

OPIEKA PALIATYWNA

Co z pacjentami, których nikt nie chce?

Zdaniem ekspertów medycyny paliatywnej, którzy spotkali się podczas konferencji Opieka Paliatywna w Polsce 2024 zorganizowanej przez Wydawnictwo Medyczne Termedia, problem z dostępnością świadczeń będzie się nasilał, ponieważ osób potrzebujących wsparcia w ciężkiej chorobie stale przybywa.

– Najwyższy czas zadbać o pacjentów ze schorzeniami innymi niż te, które są wymienione w rozporządzeniu ministra zdrowia dotyczącym świadczeń gwarantowanych z medycyny paliatywnej. Przecież oni nie cierpią mniej! I desperacko potrzebują naszej pomocy – mówi prof. dr hab. n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, kierownik Kliniki Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. – Przychodzi do mnie kobieta po obustronnej mastektomii, zabiegu wykonanym przed kilku laty. Badania pokazują, że jest teoretycznie wyleczona. Przynajmniej na razie, bo przecież wiadomo, jak jest z nowotworami... Mimo że choroba jest w remisji, pacjentka naprawdę bardzo cierpi, nie radzi sobie z codziennym bólem. Przecież po to powstała medycyna paliatywna, żeby właśnie takim osobom pomagać. Mamy usmierzać ból, poprawiać jakość życia chorego. Tyle że ja nie mogę tej kobiety objąć opieką paliatywną, bo tego rodzaju przypadek nie znajduje się na liście świadczeń. Naprawdę mam ją odesłać? Dokąd? Takich „bezpiecznych” pacjentów nikt w polskiej ochronie zdrowia nie chce... – tłumaczy prof. Aleksandra Ciałkowska-Rysz.



Fot. archiwum



prof. Aleksandra Ciałkowska-Rysz: *System nie jest w stanie zapewnić opieki paliatywnej wszystkim, którzy jej potrzebują, ale osoby doświadczające bólu powinny mieć priorytet w dostępie do świadczeń. Żyjemy w XXI wieku i nikt nie powinien cierpieć*

Potrzebny jest nowy model organizacyjny ambulatoryjnej opieki paliatywnej

Zasady objęcia pacjenta opieką paliatywną są regulowane rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

– Z powodu ograniczenia zasobów osobowych oraz finansowych system nie jest w stanie zapewnić opieki paliatywnej wszystkim, którzy jej potrzebują, ale osoby doświadczające bólu powinny mieć priorytet w dostępie do świadczeń. Żyjemy w XXI wieku i nikt nie powinien cierpieć – kontynuuje prof. Aleksandra Ciałkowska-Rysz.

– Rozporządzenie ogranicza populację chorych, którzy mogą być objęci opieką paliatywną, pomaga im wybierać. Tyle że lista schorzeń promuje szczególnie pacjentów z aktywną chorobą nowotworową. A co z pacjentami, którzy nie mają takiego rozpoznania, ale naprawdę wymagają naszej opieki? Widzimy ich na co dzień i nie możemy przejść obok nich obojętnie. Każdy cierpiący człowiek potrzebujący naszego wsparcia i pomocy powinien je uzyskać – podkreśla ekspertka.

– Postulujemy, aby do ambulatoryjnej opieki paliatywnej (AOP) mieli dostęp pacjenci z rozpo-

znaniem poważnej choroby powodującej znaczne cierpienie, na każdym jej etapie, niezależnie od rozpoznania oraz prowadzonego leczenia przyczynowego. W ramach zespołu roboczego ds. standardów organizacyjnych Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej przygotowaliśmy nowy model organizacyjny AOP. Nasze propozycje zgłosiliśmy także w ramach prac zespołu ds. opieki paliatywnej i hospicyjnej Ministerstwa Zdrowia – wyjaśnia. Celem tej propozycji jest poprawa dostępności świadczeń z zakresu opieki paliatywnej dla osób chorujących na zagrażające życiu lub ograniczające je choroby, niezależnie od rozpoznania, jeśli wymagają kontroli objawów. Również dla pacjentów, którzy do tej pory nie mieli dostępu do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej. – Jeśli udało by się nam uzyskać rozszerzenie opieki paliatywnej, poprawiłoby to sytuację dużego grona

pacjentów i być może zmieniloby w ogóle podejście do opieki paliatywnej. To byłby prawdziwy krok milowy – przekonuje prof. Aleksandra Ciałkowska-Rysz.

Więcej personelu to lepsza pomoc

W jaki sposób można rozwiązać problem braku dostępu do świadczeń medycyny paliatywnej? – W ostatnich latach postulowaliśmy zniesienie limitowania i to się udało. Zdecydowanie poprawia to stabilność jednostek. Świadczeniodawcy będą teraz mieli pewność, że zrealizowane świadczenia zostaną sfinansowane. Jest szansa, że w tych placówkach, w których były nadwykonania, kolejki znikną. Trudno nam jednak powiedzieć, na ile jesteśmy w stanie tym faktem zmienić losy szerszego grona pacjentów. Musimy bowiem mieć świadomość, że w wielu jednostkach opieki paliatywnej brakuje kadr i tam zniesienie limitowania nie zlikwiduje kolejek. Zabraknie po prostu personelu do rozszerzenia opieki na większą liczbę pacjentów. To jest kolejny problem, którym musimy się pilnie zająć – podkreśla prof. Aleksandra Ciałkowska-Rysz.

