 European Society for Medical Oncology

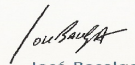
The European Society for Medical Oncology is pleased to accredit


**Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center
Institute of Oncology
Warsaw, Poland**

as a

**Designated Center of Integrated Oncology and Palliative Care
for the period 2009 – 2011**

on the occasion of the 33rd ESMO Congress, Stockholm, Sweden, 12 – 16 September 2008


José Baselga
ESMO President


Nathan Cherny
Chair, ESMO Palliative Care Working Group



Ból, żywienie i leczenie wspomagające w onkologii

Dr n. med. Jerzy Jarosz – Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii COI

- Starzenie się społeczeństw
- Zmiany w przebiegu chorób
- Zmiany struktury społecznej

Implikacje

Politycy muszą zacząć planowanie jak odpowiedzieć na potrzeby starzejącego się społeczeństwa.

System ochrony zdrowia musi poświęcić więcej uwagi opiece nad ludźmi w różnym wieku którzy żyją i umierają na różne poważne choroby przewlekłe.

Davies E, Higginson IJ. WHO Europe 2004

W skali światowej, opieka paliatywna jest nagłą humanitarną potrzebą dla ludzi chorych na nowotwory i inne przewlekłe, prowadzące do śmierci choroby

Kryteria otrzymania akredytacji (ESMO)

1. Ośrodek prowadzi leczenie onkologiczne zintegrowane z leczeniem paliatywnym
2. Ośrodek jest zaangażowany w realizację filozofii ciągłości leczenia i odpowiedzialności za niepozostawianie chorych bez pomocy w żadnym okresie choroby
3. Ośrodek prowadzi wysoko kwalifikowaną opiekę domową skoordynowaną z lekarzem domowym
4. W działalności ośrodka uwzględnione są programy pomocy rodzinie
.....
.....
11. Ośrodek posiada pomieszczenia i kadrę fachową do prowadzenia szpitalnej opieki dla umierających (end-of-life care) ...

Znoszenie cierpień jest wspólnym celem medycyny i praw człowieka. Tak więc
Uśmierzenie bólu i cierpień musi być rozpoznawane w kategorii praw człowieka

(Margaret Somerville 1992)

Międzynarodowe deklaracje propagujące takie podejście

- *Standing Committee of Canadian Senate (2000)*
- *The Cape Town Declaration (2003)*
- *European Committee of Ministers (2003)*
- *International Working Group ESO (2004)*
- *Pope Benedict XVI (2007)*
- *Korea Declaration (2007)*
- *European Association for Palliative Care. The Budapest Commitments (2007)*
- *UN Human Rights Council (2009)*

Geneza współczesnej opieki paliatywnej/hospicyjnej w Polsce

Drażkiewicz J.

W stronę umierającego człowieka ruchu hospicjów w Polsce.

Uniwersytet Warszawski 1990

1981 –1990 – okres „pionierski”:

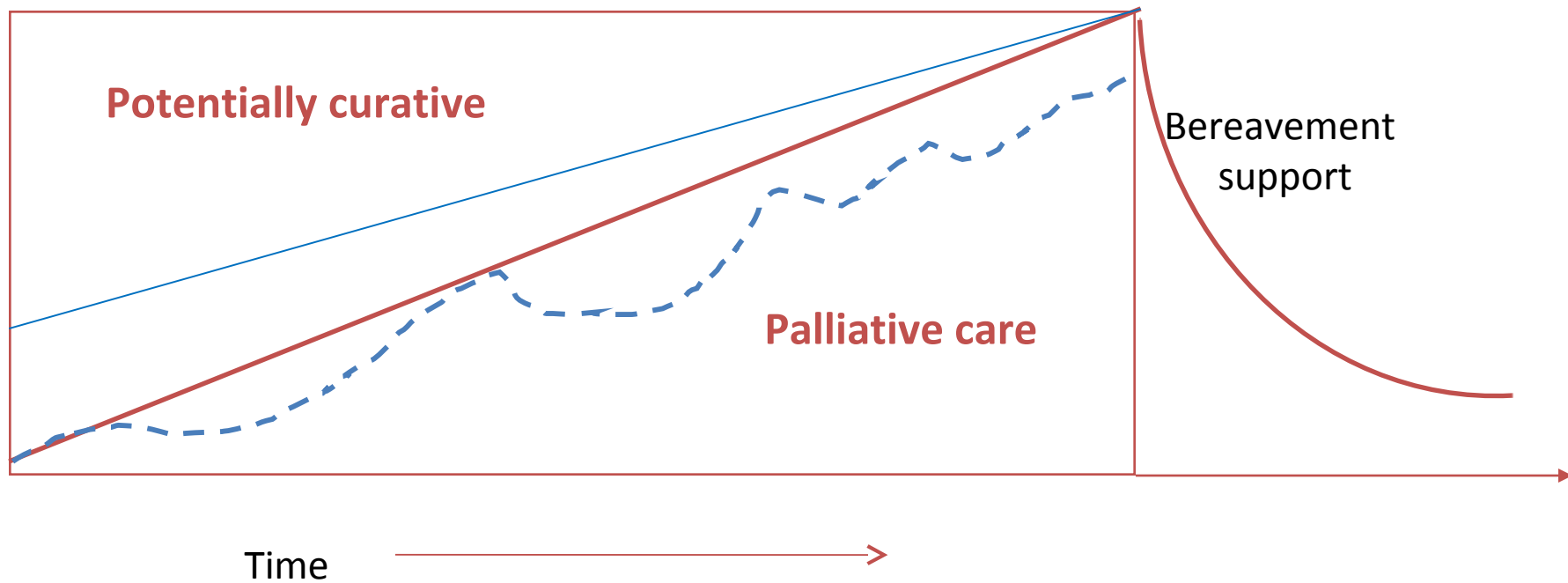
Początki działań wolontariuszy jako przejaw powstawania społeczeństwa obywatelskiego

