

Küsimus 6 lisamaterjal. Palliatiivse ravi korraldus, koolitus

Palliatiivne ravi, erinevused üldise/esmase ja spetsialiseeritud palliatiivse ravi vahel

Patsiendi seisundi keerukust määravad mitmed tegurid. Saksa ravijuhendis on need välja toodud järgmiselt:

- **Patsiendi probleemid ja vajadused** (soovitatakse hinnata nt ESAS, POS või Distress Thermometer ja probleemide nimekirjaga)
- **Perekonna/lähedaste stressi hindamine** (soovitatakse kasutada erinevaid hoolduskoormuse hindamise skaalasid)
- **Funktsionaalne seisund**, eriti aktiivsus, iseseisvus, enesemääramine (soovitatakse hinnata Karnofsky (sooritusvõime) skaala, ECOG skaala, ADL või Bartheli indeksiga)
- **Haiguse faas:**
 - o *stabiilne*: sümptomid on kontrollitud, patsiendi vajadused rahuldatud vastavalt raviplaanile, perekonnas olukord stabiilne;
 - o *mittestabiilne*: uued olulised probleemid või juba olemasolevate probleemide kiire süvenemine paari päeva jooksul, kiired või mitte kiired muutused raviplaanis, mis on olulised patsiendi vajaduste rahuldamiseks;
 - o *halvenev*: sümptomid süvenevad astmeliselt või püsivalt nädalate jooksul, uute oodatavate probleemide tekkimine päevade/nädalate jooksul, vajadusega kohandada ja regulaarselt üle vaadata raviplaani, koos suurenenud perekonna stressi ja/või sotsiaalse/praktilise elu probleemidega;
 - o *suremine (terminaalne)*: tõenäoline surm paari päeva jooksul vajadusega regulaarselt, tavaliselt igapäevaselt üle vaadata raviplaani ja regulaarselt toetada perekonda.

Sõltuvalt seisundi keerukusest kaks kategooriat (Saksa ravijuhend)

- **madal/mõõdukas**: madala intensiivsusega sümptomid, aeglane või mõõdukas haiguse progressioon, muid haigusi või muudest haigustest põhjustatud mõju ei esine (eriti kui ei ole psühhiaatrilist haigust). Tasakaalus psühholoogiline seisund ja perekonna olukord stabiilne, mis pigem ei mõjuta olukorra keerukust;
- **kõrge**: intensiivsed, raskesti hallatavad sümptomid, haavanduvad tuumorid või ähvardav parapleegia mõjutavad oluliselt keerulist meditsiinilist seisundit. Kõrge ärevuse tase, halb toimetulek haigusega või keerulised perekonnasuhted, mis on stressi põhjuseks ega ole patsienti toetavad. Üks keerulise olukorra tunnuseid on vajadus pidevalt kohandada ja regulaarselt üle vaadata raviplaani sageli muutuva olukorra tõttu.

Esmane palliatiivne ravi/palliatiivne lähenemine (ingl k general palliative care, generalist palliative care) (praeguse kontseptsiooni dokumendi I etapp)

Saksa ravijuhend

Hetkel ei ole standardset üldise palliatiivse ravi (lähenemise) definitsiooni.

Indikaatorid üldise palliatiivse ravi kategooriasse määramiseks:

- Raviteenuseid pakutakse personali poolt, kelle peamine tegevusvaldkond ei ole palliatiivne ravi
- Patsiendi seisund on vähem keeruline kui spetsialiseeritud palliatiivses ravis
- Ei ole kohustuslik, et raviteenus on seotud spetsiifilise kindlatele kriteeriumitele vastava struktuuriga.

Üldine palliatiivne ravi peab sisaldama järgmisi tegevusi (kohustusi):

- madala või mõõduka keerukusega sümptomite ravi ja probleemide jälgimine kõigis neljas dimensioonis (füüsiline, psühholoogiline, sotsiaalne ja spirituaalne)
- kommunikatsioon
- ravieesmärkide seadmine
- ravi koordineerimine
- vajaduse korral palliatiivse ravi spetsialisti kaasamine (*ekspertide konsensus*)

Spetsialiseeritud palliatiivne ravi (ingl k specialist palliative care) (praeguse kontseptsiooni II ja III etapp)

Indikaatorid tervishoiuteenuse määramiseks spetsialiseeritud palliatiivse ravi kategooriasse:

