

## Ocena zapotrzebowania na działalność szpitalnego zespołu wsparcia w szpitalu onkologicznym

### *The evaluation of activity of the Hospital Support Team in the Oncological Hospital*

Jerzy Jarosz<sup>1</sup>, Roman Wikłacz<sup>1</sup>, Małgorzata Grzejszczak<sup>1</sup>, Marta Czerwik-Kulpa<sup>2</sup>, Barbara Smolik<sup>1</sup>, Joanna Opieka<sup>1</sup>, Anna Markowska-Gąsiorowska<sup>1</sup>, Monika Majewska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zakład Medycyny Paliatywnej, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie

<sup>2</sup>Warszawski Uniwersytet Medyczny

### Streszczenie

Istnieje potrzeba integrowania medycyny paliatywnej z onkologią. Zapewnia to chorym ciągłość leczenia na każdym etapie. Szpitalny zespół wsparcia może być czynnikiem integrującym, współdziałając w leczeniu szpitalnym, przygotowując chorych do wypisu ze szpitala oraz zapewniając dobre warunki opieki domowej. W artykule przedstawiono ocenę pięcioletniej działalności pierwszego powstałego w kraju szpitalnego zespołu wsparcia, funkcjonującego w Centrum Onkologii – Instytucji im. M. Curie-Skłodowskiej w Warszawie. Przedstawiono zadania poszczególnych członków zespołu: specjalistów medycyny paliatywnej, przeszkolonych pielęgniarek, psychologów oraz pracownika socjalnego. Na podstawie przeprowadzonych konsultacji dokonano analizy ilościowej oraz jakościowej przy użyciu skonstruowanego kwestionariusza badającego potrzeby wyrażane przez chorych oraz stopnia ich zaspokojenia (*patients expectations and satisfaction questionnaire* – PESQ). Udokumentowano wzrastające zapotrzebowanie na leczenie objawowe i opiekę psychologiczną. W leczeniu objawowym najczęściej zajmowano się zwalczaniem bólów. Coraz częściej zgłaszane są problemy związane z dusznością, wyniszczeniem, uporczywymi nudnościami i wymiotami. Kilkakrotnie zespół angażowano do podejmowania decyzji i prowadzenia sedacji terminalnej.

Nie udało się wykazać skuteczności konkretnych interwencji psychologów, chociaż ich praca uzyskała pozytywną ocenę ogólną. Niezwykle istotną okazała się działalność informacyjna dotycząca możliwości opieki domowej, zaopatrzenia w sprzęt i porady socjalne. Analiza pięcioletniej działalności wskazuje na przydatność takich form pomagania chorym i pozwala rekomendować zespół wsparcia jako niezbędną strukturę szpitala onkologicznego.

**Słowa kluczowe:** szpitalny zespół wsparcia, integracja, opieka paliatywna, ból.

### Abstract

There is a great need to integrate palliative medicine with oncology. It may secure possibility of ongoing care for each stage of treatment. The Hospital Support Team could be an integrative factor due to participation in hospital care, patient releasing procedures and assurance of proper home care procedures. The article describes the evaluation of the five-year activity of the first established Hospital Support Team in Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center – Warsaw Institute of Oncology in Poland. The scope of responsibility of palliative care specialists, especially educated nurses, psychologists and a social worker was evaluated. Based on the conducted consultations the qualitative and quantitative analysis was prepared by using our own Patients Expectation and Satisfaction Questionnaire – PESQ. The increasing demand for symptoms treatment and psychological care was well documented. In the symptoms treatment the main aim was to release pain. Nowadays, we additionally focus our attention on other symptoms such as: short breath, cancer cachexia, nausea and vomiting. Several times the team conducted palliative sedation. In reference to psychological involvement it was hard to evaluate particular effectiveness of interventions, nonetheless, their work got positive approval. Information concerning home care, medical equipment and social work consultations have emerged as especially important.

The analysis of the five-year activities of the team indicates the significance of this kind of care and allows to recommend the Hospital Support Team as important and valuable structure of any Oncological Hospital.