Powstanie pierwszych 17 hospicjów

Motywy podejmowania działań przez wolontariuszy:

1. chory jako symbol wartości życia ludzkiego i poszanowania godności
2. tworzenie się specyficznych więzi społecznych – ludzka solidarność
3. nowe wartości w medycynie powrót do humanitaryzmu

Cancer treatment is the continuum



Cherny NI., Catane R., Kosmidas and Members of ESMO Palliative Working Group
ESMO policy on supportive and palliative care

■ **Leczenie wspomagające** „supportive care” : opieka , której celem jest uzyskanie możliwie największego komfortu, możliwości funkcjonowania i wsparcia socjalnego dla chorych i ich rodzin na każdym etapie choroby i leczenia

■ Opieka paliatywna odnosi się do etapu gdy choroba jest nieuleczalna

■ Opieka końca życia „End-of-life-care” to opieka paliatywna w okresie zbliżania się do śmierci



„Upodlenie“
„Fabryka śmierci“

N. I. Cherny, R. Catane, P. A. Kosmidis and Members of the ESMO Palliative Care Working Group ESMO Policy on Supportive and Palliative Care].

- Leczenie wspomagające i paliatywne powinno być wdrażane podczas aktywnej fazy leczenia przeciwnowotworowego
- Onkolodzy powinni być ekspertami w leczeniu objawów fizycznych i psychicznych zaawansowanej choroby nowotworowej
- Ośrodki onkologiczne powinny prowadzić leczenie wspomagające i opiekę paliatywną jako część swojej podstawowej działalności

„Opieka paliatywna zaczyna się od zrozumienia, że każdy chory ma swoją własną historię, swoje miejsce w społeczeństwie, swoją kulturę i jest godny **szacunku** jako niepowtarzalna, jednostka”

„Szacunek przejawia się również udostępnianiem chorym możliwie **najlepszej opieki** i zdobyczy nauk medycznych tak by wszyscy mieli szansę dobrze wypełniać swoje życie.”

Dame Cicely Saunders w:
The Solid Facts. Palliative Care. Ed. Davies E, Higginson IJ. WHO 2004



Onkologia

W PRAKTYCE KLINICZNEJ

ISSN 1734-3542

2007, tom 3, supl. C



Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych

Część I

Redakcja:

Maciej Krzakowski
Krzysztof Herman
Jacek Jassem
Wiesław Jędrzejczak
Jerzy R. Kowalczyk
Maria Podolak-Dawidziak
Marian Reinfuss

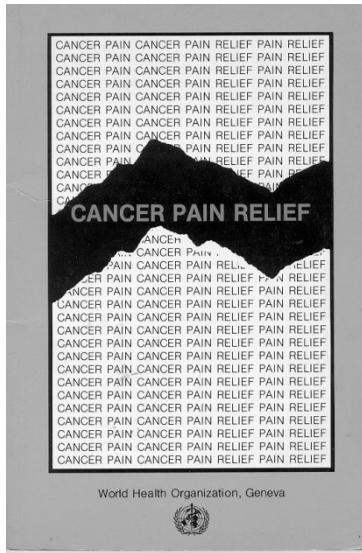
dr n. med. Jerzy Jarosz
specjalista anestezjolog
i medycyny paliatywnej
100 750

Każdy chory na nowotwór ma prawo oczekiwać aby bóle towarzyszące jego chorobie były starannie leczone i aby jego problemy zmagania się z chorobą spotykały się ze zrozumieniem ze strony najbliższych, pracowników medycznych jak i całego społeczeństwa.

Leczenie bólów nowotworowych.

Jarosz J, Hilgier M, Kaczmarek Z, de Walden-Gałuszko K

Trójstopniowa drabina analgetyczna wg. WHO (1986)