- Patsiendi vajadused nõuavad keerulisi ja laiapõhjalisemaid raviteenuseid kui pakutakse üldises palliatiivses ravis
- Teenuseid osutab personal, kelle peamine või ainuke valdkond on spetsialiseeritud palliatiivne ravi
- Ravi osutab personal, kellel on kvalifikatsioon ja kogemus palliatiivses ravis
- Meeskondlik lähenemine ja multidistsiplinaarsus on kontseptuaalsed ja struktuurilised eeldused
- Garanteeritud on keeruliste probleemide korral vajalike teenuste 24-tunnine kättesaadavus

Spetsialiseeritud palliatiivse ravi tuumikmeeskond peab koosnema vähemalt kolme eriala esindajast (arst, õde ja muu eriala). Nendest vähemalt arstil ja õel peab olema palliatiivse ravi alane kvalifikatsioon. Spetsialiseeritud palliatiivse ravi meeskonna liikmed peavad peamiselt või ainult töötama spetsialiseeritud palliatiivses ravis. (*tugev soovitus, kõrge kvaliteediga tõendus – RCTd, prospektiivne uuring*)

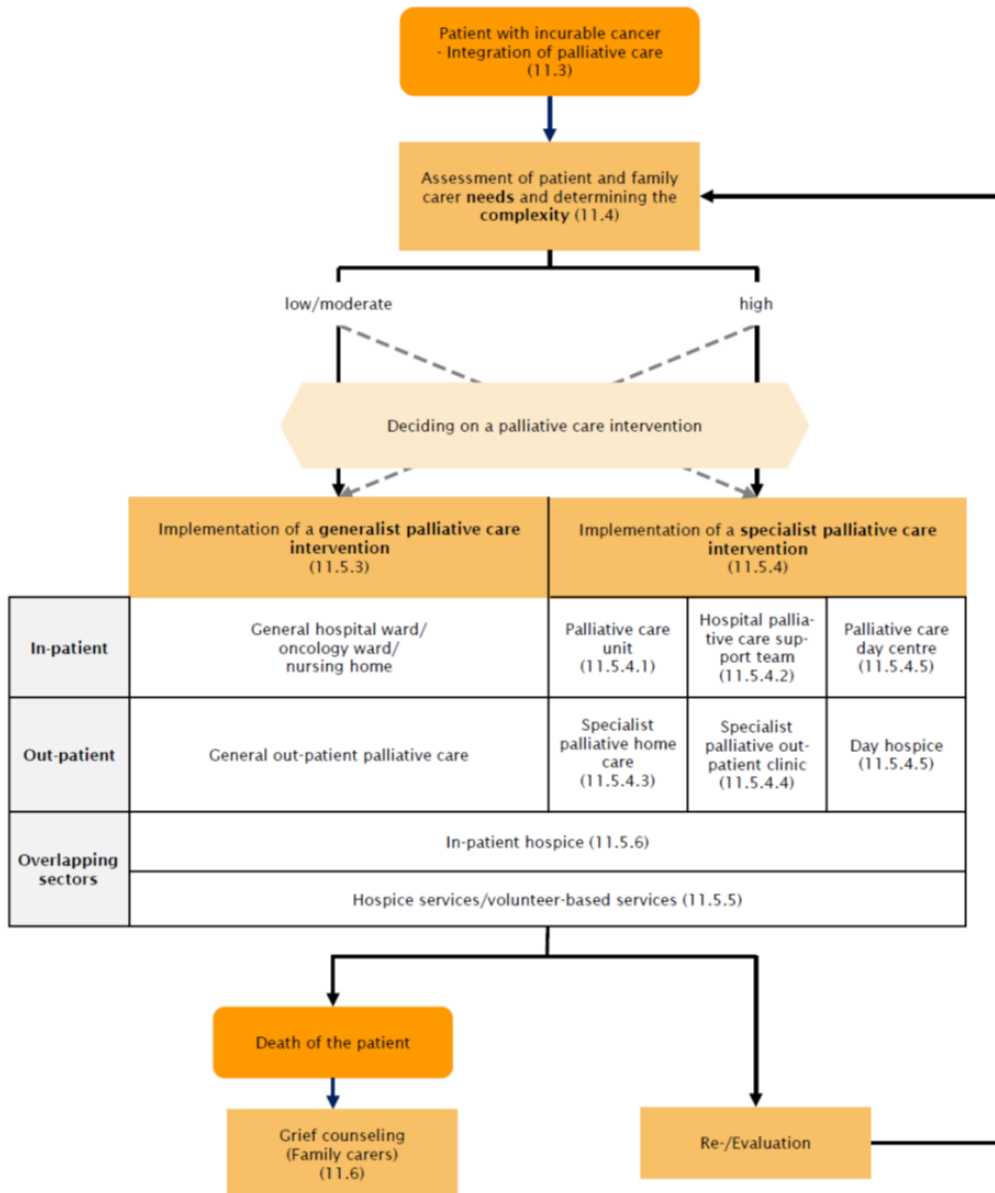


Figure 3: Clinical pathway for patients and family carers

Tabel Saksa ravijuhendist

White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 (2009)

Palliativset ravi saab osutada erinevatel tasanditel. Osutama peaks vähemalt kahel tasandil: palliativne lähenemine (*ingl k palliative care approach*) ja spetsialiseeritud palliativne ravi (*ingl k specialist palliative care*).

