

Palliative Medicine in Practice

ROK 2019

TOM 13

NUMER 4

Access to opioid analgesics for palliative care patients in Ukraine: problems of past and present ... 187

Sofiya Shunkina, Bohdan Hromovik, Kateryna Dorykevych i wsp.

Selected aspects of advance care planning according to Polish legal regulations — physician's requirements ... 197

Leszek Pawłowski, Aleksandra Modlińska, Monika Lichodziejewska-Niemierko

Drug selection in the treatment of breakthrough pain: how the pharmacokinetic profile of drugs is to be translated into clinical practice ... 211

Jarosław Woron

Opioids in clinical practice ... 221

Iwona Zaporowska-Stachowiak, Mary-Tiffany Adannia Oduah, Magdalena Celichowska i wsp.

Paraneoplastic hypertrophic pulmonary osteoarthropathy and pain management ... 248

Aleksandra Masłowska, Marcin Rutkowski, Alba Gabriela Picco Brunetto

Gastrointestinal autonomic nerve tumour — report of a case of GANT that developed as a secondary cancer in a neuroblastoma survivor ... 255

Ewelina Gowin, Katarzyna Jończyk-Potoczna, Jerzy Harasymczuk i wsp.

Biographical note of Professor Jacek Łuczak ... 278

Halina Bogusz, Wojciech Leppert, Aleksandra Kotlińska-Lemieszek ... 263

**XXIV Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych
16–18 stycznia 2020 roku, Częstochowa**

www.journals.viamedica.pl/palliative_medicine_in_practice



VIA MEDICA

ISSN 2545-0425

zono również, iż wczesna opieka paliatywna daje znaczne oszczędności dla systemów opieki zdrowotnej ze względu na ograniczenie konieczności zapewnienia mniej efektywnej opieki w ramach innych niż opieka paliatywna specjalności.

Wczesna opieka paliatywna daje możliwość bardziej skutecznego postępowania, które przekłada się na konkretne korzyści dla chorych i opiekunów, w postaci poprawy jakości życia, a także niejednokrotnie wydłużenia czasu przeżycia pacjentów. Postępowanie oparte jest na integracji opieki paliatywnej (wspierającej) z innymi dziedzinami medycyny, zwłaszcza z onkologią. Wczesna opieka paliatywna (wspierająca) pozwala na lepsze planowanie opieki, zgodne z oczekiwaniami i potrzebami pacjentów i rodzin (opiekunów).

Do tej pory nie ustalono jednoznacznie najbardziej właściwego momentu wdrażania opieki paliatywnej. W niektórych ośrodkach możliwość konsultacji ze specjalistą medycyny paliatywnej ma miejsce w chwili rozpoznania przewlekłej choroby, która związana jest ze znacznym cierpieniem i poważnym rokowaniem.

W polskich warunkach wdrażanie wczesnej opieki paliatywnej (wspierającej) najczęściej ma miejsce w Poradniach Medycyny Paliatywnej, do których trafiają pacjenci poddawani leczeniu przeciwnowotworowemu z zamiarem paliatywnym (głównie łagodzenia dolegliwości) i współistniejącymi objawami, często w połączeniu z problemami natury psychosocjalnej i duchowej. Znaczną wadę systemu opieki paliatywnej w Polsce stanowi brak Zespołów Wspierających w szpitalach, gdzie brak jednostki opieki paliatywnej, bądź przynajmniej możliwości konsultacji specjalisty medycyny paliatywnej dla pacjentów, rodzin i personelu danego oddziału, na którym przebywają pacjenci wymagający opieki paliatywnej. Taki model konsultacji prowadzono w Bydgoszczy, obecnie kontynuowany jest także w Poznaniu, zwłaszcza na oddziałach onkologicznych. Jego dalszy, bardzo pożądaný rozwój, będzie prawdopodobnie uzależniony od możliwości uzyskania finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Netoholizm i fonoholizm — mit czy rzeczywistość?

