



**ЕВРОПА**

# **Каковы потребности пожилых людей в паллиативной помощи и как они могут быть удовлетворены?**

Август 2004 г.

## **РЕЗЮМЕ**

Настоящий документ представляет собой синтезированный доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья (HEN) о потребностях пожилых людей в паллиативной помощи и о том, как они могут быть удовлетворены. Для многих стран характерно старение населения. Все больше людей будут нуждаться в помощи в конце своей жизни, и это в таких социальных условиях, которые характеризуются изменением структуры семьи и более широкой миграцией, занятостью и старением тех, кто мог бы оказывать им помощь. Несмотря на данные, указывающие на резкое увеличение потребности в поддерживающем уходе и паллиативной помощи, в политике и научных исследованиях в области здравоохранения этому направлению уделялось относительно мало внимания.

Координация деятельности по оказанию помощи позволяет все большему числу людей уходить из жизни в своем доме, если они того пожелают, а предоставление специализированной паллиативной помощи связано с целым рядом более приемлемых исходов для пациентов и их семей. Имеются также некоторые данные, свидетельствующие о значении паллиативной помощи для больных сердечно-сосудистыми и респираторными болезнями, а также в случаях деменции. Хотя дальнейшие исследования тоже важны, более неотложным вопросом является применение на практике имеющихся знаний и закрепление улучшений в практике оказания паллиативной помощи во всех системах здравоохранения.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (HEN), работа которой была инициирована и координируется Европейским региональным бюро ВОЗ, представляет собой информационную службу для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения и медико-санитарной помощи в Европейском регионе ВОЗ. HEN может также быть полезна и другим заинтересованным сторонам.

### **Ключевые слова**

ПАЛЛИАТИВНАЯ  
ПОМОЩЬ  
МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ,  
ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ  
ПРЕСТАРЕЛЫМ  
ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ  
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ  
ПОМОЩИ  
МЕТА-АНАЛИЗ  
МЕТОДЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ  
ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ  
ЕВРОПА

Запросы, касающиеся публикаций Регионального бюро ВОЗ, просим направлять по следующим адресам:

По электронной почте по поводу получения копий публикаций - по адресу: [publicationrequests@euro.who.int](mailto:publicationrequests@euro.who.int);  
по поводу разрешения на перепечатку публикаций – по адресу: [permissions@euro.who.int](mailto:permissions@euro.who.int);  
по поводу разрешения на перевод публикаций – по адресу: [pubrights@euro.who.int](mailto:pubrights@euro.who.int).

По обычной почте Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

**©Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.**

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

## СОДЕРЖАНИЕ

Резюме .....	5
Существо вопроса .....	5
Фактические данные .....	5
Рекомендации в отношении политики .....	5
Введение .....	6
Источники информации для данного исследования .....	7
Фактические данные .....	8
Неудовлетворенные потребности пожилых людей и их семей в паллиативной помощи .....	8
Меры вмешательства в сфере паллиативной помощи: данные систематических исследований .....	10
Меры вмешательства в сфере паллиативной помощи: данные несистематических исследований .....	13
Пробелы и противоречия в имеющихся данных .....	13
Возможность обобщения .....	14
Текущая полемика .....	14
Обсуждение .....	14
Нынешние тенденции .....	15
Выводы .....	16
Рекомендации в отношении политики .....	16
Ссылки .....	18

## **Резюме**

### **Существо вопроса**

Во многих странах происходит старение населения. Структура заболеваемости в поздние годы жизни меняется, при этом возрастает число лиц, страдающих серьезными хроническими сердечно-сосудистыми и респираторными болезнями, а также онкологическими заболеваниями. Все больше людей будут нуждаться в помощи в конце своей жизни, и это в таких социальных условиях, которые характеризуются изменением структуры семьи и более широкой миграцией, занятостью и старением тех, кто мог бы оказывать им помощь. Несмотря на свидетельства резкого роста потребностей в поддерживающем уходе и паллиативной помощи, данному направлению деятельности уделялось относительно мало внимания в рамках политики и научных исследований в области здравоохранения.

### **Фактические данные**

Имеющиеся данные указывают на то, что потребности пожилых людей в таких областях, как облегчение боли, информация, коммуникация и выбор предпочтительного места получения помощи, удовлетворяются не полностью. Систематические исследования указывают на наличие эффективных методов облегчения боли и программ обучения медицинских специалистов навыкам общения и предоставления информации лицам, страдающим онкологическими заболеваниями. Координация деятельности по оказанию помощи позволяет все большему числу людей уходить из жизни в своем доме, если они того пожелают, а предоставление специализированной паллиативной помощи связано с целым рядом положительных эффектов для пациентов и их семей. Имеются также определенные данные о роли паллиативной помощи больным сердечно-сосудистыми и респираторными болезнями, а также в случаях деменции.

Данные об эффективности простых мер, предпринимаемых в этих целях, а также о роли скоординированной помощи по методу бригадного обслуживания, сестринского ухода на дому и специализированной паллиативной помощи основываются преимущественно на результатах исследований в отношении лиц, страдающих онкологическими заболеваниями. Объем знаний в отношении паллиативной помощи пожилым людям, страдающим другими серьезными хроническими заболеваниями, является недостаточным. Во многих случаях, однако, потребности и возможные пути решения вопросов могут быть такими же, как для лиц, страдающих онкологическими заболеваниями.

### **Рекомендации в отношении политики**

Хотя проведение дальнейших исследований и имеет важное значение, более актуальным вопросом является использование существующих знаний на практике и повышение эффективности предоставляемой паллиативной помощи в рамках систем здравоохранения. В частности, необходимы стратегии для развития следующих направлений деятельности:

- инвестирование средств для проведения научных исследований по вопросам эффективной паллиативной помощи и лечения пожилых лиц, страдающих всеми серьезными хроническими заболеваниями, включая онкологические;

- финансирование и поддержка тех методов лечения, действий и согласованной деятельности многопрофильных служб, которые продемонстрировали свою эффективность;
- разработка высоких стандартов паллиативной помощи для устранения боли и симптомов, развитие навыков общения и координация предоставляемой помощи;
- инвестирование средств для разработки методов повышения качества работы и материальное поощрение организаций по предоставлению медицинской помощи за их активное участие, а также расширение возможностей обучения и повышения квалификации сотрудников, предоставляющих паллиативную помощь.

