

AUTOREFERAT



Dr n. med. Tomasz Dzierżanowski

Pracownia Medycyny Paliatywnej
Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Załącznik nr 3 do wniosku o wszczęcie postępowania habilitacyjnego z dnia 8.02.2021 r.

1. Imię i nazwisko

Tomasz Dzierżanowski

2. Posiadane dyplomy i stopnie naukowe – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej

2017 – specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej z wyróżnieniem (nagroda Ministra Zdrowia „Specjalista Roku 2017” za najlepiej zdany egzamin specjalizacyjny)

2015 – specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych z oceną ponad dobrą

2011 – stopień doktora nauk medycznych na podstawie dysertacji: *Wpływ obciążenia opioidami na skuteczność zastosowania metylonaltreksonu u pacjentów z zaparciem stolca w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej*, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

promotor prof. dr hab. med. Jarosław Reguła

recenzenci: prof. dr hab. med. Witold Bartnik, prof. dr hab. med. Krystyna de Walden-Gałaszko

2001 – Master of Business Administration, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu/Georgia State University Atlanta (USA)

1992 – dyplom lekarza, Akademia Medyczna w Białymstoku

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych

Od 2018 adiunkt, kierownik Pracowni Medycyny Paliatywnej w Zakładzie Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego WUM

- wdrożenie autorskiego programu studiów z zakresu medycyny paliatywnej dla studentów Wydziału Lekarskiego oraz English Division, stworzenie Pracowni Medycyny Paliatywnej w Zakładzie Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego,

2012-2017 asystent z tytułem doktora, od 2017 adiunkt w Pracowni Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

- zajęcia z zakresu medycyny paliatywnej dla studentów trzech wydziałów (lekarskiego, wojskowo-lekarskiego i anglojęzycznego) oraz kursy dla lekarzy w ramach specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz medycyny paliatywnej.

4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 Ustawy.

4.1 Tytuł osiągnięcia naukowego

Paradygmat optymalnej opieki paliatywnej - identyfikacja barier, propozycje rozwiązań, nowe możliwości i podjęte działania

Osiągnięcie zostało udokumentowane cyklem 6 publikacji. Łączna wartość bibliometryczna przedstawionych publikacji wynosi: Impact Factor (IF) **18.713** oraz **530** punktów

Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (MNiSW):

1. **Dzierżanowski T**, Ciałkowska-Rysz A. Accessibility of opioid analgesics and barriers to optimal chronic pain treatment in Poland in 2000-2015. *Support Care Cancer* 2017; 25(3): 775-781, doi: 10.1007/s00520-016-3460-3.
[IF 2.698; MNiSW 30]
2. **Dzierżanowski T**, Kozłowski M. Opioid prescribing attitudes of palliative care physicians versus other specialists: a questionnaire-based survey. *Postgrad Med J*. 2021. Epub ahead of print: [7.01.2021]. doi:10.1136/postgradmedj-2020-139152
[IF 1.911; MNiSW 70]
3. **Dzierżanowski T**. Prospects for the Use of Cannabinoids in Oncology and Palliative Care Practice: A Review of the Evidence. *Cancers* 2019;11(2):129.
doi:10.3390/cancers11020129
[IF 6.126; MNiSW 140]
4. **Dzierżanowski T**, Larkin P. Proposed Criteria For Constipation In Palliative Care Patients. A Multicenter Cohort Study. *Journal of Clinical Medicine. J Clin Med* 2021; 10;1:40. doi:10.3390/jcm10010040.
[IF 3.303; MNiSW 140]
5. **Dzierżanowski T**, Kozłowski M. Personal fear of their own death and determination of philosophy of life affects the breaking of bad news by internal medicine and palliative care clinicians. *Arch Med Sci* 2019;1-8. doi:10.5114/aoms.2019.85944
[IF 2.807; MNiSW 70]
6. Ciałkowska-Rysz A, **Dzierżanowski T** (corresp. author). Personal fear of death affects the proper process of breaking bad news. *Arch Med Sci* 2013;9(1):127-131. doi: 10.5114/aoms.2013.33353
[IF 1.890; MNiSW 20]

4.2 Omówienie celu naukowego, osiągniętych wyników oraz ich wykorzystania

I. Paradygmat optymalnej opieki paliatywnej

Zgodnie z definicją sformułowaną przez Światową Organizację Zdrowia w 2002, opieka paliatywna jest „działaniem, mającym na celu poprawę jakości życia pacjentów i ich rodzin stojących w obliczu problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą, poprzez zapobieganie i łagodzenie cierpienia, dzięki wczesnemu wykrywaniu, dokładnej ocenie i leczeniu bólu oraz innych problemów fizycznych, psychicznych, społecznych i duchowych.

Opieka paliatywna:

- zapewnia ulgę w bólu i innych przykrych dolegliwościach,
- afirmuje życie i uznaje śmierć za jego naturalny etap,
- nie przyspiesza ani nie opóźnia śmierci,
- włącza aspekty psychologicznej i duchowej opieki nad chorym,
- wspiera pacjentów aby umożliwić im prowadzenie aktywnego życia aż do śmierci,
- wspiera rodzinę w jej problemach, w okresie choroby pacjenta oraz w okresie żałoby,
- używa podejścia zespołowego w opiece nad chorym i jego rodziną, także w okresie żałoby - jeśli jest to potrzebne,
- poprawia jakość życia chorego i może także wpłynąć pozytywnie na przebieg choroby.

Można ją zastosować we wczesnym okresie choroby, także łącznie z innymi rodzajami terapii mającymi na celu przedłużenie życia, takimi jak chemio- i radioterapia. Posługuje się badaniami potrzebnymi do lepszego zrozumienia i leczenia przykrych objawów klinicznych”.

Cicely Saunders (1918-2005), uważana za założycielkę nowoczesnej opieki hospicyjnej oraz medycyny paliatywnej, określiła paradygmat optymalnej opieki nad pacjentem w fazie terminalnej choroby, jako opartej na skutecznych i sprawdzonych działaniach medycznych popartych dowodami (*evidence-based care*), a nie wyłącznie współczującej obecności (*tender-loving care*). Zapropowała model bólu *totalnego*, na którym sformułowano definicję WHO opieki paliatywnej, wyrażający holistyczne podejście do uśmierzania cierpienia w czterech obszarach: somatycznym, psychicznym, społecznym i duchowym. Od samego początku Saunders odnosiła ten model nie tylko do samej opieki nad pacjentem, ale też do konieczności prowadzenia badań naukowych i oparcia opieki na dowodach klinicznych, na ponad 20 lat przed pojawieniem się koncepcji *Evidence Based Medicine* (EBM). W założonym przez nią w 1967 roku St. Christopher's Hospice w Londynie, pierwszej na świecie placówce kliniczno-naukowo-dydaktycznej w dziedzinie medycyny paliatywnej, jej współpracownik Dr Robert Twycross dokonał na początku lat 70-tych ubiegłego wieku pierwszych badań z randomizacją stosowanych środków przeciwbólowych, obalając panujące przekonania dotyczące wielu utartych sposobów leczenia bólu (takich jak tzw. *Brompton cocktail*) na rzecz morfiny. W 1982,

w powołanym przez Światową Organizację Zdrowia zespole ekspertów, współtworzył on pierwsze światowe rekomendacje leczenia bólu (*Cancer pain relief. Geneva, WHO 1986*), wprowadzające przełomowe i do dziś aktualne koncepcje, takie jak leczenie silnego bólu silnymi opioidami czy dobór leku w zależności od natężenia bólu, zwane *drabiną analgetyczną WHO*. W 2011 roku podczas sesji inauguracyjnej Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, której miałem honor przewodniczyć, Dr Twycross otrzymał tytuł honorowego członka Towarzystwa. Wówczas w osobistej rozmowie przekazał mi swój artykuł pt. „*Evidence-based palliative care: realistic option or oxymoron?*” (*Progress in Palliative Care 2009, 17:298-301*), z osobistą dedykacją, abym nie ustawał w swoich wysiłkach w promowaniu medycyny paliatywnej opartej na dowodach. Tym samym traktuję pracę naukową jako osobistą misję realizacji dziedzictwa założycieli dziedziny oraz moich Nauczycieli i Mentorów poprzez promowanie medycyny paliatywnej opartej na faktach (EBM).

Paradygmat medycyny paliatywnej kształtował się stopniowo i zmieniał swój zakres oraz cele. Pierwotnie bowiem opieka paliatywna skupiona była na chorym nieuleczalnie w okresie umierania, a jej cel sprowadzał się do towarzyszenia, pielęgnacji i uśmierzenia cierpienia osób umierających. Od kilkunastu lat obserwuje się jego zmianę, polegającą na włączaniu opieki paliatywnej możliwie wcześnie w przebiegu potencjalnie nieuleczalnej śmiertelnej choroby, równoległe do leczenia przyczynowego, w szczególności poprzez integrację z leczeniem onkologicznym, i na tym etapie choroby określana jest *opieką wspomagającą* (ang. *supportive care in cancer*). Wraz z postępem medycyny, zwiększa się liczba pacjentów z wieloletnim przeżyciem po leczeniu onkologicznym, wolnych od klinicznych i patomorfologicznych cech aktywnego nowotworu, ale dotkniętych następstwami choroby lub jej leczenia i wymagających specjalistycznej opieki paliatywnej przez wiele miesięcy lub nawet lat. Opieka paliatywna rozszerza się też na kolejne grupy pacjentów z chorobami nienowotworowymi. Tak więc obecnie odbywa się zmiana paradygmatu medycyny paliatywnej, polegająca na rozciągnięciu opieki pielęgnacyjnej i uśmierzenia cierpienia z okresu umierania na leczenie objawowe wdrażane wcześnie i równoległe do leczenia przyczynowego w każdej postępującej nieuleczalnej chorobie, niezależnie od rozpoznania, z wykorzystaniem nowoczesnych środków i metod, w zgodzie z zasadami medycyny opartej na dowodach.

II. Optymalizacja jako element paradygmatu medycyny paliatywnej

Aby chorzy w schyłkowej fazie nowotworu lub innej nieuleczalnej choroby mieli zapewnione optymalne leczenie objawowe, niezbędne są:

- szybki i łatwy dostęp do specjalistycznej opieki paliatywnej oraz środków leczniczych, nieobwarowany przeszkodami formalnymi oraz finansowymi,
- społeczna świadomość możliwości i konieczności uśmierzenia bólu i innych objawów,

- znajomość wśród lekarzy zasad leczenia bólu i innych objawów, oparta na aktualnej wiedzy medycznej, a w szczególności znajomość aktualnych zaleceń klinicznych uznanych towarzystw naukowych,
- dobrej jakości badania naukowe z randomizacją oraz dobrze zaplanowane i przeprowadzone badania obserwacyjne, na podstawie których możliwe jest formułowanie zaleceń klinicznych,
- empatyczna postawa lekarza i opiekunów chorego wyrażająca zrozumienie cierpienia drugiej osoby bez uprzedzeń i lęków (takich jak opioidofobia),
- wsparcie psychologiczne, socjalne i duchowe,
- prawidłowa komunikacja z pacjentem,
- dbałość o formację etyczną i duchową lekarzy.

Warunkiem rozwoju i poprawy jakości opieki paliatywnej jest optymalizacja procesów diagnostycznych i leczniczych poprzez weryfikację naukową istniejących, eliminację szkodliwych i nieskutecznych oraz wprowadzanie nowych metod i środków. Szczególną przeszkodę w jej realizacji stanowi trudność przeprowadzenia badań z randomizacją u pacjentów w ostatnich tygodniach życia, zarówno z powodów moralnych (w kwestii niemożności wyrażenia świadomej zgody lub jej wycofania), jak i technicznych (np. niemożność wyrażenia lub werbalizacji oceny objawów subiektywnych). Większość istniejących zaleceń klinicznych w medycynie paliatywnej opiera się więc na danych z badań obserwacyjnych oraz przeprowadzonych na innych grupach pacjentów.

W analizie barier dla optymalnej opieki paliatywnej, można je podzielić na:

1. zewnętrzne, zależne od czynników takich jak finansowe, administracyjne, prawne, organizacyjne, środowiskowe,
2. wewnętrzne, będące wynikiem postaw, wierzeń, przekonań, filozofii życia, wiedzy, świadomości, nawyków, umiejętności i kompetencji.

Celem mojej pracy badawczej była identyfikacja zarówno barier zewnętrznych, jak i wewnętrznych dla optymalnej opieki paliatywnej oraz poszukiwania konkretnych rozwiązań i podjęcia działań mających na celu ich pokonanie. W niniejszym opracowaniu przedstawiłem cykl prac badawczych związanych z oceną barier zewnętrznych i wewnętrznych dla optymalnej opieki paliatywnej w zakresie diagnostyki i leczenia objawów, w tym nowych możliwości leczenia objawowego u chorych objętych opieką paliatywną oraz postaw preskrypcyjnych i komunikacyjnych lekarzy mających wpływ na dostęp do opieki paliatywnej i jej realizację. W obszarach tych podjąłem próbę odpowiedzi, co jest powodem niewystarczającej dostępności do leczenia bólu i innych objawów, dlaczego dochodzi do nieoptymalnego leczenia bólu i innych objawów czy prowadzenia nieoptymalnej komunikacji z pacjentem, szczególnie w kontekście przekazywania niepomyślnych informacji.