**Key words:** Hospital Support Team, integration, palliative care, pain.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Jerzy Jarosz, Zakład Medycyny Paliatywnej Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie, ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa, tel. +48 22 546 22 87; e-mail: jarosz@coi.waw.pl

## WPROWADZENIE – OPIEKA PALIATYWNA W ONKOLOGII

Opieka paliatywna, zdefiniowana przez Światową Organizację Zdrowia jako aktywna i całościowa opieka nad pacjentami, których choroba nie odpowiada na leczenie przyczynowe oraz nad ich rodzinami, wymieniana jest jako ważny aspekt leczenia chorych na nowotwory złośliwe oraz jako jeden z priorytetów współczesnych systemów ochrony zdrowia.

W Polsce współczesna medycyna paliatywna ma już ponaddwudziestoletnią tradycję oraz znaczne osiągnięcia organizacyjne. Pomimo niekwestionowanego związku opieki paliatywnej z onkologią nie zawsze specjaliści z tych dziedzin ściśle współpracują ze sobą. Niejednokrotnie potrzeba wdrażania postępowania paliatywnego i objawowego bywa niedoceniana przez lekarzy onkologów. Opieka paliatywna w Polsce jest lokowana jako działania samodzielne, realizowane przez wyspecjalizowane, niezależne od innych ośrodki:

- jest odrębnym świadczeniem zdrowotnym,
- jest finansowana ze środków publicznych,
- jest świadczeniem specjalistycznym realizowanym przez wyspecjalizowany zespół (od 1999 r. medycyna paliatywna to szczegółowa specjalizacja kliniczna dla lekarzy oraz pielęgniarek pod nazwą „opieka paliatywna”).

Inną koncepcją funkcjonowania medycyny paliatywnej jest umieszczenie jej jako integralnego elementu onkologii. Koncepcja ta zawsze była obecna w polskiej onkologii [1–3], jednak z różnych powodów nie była realizowana w praktyce.

Za modelowe rozwinięcie tej koncepcji można uznać propozycje *European Society for Medical Oncology* (ESMO). W założeniach ESMO opieka paliatywna i leczenie wspomagające określone są jako obowiązek onkologów:

- onkolodzy powinni koordynować opiekę nad chorymi z zaawansowaną chorobą i umierającymi na nowotwory,
- leczenie wspomagające i paliatywne powinno być wdrażane podczas aktywnej fazy leczenia przeciwnowotworowego,

- onkolodzy powinni być ekspertami w leczeniu objawów fizycznych i psychicznych zaawansowanej choroby nowotworowej,
- ośrodki onkologiczne powinny prowadzić leczenie wspomagające i opiekę paliatywną jako część swojej podstawowej działalności.

W koncepcji ESMO podkreśla się potrzebę realizacji tzw. filozofii ciągłości leczenia, integrację leczenia onkologicznego z leczeniem paliatywnym, aktywnego podejścia do identyfikacji potrzeb chorych, specjalistycznej pomocy w zakresie pomocy lekarskiej i pielęgniarstwa, zaspokajaniu potrzeb psychicznych i egzystencjalnych. *European Society for Medical Oncology* zobowiązuje ośrodki onkologiczne do organizowania opieki domowej dla chorych, serwisu informacyjnego, wsparcia dla członków rodziny, w tym dzieci, w celu zaspokajania potrzeb fizycznych, psychicznych i egzystencjalnych pacjentów oraz dla umierających [4].

Określono minimalne wymagania dotyczące opieki paliatywnej w ośrodkach onkologicznych:

- chorzy na nowotwory (szczególnie w zaawansowanym stadium) otrzymujący aktywne leczenie w ośrodkach onkologicznych powinni być rutynowo oceniani pod kątem występowania i stopnia nasilenia objawów fizycznych i psychicznych oraz pod kątem otrzymywania właściwego wsparcia społecznego,
- w razie stwierdzenia niewystarczającej kontroli objawów chorych należy ocenić i leczyć z właściwą uwagą, zależnie od charakteru i stopnia nasilenia problemu,
- ośrodki onkologiczne muszą zapewniać umiejętną pomoc w stanach nagłych, związanych z niewystarczającą kontrolą objawów fizycznych i psychicznych,
- ośrodki onkologiczne muszą kontynuować program opieki paliatywnej i leczenia wspomagającego chorych w zaawansowanym stadium nowotworu, którzy nie uzyskują już żadnych korzyści z leczenia przeciwnowotworowego,
- ośrodki onkologiczne powinny włączać do rutynowej opieki pracowników społecznych i psychologów,

