

Polskie akcenty podczas 14. Światowego Kongresu European Association for Palliative Care

Polish accents at 14th World Congress of the European Association for Palliative Care

Janusz Wojtacki^{1,2}, Piotr Krakowiak³, Anna Janowicz⁴, Radosław Lepka⁵, Piotr Sobański⁶,
Beata Stypuła-Ciuba⁷, Marta Kulpa⁸, Jacek K. Kaczyński⁹

¹Hospicjum ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC, Gdańsk

²Fundacja Hospicyjna, Gdańsk

³Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń

⁴Akademia Ignatianum, Kraków, Fundacja Lubię Pomagać, Gdańsk

⁵Hospicjum Pallium, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego, Poznań

⁶Centrum Opieki Paliatywnej św. Hildegardy, Bazylea, Szwajcaria

⁷Oddział Medycyny Paliatywnej i Poradnia Leczenia Bólu, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie,
Warszawa

⁸Zakład Psychologii Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

⁹Teva Pharmaceuticals Polska, Warszawa

Adres do korespondencji

Janusz Wojtacki, Hospicjum ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC, Smoluchowskiego 7/40,
80-214 Gdańsk, e-mail: janusz_wojtacki@hotmail.com

European Association for Palliative Care (EAPC) to założone prawie 30 lat temu towarzystwo naukowe, które obecnie zrzesza kilka tysięcy osób zaangażowanych w różne formy aktywności w medycynie paliatywnej – m.in. przedstawiciele świata medycznego, pracowników socjalnych, ale także opiekunów duchowych, wolontariuszy i osoby, które przebyły chorobę nowotworową (www.eapcnet.eu). Obecnie członkowie EAPC to reprezentanci 56 organizacji z 32 krajów Europy. Polskę reprezentują: Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej, które zrzesza głównie lekarzy, oraz Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej, zrzeszające zarówno lekarzy, jak i pielęgniarki oraz innych pracowników i wolontariuszy opieki paliatywno-hospicyjnej. Jednym z osiągnięć EAPC było opracowanie w 2012 r. Karty Praskiej (The Prague Charter: www.eapcnet.eu/Themes/Policy/PragueCharter.aspx), będącej rodzajem petycji do rządów światowych, nawołującej do zapewnienia wszystkim chorującym dostępu do opieki paliatywnej jako jednego z podstawowych praw człowieka. Kolejnym ważnym działaniem jest monitorowanie poziomu opieki paliatywnej w Europie i jej upowszechnianie poprzez dostępną dla wszystkich publikację naukową, jaką jest *Atlas of Palliative Care in Europe* (Centeno C., Lynch T., Donea O., Rocafort J., Clark D., EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013, Milan 2013: [\[lopment-taskforce.eu/index.php/books/27-eapc-atlas-of-palliative-care-in-europe-full-edition\]\(http://lopment-taskforce.eu/index.php/books/27-eapc-atlas-of-palliative-care-in-europe-full-edition\)\).](http://www.eapcdeve-</p></div><div data-bbox=)

Wyrazem szerokiej aktywności edukacyjnej EAPC są organizowane co dwa lata światowe kongresy. Czternasty odbył się w dniach 8–10 maja 2015 r. w Kopenhadze pod hasłem *Building Bridges*, budowania mostów między różnymi grupami i przedstawicielami wielu dyscyplin, kultur, regionów i kontynentów w odpowiedzi na kolejne wyzwania opiekuńcze w opiece paliatywnej. W kongresie uczestniczyło ponad 3000 przedstawicieli wielu krajów Europy i świata, w tym także grupa profesjonalistów różnych dziedzin z Polski. W niniejszym sprawozdaniu przedstawiono polskie wątki 14. Światowego Kongresu EAPC w Kopenhadze.

Osoby związane od wielu lat z polskim ruchem hospicyjnym i opieką paliatywną były przewodniczącymi trzech sesji eksperckich. Ksiądz dr hab. Piotr Krakowiak, Krajowy Duszpasterz Hospicjów, przez wiele lat związany z Hospicjum ks. E. Dutkiewicza SAC w Gdańsku, był ekspertem zaproszonym do udziału w dwóch sesjach z cyklu *Meet The Expert*. W pierwszej z nich, w sobotę 9 maja, wraz z innymi specjalistami z Niemiec, Rumunii i Wielkiej Brytanii, zaprezentował założenia *European Palliative Care Academy* (EUPCA) – międzynarodowej inicjatywy edukacyjnej zmierzającej do wykształcenia przyszłych liderów w opiece paliatywno-hospicyjnej (www.