Dr n. med. Jolanta Warzycha

Oddział Neonatologii Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP w Częstochowie

Wiek XXI został nazwany stuleciem milczenia. Język, którym posługujemy się na, co dzień pełni rolę przekaznika informacji i poleceń. Ludzie nie rozumieją, co się do nich mówi. Przyczyną tego jest uzależnienie od internetu (netoholizm), czy telefonii komórkowej (fonoholizm). E-uzależnienia dotyczą wielu osób,

niezależnie od wieku i zawodu. Dotyczą również pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. Netoholizm to uzależnienie behawioralne. Przebiega w 4 fazach:

Faza I — zaangażowanie: zafascynowanie internetem.

Faza II — zastępowanie: ograniczanie czasu przeznaczonego na inne zajęcia, wędrowki w sieci, nieustanne sprawdzanie skrzynki e-mail.

Faza III — ucieczka: wzrost poczucia winy spowodowany świadomością wszystkich zaniedbań, uzależniony nie szuka pomocy i przerzuca odpowiedzialność na otoczenie.

Faza IV — desperacja: gwałtowna próba powrotu do normalności, jako następstwo okoliczności zewnętrznych: odejście bliskich, utrata pracy.

Współczesne telefony komórkowe dzięki dostępowi do internetu pełnią funkcje: komputera, aparatu fotograficznego, kamery cyfrowej, odtwarzacza muzyki. Netoholizm wiąże się więc ściśle z fonoholizmem. Dopóki mogliśmy być online wyłącznie siedząc przed komputerem problem z uzależnieniem od sieci nie był tak powszechny. Korzystano z komputera w konkretnym miejscu (tam, gdzie był komputer) i konkretnym czasie (w wolnych chwilach). Obecnie dzięki smartfonom, telefonom jesteśmy online przez cały czas. Sięgamy po telefon nie wtedy, gdy faktycznie zachodzi potrzeba, tylko zawsze, gdy mamy okazję. Fonoholizm może mieć formę uzależnienia od SMS-ów, nowych modeli telefonów. W literaturze o e-uzależnieniach spotyka się określenia:

— SWT — syndrom włączonego telefonu: obawa przed wyłączeniem aparatu choćby na chwilę

— komórkowy ekshibicjonizm: uzależnienie od wyglądu telefonu komórkowego.

Badacze problemu e-uzależnień wprowadzili również termin FOMO (*fearing of missing out*), co oznacza obawę przed utratą ważnych informacji. Manfred Spitzer — neurobiolog i neuropsychiatra określił uzależnienie od internetu mianem „demencji cyfrowej”. „Cyfrowi imigranci” to osoby urodzone przed 1980 r., wychowane bez możliwości korzystania z internetu, które dobrze różnicują świat wirtualny od rzeczywistego. Natomiast osoby urodzone po 1980 r., czyli tzw. „cyfrowi tubylcy”, mają trudności z rozróżnieniem, do którego momentu internet jest narzędziem, a kiedy staje się zabawką. Zmienia się również dzieciństwo. Mass-media tworzą jego nowy wymiar: dzieciństwo telewizyjne, komputerowe, tabletowe, HIGH TECH, czy dzieciństwo sterowane reklamą. Kąkofonia dźwięków, migocący ekran, zmienność obrazów powodują u dzieci i młodzieży trudności z pamięcią, osłabienie uwagi i koncentracji. Charakterystyczne cechy młodych fonoholików, to ciągła gotowość do rozmowy, wymiany maili, czy wiadomości na czacie, przesadna aktywność na forach społecznościowych,

objawy somatyczne. Pięć minut przed telewizorem u dwulatka powoduje podobny efekt, jak godzina w kinie u dorosłego człowieka. Skutkiem korzystania z internetu, telefonii komórkowej jest tendencja do autoizolacji. Osoba uzależniona traci umiejętność komunikowania się z drugim człowiekiem. Relacje podtrzymywane wyłącznie online są słabą podróbką prawdziwych więzi. Warto zastanowić się, czy zespołu FOMO nie zamienić na zespół JOMO (*joy of missing out*). Warto propagować wiedzę o e-uzależnieniach w każdym środowisku i walczyć z e-uzależnieniami, bo stanowią problem społeczny. Fonoholizm i netoholizm to nie mit, to rzeczywistość.

Ustawa o Krajowym Systemie Cyberbezpieczeństwa

Mgr Maciej Buś

ISO-PROFIT, Łódź

Ustawa o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa weszła w życie 28 sierpnia 2018 r. i stanowi pokłosie dyrektywy unijnej NIS — Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/1148 z dnia 6 lipca 2016 r., wprowadzającej szczególne środki na rzecz zwiększenia poziomu bezpieczeństwa sieci i systemów informatycznych na terytorium całej Unii Europejskiej. Branża medyczna została literalnie wskazana w powyższym akcie prawnym, jako operator usługi kluczowej. Istotnym jest zwiększenie świadomości przedsiębiorców i zaproponowanie konkretnych metod, mających na celu ułatwienie implementowania zasad cyberbezpieczeństwa w codziennej działalności. Zastosowanie tych rozwiązań umożliwi Państwu uniknięcie sankcji finansowych wynikających z przedstawionej regulacji. Biorąc powyższe pod uwagę, pragniemy zaprosić Państwa na warsztaty poruszające najważniejsze kwestie związane z Ustawą o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa.

Plan wystąpienia:

- omówienie definicji ustawowych;
- zapoznanie uczestników z zasadami identyfikacji operatorów kluczowych;
- omówienie obowiązków operatorów usług kluczowych;
- omówienie obowiązków dostawców usług cyfrowych;
- przedstawienie zasad przeprowadzania czynności kontrolnych;
- omówienie zagrożeń oraz sankcji wynikających z ustawy.

Jak poinformować chorego, że umiera

Prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gałuszko
Katedra Psychiatrii Wydziału Lekarskiego,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Problem poinformowania pacjenta o złym rokowaniu należy rozpatrywać możliwie wszechstronnie.

Z punktu widzenia prawa trzeba wziąć pod uwagę z jednej strony fakt, że chory ma prawo do prawdy — z drugiej zaś zastanowić się w jakim czasie, a zwłaszcza w jakiej sytuacji psychofizycznej, chory w danym momencie się znajduje. Z kolei rozpatrując tę sprawę w świetle potrzeb psychicznych chorego musimy pamiętać, że w zaawansowanym stadium choroby zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa jest jedną z najważniejszych, jednak nie zawsze przekłada się na poinformowanie o złej prognozie. Inny, nie mniej ważny aspekt omawianego problemu, stanowi uwzględnienie różnych postaw chorych wobec swojego stanu zdrowia. Pacjenci prezentują bardzo różne postawy w tym obszarze i one często decydują w największym stopniu, kiedy, ile i jak należy przekazać prawdę. Zdając sobie sprawę z trudności zarówno odbioru, jak i przekazania informacji, omówiono poszczególne etapy tego procesu.

Godne warunki starzenia się i umierania mieszkańców polskiej wsi w perspektywie krajowej i lokalnej polityki społecznej

Dr Ryszard Majer¹, Mgr Anna Kaptacz²

¹Senator Rzeczypospolitej Polskiej

²Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi

Częstochowskiej

Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki

Paliatywnej

Polityka społeczna wobec zmieniającej się rzeczywistości demograficznej, społecznej i gospodarczej ulega nieustannym zmianom. Zarysowujący się w latach 70-tych kryzys państwa opiekuńczego zaowocował poszukiwaniem alternatywnych rozwiązań w zakresie kwestii społecznych, przed którymi stawały podmioty realizujące politykę społeczną. Nowe koncepcje polityki społecznej — *welfare pluralism* (pluralizm instytucjonalny sfery społecznej) i *welfare mix* (stosowanie form mieszanych oraz *welfare society* (opiekuńczego społeczeństwa), rozpoczęły systematyczny proces ograniczania roli państwa w realizacji działań z zakresu polityki społecznej. M. Grewiński wskazuje na ograniczenie roli państwa w pięciu podstawowych obszarach i procesach. Po pierwsze, jako decentralizację mogącą przyjmować przeważnie postać finansową lub administracyjną. W drugim procesie postrzega demonopolizację publicznych instytucji polityki społecznej i przekazanie części zadań organizacjom pozarządowym, co odróżnia od kolejnego z procesów tj. prywatyzację i komercjalizację polityki społecznej. Jako czwartą formę socjalnego „odchudzenia” państwa, autor wymienia poszukiwanie alternatywnych sposobów prowadzenia gospodarki rynkowej opartej na filozofii ekonomii społecznej. Wreszcie, w piątym obszarze wskazuje na zwiększenie wykorzystania potencjału rodziny, zwłaszcza gospodarstw domowych,