego przytłaczający i uniemożliwia mu codzienne funkcjonowanie. Wartość zero wskazuje, że pacjent nie odczuwa bólu, a wynik jeden oznacza, że ból jest niewielki i nie wpływa na funkcjonowanie. Dolegliwości oceniane w kwestionariuszu POS pokrywają się w części z objawami uwzględnionymi w Tabeli 3 KK. Skala POS uwzględniona w Rekomendacjach CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych powinna służyć jako narzędzie do oceny jakości i monitorowania świadczeń sprawowanych na rzecz pacjenta, a niektóre jej elementy mogą zostać wykorzystane podczas kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej.^{207,208,209}

²⁰⁷ Rugno F.C., Carlo M.M., *The Palliative Outcome Scale (POS) applied to clinical practice and research: an integrative review*, Revista Latino-Americana de Enfermagem, 24, e2764. Epub August 15, 2016

²⁰⁸ <https://pos-pal.org/> [data dostępu: 12.02.2019]

²⁰⁹ Rekomendacja CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych, przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 19 lutego 2014 roku podczas 1192 posiedzenia Komitetu Delegatów Ministrów

Tabela 16. Skierowania do opieki paliatywnej stosowane w polskich jednostkach.

	SKIEROWANIA DO OPIEKI PALIATYWNEJ									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Zagadnienia	Hospicjum św. Łazarza w Krakowie (Załącznik k 3.)	Hospicjum Opatrzności Bożej Księża Orioniści Wołomin (Załącznik 4.)	Hospicjum im. św. Matki Teresy z Kalkuty Caritas (Załącznik 5.)	Hospicjum NZOZ Kaśmin w Drożdżówce (Załącznik 6.)	Hospicjum "Pomnik Miastu Oświęcim" w Oświęcimiu (Załącznik 7.)	Hospicjum w Miechowie (Załącznik 8.)	Hospicjum im. św. Jana Pawła II w Żorach (Załącznik 9.)	Hospicjum we Włoszczowie (Załącznik 10.)	Hospicjum w Ostrowcu Świętokrzyskim (Załącznik 11.)	Skierowania zwykłe (Załącznik 12.)
Podstawowe dane pacjenta (imię, nazwisko, adres, nr telefonu, wiek)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Wyrażenie zgody pacjenta na objęcie opieką	TAK	TAK osobne oświadczenie	Czy pacjent jest świadomy rozpoznania i rokowania?	TAK	Czy pacjent jest świadomy rozpoznania?	TAK	TAK	TAK	Oświadczenie podpisane przez rodzinę lub osobę opiekującą się.	NIE
Dane osobowe przedstawiciela pacjenta, osoby do kontaktu	TAK telefon	NIE	TAK	TAK osobny dokument	TAK	TAK	TAK w celach ustalenia terminu przyjęcia	TAK	NIE	NIE
Główne rozpoznanie	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Choroby współistniejące	TAK	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE
W przypadku rozpoznania nowotworu lokalizacja przerzutów/rozpoznanie histopatologiczne	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	NIE
Historia choroby i leczenia	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	NIE	NIE wskazanie informacji o prowadzeniu, zdyskwalifikowaniu, zakończeniu leczenia onkologicznego	NIE	TAK	NIE
Objawy	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	NIE	NIE
Obecne miejsce przebywania pacjenta/sprawowanie opieki przez	TAK	NIE	TAK	TAK osobny dokument	NIE	TAK	TAK	TAK	NIE	NIE

	SKIEROWANIA DO OPIEKI PALIATYWNEJ									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ocena stanu pacjenta	TAK	do uzupełnienia	TAK	do uzupełnienia	TAK	TAK	TAK	TAK	NIE	NIE
Ocena socjalno-bytowa	TAK	NIE	NIE Zawarta adnotacja, że opieka dedykowana pacjentom niemogącym przebywać w domu.	NIE	TAK	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE
Inne informacje	TAK - zakażenia - stosowane leki wraz z dawkowaniem - wyniki badań biochemicznych - prognozowanie przeżycia	TAK - środki ortopedyczne - żywienie - stomia, cewnik - stosowane leki - wyniki badań	TAK - stosowane leki wraz z dawkowaniem	TAK - stosowane leki - wyniki badań	TAK - stosowane leki wraz z dawkowaniem	NIE	NIE	TAK - stosowane leki wraz z dawkowaniem	TAK - stosowane leki wraz z dawkowaniem - środki ortopedyczne - żywienie - stomia, cewnik	NIE
Dołączenie dokumentacji medycznej	TAK	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	NIE	NIE

Tabela 17. Skierowania do opieki paliatywnej z innych krajów.

	SKIEROWANIA DO OPIEKI PALIATYWNEJ									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Zagadnienia	Specialist Palliative Care Referral Form – South East London (Załącznik 13.)	Specialist Palliative Care Referral Form – Sussex Community (Załącznik 14.)	Referral Form – Specialist Palliative Care Services – York Teaching Hospital (Załącznik 15.)	Specialist Palliative Care Referral – Rotherham Doncaster and South Humber (Załącznik 16.)	Specialist Palliative Care Referral Form – Palliative Care Team (Załącznik 17.)	Specialist Palliative Care Referral Form - Feidhmeannacht na Serbhíse Sláinte Health Service Executive (Załącznik 18.)	Specialist Palliative Care Service Referral Form - Feidhmeannacht na Serbhíse Sláinte Health Service Executive (Załącznik 19.)	Sheffield Specialist Palliative Care Referral Form (Załącznik 20.)	Wirral Hospice St Johns Referral Form (Załącznik 21.)	Déclaration en vue de l'obtention de soins palliatifs, Luxembourg (Załącznik 22.)
Podstawowe dane pacjenta (imię, nazwisko, adres, nr tel., wiek)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Pilność skierowania	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE	TAK Do wyboru: - dwa dni robocze - jeden tydzień - dwa tygodnie - w oczekiwaniu	TAK Do wyboru: - dwa dni robocze - jeden tydzień - dwa tygodnie - w oczekiwaniu	TAK Do wyboru: - pilne - rutynowe	TAK Do wyboru: - pilne - rutynowe	NIE
Wyrażenie zgody pacjenta na objęcie opieką	TAK	TAK	Czy pacjent zdaje sobie sprawę ze swojego stanu? Czy jego opiekun ma świadomość jego stanu?	TAK	TAK	Czy pacjent zdaje sobie sprawę ze swojego stanu? Czy jego opiekun ma świadomość jego stanu?	Czy pacjent zdaje sobie sprawę ze swojego stanu? Czy jego opiekun ma świadomość jego stanu?	Czy pacjent zdaje sobie sprawę ze swojego stanu?	TAK	TAK
Czy lekarz pierwszego kontaktu wie o skierowaniu	TAK	TAK	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	NIE	NIE
Dane osobowe przedstawiciela pacjenta, osoby do kontaktu	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK

	SKIEROWANIA DO OPIEKI PALIATYWNEJ									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dane kontaktowe pielęgniarki rejonowej	TAK	TAK	TAK Tylko pytanie czy jest znana.	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE
Dane kontaktowe lekarza ogólnego (pierwszego kontaktu)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	NIE
Diagnoza	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Historia choroby i leczenia	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	NIE
Powód skierowania	TAK Do wyboru: - ból/kontrola objawów - wsparcie emocjonalne/psychologiczne - przyczyna społeczno-finansowa - ocena przyjęć hospicyjnych - wsparcie dla opiekunów - inne przyczyny, np. duchowe, obrzęki limfatyczne	TAK Do wyboru: - ból, kontrola objawów - wsparcie socjalne/psychologiczne/duchowe - opieka na koniec życia - rehabilitacja, terapia uzupełniająca - inne powody (wymienić)	TAK Wymienić powody: - fizyczne - psychologiczne - socjalne - duchowe	TAK Do wyboru: - kontrola objawów - psychologiczne - duchowe - socjalne - końcówka życia - inne powody (wymienić)	TAK Do wyboru: - kontrola bólu - kontrola innych objawów - wsparcie emocjonalne, psychologiczne, duchowe pacjenta - wsparcie emocjonalne, psychologiczne, duchowe rodziny lub opiekuna - wsparcie społeczne, finansowe pacjenta - wsparcie społeczne, finansowe rodziny lub opiekuna - rehabilitacja - opieka wyřęczająca - planowanie dalszej opieki - inne	TAK Wymienić powody	TAK Wymienić powody	TAK Do wyboru: - ból - kontrola objawów - psychologiczne - duchowe - społeczne - opieka na koniec życia - ocena przyjęcia do paliatywnej opieki - inne	TAK Wymienić powody: - psychologiczne - fizyczne - socjalne - duchowe	TAK Stała formuła dla każdego pacjenta, mówiąca że pacjent jest w stanie wymagającym opieki paliatywnej. Dodatkowo dodaje się kod ICD-10.

	SKIEROWANIA DO OPIEKI PALIATYWNEJ									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					- opieka w ostatnich dniach życia					
Pożądana usługa	TAK Do wyboru: - wsparcie domowe - szpital - opieka dzienna - opieka wyręczając - kontrola objawów - opieka terminalna	TAK Do wyboru: - jednostka stacjonarna - warunki ambulatoryjne - społeczny zespół opieki paliatywnej w warunkach domowych - hospicjum domowe - opieka wyręczająca	TAK Do wyboru: - lecznictwo zamknięte - lecznictwo otwarte - hospicjum domowe - ośrodek dedykowany dla pacjentów z nowotworem	TAK Do wyboru: - społeczny zespół opieki paliatywnej - hospicjum stacjonarne - szpital - konsultacja specjalistyczna	TAK Do wyboru: - specjalistyczna opieka domowa - lecznictwo otwarte - dzienna opieka - hospicjum	TAK Do wyboru: - hospicjum - usługi społecznościowe - szpital - inne	TAK Do wyboru: - lecznictwo zamknięte - usługi społecznościowe (zespół szpitalnej opieki wspierającej - zespół społecznej opieki wspierającej - pielęgniarska opieka domowa - hospicjum stacjonarne - hospicjum domowe	TAK Do wyboru: - społeczny zespół opieki paliatywnej - zespół szpitalnej opieki wspierającej - zespół społecznej opieki wspierającej - pielęgniarska opieka domowa - hospicjum stacjonarne - hospicjum domowe	TAK Do wyboru: - lecznictwo zamknięte - lecznictwo otwarte - dzienna opieka	TAK Do wyboru: - opieka w domu - ośrodek opieki - szpital - dom starców
Obecne miejsce przebywania pacjenta	TAK Do wyboru: - dom - szpital - inne np.: dom opieki	TAK Do wyboru: - dom - szpital - inne np.: dom opieki	TAK Do uzupełnienia	TAK Do uzupełnienia	TAK Do wyboru: - szpital - hospicjum stacjonarne - dom opieki - własny dom - inne miejsce np.: dom bliskich, dom opiekuna - inne	TAK Do uzupełnienia	TAK Do uzupełnienia	TAK Do uzupełnienia	NIE	TAK
Ocena stanu pacjenta	TAK Do uzupełnienia	TAK Do uzupełnienia	TAK Do wyboru faza choroby: - stabilny, - niestabilny, - pogarszający się, - umierający.	TAK Do uzupełnienia	TAK Do wyboru: - stabilny - niestabilny - pogarszający się - umierający - nieznan	TAK Do wyboru: - ambulatoryjny i zdolny do wykonywania lekkiej pracy - ambulatoryjny i samodzielny, ale niezdolny do wykonywania	TAK Do wyboru (modyfikacja ECOG): - ambulatoryjny i zdolny do wykonywania lekkiej pracy - ambulatoryjny i samodzielny, ale	TAK Do uzupełnienia	TAK Do uzupełnienia	NIE

	SKIEROWANIA DO OPIEKI PALIATYWNEJ									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						pracy ok. ponad 50% czasu - częściowo niesamodzielny, przebywa w łóżku ponad 50% czasu - całkowicie niesamodzielny, przebywający w łóżku, wymaga pomocy	niezdolny do wykonywania pracy ok. ponad 50% czasu - częściowo niesamodzielny, przebywa w łóżku ponad 50% czasu - całkowicie niesamodzielny, przebywający w łóżku, wymaga pomocy			
Ocena socjalno-bytowa	TAK - określenie czy aktualnie pacjent korzysta z pomocy społecznej	TAK - określenie prowadzenia jednoosobowego gospodarstwa domowego (czy pacjent mieszka sam)	TAK - określenie prowadzenia jednoosobowego gospodarstwa domowego (czy pacjent mieszka sam)	NIE	TAK - określenie prowadzenia jednoosobowego gospodarstwa domowego (czy pacjent mieszka sam)	TAK - określenie prowadzenia jednoosobowego gospodarstwa domowego (czy pacjent mieszka sam) - problemy rodzinne	TAK - określenie prowadzenia jednoosobowego gospodarstwa domowego (czy pacjent mieszka sam) - problemy rodzinne	TAK Do uzupełnienia	TAK Do uzupełnienia	NIE
Inne informacje	TAK - zakażenia - wrażliwość na leki i alergie - poziom mobilności pacjenta	TAK - wrażliwość na leki i alergie - posiadanie kardiowertera serca - poziom mobilności i sprawności pacjenta	TAK - użytkowanie specjalistycznych sprzętów - zakażenia	TAK Do uzupełnienia	TAK - poziom mobilności pacjenta - zakażenia - występowanie odleżyn i ich stopień zaawansowania	TAK - zakażenia - obecnie stosowane leki - wrażliwość na leki i alergie	TAK - zakażenia - obecnie stosowane leki - wrażliwość na leki i alergie	NIE	TAK - obecnie stosowane leki - wrażliwość na leki i alergie - poziom mobilności - stosowanie antybiotyków i wlewów dożylnych - posiadanie drenów - odleżyny i rany - biegunka - infekcje - dezorientacja	NIE

4.4.2. Uwagi analityków

Podczas kwalifikacji pacjenta do opieki paliatywnej i hospicyjnej powinny być uwzględnione kwestie organizacyjne poszczególnych jednostek, w których są wykonywane świadczenia adresowane dla pacjentów chorych na przewlekłe, nieuleczalne, śmiertelne choroby. Problemem w Polsce jest jednak brak wyraźnie określonych zasad organizacyjnych i przypisanych do poszczególnych jednostek celów. Przegląd światowych rozwiązań organizacyjnych i analiza sytuacji w Polsce przedstawiona jest w kolejnych rozdziałach.

W związku z powyższym stosowanie sztywnych kryteriów przy kwalifikacji może spowodować ograniczenie dostępności, co nie jest zamierzonym efektem.

Zasadnym wydaje się zweryfikowanie obecnego modelu organizacyjnego i opracowanie schematu, który w jasny sposób odnosiłby się do celów i zadań jakie poszczególne jednostki powinny pełnić w systemie opieki zdrowotnej. Dokumenty kwalifikujące powinny być dostosowane do systemu organizacyjnego i uwzględniać:

- 1) Wymagania formalne, ułatwiające przepływ informacji i zarządzanie tj.:
 - dane pacjenta w tym obecne miejsce przebywania (dom, szpital, itp.),
 - dane osób upoważnionych wraz z odpowiednimi upoważnieniami,
 - dane kontaktowe do osób sprawujących dotychczas opiekę (w tym lekarz, pielęgniarka),
 - zgoda pacjenta na skierowanie;
- 2) W obszarze merytorycznym informacje powinny obejmować
 - a) uzasadnienie do opieki hospicyjnej lub paliatywnej:
 - wskazanie i stopień zaawansowania choroby będącej przyczyną pierwotną (do celów statystycznych),
 - główne problemy medyczne (dolegliwości) wraz z oceną stopnia zaawansowania (objawy, zespoły chorobowe),
 - dotychczas stosowane leczenie, wskazanie istotnych metod leczniczych wymagających specjalnych warunków,
 - ocena stopnia sprawności ogólnej,
 - ocena stopnia niezaspokojonych potrzeb (np. wg karty POS),
 - orzeczony stopień niepełnosprawności;
 - b) Uzasadnienie wyboru rodzaju ośrodka i ewentualne wskazanie szczególnych wymagań (np. respirator):
 - określenie warunków socjalno-bytowych, jako powodu do kierowania do określonego typu ośrodka,
 - a. konieczność wykonywania świadczeń trudnych lub niemożliwych do wykonania w warunkach domowych (mogą to być warunki okresowe, np. do czasu zapewnienia dostępności właściwego sprzętu, zorganizowania opieki)
 - c) tryb skierowania – pilny np. w przypadku kierowania z innych jednostek opieki stacjonarnej (szpitale),
 - d) inne ważne informacje (np. czynniki, których zmiana może wpłynąć na np. miejsce wykonywania świadczeń, np. poprawa warunków lokalowych, zapewnienie dodatkowego wsparcia w warunkach domowych).

Zaproponowane stosowanie skali punktowej objawów nie znajduje uzasadnienia merytorycznego, może stanowić zagrożenie dyskwalifikacją chorych potrzebujących świadczeń, a niekwalifikujących się ze względu na zamkniętą listę wskazań. Przy kwalifikacji nie należy stosować metod statystycznych - uzasadnienie, że „w większości przypadków model działa” jest nie do zaakceptowania z perspektywy pojedynczego pacjenta. W zaproponowanym dokumencie kwalifikującym nie została uwzględniona waga poszczególnych ocenianych kryteriów, co w związku z nieliniowością i odmiennością odczuwania poszczególnych objawów także przemawia za odrzuceniem zaproponowanego rozwiązania.

Optymalna kwalifikacja do zastosowania określonego modelu opieki i świadczeń musi w sposób holistyczny oceniać sytuację pacjenta i zasoby dostępne po stronie osób zapewniających świadczenia.

4.5. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia

Przeprowadzenie oceny zasadności wprowadzenia zmian w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej, zmian w wykazie wskazań kwalifikujących do objęcia opieką oraz karty kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z tego zakresu nie wpływa na zmianę poziomu lub sposobu finansowania.

4.5.1. Uwagi analityków

Uwzględnienie w warunkach polskich przyjętej przez międzynarodowe organizacje definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej, a tym samym objęcie opieką pacjentów cierpiących zagrażające życiu choroby lub pacjentów zgodnie z rozszerzonym wykazem jednostek chorobowych spowoduje ograniczenie dostępności do świadczeń. Utrzymanie dostępności oraz uniknięcie powstawania kolejek do opieki paliatywnej i hospicyjnej będzie wymagało zwiększenia nakładów. Postulowane przez świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu OPH zniesienie limitów finansowych wydaje się słuszne z uwagi na prawo pacjenta do umierania w spokoju i godności oraz prawo do leczenia bólu.²¹⁰

²¹⁰ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U.2017.1318 t.j. z dnia 2017.07.04

5. Aktualna sytuacja w Polsce

Opieka paliatywna realizowana jest przez publiczne lub niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, stowarzyszenia i grupy nieformalne. Ich organem założycielskim jest minister zdrowia, wojewoda, starosta lub prezydent miasta. Jednostki niepubliczne zakładane są przez: fundacje, stowarzyszenia, związki wyznaniowe, osoby prywatne.²¹¹

5.1. Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej (OPH) są wszechstronną, całościową opieką i leczeniem objawowym świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. W przypadku osób dorosłych jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia w zakresie OPH przedstawiono w Tabeli 1.²¹²

Świadczenia dla pacjentów dorosłych zakwalifikowanych do leczenia w rodzaju OPH mogą być realizowane w następujących zakresach (Tabela 18):

- świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym;
- świadczenia w hospicjum domowym,
- porada w poradni medycyny paliatywnej.²¹³

Świadczenia w warunkach stacjonarnych oraz domowych obejmują:

- świadczenia udzielane przez lekarzy;
- świadczenia udzielane przez pielęgniarki;
- leczenie bólu zgodnie z wytycznymi WHO (drabina analgetyczna) oraz innych objawów somatycznych;
- opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- rehabilitację;
- zapobieganie powikłaniom.

W warunkach stacjonarnych świadczeniobiorcom dodatkowo zapewnione są leczenie farmakologiczne, badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej oraz zaopatrzenie w wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia. W przypadku kiedy pacjent korzysta z przepustki hospicjum stacjonarne lub oddział medycyny paliatywnej otrzymuje z NFZ 50% wartości osobodnia, przy czym finansowany czas przepustki wynosi 2 dni w miesiącu. W okresie korzystania z przepustki, świadczeniodawca zapewnia pacjentowi leki i wyroby medyczne. W przypadku udzielania świadczeń chemioterapii paliatywnej w trybie hospitalizacji lub hospitalizacji onkologicznej w trybie jednodniowym oraz świadczeń teleradioterapii paliatywnej w trybie hospitalizacji, rozliczeniu nie podlega osobodzień pobytu świadczeniobiorcy objętego opieką w hospicjum stacjonarnym, oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum domowym dla dorosłych.

W przypadku świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach domowych dodatkowo zapewnione są badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym, ordynacja leków oraz bezpłatne wypożyczanie przez hospicja domowe wyrobów medycznych, tj. koncentrator tlenu lub inne dostępne źródło tlenu, inhalatory, glukometry, pompy infuzyjne w liczbie, kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie.

Świadczenia gwarantowane realizowane w poradni medycyny paliatywnej obejmują:

- porady i konsultacje lekarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy, w tym również świadczeniobiorcy, który nie został zakwalifikowany do hospicjum domowego obejmującego:
 - badanie podmiotowe;
 - badanie przedmiotowe;

²¹¹ Kaptacz A., Organizacja i zarządzanie w opiece paliatywnej (w): de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Pielęgniarstwo opieki... op.cit., s. 23

²¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U.2018.742 t.j. z dnia 2018.04.17)

²¹³ Zarządzenie nr 74/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

- ordynację leków, w tym leków przeciwbólowych;
- zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych;
- zlecenie zabiegów pielęgnacyjnych;
- kierowanie do podmiotów leczniczych, w tym udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych lub domowych;
- wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia świadczeniobiorcy;
- poradę lekarską w domu świadczeniobiorcy;
- poradę psychologiczną lub wizytę psychologa w domu świadczeniobiorcy;
- zabieg pielęgniarstwa lub wizytę pielęgniarki w domu świadczeniobiorcy.
- porady psychologa w poradni lub w domu świadczeniobiorcy;
- świadczenia pielęgniarstwa w poradni lub w domu świadczeniobiorcy.

Stan finansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu OPH przedstawiono w Załączniku 24.

Tabela 18. Katalog świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej.

Nazwa zakresu świadczeń	Kod zakresu świadczeń	Jednostka rozliczeniowa zakresu świadczeń	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod produktu rozliczeniowego	waga punktowa produktu rozliczeniowego	Taryfa*
świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej /hospicjum stacjonarnym	15.4180.021.02	punkt	osobdzień w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym	5.15.00.0000146	x	6,10
			osobdzień w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych dojelitowo	5.15.00.0000147	7,95	x
			osobdzień w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych pozajelitowo	5.15.00.0000148	9,80	x
świadczenia w hospicjum domowym	15.2180.027.02	punkt	osobdzień w hospicjum domowym	5.15.00.0000149	x	1,00
porada w poradni medycyny paliatywnej	15.1180.007.02	punkt	porada w poradni medycyny paliatywnej	5.15.00.0000151	x	0,99

* uwzględniona na podstawie załącznika do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna oraz załącznika do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 30 czerwca 2017 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Taryfy zostały ustalone w odniesieniu do świadczenia bazowego, tj. osobdzień w hospicjum domowym, któremu przyporządkowano wartość równą 1 punkt.

** świadczenie rozliczane za kompleksową opiekę, liczba porad i konsultacji dostosowana do potrzeb dziecka i rodziców dziecka. Źródło: Załącznik do Zarządzenia Nr 74/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

5.2. Świadczenia gwarantowane spoza zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

Pacjenci wymagający ze względu na stan zdrowia świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia i mający ograniczoną samodzielność, przy braku zaawansowanej choroby nowotworowej jako wskazania do objęcia opieką mogą być objęci świadczeniami pielęgnacyjnymi i opiekuńczymi w ramach opieki długoterminowej. Świadczenia dla osób dorosłych udzielane są w zakresach (Załącznik 25.):

- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym (ZPO)/zakładzie opiekuńczo-leczniczym (ZOL),

- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej.²¹⁴

Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych obejmują:

- świadczenia przez lekarza;
- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
- rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego;
- świadczenia psychologa;
- terapię zajęciową;
- leczenie farmakologiczne;
- leczenie dietetyczne;
- zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w zakładzie opiekuńczym;
- edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych
- w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych nieodpłatnie badania diagnostyczne i leki.

Do ZOL i ZPO mogą być kierowani pacjenci, którzy w ocenie poziomu samodzielności według skali Barthel (Załącznik 26.) uzyskali od 0 do 40 punktów (stan „średnio ciężki” i „bardzo ciężki”). Ocena ta jest dokonywana przed przyjęciem świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego, przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego, a także w dniu przyjęcia do zakładu opiekuńczego, na koniec każdego miesiąca lub w przypadku zmiany stanu zdrowia przez lekarza i pielęgniarkę danego zakładu opiekuńczego. W przypadku, gdy ocena świadczeniobiorcy, jest wyższa niż 40 punktów w skali Barthel, NFZ finansuje świadczenia do końca kolejnego miesiąca kalendarzowego. W przypadku pacjentów nieprzytomnych stosowana jest skala Glasgow. W sytuacji, kiedy pacjent wymaga pobytu w szpitalu, zakład opiekuńczy zapewnia mu rezerwację łóżka do 15 dni, otrzymując z NFZ 15% wartości osobodnia. Po wypisaniu ze szpitala pacjent nie musi składać ponownego wniosku o przyjęcie do zakładu.²¹⁵

W zakładach opiekuńczych Fundusz nie finansuje kosztów wyżywienia i zakwaterowania. Zgodnie z Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniobiorca przebywający w ZOL lub ZPO, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczna opłata wynosi 250 % najniższej emerytury i nie może być wyższa niż 70 % miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy. W ramach świadczeń finansowane jest żywienie dojelitowe i pozajelitowe kompletną dietą przemysłową, a także leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medycznych, stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych²¹⁶.

Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach domowych przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych wentylowanych mechanicznie są udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej, z przewlekłą niewydolnością oddechową, niewymagającemu hospitalizacji w oddziałach szpitalnych lub pobytu w zakładach stacjonarnych, wymagającemu stosowania inwazyjnej lub nieinwazyjnej, ciągłej lub okresowej wentylacji mechanicznej. Świadczenia są udzielane pacjentom z ukończonym i udokumentowanym leczeniem przyczynowym, po wykonaniu badań diagnostycznych, potwierdzających brak możliwości stosowania innej terapii niż wentylacja mechaniczna, pod warunkiem nieobjęcia świadczeniami gwarantowanymi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej lub realizowanymi przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej, a także z wyłączeniem pacjentów korzystających z zaopatrzenia w wyroby medyczne – aparat do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego. W ramach świadczeń zapewniany jest odpowiedni sprzęt. Świadczenia udzielane są na podstawie skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego z dołączoną kartą informacyjną leczenia szpitalnego, wynikami badań i kwalifikacją do objęcia opieką w warunkach domowych wydaną przez lekarza specjalistę anesteziologii i intensywnej terapii zatrudnionego w szpitalu, w którym zakończono leczenie świadczeniobiorcy w przypadku

²¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, Dz. U. 2013, poz. 1480

²¹⁵ do Zarządzenia Nr 73/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 lipca 2018r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

²¹⁶ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej... op.cit.

wymagającym stosowania inwazyjnej wentylacji mechanicznej lub przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza specjalistę chorób płuc zatrudnionego w szpitalu, w którym zakończono leczenie świadczeniobiorcy.

Świadczenia gwarantowane udzielane przez pielęgniarkę w ramach opieki długoterminowej domowej obejmują świadczenia pielęgnacyjne, edukację zdrowotną oraz przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, a także radzenia sobie z niesprawnością, pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym oraz pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu. Świadczenia są udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Poradnie specjalistyczne wspierające opiekę nad nieuleczalnie chorymi pacjentami:

- poradnia leczenia bólu,
- poradnia leczenia obrzęku limfatycznego
- poradnia leczenia ran przewlekłych
- poradnia żywieniowa
- a także poradnia profilaktyczno-lecznicza HIV-AIDS i domowego leczenia tlenem,

Oddziały szpitalne

Świadczenia dla pacjentów wymagających opieki paliatywnej i hospicyjnej są realizowane także w ramach leczenia szpitalnego, zwłaszcza na oddziałach chorób wewnętrznych i oddziałach geriatrycznych. Według danych zawartych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych odsetek hospitalizacji pacjentów powyżej 65 r.ż. na tych oddziałach wyniósł w 2016 roku 63,8%, a pacjentów powyżej 80 r.ż. – 28,2%. Średnia wieku pacjentów hospitalizowanych na oddziałach chorób wewnętrznych wyniosła 68,1 lat. W przypadku oddziałów geriatrycznych hospitalizacje pacjentów powyżej 65 r.ż. stanowiły 99,7%, natomiast pacjentów powyżej 80 r.ż. – 0,6%. Średnia wieku wyniosła 80,55 lat.^{217, 218, 219}

Wg danych NFZ w 2017 roku, w ramach produktów kontraktowych choroby wewnętrzne - hospitalizacja oraz geriatra – hospitalizacja, sprawozdanych zostało 7 503 hospitalizacje, których czas pobytu był dłuższy niż 30 dni. 73% hospitalizacji dotyczyło pacjentów powyżej 65 r. ż., a 37% dla pacjentów powyżej 80 r.ż.

Ośrodki rehabilitacyjne

Rehabilitacja lecznicza jako świadczenie gwarantowane jest realizowana w warunkach:

- ambulatoryjnych, które obejmują:
 - lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną, realizowaną przez poradę lekarską rehabilitacyjną,
 - fizjoterapię ambulatoryjną realizowaną przez:
 - wizytę fizjoterapeutyczną,
 - zabieg fizjoterapeutyczny;
- domowych, które obejmują:
 - poradę lekarską rehabilitacyjną,
 - fizjoterapię domową realizowaną przez:
 - wizytę fizjoterapeutyczną,
 - zabieg fizjoterapeutyczny;
- ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację: ogólnoustrojową, pulmonologiczną i kardiologiczną;
- stacjonarnych, które obejmują rehabilitację: ogólnoustrojową, neurologiczną, pulmonologiczną i kardiologiczną.²²⁰

Podstawowa Opieka Zdrowotna

W ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) świadczenia gwarantowane obejmują:

- świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:
 - poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych;

²¹⁷ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla Polski, <http://www.mpz.mz.gov.pl/mapy-leczenie-szpitalne/> [data dostępu: 07.01.2019]

²¹⁸ Mapy potrzeb zdrowotnych – Mapy dla 30 grup chorób, <http://www.mpz.mz.gov.pl/mapy-dla-30-grup-chorob/> [data dostępu: 07.01.2019]

²¹⁹ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r., Główny Urząd Statystyczny (GUS), Kraków 2018, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/> [data dostępu: 07.01.2019]

²²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U.2018.465 t.j. z dnia 2018.03.02)

- poradę lekarską udzielaną w domu świadczeniobiorcy w przypadkach uzasadnionych medycznie;
- świadczenia w ramach profilaktyki chorób układu krążenia;
- poradę patronażową;
- badania bilansowe, w tym badania przesiewowe;
- świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej;
- szczepienia ochronne realizowane zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
- świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej:
 - wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy, w tym również w domu pomocy społecznej, w przypadkach uzasadnionych medycznie, przy czym świadczenia pielęgniarki realizowane są zgodnie z ustalonym dla świadczeniobiorcy indywidualnym planem opieki,
 - wizytę realizowaną w warunkach ambulatoryjnych;
 - wizytę patronażową;
 - testy przesiewowe mające na celu monitorowanie rozwoju dziecka oraz wykrywanie odchyleń od normy rozwojowej;
 - świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy;
- świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej;
- świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania;
- świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej:
 - poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub telefonicznie oraz w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy – w miejscu jego zamieszkania;
 - świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w warunkach ambulatoryjnych lub w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji;
 - świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z poradą lekarską udzielaną jw.;
- transport sanitarny²²¹.

Opieka pielęgniarki POZ nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami przebywającymi w Domach Pomocy Społecznej (DPS) obejmuje:

- współudział w uzgodnieniu i tworzeniu przez zespół opiekuńczo-terapeutyczny DPS indywidualnych planów opieki dla jego mieszkańców;
- edukację personelu DPS w zakresie wynikającym z potrzeb ustalonych planami opieki;
- realizację świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych i leczniczych wynikających z diagnozy pielęgniarstwa oraz zleceń lekarskich.

W stosunku do świadczeniobiorcy przebywającego w DPS zadeklarowanego do lekarza POZ stawka kapitacyjna wskazana w Tabeli 19. korygowana jest z zastosowaniem współczynnika 3,1, natomiast w stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do pielęgniarki POZ - współczynnika 3,5.²²²

Tabela 19. Wartość rocznej stawki kapitacyjnej w POZ.

Nazwa świadczenia	Wartość rocznej stawki kapitacyjnej od dnia:		
	1 listopada 2018 r.	1 czerwca 2019 r.	1 października 2019 r.
Świadczenia lekarza POZ	154,2	156,6	159
Świadczenia pielęgniarki POZ	40,8		

Źródło: Zarządzenie Nr 120/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2018 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

W ramach POZ realizowane są także świadczenia transportu sanitarnego obejmujące:

- przewóz środkiem transportu sanitarnego drogowego (ambulans) do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, a w przypadku świadczeń

²²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. 2016 poz. 86 z późn.zm.

²²² Zarządzenie Nr 120/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2018 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

realizowanych w trybie ambulatoryjnym, także z powrotem do miejsca zamieszkania (pobytu) świadczeniobiorcy, obejmujące:

- przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie realizowane w trybie stacjonarnym;
- przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie w trybie dziennym;
- przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na pierwszorazowe świadczenie z rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej albo leczenia stomatologicznego i z powrotem;
- przewóz, z miejsca zamieszkania (pobytu), w celu wykonania zabiegów i procedur medycznych wynikających z procesu leczenia realizowanego przez lekarza POZ, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca, i z powrotem;
- przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) do zakładu długoterminowej opieki zdrowotnej;
- świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” obejmujące:
 - przewóz od granicy Polski do:
 - miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy,
 - najbliższego, ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie w przypadku, gdy z przyczyn losowych korzystał on ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach szpitalnych poza granicami kraju, a jego stan zdrowia w nie pozwala na samodzielny powrót do miejsca zamieszkania lub wymaga kontynuacji leczenia w kraju;
 - przewozy w celu zapewnienia ciągłości sprawowanej opieki specjalistycznej lub ciągłości udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych realizowane z miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do najbliższego, właściwego ze względu na zakres udzielanych świadczeń, świadczeniodawcy specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i z powrotem, w przypadku, gdy z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi, świadczeniobiorca winien pozostawać pod stałą opieką danego świadczeniodawcy i odległość między miejscem zamieszkania świadczeniobiorcy, a tym świadczeniodawcą przekracza łącznie tam i z powrotem 120 km, a ogólny stan zdrowia świadczeniobiorcy nie pozwala na jego samodzielny dojazd do świadczeniodawcy.²²³

Pacjentom przysługuje także refundacja wyrobów medycznych, pod warunkiem otrzymania zlecenia na zaopatrzenie wystawione przez uprawnioną osobę. Wykaz wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie przedstawiono w Załączniku 27.²²⁴

5.3. Inne formy opieki

Organizacja pomocy społecznej należy do zadań organów administracji rządowej i samorządowej, współpracujących w tym zakresie na zasadzie partnerstwa z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, Kościołem katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi, a także osobami fizycznymi i prawnymi. W ramach ośrodków pomocy społecznej przyznawane są usługi opiekuńcze lub specjalistyczne.²²⁵

Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne przysługują osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a rodzina, nie może takiej pomocy zapewnić i obejmują:

- pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych,
- opiekę higieniczną,
- zaleconą przez lekarza pielęgnację,
- w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności i świadczone są przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem. Szczegółowe warunki przyznawania oraz odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia z opłat określa w drodze uchwały Rada danej gminy. Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być świadczone w:

- miejscu zamieszkania,

²²³ Zarządzenie Nr 120/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2018 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

²²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, Dz.U. 2017, poz. 1061

²²⁵ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2004 Nr 64 poz. 593, z późn. zm.

- ośrodkach wsparcia,
- rodzinnych domach pomocy społecznej.
- domach pomocy społecznej .

Dom Pomocy Społecznej (DPS) jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej, pobyt i usługi w DPS są świadczeniem o charakterze niepieniężnym udzielanym osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącym samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, a którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych. Profil DPS ma związek z wiekiem i stanem zdrowia osób kierowanych do tych placówek:

- DPS dla osób w podeszłym wieku;
- DPS dla osób przewlekle somatycznie chorych,
- DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych,
- DPS dla osób niepełnosprawnych intelektualnie i fizycznie,
- DPS dla osób uzależnionych od alkoholu.

W sytuacji, kiedy osoba wymaga wzmożonej opieki medycznej kierowana jest do ZOL lub ZPO. W razie braku wolnych miejsc w DPS, powiadamia się osobę o wpisaniu na listę oczekujących i o przewidywanym terminie oczekiwania na miejsce.²²⁶

Ustawa o pomocy społecznej nie określa norm dotyczących liczby placówek socjalnych w poszczególnych jednostkach samorządowych. O powołaniu danej jednostki (poza tworzonymi obligatoryjnie) decydują gmina, powiat i województwo. Blisko połowa wszystkich zakładów stacjonarnych pomocy społecznej stanowiły DPS. W 2017r. funkcjonowało ich łącznie 859 dysponując 81,2 tys. miejsc. W ciągu roku w DPS przebywało prawie 125 tys. osób.²²⁷

Pobyt w DPS jest finansowany przez mieszkańca oraz zobowiązanych ustawowo członków rodziny. Wysokość opłat wnoszonych przez mieszkańca wynosi 70% dochodu własnego, jednak nie więcej niż pełny koszt utrzymania. W przypadku odpłatności ponoszonej przez rodzinę jest ona ustalana w przypadku dochodu wyższego niż 300% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej i wyższego niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie. W sytuacji wniesienia odpłatności przez członków rodziny, pozostająca kwota dochodu w przypadku osoby samotnie gospodarującej nie może być niższa niż 300%, a w przypadku osoby w rodzinie nie może być niższa niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie. W przypadku, gdy środki mieszkańca i jego bliskich nie wystarczają na pokrycie kosztów za pobyt w DPS opłatę wnosi gmina, z której osoba została skierowana. Wysokość opłaty jest różnicą między średnim kosztem utrzymania w DPS, a opłatami wnoszonymi przez mieszkańca, małżonka, zstępnych, wstępnych. W przypadku niewywiązywania się przez zobowiązane osoby z obowiązku wnoszenia opłat za pobyt w DPS, opłaty te zastępczo wnosi gmina, której przysługuje prawo dochodzenia zwrotu poniesionych na ten cel wydatków.

DPS umożliwia i organizuje mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń gwarantowanych, a także pokrywa opłaty ryczałtowe i częściową odpłatność do wysokości limitu ceny, przewidziane w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Mieszkaniec DPS korzysta z opieki medycznej POZ. Wizyty lekarskie realizowane są przez lekarza POZ, a usługi pielęgniarskie przez pielęgniarkę POZ zgodnie z ustalonym dla świadczeniobiorcy indywidualnym planem opieki.²²⁸ Dodatkowo DPS może pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

DPS świadczą usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb podopiecznych, z uwzględnieniem stopnia ich fizycznej i psychicznej sprawności, poczucia bezpieczeństwa, wolności, intymności, godności. W tym celu stosowane są indywidualne plany wsparcia, oparte na zdiagnozowanych problemach utrudniających codzienne funkcjonowanie.²²⁹

²²⁶ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2004 Nr 64 poz. 593, z późn. zm.

²²⁷ Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w 2017r., Główny Urząd Statystyczny (GUS), Kraków, 2018, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/zaklady-stacjonarne-pomocy-spoecznej-w-2017-roku,18,2.html> [data dostępu: 07.01.2019]

²²⁸ Zał. nr 2 Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

²²⁹ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U.2018.734 t.j. z dnia 2018.04.13)

Obowiązujące standardy świadczonych usług nie wskazują jakie kwalifikacje powinien posiadać personel zatrudniony w DPS. Obowiązkowe jest zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w liczbie nie mniej niż dwóch na 100 mieszkańców oraz zapewnienie psychicznie chorym pensjonariuszom kontaktu z psychologiem lub psychiatrą.²³⁰

DPS ma obowiązek umożliwienia i zorganizowania pomocy mieszkańcom w dostępie do świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie przepisów o świadczeniach z ubezpieczenia zdrowotnego. Mieszkaniec domu pomocy społecznej może korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na zasadach takich samych jak w domu pacjenta, a więc świadczeń lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej, pod warunkiem uzyskania w ocenie skalą Barthel 40 punktów lub mniej.