Palliativset lähenemist kasutatakse asutustes ja teenustel, kus aeg-ajalt ravitakse palliativse ravi patsiente. Spetsialiseeritud palliativne ravi vajab piisavalt koolitatud arstide, õdede, sotsiaaltöötajate, kaplanite ja teiste ekspertide meeskonda, mis on vajalik elu ohustava või kurnava kroonilise haigusega patsiendi elukvaliteedi tagamiseks. (allikas: National Consensus Project for

Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 2004. Pittsburgh, 2004.)

Palliativne lähenemine on palliativse ravi meetodite ja sekkumise integreerimine asutustes, mis ei ole spetsialiseerunud palliativsele ravile. See sisaldab lisaks sümptomite raviks kasutatavatele mittefarmakoloogilistele ja farmakoloogilistele sekkumistele kommunikatsiooni patsiendi ja lähedastega ning teiste tervishoiutöötajatega, otsuste tegemist ja eesmärkide seadmist vastavalt palliativse ravi põhimõtetele.

Palliativne lähenemine peab olema kättesaadav perearstidele ja üldhaiglate personalile, samuti õendusteenustel ja õenduskodu personalile. Aitamaks töötajatel rakendada palliativse ravi lähenemist, peab palliativne ravi sisalduma arsti, õdede ja seotud erialade põhiõppes. Euroopa Komisjon soovib, et kõik tervishoius töötavad spetsialistid peaksid olema teadlikud põhilistest palliativse ravi põhimõtetest ja oskama neid rakendada (Euroopa Komisjoni soovitused, 2003).

Üldine palliativne ravi (ingl k General palliative care).

Kaheastmelise eristamise võib laiendada ka kolmeastmeliseks, eraldi palliativne lähenemine, üldine palliativne ravi ning spetsialiseeritud palliativne ravi.

Üldist palliativset ravi osutavad esmatasandi töötajad ja spetsialistid, kes ravivad elu ohustava haigusega patsiente. Spetsialistidel on head baastadmised ja oskused palliativsest ravist. Töötajad, kes on sagedamini seotud palliativse raviga, nt onkoloogid, geriaatrid, kuid palliativse ravi osutamine ei ole nende peamine töö, võivad siiski vajada spetsiaalset palliativse ravi alast koolitust ja pakkuda täiendavat eksperdi teadmisi. (Euroopa Komisjoni soovitused, 2003)

Spetsialiseeritud palliativne ravi (ingl k Specialist palliative care)

Elu ohustava haigusega patsientidel ja nende lähedastel võivad olla keerulised vajadused, mis nõuavad spetsialiseeritud palliativse ravi meeskonna sekkumist (Clinical Standards Board for Scotland. Clinical Standards for Specialist Palliative Care. Edinburgh: NHS Scotland; 2002.).

Spetsialiseeritud palliativne ravi teenused on mõeldud keeruliste vajadustega patsientide raviks ning seetõttu peab seal töötama spetsialiseerunud, põhjaliku koolituse läbinud personal ning olema olemas muud ressursid. (Euroopa Komisjoni soovitused, 2003)

Kõikidel progressiivse ravimatu haigusega patsientidel peab olema ligipääs spetsialiseeritud teenustele, kus tegeletakse proaktiivselt sümptomitega ja nende mõjuga ka lähedastele (Clinical Standards Board for Scotland. Clinical Standards for Specialist Palliative Care. Edinburgh: NHS Scotland; 2002.)

Spetsialiseeritud palliativse ravi teenused vajavad meeskondlikku lähenemist, kombineerides multiprofessionaalset meeskonda interdistsiplinaarsete töömeetoditega. Meeskonnaliikmed peavad omama kõrget kvalifikatsiooni ja nende fookus peab olema palliativsel ravil (ehk töötavadki vaid selles valdkonnas).