– jeśli chory wymaga szpitalnej opieki terminalnej, personel ośrodka onkologicznego powinien zapewnić taką opiekę lub zorganizować odpowiednią opiekę we właściwym hospicjum lub w ramach służb opieki paliatywnej [ESMO 2005].

Koncepcja ESMO i rozwiązania funkcjonujące w Polsce pozostają w sprzeczności. Możliwe jest wykorzystanie obu rozwiązań. Zadanie takie podjęto w ramach realizacji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Zadanie *Program Rozwoju Opieki Paliatywnej* przewiduje integrację polskiej medycyny paliatywnej z onkologią [5]. Za kluczowy element integracji uznano konieczność wprowadzenia do wszystkich szpitali onkologicznych szpitalnych zespołów wsparcia. Liderzy opieki paliatywnej z osiemnastu ośrodków onkologicznych w kraju są zgodni, że zespoły wsparcia są niezbędne w szpitalach onkologicznych [5].

Integracyjna rola szpitalnych zespołów wsparcia ma polegać na wprowadzaniu opieki paliatywnej/leczenia wspomagającego już w okresie aktywnego leczenia przeciwnowotworowego, redukowaniu dystresu (problemy psychosocjalne) u chorych przebywających w szpitalu, ułatwieniu chorym płynnego przejścia z leczenia szpitalnego do opieki domowej – współpraca z ośrodkami opieki paliatywnej.

#### SZPITALNY ZESPÓŁ WSPARCIA W CENTRUM ONKOLOGII W WARSZAWIE

Szpitalny zespół wsparcia (SZW) w Centrum Onkologii w Warszawie powstał w 2004 r. W 2008 r. Centrum Onkologii w Warszawie uzyskało akredytację ESMO jako ośrodek integrujący medycynę paliatywną z onkologią. Oznacza to realizację filozofii ciągłości leczenia i odpowiedzialności za niepozostawianie chorych bez pomocy w żadnym okresie choroby. Uzyskanie akredytacji wymagało stworzenia infrastruktury oraz programów uwzględniających aktywne rozpoznawanie potrzeb chorych zarówno w ich aspekcie fizycznym, jak i psychicznym, socjalnym oraz duchowym, dostępność interwencji paliatywnych, współpracę z rodzinami chorych, możliwość zaoferowania opieki domowej, a także zapewnienie odpowiednich warunków umierającym.

System działający w Centrum Onkologii uwzględnia szkolenie onkologów i pielęgniarek onkologicznych w zakresie opieki paliatywnej. Powstała specjalna grupa pielęgniarek – liderki opieki paliatywnej, które brały udział w obszernym programie szkoleń i obecnie są odpowiedzialne za rozpoznawanie chorych, którzy mają specyficzne potrzeby wymagające pomocy paliatywnej. Zauważone problemy powinny być rozwiązywane

przez personel kliniki lub we współpracy z Zakładem Medycyny Paliatywnej, a przede wszystkim z prowadzonym przez ten Zakład zespołem wsparcia.

Zespół wsparcia, obok oddziału stacjonarnego i poradni przeciwbólowej i medycyny paliatywnej, jest jednostką Zakładu Medycyny Paliatywnej.

Personel stanowią: lekarz – specjalista medycyny paliatywnej, pielęgniarki, psychologowie i pracownik socjalny.

Zadaniem zespołu wsparcia jest leczenie bólu oraz objawów współistniejących wpływających na jakość życia, leczenie wspomagające przez wdrażanie opieki paliatywnej na wszystkich etapach terapii, łagodne przeprowadzenie pacjenta od leczenia przyczynowego do paliatywnego.