**silne opioidy + analgetyki nieopioidowe
+/- leki uzupełniające**

III

jeśli ból nie ustąpił lub narasta

**słabe opioidy + analgetyki nieopioidowe
+/- leki uzupełniające**

II

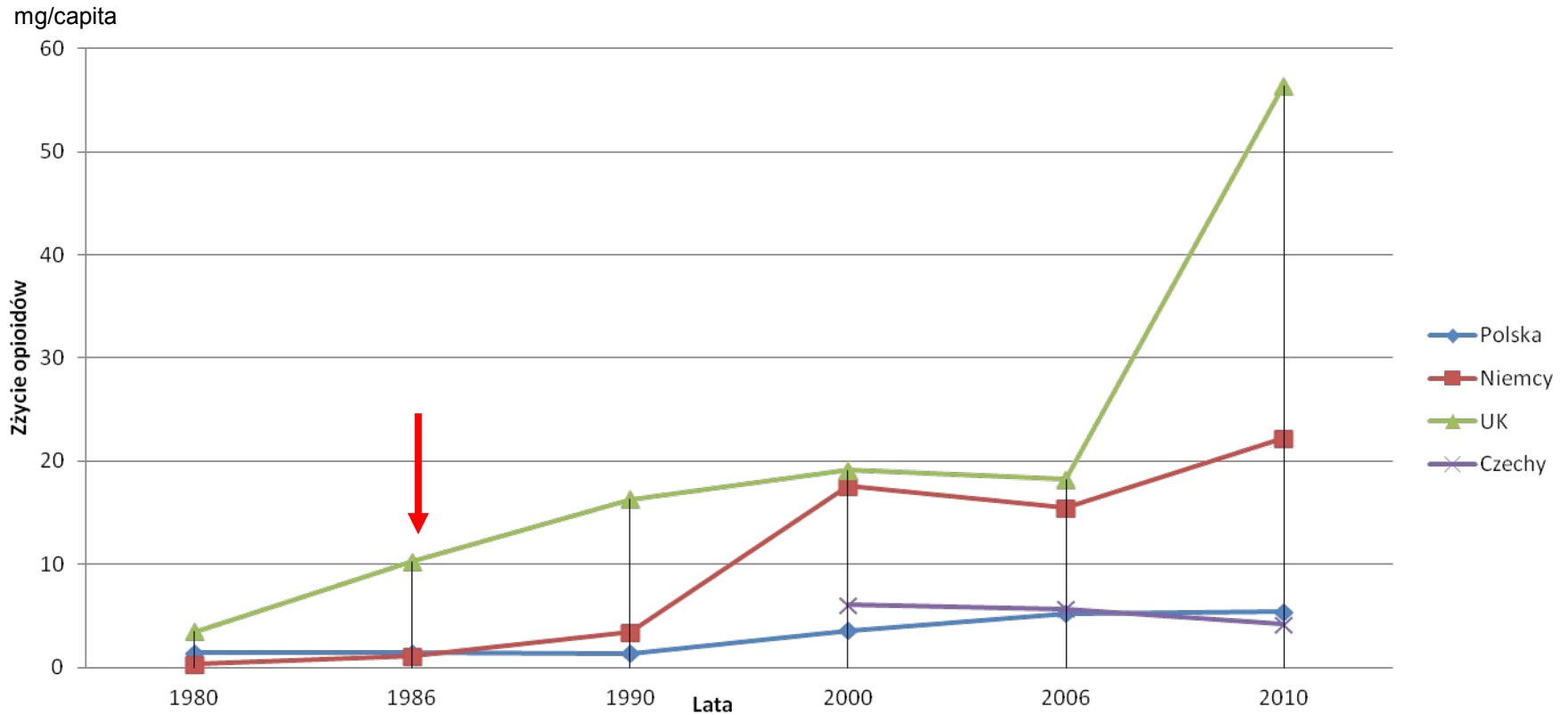
jeśli ból nie ustąpił lub narasta

**analgetyki nieopioidowe
+/- leki uzupełniające**

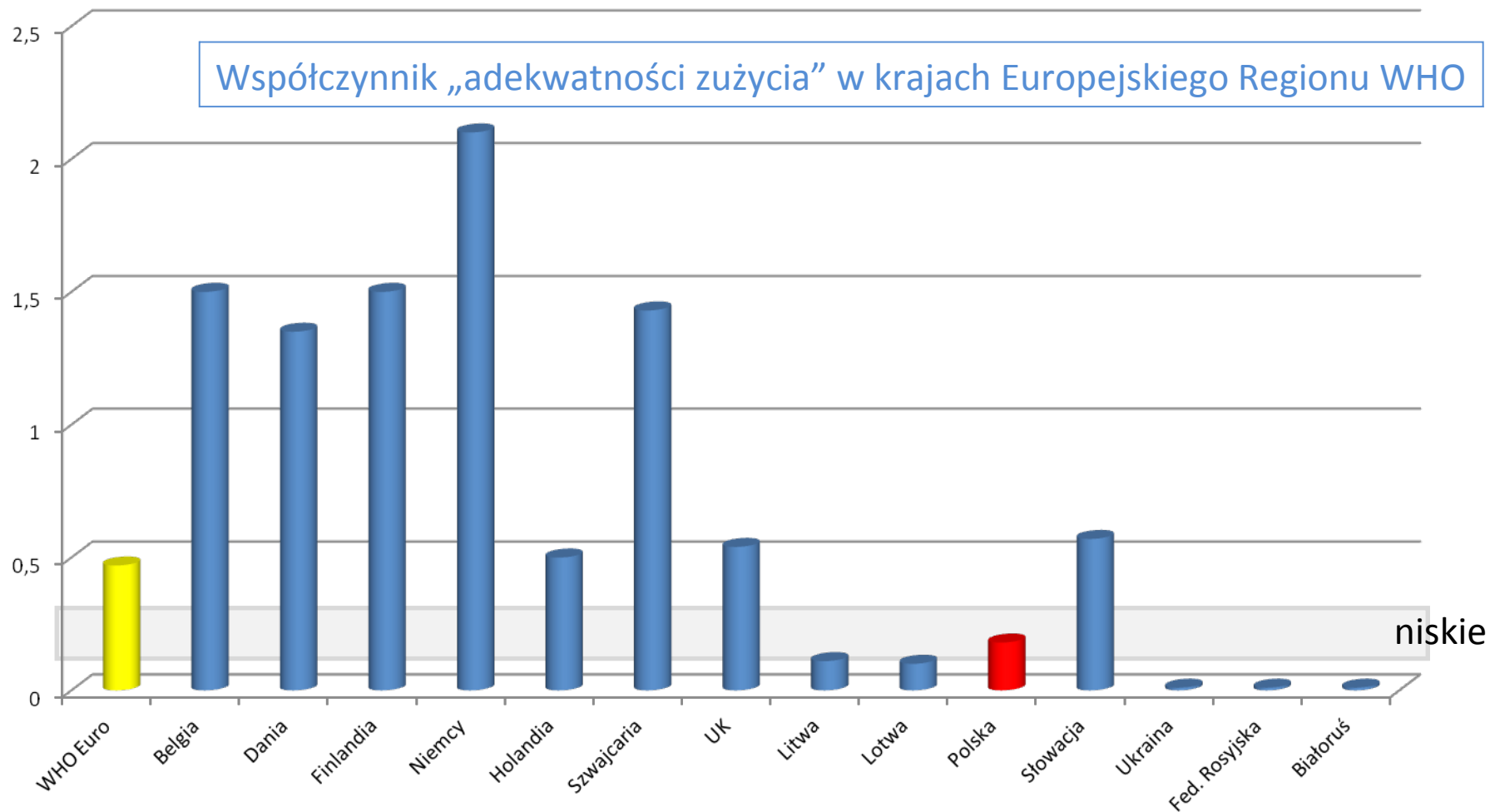
I

Dynamika wzrostu zużycia analgetyków opiodowych w wybranych krajach Europy

[www.painpolicy.wisc.edu /opioid-consumption-data](http://www.painpolicy.wisc.edu/opioid-consumption-data)