Lisaks on dokumendis välja toodud, et eraldi võib nimetada ka **ekspertkeskusi** (*ingl k Centre of excellence*). Need oleksid neljandaks astmeks ning peaksid pakkuma spetsialiseeritud palliatiivset ravi erinevate teenustena/üksustes, sealhulgas statsionaarne ja ambulatoorne ravi, koduõendus- ja konsultatsiooniteenused ning ka võimalusi uurimistööks ja koolituseks. Palliatiivse ravi ekspertkeskused peaks keskenduma koolitusele, teadustööle, uurimistulemuste levitamisele, standardite ja uute meetodite väljatöötamisele.

Graded system of palliative care services*				
	Palliative care			
	Palliative care approach	Specialist support for general palliative care		Specialist palliative care
Acute care	Hospital	Volunteer hospice service	Hospital palliative care support team	Palliative care unit
Long-term care	Nursing home, residential home		Home palliative care teams	Inpatient hospice
Home care	General practitioners, community nursing teams			Home palliative care teams, day-care centre

*Adapted from: Nemeth C, Rottenhofer I. *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2004

White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2 (2010) **Palliatiivse ravi osutamise koht**

Palliatiivset ravi saab osutada palliatiivse lähenemisena või üldise palliatiivse ravina mitte spetsialiseerunud ja spetsialiseerunud teenustena (Euroopa Komisjoni soovitusel, 2003)

Mitte spetsialiseerunud palliatiivse ravi teenused on: koduõendus, esmatasand, üldhaiglate osakonna, õenduskodud. Spetsialiseerunud palliatiivse ravi teenused on: statsionaarsed palliatiivse ravi üksused, hospiitsid, haigla palliatiivse ravi (toetus)meeskonnad, kodused palliatiivse ravi meeskonnad, kogukonna hospiitsmeeskonnad, päevahospiitsid, koduhaiglad, ambulatoorsed vastuvõetud (kliinikud).

Nü praegu kui tulevikus osutatakse peamine palliatiivne ravi mitte spetsialiseeritud teenustena. Järelikult, peab mitte spetsialiseeritud personalil olema lihtne ligipääs spetsialisti konsultatsioonile soovitude ja toetuse saamiseks.

Palliatiivse ravi võrgustikud (ingl k Palliative care networks)

Regionaalsed võrgustikud ühendavad laia spektrumit institutsioone ja teenuseid ja efektiivset koordineerimist, ning parandavad palliatiivse ravi kättesaadavust, parandavad ravi kvaliteeti ja järjepidevust.

Ekspertide hinnangul peaks spetsialiseeritud palliatiivse ravi statsionaarne üksus olema regionaalse palliatiivse ravi võrgustiku keskus (Euroopa Komisjoni soovitusel, 2003; Mid-Western Health Board. Report on the National Advisory Committee on Palliative Care. Department of Health and Children; 2001).

Igas tervishoiuteenuse osutamise piirkonnas peaks olema vähemalt üks spetsialiseeritud palliatiivse ravi statsionaarne üksus. See peaks olema spetsialiseeritud palliatiivse ravi teenuse

põhielement. Spetsialiseeritud palliatiivse ravi teenuste osutamise teistes asutustes, k.a üldhaiglad ja kogukonnad, peaks põhinema sellel üksusel või peavad olema formaalsed seoses selle üksusega (Mid-Western Health Board. Report on the National Advisory Committee on Palliative Care. Department of Health and Children; 2001.) Selline ühendus kindlustab meeskondade toetuse ja jätkuva koolitamise ning parandab ravi järjepidevust (Euroopa Komisjoni soovitused, 2003).

Koordineerimist saab teha meeskond või üks töötaja (juhtumikorraldaja). Efektiivsuse mõttes peaks teenus olema kättesaadav 24-tundi ja seitse päeva nädalas.

Palliatiivse ravi võrgustikus on mitmeid ülesandeid. Lisaks koordineerimisele on peamised komponendi teenuse sujuvaks korraldamiseks:

- konsensuslikud eesmärgid ja kvaliteedi standardid
- ühtsed teenusele suunamise ja teenuselt lahkumise tingimused kõikidel tasanditel
- ühiste hindamismeetodite kasutamine
- ühiste tõendus põhiste ravistrateegiate kasutamine

A Guide to Palliative Care Service Development: A population based approach. Palliative care Australia 2005.

Tasemete mudel põhineb patsiendi, esmase hooldaja ning perekonna vajadustel, tugevustel ja piirangutel, mitte organisatsiooni ja teenuste struktuuril või eemärkidel

Mudel on kõikidele kliinilistele üksustele ja sisaldab nii esmase kui spetsialiseeritud teenuse osuataja poolt pakutavaid teenuseid.

Esmase teenuse osutaja (siin on mõeldud perearstid, pereõed, koduõed, hooldekodu ja muude keskuste personal) roll ja olulisus surevate patsientide, nende esmaste hooldajate ja perekondade ravis ja abistamisel on tunnustatud ja toetatud.