eupca.eu). To projekt Fundacji Roberta Boscha z Niemiec i czterech ośrodków akademickich: Uniwersytetu Medycznego w Kolonii (Niemcy), Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu (Polska), Hospicjum Casa Sperantei w Brasov (Rumunia) i Cicely Saunders Instytut, King's College London (Wielka Brytania). Studenci przez 1,5 roku odbywają tygodniowe sesje szkoleniowe w czterech edukacyjnych instytucjach, a także tydzień własnego studium w wybranej przez siebie instytucji w Europie. Realizują również projekty w swoich krajach, których celem jest poprawa wybranego aspektu opieki paliatywno-hospicyjnej. Do udziału w pierwszej edycji wybrano 20 osób z 14 krajów Europy, dbając o właściwy rozkład reprezentacji uczestników pomiędzy Europą Wschodnią i Zachodnią. W grupie ekspertów z Polski, pracujących nad programem studiów, byli: ks. dr hab. Piotr Krakowiak, dr hab. Małgorzata Krajnik i dr n. zdr. Anna Pyszora z *Collegium Medicum* Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Spośród kilku kandydatów do EUPCA z Polski zakwalifikowała się mgr Anna Janowicz z gdańskiej Fundacji Lubie Pomagać. Zrealizowała projekt dotyczący wsparcia opiekunów rodzinnych osób u kresu życia. Prezentacja przebiegu pierwszego cyklu EUPCA podczas kongresu była okazją do spotkania z ekspertami, a jednocześnie zaproszeniem do udziału w kolejnej jego edycji. Z Polski do finału rekrutacji w latach 2015–2017 dostały się cztery osoby. Wszystkich zainteresowanych tymi wyjątkowymi studiami podyplomowymi zachęcamy do zapoznania się z warunkami uczestnictwa i aplikacji w przyszłości (www.eupca.eu/application-and-selection-procedure/).

Również w sobotę 9 maja dr n. med. Piotr Sobański (obecnie dyrektor medyczny Centrum Opieki Paliatywnej św. Hildegardy w Bazylei, poprzednio przez wiele lat związany z ośrodkiem opieki hospicyjnej oraz Kliniką Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Bydgoszczy) współprowadził sesję ekspercką na temat opieki paliatywnej nad chorymi z niewydolnością serca. To grupa znamiennej starsza od chorujących na nowotwory złośliwe, stąd też większe u niej zapotrzebowanie na wsparcie społeczne i pomoc w sprawowaniu opieki. Dlatego zwrócono również uwagę na potrzeby bliskich i rodzin opiekujących się tymi chorymi. Drugim poruszoną zagadnieniem było postępowanie z osobami zbliżającymi się do śmierci, które mają wszczepione kardiologiczne urządzenia elektroniczne, regulujące pracę serca (*cardiac electronic implantable devices* – CEID). W ostatnim okresie podkreśla się, że chorzy mają prawo do rezygnacji z każdego rodzaju terapii, także tej już rozpoczętej, również wówczas, gdy może nadal przynosić im potencjalne korzyści. Nowoczesne CEID mają wiele funkcji – niektóre z nich mogą poprawiać komfort pacjenta nawet w okresie umierania (stymulacja antybradyarytmiczna i/lub

resynchronizująca). Doktor Sobański wyraził opinię, że w świetle obecnej wiedzy powinno się przede wszystkim proponować chorym zbliżającym się do okresu umierania modyfikację aktywności ICD (w tym m.in. deaktywację terapii wysokonapięciowych mogących pogorszyć jakość umierania), a nie całkowite wyłączenie urządzenia. Sposobem różnego postępowania w przypadku uporczywie powtarzających się wylądowań w okresie umierania może być przyklejenie magnesu na skórze, nad puszką stymulatora, co pozwala zablokować interwencje antytachyarytmiczne.

W niedzielę 10 maja odbyła się sesja ekspercka *Palliative Care in Prisons and Correctional Facilities: Sharing Learning from Practice and Research* z udziałem ks. dr. hab. Piotra Krakowiaka oraz dr Mary Turner. Badaczka z Anglii przedstawiła wieloletnie doświadczenia prowadzenia opieki paliatywnej w zakładach karnych, wskazując na zauważalne na Zachodzie starzenie się populacji. Obszarem będącym przedmiotem badań w Polsce jest zaangażowanie skazanych w wolontariat hospicyjny. Uczestnicy sesji zgodnie stwierdzili, że zarówno zapewnienie opieki paliatywnej osobom odosobnionym, jak i badanie fenomenu wolontariatu skazanych powinny być przedmiotem kolejnych badań, publikacji i praktycznych działań.