Realizacja zadań odbywa się przez udzielanie porad i konsultacji, współpracę z lekarzem prowadzącym, wsparcie psychologiczne i socjalne, organizowanie wsparcia duchowego dla pacjentów i ich rodzin, edukowanie pacjentów, rodzin i opiekunów, pomoc w uzyskaniu sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie, w rozwiązywaniu trudności związanych z chorobą nowotworową i z jej następstwami, przełamywanie mitów i zabobonów związanych z chorobą nowotworową, cierpieniem i leczeniem przeciwbólowym, w tym opioidami.

Szpitalny zespół wsparcia jest nową strukturą w polskiej służbie zdrowia. Chociaż w wielu ośrodkach onkologicznych w kraju odbywają się konsultacje z zakresu medycyny paliatywnej, zorganizowane i sformalizowane zespoły istnieją jedynie w Warszawie i Bydgoszczy. Nie ma sprecyzowanych zasad ich funkcjonowania. Pięcioletnie doświadczenia funkcjonowania zespołu wsparcia w Centrum Onkologii pozwalają na sformułowanie obserwacji dotyczących pracy zespołu i poszczególnych jego członków.

#### ZAPOTRZEBOWANIE NA KONSULTACJE SZPITALNEGO ZESPOŁU WSPARCIA

Początkowo zespół pełnił rolę konsultacyjną w trudnych przypadkach bólowych, kiedy standardowe leczenie przeciwbólowe nie dawało oczekiwanego efektu, a stan pacjenta ulegał progresywnemu pogorszeniu. Obecnie pacjenci obejmowani są opieką przez zespół wsparcia na wczesnym etapie choroby nowotworowej. Pacjenci leczeni równoległe onkologicznie i paliatywnie uzyskują najlepsze efekty terapeutyczne.

W pierwszych 2 latach funkcjonowania zespołu liczba udzielanych konsultacji stopniowo wzrastała i w latach 2005–2006 odbywało się 150–180 konsultacji w miesiącu. W 30% były to konsultacje dotyczące leczenia przeciwbólowego, 28% – konsultacje udzie-

lane przez psychologów, 30% stanowiły porady i informacje telefoniczne.

Obecnie skala działania jest znacznie większa i nadal wzrasta. W ciągu 11 miesięcy 2009 r. odbyło się 971 (88/miesiąc) konsultacji lekarsko-pielęgniarskich, 566 (52/miesiąc) konsultacji psychologicznych, pracownik socjalny dokonał 488 (44/miesiąc) interwencji. Udzielono 3894 (354/miesiąc) informacji telefonicznych.

Głównym powodem zgłoszeń do SZW był i jest ból w różnych postaciach oraz jego następstwa. W ostatnich 2 latach odnotowuje się zwiększanie liczby konsultacji u pacjentów bez bólu lub z bólem kontrolowanym w sposób satysfakcjonujący, ale wymagających leczenia innych objawów, takich jak dystymia, depresja, duszność, znużenie, wyniszczenie, uporczywe nudności i wymioty.

Daje się zauważyć angażowanie SZW w podejmowanie decyzji i prowadzenie sedacji terminalnej u chorych umierających w klinikach onkologicznych. W 2008 r. odnotowano 4 takie przypadki, w roku 2009 – 17.

Rozwijająca się działalność SZW uświadomiła konieczność aktywnego rozpoznawania potrzeb pacjentów i identyfikowania osób wymagających specjalnej pomocy. Powstał projekt liderki opieki paliatywnej. Liderkami zostały pielęgniarki pracujące na poszczególnych oddziałach, które w trakcie prowadzonej obserwacji kwalifikowały i zgłaszały pacjentów wymagających objęcia opieką zespołu wsparcia. Obecnie większość konsultacji zgłaszanych jest przez liderki opieki paliatywnej oraz lekarzy. Rośnie grupa chorych, którzy samorzutnie dopominają się o konsultacje SZW.