Istnieją znaczne różnice w zasadach odpłatności za pobyty w ZOL i DPS. Koszty pobytu w ZOL pokrywane są w dużej części przez NFZ. Natomiast w DPS koszty te, wobec braku możliwości uiszczenia opłaty przez mieszkańca lub członków jego rodziny zobowiązanych do alimentacji, obciążają głównie gminy. Członkowie rodzin mają więc na uwadze umieszczenie niesamodzielnej osoby w ZOL. W podobny sposób działają gminy, ponieważ nie muszą wtedy ponosić wydatków związanych z pobytem podopiecznego w DPS. Wobec powyższego zapotrzebowanie na usługi opiekuńczo-lecznicze jest duże i zaobserwować można deficyt wolnych miejsc w tych placówkach. Wielkość tego zjawiska jest trudna do oszacowania i może wahać się w zależności od poszczególnych ZOL od 20% do 80%.²³¹

W Tabeli 20. przedstawiono porównanie świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych. Tabela 21. dotyczy świadczeń udzielanych w warunkach domowych i/lub ambulatoryjnych.

²³⁰ Informacja o wynikach kontroli, Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty, Najwyższa Izba Kontrolna, Warszawa, 2016

²³¹ Ibidem

Tabela 20. Porównanie świadczeń stacjonarnych.

	Opieka paliatywna i hospicyjna	Opieka długoterminowa	Pomoc społeczna
Warunki realizacji świadczeń	- Hospicjum stacjonarne lub oddział medycyny paliatywnej	- Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy (ZPO)/ zakład opiekuńczo-leczniczy (ZOL) lub - Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-leczniczy dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	- Domy Pomocy Społecznej
Rodzaje świadczeń	1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy; 2) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki; 3) leczenie farmakologiczne; 4) leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna); 5) leczenie innych objawów somatycznych; 6) opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną; 7) rehabilitację; 8) zapobieganie powikłaniom; 9) badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej; 10) zaopatrzenie w wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej; 11) opiekę wyręczającą obejmującą przyjmowanie świadczeniobiorców do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej na okres nie dłuższy niż 10 dni.	1) świadczenia udzielane przez lekarza; 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę; 3) rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego; 4) świadczenia psychologa; 5) terapię zajęciową; 6) leczenie farmakologiczne; 7) leczenie dietetyczne; 8) zaopatrzenie w wyroby medyczne (określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia) stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w zakładzie opiekuńczym; 9) edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.	DPS świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających.
Komu przysługują świadczenia	Warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych są: 1) przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego; 2) wskazanie medyczne, a w szczególności fakt występowania u świadczeniobiorcy danej jednostki chorobowej (od ICD-10):	Świadczenia gwarantowane są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności, zwaną dalej „skalą Barthel”, otrzymał 40 punktów lub mniej. Do zakładu opiekuńczego nie przyjmuje się świadczeniobiorcy, który w o cenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie. Oceny, o której mowa powyżej dokonuje:	Prawo do umieszczenia w DPS przysługuje osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych. Osobę taką kieruje się do DPS odpowiedniego typu, zlokalizowanego jak najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej, po uzyskaniu zgody tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego na umieszczenie w DPS.

	Opieka paliatywna i hospicyjna	Opieka długoterminowa	Pomoc społeczna
	- choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV) (B20-B24), - nowotwory (C00-D48), - następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego (G0), - układowe zanki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy (G10-G13), - kardiomiopatia (I42-I43), - niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej (J96), - owrzodzenie odleżynowe (L89).	1) przed przyjęciem świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego, 2) w dniu przyjęcia świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego, na koniec każdego miesiąca lub w przypadku zmiany stanu zdrowia – lekarz i pielęgniarka danego zakładu opiekuńczego – za pomocą karty oceny, której wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.	W sytuacji, kiedy osoba wymaga wzmoczonej opieki medycznej kierowana jest do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego.
Ponoszenie opłat			
- świadczenia oprócz leków i wyrobów medycznych (nie dotyczy DPS)	100% NFZ	100% NFZ	Mieszkaniec DPS może korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na zasadach takich samych jak w domu pacjenta, a więc świadczeń lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń w pielęgniarstwie opiece długoterminowej, pod warunkiem uzyskania w ocenie skalą Barthele 40 punktów lub mniej.
- pobyt i wyżywienie	100% NFZ	Pacjent płaci. Miesięczna opłata wynosi 250 % najniższej emerytury i nie może być wyższa niż 70 % miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy.	Pobyt w DPS ma finansować mieszkaniec oraz zobowiązani do tego ustawowo członkowie rodziny, natomiast gmina dopiero wówczas, gdy środki mieszkańca i jego bliskich nie wystarczą na pokrycie kosztów. Obowiązani do wnoszenia opłaty za pobyt w DPS są: 1) mieszkaniec domu, nie więcej jednak niż 70% swojego dochodu; 2) małżonek, zstępni przed wstępnymi: a) w przypadku osoby samotnie gospodarującej, jeżeli dochód jest wyższy niż 300% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej, jednak kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie może być niższa niż 300% tego kryterium, b) w przypadku osoby w rodzinie, jeżeli posiadany dochód na osobę jest wyższy niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, z tym że kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie może być niższa niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie; 3) gmina, z której osoba została skierowana do DPS, w wysokości różnicy między średnim kosztem utrzymania w domu pomocy społecznej a opłatami

	Opieka paliatywna i hospicyjna	Opieka długoterminowa		Pomoc społeczna
				wnoszonymi przez osoby, wymienionymi w pkt. 1 i 2.
- badania diagnostyczne	100% NFZ	100% NFZ		Tak jak w przypadku wszystkich świadczeń w DPS. („W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie (...) leki i wyroby medyczne (...)”)
- leki	100% NFZ	100% NFZ w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych	W przypadku, gdy ocena świadczeniobiorcy, jest wyższa niż 40 punktów w skali Barthel, NFZ zaprzestaje finansowania świadczeń na koniec kolejnego miesiąca kalendarzowego.	
-wyroby medyczne	100% NFZ w zakresie wyrobów medycznych koniecznych do wykonania świadczenia gwarantowanego w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej	100% NFZ		

Źródło: opracowanie własne na podstawie:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U.2018.742 t.j. z dnia 2018.04.17)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U.2015.1658 t.j. z dnia 2015.10.21)

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2004 Nr 64 poz. 593

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2016.86 t.j. z dnia 2016.01.19)

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2018.1510)

Tabela 21. Porównanie świadczeń domowych i/lub ambulatoryjnych.

	Opieka paliatywna i hospicyjna	Opieka długoterminowa	Pomoc społeczna
Warunki realizacji świadczeń	<ul style="list-style-type: none"> - Warunki domowe: hospicjum domowe, - Warunki ambulatoryjne: poradnia medycyny paliatywnej 	<ul style="list-style-type: none"> - Zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie - Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa 	<p>Do zadań własnych gminy o charakterze obowiązkowym należy organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, w miejscu zamieszkania, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.</p> <p>W przypadku braku możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osoba wymagająca z powodu wieku lub niepełnosprawności pomocy innych osób może korzystać z usług opiekuńczych i bytowych w formie rodzinnego domu pomocy.</p> <p>Środowiskowy dom samopomocy lub klub samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi.</p>
Rodzaje świadczeń	<p>Warunki domowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy; 2) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki; 3) leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna); 4) leczenie innych objawów somatycznych; 5) opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną; 6) rehabilitację; 7) zapobieganie powikłaniom; 8) badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym; 9) ordynację leków; 10) bezpłatne wypożyczanie przez hospicja domowe wyrobów medycznych wymienionych w ust. 3 części II załączn ka nr 2 do rozporządzenia. <p>Warunki ambulatoryjne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) porady i konsultacje lekarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy, w tym również świadczeniobiorcy, który nie został zakwalifikowany do hospicjum domowego; 2) porady psychologa w poradni lub w domu świadczeniobiorcy; 3) świadczenia pielęgniarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy. <p>Porada w poradni medycyny paliatywnej lub w domu świadczeniobiorcy jest to świadczenie obejmujące:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie podmiotowe; 	<p>Zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie: Opisane w rozporządzeniu.</p> <p>Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę; 2) przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością; 3) świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania; 4) edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny; 5) pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym; 6) pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu. 	<p>Usługi opiekuńcze, wspomagające, pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opieka higieniczna, zalecona przez lekarza pielęgnacja oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.</p> <p>Środowiskowy dom samopomocy lub klub samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi:</p> <p>Pomoc do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, w szczególności w celu zwiększania zaradności i samodzielności życiowej, a także integracji społecznej.</p> <p>Środowiskowy dom samopomocy świadczy usługi w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych, polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymywaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym. Okres korzystania z miejsca całonocowego pobytu w środowiskowym domu samopomocy nie może być jednorazowo dłuższy niż 3miesiące, z możliwością przedłużenia do 6miesiący w uzasadnionych przypadkach, przy czym maksymalny okres pobytu całonocowego osoby w roku kalendarzowym nie może być dłuższy niż 8 miesięcy.</p>

	Opieka paliatywna i hospicyjna	Opieka długoterminowa	Pomoc społeczna
	<p>2) badanie przedmiotowe;</p> <p>3) ordynację leków, w tym leków przeciwbólowych;</p> <p>4) zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych;</p> <p>5) zlecenie zabiegów pielęgnacyjnych;</p> <p>6) kierowanie do podmiotów leczniczych, w tym udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych lub domowych;</p> <p>7) wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia świadczeniobiorcy;</p> <p>8) poradę lekarską w domu świadczeniobiorcy;</p> <p>9) poradę psychologiczną lub wizytę psychologa w domu świadczeniobiorcy;</p> <p>10) zabieg pielęgniarstwa lub wizytę pielęgniarki w domu świadczeniobiorcy.</p>		
Komu przysługują świadczenia	<p>Warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych są:</p> <p>1) przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;</p> <p>2) wskazanie medyczne, a w szczególności fakt występowania u świadczeniobiorcy danej jednostki chorobowej (od ICD-10):</p> <ul style="list-style-type: none"> - choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV) (B20-B24), - nowotwory (C00-D48), - następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego (G0), - układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy (G10-G13), - kardiomiopatia (I42-I43), - niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej (J96), - owrzodzenie odleżynowe (L89). 	<p>Zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie:</p> <p>Świadczenia gwarantowane są udzielane świadczeniobiorcy z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagającemu stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora (przez rurkę tracheostomijną), bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodny ustniki, maski czy hełmy), ciągłej lub okresowej wentylacji mechanicznej, niewymagającemu hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, wymagającemu jednak stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.</p> <p>Warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych są:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ukończenie i udokumentowanie leczenia przyczynowego; 2) wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych, uzasadniających rozpoznanie i potwierdzających niemożność stosowania innej terapii niż ciągła lub okresowa wentylacja mechaniczna; 3) nieobjęcie udzielaniem świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej lub realizowanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej; 4) nieobjęcie udzielaniem świadczeń gwarantowanych w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi (leczenie obturacyjnego lub centralnego bezdechu sennego za pomocą 	<p>Przysługują one szczególnie osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, a rodzina a także wspólnie zamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić.</p> <p>Ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia.</p> <p>Środowiskowy dom samopomocy lub klub samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi:</p> <p>Dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które w wyniku upośledzenia niektórych funkcji organizmu lub zdolności adaptacyjnych wymagają pomocy do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.</p>

	Opieka paliatywna i hospicyjna	Opieka długoterminowa	Pomoc społeczna
		protezy powietrznej – aparat do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego). Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa: Świadczenia gwarantowane są udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej. Warunkami objęcia świadczeniobiorcy pielęgniarską opieką długoterminową domową są: 1) nieobjęcie opieką przez hospicjum domowe; 2) nieobjęcie opieką przez inny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych; 3) nieobjęcie opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie; 4) niepozostawanie w ostrej fazie choroby psychicznej. Świadczenia gwarantowane są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się kartę oceny świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową. Oceny świadczeniobiorcy dokonuje: 1) w dniu skierowania świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego, 2) na koniec każdego miesiąca – pielęgniarka opieki długoterminowej domowej, – za pomocą karty oceny, której wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.	
	W hospicjum domowym nie przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielane w warunkach domowych oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielane w warunkach domowych.		
Ponoszenie opłat			
- świadczenia oprócz leków i wyrobów medycznych (nie dotyczy DPS)	100% NFZ	100% NFZ	Rada gminy określa, w drodze uchwały, szczegółowe warunki przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, oraz szczegółowe warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat, jak również tryb ich pobierania.

	Opieka paliatywna i hospicyjna	Opieka długoterminowa	Pomoc społeczna
- pobyt i wyżywienie	100% NFZ	Nie dotyczy	W przypadku usług opiekuńczych, opiekun pomaga w zakupach pokrywanych przez osobę, której pomoc jest udzielana.
- badania diagnostyczne	100% NFZ	100% NFZ	Nie zapewnione
- leki	Hospicjum domowe: ordynacja leków, płaci pacjent Poradnia medycyny paliatywnej: ordynacja leków, płaci pacjent	Zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie: Płaci pacjent Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa: Płaci pacjent	
- wyroby medyczne	Hospicjum domowe: Bezpłatne wypożyczenie przez hospicja domowe wyrobów medycznych m.in. koncentrator tlenu lub inne dostępne źródło tlenu, inhalatory, glukometry, pompy infuzyjne w liczbie, kule, laski, balkoniki, chodz ki, wózki inwalidzkie i inne	Zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie: Zapewniany jest odpowiedni sprzęt.	
	Poradnia medycyny paliatywnej: Płaci pacjent	Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa: Pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.	

Zródło: opracowanie własne na podstawie:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U.2018.742 t.j. z dnia 2018.04.17)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U.2015.1658 t.j. z dnia 2015.10.21)

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2004 Nr 64 poz. 593

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2016.86 t.j. z dnia 2016.01.19)

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2018.1510)

<http://www.mops.wroclaw.pl/formy-pomocy/pomoc-uslugowa/uslugi-opiekuncze-i-specjalistyczne> [data dostępu: 07.03.2019]

5.4. Uwagi analityków

W obecnie funkcjonującym modelu opieki (o charakterze długoterminowym) zadania poszczególnych jednostek organizacyjnych nie zostały precyzyjnie zdefiniowane. Istnieją znaczne różnice w sposobie i poziomie finansowania w przypadku realizacji podobnych świadczeń – zarówno po stronie państwa, jak i pacjentów.

Dysproporcje w finansowaniu oraz poziomie zapewnianej opieki są źródłem frustracji zarówno ze strony pacjentów, ich rodzin, jak i świadczeniodawców. Jeżeli założenia strategiczne wskazują zasadność promowania opieki w warunkach domowych, to powinno iść za tym wsparcie finansowe i organizacyjne. W obecnej sytuacji pacjenci mają zapewnioną opiekę na najwyższym poziomie w hospicjach stacjonarnych, co nie sprzyja rozwojowi opieki domowej. Różne stopnie odpłatności dla pacjentów mogą wpływać na ogólne poczucie sprawiedliwości (np. zasady refundacji leków i wyrobów medycznych, odpłatności za pobyt).

Należy zwrócić uwagę, że nawet jeżeli początkowo istnieją różnice w kryteriach kwalifikacji to w miarę upływu czasu, wraz z postępem choroby, różnice te mogą się zacierać.

Pacjenci powinni być kwalifikowani do opieki stacjonarnej w sytuacji występowania problemów społeczno-bytowych. W przypadku dobrej organizacji i właściwych warunków zaleca się, aby opieka była sprawowana w warunkach domowych. Przy obecnym rozwoju technologii możliwe jest stosowanie w warunkach domowych nawet zaawansowanych technik tj. tlenoterapia, wentylacja mechaniczna. Równocześnie pacjenci przebywający w warunkach domowych powinni mieć zapewnioną porównywalną do pacjentów w opiece stacjonarnej dostępność do świadczeń.

6. Przykłady rozwiązań organizacyjnych w innych krajach

6.1. Australia

Opieka zdrowotna, organizacja

Opiekę zdrowotną w Australii zapewniają zarówno prywatne, jak i rządowe organizacje. Medicare jest publicznie finansowanym systemem opieki zdrowotnej w Australii. Współistnieje z prywatnym systemem opieki zdrowotnej. Rząd australijski opiekuje się krajową polityką zdrowotną, ale stany i terytoria ponoszą główną odpowiedzialność za szpitale publiczne, zdrowie publiczne, pogotowie ratunkowe, publiczne usługi dentystyczne i programy zdrowia psychicznego. Program *Medicare Benefits Schedule* (MBS) zawiera listę usług finansowanych przez rząd australijski w ramach programu Medicare.^{232,233}

Definicja jednostki opieki hospicyjnej opisuje ją jako wyspecjalizowaną jednostkę świadczącą usługi opieki paliatywnej. Może obejmować zarówno wolnostojące hospicja i/lub oddziały opieki paliatywnej w szpitalu. W Australii w latach 2012-2013, 17,7% (129/729) z publicznych szpitali (z wyłączeniem publicznych szpitali psychiatrycznych) miało jednostkę opieki hospicyjnej, a spośród 282 prywatnych szpitali ogólnych i psychiatrycznych – 8,5% (24 obiekty). Dla porównania, w latach 2015-16 w sumie 137 z 679 publicznych szpitali publicznych (20,2%) na terenie kraju zgłosiło posiadanie jednostki opieki hospicyjnej. Około jedna czwarta (26,4%) publicznych szpitali w dużych miastach posiadała oddział opieki hospicyjnej. W latach 2012-2013, w porównaniu do lat 2003-2004, liczba hospitalizacji związanych z opieką paliatywną w szpitalach publicznych wzrosła o 60%.^{234,235}

Większość stanów i terytoriów posiada programy "szpital w domu" (HITH, ang. *hospital-in-the-home*), w ramach których pacjenci otrzymują opiekę szpitalną we własnym domu jako substytut pobytu w szpitalu. W tym przypadku pacjenci mogą odbyć swoją ostatnią hospitalizację w domu, ale pacjenci HITH również mogą wrócić do szpitala.²³⁶

Zespół opieki paliatywnej składa się z szeregu grup pracowników służby zdrowia, w tym specjalistów medycyny paliatywnej, pielęgniarek, lekarzy rodzinnych, farmaceutów, innych specjalistów medycznych (takich jak onkolog i geriatry), a także innych pracowników służby zdrowia, personelu pomocniczego i ochotnicy.²³⁷

Lekarze pierwszego kontaktu (GPs) odgrywają istotną rolę zarówno w opiece paliatywnej, jak i w całościowo w systemie opieki zdrowotnej. Niestety, nie ma spójnego w skali kraju, rutynowo zbieranego zbioru danych dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej, który umożliwi zgłaszanie przypadków świadczenia opieki paliatywnej przez lekarzy rodzinnych. Co więcej, podczas gdy program *Medicare Benefits Schedule* (MBS) zawiera określone pozycje dla specjalistycznych usług medycyny paliatywnej (dostarczanych przez specjalistów medycyny paliatywnej), za które zwróci część opłaty MBS, nie ma żadnych elementów opieki paliatywnej, które mogą być wykorzystane przez lekarzy rodzinnych lub innych specjalistów medycznych, którzy mogą świadczyć opiekę paliatywną (np. onkolodzy). Jest zatem prawdopodobne, że lekarze rodzinni używają innych przedmiotów MBS, na przykład do leczenia chorób przewlekłych i wizyt domowych, podczas zapewniania pacjentom opieki paliatywnej. W związku z tym zakres usług związanych z opieką paliatywną świadczonych przez lekarzy rodzinnych nie może zostać ustalony na podstawie istniejących danych Medicare.

Wg ankiety BEACH (*Bettering the Evaluation and Care of Health*) dla GPs w latach 2015-2016 ok. 1 na 1000 wizyt u lekarza pierwszego kontaktu dotyczyła opieki paliatywnej. Natomiast, wg badania przeprowadzonego przez AIHW (*Australian Government Department of Health*), wizyty u lekarzy pierwszego kontaktu dotyczące opieki paliatywnej stanowiły 1 na 100. Różnice mogą wynikać z różnych metodologii prowadzenia badań i innej populacji lekarzy. Raport z badania BEACH dostarczył również szereg zaleceń takich jak:

- lepszego określenia roli lekarzy rodzinnych w opiece paliatywnej,

²³² Australian Government, <https://data.gov.au/dataset/medicare-benefits-schedule-mbs-group> [data dostępu: 28.12.2018]

²³³ Australian Government, <https://www.australia.gov.au/information-and-services/health> [data dostępu: 28.12.2018]

²³⁴ Australian Institute of Health and Welfare, <https://www.aihw.gov.au/reports/palliative-care-services/palliative-care-services-in-australia/contents/admitted-patient-palliative-care/hospital-based-facilities> [data dostępu: 28.12.2018]

²³⁵ Australian Institute of Health and Welfare, <https://www.aihw.gov.au/getmedia/758d67f6-5c14-4e8d-97b4-9840348d7d18/Palliative-care-facilities-and-services-2012-13.pdf.aspx> [data dostępu: 28.12.2018]

²³⁶ Australian Institute of Health and Welfare, <https://www.aihw.gov.au/getmedia/b95b06e5-bfe3-4324-964f-4ad2d7074923/Admitted-patient-palliative-care-2012-13.pdf.aspx> [data dostępu: 28.12.2018]

²³⁷ Australian Institute of Health and Welfare, <https://www.aihw.gov.au/getmedia/898ae8c7-63e7-435a-9ee4-8a833a626571/Palliative-care-workforce-2012-13.pdf.aspx> [data dostępu: 28.12.2018]

- promowania lepszego zrozumienia klinicznych czynników wyzwalających rozpoczęcie opieki paliatywnej,
- rozwoju lokalnych informatorów, aby umożliwić lekarzom pierwszego kontaktu dostęp do zasobów opieki paliatywnej,
- lepszą komunikację i integrację z innymi elementami systemu opieki zdrowotnej.

AIHW współpracuje obecnie z zainteresowanymi stronami w celu ustanowienia spójnego gromadzenia danych na temat opieki paliatywnej w praktyce ogólnej.²³⁸

Finansowanie

W latach 2012-2013 publiczne finansowanie pacjentów pokryło 75% przypadków hospitalizacji w ramach opieki paliatywnej w szpitalach publicznych. Drugim najczęstszym źródłem finansowania były prywatne ubezpieczenia zdrowotne (19%). Dla porównania, 83% wszystkich hospitalizacji w szpitalach publicznych zostało pokryte przez publiczne finansowanie pacjentów, natomiast w 12% - przez prywatne ubezpieczenie zdrowotne. W latach 2015-16 wartości te były porównywalne.

W latach 2016-2017, 6,1 mln USD zostało wypłacone na świadczenia specjalistyczne w zakresie medycyny paliatywnej przez MBS, co odpowiada średnio 410 USD na pacjenta. W latach 2012-2013, suma przeznaczona przez MBS na świadczenia w ramach opieki paliatywnej wynosiła 4,7 mln USD. Podsumowując, wydatki te wzrosły o 30,5%.

Należy zauważyć, że pacjent może uzyskać dostęp do więcej niż jednego rodzaju specjalistycznej usługi medycyny paliatywnej finansowanej przez MBS w prezentowanym okresie sprawozdawczym oraz że, każda taka usługa liczona jest osobno. Dane te odnoszą się tylko do usług opieki paliatywnej, które są świadczone przez specjalistę medycyny paliatywnej i są objęte wnioskiem w ramach MBS. Innymi słowy, zgłoszona liczba pacjentów, którzy otrzymują usługi medycyny paliatywnej, prawdopodobnie będzie niedoszacowaniem całkowitej opieki paliatywnej. Wynika to z faktu, że inni specjaliści medyczni (tacy jak geriatrzy i onkolodzy) mogą również zajmować się pacjentami terminalnie chorymi i zapewniać opiekę paliatywną, bez możliwości korzystania z usługi jako usługi opieki paliatywnej w ramach MBS.

Usługi z zakresu medycyny paliatywnej w szpitalu lub z zakresu chirurgii stanowiła większość – 82,5% – wszystkich usług specjalistycznych w zakresie medycyny paliatywnej sfinansowanych przez MBS w latach 2016-2017. 7,71% wszystkich świadczeń stanowiły konsultacje w domu pacjenta. Między latami 2012-2013 a 2016-2017 liczba specjalistycznych usług opieki paliatywnej finansowanych przez MBS wzrosła o 25,9% (z <64 tys na >80 tys).^{239,240,241,242}

Zapewnienie jakości

Rząd australijski utworzył dokument pt. *National Palliative Care Strategy 2010*, który ma wspierać Australijczyków aby „żyć dobrze u końcowi życia”. Strategia reprezentuje połączone zobowiązania rządów australijskich, stanowych i terytorialnych, dostawców usług opieki paliatywnej i organizacji społecznych na rzecz rozwoju i wdrażania polityki, strategii i usług opieki paliatywnej, aby całość działała spójnie w całej Australii. Dokonano znacznych inwestycji w opiekę paliatywną w zakresie szkoleń, wyposażenia, liczby pracowników oraz zasobów klinicznych. Specjalistyczne usługi opieki paliatywnej działają w różnych placówkach, w tym w specjalistycznych poradniach szpitalnych, specjalistycznych placówkach szpitalnych, hospicjach i specjalistycznych usługach lokalnych. Opieka paliatywna jest nieodłączną częścią wszystkich usług zdrowotnych i ludzkich. Integracja i współpraca ze specjalistycznymi usługami opieki paliatywnej może następnie zapewnić budowanie potencjału i poprawę jakości opieki. Definicja WHO została przyjęta przez *Palliative Care Intergovernmental Forum* jako krajowa definicja opieki paliatywnej.²⁴³

²³⁸ Australian Institute of Health and Welfare, <https://www.aihw.gov.au/reports/palliative-care-services/palliative-care-services-in-australia/contents/palliative-care-in-general-practice> [data dostępu: 28.12.2018]

²³⁹ Australian Institute of Health and Welfare, <https://www.aihw.gov.au/getmedia/b95b06e5-bfe3-4324-964f-4ad2d7074923/Admitted-patient-palliative-care-2012-13.pdf.aspx> [data dostępu: 28.12.2018]

²⁴⁰ Australian Institute of Health and Welfare, <https://www.aihw.gov.au/getmedia/26508e75-3d08-4847-9106-d55ab5238a1a/Admitted-patient-palliative-care-and-hospital-based-facilities.pdf.aspx> [data dostępu: 11.02.2019]

²⁴¹ Australian Institute of Health and Welfare, <https://www.aihw.gov.au/reports/palliative-care-services/palliative-care-services-in-australia/contents/services-provided-by-palliative-medicine-specialists/types-of-service-and-patient-characteristics> [data dostępu: 28.12.2018]

²⁴² Australian Institute of Health and Welfare, <https://www.aihw.gov.au/getmedia/bb7eef1-dcce-435d-b59f-f544b2f835f3/Services-provided-by-palliative-medicine-specialists.pdf.aspx> [data dostępu: 28.12.2018]

²⁴³ Supporting Australians to Live Well at the End of Life, National Palliative Care Strategy 2010, Australian Government, [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/EF57056BDB047E2FCA257BF000206168/\\$File/NationalPalliativeCareStrategy.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/EF57056BDB047E2FCA257BF000206168/$File/NationalPalliativeCareStrategy.pdf) [data dostępu: 28.12.2018]

Określono cztery obszary docelowe wg *National Palliative Care Strategy 2010*, które są przedstawione w Tabeli 22.

Tabela 22. Obszary docelowe wg National Palliative Care Strategy (2010).

Sfera	Nr	Cel
Świadomość i zrozumienie	1	Wzrost zrozumienia umierania i śmierci jako normalnego etapu cyklu życia.
		Zwiększenie świadomości społecznej i zawodowej w zakresie usług opieki paliatywnej oraz korzyści z szybkiego i właściwego dostępu do nich.
Adekwatność i efektywność	2	Udostępnienie odpowiedniej i skutecznej opieki paliatywnej dla wszystkich Australijczyków w zależności od potrzeb.
Przywództwo i zarządzanie	3	Wspieranie wspólnego, proaktywnego, skutecznego zarządzania krajowymi strategiami, zasobami i podejściami do opieki paliatywnej.
Potencjał i możliwości	4	Zbudowanie i zwiększenie potencjału wszystkich odpowiednich sektorów opieki zdrowotnej i usług dla ludzi, aby zapewnić wysoką jakość opieki paliatywnej.

Zródło: Supporting Australians to Live Well at the End of Life, National Palliative Care Strategy 2010, Australian Government, [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/EF57056BDB047E2FCA257BF000206168/\\$File/NationalPalliativeCareStrategy.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/EF57056BDB047E2FCA257BF000206168/$File/NationalPalliativeCareStrategy.pdf) [data dostępu: 28.12.2018]

Adekwatność wymaga dobrych systemów zapewniających dostęp do informacji i usług. Ma to kluczowe znaczenie dla zapewnienia wysokiej jakości opieki paliatywnej. Skuteczna opieka to również zapewnienie interwencji wspieranych przez bazę dowodową i zapewnienie jej skutecznego i wydajnego działania. Odpowiednie i skuteczne systemy opieki muszą być wspierane przez silną bazę badawczą i usługi mające dobre systemy kontroli jakości, które ewentualnie zapewniają jej poprawę. Przywództwo i zarządzanie oznacza dostępność wystarczającej liczby odpowiednio wykwalifikowanych osób we właściwym miejscu, z odpowiednimi systemami do wspierania bezpiecznej, wysokiej jakości opieki.

The Australian and New Zealand Society of Palliative Medicine jest to specjalistyczne towarzystwo medyczne dla lekarzy, którzy zapewniają opiekę osobom z chorobą ograniczającą życie działające w Australii i Nowej Zelandii. Funkcjonuje aby promować dyscyplinę medycyny paliatywnej, zapewnia kształcenie i szkolenia, promuje badania w medycynie paliatywnej, zapewnia reprezentatywny głos w polityce dotyczącej medycyny paliatywnej, promuje współpracę między specjalistami medycyny paliatywnej, lekarzami GP i specjalistami innych dziedzin.^{244,245}

The Australian Palliative Care Outcomes Collaboration (PCOC) jest krajowym programem opieki paliatywnej i programem porównawczym (benchmarking). Głównym celem jest systematyczna poprawa wyników leczenia pacjentów (w tym kontrola bólu i objawów) poprzez przekazywanie informacji zwrotnych do poszczególnych usług oraz ułatwianie benchmarkingu między usługami. Jest finansowany przez AIHW. Najważniejsze w programie są struktura i protokół do rutynowej oceny klinicznej i odpowiedzi na interwencje. Działa to równolegle z rutynowym gromadzeniem danych w punkcie opieki. Wbudowując te elementy w rutynową praktykę kliniczną, klinicyści mają dostęp do spójnych informacji w celu planowania i świadczenia opieki. Podczas gdy program początkowo rozwijał się w specjalistycznym sektorze opieki paliatywnej, teraz rozszerzył swój zakres na wszystkie ośrodki opieki, w których pacjenci otrzymują opiekę paliatywną i opiekę na zakończenie życia.^{246,247,248}

The National Standards Assessment Program (NSAP) jest to program poprawy jakości dostępny dla wszystkich specjalistycznych usług opieki paliatywnej w Australii finansowany przez australijski rządowy Departament Zdrowia i zarządzany przez *Palliative Care Australia* (PCA). NSAP opracował standardy do stosowania przez specjalistyczne służby opieki paliatywnej w celu wspierania świadczenia wysokiej jakości opieki paliatywnej dla osoby otrzymującej opiekę, jej rodziny i opiekunów. Standardy są podzielone na dwie kategorie:

- 1 – 6 to standardy opieki, które opisują systemy i czynniki niezbędne do zapewnienia wysokiej jakości opieki klinicznej.
- 7 – 9 to standardy zarządzania, które opisują oczekiwania w zakresie zarządzania jakością, poprawy jakości i benchmarkingu. (Tabela 23.)

²⁴⁴ Annual Report 2017-18, ANZSPM, <http://www.anzspm.org.au/c/anzspm> [data: 01.03.2019]

²⁴⁵ ANZSPM Workforce Strategy, Meeting the Palliative Medical Needs of Patients in Australia 2011-2015 and beyond (2011), <http://www.anzspm.org.au/c/anzspm> [data: 01.03.2019]

²⁴⁶ Palliative Care Outcomes Collaboration, Australian Health Services Research Institute, <https://ahsri.uow.edu.au/pcoc/index.html> [data dostępu: 02.01.2019]

²⁴⁷ Australian Health Services Research Institute, <https://ahsri.uow.edu.au/content/groups/public/@web/@chsd/@pcoc/documents/doc/uow252855.pdf> [data dostępu: 11.01.2019]

²⁴⁸ Australian Health Services Research Institute, <https://ahsri.uow.edu.au/pcoc/clinical-assessment-and-response/index.html> [data dostępu: 11.01.2019]

Tabela 23. Przegląd standardów NSAP.

Przegląd standardów	
Standard 1	Wstępna i ciągła ocena obejmuje fizyczne, psychologiczne, kulturowe, społeczne i duchowe doświadczenia i potrzeby.
Standard 2	Osoba, jej rodzina i opiekunowie współpracują z zespołem w celu komunikowania się, planowania, ustalania celów opieki i wspierania świadomych decyzji dotyczących planu opieki.
Standard 3	Potrzeby rodziny i opiekunów danej osoby są oceniane i bezpośrednio informują o zapewnieniu odpowiedniego wsparcia i wskazówek dotyczących ich roli.
Standard 4	Zapewnienie opieki opiera się na ocenie potrzeb danej osoby, opartej na dowodach i zgodnej z wartościami, celami i preferencjami osoby, udokumentowanymi w planie opieki.
Standard 5	Opieka jest zintegrowana z doświadczeniem danej osoby, aby zapewnić płynne przejścia pomiędzy usługami.
Standard 6	Rodziny i opiekunowie mają dostęp do usług wsparcia żałoby i otrzymują informacje w temacie utraty i żalu.
Standard 7	Usługa ma określoną filozofię, wartości, kulturę, strukturę i środowisko, które wspomagają dostarczanie skoncentrowanej na osobie opieki paliatywnej i opieki na zakończenie życia.
Standard 8	Usługi są zaangażowane w poprawę jakości i w badania w celu poprawy świadczenia usług i rozwoju.
Standard 9	Personel i wolontariusze mają odpowiednie kwalifikacje, są zaangażowani w stały rozwój zawodowy i są wspierani w swoich rolach.

Źródło: National Standards Assessment Program,

<https://www.caresearch.com.au/caresearch/TabId/3781/ArtMID/6000/ArticleID/54/National-Standards-Assessment-Program-NSAP.aspx> [data dostępu: 09.01.2019]

Palliative Care Australia 2018, National Palliative Care Standards 5th edn, PCA, Canberra, <https://palliativecare.org.au/standards> [data dostępu: 09.01.2019]

The Program of Experience in the Palliative Approach (PEPA) ma na celu zwiększenie zdolności pracowników służby zdrowia do świadczenia opieki paliatywnej poprzez ich udział w stażach klinicznych w specjalistycznych usługach opieki paliatywnej lub interaktywnych warsztatach. Jako krajowy projekt opieki paliatywnej, przyjmuje strategiczne podejście do edukacji i szkolenia pracowników służby zdrowia oraz dostarcza programy dla priorytetowych grup świadczących usługi opieki zdrowotnej w placówkach podstawowych, średnich i wyższych. PEPA jest wdrażana we wszystkich australijskich stanach i terytoriach, a wnioskodawcy z obszarów wiejskich i oddalonych są zachęceni do składania wniosków. Program ten stanowi doskonałą okazję do nauki od doświadczonego personelu specjalistycznego w celu podniesienia umiejętności, wiedzy i doświadczenia w zakresie podejścia paliatywnego.²⁴⁹

6.2. Zjednoczone Królestwo

Opieka paliatywna

Opieka pod koniec życia (ang. *End of life care*) służy do zapewnienia opieki o jak najwyższej jakości osobie nieuleczalnie chorej. Obejmuje również wsparcie psychologiczne, społeczne i duchowe dla chorego, jego rodziny lub opiekunów. Nazywa się to holistycznym podejściem, ponieważ pacjent jest objęty opieką z każdej strony, nie skupia się tylko na chorobie i jej objawach. Opiekę paliatywną można otrzymać podczas innych terapii leczniczych choroby wyjściowej, może trwać kilka dni, miesięcy lub lat.

Lekarz pierwszego kontaktu lub pielęgniarki środowiskowe zapewnia opiekę paliatywną w ramach swojej pracy. Niektórzy potrzebują dodatkowej specjalistycznej opieki paliatywnej. Może to zapewnić konsultant przeszkolony w zakresie medycyny paliatywnej, pielęgniarki ze specjalizacją z zakresu opieki paliatywnej, fizjoterapeutów lub terapeutów zajęciowych.

W Zjednoczonym Królestwie świadczenia z zakresu opieki paliatywnej udzielane są przez lekarza ogólnego, pielęgniarkę środowiskową, personel medyczny bez specjalizacji w szpitalach i domach opieki oraz wykwalifikowany personel medyczny bez specjalizacji. Podstawowe świadczenia z zakresu opieki paliatywnej mogą być udzielane przez lekarza ogólnego. Opieka paliatywna może być prowadzona w warunkach opieki: ambulatoryjnej, domowej, stacjonarnej, oddziałów dziennego pobytu.^{250,251}

²⁴⁹ The Program of Experience in the Palliative Approach, <https://pepaeducation.com/about-pepa/what-is-pepa/> [data dostępu: 09.01.2019]

²⁵⁰ NHS, <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/what-it-involves-and-when-it-starts/> [data dostępu: 14.02.2019]

²⁵¹ Jasińska M., Kurczewska U., Orszulak-Michalak D., Standardy w opiece paliatywnej na przykładzie Wie kiej Brytanii, Farm Pol, 2010, 66(6): 408-414

Finansowanie

W 2012 r. Zjednoczone Królestwo wydało około 9,3% PKB na opiekę zdrowotną, z czego wydatki publiczne, głównie z NHS, wynosiły około 84%. Większość środków pochodzi z ogólnego opodatkowania, a mniejsza część z ubezpieczeń krajowych (podatek od wynagrodzeń).

- Świadczenia opieki paliatywnej finansowane przez rząd: hospitalizacja w 30%; opieka domowa w 59%; opieka dzienna w 23%; wsparcie szpitalne - 83%.
- Świadczenia opieki paliatywnej wspierane przez połączenie prywatnych i publicznych funduszy: hospitalizacja - 70%; opieka domowa - 40%; opieka dzienna - 77%; wsparcie szpitalne - 27%.
- Sektor wolontariatu.^{252,253}

6.2.1. Anglia

Finansowanie

Finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej jest mieszanką stawki kapitałowej/*fee-for-service*/P4P; zapłaty płacowe za mniejszość (GPs otrzymujący stałą pensję są pracownikami prywatnych grupowych praktyk lekarskich, nie z NHS).

Szacuje się, że łączne wydatki na opiekę paliatywną dla dorosłych w 1999 r. wyniosły około 300 milionów funtów, z czego 170 milionów funtów pochodziło z sektora wolontariatu. Udział NHS przed 2003 r. w rocznych kosztach funkcjonowania hospicjów w sektorze wolontariatu oszacowano na niewiele poniżej 30%. Szacunki sugerują, że w latach 2006-2007 całkowite wydatki na usługi opieki paliatywnej wyniosły około 612 milionów funtów, z czego wydatki na usługi sektora wolontariatu wyniosły 500 milionów funtów, a całkowite wydatki na usługi NHS - 112 milionów funtów. PCT²⁵⁴ (ang. *NHS Primary care trusts*) finansowały około 26% usług w sektorze wolontariatu (130 milionów funtów), pozostała część pochodziła z darowizn publicznych i działań na rzecz pozyskiwania funduszy. Ogólnie rzecz biorąc, osoby fizyczne nie płacą za usługi opieki paliatywnej świadczone za pośrednictwem NHS lub wolontariatu.^{255,256}

Organizacja

W społeczności zapewnia się szeroki zakres opieki. Świadczenia udzielane są w obiektach stacjonarnych (hospicja, szpitale), w ramach opieki środowiskowej, w warunkach ambulatoryjnych, w domach pacjenta. Specjalistyczną opiekę paliatywną zapewniają zespoły interdyscyplinarne, do których mogą należeć konsultanci medycyny paliatywnej, specjaliści pielęgniarstwa, wyspecjalizowani pracownicy socjalni i eksperci w zakresie opieki psychologicznej. Członkowie zespołu są przeszkoleni w zakresie doradztwa, w zakresie kontroli objawów i łagodzenia bólu oraz udzielania wsparcia emocjonalnego, psychospołecznego i duchowego pacjentom, ich rodzinom, opiekunom. Podstawową opiekę paliatywną zapewnia podstawowy personel (np. lekarze pierwszego kontaktu, pielęgniarze rejonowi, lekarze szpitalni, pielęgniarki oddziałowe, pokrewni pracownicy służby zdrowia i pracownicy domów opieki).