Moje działania badawcze związane z optymalizacją rozciągają się również na inne obszary kliniczne i organizacyjne opieki paliatywnej, nieobjęte niniejszym cyklem publikacji, takie jak diagnostyka i leczenie objawów ze strony przewodu pokarmowego, żywienie kliniczne, diagnostyka stanu ogólnego i prognozowanie, postępowanie w ostatnich dniach życia chorego, organizacja i kwalifikacja do opieki paliatywnej. Ze względu na znaczny rozmiar prace te wyłączyłem z omawianego cyklu.

III. Optymalizacja leczenia bólu nowotworowego

Istotnym problemem w wielu regionach świata, w tym w Polsce, jest niewystarczające leczenie bólu. Pomimo dostępności leków i zaleceń klinicznych w Europie i Stanach Zjednoczonych nieadekwatne leczenie bólu dotyczy 56-82% pacjentów z nowotworem (*Breivik H, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. Ann Oncol 2009; 20: 1420–1433*).

Podstawą leczenia bólu u chorych z nowotworem jest farmakoterapia przy pomocy analgetyków opioidowych. Zasady leczenia zostały ujęte w rekomendacjach *European Association for Palliative Care* (EAPC) z 2012 oraz *European Society of Medical Oncology* (ESMO) w 2012 i 2018. Oba dokumenty zalecają silne opioidy w formie tabletek o przedłużonym uwalnianiu jako postępowanie z wyboru w leczeniu silnego bólu, a jako leki pierwszego wyboru wskazano morfinę, oksykodon i hydromorfon (nieдоступny w Polsce). Według powyższych rekomendacji, formy transdermalne fentanylu i buprenorfiny stanowią leki alternatywne, a metadon – lek drugiego rzutu z zaleceniem stosowania przez doświadczonych specjalistów. Niezalecanymi analgetykami są petydyna i pentazocyna.

W Stanach Zjednoczonych od kilkunastu lat obserwuje się epidemię uzależnienia od opioidów, spowodowaną głównie przepisywaniem analgetyków przez lekarzy niezgodnie z ich wskazaniem (np. na złe samopoczucie), a także wskutek działań nielegalnych z zaangażowaniem także lekarzy (tzw. *pill mills*). W innych krajach rozwiniętych, z wyjątkiem krajów Europy Zachodniej i skandynawskich, Kanady i Australii, zużycie analgetyków opioidowych jest małe i wskazuje na nieoptymalne leczenie bólu. Polska należy do krajów europejskich o najniższym zużyciu analgetyków opioidowych.

Wobec powyższego przeprowadziłem badanie zmierzające do sprawdzenia, jakie jest zużycie analgetyków opioidowych w Polsce, jaki jest ogólny wzorzec preskrypcyjny oraz jakie są trendy wieloletnie, a wyniki przedstawiłem w pracy ***Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Accessibility of opioid analgesics and barriers to optimal chronic pain treatment in Poland in 2000-2015. Support Care Cancer 2017;25(3):775-781.*** W tym celu przeprowadziłem analizę całkowitego zużycia analgetyków opioidowych w Polsce na przestrzeni szesnastu lat, to jest od czasu, kiedy jedynym dostępnym silnym opioidem była

morfina poprzez okres wprowadzania kolejnych nowoczesnych form doustnych i przezskórnych analgetyków opioidowych. Dzięki temu możliwe było odpowiedzenie na pytanie, czy ból u chorych z nowotworem leczony jest w Polsce zgodnie z aktualnymi zaleceniami klinicznymi oraz jakie możliwe czynniki ograniczają lub przeszkadzają w optymalnym leczeniu bólu nowotworowego. Jest to pierwsze i jak dotąd jedyne takie opracowanie dla kraju europejskiego, jak również pierwsze z wykorzystaniem danych rzeczywistych, a nie szacowanych lub deklarowanych, ilości leków dostarczanych do aptek szpitalnych i otwartych. Wyniki omawianej pracy różnią się w stosunku do raportów międzynarodowych, opartych na danych pośrednich i nie uwzględniających niektórych opioidów (tramadolu i buprenorfiny), a zatem obarczonych ogromnym błędem metodycznym.

W badanym okresie nastąpiło trzykrotne zwiększenie zużycia opioidów na mieszkańca Polski (z 36,0 w 2000 roku do 103,4 mg w 2015 roku). Wzrost ten dokonał się głównie poprzez czterokrotne zwiększenie zużycia silnych opioidów, co jest zjawiskiem korzystnym. Nadal jednak zużycie leków przeciwbólowych w Polsce jest znacząco niższe niż w krajach europejskich i w wielu przypadkach chorzy nie otrzymują optymalnego leczenia przeciwbólowego. Coraz mniejsza liczba osób z silnym bólem pozostaje bez leczenia, albo otrzymuje zbyt niskie dawki analgetyków. W latach 2013-2015 zaobserwowano przyspieszenie wzrostu zużycia silnych opioidów, zbieżne z ogólnopolską kampanią społeczną wspieraną przez Ministerstwo Zdrowia, mającą na celu podnoszenie świadomości społeczeństwa konieczności leczenia bólu, wprowadzeniem obowiązku diagnostyki bólu w szpitalach oraz licznymi formami podnoszenia kompetencji lekarzy w zakresie leczenia bólu. Z wyjątkiem buprenorfiny i tramadolu, stosowanie opioidów ze względów refundacyjnych i formalnych ograniczone było w Polsce niemal wyłącznie do leczenia bólu u chorych z nowotworem. W przypadku bólu umiarkowanego, zarówno nowotworowego, jak i niezwiązanego z nowotworem, stosowany jest powszechnie słaby opioid – tramadol, a w niektórych przypadkach silny opioid – buprenorfina. Częstsze sięganie po silne opioidy należy postrzegać jako poprawę leczenia bólu w Polsce i stopniową eliminację zbyt częstego stosowania słabego opioidu – tramadolu, także w bólu silnym, z przekraczaniem dawek maksymalnych.

W Polsce w 2015 roku aż 93% wszystkich opioidów zastosowano w leczeniu otwartym. Najczęściej stosowanymi silnymi opioidami były fentanyl i buprenorfina, wskazując na profil preskrypcyjny niezgodny z zaleceniami klinicznymi uznanych towarzystw naukowych i organizacji (WHO, EAPC, ESMO, NICE), według których powinny one być opioidami alternatywnymi, a nie pierwszego wyboru. Wykazałem, że istotne zużycie poszczególnych opioidów rozpoczynało się od uzyskania dla nich statusu leku refundowanego, a wzrost

zbiegał się z silną promocją marketingową producentów, niezależnie od rekomendacji uznanych organizacji. Zatem zachowania preskrypcyjne lekarzy nie wynikały z przestrzegania zaleceń klinicznych, a były kształtowane przez warunki refundacji oraz aktywność promocyjną dostawców leków. Analizując możliwe przyczyny nadal rosnącej dynamicznie popularności buprenorfiny oraz dominacji tramadolu w leczeniu bólu, postawiłem tezę, że największą barierą dla pozostałych analgetyków jest wymóg specjalnej recepty *Rpw.* oraz skomplikowany sposób pisemnego zapisywania dawek leków (łącznej i dobowej), co pozostawiłem do sprawdzenia w kolejnym badaniu barier wewnętrznych w zachowaniach preskrypcyjnych wobec opioidów.

Analiza wyników omawianego badania zasugerowała ponadto inne możliwe bariery wewnętrzne, takie jak niewystarczająca znajomość zasad leczenia bólu u chorych z nowotworem, strach przed błędem w przepisaniu recepty i możliwymi karami finansowymi ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia. Bariery te stały się przedmiotem kolejnego kroku w identyfikacji przyczyn nieoptymalnego dostępu do leczenia bólu w Polsce – do zbadania nieprawidłowych postaw preskrypcyjnych wśród lekarzy medycyny paliatywnej i innych specjalizacji. W tym celu przeprowadziłem badanie, którego wyniki opublikowałem w artykule ***Dzierzanowski T, Kozłowski M. Opioid prescribing attitudes of palliative care physicians versus other specialists: a questionnaire-based survey. Postgrad Med J. 2021 Epub ahead of print: [7.01.2021].*** W badaniu uczestniczyło 81 lekarzy medycyny paliatywnej (próba reprezentatywna dla tej specjalizacji) oraz 86 innych specjalizacji (w tym 52% interniści, 15% onkolodzy).

Pierwsza część badania dotyczyła preferencji preskrypcyjnych w odniesieniu do analgetyków opioidowych, zarysowując istotne różnice pomiędzy lekarzami medycyny paliatywnej a innymi specjalistami. Lekarze medycyny paliatywnej deklarowali częste stosowanie silnych opioidów pierwszego rzutu (morfina i oksykodon), alternatywnych (plastry fentanyl i buprenorfiny) i tramadolu, częściej od innych specjalistów stosowali metadon oraz unikali petydyny. Ten wzorzec preskrypcyjny jest zgodny z aktualnymi zaleceniami klinicznymi leczenia bólu uznanych towarzystw naukowych (EAPC, ESMO). W przeciwieństwie do tego, inni specjaliści unikali silnych opioidów, częściej stosowali przeciwwskazaną w bólu przewlekłym petydynę, leczenie przeciwbólowe opierali na opioidach dostępnych na zwykłe recepty – tramadolu i (rzadziej) na buprenorfinie, a znaczna część stosowała wyłącznie leki dostępne na zwykłe recepty. Deklarowali również częściej, że wymagane do przepisania opioidów specjalne recepty *Rpw.* oraz uciążliwe zasady ich wypełniania ze słownym zapisem dawki całkowitej stanowią dla nich przeszkodę w przepisywaniu analgetyków opioidowych.

Deklarowane wzorce preskrypcyjne są zbieżne z wynikami omówionego powyżej badania zużycia analgetyków opioidowych w Polsce i wyjaśniają nadmierne stosowanie tramadolu i buprenorfiny, dostępnych bez recepty, w stosunku do silnych opioidów pierwszego wyboru – oksykodonu i morfiny. Specjaliści inni niż medycyny paliatywnej istotnie częściej zgłaszali lęk związany z przepisywaniem opioidów, spowodowany ryzykiem wywołania uzależnienia u swoich pacjentów, brakiem doświadczenia i ryzykiem kar administracyjnych za nieprawidłowe wystawianie recept. We własnej ocenie byli gorzej przygotowani do stosowania opioidów, mniejsza ich część uczestniczyła w kursach poświęconych bólowi nowotworowemu/przewlekłemu, a część lekarzy nie widziała potrzeby stosowania analgetyków „narkotycznych” (określenie „analgetyki narkotyczne” jest nieprawidłowe i zostało celowo użyte w kwestionariuszu, aby ujawnić ewentualną opioidofobię).

W placówkach stacjonarnych (oddziały szpitalne, hospicja) deklarowany dostęp do opioidów okazał się łatwy, a lekarz dyżurny miał swobodę w ich stosowaniu. Powszechnie dostępna była morfina do iniekcji oraz fentanyl w systemie transdermalnym. W oddziałach szpitalnych wybór dostępnych leków opioidowych ograniczony był do tych właśnie leków. W przeciwieństwie do tego, w hospicjach lekarze częściej dysponowali szeroką gamą innych opioidów doustnych i przezskórnych. Zatem, mimo iż leczenie bólu, zgodnie z aktualnymi zaleceniami WHO, EAPC, ESMO i innych uznanych organizacji, powinno być zindywidualizowane, dopasowane do szczególnej sytuacji klinicznej, co jest realizowane w hospicjach stacjonarnych, to w wielu szpitalach jest to niemożliwe do osiągnięcia z powodu wyboru leków ograniczonego wyłącznie do morfiny i fentanylu.

W badaniu respondenci wypełniali także krótki test (5 pytań) sprawdzający znajomość podstawowych zasad leczenia bólu za pomocą opioidów. Zgodnie z oczekiwaniem, lekarze medycyny paliatywnej uzyskali znacznie wyższy odsetek (69%) poprawnych odpowiedzi na wszystkie pytania niż inni specjaliści (43%). W moim przekonaniu oba wyniki nie są satysfakcjonujące i wskazują na ogromny deficyt znajomości zasad i umiejętności leczenia bólu, szczególnie wśród lekarzy specjalizacji innych niż paliatywna.