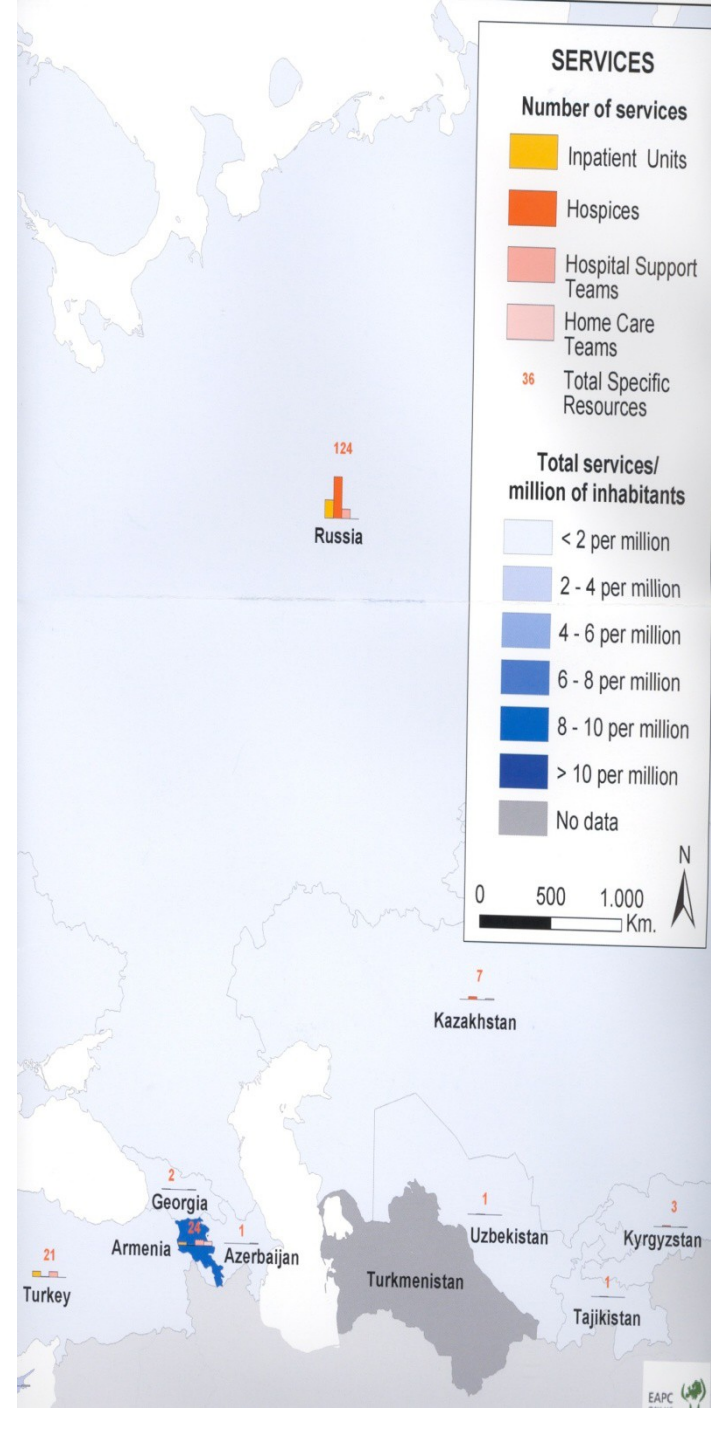
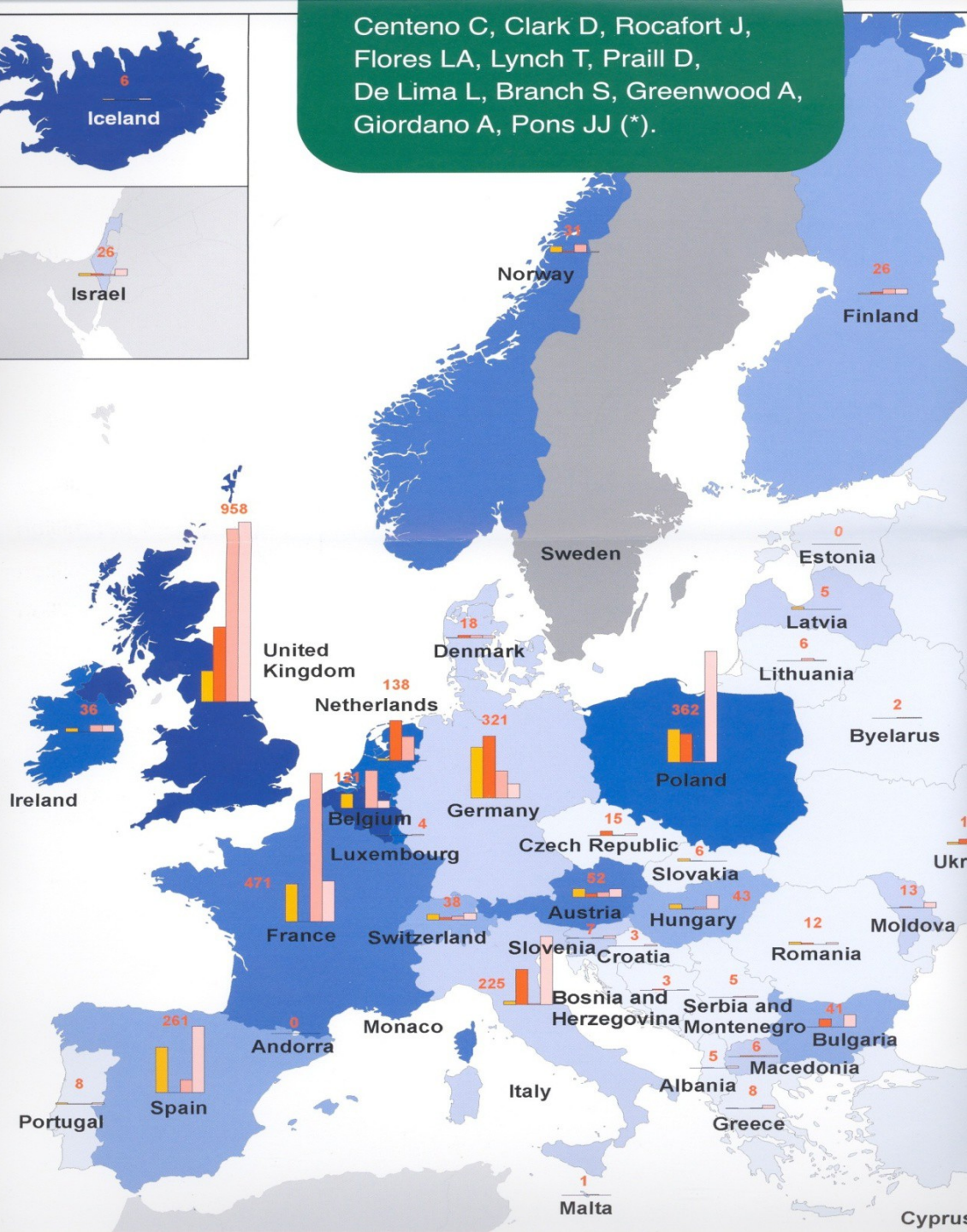