Opieka domowa, składa się z pielęgniarek środowiskowych opieki paliatywnej zapewniających wsparcie, ocenę i poradę pacjentom we własnym domu, często współpracując z innymi świadczeniodawcami (np. lekarzami rodzinnymi, pielęgniarkami rejonowymi). Zostało to rozszerzone na usługi hospicyjne w domu, które mogą zapewnić szersze usługi interdyscyplinarne dla osób w ich własnym domu. Ponadto pacjenci mogą uczęszczać do ośrodków dziennych (ang. *day-care centres*) - które często są w hospicjach - i zapewniają wsparcie, ocenę i poradę, a także możliwość interakcji i wsparcia społecznego, umożliwiając jednocześnie pozostanie w domu.

Zapewnienie jakości

Dostawcy opieki paliatywnej od pewnego czasu są kontrolowani poprzez audyty i inspekcje. Obecnie podlegają systemowi CQC, który jest odpowiedzialny za regulację i kontrolę wszystkich podmiotów świadczących opiekę zdrowotną (NHS, sektor prywatny i sektor wolontariacki). CQC ma obowiązek licencjonować wszystkich dostawców usług zdrowotnych i opieki społecznej dla osób dorosłych, aby

²⁵² Mossialos E., Wenzl M., Osborn R., Anderson C., *International Profiles Of Health Care Systems*, 2014

²⁵³ EAPC, *Atlas of Palliative Care in Europe*, 2007

²⁵⁴ PCT były to w organy administracyjne odpowiedzialne za zlecenie podstawowych, wspólnotowych i wtórnych usług zdrowotnych od dostawców; funkcjonowały do 2013 r., https://en.wikipedia.org/wiki/NHS_primary_care_trust [data dostępu: 14.02.2019]

²⁵⁵ *Health Systems in Transition. United Kingdom (England) Health system review. Vol. 13 No. 1 2011*

²⁵⁶ Mossialos E., Wenzl M., *International Profiles Of Health Care Systems*, 2015, http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf, [data dostępu 13.02.2019 r.]

upewnić się, że spełniają podstawowe wspólne standardy jakości. Ma uprawnienia do egzekwowania prawa (np. grzywna, zawieszenie). CQC publikuje roczny raport na temat jakości usług opieki zdrowotnej dla dorosłych w Anglii.²⁵⁷

6.3. Szwecja

Ogólna opieka zdrowotna, opieka paliatywna, zapewnienie jakości

Opieka paliatywna jest bardzo dobrze rozwinięta w Szwecji. Ogólna opieka zdrowotna jest zarządzana przez rady okręgowe nadzorowane przez Radę Zdrowia i Opieki Społecznej (*The Board of Health and Welfare*). Jest to agencja rządowa podlegająca pod Ministerstwo Zdrowia i Spraw Socjalnych, która formułuje wytyczne i wskaźniki jakości opieki nad osobami cierpiącymi na choroby przewlekłe (od profilaktyki po opiekę paliatywną) w celu zwiększenia wydajności, jakości i równości w systemie opieki zdrowotnej. Podstawowa opieka zdrowotna stanowi podstawę systemu opieki zdrowotnej. Usługi w warunkach wymagających leczenia szpitalnego są świadczone w szpitalach powiatowych i regionalnych. Wysoko wyspecjalizowana opieka, wymagająca najbardziej zaawansowanych urządzeń technicznych, koncentruje się w szpitalach regionalnych. Powiaty są podzielone na sześć regionów opieki medycznej, aby ułatwić współpracę w zakresie opieki zdrowotnej. Odpowiedzialność za przeprowadzanie międzysektorowych działań następczych i ocenę krajowych polityk dotyczących zdrowia publicznego spoczywa na Krajowym Instytucie Zdrowia Publicznego.

Szwedzki Krajowy Rejestr Opieki Paliatywnej (*The Swedish National Registry of Palliative Care*) i Szwedzka Rada Opieki Paliatywnej (*The Swedish Council for Palliative Care*) to dwie organizacje pozarządowe, które również monitorują jakość i wspierają rozwój tej dziedziny. Obecne wyzwania wiążą się m.in. z bardziej precyzyjnymi standardami opieki na zakończenie życia w domach opieki oraz większym szkoleniem personelu medycznego.

Finansowanie

Wydatki na opiekę zdrowotną jako udział w PKB wyniosły w 2009 roku 9,9%. W 2015 r. było to 11,01%. Opieka zdrowotna w dużej mierze finansowana jest z podatków w Szwecji. Około 80% wszystkich wydatków na zdrowie to wydatki publiczne. Zarówno rady hrabstw, jak i gminy pobierają od ludności proporcjonalne podatki dochodowe na pokrycie świadczonych przez nie usług. Około 17% całkowitego finansowania wydatków na opiekę zdrowotną stanowią wydatki prywatne. Opłaty za korzystanie z opieki zdrowotnej za wizytę w szpitalu i za dobę są określane przez poszczególne rady okręgowe i gminy. Rady okręgowe/regiony są odpowiedzialne za finansowanie i świadczenie usług opieki zdrowotnej swoim mieszkańcom. Gminy są prawnie zobowiązane do zaspokajania potrzeb w zakresie opieki i zamieszkania osób starszych i osób niepełnosprawnych.

W 2011 r. opłata za konsultację z lekarzem w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej wynosiła 11-22 EUR. Opłata za konsultację specjalisty w szpitalu wahała się między 25 a 35 EUR. Pacjenci obciążeni są kwotą około 9 EUR za dzień hospitalizacji. W prawie wszystkich radach powiatowych pacjenci w wieku poniżej 20 lat są zwolnieni z opłat za użytkowanie. Rząd reguluje wysokokosztowe systemy ochrony obejmujące wizyty ambulatoryjne w służbie zdrowia. Krajowy pułap opłat za out-of-pocket (OOP) oznacza, że dana osoba nigdy nie zapłaci więcej niż 122 EUR za wizyty w służbie zdrowia w okresie 12 miesięcy.

Innym zagadnieniem, na które ostatnio zwracana jest uwaga – podobnie jak w wielu krajach europejskich – jest przyszłe możliwości finansowe Rządu w zakresie opieki zdrowotnej, które stoi w obliczu szybko starzejącej się populacji i rosnących kosztów leczenia.^{258,259}

Personel

Szwecja przeznacza więcej zasobów ludzkich na sektor zdrowia niż większość innych krajów OECD (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju). W 2008 r. Szwecja miała 3,7 lekarzy na 1000 osób, w porównaniu do średniej UE wynoszącej 3,3. Również liczba praktykujących pielęgniarek na 1000 ludności wynoszącej 10,8 była wyższa od średniej w UE wynoszącej 7,9. Edukacja medyczna jest w całości finansowana przez państwo. Szkolenie lekarzy, pielęgniarek, dentystów i innego personelu medycznego jest powiązane ze szpitalami uniwersyteckimi i innymi istotnymi częściami usług medycznych.^{260, 261}

²⁵⁷ Health Systems in Transition. United Kingdom (England) Health system review. Vol. 13 No. 1 2011

²⁵⁸ Health Systems in Transition. Sweden Health system review. Vol. 14 No. 5 2012

²⁵⁹ https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?view=map&year_high_desc=true [data dostępu: 13.02.2019]

²⁶⁰ A European Parliament report: Palliative Care in the European Union, 2008

²⁶¹ Health Systems in Transition. Sweden Health system review. Vol. 14 No. 5 2012

6.4. Kanada

Opieka zdrowotna

Odpowiedzialność za zdrowie publiczne, jest podzielona między poszczególne rządy: federalny, prowincjonalny/terytorialny, lokalny lub miejski. Finansowana ze środków publicznych opieka zdrowotna jest finansowana z ogólnych dochodów uzyskiwanych z podatków federalnych, prowincjonalnych i terytorialnych. Prowincje mogą również pobierać składki na ubezpieczenie zdrowotne od swoich mieszkańców, aby pomóc w opłaceniu usług opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ale niezapłacenie składki nie może ograniczać dostępu do medycznie niezbędnych usług zdrowotnych. Ustawa o zdrowiu w Kanadzie (*Canada Health Act*) określa kryteria i warunki planów ubezpieczeń zdrowotnych, które muszą być spełnione przez prowincje i terytoria, aby mogły otrzymywać pełne federalne transfery pieniężne na rzecz zdrowia. Prowincje i terytoria są zobowiązane do zapewnienia dostępu do szpitala i usług lekarskich.

Opieka paliatywna, finansowanie

Kanada przyjęła definicja opieki paliatywnej wg WHO. Opieka paliatywna jest świadczona w różnych warunkach: szpitale, ośrodki opieki długoterminowej, hospicja i w domu. Koncentruje się na osobach zbliżających się do śmierci i ich rodzinach, obejmuje wsparcie medyczne i emocjonalne, leczenie bólu i objawów, pomoc w usługach i programach społecznych oraz doradztwo w zakresie żałoby.

Istnieje wiele podmiotów zaangażowanych w rozwój, planowanie i świadczenie opieki paliatywnej w Kanadzie. Są to podmioty finansowane przez rządy, fundacje, jednostki planujące i koordynujące usługi za pośrednictwem prowincjonalnych, terytorialnych, regionalnych i lokalnych departamentów zdrowia. Pracownicy służby zdrowia, zarówno specjaliści, jak i ogólni, zapewniają różnorodne zabiegi oraz leczenie bólu i objawów, podczas gdy doradcy, wolontariusze i członkowie społeczności zapewniają opiekę tymczasową, duchową, żalobną i udzielają wsparcia.²⁶²

Usługi opieki zdrowotnej świadczone w placówkach opieki długoterminowej są opłacane przez władze prowincjonalne i terytorialne, podczas gdy koszty pokoju i wyżywienia są pokrywane przez osobę fizyczną. W niektórych przypadkach opłaty za pokój i wyżywienie są pokrywane przez władze prowincjonalne i terytorialne.²⁶³

Zapewnienie jakości

W 2018 r. kanadyjskie Ministerstwo Zdrowia opracowało *Framework On Palliative Care in Canada*, które ma na celu udoskonalenie funkcjonowania opieki paliatywnej w Kanadzie. Celem dokumentu jest opracowanie narzędzia dla wszystkich stron będących elementem opieki paliatywnej, które będzie ułatwiać podejmowanie decyzji w aspekcie zmiany organizacji i jej planowanie adekwatnie do stanu obecnego. Cztery priorytetowe obszary działania zawarte w dokumencie to:²⁶⁴

1. Szkolenie i opieka w zakresie opieki paliatywnej dla pracowników służby zdrowia i innych opiekunów.
2. Działania na rzecz opieki paliatywnej.
3. Badania i gromadzenie danych dotyczących opieki paliatywnej.
4. Środki ułatwiające sprawiedliwy dostęp do opieki paliatywnej w Kanadzie.

Trwałe prowadzenie badań i gromadzenie danych, mają zasadnicze znaczenie dla długofalowego i ciągłego doskonalenia opieki paliatywnej. Potrzebne są dowody, aby uzupełnić braki w wiedzy, przezwyciężyć obecne wyzwania i poprowadzić innowacje w kierunku skutecznych praktyk. Poprawa gromadzenia danych i badań poprawi jakość życia Kanadyjczyków z ograniczającą życie chorobą oraz ich rodzin i opiekunów, dostarczając dowody, aby wprowadzić udoskonalenia i wspierać nowe modele i podejścia do opieki.²⁶⁵

Tabela 24. Założenia ulepszenia opieki paliatywnej.

Mniej...	Więcej...
Plany leczenia paliatywnego koncentrują się głównie na kontrolowaniu objawów fizycznych, takich jak ból.	Opieka paliatywna jest holistyczna i dotyczy fizycznych, psychospołecznych, duchowych i praktycznych problemów osoby i jej rodziny. W miarę możliwości zmobilizowany jest zespół interdyscyplinarny, wspierający pełen zakres problemów.

²⁶² Framework On Palliative Care In Canada, Health Canada, 2018.

²⁶³ Health Canada, <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html> [data dostępu: 13.02.2019]

²⁶⁴ Framework On Palliative Care In Canada, Health Canada, 2018.

²⁶⁵ Ibidem

Mniej...	Więcej...
Plany leczenia opieki paliatywnej są ustalane przez personel medyczny.	Opieka paliatywna rozwija się we współpracy z osobą żyjącą z chorobą ograniczającą życie i jej rodziną oraz szanuje ich wartości, kulturę i preferencje.
Opieka paliatywna oferowana jest prawie wyłącznie w ostatnich tygodniach życia.	Opieka paliatywna jest oferowana - na odpowiednich poziomach - już w momencie rozpoznania choroby ograniczającej życie.
Opieka paliatywna jest omawiana dopiero po wyczerpaniu wszystkich innych interwencji medycznych.	Opieka paliatywna jest świadczona w połączeniu z innymi interwencjami medycznymi. Plany leczenia mają na celu poprawę jakości życia aż do końca życia.
Opieka paliatywna jest świadczona wyłącznie przez specjalistów.	Wszyscy pracownicy służby zdrowia mają podstawowe umiejętności, aby zapewnić opiekę paliatywną, wspieraną przez specjalistów w razie potrzeby.
Opieka paliatywna jest świadczona przede wszystkim w szpitalach.	Opieka paliatywna jest dostępna w domu lub w innym wybranym miejscu
Dostęp do opieki paliatywnej jest nierównomierny w całym kraju, zarówno pod względem lokalizacji, jak i liczby ludności.	Innowacje i technologie są wykorzystywane w celu zapewnienia, że opieka paliatywna wspiera i usługi są dostępne dla tych, którzy ich potrzebują, niezależnie od tego, gdzie mieszkają, czy ich cech osobistych.
Opiekunowie znajdują się na peryferiach zespołu pracowników służby zdrowia, ale nie mogą być częścią procesu decyzyjnego lub planowania opieki.	Opiekunowie mają kluczowe znaczenie w procesie planowania leczenia, są szanowani i konsultowani jako kompetentni członkowie zespołu opiekuńczego, a także zapewniają im odpowiednią opiekę szkoleniową i opiekę zastępczą
Nie istnieją żadne krajowe normy dotyczące gromadzenia lub wykorzystywania danych, a także niewiele środków ukierunkowanych na osobę lub doświadczenie. Nie ma wystarczającego wsparcia dla badań specyficznych dla opieki paliatywnej.	Dane są ustandaryzowane lub łączone między placówkami opiekuńczymi i dostawcami, i obejmują pomiary wyników i doświadczeń osób z chorobą ograniczającą życie i ich rodzin. Istnieją ciągłe i wystarczające zasoby finansowe i infrastrukturalne, aby wesprzeć systemy danych i badania, które dostarczają dowodów na poprawę opieki paliatywnej.

Zródło: Framework On Palliative Care In Canada, Health Canada, 2018.

Dodatkowo w Kanadzie dokonano m.in. takich zmian:

- Wprowadzono ubezpieczenia umożliwiające Kanadyjczykom wziąć dni wolne od pracy, aby zająć się poważnie chorym członkiem rodziny,
- Utworzono Ministra Seniorów, który będzie współodpowiedzialny z Ministrem Zdrowia za zapewnienie rządowych inwestycji w opiekę domową i paliatywną.²⁶⁶

6.5. Nowa Zelandia

W podejściu do opieki paliatywnej Ministerstwo Zdrowia Nowej Zelandii zaleca, aby każda umierająca osoba powinna zostać przydzielona do koordynatora opieki. Taka osoba jest odpowiedzialna za zapewnienie choremu i jego rodzinie informacji nt. opcji usług opieki paliatywnej, ma zapewnić rodzinie niezbędne informacje nt. opieki nad chorym, jest odpowiedzialna za koordynowanie i zapewnienie dostępu do odpowiedniego rodzaju opieki paliatywnej: specjalista, POZ, usługi szpitalne, usługi opieki stacjonarnej, wsparcie domowe, usługi zapewnione przez agencje pomocy społecznej, wolontariat. Koordynator ma się upewnić, że opieka jest odpowiednia dla chorego pod względem potrzeb i kultury. Jest odpowiedzialny za szerzenie podejścia do opieki paliatywnej. Utrzymuje kontakt ze wszystkimi świadczeniodawcami i wolontariuszami. Oprócz tego w Nowej Zelandii podkreślany jest fakt, że lekarz POZ i pielęgniarka POZ są bardzo ważni do utrzymania ciągłości opieki. Powinni oni być decydującym elementem w lokalnych usługach opieki paliatywnej.²⁶⁷

W Tabeli 25. Przedstawiono różnice w finansowaniu i organizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej w innych krajach.

²⁶⁶ Ibidem

²⁶⁷ The New Zealand Palliative Care Strategy, 2001, Ministry of Health, New Zealand.

<https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/palliativecarestrategy.pdf> [data dostępu: 13.02.2019]

Tabela 25. Finansowanie i organizacja opieki paliatywnej i hospicyjnej w wybranych krajach.

Państwo	Finansowanie systemu ochrony zdrowia	Wielkość wydatków na ochronę zdrowia w 2015 roku [%PKB]	Finansowanie i organizacja opieki paliatywnej i hospicyjnej		
			Główne źródła finansowania	Elementy organizacji udzielania świadczeń	Metody płatności za świadczenia – publiczni świadczeniodawcy
Anglia	<p>Świadczenia NHS finansowane są głównie z podatków ogólnych (ok. 76%), w mniejszym stopniu ze składek na ubezpieczenie społeczne (ok. 18%) – opieka szpitalna, ambulatoryjna, podstawowa opieka zdrowotna, programy profilaktyczne, leki, opieka psychiatryczna oraz częściowo świadczenia stomatologiczne;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pozostałe: wydatki prywatne pacjentów, prywatne ubezpieczenia zdrowotne. 	9,88%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Świadczenia opieki paliatywnej finansowane przez rząd: hospitalizacja w 30%; opieka domowa w 59%; opieka dzienna w 23%; wsparcie szpitalne - 83%. ▪ Świadczenia opieki paliatywnej wspierane przez połączenie prywatnych i publicznych funduszy: hospitalizacja - 70%; opieka domowa - 40%; opieka dzienna - 77%; wsparcie szpitalne - 27%. ▪ Sektor wolontariatu. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ W Zjednoczonym Królestwie świadczenia z zakresu opieki paliatywnej udzielane przez lekarza ogólnego, pielęgniarkę środowiskową, personel medyczny bez specjalizacji w szpitalach i domach opieki oraz wykwalifikowany personel medyczny bez specjalizacji. ▪ Obecnie podstawowe świadczenia z zakresu opieki paliatywnej mogą być udzielane przez lekarza ogólnego (GP). ▪ Opieka paliatywna może być prowadzona w warunkach opieki: ambulatoryjnej, domowej, stacjonarnej, oddziałów dziennego pobytu. ▪ Wśród form opieki wyróżnia się: <ul style="list-style-type: none"> -Hospicjum oparte o wolontariat lub niezależne hospicjum, -Hospicjum lub oddziały opieki paliatywnej Narodowej Służby Zdrowia -Opiekę pielęgniarską -Szpitalne zespoły wspierające lub zespoły wspierające i zapewniające kontrolę objawów ▪ Rozwój opieki paliatywnej jest w znacznej mierze napędzany przez sektor wolontariatu. Świadczenia opieki paliatywnej są finansowane zarówno przez narodowego płatnika jak i wolontariat, który prężnie się rozwija dzięki darowiznom. Świadczenia udzielane są zarówno w obiektach zamkniętych, takich jak hospicja i szpitale, w ramach opieki środowiskowej, w warunkach ambulatoryjnych, w domach pacjenta. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podstawowa opieka zdrowotna: mieszanka stawki kapitałowej/FFS/P4P; zapłaty płacowe za mniejszość (GPs otrzymujący stałą pensję są pracownikami prywatnych grupowych praktyk lekarskich, nie z NHS)
Australia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Powszechny obowiązkowy system ubezpieczeń zdrowotnych (Medicare) finansowany z podatków i składki ubezpieczeniowej – pokrywa opiekę ambulatoryjną, opiekę szpitalną i leki (zawiera się w 68,3%); ▪ Prywatne ubezpieczenia (komplementarno-suplementarne) obejmują prywatną opiekę szpitalną, opiekę specjalistyczną, opiekę dentystyczną, dopłaty do 	9,45%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konsultacje lekarzy specjalistów, oraz leki na receptę - finansowanie są w ramach rządowego programu Medicare (rządowy). ▪ Usługi szpitalne w szpitalach publicznych są finansowane z poziomu rządowego (State/Territory governments), natomiast usługi w szpitalach prywatnych są finansowane z prywatnych ubezpieczeń. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opieka paliatywna i hospicyjna koncentrują się wokół leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego oraz środowiskowego. ▪ Usługi hospicyjne – zwykle w większych miastach, gdzie znajduje się od 20 do 80 łóżek ▪ Oddziały opieki paliatywnej – głównie w stolicy oraz w większych miastach, liczba łóżek wynosi od 6 do 20. ▪ Oddziały w szpitalach przewlekłej i ostrej opieki – w większości dużych miast funkcjonuje co najmniej 1 taki szpital. Odgrywają znaczącą rolę w świadczeniach z rodzaju opieka paliatywna. Liczba łóżek waha się od 30 do 50. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konsultacja lekarza ogólnego, patologa i radiologa - większość, jeśli nie wszystkie koszty refundowane są w ramach programu na podstawie FFS. ▪ Leki na receptę dla pacjenta w domu - większość refundowana. ▪ Usługi szpitalne – DRG.

Państwo	Finansowanie systemu ochrony zdrowia	Wielkość wydatków na ochronę zdrowia w 2015 roku [%PKB]	Finansowanie i organizacja opieki paliatywnej i hospicyjnej		
			Główne źródła finansowania	Elementy organizacji udzielania świadczeń	Metody płatności za świadczenia – publiczni świadczeniodawcy
	wizyt lekarskich, dopłaty do leków, leków nierefundowanych (8,8%); ▪ Publiczny system opieki zdrowotnej zarządzany i finansowany jest z poziomu rządowego (gł. finansowanie a nie dostarczanie usług – opieka ambulatoryjna, oraz dofinansowanie do leków i stacjonarnej opieki dla seniorów) oraz stanowego (68,3%); ▪ Dopłaty pacjentów (<i>out-of-pocket</i>) - 19,4%.		▪ Świadczenia z zakresu opieki środowiskowej finansowane są z poziomu rządowego.	▪ Usługi ambulatoryjne wykonywane w szpitalu funkcjonują w większości stanów, w ramach szerszego programu ubezpieczenia. Świadczenia mogą być udzielne w szpitalu jak i w ramach opieki środowiskowej. Zapewniona jest pomoc medyczna, pielęgniarstwa, oferuje się również usługi wsparcia dla rodzin i opiekunów pacjenta. ▪ Specjalistyczna opieka środowiskowa - funkcjonuje we wszystkich stanach, świadczenia udzielane przez pielęgniarkę, lekarzy oraz inny personel medyczny. ▪ Podstawowa opieka środowiskowa – funkcjonuje we wszystkich stanach, świadczenia udzielane przez lekarza ogólnego, pielęgniarkę środowiskową oraz inny personel medyczny.	▪ Opieka długoterminowa – dopłaty do opieki zależne od zarobków i niepełnosprawności pacjenta.
Kanada	▪ Środki rządowe (68,5%) ▪ Dopłaty pacjentów (<i>out-of-pocket</i>) - 15,5%; ▪ Prywatne ubezpieczenia zdrowotne (12,9%); ▪ Obowiązkowe ubezpieczenie społeczne (1,4%).	10,44%	70% środków na opiekę paliatywną i hospicyjną pochodzi ze środków publicznych.	▪ Opieka paliatywna może odbywać się w różnych zakładach, tj. szpital, długoterminowy zakład opieki zdrowotnej (tj. dom opieki), w domu lub w hospicjum. ▪ Prowincje i terytoria są odpowiedzialne za dostarczanie i finansowanie większości usług z zakresu opieki paliatywnej. ▪ Większość świadczeń z zakresu opieki nad osobami starszymi (szacuje się na 66 procent i 84 procent) jest dostarczane przez nieformalnych opiekunów. Wsparcie nieformalnych opiekunów jest zależne od regulacji określonych prowincji i terytoriów.	▪ Podstawowa opieka zdrowotna: Głównie FFS (50% -85% w zależności od prowincji), oraz rozwiązania alternatywne (np. stawka kapitacyjna) dla praktyk grupowych ▪ Opieka stacjonarna: budżet globalny oraz opieka za przypadek (w niektórych stanach).

Źródło: opracowanie własne na podstawie:

EAPC. Atlas of Palliative Care in Europe. 2007

Framework On Palliative Care In Canada, Health Canada, 2018

Gordon R., i wsp., Current Funding and Financing Issues in the Australian Hospice and Palliative Care Sector. Journal of Pain and Symptom Management Vol. 38 No. 1 July 2009

Health Systems in Transition. Canada Health system review. Vol. 15 No. 1 2013

Health Systems in Transition. United Kingdom (England) Health system review. Vol. 13 No. 1 2011

Jasińska M., Kurczewska U., Orszulak-Michalak D., Standardy w opiece paliatywnej na przykładzie Wielkiej Brytanii, Farm Pol, 2010, 66(6): 408-414 Mossialos E., Wenzl M., International Profiles Of Health Care Systems, 2015

https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?view=map&year_high_desc=true [data dostępu: 13.02.2019]

[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthcare_expenditure_by_financing_agent,_2012_\(%25_of_current_health_expenditure\)_YB15.png#file](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthcare_expenditure_by_financing_agent,_2012_(%25_of_current_health_expenditure)_YB15.png#file) [data dostępu: 13.02.2019]

[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthcare_expenditure_by_financing_agent,_2012_\(%25_of_current_health_expenditure\)_YB15.png#file](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthcare_expenditure_by_financing_agent,_2012_(%25_of_current_health_expenditure)_YB15.png#file) [data doostępu: 13.02.2019]

Mossialos E., Wenzl M., Osborn R., Anderson C.: International Profiles Of Health Care Systems, 2014

6.6. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej

Zgodnie z rekomendacjami Rady Europy opieka paliatywna może się odbywać na różnych poziomach, przy czym wskazane jest zapewnienie w poszczególnych krajach co najmniej dwóch z nich :

- Opieka paliatywna jako podejście – realizowana w środowisku niewyspecjalizowanym w tego rodzaju opiece.
- Podstawowa (niespecjalistyczna) opieka paliatywna – świadczona przez:
 - rejonową opiekę pielęgniarską;
 - lekarzy rodzinnych;
 - ambulatoryjną opiekę pielęgniarską;
 - szpitalne oddziały ogólne;
 - domy opieki.
- Specjalistyczna opieka paliatywna – realizowana przez interdyscyplinarny zespół osób związanych zawodowo z opieką paliatywną sprawujący opiekę w ramach:
 - Poradni medycyny paliatywnej zapewniających konsultacje dla chorych przebywających w domu, którzy są w stanie zgłosić się do poradni.
 - Zespołów domowej opieki paliatywnej zapewniających opiekę paliatywną w domu chorego, udzielających wsparcia opiekunom i porad specjalistycznych lekarzom rodzinnym i pielęgniarkom sprawującym opiekę nad chorymi w domu. Na każde 100 tys. mieszkańców powinien funkcjonować 1 zespół domowej opieki paliatywnej, dostępny 24 godz./dobę, 7 dni w tygodniu, złożony z 4–5 profesjonalistów – lekarza i pielęgniarki ze specjalistycznym przeszkoleniem, pracownika socjalnego i personelu administracyjnego.
 - Dziennych ośrodków opieki paliatywnej działających w szpitalach, hospicjach, na oddziałach opieki paliatywnej lub lokalnie, zapewniających pacjentom kreatywne spędzanie czasu i opiekę. Na 150 tys. mieszkańców powinien przypadać 1 taki ośrodek, w ramach którego pracują przedstawiciele różnych zawodów wspierani przez wolontariuszy. Zaleca się, by w czasie pracy ośrodka obecne były dwie pielęgniarki i przynajmniej jedna pielęgniarka wyspecjalizowana w zakresie opieki paliatywnej na każdym 7 pacjentów. Inni specjaliści powinni być dostępni w razie potrzeby. hospicjów stacjonarnych.
 - Szpitalnych zespołów wspierających opiekę paliatywną funkcjonujących w każdym szpitalu (1 zespół działający na 250 łóżek), zapewniających poradnictwo z zakresu opieki paliatywnej, wsparcie dla lekarzy, pacjentów, ich rodzin i opiekunów, a także pomoc w dotarciu do świadczeń opieki paliatywnej poza szpitalem. W skład zespołu powinni wchodzić specjaliści różnych dziedzin z co najmniej jednym lekarzem i jedną pielęgniarką przeszkolonych w opiece paliatywnej.
 - Środowiskowych zespołów hospicyjnych;
 - Hospicjów stacjonarnych obejmujących opiekę chorych w ostatnim etapie choroby, gdy leczenie przyczynowe nie jest potrzebne i nie można sprawować opieki w warunkach domowych. Celem opieki jest łagodzenie objawów, zapewnienie najlepszej opieki do śmierci oraz udzielania wsparcia rodzinom. Zespół hospicjum stacjonarnego powinien składać się z pielęgniarek, lekarzy, a dodatkowo pracowników socjalnych, psychologów, opiekunów duchowych, fizjoterapeutów, dietetyków, logopedów i terapeutów zajęciowych i wolontariuszy. Na jedno łóżko powinna przypadać 1, a najlepiej 1,2 pielęgniarki. Lekarz medycyny paliatywnej powinien być dostępny przez całą dobę.
 - Oddziałów opieki paliatywnej zapewniających specjalistyczną opiekę stacjonarną nad pacjentami w końcowych etapach życia, gdy nie może być realizowana opieka domowa. Celem opieki jest niesienie ulgi w cierpieniu, utrzymanie aktywności chorego oraz zapewnienie wsparcia pacjentowi i jego rodzinie. Oddziały zlokalizowane są w obrębie lub obok szpitala. Głównym. Raport wskazuje, że minimalne zapotrzebowanie na łóżka opieki paliatywnej wynosi 50 na milion mieszkańców, w związku ze starzeniem się społeczeństwa rekomendowana liczba łóżek w poszczególnych krajach jest wyższa i wynosi od 60 do 100 na milion mieszkańców. Na oddziałach powinni pracować dobrze wyszkoleni, zaangażowani pracownicy różnych zawodów, którzy przeszli specjalistyczne szkolenie. W skład podstawowego zespołu opieki paliatywnej wchodzi lekarze i pielęgniarki, a rozszerzonego także psychologowie, fizjoterapeuci, pracownicy socjalni, duchowni.

W skład zespołu mogą wchodzić także logopedzi, terapeuci zajęciowi, dietetycy kliniczni, farmaceuci, osoby wyszkolone w leczeniu ran i obrzęków, wolontariusze i koordynatorzy wolontariatu. Zaleca się aby na jedno łóżko przypadła co najmniej 1 pielęgniarka, najkorzystniej 1,2 pielęgniarki na łóżko oraz przynajmniej 0,15 lekarza na łóżko. Oddziały opieki paliatywnej powinny być dostosowane dla osób niepełnosprawnych, posiadać 8–15 łóżek.

- Hospicyjnych zespołów wolontariuszy zapewniających wsparcie chorym oraz ich rodzinom podczas choroby i w okresie żałoby, współpracujących z innymi jednostkami opieki paliatywnej. Na każde 40 tys. mieszkańców powinien przypadać jeden zespół wolontariuszy złożony z wyszkolonych osób pracujących w ramach wolontariatu hospicyjnego i przynajmniej jednego koordynatora będącego łącznikiem między wolontariuszami, opiekunami, szpitalem.
- Wysoko wyspecjalizowane ośrodki – placówki edukacyjne, ośrodki badań naukowych, ustanawiające i rozpowszechniające standardy i nowe metody sprawowania opieki.

Opiekę paliatywną można realizować w domu, w domach opieki, w domach spokojnej starości, w szpitalach, hospicjach i w razie potrzeby w innych miejscach, zachowując schemat „ciągłości świadczeń od mniej do bardziej wyspecjalizowanych”. Większość chorych preferuje opiekę we własnych domach, w miarę możliwości do śmierci. Miejscem zgonu jest jednak najczęściej szpital lub dom opieki.

6.7. Podsumowanie

Tabela 26. Podsumowanie informacji o opiece paliatywnej z innych krajów.

Wnioski na podstawie informacji o rozwiązaniach w innych krajach	
Definicja	W Australii i Kanadzie przyjęta jest definicja opieki paliatywnej wg WHO. W Zjednoczonym Królestwie chory może otrzymać opiekę paliatywną równoległe ze stosowaniem terapii leczniczych choroby pierwotnej, co również jest zgodne z podejściem WHO, które mówi, że opieka paliatywna ma za zadanie poprawić jakość życia pacjenta (i jego rodziny), który cierpi na chorobę zagrażającą życiu. W Polsce, obowiązująca definicja Ministerstwa Zdrowia jest sprzeczna z definicją WHO, ponieważ umożliwia dostęp do opieki paliatywnej tylko pacjentom, którzy zakończyli leczenie przyczynowe i wobec których stosuje się leczenie objawowe.
Kwalifikacja	W innych krajach kwalifikacja do opieki paliatywnej nie odbywa się na podstawie konkretnych jednostek kwalifikacyjnych. Opieka paliatywna przysługuje osobom z chorobą zagrażającą życiu. Wskazanie konkretnych jednostek chorobowych może powodować wykluczenia pacjentów cierpiących na choroby zagrażające życie i nie uwzględnione w wykazie, mimo iż objawy z którymi boryka się pacjent charakteryzują się podobnym nasileniem i wymagają analogicznych interwencji

Źródło: Opracowanie własne

7. Opinie ekspertów

Tabela 27. Opinia ekspertów dotycząca zmiany definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej, która powinna być wprowadzana jeszcze w trakcie leczenia przyczynowego, w celu jego uzupełnienia.

Definicja opieki paliatywnej i hospicyjnej	
Ekspert	Opinia i uzasadnienie
Konsultant Wojewódzki ds. medycyny paliatywnej dr n. med. Anna Orońska	Zgodnie z definicją WHO opieką paliatywną jest działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin stojących wobec problemów związanych z zagrażającą życiu, postępującą chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia, dzięki wczesnej identyfikacji oraz bardzo starannej ocenie i leczeniu bólu i innych problemów: somatycznych, psychosocjalnych i duchowych. Obecna definicja opieki paliatywnej i hospicyjnej zawarta w obowiązującym rozporządzeniu MZ nie jest zgodna z definicją WHO i praktyką działania placówek realizujących świadczenia, szczególnie w zakresie poradni medycyny paliatywnej i hospicyjów domowych, które to placówki bardzo często obejmują opieką pacjentów w trakcie leczenia przyczynowego w celu maksymalizacji efektów, z nadzieją na wyleczenie. Dzięki bliskiej współpracy onkologów i lekarzy medycyny paliatywnej wielu wspólnych pacjentów wraca do zdrowia. W związku z tym świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej powinny być określone jako „wszechstronna, całościowa opieka i leczenie świadczeniobiorców chorujących na zagrażające życiu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpienia psychicznego, duchowego i socjalnych”, a świadczenia gwarantowane powinny przysługiwać „świadczeniobiorcom chorującym na zagrażające życiu, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe, których wykaz określa załącznik nr 1 do rozporządzenia. Analogicznie nie powinno być stosowane określenie jednostki chorobowej jako „nierokującej nadziei na wyleczenie”.
Konsultant Wojewódzki ds. medycyny paliatywnej dr n. med. Anna Orońska	Leczenie przyczynowe obecnie jest stosowane. Do poradni medycyny paliatywnej kierowani są pacjenci w trakcie początkowego leczenia, a nawet diagnostyki. W trakcie leczenia przyczynowego, które prowadzone jest obecnie głównie w trybie ambulatoryjnym, pacjent przebywający w domu często jest obejmowany opieką paliatywno-hospicyjną, co pozwala opanować dolegliwości, wychwycić powikłania (np. granulocytopenię) i przez to umożliwić kontynuację leczenia przyczynowego.
Konsultant Wojewódzki ds. medycyny paliatywnej dr n. med. Iwona Filipczak-Bryniarska	W opiece nad pacjentem z chorobą nowotworową optymalnym jest model wczesnej integracji onkologii z opieką paliatywną. Łagodzenie objawów towarzyszących chorobie nowotworowej i terapii przeciwnowotworowej powoduje, że Chory będzie mógł skoncentrować się na leczeniu onkologicznym. Postępowanie paliatywne i leczenie onkologiczne stanowią dwie równoczesne i uzupełniające się terapie. Co więcej należy informować chorych, że onkologia i medycyna paliatywna współdziałają, a medycyna paliatywna pozwala na złagodzenie objawów, które towarzyszą leczeniu przeciwnowotworowemu. Wg. Światowej Organizacji Zdrowia celem działań opieki paliatywnej jest prewencja cierpienia i jego łagodzenie, a zapobieganie cierpieniu wymaga objęcia chorego opieką paliatywną jak najwcześniej. Postęp w leczeniu nowotworów złośliwych, wprowadzanie nowych terapii wiąże się z szansą poprawy rokowania chorego, ale może też prowadzić do licznych objawów, które często uniemożliwiają jej kontynuację. Często też objawy są pierwszym symptomem choroby i leczenie objawowe (np. bólu) powinno być włączone już w trakcie diagnostyki, kiedy jeszcze lekarz nie ma pełnej wiedzy jakie są szanse na wyleczenie. Stąd na tym etapie pacjent powinien być objęty ambulatoryjną opieką paliatywną (Poradnia Medycyny Paliatywnej). Wg publikacji literaturowej wiadomo, że wczesne włączenie opieki paliatywnej u pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego istotnie obniża całkowite koszty leczenia.
	Wprowadzenie obowiązującej na całym świecie definicji WHO.
	Wg WHO opieka paliatywna powinna być wdrażana na wczesnym etapie choroby, kiedy trwa jeszcze leczenie przyczynowe. W związku z tym definicja opieki paliatywnej określona przez MZ nie jest zgodna z założeniami WHO. Leczenie chorych w trakcie leczenia przyczynowego jest faktem i odbywa się w praktyce. Dodatkowo należy zauważyć, że RMZ jest sprzeczne wewnętrznie i niekonsekwentne. Definicja MZ nie zakłada możliwości wyleczenia pacjenta objętego opieką paliatywną, ale jednak tak się często dzieje. Wobec tego powinno się podążać za światowymi trendami i przyjąć definicję opieki paliatywnej opracowaną przez WHO, tym bardziej że została ona już skonsultowana i poparta przez środowisko onkologów i konsultantów krajowych ds. medycyny paliatywnej. W kwestii rozróżniania opieki paliatywnej i opieki hospicyjnej powinno traktować się je jako synonimy. Wypracowany przez lata standard w zakresie rozumienia opieki paliatywno-hospicyjnej jest w dalszym ciągu obowiązujący, funkcjonujący i nie należy go zmieniać.
	Opieka paliatywna jest pojęciem bardzo szerokim, traktowanym głównie jako cel, czyli leczenie objawowe i nawet nie musi być związana z chorobą śmiertelną. Natomiast opieka hospicyjna jest zwykle adresowana do takich sytuacji, w których już ewidentnie mamy do czynienia z szybko postępującą chorobą, w ostatnich 6 miesiącach życia. Czas 6 miesięcy nie jest sztywny, można rozważać tutaj okres jednego roku. Sama opieka hospicyjna jest pojęciem bardziej adresowanym do czynności, wykonywanych przez instytucje tj. hospicja. Opieka paliatywna jest znacznie szerszym określeniem, tzn. jest wszystkim tym co może być realizowane w opiece paliatywnej w ramach hospicjum lub POZ, ponieważ zakres czynności może być ten sam. Natomiast określenie „opieka hospicyjna” może być zarezerwowana do działań podejmowanych w ramach hospicjów. Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej rozróżnia, obok opieki paliatywnej i opieki hospicyjnej, opiekę u schyłku życia, obejmującą ostatnie 48-72 godziny życia - coś czego w polskim systemie nie ma,

Definicja opieki paliatywnej i hospicyjnej	
Ekspert	Opinia i uzasadnienie
	a warto byłoby to wprowadzić. Opieka u schyłku życia jest dedykowana pacjentom konającym i ma na celu zapewnienie godnych warunków umierania, które mogą być realizowane w warunkach domowych oraz w warunkach instytucjonalnych.
	Opieka paliatywna i hospicyjna powinna obejmować wcześniejsze momenty życia pacjenta, kiedy jeszcze jest on objęty leczeniem przyczynowym. Jednak przymiotn ki paliatywny i hospicyjny powinny być traktowane równorzędnie, a próby sztucznego rozdzielania opieki paliatywnej od hospicyjnej spowodują większy bałagan, skłaniam się do dwuczłonowej nazwy: opieka paliatywno- hospicyjna.

Tabela 28. Opinia ekspertów dotycząca czy powinna nastąpić zmiana kwalifikacji do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej na podstawie wykazu jednostek chorobowych.