W latach 2008–2009 oceniano skuteczność interwencji SZW [6]. Skonstruowano kwestionariusz badający skuteczność działań SZW. Uwzględniono: odczuwanie bólu oraz wskaźniki psychologiczne (napiecie, smutek, przygnębienie, niepokój/lęk, problemy ze snem). Badano pacjentów podczas pierwszego i ostatniego spotkania. W kwestionariuszu końcowym zawarto stwierdzenia oceniające pracę całego zespołu.

Z przeprowadzonej analizy wnika, że różnica (istotna statystycznie) między pierwszym a ostatnim spotkaniem z zespołem wsparcia jest dodatnia w odczuwaniu bólu oraz smutku i przygnębienia. Pozostałe wyniki nie są jednoznaczne. Końcowa ocena pracy całego SZW dotycząca wszystkich oddziaływań jest wysoka, niezależnie od stopnia poprawy poszczególnych wskaźników.

Ocena potrzeb dokonana kwestionariuszem PESQ wykazała wysokie oczekiwania w zakresie opieki, bliskości, samostanowienia i potrzeb społecznych oraz niskie oczekiwania w zakresie ciszy i spokoju. Jednocześnie pacjenci bardzo wysoko oceniali skuteczność i jakość pomocy oferowanej przez

SZW, zwłaszcza w obszarach poprawy stanu emocjonalnego – zaobserwowano znaczącą poprawę w obszarze poczucia smutku i przygnębienia oraz zmniejszenia napięcia emocjonalnego [7].

Badanie wykazuje konieczność istnienia zespołu wsparcia oferującego opiekę nie tylko w zakresie potrzeb somatycznych, ale także zapewniającego pacjentom opiekę psychologiczną i socjalną, co pozwala zaspokoić ich potrzeby w dużo większym zakresie.

## LEKARZ I PIELEŃNIARKI SZPITALNEGO ZESPOŁU WSPARCIA

Zespołowi lekarz–pielęgniarka przydzielono następujące zadania:

- organizowanie i prowadzenie zespołu,
- rozwiązywanie problemów klinicznych i etycznych występujących u pacjentów w zaawansowanym stadium choroby,
- konsultowanie w zakresie leczenia objawowego, w tym zalecanie i ustalanie skutecznych dawek leków przeciwbólowych,
- monitorowanie zaleconego leczenia,
- ustalanie wskazań do włączenia żywienia pozajelitowego,
- podejmowanie decyzji o zastosowaniu kontrolowanej sedacji terminalnej,
- podawanie leków do przestrzeni podpajęczynówkowej i zewnątrzoponowej,
- kwalifikowanie do zabiegów neurolyzy,
- informowanie pacjenta i jego rodziny o stosowanej terapii przeciwbólowej, jej następstwach i możliwych objawach niepożądanych,
- rozpoznawanie i ocena potrzeb psychicznych, socjalnych i duchowych pojawiających się u ludzi w zaawansowanym stadium choroby i zaspokajanie tych potrzeb,
- współpraca z przedstawicielami różnych specjalności medycznych i niemedycznych w rozwiązywaniu problemów powstających w trakcie opieki nad chorymi i ich rodzinami,
- promowanie idei opieki paliatywnej.

## PSYCHOLOG SZPITALNEGO ZESPOŁU WSPARCIA

Przewlekła i nieuleczalna choroba jest jedną z najtrudniejszych sytuacji życiowych, z którą konfrontuje się człowiek i jego najbliżsi. W kryzysie spowodowanym chorobą nowotworową pacjent potrzebuje natychmiastowego wsparcia, czyli takich działań, które pomogą mu uzyskać poziom równowagi.



Zadaniem psychologa w SZW jest:

- konsultacja pacjentów w trybie ambulatoryjnym i klinikach COI,
- wsparcie psychologiczne – emocjonalne i poznawcze,
- pomoc w rozpoznawaniu potrzeb emocjonalnych,
- ocena i rozpoznawanie zaburzeń adaptacyjnych,
- ocena i rozpoznawanie zaburzeń emocjonalnych, zaburzeń lękowych, dystymii i depresji,
- pomoc w zorganizowaniu wsparcia duchowego dla chorych, którzy zgłaszają taką potrzebę,
- kierowanie pacjentów do ośrodków, w których mogą uzyskać potrzebną pomoc psychologiczną w sytuacji, kiedy wymaga tego specyfika problemu (np. uzależnienie, przemoc w rodzinie, problemy natury seksuologicznej),
- psychoedukacja dotycząca szeroko pojętej tematyki choroby.