Wspierając się uzyskanymi wynikami badania, jako członek zespołu reprezentującego Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej, wspólnie z konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny paliatywnej, podjąłem się szeregu działań w celu dokonania zmian legislacyjnych zmierzających do uproszczenia sposobu przepisywania analgetyków opioidowych. Wyniki powyższych badań przedstawiłem także na konferencjach krajowych. Stały się one pomocne w rozmowach z Ministerstwem Zdrowia dotyczących zniesienia barier biurokratycznych, jakie przeszkadzają prawidłowym zachowaniom preskrypcyjnym i część zaproponowanych zmian już została wdrożona. Między innymi, rozporządzeniem Ministra Zdrowia, nastąpiła likwidacja różowych blankietów recept *Rpw.* stygmatyzujących pacjentów z nowotworem,

zniesiono zapis słowny dawki maksymalnej i dobowej. Istotne ułatwienie nastąpiło wraz z wdrożeniem e-recepty, poprzez likwidację specjalnej recepty *Rpw*. W celu zwiększenia świadomości zasad leczenia bólu nowotworowego, Ministerstwo Zdrowia umieściło na swojej stronie internetowej artykuł mojego współautorstwa (p. dalej).

Z projektem dotyczącym optymalizacji leczenia bólu u osób z nowotworem czy innymi nieuleczalnymi chorobami związane były także inne moje działania mające na celu zwiększanie świadomości środowiska medycznego oraz społeczeństwa możliwości i konieczności leczenia bólu. W latach 2013-2019 uczestniczyłem w kampaniach społeczno-edukacyjnych na temat faktów i mitów leczenia opioidami, między innymi w formie kilkudziesięciu wystąpień w wielu rozgłoszeniach radiowych (m.in. TOK FM, RDC, Program 1 Polskiego Radia) kierowanych do pacjentów, serii kilkunastu konferencji regionalnych „Pokonać ból” dla onkologów, lekarzy rodzinnych i lekarzy opieki paliatywnej, spotkań z pacjentami, publikacji w pismach dla pacjentów, takich jak „Głos Pacjenta Onkologicznego”. Wielokrotnie występowałem na krajowych konferencjach medycyny paliatywnej, medycyny rodzinnej i onkologii z wykładami na temat leczenia bólu i jego zaostrzeń oraz działań niepożądanych opioidoterapii u chorych z nowotworem w świetle aktualnych wytycznych i dowodów. W okresie tym, jak wspominałem powyżej, nastąpiło przyspieszenie stosowania doustnych silnych opioidów, zgodnie z zaleceniami EAPC i ESMO, co być może częściowo można przypisać skutkowi powyższych kampanii edukacyjnych.

Napisałem lub jestem współautorem szeregu publikacji poglądowych oraz rozdziałów w książkach na temat zasad leczenia bólu u chorych z nowotworem, w tym bólu neuropatycznego i zaostrzeń bólu, będących syntezą aktualnych rekomendacji towarzystw europejskich oraz najnowszych przeglądów systematycznych, m.in.:

- *Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Nowe możliwości leczenia bólu epizodycznego. Med. Paliat 2010; 1:1-5.*
- *Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Ból neuropatyczny u pacjentów objętych opieką paliatywną. Med. Paliat. 2010; 2:57-66.*
- *Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Leczenie bólu przebijającego. Współczesna Onkologia 2012; 16:s43-47. [IF 0.211]*
- *Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Zasady farmakoterapii bólu nowotworowego w świetle aktualnych wytycznych. Współczesna Onkologia 2012; 16 (1):s3-s7. [IF 0.211]*
- *Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Podstawowe zasady farmakoterapii bólu u chorych na nowotwory i inne przewlekłe postępujące zagrażające życiu choroby. Med Paliat 2014; 6(1): 1–6.*

Powyższa publikacja została umieszczona przez Ministerstwo Zdrowia na stronie internetowej, w celu popularyzacji zasad leczenia bólu u chorych z nowotworem (www.mz.gov.pl/aktualności z dnia 29 maja 2014).

- *Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Zasady postępowania w zaostrzeniach bólu u chorych na nowotwory. Med Paliat 2016; 8:1-8.*
- *Dzierżanowski T. Podstawowe objawy towarzyszące chorobie nowotworowej i metody radzenia sobie z nimi. W: Opieka paliatywna. Poradnik dla lekarzy i pielęgniarek rodzinnych oraz rodzin pacjentów. Redakcja naukowa: Elżbieta Krajewska-Kułak, Tomasz Dzierżanowski, Dominik Krzyżanowski, Mateusz Cybulski. Difin SA, Warszawa 2018; str. 70-90.*
- *Stypuła-Ciuba B, Dzierżanowski T. Diagnostyka bólu. W: Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T (Red.). Medycyna paliatywna. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2019; str. 80-89.*
- *Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Zasady leczenia bólu nowotworowego oraz praktyczne aspekty terapii. W: Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T (Red.). Medycyna paliatywna. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2019; str. 90-93.*

IV. Perspektywy zastosowania nowych środków leczniczych w medycynie paliatywnej

Analgetyki pozostają podstawą strategii leczenia bólu nowotworowego, dlatego nieustrudniony do nich dostęp i optymalne ich wykorzystanie jest najważniejszym elementem optymalizacji leczenia paliatywnego. Ich stosowanie związane jest jednak z szeregiem ograniczeń. Po pierwsze są to liczne działania niepożądane, zwykle łagodne, ale utrudniające normalne funkcjonowanie pacjenta, takie jak zmęczenie, nadmierna senność, zawroty głowy, zaburzenia koncentracji, zaparcie, nudności i wymioty, świąd. Po drugie, stosowanie opioidów zazwyczaj utrudnia lub uniemożliwia pracę zawodową, ogranicza funkcje rodzinne (na przykład opiekę nad dziećmi czy współmałżonkiem), upośledza aktywność seksualną, jest przeciwwskazaniem do prowadzenia pojazdów mechanicznych. Po trzecie, mimo iż silne opioidy nie mają dawki maksymalnej, to ich tolerancja jest ograniczona i wielokrotnie niemożliwe jest zastosowanie skutecznej dawki bez wywoływania działań niepożądanych. Po czwarte, chociaż są to jedyne leki skuteczne w bólu silnym i bardzo silnym, to istotnym problemem klinicznym jest ból oporny niereagujący na opioidy. I po piąte, od kilku lat, jako pokłosie epidemii uzależnienia od opioidów w Stanach Zjednoczonych, ogromnym problemem staje się też mający podłoże społeczne hiperkrytycyzm wobec opioidów.

Prowadzone są zatem wysiłki w kierunku odkrycia nowych, alternatywnych leków o porównywalnej skuteczności w bólu nowotworowym, a nawet przełamujących oporność bólu

na leczenie, które pozwoliłyby na odstępianie od zastosowania analgetyków opioidowych. Między innymi pojawiają się leki biologiczne o działaniu przeciwbólowym (np. przeciwciało monoklonalne – tanezumab). Jednak lekami o największym zainteresowaniu w kontekście w perspektyw leczenia bólu oraz wielu innych objawów stały się kanabinoidy. W przeglądzie narracyjnym *Dzierżanowski, T. Prospects for the Use of Cannabinoids in Oncology and Palliative Care Practice: A Review of the Evidence. Cancers 2019;11(2):129* dokonałem pogłębionej analizy istniejących dowodów piśmiennictwa w kontekście możliwości, szans oraz zagrożeń zastosowania leków pochodnych konopi siewnych w medycynie paliatywnej i onkologii.

W momencie dokonywania kwerendy dostępnych było 126 publikacji mających w tytule [[*systematic review*] AND [*cannabis* OR *cannabinoids* OR *marihuana*]], podczas gdy prac z randomizacją było tylko kilka. Dysproporcja ta wynikała z jednej strony z ubóstwa danych klinicznych oraz znacznych utrudnień prawnych w prowadzeniu badań naukowych z wykorzystaniem pochodnych konopi, z drugiej zaś – z chęci publikacji na temat nośny. Nałożyły się na to bezkrytyczne, nieoparte na dowodach doniesienia o skuteczności pochodnych konopi, zafałszowania związane z nieobiektywnością istniejących publikacji oraz z błędem stronniczości wynikającym ze związku autorów z producentami suszu konopnego i środowiskami działającymi na rzecz legalizacji marihuany. Z drugiej strony, zauważyć jednocześnie można było nieuzasadniony lęk środowiska medycznego przed wprowadzeniem pochodnych konopi do lecznictwa, podobny do tego, jaki towarzyszył w latach 80-tych ubiegłego wieku publikacji przez Światową Organizację Zdrowia zasad leczenia bólu nowotworowego. Wówczas, dokument pod tytułem *Cancer pain relief (WHO, Geneva 1986)*, opierający leczenie silnego bólu na morfinie, stworzony w 1982, czekał cztery lata na opublikowanie, wzbudzając obawy społeczne i napotykał istotne bariery administracyjne.

Największy problem istniejącego piśmiennictwa na temat kanabinoidów leży w błędnym z założenia włączaniu do tego samego przeglądu systematycznego różnych substancji i produktów pochodnych konopii, w tym suszu konopnego (*marihuany*) czy żywicy konopnej (*haszyszu*) stosowanych jako używki, standardyzowanych leczniczych preparatów konopi siewnych (suszu, roztworów), a także substancji czystych i ich analogów – tetrahydrokanabinolu (THC) i kanabidiolu (CBD). Obrazowo, to tak jakby w jednym przeglądzie systematycznym ocenić łącznie opium, morfinę i papawerynę, które obie są jego składnikami, dołączając do nich sto razy silniejsze opioidy syntetyczne. Ponadto, jakość danych klinicznych dotyczących kanabinoidów była i nadal jest zbyt niska, aby w przeglądach systematycznych można było postawić jakiegokolwiek konstruktywne konkluzje.

Wobec powyższych trudności, podjąłem się próby usystematyzowania stanu wiedzy. Przedstawiłem podstawy fizjologiczne oraz rolę układu endokannabinoidowego, omawiając

receptory CB oraz endogenne ligandy, po czym omówiłem kanabinoidy pochodzenia zewnętrznego – roślinnego (fitokanabinoidy). Zwróciłem uwagę na konieczność stosowania zalecanego w medycynie właściwego nazewnictwa dotyczącego tych substancji (np. *herbal cannabis* zamiast *marijuana*, *cannabis resin* zamiast *hashish*). Szczegółowo omówiłem też farmakokinetykę w zależności od drogi podania substancji naturalnych, zarówno konopi w celach medycznych (waporyzacja i droga doustna) pod nadzorem lekarza, jak i marihuany czy haszyszu w celach rekreacyjnych – palenie. W odniesieniu do działań niepożądanych rozróżniłem efekty przyjęcia sporadycznego od stosowania przewlekłego konopi jako używki. Wskazałem, że kanabinoidy są na ogół dobrze tolerowane, chociaż mogą powodować nieprzyjemne, a niekiedy poważne działania niepożądane, takie jak tachykardia, pobudzenie, zawroty głowy, depersonalizacja, dystorsja czasowa, paranoja, efekt antycholinergiczny czy hipotonia ortostatyczna. Wieloletnie palenie marihuany związane jest z chorobowością powodowaną wdychanymi ciałami smolistymi z tytoniu zwykle spalanego łącznie z marihuaną. Oddzielnie omówiłem bezpieczeństwo stosowania preparatów standaryzowanych kanabinoidów w celach medycznych, dla których NNH (*number needed to harm*) wynosi 5-8, a poważne działania niepożądane są rzadkością. Chociaż wydaje się, że częstość działań niepożądanych jest z pewnością niedoszacowana i obarczona błędem stronniczości, to groźne dla życia działania niepożądane, takie jak depresja oddechowa, są praktycznie niespotykane, co znajduje uzasadnienie w przedstawionej przeze mnie fizjologii układu endokannabinoidowego (niska ekspresja receptorów CB₁ i CB₂ w pniu mózgu).

W opracowaniu podniosłem problem ryzyka uzależnienia psychicznego od używek konopnych, które jest małe, jeśli korzystanie z marihuany rozpoczyna się w wieku dorosłym. O ile uzależnienie rozwija się u 68% użytkowników nikotyny, 23% - alkoholu i 21% - kokainy, to dotyczy jedynie 9% użytkowników marihuany. Jednakże regularne stosowanie marihuany przez osoby niepełnoletnie wiąże się ze znacznym ryzykiem konwersji do uzależnienia od twardych narkotyków. W odniesieniu do zastosowania medycznego form standaryzowanych według zaleceń lekarskich, problem uzależnienia praktycznie nie istnieje.

Kanabinoidy wykazują mało interakcji z innymi substancjami, chociaż kumulują się w tkankach bogatych w tłuszcz i mogą wchodzić w interakcje z opioidami, benzodiazepinami czy pochodnymi fenotiazyny, często stosowanymi w opiece paliatywnej. W kontekście ograniczeń stosowania silnych opioidów, kanabinoidy rzadko powodują nudności, wymioty i zaparcie stolca. Na uwagę zasługuje podniesiony przeze mnie fakt, że w USA, w tych stanach, w których zalegalizowano marihuanę do celów medycznych, spadła śmiertelność spowodowana niezamierzonym przedawkowaniem silnych opioidów stosowanych w celach leczniczych aż o jedną trzecią. Jednocześnie śmiertelne przypadki, będące wynikiem przyjmowania kanabinoidów są niezwykle rzadkie i wynikają wyłącznie ze stosowania niemedycznego bez

nadzoru lekarskiego. Zatem kanabinoidy cechują się znacznie lepszym profilem bezpieczeństwa niż opioidy i zwykle nieistotnymi interakcjami, co czyni je niezwykle atrakcyjnymi potencjalnymi substancjami leczniczymi w populacji osób wyniszczonych i z uszkodzeniami narządów wskutek choroby i jej leczenia.