Lista rozpoznań kwalifikujących do objęcia opieką	
Ekspert	Opinia i uzasadnienie
Konsultant Wojewódzki ds. medycyny paliatywnej dr n. med. Anna Orońska	W przypadku wprowadzenia Karty Kwalifikacyjnej rezygnacja z listy rozpoznań kwalifikujących do objęcia opieką
Konsultant Wojewódzki ds. medycyny paliatywnej dr n. med. Anna Orońska	I-50: zamiast kardiomiopatii – zamiana słuszną, ponieważ nie w każdym przypadku kardiomiopatii pacjent ma nasilone objawy niewydolności krążenia, a rozpoznanie miokardiopatii opiera się na badaniu echo serca, które może być trudne do wykonania u pacjenta np. w warunkach domowych J96.1: sformułować „Schyłkowa niewydolność oddechowa u pacjenta nie kwalifikującego się do inwazyjnej lub nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej R52.1, R.52.2: dodać: u pacjentów unieruchomionych w łóżku, jeśli zachodzi konieczność stosowania silnych opioidów. K74: marskość wątroby – usunąć, pacjenci ci pozostają pod opieką hepatologów, J44: usunąć, pacjenci z tym rozpoznaniem leczenia są przez pulmonologów, a w schyłkowym okresie mieszczą się w rozpoznaniu J96.1 J99: usunąć, opieka paliatywna nie ma narzędzi do leczenia zaburzeń oddychania N18: dodać – u pacjenta nie poddawanego dializoterapii Zwiększanie ilości wskazań do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną bez zwiększenia finansowania jest niewykonalne. Przy obecnych wskazaniach pacjenci oczekują w kolejce do objęcia opieką OPH, zarówno domowa jak i stacjonarna, lub generowane są duże nadwykonania ponadlimitowe, w części województw niezapłacone. Pacjentami, którzy najbardziej potrzebują OPH, są ci z chorobą nowotworową (najwięcej objawów – zwłaszcza ból, jak też specyficzne problemy psycho-socjalno-duchowe), przy rozszerzeniu listy dostępność opieki paliatywnej dla tej grupy będzie dodatkowo utrudniona.
Konsultant Wojewódzki ds. medycyny paliatywnej dr n. med. Iwona Filipczak-Bryniarska	Zasadnym jest zastosowanie następujących jednostek chorobowych B20-B24, C00-C-97, D32-D33, D37-D48 (pod warunkiem czynnego procesu chorobowego, lub leczenie następstw terapii powyższych schorzeń) G09, G10-G13, G35-G37, I-50, J96.1 kwalifikujących do leczenia w ramach opieki paliatywnej. Powyższe jednostki są już ujęte w Rozporządzeniu MZ. W odniesieniu do kodu I-50 optymalnym jest rozpoznanie schyłkowej niewydolności serca zamiast kardiomiopatii. Powyższe określenie bardziej odzwierciedla rzeczywisty stan chorego i ciężkość towarzyszących objawów (duszność, obrzęki). 2. R52.1, R52.2 – w codziennej praktyce bardziej właściwym postępowaniem jest leczenie pacjentów z powyższymi kodami w Poradni Leczenia Bólu, wynika to z faktu, że chorzy często wymagają obok farmakoterapii, inwazyjnych metod leczenia bólu, pogłębienia diagnostyki, w tym obrazowej; takie postępowanie jest w praktyce ograniczone w ramach oddziału medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnego. Mając na uwadze trudną sytuację chorych z przewlekłymi chorobami, z towarzyszącym bólem oraz niepełnosprawnością zgodnie z postulatami środowiska medycyny paliatywnej można rozważyć wprowadzenie powyższych kodów. Ale warunkiem takiego postępowania jest możliwość doliczania procedury ograniczenie czasu pobytu wyłączenie do opanowania bólu (ryzyko przedłużonych hospitalizacji pacjentów, wymagających po zapewnieniu kontroli objawów opieki długoterminowej, pielęgnacji i opieki). 3. K74 – nie jest zasadne, zastosowanie powyższej jednostki chorobowej, pacjenci z marskością wątroby powinni być leczeni w Poradni Hepatologicznej. W schyłkowej niewydolności wątroby, po dyskwalifikacji od leczenia przeszczepowego, uzasadnione byłoby zastosowanie, ale ICD 10 – K74 nie uwzględnia takiego rozpoznania. 4. J44 - nie jest zasadne; Pacjenci z POChP powinni pozostawać pod opieką pulmonologów, zespołów leczenia tlenem, a następnie opieki długoterminowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Wczesne podjęcie powyższych działań pozwala na poprawę jakości życia, przedłużenie życia chorych z POChP oraz zmniejszenie ilości zgonów. Pacjenci z POChP mają możliwość objęcia opieką paliatywną, w sytuacji kiedy niewydolność oddechowa towarzysząca zaawansowanej fazie

Lista rozpoznań kwalifikujących do objęcia opieką	
Ekspert	Opinia i uzasadnienie
	<p>choroby nie kwalifikuje się do wentylacji inwazyjnej lub nie wyraża zgody na wentylację, wówczas zastosowanie kodu J96 jest uzasadnione.</p> <p>5. J99 – nie jest zasadne, leczenie zaburzeń oddechu w przebiegu chorób układowych tkanki łącznej oraz reumatoidalnym zapaleniu stawów i zeszywniającym zapaleniu stawów kręgosłupa powinno być doprowadzone przez pulmonologów i zespoły wentylacji mechanicznej.</p> <p>6. J96.9- zasadne jest usunięcie z listy i zastąpienie J96.1.</p> <p>7. L89 - zasadnym jest doprecyzowanie stopnia odleżyn, chorzy z odleżynami z I lub II stopniem powinni pozostawać pod opieką lekarza rodzinnego lub opiekę długoterminową, a nie pod opieką paliatywną</p> <p>8. N-18 – wprowadzenie tego świadczenia jest zgodne z postulatami środowiska</p>
	<p>Konieczność określenia kryteriów kierowania pacjentów do opieki paliatywnej: jakich pacjentów należy kierować, kiedy: na jakim etapie choroby i na jakich zasadach. Obecnie w koszyku świadczeń jest brak doprecyzowania jednostek chorobowych i zespołów klinicznych. Dodatkowo potrzeba określenia kwalifikacji do opieki paliatywnej w grupie pacjentów nowotworowych.</p>
	<p>Kwalifikacja na podstawie objawów niewydolności poszczególnych narządów będzie zasadna tylko w sytuacji kiedy opieka paliatywna i hospicyjna będzie nielimitowana.</p> <p>Po wprowadzeniu rozszerzonej listy jednostek kwalifikujących zmniejszy się dostępność dla pacjentów onkologicznych. Nie wszystkie wskazane jednostki chorobowe postępują w takim tempie jak nowotwory. Zasadne jest ich dopisanie, jednak problemem pozostają braki kadrowe i niedostateczne finansowanie. Przy takiej zmianie nie powinno być limitowania świadczeń. Jeżeli zostanie zniesione limitowanie to zostaną problemy kadrowe – brak pielęgniarek uniemożliwi przyjmowanie wszystkich zakwalifikowanych pacjentów. Może zatem nie ma potrzeby rozszerzania listy wskazań.</p> <p>SM – zostało dodane w zeszłym roku do listy rozpoznań z uwagi na to, że w OPH zapewnia rehabilitację domową na wysokim poziomie, nielimitowaną czasowo. Teraz pacjenci z SM, którym z różnych względów nie odpowiada rehabilitacja ambulatoryjna mogą korzystać z OPH, nawet kiedy są młodzi, pracujący i dobrze funkcjonujący.</p>
	<p>Należałoby zaproponować inne kryteria w oparciu o które będzie przebiegała klasyfikacja. Należałoby odejść od przyczyn chorobowych, a przejść do objawów niewydolności narządów, ponieważ niezależnie od przyczyny wyjściowej np. nowotwór, marskość itd., niewydolność przebiega dokładnie tak samo i takie same są interwencje paliatywne. W związku z tym podział powinien być na niewydolności narządowe, jako duży zespół, któremu są przypisane jakieś działania, i dodatkowo takie zespoły, które nie muszą być w ścisłym stopniu przypisane do narządów, ponieważ mają charakter ogólny, ale również wymagają interwencji.</p>
	<p>Nie powinno się stosować rozpoznań jako kryterium kwalifikacyjnego do opieki paliatywnej i hospicyjnej, ponieważ przyczyna wyjściowa nie ma w ich przypadku większego znaczenia, w przeciwieństwie do potrzeb pacjenta. Należałoby więc ujednoczyć i uściślić wskazania będące podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej, a także wprowadzić kartę kwalifikującą do objęcia danego pacjenta świadczeniem opieki paliatywnej i hospicyjnej.</p> <p>Obecnie do opieki paliatywno-hospicyjnej pacjenci kwalifikowani są na podstawie rozpoznań stanów chorobowych. Ta koncepcja nie jest dobra, bo oparta jest na pełnej kodyfikacji przyczyny choroby, określonych za pomocą kodów ICD-10, które nie służą klasyfikacji klinicznej lecz statystycznej. Powinno się kwalifikować pacjentów na podstawie objawów i efektów jakie choroba wyjściowa spowodowała.</p> <p>W przypadku wprowadzenia kwalifikacji na podstawie rozpoznań skłaniam się do zaakceptowania, proponowanej przez MZ rozszerzonej formy wykazu jednostek.</p>

Tabela 29. Opinia ekspertów dotycząca zasadności wykorzystania narzędzia przy kwalifikacji do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej jakim jest Karty kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Karta Kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej pacjentów dorosłych (KK)	
Ekspert	Opinia i uzasadnienie
<p>Konsultant Wojewódzki ds. medycyny paliatywnej dr n. med. Anna Orońska</p>	<p>Wykreślenie zapisu w części I KK „lekarz ubezpieczenia zdrowotnego;” ponieważ do objęcia każdą przyczyną wyjściową nie ma w ich przypadku większego znaczenia, w przeciwieństwie do potrzeb pacjenta. Należałoby więc ujednoczyć i uściślić wskazania będące podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej, a także wprowadzić kartę kwalifikującą do objęcia danego pacjenta świadczeniem opieki paliatywnej i hospicyjnej.</p> <p>Obecnie do opieki paliatywno-hospicyjnej pacjenci kwalifikowani są na podstawie rozpoznań stanów chorobowych. Ta koncepcja nie jest dobra, bo oparta jest na pełnej kodyfikacji przyczyny choroby, określonych za pomocą kodów ICD-10, które nie służą klasyfikacji klinicznej lecz statystycznej. Powinno się kwalifikować pacjentów na podstawie objawów i efektów jakie choroba wyjściowa spowodowała.</p> <p>W przypadku wprowadzenia kwalifikacji na podstawie rozpoznań skłaniam się do zaakceptowania, proponowanej przez MZ rozszerzonej formy wykazu jednostek.</p>

	przypadku pogorszeniu stanu zdrowia będzie wypełniona karta w sytuacji zmiany formy opieki.
Konsultant Wojewódzki ds. medycyny paliatywnej dr n. med. Anna Orońska	Karty kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej pacjentów dorosłych stanowi dodatkowe obciążenie dla personelu, wymaga doprecyzowania kto i kiedy ma ją wypełniać. W chwili obecnej skierowania, dokumentacja medyczna i wywiad zebrany od rodziny zgłaszającej pacjenta do hospicjum domowego lub lekarza zgłaszającego do hospicjum stacjonarnego są zupełnie wystarczające.
Konsultant Wojewódzki ds. medycyny paliatywnej dr n. med. Iwona Filipczak-Bryniarska	W 2011 roku Zespół powołany przez Ministra Zdrowia złożył propozycję wprowadzenia karty kwalifikacji jako narzędzia pomocnego w kwalifikacji pacjentów do opieki, w sytuacji odejścia od Załącznika nr 1 Rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych opieki paliatywnej i hospicyjnej; tzn. listy jednostek chorobowych oraz wprowadzenia nielimitowania świadczeń. W sytuacji, kiedy utrzymano załącznik nr 1 jako warunek objęcia opieką oraz podtrzymano limitowanie świadczeń, karta kwalifikacji nie stanowi narzędzia pomocnego dla lekarza. Konieczność jej wypełniania przez lekarza kierującego oraz lekarza specjalistę medycyny paliatywnej w jednostce opieki paliatywnej, w praktyce przyczyni się do wydłużenia okresu objęcia opieką, i powielania dokumentacji medycznej, obok tej prowadzonej zgodnie z Rozporządzeniem. W sytuacji limitowania świadczeń, kolejki oczekujących pacjentów do konkretnych świadczeń, braku wolnych łóżek w placówkach stacjonarnych; nawet w przypadku konieczności pilnego objęcia opieką, wprowadzenie karty nie rozwiąże problemu. Pacjent może zostać zakwalifikowany do opieki i jednocześnie lekarz będzie zmuszony odmówić jego przyjęcia. W obecnej sytuacji nie jest zasadne wprowadzanie karty kwalifikacji. Analizując problem szerzej, wątpliwość budzi proces kwalifikacji, niejasne jest, kto będzie ponosił koszty kwalifikacji/dyskwalifikacji pacjentów przebywających w domu lub specjalistycznym oddziale szpitalnym (brak doprecyzowania)? Rodzi się pytanie, jak postąpić w przypadku, kiedy pacjent nie zostanie zakwalifikowany do dalszej opieki w Oddziale Paliatywnym/Hospicjum Stacjonarnym?, w jaki sposób pacjent będzie mógł powrócić do domu/ oddziału szpitalnego. Kto pokryje koszty pobytu pacjenta Hospicjum Stacjonarnym / Oddziale Medycyny Paliatywnej; jeżeli pacjent nie zostanie zakwalifikowany do hospitalizacji i nie będzie możliwości na jego powrót do domu? Czy w NFZ zostały zarezerwowane środki na takie postępowanie? Załączona Karta jest niezgodna z wersją autorską, a wprowadzone zmiany nie są zgodne z zamierzeniami autorów i nie były z nimi konsultowane. Karta w wersji oryginalnej była testowana jedynie w grupie pacjentów z nowotworami, z brak przetestowania karty u pacjentów z nienowotworowymi rozpoznaniem, nie pozawala na ocenę, czy będzie możliwe jej wykorzystanie w tej grupie chorych, w celu ich kwalifikacji do opieki paliatywnej, pomimo umieszczenia tych rozpoznania w zał. 1 do Rozporządzenia MZ. Optymalnym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie karty jako nieobowiązkowe narzędzie lub jej przetestowanie w kilku ośrodkach zatrudniających specjalistów.
	Do kwalifikacji pacjenta nie powinno być wymogu uzyskania pewnej ilości punktów.
	Karta kwalifikacyjna zaproponowana przez Ministerstwo Zdrowia jest w wielu punktach zbieżna ze skalą POS. Jednak w sytuacji, gdzie skala POS została już zrealizowana można ją między innymi porównywać, wskazane byłoby iść w tym kierunku, niż tworzyć coś od podstaw na własny tylko użytek.
	Karta kwalifikacyjna do opieki paliatywnej i hospicyjnej zaproponowana przez Ministerstwo Zdrowia nie jest doskonała i należałoby się pochylić nad jej modyfikacją.
Propozycje zmian poszczególnych elementów karty kwalifikacji:	
Konsultant Wojewódzki ds. medycyny paliatywnej dr n. med. Anna Orońska	
Część I KK	
Zmiana zapisu „Pacjent wymaga leczenia stanu naglącego w warunkach leczenia szpitalnego” zapisem „Pacjent wymaga leczenia stanu naglącego w warunkach leczenia stacjonarnego” oraz dodanie zapisu „Pacjent wymaga leczenia stanu naglącego w warunkach hospicjum domowego”. Zmiana jest podyktowana tym, że leczenie stanu naglącego może odbywać się nie tylko w oddziałach, ale również w stacjonarnych ośrodkach opieki paliatywnej, niebędących szpitalami. Ponadto wybrane stany naglące można z powodzeniem leczyć w domu pacjenta w ramach działalności hospicjum domowego. Propozycja uzupełnienia części I KK zapisem: „Pacjent nie wyraża zgody na leczenie przyczynowe”, ponieważ pacjent ma prawo nie wyrazić zgody na leczenie przyczynowe. Jeżeli pacjent spełnia kryteria kwalifikacyjne, ma prawo do właściwej opieki paliatywnej. Niedodanie tego zapisu wykluczałoby taką możliwość. Jest to istotna informacja z punktu widzenia kompleksowości opieki. Dodanie takiego zapisu dopełnia opis sytuacji pacjenta, który – zdaniem lekarza – może wymagać leczenia przyczynowego równoległe z leczeniem objawowym. Możliwość takiego wyboru (leczenia przyczynowe równoległe z leczeniem objawowym) jest przewidziana w Karcie Kwalifikacyjnej.	

<p>Część II KK</p> <p>- Propozycja zmiany zapisów nagłówka części II KK w zdaniu: „wypełnia lekarz specjalista medycyny paliatywnej” poprzez wykreślenie słowa „specjalista”: Uzasadnienie: nie wszyscy lekarze pracujący w np. w hospicjach domowych są specjalistami medycyny paliatywnej. Nie ma zresztą takiego wymogu.</p> <p>- Dodanie w części II KK w tabeli nr 2 „Stany naglące związane z chorobą podstawową i jej leczeniem” kolejnych stanów naglących:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. „Stan drgawkowy”. Uzasadnienie: Stan drgawkowy jest stanem nagłym i bardzo istotnym kryterium, które powinno być oceniane w kwalifikacji do opieki paliatywnej. 2. „Hiperaktywny stan majaczeniowy”. Uzasadnienie: Hiperaktywny stan majaczeniowy jest stanem nagłym i bardzo istotnym kryterium, które powinno być oceniane w kwalifikacji do opieki paliatywnej. <p>- Propozycja zmian wartościowości natężenia objawów w części II KK w tabeli nr 3 Stan sprawności i natężenie objawów:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ECOG 0 – bez zmian [0], • ECOG 1 – zmiana z [0] na [1], • ECOG 2 – zmiana z [1] na [2], • ECOG 3 – zmiana z [2] na [3], • ECOG 4 – zmiana z [3] na [4]. <p>Uzasadnienie: Stan ogólny chorego jest bardzo istotnym parametrem z punktu widzenia wskazań do opieki hospicyjnej i przedstawiona propozycja niedostatecznie to uwzględnia.</p> <p>Dodatkowo należy podać definicję i opis klasyfikacji ECOG.</p> <p>- Dodanie w części II Karty Kwalifikacyjnej w tabeli nr 3 „Stan sprawności i natężenie objawów” kolejnego objawu: „zaburzenia świadomości” z następującym stopniowaniem i odpowiednią wartością poszczególnych stopni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak zaburzeń świadomości – wartość [0], • nadmierna senność – wartość [2], • obecność omamów i/lub urojeń – wartość [4], • brak kontaktu słownego – wartość [6], • śpiączka, brak reakcji na bodźce – wartość [8], <p>Uzasadnienie: Zaburzenia świadomości są bardzo istotnym kryterium, które powinno być oceniane w kwalifikacji do opieki paliatywnej.</p> <p>- Dodanie w części II KK w tabeli nr 3 „Stan sprawności i natężenie objawów” kolejnego objawu: „drgawki”. Proponujemy następujące stopniowanie i odpowiednią wartość poszczególnych stopni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak – wartość [0], • nie częściej niż 1 raz w tygodniu – wartość [2], • częściej niż raz w tygodniu – wartość [4], <p>Uzasadnienie: Drgawki są objawem trudnym i budzącym niepokój pacjenta i opiekunów. Występowanie tego objawu powinno mieć wpływ na kwalifikację do opieki paliatywnej.</p> <p>- Zmiana wartościowości natężenia objawów w części II KK w tabeli nr 3 „Stan sprawności i natężenie objawów”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Owrzodzenie nowotworowe – nie występuje – bez zmian [0], • Niewielkie owrzodzenie nowotworowe – zmiana z [1] na [2], • Rozległe, liczne lub w okolicy głowy i szyi – zmiana z [2] na [4], • Głębokie lub krwawiące – zmiana z [3] na [6]. <p>Uzasadnienie: Owrzodzenia nowotworowe są specyficznym i trudnym problemem. Pracownicy hospicjów są praktycznie jedynymi, którzy są przygotowani do jego leczenia. Zaproponowana punktacja niewystarczająco to uwzględnia.</p> <p>Proponowane jest wprowadzenie we wszystkich formach opieki paliatywnej i hospicyjnej możliwości przeprowadzenia i rozliczenia „Wizyty kwalifikacyjnej zakończonej stwierdzeniem braku wskazań do objęcia opieką w hospicjum domowym lub stacjonarnym”. Wizyta ta powinna być wyceniona tak, jak wizyta w poradni medycyny paliatywnej. Pozwoli to sfinansować świadczenia zakończone decyzją negatywną, które dzisiaj nie są finansowane przez Płatnika. Podczas takich porad byłaby wypełniana Karta Kwalifikacyjna. Świadczenie winno być świadczeniem skojarzonym możliwym do rozliczenia w hospicjach stacjonarnych i domowych z podziałem na świadczenia realizowane w domu pacjenta i w miejscu udzielania świadczeń stacjonarnych.</p>
<p>Konsultant Wojewódzki ds. medycyny paliatywnej dr n. med. Iwona Filipczak-Bryniarska</p> <p>Ki ka uwag do treści zawartych w karcie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wystarczającym jest wypełnienie karty przez 1 lekarza, zatrudnionego w jednostce opieki paliatywnej (lekarza medycyny paliatywnej określonego w zał. Nr 2 Rozporządzenia); wypełnianie dokumentu przez 2 lekarzy, stanowi postępowanie biurokratyczne i wymaga od pacjenta i/ lub jego rodziny zbędnych czynności oraz opóźnia objęcie opieką paliatywną. 2. Propozycja zmiany § 9 p. 2. podpunkt 2 nie jest spójne z załącznikiem 3; gdzie jest informacja o konieczności wypełnienia części II przez lekarza specjalistę medycyny paliatywnej. Zapis na karcie powinien być dostosowany do wspomnianego punktu w Rozporządzeniu. 3. Zapis na karcie „Należy rozważyć i wykluczyć konieczność diagnostyki i/lub leczenia stanu naglącego” jest niezgodny z wersją Autorów przedstawioną Ministerstwu. Występowanie co najmniej jednego stanu naglącego powinno być wskazaniem do objęcia opieką, zgodnie z wolą pacjenta. Zapis ten jest niezgodny z zasadami medycyny paliatywnej, wręcz wyklucza pacjentów najbardziej potrzebujących opieki paliatywnej. Propozycja usunięcia zapisu lub zmiana „Należy wykluczyć stany naglące, w przypadku których pacjent wymaga pilnej specjalistycznej diagnostyki i leczenia w innej jednostce poza opieką paliatywną”. 4. Tabela 4. Kryteria kwalifikacji: Pacjentów, u których rozpoznaje się stan naglący (tab. 2) lub ból ≥ 6 pkt. lub duszność 6 pkt. lub objawy łącznie >20 pkt, można skierować w trybie pilnym do oddziałów stacjonarnych opieki paliatywnej lub opieki domowej, można skierować w trybie pilnym do oddziałów medycyny paliatywnej stacjonarnych oddziałów opieki paliatywnej „lub innych oddziałów mających odpowiednie możliwości diagnostyczne (KT, RM) i lecznicze” lub opieki domowej. 5. Tabela 4. Kryteria kwalifikacji:…Choroba ma niepewne rokowanie dotyczące przeżycia lub wyleczenia (do dodania)”.

<p>Skalę POS można by było zastosować jako powszechny mechanizm do monitorowania i dać jako podstawę do wskaźników, ponieważ dobrze pokazuje dynamikę zachodzących zmian. Przez to, że skala POS jest dedykowana zarówno do personelu medycznego, jak i do pacjentów można łatwo wychwycić wszelkie nieprawidłowości w opiece nad pacjentem. Powinno się poważnie rozważyć wprowadzenie skali POS do polskiego systemu jako listę kontrolną dotyczącą jakości świadczeń sprawowanych na rzecz pacjenta, ale także jako jeden z elementów kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej, gdyż można z niej odczytać stan obecny pacjenta, a także dynamikę zmian.</p> <p>Dodatkowo przydałaby się ocena socjalno-środowiskowa i uwarunkowań rodzinnych, która mogłaby być uwzględniona przy kwalifikacji pacjenta do stacjonarnych czy domowych świadczeń w zakresie opieki nad pacjentami paliatywnymi i hospicyjnymi, ponieważ często warunkuje ona dalsze postępowanie z pacjentem.</p>
<p>Wyraźne rozdzielenie skierowania od kwalifikacji pacjenta do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną. Karta kwalifikacji powinna być w miarę najprostsza, np.: pacjent zakwalifikowany do opieki paliatywno-hospicyjnej z powodu: 1- źle kontrolowanych objawów, 2- problemów pielęgnacyjnych, 3- powodów socjalnych.</p>
<p>Część I KK</p>
<p>Skierowanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sprecyzować sam „adres” do „adresu zamieszkania”. Takie dookreślenie terminu byłoby dużym ułatwieniem dla pomocy społecznej, która boryka się z udzielaniem pomocy w różnych regionach. - „Rozpoznanie choroby podstawowej”, rozwinąć o sformułowanie „będącej przyczyną skierowania”, jednocześnie zostawiając kod ICD-10, tylko do potrzeb statystycznych i możliwości tworzenia w przyszłości analiz określających jacy pacjenci trafiają do opieki paliatywnej i hospicyjnej. - Zamiast „Chorób współistniejących”, należałoby wprowadzić „Ocenę wydolności”, gdzie można byłoby rozwinąć w punktach ocenę wydolności poszczególnych układów. Dodatkowo można zachować klasyfikację wg kodów ICD-10, które określałyby tutaj sprawność poszczególnych układów. - Umieszczenie opisowej lub wystopniowanej oceny nasilenia problemów oraz ustalenie jednoznacznych kryteriów kwalifikacji. - Dodać „Główne dolegliwości”, ponieważ nie zawsze niewydolności można opisać, tutaj byłaby możliwość określenia tego z czym pacjent ma największe problemy. - Dodatkowo w tym miejscu można zastosować skalę POS, która wydaje się być "obiecującym" narzędziem, oceniającym w sposób wielopłaszczyznowy potrzeby chorego kwalifikowanego do opieki. - W ramach wymagań dotyczących leczenia pacjenta należałoby połączyć „Zdyskwalifikowano od leczenia przyczynowego” z „Zakończono leczenie przyczynowe”. Pozostawienie bez zmian „Pacjent wymaga leczenia objawowego równoległe z leczeniem przyczynowym”, ponieważ jest to zgodne z założeniami leczenia paliatywnego. - Dodanie „Oceny sytuacji socjalno-bytowej”, która jest bardzo ważnym elementem, wymagającym dokładnego sklasyfikowania i wyszczególnienia wyraźnych jej stopni stosowanych jako kryterium, np.: <ol style="list-style-type: none"> 1- osoba całkowicie samotna, możliwa wyłącznie opieka zinstytucjonalizowana lub wolontariat, 2- osoba posiadająca rodzinę zobligowaną do świadczeń na rzecz chorego ale zamieszkujący w innym mieście lub kraju, 3- osoba posiadająca wstępnych lub zstępnych członków rodziny zobligowanych wg ustawy do ew. opieki i alimentacji, ale zamieszkujących oddzielnie, pomoc okazjonalna, nieregularna, 4- osoba zamieszkująca z dorosłymi członkami rodziny, którzy nie są zdolni do całodobowej opieki np. z powodu obowiązków zawodowych, ale przez część doby regularnie sprawują opiekę, 5- osoba zamieszkująca z inną dorosłą osobą, która podejmuje się całodobowej opieki. - Dodać „Powody dyskwalifikacji z opieki w warunkach ambulatoryjnych”, oraz „Powody dyskwalifikacji z opieki w warunkach domowych”, które określa przyczynę dlaczego pacjent jest kierowany do innego ośrodka. - Zostawić miejsce na dopisanie załączników, takich jak np. : dokumentacja medyczna, zaświadczenia.
<p>Część II KK</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usunąć informację „Należy rozważyć i wykluczyć konieczność diagnostyki i/lub leczenia stanu naglącego”. - W Tabeli nr 2 „stany naglące” zastąpić wyrażeniem „stany kliniczne”. - Zamiast stanów wymienionych w Tabeli nr 2 właściwszym rozwiązaniem wydaje się ocena wydolności poszczególnych układów, który powinien być jednym z elementów kwalifikacji. Dodatkowo należałoby dopisać kategorię „inne” i zostawić możliwość swobodnego dopisywania. - Skala POS mogłaby funkcjonować w karcie kwalifikacji w miejscu Tabeli nr 3. - W Kryteriach kwalifikacji tj. Tabeli nr 4 należałoby zmienić drugi podpunkt na „Pojawiły się nowe istotne czynniki uniemożliwiające kontynuowanie dotychczasowego postępowania” z możliwością wyboru na „stałe” bądź „okresowe” i możliwością podania szacowanego czasu trwania w przypadku drugiej opcji. - Wskazane byłoby usunięcie możliwości gromadzenia przez pacjenta punktów dotyczących spełniania na ich podstawie wybranych kryteriów. Lepszym rozwiązaniem będzie rezygnacja z nich i zostawienie tego zagadnienia do własnej oceny lekarza. Gdyby zostały należy zawęzić wskazania do 3-5 stopnia w skali Torrance'a i/lub sumarycznej powierzchni owrzodzeń odleżynowych. - Należy zostawić możliwość zaznaczenia opcji zdyskwalifikowania pacjenta do opieki paliatywnej i hospicyjnej z wskazaniem kolejnego terminu na kwalifikację.

Ekspertcy są zgodni, aby w polskim systemie przyjąć definicję opieki paliatywnej i hospicyjnej proponowaną przez WHO. Wobec tego opieka paliatywna powinna obejmować leczenie przyczynowe, jeszcze na wczesnym etapie choroby.

W opinii ekspertów zasadne jest rozszerzenie listy wskazań kwalifikujących do leczenia paliatywnego tylko w sytuacji zniesienia limitowania świadczeń z tego zakresu.

Eksperci mają wiele zastrzeżeń wobec Karty kwalifikacji i proponują jej modyfikację przed ewentualnym wdrożeniem i użytkowaniem.

7.1. Inne problemy

Tabela 30. Inne problemy.

	Opinie ekspertów					
	1	2	3	4	5	6
	<p>Konsultant Wojewódzki do spraw opieki paliatywnej dr n. med. Anna Orońska</p> <p>[REDACTED]</p>	<p>Konsultant Wojewódzki ds. medycyny paliatywnej dr n. med. Iwona Filipczak-Bryniarska</p>	[REDACTED]	<p>Konsultant Wojewódzki do spraw opieki paliatywnej dr n. med. Anna Orońska</p> <p>[REDACTED]</p>	[REDACTED]	[REDACTED]
<p>Zakres współpracy POZ w opiece nad pacjentami paliatywnymi i hospicyjnymi</p>	-	-	-	<p>W przypadku przeniesienia opieki, wraz z finansowaniem, nad pacjentem paliatywnym z POZ do OPH, tak aby pacjent objęty był tylko jedną formą opieki – istnieje duże ryzyko, że POZ będzie oddawał pod opiekę pacjentów w stanie agonalnym. Dodatkowo POZ ma silniejszą pozycję, więc może być problem z przekazaniem środków do OPH. POZ jest też przeciążony pracą, hospicja domowe go odciążają.</p>	<p>Jeżeli pacjent jest zakwalifikowany do opieki hospicyjnej domowej, to żeby jednocześnie przestał być pacjentem POZ, w tym momencie hospicjum przejmuje pełną opiekę, przejmując jednocześnie stawkę kapitałową i zobowiązując się zaopatrzyć pacjenta od początku do końca, w zakresie wszystkich jego schorzeń i potrzeb. Wiąże się to z nadaniem kompetencji lekarza POZ wobec wąskiej grupy</p>	<p>Należałoby przypisać odpowiedzialność hospicjum domowemu taką samą jak ma POZ, a więc zrównać w statusie hospicjum z POZ. Oznacza to przejście przez hospicja całkowitej opieki od początku do końca nad pacjentem i przypisanie kompetencji POZ lekarzom hospicyjnym.</p>

				<p>W kwestii możliwości realizowania części świadczeń (w warunkach domowych) przez lekarza POZ – nie należy dokładać świadczeń z zakresu OPH, lepiej te, które są związane z chorobami istotnymi dla społeczeństwa, cywilizacyjnymi. Pomysł przekazania opieki ambulatoryjnej nad pacjentem paliatywnym lekarzom rodzinnym spowoduje, że będą oni chętnie pobierać za nich pieniądze, ale nie będą się nimi zajmować.</p> <p>Chory objęty opieką hospicjum domowego powinien mieć możliwość korzystania ze swojego POZ. W kontekście stawki kapitałowej oszczędności byłyby znikome, biorąc pod uwagę globalne nakłady na leczenie osób w ostatnich miesiącach życia. A bardzo ważny aspekt psychologiczny- zarówno ze strony lekarza rodzinnego, jak i pacjenta, których relacja trwa najczęściej przez lata- znacznie ograniczałby możliwości kierowania chorych do opieki hospicyjnej we</p>	<p>pacjentów, którzy zostają przejęci przez opiekę hospicyjną. Bardzo dobrze by się to regulowało, gdyż pacjent zostałby objęty specjalistyczną opieką przez wielu lekarzy i pielęgniarki, od początku do końca. Takie rozwiązanie powinno odbywać się na zasadzie składanej deklaracji pacjenta do danego ośrodka, tak aby w każdej chwili pacjent mógł wycofać się, zabrać deklarację i przejść do innego ośrodka, w tym także wrócić do opieki POZ.</p>	
--	--	--	--	---	--	--

				właściwym czasie. Potęgowałby też poczucie straty po stronie pacjenta i narażał go na kolejny stres.		
Współpraca z Ośrodkami Pomocy Społecznej	-	-	-	Zawsze współpracę można rozszerzyć i wyczuć pomoc społeczną na potrzeby pacjentów. Mogłoby się to odbywać na zasadzie nałożonego obowiązku na pomoc społeczną, która w określonym czasie powinna zainterweniować i przekazać informacje zespołowi paliatywnemu sprawującemu opiekę nad pacjentem na temat jego szczególnych potrzeb socjalno-bytowych.	W systemie opieki zdrowotnej zauważalny brak jest współpracy z Centrami Pomocy Rodzinie czy Ośrodkami Pomocy Społecznej. Ciężko skoordynować działania i zadania, które na siebie nachodzą. Gdyby działania pomocowe były skumulowane i nadzorowane w jednym miejscu funkcjonowałyby to znacznie lepiej, ze znaczną korzyścią dla pacjentów, którzy obecnie sami nie wiedzą gdzie i po co mogą się zgłaszać. Wobec takich sytuacji należałoby rozważyć przesunięcie organizacyjne i określić ścisłą koordynację.	W tej chwili nie ma żadnej sprawnej komunikacji pomiędzy systemami opieki medycznej i pomocy społecznej. Doprowadza to do tego, że środowisko medyczne nie zdaje sobie sprawy z jakiego zasobu pomocy społecznej może korzystać. Wobec tego powinien funkcjonować przepływ informacji, który umożliwi efektywną komunikację pomiędzy tymi dwoma systemami, który także określi sposób jasnej kwalifikacji pacjentów do danej opieki czy pomocy, a także sposób przekazywania między nimi dokumentacji pacjenta. Brakuje szkoleń dla pracowników szpitali, których celem byłoby przekazywanie wiedzy w jaki sposób uruchomić możliwości wsparcia przy udziale pomocy społecznej. Obecnie zasoby pomocy społecznej są duże, ale nie są w pełni wykorzystywane.
Problemy komunikacyjne	-	-	-	-	Brakuje forum wymiany informacji, wspólnego planowania i skomunikowania wszystkich poziomów opieki od strony lekarza,	W wielu krajach funkcjonuje wspólna platforma, która jednoczy wszystkie świadczenia, udzielane nawet przez podmioty niefinansowane

					pielęgniarki i opiekuna. Można utworzyć lokalne, samorządowe zespoły, które razem mogłyby ze sobą pracować, na takiej samej zasadzie jak obecnie funkcjonują razem zakontraktowani lekarz POZ, pielęgniarka i położna. Powinna być to kompleksowa, skoordynowana opieka.	przez państwowego płatnika, tj. fundacje, stowarzyszenia, wolontariaty. Wchodzą one w skład zespołów organizacyjnych. Jest to obszar, który można byłoby wykorzystać, aby opieka świadczona pacjentowi skoordynować i skomunikować. Ma tu się na myśli platformę komunikacyjną, z której czerpałoby się informacje jakie fundacje, komu i w jakim zakresie mogłyby udzielić pomocy.
Przetaczanie krwi i jej składników	-	-	-	Wprowadzenie dodatkowych produktów, tak żeby w ramach OPH była możliwość przetoczenia krwi.	Warto zastanowić się nad możliwością przetaczania krwi i jej składników pacjentowi w warunkach domowych czy hospicjach stacjonarnych, ponieważ to co jest największym zagrożeniem przy przetaczaniu tj. powikłania poprzetoczeniowe, to w przypadku pacjentów paliatywnych nie mają już tak wielkiego znaczenia.	Po odpowiednich zmianach prawnych, warto rozważyć możliwość przetaczania krwi wybranym pacjentom w konkretnych sytuacjach w warunkach ambulatoryjnych.
Żywnienie pozajelitowe	-	-	Zapis kwalifikacji do żywienia pacjentów w opiece stacjonarnej jest absurdalny. Kwalifikacja do żywienia pozajelitowego powinna być w jednostkach stacjonarnych/oddziałach medycyny paliatywnej prowadzona jak na innych oddziałach szpitalnych np. chirurgicznych;	Kwalifikacja do żywienia nie powinna być robiona w jednym miejscu, powinna być możliwość kwalifikowania w jednostkach hospicyjnych.	Na poziomie POZ brak uwag.	W zakresie kwalifikacji jest to zagadnienie problematyczne, ponieważ wiąże się z niewielką ilością poradni kwalifikujących do żywienia pozajelitowego, co prowadzi do tego, że jest to „wąskie gardło” całego procesu.