Konsultacje rodzin i bliskich pacjentów:

- rozpoznanie aktualnych potrzeb poszczególnych członków rodziny,
- rozpoznanie obaw, niepokojów i sposobów ich funkcjonowania,
- pomoc w rozładowaniu napięcia, w zrozumieniu i zaakceptowaniu uczuć zarówno pozytywnych, jak i negatywnych,
- pomoc w przeorganizowaniu systemu rodzinnego i w przygotowaniu rodziny na trudności związane z chorobą lub śmiercią chorego.

Zapotrzebowanie na pomoc i opiekę psychologiczną. Od stycznia do listopada 2009 r. odbyło się 566 konsultacji psychologicznych, w tym 9 rodzinnych i 58 w trybie ambulatoryjnym. W porównaniu z rokiem 2008 jest to niemal 30-procentowy wzrost zapotrzebowania na konsultacje psychologiczne.

## PRACOWNIK SOCJALNY

Do niedawna pracownik socjalny w szpitalu postrzegany był jako osoba, do której zwracano się w celu zorganizowania wypoczynku dla pracowników lub o pomoc doraźną, najczęściej finansową w nagłych przypadkach. Praca z chorym pozostawała poza obszarem jego działania.

Utworzenie SZW wymusiło podjęcie działań przygotowujących chorego do leczenia poza terenem szpitala. Chociaż rola i zadania pracownika socjalnego w SZW nie zostały jednoznacznie określone, to na podstawie pięcioletnich doświadczeń autorów niniejszej pracy można zasygnalizować najważniejsze problemy. Początkowo działalność opierano na własnych założeniach dotyczących potrzeb i wymagań pacjentów. Wszystkie cele i zadania, jakie realizowane są obecnie, zostały wyznaczone na podstawie obserwacji i ścisłej współpracy całego zespołu z pacjentami i ich rodzi-

nami. Znaczną część informacji dotyczących sytuacji pacjentów oraz ich ewentualnych oczekiwań co do pomocy socjalnej pracownik socjalny uzyskuje od pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych (liderki opieki paliatywnej).

Pomoc socjalna funkcjonuje jako indywidualna odpowiedź na potrzeby pacjentów. Z powodu braku jasno określonych procedur i wytycznych dotyczących opieki socjalnej nad pacjentami w opiece paliatywnej niezbędna jest otwartość i kreatywność.

Dotychczasowa praktyka zdominowana jest przez funkcje informacyjne. Pacjenci i rodziny poszukują informacji na wszelkie tematy. Wyraźnie widać, że sposób informowania pacjentów o ważnych dla nich sprawach jest w Polsce dalece niewystarczający.

W ciągu 11 miesięcy 2009 r. pracownik socjalny SZW informował/konsultował pacjentów telefonicznie 3894 razy.

Pytania dotyczyły następujących zagadnień:

- hospicjów domowych i stacjonarnych w Polsce – 1980,
- sprzętu ortopedycznego – 275,
- miejsc uzyskania pomocy dla pacjentów (MOPS, OPS, ZOL, domy opieki) – 451,
- pomocy finansowej dla pacjentów i ich rodzin – 396,
- koncentratorów tlenu – 517,
- inne – 308.