Z medycznego punktu widzenia, kanabinoidy mogą okazać się ważną opcją terapeutyczną. Chociaż jakość dostępnych danych na temat skuteczności pochodnych konopi w poszczególnych wskazaniach jest zwykle niska lub bardzo niska, to podsumowując, istnieją wystarczające dowody wspierające stosowanie kanabinoidów w leczeniu następujących objawów: spastyczności, bólu, nudności i wymiotów, drgawek, zaburzeń snu i nastroju oraz zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i tików w zespole Tourette'a.

W omawianej pracy poruszyłem kwestię przeciwnowotworowego działania marihuany. Istnieją przesłanki teoretyczne, wynikające z ekspresji receptorów CB₂ na powierzchni komórek niektórych guzów litych oraz pobudzanie kinazy białkowej aktywowanej mitogenem (MAPK) mającej wpływ na apoptozę komórki. W żadnym z dotychczasowych badań klinicznych nie wykazano takiej skuteczności. Ze względu na rozmiar poruszanego przedmiotu zwróciłem uwagę na konieczność stworzenia odrębnej publikacji i przestrzegłem przed zalecaniem konopi jako leku wspomagającego leczenie nowotworów.

Na podstawie przeprowadzonej analizy dowodów, podjąłem się próby sformułowania możliwie obiektywnych i wyważonych wniosków, niezależnych od presji środowisk promujących legalizację marihuany jako używki, ale też pozbawionych postawy lękowej i mogącym stać się wskazówkami dla zrównoważonego podejścia środowiska medycznego do tej grupy potencjalnych leków:

1. Kanabinoidy, dzięki swojemu działaniu multimodalnemu i dobremu profilowi bezpieczeństwa, mogą stanowić cenny dodatek w leczeniu paliatywnym i zmniejszać śmiertelność spowodowaną przedawkowaniem analgetyków opioidowych.
2. Korzyści wydają się przeważać nad możliwym ryzykiem u chorych objętych opieką paliatywną, raczej we wczesnych fazach postępującej choroby, u pacjentów z mniej nasilonymi objawami, chociaż pacjenci z bólem opornym na leczenie mogą również odnieść korzyść z ich stosowania.
3. Jest coraz więcej argumentów podtrzymujących zasadność dostępności produktów zawierających konopie w wybranych wskazaniach, ale dostępne dowody nie pozwalają na zalecanie ich jako leczenia pierwszego rzutu w bólu przewlekłym i innych objawach.
4. Brak jest dobrej jakości danych dla medycznego stosowania konopi i potrzebne są badania z randomizacją, aby potwierdzić lub przedefiniować rolę kanabinoidów w leczeniu chorych w opiece paliatywnej i pacjentów z nowotworem.

To wyważone stanowisko spotkało się z dużym zainteresowaniem publikacją, osiągając wskaźniki czytelnictwa dwu-trzykrotnie wyższe niż pozostałe publikacje o najwyższych wskaźnikach czytelnictwa z tego samego wydania czasopisma, a liczba cytowań (Web of Science; 11) w ciągu dwóch lat przekroczyła Impact Factor czasopisma (*Cancers*; IF 6,126). Moim zdaniem, świadczyć może to o ogromnych nadziejach pokładanych przez środowisko medyczne w substancjach leczniczych pochodnych konopi, ale także o potrzebie rzetelnej, opartej na EBM, niezależnej od nacisków społecznych oraz producentów leków, informacji naukowej wobec intensywnego zainteresowania tą grupą leków.

Konsekwencją publikacji były liczne wystąpienia na krajowych konferencjach naukowych na temat perspektyw zastosowania kanabinoidów w opiece paliatywnej, recenzje artykułów dotyczących kanabinoidów oraz zaproszenia do kolejnych publikacji w wysoko indeksowanych czasopismach (w trakcie realizacji). Ważne dla mnie jest również społeczne oddziaływanie podjętej przeze mnie pracy naukowej. Między innymi udzieliłem wywiadu dla jednego z głównych portali/periodyków dedykowanych dla pacjentów onkologicznych w Stanach Zjednoczonych, w którym przytoczono moje ostrzeżenie przed nieracjonalnym stosowaniem CBD w celu leczenia raka (*Bradley Jones. The ABCs of CBD. Understanding of the effects of cannabidiol on cancer-related symptoms is limited. Cancer Today March 24, 2020*): *"CBD and THC are very different substances," says Tomasz Dzierzanowski, head of the laboratory of palliative medicine at the Medical University of Warsaw in Poland. "CBD is an anti-convulsant without any psychoactive effect. Both THC and CBD bring on pain relief." Dzierzanowski recommends being wary of any claims about the potential curative effects of CBD or THC. Research is ongoing, but at this time anti-tumor effects of CBD demonstrated in certain lab tests have not carried over into human studies, according to Dzierzanowski. "Although there is a theoretical rationale for the anti-cancer effect of CBD, the evidence does not support it," he says.* W powyższym wywiadzie dałem odpór wykorzystywaniu niewiedzy pacjentów i żerowaniu na ludzkiej nadziei, co stanowi realizację osobistej misji w sferze publicznej i praktyczne wykorzystanie potencjału pracy badawczej. Powodem szczególnej satysfakcji był także fakt możliwości wypowiedzenia się na forum amerykańskim, jako środowisku o największym dotarciu do lekarzy i pacjentów, jak również jako okazji do promowania dobrego imienia mojej Uczelni poza granicami kraju.

Zastosowanie kanabinoidów w medycynie paliatywnej stanowi przedmiot mojej dalszej działalności naukowej w zakresie ich wpływu na zaburzenia psychiczne i neurologiczne (w trakcie publikacji).

Pokonywanie barier w dostępie do wiedzy o nowo wprowadzanych środkach leczniczych i sposobach leczenia objawowego nie ograniczały się w mojej pracy naukowej do

kanabinoidów, ale były przedmiotem innych moich działań, między innymi w formie wielu artykułów poglądowych zgodnych z zasadami *Evidence Based Medicine*:

- Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Oksykodon - lek pierwszego rzutu w leczeniu silnego bólu nowotworowego. *Med. Paliat.* 2010; 3:123-131.
- Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Czy możliwe jest leczenie opioidem bez wywoływania zaburzeń przewodu pokarmowego? Zastosowanie preparatu złożonego oksykodonu w połączeniu z naloksonem w świetle dowodów klinicznych. *Med. Paliat.* 2011; 3:121-128.
- Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Buprenorfina w leczeniu bólu przewlekłego - przegląd aktualnych doniesień. *Med. Paliat.* 2011; 3:62-75.
- Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Leki przeciwdrgawkowe w leczeniu adiuwantowym bólu nowotworowego. *Medycyna Paliatywna* 2012; 4:197-203.
- Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Rola silnych opioidów transdermalnych w leczeniu bólu nowotworowego. *Współczesna Onkologia* 2012; 16:s34-s42. [IF 0.211]
- Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Tapentadol w leczeniu przewlekłego bólu związanego z nowotworem. *Medycyna Paliatywna* 2016; 8:157-163.
- Dzierżanowski T. Kanabinoidy – możliwości zastosowania w medycynie paliatywnej. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine.* 2018; 10:1-11. doi:10.5114/pm.2018.77198.
- Dzierżanowski T. Rola obwodowo działających antagonistów opioidowych mu (PAMORA) w leczeniu zaparcia w opiece paliatywnej. *Medycyna Paliatywna* 2019;11(2):51-57. doi:10.5114/pm.2019.86528
- Dzierżanowski T. Rola naldemedyny w leczeniu zaparcia poopoidowego. *Medycyna Paliatywna* 2020;12(4):167-173

Niektóre z wyżej wymienionych artykułów były pierwszymi w języku polskim publikacjami na temat nowych substancji stosowanych w leczeniu objawowym (m.in. oksykodon w 2010, oksykodon z naloksonem w 2011, pregabalina w 2012, tapentadol w 2016 czy naldemedyna w 2020). Moją intencją było, aby lekarz podejmował decyzje w opiece paliatywnej zgodnie z zasadami EBM sięgając po najnowsze osiągnięcia medycyny.

Związane ze zwiększeniem dostępności nowych środków leczniczych były moje oceny eksperckich zasadności refundacji nowych leków na zlecenie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (objęte klauzulą poufności).

V. Zaparcie jako trudny problem w optymalnej opiece paliatywnej

Jednym z najważniejszych czynników pogarszających jakość życia pacjenta oraz jakość opieki paliatywnej jest zaparcie. Należy ono do najczęstszych objawów u chorych objętych

opieką paliatywną i jest jedynym działaniem niepożądanym analgetyków opioidowych, oprócz suchości błon śluzowych, które nie przemija, ale nasila się wraz z długością terapii opioidami. Stanowi ono, razem z innymi objawami ze strony przewodu pokarmowego, moje główne zainteresowanie kliniczne i naukowe, w szczególności w odniesieniu do czynników ryzyka, optymalizacji diagnostyki i leczenia zaparcia u dorosłych chorych w opiece paliatywnej.

W 2009 roku, jako członek zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, współtworzyłem pierwsze w Polsce zalecenia postępowania profilaktycznego i leczniczego wobec zaparcia w opiece paliatywnej (*Leppert W, Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A, et al. Postępowanie u chorych z zaparciem stolca w medycynie paliatywnej - zalecenia Grupy Roboczej Ekspertów Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. Med. Paliat. 2009;1:1-8*). Już wówczas wynikał problem nieadekwatności powszechnie stosowanej w chorobach wewnętrznych definicji zaparcia u chorych w opiece paliatywnej, zaś w odniesieniu do czynników ryzyka brak było jakichkolwiek dowodów faktycznego rozmiaru ich wpływu, a jedynie powszechnie przyjęte opinie. Skutkiem tego zaparcie było często rozpoznawane zbyt późno, z narażeniem pacjenta na powstanie wtórnej niedrożności przewodu pokarmowego z nagromadzenia się w jelitach kamieni kałowych. Brak było również danych na temat znaczenia poszczególnych behawioralnych i żywieniowych czynników ryzyka zaparcia u chorych objętych opieką paliatywną. Wobec powyższego podjąłem się badania tych kluczowych kwestii dla procesu diagnostycznego i decyzyjnego w opiece paliatywnej. Skutkowało to serią prac badawczych przed doktoratem (*Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A, Jarosz J. Ocena dostępnych narzędzi diagnostycznych zaparcia stolca u pacjentów objętych opieką paliatywną. Med. Paliat. 2010;2(2):81-91; Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Wpływ czynników ryzyka na występowanie zaparcia stolca u pacjentów objętych opieką paliatywną. Med. Paliat. 2010;2(4):209-213; Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Ocena przydatności definicji zaparcia stolca u chorych objętych opieką paliatywną według Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. Med. Paliat. 2011;3(1):33-38.*) oraz dysertacją doktorską pt.: *Wpływ obciążenia opioidami na skuteczność zastosowania metylonaltreksonu u pacjentów z zaparciem stolca w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej*. Powyższe prace były pierwszymi polskimi badaniami zaburzeń jelitowych w populacji chorych objętych opieką paliatywną. Wyniki tych badań zostały uwzględnione w aktualizacji rekomendacji postępowania przeciwzaparciowego Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej (*Leppert W, Dzierżanowski T, Stachowiak A, et al. Zaparcie stolca u chorych na nowotwory – zalecenia postępowania Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. Medycyna Paliatywna 2014; 6: 1–10*). Stały się również punktem wyjścia dla dalszych moich badań nad problemem zaparcia stolca u chorych w schyłkowym okresie nowotworu.

W artykule *Dzierżanowski T, Larkin P. Proposed Criteria For Constipation In Palliative Care Patients. A Multicenter Cohort Study. Journal of Clinical Medicine. J. Clin. Med. 2021; 10;1:40* przedstawiłem wyniki analizy połączonych dwóch badań zmierzającej do ustalenia kryteriów rozpoznania zaparcia u dorosłych chorych objętych opieką paliatywną. Zaparcie występuje u 40-90% dorosłych chorych w opiece paliatywnej i pomimo tak wysokiej częstości, brak jest powszechnie przyjętej jego definicji i kryteriów rozpoznania. Tylko w połowie przypadków chorzy rozumieją zaparcie tak samo jak lekarze. W przeglądzie definicji używanych w badaniach naukowych zidentyfikowano rozmaite kombinacje zgłaszanych przez pacjenta objawów subiektywnych oraz objawów obiektywnych dających się zaobserwować przez opiekuna. Mimo, iż celem opieki paliatywnej jest możliwie najwyższa jakość życia pacjenta, to tylko jedna na 20 zidentyfikowanych definicji uwzględniała samoocenę pacjenta, choć to właśnie pacjent dokonuje oceny jakości życia. W jednym z przeglądów piśmiennictwa, częstość zaparcia różniła się aż sześciokrotnie, w zależności od przyjętych kryteriów rozpoznania, od 7% jedynie na podstawie częstości wypróżnień, do 43% jeśli uwzględniono samoocenę pacjenta.