<p>Tlenoterapia domowa/wentylacja mechaniczna</p>	-	-	-	-	<p>Na obecną chwilę jest mało specjalistów w zakresie tlenoterapii, a są duże odległości między pacjentami. Możliwym rozwiązaniem byłoby przeszkolenie lekarzy POZ do sprawowania opieki (nie do kwalifikacji) nad pacjentem wentylovanym i sędowanie obowiązków opieki z lekarza specjalisty na lekarza POZ. Dobrym rozwiązaniem byłoby finansowanie takich świadczeń na zasadzie fee for service.</p>	<p>Jest dobrze zorganizowana, brak zastrzeżeń.</p>
<p>Transport</p>	-	-	<p>Jednostki stacjonarne obejmują opieką pacjentów z kilku powiatów. Należałoby określić odległość od jednostki stacjonarnej np. do 40km – tak by dojazd rodziny do chorego nie zajmował pół dnia. Wniosek o odrębne finansowanie kosztów transportu - jednostki opieki paliatywnej są zobowiązane do samodzielnego pokrywania kosztów transportu chorego na wszelkiego typu konsultację czy specjalistyczne czy przewozy celem hospitalizacji. Jeżeli jednostka ma duże odległości do jednostki szpitalnej koszty transportu chorego mogą przewyższać środki otrzymane od płatnika. Wskazane byłoby, aby opieka paliatywna mogła rozliczać transport podobnie jak jednostki POZ.</p>	<p>Zapłata za transport - nie ma ryzyka nadużycia, bo transportując pacjenta do szpitala muszą go wypisać i nie dostają za ten dzień pieniędzy. Hospicjum domowe musi w tej chwili płacić za transport pacjenta, więc w sytuacji, gdy pacjent ma trafić do szpitala planowo jest wysyłany do lekarza POZ, w sytuacjach nagłej wzywana jest karetka systemowa.</p>	<p>Identyfikuje się spore problemy z usługami transportu dalekiego pacjentów. W sytuacji kiedy potrzebna była karetka, pogotowie i transport POZ odmawia współpracy ze względu na brak wystarczającego zabezpieczenia. Są to jednostkowe przypadki, nie zdarzają się często, ale gdy już wystąpią stwarzają duże problemy organizacyjne.</p>	<p>Jeżeli transport sanitarny rozliczany jest w ryczałcie jest to wówczas niekorzystnie oceniane przez świadczeniodawców i niepraktykowane. W sytuacji lepszej wyceny stawki za przejechany kilometr i czas spędzony w trakcie dojazdu, świadczenie automatycznie stałoby się bardziej opłacalne i wykonywane.</p>

Dializoterapia otrzewnowa	-	-	-	-	Dializoterapia przesuwana się coraz bardziej w stronę opieki paliatywnej. Z tego też powodu dializoterapia w warunkach domowych dopiero się rozwija.	Stacje dializ, które funkcjonują są dobrze zorganizowane i dobrze wycenione.
Rozliczanie pierwszego i ostatniego dnia w hospicjum	-	-	Obecne finansowanie nie zapewnia pokrycia kosztów poniesionych przez jednostki, kiedy chory pozostaje pod opieką kilka dni i umiera a doba zgonu jest liczona z pierwszą dobą jako jedna. W naszej specyficznej formie opieki zarówno prawidłowe zaopatrzenie chorego w 1 dobie i opieka nad chorym i rodziną w chwili śmierci wymaga dużego zaangażowania personelu. W innej sytuacji, kiedy chory jest przyjmowany do opieki w stanie agonalnym i opieka nad chorym nie trwa 24 h, system bez złożenia dodatkowych pism, nie chce rozliczać takiego świadczenia.	Problemem w kwestii finansowania jest fakt, że hospicjum nie dostaje pieniędzy za ostatni dzień pobytu pacjenta, tzn. za dzień kiedy pacjent umiera.	-	-
Poradnie medycyny paliatywnej	-	-	Poradni jest mało, gdyż są źle finansowane. Problemem poradni medycyny paliatywnej jest ich mała ilość i mała ilość kontraktowanych porad oraz brak świadomości zarówno personelu medycznego (lekarza POZ i onkologów) oraz samych pacjentów o możliwości uzyskania w krótkim czasie prawidłowego leczenia objawów w ramach poradni medycyny paliatywnej; chorzy oczekują wiele miesięcy w kolejce do	Problem stanowią poradnie medycyny paliatywnej, których jest bardzo mało. Wizyty domowe są wycenione za nisko. Zdarzają się pacjenci nie będąc objęci opieką hospicjum domowego potrzebują wizyty lekarskiej. Proponujemy dołożenie do hospicjów domowych – gdzie jest finansowanie za		

			<p>Poradni Leczenia Bólu Przewlekłego. Propozycje niezbędnych zmian:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sposób finansowania poradni należy zmienić na dwie formy wizyty domowe i poradę w poradni. Zwiększyć liczbę kontraktowanych porad i wizyt, środki finansowe można uzyskać w wyniku przesunięcia z opieki domowej bez generowania dodatkowych kosztów 2) należy rozliczać poradnię tak jak placówkę specjalistyczną w zakresie wizyt domowych. 	<p>osobodzeń – dodatkowego produktu rozliczeniowego: porady lekarskiej w domu. Czyli jeżeli pacjent nie jest objęty opieką domową to mogłaby być realizowana odpowiednio wyceniona – nie z poradni – tylko z poziomu hospicjum domowego porada domowa.</p>		
Opieka nad rodziną pacjenta	-	-	-	-	Całościowa opieka nad pacjentem i jego rodziną, znajomość tej rodziny i jej środowiska jest bezcenną pomocą przy identyfikowaniu przemocy wobec osób starszych, która jest obecnie marginalizowana.	-
Wypalenie zawodowe lekarzy i pielęgniarek	-	-	-	-	Wypalenie zawodowe lekarzy i pielęgniarek może wystąpić niezależnie od kategorii pacjentów, którymi się opiekują. Jednak w opiece paliatywnej i hospicyjnej takie przypadki zauważalne są znacznie częściej niż w innych grupach. Ludzie często psychicznie nie wytrzymują napięcia i stresu związanego	-

<p>Obligatoryjność i fakultatywność</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Można dodać system fee-for-service w warunkach stacjonarnych za dodatkowe zabiegi.</p>	<p>z leczeniem i opieką osób paliatywnych i hospicyjnych</p> <p>Procedury obligatoryjne powinny wchodzić do ryczału, natomiast fakultatywne powinny być rozliczane osobno. W sytuacji kiedy lekarz POZ podjąłby się leczenia danej jednostki chorobowej, bez wysyłania pacjenta do specjalisty powinien mieć za to płacone fee for service. Takie rozwiązanie powoduje, że nikt nie jest do niczego zmuszany, jednocześnie i samoistnie całość się reguluje. Lekarz rodzinny dostając np. 50% czy 70% stawki lekarza specjalisty jest zadowolony oraz sam specjalista także, gdyż nie wydłużają mu się kolejki oraz nie trafiają do niego pacjenci z lekkimi przypadkami. Należy zastrzec jednak, że lekarz POZ dostanie swoją część tylko w momencie gdy przejmie leczenie takiego pacjenta, nie wysyłając go do specjalisty. W przeciwnym wypadku to on zostanie obciążony kosztami. Podobnie ma się sytuacja z odpłatnością za poszczególne świadczenia np.: podawanie kroplówki, płukanie uszu,</p>	<p>W sytuacji kiedy dany świadczeniodawca wykonuje dane świadczenie, które nie jest bezpośrednio do niego przypisane w zadaniach ogólnych, to wtedy powinno się stosować finansowanie tzw. fee for service tzn. za obsługę. To samo świadczenie może być traktowane jako fee for service dla jednego świadczeniodawcy, a dla drugiego powinno być w ryczałcie.</p>
--	----------	----------	----------	---	---	--

					cewnikowanie. Jedni lekarze wystawiają recepty na cewniki, w które pacjent sam musi się zaopatrzyć, a lekarz przychodzi je tylko założyć. Inni przychodzą już z cewnikiem. Wobec takich sytuacji należałoby zrewidować stawki, byłoby to racjonalne ze względów organizacyjnych.	
Skala POS	-	Skala POS nie jest kwestionariuszem służącym do kwalifikacji; jest to narzędzie pozwalające na ocenę jakości opieki paliatywnej, dotyczy ostatnich 3 dni i odnosi się do chorego, rodziny/opiekuna oraz personelu. Skala obejmuje 10 pytań dotyczących objawów fizycznych, psychicznych, emocjonalnych i duchowych, udzielanych informacji i wsparcia; jedno pytanie otwarte na temat głównych problemów. Odpowiedzi umieszczone są na 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 0 oznacza brak wpływu danego objawu/problemu na funkcjonowanie. Skala POS nie jest narzędziem pomocnym do kwalifikacji chorych.	-	Ta skala została stworzona w celu obserwacji pacjenta objętego opieką paliatywną. Na podstawie np. co trzydniowej oceny stanu pacjenta można ocenić czy stan pacjenta się w którąś stronę zmienił. Nie ma pewności czy wprowadzenie takiego narzędzia w czymkolwiek pomoże. Będzie kolejnym dokumentem do wypełnienia podczas wizyty, ponieważ przebiegu całej wizyty nie będzie w stanie zastąpić. Można zwrócić uwagę, że ta skala jest niewystarczająca do pełnego opisu objawów. Można rozważyć wprowadzenie pilotażu z użyciem tej skali.	W całej Europie rekomendowana jest natomiast skala POS. Skalę POS można by było zastosować jako powszechny mechanizm do monitorowania i dać jako podstawę do wskaźników, ponieważ dobrze pokazuje dynamikę zachodzących zmian. Powinno się poważnie rozważyć wprowadzenie skali POS do polskiego systemu jako listę kontrolną dotyczącą jakości świadczeń sprawowanych na rzecz pacjenta, ale także jako jeden z elementów kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej, gdyż można z niej odczytać stan obecny pacjenta, a także dynamikę zmian.	Skala POS wydaje się doskonałym narzędziem służącym do kwalifikacji i późniejszego monitorowania stanu pacjenta.
Ocena socjalno-bytowa	-	-	-	-	Przydałaby się ocena socjalno-środowiskowa i uwarunkowań rodzinnych, która	Dodanie „Oceny sytuacji socjalno-bytowej”, która jest bardzo ważnym elementem,

					<p>mogłaby być uwzględniona przy kwalifikacji pacjenta do stacjonarnych czy domowych świadczeń w zakresie opieki nad pacjentami paliatywnymi i hospicyjnymi, ponieważ często warunkuje ona dalsze postępowanie z pacjentem.</p>	<p>wymagającym dokładnego sklasyfikowania i wyszczególnienia wyraźnych jej stopni stosowanych jako kryterium.</p>
<p>Wskazanie do pieluchomajtek</p>	-	-	-	-	<p>Jedynym wskazaniem do otrzymania pampersów przez pacjenta powinno być nietrzymanie moczu i kału, a nie, tak jak jest w tej chwili rozpoznanie chorobowe. Choroba wyściowa, przyczyna nie ma tu żadnego znaczenia. Problemem jest tylko nietrzymanie moczu i kału, na które należą się pampersy.</p>	-
<p>Umieranie pacjenta, uporczywa terapia, pokoje pożegnań</p>	-	-	-	<p>Pokój pożegnań - brak zrozumienia zarówno co do potrzeby wprowadzenia takiego rozwiązania, jak i zasad, na jakich miałyby to funkcjonować. Zadaniem pracowników hospicjów- zarówno domowych, jak i stacjonarnych- jest zapewnienie chorym godnych warunków umierania w miejscu sprawowania opieki (hospicjum stacjonarne, czy dom pacjenta)</p>	<p>Wymagana jest szeroka edukacja społeczeństwa w tym zakresie, ponieważ jest to temat wyjątkowo delikatny i unikany. Ludzie boją się śmierci, niechętnie o niej mówią, wypierają ją ze świadomości. Rodzina pacjenta umierającego nie chce by zgon nastąpił w domu. W chwili kiedy już wiadomo, że nic nie da się zrobić, wzywa karetkę, po to aby takiego pacjenta przewieźć do szpitala w którym następuje</p>	-

				i w zdecydowanej większości przypadków to się udaje. Jedynym miejscem, gdzie można by się zastanowić nad wydzieleniem takiego miejsca, jest szpitalna Izba Przyjęć/SOR.	zgon. Należałoby pomyśleć o salach specjalnego przeznaczenia, w szpitalach bądź w samorządach, dla osób umierających i ich rodzin w celu wzbudzenia poczucia bezpieczeństwa i spokoju w ostatnich chwilach życia.	
Inne	<p>Wprowadzenie we wszystkich formach opieki paliatywnej i hospicyjnej możliwości przeprowadzenia i rozliczenia „Wizyty kwalifikacyjnej zakończonej stwierdzeniem braku wskazań do objęcia opieką w hospicjum domowym lub stacjonarnym”. Wizyta ta powinna być wyceniona tak, jak wizyta w poradni medycyny paliatywnej. Pozwoli to sfinansować świadczenia zakończone decyzją negatywną, które dzisiaj nie są finansowane przez Płatnika. Podczas takich porad byłaby wypełniana Karta Kwalifikacyjna. Świadczenie winno być świadczeniem skojarzonym możliwym do rozliczenia w hospicjach stacjonarnych</p>	-	<p>Nie ma potrzeby zmiany systemu organizacji opieki paliatywnej w Polsce, gdyż jest ona dobrze zorganizowana. Nasz model organizacyjny jest często prezentowany jako model wzorcowy.</p>	<p>Nie ma potrzeby reformowania systemu w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej na dużą skalę, potrzebne są niewielkie zmiany. Opieka paliatywna w Polsce jest oceniana w Europie bardzo wysoko. Nie istnieje potrzeba diametralnych zmian, ponieważ nie ma sensu zmieniania na siłę czegoś co funkcjonuje dobrze.</p>	-	-

	i domowych z podziałem na świadczenia realizowane w domu pacjenta i w miejscu udzielania świadczeń stacjonarnych.					
--	---	--	--	--	--	--

8. Uwagi analityków

Definicje opieki paliatywnej i hospicyjnej stosowane obecnie nie są zgodne z definicjami przyjętymi przez WHO, IAHP, EAPC i zaleceniami Rady Europy.

Przyjęcie definicji WHO, w kontekście udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, nie tylko dla pacjentów nieuleczalnie chorych lub po zakończeniu leczenia przyczynowego, jest zasadna. Obecnie świadczenia gwarantowane przysługują m.in. pacjentom z odleżynami, które nie są chorobą nieuleczalną - terapia może być skuteczna, a pacjent po jej zakończeniu wypisany z opieki. Opieka nad pacjentami z chorobami onkologicznymi jest prowadzona w trakcie leczenia przyczynowego, które coraz częściej jest realizowane w trybie jednodniowym. Pacjent przebywa wówczas w domu, korzystając z pomocy domowych zespołów OPH w niwelowaniu ubocznych skutków leczenia i zapewnieniu dobrostanu przed kolejnymi cyklami terapii.

Możliwe jest rozgraniczenie terminów opieka paliatywna i hospicyjna, wówczas opieka paliatywna będzie miała na celu rozwiązanie określonego problemu klinicznego (np. zwalczanie bólu, duszności, itp.), natomiast opieka hospicyjna obejmie całościową opiekę i wsparcie. Uwzględnienie takiego rozgraniczenia umożliwi adresowanie opieki paliatywnej do pacjentów niezależnie od rokowania (w tym także znajdujących się w trakcie leczenia przyczynowego), a opieki hospicyjnej do pacjentów po zakończeniu leczenia przyczynowego.

Opieka paliatywna jest ukierunkowana na leczenie objawowe, niezależnie od prowadzenia leczenia przyczynowego lub zakończenia go. Kwalifikacją do tego rodzaju opieki są niepoddające się standardowemu leczeniu objawy, związane z dysfunkcją narządów, układów. Skierowanie do opieki paliatywnej zawiera wówczas informację o określonych dolegliwościach, np. duszność, ból, odleżyny, które mogą być wskutek właściwego leczenia paliatywnego ograniczone lub usunięte, niezależnie od przebiegu choroby podstawowej. Pacjent może być wówczas objęty czasową opieką poradni specjalistycznych.

Opieka hospicyjna powinna być całościową opieką nad pacjentem, zabezpieczającą jego wszystkie potrzeby: medyczne, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, fizyczne, socjalne, duchowe, a więc uwzględniającą w swym zakresie leczenie paliatywne. Podstawą do kwalifikacji do opieki hospicyjnej powinno być pewnego rodzaju orzeczenie bądź skierowanie informujące o braku dostępności leczenia przyczynowego, wystawione przez lekarza specjalistę. Powinno ono zawierać informację o podstawowej jednostce chorobowej wg klasyfikacji ICD-10, która będzie wykorzystywana tylko do celów statystycznych. Przekazanie informacji o zakończeniu leczenia przyczynowego i objęciu pacjenta opieką hospicyjną do NFZ mogłoby być podstawą do przyznania choremu dożywotnio bezpłatnych leków, wyrobów medycznych tj. pieluchomajtek, uwzględnionych w nowej grupie refundacyjnej.

Zaproponowana metodyka kwalifikacji pacjenta do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, w oparciu o poszerzoną listę wskazań, stoi w sprzeczności z międzynarodowymi rekomendacjami. Kwalifikacja do świadczeń w oparciu o określone jednostki chorobowe nie znajduje uzasadnienia merytorycznego. Zaproponowane rozpoznania, stanowią niejednorodną grupę nozologiczną, wśród nich są zarówno nazwy jednostek chorobowych, jak i zespołów chorobowych. Kwalifikacja w oparciu o jednostki chorobowe wg klasyfikacji ICD-10 pozostaje bez związku z definicją opieki paliatywnej i hospicyjnej, której istotą jest stosowanie leczenia objawowego wspieranego o kompleksową opiekę. W kwalifikacji wskazana jest ocena stanu klinicznego pacjenta uwzględniająca wydolność narządów i układów oraz dominujących objawów klinicznych. Klasyfikacja ICD-10 została stworzona do celów statystycznych i w tym celu powinna być wykorzystywana. W oparciu o klasyfikację ICD-10 może być określone rozpoznanie pierwotnie, przyczyna przyjęcia, które są powodem podejmowanych działań leczniczych, jednak klasyfikacja nie opisuje stanu klinicznego pacjenta, który może być niemal identyczny u chorych z zaawansowaną marskością wątroby (K74) i w przypadku zaawansowanej choroby nowotworowej (C22), i tym samym wymagać podobnych interwencji.

Podczas zbierania materiałów do raportu odbyło się 5 spotkań z ekspertami. W trakcie dyskusji zdiagnozowano opisane poniżej problemy:

1. Koordynacja i przepływ informacji

Brakuje wspólnej platformy komunikacyjnej, która służyłaby wymianie informacji, planowaniu i skomunikowaniu wszystkich poziomów opieki: od strony lekarza, pielęgniarki i opiekuna, a także podmiotów niefinansowanych przez państwowego płatnika, tj. fundacje, stowarzyszenia, wolontariaty. Należałoby poszukać mechanizmów, które to umożliwią i ułatwią,

np. Internet i profil pacjenta. Do wdrożenia tego niekoniecznie potrzebne są środki finansowe, a jedynie motywacyjne. Może to się odbywać na zasadzie przesunięć narzędzi zarządczych, wskaźnikowania obszarów istotnych i oceny pracy na podstawie wyników. W efekcie ten, kto robi lepiej automatycznie dostanie więcej pieniędzy. Takim sposobem, mechanizmami niefinansowymi można wspierać to co dobrze funkcjonuje, a dyskwalifikować to co źle. Wobec tak zorganizowanej, zarządzanej i skoordynowanej opieki, przy tych samych zasobach, praca jest bardziej efektywna, co przekłada się bezpośrednio na stopień zaopiekowania się pacjentem i jego zadowolenia. Dodatkowo można rozważyć zainicjowanie projektu powołania interdyscyplinarnych zespołów pomocowych, które mogłyby swoją działalnością obejmować poszczególne gminy w obrębie ośrodków pomocy społecznej. Do rozważenia jest kto powinien być odpowiedzialny za koordynację takimi ośrodkami, identyfikować i wskazywać potrzeby pacjentów, być tzw. przewodnikiem po systemie opieki medycznej, pomocy społecznej i wolontaryjnej.

2. Przetaczanie krwi i jej składników

Obecnie przetaczanie krwi dokonuje się, zgodnie z ustawą i rozporządzeniem, w warunkach szpitalnych. Gdyby propozycje konkretnych możliwości odejścia od tego sposobu byłyby racjonalne i uzasadnione, można rozważać zmianę dokumentów prawnych, tak aby umożliwić przetaczanie krwi i jej składników w warunkach domowych bądź w hospicjach stacjonarnych. Ryzyko przewożenia pacjentów paliatywnych w ciężkim stanie ogólnym do szpitala, tylko po to aby przetoczyć krew, często jest o wiele większe niż ryzyko powikłań poprzetoczeniowych. Dodatkowo pacjent przekazywany do szpitala na przetoczenie jest narażony na ewentualne długie czekanie na izbie przyjęć do momentu zwolnienia się miejsca na oddziale internistycznym oraz ewentualną infekcją. Zmiany prawne w zakresie przetaczania krwi miałyby dotyczyć tylko konkretnych sytuacji i pacjentów. Wszystko musiałoby się odbywać zgodnie z przyjętymi procedurami i jeśli ośrodki potrafiłyby sobie tak zorganizować zasoby i możliwości logistyczne, należałoby im to umożliwić poprzez brak zakazów ze strony ustawodawstwa. W przypadku wprowadzania zmian legislacyjnych w zakresie przetaczania krwi dla pacjentów przebywających w domach czy hospicjach stacjonarnych należałoby określić: kto kwalifikuje do przetoczenia, kto zajmuje się przetoczeniem, jaka jest w takiej sytuacji dostępność lekarza i pielęgniarki, zasady przechowywania krwi i jej transportu, utylizacji worków po krwi, zasady obserwacji pacjenta w trakcie i po przetoczeniu, prowadzenie dokumentacji medycznej itd. Realizacją świadczenia z zakresu przetaczania krwi w warunkach ambulatoryjnych zajmowałby się szpital. Natomiast hospicja stacjonarne miałyby podpisane umowy w tym zakresie ze szpitalem, a lekarze hospicyjni mogliby się zajmować przetaczaniem w warunkach ambulatoryjnych na zlecenie i pod nadzorem szpitala. Cały system zyska na rozdzieleniu przetaczania krwi na warunki szpitalne i domowe, gdyż niezależnie od wysokości wyceny świadczenia, realizacja procedury w warunkach ambulatoryjnych jest zdecydowanie mniej kosztowna niż w warunkach szpitalnych.

3. Kwalifikacja do żywienia

Kwalifikacji do żywienia pozajelitowego dokonują poradnie żywieniowe, których obecnie w skali kraju jest mało i wobec czego są od siebie bardzo oddalone (np. w województwie lubuskim nie ma ani jednej poradni, a chorzy muszą być transportowani do poradni znajdującej się w Poznaniu lub Wrocławiu). Obecny zapis prawny ogranicza dostępność i możliwość włączenia żywienia pozajelitowego wszystkim potrzebującym pacjentom. Potrzebna jest zmiana tej regulacji. Kwalifikacja do żywienia powinna odbywać się na takich samych zasadach jak w AOS i leczeniu szpitalnym.

4. Płatność za pierwszy i ostatni dzień udzielania świadczenia

Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ 74/2018/DSOZ z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, § 13 pkt. 2 dzień przyjęcia do opieki i dzień jej zakończenia wykazywane są do rozliczenia jako jeden osobodzień.

W przypadku gdy:

- a. chory jest przyjmowany do opieki w stanie agonalnym i opieka nad chorym nie trwa 24 h system nie pozwala rozliczać takiego świadczenia; wymaga to złożenia dodatkowych pism.

- b. chory pozostaje pod opieką kilka dni, ostania i pierwsza doba liczone są jako jedna co nie zapewnia pokrycia kosztów poniesionych przez jednostki, ponieważ prawidłowe zaopatrzenie chorego w 1 dobie oraz opieka nad chorym i rodziną w chwili śmierci wymagają dużego zaangażowania personelu.
5. **Opieka u schyłku życia** może być rozumiana jako pełna opieka nad umierającymi chorymi w ciągu ostatnich godzin lub dni ich życia (ostatnie 48-72 godzin życia). Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, każdemu pacjentowi zagwarantowane jest prawo do poszanowania godności i intymności, w tym także prawo do umierania w spokoju i godności. Ośrodki sprawujące opiekę nad pacjentami umierającymi powinny zapewniać pacjentom oraz ich rodzinom specjalną opieką ze szczególnym uwzględnieniem prywatności oraz jak najszerszą możliwość kontaktu, wsparcie psychologiczne i duchowe, zgodne z przekonaniami umierających. Aby zapewnić osobie umierającej taki komfort powinno się im zapewnić możliwość przeniesienia do jednoosobowych sali, w których będą mogli umrzeć w spokoju i godności.
6. **Wprowadzenie we wszystkich zakresach świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej dodatkowego produktu rozliczeniowego** „Wizyta kwalifikacyjna zakończona stwierdzeniem braku wskazań do objęcia opieką w hospicjum domowym lub stacjonarnym”, wycenionego analogicznie do porady w poradni medycyny paliatywnej. Wprowadzenie dodatkowego produktu pozwoli sfinansować świadczenia zakończone decyzją negatywną, które dzisiaj nie są finansowane przez Płatnika. Świadczenie winno być świadczeniem skojarzonym, możliwym do rozliczenia w ramach świadczeń stacjonarnych oraz realizowanych w domu pacjenta.
7. **Nielimitowanie świadczeń** - zniesienie limitów przyjęć we wszystkich formach opieki paliatywnej i hospicyjnej, w szczególności w przypadku wprowadzenia zmian w wykazie jednostek chorobowych kwalifikujących do opieki paliatywnej i hospicyjnej i/lub KK. Brak rezygnacji z limitów kontraktowych doprowadzi do sytuacji, gdy pacjent będzie kwalifikował się do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną z uwagi na jednostkę chorobową i/lub spełnienie kryteriów zgodnie z KK, jednak z uwagi na limitowanie świadczeń będzie ustawiany w kolejce oczekujących.
8. **Recepty** – lekarze medycyny paliatywnej powinni mieć możliwość wypisywania recept na bezpłatne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dla pacjentów, którzy ukończyli 75 lat.
9. **Wprowadzenie Szpitalnego Zespołu Wspierającego (SZW)**
- Zespoły o charakterze SZW funkcjonują w wielu krajach. Zespół w składzie: lekarz, pielęgniarka, psycholog, ewentualnie pracownik socjalny może udzielać konsultacji w szpitalach gdzie przebywają chorzy onkologiczni lub chorzy z innymi schorzeniami przewlekłymi, pomagać pacjentom i ich bliskim w uzyskaniu świadczeń lub pomocy, ułatwiać przejście od leczenia przyczynowego do objawowego.

8.1. Możliwości zmian organizacyjnych

Opieka nad pacjentem paliatywnym/hospicyjnym powinna prowadzić od świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych (poradnia medycyny paliatywnej) poprzez świadczenia udzielane w domu do świadczeń w warunkach stacjonarnych. Forma opieki powinna zależeć od szeroko rozumianych potrzeb, oczekiwań, stanu funkcjonalnego pacjenta, możliwości sprawowania opieki przez bliskich oraz warunków socjalnych. Zaletą opieki sprawowanej w domu pacjenta jest większy komfort i spokój pacjenta wynikający z przebywania w znajomym otoczeniu, z rodziną oraz niższy koszt opieki, związany z brakiem konieczności utrzymania lokalu, czy administracji, wymagający jednak nakładów na dojazdy do pacjenta. W sytuacji, kiedy nie ma odpowiednich warunków do sprawowania opieki w domu (złe warunki socjalne, niewydolność opiekunów), w celu zapewnienia opieki wyręczającej dla rodziny/opiekunów, a także w przypadkach gdy w warunkach ambulatoryjnych/domowych nie można ustalić skutecznego leczenia objawowego, pacjent może trafić do jednostki stacjonarnej.

Zgodnie z powyższym opieka paliatywna/hospicyjna może być realizowana na trzech poziomach zaawansowania, różniących się wzrostem potrzeb pacjenta, stopniem specjalizacji opieki oraz ponoszonymi kosztami (Rysunek 4.):

- poziom 1 - opieka ambulatoryjna,
- poziom 2 – opieka domowa,

- poziom 3 – opieka stacjonarna.



Rysunek 4. Piramida wzrostu potrzeb pacjenta, specyfiki opieki oraz kosztów ponoszonych na opiekę paliatywną.

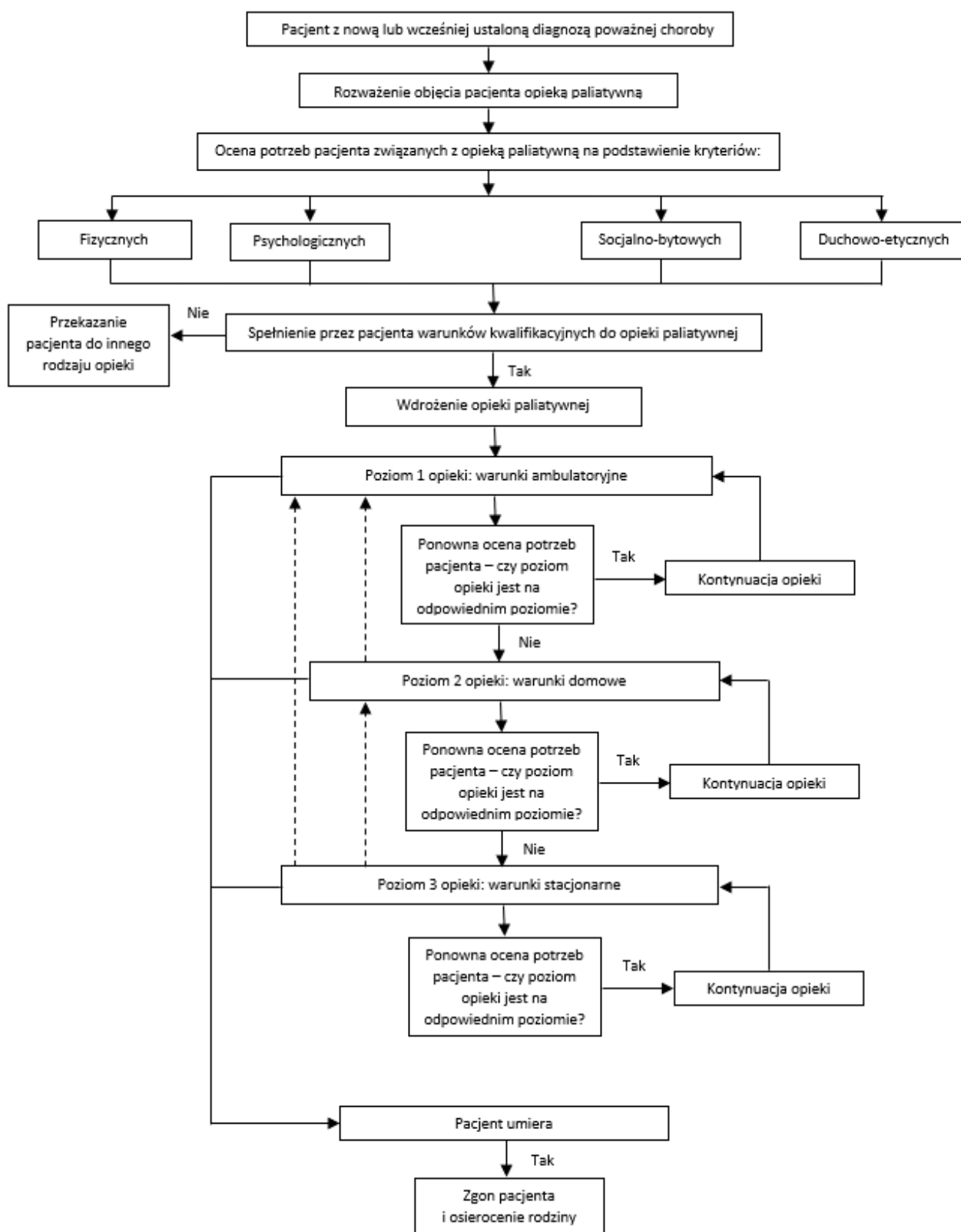
Źródło: Opracowanie własne

1. Poziom 1., obejmujący opiekę nad pacjentem w warunkach ambulatoryjnych, dostępny dla każdego pacjenta, u którego choroba nie jest zaawansowana (i nie wyklucza leczenia przyczynowego). Pacjent objęty opieką jest samodzielny, w stopniu umożliwiającym dojazd do lekarza. Podstawowe świadczenia uzyskuje w ramach świadczeń POZ, poradni medycyny paliatywnej i w zależności od potrzeb innych, adekwatnych do objawów poradni specjalistycznych (np. poradnia leczenia bólu).
2. Poziom 2., obejmujący opiekę w warunkach domowych, powinien być realizowany na terenie grup gmin lub powiatów, dla pacjentów częściowo niesamodzielnych i wymagających pomocy osób trzecich, której to pomocy może udzielić rodzina, bliscy. Świadczenia w ramach opieki obejmują wizyty domowe realizowane przez zespół lekarzy i pozostały personel hospicjów domowych, a w razie konieczności także konsultacje specjalistyczne udzielane w warunkach domowych.
3. Poziom 3. obejmujący opiekę w warunkach stacjonarnych, realizowany na terenie powiatu/grup powiatów dla pacjentów niesamodzielnych, wymagających stałej pomocy, leczenia i wsparcia, które to osoby nie mogą liczyć na pomoc w warunkach domowych.

Ze względu na specyfikę świadczenia i dobro pacjentów jednostki funkcjonujące w obrębie poszczególnych poziomów powinny współpracować. W tym celu konieczne jest zapewnienie sprawnej komunikacji i wymiany informacji o kluczowych problemach i potrzebach. Istotną rolę na każdym poziomie powinna odgrywać pomoc społeczna. W celu zapewnienia optymalnej opieki i racjonalnego wykorzystania zasobów korzystna może być koordynacja jednostek stacjonarnych funkcjonujących obecnie tj. oddziały medycyny paliatywnej, hospicja stacjonarne, ZOL/ZPO, DPS, oddziały szpitalne. W tych miejscach mogą przebywać pacjenci o zbliżonym obrazie klinicznym, natomiast finansowanie poszczególnych jednostek różni się między sobą. Najbardziej korzystne warunki finansowania przypadają w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Z tego względu ujednoczenie w/w placówek w jedną jednostkę przyniesie takie skutki jak opieka dla pacjentów na jak najwyższym poziomie oraz adekwatne pokrycie finansowe wykonywanych świadczeń.

Stan pacjenta i jego zapotrzebowanie na opiekę powinny być oceniane cyklicznie na każdym poziomie opieki, w celu jak najszybszego zdiagnozowania zachodzących zmian. W sytuacji pogorszenia się kondycji fizycznej, psychospołecznej powinien zostać przeniesiony na poziom wyższy, z bardziej zaawansowaną i specjalistyczną formą opieki. W sytuacji gdy stan pacjenta nie zmienia się i zapotrzebowanie na opiekę nie rośnie, świadczenia powinny być kontynuowane w obrębie danego poziomu. W sytuacji remisji choroby lub ustąpienia objawów z nią związanych powinna istnieć możliwość przekazania pacjenta na niższy poziom opieki paliatywnej lub wypisanie pacjenta z takiej

opieki. Równocześnie na każdym etapie opieki paliatywnej należy uwzględnić możliwość zgonu pacjenta i objęcie wówczas opieką także osieroconej rodziny (Rysunek 5.).



Rysunek 5. Algorytm przebiegu opieki paliatywnej.
Źródło: Opracowanie własne

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest zadaniem władz publicznych. Zadania związane z ochroną zdrowia wykonywane przez jednostki samorządu terytorialnego:

1. Gmina:

- a. zgodnie z Ustawą z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym do zadań własnych gminy należy zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty, w tym związanych z ochroną zdrowia (art. 7 ust. 1 pkt. 5)²⁶⁸;
- b. zgodnie z Ustawą o świadczeniach do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:
 - opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;
 - inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;
 - podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

2. Powiat:

- a. zgodnie z Ustawą z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym do zadań publicznych charakterze ponadgminnym należy promocja i ochrona zdrowia (art. 4 ust. 1 pkt. 2)²⁶⁹;
- b. zgodnie z Ustawą o świadczeniach do zadań własnych powiatu w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:
 - opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami;
 - inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu;
 - pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia;
 - podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.

3. Samorząd województwa:

- a. zgodnie z Ustawą dnia 5 czerwca 1998r.o samorządzie województwa zadania o charakterze wojewódzkim obejmują promocję i ochronę zdrowia (art. 14 ust. 1 pkt. 2)²⁷⁰;
- b. zgodnie z Ustawą o świadczeniach do zadań własnych samorządu województwa w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności
 - opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami;
 - opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone powyżej służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;
 - inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia;
 - podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

²⁶⁸ Ustawa z dnia 8marca 1990r.o samorządzie gminnym, Dz.U. 2018 poz. 994

²⁶⁹ Ustawa z dnia 5 czerwca 1998r.o samorządzie powiatowym, Dz.U. 2018 poz. 995

²⁷⁰ Ustawa z dnia 5 czerwca 1998r.o samorządzie województwa, Dz.U. 2018 poz. 913

Wzmocnienie zaangażowania władz samorządowych w poczucie odpowiedzialności za ochronę zdrowia może przynieść korzyści, w tym także w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Władze samorządowe, będąc równocześnie zobligowane do realizacji zadań w zakresie pomocy społecznej, mają możliwość koordynowania w danej lokalizacji działań z zakresu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, co może poprawić opiekę nad osobami starszymi, chorymi lub z ograniczeniami wynikającymi z choroby.

Na potrzebę zmian w zakresie koordynacji działań pomocy społecznej i opieki zdrowotnej wskazuje także NIK w Informacji o wynikach kontroli: Świadczenie osobom starszym przez gminy i powiaty przedstawionej w 2016 roku. Celowe jest dokonanie przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Zdrowia analizy dotyczącej zmian obowiązujących przepisów prawa i jednoznaczne określenie, w jakich sytuacjach i na jakich warunkach finansowych przysługuje skierowanie do DPS, a w jakich do ZOL/ZPO. Zasadne jest także określenie zasad odpłatności oraz odpowiedzialności gmin i członków rodziny zobowiązanych do alimentacji, za pokrywanie kosztów pobytu w DPS i ZOL.²⁷¹

Postęp medycyny wraz ze zmianami demograficznymi powodują konieczność wprowadzenia modyfikacji w dotychczasowym systemie opieki zdrowotnej, szczególnie w zakresach związanych z opieką nad osobami starszymi, chorymi, wymagającymi szeroko pojętej pomocy, w tym leczenia. Zapewnienie właściwego poziomu opieki wymaga skoordynowania opieki paliatywnej i hospicyjnej, długoterminowej oraz pomocy społecznej. Równocześnie pacjenci wymagający długoterminowej opieki stacjonarnej, z uwagi na niedostateczną liczbę miejsc w odpowiednich jednostkach są hospitalizowani m.in. w oddziałach internistycznych. Konsekwencją braków kadrowych jest ograniczanie liczby łóżek. Zapewnienie szpitalom, w szczególności powiatowym, możliwości przekształcania łóżek internistycznych w łóżka opieki długoterminowej pozwoliłoby na odpowiednie do lokalnych potrzeb zorganizowanie opieki przewlekłej. Dodatkowo szpitale mogą być odpowiedzialne za organizację i koordynację opieki paliatywno-hospicyjnej na danym terenie.