**Автором настоящего синтезированного доклада Сети HEN является**

Д-р Elizabeth Davies

Доктор философии, преподаватель общественного здравоохранения,  
старший клинический научный сотрудник

кафедры паллиативной помощи и методики,

Медицинский институт Guy's, King's and St Thomas' School of Medicine

Weston Education Centre

Cutcombe Road

London SE5 9RJ, United Kingdom

Тел.: +442078485516

Факс: +440207848 5517

Электронная почта: [Elizabeth.Davies@kcl.ac.uk](mailto:Elizabeth.Davies@kcl.ac.uk)

## **Введение**

Во многих странах произошли резкие улучшения в ожидаемой продолжительности жизни населения. В последние десятилетия значительно увеличилась доля пожилых людей и особенно лиц старше 80 лет (1,2). По мере старения населения большее число людей умирает после продолжительной болезни от сердечно-сосудистых заболеваний, цереброваскулярных заболеваний, включая инсульт, от хронической респираторной болезни и респираторных инфекций и от рака. Согласно прогнозам, через двадцать лет эти заболевания станут пятью главными глобальными причинами смерти (3).

По-прежнему идут споры о том, действительно ли увеличение долголетия неизбежно сопровождается более продолжительными периодами инвалидности к концу жизни. Некоторые высказываемые в последнее время прогнозы позволяют предположить оптимистичную картину снижения инвалидности в следующих одна за другой когортах населения по мере их старения (4). Женщины также неизменно живут дольше мужчин; некоторые цифры показывают, эта разница достигает шести лет, а это значит, что почти в два раза больше женщин, чем мужчин, доживают до 80 лет (2). Помимо этого, у женщин выше вероятность того, что они будут страдать несколькими хроническими расстройствами, такими, как деменция, остеопороз и артрит, а это указывает на то, что большая часть их "дополнительных" лет жизни может быть омрачена инвалидностью (5). По мере того, как все больше людей доживают до старости и начинают страдать хроническими болезнями, большему их числу к концу жизни будет нужна та или иная форма помощи, тогда как и те, кто мог бы осуществлять за ними уход, тоже стареют.

Паллиативная помощь предусматривает определенную систему поддержки, помогающую больным жить максимально активной жизнью до самой кончины. Она утверждает жизнь и

рассматривает умирание как нормальный процесс, но не имеет целью ни его ускорение, ни продление. Организуемая на принципе бригадного обслуживания, паллиативная помощь направлена на удовлетворение потребностей больных и их родственников, включая, если это необходимо, психологическую помощь в случае утраты близкого человека. Помощь должна предлагаться по мере возникновения потребностей, до того, как их станет невозможно удовлетворить, и она не должна представлять из себя нечто такое, что могут оказывать только специализированные бригады паллиативной помощи, службы паллиативной помощи или хосписы, когда иное лечение прекращено. Паллиативная помощь может оказываться в любых условиях (6,7) и определяется как:

общий уход за больными, болезнь которых не поддается излечению. На первое место выходит снятие боли, устранение других симптомов и преодоление психологических, социальных и духовных проблем. Целью паллиативной помощи является достижение наилучшего качества жизни для больных и членов их семей. Паллиативная помощь направлена как на больных и на их семьи, так и на улучшение качества жизни, начиная с ранней стадии опасной для жизни болезни (6).

## Источники информации для данного исследования

Систематические исследования были найдены в результате поиска в Кохрейновской библиотеке, в базе данных систематических исследований (DARE) и в базе данных Medline за период 1998-2003 гг. Одним из главных источников исследований была "Стратегия паллиативной помощи и поддерживающего ухода при онкологических заболеваниях", разрабатываемая Национальным институтом клинической специализации Соединенного Королевства, который провел поиск в базах данных EMBASE, CINAHL, CancerLit за период до 2001 года. Другая информация о крупных исследованиях, пробелах в литературе, проблемах практического осуществления и последствиях для программно-стратегического курса была получена от рабочей группы экспертов Всемирной организации здравоохранения по вопросам паллиативной помощи и посредством широких консультаций в Европе и США. Выводы – "*Palliative Care – The Solid Facts*" ("Паллиативная помощь: убедительные факты") (<http://www.euro.who.int/document/E82931.pdf>) и "*Better Palliative Care for Older People*" ("Улучшение качества паллиативной помощи пожилым людям") (<http://www.euro.who.int/document/E82933.pdf>) – опубликованы Европейским региональным бюро ВОЗ в 2004 г. Каждый доклад содержит дополнительную сравнительную информацию, иллюстрации, информационные ресурсы и рекомендации для лиц, вырабатывающих политику.

Убедительность типов доказательных данных, использованных в этом синтезированном докладе, соответствует градации данных, применяемой в систематических исследованиях, принятых в соответствии со стандартами и процедурами гарантии качества, которые должны быть соблюдены для включения в базы данных DARE и Cochrane и для принятия Национальным институтом клинической специализации Соединенного Королевства.

## **Фактические данные**

### **Неудовлетворенные потребности пожилых людей и их семей в паллиативной помощи**

#### *Боль*

Обследования среди населения неизменно показывают, что боль является одним из важных симптомов примерно для одной трети пожилых людей. Эта проблема заставляет людей не вполне положительно оценивать свое здоровье, а примерно у одной пятой людей является настолько серьезной, что ограничивает их деятельность, несмотря на тенденцию к ее неполной регистрации и недостаточно полному лечению (8).

Боль также поражает от 55% до 95% больных раком на поздней стадии, а исследования с участием нескольких центров во Франции и Соединенных Штатах показывают, что меры по облегчению боли недостаточны примерно у половины больных. Неустраненная боль при раковых заболеваниях оказывает серьезное воздействие на качество жизни, мешает спать, заниматься повседневной деятельностью, наслаждаться жизнью и участвовать в жизни общества (9).