Porównanie pomiędzy zużyciem, a zapotrzebowaniem na analgetyki opioidowe w skali krajowej, regionalnej i światowej (2011)





Centeno C, Clark D, Rocafort J, Flores LA, Lynch T, Prail D, De Lima L, Branch S, Greenwood A, Giordano A, Pons JJ (*).



SERVICES

Number of services

- Inpatient Units
- Hospices
- Hospital Support Teams
- Home Care Teams
- Total Specific Resources

Total services/ million of inhabitants

- < 2 per million
- 2 - 4 per million
- 4 - 6 per million
- 6 - 8 per million
- 8 - 10 per million
- > 10 per million
- No data

0 500 1.000 Km.

N

Stosowanie opioidów w leczeniu bólów nowotworowych.
Rekomendacje Europejskiego Tow. Opieki Paliatywnej 2012

- „szokujący brak wiarygodnych dowodów (RCTs) potwierdzających praktykę kliniczną”.
- „Tak naprawdę, dane na temat różnych opioidów III stopnia drabiny analgetycznej, opioidów podawanych przezskórnie, leczenia bólów przebijających, zaparć i bólów neuropatycznych pochodzą niemal wyłącznie z badań sponsorowanych przez przemysł farmaceutyczny”

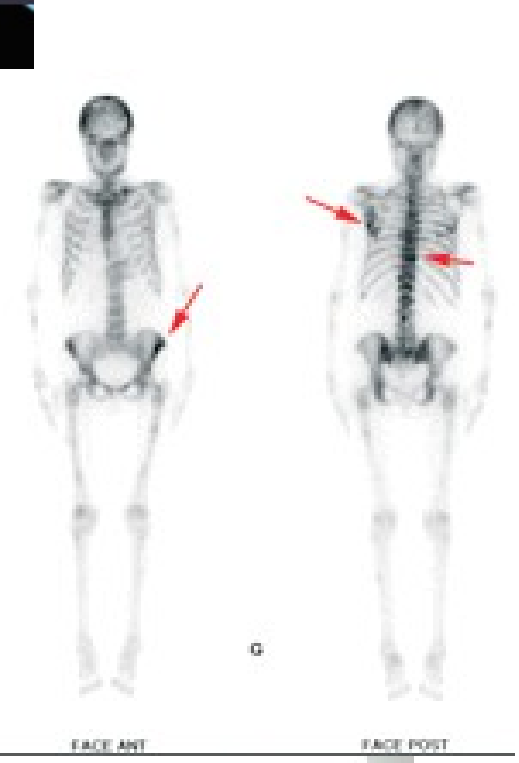
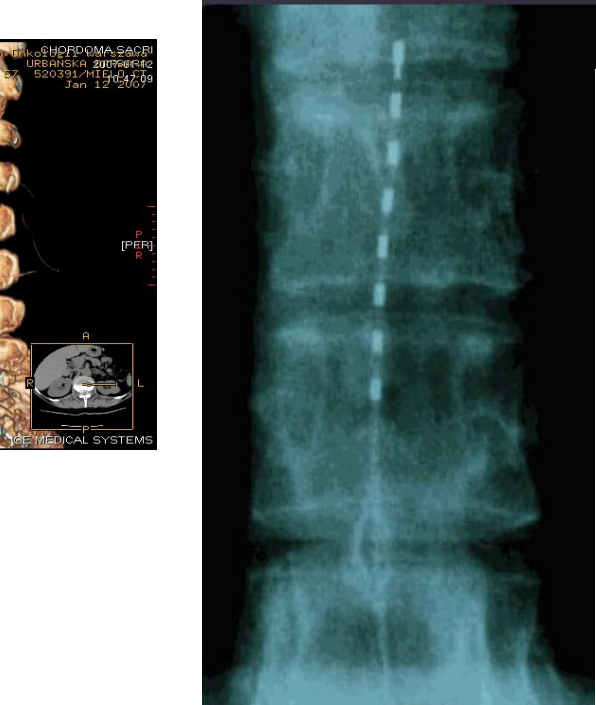
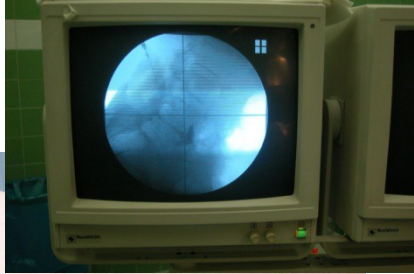
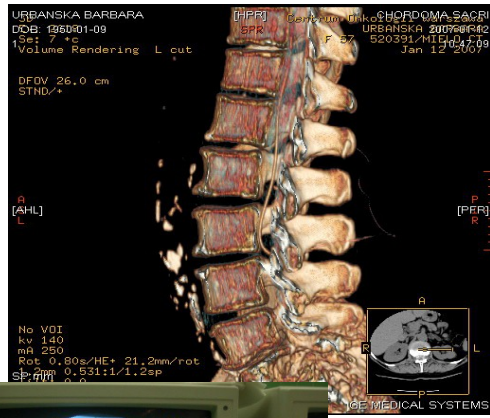
www.thelancet.com/oncology vol 13 February 2012

