

# Medycyna paliatywna i problem leczenia bólu w geriatrici.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia, opiekę paliatywną określa się jako działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin stojących wobec problemów związanych z postępującą, zagrażającą życiu nieuleczalną chorobą.





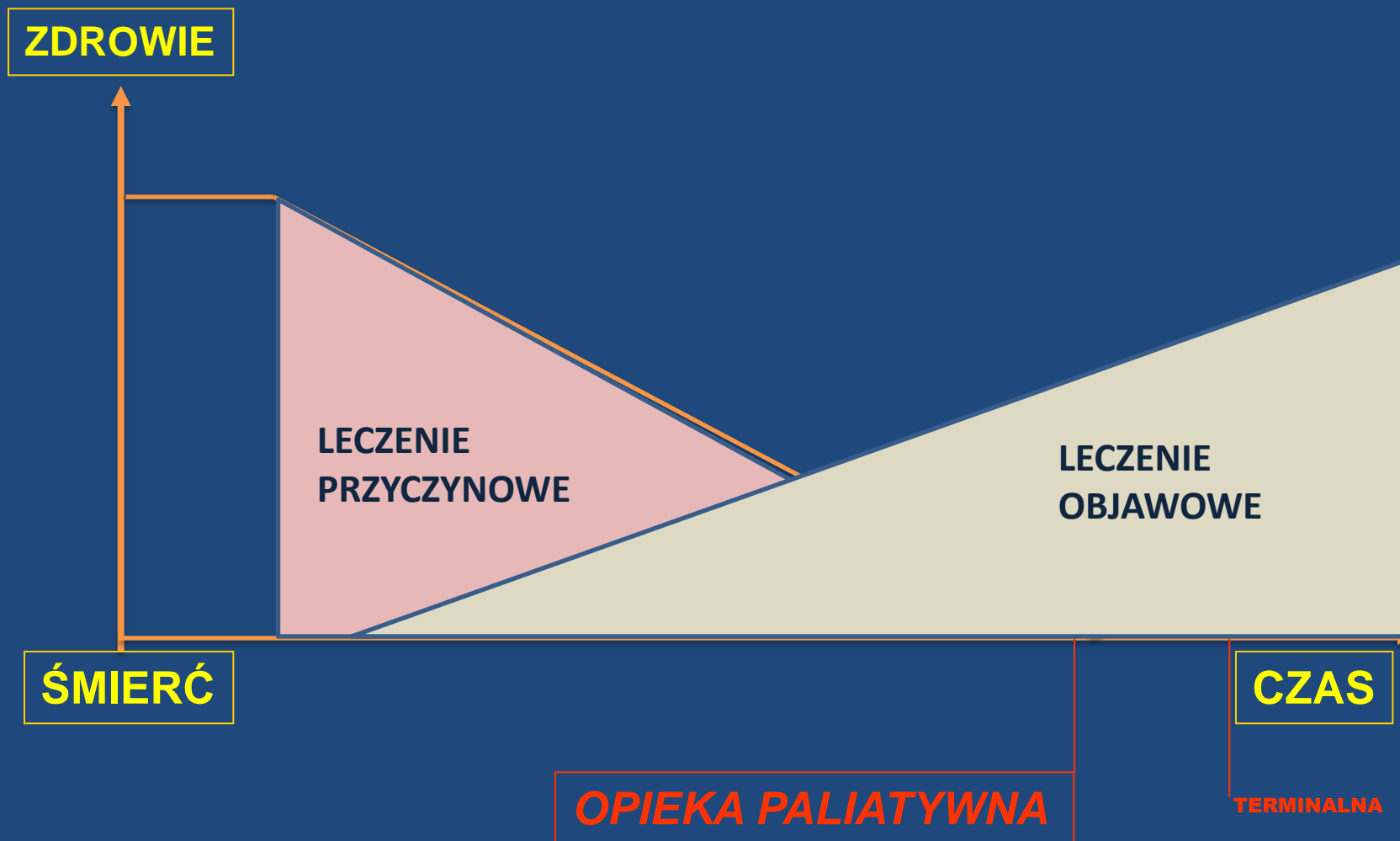
- **Działania te polegają na zapobieganiu i znoszeniu cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji oraz ocenie i leczeniu bólu i innych problemów: somatycznych, psychosocjalnych i duchowych.**  
Medycyna paliatywna oznacza właściwą, ukierunkowaną na poprawę jakości życia opiekę medyczną nad tymi chorymi.
- **Dąży do objęcia opieką chorych nie tylko w ostatnim okresie życia, ale także we wcześniejszych stadiach choroby, gdy jeszcze stosowane jest leczenie przedłużające życie i występują trudne do opanowania objawy.**
- **Główne działania lekarzy specjalistów polegają, więc na diagnostyce i leczeniu objawów.**

- Na podstawie Atlasu Opieki Paliatywnej w Europie oraz analiz przygotowywanych dla Parlamentu Europejskiego, Polska zajmuje piąte miejsce w Europie pod względem rozwoju opieki paliatywnej.
- Dane, które zostały zawarte w powyższych dokumentach, pochodzą z 2005 r.
- Według badania przeprowadzonego w 2011 r. przez Worldwide Palliative Care Alliance zatytułowanego "Mapowanie poziomu rozwoju opieki paliatywnej: globalna aktualizacja 2011", Polska znajduje się w grupie państw IVb, tj. krajów o najwyższym poziomie opieki paliatywnej na świecie.
- Są to kraje, w których opieka paliatywna jest określana, jako etap zaawansowanej integracji w ramach głównych form organizacyjnych, w których opieka paliatywna jest zintegrowana z systemem opieki zdrowotnej. Zapewniona jest w nich odpowiednia dostępność morfiny i innych silnych analgetyków opioidowych.

- Aktem prawnym określającym zakres oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej jest rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej z 2009 r.
- Świadczenia te realizowane są w warunkach stacjonarnych (hospicjum stacjonarne lub oddział medycyny paliatywnej), domowych (hospicjum domowe dla dorosłych oraz dla dzieci) i ambulatoryjnych (poradnia medycyny paliatywnej).
- Na podstawie powyższego rozporządzenia kwalifikacji do objęcia opieką paliatywną dokonuje lekarz zatrudniony w jednostce opieki paliatywnej w oparciu o ocenę stanu klinicznego oraz rozpoznanie zgodne z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób ICD-10.
- Do opieki paliatywnej pacjentów dorosłych kwalifikuje się osoby z rozpoznaniem choroby nowotworowej (ICD-C oraz D); wg WHO niezależnie od stadium zaawansowania choroby, jeśli konieczne jest leczenie objawowe.

- Opieką paliatywną mogą być też objęci pacjenci w końcowych stadiach następujących schorzeń wg ICD-10 –
- **G (następstwa chorób zapalnych układu nerwowego, układowe zaniki pierwotne OUN, choroby demielinizacyjne OUN),**
- **B - choroby wywołane przez wirus HIV,**
- **L - owrzodzenia odleżynowe, oraz**
- **I - stadia schyłkowe kardiomiopatii**
- **J - przewlekłej niewydolności oddechowej**
- **Wśród pacjentów dorosłych >95 proc. pacjentów objętych opieką paliatywną stanowią osoby ze schorzeniami nowotworowymi.**

# GRAFICZNE PRZEDSTAWIENIE CHOROBY OGRANICZAJĄCEJ ŻYCIE



- W 2012 r. świadczenia z zakresu opieki paliatywnej w ramach umowy z NFZ wykonywały 442 podmioty. Ponadto funkcjonowało kilkanaście jednostek udzielających powyższych świadczeń finansowanych przez organizacje pozarządowe oraz samorządy lokalne.
- Podstawową i najbardziej rozwiniętą w Polsce formą opieki paliatywnej jest hospicjum domowe. W 2012 r. podpisano 325 umów na świadczenia w zakresie opieki domowej dla dorosłych oraz 51 umów na hospicja domowe dla dzieci.
- Rozmieszczenie jednostek opieki paliatywnej, jak i podział środków finansowych pomiędzy województwami nie jest równomierny.
- Utrzymuje się znaczne zróżnicowanie w nakładach finansowych na opiekę paliatywną w przeliczeniu na jednego mieszkańca.
- W województwach: kujawsko-pomorskim, wielkopolskim i warmińsko-mazurskim wartości te przewyższają ponad dwukrotnie nakłady finansowe z województwa zachodniopomorskiego.

- W Polsce medycyna paliatywna należy do najmłodszych, podlegających dynamicznym zmianom dziedzin medycyny.
- Specjalizacja z medycyny paliatywnej została wprowadzona w 1999 r.
- Łącznie, wliczając sesję wiosenną w 2013 r., 340 lekarzy zdało egzamin specjalizacyjny, z czego około 290 pracuje w jednostkach medycyny paliatywnej, jednak część w niepełnym wymiarze.
- Obecnie ok. 120 osób jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Liczba specjalistów jest niewystarczająca.
- Zapotrzebowanie na kadrę specjalistyczną określone jest na poziomie ok. 1200 lekarzy specjalistów, brakuje ok. 900.
- Lekarz specjalista medycyny paliatywnej z Polski bez problemu znajdzie prace poza granicami kraju.





- **Największymi problemami medycyny paliatywnej w Polsce jest niedostateczne finansowanie.**
- **Od kilku lat nie podwyższano wartości osobodnia w opiece domowej oraz stacjonarnej. Ponadto brak jest możliwości dodatkowego finansowania procedur, np. przetaczanie krwi, zabiegowych procedur leczenia bólu.**
- **Dla systemu opieki paliatywnej powoduje to niepotrzebne generowanie kosztów związanych z przemieszczaniem pacjentów na inne oddziały, na których zazwyczaj brakuje miejsc.**
- **Kolejnym problemem jest zbyt późne kierowanie pacjentów do opieki paliatywnej. Cały czas w społeczności medycznej utrzymuje się stereotyp postrzegania opieki paliatywnej jako miejsca dla pacjentów, którzy nie mają opieki, lub jedynie jako miejsca spokojnego umierania.**
- **Stereotyp ten powinien ulec zmianie, gdyż jednostki opieki paliatywnej to specjalistyczne ośrodki leczenia objawowego oraz miejsca wsparcia dla pacjentów i rodziny potrzebnego na każdym etapie postępującej, zagrażającej życiu, nieuleczalnej choroby.**

## Opieka u schyłku życia:

**W. Brytania** – opieka dla pacjenta bezpłatna, finansowana przez sektor prywatny i National Health Service (organizator) opiera się na hospicjach, szpitalach, ambulatoryjnie, w domu chorego – pielęgniarki środowiskowe i domowe zespoły paliatywno-hospicyjne.

**Francja** - od 1986 w systemie ochrony zdrowia, sieci – organizacje skupiające lekarzy, pielęgniarki i wolontariuszy, którzy wspierają lekarzy POZ w opiece domowej. (60% to instytucje prywatne) Lekarz jest kierownikiem zespołu, pielęgniarka koordynatorem – 1/3 pacjentów – opieka u schyłku życia, geriatryczna i położnicza.

**Niemcy** – od 2007 refundowanie ze środków publicznych (Kasy Chorych) - oddziały paliatywne w szpitalach (koncentrują się na leczeniu bólu) oraz hospicyjne świadczą opiekę pielęgniarską i psycho-społeczną ze wsparciem lekarzy rejonowych.

**Włochy** od lat 90-tych część systemu ochrony zdrowia, hospicja, oddziały paliatywne w Szpitalach, mają ustanowione standardy jakości usług świadczonych chorym terminalnym. Lekarz rodzinny zleca choremu opiekę domową, którą realizują pielęgniarki środowiskowe.

**Norwegia** – od 2007 r. narodowy program opieki paliatywnej nad chorymi na raka.

Wszystkie szpitale mają zespoły paliatywne, które zajmują się chorymi na oddziałach i w miejscu zamieszkania, małe oddziały (4 łóżka) prowadzone są jako gminne usługi publiczne.

**Holandia** – opiekę prowadzą lekarze POZ, zakłady pielęgniarskie, specjaliści i wolontariusze w domu pacjenta-szczeg. rolę odgrywają GP.

**Węgry** – od 1999 finansowanie usług szpitalnych, od 2004 hospicjów domowych. Istnieją paliatywne zesp. wyjazdowe, hospicja stacjonarne, oddziały szpitalne.

**Słowacja** – od 2006 finansowanie przez ubezpieczenie zdrowotne, poziom refundacji niewystarczający.

- **Dostępność usług paliatywnych jest niewystarczająca, co powoduje zbędne przyjęcia do szpitali (dotyczy to ochrony zdrowia w całej Unii Europejskiej).**
- **W W. Brytanii w 2008 opracowano Strategię Końca życia zawierającą zalecenia dla placówek i specjalistów stacjonarnej i domowej opieki paliatywnej:**
  - **należy oszacować potrzeby chorego**
  - **dbać o całodobowa dostępność zespołu paliatywnego**
  - **włączać do opieki rodzinę i bliskich chorego (konieczność dwóch nieprofesjonalnych opiekunów)**
  - **koordynować działania całego zespołu**
  - **zapewnić nagłą pomoc medyczną: dyżurujący GP muszą znać zasady postępowania w sytuacji nasilenia objawów, które są przyczyną cierpienia chorego (ból, duszność)**





**Opieka nad pacjentem w wieku starszym powinna być sprawowana przez wielodyscyplinarny zespół złożony z personelu medycznego, niemedycznego oraz wolontariuszy.**

**Tylko taka opieka zapewnia z jednej strony holistyczne spojrzenie na potrzeby pacjenta, z drugiej indywidualizację w zakresie świadczonych usług zdrowotnych.**

**Holizm rozumie człowieka, jako złożoną istotę, więc i choroba jest dla niego wielowymiarowym procesem, obejmującym większą liczbę czynników.**

**W modelu tym wielką wartością są siły, które człowiek czerpie ze spokoju psychicznego i równowagi emocjonalnej, z jasno określonych celów życiowych i sposobu przeżywania wartości duchowych.**



**Pod pojęciem opieki holistycznej rozumiana jest opieka lekarska, pielęgnarska i rehabilitacyjna oraz pomoc psychosocjalna.**

**Obejmuje ona również aspekty edukacyjne, gdyż pacjent świadomy ograniczeń wynikających z procesu chorobowego nakładającego się na podeszły wiek może czynnie uczestniczyć w procesie leczenia.**

**Dodatkowo holistyczne podejście do pacjenta obejmuje edukację rodziny czy opiekunów w zakresie zasad opieki nad pacjentem w wieku podeszłym oraz pomoc w przypadku pogarszającego się zdrowia.**

**Holistyczna opieka geriatryczna w okresie terminalnym zapewnia komfort psychiczny i fizyczny umierającemu pacjentowi. Pozwala również – poprzez edukację – przygotować rodzinę/opiekunów do bycia z pacjentem w ostatnim okresie jego życia.**

**Warunkiem skuteczności działania zespołu jest właściwy jakościowo dobór personelu. Pracownicy zaangażowani w opiece geriatrycznej winni rozumieć i akceptować jej zasady, oraz posiadać odpowiednie kwalifikacje.**

**Ból przewlekły trzeba leczyć, ale tylko pod kontrolą lekarską.**

**Trzeba zacząć od zrobienia morfologii, sprawdzenia funkcji nerek, bo leki przeciwbólowe mają wpływ na pracę tych narządów.**

**Każdy lek przeciwbólowy ma działania niepożądane i może być mniej lub bardziej szkodliwy.**

**Bezpieczniejszy, zwłaszcza jeśli chodzi o powikłania ze strony układu krążenia, jest Naproxen. Mało szkodliwy jest też Paracetamol.**

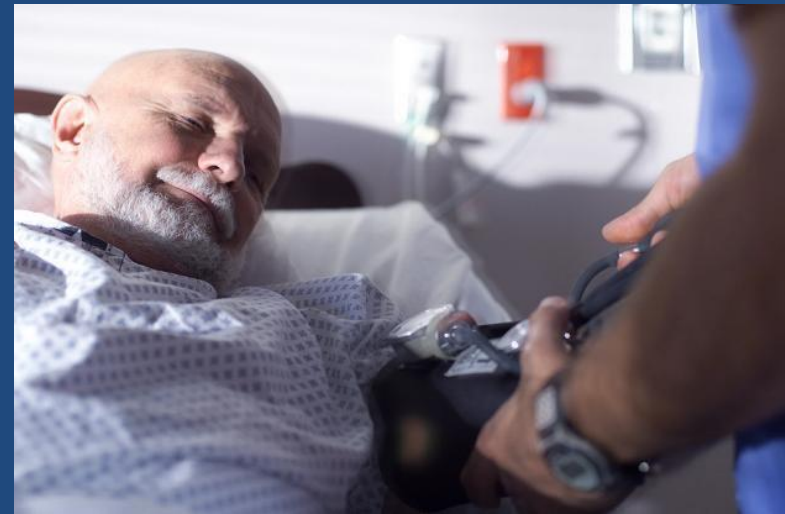
**Polscy naukowcy zbadali zjawisko bólu u osób po 65. roku życia.**

**Okazuje się, że ból przewlekły w tej grupie wiekowej towarzyszy nawet co drugiej osobie, ale tylko 16 proc. z tych osób zażywa leki przeciwbólowe pod kontrolą lekarza.**

**Farmaceutyki powinny być dobierane indywidualnie do wieku, choroby itp.**

**Nie ma uniwersalnego leku, który złagodzi ból nie przynosząc skutków ubocznych.**

**Poza tym lekarz diagnozuje przyczynę bólu, a nie tylko działa na objawy.**



## Cechy medycyny geriatrycznej:

1. **wielochorobowość, brak typowej symptomatologii, która stwarza trudności diagnostyczne**
2. **wielolekowość: interakcje, działania niepożądane**
3. **wiele porad, wielu specjalistów, samoleczenie**
4. **związane z biologią starzenia organizmu: zwiększenie masy tłuszczu, spadek zawartości wody, spadek perfuzji tkankowej, zwolnienie perystaltyki p.pokarmowego, spadek powierzchni wchłaniania w p.pokarmowym.**
5. **konieczność modyfikacji dawek leków: o 10% w wieku 65 – 75 lat, o 20% w wieku 75 – 80 lat i o 30% powyżej 85 lat.**

# WYBÓR LEKU PRZECIWBÓLOWEGO



## NLPZ

Przy niskim ryzyku powikłań ze strony:

- przewodu pokarmowego
- układu sercowo-naczyniowego
- nerek

Przy wyborze leku przeciwbólowego należy ocenić, indywidualne ryzyko ADR i rutynowo monitorować działania niepożądane. Większość powikłań krążeniowych i nerkowych dotyczy pacjentów po 75 rż.

## Paracetamol lub Metamizol



- **BŁĘDY W TERAPII PRZECIWBÓLOWEJ**

- niewłaściwy lek
- Nie właściwa dawka leku
- niewłaściwa droga podania
- niewłaściwy czas podania
- niewłaściwa forma leku

(Am J Health Syst Pharm 2008, 65, 429)



**W sytuacji kiedy postępowanie chirurgiczne, onkologiczne i radioterapeutyczne, jest tylko terapią objawową, która może przedłużyć życie pacjenta nie gwarantując akceptowanej przez niego jakości tego życia warto skierować chorego do opieki paliatywnej reprezentującej holistyczny/aksjomatyczny model terapii.**

**Właśnie w tym modelu najbardziej istotna jest wola chorego – jak chce przeżywać swoją chorobę, proponowane terapie i ewentualne skutki leczenia.**

**Ten rodzaj postępowania lekarskiego z chorym, cierpiącym człowiekiem obowiązując na świecie od dawna jest przeciwwagą dla odhumanizowania medycyny.**



## ***Umieranie w W. Brytani: Wg. British Medical Journal 2002 r:***

- 1. Mam swobodny dostęp do wszelkiej istotnej dla mnie informacji i fachowej rady.**
- 2. Mam swobodny dostęp do wszelkiego wsparcia duchowego i emocjonalnego**
- 3. Mam swobodny dostęp do opieki hospicyjnej, gdziekolwiek bym się znajdował.**
- 4. Wolno mi decydować o tym co się wydarzy.**
- 5. Wolno mi decydować o sposobie łagodzenia bólu i innych objawów chorobowych.**
- 6. Wolno mi zdecydować gdzie nastąpi kres mego życia, w domu lub gdzie indziej.**
- 7. Mam poczucie poszanowania własnej godności i prywatności.**
- 8. Ode mnie zależy, kto jest przy mnie obecny i dzieli ostatnie chwile mego życia.**
- 9. Ode mnie zależy, kiedy pożegnam się z najbliższymi**
- 10. Wolno mi odejść wtedy gdy jest na to pora i nikt nie będzie bezcelowo przedłużał mego życia.**
- 11. Wiem, kiedy nadejdzie śmierć i rozumiem czego mogę się spodziewać.**

**A czym jest godne umieranie w Polsce ????**