Kryteria Rzymskie IV, mimo iż wprowadziły nawet kategorię zaparcia stolca wywołanego opioidami, nie mają zastosowania w opiece paliatywnej. Kryteria te wymagają zbyt długiego czasu obserwacji w stosunku do czasu przeżycia chorych przyjętych do hospicjum i odniesienia się do odsetka aktów wypróżnienia, co nie jest możliwe do osiągnięcia u chorych z krótkim prognozowanym przeżyciem. Dlatego większość definicji stosowanych w opiece paliatywnej opiera się na 7- lub 14-dniowym okresie obserwacji, aby można było podjąć szybką decyzję o interwencji lub zintensyfikowaniu postępowania przeciwzaparciowego.

Dodatkowym problemem diagnostyki zaparcia u chorych pod opieką paliatywną są ostre i przewlekłe zaburzenia świadomości, zmęczenie, pobudzenie, często niezdolność ekspresji słownej doświadczanych objawów. Żadna z dotychczasowych definicji zaparcia nie nadaje się do zastosowania u chorych z obniżoną zdolnością samooceny, a rozpoznanie na podstawie samej częstości wypróżnień jest niewystarczające, o czym wspomniałem powyżej. Potrzebne byłyby zatem proste uniwersalne kryteria diagnostyczne, skuteczne także w takiej sytuacji. Badanie miało więc na celu sprawdzenie związku pomiędzy kryteriami obiektywnymi (częstość spontanicznych wypróżnień, liczba dni od ostatniego wypróżnienia) a objawami ocenianymi przez pacjenta (trudność defekacji).

Kryteria włączenia spełniło 369 spośród 547 pacjentów objętych dwoma badaniami obserwacyjnymi w latach 2010-2011 oraz 2018-2019. Taki sam kwestionariusz oceny zaburzeń jelitowych został zastosowany w obu badaniach, co pozwoliło uzyskać dużą jednolitą bazę danych oraz zrównoważoną reprezentację wszystkich trzech form opieki

paliatywnej (ambulatoryjnej, domowej i stacjonarnej), typową pod względem płci, wieku i rodzaju nowotworu dla populacji objętej opieką paliatywną.

Łącznie aż 29% pacjentów włączonych do badania nie miało wypróżnienia w ciągu 4 dni, a mediana wyniosła 2 wypróżnienia na tydzień.

Ogólny stan pacjenta okazał się niezależnym czynnikiem związanym z zaparciem. Im cięższy stan pacjenta, tym mniejsza była częstość wypróżnień. Wykazano korelację pomiędzy dwoma objawami obiektywnymi: czasem od ostatniego wypróżnienia i częstością wypróżnień a raportowaną przez pacjenta trudnością defekacji, z logicznym kierunkiem związku. Konieczność środków przeczyszczających okazała się skorelowana z trudnością wypróżnień oraz częstością wypróżnień, ale nie z czasem od ostatniej defekacji (co było zgodne z oczekiwaniami autorów i najpewniej spowodowane stosowaną regularnie profilaktyką przeciwzaparciową, a nie wyłącznie interwencyjnym stosowaniem środków przeczyszczających).

Objawy raportowane przez pacjenta (trudność wypróżnień) oraz obiektywne (czas od ostatniego wypróżnienia i częstość wypróżnień) dobrze były skorelowane z Indekssem Czynności Jelit (*Bowel Function Index*, BFI) oraz objawami w skali PAC-SYM.

Umiarkowana trudność wypróżnienia pojawiała się już po 2 dniach od ostatniego wypróżnienia oraz przy częstości wypróżnień 3 na tydzień. Jeśli częstość wypróżnień zmniejszała się poniżej 3 na tydzień, trudność wypróżnienia oceniana była jako ciężka (2,7 w skali [0-4]). Oznacza to, że powszechnie stosowana definicja zaparcia jako „wypróżnienia mniej niż 3 na tydzień” nie może być stosowana w przypadku chorych pod opieką paliatywną. U tych chorych już przy częstości wypróżnień 3 na tydzień należy rozpoznać zaparcie. Ponadto każda zgłaszana przez pacjenta konieczność zastosowania środków przeczyszczających związana była z umiarkowaną trudnością wypróżnień i była z nią skorelowana liniowo. Zatem biorąc uzyskane wartości, zaproponowano definicję i kryteria rozpoznania zaparcia u dorosłych chorych w opiece paliatywnej:

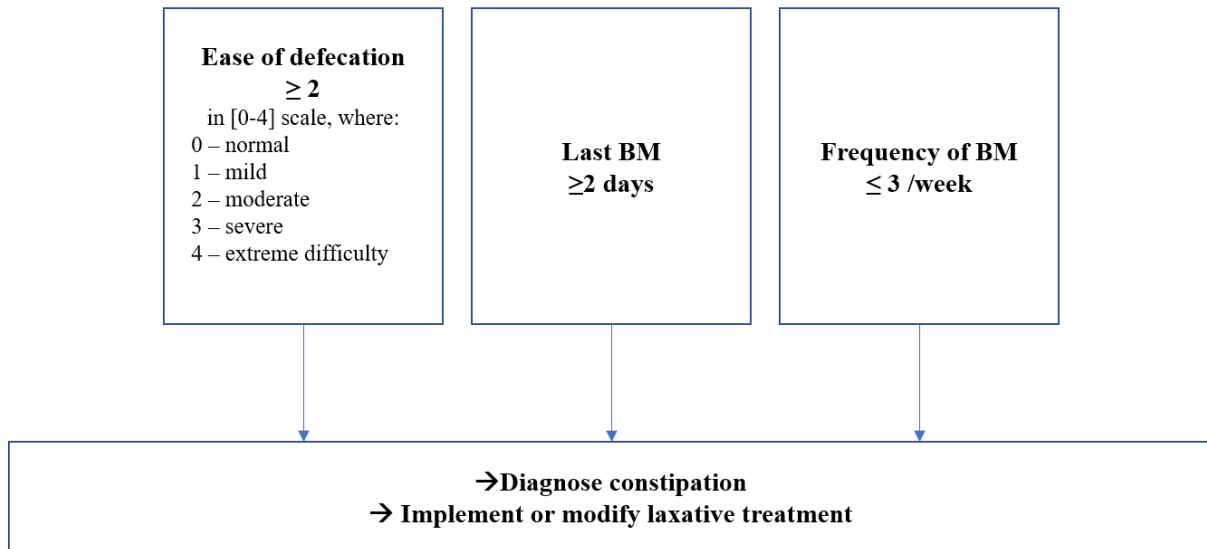
1. Zmniejszona częstość wypróżnień lub konieczność środków przeczyszczających do wywołania wypróżnień lub zgłaszane przez pacjenta objawy, takie jak trudność defekacji, zbyt twarde stolce, zbyt skąpe stolce czy poczucie niezupełnej defekacji.
2. Przynajmniej jedno z następujących kryteriów spełnione w ciągu ostatnich 7 dni:
 - trudność wypróżnień umiarkowana do skrajnej (≥ 2 w skali 0-4).
 - ostatnie wypróżnienie przed ≥ 2 dniami.
 - częstość wypróżnień ≤ 3 dni z wypróżnieniem na tydzień.

Proponowaną definicję i kryteria przedstawia poniższy algorytm:

Constipation in palliative care patients:

A decreased frequency of bowel movements (BM) or laxatives necessary to induce bowel movements (BM) or patient-reported symptoms such as difficulty of defecation, too hard stools, too small stools, or sensation of incomplete defecation.

At least one of the following criteria met within the past 7 days:



Takie kryteria rozpoznania zaparcia spełnione były u 83% pacjentów w badanej próbie, co oznacza, że duża część zaparcia jest nierozpoznawana i nieleczona. Zatem zaparcie należałoby rozpoznać i podjąć decyzje lecznicze o zintensyfikowaniu leczenia postępowania przeciwwzparciowego u znacznej większości pacjentów, znacznie częściej niż dotychczas.

W badaniu nie wykazano różnic dla powyższych kryteriów u chorych przyjmujących opioidy oraz nieleczonych analgetykami opioidowymi, czyli algorytm nadaje się w równym stopniu do rozpoznania zaparcia u osób przyjmujących analgetyki opioidowe, jak i nie przyjmujących ich. Najistotniejsza zaleta zaproponowanego narzędzia polega na tym, że umożliwia rozpoznanie zaparcia u osób niemogących dokonać lub wyrazić własnej oceny, na podstawie obserwacji opiekuna. Proponuje też jasne kryteria rozpoznania, co może przyczynić się do bardziej wiarygodnych wyników badań klinicznych.

Omawiane badanie w największym stopniu ma szansę przyczynić się do optymalizacji postępowania paliatywnego poprzez wczesne rozpoznanie zaparcia i wdrożenie odpowiedniego postępowania. Zaproponowana definicja oraz kryteria rozpoznania, ze względu na prostotę, mają szansę stać się prostym, uniwersalnym narzędziem diagnostycznym w opiece paliatywnej.

Z projektem optymalizacji diagnostyki i leczenia zaparcia wiążą się także liczne inne moje działania, w tym badania naukowe zakończone publikacjami:

- *Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Behavioral risk factors of constipation in palliative care patients. Support Care Cancer. 2015;23:1787-93*

Wyniki zostały uwzględnione w aktualizacji zaleceń PTMP postępowania wobec zaparcia stolca u chorych w opiece paliatywnej w 2014 roku (*Leppert W, Dzierżanowski T, Stachowiak A, Ciałkowska-Rysz A, Pyszkowska J. Zaparcie stolca u chorych na nowotwory – zalecenia postępowania Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. Medycyna Paliatywna 2014;6(1):1-10*) oraz do sformułowania aktualnych zaleceń klinicznych Multinational Association of Supportive Care in Cancer (*Davies A, Leach C, Caponero R, et al. MASCC recommendations on the management of constipation in patients with advanced cancer. Support. Care Cancer 2020, 28, 23–33*).

- *Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. The occurrence and risk factors of constipation in inpatient palliative care unit patients vs. nursing home residents. Gastroenterology Review/Przegląd Gastroenterologiczny. 2018;13:299-304*
- *Dzierżanowski T, Kozłowski M. Itopride increases the effectiveness of the management of opioid-induced constipation in palliative care patients: an observational non-interventional study. Archives of Medical Science. 2019. doi:10.5114/aoms.2019.85943*

Ponadto napisałem szereg publikacji poglądowych i rozdziałów w książkach na temat zaparcia u chorych objętych opieką paliatywną oraz sposobów jego zapobiegania i leczenia podczas stosowania analgetyków opioidowych, m.in.:

- *Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Czy możliwe jest leczenie opioidem bez wywoływania zaburzeń przewodu pokarmowego? Zastosowanie preparatu złożonego oksykodonu w połączeniu z naloksonem w świetle dowodów klinicznych. Med. Paliat. 2011;3(3):121-128*
- *Dzierżanowski T. Zaburzenia jelitowe wywołane opioidami u pacjentów z chorobą nowotworową. Medycyna Paliatywna 2012;2:57-66*
- *Dzierżanowski T. Rola obwodowo działających antagonistów opioidowych μ (PAMORA) w leczeniu zaparcia w opiece paliatywnej. Medycyna Paliatywna 2019;11(2):51–57. DOI: <https://doi.org/10.5114/pm.2019.86528>.*
- *Dzierżanowski T. Objawy ze strony przewodu pokarmowego i ich leczenie. W: Medycyna Paliatywna. Red. nauk. de Walden-Gałuszko K, Ciałkowska-Rysz A. PZWL, Warszawa 2015:148-168. ISBN: 978-83-200-4945-9.*
- *Dzierżanowski T. Podstawowe objawy towarzyszące chorobie nowotworowej i metody radzenia sobie z nimi. W: Opieka paliatywna. Poradnik dla lekarzy i pielęgniarek rodzinnych oraz rodzin pacjentów. Redakcja naukowa: Elżbieta Krajewska-Kułak,*

Tomasz Dzierżanowski, Dominik Krzyżanowski, Mateusz Cybulski. Difin SA, Warszawa 2018:70-90.

- *Dzierżanowski T. Zaparcie. W: Medycyna paliatywna. Red.: Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2019:237-243.*

Dokonałem tłumaczenia rozdziału Rao SSC. *Postępowanie z pacjentem z zaparciem stolca.* w książce Yamada T (red.). *Postępy w gastroenterologii. Tom II.* Lublin, Wydawnictwo Czelej sp. z o.o. 2010.

Ponadto wygłosiłem ponad 100 wykładów na krajowych i regionalnych konferencjach medycyny paliatywnej, medycyny rodzinnej i onkologii na temat objawów ze strony przewodu pokarmowego w opiece paliatywnej.