14 autorów zgłosiło deklarację konfliktu interesów.
Takie są czasy i takie obyczaje.

Recepta
 Kopla 070000000007748796
CENTRUM ONKOLOGII INSTYTUT
 im. Marii Skłodowskiej-Curie
 ZAKŁAD MEDYCYNY PALIATYWNEJ
 02-77* Warszawa, ul. W.K. Roentgena 6
 tel./fax: 644 90 02

Pacjent	09
Imię i nazwisko	Wojciech W. W.
PESEL	28030207287
Ch. przewlekłe	Ch. przewlekłe

Rp:
 Durogenic 25,0
 10 (inwazyjnie)
 (do celi) (2x)
 Rozw. chorobami dora
 S. co 3dn
 5.06.09
 0700000000007748796
 Data wystawienia: 5.06.09
 Data realizacji od dnia:



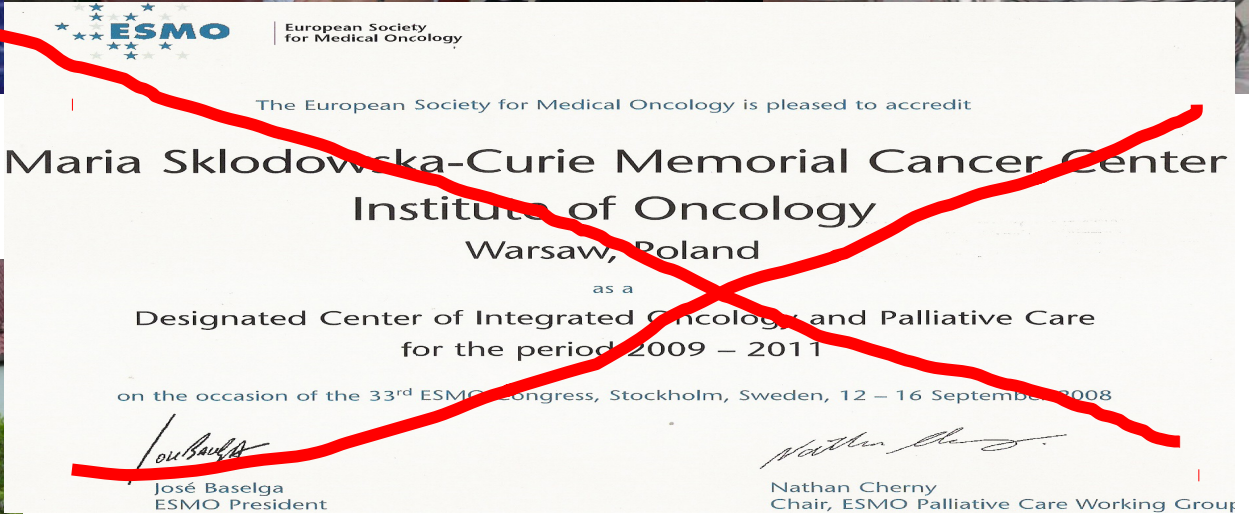
Cancer pain treatment — The Warsaw model

JERZY JAROSZ and MACIEJ HILGIER

*The Maria Skłodowska–Curie Memorial Cancer Center, Institute of Oncology,
Department of Anaesthesiology, 02 781 Warsaw, Findera 101, Poland*

Received 10 February 1996; accepted 4 April 1996

On the 17 November 1995 the Pain Research and Palliative Treatment Center opened in the Maria Skłodowska–Curie Memorial Cancer Center — Institute of Oncology in Warsaw. This ward forms the basic element of the whole system of care for patients who are in need of symptom control due to advanced stages of cancer. It consists of eight beds, with the average time of therapy equalling 5–7 days, and is run by a staff of three doctors, one psychologist, 10 nurses and two secretaries. The out-patient pain clinic, which has been in existence for the last 9 years, is now an integral part of the newly developed system. It is supervised by the same team of doctors, one full time nurse and one hospice co-ordinator (nurse). The staff carries



Jerzy Jarosz
*Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii Centrum Onkologii
Hospicjum Onkologiczne w Warszawie*

Można powiedzieć, że rak jest tą z grupy chorób niezakaźnych, której w największym stopniu można zapobiegać

- Palenie tytoniu
- Dieta
- Alkohol
- Ekspozycja słoneczna i inne znane karcinogeny
- Badania skriningowe
- Szczepienia

Zalecenia dotyczące odżywiania

Utrzymuj zdrową masę ciała w ciągu całego życia.

- Zachowuj równowagę pomiędzy spożywanymi kaloriami, a aktywnością fizyczną.
- Unikaj znczącego przybierania na wadze.
- Staraj się osiągnąć i utrzymać zdrową masę ciała jeśli jesteś otyły.