²⁷¹ Informacja o wynikach kontroli. Świadczenie osobom starszym przez gminy i powiaty, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa, 2016

9. Piśmiennictwo

Książki

- de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.), *Medycyna Paliatywna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015
- de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), *Pielęgniarstwo opieki paliatywnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017
- de Walden-Gałuszko K. (red.), *Podstawy opieki paliatywnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004
- Dobrogowski J., Worliczek J. (red.), *Medycyna bólu* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004
- Garden J.O. i wsp., *Davidson Chirurgia*, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009
- Konturek S. (red.), *Gastroenterologia i hepatologia kliniczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2006
- Losy J., Selmaj K.(red.), *Neuroimmunologia kliniczna*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007, s. 49-64.
- Szczeklik A. (red.), *Interna Szczeklika, Medycyna Praktyczna*, Kraków 2018
- Talarska D., Wieczorowska-Tobis K., Szałkiewicz E. (red.), *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009

Artykuły naukowe

- Bętkowska I. A., Zyllich Z.: Stany nagłe w opiece paliatywnej — praktyka kliniczna poparta faktami, *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2017; 11, 4, 153–165.
- Davies E., Higginson I. J., *Palliative care. The solid facts*, World Health Organisation, Europe, 2004
- Durko Ł., Małecka-Panas E., Krwawienia z przewodu pokarmowego, *Pediatr Med Rodz* 2011, 7 (1), p. 17-29
- Gordon R. i wsp. Current Funding and Financing Issues in the Australian Hospice and Palliative Care Sector. *Journal of Pain and Symptom Management* Vol. 38 No. 1 July 2009
- Gospodarczyk-Szot K., Zapalenie nerwów wzrokowych i rdzenia Devisa (NMO) oraz choroby ze spektrum NMO, *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2016; 12 (4): 196–205
- Habor A., Ostra niewydolność wątroby, *Postępy Nauk Medycznych* 1/2014, s. 24-30
- Hartman J., Szabat M. (red.), *Problematyka umierania i śmierci w perspektywie medyczno-kulturowej*, Wolters Kluwer SA, Warszawa, 2016
- Hausz-Piskorz B., Buczkowski K., Diagnostyka i leczenie choroby Alzheimera w warunkach praktyki lekarza rodzinnego, *Forum Medycyny Rodzinnej* 2013, tom 7, nr 4, 198–207
- Idasiak-Piechocka I., Odwodnienie — patofizjologia i klinika, *Forum Nefrologiczne* 2012, tom 5, nr 1, 73–78
- Jasińska M., Kurczewska U., Orszulak-Michalak D., Standardy w opiece paliatywnej na przykładzie Wielkiej Brytanii, *Farm Pol*, 2010, 66(6): 408-414
- Johnson M. J., Booth S., Opieka paliatywna nad pacjentami z przewlekłą niewydolnością serca i przewlekłą chorobą płuc, *Medycyna po Dyplomie*, Vol. 20/nr 1/styczeń 2011, 42-48
- Jantos M., Dlaczego w Polsce rak boli? (niewykorzystane możliwości leczniczej marihuany), *Medyczne aspekty cierpienia*
- Kamińska J. i wsp., Stwardnienie rozsiane – etiopatogeneza i możliwości diagnostyczne *Postępy Hig Med Dosw* 2017; 71: 551-563
- Kościuczuk U. i wsp., Hospitalizacja pacjentów ze schorzeniami nienowotworowymi w hospicjum stacjonarnym - doświadczenia ośrodka w Białymstoku, *Palliat Med Pract* 2018; 12, 1: 1–7
- Kowalczyk B. i wsp., Niewydolność serca - definicja, klasyfikacja, epidemiologia, objawy i leczenie, *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(11):352-367
- Kozubski W., Kalinowska-Łyszczarz A., Zagadkowe objawy kliniczne: zespół wizji Picka oraz choroba Marchiafava-Bignamiego — opis dwóch przypadków, *Polski Przegląd Neurologiczny* 2012; 8 (2): 84–86
- Łuczak J., *Opieka Paliatywna. Medycyna Paliatywna – medycyna bez bólu*
- Martirosian G. i wsp., Zakażenia *Clostridioides (Clostridium) difficile*: epidemiologia, diagnostyka, terapia, profilaktyka, Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2016-2020, Narodowy Instytut Leków, Warszawa, 2018

- McAdam L.C. i wsp., *Pediatric tumefactive demyelination: case series and review of the literature*, *Pediatr. Neurol.* 2002; 26: 18-25
- Motyl R., Otępienie – kryteria diagnostyczne, *Polski Przegląd Neurologiczny* 2007, tom 3, 2, 43–60
- Murray S.A., W jaki sposób uniknąć uporczywej terapii w opiece paliatywnej?, *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2010; 4, 2: 86–91
- Nowarska A., Karmić czy nie karmić? Kliniczne aspekty niepodjęcia lub zaprzestania podawania pokarmów i płynów u kresu życia, *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2011; 5, 2: 33–39
- Olchowik B., i wsp., Aspekty kliniczne zwalczania spastyczności, praca pogładowa, *Neurologia dziecięca*, 2009, Vol. 18/2 009, nr 36
- Pachocka L., Urbanik A., Stomia jelitowa – epidemiologia, rys historyczny, zasady wyłaniania i rodzaje stomii jelitowych, *Probl Hig Epidemiol* 2014, 95(3): 586-590
- Pikor K., Ławiński J., Urostomia - przetoka moczowo-skórna, *Przegląd Urologiczny*, 2007/6 (46)
- Rugno F.C., Carlo M.M., *The Palliative Outcome Scale (POS) applied to clinical practice and research: an integrative review*, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2764. Epub August 15, 2016
- Sobański P. i wsp., Niewydolność serca jako cel dla medycyny paliatywnej, *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2010; 4, 4: 168–172
- Szyszka L.A., Domowe leczenie tlenem w przewlekłej niewydolności oddychania, *Forum Medycyny Rodzinnej* 2013, tom 7, nr 1, 23–28
- *Transverse Myelitis Consortium Working Group: Proposed diagnostic criteria and nosology of acute transverse myelitis.*, *Neurology* 2002; 59: 499–505
- Więckiewicz A. i wsp., Zespół demielinizacji osmotycznej, *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2015; 11 (4): 183–189
- Woroń J., i wsp., Leki złożone w farmakoterapii bólu. Paracetamol i tramadol, *Geriatrics* 2011; 5:30-33

Wytyczne i zalecenia

- *Blood transfusion, NICE guideline, 2015*
- Davidson C. i wsp., *BTS/ICS Guidelines for the Ventilatory Management of Acute Hypercapnic Respiratory Failure in Adults*, *Thorax* 2016; 71:ii1–ii35
- EAPC. Raport dotyczący standardów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej w Europie: część 1. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2010, 4, 2, 41-53
- EAPC. Raport dotyczący standardów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej w Europie: część 2. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2010, 4, 2, 54-65
- Jassem E. i wsp., Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące opieki paliatywnej w przewlekłych chorobach płuc, *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2012; 80, 1: 41–64
- Leppert W., Woroń J., Nudności i wymioty u chorych na nowotwory — zalecenia postępowania terapeutycznego, *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2016; 10, 3: 98–111
- *Patient Blood Management Guidelines: Module 3, Medical, National Blood Authority, 2012*
- Przewlekła niewydolność oddechowa, 2011, Stanowisko Komisji Chorób Układu Oddechowego Komitetu Patofizjologii Klinicznej Polskiej Akademii Nauk
- Rekomendacja CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych, przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 19 lutego 2014 roku podczas 1192 posiedzenia Komitetu Delegatów Ministrów
- Rochweg B. i wsp., *Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure*, *Eur Respir J* 2017; 50: 1602426
- *Supporting Australians to Live Well at the End of Life, National Palliative Care Strategy 2010, Australian Government*
- *The New Zealand Palliative Care Strategy, 2001, Ministry of Health, New Zealand.*
- WHO, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, Worldwide Palliative Care Alliance, 2014*
- Wytyczne ESC dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca w 2016 roku, Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca, *Kardiologia Polska* 2016; 74, 10: 1037–1147
- Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej przyjęte przez Komitet Ministrów 12 listopada 2003 na 860 Konferencji Zastępców Ministrów, Rada Europy 2003

- Wytyczne w zakresie leczenia krwią i jej składnikami oraz produktami krwiopochodnymi w podmiotach leczniczych, wydanie II, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa 2014
- Zasady postępowania w niewydolności serca, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Sekcji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Lekarz Rodzinny - Wydanie Specjalne, 2/2017

Akty prawne

- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U.2018.734 t.j. z dnia 2018.04.13)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U.2015.1658 t.j. z dnia 2015.10.21)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U.2018.465 t.j. z dnia 2018.03.02)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, Dz.U. 2017, poz. 1061
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (Dz.U.2017.2051 z dnia 2017.11.06)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U.2018.742 t.j. z dnia 2018.04.17)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2016.86 t.j. z dnia 2016.01.19)
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998r.o samorządzie powiatowym, Dz.U. 2018 poz. 995
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998r.o samorządzie województwa, Dz.U. 2018 poz. 913
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U.2017.1318 t.j. z dnia 2017.07.04
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2004 Nr 64 poz. 593, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 8 marca 1990r.o samorządzie gminnym, Dz.U. 2018 poz. 994
- Zarządzenie nr 74/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.
- Zarządzenie nr 73/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 lipca 2018r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej
- Zarządzenie nr 120/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2018 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

Inne

- A European Parliament report: Palliative Care in the European Union, 2008
- Analiza w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej dla Polski, <http://www.mpz.mz.gov.pl/analiza-w-zakresie-opieki-paliatywnej-i-hospicyjnej/> [data dostępu: 08.01.2019]
- Annual Report 2017-18, ANZSPM
- ANZSPM Workforce Strategy, Meeting the Palliative Medical Needs of Patients in Australia 2011-2015 and beyond (2011)
- EAPC, Atlas of Palliative Care in Europe, 2007
- Framework On Palliative Care In Canada, Health Canada, 2018.
- Health Systems in Transition. Canada Health system review. Vol. 15 No. 1 2013
- Health Systems in Transition. Sweden Health system review. Vol. 14 No. 5 2012
- Health Systems in Transition. United Kingdom (England) Health system review. Vol. 13 No. 1 2011
- *Hospice Care in America, Facts and figures, National Hospice and Palliative Care Organization, 2017*
Mapy potrzeb zdrowotnych – Mapy dla 30 grup chorób
- Informacja o wynikach kontroli. Świadczenie osobom starszym przez gminy i powiaty, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa, 2016
- Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla Polski
- Mossialos E., Wenzl M., International Profiles Of Health Care Systems, 2015

- Mossialos E., Wenzl M., Osborn R., Anderson C.: *International Profiles Of Health Care Systems*, 2014
- Prognoza ludności gmin 2017-2030, Główny Urząd Statystyczny, 2017
- Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050, Główny Urząd Statystyczny, 2014
- Sytuacja demograficzna Polski, Raport 2016-2017, Rządowa Rada Ludnościowa, Główny Urząd Statystyczny, 2017
- WHO, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, *Worldwide Palliative Care Alliance*, 2014
- Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w 2017r., Główny Urząd Statystyczny (GUS), Kraków, 2018
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r., Główny Urząd Statystyczny (GUS), Kraków 2018

Źródła internetowe

- Australian Government, <https://www.australia.gov.au/information-and-services/health>
- Australian Government, <https://data.gov.au/dataset/medicare-benefits-schedule-mbs-group>
- Australian Health Services Research Institute, <https://ahsri.uow.edu.au/content/groups/public/@web/@chsd/@pcoc/documents/doc/uow252855.pdf>
- Australian Health Services Research Institute, <https://ahsri.uow.edu.au/pcoc/clinical-assessment-and-response/index.html>
- Australian Institute of Health and Welfare, <https://www.aihw.gov.au/getmedia/26508e75-3d08-4847-9106-d55ab5238a1a/Admitted-patient-palliative-care-and-hospital-based-facilities.pdf.aspx>
- Australian Institute of Health and Welfare, <https://www.aihw.gov.au/getmedia/758d67f6-5c14-4e8d-97b4-9840348d7d18/Palliative-care-facilities-and-services-2012-13.pdf.aspx>
- Australian Institute of Health and Welfare, <https://www.aihw.gov.au/getmedia/898ae8c7-63e7-435a-9ee4-8a833a626571/Palliative-care-workforce-2012-13.pdf.aspx>
- Australian Institute of Health and Welfare, <https://www.aihw.gov.au/getmedia/b95b06e5-bfe3-4324-964f-4ad2d7074923/Admitted-patient-palliative-care-2012-13.pdf.aspx>
- Australian Institute of Health and Welfare, <https://www.aihw.gov.au/getmedia/bb7eef1-dcce-435d-b59f-f544b2f835f3/Services-provided-by-palliative-medicine-specialists.pdf.aspx>
- Australian Institute of Health and Welfare, <https://www.aihw.gov.au/reports/palliative-care-services/palliative-care-services-in-australia/contents/admitted-patient-palliative-care/hospital-based-facilities>
- Australian Institute of Health and Welfare, <https://www.aihw.gov.au/reports/palliative-care-services/palliative-care-services-in-australia/contents/palliative-care-in-general-practice>
- Australian Institute of Health and Welfare, <https://www.aihw.gov.au/reports/palliative-care-services/palliative-care-services-in-australia/contents/services-provided-by-palliative-medicine-specialists/types-of-service-and-patient-characteristics>
- Eurostat Statistics Explained [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthcare_expenditure_by_financing_agent,_2012_\(%25_of_current_health_expenditure\)_YB15.png#file](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthcare_expenditure_by_financing_agent,_2012_(%25_of_current_health_expenditure)_YB15.png#file)
- Government of Canada, <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>
- Medycyna Praktyczna, <https://www.mp.pl/>
- GUS, Zgony według przyczyn określanych jako "garbage codes" według wieku zmarłych w 2016 roku, <https://stat.gov.pl/>
- MOPS, <http://www.mops.wroclaw.pl/formy-pomocy/pomoc-uslugowa/uslugi-opiekuncze-i-specjalistyczne>
- National Standards Assessment Program, <https://www.caresearch.com.au/caresearch/TabId/3781/ArtMID/6000/ArticleID/54/National-Standards-Assessment-Program-NSAP.aspx>
- NHS, <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/what-it-involves-and-when-it-starts/>
- Palliative Care Australia 2018, National Palliative Care Standards 5th edn, PCA, Canberra, <https://palliativecare.org.au/standards>
- Palliative Care Outcomes Collaboration, Australian Health Services Research Institute, <https://ahsri.uow.edu.au/pcoc/index.html>
- POS, <https://pos-pal.org/>
- Termedia, <https://www.termedia.pl/Objawy-kliniczne-i-postepowanie-w-stanie-padaczkowym,8,1413,0,0.html>

- The Ministry of Health, <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/palliativecarestrategy.pdf>
- The Program of Experience in the Palliative Approach, <https://pepaeducation.com/about-pepa/what-is-pepa/>
- The World Bank, https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?view=map&year_high_desc=true
- WHO, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Spis tabel:

Tabela 1. Propozycja jednostek chorobowych kwalifikujących do leczenia w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej.	15
Tabela 2. Wykaz nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób.....	19
Tabela 3. Liczba pacjentów oraz struktura wieku pacjentów i rozpoznań w opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2016 r.	19
Tabela 4. Liczba pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną od 01.01.2015 do 30.06.2018. .	20
Tabela 5. Liczba i odsetek pacjentów z rozpoznaniem o charakterze nowotworowym i nienowotworowym objętych opieką paliatywną i hospicyjną w okresie od 01.01.2015 do 30.06.2018.	20
Tabela 6. Liczba i odsetek pacjentów z poszczególnymi kategoriami rozpoznań w podziale na świadczenia w hospicjum stacjonarnym, domowym oraz poradni medycyny paliatywnej w okresie od 01.01.2015 do 30.06.2018.....	21
Tabela 7. Zmodyfikowana skala nasilenia duszności mMRC (<i>modified Medical Research Council</i>)... ..	22
Tabela 8. Klasyfikacja niewydolności serca wg New York Heart Association (NYHA).	28
Tabela 9. Objawy niewydolności nerek.	33
Tabela 10. Klasyfikacja Childa (zmodyfikowana przez Pugh) niewydolności wątroby.	35
Tabela 11. Czterostopniowa klasyfikacja zaawansowania encefalopatii wątrobowej.....	37
Tabela 12. Skala Rockalla wraz z interpretacją przed- i poednoskopową.	41
Tabela 13. Klasyfikacja krwawienia wg WHO.	57
Tabela 14. Przyczyny i rodzaje zaburzeń czucia w zależności od miejsca uszkodzenia.	61
Tabela 15. Skala sprawności wg Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG).	80
Tabela 16. Skierowania do opieki paliatywnej stosowane w polskich jednostkach.	82
Tabela 17. Skierowania do opieki paliatywnej z innych krajów.	84
Tabela 18. Katalog świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej.....	91
Tabela 19. Wartość rocznej stawki kapitałowej w POZ.....	94
Tabela 20. Porównanie świadczeń stacjonarnych.	98
Tabela 21. Porównanie świadczeń domowych i/lub ambulatoryjnych.	101
Tabela 22. Obszary docelowe wg National Palliative Care Strategy (2010).....	108
Tabela 23. Przegląd standardów NSAP.....	109
Tabela 24. Założenia ulepszenia opieki paliatywnej.	112
Tabela 25. Finansowanie i organizacja opieki paliatywnej i hospicyjnej w wybranych krajach.	114
Tabela 26. Podsumowanie informacji o opiece paliatywnej z innych krajów.	117
Tabela 27. Opinia ekspertów dotycząca zmiany definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej, która powinna być wprowadzana jeszcze w trakcie leczenia przyczynowego, w celu jego uzupełnienia.....	118
Tabela 28. Opinia ekspertów dotycząca czy powinna nastąpić zmiana kwalifikacji do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej na podstawie wykazu jednostek chorobowych.....	119

Tabela 29. Opinia ekspertów dotycząca zasadności wykorzystania narzędzia przy kwalifikacji do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej jakim jest Karty kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.	120
Tabela 30. Inne problemy	125

Spis rysunków:

Rysunek 1. Nowe podejście do opieki paliatywnej vs poprzednie podejście do opieki paliatywnej.	16
Rysunek 2. Przyczyny zapotrzebowania na opiekę paliatywną wg danych WHO	18
Rysunek 3. Schemat drabiny analgetycznej.	67
Rysunek 4. Piramida wzrostu potrzeb pacjenta, specyfiki opieki oraz kosztów ponoszonych na opiekę paliatywną	140
Rysunek 5. Algorytm przebiegu opieki paliatywnej.	141

10. Załączniki

Załącznik 1.

**KARTA KWALIFIKACJI DO ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU
 OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ PACJENTÓW DOROSŁYCH
 CZĘŚĆ I (wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, w tym lekarz specjalista medycyny paliatywnej)**

Tabela 1. Informacje o pacjencie

Imię (imiona) i nazwisko:	PESEL:
Adres:	
Rozpoznanie choroby podstawowej: ICD-10:	
Choroby współistniejące: ICD-10:	
<input type="checkbox"/> Zdyskwalifikowano od leczenia przyczynowego <input type="checkbox"/> Zakończono leczenie przyczynowe <input type="checkbox"/> Pacjent wymaga leczenia objawowego równoległe z leczeniem przyczynowym <input type="checkbox"/> Pacjent wymaga leczenia stanu naglącego w warunkach leczenia szpitalnego	

Data

Podpis lekarza

CZĘŚĆ II (wypełnia lekarz specjalista medycyny paliatywnej)

Należy rozważyć i wykluczyć konieczność diagnostyki i/lub leczenia stanu naglącego.

Tabela 2. Stany naglące związane z chorobą podstawową i jej leczeniem (X)

<input type="checkbox"/> Zespół żyły głównej górnej
<input type="checkbox"/> Zespół wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego
<input type="checkbox"/> Zespół ucisku rdzenia kręgowego
<input type="checkbox"/> Niedrożność przewodu pokarmowego zdyskwalifikowana od zabiegu operacyjnego
<input type="checkbox"/> Płyn w jamach ciała wymagający odbarczenia lub innego pilnego postępowania
<input type="checkbox"/> Groźne dla życia zaburzenia metaboliczne lub wodno-elektrolitowe:
<input type="checkbox"/> Działanie toksyczne leków stosowanych w celu łagodzenia objawów (opiodów/ benzodwiazepin, innych)

Tabela 3. Stan sprawności i natężenie objawów

Ogólny stan sprawności	ECOG 0 0	ECOG 1 0	ECOG 2 1	ECOG 3 2	ECOG 4 3
Ból*	nie występuje 0	słaby 2	średni 6	silny 10	bardzo silny 12
*lub analgezja osiągnięta przy pomocy silnych opiodów (zaznaczyć „średni 6”)					
Wyniszczenie	nie występuje 0	prekacheksja 2	kacheksja 4	uporczywa kacheksja 6	

Duszność	nie występuje 0	słabo nasiloną 2	średnio nasiloną 4	nasiloną 6	bardzo nasiloną 8
Kaszel	nie występuje 0	słaby 1	umiarkowany 2	silny 3	bardzo silny 4
Zaburzenia polykania	nie występuje 0	miernie nasilone 1	średnio nasilone 2	znacznie nasilone 3	afagia 4
Nudności lub wymioty	nie występują 0	słabo nasilone/ sporadyczne 1	średnio nasilone 2	nasilone/ częste 3	bardzo nasilone/ bardzo częste 4
Zaparcie stolca	nie występuje 0	słabo nasilone 1	średnio nasilone 2	nasilone 3	bardzo nasilone 4
Uporczywa czkawka	nie występuje 0	miernie nasiloną 1	średnio nasiloną 2	uporczywa 3	
Płyn w jamach ciała lub obrzęki uogólnione	nie występują 0	miernie nasilone 1	średnio nasilone 2	znacznie nasilone 3	bardzo nasilone/uogólnione 4
Obrzęk limfatyczny	nie występuje 0	miernie nasiloną 1	średnio nasiloną 2	znacznie nasiloną 3	bardzo nasiloną 4
Odleżyny w skali Torrance'a	brak lub stopień 1 (rumień blednący) 0	stopień 2 (rumień nieblednący) 0	stopień 3 (owrzodzenie z ziarniną lub włóknikiem) 2	stopień 4 (owrzodzenie z martwicą) 4	stopień 5 (owrzodzenie drażące lub sepsa) 6
Owrzodzenie nowotworowe	nie występuje 0	niewielkie 1	rozległe, liczne lub w okolicy głowy i szyi 2	głębokie lub krwawiące 3	
Świąd	nie występuje 0	słabo nasiloną 1	średnio nasiloną 2	bardzo nasiloną 3	
Zaburzenia lękowo-depresyjne (w tym zaburzenia snu)	nie występują 0	słabo nasilone 1	średnio nasilone 2	bardzo nasilone 3	
Suma punktów					

Tabela 4. Kryteria kwalifikacji

Choroba ma niekorzystne lub niepewne rokowanie dotyczące przeżycia

Występuje 1 lub więcej stan naglący (tab. 2), który nie wymaga diagnostyki lub leczenia w warunkach leczenia szpitalnego lub natężenie objawów (tab. 3) – suma punktów ≥ 10 pkt.

Do objęcia dowolną formą opieki paliatywnej wymagane jest spełnienie obu powyższych kryteriów jednocześnie.

W przypadku niespełnienia jednego z kryteriów, pacjent może być skierowany do poradni medycyny paliatywnej. Pacjentów, u których rozpoznaje się stan nagły (tab. 2) lub ból ≥ 6 pkt. lub duszność 6 pkt. lub objawy łącznie >20 pkt, można skierować w trybie pilnym do oddziałów stacjonarnych opieki paliatywnej lub opieki domowej.

Tabela 5. KWALIFIKACJA (dokonuje specjalista medycyny paliatywnej lub lekarz zatrudniony w ośrodku medycyny paliatywnej).

Pacjent kwalifikuje się do opieki paliatywnej i hospicyjnej: <input type="checkbox"/> stacjonarnej <input type="checkbox"/> domowej <input type="checkbox"/> poradni
<input type="checkbox"/> Pacjent nie kwalifikuje się do opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wskazana kolejna ocena kwalifikacyjna w terminie

Weryfikacja kwalifikacji w przypadku zamiaru zmiany formy opieki, wypisania z hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej, lub zmiany stanu zdrowia.

Data

Podpis lekarza

Załącznik 2.

Proponowane jednostki chorobowe nieuwzględnione w obowiązującym wykazie jednostek chorobowych kwalifikujących do leczenia.

Kategoria trzysznakowa	Nazwa	Podkategoria czteroznakowa	Nazwa	Podrozdział w raporcie
G36	Inne rozlane procesy demielinizacyjne o ostrym przebiegu	G36.0	Zapalenie rdzenia kręgowego i nerwów wzrokowych [zespół Devica]	4.2.9
		G36.1	Ostre i podostre krwotoczne zapalenie istoty białej mózgu [Hurst]	
		G36.8	Inne określone rozlane procesy demielinizacyjne o ostrym przebiegu	
		G36.9	Rozlane procesy demielinizacyjne o ostrym przebiegu, nieokreślone	
G37	Inne choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego	G37.0	Stwardnienie rozlane	4.2.9
		G37.1	Środkowa demielinizacja ciała modzelewatego	
		G37.2	Mielinoliza środkowa mostu	
		G37.3	Ostre poprzeczne zapalenie rdzenia kręgowego w przebiegu choroby demielinizacyjnej ośrodkowego układu nerwowego	
		G37.4	Podostre martwicze zapalenie rdzenia kręgowego	
		G37.5	Stwardnienie koncentryczne [Baló]	
		G37.8	Inne określone choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego	
I50	Niewydolność serca	I50.0	Niewydolność serca zastoinowa	4.2.2
		I50.1	Niewydolność serca lewokomorowa	
		I50.9	Niewydolność serca, nieokreślona	
J44	Inne przewlekłe obturacyjne choroby płuc	J44.0	Przewlekła obturacyjna choroba płuc z ostrym zakażeniem dolnych dróg oddechowych	4.2.1
		J44.1	Przewlekła obturacyjna choroba płuc w okresie zaostrzenia, nieokreślona	
		J44.8	Inna określona przewlekła obturacyjna choroba płuc	
		J44.9	Przewlekła obturacyjna choroba płuc, nieokreślona	
J99	Zaburzenia układu oddechowego w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	J99.0	Reumatoidalna choroba płuc (M05.1 - Reumatoidalna choroba płuc)	4.2.1
		J99.1	Zaburzenia układu oddechowego w innych układowych chorobach tkanki łącznej, np. J99.113 - Zespół Sjogrena (zespół suchości) (M35.0); J99.114 - Toczeń rumieniowaty układowy (M32.1); J99.116 - Ziarniniakowatość Wegenera (M31.3)	
		J99.8	Zaburzenia układu oddechowego w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej, np. J99.813 - Krioglobulinemia (D89.1)	
K74	Zwłóknienie i marskość wątroby	K74.0	Zwłóknienie wątroby	4.2.4
		K74.1	Stwardnienie wątroby	
		K74.2	Zwłóknienie wątroby ze stwardnieniem wątroby	
		K74.3	Pierwotna marskość żółciowa	
		K74.4	Wtórna marskość żółciowa	
		K74.5	Marskość żółciowa, nieokreślona	
N18	Przewlekła niewydolność nerek	N18.0	Schyłkowa niewydolność nerek	4.2.3
		N18.8	Inna przewlekła niewydolność nerek	
		N18.9	Przewlekła niewydolność nerek, nieokreślona	
		R52.1	Przewlekły ból nieustępujący	4.2.9
		R52.2	Inny ból przewlekły	

Zródło: Opracowanie własne na podstawie: <https://www.icd10data.com/> [data dostępu: 28.02.2019]

Załącznik 3.

SKIEROWANIE (wybierz jedną opcję i zaznacz X)

do Poradni Medycyny Paliatywnej do Hospicjum Domowego dla Dorosłych
 do Hospicjum Stacjonarnego / Oddziału Medycyny Paliatywnej

pieczęć instytucji kierującej

tel. do lekarza kierującego: _____

Chory _____ Pesel _____

zam. _____ obecnie przebywa _____ tel. _____

PORADNIA MEDYCZYNY PALIATYWNEJ - specjalistyczne konsultacje chorych dotyczące leczenia objawów związanych z zaawansowaną chorobą
HOSPICJUM DOMOWE - domowa opieka hospicyjna: interdyscyplinarna opieka medyczna nad chorym z zaawansowaną, postępującą i nieuleczalną chorobą
HOSPICJUM STACJONARNE - opieka hospicyjna na oddziale Hospicjum dla chorych głównie u kresu życia, niemogących przebywać w domu
UWAGA! Wystawienie i rejestracja skierowania nie są jednoznaczne z objęciem opieką - o przyjęciu decyduje lekarz przyjmujący po zbadaniu pacjenta.

tel. do opiekuna: _____
Wyrażam zgodę na objęcie opieką paliatywną i hospicyjną: _____
 UŚWIADOMIONA ZGODA CHOREGO

Rozpoznanie najbardziej ograniczające prognozę chorego Liczba hospitalizacji z tego powodu w ostatnich 6 mies

_____ ICD-10 _____

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

Pozostałe istotne rozpoznania _____

Przebieg w ostatnim miesiącu _____
 Obecne patogeny alarmowe - gdzie i jakie? _____

Na jakim etapie choroby jest pacjent obecnie?
 dosyć stabilnym, z prognozą przeżycia w latach systematycznie pogarszającym się, z prognozą przeżycia w tygodniach
 niestabilnym, z prognozą liczoną miesiącami w ostatnich dniach życia

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

Wymień objawy i dolegliwości, które POMIMO ZASTOSOWANEGO LECZENIA aktualnie w dalszym ciągu się utrzymują:
 niedrożność p pok silny niepokój ruchowy z omamami i dezorientacją nasiloną duszność ciężka biegunka
 nasilone wymioty z nadciśn śródczaszk. z żyły głównej górnej ucisk rdzenia krę silny (>5/10) ból

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

Aktualnie obecne objawy, wyniki badań biochemicznych oraz obecność i stan odleżyn
 wyniszczenie nietrzymanie stolca zaburzenie polykania
 nietrzymanie moczu zaawansowane obrzęki zaawansowane ośpienie

leukocytoza kreatynina albumina sur liczba odleżyn zakażonych
 hemoglobina mocznik sur CRP najbardziej zaawans. w skali EPUAP (I-IV)

Czynniki utrudniające pobyt chorego w domu, uwagi _____
 _____ data _____ podpis i pieczęć lekarza kierującego _____ nr prawa wyk. zawodu

Wypełnione skierowanie do Hospicjum św. Łazarza wraz z kopiami dostępnej istotnej dokumentacji medycznej należy złożyć w Hospicjum ul. Fatimka 17, wyłac faksen nr 12 6414659 lub skan mailem (sekretariat@hospicjum.org). Informacje dotyczące przyjęć pod tel.: 12 6414659 w godz. 8.00- 15.00. Aktualne formularze skierowań na www.hospicjum.krakow.pl
 Źródłem finansowania opieki w Hospicjum są także dobrowolne dary pieniężne - dla chorych jest ona bezpłatna. © Hospicjum im. św. Łazarza 02/2019 r.

Załącznik 4.

SKIEROWANIE DO HOSPICJUM STACJONARNEGO

ORZECZENIE LEKARSKIE

Przeciwwskazaniem do umieszczenia w hospicjum są: choroby zakaźne, narkomania, choroby psychiczne powodujące zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w hospicjum lub osób z jej otoczenia.

I. Imię i nazwisko chorego

PESEL

Seria i numer dowodu osobistego

Data i miejsce urodzenia

Dokładny adres

Telefon kontaktowy

II. Aktualne rozpoznanie lekarskie i weryfikacja histopatologiczna

.....
.....
.....
.....
.....

III. Dotychczasowe leczenie onkologiczne

.....

Stosowane środki przeciwbólowe (jakie, dawki?)

.....

Czy chory stosuje pomoce ortopedyczne lub inne środki pomocnicze (jakie?)

.....

Czy istnieje konieczność karmienia zgłębnikiem? TAK..... NIE.....

Czy ma założoną przetokę, ~~stomie~~, cewnik w pęcherzu? (*podkreślić właściwe*)

Przyjmowane leki

.....

IV. Wyniki aktualnego badania lekarskiego:

- a.) wyniki badań rutynowych i dodatkowych, które stanowią załącznik do niniejszego badania, mogą być ujęte w karcie informacyjnej z placówki służby zdrowia.

.....
.....

- b.) stan obecny oraz terapia proponowana przez lekarza kierującego.....

.....
.....
.....

V. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub chorej bez możliwości nawiązania kontaktu, należy podać nazwisko i imię osoby udzielającej wywiadu i ewentualnie stopień pokrewieństwa z badanym.

.....

VI. Nieodłącznym warunkiem skierowania do hospicjum jest oświadczenie podpisane przez rodzinę lub osobę opiekującą się chorym.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego

.....
Pieczęć Zakładu Służby Zdrowia

Załącznik 5.

pieczęć zakładu kierującego

**Skierowanie do Hospicjum Stacjonarnego Caritas
im. św. Matki Teresy z Kalkuty**

Imię i nazwisko Chorego PESEL

zam obecnie przebywa

tel*

osoba z rodziny do kontaktu pokrewieństwo

adres tel*

HOSPICJUM STACJONARNE - opieka hospicyjna na oddziale Hospicjum dla chorych u kresu życia, niemożącego przebywać w domu

Rozpoznanie podstawowe - kwalifikujące Chorego do opieki hospicyjnej - w przypadku nowotworu wpisać
wynik badania his-pat

..... ICD 10

Pozostałe rozpoznania

.....
.....

Narządy, w których potwierdzono obecność przerzutów nowotworowych:

.....
.....

Aktualny stan zdrowia

Chory: leżący , chodzący samodzielnie , chodzący z pomocą .

Najbardziej uciążliwe dla Chorego objawy utrzymujące się pomimo leczenia:

ból , duszność , osłabienie , brak apetytu , biegunka , wymioty , zaparcia ,

wodobrzusze , zespół splątaniowy , obrzęki , rany , owrzodzenia .

Odleżyny: TAK , NIE (lokalizacja).

.....
.....

Aktualnie stosowane leki (nazwa, dawki):

.....
.....
.....

Czy Chory jest świadomy rozpoznania? TAK , NIE .

Czy Chory zna rokowanie? TAK , NIE .

Termin uzgodnionego przyjęcia:

Uwagi:

Oświadczam, że u pacjenta zostało zakończone leczenie przyczynowe.



Zespół Placówek Lecznictwa Ambulatoryjnego Caritas Diecezji Kieleckiej

.....
data, pieczęć i podpis lekarza

* Informujemy, że podanie numeru telefonu Pacjenta i/lub osoby z rodziny jest dobrowolne, jednak niepodanie tych danych będzie skutkowało brakiem możliwości skontaktowania się przez personel medyczny.

Załącznik 6.

Miejscowość.....

Data.....

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
(POZ, Szpitala)

SKIEROWANIE

Kieruję Pana/Panią.....

PESEL..... do Hospicjum Stacjonarnego

Kaśmin s.c. Drożdżówka 5a, 05-332 Siennica

Rozpoznanie:

.....
.....

Pieczętką i podpis lekarza kierującego

ORZECZENIE LEKARSKIE dla pacjenta kierowanego do hospicjum

Przeciwwskazaniem do umieszczenia w hospicjum są: choroby zakaźne, narkomania, choroby psychiczne powodujące zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w hospicjum lub osób z jej otoczenia.

I. Imię i nazwisko

Seria i numer dowodu osobistego

Data i miejsce urodzenia

Dokładny adres

Telefon kontaktowy

PESEL

II. Aktualne rozpoznanie lekarskie i kod jednostki chorobowej wg ICD-10

.....

.....

.....

III. Weryfikacja histopatologiczna

.....

IV. Dotychczasowe leczenie onkologiczne

.....

.....

Stosowane środki przeciwbólowe (jakie dawki)

.....

.....

Czy chory stosuje pomoce ortopedyczne lub inne środki pomocnicze (jakie)

.....

.....

Czy istnieje konieczność karmienia zgłębnikiem? TAK NIE

Czy ma założoną przetokę, stomię, cewnik w pęcherzu? (właściwe podkreślić)

Przyjmowane leki

.....

.....

.....

V. Wyniki aktualnego badania lekarskiego:

- a. wyniki badań rutynowych i dodatkowych, mogą być ujęte w karcie informacyjnej z placówki służby zdrowia, którą należy dołączyć do niniejszego skierowania

.....
.....

- b. stan obecny oraz terapia proponowana przez lekarza kierującego

.....
.....
.....

- c. choroby współistniejące

.....
.....

gruźlica tak / nie

narkomania tak / nie

choroby psychiczne tak / nie

choroby zakaźne tak / nie

VI. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub chorej, bez możliwości nawiązania kontaktu, należy podać nazwisko i imię osoby udzielającej wywiadu i ewentualnie stopień pokrewieństwa z badanym.

.....
.....

VII. Nieodłącznym warunkiem niniejszego skierowania do hospicjum jest oświadczenie podpisane przez rodzinę lub osobę opiekującą się chorym, oraz deklaracja wyboru hospicjum i dowód ubezpieczenia zdrowotnego.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego

.....
Pieczęć Zakładu Służby Zdrowia

załącznik nr 13 do zarządzenia nr 61/2007/DSOZ

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA DO OBJĘCIA OPIEKĄ PALIATYWNO-HOSPICYJNĄ

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez hospicjum domowe, hospicjum stacjonarne,
oddział medycyny paliatywnej *

.....
(nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)

.....
Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

.....
Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta do kontaktu z
hospicjum/oddziałem medycyny paliatywnej

.....
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych
świadczeniodawcy i płatnika.

.....
podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

* - właściwe zakreślić

OŚWIADCZENIE

pacjenta lub osoby bliskiej opiekującej się chorym

Ja niżej podpisana/y

Stopień pokrewieństwa

Seria i numer dowodu osobistego

PESEL

Telefon kontaktowy

Jestem świadoma/y nieuleczalności choroby mojej bliskiej osoby

którą pragnę umieścić w hospicjum.

Zostałam/lem poinformowany, że odstąpiono od diagnostyki i leczenia przyczynowego, a dalsza opieka ma charakter leczenia objawowego, a także o nie przedłużaniu życia za wszelką cenę (reanimacja, resuscytacja).

W przypadku zgonu chorego z rozpoznaną chorobą nowotworową proszę o odstąpienie od wykonania sekcji zwłok.

Po śmierci chorej/go zobowiązuję się zająć sprawami związanymi z pochówkiem.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis

*oświadczenie wypełnia się przy kierowaniu chorego do hospicjum stacjonarnego

DODATKOWE INFORMACJE DLA ZAKŁADU

Imię i nazwisko osoby starającej się o przyjęcie

.....

Imiona rodziców i nazwisko rodowe osoby starającej się o przyjęcie

.....

Data i miejsce urodzenia

.....

Stan cywilny

.....

Adres zamieszkania

.....

Nr ubezpieczenia ZUS/KRUS/inne

.....

Czy osoba starająca się o przyjęcie przebywała w innej placówce całodobowej (ZOL, DPS, Prywatny Dom Opieki – jeśli tak to gdzie

.....

Kontakt do rodziny

.....

.....

.....

.....

Obowiązek Informacyjny

Kto jest administratorem moich danych?	Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest jest Kaśmin s.c. Dom Seniora K. Minkowski, K. Świąż z siedzibą w Drożdżówka 5a, 05-332 Siennica (dalej: „KAŚMIN”).													
Z kim mogę się skontaktować w kwestiach związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych?	We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani / Pana danych osobowych może Pani / Pan skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych, dostępnym pod adresem e-mail: IODO@kasmin.pl.													
Jaki jest zakres przetwarzanych przez KAŚMIN moich danych osobowych?	<p>W celu objęcia Pani / Pana opieką zdrowotną w naszej placówce, koniecznym będzie zebranie następującego zakresu danych: imię, nazwisko, nr PESEL, płeć oraz data urodzenia (w przypadku osób nieposiadających nr PESEL), główna miejscowość opieki, adres zamieszkania, pokrewieństwo (w przypadku osób zgłaszanych przez członka rodziny). Może Pani / Pan przekazać nam również swój adres e-mail oraz numer telefonu, ale te dane nie są niezbędne do świadczenia usług opieki zdrowotnej.</p> <p>Podczas korzystania z usług świadczonych przez KAŚMIN, koniecznym będzie stworzenie Pani / Pana dokumentacji medycznej, w której zawarte będą informacje dotyczące procesu leczenia, w szczególności informacje o Pani / Pana stanie zdrowia jak również mogą znaleźć się tzw. informacje wrażliwe, które mogą dotyczyć na przykład Pani / Pana nałogów. Te informacje mogą być niezbędne do prawidłowego prowadzenia procesu leczenia i będą zbierane tylko w takich sytuacjach.</p>													
Jaki jest cel przetwarzania moich danych osobowych?	<p>Przetwarzamy Pani / Pana dane osobowe, jako podmiot leczniczy a celem tego przetwarzania jest zapewnienie opieki zdrowotnej i zarządzanie systemami i usługami opieki zdrowotnej, przez co rozumiemy:</p> <table border="1" data-bbox="517 943 1477 1749"> <thead> <tr> <th data-bbox="517 943 1038 1055">Cel przetwarzania</th> <th data-bbox="1038 943 1477 1055">Podstawa prawna (pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="517 1055 1038 1144">Ustalenie Pani / Pana tożsamości przed rozpoczęciem udzielania świadczeń.</td> <td data-bbox="1038 1055 1477 1144">Art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 25 pkt 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz § 10 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia MZ.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="517 1144 1038 1256">Jako podmiot leczniczy jesteśmy zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej.</td> <td data-bbox="1038 1144 1477 1256">Art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 24 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz Rozporządzenia MZ.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="517 1256 1038 1413">Realizujemy Pani / Pana prawa, jako naszego pacjenta, np. odbieramy i archiwizujemy Pani / Pana oświadczenia, w których upoważnia Pani / Pan inne osoby do dostępu do Pani / Pana dokumentacji medycznej oraz udzielania im informacji o stanie Pani / Pana zdrowia.</td> <td data-bbox="1038 1256 1477 1413">Art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz § 8 ust. 1 Rozporządzenia MZ</td> </tr> <tr> <td data-bbox="517 1413 1038 1525">Jako administrator danych będący przedsiębiorcą mamy prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej i tym samym przetwarzania Twoich danych w tym celu.</td> <td data-bbox="1038 1413 1477 1525">Art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="517 1525 1038 1749">Na KAŚMIN, jako przedsiębiorcy spoczywają obowiązki nałożone również innymi aktami prawa, w tym np. obowiązek prowadzenia ksiąg rachunkowych czy obowiązki podatkowe jak konieczność wystawiania rachunków za wykonane przez nas usługi, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania Pani / Pana danych osobowych.</td> <td data-bbox="1038 1525 1477 1749">Art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.</td> </tr> </tbody> </table>		Cel przetwarzania	Podstawa prawna (pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza)	Ustalenie Pani / Pana tożsamości przed rozpoczęciem udzielania świadczeń.	Art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 25 pkt 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz § 10 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia MZ.	Jako podmiot leczniczy jesteśmy zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej.	Art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 24 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz Rozporządzenia MZ.	Realizujemy Pani / Pana prawa, jako naszego pacjenta, np. odbieramy i archiwizujemy Pani / Pana oświadczenia, w których upoważnia Pani / Pan inne osoby do dostępu do Pani / Pana dokumentacji medycznej oraz udzielania im informacji o stanie Pani / Pana zdrowia.	Art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz § 8 ust. 1 Rozporządzenia MZ	Jako administrator danych będący przedsiębiorcą mamy prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej i tym samym przetwarzania Twoich danych w tym celu.	Art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw.	Na KAŚMIN, jako przedsiębiorcy spoczywają obowiązki nałożone również innymi aktami prawa, w tym np. obowiązek prowadzenia ksiąg rachunkowych czy obowiązki podatkowe jak konieczność wystawiania rachunków za wykonane przez nas usługi, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania Pani / Pana danych osobowych.	Art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.
Cel przetwarzania	Podstawa prawna (pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza)													
Ustalenie Pani / Pana tożsamości przed rozpoczęciem udzielania świadczeń.	Art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 25 pkt 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz § 10 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia MZ.													
Jako podmiot leczniczy jesteśmy zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej.	Art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z art. 24 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz Rozporządzenia MZ.													
Realizujemy Pani / Pana prawa, jako naszego pacjenta, np. odbieramy i archiwizujemy Pani / Pana oświadczenia, w których upoważnia Pani / Pan inne osoby do dostępu do Pani / Pana dokumentacji medycznej oraz udzielania im informacji o stanie Pani / Pana zdrowia.	Art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz § 8 ust. 1 Rozporządzenia MZ													
Jako administrator danych będący przedsiębiorcą mamy prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej i tym samym przetwarzania Twoich danych w tym celu.	Art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw.													
Na KAŚMIN, jako przedsiębiorcy spoczywają obowiązki nałożone również innymi aktami prawa, w tym np. obowiązek prowadzenia ksiąg rachunkowych czy obowiązki podatkowe jak konieczność wystawiania rachunków za wykonane przez nas usługi, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania Pani / Pana danych osobowych.	Art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.													

