

Paliativna oskrba bolnikov z rakom

18. Onkološki vikend

V organizaciji Kancerološkega združenja SZD, Onkološkega inštituta in Zveze slovenskih društev za boj proti raku je 10. in 11. junija 2005 v Laškem potekal 18. onkološki vikend. Zaradi dejstva, da je polovica rakavih bolniki neozdravljiva in v Sloveniji letno zaradi raka umre več kot 4000 ljudi, smo se letos odločili za zelo aktualno temo paliativne oskrbe bolnikov z rakom. Da je bila tema dobro izbrana, je potrdila tudi polna dvorana Kulturnega doma v Laškem. Med udeleženci so bili zdravniki specialisti različnih profilov iz sekundarnih in terciarnih zdravstvenih ustanov, družinski zdravniki, medicinske sestre, študenti medicine in predstavniki Hospica, žal pa smo pogrešali udeležbo predstavnikov ministrstva za zdravje. Onkološki vikend je letos prvič potekal z mednarodno udeležbo, saj so bili med predavatelji tudi kolegi iz Italije in Avstrije.

V prvem delu so bila predstavljena načela dobre paliativne oskrbe, ki nastopi takrat, ko s specifičnim onkološkim zdravljenjem ne moremo več vplivati na potek rakave bolezni. Gre za celostno oskrbo bolnika, katere cilj je čim boljša kakovost življenja do smrti in obsega nego, obvladovanje spremljajočih simptomov ter pomoč bolniku in svojcem pri socialnih in psihičnih težavah. Izpostavljen je bil pomen paliativne zdravstvene nege in vloga medicinske sestre v interdisciplinarnem timu za paliativno oskrbo ter v komunikaciji z bolnikom in svojci. Podrobneje so bili obravnavani simptomi, ki so v terminalni fazi rakave bolezni najpogostejši. Najbolj prepoznaven in tudi najbolje obravnavan simptom je bolečina, ki jo zdravimo na podlagi priporočil Evropskega združenja za paliativno oskrbo. S paliativnim obsevanjem učinkovito zmanjšamo bolečino zaradi kostnih metastaz in tako zmanjšamo potrebo po analgetikih. V zadnjem času so nova spoznanja številna na področju prepoznavanja in obravnave kronične utrujenosti ter rakaste kaheksije in anoreksije. Predstavljene so bile možnosti zdravljenja dispneje in kašlja ter slabosti, bruhanja, zaprtja, zapore črevesa in reševanje nevroloških zapletov. Psihiatrične težave se pojavijo pri skoraj 80 % bolnikov z napredujočo rakavo boleznijo, zato naj bosta psihiatrična in psihološka obravnava del celostne obravnave terminalnega bolnika. Ob obravnavi vseh bolnikovih težav je najpomembnejše zgodnje prepoznavanje in dobro interdisciplinarno sodelovanje. Poudarjena je bila vloga komunikacije z bolnikom in svojci tako ob postavitvi diagnoze kot tudi ob napredovanju bolezni in soočanju z dejstvom, da je bolezen neozdravljiva. Komunikacija z

Vsi poznamo probleme paliativne medicine. Onkolog, ki mora najti rešitev za obravnavo bolnika, ko je specifično zdravljenje izčrpano, osebni zdravnik, na katerega se paliativni bolnik najprej obrne, ko ima težave, bolnikovi svojci, ki skrbijo za takega bolnika in so velikokrat v zadregi, kam in na koga naj se obrnejo v težavah ... Bolnik

bolnikom v zadnji fazi bolezni postane zdravnikov najpomembnejši terapevtski pripomoček. V tujini imajo programe za poučevanje komunikacijskih veščin, ki bi jih bilo tudi pri nas treba vključiti v izobraževalni proces zdravstvenih delavcev v onkologiji.

V drugem delu so svoje izkušnje in organizacijo paliativne oskrbe v državah, v katerih delujejo, predstavili kolegi iz tujine. V Veliki Britaniji, ki je pionirska država na področju paliativne oskrbe, je danes več kot 200 hospicev, ki se financirajo predvsem iz dobrodelnih prispevkov, osnovno paliativno oskrbo pa izvajajo družinski zdravniki in patronažne sestre na domu. Tudi v Avstriji uspešno uvajajo hospice (danes jih je 17) ob pomoči prostovoljcev in bolnišničnih timov za paliativno oskrbo. Furlanija-Juljska krajina ima dva hospice, načrtovano pa je še odprtje treh dnevnihih centrov. V sklepu so mladi kolegi z Onkološkega inštituta predstavili še rezultate retrospektivne raziskave, katere namen je bil ugotoviti, kakšna je ustreznost obravnave simptomov bolnika z rakavo boleznijo v zadnjih šestih mesecih življenja, ter na podlagi dobljenih podatkov izdelati priporočila za paliativno oskrbo. Izkazalo se je, da zdravniki največ pozornosti namenjamo zdravljenju bolečine, manj gastrointestinalnim in respiratornim simptomom, zelo zanemarjene pa so psihološke, psihiatrične in socialne težave bolnikov. Da bi današnje stanje izboljšali, so potrebna natančna navodila za obravnavo takih bolnikov ter ustrezna izobrazba njihovih zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja.

Po končanem strokovnem delu je bila na vrsti še okrogla miza, kjer so bila sprejeta priporočila za obravnavo bolnikov v paliativni oskrbi v Sloveniji.