Kwestie definicji, diagnostyki i czynników ryzyka zaparcia w opiece paliatywnej pozostają przedmiotem dalszych moich badań, szczególnie w odniesieniu do nierozstrzygniętej dotąd zależności pomiędzy rodzajem i dawką opioidów a częstością i natężeniem zaparcia.

VI. Lęk przed śmiercią jako bariera w komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem

Warunkiem prawidłowej opieki paliatywnej, na każdym jej etapie, jest prawidłowa komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem i jego rodziną. Po pierwsze ma znaczenie informacyjne, poprzez przekazanie rozpoznania, wiedzy o stanie zdrowia, możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych oraz rokowaniu. Po drugie, pozwala pacjentowi na podjęcie autonomicznej decyzji, zgodnie z jego przekonaniami, włączając go do procesu decyzyjnego. Po trzecie, ma znaczenie instruktażowe, poprzez przekazywanie zaleceń, porad, wskazówek i ostrzeżeń. Staranność w tym wymiarze warunkuje prawidłowe stosowanie leków i minimalizuje ryzyko skutków ubocznych. Po czwarte, komunikacja zapewnia wsparcie emocjonalne, w celu łagodzenia dystresu i napięcia związanego z nieuleczalną chorobą, cierpieniem i zbliżającą się śmiercią. I wreszcie, równie ważną funkcją komunikacji jest odpowiedź zwrotna, jaką uzyskuje lekarz i dzięki której może dokonywać optymalnych wyborów lub modyfikować stosowane interwencje.

W omówionych wcześniej badaniach nad postawami preskrypcyjnymi lekarzy wobec terapii opioidami wyłonił się problem lęku, jako czynnika powstrzymującego wielu lekarzy przed stosowaniem analgetyków opioidowych. Lęk bywa częstą przyczyną nieoptymalnych decyzji leczniczych, albo powstrzymywania się od nich. Własny lęk lekarza przed śmiercią jest też powszechnie zgłaszany jako utrudniający komunikację, podejmowanie lub prowadzenie rozmów z chorym o złym rozpoznaniu lub rokowaniu, ale rozmiar jego wpływu nie był jak dotąd badany.

Lęk przed umieraniem i śmiercią jest istotnym objawem, jaki napotyka personel medyczny u chorego w ostatnich tygodniach-miesiącach jego życia. Jest on naturalny, prawidłowy, ale niezmiernie przykry dla osoby stojącej wobec zbliżającej się śmierci. Z drugiej strony, lęk przed śmiercią jest również przeżywany przez lekarza i może istotnie przeszkadzać w prawidłowym wypełnianiu jego obowiązków. Towarzyszy on pracy lekarza medycyny paliatywnej, a wiele osób wręcz nie podejmuje się tej specjalizacji ze względu na konieczność obcowania z umieraniem i śmiercią. Lęk personelu przed śmiercią uniemożliwia prawidłowe wsparcie psychologiczne. Pomimo powszechności tego zjawiska, brak jest badań nad wpływem lęku lekarza przed śmiercią na zachowania wobec pacjenta, w szczególności w obszarze prawidłowej komunikacji. Dlatego podjąłem się zbadania związku pomiędzy lękiem przed śmiercią a zdolnością prawidłowej komunikacji lekarza z pacjentem, a wyniki badań przedstawiłem w dwóch kolejnych omówionych publikacjach.

Celem badania *Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Personal fear of death affects the proper process of breaking bad news. Arch Med Sci 2013;9:127-131* było sprawdzenie związku pomiędzy lękiem przed śmiercią i wyznawanym światopoglądem a skłonnością do przekazywania niepomyślnych wiadomości. Badanie zostało przeprowadzone na grupie 170 studentów ostatniego roku studiów medycznych, czyli tuż przed rozpoczęciem aktywnej pracy w roli lekarza, a zatem bez doświadczenia zawodowego, który mógłby mieć wpływ na umiejętność radzenia sobie z własnym lękiem. Drugim powodem wyboru do badania osób przed rozpoczęciem pracy zawodowej w roli lekarza była potrzeba określenia luk i potrzeb w obszarze formowania postaw w szkoleniu przeddyplomowym.

Aż 93% respondentów wyraziło pogląd, że należy informować chorych o niekorzystnym rokowaniu, ale tylko 86% chciałoby być poinformowanych o zbliżającej się ich własnej śmierci. Tym mniej dana osoba chciałaby wiedzieć o zbliżaniu się własnej śmierci, im bardziej się jej bała. Osoby, które chciałyby znać prawdę o zbliżającej się ich własnej śmierci bardziej były skłonne też do przekazywania złych wiadomości pacjentom. Zatem lęk lekarza przed własną śmiercią nie tylko obniża skłonność do przyjmowania niepomyślnych wiadomości, ale co gorsza, także do ich przekazywania pacjentom.

Badanie ujawniło ponadto, że nie stopień deklarowanej religijności decyduje o gotowości do przekazywania niepomyślnych wiadomości, ale stopień determinacji przyjętego światopoglądu. Osoby zdecydowanie niewierzące (zdeterminowani ateści) oraz zdecydowanie wierzące w Boga (osoby wewnętrznie religijne) w mniejszym stopniu deklarowały lęk przed śmiercią, niż osoby indyferentne religijnie czy religijne jedynie formalnie. Z kolei niski stopień determinacji światopoglądu może wiązać się z większym lękiem przed śmiercią i utrudniać profesjonalną komunikację z pacjentem u kresu życia, a wręcz powodować unikanie kontaktu z chorym umierającym i szybkie wypalenie zawodowe.

Przekazywanie złych wiadomości jest umiejętnością komunikacji, która zależy od indywidualnych zdolności, ale której można się nauczyć. Samo nabycie umiejętności i technik efektywnej komunikacji jest jednak niewystarczające. Niezbędna jest formacja postawy przyszłego lekarza, aby lęk przed śmiercią mógł być sprowadzony do takiego poziomu, jaki lekarz będzie potrafił pokonać. Przemyślenie i uformowanie własnej filozofii życia, zarówno religijnej jak i świeckiej, życie w zgodzie z uformowanym i ugruntowanym światopoglądem, jest czynnikiem zmniejszającym lęk przed śmiercią. Zatem kluczowym aspektem w kształceniu przeddyplomowym jest zwrócenie uwagi na formację przyszłych lekarzy, a nie tylko na aspekt edukacyjny. Rozwój humanistyczny i filozoficzny jest niedocenianą częścią przygotowania do zawodu lekarza, podczas gdy ma ogromny wpływ na możliwość skutecznego wypełniania podstawowych obowiązków w zakresie komunikacji z chorym i w ogóle na postawę lekarza wobec pacjenta. Niezbędne jest więc położenie większej uwagi w programach przygotowania przyszłych lekarzy na formację postaw poprzez zachęcanie studentów i lekarzy do większej dbałości o osobisty rozwój wewnętrzny i duchowy (zarówno religijny, jak i świecki), inspirowanie do „przetrawienia” i ugruntowania własnego światopoglądu, aby opieka nad pacjentami stojącymi wobec zbliżającej się śmierci sprawowana była optymalnie, a kontakt ze śmiercią nie powodował większego uszczerbku psychicznego i wypalenia zawodowego lekarza.

Kontynuację badania wpływu lęku przed śmiercią na komunikację z pacjentem stanowiło badanie *Dzierżanowski T, Kozłowski M. Personal fear of their own death and determination of philosophy of life affects the breaking of bad news by internal medicine and palliative care clinicians. Arch Med Sci 2019:1-8*, którego celem było porównanie tego zjawiska w grupie lekarzy opieki paliatywnej oraz internistów. W tym wypadku chodziło o sprawdzenie, czy zwiększona ekspozycja na umieranie pacjentów, doświadczenie zawodowe oraz wyznawany światopogląd mają wpływ na zachowania lękowe w komunikacji z pacjentem i czy pomiędzy nimi istnieją związki. Lekarze sprawujący specjalistyczną opiekę paliatywną stanowią grupę o największym narażeniu na przeżywanie śmierci pacjentów oraz nieuniknioności tej śmierci. To odróżnia ich choćby od lekarzy intensywnej opieki medycznej, również mierzących się często z problemem śmierci chorych, ale dla których celem postępowania jest przedłużenie życia i istnieje szansa wyzdrowienia pacjenta, a przynajmniej przywrócenia mu częściowej sprawności – nie występuje więc zjawisko całkowitej bezradności, braku nadziei.

W badaniu wzięło 38 lekarzy medycyny paliatywnej i 64 internistów. Na uwagę zasługuje fakt, że w badanej próbie lekarze medycyny paliatywnej byli średnio znacznie starsi (o 14 lat) w stosunku do internistów i mieli znacznie dłuższy staż pracy (18 vs. 4 lata), co jest typowe

dla tej specjalizacji, podejmowanej zwykle jako kolejnej przez lekarzy o większym doświadczeniu życiowym i zawodowym.

Badanie wykazało, że wraz ze stażem zawodowym w opiece paliatywnej wzrasta stopień determinacji światopoglądu (ale nie stopnia religijności). Zatem wzmożona ekspozycja na umieranie i śmierć pacjentów zmusza zapewne do powtarzanego zadawania sobie pytania o sens śmierci i cierpienia, a przez to do uformowania i ugruntowania własnego światopoglądu. Lekarze medycyny paliatywnej w mniejszym stopniu od internistów deklarowali lęk przed własną śmiercią. W większym stopniu też uważali się za osoby głęboko religijne. O ile wpływ ekspozycji na umieranie pacjentów na ugruntowanie światopoglądu można tłumaczyć powtarzaniem regularnie mierzeniem się lekarza z pytaniem o sens życia, cierpienia i śmierci, to kierunek związku głębokiej religijności i ekspozycji lekarza na śmierć nie jest oczywisty. Z jednej strony, istotnie, narażenie na przeżywanie śmierci pacjentów i autorefleksja mogą pogłębiać integralność religijną. Wyjaśnienie tego zjawiska może też być odwrotne: być może na pracę w roli lekarza medycyny paliatywnej decydują się częściej osoby powodowane pobudkami religijnymi, a opieka nad umierającymi stanowi dla nich realizację swojej misji życiowej. Możliwe więc, że głęboka religijność jest czynnikiem pozwalającym na długoletnie zajmowanie się osobami umierającymi, dlatego dochodzi do wyselekcjonowania osób głęboko religijnych. Możliwe także, że oba wytłumaczenia są prawdziwe.

Dwie trzecie pytanых lekarzy deklarowało lęk przed śmiercią, ale znacznie częściej przez internistów niż lekarzy medycyny paliatywnej (73% vs. 50%). Silny lęk przed śmiercią wyznało 31% internistów i tylko 11% lekarzy medycyny paliatywnej. Co istotne, częstość lęku przed własną śmiercią zmniejszała się wraz ze stażem pracy w roli lekarza i rzadszy był on u lekarzy ze stażem >5 lat. Niezależnie od tego, lęk przed śmiercią ujemnie korelował ze stażem w opiece paliatywnej. Zatem doświadczenie zawodowe w roli lekarza, a zwłaszcza lekarza medycyny paliatywnej, związane z ekspozycją na cierpienie i śmierć pacjentów, zmniejsza odczuwanie lęku przed własną śmiercią („hartuje”).

Rozmowa z chorym o umieraniu i śmierci stanowiła problem dla około dwóch trzecich respondentów, znacznie częściej dla internistów, niż dla lekarzy medycyny paliatywnej. Wraz ze stażem pracy lekarza to poczucie trudności zmniejsza się. Zatem doświadczenie zawodowe oraz powtarzane sytuacje przekazywania złych wiadomości (znacznie częstsze u lekarzy medycyny paliatywnej) powoduje nabycie umiejętności radzenia sobie z nimi. Co ciekawe, rozmowa z pacjentem o umieraniu i śmierci stanowiła problem dla trzech czwartych zapytanych kobiet, a tylko dla połowy mężczyzn. Różnice wrażliwości związane z płcią powinny więc być rozważone przy planowaniu programów kształcenia przed- i podyplomowego. Deficyt umiejętności prawidłowej komunikacji z pacjentem zgłaszało 87% lekarzy, niezależnie od specjalizacji.

W omawianym badaniu istotny nacisk położono na rozpoznanie preferowanych form szkolenia umiejętności przekazywania niepomyślnych wiadomości. Trzy czwarte respondentów preferowałaby opiekę doświadczonego mentora, dwie trzecie wskazało na potrzebę szkolenia z zasad komunikacji, a połowa na konieczność pomocy psychologa.