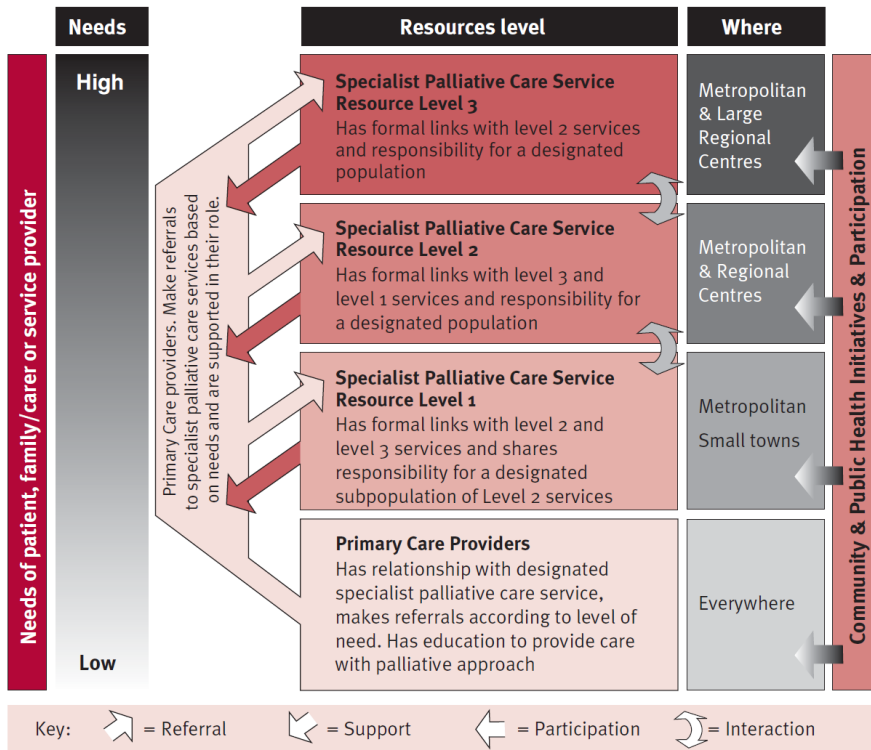


Figure 3: Framework for palliative care service planning

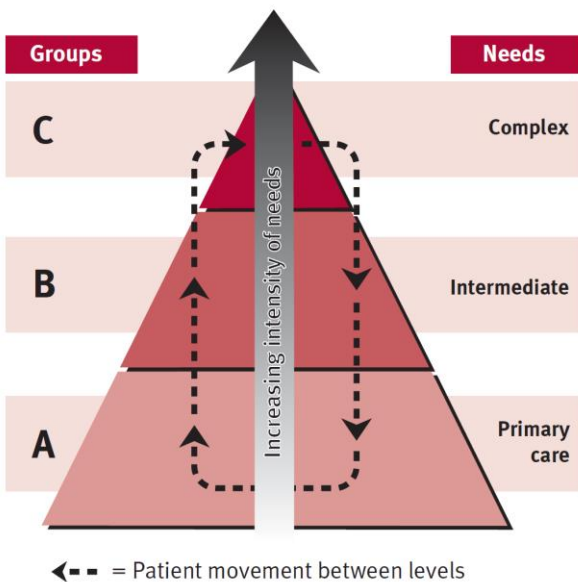


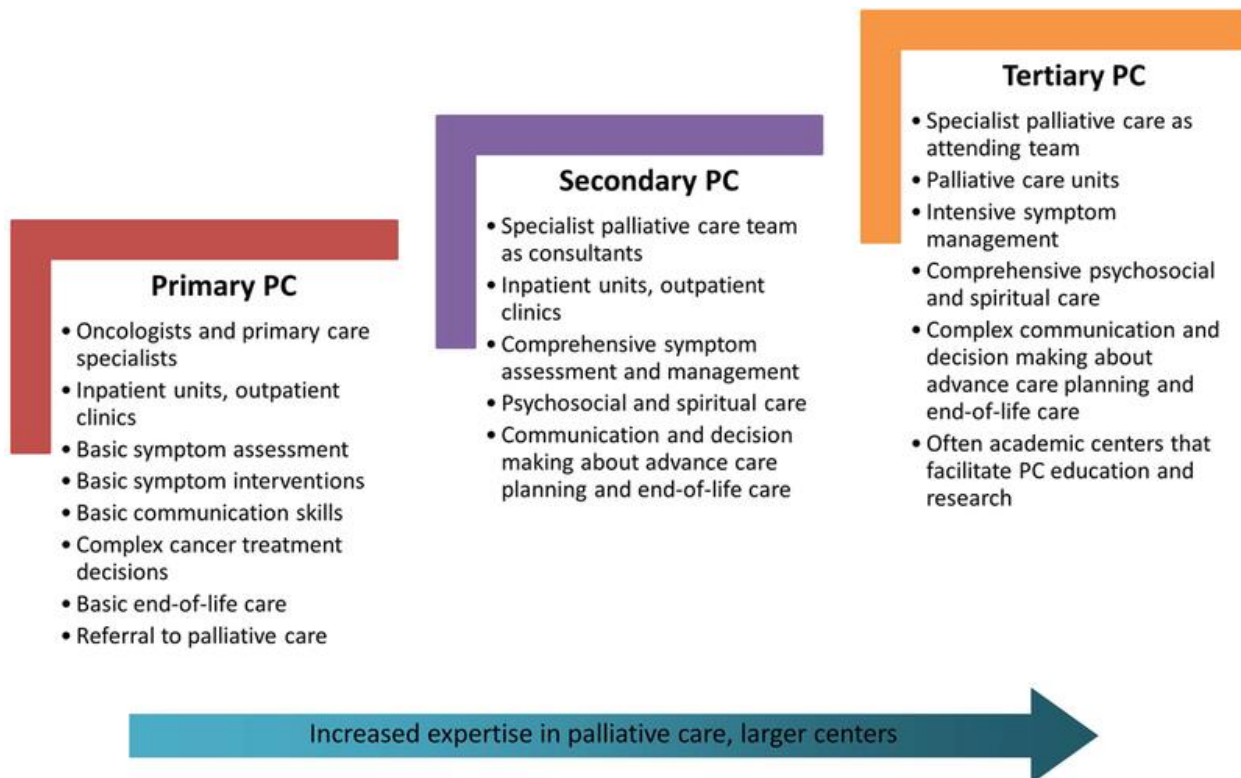
Figure 1: Conceptual model of level of need within the population of patients with a life limiting illness.

Kõige suurem **grupp A** on patsiendid, kes ei vaja ligipääsu spetsialiseeritud teenustele, nende vajadused saab rahuldada nende oma ressursside arvelt või esmaste teenuseosutajate abiga (nt esmatasandil töötavad arstid ja õed, muude erialade esindajad nagu onkoloogid, geriaatrid, kardioloogid jne). Hetkel kuulub siia gruppi u 2/3 patsientidest, ning enne oma surma nad spetsialiseeritud teenustele ei satu. Enamikul neist on mittemaliigne haigus

Grupp B. Osadel elu ohustava haigusega patsientidele võib esineda episoodiline valu ja muude sümptomite süvenemine või neid võib esineda sotsiaalset või emotsionaalset stressi. Neil võivad tekkida ajutiselt suuremad vajadused, mis nõuavad spetsialiseeritud palliatiivse ravi teenuseid konsultatsiooniks ja soovitude saamiseks. Nad jätkavad ravi saamis esmaselt teenuseosutajalt.

Grupp C. Palliatiivse ravi patsiendid, kellel on suurenenud vajadused, sageli koos keerukate füüsiliste, sotsiaalsete, psühholoogiliste ja/või spirituaalsete vajadustega, mis ei allu tavalistel standard ravi protokollidele. Need patsiendid moodustavad muutuva, kuid väikese osa kõikidest elu ohustava haigusega patsientidest. Nad vajavad sageli väga individualiseeritud raviplaane, mis koostatakse, rakendatakse ja hinnatakse teadlike ja kogemustega spetsialiseerunud professionaalse poolt koostöös esmaste teenuseosutajatega. See alagrupp on proportsionaalselt kõige väiksem.

Hui et al 2018. Improving Patient and Caregiver Outcomes in Oncology: Team-Based, Timely, and Targeted Palliative Care



Meeskond

White paper

Mitte spetsialiseeritud palliativse ravi korral saab kasutada palliativset lähenemist või osutada baas palliativset ravi ka siis, kui seda tehaks ühe eriala raames või isegi vaid ühe töötaja poolt (nt perearst), kui tal on võimalik saada toetust interdistsiplinaarselt meeskonnalt.