Sestavni del vsakega Onkološkega vikenda je tudi družabno srečanje, kjer so se tudi letos udeleženci izkazali z veliko vztrajnostjo. Srečanje je ob zadovoljstvu tako organizatorjev nad udeležbo kot udeležencev nad programom ponudilo celovit pregled trenutnega stanja paliativne medicine v Sloveniji, ki zlasti v zahodnem svetu postaja pomemben del celostne oskrbe bolnikov z rakom, tudi pri nas pa ta mlada veja medicine postaja pomemben del vsakdanje klinične prakse.

Barbara Šegedin in Franc Anderluh



sam o paliativni medicini ne ve nič, paliativno medicino preprosto potrebuje.

Da bi izboljšali njeno kakovost v Sloveniji, sta Kancerološko združenje in Zveza slovenskih društev za boj proti raku organizirala onkološki vikend o paliativni medicini. V

Laškem, kjer je srečanje potekalo, so se zbrali ljudje, ki se s paliativno medicino srečujejo vsak dan. Tam so bili zdravniki, medicinske sestre, psihologi in vsi, ki jih ta tema zanima in so s tem pokazali, da se zavedajo, kako pomembna je dobra paliativna oskrba. Še poseben pomen so vikendu dali gostje, ki delujejo na paliativnem področju v tujini. To so bili dr. Urška Salobir, ki deluje v Angliji, dr. Peter Spazzapan iz Italije in dr. Johann Baumgartner iz Avstrije.

Onkološki vikend je s svojimi besedami odprla primarij Jožica Červek. Po očarljivih otvoritvenih besedah smo prvi dan, v petek, veliko slišali o obravnavi posameznih simptomov. Predavatelji so nam zelo pregledno in na visoki strokovni ravni predstavili najpogostejše simptome, ki se pojavljajo pri paliativnih bolnikih. Veliko smo slišali o diagnostiki in obravnavi oslabelosti, prehranskih težavah, dehidraciji, dispneji in kašlju, slabosti, bruhanju, bolečini, obravnavi nevroloških zapletov, kostnih metastaz in psihiatričnih motenj. Medicinske sestre so nam prikazale pomen zdravstvene nege pri paliativnem bolniku ter oskrbo pri bolniku, ki potrebuje posebno nego, kot je bolnik s spinalnim katetrom. Ker so vse pomembne stvari navadno na koncu, je bilo tudi tokrat tako. Dr. Urška Salobir in dr. Urška Lunder sta nam predstavili komunikacijo z bolnikom, ko mu je najtežje. Za zdravnike, ki komunikacijske veščine navadno postavljajo v drugi plan, je bilo njuno

Sklepi

Na podlagi prikazov organizacije paliativne oskrbe v sosednji Avstriji, Italiji in v Angliji, kjer ima paliativna oskrba najdaljšo tradicijo, smo na okrogli mizi 18. onkološkega vikenda (Laško 10.–11. 6. 2005) zapisali naslednje sklepe:

1. V Sloveniji je za paliativno oskrbo onkoloških bolnikov v zadnjih mesecih življenja slabo poskrbljeno.
2. Zaradi povsem drugačnega pristopa pri teh bolnikih je nujno umestiti izobraževanje o paliativni oskrbi v dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje zdravstvenih in drugih delavcev, ki se vključujejo v proces paliativne oskrbe. Takšno izobraževanje se danes v Sloveniji kaže le v sledovih.
3. Z ustrezno zakonodajo in uredbami (kot je v sosednjih državah) je treba zagotoviti, da se bo paliativna oskrba primerno organizirala in izvajala tudi pri nas.
4. Treba je postaviti mrežo paliativne oskrbe po vzoru drugih držav v naši okolici (Ravnji/izvajalci paliativne oskrbe:

predavanje kakor svež veter, ki nas je opomnil tudi na to plat medicine.

Sledila je petkova večerja, ko smo svoje izkušnje s paliativno medicino izmenjevali neformalno in prek druženja ter zabave tkali niti, ki bodo združene v vrvi pripomogle, da bo voz, imenovan paliativna medicina, prišel na pravo pot. Če pustimo poetičnost ob strani – imeli smo se lepo.

V soboto sta nam gosta predstavila način organizacije paliativne medicine v tujini. In če smo po slovensko nevoščljivi sosedom, smo tu lahko upravičeno. Še veliko bo treba storiti, da bo paliativna medicina pri nas organizirana vsaj tako dobro kakor pri njih. Zelo poučnim predavanjem so sledili prispevki udeležencev, ki so nam predstavili obravnavo bolnikov v zadnjih dneh življenja, nas seznanili z zagovorništvom in psihološkim vidikom žalovanja. Sledila je okrogla miza o načrtih za prihodnost. Glede sklepov lahko samo upamo, da bodo zaživel. Še bolj kot upati pa moramo delati naprej.

In – vidimo se drugo leto v Laškem na 19. onkološkem vikendu!

Mirjana Rajer



Splošna raven: primarni timi (patronaža, osebni zdravnik), domovi za ostarele, bolnišnice, socialna služba;

Specialistična raven: specializirane sestre (na terenu in v bolnišnicah), zdravniki specialisti, specialistični timi v bolnišnicah, hospici/enote paliativne oskrbe). V proces paliativne oskrbe je treba vključiti tudi prostovoljce.

5. Obiske na domu (zdravljenje in nega hudo bolnih na domu) je treba obravnavati kot del paliativne oskrbe (plačilo zavarovalnice).
6. Revizija navodil zdravniških komisij za stalež kroničnih bolnikov s paliativno nego (brez omejitev gibanja in bivanja).
7. Sklepe je treba posredovati ministru za zdravje, organizacijam civilne družbe in javnosti.

Branko Zakotnik*

* Predsednik kancerološkega združenja SZD