Wyniki i wnioski z powyższych dwóch badań wykorzystałem jako współautor zaleceń klinicznych, podręczników i monografii (to jest dotyczących leczenia bólu, postępowania przeciwzaparcowego, pielęgnacji jamy ustnej czy zaleceń żywieniowych), podczas formułowania rekomendacji dotyczących komunikacji lekarz-pacjent, jako warunku prawidłowego postępowania leczniczego. Posłużyły one także w przygotowaniu autorskiego programu przedmiotu obowiązkowego z medycyny paliatywnej dla studentów 5 roku Wydziału Lekarskiego oraz English Division Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Problemy lęku przed śmiercią, komunikacji oraz aspektów etycznych opieki, w szczególności odnoszących się do godności w umieraniu, były przedmiotem także innych moich publikacji, artykułów i rozdziałów w książkach:

- *Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Wybrane aspekty bioetyczne w opiece paliatywnej. W: Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014; s. 184-192.*
- *Dzierżanowski T. Problemy etyczne w opiece paliatywnej. W: Krajewska-Kułak E, Dzierżanowski T, Krzyżanowski D, Cybulski M (red.). Opieka paliatywna. Poradnik dla lekarzy i pielęgniarów rodzinnych oraz rodzin pacjentów. Difin SA, Warszawa 2018; str. 35-44.*
- *Dzierżanowski T. Dylematy etyczne towarzyszące domowemu żywieniu dojelitowemu. W: Sobocki J, Kunecki M, Zmarzły A, Rudzki S (red.): Standardy żywienia dojelitowego dorosłych pacjentów w warunkach domowych, Gdansk: Via Medica, 2019:56-57.*
- *Dzierżanowski T, Binnebesel J. Godność w umieraniu. Med. Paliatywna / Palliat. Med. 2019; 11;4:156-162. doi:10.5114/pm.2019.93183.*
- *Dzierżanowski T, Łuczak J. Komunikacja z pacjentem i jego rodziną. W: Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T (red.). Medycyna paliatywna. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2019; str. 44-49.*
- *Dzierżanowski T. Podstawowe zasady bioetyczne. W: Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T (red.). Medycyna paliatywna. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2019; str. 20-21.*
- *Dzierżanowski T. Podmiotowość chorego i pojęcie godnego umierania. W: Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T (red.). Medycyna paliatywna. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2019; str. 21-25.*

Zainteresowanie badawcze komunikacją i aspektami etycznymi w kontekście barier dla optymalnej opieki paliatywnej wiąże się z moją działalnością dydaktyczną. Stworzyłem i prowadzę od 2012 roku autorski program seminariów i ćwiczeń z zakresu aspektów etycznych i komunikacji w opiece paliatywnej dla studentów ostatnich lat wydziałów medycznych na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi oraz Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, a także dla lekarzy w trakcie kursów specjalizacyjnych. Na prośbę studentów z innych uczelni, przeprowadziłem taki kurs podczas ogólnopolskiej konferencji studenckiej.

Powyższe aspekty lęku przed śmiercią, filozofii opieki paliatywnej oraz doświadczenia własne zawarłem w książce „Zimne wody Styksu” (Termedia, Poznań 2011) oraz w jej drugim wydaniu pod tytułem „Brzegi dobrej Rzeki” (Multico, Warszawa 2016). Książka była włączona do lektur pomocniczych kursu specjalizacyjnego z dziedziny medycyny paliatywnej.

5. Omówienie pozostałej aktywności naukowej

5.1 Zalecenia kliniczne

Jednym ze sposobów realizacji promowania zasad *Evidence Based Medicine* dla optymalizacji opieki paliatywnej, głównego celu mojej pracy naukowo-dydaktycznej, jest współtworzenie zaleceń klinicznych. Wiele razy współtworzyłem i nadal uczestniczę w tworzeniu wytycznych.

Dwukrotnie uczestniczyłem w powstaniu wytycznych postępowania wobec zaparcia u dorosłych objętych opieką paliatywną Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej (wymienionych powyżej). W 2009 przygotowałem wstępne brzmienie pierwszych rekomendacji oraz zaplanowałem i przeprowadziłem proces uzgadniania stanowiska ekspertów. W 2014 współtworzyłem aktualizację tych wytycznych w oparciu o zaproponowaną przeze mnie metodę.

Uczestniczyłem w powstaniu zaleceń profilaktyki i leczenia powikłań w jamie ustnej po leczeniu onkologicznym:

- *Kapała A, Skoczylas J, Gawełko J, Petkowicz B, Starościak S, Boguradzki P, Grzegorzczak-Jaźwińska A, Rolski D, Nieborak R, Perek D, Zawadzki P, Dzierżanowski T, Waśko-Grabowska A, Nieborski D, Bojczuk A, Ciałkowska-Rysz A, Charliński G. Postępowanie w profilaktyce i leczeniu powikłań w jamie ustnej po leczeniu onkologicznym. Źródło: www.coi.waw.pl data dostępu: 2017.01.27*

Jestem współautorem dwóch syntez aktualnych rekomendacji leczenia bólu:

- *Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Podstawowe zasady farmakoterapii bólu u chorych na nowotwory i inne przewlekłe postępujące zagrażające życiu choroby. Medycyna Paliatywna 2014;6(1):1–6.*

- *Dzierżanowski T, Ciałkowska-Rysz A. Zasady postępowania w zaostrzeniach bólu u chorych na nowotwory. Med. Paliat. 2016;8(1):1-8.*

Byłem inicjatorem i koordynatorem tworzenia wytycznych leczenia żywieniowego w opiece onkologicznej, z udziałem 18 ekspertów z wielu dziedzin medycyny reprezentujących 6 towarzystw naukowych oraz we współpracy z 4 organizacjami pacjentów:

- *Zmarzły A, Dzierżanowski T, Filipczak-Bryniarska I, et al. Clinical nutrition in adult palliative care cancer patients – recommendations of the Polish Society for Clinical Nutrition, the Polish Society of Palliative Medicine, the Polish Society of Family Medicine, Polish Society of Palliative Care Nursing in association with the Polish Society of Clinical Oncology and the Polish Society of Gastroenterology. Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine. 2018;10(3):95-114. doi: 10.5114/pm.2018.79832.*

Ogromnym problemem medycyny paliatywnej w Polsce i na świecie jest konieczność stosowania leków we wskazaniach pozarejestacyjnych. W 2019-2020 zaplanowałem, powołałem zespół i przeprowadziłem projekt Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej zbadania rozmiaru pozarejestacyjnego zastosowania leków w medycynie paliatywnej w Polsce. W pracach wzięło 26 ekspertów, którzy ocenili częstość stosowania poszczególnych leków niezgodnie z ich rejestracją, stopień niezbędności, możliwość zastąpienia procedurami alternatywnymi oraz bezpieczeństwo takiego stosowania. Wypracowano zalecenia dla 86 zweryfikowanych w przeglądzie systematycznym zastosowań pozarejestacyjnych ze wskazaniem stopnia wiarygodności dowodów i siły zalecenia.

- *Dzierżanowski T, Grądalski T, Graczyk M, Janecki M, Kluczna A, Szostakiewicz M. Pozarejestacyjne zastosowanie leków w opiece paliatywnej w Polsce. Med. Paliatywna/Palliative Med. 2020; 12;3:110–121. doi:10.5114/pm.2020.99632.*

Uczestniczyłem i nadal uczestniczę w dwóch zespołach międzynarodowych powołanych przez uznane towarzystwa naukowe do stworzenia zaleceń klinicznych (omówiłem w dalszej części).

5.2 Współpraca międzynarodowa

Pracę naukową oraz dydaktyczną prowadziłem nie tylko na forum krajowym, ale też wielokrotnie występowałem i uczestniczyłem w wydarzeniach zagranicznych oraz podjąłem współpracę w ramach organizacji międzynarodowych.

Od 2018 współpracuję aktywnie z *the European Society of Medical Oncology* (ESMO). Jestem członkiem zespołu pod kierownictwem prof. Grega Crawforda (University of Adelaide, Australia) tworzącego zalecenia kliniczne (ESMO Guidelines Committee) opieki w ostatnim okresie życia pacjenta z nowotworem. Prace zostały zakończone w grudniu 2020 w formie publikacji *Crawford GB, Dzierżanowski T, Hauser K, Larkin P, Luque-Blanco AI, Murphy I,*

Puchalski CM, Ripamonti CI, on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Care of the adult cancer patient at the end-of-life: ESMO Clinical Practice Guidelines. ESMO Open 2021 [in press]. Będą to pierwsze na świecie zalecenia kliniczne postępowania z pacjentem w ostatnich dniach jego życia. W ramach projektu odpowiedzialny byłem za sformułowanie sekcji dotyczących leczenia bólu, nudności i wymiotów, głośnego oddechu, pomoc w sformułowaniu innych sekcji oraz koordynację referencji. Przyjęto zaproponowany przeze mnie termin *noisy breathing* (głośny oddech) w miejsce *death rattle* (rzężenia przedśmiertne) jako określenia nieprawidłowego i stygmatyzującego.

Od 2020 pracuję w zespole *the Multinational Association for Supportive Care in Cancer* (MASCC) pod kierownictwem Stephanie Lheureux (Princess Margaret Cancer Centre, University Health Network, Toronto, Kanada) w celu stworzenia zaleceń klinicznych postępowania w nowotworowej niedrożności przewodu pokarmowego.

Jako że wyżej wymieniona praca w zespołach ESMO i MASCC jest pierwszym przypadkiem udziału autora z Polski w tworzeniu międzynarodowych rekomendacji klinicznych w obszarze opieki wspomagającej w nowotworach (*supportive care in cancer*), stanowi ona tym większą osobistą satysfakcję, a zaproszenie do kolejnych zespołów renomowanych organizacji międzynarodowych, jako dowód dobrze wypełnionego obowiązku reprezentowania polskiego środowiska naukowego, a w szczególności mojej Uczelni, na forum międzynarodowym.

Prowadzę stałą współpracę i bezpośredni osobisty kontakt z czołowymi na świecie badaczami i opiniotwórcami w dziedzinie medycyny paliatywnej i wspomagającej z Europy, Australii i Stanów Zjednoczonych. Na moje zaproszenie Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej podejmowało wybitnych opiniotwórców z *the European Association for Palliative Care* podczas zjazdów Towarzystwa.

W 2021, z rekomendacji czołowych badaczy w dziedzinie medycyny paliatywnej, zostałem zaproszony do współpracy przez fundację *non-profit* Antea (Rzym, Włochy), prowadzącą niekomercyjne badania w obszarze medycyny paliatywnej oraz opieki wspomagającej w nowotworach (*supportive care in cancer*), i przyjąłem funkcję kierownika polskiego oddziału tej fundacji. Do moich zadań należy stworzenie polskiej wielośrodkowej grupy badawczej i pokierowanie projektami badawczymi, w tym w imieniu ESMO i EAPC. Jest to szansa do włączenia i promocji Polski w międzynarodowym środowisku badawczym. W trakcie przygotowań i realizacji są projekty dotyczące leczenia bólu, zaparcia i monitorowania glikemii u pacjentów chorych na nowotwór.

W 2021 rozpocząłem współpracę z The George Washington University School of Medicine and Health Sciences, Washington, DC (USA) and projektem walidacji narzędzia FICA, służącego do screeningu potrzeb duchowych pacjentów.

Podjąłem współpracę ze środowiskiem medycznym i organizacjami pozarządowymi w państwach dawnego Związku Radzieckiego w celu propagowania i nauczania medycyny paliatywnej. W latach 2010-2013 prowadziłem wykłady dla lekarzy w Armenii i Kazachstanie. W 2013 w Kazachstanie poprowadziłem pierwszy w tym kraju, autorski kurs z zakresu medycyny paliatywnej dla lekarzy. Na podstawie umowy pomiędzy uniwersytetami medycznymi w Łodzi i w Karagandzie, zostałem promotorem pomocniczym ukończonego z sukcesem przewodu doktorskiego dr. Bekzhana Orazbayeva z Medycznego Uniwersytetu w Karagandzie.

Współpracowałem z organizacjami non-profit w celu zwiększenia dostępności leczenia przeciwbólowego (Open Society Foundation, Human Rights Watch). Na zaproszenie ONZ i WHO wygłosiłem na konferencji *Improving Drugpolicy for Pain Management in EECA Region* w Kijowie w 2018 wykład pt. *Drug policy for pain management: balanced approaches in Poland*. Celem tej konferencji było zapewnienie racjonalnego dostępu do leczenia przeciwbólowego.