Dbaj o aktywność fizyczną

- Dorośli: powinni poświęcać co najmniej 30 minut dziennie na umiarkowany do znacznego wysiłek ponad normalne dzienne aktywności przez 5 lub więcej dni w tygodniu. Najlepsze są specjalnie zaplanowane ćwiczenia trwające 45 – 60 minut. .
- Dzieci i dorośli: powinni poświęcać co najmniej 60 minut dziennie na umiarkowany do znacznego wysiłku nie mniej niż 5 dni w tygodniu. Ogranicz czas “ekranowy” (Telewizja, computer, gry komputerowe) do nie więcej niż 2 godziny dziennie.

Wybieraj zdrowe pokarmy z naciskiem na produkty roślinne.

- Wybieraj potrawy i napoje w ilościach, które pomogą utrzymać wagę w zdrowym zakresie.
- Zjadaj pięć lub więcej dań warzywnych i owoców każdego dnia..
- Wybieraj produkty pełnoziarniste zamiast oczyszczonych i przetworzonych ziaren.
- Ograniczaj spożycie czerwonego mięsa i mięsa konserwowanego.

Jeśli pijesz alkohol, ogranicz jego spożycie

- Nie pij więcej niż dwa drinki dziennie jeśli jesteś mężczyzną, Kobiety nie powinny pić więcej niż 1 drink dziennie.

Doyle C. I wsp. Nutrition and physical activity during and after cancer treatment:An American Cancer Society guide for informed choices. *CA Cancer J Clin.* 2006;56:323-353.

Czy wiem jak wyglądam?

Kilka przykładowych pytań do Pań i Panów

- Czy ktoś mi powiedział, że schudłem lub schudła?
- Czy spódnice stały się luźniejsze?
- Czy stanik / biustonosz luźniej przylega do ciała?
- Czy spodnie stały się luźniejsze?
- Czy zapinam pasek dalej niż zwykle?
- Czy kołnierzyk koszuli stał się luźniejszy?



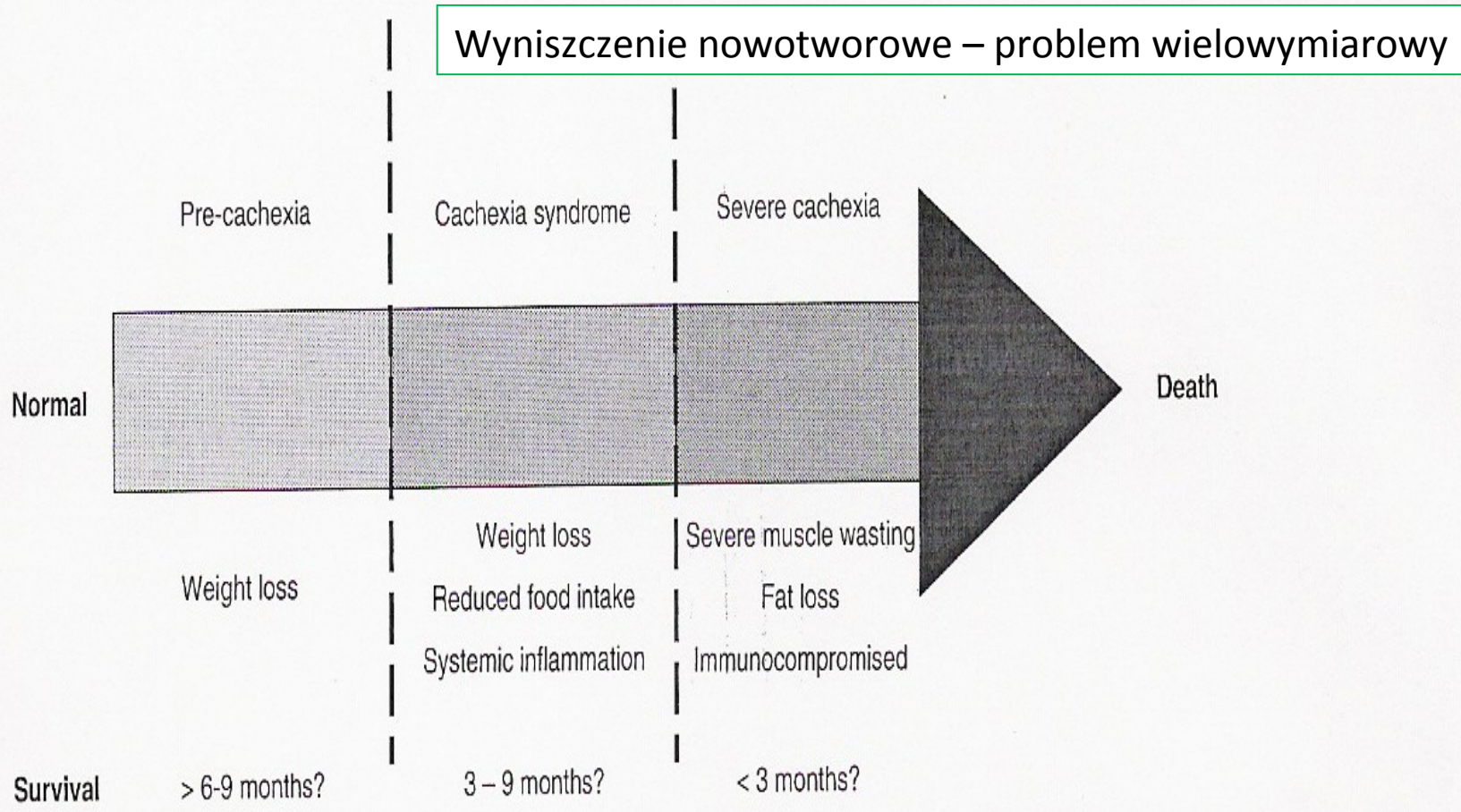


Fig. 1 – Classification of cachexia: cachexia represents a spectrum. Not all patients will progress down the spectrum. There are no robust biomarkers to identify those in the pre-cachectic phase who are likely to complete the journey or the rate at which they will do so.