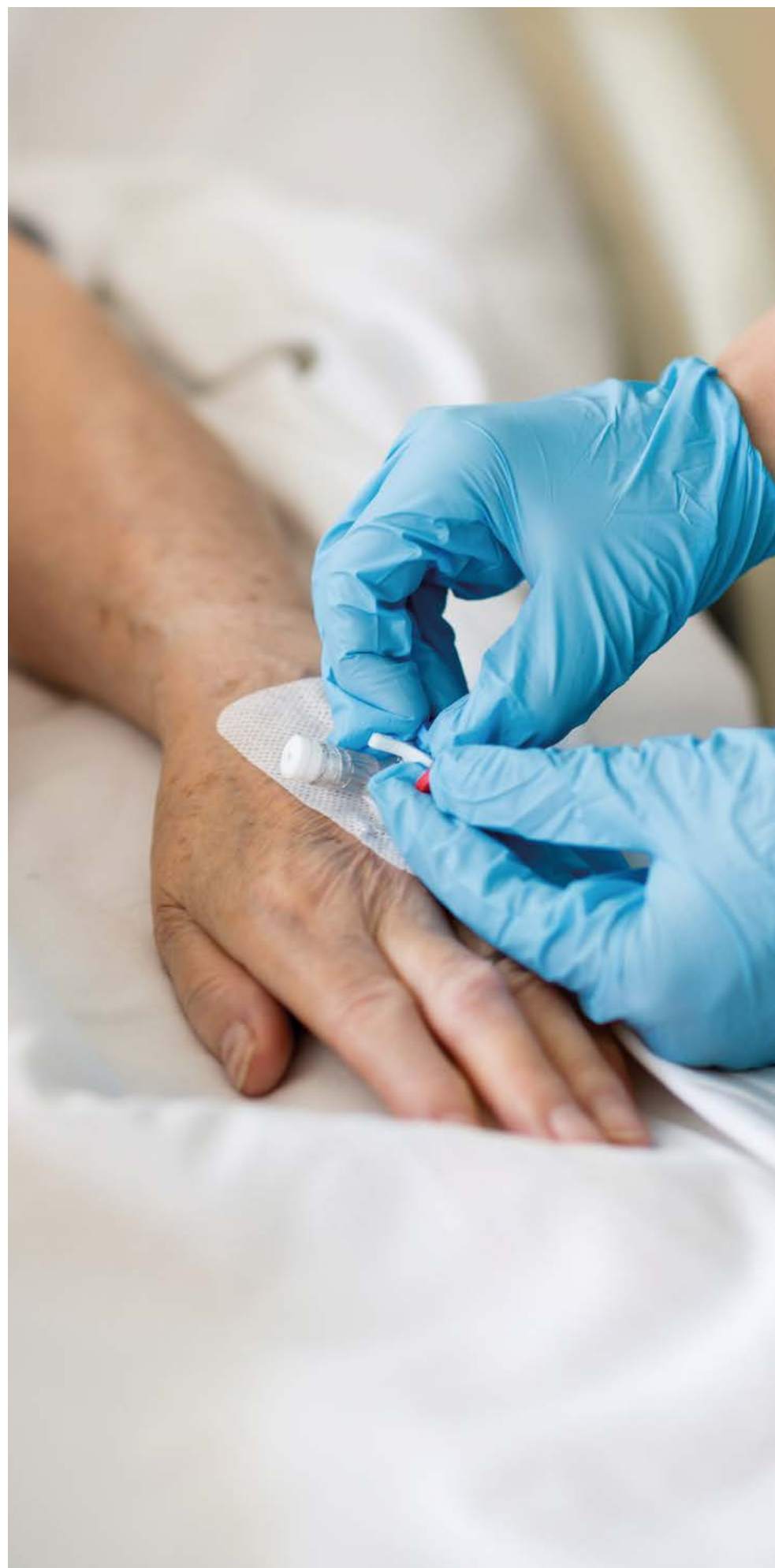
Alarmująca demografia wymusza zmiany

W 2019 r. ze świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej skorzystało 96,4 tys. pacjentów, jednak w związku ze zmieniającą się strukturą wieku populacji – rosnącą liczbą starszych – oraz coraz większą liczbą osób chorych na nowotwory do 2050 r. spodziewany wzrost zapotrzebowania na miejsca w opiece paliatywnej i hospicyjnej wyniesie 31,6 proc. Będzie zatem potrzebnych ok. 213 tys. miejsc, z czego 210 tys. w ośrodkach opieki domowej oraz 3,4 tys. w hospicjach stacjonarnych i na oddziałach medycyny paliatywnej.