Euroopa Komisjon ja National Advisory Committee on Palliative Care on loetlenud nõutud personali spetsialiseerunud palliativses ravis. Lisaks arstidele ja õdedele peavad olema kättesaadavad täistööajaga, osalise või täpselt kindlaks määratud tööajaga:

- sotsiaaltöötajad
- psühhosotsiaalse toetuse andjad (professionaalid)
- piisav arv kontoritöötajaid, administraatoreid ja assistente
- füsioterapeudid
- spirituaalse abi koordinaatorid
- vabatahtliku töö koordinaatorid
- kaplanid
- haavaravi spetsialistid
- lümfiterapeudid
- tegevusterapeudid
- toitumisnõustajad
- kõneterapeudid
- farmatseudid
- täiendravi osutajad
- treenerid/instruktorid
- raamatukoguhoidjad

Palliativse ravi põhimeeskond peab koosnema minimaalse spetsiaalse koolitusega arstidest ja õdedest, lisaks võimalusel psühholoogidest, sotsiaaltöötajatest ja füsioterapeutidest. Teiste erialade esindajad võivad olla põhimeeskonna liikmed, kuid tavaliselt töötavad nad koostöös.

Teenuseosutajate pädevus

Saksa ravijuhendist)

1. Baaskvalifikatsioon: palliativse ravi baasteadmised, oskused ja hoiakud, mis on vajalikud üldise palliativse ravi osutamiseks. Nõutav, eriti, palliativse ravi sisalavd koolituskursus ja/või täiendkoolitus, nt üks/mitu nädalat pikk kursus ja/või töökogemus raselt haigete või surijate patsientide mitmete aastate jooksul (eriti üldises palliativses ravis)

2. Spetsialisti kvalifikatsioon: spetsialiseeritud palliativse ravi teadmised, oskused ja hoiakud koos praktilise kogemusega, mis on vajalikud spetsialiseeritud palliativse ravi osutamiseks: nõutav koolituskursus või jätkukoolitus spetsialiseeritud palliativse ravi alal mitme aasta jooksul, nõuetega teoreetilistele teadmistele (nt laiendatud koolitus) ja praktiline töö vähemalt üks aasta spetsialiseeritud palliativses ravis

Euroopa Komisjoni soovitusel. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care (*tõlkimata*)

Palliative care approach. All health care professionals should be familiar with the essential principles of palliative care and must apply these principles appropriately in their practice.

General palliative care. It is recognised that some health care professionals, although not engaged exclusively in the practice of palliative care, might have additional training and expertise in the field of palliative care. The term “general palliative care” is used to describe the activities of such personnel.

Specialised palliative care. Specialised palliative care services are those services whose core activity is limited to the provision of palliative care. These services are typically involved in the care of patients with more complex and demanding care needs, and consequently, require a greater degree of training, staff and other resources.

As stated in the chapter on definitions, it is the responsibility of all health care professionals to familiarise themselves with the basic principles of palliative care. In order to achieve this objective, it will be necessary to include palliative care as part of the basic curriculum for medical and allied professionals. Also, health care professionals must have an opportunity to update their skills and knowledge by means of continuing professional development programmes. Thus, if a patient consults a health care professional in a hospital clinic, a general practitioner’s surgery, nursing home or any other setting, they should be assured that they will be offered a basic level of palliative care consistent with their needs.

Services

A distinction is useful between **non-specialist and specialist palliative care services**. Non-specialist or conventional services provide palliative care without making this into their core business. They include: district nursing services, general practitioners, home care teams, general internal medicine wards, and nursing homes.

The large majority of palliative care is, and will probably always be, provided by non-specialist services. In many cases, non-specialised professionals provide the care without the intervention of specialists; in many other cases, specialised intervention may be needed in the context of non-specialist care, while in a small proportion of the cases, specialists will need to take over the care entirely.

Non-specialists may build up sufficient experience in relatively uncomplicated palliative care but, due to the limited number of palliative patients they see (in the Netherlands, for example, general practitioners on average see between 2-6 palliative care patients per year), the experience with complex palliative care cannot be acquired. Experiments with easily accessible consultation services show good possibilities of support for non-specialised professionals while the patient can remain within their care.

Specialised services denote services fully devoted to palliative care, whose teams are specially trained in this area of care. Such services do not take the place of the care provided by front-line professionals (home care, hospital or rehabilitation facilities), but support and complement such care according to the needs identified and the complexity of the situation. Wherever they are, patients must be able, if necessary, to access such services at all times and without delay.

The most common services are specialist in-patient units, hospital palliative care teams, home care teams, day care facilities, hospitalisation at the home, and out patient clinics.

Non-specialist services include the following:

- informal caregivers;
- volunteers (?);
- district nurses;
- general practitioners;
- non-palliative care specialists.

Specialist palliative care services are those services with palliative care as their core activity. They will require a higher level of professional skills from trained staff and a high staff/patient ratio. Such services should be available in all care settings and should be able to support a patient wherever the patient may be: at home, in hospital, in residential care, in nursing home, in day centres, in out-patients or in a specialist palliative care unit. Specialised palliative care services also have an important role in supporting other health care professionals in the delivery of palliative care services at hospital and community level. All health care professionals should be able to access, advise and support from specialised palliative care providers when required.

The ingredients of a smoothly functioning network are:

- joint setting of objectives and quality standards,
- the application of admission and release criteria known to all, for each level of care,
- the use of common evaluation methods,
- the implementation of common therapeutic strategies, based, whenever possible, on the findings of clinical research.

The quality of the care provided in a given region depends not only on the quality of the care provided by each individual service, but also on co-ordination of services and the co-ordination existing between specialised services and primary care providers. The organisation of services into a co-ordinated regional network improves access to palliative care and enhances the quality and continuity of care. (Elsay and McIntyre 1996; Mitchell and Price 2001; Schroder and Seely 1998)

The operation of such a network calls for a co-ordinating body or person (this function can be performed by an interdisciplinary group of professionals representing the various services involved in the network, or by the in-patient unit), a range of facilities corresponding to the different levels of care required by patients (in-patient unit, respite beds, home, hospitalisation at home, day

hospital, long-stay hospital, acute care hospital), and liaison services (mobile hospital and home teams).(Zalot 1989) A network of this kind serves several different purposes: as well as co-ordinating care, it can evaluate its results (audit) and co-ordinate training and research.

Education

Education of professionals and of the public is absolutely crucial to the development of palliative care everywhere. In many countries, three levels of education have been specified: a basic level, to be taught to all health care professionals, an intermediate level, to be taught to those within a profession who want to acquire specific expertise in palliative care without wanting to become palliative care specialists, and an advanced level, intended to those who do want to become specialists in palliative care.

Teams, teamwork, care planning

The extension of the team is flexible and determined by the needs of the patient; thus a minimum variety may consist of a family physician and a community nurse, but teams usually also involve social workers, psychologists, and volunteers. There is hardly any discussion that all those professionals and volunteers involved should have an opportunity to participate in team decision making; however, it is still a matter of debate whether the family should be considered members of the palliative care team. The fact that the family are often the most continuously involved caregivers would plead in favour of participation, but the fact that they are at the same time the "unit of care" pleads against.

A distinction is often made between interdisciplinary and multidisciplinary teams. The former attaches less importance to professional distinctions than the latter - essentially, the care is provided by the whole team, so that tasks are not always distributed according to the profession. The leadership of the interdisciplinary team is dependent on the task at hand, not on professional hierarchy, as is the case with multidisciplinary teams. Some authors have a clear preference for inter- instead of multidisciplinary teams. The committee has no general preference and believes that the type of team should be decided on the basis of the local situation and the problem at hand.

Although no research has been done into the differences between physician-led teams and others, it is the feeling of the committee that within specialist teams, at least the lead person in each professional group should be a trained and acknowledged specialist in palliative care.

EAPC Atlas (2019) (*tōlkimata*)

Palliative care should be provided at all levels of care. Early detection of PC patients should be carried out in primary care services in the community and should be provided to a majority of patients by primary care professionals. However sometimes, if the situation becomes complex throughout the illness trajectory, it is necessary to refer to specialised teams. Patients may require this advanced resources, both for the relief of pain or other poorly controlled symptoms, but also where there is a lack of adequate family and social support.

The EAPC recommends two specialised PC services every 100.000 inhabitants (1 Home Care team and 1 Hospital team) (Centeno C, et al. Coverage and development of specialist palliative care services across the World Health Organization European Region (2005–2012): Results from a European Association for Palliative Care Task Force survey of 53 Countries. *Palliat Med* 2015;31.).

The absence of a process of official specialisation for physicians (Centeno C et al. Comparative analysis of specialization in palliative medicine processes within the World Health Organization European region. *J Pain Symptom Manage* 2015 ;49(5):861-870.), small proportions of medical and nursing schools including PC education in the undergraduate curricula or shortages of PC professors are some of the most commonly highlighted issues (Carrasco JM et al. Palliative Care Medical Education in European Universities: A descriptive study and numerical scoring system proposal for assessing educational development. *J Pain Symptom Manage* 2015;50(4):516-23.). Around half the European countries (29/51) have an official accreditation process for physicians accredited by the national competent authorities.

Although we know that more patients receive palliative care by primary care staff than by palliative care specialists in hospices and the community, only 12 countries reported primary care teams identifying more than 20% of their patients for palliative care before they died (across all diseases). Three countries (Finland, Poland, and The Netherlands) report the highest proportions of palliative care needs identified at the primary care level, ranging from 61 to 80%.