#### *Проблемы, возникающие при неонкологических заболеваниях*

Более одного из десяти человек в возрасте старше 70 лет страдают сердечной недостаточностью, а показатель смертности в течение 5 лет, равный 80%, хуже, чем при многих формах рака. Течение болезни часто характеризуется чередованием промежутков обострения симптомов одышки и боли, вызывающих тяжелое недомогание, и периодов постепенного возвращения к предшествующей функции почти в полном объеме (10). В лечении симптомов и кризов достигнут значительный прогресс, однако больным часто бывает трудно понять и выполнять требуемые сложные схемы лекарственного лечения и они не совсем точно знают свой официальный диагноз и прогноз. Родственники также отмечают слабую координацию оказываемой помощи и трудность установления отношений с каким-либо одним медицинским работником из-за многократных поступлений в стационар во время кризов (11,12,13).

4% людей старше 70 лет страдают деменцией, причем в возрасте старше 80 лет этот показатель возрастает до 13% (14). Срединная продолжительность выживания с момента постановки диагноза до смерти составляет 8 лет, и в этот период отмечается прогрессирующее ухудшение физических и умственных способностей. К числу обычных симптомов относятся спутанность сознания, недержание мочи, боль, плохое настроение, запор и потеря аппетита (15). Имеется немало документально зафиксированных данных о физическом и эмоциональном бремени, которое испытывают при этом члены семьи, а также об их горе оттого, что они медленно теряют близкого человека (16).

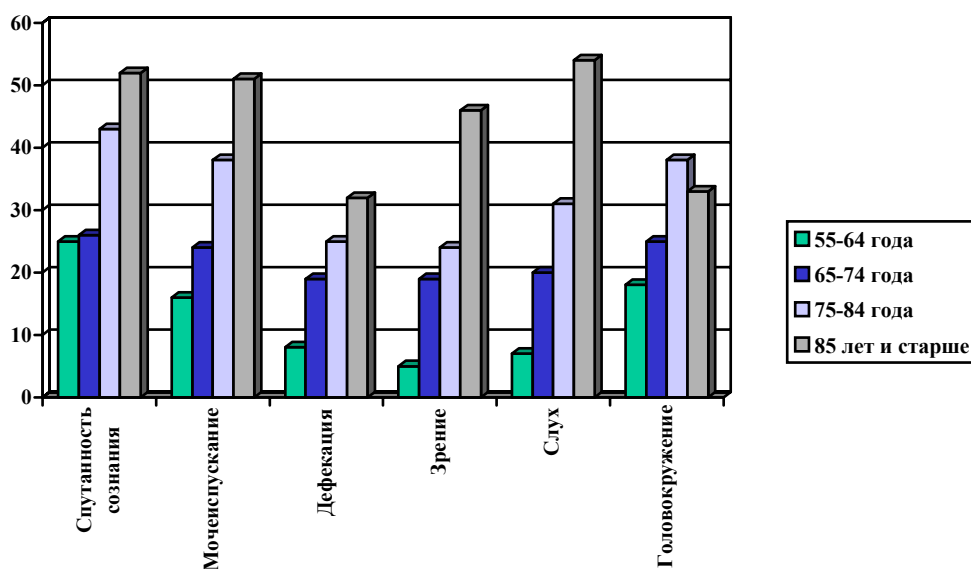
#### *Множественные проблемы старения*

Пожилые люди чаще страдают от множественных проблем сопутствующих патологических состояний. Незначительные проблемы могут оказывать большее психологическое воздействие, а кумулятивное воздействие этих проблем может быть намного сильнее, чем воздействие любой отдельно взятой болезни. У пожилых людей выше риск неблагоприятных реакций на лекарства и ятрогенной болезни, и они страдают от дополнительных проблем снижения умственной деятельности, экономических трудностей и изолированности от общества. Наиболее отчетливо это показано в эпидемиологических исследованиях, в которых основным респондентам задавались вопросы о симптомах, которые испытывали люди в последние годы своей жизни (17). В



частности, с возрастом увеличиваются трудности со зрением, слухом и регуляцией мочеиспускания и дефекации, усиливаются спутанность сознания и головокружение. Поэтому проблемы, причиняющие страдание, включают в себя такие проблемы, которые принято считать "бедами старости", а также проблемы, обусловленные болезнями, ведущими к смерти (17).

**Возраст в момент смерти и распространенность проблем, отмеченных в течение года, предшествовавшего смерти**  
Источник: Seale and Cartwright 1994<sup>17</sup>



*Проблемы, связанные с общением и помощью, ориентированной на нужды больного*  
Данные, полученные за последние несколько десятилетий, последовательно указывают на то, что услуги, предоставляемые онкологическим больным, не всегда удовлетворяют их потребности в общении, информации и поддержке. В результате систематических исследований выявляются убедительные доказательства того, что больные ценят точную информацию, что многие из них считают, что им даются недостаточные разъяснения и что способность врачей и медицинских сестер обнаруживать потребности больных сегодня ограничена (18). И хотя в критериях "удовлетворенности" и сравнениях между странами имеются методологические проблемы, объясняемые различиями в ожиданиях социального и культурного плана, данные обследований все же свидетельствуют о том, что больные в разных странах указывают на аналогичные типы проблем. К числу наиболее характерных проблем относятся информация и просвещение, координация помощи, уважение предпочтений, психологическая поддержка, физический комфорт, участие родственников и друзей, а также преемственность и плавность перехода от одной формы помощи к другой (19). Многие исследования больных с диагнозом болезни, угрожающей жизни, показывают, что важным фактором, определяющим удовлетворенность помощью, является то, как людям дают информацию и как их привлекают к принятию решений. Крупное когортное исследование тяжелых больных, проведенное недавно в Америке, подтвердило, что эти факторы также важны и для родственников (20).

#### *Предпочтения, касающиеся места получения помощи и места ухода из жизни*

В большинстве стран свыше 90% людей старше 65 лет живут у себя дома (21). От 50% до 70% людей, получающих помощь по поводу тяжелой болезни, говорят, что в конце жизни они предпочли бы получать помощь на дому (22). По мере приближения смерти некоторые могут пожелать получать помощь в стационарном хосписе, больнице, доме для престарелых или в платном интернате или пансионе для престарелых. В большинстве стран большинство людей фактически умирают в больнице. Однако колебания в проценте людей, умирающих у себя дома, указывают на то, что это связано с организацией и предоставлением услуг, а не с предпочтениями людей. В большинстве стран происходит рост процента людей, умирающих в платных интернатах для престарелых.

### **Меры вмешательства в сфере паллиативной помощи: данные систематических исследований**

Большинство систематических исследований показало, что основное внимание уделяется больным, получающим паллиативную помощь по поводу рака. Поскольку три четверти людей, умирающих от рака, старше 65 лет, выводы этих исследований имеют самое прямое отношение к пожилым людям. И хотя многие из этих выводов сделаны на основании исследований онкологических больных, весьма вероятно, что они будут актуальны и для пожилых людей, страдающих другими тяжелыми хроническими болезнями. Глобальный подход, применяемый при оказании паллиативной помощи, охватывает широкий спектр тем, которые и рассматриваются здесь по очереди.

#### *Устранение боли и симптомов*

Исследования с наблюдением показывают, что при соблюдении клинических руководств по устранению боли у 70%-97% больных раком на поздней стадии достигается адекватное ослабление боли. Несмотря на то, что исследованиям осуществления необходимых мер уделяется относительно мало внимания, известно, что вмешательства в сфере просвещения и образования могут привести к улучшению знаний и установок персонала в отношении боли, хотя и не всегда к снижению уровней боли. Больше всего фактических данных имеется в поддержку кратковременных мер вмешательства, когда медсестры поощряют больных к тому, чтобы они заполняли дневники болевых ощущений, а врачи используют детально описываемые механизмы, позволяющие добиться того, чтобы боль оценивалась каждый день и чтобы в соответствии с уровнем боли регулировалась дозировка препаратов (9).

#### *Навыки общения*

Полноценное общение между врачами и больными ассоциирует с целым рядом последствий для здоровья, включая улучшение психологического здоровья, симптомов и функционирования и более полный контроль боли, кровяного давления и содержания глюкозы в крови (23). Навыки общения медицинских работников, в том числе старших врачей, врачей-стажеров и медсестер, могут быть улучшены путем обучения с использованием методики отзывов о записанных на видеопленку консультаций и их обсуждения, однако медицинским работникам нужна помощь для того, чтобы они могли поддерживать вновь приобретенные навыки в своей повседневной практике (24).

Записи или краткие изложения консультаций по ключевым вопросам дают наибольшую пользу для онкологических больных, так как больные получают больше знаний, лучше

вспоминают информацию, повышается степень их удовлетворенности (25) и при этом не создаются психологические проблемы (26). Однако в случае больных с плохим прогнозом необходимо принимать во внимание то, что именно они предпочитают: знать все факты или не знать их (27). Обычно для того, чтобы помочь медицинским работникам объяснить методы лечения, выяснить тревоги больных и повысить степень их удовлетворенности, можно использовать методические руководства по принятию решений.

#### *Психологическая поддержка*

За прошедшие 40 лет в ходе более 150 рандомизированных испытаний был апробирован широкий круг психологических вмешательств. Полученные результаты неоднозначны и обычно варьируют в зависимости от локализации заболевания и периода последующего наблюдения, без каких-либо устойчиво позитивных исходов. Большая часть фактических данных подтверждает пользу дополнительных психологических лечебных мероприятий, но нужны дальнейшие исследования для выявления специфических потребностей и методов выделения целевых групп больных для вмешательства (29,30).

#### *Духовная поддержка*

Духовные потребности носят сугубо личный характер и очень важны для многих людей в конце их жизненного пути, поэтому их удовлетворение должно входить в услуги по оказанию паллиативной помощи. Имеются некоторые предварительные данные, указывающие на то, что духовная вера может влиять на индивидуальную психофизиологическую адаптацию и исход болезни у больных и на реакцию родственников на утрату близкого человека (31), но влияют ли на исход молитвы, которые другие люди произносят сами – в этом отношении определенности нет (32).

#### *Дополнительное лечение*

Среди широкого населения дополнительные виды лечения обычно используются женщинами более молодого возраста, которые воспринимают их как нечто естественное и позволяющее им лучше контролировать свое состояние. Несмотря на интерес к использованию таких видов лечения в условиях оказания паллиативной помощи, пока что исследованиям слишком мешает отсутствие единого определения, малые масштабы, низкие проценты ответивших из общего числа опрошенных и неудовлетворительное качество измерения, что в совокупности не позволяет сделать какие-либо адекватные выводы (33).

#### *Услуги для лиц, осуществляющих уход за больными, и членов семей*

Сложился целый спектр услуг, включающий уход на дому, услуги по кратковременной замене родственников больного, услуги сиделки, мероприятия в рамках социальных структур, группы поддержки и индивидуальную психотерапию или просвещение. Обычно лица, осуществляющие уход за больными, отмечают свое удовлетворение услугами по уходу на дому, а если они желают оставить больного на некоторое время, то ценят услуги по их замене и услуги сиделки. Те немногие люди, которые соглашаются на участие в групповых мероприятиях и в группах поддержки, ценят возможность откровенно поговорить с другими, однако формальная оценка пользы такой формы услуг не достоверна. Нужна дополнительная работа по изучению приоритетов лиц, осуществляющих уход за больными, и реалистичных ожиданий от подобных услуг (34).

#### *Координация и интеграция помощи*

Одной из важных проблем, касающихся помощи пожилым людям, является передача информации между теми, кто отвечает за предоставление медицинской помощи, и теми,

кто предоставляет услуги по социальной поддержке в данном районе. Существующие ныне механизмы зачастую несовершенны, и хотя эмпирических исследований в этой области мало, представляется, что наиболее действенным методом передачи информации является назначение т.н. "ответственного работника" (35,36).

Испытания различных методов координации деятельности больницы и местного сообщества по оказанию услуг теперь показывают, что можно помочь большему числу людей в их желании умереть у себя дома. Имеются также данные, свидетельствующие о том, что можно улучшить и качество жизни лиц, осуществляющих уход за больными, если будет предоставляться согласованная поддержка (37).

#### *Специализированные бригады паллиативной помощи*

Распространенная схема оказания паллиативной помощи состоит в том, что профессиональные кадры сосредоточены в многопрофильных бригадах, работающих в стационарных отделениях лечебных учреждений, в больницах или в местных структурах социального обслуживания. Эти бригады обычно работают с особой группой больных, имеющих наиболее комплексные потребности и переданных под их опеку другими бригадами медицинских работников. Несмотря на противоречивые результаты первоначальных исследований (38-44), мета-анализ в настоящее время показывает наличие небольших, но значимых выгод, измеряемых по критериям устранения боли и других симптомов и выраженной удовлетворенности больных и членов их семей по поводу получаемой помощи (45-48).

#### *Дневная паллиативная помощь*

Имеются данные, свидетельствующие о том, что больные ценят уход, который они получают в центрах дневной паллиативной помощи, где они могут встречаться с другими больными, беседовать с персоналом и принимать участие в различных занятиях. Данных о том, что посещение таких центров влияет на другие результаты, такие, как качество жизни или устранение симптомов, пока нет (49).

#### *Поддержка в случае утраты близкого человека*

Несколькими исследованиями установлено, что родственники больных, умирающих под наблюдением и опекой специализированных служб паллиативной помощи, отмечают в своих ответах меньше психологических симптомов и неудовлетворенных потребностей, чем родственники больных, получающих стандартную помощь (50). Оценка потребностей в поддержке и советах при утрате близкого человека считается важным элементом паллиативной помощи, но свидетельств того, что оценки по выявлению нуждающихся или оценки выгод индивидуальной терапии способны точно прогнозировать эти потребности, имеется относительно немного (50,51).

#### *Привлечение пользователей к разработке схемы услуг*

В последнее время возник интерес к привлечению больных к разработке схемы и планированию услуг, чтобы таким образом этими услугами обеспечивалась помощь, в большей степени ориентированная на нужды больного. Предварительные исследования указывают на то, что в целом это влияет на предоставление некоторых аспектов помощи и может привести к изменению культуры учреждений медико-санитарной помощи. Однако больным и персоналу может понадобиться обучение для того, чтобы научиться выполнять эту новую роль самым эффективным образом (52,53,54).

## **Меры вмешательства в сфере паллиативной помощи: данные несистематических исследований**

Никаких систематических исследований паллиативной помощи, оказываемой пожилым людям, страдающим не онкологическими, а другими заболеваниями, обнаружить для данного синтезированного доклада не удалось. На основании несистематических обзоров данных научных исследований нами установлено следующее.

### *Медицинские сестры, специализирующиеся на оказании помощи больным, страдающим хроническим заболеванием*

Свидетельств того, что благодаря медицинским сестрам, специализирующимся на оказании определенных видов помощи, улучшается качество общения или ослабление боли у больных сердечной недостаточностью, нет, но вполне определенно представляется, что благодаря им уменьшается число повторных поступлений в стационар, а это свидетельствует о том, что подход к продолжению помощи, основанный на уходе на дому, в отдельных случаях имеет право на существование (10). Больные, находящиеся на попечении медицинских сестер, специализирующихся на помощи при респираторных заболеваниях, живут дольше. Улучшения качества жизни при этом нет, но больные ценят такие посещения (55).

### *Уход за больными, страдающими деменцией, в хосписах*

Уход за людьми, страдающими деменцией, которые не способны выразить свои пожелания, также создает множество этических проблем. На сегодняшний день круг связанных с этим вопросов включает максимально эффективное использование антибиотиков при лечении пневмонии и использование питательных трубок для гидратации и питания. Однако в стационарных хосписах диагноз деменция поставлен в качестве основного у менее 1% больных. Имеются ограниченные данные о том, что программы хосписов для больных, страдающих деменцией, осуществимы и ассоциируют с меньшим дискомфортом для больных, чем традиционный длительный уход (15).

## **Пробелы и противоречия в имеющихся данных**

Научные исследования о том, как удовлетворяются потребности в паллиативной помощи людей, страдающих и умирающих от других основных болезней, кроме рака, находятся на менее продвинутой стадии, и имеется мало систематических исследований. Представляется весьма вероятным, что многие из наиболее общих проблем, таких, как потребность в эффективном устранении симптомов, полноценном общении и координации помощи, будут аналогичны для всех пожилых людей, страдающих другими тяжелыми хроническими болезнями. Однако сравнительно неопределенный прогноз при этих болезнях затрудняет планирование услуг в соответствии с эволюцией болезни так, как это традиционно делается при раковых заболеваниях. Более разумным подходом для пожилых людей, страдающих другими тяжелыми болезнями, является паллиативная помощь, основанная на потребностях, и учет вероятности смерти в течение нескольких лет, а не месяцев, как в модели оказания помощи, разработанной для онкологических больных (56).

Имеется мало конкретных данных, которые свидетельствовали бы об эффективности интенсивной терапии (57), ухода в платном интернате или пансионе для престарелых с точки зрения удовлетворения потребностей пожилых людей в паллиативной помощи (58),

или данных об удовлетворении потребностей людей старше 80 лет в любых условиях. В целом отсутствуют данные исследований практического внедрения, направленных на изучение того, как воплотить полученные фактические данные в практику работы.

## **Возможность обобщения**

Систематические исследования, выполненные на сегодняшний день, включали пока только исследования, опубликованные на английском языке. В Соединенном Королевстве проведена большая работа, но и результаты работ, выполненных во Франции, Италии и Скандинавии, тоже последовательно свидетельствуют о важности устранения боли, координации помощи и специализированной паллиативной помощи при раковых заболеваниях. Представляется весьма вероятным, что данные, свидетельствующие о потребности в полноценной помощи в этих областях, будут справедливы для всех стран, хотя на род общения и степень информированности, желательные для людей, будут влиять культурные ценности. В равной мере актуальными будут координация помощи и качественные услуги по сестринскому уходу в условиях больницы и в рамках социальной помощи в местных общинах, хотя детали осуществления этих мер будут зависеть от организации первичных медико-санитарных услуг в каждой стране.

## **Текущая полемика**

К вопросам текущей полемики в данной области относятся наилучшие модели обслуживания, позволяющие удовлетворить потребности эволюции других болезней, кроме рака, при которых труднее предсказать прогноз, а также вопрос о том, предполагают ли услуги специализированной паллиативной помощи наличие навыков, знаний и кадров, необходимых для удовлетворения более широких потребностей онкологических больных.

## **Обсуждение**

Пожалуй, самой передовой политикой в области здравоохранения в отношении паллиативной помощи в плане признания необходимости развивать услуги по всему спектру различных условий является голландская политика (59). Большинство людей в Нидерландах умирают дома. Голландская политика отчасти сформировалась в результате открытых публичных дискуссий о страданиях в конце жизненного пути, которые могут подтолкнуть людей к тому, чтобы попросить об эвтаназии, и о том, как можно было бы предупредить подобные страдания.

В Соединенном Королевстве получило большое распространение и достигло успехов движение в поддержку хосписов, которое подвигло к принятию программ многие другие страны. Паллиативная помощь начиналась как движение на обочине медицины, но постепенно ее принципы были восприняты господствующими направлениями практики. Рак – это первая область заболеваний, которую охватывают конкретные рекомендации, разработанные Национальным институтом клинической специализации в отношении поддерживающего ухода и паллиативной помощи.

Нет никаких исследований, в которых анализировались бы соотношение между затратами и эффективностью паллиативной помощи и общие сомнения о том, пригодны ли подобные методы для измерения ценности незначительных улучшений за короткие промежутки времени, которых можно достичь благодаря паллиативной помощи.

Отсутствие разработанных направлений политики в отношении паллиативной помощи может привести к ненужным страданиям, к увеличению бремени, лежащего на семьях, и к тому, что неоплачиваемый труд по уходу за больными будут выполнять женщины более старшего возраста.

Некоторые осуществляемые в настоящее время проекты в данной области:

- *Паллиативная помощь: убедительные факты.* Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 г. (<http://www.euro.who.int/document/E82931.pdf>) (60)
- *Улучшение качества паллиативной помощи пожилым людям.* Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 г. (<http://www.euro.who.int/document/E82933.pdf>) (61)
- *Установление связи между уровнями помощи.* Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. <http://www.euro.who.int/integratedcare>. Доступ 20 марта 2004 г.
- *Координационный центр для Восточной Европы Европейской ассоциации паллиативной помощи.* [www.eapcnet.org/projects/east.asp](http://www.eapcnet.org/projects/east.asp). Доступ 20 марта 2004 г.
- Исследование эффективности обучения первичному уходу в улучшении паллиативной помощи. Д-р Т. Веунон, отделение паллиативной помощи больницы Св. Фомы, Лондон. Контактный адрес: [Teresa.Beynon@kcl.ac.uk](mailto:Teresa.Beynon@kcl.ac.uk)
- Европейская обсерватория систем медико-санитарной помощи собирает информацию о службах паллиативной помощи в Европе.
- В Соединенных Штатах д-р Joanne Lynn и ее коллеги в декабре 2004 года будут представлять обширное исследование "Состояние науки" для Национальных институтов здравоохранения по вопросам приоритетных направлений научных исследований в области потребностей пожилых людей в паллиативной помощи и возможных моделей оказания помощи. Контактный адрес: [jlynn@rand.org](mailto:jlynn@rand.org).
- "Разработка плана практической реализации положений докладов ВОЗ о паллиативной помощи", осенняя конференция 2004 года в Лейк Белладжио, финансируется Фондом Рокфеллера.
- Проект "Предоставление помощи в хосписах и паллиативной помощи в Европе" (сбор сравнительных данных о развитии услуг). [Marcel.R.Globisch@sowi.uni-giessen.de](mailto:Marcel.R.Globisch@sowi.uni-giessen.de)

## **Нынешние тенденции**

Большинство европейских стран, в том числе восточноевропейских, развивают направления политики в отношении паллиативной помощи или заинтересованы в их развитии.

## **Выводы**

1. Хотя старение населения означает, что большинство людей умирает в возрасте старше 65 лет и увеличивается доля людей, доживающих до возраста старше 80 лет, паллиативной помощи пожилым людям, умирающим не от рака, а от других болезней, в исследованиях и политике в области здравоохранения уделяется относительно мало внимания.
2. Имеются данные, свидетельствующие о неудовлетворении потребностей пожилых людей в облегчении боли, добром общении и уважении выбора места получения помощи. Данные, подтверждающие эффективность простых мер в этих направлениях и значение согласованной деятельности по предоставлению помощи бригадным методом, сестринского ухода на дому и специализированной паллиативной помощи, основаны главным образом на исследованиях с участием людей, страдающих раковыми заболеваниями.
3. Имеются пробелы в данных о паллиативной помощи пожилым людям, страдающим тяжелыми хроническими заболеваниями. Однако во многих случаях потребности и пути решения проблем, по всей вероятности, будут такие же, как и в случае больных, страдающих раковыми заболеваниями. Хотя дальнейшие исследования тоже важны, более неотложным вопросом является применение на практике имеющихся знаний и закрепление изменений в практике оказания паллиативной помощи во всех системах здравоохранения.

## **Рекомендации в отношении политики**

1. Повышение осведомленности о том, какое значение имеет старение населения для оказания паллиативной помощи людям старше 65 лет и особенно старше 80 лет. К этому следует отнести вложение средств в научные исследования по вопросам эффективной паллиативной помощи и лечения людей, страдающих всеми тяжелыми хроническими заболеваниями, включая онкологические, и по вопросам существующих ныне различий в предоставлении помощи между странами и внутри отдельных стран (60,61).
2. Обеспечение такого положения, при котором информация об имеющемся спектре услуг в области паллиативной помощи и об их эффективности распространялась бы в полном объеме на территории каждой страны. Это также означало бы принятие мер к тому, чтобы те согласованные многопрофильные услуги, которые продемонстрировали свою эффективность, получали бы достаточное финансирование и поддержку в системе служб здравоохранения (60,61).
3. Оказание практического содействия во внедрении эффективных новых методов помощи или в более систематизированном применении имеющихся знаний в службах здравоохранения. Это означало бы предъявление высоких требований к паллиативной помощи в таких ее аспектах, как облегчение и устранение боли и симптомов, навыки общения и координация предоставляемой помощи, вложение



*Каковы потребности пожилых людей в паллиативной помощи и как они могут быть удовлетворены?  
Сеть фактических данных по вопросам здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ (HEN)  
Август 2004*

---

средств в методы повышения качества и материальное поощрение организаций, предоставляющих медико-санитарную помощь, за их участие в этой работе (60,61).

## ССЫЛКИ

1. Office of National Statistics. *General Review of the Registrar General on Deaths in England and Wales 1997*; Series DH1, no 30. London Stationary Office, 1999.
2. Anderson GF, Hussey PS. *Health and population aging: a multinational comparison*. New York, The Commonwealth Fund, 1999.
3. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by causes 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet*, 1997, 349:1498-1504.
4. Mathers CD, et al. Healthy life expectancy in 191 countries. *Lancet*, 2001, 357(9269):1685-1691.
5. Manton KG, et al. Chronic disability trends in elderly United States populations 1982-1994. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 1997, 94:2593-2598.
6. World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care*. Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, No 804) Geneva, 1990.
7. Sepulveda C, et al. Palliative care: The World Health Organization's global perspective. *Journal of pain and symptom management*, 2002, 24(2):91-96.
8. Editorial. Improving pain management for older adults: an urgent agenda for the educator, investigator and practitioner. *Pain*, 2002, 97:1-4.
9. Allard P, et al. Educational interventions to improve cancer pain control: a systematic review. *Journal of palliative medicine*, 2001, 4(2):191-203.
10. Gibbs, JSG. Heart disease. In: Addington-Hall JM, Higginson IJ, eds. *Palliative Care for noncancer patients*. Oxford University Press, 2001.
11. McCarthy M, Lay M, Addington-Hall JM. Dying from heart disease. *Journal of the Royal College of Physicians*, 1996, 30:325-328.
12. McCarthy M, Addington-Hall JM, Lay M. Communication and choice in dying from heart disease. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1997, 90:128-131.
13. Rogers AE, et al. Knowledge and communication difficulties for patients with chronic heart failure: qualitative study. *BMJ*, 2000, 321:605-607.
14. Hofman A, et al. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990. *International journal of epidemiology*, 1991, 20:736-748.
15. Hanrahan P, Luchins DJ. Palliative care for patients with dementia. In: Addington-Hall JM, Higginson IJ, eds. *Palliative Care for non-cancer patients*. Oxford University Press, 2001.
16. Albinsson L, Strang P. Existential concerns of families of late-stage dementia patients. *Journal of palliative medicine*, 2003.
17. Seale C, Cartwright A. *The Year before Death*. Aldershot, Avebury Press, 1994.
18. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Informing, communicating and sharing decisions with people who have cancer. *Effective health care bulletin*, 2000, 6:6.

19. Coulter A, Cleary PD. Patients' experiences with hospital care in five countries. *Health affairs*, 2001, 20(3):244-252.
20. Baker R, et al. Family satisfaction with end-of-life care in seriously hospitalized adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2000, 48(5)Suppl:9.
21. Ribbe MW, et al. Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. *Age and ageing*, 1997, 26, S2:3-12.
22. Higginson IJ, Sen-Gupta GJA. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *Journal of palliative medicine*, 2000, 3(3):287-300.
23. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association journal*, 1996, 152:1423-1433.
24. Scott JT, et al. Recordings or summaries of consultations for people with cancer (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Oxford:Update Software, 2001.
25. Face to face communication. In: Gysels M, Higginson IJ, eds. *Improving supportive and palliative care for adults with cancer*. Research Evidence Manual. London, National Institute for Clinical Excellence, 2003. URL: [http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative\\_Research\\_Evidence\\_SecondCons.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative_Research_Evidence_SecondCons.pdf) (Accessed 9 February 2004).
26. McPherson C, Higginson I, Hearn J. Effective models for giving information in cancer: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of public health medicine*, 2001, 23(3):277-234.
27. Gysels M, Higginson IJ, eds. *Improving supportive and palliative care for adults with cancer*. Research Evidence Manual. London, National Institute for Clinical Excellence, 2003. URL: [http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative\\_Research\\_Evidence\\_SecondCons.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative_Research_Evidence_SecondCons.pdf) (Accessed 9 February 2004).
28. Lewin SA, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2002, Issue 3, Oxford: Update Software.
29. Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolein NJ. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*, 2002, 94(8):558-584.
30. Psychological support. In: Gysels M, Higginson IJ, eds. *Improving supportive and palliative care for adults with cancer*. Research Evidence Manual. London, National Institute for Clinical Excellence, 2003. URL: [http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative\\_Research\\_Evidence\\_SecondCons.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative_Research_Evidence_SecondCons.pdf) (Accessed 9 February 2004).
31. Spiritual support services. In: Gysels M, Higginson IJ, eds. *Improving supportive and palliative care for adults with cancer*. Research Evidence Manual. London, National Institute for Clinical Excellence, 2003. URL: [http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative\\_Research\\_Evidence\\_SecondCons.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative_Research_Evidence_SecondCons.pdf) (Accessed 9 February 2004).
32. Roberts L, Ahmed I, Hall S. Intercessory prayer for the alleviation of ill health. Cochrane review. *The Cochrane Library*, 2001,(4) Oxford:Update Software, 2001.