Brałem czynny udział w konferencjach zagranicznych:

- Vienna 2018 MASCC/ISOO Annual Meeting on Supportive Care in Cancer,
 - wykład *The importance of early diagnosis and characterization of BTcP: Real World Evidence and guideline recommendations. The palliative medicine specialist point of view.* (sesja sponsorowana)
 - poster *Itopride increases effectiveness of the management of the opioid-induced constipation*
<https://clinicianinsights.com/dpdocview.php?docid=PE20180629030004230&datasource=PHE&trans=view&dual=1>
- Madrid 2017, 15th World Congress of the European Association for Palliative Care; poster *Development Level of Palliative Care in Poland*
- Dublin 2016, 9th World Research Congress of the European Association for Palliative Care; poster *Opioid Analgesics Accessibility in Poland*
- Adelaide 2016, Annual Meeting of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC); poster *The Barriers Against Optimal Opioid Prescribing In Poland*
- Karaganda 2013, Konferencja Krajowa; wykład *Опиоидная дисфункция кишечника*
- Prague 2013, 13th Congress of the European Association for Palliative Care; poster *Impact of Opioid Dose on Frequency of Constipation*
- Trondheim 2012, 7th World Research Congress of the European Association for Palliative Care; poster *Challenging of the definition of Constipation in Palliative Care Patients*
- Athens 2012, NeuroPathFinder; prezentacja *case study*

Jestem aktywnym członkiem Panelu Autorskiego *the Cochrane Collaboration*, w ramach którego dokonałem recenzji następujących protokołów oraz wyników przeglądów systematycznych:

- Schmidt-Hansen M, Bennett MI, Arnold S, Bromham N, Hilgart JS. Oxycodone for cancer-related pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 8. Art. No.: CD003870. DOI: 10.1002/14651858.CD003870.pub6 (protokół; wyniki)
- Haywood A, Good P, Khan S, Leupp A, Jenkins-Marsh S, Rickett K, Hardy JR. Corticosteroids for the management of cancer-related pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 4. Art. No.: CD010756. DOI: 10.1002/14651858.CD010756.pub2 (protokół)
- O'Connell NE, Wand BM, McAuley J, Marston L, Moseley GL. Interventions for treating pain and disability in adults with complex regional pain syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Apr 30;(4):CD009416. doi: 10.1002/14651858.CD009416.pub2. (protokół)

Brałem udział jako badacz w badaniu klinicznym *Pan-European open-label dose titration study of fentanyl buccal tablet in patients with breakthrough cancer pain*, a obecnie w rozpoczynającym się badaniu *Aberrant behaviour and other consequences of long-term opioid treatment in patients with cancer pain* (the European Palliative Care Research Centre).

6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę

6.1 Działalność dydaktyczna

Pokonywanie barier w dostępności do aktualnej wiedzy medycznej była głównym moim działaniem dydaktycznym. W 2009, wspólnie z dr Aleksandrą Ciałkowską-Rysz, założyłem czasopismo *Medycyna Paliatywna* (Termedia, Poznań), jako oficjalne pismo Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. Osiągnięciem czasopisma, którego jestem Zastępcą Redaktora Naczelnego, było uzyskanie punktacji MNiSW oraz włączenie do indeksu *Emerging Sources Citation Index (ESCI) Web of Science*. Czasopismo wspiera polską naukę i daje szansę rozwoju dziedziny poprzez publikację prac oryginalnych polskich badaczy, stwarza warunki oraz stymuluje środowisko do podejmowania działalności naukowej. Obecnie publikowane są artykuły w języku polskim i angielskim, coraz częściej autorów zagranicznych. Jednak czasopismo nadal będzie wydawane częściowo w języku polskim, aby w ten sposób docierać do przeciętnego lekarza z opartą na faktach, rzetelną i aktualną informacją z tej dziedziny.

Na moją działalność dydaktyczną składa się około 100 artykułów o charakterze poglądowym, rozdziałów w książkach i publikacjach monograficznych. W latach 2009-2019

wygłosiłem ponad 130 wykładów na konferencjach i zjazdach, w tym na ponad 70 o zasięgu krajowym lub zagranicznym. Niezależnie od powyższych wygłaszałem wykłady na kilkudziesięciu lokalnych wydarzeniach dla lekarzy w celu zwiększenia świadomości konieczności i możliwości leczenia bólu. Pisałem również do pism pozarządowych organizacji pacjentów (m.in. Głos Pacjenta Onkologicznego).

Od 2011 na zlecenie Centrum Egzaminów Medycznych układałem pytania do egzaminów specjalizacyjnych z dziedziny medycyny paliatywnej. Od 2010 prowadziłem wykłady podczas ponad 40 kursów z zakresu medycyny paliatywnej dla lekarzy specjalizujących się w dziedzinie medycyny paliatywnej, chorób wewnętrznych i ginekologii onkologicznej. Zorganizowałem, stworzyłem program autorski oraz byłem kierownikiem kursu *Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej*.

W 2018 stworzyłem autorski program i dwukrotnie zorganizowałem szkolenie w celu podniesienia jakości wiedzy osób specjalizujących się w dziedzinie medycyny paliatywnej pod nazwą *Repetitorium Medycyny Paliatywnej*, z zastosowaniem wielu nowatorskich metod uczenia. Inicjatywa ta, razem z założeniem forum specjalistów i osób specjalizujących się w tej dziedzinie medycyny, zaskutkowało podniesieniem zaangażowania się, poczucia prestiżu specjalizacji i wzajemnym stymulowaniem się do jak najpełniejszej wiedzy. Projekt przyczynił się do zintegrowania się środowiska specjalistów medycyny paliatywnej i zwiększenia zaangażowania naukowego. Uczestnicy kursów zostali autorami nowych publikacji, rozdziałów w podręczniku i referatów konferencyjnych.

Zwieńczeniem mojej działalności dydaktycznej jest książka *Medycyna Paliatywna* którą współredagowałem z dr Aleksandrą Ciałkowską-Rysz (Termedia, Poznań 2019). Jest to jak dotąd najobszerniejsze opracowanie w Polsce i jedno z największych na świecie dotyczących medycyny paliatywnej, o objętości ponad 500 stron, z udziałem około 50 autorów. Książka jest opracowaniem monograficznym, zawierającym najbardziej aktualną wiedzę opartą na zasadach *Evidence Based Medicine*, stanowiącym publikację referencyjną dla osób przygotowujących się do składania egzaminów specjalizacyjnych oraz podręcznik dla klinicysty. W pracy tej jestem też autorem lub współautorem wielu rozdziałów i podrozdziałów. O potrzebie takiej książki oraz jej odbiorze przez środowisko medyczne świadczy fakt, że niemal cały nakład pierwszego wydania (2400 egz.) został sprzedany w pierwszych dniach od ukazania się w sprzedaży. Monografia została wpisana na listę lektur obowiązkowych dla osób przygotowujących się do egzaminów specjalizacyjnych w dziedzinach medycyny paliatywnej oraz onkologii klinicznej.

Stworzyłem również serię monografii pod tytułem *Studium Medycyny Paliatywnej*, której jestem pierwszym redaktorem. Seria jest rozszerzeniem i pogłębieniem książki *Medycyna Paliatywna* i kontynuuje propagowanie medycyny paliatywnej opartej na faktach (*Evidence*

Based Medicine). Do chwili obecnej drukiem ukazały się dwa pierwsze tomy serii: *Filipczak-Bryniarska I (Red.). Analiza przypadków klinicznych w opiece paliatywnej* oraz *Góraj E. Leczenie interwencyjne bólu u chorych na nowotwory* (obie Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2020), a kolejne są w przygotowaniu.

6.2 Organizacja i rozwój opieki paliatywnej w Polsce

Jako dyrektor medyczny Caritas Diecezji Warszawsko-Praskiej, zarządzam pracą pięciu placówek domowej opieki paliatywnej (hospicjów domowych), czterech jednostek pielęgniarskiej opieki długoterminowej w domu, przychodni podstawowej opieki zdrowotnej oraz prowadzę poradnię medycyny paliatywnej. W poprzednich latach byłem dyrektorem medycznym hospicjum stacjonarnego oraz kierownikiem medycznym jednego z największych w Polsce hospicjów domowych. Jako aktywny menedżer w ochronie zdrowia, wykorzystuję doświadczenie w pracy społecznej, pracy menedżerskiej oraz podyplomowych studiów zarządzania (MBA) na rzecz środowiska medycyny paliatywnej i organizacji opieki paliatywnej w Polsce.

Od 2011 uczestniczę w projekcie badania organizacji i rozwoju opieki paliatywnej w Polsce we współpracy z Zakładem Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Dzięki tej współpracy powstały publikacje, z których część stanowiła przyczynek dla dokonanych w latach 2011-2018 wielu zmian systemowych i legislacyjnych w zakresie organizacji, finansowania i kwalifikacji do opieki paliatywnej:

- *Dzierżanowski T. Dostępność opieki paliatywnej dla dorosłych w Polsce. Palliat. Med. / Med. Paliatywna 2020; 12;2:75–83. doi:10.5114/pm.2020.97405.*
- *Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T (aut. koresp.). Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2017 roku. Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine 2018; 10:191-198. doi:10.5114/pm.2018.83276.*
- *Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T (aut. koresp.). Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2016 roku. Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine 2018; 10: 24-29.*
- *Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T (aut. koresp.). Stan opieki paliatywnej w Polsce w 2014 roku. Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine 2016; 8:120-127.*
- *Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T (aut. koresp.). Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2012 roku. Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine 2012; 4:210-216.*
- *Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2011 roku. Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine 2011; 3:215-220.*
- *Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Opieka paliatywna w onkologii – aktualne problemy i propozycje rozwiązań systemowych. W: Zachorowalność i umieralność na*

nowotwory a sytuacja demograficzna Polski. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014; s. 164-183. ISBN 978-83-7027-573-0 (monografia).

W latach 2011-12 pełniłem funkcję sekretarza Zespołu Ekspertów ds. Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej powołanego przez Ministra Zdrowia. Prace trwały, zgodnie z założeniami, 12 miesięcy i zakończyły się przedłożeniem Ministrowi Zdrowia opracowania dotyczącego oceny stanu opieki paliatywnej w Polsce oraz propozycji strategii na najbliższe 10-15 lat oraz podsumowania w formie publikacji:

- *Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T (aut. koresp.), Łuczak J, Kotlińska-Lemieszek A, Krajnik M, Orońska A, Pakosz A, Pokropska W, Pyszkowska J, Stachowiak A, de Walden-Gałuszko K. Podsumowanie pracy Zespołu do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej (sierpień 2011 r.-czerwiec 2012 r.). Med. Paliat. 2014; 6, 4, 177-189.*

Ponadto podjąłem osobistą inicjatywę legislacyjną zakończoną rozszerzeniem uprawnień lekarzy pracujących w hospicjach do przepisywania refundowanych wyrobów medycznych (takich jak ortezy, gorsety, materace przeciwoleżynowe itp.) w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.*

Od 2009 roku aktywnie działałem jako członek Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej (PTMP) na rzecz rozwoju i integracji środowiska medycyny paliatywnej. Między innymi dlatego podjąłem się współtworzenia wyżej wspomnianego nowego czasopisma naukowego *Medycyna Paliatywna (Termedia)*, będącego oficjalnym pismem Towarzystwa. W 2010 zainicjowałem przystąpienie Towarzystwa jako członka zbiorowego do najważniejszej europejskiej organizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej – *European Association for Palliative Care*. Reprezentowałem PTMP w Brukseli w projekcie europejskim PRISMA w ramach inicjatywy Unii Europejskiej. W 2018 zostałem wiceprezesem Zarządu Towarzystwa, a w 2019 zostałem zgłoszony do wyborów do Rady Dyrektorów *European Association of Palliative Medicine*.

6.3 Recenzje prac

Proces recenzowania publikacji jest istotnym elementem podnoszenia jakości nauki oraz procesu uczenia się. Rzetelne i terminowe recenzowanie jest w moim przekonaniu moralnym obowiązkiem wobec innych badaczy i kluczowym elementem procesu badawczego. Dokonałem dotąd ponad 30 recenzji publikacji w czasopismach zagranicznych i polskich, w tym 16 w czasopismach posiadających Impact Factor (według rejestru Publons). Według Publons (Web of Science) jestem rangowany w 84. percentylu aktywnych recenzentów z liczbą recenzji pięciokrotnie wyższą od średniej. Aby podnieść swoje umiejętności rzetelnego recenzowania, ukończyłem, jako pierwszy na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym i

jeden z pierwszych w Polsce recenzentów, kurs Publons Academy (Web of Science) i uzyskałem certyfikat Certified Publons Academy Peer Reviewer. Obecnie w ramach Publons Academy (Web of Science) jestem mentorem dla kolejnych szkolących się recenzentów.

Byłem recenzentem pracy magisterskiej (Uniwersytet Medyczny w Łodzi, piel. Anna Dzwonnik).

Wspieram coroczną międzynarodową konferencję kół studenckich Warsaw International Medical Congress for Young Scientists jako recenzent zgłoszonych prac.

6.4 Nagrody

Otrzymałem następujące wyróżnienia i nagrody:

- 2020 *Lista 100 liderów naukowych w latach 2017-2019 Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*; 37. pozycja (publikacje z lat 2017-2018 nie zostały uwzględnione jako zgłoszone na innym uniwersytecie)
- 2020 Nagroda II stopnia Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za osiągnięcie naukowe
- 2019 European Pain Federation EFIC 2019 Congress Abstract *Prize for the best abstract presentation on the subject of Pain Therapies*
- 2018 Nagroda Ministra Zdrowia *Specjalista Roku 2017* za najlepiej zdany egzamin specjalizacyjny w dziedzinie medycyny paliatywnej
- 2017 Nagroda *Anioł Medycyny 2016* w ogólnopolskim plebiscycie na najbardziej oddanych pacjentom lekarzy i farmaceutów

T. Jędruski
.....
(podpis wnioskodawcy)