Czy moje dane przetwarzane są w jakiś jeszcze sposób?	Nie, KAŚMIN nie stosuje żadnych procesów opartych o zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie.
Komu przekazywane są moje dane osobowe?	Poufność Pani / Pana danych jest dla nas priorytetem. Jednak z uwagi na konieczność z uwagi na konieczność zapewnienia sprawnego działania naszej placówki, Pani / Pana dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców: a. Podmiotom odpowiedzialnym za ubezpieczenia społeczne w tym jednostkom publicznym (NFZ) i prywatnym; b. Laboratoriom analitycznym i podmiotom zapewniającym transport medyczny; c. Osobom upoważnionym przez Panią / Pana w ramach realizacji praw pacjenta.
Czy moje dane są przekazywane poza Unię Europejską (EOG)?	Nie, KAŚMIN nie przekazuje danych osobowych do państw znajdujących się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym
Przez jaki czas przetwarzane są moje dane osobowe?	W przypadku przetwarzania Pani / Pana danych medycznych, mamy obowiązek przechowywania ich, co najmniej przez okres 20 lat od dnia dokonania w dokumentacji ostatniego wpisu. Z zastrzeżeniem tego terminu, jeżeli dane były przez nas przetwarzane w celu dochodzenia roszczeń (np. w postępowaniach windykacyjnych) przetwarzamy dane w tym celu przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów kodeksu cywilnego. Po upływie wyżej wymienionych okresów Pani / Pana dane są usuwane lub poddawane anonimizacji.
Czy podanie danych jest moim obowiązkiem?	Korzystanie z usług KAŚMIN jest całkowicie dobrowolne, jednakże, jako podmiot świadczący usługi lecznicze jesteśmy zobowiązani przepisami prawa do przetwarzania danych pacjenta. W takim przypadku niepodanie danych może skutkować odmową udzielenia świadczenia.
Jakie mam prawa?	Jako administrator Pani / Pana danych, zapewniamy Pani / Panu prawo dostępu do danych, sprostowania ich, żądania usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Może Pani / Pan także skorzystać z uprawnienia do złożenia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani / Pana danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych. Informujemy także, że przysługuje Pani / Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych.
<p>RODO - Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE; Ustawa o prawach pacjenta - ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;</p> <p>Rozporządzenie MZ - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;</p>	

.....
 data i podpis pacjenta

Załącznik 7.

..... dnia20.....r

**SKIEROWANIE DO HOSPICJUM „POMNIK MIASTU OŚWIĘCIM”
HOSPICJUM STACJONARNE**

Kieruję Pana/Panią PESEL

Adres zamieszkania

Opiekun..... TEL.....

Rozpoznanie (schorzenie kwalifikujące pacjenta do skierowania do hospicjum stacjonarnego jest nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, wynik hist.-pat.):

.....
.....
.....
.....

Przebieg kliniczny.....

.....
.....
.....
.....

Pozostałe istotne rozpoznania.....

Planowane leczenie onkologiczne.....

.....
.....
.....

WYNIŚCZENIE: TAK / NIE; DUSZNOŚĆ SPOCZYNKOWA: TAK / NIE; ODLEŻYNY: TAK / NIE; OBRZĘKI: TAK / NIE;
WODOBRZUSZE: TAK / NIE; PRZEWLEKŁA BIEGUNKA: TAK / NIE; CECHY ODWODNIENIA: TAK / NIE;
ZABURZENIA ODŻYWIANIA: TAK / NIE; DOLEGLIWOŚCI POMIMO LECZENIA: BÓL TAK / NIE; DUSZNOŚĆ: TAK /
NIE; WYMIOTY: TAK / NIE; SPLĄTANIE TAK / NIE; INNE:.....

AKTUALNE LECZENIE (nazwy, dawki)

.....
.....
.....
.....

CZYNNIKI UTRUNIAJĄCE POBYT CHOREGO W DOMU

.....
.....
.....

CZY CHORY JEST ŚWIADOMY ROZPOZNANIA?..... PROGNOZY?.....

STOPIEŃ SPRAWNOŚCI WG PPS (ZAKREŚL): 80% ZWYKLE CZYNNOŚCI Z WYSIŁKIEM / 60% SPORADYCZNA
POMOC W SAMOOBSŁUDZE / 50% CZĘŚCIOWO ZALEŻNY, SIEDZĄCY-LEŻĄCY / 40% W DUŻYM STOPNIU
ZALEŻNY, LEŻĄCY / 30% CAŁKOWICIE ZALEŻNY / 20% ZDOLNY WYPIĆ NIEWIELKI ILOŚCI / 10% MOŻLIWE
JEDYŃIE ZWILŻANIE UST

Pieczęć i podpis lekarza kierującego
(dołączyć kopie dokumentacji medycznej)

Druk FPHMO

Pieczęć jednostki kierującej

Załącznik 8.

(Pieczęć jednostki kierującej)

**SKIEROWANIE
DO HOSPICJUM STACJONARNEGO W MIECHOWIE**

32-200 Miechów, ul. Szpitalna 1C
TEL 41 38 310 38 FAX: 41 38 90 245 REGON: 290505494

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko PESEL

Adres zameldowania

Przebywa obecnie.....

Dane opiekuna: Imię nazwisko stopień pokrewieństwa.....

Adres..... telefon kontaktowy.....

Wyrażam zgodę na objęcie opieką przez Hospicjum Stacjonarne w Miechowie

.....
(data i podpis Chorego)

Informacje o stanie zdrowia i dotychczasowym przebiegu choroby:
(proszę wypełnić w oparciu o aktualny stan kliniczny i dołączyć kopie dokumentacji medycznych)

Rozpoznanie podstawowe – najbardziej ograniczające prognozę Chorego:

..... ICD 10

Pozostałe rozpoznania:

.....

Narządy, w których potwierdzono obecność przerzutów nowotworowych:

.....

Dalsze leczenie onkologiczne (proszę zaznaczyć „x”):

TAK (daty i rodzaj planowanej terapii)

NIE zdyskwalifikowany do dalszego leczenia onkologicznego

Chory: leżący , chodzący samodzielnie , chodzący z pomocą .

Najbardziej uciążliwe dla Chorego objawy utrzymujące się pomimo leczenia:

ból , duszność , osłabienie , brak apetytu , biegunka , wymioty ,

zaparcia , wodobrzusze zespół splątaniowy , obrzęki , owrzodzenia .

Odleżyny: NIE , TAK (lokalizacja i stopień)

Czynniki utrudniające pobyt Chorego w domu: .

.....

.....
data , pieczęćka i podpis lekarza kierującego

Dokumenty wymagane przy przyjęciu:

1. Ksero dowodu osobistego i ubezpieczenia, oryginał do wglądu,
2. Ksero kart informacyjnych z dotychczasowego leczenia,
3. Wypełnione przez lekarza skierowanie

Załącznik 9.

PIECZĘĆ JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ

SKIEROWANIE DO DOMOWEJ OPIEKI PALIATYWNEJ / ODDZIAŁU OPIEKI PALIATYWNEJ

Pan/Pani PESEL:.....

Leczony z powodu:
.....
.....

(Proszę podać zaawansowanie – miejscowe, regionalne, przerzuty od ległe)

- Po zakończonym leczeniu onkologicznym
- Zdyskwalifikowany od leczenia onkologicznego
- W trakcie leczenia onkologicznego - o charakterze paliatywnym / radykalnym

Chory :

- samodzielny
- wymaga nadzoru / opieki, częściowo samodzielny
- leżący, wymaga ciągłej opieki i pomocy przy wszystkich czynnościach życiowych
- główne problemy
(ból, duszność, wodobrzusze, wymioty, inne)

Obecnie nad chorym opiekę sprawuje:

.....
.....

Pacjent został poinformowany o objawowym charakterze leczenia w Hospicjum i wyraża na nie zgodę

TAK [] NIE []

Chory nieprzytomny, rodzina/opiekunowie zostali poinformowani o objawowym charakterze leczenia w Hospicjum i wyrażają na nie zgodę

TAK [] NIE []

Proszę załączyć kopie dokumentacji medycznej – potwierdzającej rozpoznanie i zaawansowanie, oraz dotychczasowe leczenie (w przypadku chemioterapii wystarczy dokumentacja ostatniego cyklu), również ostatniej konsultacji onkologicznej jeśli posiada).

Data.....

.....

Lekarz kierujący

osoba do kontaktu celem ustalenia terminu przyjęcia (tel.)

Załącznik 10.

..... Jednostka kierująca (pieczęć) Data skierowania: r.
 (rrrr-mm-dd)

**SKIEROWANIE I WNIOSEK
 O PRZYJĘCIE DO HOSPICJUM STACJONARNEGO WE WŁOSZCZOWIE**

DANE PACJENTA:

Nazwisko i Imię: PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres:

Przebywa

DANE OPIEKUNA:

Nazwisko i Imię: Stopień pokrewieństwa:

Adres: Tel. kontaktowy:

Wyrażam zgodę na objęcie opieką w Hospicjum Stacjonarnym we Włoszczowie
 Data i podpis chorego

**INFORMACJA O STANIE ZDROWIA
 I DOTYCHCZASOWYM PRZEBIEGU CHOROBY**

(Prosimy wypełnić w oparciu o aktualny stan kliniczny i dołączyć kopie dokumentów medycznych)

Rozpoznanie podstawowe:
kwalifikujące chorego do opieki hospicyjnej – w przypadku nowotworu załączyć wynik badania his-pat.

<p>Dalsze leczenie onkologiczne</p> <p><input type="checkbox"/> NIE Zdyskwalifikowany do dalszego leczenia onkologicznego/ <input type="checkbox"/> TAK Data i rodzaj planowanej terapii: </p>	<p>Czy chory jest świadomy rozpoznania? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK</p> <p>Czy chory zna rokowania? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK</p> <p>Odleżyny: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK</p> <p>lokalizacja:</p> <p>.....</p>																								
<p>Wnioskujący leczy chorego od: dni, tygodni, miesięcy, lat[*] <small>* niepotrzebne skreślić</small></p>	<p>Chory: <input type="checkbox"/> leży <input type="checkbox"/> chodzący samodzielnie <input type="checkbox"/> chodzący z pomocą</p>																								
<p>Najbardziej uciążliwe dla chorego objawy utrzymujące się pomimo leczenia:</p> <p><input type="checkbox"/> ból <input type="checkbox"/> duszność <input type="checkbox"/> osłabienie <input type="checkbox"/> biegunka <input type="checkbox"/> brak apetytu <input type="checkbox"/> wymioty <input type="checkbox"/> zaparcia <input type="checkbox"/> obrzęki <input type="checkbox"/> rany <input type="checkbox"/> owrzodzenia <input type="checkbox"/> wodobrzusze <input type="checkbox"/> zespół splątaniowy</p>																									
<p>Aktualnie stosowane leki:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">NAZWA</th> <th style="width: 10%;">DAWKA</th> <th style="width: 25%;">NAZWA</th> <th style="width: 10%;">DAWKA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		NAZWA	DAWKA	NAZWA	DAWKA																				
NAZWA	DAWKA	NAZWA	DAWKA																						

.....
 (pieczęć i podpis lekarza)

Załącznik 11.

Miejscowość, data

.....
Pieczęć Zakładu Służby Zdrowia

.....
Numer umowy z NFZ

**SKIEROWANIE DO HOSPICJUM STACJONARNEGO
w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Focha5**

ORZECZENIE LEKARSKIE

**Przeciwwskazaniem do umieszczenia w hospicjum są: choroby zakaźne, narkomania,
choroby psychiczne powodujące zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o
umieszczenie w hospicjum lub osób z jej otoczenia.**

I. Imię i nazwisko chorego

PESEL

Seria i numer dowodu osobistego

Data i miejsce urodzenia

Dokładny adres

Telefon kontaktowy

II. Aktualne rozpoznanie lekarskie i weryfikacja histopatologiczna

.....

.....

.....ICD - 10

III. Dotychczasowe leczenie onkologiczne

.....

.....

Stosowane środki przeciwbólowe (jakie, dawki).....

.....

Czy chory stosuje pomoce ortopedyczne lub inne środki pomocnicze (jakie?).....

.....

Czy istnieje konieczność karmienia zgłębnikiem? TAK.....NIE.....

Czy ma założoną przetokę, ~~stomie~~, cewnik w pęcherzu? (Podkreślić właściwe)
Przyjmowane leki.....

.....

.....

IV. Wyniki aktualnego badania lekarskiego:

a) wyniki badań rutynowych i dodatkowych, które stanowią załącznik do niniejszego badania,
mogą być ujęte w karcie informacyjnej z placówki służby zdrowia.

.....

.....

b) stan obecny oraz terapia proponowana przez lekarza kierującego.....

.....

.....

.....

.....

**V. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub chorej, bez możliwości nawiązania kontaktu,
należy podać nazwisko i imię osoby udzielającej wywiadu i ewentualnie stopień
pokrewieństwa z badanym.**

.....

**VI. Nieodłącznym warunkiem skierowania do hospicjum jest oświadczenie podpisane przez
rodzinę lub osobę opiekującą się chorym.**

Podpis i pieczęć lekarza kierującego

Załącznik 12.

Pieczętka podmiotu kierującego

.....

.....dn.

SKIEROWANIE DO HOSPICJUM STACJONARNEGO/DOMOWEGO

Kieruję Pana/Panią.....

Pesel.....

Adres zamieszkania.....

.....

Z rozpoznaniem.....

.....

Kod (ICD 10).....

Proszę o objęcie leczeniem objawowym.

.....

Podpis i pieczęć lekarza

Załącznik 13.

Specialist Palliative Care Referral Form

- | | | | |
|--|--|---|---|
| Bexley Community Team <input type="checkbox"/>
Tel: 020 8320 5837
Fax: 020 08320 5839 | <input type="checkbox"/> St Christopher's Hospice
Home care:
Tel: 020 8776 5656
Fax: 020 8776 5798
Admissions:
Tel: 0208 768 4582/4669
Fax: 0208 659 5051 | <input type="checkbox"/> Hospice Outreach Team - Greenwich
Tel: 020 8320 5837
Fax: 020 8320 5786 | <input type="checkbox"/> Guy's and St Thomas' <input type="checkbox"/>
Community team
Tel: 020 7188 4754
Fax: 020 7188 4748
Guy's Hospital team
Tel: 020 7188 4754
Fax: 020 7188 4748
St Thomas' Hospital team
Tel: 020 7188 4753
Fax: 020 7188 4720 |
| Harris HospisCare with St Christopher's
Tel: 01689 825755
Fax: 01689 892999
Queen Mary's Sidcup
Tel: 020 8308 3265
Fax: 020 8308 3261 | <input type="checkbox"/> Greenwich & Bexley Cottage Hospice
Tel: 020 8312 2244
Fax: 020 8312 4344
<input type="checkbox"/> King's College Hospital
Tel: 020 32994060
Fax: 020 3299 4713 | <input type="checkbox"/> Lewisham Macmillan Support Team
Tel: 020 8333 3017
Fax: 020 8333 3270
<input type="checkbox"/> Princess Royal University Hospital
Tel: 01689 865667
Fax: 01689 864070 | <input type="checkbox"/> Queen Elizabeth Hospital Woolwich <input type="checkbox"/>
Tel: 020 8836 5442
Fax: 020 8835 5428
<input type="checkbox"/> Trinity Hospice <input type="checkbox"/>
Tel: 020 7787 1000
Fax: 020 7787 1067 |

(PLEASE TICK)

PLEASE SEND COPIES OF RECENT CLINICAL CORRESPONDENCE WITH THIS FORM

Essential Patient Details			
Surname	Age:		Patient consent to palliative care involvement Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
First Name		DoB	Is GP aware of referral Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Address		Marital Status	Office Use:
	Post Code	Ethnicity	
Tel	Mobile Tel		
NHS number:	Hospital No:		
Primary diagnosis(es)			
Communication		Other barriers to communication:	
Fluent in English? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If 'no' proceed with remaining questions)			
First Language if not English:			
Would interpreter be helpful to patient and Palliative Care staff?		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Next of Kin/Patient Representatives		Address	
Telephone	Name		
	Relationship to patient		
District Nurse Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Name	Based at	
Telephone	Fax		
General Practitioner		Address	
Telephone	Name		
Telephone	Fax		
Social Services Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Based at	
Telephone	Name	Continuing care assessment completed:	
Telephone	Fax/email		
Reason for Referral		Service requested	
Pain/symptom control <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Home assessment and support <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotional/psychological support <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospital assessment <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social/financial <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Day Care <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assessment for hospice admission <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Admission (circle) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carer support <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	respite / symptom control / terminal care	Does patient live alone? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Other reason e.g. (spiritual, lymphoedema) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA Status Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Not known <input type="checkbox"/>	
Referrer's Name: (please print)		Contact number:	
Hospital/Surgery:		Bleep no:	
This information required on both pages if faxing			
IS REFERRAL URGENT (assess within 2 working days)? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
IF URGENT, PLEASE PHONE US FOR IMMEDIATE ADVICE			

Specialist Palliative Care Referral Form

PATIENT NAME

In-Patient details (for patients currently in hospital or hospice)		
Hospital		Telephone
Ward	Direct Ward Ext.	Date of discharge (if known)
Consultant	Is Palliative Care team involved? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Brief History of diagnosis(es) and Key treatments		
Date	Progression of disease and investigations/treatment	Consultant and hospital

Current problems (including psychosocial or spiritual issues)	
1.	4.
2.	5.
3.	Patient Mobility:

Any other comments/information

Referrer's expectation of current treatment	
Estimated prognosis	
Insight	
Has patient been told diagnosis? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Is the carer aware of patient's diagnosis? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Does patient discuss the illness freely Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Has resuscitation been discussed? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Past Medical and Psychiatric History	Current Medication	
		Known Drug Sensitivities/Allergies: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Details:

Please ensure patients are aware information will be held on computer according to the Data Protection Act.

Referrer's signature:	Name: (<i>please print</i>)
Job title:	Contact number: Bleep no:
Surgery or Hospital:	Date:

Załącznik 14.



SPECIALIST PALLIATIVE CARE REFERRAL FORM

SERVICES AVAILABLE

Inpatient Unit Admission
Day Services
Palliative Care Partnership
(Hospice@Home
Team/Community Palliative Care
Team)

CONTACT

Palliative Care Partnership
(PCP)
Hub: (01273) 964164
Fax: (01273) 273450
Email:
sc-tr.palliativecare@nhs.net

CONTACT

Inpatient Unit / Day Services
Martlets Hospice
Wayfield Avenue HOVE BN3 7LW
Tel : (01273) 273400
Fax : (01273) 324009

**If same day assessment required, please call the Palliative Care Partnership (HUB) on
01273 964164 to discuss first
For Hospice Admission, please call 01273 273400 and ask for Nurses Station
PLEASE COMPLETE BOTH SIDES OF THIS FORM BEFORE SENDING
INSUFFICIENT INFORMATION MAY DELAY ASSESSMENT**

Patient Details / Label	DATE OF REFERRAL:
Surname <input type="checkbox"/> Male/ <input type="checkbox"/> Female Age:	Patient consent referral Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
First Name Date of birth	Is GP aware of referral Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Address Marital Status	PPC discussed YES / NO
Ethnicity	DNACPR in place YES / NO
Postcode Tel Mobile Tel	For Office Use Crosscare Number :
NHS number Hospital No.	

Primary diagnosis(es) with dates (NB There is a box overleaf to give details of disease and treatment history)

Main Carer/Representative	Name of IPCT / District Nurses <i>All referrals to Specialist Palliative Care MUST also be referred to IPCT nurses</i>	General Practitioner
Name	Cluster / Locality	Name
Address	Based at	Address
Post Code	Telephone	
Telephone/mobile number	Fax	Post Code
Relationship to patient	Is there an existing package of care in place? Yes / No	Telephone Number
	Continuing care assessment completed: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Reason for Referral	Services requested please tick	The patient is currently
Complex pain/symptom control <input type="checkbox"/>	Inpatient Unit Admission <input type="checkbox"/>	At Home <input type="checkbox"/>
Complex social/psychological/spiritual support <input type="checkbox"/>	Day Services - Outpatient Clinical Assessment <input type="checkbox"/>	In Hospital (see over) (Expected date of discharge) _____ <input type="checkbox"/>
End of Life Care (H@Home Team) <input type="checkbox"/>	Home assessment by PCP :	Please forward Discharge Summary <input type="checkbox"/>
Benefits advice <input type="checkbox"/>	Community Palliative Care Team <input type="checkbox"/>	Other e.g. Nursing Home <input type="checkbox"/>
Rehab / Complementary Therapies <input type="checkbox"/>	Hospice@Home Team <input type="checkbox"/>	
Other reason (please specify) <input type="checkbox"/>	Respite Service <input type="checkbox"/>	Does patient live alone? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Patient's level of mobility/performance status/Level of intervention/AKPS	

SPECIALIST PALLIATIVE CARE REFERRAL FORM Page 2

Patient Name :

NHS Number :

In-Patient details (if applicable)		
Hospital		Telephone
Ward	Direct Ward Ext.	Date of discharge (if known)
Consultant 1	Direct tel:	Is Hospital Palliative Care team involved? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Consultant 2	Direct tel:	Is Macmillan site-specific CNS involved? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

History of diagnosis(es) and key treatments <i>We require you to send all copies of recent correspondence & results</i>	
Date	Progression of disease and investigations/treatment

Current problems	
1.	4.
2.	5.
3.	6.

Please be specific and factual in why you are referring the patient for specialist assessment by our Services

Past Medical and Psychiatric History	Current Medication	
		Known Drug Sensitivities/Allergies: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Details:
Pacemaker/ICD? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Insight
 Has patient been told diagnosis? Yes No Is patient aware of estimated prognosis? Yes No
 Does patient discuss their illness freely? Yes No Is carer aware of estimated prognosis? Yes No

Please ensure patients are aware information will be held on computer according to the Data Protection Act.

Referrer's Name (please print):	Referrer's signature :
Job title:	Contact number: Bleep no:
GP Surgery or Hospital:	Date:

Załącznik 15.



Referral Form - Specialist Palliative Care Services
 (Please complete as thoroughly as possible or the initial assessment may be delayed)

Service Required (Please tick the appropriate box) Please email completed form to: SLEHO.spcreferrals@nhs.net	
Community Palliative Care Team Referral <input type="checkbox"/> St Leonard's Hospice, 185 Tadcaster Road, York YO24 1GL Referral Criteria click here Urgent <input type="checkbox"/> (ring to discuss) Non Urgent <input type="checkbox"/> Tel 01904 724476	St Leonard's Hospice 185 Tadcaster Road, York YO24 1GL Tel 01904 708553 Inpatient Unit Referral <input type="checkbox"/> Hospice@Home Referral <input type="checkbox"/> Sunflower Centre (Outpatient services) Referral <input type="checkbox"/> Lymphoedema Referral <input type="checkbox"/> (for patients with a cancer diagnosis)

Patient Details (Please print if handwritten)			
NHS No:	Hospital No	Title:	DOB:
Surname:	First Name:	Preferred Name:	Marital Status:
Address			Postcode:
Tel:		Mobile:	
Current Location if not at home address:			
Occupation:		Lives alone? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
Please specify any potential risk to a lone worker:			

Next of kin / Main Carer Details			
Full Name:		Relationship:	
Address: (if different from above):			Postcode:
Tel:		Mob:	

Disease Status	
Diagnosis and extent of disease (including date of diagnosis):	
Patient aware of diagnosis: Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Main carer aware of diagnosis? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Current/Planned Treatments:	
Does the patient need a side room for infection control purposes? (eg clostridium difficile, MRSA infection). Please give details:	
Does the patient have any specialist equipment need? (eg. high flow oxygen, hoist, bariatric bed, intrathecal pump, non-invasive ventilation, PEG feeding etc). Please give details:	
Does the patient require any mobility aids? (eg stick, frame, wheelchair, hoist)	
Other significant co-existing condition (include cognitive impairment and sensory impairment):	

Phase of illness:	Stable <input type="checkbox"/> Patient problems and symptoms are adequately controlled by the existing plan of care.	Unstable <input type="checkbox"/> An urgent change in the plan of care or emergency treatment is required because they are experiencing a new problem that was not anticipated in the existing care plan or a rapid increase in the severity of a current problem.	Deteriorating <input type="checkbox"/> The patient's overall function is declining and they are experiencing anticipated and gradual worsening of existing problems.	Dying <input type="checkbox"/> Death is likely within days to short weeks
Has DS1500 been applied for? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>				



Referral Form - Specialist Palliative Care Services

Reason for Referral	
Please outline the main Physical/Psychological/Social/ Spiritual Issues: <input type="text"/>	
Consent agreed for referral? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Date of referral: <input type="text"/>
Please note that referrals will not be accepted unless the patient or main carer has consented to the referral	

Professionals Involved		
Consultant Name:	Hospital:	Tel:
Usual GP:	Practice:	Tel:
Other:		Tel:
Known to District Nurse? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Known to Social Services? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	

Advance Care Planning
DNA CPR Status in place? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Preferred Place of Care: <input type="text"/>
Preferred Place of Death: <input type="text"/>
Are anticipatory drugs for end of life care in place? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
The following drugs should normally be available in the home for subcutaneous use; appropriate Opioid, Levomepromazine, Haloperidol, Midazolam, Hyoscine Butylbromide. Please refer to the cross setting syringe driver chart and last days of life care plan (click here) for more details.
Has the patient got a written Advance Care Plan statement? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> See RSS Palliative Care Guidance
Please provide details: <input type="text"/>

Referrer Details	
Name:	Role:
Work base:	Tel:
Ensure District Nursing Team is informed of this referral <ul style="list-style-type: none"> SystemOne practices if patient known to District Nursing Team send task for information SystemOne practices if patient not known to District Nursing Team send email to SPA yhs-tr.YorkSPA@nhs.net EMIS practices send email to SPA yhs-tr.YorkSPA@nhs.net 	

Medications
For hospital referrals, please provide a list of current medications and allergies if not up to date within CPD. For GP and community referrals, please attach a brief computer summary of the patient's history.

Version: 6.0	Date Published: 07.09.17	Date of review:
Responsible Authors: Sarah Wilcox, Dan Coltingham	Responsible Consultants: Sarah Wilcox, Kath Sartain	

Załącznik 16.

HW1.2
901



Doncaster and Bassetlaw
Health and Social Care Communities

SPECIALIST PALLIATIVE CARE REFERRAL

AFFIX LABEL REFERR AVAILABLE

NHS Number: _____

District Number: _____

Surname: _____

Forename(s): _____

Address: _____

D.o.B: _____

PATIENT DETAILS

Marital status: Single Married Widowed Divorced Partner Age: _____ Telephone No: _____

Religion: _____ Occupation: _____

Ethnic Origin: _____ Is an interpreter required? Yes No

Consultant Name: _____ Contact Number: _____

Current location of patient: _____

Smoker Yes No

Bariatric Yes No If 'Yes', please state weight: _____ kgs

Infection Yes No If 'Yes', please state: _____

MAIN CARER / NOK

Name: _____ NOK? Yes No Relationship: _____

Address: _____ Telephone: _____

Primary Contact: _____ Relationship: _____

Telephone: _____

GP Name: _____ Surgery: _____ Telephone: _____

REASON FOR REFERRAL

Symptom control Psychological Spiritual Social End of life Other (specify): _____

Patient aware of referral?

Medical team/GP aware of the referral?

Carer aware of referral?

District Nursing Team aware of referral?

REFER TO

Community Specialist Palliative Care Team:

Doncaster Tel: 01302 796650 Fax: 01302 796660

Bassetlaw Tel: 01777 274422 Fax: 01777 709332

Bassetlaw Hospice:

Inpatient Day care Aromatherapy GPWSI Carer Support
 Bereavement support

Tel: 01777 863270 Fax: 01777 709917

St John's Hospices:

Inpatient Day care Hospice at Home Lymphoedema
 Counselling Bereavement Support

Tel: 01302 796666 Fax: 01302 796660

Hospital Specialist Palliative Care Team:

Bassetlaw Tel: 01909 500990 x2981 Fax: 01909 502945

Doncaster Tel: 01302 366666 x3142 Fax: 01302 647243

Consultant referral:

OP Clinic Home visit

Bassetlaw Tel: 01909 500990 x2981 Fax: 01909 502945

Doncaster Tel: 01302 366666 x4064 Fax: 01302 647243

(Please continue over....)

WPR3428D
Mar 2011
LILAC

FURTHER INFORMATION	
Referral letter attached? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	GP notes / summary attached? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<i>Preferred Place of Care (Specify):</i> _____	<i>Any Advance Directive?</i> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<i>Advanced Decision to Refuse Treatment in place?</i> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<i>Resuscitation Status (Specify):</i> _____	
IF NO ADDITIONAL REFERRAL INFORMATION (letter/summary) PLEASE COMPLETE BELOW	
Diagnosis: _____ _____	
Brief summary: _____ _____ _____	
Past Medical History: _____ _____ _____ _____ _____	
Medication list / Allergy: (attach separate sheet if required) _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Further Information: _____ _____ _____ _____	
Signature: _____ Print Name: _____ Designation: _____	
Contact Number: _____ Date: _____ Time: _____	

Załącznik 17.

Specialist Palliative Care Referral Form

please ✓ key service required

PAGE 1 of 2

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Watford General Hospital – Inpatients
Macmillan Palliative Care Team
Tel: 01923 217930
wherts-tr.palliativecare@nhs.net | <input type="checkbox"/> Mount Vernon Cancer Centre
Palliative Care Team
Tel: 0203 826 2392
hst.enh-tr@nhs.net
Mobile: 07825 034413 | <input type="checkbox"/> West Herts Specialist
Palliative Care Referral Centre
For all palliative & EOL referrals
Tel: 0333 234 0868
Westherts.pccr@nhs.net |
|--|--|--|

PLEASE PHONE ABOUT URGENT REFERRALS OUT OF HOURS ADVICE LINE 020 3826 2377

We undertake to review your referral within 48 HOURS. We may wish to contact you for further clarification or to discuss the most appropriate plan of action for the patient.

SURNAME	Age	DoB	Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>
FIRST NAME	Known as		Marital Status	
ADDRESS	PRIMARY DIAGNOSIS			
POSTCODE	DATE of DIAGNOSIS			
Email				
HOME Tel	NHS number			
MOBILE Tel				

MAIN CARER:		
Relationship to patient	Tel	
NEXT of KIN (if different from above):		
Relationship to patient	Tel	
Who does the patient live with?	Ethnicity	
Main Language?	Interpreter needed?	Religion
GP NAME	Tel	Surgery
Is GP aware of referral? Yes/No	Email	
DISTRICT NURSE NAME	Tel	Based at
	Email	
OTHER PALLIATIVE CARE SERVICE INVOLVED?	Name of Specialist Nurse	Tel
		Email
Who is the KEY WORKER?	Continuing Care Assessment completed Yes/No	
Does the patient consent to their information being shared with other palliative care providers including Peace Hospice Care, Hospice of St Francis, Rennie Grove Hospice Care, Michael Sobell House and Herts Community NHS Trust? Yes/No		
Has the patient consented to referral to Specialist Palliative Care? Yes/No If No, please complete mental capacity assessment and best interest documentation		
Have any advance care planning discussions taken place? If yes, what outcomes		
Is DNACPR completed? Yes/No	Is patient on EPACCS? Yes/No	

FEBRUARY 2017 MASTER VERSION V2


Specialist Palliative Care Referral Form **PATIENT NAME**

PAGE 2 of 2

BRIEF HISTORY of CURRENT ILLNESS and KEY TREATMENTS		
Date	History, tests and treatment	Consultant and hospital
MRSA Status	C. Diff Status	Other infection
		PATIENT MOBILITY
PLEASE SEND COPIES OF RECENT CLINICAL LETTERS, HOLISTIC ASSESSMENT PAPERWORK, MENTAL CAPACITY ASSESSMENT, BEST INTEREST DECISION and DISTRESS THERMOMETER if completed		
WHAT ARE THE KEY CONCERNS THAT REQUIRE SPECIALIST PALLIATIVE CARE INPUT?		
PLEASE SEND GP SUMMARY AND CURRENT MEDICATION LIST		
Does the patient have pressure ulcers? Yes/No If Yes, specify grade		
Main Reasons for Referral - <i>please ✓</i>		Service requested - <i>please ✓</i> Subject to triage
Pain control	<input type="checkbox"/>	Specialist Palliative
Other symptom control (patient)	<input type="checkbox"/>	Care at home/home assessment
Emotional/psychological/spiritual support (patient)	<input type="checkbox"/>	Specialist Palliative Care
Emotional/psychological/spiritual support (family/carer)	<input type="checkbox"/>	Outpatient Assessment
Social/financial support (patient)	<input type="checkbox"/>	Day Services /Wellbeing programmes
Social/financial support (family/carer)	<input type="checkbox"/>	Grove House St Albans
Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	Spring Centre Hospice of St Francis
Respite Care	<input type="checkbox"/>	Starlight Centre Peace Hospice
Discharge Planning	<input type="checkbox"/>	Day Hospice Michael Sobell House
Other	<input type="checkbox"/>	Hospice Admission
Care in the last days of life	<input type="checkbox"/>	
OACC - AKPS – please indicate percentage		%
Phase of Illness – <i>please ✓</i>		
<input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Unstable <input type="checkbox"/> Deteriorating <input type="checkbox"/> Dying <input type="checkbox"/> Unknown		
The patient is currently – <i>please ✓</i>		
<input type="checkbox"/> Hospital (acute, community, other)	<input type="checkbox"/> Hospice (inpatient specialist palliative care)	
<input type="checkbox"/> Care home	<input type="checkbox"/> Other residence (e.g. relative's home, carer's home)	
<input type="checkbox"/> Patient's own home	<input type="checkbox"/> Other (free text, e.g. secure and detained settings)	
Hospital Ward Date of discharge..... Is Palliative Care team involved? Yes/No		
REFERRER'S NAME CONTACT TELEPHONE NUMBER		
JOB TITLE		
Referrer's signature		DATE


FEBRUARY 2017 MASTER VERSION V2

Załącznik 18.

 Feidhmeannacht na Seirbhíse Sláinte Health Service Executive	SPECIALIST PALLIATIVE CARE REFERRAL FORM Please forward completed form to your local service provider. Contact details available at: http://www.iapc.ie/iapc-directory.php and http://www.icgp.ie/palliative	
Patient Details:		
Name:	Date of Birth:	Gender: Male Female
Address:	Phone:	Medical Card: Yes No
	Mobile:	Health Ins: Yes No
Current Location:	Is the Patient Living Alone? Yes No	
Contact Person		
Contact Person (Family/Friend):		Address:
Relationship:		Phone:
Referral For:	Urgency of Referral: (Subject to Triage by Specialist Palliative Care Team)	
Hospice Admission: <input type="checkbox"/>	Two working days* <input type="checkbox"/>	
Community Based Services*: <input type="checkbox"/>	*Must be accompanied by phone contact from Referrer	
Hospital OPD: <input type="checkbox"/>	One Week <input type="checkbox"/>	
Other: <input type="checkbox"/>	Two Weeks <input type="checkbox"/>	
*Subject to availability, services may include OPD, Day Hospital, Community Specialist Palliative Care Team (Home Care Team) or other.	Pending <input type="checkbox"/>	
Diagnosis, treatment to date, further treatment planned (e.g. recent admission(s), radiotherapy, chemotherapy, etc.) PLEASE ATTACH COPIES OF RECENT CORRESPONDENCE, IMAGING REPORTS AND BLOOD RESULTS		
Active Problem(s)/Reason(s) for Referral:		
Other Medical Conditions +/- Infection Control Issues (e.g. MRSA):		
NCPPC	Version 1	2014

Patient's Name:		Date of Birth:		
Current Medication - Dosage and Significant Recent Changes:				
Known Allergies/Drug Side-Effects:				
Performance Status: (Please tick which applies)				
1. Ambulatory and able to carry out light work <input type="checkbox"/>				
2. Ambulatory, capable of all self-care but unable to carry out work activities. Up and about more than 50% of waking hours <input type="checkbox"/>				
3. Capable of only limited self-care, confined to bed or chair more than 50% of waking hours <input type="checkbox"/>				
4. Completely disabled. Cannot carry out any self-care. Totally confined to bed or chair <input type="checkbox"/>				
Estimation of Prognosis: Days <input type="checkbox"/> Weeks <input type="checkbox"/> Months <input type="checkbox"/>				
(Please tick one)				
Awareness of diagnosis/prognosis/referral to palliative care:				
	Patient		Family and/or Carer	
Diagnosis:	Yes	No	Yes	No
Prognosis:	Yes	No	Yes	No
Referral:	Yes	No	Yes	No
Any other relevant information (include other contact details, family issues, other health care professionals involved, interpreter required etc):				
PLEASE COMPLETE IN BLOCK CAPITALS				
GP:		Consultant(s):		Referred By:
GP Phone:				Job Title:
GP Address:				Place of Work:
GP Aware of Referral: Yes No				Phone:
Date:				
Signature:				

Załącznik 19.

 Feidhmeannacht na Seirbhíse Saoite Health Service Executive	Specialist Palliative Care Service Referral Form Please forward completed form to your local service provider Contact details available at: www.icgp.ie/palliative http://www.iapc.idiape-directory.php Please Fax Completed Form to Milford Care Centre, Limerick on For In-Patient Care: 061 201 725 For Hospice at Home: 061 485 849
Patient's Name:	Date of Birth
Home Address:	Gender: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
.....	Phone:
.....	Home:
	Mobile:
Current Location:	Patient Living Alone: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Main Carer:	Relationship:
Address:	Phone No:
<i>If Main Carer and next of kin are not the same, please add comments/details to any other relevant information section on Page 2</i>	
Referral for:	Urgency of Referral:
In-Patient unit admission <input type="checkbox"/>	Review or admission requested within*
Community based services* <input type="checkbox"/>	Two working days** <input type="checkbox"/>
	One Week <input type="checkbox"/>
	Two Weeks <input type="checkbox"/>
	Pending <input type="checkbox"/>
<small>*Subject to local availability, services may include OPD, day hospice, Community Specialist Palliative Care Team ("Home Care Team") or other</small>	<small>*Subject to triage by specialist palliative care team **Must be accompanied by phone contact from referrer</small>
Main Diagnosis, treatment to date, further treatment planned: e.g. recent admission(s), radiotherapy, chemotherapy,	
.....	
Active problem(s) reason(s) for referral:	
.....	
PLEASE ATTACH COPIES OF RECENT CORRESPONDENCE, IMAGING REPORTS AND BLOOD RESULTS	
Other Medical Conditions + / - Infection Control Issues (e.g. MRSA)	
.....	

Patient's Name:	Date of Birth:
-----------------	----------------

Current Medications and significant recent changes:

Known allergies /Drug side effects:

Modified ECOG Performance Status (Please circle one)

1. Ambulatory and able to carry out light work.
2. Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours.
3. Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours.
4. Completely disabled. Cannot carry out any selfcare. Totally confined to bed or chair.

Estimated prognosis – Please circle one of the following:

	Days	Weeks	Months
--	------	-------	--------

Awareness of diagnosis /Prognosis /referral to palliative care:

	Patient	Family / Carer
Diagnosis	Yes / No	Yes / No
Prognosis	Yes / No	Yes / No
Referral	Yes / No	Yes / No

Any other relevant information (include other contact details, family issues, other health care professionals involved, interpreter required etc.)

Referred By:	G.P.
Phone / Bleep	Phone:
Date:	Aware of Referral: Y / N
Signed:	Consultant(s):
	Hospital(s) attended:

Referral form available at <http://www.hsele/eng/about/Who/clinical/natclinprog/pallcareprog.html>

Załącznik 20.

Sheffield Specialist Palliative Care Referral Form

PATIENT Surname:		First name(s):
Date of birth:	Age:	NHS No:
Address:		Hospital No:
		Marital/civil status:
		Ethnic origin:
Telephone:		Religion:
Allergies:		Occupation:
Is an interpreter required? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		If yes, which language?
Current location of patient:		Current/previous infection status:
Is patient aware of referral? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Is consultant/GP aware of referral? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

1st CONTACT Name:	2ND CONTACT Name:
Relationship:	Relationship:
Address:	Address:
Telephone:	Telephone:
Is this person the next of kin? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Is this person the next of kin? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

GP Name:	CONSULTANTS Name & location:
Address:	
Telephone:	

TYPE OF REFERRAL (Please tick)	<input type="checkbox"/> Urgent	<input type="checkbox"/> Routine
Community Palliative Care Team	<input type="checkbox"/> FAX to 235 1321 or phone 236 9911	
NGH Hospital Support Team or Clinic	<input type="checkbox"/> FAX to 27 14289 or phone 22 66770	
RHH/WPH Hospital Support Team or Clinic	<input type="checkbox"/> FAX to 22 65745 or phone 22 65260	
Intensive Home Nursing or VIP Service	<input type="checkbox"/> FAX to 27 16026 or phone 27 16010	
Sheffield Macmillan Unit: Admission	<input type="checkbox"/> FAX to 27 14289 or phone 22 66770	
St Luke's Hospice: Admission	<input type="checkbox"/> FAX to 235 1321 or phone 236 9911	
St Luke's Hospice: Day hospice	<input type="checkbox"/> FAX to 235 1321 or phone 236 9911	

DIAGNOSIS & PAST MEDICAL HISTORY Include dates:
Is the patient aware of their main diagnosis? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

REFERRED BY:	Post	Contact no:
Date of referral:	Total no. of pages including this one:	

The information in this fax is confidential and for the addressee only. It may contain legally privileged information. The contents are not to be disclosed to anyone other than the addressee. If you are not the intended recipient you must preserve this confidentiality and should please advise the sender immediately by telephone and return the original fax to us, by post, without copying, distributing it or taking action relying on the contents of the information as this may be unlawful.