W odczuciach pacjentów, dieta jest jedynym czynnikiem na który mają wpływ
Przyjmowanie pokarmów jest uważane przez pacjentów za niezwykle ważne
dla utrzymania aktywności, energii i funkcjonowania

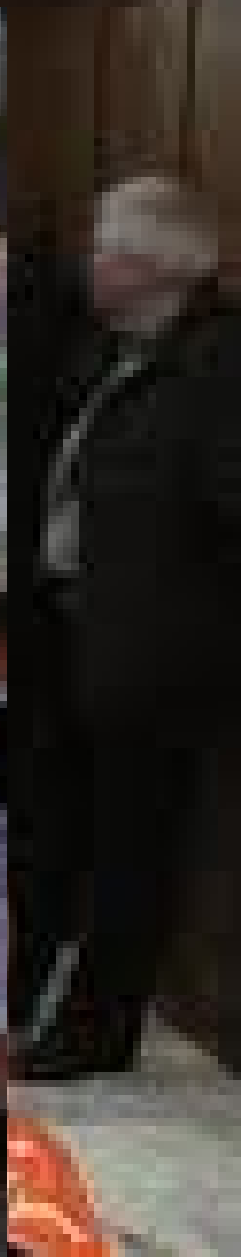
Ravasco P. Zurich – ESMO 2009

Pomimo istotnego znaczenia, tematyka odżywiania jest zaniedbywana zarówno w
prowadzonych badaniach naukowych, jak i w onkologicznej praktyce klinicznej.

***Potrzeba poradnictwa i leczenia żywieniowego jest doceniana jednak w skali kraju
pomoc uzyskuje nie więcej niż 10% chorych***

Istnieje pilna potrzeba podjęcia konkretnych działań dla zlikwidowania tych zaniedbań.

KUPPO 2011



Opieka paliatywna: luksus czy konieczność?

Na pewno, fakt, że opieka paliatywna ma swoje korzenie w organizacjach niedochodowych i pracy wolontariuszy powoduje, że przez niektórych jest odbierana jako coś co nie jest niezbędne i państwo nie musi się angażować w prowadzenie.

Poprawa jakości życia jest rozpoznawana jako niekonieczny dodatek (extra)...

Nadszedł już czas, żeby traktować opiekę paliatywną jako konieczność i inwestować w struktury, jakość i wiedzę tak by móc je rozwijać skutecznie i wydajnie.

*HigginsonIJ, Foley KM. Palliative Care: No longer a Luxury But a Necessity?.
J. Pain and Sympt. Manage. 2009; 38: 1 -2*

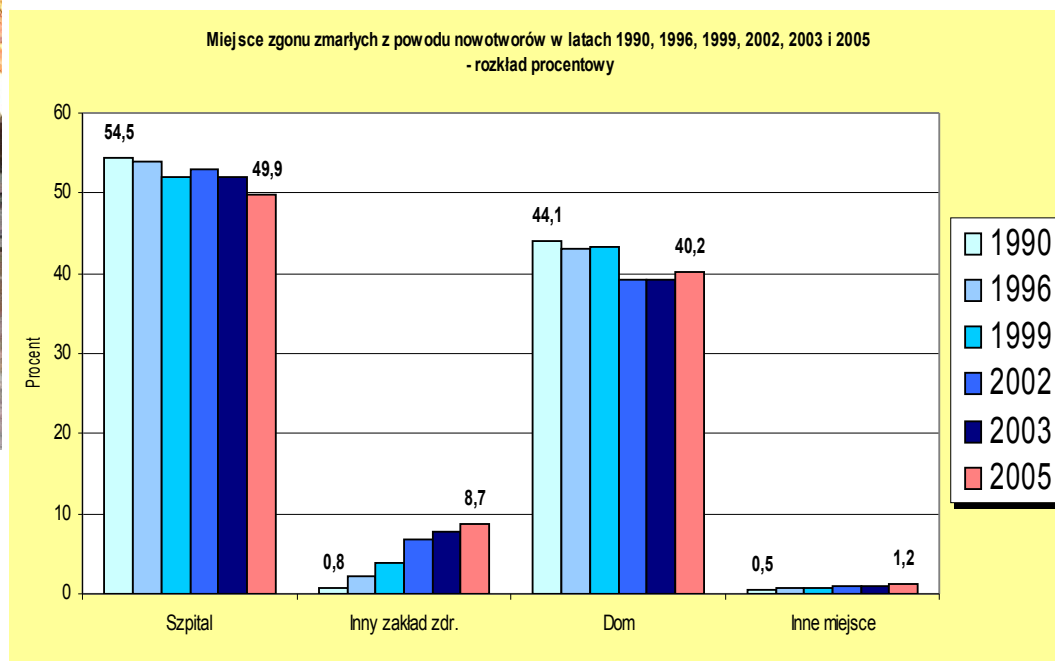
Jakość życia w jego ostatnim okresie życia musi być rozpoznawana jak prawo człowieka



50 – 75% leczonych w okresie z powodu przewlekłych chorób deklaruje, że w końcówce życia chcieliby być leczeni w domu.

Pomimo tych preferencji, w praktyce, umieranie w szpitalu jest powszechne w wielu krajach

Davies E, Higginson IJ. WHO Europe 2004



Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care



General considerations

Pomimo faktu, że w wielu krajach główna część budżetu ochrony zdrowia jest wydawana na ludzi w ich ostatnich latach życia, opieka jaką otrzymują nie jest najbardziej odpowiednia do ich potrzeb.

Czy opieka paliatywna jest tańsza?

Opieka paliatywna powinna i musi być organizowana na podstawie na bazie najwyższej jakości opieki.

Argument, że opiekę paliatywną należy rozwijać ponieważ jest tańsza jest niezwykle groźny.

Żaden rodzaj leczenia nie jest po prostu „tańszy”.