Obok wykładów i spotkań z ekspertami, ważnymi wydarzeniami podczas konferencji w Kopenhadze były panele eksperckie. Doktor n. med. Adriana Stryczyńska-Mirocha (Hospicjum Cordis w Mysłowicach) oraz dr Radosław Lepka (Uniwersytet im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu) i dr n. med. Janusz Wojtacki (Hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza SAC w Gdańsku i Fundacja Hospicyjna w Gdańsku) aktywnie i krytycznie dyskutowali na temat zasad diagnostyki, oceny i postępowania u chorych na nowotwory złośliwe, doświadczających epizodów bólu przebijającego. Podkreślono, że: 1) dla rozpoznania bólu przebijającego konieczne jest właściwe leczenie bólu podstawowego z wykorzystaniem silnych opioidowych leków przeciwbólowych; 2) dla optymalizacji efektywności i bezpieczeństwa leczenia chorych z bólem przebijającym konieczny jest wielodyscyplinarny wysiłek zespołowy (lekarz, pielęgniarka, psycholog, fizykoterapeuta, odpowiednie zaangażowanie opiekunów nieformalnych, którym zapewniono właściwą edukację w zakresie problemu); 3) spośród aktualnie dostępnych leków – fentanyle przeszczepkowe mają farmakokinetykę najbardziej dostosowaną do przebiegu klinicznego epizodów bólu przebijającego i pozwalają na najbardziej optymalną kontrolę kliniczną jego wszystkich przejawów, w tym takich, jak szybkie narastanie, znaczne nasilenie i czas trwania sięgający 30–60 minut; 4) preparaty morfiny o natychmiastowym uwalnianiu mogą być stosowane w zapobieganiu wystąpienia epizodów bólowych

związanych z określonymi sytuacjami – procedury higieniczne, zabiegi diagnostyczne, lecznicze, czynności fizjologiczne. Z satysfakcją należy zauważyć, że obowiązujące w polskich ośrodkach zasady leczenia chorych z bólem epizodycznym są zgodne z wytycznymi wiodących towarzystw naukowych i światowymi zaleceniami eksperckimi, a doświadczenia zaproszonych do uczestnictwa polskich ekspertów w tym zakresie były inspirujące dla innych środowisk i przyjęte z twórczym zainteresowaniem.

Kolejny niezwykle ważny przejaw aktywności grupy polskich uczestników kongresu stanowiły doniesienia naukowe w formie prezentacji posterowych. Największą ich liczbę zaprezentował zespół z Zakładu Medycyny Paliatywnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Doktor n. med. Aleksandra Modlińska przedstawiła wyniki badania ankietowego, przeprowadzonego wśród 54 członków rodzin podopiecznych hospicjum, którzy odeszli. Wraz z zespołem ukierunkowała wysiłek badawczy na ocenę relacji między doświadczeniem umierania i śmierci bliskiej osoby w przeszłości a aktualnymi poglądami członków rodziny na temat umierania i sprawowania opieki u kresu życia. Badani towarzyszyli odchodzeniu dziadków (40%) lub rodziców (39%), a 78% deklaroowało bezpośrednio, aktywne uczestnictwo w procesie opieki nad umierającym. Większość respondentów wyraziła przekonanie, że gdyby można było cofnąć czas, zmieniliby swoje zachowania wobec umierającego, oraz wątpliwość, czy podjęliby ponownie trud opieki u schyłku życia w domu nad spokrewnionym chorym. Czynniki warunkującymi odpowiedzi uzyskane w kwestionariuszu były: wiek, deklarowana religijność, poczucie realizacji oraz wsparcie ze strony rodziny. Magister Anna Wyszadko z zespołem przedstawiła pracę pilotażową analizującą współpracę między personelem pielęgniarskim, opiekunami medycznymi oraz innymi specjalistami w warunkach hospicjum, oddziału szpitalnego oraz domu opieki długoterminowej w Polsce. Anonimowy kwestionariusz ankiety skierowano do 48 placówek – uzyskano odpowiedzi z 16, w większości od pielęgniarek (65%, 35% od opiekunów medycznych). Aż 91% respondentów deklaroowało podejmowanie współpracy z co najmniej 3 specjalistami w procesie realizowania opieki paliatywnej. Wśród czynników warunkujących poczucie satysfakcji z prowadzonej współpracy zespołowej wskazano przede wszystkim: atmosferę w środowisku pracy (36%), sposób organizacji (30%) oraz porozumienie w zespole (17%). Szczególnie aktywna współpraca z lekarzem i psychologiem dotyczyła środowisk hospicyjnych – deklaroowało ją 91% respondentów. Kolejny zespół z Gdańska pod przewodnictwem dr. Leszka Pawłowskiego przedstawił badanie dotyczące współpracy farmaceutów i lekarzy z 32 hospicjów stacjonarnych. W ocenie lekarzy

