



Szanowni Państwo,

Australijczycy obliczyli, że populacja wymagająca opieki paliatywnej wynosi 50–89% ogółu wszystkich umierających [1]. Inna grupa robocza oszacowała, że około 20% chorych na nowotwory oraz 5% osób z innymi chorobami będzie wymagało specjalistycznej opieki paliatywnej w ostatnim roku ich życia pod warunkiem, że w pozostałych przypadkach lekarze i pielęgniarki rodzinne oraz onkolodzy, geriatrzy i inni specjaliści będą potrafili wdrożyć podstawowe założenia opieki paliatywnej [2]. Każdego roku 1,6 mln chorych w krajach europejskich umrze z powodu nowotworu, a 5,7 mln w przebiegu przewlekłej choroby nienowotworowej. Według Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (EAPC, *European Association for Palliative Care*) zapewnienie opieki paliatywnej osobom z chorobami nienowotworowymi wymaga dodatkowych środków i powinno stać się priorytetem przy planowaniu rozwoju systemów zdrowotnych, zarówno na szczeblu krajowym, jak i europejskim [3]. Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej zakłada, że gdyby wszyscy chorzy mieli taki sam dostęp do opieki paliatywnej, to proporcje w populacji objętej tą opieką wyglądałyby następująco: 40% — osoby z chorobami nienowotworowymi, 60% — chorzy na nowotwory.

Powyższe dane pochodzą z najnowszych zaleceń EAPC, które przedstawiamy Państwu w obecnym numerze „Medycyny Paliatywnej w Praktyce”. Zostały one opracowane we współpracy z krajowymi towarzystwami naukowymi, a dotyczą ujednoliconego nazewnictwa i wspólnych norm jakości dla opieki paliatywnej i hospicyjnej w Europie [3, 4]. Standardy wytyczają minimum, poniżej którego świadczenie opieki paliatywnej jest niemożliwe. Normy natomiast przedstawiają cele jakościowe, które — jeśli zostaną osiągnięte — zapewnią świadczenie opieki o najwyższej jakości. Mamy nadzieję, że te tak wyczekiwane wytyczne dotyczące norm i standardów pomogą zarówno politycznym i administracyjnym decydom odpowiedzialnym za odpowiedni dostęp chorych do opieki paliatywnej, jak i osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w negocjacjach i wypracowaniu optymalnych rozwiązań organizacyjnych, a w efekcie — w poprawie usług opieki paliatywnej. Zdefiniowanie pojęć pomoże we wzajemnym zrozumieniu się. Polecam przesłanie próby określenia przez EAPC specyfiki opieki paliatywnej i opieki hospicyjnej, z akceptacją tego, że oba te pojęcia funkcjonują w różnych krajach. Mnie osobiście niezmiernie ucieszyło zalecenie EAPC, aby nie używać nazwy „opieka terminalna”, chyba że odnosi się ona wyłącznie do ostatnich dni życia chorego. Jest to logiczne, ponieważ opieka paliatywna, zgodnie z nowymi definicjami, nie odnosi się w ogóle do przewidywanej długości życia. Uff, jaka ulga! Sama wielokrotnie musiałam negocjować zmianę tytułu wykładu z „opieki terminalnej” na „paliatywną”, ponieważ taką terminologię wpisano w obowiązkowe kursy w ramach różnych specjalizacji. Według przedstawianych zaleceń EAPC, opieka paliatywna powinna łączyć w sobie elementy „planowania naprzód” razem z chorymi, tak by mogli oni otrzymać opiekę zgodną ze swoimi preferencjami i z uszanowaniem ich godności. O tym mowa jest także w artykule Scotta Murraya. Autor uważa, że zaakceptowanie „opieki paliatywnej jako części opieki zdrowotnej” nie tylko w aspekcie organizacyjnym, ale i jako sposobu myślenia i podejścia do chorego, pozwoli na zaplanowanie dobrego umierania i śmierci. Murray jest bardzo konkretny w swoich propozycjach, zaznaczając, że konieczne jest zarówno uświadamianie lekarzy i opinii publicznej co do nieuchronności śmierci, jak i zaplanowanie obejmowania opieką pacjentów cierpiących na choroby nienowotworowe już we wczesnym ich stadium, a nie tylko u schyłku życia. Podkreśla on, że wczesna interwencja i zaspokajanie nie tylko fizycznych, ale i duchowych potrzeb chorych daje szansę na uniknięcie uporczywej terapii. Ponadto w obecnym numerze znajdziecie Państwo znakomite opracowanie Miriam Johnson i wsp. na temat leczenia przeciwwzrzepowego u chorych objętych opieką paliatywną. Michał Graczyk i wsp. przedstawiają mechanizmy powstawania i charakterystykę bólu fantomowego oraz trudności związane z jego leczeniem. Natomiast Justyna Kleja i wsp. przyglądają się komunikacji odbywającej się na różnych poziomach.

Przyzwyczailiśmy się też, że Zbigniew Zylicz zadaje nam zagadki terapeutyczne. I tym razem dzięki niemu poznamy historię chorej, u której dzięki uważnej diagnostyce udało się osiągnąć zadowalające złagodzenie bólu. Serdecznie zachęcam Państwa do zapoznania się z tymi publikacjami.

Na koniec chcę znów nawiązać do EAPC. Z wielką radością informuję, że EAPC oraz „Advances in Palliative Medicine” ogłaszają konkurs na najlepszą pracę oryginalną zgłoszoną do „Advances in Palliative Medicine”. Nagrodą jest pokrycie wszelkich kosztów związanych z udziałem w najbliższym kongresie EAPC w Lizbonie w maju 2011 roku. Na stronie 97 znajdziecie Państwo warunki tego konkursu. Moim zdaniem nagroda jest warta wysiłku, więc mimo upałów — czas się zabrać do pracy.


Małgorzata Krajnik

1. McNamara B., Rosenwax L.K., Holman C.D. A method for defining and estimating the palliative care population. *J. Pain Symptom. Manage.* 2006; 32: 5–12.
2. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen. Kooperatives integriertes Versorgungskonzept, 2005. www.mags.nrw.de/08_PDF/002/konzeptpalliativ.pdf (last accessed 08/09/2009).
3. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *Eur. J. Palliat. Care* 2009; 16: 278–289.
4. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *Eur. J. Palliat. Care* 2010; 17: 22–32.