Bezpośrednie interwencje pracownika socjalnego (w 2009 r. – 488 pacjentów Centrum Onkologii) dotyczyły:

- dostarczenia danych teleadresowych hospicjów domowych i stacjonarnych oraz innych ośrodków opieki paliatywnej, poradni leczenia bólu, szpitali i ośrodków onkologicznych, domów i ośrodków opieki, wypożyczalni i punktów sprzedaży sprzętu rehabilitacyjnego na terenie całego kraju,
- pomocy w uzyskaniu opieki w hospicjach, domach opieki, ośrodkach pomocy społecznej,
- dostarczenia niezbędnej dokumentacji, wypisywania wniosków (do ZUS i innych zakładów opieki),
- wystąpienia o renty socjalne, rehabilitacyjne itp.,
- współpracy z fundacjami i innymi organizacjami pozarządowymi,
- pomocy w uzyskaniu środków finansowych dla pacjentów i ich rodzin,
- szczepionki przeciwko HPV dla 14-letniej córki pacjentki,
- specjalistycznego wózka inwalidzkiego dla 17-letniego pacjenta.

## OPIEKA NAD UMIERAJĄCYMI

Właściwa opieka w końcu życia jest niezbędnym elementem onkologii i medycyny paliatywnej.

Zapewnienie godziwych warunków osobom umierającym należy do obowiązków szpitala. Szpitalny zespół wsparcia dokonał oceny istniejących w klinikach Centrum Onkologii procedur zapewniających chorym godziwe warunki oraz należytą opiekę. Przeprowadzono wywiady i „wizję lokalną” we wszystkich (12) klinikach i zakładach CO. Wywiady obejmowały pytania o sposób i miejsce sprawowania opieki w ostatnich 48 godz. życia, obecność rodziny/najbliższych, intensywności leczenia, obecności/dostępności psychologa i duchownego.

Uzyskano następujące wyniki:

- W CO nie ma sformalizowanych procedur postępowania z umierającymi. Istnieje i przestrzegana jest jedynie procedura postępowania ze zwłokami.
- We wszystkich klinikach istnieją zwyczajowo przyjęte zasady. Zasady te różnią się nieco pomiędzy różnymi klinikami, ale wszystkie zapewniają godne warunki umierającym i ich rodzinom.
- Chorzy umieszczani są w mniejszych, w miarę możliwości – pojedynczych salach.
- Za wyjątkiem 2 klinik, przy umierającym może przebywać jego najbliższa rodzina przez 24 godz.
- Zabiegi pielęgniarские przy umierającym ograniczone są do niezbędnych czynności.
- Obserwowano stałe zaangażowanie lekarzy w proces leczenia pacjenta.
- Na życzenie chorego i rodziny wzywany jest ksiądz.
- Istnieje możliwość korzystania z pomocy psychologa.
- Zasadniczą rolę w kształtowaniu sposobów postępowania z umierającymi odgrywały i ciągle odgrywają pielęgniarki. Intuicyjnie kreują zasady odpowiadające normom kulturowym, obyczajom i indywidualnym potrzebom umierających i ich rodzin. Na szczęście, zasady te są akceptowane przez lekarzy i całe środowisko szpitalne.

## PODSUMOWANIE

Szpitalne zespoły wsparcia są nowością w polskiej służbie zdrowia. Prawdopodobnie tylko dwa szpitale onkologiczne mają taką strukturę. W krajach Europy Zachodniej zespoły wsparcia są bardzo popularną formą opieki. W Wielkiej Brytanii znajdują się we wszystkich większych szpitalach [9]. Szpitalne zespoły wsparcia określane też jako *palliative support* lub *consultant teams* doradzają innym specjalistom w zakresie opieki paliatywnej. Elastyczność, możliwość reagowania na różne sytuacje sprawia, że jest to najbardziej wydajny sposób opieki nad chorymi w zaawansowanych stadiach choroby pozostającymi w „ostrzych” szpitalach [10].