PAGE 1 of 2 Please ensure both pages are completed

Sheffield Specialist Palliative Care Referral Form

PATIENT Name:	Date of birth:	NHS No:
---------------	----------------	---------

REASON FOR REFERRAL (Please tick all that apply):			
Pain <input type="checkbox"/>	Symptom control <input type="checkbox"/>	Psychological <input type="checkbox"/>	Spiritual <input type="checkbox"/>
Social <input type="checkbox"/>	End of life care <input type="checkbox"/>	Assessment for Palliative Care admission <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>
Please specify:			

SUMMARY OF MAIN CONCERNS INCLUDING CURRENT INTERVENTIONS:

MEDICATION HISTORY:

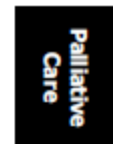
SOCIAL HISTORY:

OUTCOME & SUBSEQUENT EPISODES (for office use only):			
Referred on for:	By:	Current location of patient:	Date

PAGE 2 of 2 **Please ensure both pages are completed**

Załącznik 21.

Date of issue: 26 July 2017



WIRRAL HOSPICE ST JOHNS REFERRAL FORM

Please complete all sections accurately

TEL: 0151 482 8989 FAX: 0151 343 9589 EMAIL: wih-tr.ReferralsWirralHospice@nhs.net

Please indicate which service: Inpatient Outpatient Day Therapy

Urgency of referral: Routine Urgent

(PLEASE ATTACH A PATIENT MEDICATION LIST WITH ALL REFERRALS)

PATIENT DETAILS			
Surname		Forenames	
DOB		Known as	
NHS No		Gender	
Address			
Tel No (home)		Post code	
Mobile No		Ethnicity	
RESPONSIBLE RELATIVE/MAIN CARER DETAILS			
Surname		Forenames	
Relationship		Tel No.	
Address			
PRIMARY HEALTH CARE TEAM			
GP Name		Tel No.	
GP Address		Fax No.	
Palliative Care Nurse		Specialist Nurse	
District Nurse		Tel No.	
DIAGNOSIS			
Primary Diagnosis		Date of Diagnosis	
Secondary Diagnosis		Date of Diagnosis	
Disease status			
Patient awareness of diagnosis/prognosis/referral and consent to referral?	Diagnosis Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Prognosis Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Consent to Referral Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
Mental Capacity or Advanced Care Planning	Does the patient have capacity to consent to the referral?	Does the patient have any of the following in place? MCA Assessment/ Best Interest Decision/ DOLS/ Existing LPA/ ADRT/ Advance Statement	
Medication History / Any known allergies? (Please include a medication list)			

Date of issue: 26 July 2017

Patient Name:	DOB:	NHS Num:
REASON FOR REFERRAL		
Psychological:		
Physical:		
Social:		
Spiritual:		

Patient expectation/hopes of referral	
Any communication requirements i.e. language etc.	
SIGNIFICANT PAST MEDICAL HISTORY (INCLUDING A SUMMARY OF SURGERY/RADIOTHERAPY/CHEMOTHERAPY)	
Mobility: Independent <input type="checkbox"/> Independent with walking aid <input type="checkbox"/> Wheelchair <input type="checkbox"/> Requires O2 <input type="checkbox"/>	

Please complete the information below for all referrals:		
Item	Yes	No
Indwelling Intravenous line in situ (e.g. PICC / Hickman etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syringe Driver in situ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Currently receiving IV antibiotics / fluids or other intravenous therapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Requires O2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient agitated or confused	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indwelling drains in situ (e.g. nephrostomy, ascetic drain, chest drain, other drains)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
History of MRSA / C.Difficile / other infection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Current diarrhoea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes requiring insulin therapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Receiving NG, PEG or TPN feeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recent chemotherapy (within 3 weeks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressure sores or wounds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specific dietary requirements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is a Care Package in situ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please print name and give ext number in case of query:

Hospice referrals must be signed off by a doctor

Name:

Ext:

Referrers Signature:

Status – GP/Consultant/Other* Delete as necessary

(Training Grade -Please give name of referring consultant & Contact Number).

Name of referring Consultant:

Contact No:

Załącznik 22.



1063

ANNEXE

Déclaration en vue de l'obtention de soins palliatifs

Volet administratif

(à compléter par le médecin traitant et à envoyer, sous pli fermé, au Contrôle médical de la sécurité sociale)

1. Données concernant la personne soignée:

Nom marital: _____

Nom de jeune fille: _____

Prénom(s): _____

Matricule de sécurité sociale: _____

Situation sociale/civile: marié(e) veuf(ve) célibataire vit seul(e)

présence d'un aidant informel: Oui Non

2. Lieu de séjour de la personne soignée au moment de la déclaration:

Maintien à domicile

Adresse: _____

Séjour en établissement d'aides et de soins

Nom de l'établissement: _____
Adresse de l'établissement: _____

Séjour en établissement hospitalier

Nom de l'établissement: _____
Adresse de l'établissement: _____

Séjour en centre d'accueil pour les personnes en fin de vie

Nom de l'établissement: _____
Adresse de l'établissement: _____

3. Projet de séjour exprimé par la personne soignée:

La personne déclare vouloir être soignée dans la mesure du possible à **domicile**

• intervention d'un réseau d'aides et de soins

Non

Oui

Si oui, indication du nom et de l'adresse:



1064

- indication des coordonnées d'une personne de référence de son entourage:

- indication de l'adresse de séjour lorsque celle-ci diffère de l'adresse officielle:

- La personne déclare vouloir être soignée dans la mesure du possible en **établissement d'aides et de soins**.
- La personne déclare vouloir être soignée dans la mesure du possible en **établissement hospitalier**.
- La personne déclare vouloir être soignée dans la mesure du possible en **centre d'accueil pour les personnes en fin de vie**.

4. Données concernant le médecin traitant signataire de la déclaration:

Médecin demandeur:	Nom:	
	Adresse:	
	Code médecin:	
	Date:	
	Cachet et signature:	

5. Consentement à la déclaration par la personne soignée ou son représentant légal:

Personne soignée ou son représentant légal:	Nom de la personne soignée:	
	Nom du représentant légal:	
	Matricule du représentant légal:	
	Date:	
	Signature:	

6. Validation par le Contrôle médical de la sécurité sociale:
(à compléter par le Contrôle médical de la sécurité sociale)

La déclaration en obtention des soins palliatifs est validée.

Date d'ouverture du droit: _____

Signature du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale: _____

Date de la signature: _____

(Le volet administratif est à transmettre endéans les trois jours ouvrables par le Contrôle médical de la sécurité sociale à la Caisse nationale de santé.)



1065

Déclaration en vue de l'obtention des soins palliatifs

Volet médical

(à compléter par le médecin traitant et à envoyer, sous pli fermé, au Contrôle médical de la sécurité sociale)

Données concernant la personne soignée:

Nom marital: _____

Nom de jeune fille: _____

Prénom(s): _____

Matricule de sécurité sociale: _____

Je soussigné médecin certifie que la personne soignée susmentionnée:

- souffre d'une ou de plusieurs affections graves et incurables et est entrée en phase avancée ou terminale. L'évolution de l'affection est défavorable avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique,

Descriptif de l'affection:	<input type="checkbox"/> néoplasie	ICD 10:	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> maladie neurodégénérative	ICD 10:	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> maladie cardiovasculaire ou pulmonaire	ICD 10:	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> autres à préciser: _____	ICD 10:	<input type="text"/>

- bénéficie d'une prise en charge médicale qui est primordialement symptomatique,
- pour qui le décès est attendu dans une situation où elle a des besoins physiques et psychiques, sociaux ou spirituels importants, nécessite un engagement soutenu de la part de son entourage ou de professionnels ayant à leur disposition les moyens techniques appropriés et possédant une qualification spécifique pour la délivrance des soins palliatifs,
- bénéficie de la continuité de la prescription des soins médicaux dans le cadre de mon intervention,
- dans le cas où elle a déclaré vouloir mourir à domicile, dispose de la présence assurée par une tierce personne ou un réseau d'aides et de soins,

et que d'après mes constatations ces conditions s'appliquent à la personne soignée susmentionnée depuis le:

Date d'ouverture demandée _____

1066



Je suis informé que le présent constat, à valider par le Contrôle médical de la sécurité sociale, comporte pour la personne soignée la prise en charge des soins palliatifs spécifiques conformément aux dispositions du Code de la sécurité sociale et des instruments juridiques qui en découlent pour une période de 35 jours à compter de la date d'ouverture du droit déterminée par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Je suis informé que si une prolongation du droit au-delà de la période initiale est nécessaire, une déclaration de prolongation doit être présentée au Contrôle médical de la sécurité sociale, au moyen d'un formulaire spécial, 3 jours ouvrables avant l'expiration de la première période accordée.

Médecin demandeur:	Nom:	
	Adresse:	
	Code médecin:	
	Date:	
	Cachet et signature:	

Załącznik 23.

Please write clearly, one letter or digit per box.

IPOS Staff Version



Patient name:

Patient number:

Date (dd/mm/yyyy): / /

Q1. What have been the patient's main problems over the past 3 days?

1. _____
2. _____
3. _____

Q2. Please tick one box that best describes how the patient has been affected by each of the following symptoms over the past 3 days?

	Not at all	Slightly	Moderately	Severely	Over-whelmingly	Cannot assess (e.g. unconscious)
Pain	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shortness of breath	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weakness or lack of energy	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea (feeling like you are going to be sick)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomiting (being sick)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poor appetite	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipation	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sore or dry mouth	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drowsiness	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poor mobility	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please list any other symptoms and tick one box to show how you feel each of these symptoms has affected the patient over the past 3 days.

1. _____ 0 1 2 3 4
2. _____ 0 1 2 3 4
3. _____ 0 1 2 3 4

IPOS STAFF

www.pos-pal.org
Page 1 of 1

IPOSv1-S3-EN 26/02/2014

Over the past 3 days:

	Not at all	Occasionally	Sometimes	Most of the time	Always	Cannot assess (e.g. unconscious)
Q3. Has s/he been feeling anxious or worried about his/her illness or treatment?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4. Have any of his/her family or friends been anxious or worried about the patient?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5. Do you think s/he felt depressed?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Always	Most of the time	Sometimes	Occasionally	Not at all	Cannot assess (e.g. unconscious)
Q6. Do you think s/he has felt at peace?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7. Has the patient been able to share how s/he is feeling with his/her family or friends as much as s/he wanted?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8. Has the patient had as much information as s/he wanted?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problems addressed/ No problems	Problems mostly addressed	Problems partly addressed	Problems hardly addressed	Problems not addressed	Cannot assess (e.g. unconscious)
Q9. Have any practical problems resulting from his/her illness been addressed? (such as financial or personal)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Załącznik 24.

W 2019 roku liczba podpisanych umów w zakresie świadczeń opieka paliatywna i hospicyjna wyniosła 527, liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia 507:

Dane dotyczące liczby świadczeniodawców i umów dla poszczególnych produktów kontraktowych w podziale na województwa przedstawiono poniżej.

Liczba świadczeniodawców i umów w zakresie OPH w 2019r.

Kod województwa	Nazwa oddziału	Ogólna liczba świadczeniodawców	Porada w poradni medycyny paliatywnej		Świadczenia w hospicjum domowym		Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym	
			I. świad.	I. umów	I. świad.	I. umów	I. świad.	I. umów
01	Dolnośląski	32	15	15	23	23	15	15
02	Kujawsko-Pomorski	21	8	8	18	18	9	9
03	Lubelski	25	4	4	23	23	11	11
04	Lubuski	14	5	5	12	12	5	5
05	Łódzki	32	18	18	27	29	7	7
06	Małopolski	40	11	11	27	27	18	18
07	Mazowiecki	70	12	12	59	59	19	19
08	Opolski	10	6	6	9	9	5	5
09	Podkarpacki	47	2	2	38	39	17	17
10	Podlaski	16	1	1	12	12	7	7
11	Pomorski	29	6	6	25	25	12	12
12	Śląski	51	35	35	43	43	18	18
13	Świętokrzyski	19	3	3	10	10	12	12
14	Warmińsko-Mazurski	24	11	12	21	22	6	6
15	Wielkopolski	53	8	8	43	45	18	18
16	Zachodniopomorski	24	6	6	20	20	6	6
Razem		507	151	152	410	416	185	185

Źródło: Opracowanie własne na Informatora o umowach NFZ: <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=01> [data dostępu: 12.02.2019]

Poniżej przedstawiono wartość umów w zakresie OPH w latach 2014-2017 wraz z ogółem wydatków NFZ. Środki przeznaczone w kolejnych latach na OPH wynosiły od 0,65% do 1,19% całkowitych wydatków NFZ. W latach 2014-2017 wartość umów w zakresie OPH wzrastała rocznie przeciętnie o 20,71%.

Wartość podpisanych umów w rodzaju opieka paliatywno-hospicyjna w latach 2014-2017.

	Wartość zakontraktowanych świadczeń w tys. zł				Dynamika wartości umów 2014 vs 2017
	2014	2015	2016	2017	
Opieka paliatywna i hospicyjna	371 494	414 032	450 601	653 453	20,71%
Ogółem wydatków NFZ	57 019 400	58 370 819	51 211 461	54 838 758	
Udział % opieki paliatywnej i hospicyjnej	0,65%	0,71%	0,88%	1,19%	
Zmiana % wartości umów OPH rok do roku	nd	11,45%	8,83%	45,02%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Sprawozdanie z działalności NFZ za rok 2014, 2015, 2016, 2017

Koszty realizacji świadczeń z zakresu opieka paliatywno-hospicyjna w podziale na województwa w latach 2014-2017 przedstawiono w poniższej tabeli. Koszty realizacji świadczeń w poszczególnych latach przewyższały wartość umów, co wskazuje na realizację świadczeń przekraczających limit określony w umowie (tzw. nadwykonanie).

Koszty realizacji świadczeń w rodzaju opieka paliatywno-hospicyjna w latach 2014-2017.

Kod województwa	Nazwa oddziału	Koszty realizacji świadczeń w tys. zł				Dynamika wzrostu kosztów 2014 vs 2017
		2014	2015	2016	2017	
01	Dolnośląski	32 259	35 387	41 170	63 320	25,21%
02	Kujawsko-Pomorski	25 998	29 153	32 023	47 323	22,10%
03	Lubelski	14 759	16 893	18 782	29 679	26,22%
04	Lubuski	10 035	11 008	12 065	16 501	18,03%
05	Łódzki	21 995	24 152	25 000	35 361	17,15%
06	Małopolski	35 135	36 219	40 072	68 423	24,88%

07	Mazowiecki	40 498	44 501	48 671	66 755	18,13%
08	Opolski	10 807	11 889	13 623	18 860	20,39%
09	Podkarpacki	23 192	26 386	31 627	47 124	26,66%
10	Podlaski	11 329	12 316	13 827	18 841	18,48%
11	Pomorski	21 132	23 951	26 308	42 438	26,17%
12	Śląski	47 537	51 098	56 118	81 716	19,79%
13	Świętokrzyski	14 500	17 447	18 822	26 532	22,31%
14	Warmińsko-Mzurski	14 988	16 134	17 167	22 958	15,27%
15	Wielkopolski	40 990	44 999	48 857	63 518	15,72%
16	Zachodniopomorski	11 626	12 884	13 780	18 268	16,26%
Razem		376 780	414 417	457 912	667 616	21,01%
Nadwykonania		5 286	386	7 310	14 163	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Sprawozdanie z działalności NFZ za rok 2014, 2015, 2016, 2017

W 2017 roku jednostki stacjonarne dysponowały łącznie ok. 3,0 tys. łóżek i zapewniły opiekę 34,6 tys. osób, co oznacza, że w ciągu roku z tego samego łóżka skorzystało średnio 12 osób. Działalność hospicyjna i paliatywna była realizowana także w szpitalach, w których w 2017 roku na tę opiekę przeznaczono ok. 0,3 tys. łóżek. Skorzystało z nich 3,9 tys. osób, co daje obciążenie 1 łóżka w ilości 13 pacjentów na rok. W 2017r. tego typu opieką pozaszpitalną objęto 7,1 tys. osób, z czego ok. 4,6 tys. stanowili pacjenci leczeni w domu.²⁷²

²⁷² Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r., Główny Urząd Statystyczny (GUS), Kraków 2018

Załącznik 25.

Katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych w latach 2018-2022.²⁷³

Nazwa zakresu świadczeń	Kod zakresu świadczeń	Jednostka rozliczeniowa zakresu świadczeń	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod produktu rozliczeniowego	Waga punktu produktu rozliczeniowego – rok 2019	Taryfa – rok 2019*	Waga punktu produktu rozliczeniowego – rok 2020	Taryfa – rok 2020*	Waga punktu produktu rozliczeniowego – rok 2021	Taryfa – rok 2021*	Waga punktu produktu rozliczeniowego – rok 2022	Taryfa – rok 2022*
świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym / opiekuńczo – leczniczym	14.5160.026.04	punkt	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel	5.15.00.0000182		2,87		3,16		3,44		3,72
		punkt	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z chorobą AIDS lub zakażonych HIV z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel	5.15.00.0000183		3,76		3,76		3,76		3,76
		punkt	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel żywnoego dojelitowo	5.15.00.0000184	6,33	X	6,62	X	6,90	X	7,18	X
		punkt	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow	5.15.00.0000185		4,11		4,51		4,92		5,32
		punkt	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow i żywnoego dojelitowo	5.15.00.0000186	7,57	X	7,97	X	8,38	X	8,78	X
		punkt	osobodzień pobytu w ZPO/ ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel żywnoego pozajelitowo, w tym również nieprzytomnych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow	5.15.00.0000187	11,16	X	11,56	X	11,97	X	12,37	X
		punkt	osobodzień pobytu weterana poszkodowanego w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL	5.15.00.0000197		2,87		3,16		3,44		3,72
świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie / opiekuńczo -	14.5170.029.04	punkt	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	5.15.00.0000165		11,21		11,21		11,21		11,21
			osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie i żywnoych dojelitowo	5.15.00.0000193	14,67	X	14,67	X	14,67	X	14,67	X
			osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie i żywnoych pozajelitowo	5.15.00.0000194	18,26	X	18,26	X	18,26	X	18,26	X

²⁷³ Opracowanie własne na podstawie Załącznika do Zarządzenia Nr 73/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 lipca 2018r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Nazwa zakresu świadczeń	Kod zakresu świadczeń	Jednostka rozliczeniowa zakresu świadczeń	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod produktu rozliczeniowego	Waga punkto wa produktu rozliczeniowego – rok 2019	Taryfa – rok 2019*	Waga punkto wa produktu rozliczeniowego – rok 2020	Taryfa – rok 2020*	Waga punkto wa produktu rozliczeniowego – rok 2021	Taryfa – rok 2021*	Waga punkto wa produktu rozliczeniowego – rok 2022	Taryfa – rok 2022*
lecznictwem dla pacjentów wentylowanych mechanicznie												
świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	14.2140.029.04	punkt	osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną	5.15.00.0000171		5,41		5,41		5,41		5,41
			osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych	5.15.00.0000172		5,02		5,02		5,02		5,02
			osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych	5.15.00.0000173		4,91		4,91		4,91		4,91
świadczenia w pielęgniarstwie w pielęgniarstwie długoterminowej domowej	14.2142.026.04	punkt	osobodzień za świadczenia pielęgniarstwie w pielęgniarstwie długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania	5.15.00.0000144		1,0		1,0		1,0		1,0
		punkt	osobodzień za świadczenia pielęgniarstwie w pielęgniarstwie długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod tym samym adresem zamieszkania	5.15.00.0000145		0,5		0,5		0,5		0,5

* uwzględniona na podstawie załącznika do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, załącznika do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 13 września 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, załącznika do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych

i Taryfikacji z dnia 15 marca 2018 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz załącznika do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 28 maja 2018 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

Taryfy zostały ustalone w odniesieniu do świadczenia bazowego, tj. "osobodnia za świadczenia pielęgniarstwie w pielęgniarstwie długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania", któremu przyporządkowano wartość taryfy równą 1 punkt.

Załącznik 26.

PIECZĄTKA PRZYCHODNI

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO

Ocena pacjenta wg skali opartej na skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania

PESEL

L/p	Nazwa czynności */	Wartość punktowa **/
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie przelykać, kamiony przez zgłębnik lub gastrostomię 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10 = samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie 0 = nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu i siedzeniu 5 = przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10 = samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych 10 = samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów także z zapewnionymi pomocami	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = nie korzysta z toalety w ogóle 5 = potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10 = samodzielny w dotarciu do WC oraz w zdejmowaniu, zakładaniu części garderoby	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 = kąpany w wannie przy pomocy podnośnika 5 = wymaga pomocy 10 = samodzielny	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 = w ogóle nie porusza się 5 = porusza się na odległość do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10 = samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50 m także z użyciem sprzętu wspomagającego	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji 10 = samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 = potrzebuje kompletnej pomocy innej osoby 5 = potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10 = samodzielny, niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywaniu sznurowadeł	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca 5 = sporadyczne bezwiednie oddaje stolec 10 = kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu 5 = sporadyczne bezwiednie oddaje mocz 10 = kontroluje oddawanie moczu	
Wynik kwalifikacji ***/		

*/ należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić.

**/ wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

***/ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

data pieczęć i podpis lekarza i pielęgniarki

Załącznik 27.

Wykaz wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

Lp.	Wyroby medyczne	Osoby uprawnione do wystawiania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne	Limit finansowania ze środków publicznych	Wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy w limicie finansowania ze środków publicznych*	Kryteria przyznawania	Okres użytkowania**	Limit cen napraw
Grupa L.	Ortezy kończyn górnych produkowane seryjnie*** (z wyłączeniem opasek elastycznych)						
51.	Orteza na ramię i bark (z wyłączeniem temblaków i ortez typu "Dessault")	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie ortopedii i traumatologii lub chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu	250 zł	0% dzieci do ukończenia 18. roku życia 10% dorośli	stany pourazowe; stany pooperacyjne stawu barkowego; zespoły bólowe barku	raz na 3 lata	0 zł
52.	Orteza na ramię i bark typu "Dessault"	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie reumatologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), w zakresie wykonywania tych świadczeń	150 zł	0% dzieci do ukończenia 18. roku życia 10% dorośli		raz na 3 lata	0 zł
Grupa M.	Gorsety i ortozy ortopedyczne tułowia i szyi produkowane seryjnie***						

57.	Gorset stabilizująco-unieruchamiający	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie ortopedii i traumatologii lub chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu	260 zł	0% dzieci do ukończenia 18. roku życia 10% dorośli	dysfunkcja kręgosłupa w następstwie schorzeń i urazów	raz na 3 lata	0 zł
58.	Pas stabilizujący odcinek lędźwiowo-krzyżowy lub miednicę	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurochirurgii lub neurotraumatologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii	100 zł	0% dzieci do ukończenia 18. roku życia 10% dorośli	zespoły bólowe kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego; rozejście spojenia łonowego	raz na 3 lata	0 zł
59.	Orteza (sznurówka) tułowia sztywna wysoka ze stawkami lub fiszbinami	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie reumatologii	400 zł	0% dzieci do ukończenia 18. roku życia 10% dorośli	dysfunkcja obejmująca odcinek L-S kręgosłupa oraz co najmniej kręgi Th11 i Th12 kręgosłupa (zespoły bólowe w odcinku lędźwiowym i piersiowym)	raz na 3 lata	0 zł
60.	Orteza (sznurówka) lędźwiowo-krzyżowa ze stawkami lub fiszbinami	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	200 zł	0% dzieci do ukończenia 18. roku życia 10% dorośli	dysfunkcja obejmująca odcinek L-S kręgosłupa (zespoły bólowe w odcinku lędźwiowym)	raz na 3 lata	0 zł
61.	Kołnierz sztywny	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej	80 zł	0% dzieci do ukończenia 18. roku życia 10% dorośli	dysfunkcja kręgosłupa szyjnego ze zmianami strukturalnymi	raz na 3 lata	0 zł
62.	Kołnierz półsztywny	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej	35 zł	0% dzieci do ukończenia 18. roku życia 10% dorośli	zespoły bólowe odcinka kręgosłupa szyjnego	raz na 3 lata	0 zł
63.	Półgorsetowa orteza szyjna	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń	200 zł	0% dzieci do ukończenia 18. roku życia 10% dorośli	niestabilność odcinka kręgosłupa szyjnego	raz na 3 lata	0 zł
Grupa O.	Wyroby medyczne wykonywane na zamówienie						
69.	Rękaw uciskowy płaskodziały z krytym szwem, bez zawartości bawełny, z uciskiem nie mniejszym niż 20 mmHg	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu	400 zł	30%	po przebytej rehabilitacji, podczas której leczono obrzęki limfatyczne pierwotne i wtórne II, III i IV stopnia	raz na rok	0 zł

		Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie angiologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii naczyniowej Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń					
70.	Nogawica uciskowa płaskodziana z krytym szwem, bez zawartości bawełny, z uciskiem nie mniejszym niż 30 mmHg	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie angiologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii naczyniowej Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń	800 zł	30%	po przebytej rehabilitacji, podczas której leczono obrzęki limfatyczne pierwotne i wtórne II, III i IV stopnia	raz na rok	0 zł
Grupa P.	Wyroby medyczne wykonywane seryjnie						
89.	Rurka tracheostomijna wraz z zapasowym wkładem	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie otolaryngologii lub laryngologii, lub otolaryngologii dziecięcej, lub otorynolaryngologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub onkologii i hematologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej	150 zł	0%	tracheostomia	raz na rok	0 zł

		Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wykonywania tych świadczeń					
90.	Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych do 180 sztuk	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie anestezjologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób płuc lub chorób płuc dzieci Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie fizjatrii lub fizjatrii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie laryngologii Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej Felczer ubezpieczenia zdrowotnego Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie	0,80 zł za sztukę	0%	schorzenia wymagające odsysania górnych dróg oddechowych	raz na miesiąc	0 zł

		<p>art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń Pielęgniarka lub położna, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej Kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę lub położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, przez okres do 6 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej</p>					
94.	Cewniki zewnętrzne do 30 sztuk	<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie urologii lub urologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie geriatricznej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie położnictwa i ginekologii Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych Felczer ubezpieczenia zdrowotnego Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń</p>	4 zł za sztukę	30%	choroby wymagające stosowania cewników zewnętrznych na pracę	raz na miesiąc	0 zł

		Pielęgniarka lub położna, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej Kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę lub położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, przez okres do 6 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej					
95.	Cewniki urologiczne do 4 sztuk lub w równowartości ich kosztu cewnik sil konowy	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie geriatry Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej Lekarz ze specjalizacją w zakresie urologii lub urologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie położnictwa i ginekologii Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych Felczer ubezpieczenia zdrowotnego Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń Pielęgniarka lub położna, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej Kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę lub położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy	4 zł za sztukę	30%	choroby wymagające cewnikowania pęcherza moczowego	raz na miesiąc	0 zł

		z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, przez okres do 6 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej					
96.	Cewniki jednorazowe urologiczne do 180 sztuk miesięcznie lub w równoważności ich kosztu jednorazowe hydrofilowe cewniki urologiczne	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej Lekarz ze specjalizacją w zakresie urologii lub urologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie położnictwa i ginekologii Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych Felczer ubezpieczenia zdrowotnego Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń Pielęgniarka lub położna, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej Kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę lub położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, przez okres do 6 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej	0,80 zł za sztukę	30%	choroby wymagające wielokrotnego cewnikowania pęcherza moczowego	raz na miesiąc	0 zł
97.	Worki do zbiórki moczu z odpływem do 12 sztuk	Lekarz ze specjalizacją w zakresie urologii lub urologii dziecięcej	6,50 zł za sztukę	0%	choroby wymagające cewnikowania pęcherza moczowego; choroby	raz na miesiąc	0 zł

		<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie położnictwa i ginekologii Felczer ubezpieczenia zdrowotnego Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń Pielęgniarka lub położna, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej Kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę lub położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, przez okres do 6 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej</p>			wymagające stosowania cewników zewnętrznych; nadpęcherzowe odprowadzenie moczu (z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w worki do zbiórki moczu w ilości do 12 sztuk w przypadku nefrotomii lub w równowartości ich nabycia inny sprzęt urologiczny)		
98.	Worki do zbiórki moczu w ilości do 12 sztuk w przypadku nefrostomii lub w równowartości ich nabycia inny sprzęt urologiczny (np. cewniki urologiczne, paski mocujące itp.)	<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie urologii lub urologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie nefrologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej</p>	120 zł	0%	nefrostomia (z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w worki do zbiórki moczu z odpływem do 12 sztuk)	raz na miesiąc	0 zł

		<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych Felczer ubezpieczenia zdrowotnego Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń Pielęgniarka lub położna, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej Kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę lub położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, przez okres do 6 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej</p>				
99.	<p>Worki stomijne samoprzylepne jednorazowego użycia w ilości do 90 sztuk w systemie jednoczęściowym lub w równowartości ich kosztu worki i płytki w systemie dwuczęściowym lub inny sprzęt stomijny: zestawy irygacyjne, nocne zbiorniki na moczu, pasty, pudry oraz paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty do usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii</p>	<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub onkologii i hematologii dziecięcej Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej</p>	<p>400 zł 300 zł 480 zł 400 zł</p>	0%	<p>stornia na jelicie cienkim (ileostomia) stornia na jelicie grubym (kolostomia) stornia na układzie moczowym (urostomia) przetoka ślinowa</p>	<p>raz na miesiąc 0 zł</p>

		<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie laryngologii</p> <p>Felczer ubezpieczenia zdrowotnego</p> <p>W przypadku urostomii także lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie urologii lub urologii dziecięcej</p> <p>Lekarz spełniający wymagania do udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń</p> <p>Pielęgniarka lub położna, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej</p> <p>Kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę lub położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, przez okres do 12 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej</p>					
100.	<p>Pieluchomajtki do 90 sztuk miesięcznie lub zamiennie pieluchy anatomiczne do 90 sztuk miesięcznie lub zamiennie majtki chłonne do 90 sztuk miesięcznie lub zamiennie podkłady do 90 sztuk miesięcznie lub zamiennie wkłady anatomiczne do 90 sztuk miesięcznie</p>	<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów</p>	77 zł	0%	<p>choroba nowotworowa przebiegająca w postaci owrzodziałych lub krwawiących guzów krocza lub okolicy krzyżowej; przetoki nowotworowe lub popromienne; nietrzymanie stolca lub moczu w wyn ku chorób nowotworowych; pow kłania po leczeniu chorób nowotworowych</p>	raz na miesiąc	0 zł
101.	<p>Pieluchomajtki do 90 sztuk miesięcznie lub zamiennie pieluchy anatomiczne do 90 sztuk miesięcznie lub zamiennie majtki chłonne do 90 sztuk miesięcznie lub zamiennie podkłady do 90 sztuk miesięcznie lub zamiennie wkłady anatomiczne do 90 sztuk miesięcznie</p>	<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub onkologii i hematologii dziecięcej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie geriatrii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie ginekologii onkologicznej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie położnictwa i ginekologii</p>	90 zł	30%	<p>neurogenne i nieneurogenne nietrzymania moczu lub stolca (z wyłączeniem wysiłkowego nietrzymania moczu) i występowanie co najmniej jednego z kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - głębokie upośledzenie umysłowe, - zespoły otępienne o różnej etiologii, - wady wrodzone i choroby układu nerwowego, trwałe uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, 	raz na miesiąc	0 zł

		<p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie urologii lub urologii dziecięcej</p> <p>Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych</p> <p>Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń</p> <p>Felczer ubezpieczenia zdrowotnego</p> <p>Pielęgniarka lub położna, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej</p> <p>Kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę lub położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, przez okres do 12 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej</p>			<p>- wady wrodzone dolnych dróg moczowych będące przyczyną nietrzymania moczu,</p> <p>- jatrogenne lub pourazowe uszkodzenie dróg moczowych będące przyczyną nietrzymania moczu,</p> <p>- jatrogenne lub pourazowe uszkodzenie układu pokarmowego będące przyczyną nietrzymania stolca</p>		
103.	Nebulizator (generator aerozolu) lub głowica do inhalatora membranowego	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób płuc lub chorób płuc dzieci	150 zł	0%	mukowiscydoza; pierwotna dyskineza rzęsek	raz na 6 miesięcy	0 zł
104.	Sprężarka powietrza lub inhalator membranowy	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie ftызjatrii lub ftызjatrii dziecięcej	800 zł	0%	mukowiscydoza; pierwotna dyskineza rzęsek	raz na 4 lata	0 zł
105.	Sprzęt do indywidualnej fizjoterapii układu oddechowego - urządzenia do drenażu, wytwarzające podwyższone lub zmienne ciśnienie wydechowe	<p>Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii</p> <p>Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych</p>	200 zł	0%	chorzy na mukowiscydozę powyżej 4. roku życia; chorzy na pierwotną dyskinezę rzęsek powyżej 4. roku życia	raz na 2 lata	0 zł

		Felczer ubezpieczenia zdrowotnego Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń					
106.	Pończocha kikutowa - po pełnej amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie stopy do 12 sztuk	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie ortopedii i traumatologii lub chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu	220 zł	0%	amputacja lub wrodzony brak w obrębie stopy	raz na rok	0 zł
107.	Pończocha kikutowa - po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie podudzia do 12 sztuk	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej	240 zł	0%	amputacja lub wrodzony brak w obrębie podudzia	raz na rok	0 zł
108.	Pończocha kikutowa - po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie uda do 12 sztuk	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej	240 zł	0%	amputacja lub wrodzony brak w obrębie uda	raz na rok	0 zł
109.	Majteczki - po wyluszczeniu lub w przypadku wrodzonego braku w stawie biodrowym do 12 sztuk	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej	360 zł	0%	amputacja lub wrodzony brak w obrębie kończyny dolnej	raz na rok	0 zł
110.	Pończocha kikutowa - po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie przedramienia do 12 sztuk	Fizjoterapeuta, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 lub art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty	180 zł	0%	amputacja lub wrodzony brak w obrębie przedramienia	raz na rok	0 zł
111.	Pończocha kikutowa - po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie ramienia do 12 sztuk	Felczer ubezpieczenia zdrowotnego Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu	120 zł	0%	amputacja lub wrodzony brak w obrębie ramienia	raz na rok	0 zł
112.	Pończocha kikutowa - po pełnej amputacji lub w przypadku braku kończyny górnej do 12 sztuk	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń	144 zł	0%	amputacja lub wrodzony brak w obrębie kończyny górnej	raz na rok	0 zł

		Pielęgniarka lub położna, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej					
116.	Poduszka przeciwodrożynowa pneumatyczna	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie ortopedii i traumatologii lub chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu	500 zł	30%	paraplegia; tetraplegia; inne choroby wymagające stałego użytkowania poduszki przeciwodrożynowej	raz na 2 lata	0 zł
117.	Materac przeciwodrożynowy (z wyłączeniem materacy piankowych)	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie geriatrii	400 zł	30%	paraplegia; tetraplegia; inne trwałe choroby wymagające stałego przebywania w łóżku	raz na 3 lata	0 zł
118.	Kula łokciowa ze stopniową regulacją	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurochirurgii lub neurochirurgii i neurotraumatologii	30 zł	30%	trwała dysfunkcja chodu	raz na 3 lata	0 zł
119.	Kula łokciowa z podparciem na przedramieniu	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej	140 zł	30%	trwała dysfunkcja chodu i zaburzenia czynności chwytnej ręki	raz na 3 lata	0 zł
120.	Kula pachowa		40 zł	30%	trwała dysfunkcja chodu	raz na 3 lata	0 zł
121.	Trójnóg albo czwórnóg		75 zł	30%	trwała dysfunkcja chodu	raz na 3 lata	0 zł
123.	Balkonik albo podpórka ułatwiająca chodzenie	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie reumatologii Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych Fizjoterapeuta, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 lub art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu Felczer ubezpieczenia zdrowotnego Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art.	240 zł	30%	trwała dysfunkcja chodu	raz na 5 lat	0 zł

		31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wykonywania tych świadczeń Pielęgniarka lub położna, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej W przypadku lasek dla niewidomych także lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie okulistyki					
127.	Wózek inwalidzki ręczny	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie ortopedii i traumatologii lub chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurochirurgii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie geriatricznej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie reumatologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej Lekarz spełniający wymagania do wykonywania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanych w warunkach domowych, o którym mowa	600 zł	0%	trwałe ograniczenie samodzielnego chodzenia	raz na 5 lat***	180 zł

		w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wykonywania tych świadczeń					
129.	Wózek inwalidzki wykonany ze stopów lekkich z systemem szybkiego demontażu kół, składany, dla osób samodzielnie poruszających się na wózku	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie ortopedii i traumatologii lub chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie geriatrii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii ogólnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chirurgii onkologicznej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurochirurgii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie reumatologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu	1.700 zł	0%	trwałe ograniczenie samodzielnego chodzenia dla osób dorosłych samodzielnie poruszających się na wózku (z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wózek inwalidzki specjalny)	raz na 4 lata***	510 zł
					trwałe ograniczenie zdolności samodzielnego chodzenia dla dzieci od rozpoczęcia 3. do ukończenia 18. roku życia samodzielnie poruszających się na wózku (z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wózek inwalidzki specjalny dziecięcy)	raz na 3 lata***	510 zł
130.	Wózek inwalidzki specjalny (np. wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym, wózek stabilizujący plecy i głowę, wózek z funkcją pionizacji), z wyłączeniem wózka inwalidzkiego toaletowego	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie ortopedii i traumatologii lub chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurochirurgii lub neurotraumatologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie reumatologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie neurologii dziecięcej	3.000 zł	0%	przy porażeniach i niedowładach trzy lub czterokończynowych; przy porażeniach dwukończynowych jednostronnych lub skrzyżowanych (z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w wózek inwalidzki wykonany ze stopów lekkich z systemem szybkiego demontażu kół, składany, dla osób samodzielnie poruszających się na wózku)	raz na 4 lata***	900 zł

		Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu					
134.	Zbiornik na insulinę do osobistej pompy insulinowej do 5 sztuk	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie diabetologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie perinatologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie endokrynologii Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych Kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę lub położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, przez okres do 6 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej	45 zł	30%	leczenie cukrzycy typu I przy pomocy pompy insulinowej	raz na miesiąc	0 zł
135.	Sensor/ Elektroda do Systemu Ciągłego Monitorowania Glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) do 4 sztuk	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie diabetologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej Kontynuacja zlecenia przez pielęgniarkę lub położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, przez okres do 6 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej	600 zł	30%	pacjenci do ukończenia 26. roku życia z cukrzycą typu I leczeni przy pomocy pompy insulinowej, z nieświadomością hipoglikemii (brakiem objawów prodromalnych hipoglikemii z wykluczeniem hipoglikemii poalkoholowej)	raz na miesiąc	0 zł
136.	Transmitter/ Nadajnik do Systemu Ciągłego Monitorowania Glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT)	Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie diabetologii Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej Kontynuacja zlecenia także przez lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie pediatrii lub chorób	1.000 zł	30%	pacjenci do ukończenia 26. roku życia z cukrzycą typu I leczeni przy pomocy pompy insulinowej, z nieświadomością hipoglikemii (brakiem objawów prodromalnych hipoglikemii z wykluczeniem hipoglikemii poalkoholowej)	raz na 8 miesięcy	0 zł

		wewnętrznych, lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej					
--	--	--	--	--	--	--	--

Objaśnienia:

¹⁾ Jeżeli cena wyrobu medycznego jest niższa niż limit finansowania ze środków publicznych, wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy jest liczona od tej ceny.

²⁾ Okres użytkowania jest liczony od daty potwierdzenia odbioru wyrobu medycznego. Okres ten nie dotyczy świadczeniobiorców, o których mowa w art. 47 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

³⁾ Podstawowe kryteria przyznawania wyrobów medycznych, których okres użytkowania może ulec skróceniu:

1) u osób dorosłych w przypadkach zmian w stanie fizycznym powodujących konieczność skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego, a możliwości regulacji tego wyrobu zostały wyczerpane;

2) u dzieci do 18. roku życia, gdy możliwości regulacji wyrobu zostały wyczerpane, a wystąpiły zmiany w stanie fizycznym w wyn ku:

a) zabiegów chirurgicznych lub jednostek chorobowych powodujących konieczność skrócenia okresu użytkowania wyrobu medycznego,

b) rehabilitacji,

c) rozwoju fizycznego;

3) wniosek o skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego wystawiony przez lekarza uprawnionego do wystawienia zlecenia, musi zawierać szczegółowe uzasadnienie medyczne zgodne z podstawowymi kryteriami przyznawania tego wyrobu.

¹ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

² § 3 ust. 2 zmieniony przez § 1 pkt 1 rozporządzenia z dnia 18 stycznia 2018 r. (Dz.U.2018.281) zmieniającego nin. rozporządzenie z dniem 3 marca 2018 r.

³ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz. 1565), które traci moc z dniem 31 maja 2017 r. zgodnie z art. 155 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. poz. 1994 oraz z 2017 r. poz. 599).

⁴ Załącznik zmieniony przez § 1 pkt 2 rozporządzenia z dnia 18 stycznia 2018 r. (Dz.U.2018.281) zmieniającego nin. rozporządzenie z dniem 3 marca 2018 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie