

PRZEWODNIK

**DLA PACJENTÓW
Z CHOROBYMI ONKOLOGICZNYMI**



*Poradnik poswatał przy współpracy firm:
FRESENIUS KABI, Bayer
oraz kancelarii prawnej SALANS.*



Spis treści

WSTĘP

PACJENT W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA (PRAWA PACJENTA)

1. Regulacje dotyczące praw pacjenta
 - 1.1. Konstytucja RP
 - 1.2. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
 - 1.3. Karty praw
2. Prawa pacjenta
 - 2.1. Prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych
 - 2.2. Prawo o zasięgnięciu opinii drugiego lekarza
 - 2.3. Prawo o wyrażeniu sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarskiego
 - 2.4. Prawo wyboru
 - 2.5. Prawo do wyrażania zgody na udzielenia świadczenia zdrowotnego
 - 2.6. Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego
 - 2.7. Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta
 - 2.8. Prawo do informacji na temat stanu zdrowia pacjenta
 - 2.9. Prawo do tajemnicy informacji związanych z pacjentem
 - 2.10. Prawo dostępu do dokumentacji medycznej
 - 2.11. Prawo do korzystania z aktualnych zdobyczy medycyny, zarówno w diagnostyce, jak i w leczeniu
 - 2.12. Prawo do opieki duszpasterskiej
 - 2.13. Prawo do umierania w godności
 - 2.14. Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

DOSTĘP DO LEKÓW

INSTYTUCJE, W KTÓRYCH MOŻNA SZUKAĆ POMOCY

1. Administracja zakładów opieki zdrowotnej
2. Organizacje pacjentów
3. Rzecznik Praw Pacjentów
4. Rzecznicy przy pacjencie funkcjonujący przy oddziałach NFZ
5. Minister Zdrowia
6. Sąd

7. Prokurator
8. Społeczne Centrum Monitorowania Leczenia

LECZENIE ZA GRANICĄ

SZCZEGÓLNE FORMY FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

LECZENIE ŻYWIENIOWE W ONKOLOGII PORADNIK DLA PACJENTÓW I ICH RODZIN

1. CHOROBA NOWOTWOROWA, A STAN ODRŻYWIENIA
2. CHOROZY, KTÓRZY BĘDĄ OPEROWANI Z POWODU CHOROBY NOWOTWOROWEJ
3. RADIO I CHEMIOTERAPIA A LECZENIE ŻYWIENIOWE
4. OPIEKA PALIATYWNA

PIŚMIENNICTWO

WSTĘP

W centrum systemu ochrony zdrowia znajduje się pacjent. To jego dobru powinny być podporządkowane elementy tworzące ten system. Należą do nich przede wszystkim: zasady finansowania świadczeń zdrowotnych, kształcenie lekarzy, budowa infrastruktury szpitalnej.

Często jednak okazuje się, że wbrew temu założeniu na skutek złych regulacji lub niedobrych praktyk osób i instytucji zobowiązanych do ochrony pacjenta jego dobro zostaje naruszone. Świadomość istnienia zagrożeń pojawia się z reguły w sytuacji, w której już jako pacjenci spotykamy się z zaniedbaniami, odmowami i licznymi przeszkodami w dostępie do rzetelnej opieki medycznej. Okazuje się, na przykład, że wbrew wcześniejszym oczekiwaniom za liczne świadczenia medyczne musimy zapłacić albo ich uzyskanie jest poprzedzone kilkumiesięcznym oczekiwaniem w kolejce.

Dla nieświadomego pacjenta zetknięcie z rzeczywistością bywa dosyć bolesne. Wystarczy, że uda się do dentysty, by szybko się dowiedzieć, że owszem, większość usług zostanie opłacona przez NFZ, ale niestety tylko w „podstawowym” standardzie – jeżeli lekarz skorzysta z droższych materiałów, ich koszt będzie musiał ponieść pacjent. Prawdziwe rozczarowanie może przynieść wizyta u onkologa. Wykonanie badania tomograficznego wymaga kilkumiesięcznego oczekiwania w kolejce, a jeżeli chodzi o terapie, to w dziedzinie onkologii są one albo stosunkowo niedrogie, acz nie zawsze skuteczne, albo nowoczesne, ale ich koszty są wysokie, więc NFZ niechętnie za nie płaci.

W takiej (trudnej) sytuacji pomóc nam może wiedza. Świadomość naszych praw w zawiłym gąszczu systemu przepisów, ustaw, rozporządzeń i wewnętrznych regulaminów może umożliwić nam szybsze uzyskanie właściwej opieki medycznej. Pomoże nam także uniknąć niemiłych niespodzianek.

Przeprowadzane na zlecenie Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej badania¹ wskazują, że jedynie połowa Polaków wie o tym, że jako pacjentom przysługują im określone prawa. Tymczasem to sami pacjenci muszą zadbać o respektowanie przysługujących im praw, wiedzieć, do kogo się zgłosić, jeżeli podejmowane przez nich działania okazują się bezowocne. W tym celu stworzyliśmy niniejszy przewodnik. Jego lektura powinna udzielić odpowiedzi na liczne, nurtujące każdego pacjenta pytania oraz, w zamierzeniu, stanowić skuteczny oręż w naszej walce o zdrowie.

¹ Badania przeprowadzone przez Millward Brown SMG/KRC między 28 lutego a 4 marca 2008 roku.

PACJENT W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA (PRAWA PACJENTA)

1. Regulacje dotyczące praw pacjenta

1.1. Konstytucja RP

W Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zawarte jest podstawowe dla każdego potencjalnego pacjenta prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a mówiąc prościej: prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej. Wszystkie inne prawa pacjenta, w szczególności zawarte w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, są konsekwencją tego zasadniczego uprawnienia. Zakres tego prawa jest określony w ustawach.

1.2. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008 roku (nazywana dalej „ustawą o prawach pacjenta”) weszła w życie 5 czerwca 2009 roku. W dużej mierze porządkuje ona prawa pacjenta rozproszone do tej pory w różnych aktach prawnych. Jest to znaczne ułatwienie dla pacjentów, ponieważ aby zapoznać się ze swoimi uprawnieniami, nie muszą już korzystać z pomocy instytucji państwowych i pozarządowych ani przeglądać licznych aktów prawnych regulujących wykonywanie zawodu lekarza, funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej czy finansowanie świadczeń zdrowotnych z budżetu państwa.

Oprócz regulacji mających charakter wiążący, prawa pacjenta są także opisane w różnego rodzaju niewiążących dokumentach krajowych i międzynarodowych. Najważniejsze z nich zostały przedstawione poniżej.

1.3. Karty praw

Karta Praw Pacjenta, czyli zbiór podstawowych uprawnień pacjenta, została opracowana przez Ministerstwo Zdrowia w 1998 roku w formie komunikatu. Zapoznając się z Kartą, należy pamiętać, że jej przepisy zostały zmodyfikowane na skutek wejścia w życie w 2009 roku ustawy o prawach pacjenta.

Karta Praw Pacjenta (oparta na Deklaracji Praw Pacjenta Światowej Organizacji Zdrowia z 1994 roku) zawiera podstawowe, uznawane powszechnie i międzynarodowo uprawnienia pacjenta, w tym prawo

do informacji, prawo do wyrażenia zgody na zabiegi lecznicze, prawo do intymności i poszanowania godności.

Europejska Karta Pacjentów z 2002 roku została przygotowana przez organizację pozarządową Active Citizenship Network we współpracy z przedstawicielami niektórych państw Unii Europejskiej. Karta wymienia czternaście różnych uprawnień pacjenta (i 3 prawa aktywnego obywatelstwa), w tym prawo do bezpieczeństwa i prawo do innowacji (każda osoba ma prawo dostępu do innowacji, w tym do procedur diagnostycznych, zgodnie z normami międzynarodowymi i niezależnie od względów ekonomicznych czy finansowych).

2. Prawa pacjenta

➤ Prawa pacjenta, czyli kogo?

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta pacjentem jest osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez instytucję udzielającą świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny.

Aby ustalić praktyczne znaczenie słowa „pacjent”, musimy odwołać się do definicji wyrażenia „świadczenie zdrowotne”. Świadczeniami zdrowotnymi są co do zasady **działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia.**

Pacjentem jest zatem osoba, która dopiero zamierza skorzystać z pomocy lekarza (i dlatego np. wpisuje się na listę oczekujących). Jest to też człowiek przebywający w szpitalu lub korzystający z zabiegów, a także osoba, która wyzdrowiała, ale w związku z udzielanym jej świadczeniem zdrowotnym w przeszłości, np. w związku z pobytem w szpitalu, chce uzyskać informacje związane z tym świadczeniem. Wbrew powszechnemu mniemaniu pacjentem może być także osoba zdrowa, ponieważ świadczeniem zdrowotnym jest również czynność związana z profilaktyką zdrowotną, czyli mająca na celu uniknięcie choroby.

Wszystkie wymienione wyżej osoby jako pacjenci mogą się powoływać na prawa opisane w niniejszym przewodniku i domagać się ich respektowania.

➤ Kto ma obowiązek przestrzegania praw pacjenta?

W skrócie: wszystkie instytucje i osoby wykonujące działania na rzecz pacjenta w systemie opieki zdrowotnej – przede wszystkim lekarze, pielęgniarki, administracja i kadra zarządzająca szpitalem,

a także farmaceuci w aptekach. Obowiązek taki spoczywa także na organach państwowych – Narodowym Funduszu Zdrowia, Ministrze Zdrowia i pracownikach tych instytucji.

2.1. Prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oznacza przede wszystkim, że pacjentowi przysługuje prawo do darmowej opieki zdrowotnej. Prawo do świadczeń zdrowotnych oparte jest na tzw. zasadzie solidaryzmu społecznego, która oznacza, że każdemu, niezależnie od wysokości płaconej składki zdrowotnej i sytuacji majątkowej, przysługuje prawo do identycznego zakresu bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.

➤ Zakres prawa do bezpłatnej opieki zdrowotnej

Prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych nie oznacza, że pacjentowi przysługuje prawo do bezpłatnego korzystania z wszelkich dostępnych procedur medycznych, usług, badań i leków. Aby państwo mogło sfinansować leczenie pacjenta (w tym jego leki), dane świadczenie musi znajdować się w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych, czyli na specjalnych wykazach sporządzonych i aktualizowanych przez Ministra Zdrowia. Umieszczenie świadczenia w koszyku świadczeń powoduje, że dane świadczenie jest finansowane lub współfinansowane z budżetu państwa (w przypadku współfinansowania pozostałą część kosztów świadczenia ponosi pacjent, któremu jest ono udzielane).

Decyzje Ministra Zdrowia o umieszczeniu świadczenia w koszyku świadczeń gwarantowanych powinny być oparte na kryterium kosztów i efektywności klinicznej (skuteczności) terapii.

➤ Komu przysługuje prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej?

Prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej nie jest zupełnie powszechne, chociaż z reguły można odnaleźć podstawę do jego przyznania. Przede wszystkim z bezpłatnej opieki zdrowotnej mogą korzystać ubezpieczeni (czyli osoby opłacające składki zdrowotne), a także zgłoszeni przez nich do ubezpieczenia najbliżsi członkowie ich rodzin².

Ubezpieczeni to przede wszystkim osoby zatrudnione na umowę o pracę, wykonujące pracę na podstawie umowy-zlecenia i prowadzące działalność gospodarczą.

² Chodzi o wyraźnie wskazaną kategorię członków rodziny nieubezpieczonych z innego tytułu, którzy muszą zostać zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez ubezpieczonego.

Ponadto prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych przysługuje przykładowo dzieciom i młodzieży do lat 18, bezrobotnym zarejestrowanym w urzędzie pracy oraz kobietom w ciąży i w okresie połogu.

➤ **Praktyczne aspekty prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych**

Finansowaniem świadczeń zdrowotnych z budżetu państwa zajmuje się Narodowy Fundusz Zdrowia. To on zawiera umowy z poszczególnymi szpitalami i lekarzami (którzy praktykują indywidualnie lub w spółce z innymi lekarzami). Każdy ubezpieczony przynależy do jednego z lokalnych oddziałów NFZ w zależności od miejsca zamieszkania i zgłoszenia.

➤ **Rejestracja**

Udając się do lekarza w celu skorzystania z bezpłatnego leczenia, musimy mieć ze sobą dokument, który będzie potwierdzał nasze prawo w tym zakresie. Takim dokumentem docelowo ma stać się elektroniczna Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (wprowadzana sukcesywnie w poszczególnych województwach; jej okazanie podczas rejestracji u lekarza ma zastępować obowiązek przedstawiania zróżnicowanych ze względu na podstawę ubezpieczenia dokumentów). Do czasu upowszechnienia karty, przystępując do rejestracji u lekarza, musimy przedstawić inny dokument w zależności od tego, jaka jest podstawa naszego ubezpieczenia. Szczegółowe informacje o wymaganych dokumentach możemy uzyskać, dzwoniąc do wybranej placówki służby zdrowia.

Pamiętajmy, że nie ma przepisów, które wymagałyby osobistego stawiennictwa w celu zarejestrowania się do lekarza. W związku z tym wystarczy, jeżeli na wizytę umówimy się telefonicznie. Konieczne jest jednak przyniesienie ze sobą wymaganych dokumentów na wizytę w uzgodnionym terminie. Niedopuszczalna jest stosowana w przeszłości przez niektóre placówki służby zdrowia praktyka wyznaczania konkretnych dni, w których przeprowadzana jest rejestracja.

Przedstawienie dokumentu poświadczającego uprawnienie do bezpłatnej opieki zdrowotnej nie jest jednak wymagane zawsze już w momencie korzystania ze świadczenia. W nagłych przypadkach wystarczy, że dokument zostanie dostarczony w terminie późniejszym, zgodnie z ustaleniami z administracją placówki. Odmowa udzielenia świadczenia w nagłym przypadku z powodu nieprzedstawienia dokumentu uprawniającego do świadczenia stanowi poważne naruszenie praw pacjenta.

➤ Lista oczekujących

Jeżeli wizyta u lekarza nie jest możliwa w dniu rejestracji, zostaniemy wpisani na listę oczekujących. Już w trakcie rejestracji musimy uzyskać pełną informację o wyznaczonym terminie wizyty. Jeżeli czas oczekiwania na termin wizyty przekracza sześć miesięcy, może być on wskazany z dokładnością do tygodnia, a jego doprecyzowanie musi nastąpić nie później niż na 14 dni przed planowaną wizytą.

W sytuacji, gdy termin udzielenia świadczenia przez lekarza specjalistę jest bardzo odległy, lekarz (szpital) jest zobowiązany poinformować pacjenta o innej placówce, w której termin oczekiwania jest krótszy. Na stronach internetowych NFZ można odnaleźć dane poradni przyjmujących w ramach umowy z NFZ wraz z informacją o czasie oczekiwania na wizytę. Ma to na celu ułatwienie pacjentom organizacji swojego leczenia.

Obowiązkiem świadczeniodawcy jest wyznaczyć wizytę (w celu wykonania świadczenia) w najbliższym możliwym terminie. Na liście oczekujących nie umieszcza się pacjentów objętych kontynuacją leczenia.

Świadczenie zdrowotne musi być udzielone w terminie wynikającym z listy oczekujących, o którym został poinformowany pacjent. Zmiana tego terminu może nastąpić w zupełnie wyjątkowych sytuacjach. Świadczeniodawca, który ustalił, że taka wyjątkowa sytuacja ma miejsce, powinien niezwłocznie poinformować pacjenta o zmianie terminu. Niedopuszczalne jest zaskakiwanie pacjenta informacją o zmianie terminu udzielenia świadczenia w momencie przybycia na wizytę.

Aby nie tworzyć „sztucznych kolejek” oraz w celu umożliwienia racjonalnego zarządzania świadczeniami, pacjent – chociaż może swobodnie wybierać placówkę, w której chce skorzystać ze świadczenia – powinien wpisać się wyłącznie na jedną listę oczekujących. Chodzi oczywiście o jedną listę oczekujących na jedno świadczenie. Przykładowo, można wpisać się jednocześnie na listę oczekujących u dentysty oraz u onkologa.

Lista oczekujących oparta jest na zasadzie równości i niedyskryminacji. Pacjenci powinni być umieszczani na niej zgodnie z kolejnością zgłoszeń. Ma to szczególnie istotne znaczenie w związku z tym, że czas oczekiwania na niektóre specjalistyczne zabiegi sięga kilku miesięcy.

Odstąpienie od zasady pierwszeństwa zgłoszenia w ramach listy oczekujących możliwe jest wyłącznie w przypadkach uzasadnionych medycznie.

Osoba, której stan zdrowia nie pozwala na kilkumiesięczne oczekiwanie na zabieg, może domagać się uprzywilejowanego traktowania w ramach listy. Jeśli stan pacjenta już po wpisaniu na listę oczekujących pogorszył się, może on ubiegać się o zmianę (czyli przyspieszenie) terminu udzielenia świadczenia.

Z zupełnym pominięciem listy oczekujących świadczeń zdrowotnych udziela się w nagłych wypadkach (gdy zwłoka może stanowić zagrożenie życia pacjenta), a także niektórym szczególnym kategoriom pacjentów, np. kombatantom wojennym.

Instytucją listy oczekujących ma to istotne znaczenie, że lekarz nie może odmówić pacjentowi udzielenia danego świadczenia zdrowotnego znajdującego się w koszyku świadczeń gwarantowanych, powołując się na brak dostępnego terminu lub środków koniecznych do udzielenia świadczenia. Obowiązkiem lekarza jest w takiej sytuacji wpisanie pacjenta na listę oczekujących. W ten sposób lista staje się w pewnym sensie gwarancją wykonania świadczenia.

Umieszczenie na liście oczekujących nakłada także obowiązki na pacjenta. Jeżeli zorientuje się on, że w zaplanowanym terminie nie będzie mógł przyjść na wizytę, zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania o tym lekarza. W przeciwnym razie jego wizyta nie zostanie przeniesiona „na najbliższy możliwy termin”, lecz spowoduje to skreślenie z listy oczekujących. Rygoryzm ten ma na celu spowodować odpowiedzialne korzystanie z listy oczekujących, aby w sytuacji ograniczonego dostępu do świadczeń pacjenci nie utrudniali sobie dodatkowo nawzajem korzystania z przysługującego im leczenia.

Lista oczekujących wchodzi w skład dokumentacji medycznej. Oznacza to, że pacjent ma – zgodnie z tym, co będzie powiedziane poniżej – prawo wglądu do listy (z uwzględnieniem tajemnicy informacji o innych pacjentach).

➤ **Skierowanie**

Prawo do skorzystania ze świadczeń zdrowotnych może być w praktyce „ograniczone” obowiązkiem posiadania skierowania. Jest ono niezbędne w przypadku zamiaru skorzystania z:

- leczenia szpitalnego,
- tzw. ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego, czyli w uproszczeniu z porady lekarza specjalisty,
- leczenia uzdrowiskowego („skierowanie do sanatorium”),
- rehabilitacji leczniczej,
- opieki nad przewlekle chorymi.

Jest jednak grupa lekarzy specjalistów, którzy nie będą wymagali od nas przedstawienia skierowania.

Są to:

- onkolog,
- dermatolog,
- dentysta,
- okulista,
- ginekolog i położnik,
- wenerolog,
- psychiatra.

Co do zasady skierowania wystawiane są przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (czyli tzw. lekarza pierwszego kontaktu) lub innego lekarza, który podpisał umowę z NFZ. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie może wystawiać skierowań na tzw. badania kosztochłonne (np. tomografię), z wyjątkiem kolonoskopii i gastroskopii.

Lekarz, który wystawia skierowanie, powinien przekazać wraz z nim niezbędne wyniki badań pacjenta. Jeżeli lekarz, do którego pacjent został skierowany, stwierdzi, że skierowanie nie jest kompletne, powinien skontaktować się z lekarzem, który skierowanie wystawił. Nie może z tego powodu odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Przepisy przewidują, że od niektórych pacjentów z racji przynależności do określonej szczególnej grupy nie wymaga się przedstawienia skierowania. Chodzi m.in. o osoby zakażone wirusem HIV, inwalidów wojennych, osoby represjonowane i kombatantów.

Skierowanie można wykorzystać tylko raz.

Nikt nie może domagać się od nas skierowania w przypadku stanu zagrożenia życia lub zdrowia. W przeciwnym razie osoba taka nie tylko narusza prawa pacjenta, ale także naraża się na odpowiedzialność karną narażenia na niebezpieczeństwo utraty życia i zdrowia.

Oczywiście skierowania obowiązują wyłącznie w ramach korzystania z leczenia finansowanego ze środków publicznych. Nie potrzebujemy skierowania, chcąc skorzystać z usług lekarza „prywatnego”. Podobnie, jeżeli zdecydujemy się na skorzystanie ze świadczenia udzielanego przez lekarza, który posiada umowę z NFZ, bez posiadania skierowania, będziemy zmuszeni pokryć koszty wizyty.

2.2. Prawo do zasięgnięcia opinii drugiego lekarza

Zaufanie pacjenta do lekarza chyba nie powinno być bezgraniczne. Jeżeli pacjent ma wątpliwości co do diagnozy postawionej przez lekarza lub obranego schematu leczenia, ma prawo żądać, aby lekarz zasięgnął opinii innego lekarza. Może także żądać zwołania konsylium lekarskiego. Jeżeli świadczenia udziela pielęgniarka lub położna, pacjent może żądać zasięgnięcia opinii innej pielęgniarki lub położnej.

Samo zgłoszenie takiego żądania nie powoduje automatycznie, że taka opinia zostanie zasięgnięta lub konsylium zwołane. Lekarz (lub pielęgniarka, a także położna) może bowiem odmówić zarówno zasięgnięcia opinii, jak i zwołania konsylium, jeżeli uzna, że żądanie to jest bezzasadne.

Aby umożliwić późniejszą weryfikację zasadności odmowy zasięgnięcia opinii (lub zwołania konsylium) zarówno żądanie pacjenta, jak i odmowę lekarza (pielęgniarki lub położnej), odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

2.3. Prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarskiego

Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia, jeżeli mają one wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.

Sprzeciw taki wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta (o którym poniżej) za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta w terminie 30 dni od wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta. Oznacza to, że w praktyce sprzeciw kierujemy do Rzecznika Praw Pacjenta, który przekazuje go do Komisji Lekarskiej.

Sprzeciw wobec opinii lub orzeczenia wymaga uzasadnienia, w którym należy wskazać przede wszystkim przepis prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki pacjenta, a które zdaniem pacjenta zostały naruszone na skutek wydania opinii lub orzeczenia przez lekarza (lub w przypadku obowiązku – którego wykonanie zostało uniemożliwione lub utrudnione).

Jeżeli sprzeciw nie zawiera uzasadnienia lub nie został wskazany naruszony przepis prawa, sprzeciw zostanie zwrócony osobie, która go wniosła.

Na podstawie złożonego, prawidłowego sprzeciwu Komisja Lekarska wszczyna postępowanie wyjaśniające. W ramach postępowania Komisja Lekarska analizuje dokumentację medyczną oraz,

w miarę potrzeby, przeprowadza badania pacjenta. Postępowanie wyjaśniające powinno zakończyć się maksymalnie 30 dni od wniesienia sprzeciwu.

Niestety, przed Komisją Lekarską pacjent, którego prawa lub obowiązki zostały naruszone, nie może aktywnie występować. Do postępowania przed Komisją Lekarską nie stosuje się przepisów kodeksu postępowania administracyjnego, a od jej rozstrzygnięcia nie przysługuje odwołanie.

Powyższych zasad nie stosuje się do odwołań od orzeczenia lekarza orzecznika ZUS.

2.4. Prawo wyboru

Pacjent ma pełną swobodę w wyborze lekarza (spośród tych, którzy zawarli umowę z NFZ). Chodzi zarówno o lekarza tzw. podstawowej opieki zdrowotnej (czyli lekarza pierwszego kontaktu), pielęgniarkę i położną, jak i lekarza specjalistę. Pacjent może także wybrać szpital – spośród tych, które mają podpisaną umowę z NFZ – w którym chce uzyskać świadczenia szpitalne (np. pacjent należący do Świętokrzyskiego Oddziału NFZ może bez przeszkód zarejestrować się u poleconego specjalisty, który pracuje w ośrodku we Wrocławiu czy Warszawie).

Wybór lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie częstszy niż 2 razy w roku jest bezpłatny. Za każdą kolejną zmianę pobierana jest opłata w wysokości 80 zł. Opłaty nie pobiera się w przypadku, gdy do zmiany lekarza dochodzi na skutek okoliczności niezależnych od pacjenta lub zmiany miejsca zamieszkania. Również w przypadku zaprzestania prowadzenia działalności przez danego lekarza pacjent nie będzie musiał ponosić opłaty za zmianę.

W stanach nagłych pacjent może skorzystać ze świadczenia zdrowotnego udzielanego przez placówkę lub lekarza, którzy nie mają podpisanej umowy z NFZ, a w razie nagłej konieczności podczas przebywania w innej miejscowości pacjent może skorzystać ze świadczeń lekarza pierwszego kontaktu niezależnie od dokonanego wyboru.

2.5. Prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego

Prawo do wyrażenia zgody oznacza w praktyce, że pacjent ma prawo wyrazić zgodę lub odmówić wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia. Prawo to dotyczy wszelkich świadczeń, w tym samego badania pacjenta.

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego musi być tzw. zgodą świadomą (poinformowaną). Oznacza to, że pacjent udziela zgody dopiero po uzyskaniu pełnej informacji o planowanym świadczeniu. Lekarz ma obowiązek udzielić informacji pacjentowi o ryzyku związanym z planowanym świadczeniem, alternatywnym sposobie leczenia (jeżeli takie istnieje), skutkach świadczenia, a także o ewentualnej konieczności pokrycia kosztów lub części kosztów świadczenia. W skrócie: aby zgoda odpowiadała wymogom prawnym, musi zostać poprzedzona udzieleniem informacji, do jakiej pacjent ma prawo zgodnie z prawem do informacji. Zgoda musi być także – z reguły – wyrażona przed udzieleniem świadczenia.

Skutkiem przyznania pacjentowi prawa do wyrażenia zgody jest także możliwość zażądania przez pacjenta zaprzestania udzielania świadczenia. Jeżeli jednak udzielenie świadczenia było poprzedzone oczekiwaniem w ramach listy oczekujących, pacjent powinien liczyć się z tym, iż – co do zasady – ewentualne ponowne skorzystanie ze świadczenia będzie wymagało powtórnego umieszczenia na liście (po ponownej ocenie spełnienia kryteriów medycznych).

Pacjent udziela zgody na każde świadczenie odrębnie. Zgłoszenie się do szpitala nie oznacza zgody pacjenta na udzielenie świadczenia, o którym nie został poinformowany przy rejestracji, może natomiast stanowić dowód na to, że pacjent wyraził zgodę na wykonanie zabiegu zaplanowanego w momencie rejestracji. Nie dotyczy to zgody na zabieg, którego przeprowadzenie wymaga zgody pisemnej.

W przypadku pacjenta:

- małoletniego,
- całkowicie ubezwłasnowolnionego,
- niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody

zgody na udzielenie świadczenia udziela jego przedstawiciel ustawowy. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego (np. rodzica³), prawo do udzielenia zgody może wykonać opiekun faktyczny (czyli np. babcia dziecka⁴), ale wyłącznie w odniesieniu do badania. Zgody na udzielenie świadczenia może także udzielić pacjent małoletni, ale tylko wówczas, gdy ukończył 16 lat.

Zgoda przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego może być jednak w szczególnych wypadkach uchylona przez samego pacjenta poprzez wyrażenie przez niego sprzeciwu.

³ Niepozbawionego władzy rodzicielskiej.

⁴ Oczywiście, jeżeli osoba ta nie została ustanowiona przez sąd przedstawicielem ustawowym, gdyż wówczas udziela zgody jako przedstawiciel ustawowy.

Dotyczy to wyłącznie:

- pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat,
- osoby ubezwłasnowolnionej,
- pacjenta chorego psychicznie lub upośledzonego umysłowo, lecz dysponującego dostatecznym rozeznaniami.

W takim przypadku rozstrzygnięcie sporu pomiędzy przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym a pacjentem należy do sądu opiekuńczego, który wydaje zezwolenie na udzielenie świadczenia lub odmawia wydania zezwolenia.

Zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego, a także sprzeciw (w przypadku udzielenia zgody przez przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego), można wyrazić ustnie albo poprzez takie zachowanie kompetentnej osoby, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli. Jeżeli zabieg operacyjny albo metody leczenia lub diagnostyki stwarzają podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę na udzielenie świadczenia wyraża się w formie pisemnej. W przypadku pacjenta, który ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda.

➤ **Brak zgody na udzielenie świadczenia**

Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli

- wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.

Decyzję o podjęciu czynności medycznych w takich okolicznościach lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem.

Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności medycznych niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.

Lekarz może udzielić pacjentowi świadczenia nie tylko bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta, ale nawet bez zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza (w miarę możliwości tej samej specjalności).

Może się także zdarzyć, że w trakcie operacji albo innego zabiegu wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia lub ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu. Jeżeli w takiej sytuacji nie ma możliwości niezwłocznego uzyskania zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu tak, aby uwzględnić pojawiające się okoliczności. Lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza (w miarę możliwości tej samej specjalności).

O czynnościach wykonywanych bez zgody lekarz powinien niezwłocznie zawiadomić przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy i dokonać odpowiednich adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta.

2.6. Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych (więc w szczególności w szpitalu) ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Należy pamiętać, że jest to wyłącznie prawo, a nie obowiązek, czyli pacjent nie musi kontaktować się z innymi osobami, jeśli nie chce.

Pacjent ma także prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, a więc także opieki sprawowanej nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu.

Jeżeli zakład opieki zdrowotnej ponosi koszty w związku z realizacją prawa do kontaktu z innymi osobami lub prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, może żądać zwrotu tych kosztów przez pacjenta. Opłaty pobierane przez świadczeniodawcę z tego tytułu muszą uwzględniać rzeczywiście poniesione koszty, a informacja o wysokości opłat oraz sposobie jej ustalenia jest jawna i udostępniana w lokalu zakładu opieki zdrowotnej.

2.7. Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta

Każdy pacjent ma prawo do poszanowania jego intymności i godności przede wszystkim przez osoby wykonujące zawód medyczny (lekarz, pielęgniarka). Prawo to ma szczególne znaczenie w czasie udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych.

Lekarze i pielęgniarki, którzy nie udzielają świadczeń zdrowotnych danemu pacjentowi w danej chwili, mogą uczestniczyć w tych działaniach tylko wtedy, gdy jest to niezbędne. Oznacza to na przykład, że pielęgniarka może być obecna przy badaniu pacjenta tylko wówczas, gdy pomaga lekarzowi i jej obecność jest niezbędna. Ma to szczególne znaczenie, gdy udzielane świadczenie jest badaniem krępującym dla pacjenta.

Przy udzielaniu świadczenia mogą być obecne – lub mogą w nim uczestniczyć – także inne osoby (oprócz osób wykonujących zawód medyczny), ale jedynie wówczas, gdy wyraził na to zgodę pacjent i lekarz udzielający świadczenia zdrowotnego. W przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, zgody na obecność innej osoby przy udzielaniu świadczenia udziela przedstawiciel ustawowy pacjenta. Oznacza to, że pacjent nie musi godzić się na to, aby w trakcie zabiegu lub badania byli obecni np. studenci medycyny (przy czym należy pamiętać, że dla tych osób udział w badaniach ma ogromne znaczenie dydaktyczne).

Przy udzielaniu pacjentowi świadczeń zdrowotnych może być obecna jego osoba bliska⁵, ponieważ może to zapewnić pacjentowi większy komfort i poczucie bezpieczeństwa. Obecności osoby bliskiej może się sprzeciwić lekarz. Sytuacja taka jest jednak dopuszczalna wyłącznie w szczególnych okolicznościach, tj. w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Sprzeciw lekarza wobec obecności osoby bliskiej przy udzielaniu pacjentowi świadczenia należy odnotować w dokumentacji medycznej.

Dzieciom do 16. roku życia świadczenia zdrowotne udzielane są przez lekarza pierwszego kontaktu zawsze w obecności opiekuna prawnego lub faktycznego, czyli najczęściej rodzica.

⁵ Ustawa o prawach pacjenta mówi, kogo należy rozumieć pod pojęciem „osoby bliskiej”. Jest nią: małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub **osoba wskazana przez pacjenta**.

2.8. Prawo do informacji na temat stanu zdrowia pacjenta

Podstawowa zasada brzmi: pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. W szczególności chodzi o informacje o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniach. Jednym słowem, musi być to informacja wyczerpująca.

Informacja ta musi być przekazana pacjentowi w przystępnej formie, w zrozumiałym języku, z uwzględnieniem jego wieku, możliwości intelektualnych oraz stanu zdrowia. Pacjent musi być w stanie zrozumieć przekazane mu informacje. Niedopuszczalne jest zatem ograniczenie informacji do wyników liczbowych przeprowadzonych badań lub przekazania zdjęcia rentgenowskiego. Lekarz musi objaśnić pacjentowi znaczenie parametrów opisanych na wynikach badań oraz obraz widniejący na zdjęciu. Powinien on także wytłumaczyć, jakie znaczenie mają dane diagnostyczne oraz sens podejmowanych działań terapeutycznych.

Pacjent po uzyskaniu informacji o swoim stanie zdrowia ma prawo wypowiedzieć się w tym zakresie, co z kolei powoduje, że lekarz ma obowiązek tego zdania wysłuchać i poświęcić na to czas. Lekarz powinien rozważyć, czy stanowisko pacjenta może wpłynąć na postępowanie diagnostyczne czy terapeutyczne. Proces leczenia musi być bowiem oparty na partnerstwie lekarza i pacjenta. Pacjenci chcą coraz aktywniej uczestniczyć w procesie leczenia, mają coraz rozleglejszą wiedzę na temat leczenia, stąd, aby ułatwić proces leczenia, i lekarz powinien wysłuchać stanowiska pacjenta odnośnie do jego stanu zdrowia i skonfrontować je ze swoją wiedzą medyczną i doświadczeniem.

Prawo do informacji przysługuje także pacjentom, którzy nie ukończyli 16 lat oraz ich ustawowym przedstawicielom. W przypadku takiego małoletniego pacjenta prawo do informacji jest jednak ograniczone do informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.

To pacjent jest co do zasady dysponentem informacji o swoim stanie zdrowia. Oznacza to, że tylko pacjent, a przypadku pacjenta małoletniego także jego przedstawiciel ustawowy, decyduje, komu może być udzielona informacja o jego stanie zdrowia. Prawo do informacji jest prawem pacjenta, a nie jego rodziny (z wyjątkiem sytuacji, gdy pacjent ma wyznaczonego przedstawiciela ustawowego będącego członkiem rodziny albo gdy pacjent jest małoletni i funkcję jego przedstawicieli ustawowych pełnią rodzice).

Prawo do informacji może także polegać na skierowanym do lekarza i personelu medycznego żądaniu nieudzielania pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia w wybranym przez pacjenta zakresie.

Może zatem żądać, aby lekarz nie przekazywał mu żadnej informacji o jego stanie zdrowia albo np. wyłącznie w zakresie rokowań. Ma to szczególnie istotne znaczenie, jeżeli uzyskana informacja może być potencjalnie negatywna, a tym samym ujemnie wpłynąć na stan psychiczny pacjenta.

Ustalenia, komu lekarz może przekazać informacje o stanie zdrowia pacjenta, pozostają aktualne w sytuacji utraty przytomności przez pacjenta. Pacjent może także upoważnić świadczeniodawcę do poinformowania wskazanych przez niego osób o jego ewentualnej śmierci, a szpital jest bezwzględnie zobowiązany do spełnienia tego żądania niezwłocznie po śmierci pacjenta.

Obowiązek udzielenia informacji o pielęgnacji i zabiegach pielęgnacyjnych ciąży także na pielęgniarce i położnej.

Aby realizować prawa pacjenta, wszystkie placówki udzielające świadczeń zdrowotnych mają obowiązek poinformować pacjentów na tablicy informacyjnej m.in. o:

- prawach pacjenta,
- możliwości wpisania się na listę oczekujących,
- danych kontaktowych Rzecznika Praw Pacjenta,
- trybie składania skarg.

Pacjent ma także prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez placówkę, w tym o realizowanych przez nią profilaktycznych programach zdrowotnych. Informacje te powinny być także udostępnione w przystępny sposób pacjentom, którzy nie mogą się poruszać, a przez to np. opuszczać sali szpitalnej.

➤ **Prawo do informacji o odstąpieniu lekarza od leczenia**

Czasami może się zdarzyć, że z jakiegoś powodu lekarz będzie zmuszony zaprzestać leczenia pacjenta. W takiej sytuacji obowiązkiem lekarza jest dostatecznie wcześniej poinformować pacjenta o tym fakcie. Lekarz powinien jednocześnie wskazać pacjentowi dane kontaktowe do innego lekarza lub innej placówki, która może kontynuować leczenie. Odstąpienie od leczenia musi być zaplanowane przez lekarza tak, aby nie stanowiło zagrożenia dla zdrowia lub życia pacjenta. Fakt odstąpienia od leczenia wraz z podaniem przyczyny powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej.

2.9. Prawo do tajemnicy informacji związanych z pacjentem

Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny (lekarza, pielęgniarkę, ale także cały personel placówki, w której udzielane są świadczenia) informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem przez nie zawodu, w szczególności związanych z jego stanem zdrowia. Inaczej uprawnienie to określa się jako prawo do poufności. Informacje objęte poufnością dotyczą przede wszystkim diagnozy, rokowań, podjętego leczenia, wyników badań.

Naruszeniem prawa do tajemnicy informacji jest umieszczanie w placówkach ochrony zdrowia listy oczekujących na drzwiach gabinetu lekarza. W ten sposób bowiem każdy kto przeczyta listę, szczególnie taką znajdującą się na drzwiach lekarza specjalisty, może domyślić się choroby pacjenta, którego nazwisko widnieje na liście.

Ujawnienie informacji o stanie zdrowia pacjenta dopuszczalne jest wyłącznie w przypadkach wyraźnie przewidzianych w przepisach prawa. W szczególności lekarz może ujawnić informacje o stanie zdrowia pacjenta, gdy:

- zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
- pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy,
- zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym lekarzom uczestniczącym w tym leczeniu.

Obowiązek zachowania tajemnicy istnieje także po śmierci pacjenta.

2.10. Prawo dostępu do dokumentacji medycznej

Dokumentacja medyczna jest zbiorem informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych. Ze względu na swoją „wrażliwą” zawartość podlega szczególnej ochronie. Powinna być przechowywana w miejscu udzielania świadczeń w taki sposób, aby uniemożliwić dostęp osób nieuprawnionych. Przepisy określają minimalną zawartość dokumentacji medycznej. Dokumentację medyczną lekarz lub inny uprawniony pracownik zakładu opieki zdrowotnej może udostępnić wyłącznie pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta (również po śmierci pacjenta wgląd do jego dokumentacji medycznej ma wyłącznie osoba upoważniona przez pacjenta za życia).

Bez zgody pacjenta jego dokumentacja medyczna może być udostępniona tylko instytucjom wymienionym w przepisach ustawy o prawach pacjenta. Należą do nich przede wszystkim:

- podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja medyczna jest niezbędna do zapewnienia ciągłości leczenia,
- organy władzy publicznej (choć jest to dosyć pojemna kategoria podmiotów),
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- organy samorządu zawodów medycznych (np. Naczelnej Izby Lekarskiej),
- sądy,
- prokuratury,
- organy rentowe (ZUS)
- zespoły orzekające o niepełnosprawności.

Firmom ubezpieczeniowym dokumentacja medyczna może być udostępniona wyłącznie za zgodą pacjenta.

Dokumentację medyczną możemy przede wszystkim przejrzeć na miejscu (gdzie udzielane jest świadczenie). Możemy także żądać sporządzenia wyciągów, odpisów i kopii dokumentów wchodzących w skład dokumentacji medycznej (jak i całej dokumentacji) lub wydania oryginałów za pokwitowaniem odbioru **i z zastrzeżeniem zwrotu**.

Za wydanie wyciągów, odpisów i kopii dokumentów placówka może pobierać opłaty, których maksymalna dopuszczalna wysokość podlega zmianom, ponieważ zależy od wysokości przeciętnego wynagrodzenia. Obecnie za wydanie wyciągu lub odpisu dokumentu można pobierać opłatę w maksymalnej wysokości 6,49 zł za stronę, za wydanie kopii dokumentu – 0,65 zł za stronę, natomiast za wydanie wyciągu, odpisu lub kopii na nośniku elektronicznym (np. płycie CD) – 6,49 zł.

Nie można żądać opłaty za wgląd do dokumentacji w miejscu, w którym jest udzielane świadczenie. Domaganie się takiej opłaty stanowi naruszenie prawa pacjenta.

Świadczeniodawca ma obowiązek przechowywania dokumentacji medycznej przez 20 lat od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. Szczególne terminy przechowywania dokumentacji medycznej dotyczą:

- dokumentacji medycznej w przypadku śmierci pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,
- zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
- skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia,
- dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez 22 lata.

Po upływie wskazanych wyżej okresów placówka niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

2.11. Prawo do korzystania z aktualnych zdobyczy medycyny, zarówno w diagnostyce, jak i w leczeniu

Pacjentowi przysługuje prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Prawo to jest powiązane z licznymi obowiązkami osób obowiązanych do przestrzegania praw pacjenta. Chodzi tu przede wszystkim o obowiązek instytucji państwowych, w tym Ministra Zdrowia, takiego kształtowania „zawartości” koszyka świadczeń gwarantowanych, by uwzględniał on najnowsze zdobycze medycyny, których skuteczność została potwierdzona w odpowiednich badaniach. Tym samym przestarzałe procedury i leki powinny ustępować miejsca nowym produktom, będącym rezultatem rozwoju nowoczesnej medycyny.

W praktyce, niestety, okazuje się, że świadczenia zdrowotne, których koszty pokrywane są z budżetu państwa, są często świadczeniami opartymi na starych technologiach, które – jak to ma miejsce np. w onkologii – są mniej skuteczne. Wynika to oczywiście z faktu, iż koszty wdrożenia i stosowania nowoczesnych technologii są wyższe niż korzystanie ze starszych metod.

Czasami przy podejmowaniu decyzji o nieumieszczeniu danego świadczenia w koszyku świadczeń gwarantowanych nie bierze się pod uwagę tego, że są to często pozorne oszczędności. Nierzadko stosowanie starszych technologii wydłuża pobyt pacjenta w szpitalu i często cały proces leczenia. Niejednokrotnie możliwe jest samodzielne zastosowanie nowoczesnego, specjalistycznego leku przez pacjenta, lub co najmniej podanie leku podczas krótkiej wizyty u specjalisty, co w ogóle likwiduje konieczność pobytu w szpitalu. Dodatkowo zastosowanie nowoczesnych rozwiązań pozwala na to,

aby pacjent pozostawał dłużej aktywny zawodowo, co ogranicza koszty związane z nieobecnością w pracy i korzystaniem z zasiłków.

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej łączy się także z obowiązkiem doszkalania się przez lekarza. Zawód lekarza należy do tzw. zawodów zaufania publicznego. Zdając się na umiejętności lekarza, przekazujemy mu pieczę nad tym, co najważniejsze – nad życiem i zdrowiem naszym i naszych najbliższych. Tylko wówczas, gdy lekarz realizuje swój obowiązek podnoszenia kwalifikacji, możemy spodziewać się, że po dwudziestu latach wykonywania zawodu nie będzie stosował metod leczenia, których nauczył się na studiach, a które w związku z szybkim rozwojem medycyny mogą być już mocno zdezaktualizowane.

Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością w warunkach odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych lekarz i pielęgniarka kierują się zasadami etyki zawodowej.

2.12. Prawo do opieki duszpasterskiej

Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych (np. w szpitalu) ma prawo do opieki duszpasterskiej. Realizacją tego prawa jest przede wszystkim urządzenie kaplic szpitalnych w większości szpitali.

W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia pacjenta zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany umożliwić mu kontakt z duchownym jego wyznania, czyli np. wezwać księdza, aby pacjent mógł się wypowiedzieć. Szpital powinien także, w miarę możliwości, zapewnić intymność podczas takiego kontaktu pacjenta z duchownym.

Ważne jest to, aby osoby innego wyznania niż rzymskokatolickie również mogły korzystać z tego prawa. W praktyce w związku z tym, że wyznawcy innych religii stanowią w Polsce istotną mniejszość, realizacja tego prawa jest często w tym zakresie znacznie utrudniona. Wydaje się jednak, że szpitale powinny co najmniej dążyć do wszelkich starań, aby prawo do opieki duszpasterskiej było respektowane wobec osób każdego wyznania. Ma to szczególne znaczenie w przypadku szpitali w tych miejscach w Polsce, w których znajdują się większe skupiska przedstawicieli mniejszości religijnych, np. na Podlasiu czy Opolszczyźnie.

Prawo do opieki duszpasterskiej nie może przerodzić się w narzucanie przez administrację placówki zdrowia określonych praktyk religijnych poprzez np. „wzywianie księdza” do osoby, która sobie tego nie życzy (szacunek dla ateizmu).

W szczególnych wypadkach prawo do opieki duszpasterskiej może być ograniczone. Do wyjątków tych należy zagrożenie epidemiczne i względy bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Odwrotnie niż w przypadku prawa do kontaktu z innymi osobami, to – co do zasady – zakład opieki zdrowotnej ponosi koszty realizacji prawa do opieki duszpasterskiej.

2.13. Prawo do umierania w godności

Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo pacjenta do umierania w spokoju i godności, w warunkach zapewniających mu odpowiednią jakość i intymność umierania. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień, jednak na jego wyraźne życzenie szpital ma obowiązek niepodawania środków przeciwbólowych (powodujących często ograniczenie świadomości).

Z połączenia prawa do umierania w godności oraz prawa do informacji wynika prawo pacjenta do bycia poinformowanym o tym, że wkrótce umrze (jednocześnie, zgodnie z tym, co zostało powiedziane powyżej, pacjent ma prawo do rezygnacji z tej informacji).

Prawo do umierania w godności nie może być rozumiane jako prawo do zakazanej w Polsce eutanazji.

2.14. Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych (np. w szpitalu) ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Potwierdzeniem przyjęcia rzeczy pacjenta do depozytu jest karta depozytowa.

Szpital nie może odmówić pacjentowi przyjęcia do depozytu zgłoszonych przez niego przedmiotów wartościowych, za których bezpieczeństwo zaczyna ponosić odpowiedzialność. Oczywiście, przy wypisie ze szpitala rzeczy przekazane do depozytu powinny zostać zwrócone pacjentowi. Zasadą jest, że koszty realizacji tego prawa ponosi zakład opieki zdrowotnej.

Prawo to jest konsekwencją zasady, że w szpitalu pacjent musi odczuwać bezpieczeństwo nie tylko osobiste, ale i majątkowe.

DOSTĘP DO LEKÓW

Państwo uczestniczy w finansowaniu kosztów leków zaleconych pacjentowi przez lekarza. Dzieje się tak, gdy lek zapisany pacjentowi został umieszczony na liście leków refundowanych. Wówczas lek ten jest w części finansowany z budżetu państwa, a rzadziej jest on zupełnie bezpłatny.

Wystawiona przez lekarza recepta ma swoją „datę ważności”. Powinna ona zostać zrealizowana:

- z zasady 30 dni od jej wystawienia,
- 7 dni od jej wystawienia w przypadku recepty na antybiotyki oraz recepty wystawionej w ramach pomocy doraźnej,
- 120 dni od jej wystawienia w przypadku recept na leki lub wyroby medyczne sprowadzane z zagranicy dla użytkowników indywidualnych (tzw. import docelowy),
- 90 dni od jej wystawienia w przypadku recept na preparaty immunologiczne, przygotowywane dla konkretnego pacjenta.

Pamiętajmy o tym, że farmaceuta po przedstawieniu mu recepty jest zobowiązany poinformować pacjenta o tym, że istnieje tańszy odpowiednik leku zapisanego przez lekarza (jeżeli oczywiście tak w rzeczywistości jest). Tak zwany „odpowiednik” jest lekiem, którego skład „odpowiada” składowi leku przepisanego na recepcie i ma takie samo działanie. Wiedząc o tańszym odpowiedniku, możemy samodzielnie zdecydować, czy chcemy kupić dokładnie ten lek, który przepisał nam lekarz, czy też wybierzemy lek wskazany przez farmaceutę. Jeżeli zażądamy tańszego odpowiednika, farmaceuta ma obowiązek nam go wydać. Czasami jednak, z różnych względów, lekarz może zaznaczyć na recepcie, że nie ma możliwości zamiany przepisanego leku („nie zamieniać”). W takiej sytuacji farmaceuta może wydać nam tylko i wyłącznie lek, którego nazwa znalazła się na recepcie.

Pacjentowi przyjętemu do szpitala to szpital powinien zapewnić **bezpłatnie** leki i wyroby medyczne (np. opatrunki) niezbędne do udzielenia świadczenia, w związku z którym pacjent leczy się w placówce.

➤ Realizacja polskiej recepty za granicą

Recepty wystawione przez lekarza w Polsce mogą być także realizowane za granicą. Realizacja recepty w kraju należącym do Unii Europejskiej nie powinna stanowić problemu.

Trzeba jednak pamiętać, że przy wykupywaniu leku za granicą wszelkie ewentualne zniżki na lek refundowany nie będą obowiązywały, wobec czego pacjent będzie musiał nabyć lek po jego regularnej cenie.

Realizacja polskich recept w krajach spoza Unii Europejskiej jest uregulowana odrębnie w każdym z tych krajów.

Mając w planach realizację recepty za granicą, zadbajmy o to, aby lekarz czytelnie ją wypisał.

INSTYTUCJE, W KTÓRYCH MOŻNA SZUKAĆ POMOCY

1. Administracja zakładów opieki zdrowotnej

W przypadku naruszenia praw pacjenta podczas korzystania przez nas ze świadczeń zdrowotnych w placówce zdrowia przede wszystkim powinniśmy skorzystać z pomocy administracji tej placówki. Warto udać się do ordynatora oddziału, z którego usług korzystamy, pielęgniarki oddziałowej, dyrektora szpitala, może się bowiem okazać, że nasz problem będzie sprawnie rozwiązany, jeżeli poszukamy pomocy u przełożonego osoby, która narusza nasze prawa. Dopiero w dalszej kolejności należy rozważyć skorzystanie z rozbudowanego systemu instytucji, organów i organizacji stojących na straży przestrzegania praw pacjentów.

2. Organizacje pacjentów

Jeżeli nie czujemy się na siłach samodzielnie stawić czoła administracji szpitala, zawsze możemy zwrócić się do jednej z licznych, sprawnie działających, doświadczonych organizacji pacjentów. W sposób profesjonalny udzielą nam wskazówek co do przysługujących nam praw, informując na przykład, które świadczenia mają status świadczeń gwarantowanych, w jaki sposób dochodzić do respektowania naszych praw. Skorzystanie z pomocy jednej z organizacji pozwoli nam często zaoszczędzić czas, który w przeciwnym razie zmarnowalibyśmy, poszukując na własną rękę, metodą prób i błędów, rozwiązania naszego problemu.

Funkcjonujące w Polsce organizacje to instytucje, które albo zajmują się ochroną praw pacjentów w ogólności, albo sprawując opiekę na pacjentami dotkniętymi konkretnymi schorzeniami, pomagają im dochodzić ich praw jako pacjentów.

3. Rzecznik Praw Pacjenta

Najogólniej rzecz biorąc, Rzecznik Praw Pacjenta czuwa nad przestrzeganiem praw pacjenta przez wszystkich do tego zobowiązanych. Do obowiązków Rzecznika Praw Pacjenta należy w szczególności:

- prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów⁶,

⁶ W przypadku stwierdzenia przez Rzecznika istnienia praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów wydaje on wiążące decyzje nakazujące zaprzestania prowadzenia takiej praktyki. Jeżeli podmiot zobowiązany na mocy takiej decyzji uchyla się od jej wykonania, Rzecznik może nałożyć karę w wysokości do 500 tys. zł. Praktyką naruszającą zbiorowe prawa pacjentów jest organizacja nielegalnego strajku w szpitalu.

- prowadzenie postępowań w sprawach indywidualnych wniosków,
- żądanie wszczęcia postępowania cywilnego dotyczącego naruszenia praw pacjenta lub branie w nim udziału na prawach prokuratora (z urzędu lub na wniosek strony),
- analiza skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy,
- opracowywanie publikacji oraz programów edukacyjnych popularyzujących wiedzę o ochronie praw pacjenta,
- współpraca z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw, w szczególności z Ministrem Zdrowia,
- współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta.

Najważniejszym obowiązkiem Rzecznika z punktu widzenia interesów poszczególnych pacjentów jest analiza i podejmowanie działań związanych z indywidualnymi przypadkami naruszeń praw pacjentów.

Jeżeli do Rzecznika dotrze informacja o naruszeniu praw pacjenta, wszczyna on postępowanie mające na celu wyjaśnienie okoliczności ewentualnego naruszenia. Wniosek skierowany do Rzecznika Praw Pacjenta musi spełniać minimalne wymagania, aby ten mógł wszcząć procedurę. Wniosek musi zawierać:

- oznaczenie wnioskodawcy (imię, nazwisko, dane kontaktowe),
- oznaczenie pacjenta, którego praw sprawa dotyczy,
- zwięzły opis stanu faktycznego (które prawo zostało naruszone i w jaki sposób do tego doszło).

Co ważne, wniosek do Rzecznika Praw Pacjenta nie podlega opłatom.

Rzecznik Praw Pacjenta może także wszcząć postępowanie wyjaśniające z własnej inicjatywy.

Po zapoznaniu się ze skierowanym do niego wnioskiem Rzecznik może:

- podjąć sprawę,
- poprzestać na wskazaniu wnioskodawcy przysługujących mu lub pacjentowi środków prawnych,
- przekazać sprawę innemu właściwemu organowi,
- nie podjąć sprawy.

Każdy ze wskazanych powyżej sposobów załatwienia sprawy powinien zostać uzasadniony. Przykładowo, niepodjęcie sprawy przez Rzecznika może wynikać jedynie z faktu, że nie zostały spełnione warunki formalne wniosku (np. nie został wskazany wnioskodawca) lub Rzecznik Praw Pacjenta już po zapoznaniu się z wnioskiem doszedł do wniosku, że nie doszło do naruszenia praw pacjentów. O sposobie załatwienia sprawy Rzecznik Praw Pacjenta powinien zawiadomić nie tylko wnioskodawcę, ale i pacjenta, którego sprawa dotyczy.

W przypadku podjęcia sprawy Rzecznik może samodzielnie prowadzić postępowanie wyjaśniające lub zwrócić się o zbadanie sprawy do właściwych organów, w szczególności organów nadzoru lub prokuratury.

W razie samodzielnego prowadzenia postępowania wyjaśniającego Rzecznik ma prawo:

- zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu,
- żądać złożenia wyjaśnień, przedstawienia akt każdej sprawy,
- żądać przedłożenia informacji o stanie sprawy.

Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego Rzecznik może:

- wyjaśnić wnioskodawcy i pacjentowi, którego sprawa dotyczy, że nie stwierdził naruszenia praw pacjenta. W tym przypadku Rzecznik informuje o niestwierdzeniu naruszenia praw pacjenta także podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, którego dotyczył wniosek;
- skierować wystąpienie do instytucji, w której działalności stwierdził naruszenie praw pacjenta⁷. Rzecznik może żądać wszczęcia postępowania dyscyplinarnego lub zastosowania sankcji służbowych wobec osoby, która jego zdaniem naruszyła prawa pacjenta. Instytucja, do której zostało skierowane wystąpienie, jest obowiązana niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni, poinformować Rzecznika o podjętych działaniach lub zajęтым stanowisku. W przypadku, gdy Rzecznik nie podziela tego stanowiska, może zwrócić się do właściwego organu nadrzędnego z wnioskiem o zastosowanie odpowiednich środków;
- zwrócić się do organu nadrzędnego wobec jednostki, w której stwierdził naruszenie praw, z wnioskiem o zastosowanie odpowiednich środków.
- w przypadku, gdy Rzecznik poinformuje wnioskodawcę o tym, że nie stwierdził naruszenia praw pacjenta, wnioskodawcy przysługuje prawo jednokrotnego złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. W takiej sytuacji Rzecznik ponownie rozpatrzy wniosek złożony uprzednio. Wnioskodawca może naświetlić na nowo okoliczności nieuwzględnione przez Rzecznika.

⁷ Wystąpienie takie nie może naruszać niezawisłości sędziowskiej.

4. Rzecznicy praw pacjenta funkcjonujący przy oddziałach NFZ

Rzecznicy praw pacjenta funkcjonujący przy oddziałach NFZ pomimo zbieżności nazwy to organy odmienne od opisanego powyżej Rzecznika Praw Pacjentów. Poszczególni rzecznicy funkcjonują przy każdym z 16 wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Podobnie jak Rzecznik Praw Pacjenta, mogą udzielić nam wskazówek i niezbędnej pomocy w dochodzeniu praw, mają jednak ograniczony zakres kompetencji i ich wystąpienia do instytucji naruszających prawa pacjenta mają charakter niewiążących opinii.

Kierując wniosek lub skargę do rzecznika praw pacjenta przy oddziale NFZ, pamiętajmy, iż nie są rozpatrywane wnioski anonimowe.

5. Minister Zdrowia

Minister Zdrowia jest centralnym organem państwowym, do którego kompetencji należą sprawy związane z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia.

Wnioski i skargi pisane do Ministra Zdrowia mają, w głównej mierze, charakter nieformalnych apeli, jednak także dobrze skonstruowana skarga, w której w sposób rzeczowy opisane jest naruszenie prawa pacjenta, może przynieść pozytywny skutek. Minister Zdrowia ma obowiązek udzielić nam odpowiedzi, chociażby w formie wskazania innego kompetentnego organu.

W odpowiedziach na skargi pacjentów Minister Zdrowia często wyraża swoje stanowisko odnośnie do opisanego stanu faktycznego. Minister Zdrowia cieszy się dużym autorytetem wśród jednostek funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia, dzięki czemu przekazanie, przychylnego nam stanowiska Ministra Zdrowia jednostce uchylającej się od respektowania naszych praw może przynieść pozytywny skutek już samą siłą autorytetu.

Minister Zdrowia jest organem nadzoru. W przypadku powtarzających się skarg na daną jednostkę NFZ, która także może dopuścić się naruszenia praw pacjentów, Minister Zdrowia może wszcząć postępowanie wyjaśniające.

Ustalenie odpowiedzialności jednostki NFZ przez Ministra Zdrowia może pociągnąć za sobą poważne konsekwencje, w tym w postaci odpowiedzialności służbowej poszczególnych osób.

6. Sąd

➤ Odszkodowanie

Pacjent, który na skutek naruszenia jego praw doznał szkody, np. (co będzie miało najczęściej miejsce) w postaci pogorszenia jego stanu zdrowia, może dochodzić przed sądem zasądzenia na jego rzecz odpowiedniej kwoty pieniężnej tytułem odszkodowania.

W celu uzyskania odszkodowania pacjent będzie musiał wykazać, że:

- rzeczywiście doszło do powstania szkody (na podstawie wyników badań lub opinii biegłego lekarza powołanego w tym celu w trakcie postępowania),
- szkoda powstała na skutek naruszenia jego prawa,
- kwota, której dochodzi tytułem odszkodowania, jest uzasadniona.

W postępowaniu przed sądem będziemy musieli także udowodnić, że do naruszenia naszych praw doszło na skutek działania zawinionego. W praktyce i uproszczeniu oznacza to, że będziemy musieli udowodnić, iż lekarz albo chciał naruszyć nasze prawa, albo naruszył je w wyniku niezachowania reguł ostrożności. Jeżeli skutkiem działania lekarza jest pogorszenie stanu naszego zdrowia, będziemy musieli wykazać błąd w sztuce lekarskiej, czyli naruszenie ogólnie przyjętych reguł postępowania zawodowego lekarza.

Żądanie odszkodowania musi być skierowane albo przeciwko konkretnej osobie, która narusza nasze prawa, albo (także wówczas, gdy lekarz lub pielęgniarz, którzy dopuścili się naruszenia, zatrudnieni są w placówce na umowę o pracę) przeciwko konkretnej placówce (np. szpitalowi).

➤ Zadośćuczynienie

Jeżeli jako pacjenci stwierdzimy, że na skutek naruszenia naszych praw spotkała nas krzywda (w postaci bólu, problemów osobistych), możemy skierować sprawę do sądu, żądając także zadośćuczynienia w postaci pieniędzy.

Podobnie jak w przypadku żądania odszkodowania, w postępowaniu przed sądem konieczne będzie wykazanie winy w postępowaniu osób, które dopuściły się naruszenia praw pacjenta.

W trakcie postępowania będziemy musieli uzasadnić, dlaczego kwota, której żądamy tytułem naprawienia naszej krzywdy – w naszej ocenie – jest kwotą odpowiednią.

Na mocy wyraźnego wyłączenia pacjent nie może żądać zadośćuczynienia w przypadku naruszenia prawa do:

- przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie,
- informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych,
- dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia.

W niektórych przypadkach pieniędzy może żądać nie tylko pacjent, ale wskazani członkowie jego rodziny. Będzie to miało miejsce w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności. Sąd może wówczas na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego zasądzić odpowiednią sumę pieniężną, ale wyłącznie na wskazany przez nich cel społeczny.

7. Prokurator

Jeżeli podczas udzielania pacjentowi świadczenia zdrowotnego albo na skutek jego nieudzielenia doszło do popełnienia przestępstwa, sprawę należy⁸ zgłosić od prokuratora lub na policję. W takim wypadku najczęściej chodzi o przestępstwa narażenia na utratę życia lub zdrowia oraz nieumyślnego spowodowania śmierci.

Nasze zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa spowoduje – co do zasady – że sprawą w całości aktywnie zajmie się prokurator. Nasz udział w postępowaniu może (choć nie musi) ograniczyć się wyłącznie do składania zeznań.

8. Społeczne Centrum Monitorowania Leczenia

SCML jest wewnętrzną komórką organizacyjną „Fundacji Czas dla życia”, mającej siedzibę w Lublinie. Jest oddzielnym podmiotem, zajmującym się nadzorem nad przestrzeganiem praw pacjenta w przypadku chorób onkologicznych.

SCML w wykonywaniu swoich działań współpracuje także z innymi podmiotami działającymi na rzecz szeroko pojętej poprawy ochrony zdrowia obywateli Rzeczypospolitej Polskiej i przestrzegania prawa pacjentów (tj. fundacjami, stowarzyszeniami i placówkami ochrony zdrowia);

⁸ Co do zasady zgłoszenie przestępstwa nie jest obowiązkiem prawnym, a jedynie społecznym. Oznacza to, że niezgłoszenie przestępstwa, o którego popełnieniu wiemy nie jest karalne. Inaczej jest w przypadku najcięższych przestępstw, np. zabójstwa lub gwałtu. Niezgłoszenie tych przestępstw jest samo w sobie przestępstwem. Prawny obowiązek zgłoszenia każdego przestępstwa posiadają wyłącznie instytucje państwowe i samorządowe.

SCML skupia się na poprawie ochrony zdrowia pacjentów w Polsce oraz na przestrzeganiu praw pacjenta.

Centrum jest wsparciem dla pacjentów, którym terapia została wstrzymana przez urzędników, lub którzy nie uzyskali finansowego wsparcia ze strony władz NFZ. Główną rolą SCML jest interwencja w przypadku naruszenia praw pacjenta, wsparcie w uzyskaniu opieki rehabilitacyjnej oraz organizowanie pomocy prawnej dla pacjentów.

Więcej informacji na temat SCML i kontakt do Centrum pod nr tel. : **0 801 000 541**, oraz na stronie internetowej: www.czasdlazycia.pl

LECZENIE ZA GRANICĄ

W tej części przewodnika wyjaśniamy kwestię finansowania przez NFZ świadczeń zdrowotnych udzielonych polskiemu pacjentowi w innym kraju Unii Europejskiej.

Polscy obywatele mogą uzyskać finansowanie z pieniędzy publicznych (NFZ) świadczeń zdrowotnych udzielonych im za granicą na dwóch odrębnych zasadach:

- udzielenie niezbędnych świadczeń w innym kraju UE w takim zakresie, który umożliwi kontynuowanie zaplanowanego pobytu w tym państwie w bezpiecznych warunkach z medycznego punktu widzenia,
- udzielenie świadczeń w ramach leczenia lub badań diagnostycznych albo kontynuacji leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju w zakresie zgody udzielonej przez Prezes NFZ.

W przypadku leczenia poważnych schorzeń, np. chorób nowotworowych, gdy leczenie jest celem wyjazdu za granicę, w grę będzie wchodzić rozwiązanie drugie.

Prezes NFZ może wyrazić zgodę na sfinansowanie leczenia poza granicami Polski oraz w razie potrzeby także na pokrycie kosztów transportu w dwóch sytuacjach:

- jeżeli zainteresowana osoba wystąpi z wnioskiem do NFZ o sfinansowanie za granicą świadczenia, którego finansowanie jest w Polsce gwarantowane, a którego pacjent nie może uzyskać w czasie, jakiego na ogół wymaga zapewnienie takiego leczenia w Polsce, z uwzględnieniem jej aktualnego stanu zdrowia i prawdopodobnego przebiegu choroby. Oznaczać to będzie niemożność uzyskania świadczenia w czasie średniego okresu oczekiwania. Istotną okolicznością wpływającą na ocenę, czy pacjent może oczekiwać na

leczenie w Polsce, jest jego stan zdrowia. Jeżeli przesłanki te są spełnione, Prezes NFZ nie może odmówić udzielenia zgody;

- jeżeli zainteresowana osoba wystąpi z wnioskiem do NFZ o sfinansowanie za granicą świadczenia, którego finansowanie jest w Polsce gwarantowane, lecz którego nie przeprowadza się w Polsce. Chodzi tu w szczególności o przypadki, gdy świadczeń nie przeprowadza się faktycznie, a nie ze względów prawnych. Tutaj jednak – w przeciwieństwie do opisaney wyżej sytuacji – Prezes NFZ nie jest zobowiązany do udzielenia zgody. Powinien się on jednak kierować oceną, czy świadczenie jest niezbędne w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia pacjenta.

Procedura złożenia wniosku jest skomplikowana i może być długotrwała. Wniosek wypełniony częściowo przez samego zainteresowanego musi być następnie uzupełniony przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Wymagana jest także opinia konsultanta wojewódzkiego, a NFZ może też wystąpić o przedstawienie opinii do konsultanta krajowego.

Istotna rola w całej procedurze przypada lekarzowi prowadzącemu, który stwierdza, czy w danym przypadku występuje konieczność szybszego przeprowadzenia leczenia lub badania diagnostycznego niż jest to możliwe w kraju. Lekarz bierze pod uwagę dotychczasowy przebieg choroby oraz zastosowanego leczenia, aktualny stan zdrowia pacjenta i prawdopodobny rozwój choroby. Opiniując wniosek obejmujący świadczenie, którego nie udziela się w Polsce, musi ocenić, czy świadczenie jest niezbędne dla ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia pacjenta. W przypadku wniosku o kontynuację leczenia poza granicami Polski lekarz ocenia wpływ przeniesienia pacjenta na jego stan zdrowia i przebieg leczenia.

Co do zasady, o zgodę Prezesa NFZ należy występować uprzednio do rozpoczęcia leczenia (lub jego kontynuacji) za granicą.

➤ **Nadchodzące zmiany w przepisach**

Za mniej więcej 2 lata wejdą w życie przepisy, zgodnie z którymi pacjent nie będzie już potrzebował zgody Prezesa NFZ na finansowanie jego leczenia na terytorium Unii Europejskiej. Zmiana ta będzie miała jednak ograniczone znaczenie w związku z tym, że dotyczyć będzie wyłącznie leczenia ambulatoryjnego (porady specjalistyczne, badania specjalistyczne). Na finansowanie leczenia szpitalnego pacjent nadal będzie musiał mieć zgodę Prezesa NFZ. W dodatku, jeżeli Prezes NFZ wyrazi zgodę, NFZ będzie mógł pokryć koszty leczenia wyłącznie do poziomu finansowania danego świadczenia w Polsce. Jeżeli zatem świadczenie jest droższe za granicą niż w Polsce, to pacjent będzie musiał z własnej kieszeni uzupełnić tę różnicę.

SZCZEGÓLNE FORMY FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Jedną z form finansowania świadczeń zdrowotnych jest tworzenie tzw. programów zdrowotnych, w których konkretne świadczenia udzielane są w ściśle określonym schemacie i ściśle określonej grupie pacjentów. Program zdrowotny staje się świadczeniem gwarantowanym po umieszczeniu go w koszyku świadczeń gwarantowanych (wpisanie do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych), a tym samym jego koszty pokrywane są przez NFZ.

Jednym z programów zdrowotnych umieszczonych w koszyku świadczeń gwarantowanych jest chemioterapia niestandardowa stosowana w leczeniu nowotworów. W chemioterapii niestandardowej drogie i nowoczesne leczenie jest finansowane na podstawie indywidualnych zgód wydawanych przez dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ.

Do leczenia przy zastosowaniu chemioterapii niestandardowej kwalifikowani powinni być pacjenci według jasno określonych kryteriów. Kryteria te, skonstruowane tak, aby uniemożliwić dowolność w kierowaniu pacjentów do leczenia, zostały podane we wspomnianym wyżej rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

➤ Kryteria kwalifikacji do chemioterapii niestandardowej

Chemioterapia niestandardowa polega na podaniu pacjentowi – w terapii nowotworów – leku zawierającego substancję, która nie znajduje się w podstawowym wykazie substancji stosowanych standardowo w leczeniu nowotworów, lub użyciu substancji wprawdzie z tego wykazu, lecz poza wskazaniami rejestracyjnymi leku (czyli odmiennie od wskazań leku określonych przez producenta).

Zgoda na finansowanie chemioterapii niestandardowej każdorazowo wydawana jest na okres maksymalnie do 3 miesięcy lub 3 cykli leczenia. Lekarz prowadzący, w zależności od stanu zdrowia pacjenta, decyduje o przerwaniu leczenia w ramach programu albo o jego kontynuacji – występując z kolejnym wnioskiem.

➤ Wytyczne dotyczące zastosowania chemioterapii niestandardowej

W początkowym etapie starań o przyznanie chemioterapii niestandardowej lekarz prowadzący sporządza stosowny wniosek.

Wniosek musi zawierać:

- pozytywną opinię zespołu kwalifikującego (dyrektor szpitala, ordynator oddziału, główny księgowy szpitala),
- potwierdzenie skuteczności terapii u danego pacjenta – w przypadku kontynuacji terapii niestandardowej danym lekiem (uprzednio udzielona zgoda dyrektora oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia),
- proponowany schemat leczenia i koszty,
- dodatkowo, dla leków stosowanych niezgodnie ze wskazaniami producenta, a w oparciu o „stosowanie leku zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej” należy dołączyć dokumenty (w języku polskim) potwierdzające efektywność kliniczną leczenia.

W przypadku zastosowania produktu leczniczego poza wskazaniami rejestracyjnymi lekarz obowiązany jest do:

- wcześniejszego sprawdzenia, czy istnieją inne opcjonalne terapie, które można zastosować u danego pacjenta,
- monitorowania stanu zdrowia pacjenta,
- pozyskania pisemnej zgody pacjenta na zastosowanie terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi (po uzyskaniu akceptacji dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia).

Wniosek lekarza jest następnie kierowany do właściwego konsultanta wojewódzkiego w celu uzyskania opinii. Zadaniem konsultanta jest ocena, czy istnieją pozytywne przesłanki medyczne dla zastosowania chemioterapii niestandardowej u danego pacjenta.

Zaakceptowany wniosek jest ostatecznie kierowany do dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ po akceptację finansowania świadczenia (pisemnie i on-line; odmowa udzielenia akceptacji również wydawana jest na piśmie).

Lekarz powinien – co do zasady – uzyskać akceptację finansowania chemioterapii niestandardowej przed rozpoczęciem leczenia. Jedynie wyjątkowo, w uzasadnionych przypadkach, lekarz może najpierw rozpocząć leczenie, a akceptację uzyskać już w trakcie terapii lub najpóźniej w ciągu 14 dni po jej zakończeniu.

Akceptacja finansowania chemioterapii niestandardowej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ następuje po spełnieniu warunków zawartych w rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych. W przypadku braku takiej rekomendacji dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może udzielić warunkowej akceptacji na finansowanie wnioskowanego świadczenia w programie chemioterapii niestandardowej.

W takim przypadku przekazuje on do Prezesa NFZ informację o wydaniu tej akceptacji. Warunkowa akceptacja na finansowanie świadczenia w programie chemioterapii niestandardowej może być udzielana do momentu wydania rekomendacji przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych.

Nie można zastosować chemioterapii niestandardowej przy wykorzystaniu leku, który stosowany jest w tym samym wskazaniu w innym programie terapeutycznym lub może być stosowany w chemioterapii standardowej (wówczas żaden wniosek nie jest potrzebny).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia regulujące finansowanie chemioterapii niestandardowej przewiduje także wyraźnie sytuacje, w których pacjent powinien zostać wyłączony z leczenia. Jest to wyliczenie wyczerpujące, co oznacza, że próba przerwania leczenia pacjenta tłumaczona inną okolicznością może być uznana za naruszenie prawa pacjenta do świadczenia zdrowotnego.

W chemioterapii niestandardowej stosowane są leki najnowocześniejsze, a przez to drogie, wobec tego często dostęp do tych terapii jest utrudniony.

Zdarzają się takie przypadki, gdy pomimo spełnienia warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia pacjentowi odmawia się sfinansowania chemioterapii niestandardowej. Przyczyny tego mogą być różne. Na przykład, pojawiają się czasami nie do końca właściwe regulacje wewnętrzne NFZ, wydawane w postaci tzw. zarządzeń. Z uwagi na to, że są one skierowane do szpitali, które mają podpisane umowy z NFZ, i dotyczą świadczeń, których koszty pokrywa NFZ, szpitale, powołując się na te regulacje, odmawiają udzielenia świadczenia (w obawie przed nieodzyskaniem kosztów leczenia). Tym samym, chociaż regulacje te skierowane są do szpitali, ograniczają faktycznie dostęp do gwarantowanych terapii pacjentom. W takich sytuacjach mogą istnieć podstawy do twierdzenia, że działania szpitala lub oddziału NFZ naruszają prawa pacjenta.

Przykładem takiej regulacji było wydane kilka miesięcy temu zarządzenie Prezesa NFZ, zgodnie z którym chemioterapia niestandardowa mogła być udzielana wyłącznie w placówkach, w których pracują konsultanci wojewódzcy (czyli lekarze pełniący dodatkową funkcję administracyjną w systemie ochrony zdrowia).

Praktyki administracyjne, których skutkiem jest ograniczenie pacjentom dostępu do świadczeń, w szczególności świadczeń ratujących życie, do których należy chemioterapia niestandardowa – jako niezgodne z prawem – są zakazywane przez Ministra Zdrowia, sprawującego nadzór nad NFZ.

➤ **Odwołanie od odmowy sfinansowania chemioterapii niestandardowej**

Jeżeli dyrektor wojewódzkiego oddziału NFZ bezpodstawnie odmówił nam zgody na finansowanie chemioterapii niestandardowej, możemy złożyć odwołanie oparte na ogólnych przepisach prawa do Prezesa NFZ (za pośrednictwem dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ, który wydał odmowę). W praktyce NFZ twierdzi często, że pacjentowi nie przysługuje prawo do składania tego rodzaju odwołań, gdyż odmowa finansowania nie jest decyzją administracyjną, a ponadto jest kierowana do szpitala, nie zaś do pacjenta.

Te podstawy odmowy uwzględnienia odwołania nie są słuszne, a pacjentowi przysługuje prawo do odwołania od rozstrzygnięcia organu administracyjnego, które w sposób wiążący narusza jego prawa. Należy jednak pamiętać, że tego rodzaju odwołanie musi zostać złożone w **terminie 14 dni od dnia jego doręczenia szpitalowi** (w terminie późniejszym można złożyć tzw. wniosek o wznowienie postępowania, który co do zasady wygląda analogicznie). Pacjent powinien zażądać wydania mu w szpitalu pisma NFZ, w którym odmawia się finansowania leczenia, ponieważ dokument ten stanowi część dokumentacji medycznej.

Pamiętajmy też, że lekarz może kilkakrotnie składać wniosek o sfinansowanie chemioterapii niestandardowej, wobec czego upływ terminu do odwołania nie stanowi dużej przeszkody. Jeżeli NFZ ponownie odmówi finansowania (w odniesieniu do drugiego wniosku), pacjent po raz kolejny będzie mógł złożyć odwołanie.

Zgodnie z twierdzeniami przedstawicieli ministerstwa zdrowia, w ciągu sześciu lat nastąpił czterokrotny wzrost nakładów na programy onkologiczne, a nowe technologie po uzyskaniu pozytywnej rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych będą finansowane ze środków publicznych.

W ostatniej części niniejszego przewodnika znajdują Państwo wzory podstawowych formularzy i dokumentów, które stosowane są w procedurze uzyskiwania zgody na finansowanie chemioterapii niestandardowej.

Są to:

1. Wniosek o chemioterapię niestandardową.
2. Opinia konsultanta wojewódzkiego.
3. Formularz świadomej zgody na zastosowanie leku poza wskazaniami rejestracyjnymi.
4. Oświadczenie lekarza odpowiedzialnego za zastosowanie leku poza wskazaniami terapeutycznymi.
5. Wzór odwołania od decyzji dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ.
6. Karta udziału świadczeniobiorcy w terapeutycznym programie zdrowotnym, część A.
7. Karta udziału świadczeniobiorcy w terapeutycznym programie zdrowotnym, część B.

Wzory nr 1–4 oraz 6–7 zostały określone w zarządzeniach Prezesa NFZ. Pacjent nie uczestniczy w wymianie tych pism pomiędzy NFZ a szpitalem. Dokumenty nr 3, 6, 7 powinny być przedstawione pacjentowi, wobec którego ma być zastosowana chemioterapia niestandardowa.

Wzór odwołania od decyzji dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ powinien być każdorazowo dostosowany do okoliczności danego przypadku. Wynika to z niemożności sporządzenia wzoru o ogólnym zastosowaniu.

Pacjent składa odwołanie samodzielnie, niezależnie od uczestniczących w procedurze lekarzy.

O pomoc w złożeniu odwołania zawsze można zwrócić się do jednej z organizacji pacjentów lub do Rzecznika Praw Pacjenta.

LECZENIE ŻYWIENIOWE W ONKOLOGII PORADNIK DLA PACJENTÓW I ICH RODZIN

dr med. Stanisław Klęk

I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej CM UJ Kraków

1. CHOROBA NOWOTWOROWA, A STAN ODRŻYWIENIA

Choroby nowotworowe są drugą po chorobach układu krążenia przyczyną zgonów w naszym kraju. Powoduje ona właściwie zawsze zaburzenie funkcjonowania całego organizmu, szczególnie w aspekcie żywieniowym. Niedożywienie występuje w przypadku niektórych schorzeń nawet u 80% pacjentów przyjmowanych do oddziałów szpitalnych. Najczęstszymi przyczynami zaburzeń stanu odżywienia są:

- niedostateczne odżywianie drogą naturalną, czyli doustną (brak łaknienia, anoreksja, nowotwór blokujący drogę pokarmu w przewodzie pokarmowym, uboczne działanie leków),
- zwiększona utrata substancji odżywczych (w wyniku zaburzeń wchłaniania, zaburzeń trawienia, zapalenia śluzówki jelita lub przetoki przewodu pokarmowego),
- zwiększone zapotrzebowanie związane z obecnością choroby nowotworowej (rozwojem nowotworu), a także gorączką lub zakażeniem (np. zapalenie płuc, zapalenie dróg moczowych).

Samo leczenie również może pogłębiać stan niedożywienia, przykładem niech będzie chemioterapia i radioterapia. Ubocznymi skutkami tych metod leczniczych są: spadek apetytu, nudności, wymioty i biegunki. Właściwie u wszystkich pacjentów pojawia się mniej lub bardziej nasilona zmiana odczuwania smaku i zapachu, która powoduje trudności w przygotowywaniu i spożywaniu codziennych posiłków. Zaburzenia metaboliczne występujące w chorobie nowotworowej upośledzają przemiany białek, tłuszczów, węglowodanów i składników mineralnych. Konsekwencją tego są zmiany w gospodarce hormonalnej, co prowadzi do zaburzeń funkcjonowania przewodu pokarmowego.

➤ **Czy leczenie żywieniowe ogrywa ważną rolę w terapii onkologicznej?**

Leczenie żywieniowe jest bardzo ważnym, żeby nie powiedzieć podstawowym, elementem terapii onkologicznej. Zawsze należy pamiętać, że nieleczone niedożywienie zawsze prowadzi do zgonu, na co dowodem są obserwacje przeprowadzone na mężczyznach głodujących – średni czas przeżycia od chwili rozpoczęcia głodówki (przy utrzymanej podaży płynów) wynosił około 2 miesiące, a śmierć następowała po utracie 40-50% masy ciała.

Następstwa niedożywienia dzielą się na pierwotne i wtórne. Do tych pierwszych zalicza się: zmniejszenie masy ciała, osłabienie siły mięśniowej, osłabienie sprawności psychomotorycznej, upośledzenie odporności, niedokrwistość, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, zaburzenia układu krążenia i oddechowego, stłuszczenie wątroby, spadek produkcji białek, zmniejszenie masy trzustki, zaburzenie wydzielania enzymów trawiennych, zresztnienie kości i upośledzenie odporności komórkowej i humoralnej. Do wtórnych następstw należą natomiast: wzrost częstości zakażeń, zaburzenie gojenia ran, wzrost chorobowości i śmiertelności, przedłużenie pobytu w szpitalu oraz wzrost kosztów leczenia.

Niedożywienie zawsze pogarsza wynik leczenia – nie tylko w przypadku zabiegów chirurgicznych, ale i chemio- czy radioterapii.

➤ **Jak ocenić stan odżywienia?**

Bardzo ważnym aspektem leczenia jest ocena stanu odżywienia. Jej celem jest identyfikacja chorych zagrożonych niedożywieniem lub niedożywionych, określenie stopnia niedożywienia oraz monitorowanie skuteczności leczenia żywieniowego. Oceny stanu odżywienia dokonuje się najczęściej na podstawie następujących badań: wywiadu żywieniowego, badań antropometrycznych (oceny aktualnej masy ciała, niezamierzonego ubytku masy ciała – powyżej 5% wymaga interwencji i oceny wskaźnika masy ciała [Body Mass Index- BMI]) oraz badań biochemicznych. Szczególnie istotna jest ocena wskaźnika BMI. Oblicza się go z następującego wzoru: $BMI (kg/m^2) = mc. (kg) : (wzrost w m^2)$. Przyjmuje się, że jeżeli BMI wynosi:

- 30 kg/m^2 - pacjent ma dużą nadwagę,
- 25 - 29,5 kg/m^2 - pacjent ma nadwagę,
- 20,5- 25 kg/m^2 - pacjent jest normalnie odżywiony,
- 18 - 20 kg/m^2 - występuje ryzyko niedożywienia (wskazane jest wówczas leczenie żywieniowe),
- < 18 kg/m^2 - występuje niedożywienie (leczenie żywieniowe jest konieczne!).

Tabela BMI chorego

Wzrost	Waga															
	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105
1,4	15,31	17,86	20,41	22,96	25,51	28,06	30,61	33,16	35,71	38,27	40,82	43,37	45,92	48,47	51,02	53,57
1,45	14,27	16,65	19,02	21,40	23,78	26,16	28,54	30,92	33,29	35,67	38,05	40,43	42,81	45,18	47,56	49,94
1,5	13,33	15,56	17,78	20,00	22,22	24,44	26,67	28,89	31,11	33,33	35,56	37,78	40,00	42,22	44,44	46,67
1,55	12,49	14,57	16,65	18,73	20,81	22,89	24,97	27,06	29,14	31,22	33,30	35,38	37,46	39,54	41,62	43,70
1,6	11,72	13,67	15,63	17,58	19,53	21,48	23,44	25,39	27,34	29,30	31,25	33,20	35,16	37,11	39,06	41,02
1,65	11,02	12,86	14,69	16,53	18,37	20,20	22,04	23,88	25,71	27,55	29,38	31,22	33,06	34,89	36,73	38,57
1,7	10,38	12,11	13,84	15,57	17,30	19,03	20,76	22,49	24,22	25,95	27,68	29,41	31,14	32,87	34,60	36,33
1,75	9,80	11,43	13,06	14,69	16,33	17,96	19,59	21,22	22,86	24,49	26,12	27,76	29,39	31,02	32,65	34,29
1,8	9,26	10,80	12,35	13,89	15,43	16,98	18,52	20,06	21,60	23,15	24,69	26,23	27,78	29,32	30,86	32,41
1,85	8,77	10,23	11,69	13,15	14,61	16,07	17,53	18,99	20,45	21,91	23,37	24,84	26,30	27,76	29,22	30,68
1,9	8,31	9,70	11,08	12,47	13,85	15,24	16,62	18,01	19,39	20,78	22,16	23,55	24,93	26,32	27,70	29,09
1,95	7,89	9,20	10,52	11,83	13,15	14,46	15,78	17,09	18,41	19,72	21,04	22,35	23,67	24,98	26,30	27,61
2	7,50	8,75	10,00	11,25	12,50	13,75	15,00	16,25	17,50	18,75	20,00	21,25	22,50	23,75	25,00	26,25

U chorych w wieku powyżej 65 lat zaleca się rozpoznawanie niedożywienia wymagającego interwencji żywieniowej już przy BMI < 24 kg/m² i utracie masy ciała ≤ 5% w ciągu 1-6 miesięcy ze względu na znacznie gorszą tolerancję niedożywienia przez ludzi w starszym wieku.

➤ **Co to jest leczenie żywieniowe?**

Leczenie żywieniowe jest to podawanie drogą dojelitową (czyli inaczej mówiąc do przewodu pokarmowego) lub drogą pozajelitową (czyli dożylną) lub oboma jednocześnie wszystkich składników potrzebnych do życia, to jest białek, węglowodanów, tłuszczów, witamin, pierwiastków śladowych i elektrolitów w takich ilościach, które zabezpieczą codzienne potrzeby, tym osobom, które nie mogą odżywiać się normalnie lub odżywiają się w sposób niewystarczający.

Pod pojęciem żywienia dojelitowego rozumie się wszystkie metody pozwalające na dostarczenie składników odżywczych do przewodu pokarmowego, czyli:

- wzbogacanie codziennych pokarmów,
- stosowanie doustnych suplementów pokarmowych (czyli diet przemysłowych podawanych doustnie jako uzupełnienie zwykłego pożywienia),
- żywienie przez zgłębnik lub przetokę odżywczą.

Żywienie pozajelitowe jest natomiast realizowane przy użyciu cienkich kaniuli założonych do żył centralnych lub obwodowych – podczas tego rodzaju żywienia wszystkie konieczne do życia substancje są podawane drogą wlewu dożylnego.

➤ **Jaki rodzaj leczenia żywieniowego wybrać?**

W świetle obecnej wiedzy zawsze należy wybierać drogę przewodu pokarmowego, jeżeli tylko jest ona możliwa. Istnieje jednak grupa pacjentów, u których nie ma możliwości zaspokojenia zapotrzebowania białkowo-kalorycznego poprzez żywienie przez przewód pokarmowy i wówczas jedynie słusznym postępowaniem jest żywienie pozajelitowe, czyli dożylnie.

➤ **Jakie są cele leczenia żywieniowego onkologii?**

Celem terapeutycznym u chorych na nowotwory jest poprawa funkcji i końcowego wyniku leczenia poprzez:

- 1) zapobieganie rozwojowi niedożywienia i jego leczenie,
- 2) wzmacnianie efektów leczenia przeciwnowotworowego,
- 3) zmniejszanie niepożądanych następstw leczenia przeciwnowotworowego,
- 4) poprawę jakości życia.

Trzeba jasno powiedzieć, że nie ma żadnych wiarygodnych danych wskazujących na to, że leczenie żywieniowe ma jakikolwiek wpływ na wzrost nowotworu; innymi słowy, nie ma podstaw aby sądzić, że żywienie chorego spowoduje szybszy rozwój choroby nowotworowej. Jest natomiast pewne, że głódówka nie tylko nie zahamuje rozwoju nowotworu, ale w sposób znamieny pogorszy stan organizmu pacjenta.

➤ **Jakie jest zapotrzebowanie na substancje odżywcze w chorobie nowotworowej?**

Podaż białka u dorosłego człowieka powinna wynosić od 1,0 g/kg mc./dobę do 1,2 – 2,0 g/ kg mc./dobę, a podaż energii 20-25 kcal/kg mc./dobę u chorego leżącego i 30-35 kcal/kg mc. u chorego chodzącego. Energię pozabiałkową powinniśmy dostarczać w postaci węglowodanów (około 50 – 70%) i w postaci tłuszczów około (30 - 50%).

➤ **U kogo zastosować leczenie żywieniowe?**

Ogólnie mówiąc, leczenie żywieniowe należy zawsze zastosować u chorych niedożywionych. Jednym z narzędzi oceny niedożywienia, wskazującym na potrzebę zastosowania leczenia żywieniowego jest skala NRS 2002 (Nutritional Risk Score). Jej używanie jest zalecane przez NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia).

1. Ocena wstępna			
1.	BMI < 20,5?	tak	nie
2.	Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 m-cy?	tak	nie
3.	Zmniejszone przyjmowanie pokarmów w ostatnim tygodniu?	tak	nie
4.	Ciężka choroba? (np. wymagająca intensywnej terapii?)	tak	nie

- jeżeli przynajmniej 1 odpowiedź „tak” → należy przejść do części 2
- jeżeli wszystkie odpowiedzi „nie” (NRS 2002 = 0p.) → ponowna ocena za tydzień

2. Ocena szczegółowa			
A. Pogorszenie stanu odżywienia		B. Nasilenie choroby	
Lekkie = 1	↓ m. c. > 5 % w ciągu 3 miesięcy lub spożycie pokarmu 50-75% w tygodniu przed przyjęciem	Lekkie = 1	Np. złamanie uda, choroby przewlekłe (zwłaszcza powikłane) – marskość wątroby, POChP, cukrzyca, hemodializa, nowotwory, radioterapia
Średnie = 2	↓ m. c. > 5 % w ciągu 2 miesięcy lub BMI 18,5 – 20,5 lub spożycie pokarmu 25-50% w tygodniu przed przyjęciem	Średnie = 2	Duże operacje brzuszne, choroby zapalne jelit, pooperacyjna niewydolność nerek, przetoki, niedrożność, Udar mózgu Chorzy w wieku podeszłym – leczenie przewlekłe, Chemioterapia/choroby hematologiczne
Ciężkie = 3	↓ m. c. > 5 % w ciągu 1 miesiąca lub BMI <18,5 lub spożycie pokarmu 0-25% w tygodniu przed przyjęciem	Ciężkie = 3	Uraz głowy, przeszczep szpiku, pacjenci krytycznie chorzy, ciężkie OZT, posocznica, ciężkie oparzenia, Chory w oddziale Intensywnej Terapii
SUMA PUNKTÓW A+B: < 3 – rozważ postępowanie zachowawcze, powtórz badanie za tydzień ≥ 3 – wskazane leczenie żywieniowe			

Za chorych niedożywionych uważamy ogólnie pacjentów, u których stwierdzono wskaźnik BMI mniejszy aniżeli 18,5, którzy stracili na wadze ponad 10% swojego ciężaru ciała sprzed choroby w okresie 3 – 6 miesięcy, albo tych, u których na niedożywienie wskazują wyniki badań (antropometrycznych, takich jak grubość fałdu nad mięśniem trójgłowym i obwód ramienia lub badań krwi, takich jak stężenie albuminy czy całkowita liczba limfocytów). Należy jednak pamiętać, że interwencja żywieniowa powinna mieć miejsce także u dużej grupy innych pacjentów poddawanych leczeniu z powodu choroby nowotworowej. Dla ułatwienia poniżej podzielono pacjentów na grupy w zależności od rodzaju planowanego leczenia przeciwnowotworowego.

2. CHORZY, KTÓRZY BĘDĄ OPEROWANI Z POWODU CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Osoby, które będą poddane zabiegowi operacyjnemu z powodu choroby nowotworowej są bardzo narażone na konsekwencje niedożywienia. Podczas operacji właściwie zawsze dąży się do usunięcia wszystkich tkanek nowotworowych, bardzo często towarzyszy temu usunięcie tkanek zdrowych (np. pobranie węzłów chłonnych). Uraz spowodowany zabiegiem operacyjnym, nawet wykonywanym w trybie planowym, stanowi bardzo poważne obciążenie dla organizmu, porównywalne swoim wpływem do poważanego wypadku komunikacyjnego. Dlatego też wsparcie żywieniowe jest tak ważne u chorych poddawanych zabiegom operacyjnym. Interwencja żywieniowa zależy od okresu, w którym jest chory.

A. Okres przedoperacyjny

Wszyscy chorzy powinni być poddani ocenie stanu odżywienia w tym okresie. Głównym objawem pogorszenia stanu odżywienia jest utrata masy ciała. Pacjent ma pełne prawo zgłosić swoje wątpliwości lekarzowi, pielęgniarce lub dietetykowi, jeżeli uważa, że może być zagrożony z powodu stanu odżywienia.

Objawy niedożywienia mogą być stwierdzone już w przypadku kwalifikacji do zabiegu operacyjnego. W takiej sytuacji konieczna jest interwencja żywieniowa, której celem będzie dostarczenie właściwej ilości składników odżywczych. Może ona przybrać postać:

- doradztwa dietetycznego,
- leczenia żywieniowego.

W większości przypadków, po ocenie stanu odżywienia, wystarczające jest zmodyfikowanie diety pacjenta poprzez:

- zwrócenie uwagi na stosowanie właściwych nawyków żywieniowych,

- dodanie do posiłków suplementów diety (np. Fresubin energy DRINK).

➤ **Doradztwo dietetyczne – zmiana nawyków żywieniowych**

Dieta w chorobie nowotworowej w większości wypadków powinna być łatwo strawna, wysokoenergetyczna i wysokobiałkowa. Ważne jest, aby jeść posiłki często (tj. przynajmniej 5-6 razy dziennie), o stosunkowo niewielkiej objętości. Pacjent musi spożywać warzywa i owoce, najlepiej pochodzące ze wszystkich grup i w ilości, co najmniej 500 g dziennie. Pozwoli to na stały dopływ substancji będących przeciwutleniaczami, czyli antyoksydantami (chronią one organizm przed rozwojem nowotworów) oraz błonnika pokarmowego (należy pamiętać, że zalecane dzienne spożycie błonnika to nie mniej niż 35 gram). Do przyrządzenia diety powinno się wybierać produkty świeże, o wysokiej jakości, powinno się unikać smażenia (posiłki powinny być gotowane lub pieczone w folii aluminiowej lub na ruszcie). Stosowane produkty powinny być źródłem pełnowartościowego białka; do takich produktów należą: chude mięso (kurczak, królik, młoda wołowina, cielęcina), chude ryby, jaja, twarożek. Olbrzymie znaczenie ma właściwa podaż witamin i składników mineralnych. Najbardziej wartościowe to te spośród nich, które są bogatym źródłem witaminy C (np. pomidory, maliny, truskawki, cytrusy) oraz beta-karotenu (marchew, dynia, sałata, szpinak). Należy jednak unikać warzyw strączkowych.

W przypadku części chorych, szczególnie, jeżeli choroba nowotworowa zlokalizowana jest w przewodzie pokarmowym, zachodzi konieczność przyrządzania pokarmów półpłynnych, a nawet płynnych, o niewielkiej zawartości błonnika.

W praktyce codzienne przygotowywanie posiłków o parametrach przedstawionych powyżej jest czasochłonne, uciążliwe, kosztowne i w wielu przypadkach skazane na niepowodzenie (utrata składników odżywczych może mieć miejsce podczas przechowywania składników, przygotowywania diety lub jej podawania). Z tego powodu bardzo duże znaczenie zyskują suplementy diety.

➤ **Znaczenie suplementów diety**

Suplementy diety są to substancje podawane dodatkowo jako dodatek do codziennie stosowanej diety. Z reguły zawierają wszystkie składniki odżywcze lub wybrane elementy diety i są sprzedawane jako gotowe produkty spożywcze w formie płynnej, sproszkowanej lub tabletek. Dzięki ich użyciu można w łatwy sposób uzupełnić codzienną dietę i zapewnić podaż należytą ilości białka, energii, składników mineralnych i witamin. Przykładami suplementów diety są takie produkty, jak Fresubin energy DRINK, Fresubin protein energy DRINK lub ProvideXtra. Są to produkty, które w małej objętości (każde opakowanie zawiera 200 ml płynnej diety) zawierają wszystkie składniki odżywcze niezbędne do prawidłowego działania organizmu. Zaleca się spożycie przynajmniej 400 mililitrów (2 opakowania) w ciągu doby. Chorzy z chorobą nowotworową szczególną korzyść mogą odnieść z

preparatów Supportan DRINK i Glutamine Plus, gdyż zawierają one kwasy tłuszczowe z grupy omega-3 (Supportan DRINK) oraz glutaminę (Glutamine Plus), czyli aminokwas mający duży wpływ na działanie układu odpornościowego.

Suplementy diety należy stosować do czasu, gdy chory będzie w stanie dostarczyć potrzebne organizmowi składniki w należytym ilości w postaci zwykłej diety. W zależności od schorzenia proces ten trwa od kilku dni do kilku tygodni.

Uwagi praktyczne: suplementy diety powinny być stosowane pomiędzy posiłkami lub zastępować jeden lub dwa posiłki (wówczas jednak ich ilość musi być większa niż 400 ml). Wyjątkiem jest Glutamine Plus, który dostarcza jedynie glutaminę i antyoksydanty, więc może stanowić jedynie uzupełnienie żywienia. Diety płynne należy pić powoli, najlepiej schłodzone, mogą być one również dodawane do potraw. Preparaty: Fresubin energy DRINK, Fresubin protein energy DRINK, ProvideXtra, Supportan DRINK i Glutamine Plus są dostępne w aptekach – nie jest wymagana recepta. Każda apteka może te preparaty sprowadzić z hurtowni, jeżeli w danym momencie nie posiada ich na stanie.

B. Okres okołoperacyjny i pooperacyjny

W okresie tuż przed zabiegiem operacyjnym każdy chory, który może w dalszym ciągu spożywać pokarmy, odniesie korzyści z wzbogacenia swoich posiłków o suplementy diety zawierające składniki pobudzające czynność układu odpornościowego (takie jak Supportan DRINK lub Glutamine Plus). W sposób jednoznaczny mówią o tym zalecenia Europejskiego Towarzystwa Żywienia i Metabolizmu (ESPEN): „Przedoperacyjne żywienie drogą przewodu pokarmowego, najlepiej z dodatkami immunomodulującymi (arginina, kwasy tłuszczowe w-3 i nukleotydy) zaleca się stosować przez 5–7 dni u wszystkich chorych na nowotwory poddawanych dużym operacjom w obrębie jamy brzusznej, niezależnie od ich stanu odżywienia”.

Chorzy, których stan zdrowia nie pozwala na spożywanie diety doustnej albo, którzy nie mogą przyjąć tą drogą właściwej ilości posiłków, powinni mieć włączone leczenie żywieniowe drogą przewodu pokarmowego. Jest jednoznacznie udowodnione, że takie postępowanie musi być zastosowane u wszystkich pacjentów, zarówno niedożywionych jak i odpowiednio odżywionych, u których przerwa w przyjmowaniu pokarmów wynosi > 7 dni, lub gdy spodziewana jest niedostateczna podaż ($< 60\%$ dziennego zapotrzebowania na składniki odżywcze) przez > 10 dni. W takiej sytuacji można dietę podawać przez zgłębnik założony do żołądka, do jelita lub przez przetokę odżywczą: gastrostomię (wówczas końcówka sondy znajduje się w żołądku) lub jejunostomię (w tym przypadku końcówka znajduje się w jelicie cienkim).

Jeżeli chory jest leczony żywieniowo przy pomocy sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego, wówczas powinny być podawane jedynie diety przemysłowe, a nie miksowana dieta kuchenna, gdyż ta ostatnia naraża chorego na poważne niedobory składników odżywczych. Przykładami diet

przemysłowych, które mogą być podawane do żołądka są Fresubin original (dieta standardowa), Fresubin original fibre (dieta standardowa wzbogacona w błonnik), Fresubin HP energy (dieta wysokokaloryczna, bogatobiałkowa), Diben (dieta dla chorych z cukrzycą) i Supportan (dieta bogata w omega-3 kwasy tłuszczowe). Najlepszą dietą, która może być podawana do jelita jest natomiast Survimed OPD (dieta oligopeptydowa, czyli częściowo „strawiona” – zawiera wolne aminokwasy oraz krótsze łańcuchy białka i tłuszczów).

Diety te mają bardzo precyzyjnie skomponowany skład i zawierają wszystkie potrzebne organizmowi składniki, pod warunkiem, że w ciągu doby pacjent otrzyma należną ilość takiej diety (czyli około 30 kcal/ kg masy ciała). W przypadku chorego o wadze około 60 kg musi to być przynajmniej 1800 mililitrów diety w ciągu doby (jest tak, ponieważ 1 ml diety = 1 kcal, wyjątek stanowią diety wysokokaloryczne).

Żywienie dożołądkowe może być prowadzone następującymi metodami:

a/ metoda bolusów - podaż 5-6 razy w ciągu dnia porcji po 200-300 ml, pod kontrolą zalegania żołądkowego – jeżeli wynosi ono ponad 200 ml, należy odstąpić od podania porcji, skontrolować ponownie, ewentualnie po wykluczeniu zaburzeń mechanicznych rozważyć zastosowania leków poprawiających perystaltykę jelita,

b/ metoda mikrobolusów – podaż porcji po 50 – 100 ml, również pod kontrolą zalegania żołądkowego,

c/ wlew ciągły – prowadzony grawitacyjnie lub przy użyciu pompy żywieniowej.

Żywienie do jelita natomiast może być prowadzone jedynie przy użyciu wlewu ciągłego (grawitacyjnie lub przy użyciu pompy). Rozpoczyna się od 5% roztworu glukozy przez 12 godzin, następnie włącza się dietę przemysłową – oligopeptydową, zaczynając od prędkości wlewu około 10 ml/ godziną, a dochodząc w 4 dobie do prędkości 100 ml/ godzinę i wyższej.

Szczególnie ważna jest interwencja żywieniowa w okresie pooperacyjnym, gdyż pozwala ona na zmniejszenie ilości powikłań pooperacyjnych, prawidłowe gojenie ran, krótszy czas pobytu w szpitalu i szybszy powrót do pełnej aktywności. Dlatego też jeszcze raz należy przypomnieć, że leczenie żywieniowe powinni otrzymać wszyscy chorzy: zarówno niedożywieni jak i prawidłowo odżywieni, u których przewidywana przerwa w przyjmowaniu pokarmów wynosi >7 dni, lub gdy spodziewana jest niedostateczna podaż (<60% dziennego zapotrzebowania na składniki odżywcze) przez >10 dni.

Jak wspomniano wcześniej, w przypadku braku możliwości zastosowania leczenia żywieniowego drogą przewodu pokarmowego, leczenie to musi zostać podane drogą dożylną.

Żywienie pozajelitowe może być prowadzone przy użyciu:

- Cewnika, którego końcówka znajduje się w żyłę centralnej, zazwyczaj w miejscu połączenia żyły głównej górnej i prawego przedsionka – tzw. żywienie pozajelitowe drogą centralną.
- Dostęp centralny uzyskuje się najczęściej poprzez nakłucie żyły szyjnej wewnętrznej, żyły podobojczykowej, kąta żylnego, wyjątkowo żyły udowej. Może on być nietunelizowany lub tunelizowany.

- Kaniuli założonej do żyły obwodowej, zazwyczaj przedramienia – tzw. żywienie pozajelitowe drogą obwodową.
- Przetoki tętniczo-żylnej używanej do hemodializy lub utworzonej wyłącznie w celu żywienia pozajelitowego u pacjentów, u których założenie cewnika centralnego nie jest możliwe.
- Portu naczyniowego wszczepionego pod skórę klatki piersiowej nad mięśniem piersiowym większym, od którego cewnik prowadzi do żyły głównej górnej w podskórnym tunelu (ang. totally implanted device –TID)

Żywienie pozajelitowe (ŻP) może być prowadzone sposobem ciągłym (wlew substancji odżywczej przez 22-24 godziny w ciągu doby) lub w schemacie cyklicznym (12 – 18 godzin w ciągu doby). Pierwszy z wymienionych sposobów stosowany jest podczas opieki nad chorymi niestabilnymi, w warunkach szpitalnych, podczas, gdy drugi najczęściej spotykany jest u chorych żywionych pozajelitowo w domach.

ŻP może być stosowane jako jedyny sposób dostarczania choremu substancji odżywczych i wtedy określane jest mianem całkowitego żywienia pozajelitowego (ang. *total parenteral nutrition, TPN*) lub jako dodatek do żywienia dojelitowego lub diety doustnej – jest to częściowe żywienie pozajelitowe.

Od wielu lat jedynym uznawanym za właściwy sposobem żywienia pozajelitowego jest żywienie metodą jednego worka (ang. *All-in-One*). Metoda ta zakłada podawanie wszystkich składników z jednego pojemnika, w którym są one wcześniej zmieszane. Pozwala to na lepszą tolerancję żywienia, zmniejszenie ilości zakażeń i obniżenie kosztów. Żywienie metodą jednego worka może być prowadzone przy użyciu mieszanin sporządzonych w aptekach szpitalnych (zmieszanie wszystkich składowych produktów) – ręcznie lub w technologii mieszalnika lub przy użyciu przemysłowych worków wielokomorowych (trójkomorowych). Przykładem takich preparatów są produkty Kabiven lub SmofKabiven. Zgodnie z zasadami leczenia żywieniowego są to mieszaniny kompletne, czyli pozwalające na dostarczenie wszystkich substancji odżywczych w ilości pokrywającej zapotrzebowanie dobowe. Do substancji tych należą aminokwasy, glukoza i emulsja tłuszczowa. Właśnie ta ostatnia może mieć największy wpływ na skuteczność leczenia żywieniowego u chorych onkologicznych, stąd warto zwrócić na nią uwagę. Preparat Kabiven zawiera emulsję będącą mieszaniną długołańcuchowych kwasów tłuszczowych z oleju sojowego; podczas gdy w skład SmofKabivenu wchodzi zarówno kwasy tłuszczowe długołańcuchowe z oleju sojowego, oliwy z oliwek i oleju rybiego (omega-3 kwasy tłuszczowe) oraz średniołańcuchowe kwasy tłuszczowe.

Dzięki preparatowi Omegaven możliwe jest uzyskanie dodatkowych cech preparatów pozajelitowych. Omegaven jest bowiem roztworem zawierającym duże ilości omega-3-kwasów tłuszczowych i może być dodany do mieszaniny zawierającej żywienie pozajelitowe. Kwasy omega-3, jak wspomniano wcześniej, mają bardzo korzystne działanie w przypadku chorych z chorobą nowotworową.

5. RADIO I CHEMIOTERAPIA A LECZENIE ŻYWIENIOWE

Chemio- i radioterapia stanowią najczęściej stosowane metody leczenia przeciwnowotworowego. Podczas chemioterapii pacjent otrzymuje dożylnie lub doustne leki, których celem jest zniszczenie komórek nowotworowych; natomiast podczas radioterapii komórki nowotworowe są niszczone dzięki działaniu promieniowania rentgenowskiego lub innego rodzaju promieniowania. W obu tych metodach leczenia poza komórkami nowotworowymi uszkodzeniu ulegają również zdrowe komórki, co powoduje powstawanie skutków ubocznych, np. ze strony przewodu pokarmowego (utrata apetytu, nudności, wymioty lub biegunki). Większość z tych powikłań prowadzi do pogorszenia stanu odżywienia. Z tego powodu u wszystkich chorych poddawanych chemio- lub radioterapii należy stosować intensywne poradnictwo żywieniowe i podawać doustne suplementy pokarmowe, takie jak Fresubin energy DRINK, Fresubin protein energy DRINK czy Supportan DRINK w celu zwiększenia ilości przyjmowanego pokarmu oraz zapobiegania związanej z leczeniem przeciwnowotworowym utracie masy ciała i przerwaniu napromieniania lub chemioterapii u chorych poddawanych radioterapii przewodu pokarmowego, głowy lub szyi.

Jeśli nowotwór szyi, głowy lub przełyku powoduje zaburzenia połykania, a pacjent jest w trakcie leczenia radio- lub chemioterapią, albo oboma metodami równocześnie, wówczas powinno się stosować żywienie dojelitowe przez zgłębnik lub przetokę odżywczą. Zgodnie z obecnym stanem wiedzy z powodu zapalenia błony śluzowej jamy ustnej i przełyku wskutek radioterapii preferowaną metodą może być przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG). W przypadku żywienia drogą dostępu sztucznego, podobnie jak to ma miejsce u chorych poddawanych zabiegom operacyjnym, powinny być podawane jedynie diety przemysłowe, takie jak Fresubin original, Fresubin original fibre (dieta wzbogacona w błonnik) czy Supportan.

6. OPIEKA PALIATYWNA

W sytuacji, gdy nie istnieje możliwość leczenia operacyjnego, a także nie można kontynuować radio- lub chemioterapii z intencją wyleczenia, należy choremu zapewnić właściwą opiekę paliatywną, której celem jest łagodzenie objawów i poprawa jakości życia. Jednym z elementów tej opieki jest leczenie żywieniowe. Po raz kolejny należy podkreślić, że żywienie chorego nie powoduje szybszego rozwoju choroby nowotworowej, a głodzenie nie powstrzymuje rozwoju guza nowotworowego. Należy również pamiętać, że u chorych z nieuleczalną chorobą nowotworową zaburzenia stanu odżywienia mogą być także wynikiem depresji, efektem działania innych leków lub braku możliwości samodzielnego działania.

Uważa się, że leczenie żywieniowe (właściwie zawsze w tym kontekście myśli się o żywieniu drogą przewodu pokarmowego, żywienie pozajelitowe stosuje się w pojedynczych przypadkach) powinno być prowadzone dopóty, dopóki chory wyraża zgodę i dopóki nie rozpoczęła się jeszcze faza umierania. Podczas tego leczenia szczególnie przydatne są preparaty będące suplementami diety, takie jak Fresubin energy DRINK.

Część chorych zostaje wypisana do domu z wytworzonym dostępem sztucznym do przewodu pokarmowego (np. gastrostomią lub jejunostomią) z zaleceniem domowego leczenia żywieniowego. W naszym kraju domowe leczenie żywieniowe, zarówno dojelitowe (przez zgłębnik dożołądkowy lub dojelitowy), a także pozajelitowe, czyli dożylnie jest całkowicie refundowane przez NFZ i prowadzone przez wyspecjalizowane centra medyczne. Wykorzystuje się wówczas takie same preparaty – diety przemysłowe, jak w leczeniu szpitalnym.

Ważnym elementem opieki paliatywnej jest zastosowanie steroidów i progestagenów w celu zwiększenia łaknienia, modyfikowania zaburzeń metabolicznych i zapobiegania pogorszeniu jakości życia, szczególnie u chorych, u których doszło już do wystąpienia objawów kacheksji nowotworowej, czyli zespołu zaburzeń, które prowadzą do stałego, postępującego pogorszenia stanu odżywienia i wyniszczenia organizmu.

W ostatniej fazie choroby nowotworowej, czyli u schyłku życia większość chorych wymaga jedynie minimalnej ilości jedzenia i wody do zaspokojenia głodu i pragnienia. Rezygnuje się wówczas z leczenia żywieniowego i kontynuuje się jedynie nawadnianie w celu uniknięcia odwodnienia.

PIŚMIENNICTWO

1. Podstawy leczenia klinicznego. Praca zbiorowa pod redakcją Lubosa Sobotki, PZWL 2007
2. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition. Clin Nutr 2006; 4: 224-245.
3. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. JPEN 2002; 1 (supplement): 1-150.
4. Zasady diagnostyki i chirurgicznego leczenia nowotworów w Polsce. Praca zbiorowa pod redakcją Andrzeja W. Szawłowskiego i Jacka Szmidta. Fundacja-Polski Przegląd Chirurgiczny 2003