Organizacja SWZ pozwala realizować zasadę ciągłości leczenia onkologicznego, jak również na wpro-

wadzenie profesjonalnej, wielowymiarowej opieki paliatywnej już we wczesnych etapach leczenia. Sprawia to, że leczenie objawowe (np. leczenie bólu) wdrażane jest bezzwłocznie, pozwala wyprzedzić nasilenie objawów, a przez to zredukować nasilenie cierpienia związanego z chorobą i leczeniem przeciwnowotworowym. Udział psychologów i pracowników socjalnych ułatwia rozwiązywanie doraźnych problemów, a także „uczy” chorego i jego rodzinę poszukiwania pomocy w przyszłości. Onkologom współpraca z zespołem wsparcia ułatwia pracę, uczy ich wrażliwości na problemy chorych i ich priorytety, zwraca uwagę na konieczność prawidłowej komunikacji z pacjentami oraz współpracy wielodyscyplinarnej. Szpitalny zespół ułatwia chorym płynne przejście od leczenia przyczynowego do objawowego, od szpitala do opieki domowej, redukuje poczucie odrzucenia – „już nic nie można zrobić”.

Przedstawiona analiza działalności SZW w Centrum Onkologii w Warszawie nie pozwala jednoznacznie potwierdzić osiągnięcia wszystkich założonych celów. O przydatności SZW można wnioskować pośrednio: wzrastająca liczba konsultacji lekarskich, pielęgniarских, psychologicznych i pracownika socjalnego może być traktowana jako wykładnik rosnącego zapotrzebowania na konsultacje paliatywne.

Dowodem wzrastającego znaczenia SZW jest zmieniający się przekrój problemów zgłaszanych przez onkologów. Leczenie przeciwbólowe jest ciągle zasadniczym wskazaniem, ale konsultowane jest także leczenie duszności, problemy z odżywianiem itp. Jako znamienne można traktować wspólne podejmowanie decyzji co do wskazań i technik sedacji terminalnej. Następnym najczęściej konsultowanym problemem jest sztuczne odżywianie i nawadnianie chorych w stanie terminalnym. Trudne etycznie decyzje powinny być podejmowane zespołowo, z udziałem różnych specjalistów, a przede wszystkim z udziałem dobrze poinformowanego chorego. Specjaliści opieki paliatywnej są dobrymi partnerami w takich rozważaniach i praktycznym wykonywaniu sedacji, żywienia itp.

Przedstawione obserwacje uzasadniają pogląd, że SZW powinny być organizowane we wszystkich szpitalach onkologicznych w kraju.

## PIŚMIENNICTWO

1. Koszarowski T. Współczesne zasady organizacji walki z nowotworami w Polsce. *Zdrowie publiczne* 1968; 2: 247-255.
2. Jarosz J. Problemy medyczne w opiece terminalnej. W: *W stronę człowieka umierającego*. Drażkiewicz J. (red.). Uniwersytet Warszawski 1989: 9-29.
3. Jarosz J., Hilgier M. Cancer pain treatment – the Warsaw model. *Pain Clinic* 1996; 9: 357-359.
4. Cherny N.I., Catane R., Kosmidis P.A. and Members of the ESMO Palliative Care Working Group ESMO Policy on Supportive and Palliative Care 2005 <http://www.esmo.org>.

5. Jarosz J. Sprawozdanie z wykonania zadania realizowanego w ramach programu polityki zdrowotnej: Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych 2005. Zadanie: Program Rozwoju Opieki Paliatywnej. Warszawa 2006 (Ministerstwo Zdrowia – niepublikowane).
6. Grzejszczak M., Markowska-Gąsiorowska A., Czerwik M. i wsp. Jak pomóc odnaleźć sens – szpitalny zespół wsparcia. II Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej – Wisła 9–12 X 2008.
7. Jarosz J., Czerwik M., Pożarowska E. Needs and expectations of patients with cancer pain and the level of its fulfillment in palliative care. New tool of evaluation. 10th World Congress of Psycho-Oncology, 9–13 June 2008 Madrid, Spain.
8. Grzejszczak M., Czaplińska, Markowska A., Jarosz J., Czerwik M. Czy umieranie w szpitalu musi odbywać się za parawanem. II Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej – Wisła 9–12 X 2008.
9. Centeno C., Clark D. i wsp. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. IAHP Press 2007.
10. Martin-Moreno J. i wsp. In patient (hospice and hospital) care. W: Palliative care in the European Union. European Parliament's Committee on the Environment, Public Health and Food safety (ref. IP/A/ENVI/IC/2007-123)2008: 5.