33. Complementary therapy services. In: Gysels M, Higginson IJ, eds. *Improving supportive and palliative care for adults with cancer*. Research Evidence Manual. London, National Institute for Clinical Excellence, 2003. URL: [http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative\\_Research\\_Evidence\\_SecondCons.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative_Research_Evidence_SecondCons.pdf) (Accessed 9 February 2004).
34. Harding R, Higginson IJ. What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care? *Palliative medicine*, 2003, 17(1):63-74.
35. Payne S, et al. The communication of information about older people between health and social care practitioners. *Age and ageing*, 2002, 31:107-117.
36. Social Support Services. In: Gysels M, Higginson IJ, eds. *Improving supportive and palliative care for adults with cancer*. Research Evidence Manual. London, National Institute for Clinical Excellence, 2003. URL: [http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative\\_Research\\_Evidence\\_SecondCons.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative_Research_Evidence_SecondCons.pdf) (Accessed 9 February 2004).
37. Coordination of Care. In: Gysels M, Higginson IJ, eds. *Improving supportive and palliative care for adults with cancer*. Research Evidence Manual. London, National Institute for Clinical Excellence, 2003. URL: [http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative\\_Research\\_Evidence\\_SecondCons.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative_Research_Evidence_SecondCons.pdf) (Accessed 9 February 2004).
38. Smeenk FW, et al. Effectiveness of home care programmes for patients with incurable cancer on their quality of life and time spent in hospital: systematic review. *BMJ*, 1998, 316:1939-1944.
39. Sainsbury C. What is the impact of different models of care on patients' quality of life, psychological well-being or motivation? In: *Appropriate and cost effective models of service delivery in palliative care*. University of Bristol, Division of Primary Health Care, 1997:97-113.
40. Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients: a systematic literature review. *Palliative medicine*, 1998, 12(5):317-332.
41. Critchley P, et al. Are some palliative care delivery systems more effective and efficient than others: a systematic review of comparative studies. *Journal of palliative care*, 1999, 15(4):40-47.
42. Sainsbury C, et al. The impact of different models of specialist palliative care on patients' quality of life: a systematic literature review. *Palliative medicine* 1999, 13(1):3-17.
43. Wilkinson EK, et al. Patient and carer preference for, and satisfaction with, specialist models of palliative care: a systematic literature review. *Palliative medicine*, 1999, 13(3):197-216.
44. Francke AL. Evaluative research on palliative support teams: a literature review. *Patient education and counselling*, 2000, 41(1):83-91.
45. Goodwin DM, et al. An evaluation of systematic reviews of palliative care services. *Journal of palliative care*, 2002, 18(2):77-83.
46. Higginson IJ, et al. *The Role of Palliative Care Teams: A Systematic Review of Their Effectiveness and Cost-Effectiveness*. Final Report to the Welsh Office for Research and Development. London, Department of Palliative Care and Policy, King's College, 2001.
47. Higginson IJ, et al. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *Journal of pain and symptom management*, 2003, 25(2):150-168.

48. Specialist palliative care services. In: Gysels M, Higginson IJ, eds. *Improving supportive and palliative care for adults with cancer*. Research Evidence Manual. London, National Institute for Clinical Excellence, 2003. URL:  
[http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative\\_Research\\_Evidence\\_SecondCons.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative_Research_Evidence_SecondCons.pdf) (Accessed 9 February 2004).
49. Specialist palliative day care services. In: Gysels M, Higginson IJ, eds. *Improving supportive and palliative care for adults with cancer*. Research Evidence Manual. London, National Institute for Clinical Excellence, 2003. URL:  
[http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative\\_Research\\_Evidence\\_SecondCons.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative_Research_Evidence_SecondCons.pdf) (Accessed 9 February 2004).
50. Care for families and carers including bereavement care. In: Gysels M, Higginson IJ, eds. *Improving supportive and palliative care for adults with cancer*. Research Evidence Manual. London, National Institute for Clinical Excellence, 2003. URL:  
[http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative\\_Research\\_Evidence\\_SecondCons.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative_Research_Evidence_SecondCons.pdf) (Accessed 9 February 2004).
51. Kato PM, Mann T. A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical psychology review*, 1999, 19(3):275-296.
52. Simpson EL, House AO. Involving Users in the Delivery and Evaluation of Mental Health Services: a Systematic Review. *BMJ*, 2002, 325:1265-1268.
53. Crawford MJ, et al. Systematic Review of Involving Patients in the Planning and Development of Health Care. *BMJ*, 2002, 325:1263-1265.
54. User involvement in planning, delivering and evaluating services. In: Gysels M, Higginson IJ, eds. *Improving supportive and palliative care for adults with cancer*. Research Evidence Manual. London, National Institute for Clinical Excellence, 2003. URL:  
[http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative\\_Research\\_Evidence\\_SecondCons.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/SupportivePalliative_Research_Evidence_SecondCons.pdf) (Accessed 9 February 2004).
55. Shee C. Respiratory disease. In: Addington-Hall JM, Higginson IJ, eds. *Palliative Care for noncancer patients*. Oxford University Press, 2001.
56. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life: Adapting health care to serious chronic illness in old age. RAND Corporation, 2003. [www.rand.org/Publications/WP/WP137](http://www.rand.org/Publications/WP/WP137).
57. Baggs JD. End-of-Life Care for Older Adults in ICUs. *Annual review of nursing research*, 2002, 20:181-229.
58. Zavaroni C. Home care and short-run nursing homes: organizational aspects of their integration with oncological organizations. *Critical reviews in Oncology/Haematology*, 2001, 39:247-267.
59. Francke AL. *Palliative care for terminally ill patients in the Netherlands*. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sport, 2003.
60. Davies E, Higginson IJ, eds. *Palliative Care – The Solid Facts*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004. (<http://www.euro.who.int/document/E82931.pdf>)
61. Davies E, Higginson IJ, eds. *Better Palliative Care for Older People*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2004. (<http://www.euro.who.int/document/E82933.pdf>)