W Polsce wskaźniki demograficzne są szczególnie alarmujące. Szybko postępujące starzenie się społeczeństwa wymaga znaczącego zwiększenia nakładów na opiekę paliatywną i jej reorganizacji. Medyczne środowisko opieki paliatywnej od lat postuluje wprowadzenie istotnych zmian w systemie tej opieki.

Jednym z głównych kierunków działań, jakie wyznacza Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej, jest zatem pozyskanie kadr medycznych – specjalistów chcących realizować świadczenia medycyny paliatywnej. A nie jest to łatwe, bo żeby zostać lekarzem medycyny paliatywnej, potrzebne są specyficzne cechy charakterologiczne i osobowościowe.

– Opieka paliatywna cierpi na brak lekarzy zarówno w hospicjach stacjonarnych, jak i w zespołach paliatywnej opieki domowej. Nie ma chętnych do takiej pracy – mówi dr hab. n. med. Tomasz



Fot. itaciphoto

Dzierżanowski, p.o. kierownik Kliniki Medycyny Paliatywnej w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

– Nasza klinika jest miejscem, w którym możemy wykształcić, wychować i przekonać do tej pracy młodych ludzi – studentów, stażystów czy rezydentów. Zależy nam na ich pozyskaniu, bo nie nadążamy z zastępowaniem odchodzących na emeryturę lekarzy nowymi specjalistami. To bardzo trudna praca. Potrzebne są odpowiednie wzorce, mentorzy, z których można brać przykład w bezkompromisowej walce o dobro chorego – stwierdził.

Czy zmiana taryfikacji pomoże hospicjom?

„Niepokojące jest to, że część pacjentów z kolejki nie dożywa momentu, w którym hospicjum jest gotowe objąć ich opieką. Na powyższe ma wpływ duża liczba pacjentów potrzebujących opieki hospicyjnej oraz niewystarczające dofinansowanie. Powyższa sytuacja jest nie do przyjęcia z punktu widzenia konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia oraz praw osoby korzystającej z ubezpieczenia zdrowotnego” – pisze rzecznik praw obywatelskich prof. Marcin Wiącek.

Sytuację powinna poprawić zmiana taryfikacji świadczeń. 28 marca zostało opublikowane obwieszczenie prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Według ekspertów to długo oczekiwana zmiana. Hospicja mają nadzieję na poprawę sytuacji finansowej.

– Taryfy ogłoszono i prawdopodobnie od 1 lipca zostaną one wprowadzone. Na ile poprawią sytuację naszych jednostek? Zobaczymy. Wyliczenia były bowiem prowadzone w ubiegłym roku. Niestety są obawy, że nieco się zdezaktualizują. Dopiero po 2–3 miesiącach od wprowadzenia nowych taryf będziemy mogli powiedzieć, na ile poprawiła się nasza sytuacja finansowa – zauważa prof. Aleksandra Ciałkowska-Rysz.

Poradnie paliatywne to nie „umieralnie”

Oprócz zwiększenia kadr i nakładów finansowych na opiekę paliatywną konieczna jest także zmiana nastawienia. Eksperti podkreślili, że nie należy nazywać opieki paliatywnej opieką schyłku życia. Tak nie jest! Warto zorganizować profesjonalną kampanię społeczną, aby pokazać społeczeństwu wieloaspektową wartość paliatywnego wsparcia w leczeniu różnych chorób.

Przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej zauważyli, że pacjenci boją się tej formy opieki. Myślą, że zbliża się kres ich życia, postrzegają placówki paliatywne jako „umieralnie”. Tymczasem wiele ciężkich schorzeń staje się dzisiaj chorobami przewlekłymi, a zadaniem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia chorych. Opieka paliatywna to wsparcie w ciężkiej chorobie.



Fot. archiwum



dr hab. Tomasz Dzierżanowski: *Nie nadążamy z zastępowaniem odchodzących na emeryturę lekarzy nowymi specjalistami. To bardzo trudna praca. Potrzebne są odpowiednie wzorce, mentorzy, z których można brać przykład w bezkompromisowej walce o dobro chorego*

Sytuację poprawiłoby nadanie lekarzom opieki paliatywnej uprawnień analogicznych do lekarzy POZ w zakresie wystawiania recepty tzw. senioralnych oraz recept na silne leki przeciwbólowe (psychotropowe), a także umożliwienie lekarzom i pielęgniarkom medycyny paliatywnej dostępu do dokumentacji medycznej. Kolejne postulaty – nie tylko środowiska specjalistów opieki paliatywnej, lecz także organizacji pacjentów – dotyczą m.in. możliwości sumowania procedur w stacjonarnej opiece paliatywnej. Chodzi o rozliczanie przetaczania krwi na oddziałach medycyny paliatywnej czy podania pacjentom bisfosfonatów i czynników wzrostu. Rozliczanie transfuzji składników krwi pozwoli na objęcie opieką paliatywną pacjentów hematologicznych. Nadal nierozstrzygnięta została sprawa kwalifikacji do leczenia żywieniowego w stacjonarnej opiece paliatywnej.

Dorota Mirska