główne korzyści z niej płynące to: redukcja kosztów leczenia (52%), doradztwo w zakresie prawidłowego przechowywania leków (50%) i poprawa w zapewnieniu dostępności leków (47%). W podsumowaniu stwierdzono, że lekarze, którzy współpracują z farmaceutami, są bardziej chętni, by włączyć ich do zespołów terapeutycznych. Natomiast zespół pod przewodnictwem dr n. med. Justyny Janiszewskiej przedstawił badanie dotyczące wpływu sytuacji psychofizycznej chorych będących pod opieką u schyłku życia na dystres ich rodzin. Objęto nim 70 pacjentów i ich rodziny, oceniano stan psychofizyczny chorych oraz jego wpływ na ogólną jakość życia rodzin. Obserwowano u nich poziom lęku, depresji, agresji i dystresu i stwierdzono związek pomiędzy gorszym stanem psychicznym i fizycznym chorych a wyższym poziomem wskaźników oceny lęku, depresji i dystresu u badanych rodzin. Kolejny zespół badawczy z Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku pod przewodnictwem dr. Leszka Pawłowskiego podjął ważny temat wolontariatu w opiece hospicyjnej i paliatywnej. Badaniem ankietowym objęto 28 hospicjów w całej Polsce, współpracujących z wolontariuszami (10–100 osób). Ankietowani dyrektorzy ocenili wysoko rolę wolontariatu ze szczególnym podkreśleniem wagi zaangażowania w bezpośrednią opiekę nad chorymi (w 96% to organizowanie czasu wolnego, karmienie, towarzyszenie, porządkowanie pokoju, wspólna modlitwa), co przekłada się na główną korzyść, jaką jest podnoszenie jakości życia chorych. W dalszej kolejności wskazano ich rolę we wspieraniu rodziny chorego w trakcie trwania choroby (68% odpowiedzi) oraz w okresie żałoby (61%). Doceniono również uczestnictwo wolontariuszy w innych aktywnościach wspierających hospicja (akcje charytatywne, prace porządkowe i administracyjne). Inny gdański zespół pod przewodnictwem dr. n. med. Tomasza Bussa zaprezentował wstępne wyniki badania dotyczącego klinicznej przydatności analizatora składu ciała (BCM) mierzącego proporcje wody i tłuszczu w organizmie. Celem badania była ocena możliwości stosowania BCM w ocenie stanu terminalnie chorych pacjentów, porównywalności z oceną kliniczną stanu chorego i przydatności w ocenie czasu przeżycia. Na obecnym etapie zaobserwowano kliniczne i techniczne trudności w wykonywaniu pomiaru analizatorem BCM (w tym: zła jakość pomiaru, pobudzenie, obrzęki obwodowe, wodobrzusze, stan agonalny), co skutkowało, że u ponad połowy badanych (35 spośród 68) nie udało się przeprowadzić pomiarów o wartości diagnostycznej. Dalsze wnioski zostaną przedstawione po zakończeniu badania.

Pod przewodnictwem dr. Izabeli Bętkowskiej (Hospicjum św. Łazarza w Krakowie) zespół badaczy z różnych ośrodków podjął temat potrzeby opieki paliatywnej u pacjentów z chorobami reumatolo-

gicznymi. Badanie pilotażowe, wykorzystujące autorski kwestionariusz, objęło 64 specjalistów reumatologów leczenia ambulatoryjnego i zamkniętego. Dotyczyło ono ich osobistego doświadczenia w opiece nad pacjentami z zaawansowanymi chorobami reumatologicznymi. Większość z badanych (78%) miała w przeszłości pod swoją opieką chorych w schyłkowej fazie tej choroby. 97% wskazało, że korzystne byłoby wdrożenie opieki paliatywnej u niektórych pacjentów z zaawansowaną chorobą reumatologiczną (91% wskazało reumatoidalne zapalenie stawów, 48% sklerodermię układową, 35% toczeń układowy). Jako objawy będące przyczyną cierpienia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów ankietowani specjaliści wskazywali ból (94%), niepełnosprawność (72%) i sztywność poranną (38%). Przy czym 27% badanych reumatologów nigdy nie włączała silnych opioidów u pacjentów z RZS i równocześnie tylko 28% specjalistów kiedykolwiek konsultowało swoich pacjentów ze specjalistami opieki paliatywnej.

Poznański zespół badaczy z Wielkopolskiego Stowarzyszenia Wolontariuszy Opieki Paliatywnej podsumował 15 lat swoich doświadczeń. Przeanalizował dokumentację 1100 pacjentów hospicjum domowego, z których 54% stanowili chorzy na choroby nienowotworowe. Niezależnie od podstawowej choroby głównym problemem klinicznym był ból, raportowany u 75% chorych na nowotwory złośliwe i u 68% z chorobami nienowotworowymi. Badacze zwrócili również uwagę na wzrastający odsetek chorych w wieku starszym i konieczność uwzględnienia szczególnych potrzeb tej grupy wiekowej (częste dysfunkcje wzroku, słuchu i deficyty poznawcze).

Inny zespół z Poznania, pod przewodnictwem dr n. farm. Anny Neumann-Podczaskiej, zaprezentował poster dotyczący paliatywnej farmakoterapii bólu u osób starszych w Polsce. Badanie objęło grupę 400 pensjonariuszy domów opieki dla osób starszych chorujących na choroby, którym potencjalnie towarzyszy ból. W szczególności uwzględniono osoby ze współistniejącym otępieniem. W podsumowaniu zwrócono uwagę, że wśród osób z demencją chorujących na choroby, którym potencjalnie towarzyszy ból, istotnie częściej stosowano neuroleptyki niż leki przeciwbólowe. Zespół badaczy postawił hipotezę, że przyczyną lęku i stosowania neuroleptyków wśród badanych osób może być nierozpoznany ból, a nie pogarszające się deficyty poznawcze. Jednocześnie zwrócono uwagę, że stosowanie neuroleptyków u osób z nierozpoznanym bólem może prowadzić do dalszego pogorszenia funkcji.

W sesji równoległej, dotyczącej opieki paliatywnej w ośrodkach długoterminowej opieki, przedstawiono wieloośrodkowe badanie przeprowadzone przez zespół pod kierownictwem dr hab. med. Katarzyny Szczerbińskiej z Uniwersytetu Jagielloń-

skiego w Krakowie. Jego celem było porównanie dostępności do opieki paliatywnej w ośrodkach opieki długoterminowej w sześciu krajach europejskich, tj. w Belgii, Wielkiej Brytanii, Włoszech, Finlandii, Polsce i Holandii. Jak się okazało zaawansowany poziom integracji opieki paliatywnej występuje w Belgii, Włoszech, Polsce i Wielkiej Brytanii. Nie wiadomo jednak, jakie znaczenie ma stopień rozwoju opieki paliatywnej na zapewnienie opieki rezydentom ośrodków opieki długoterminowej (*long-term care facilities* – LTCFs) oraz czy opieka paliatywna nad umierającymi w takich ośrodkach jest właściwa i wystarczająca. Różnorodność systemów oraz zróżnicowanie poziomu wykształcenia nie stwarzają pewności co do właściwego przygotowania personelu ośrodków opieki długoterminowej do opieki nad umierającymi rezydentami tych placówek. Głównym wnioskiem jest to, że dostępność do opieki paliatywnej w LTCFs jest zróżnicowana w zależności od kraju i zależy od: infrastruktury, zasobów ludzkich, organizacji i regulacji prawnych. Wszystko to czyni zapewnienie właściwej opieki nad umierającymi znaczącym wyzwaniem.

Doktor Jacek K. Kaczyński z TEVA Pharmaceuticals Poland przedstawił w sesji plakatowej wyniki wieloośrodkowej, otwartej próby klinicznej przeprowadzonej w 58 polskich ośrodkach leczenia bólu dla oceny przydatności fentanylu w tabletkach podpoliczkowych, podawanego podpoliczkowo lub podjęzykowo jako formę leczenia bólu przebijającego. Analizowano grupę 321 chorych na nowotwory złośliwe objętych opieką paliatywną i wykazano, że zastosowanie podśluzówkowej tabletki fentanylu pozwala na skuteczną kontrolę bólu przebijającego u zdecydowanej większości chorych – 92,6% badanych, a efekt analgetyczny jest niezależny od drogi podania leku. Zakres dawek skutecznych wyniósł $\leq 200 \mu\text{g}$ u co najmniej 74% chorych. Drogę podjęzykową wybrało 36/321 chorych (11,8%), co było głównie wyrazem niezależnej decyzji chorych (91,9%), ale znaczenie miały także inne przyczyny (braki w uzębieniu, współistniejące stany zapalne jamy ustnej, w tym grzybicze). Badanie potwierdziło wysoką skuteczność fentanylu w tabletkach podpoliczkowej w leczeniu epizodów bólu przebijającego. W świetle przedstawionych wyników wydaje się, że droga podpoliczkowa i podjęzykowa są równoważne pod względem skuteczności, a wykorzystanie drogi podjęzykowej wynika z indywidualnego wyboru chorych i stanowi wartościową alternatywę w wybranych sytuacjach klinicznych.

Anna Janowicz z gdańskiej Fundacji Lubię Pomagać była współautorką międzynarodowego posteru „Development of a National Programme for Volunteering in Palliative Care Services”. Przedstawiał on założenia dwuletniego projektu rozwoju wolontariatu w ośrodkach opieki paliatywnej w Rumunii,

prowadzonego przez zespół Hospice Casa Sperantei Foundation w Brasov. Realizacja jego założeń rozpoczęła się od spotkania Initiative and Expertise Group w sierpniu 2013 r., do której Anna Janowicz została zaproszona jako ekspert. Podczas tygodniowego spotkania podzieliła się doświadczeniami z programów rozwoju wolontariatu hospicyjnego w Polsce, prezentując programy szkoleniowe, narzędzia edukacji i promocji wolontariatu oraz publikacje opisujące te zagadnienia. Celem prac Grupy było również opracowanie programu edukacji koordynatorów i promocji wolontariatu hospicyjnego w Rumunii. Aby lepiej poznać dobre praktyki współpracy z wolontariuszami, na tygodniową wizytę studyjną przyjechały do Polski dwie koordynatorki wolontariatu z Brasov z Rumunii. Celem projektu zaprezentowanym na plakacie jest pozyskanie i przygotowanie 45 koordynatorów wolontariatu i 720 wolontariuszy w Rumunii. Jako dobrą praktykę i wzór wykorzystano polskie doświadczenia w rozwoju koordynacji wolontariatu i ochotniczym zaangażowaniu w zespołową opiekę.

Doktor n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek (Uniwersytet im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu) przedstawiła pracę będącą systematycznym przeglądem literatury oceniającym „Clinically significant drug-drug interactions involving opioid analgesics used for pain treatment in patients with cancer”. Autorka – we współpracy z badaczami z ośrodków norweskich – dokonała systematycznego przeglądu literatury, który pozwolił na wyłonienie 32 opisów przypadków oraz analiz grup chorych, głównie otrzymujących fentanyl i morfinę. Możliwe interakcje lekowe opioidów stosowanych przeciwbólowo ujęto w 4 grupy objawów: 1) sedacja i/lub depresja ośrodka oddechowego, 2) inne objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego, 3) zaburzenia kontroli bólu i/lub wystąpienie objawów odstawienia opioidów, 4) inne objawy kliniczne. Przedstawiony przegląd pozwolił na przedstawienie kilku wniosków: 1) kojarzenie opioidów z lekami mającymi działanie depresyjne na ośrodkowy układ nerwowy podwyższa ryzyko powikłań toksycznych – leki tej grupy powinny być dawkowane indywidualnie w oparciu ściśle monitorowanie objawów niepożądanych; 2) nie powinno się kojarzyć opioidów wykazujących antagonizm wobec receptora opioidowego z lekami z grupy agonistów receptorów opioidowych; 3) jednoczesne zastosowanie opioidów z lekami wpływającymi na aktywność cholinergiczną, serotonergiczną i dopaminergiczną w ośrodkowym układzie nerwowym powinno być bardzo ostrożne – takie skojarzenie może zwiększać ryzyko powikłań (w tym delirium); 4) skojarzenie fentanylu, oksykodonu lub metadonu z podawaniem preparatów hamujących CYP3A4 może indukować objawy przedawkowania opioidów i nasilać obja-

wy ich toksyczności, z kolei zastosowanie silnych induktorów CYP450 może obniżyć jakość leczenia przeciwbólowego. W podsumowaniu podkreślono, że jakkolwiek dane dotyczące interakcji lekowych opioidów podawanych w leczeniu bólu nowotworowego nie są zbyt obszerne, dokonany przegląd systematyczny upoważnia do zalecenia szczególnej ostrożności w kojarzeniu opioidów z innymi lekami i, o ile to możliwe, unikaniu polipragmazji.

Doktor hab. med. Wojciech Leppert we współpracy z mgr Izabelą Kaptacz (krajowym konsultantem w dziedzinie pielęgniarstwa w opiece paliatywnej) i mgr Bożeną Łukaszek przedstawił historię i aktualne problemy rozwoju specjalizacji pielęgniarstwa w zakresie medycyny paliatywnej. Autorzy przypomnieli, że wysiłki dotyczące wprowadzenia i utrzymania specjalizacji pielęgniarstwa w zakresie opieki paliatywnej są jednym z zadań działającego od 2006 r. Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej. Dzięki determinacji i wielkiej konsekwencji w działaniu tej organizacji obecnie w większości województw dostępna jest możliwość konsultacji i usługi pielęgniarstwa w medycynie paliatywnej, a liczba pielęgniarek legitymujących się dyplomem specjalisty w tym zakresie wynosi aktualnie 648. Niestety, na mapie Polski wciąż są jeszcze „białe plamy”, a zapotrzebowanie na nowych specjalistów (głównie specjalistki) w tej dziedzinie jest ogromne.

Doktor n. med. Ewa Deskur-Śmielecka (Uniwersytet Medyczny im. Marcinkowskiego w Poznaniu) przewodniczyła zespołowi badawczemu, który przedstawił pracę „Let’s talk about sex: doubts and problems relating to sex life addressed to doctor, nurses, psychologists and physical therapists by palliative care patients”. W badaniu ankietowym uczestniczyło 54 respondentów (26 lekarzy, 15 pielęgniarek, 8 psychologów i 5 fizykoterapeutów). Większość z nich (69%) zadeklarowała, że w dotychczasowej praktyce w zakresie opieki paliatywnej bywała pytana przez chorych o zagadnienia związane z życiem seksualnym. Kwestie te poruszali głównie mężczyźni (39% wobec 15% kobiet), objęci opieką hospicjum domowego i w wieku średnim (48% wobec 19% chorych starszych, 19% młodych). Jedynie 3% pracowników prowadzących opiekę paliatywną wskazało, że pytania o zagadnienia życia seksualnego stanowią stały element badania podmiotowego. Żal nad utratą aktywności w życiu seksualnym, możliwości poprawy jakości pożycia z wykorzystaniem leków oraz podejmowanie aktywności seksualnej w trakcie ciężkiej choroby – to główne problemy zgłaszane przez chorych objętych opieką paliatywną.

Praca posterowa przedstawiona przez dr. n. med. Piotra Jakubowa z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku była wynikiem współpracy wieloosrodkowej. Zaprezentowano protokół standaryzacji postępowania w diagnostyce z zastosowaniem techniki

USG w medycynie paliatywnej. Został on utworzony na wzór rutynowo już stosowanych procedur w medycynie ratunkowej. Wdrożenie ujednoczonych zasad przeprowadzania badania ultrasonograficznego z użyciem 6–8 skanów pozwoli na szybką ocenę stanu klinicznego chorych hospicyjnych zarówno przez lekarzy specjalistów, jak i tych z niewielkim doświadczeniem diagnostycznym.

Inny plakat, przygotowany przez mgr Monikę Koszę z Domu Sue Ryder w Bydgoszczy we współpracy z poznańskim Uniwersytetem Medycznym im. Marcinkowskiego, przedstawił wyniki ankiety przeprowadzonej wśród pracowników hospicjów domowych, stacjonarnych oraz oddziałów medycyny paliatywnej z województw kujawsko-pomorskiego oraz wielkopolskiego (149 pielęgniarek oraz 68 lekarzy) na temat metod diagnozowania i leczenia zaparc u pacjentów pod opieką paliatywną. Jej wyniki potwierdzają konieczność kontynuacji szkolenia oraz opracowania standardów postępowania w zakresie regulacji wypróżnień u chorych w stanie zaawansowanej choroby nowotworowej. Druga praca plakatowa mgr Moniki Koszeli dotyczyła porównania używanych dotychczas do iniekcji podskórnych tradycyjnych motylków z metalową igłą z kaniulą Insert Saf-T-Intima™ SQ – u 20 chorych wymagających kontynuacji iniekcji podskórnych w domu wykazano zdecydowanie większą skuteczność stosowania kaniuli. Wystąpiło mniej zdarzeń niepożądanych, kaniula była lepiej i dłużej tolerowana przez chorych. Zarówno pacjenci, jak i personel wskazywali na lepszy komfort stosowania kaniuli. Może ona być alternatywą do podawania leków drogą podskórną.

W posterze z Uniwersytetu Medycznego im. Marcinkowskiego w Poznaniu prezentowanym przez dr n. med. Renatę Kroll-Balcerzak opisano grupę 30 chorych hospitalizowanych w latach 2008–2014 na Oddziale Hematologii wymagających opieki paliatywnej. Po podjęciu decyzji o braku możliwości leczenia przyczynowego pacjentów nie przeniesiono na oddziały paliatywne w innych szpitalach. Pozostali oni na Oddziale, gdzie otrzymywali leczenie objawowe oraz pełne wsparcie ze strony dobrze wyszkolonego, wielodyscyplinarnego zespołu: pielęgniarek, lekarzy i psychologów.

Zespół Poradni Leczenia Bólu i Medycyny Paliatywnej oraz Poradni Psychoonkologii Centrum Onkologii – Instytutu we współpracy z Warszawskim Uniwersytetem przygotował 4 doniesienia dotyczące wielu aspektów jakości życia pacjentów z przewlekłym bólem nowotworowym. Praca prezentowana przez dr n. med. Martę Kulpę dotyczyła analizy roli czynników demograficznych i rodzaju choroby nowotworowej w rozwoju negatywnych stanów emocjonalnych w przebiegu choroby nowotworowej. Przebadano 348 kobiet i 224 mężczyzn (19–91

lat, mediana 54 lata) z rozpoznaniem nowotworów złośliwych o różnych lokalizacjach. Wykorzystano skalę HADS do badania lęku i depresji oraz kwestionariusz do oceny zmiennych demograficznych. Wyniki wskazują, że najwyższy poziom lęku i depresji zaobserwowano u chorych cierpiących na nowotwór piersi i narządu rodowego. Istnieje pewna grupa chorych, którzy powinni być objęci wsparciem psychologicznym z powodu wyższego ryzyka gorszej adaptacji do choroby. W drugiej pracy prezentowanej przez dr n. med. Elwirę Góraj i współpracowników poruszono dylemat, czy dobra kontrola bólu jest wystarczająca do osiągnięcia dobrej jakości życia u chorych onkologicznie. Przebadano 55 chorych (w tym 22 mężczyzn, 33 kobiety, wiek: 44–82 lata). Ból mierzono za pomocą Skali Oceny Numerycznej (NRS), a jakość życia z wykorzystaniem Kwestionariusza Jakości Życia – Paliatywna (QLQ-C15-PAL). Autorzy stwierdzili, że dobra kontrola bólu nie wystarczy do utrzymania dobrej jakości życia chorych, ponieważ niezbędne jest również równoległe utrzymanie dobrego funkcjonowania na poziomie psychologicznym i społecznym. W trzeciej pracy prezentowanej przez mgr Urszulę Ziętalewicz z zespołem analizowano wpływ negatywnych stanów emocjonalnych na funkcjonowanie fizyczne, poznawcze, emocjonalne i społeczne chorych onkologicznie. Badaniem objęto 50 kobiet i 72 mężczyzn (średnia wieku 57 lat) z diagnozą choroby nowotworowej postawionej od co najmniej trzech miesięcy. Funkcjonowanie pacjentów mierzono przy użyciu Kwestionariusza Jakości Życia (QLQ-C30), lęk i depresję zmodyfikowaną Szpitalną Skalą Lęku i Depresji (HADS-M). Lęk okazał się silniejszym determinantem funkcjonowania pacjentów. Uzyskane wyniki wskazują, że minimalizacja negatywnych emocji, zwłaszcza lęku, poprawia funkcjonowanie fizyczne, emocjonalne i społeczne pacjentów z chorobą nowotworową. Zapewnienie wsparcia psychospołecznego stanowi cenne uzupełnienie leczenia na każdym etapie choroby nowotworowej, aby zapewnić najwyższą możliwą jakość życia chorych. W czwartej pracy zespołowej prezentowanej przez dr n. med. Martę Kulpę badano ogólne poczucie własnej skuteczności chorych onkologicznie jako predyktora dobrego funkcjonowania. Badaniem objęto 572 chorych z rozpoznaniem choroby nowotworowej (348 kobiet i 224 mężczyzn, wiek: 19–91 lat, mediana: 54). Ogólne poczucie własnej skuteczności badano skalą (GSES), a przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej Skalą MiniMAC. Wyniki wskazują, że lepsze przystosowanie psychiczne, jak duch walki i pozytywne przewartościowanie, osiągają chorzy z wyższym poczuciem własnej skuteczności oraz wewnętrznym poczuciem kontroli. Autorzy przedstawionych czterech prac planują kontynuację opisanych badań na szerszej grupie chorych.

Światowy Kongres EAPC oznacza lata przygotowań i pracy Komitetu Naukowego, w którym swój udział mieli również Polacy. Recenzentami naukowymi nadesłanych w rekordowej liczbie prac byli przedstawiciele różnych środowisk opieki paliatywnej, a ich kompetencje posłużyły do planowania zarówno sesji plenarnych i ich wykładowców, jak również do oceny prac nadesłanych w formie doniesień plakatu. Trudne wyzwanie recenzowania w ramach Komitetu Naukowego EAPC podjęli eksperci związani aktualnie lub w przeszłości z polską opieką paliatywną: Sylwia Dziągiewska-Gęsiak, Małgorzata Krajnik, Piotr Krakowiak, Piotr Sobański, Wojciech Leppert i Zbigniew Żylicz.

Czternasty Światowy Kongres *European Association for Palliative Care* zgromadził wielu entuzjastów wykorzystania opieki paliatywnej nad chorymi na nowotwory złośliwe i schorzenia nienowotworowe na wszystkich etapach rozwoju tych procesów – od momentu ustalenia rozpoznania pierwotnego do opieki u schyłku życia. Przy wszystkich możliwych okazjach szeroko podkreślano konieczność dalszych wysiłków dla upowszechnienia Karty Praskiej EAPC, którą dotychczas podpisało ponad 7500 osób. Przyjazne wnętrza kopenhaskiego Bella Center dały uczestnikom niepowtarzalną możliwość dyskusji aktualnych zagadnień opieki paliatywno-hospicyjnej. Działo się to nie tylko w salach obrad, ale także podczas nieformalnej wymiany doświadczeń praktycznych i osobistych opinii. Jubileuszowy, piętnasty kongres EAPC odbędzie się w czerwcu 2017 r. w Madrycie, a wszyscy czytający te słowa mogą sprawić, że polska reprezentacja będzie równie aktywna i odebrana z podobnym zainteresowaniem, jak podczas tegorocznej edycji tej ważnej dla opieki nad osobami u kresu życia konferencji.